

Dynamische Psychiatrie

Herausgegeben
von Günter Ammon

*Dynamic
Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für
Psychiatrie und Psychoanalyse

Günter Ammon / Ilse Burbiel

Grundzüge der klinischen Humanstrukturellen Psychotherapie

Mauricio Knobel

Drug Addiction as a Psychotic Entity in Adolescence: Its Treatment

Marius Erdreich

Sectorial Automatism: A New Approach to Behavioral and
Psychosomatic Medicine

Gabriele von Bülow

Die Rolle der Sprache in nonverbalen Therapieformen

Jai B.P. Sinha

Inner Transformation of the Hindu Identity

Chandra B.P. Singh

Coping with Marital Strain in India

Ingeborg Urspruch

Zur Gruppendynamik der Schwangerschaft

George B. Palermo / Edward J. Gumz / Mark T. Palermo /

Gloria Dal Forno

Responsibility and the Mentally Ill — An International Review

Buchbesprechungen

Nachrichten

25. Jahrgang
1./2. Heft 1992

»Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie
und Philosophie GmbH München

132

133

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

25. Jahrgang, 1./2. Heft 1992, Nr. 132/133

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. Jakob, 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. Roth-
schild, Jerusalem — D. Shaskan, Los Angeles — J.B.P. Sinha, Patna — J. Sutherland,
Edinburgh † — Y. Tokuda, Tokio — E. Weigert, Chevy Chase — Wu Zheng-Yi, Peking.

Inhalt / Contents

<i>Günter Ammon</i> (Berlin/München), <i>Ilse Burbiel</i> (München)	
Grundzüge einer klinischen Humanstrukturellen Psychotherapie	1
Basic Traits of Clinical Humanstructural Psychotherapy	18
<i>Mauricio Knobel</i> (Campinas)	
Drug Addiction as a Psychotic Entity in Adolescence: Its treatment	23
Drogenabhängigkeit als psychotische Erkrankung des Jugendalters: Ihre Behandlung	29
<i>Marius Erdreich</i> (Haifa)	
Sectorial Automatism: A New Approach to Behavioral and Psychosomatic Medicine	32
Sektoriieller Automatismus: Ein neues Verständnis von Verhaltensmedizin und Psychosomatik	38
<i>Gabriele von Bülow</i> (Berlin)	
Die Rolle der Sprache in nonverbalen Therapieformen	41
The Role of Speech in Non-Verbal Forms of Therapy	
<i>Jai B.P. Sinha</i> (Patna)	
Inner Transformation of the Hindu Identity	50
Innere Transformation der Hindu-Identität	57
<i>Chandra B.P. Singh</i> (Bhagalpur)	
Coping with Marital Strain in India	60
Umgang mit ehelichen Belastungen in Indien	69
<i>Ingeborg Urspruch</i> (München)	
Zur Gruppendynamik der Schwangerschaft	72
On Group Dynamics of Pregnancy	85
<i>George B. Palermo</i> (Milwaukee), <i>Edward J. Gumz</i> (Oshkosh), <i>Mark T. Palermo</i> , <i>Gloria Dal Forno</i> (Milwaukee)	
Responsibility and the Mentally Ill	87
Verantwortlichkeit und psychische Erkrankung — Eine internationale Übersicht	96
Buchbesprechungen / Book Reviews	100
Nachrichten / News	112
Ankündigungen / Announcements	136

Grundzüge der klinischen Humanstrukturellen Psychotherapie*

Günter Ammon (Berlin/München), Ilse Burbiel (München)

Die Autoren stellen in der vorliegenden Arbeit eine zusammenfassende Übersicht über die Grundzüge des seit über 30 Jahren in Entwicklung befindlichen Konzepts der Humanstrukturlehre der Dynamisch-Psychiatrischen Schule Günter Ammons vor mit dem Ziel, die spezifischen Theorieelemente und die wissenschaftlich-diagnostische Methodik im Kontext der praktisch-therapeutischen Arbeit mit schwer psychisch Kranken zu diskutieren. Durch die systematisch aufgebaute Darstellung der theoretischen Grundbegriffe, der humanstrukturellen Arbeit im Klinikmilieu, der psychologisch-psychiatrischen Diagnostik und der seit vielen Jahren konstant entwickelten Effizienz- und Katamnesticuntersuchungen wird die dynamisch-psychiatrische Behandlung deutlich mit ihren grundlegenden Paradigmata eines ganzheitlichen Verständnisses vom Menschen, eines dynamischen und Entwicklungsverständnisses von Krankheit und Gesundheit, eines gruppenspezifisch-sozialenergetischen Feldkonzeptes, einer Strukturtherapie der Gesamtpersönlichkeit anstatt Symptomtherapie und einer grundsätzlich optimistischen Einstellung zum Menschen und zur Heilung. Humanstrukturelle Diagnostik muß zugleich Krankheits- und Gesundheitsdiagnostik sein, um ein individuelles Persönlichkeitsprofil jedes Patienten mittels psychologischer Testuntersuchungen (MMPI, ISTA, GT, VEV, ADA u.a.) zur Beschreibung der konstruktiven, destruktiven und defizitären Humanfunktionen zu erstellen. Auf dieser Basis entsteht dann ein individuelles Behandlungsprogramm mit dem Ziel einer nachholenden Identitätsentwicklung des Patienten. Verbale und nonverbale Therapieformen innerhalb des integrierenden, sozialenergetisch und gruppenspezifisch strukturierten Feldes von Mitpatienten und Therapeuten ermöglichen die Aktivierung gesunder Anteile und eine Nachentwicklung unentwickelter oder verstümmelter Humanfunktionen. Testpsychologische Vorher-Nachher-Untersuchungen sowie katamnestic Untersuchungen 1 bis 8 Jahre nach Klinikentlassung zeigen eine wesentliche Besserung nicht nur der Symptomatologie, sondern auch einzelner Bereiche der Persönlichkeit und des Lebensumfelds.

Einleitung

Unsere Schule einer Dynamischen Psychiatrie oder besser der Humanstrukturologie entstand im Laufe der letzten fünfundsiebzig Jahre, herkommend von *Günter Ammons* psychotherapeutischer Tätigkeit als klassischer Psychiater und Psychoanalytiker in Deutschland und in den USA. Grundlegend für diese Entwicklung war, daß die traditionellen therapeutischen Denkmodelle sich als wenig hilfreich in der Behandlung schwerer psychischer Störungen, wie der großen Gruppe der Borderline-, Psychosomatik- und Suchterkrankungen sowie der Gruppe der unter Zwang, schizophrenen oder manisch-depressiven Reaktionen Leidenden erwiesen. Weder die Begrenzung der Therapie auf Patienten mit »nur-neurotischen« Reaktionsformen durch die Standardmethode noch der Versuch, diese Methode auf schwerere Krankheitsbilder auszudehnen, zeigten sich erfolgreich. Selbst bei den klassisch psychoanaly-

* Vortrag gehalten am 26. April 1991 am Berliner Institut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) und am 3. Mai 1991 am Münchner Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP)

tischen Krankheitsbildern der Hysterien, Phobien und der Zwangsneurose wurden früh entwickelte und tiefer in Psychosenähe liegenden Schädigungen — wir sprechen von humanstrukturellen Störungen — deutlich und führten uns zu einer Überprüfung von Denk- und Behandlungsmodellen. Gerade die Behandlung dieser, ihre unbewußte Gesamtproblematik im Wiederholungszwang ausagierenden Patienten fordert einen Einstellungswandel der Wissenschaftler und Praktiker: einen Paradigmenwechsel in der Psychiatrie und Psychoanalyse.

Paradigmenwechsel

Unter einem 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 ihren Kategorien, eine Einstellung, die auch immer den Wechsel der Einstellung zu sich selbst bis hin zu gesellschaftlichen Organisationsformen beinhaltet. Bei einem Paradigmenwechsel in der Psychiatrie geht es deshalb darum, die Einstellung zum Menschen schlechthin zu ändern, auch die Vorstellung von Gesundheit und Krankheit. Dies beinhaltet auch den Wechsel in der Vorstellung von Körper, Geist und Seele und deren Strukturen und Funktionen. Es geht uns nicht nur um einen Paradigmenwechsel in der Psychiatrie und Psychoanalyse, sondern um einen Paradigmenwechsel in der Wissenschaft vom Menschen an sich, und wir fühlen uns keiner bestimmten Wissenschaftsauffassung verpflichtet, weder der naturwissenschaftlichen noch der rein geisteswissenschaftlichen Richtung, noch der Beibehaltung der neuzeitlichen Spaltung des Wissens und Erkennens in Natur- und Geisteswissenschaft.

Die Schulpsychiatrie und ursprünglich auch die Psychoanalyse folgen dem naturwissenschaftlichen Paradigma in der Verpflichtung, psychisch-geistige Prozesse auf organische Bedingungen und Ursachen zurückzubeziehen. Dies gilt für das Konzept eines angeborenen Triebesgeschehens, das *Freuds* Menschenbild und seiner gesamten Theorieentwicklung zugrundeliegt, wie für die Bemühungen der Organpsychiatrie, für die schweren psychiatrischen Erkrankungen nach organischen Ursachen zu suchen auf dem Hintergrund einer letztendlich als vererbt angenommenen Konstitutionalität, was einhergeht mit dem Paradigma der Nichtverstehbarkeit psychisch-geistiger Krankheitsprozesse. Die Dynamische Psychiatrie setzt dem Dogma der Nichtverstehbarkeit und dem psychotherapeutischen Pessimismus gegenüber den psychotischen Erkrankungen das Paradigma der Verstehbarkeit und des therapeutischen Optimismus entgegen. Von dieser grundlegenden Haltung und Einstellung ist das gesamte therapeutische Denken getragen, und der Entwicklungsoptimismus, das Vertrauen in die Entwicklungsmöglichkeiten eines jeden Menschen ist eine der wesentlichen Säulen, auf der unsere therapeutische Arbeit ruht.

Die Diskussion über die Heredität, Konstitutionalität und Vulnerabilität hat für unsere Konzeption und unser Anliegen einer Psychosenpsychotherapie keine Bedeutung. Heilen kann nur der, der an Heilung glaubt, selbst wenn sich die Vorstellung darüber, wie geheilt werden kann, prozeßhaft immer wie-

der 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 (*Ammon 1982b, Ammon 1991*).

Menschenbild

Unsere wesentlichen Konzeptionen sind in der Behandlungspraxis, in der konkreten Begegnung mit dem Menschen erarbeitet worden auf der Grundlage eines Menschenbildes und Gesundheits- und Krankheitsverständnisses, das möglichst umfassend versucht, dem Wesen des Menschen in seinen Entwicklungsbedürfnissen zu entsprechen.

Wir verstehen den Menschen als ein in Körper, Seele und Geist ganzheitliches und mehrdimensionales Wesen, wobei Kranksein nur eine Dimension des Menschen umfaßt (*Ammon 1982b*). Entscheidend sind die bereits entwickelten und gesunden Seiten und Möglichkeiten (*Ammon 1985*). Der Mensch ist ein Beziehungswesen, ein Gruppenwesen, d.h. er wird in ein Netz von Beziehungen und Beziehungsdynamiken hineingeboren, und die Qualität dieser Beziehungsdynamiken bedingen die Entwicklung seiner Persönlichkeit. Der Mensch ist ein individuelles Wesen mit einem Bedürfnis nach Identität, Selbstverwirklichung und einem Sinn im Leben, wobei Identität die augenblickliche Ganzheit der Persönlichkeit ausmacht und kontinuierlich in Entwicklung begriffen ist (*Ammon 1976, 1982*). Der Mensch ist von der Geburt an bis hin zum Augenblick seines Todes ein sich entwickelndes Wesen. Die Identitätsentwicklung verstehen wir als einen lebenslangen Prozeß (*Ammon 1982c*).

Kranksein in unserem dynamisch-psychiatrischen Verständnis meint Verlust der Homöostase von Körper, Seele und Geist, Einengung der Mehrdimensionalität auf wenigen Dimensionen, bedeutet Störungen in den vergangenen und gegenwärtigen Beziehungsdynamiken und Arretierung der Entwicklung. Depression, Psychosomatik, destruktive Aggression und Sexualität, psychotische Reaktionen und Flucht in Alkohol oder Drogen verstehen wir als nicht gelungene Befreiungsversuche aus unbewußt und unerträglich gewordener Einengung. Die Anwendung von Krankheitsbegriffen hat dabei nur den Stellenwert einer groben und der Kommunikation dienenden Orientierung (*Ammon 1985*).

Identität - Gruppe - Sozialenergie

Als entscheidend für die Identitätsentwicklung eines Menschen sehen wir die unbewußt gewordenen Erfahrungen seiner frühen Lebenszeit, noch vor die Entwicklung des Sprechens und der Sprache zurückreichende Erfahrungen in der Symbiose mit der Mutter und der umgebenden Gruppe an, in einer Zeit, in der sich das Bewußtsein erst nach und nach mit der Entwicklung der

Identität herausdifferenziert. Dabei gehören Identität und Gruppe immer zusammen; denn erst durch ein Erleben und Erfahren der eigenen Persönlichkeit im Spiegel der anderen Menschen in der Gruppe kann Identitätsentwicklung stattfinden. Identität ist das Bleibende einer Persönlichkeit und gleichzeitig nichts Bleibendes. Identität ist als Prozeß, als fortwährendes Suchen, als fortwährende Entwicklung zu verstehen, die jeweils Spuren hinterläßt. Die Identität wächst durch Sozialenergie (Ammon 1982a)

In der Theorieentwicklung der Dynamischen Psychiatrie haben wir an die Stelle des traditionellen, *Freudschen* Begriffes der Libido das Konzept der Sozialenergie gesetzt. Sozialenergie ist die psychische Energie, die Kraft und Stärke, die sich Menschen untereinander geben, wenn sie miteinander Kontakt haben. Dabei kann Sozialenergie konstruktiv, destruktiv oder defizitär sein. Konstruktive Sozialenergie bedeutet, Verständnis und Interesse für den anderen Menschen zu entwickeln, sich mit ihm auseinanderzusetzen, ihn in seinem Sein ernstzunehmen. Die defizitäre Dynamik von Sozialenergie drückt sich in fehlendem Interesse und fehlender Zuwendung bei normaler Betreuung aus. Es fehlt ein Verständnis für den Menschen, seine Eigenarten und eine Auseinandersetzung mit ihm. Defizitäre Sozialenergie ist verweigerter Sozialenergie, das Ignorieren von Menschen. Demgegenüber ist destruktive Sozialenergie durch offene Destruktion unter Menschen, Verbote, Lebenseinengungen, Bestrafungen, Beschimpfungen und Zwänge aller Art gekennzeichnet, behält in ihren Ausformungen allerdings immer noch einen Mitteilungscharakter und drückt ein dysfunktional gewordenes Bedürfnis nach Kontakt und Beziehung aus (Ammon 1982a).

Der in der frühen Lebensgruppe erfahrene sozialenergetische Austausch, der bestimmt wird durch die diese Gruppe kennzeichnende Gruppendynamik, ist verantwortlich für die spezifische Persönlichkeitsentwicklung des Kindes und damit für seine weitere Entwicklung. Sozialenergie ist die Energie, die den Persönlichkeitsaufbau veranlaßt: Persönlichkeitsstruktur kann sozusagen als manifestierte Sozialenergie betrachtet werden.

Humanstrukturmodell

In dem von uns 1976 formulierten und in den folgenden Arbeiten ausdifferenzierten Humanstrukturmodell (vgl. z.B. Ammon 1979, 1982a,b,c, 1985, 1989) sind die zentralen Aspekte des Gesundheits- und Krankheitsverständnisses auf einer strukturell-dynamischen Ebene gefaßt.

In der Humanstruktur eines Menschen unterscheiden wir primäre organische Strukturen, die die neurophysiologischen und biologischen Funktionen des Menschen beschreiben, zentrale, im Unbewußten angesiedelte Humanfunktionen wie die Aggression, die Abgrenzung nach innen und außen, die Angst, Kreativität, Sexualität, Narzißmus und Identität, und die das Verhalten bestimmenden Fähigkeiten und Fertigkeiten umfassenden sekundären Humanfunktionen, die wir dem Bereich des Bewußten zurechnen. Alle drei Bereiche sehen wir mit gleitenden Übergängen, in einem Synergiismus von unbe-

wußten, bewußten, geistigen und auch körperlichen Aktivitäten, die immer dynamisch zu sehen sind.

Die Humanfunktionen werden ihrer Ausprägung entsprechend als konstruktiv, destruktiv oder defizitär qualifiziert. In ihrer konstruktiven Ausprägung haben die Humanfunktionen eine regulative, in ihrer destruktiven und defizitären eher eine dysregulative Wirkung. Humanfunktionen entwickeln sich ontogenetisch durch die den Menschen umgebenden Gruppen und sind primär konstruktiv angelegt. Je nachdem, ob Menschen in ihren Gruppen psychisch gefördert, behindert oder vernachlässigt werden, nimmt die Entwicklung der Humanfunktionen einen konstruktiven, destruktiven oder defizitären Verlauf. In unterschiedlichen Proportionen hat bei jedem Menschen jede Humanfunktion konstruktive, destruktive und defizitäre Anteile. Die Humanstruktur ist somit Ergebnis aller verinnerlichten bewußten und unbewußten Erfahrungen von Beziehungen in Gruppen. Zentral strukturierend ist die Primärgruppe des Menschen. Je beziehungs- und auseinandersetzungsfähiger eine Gruppe ist, desto mehr Sozialenergie kann das Individuum in seine Humanstruktur integrieren und für sich und andere Gruppen verfügbar machen (Ammon et al. 1982).

Aufgrund der individuellen Ausprägung der Lebens- und Gruppengeschichte jedes Menschen wird auch das entwickelte humanstrukturelle Geflecht individuell unterschiedlich sein, denn die Gruppendynamik leitet die Sozialenergiezufuhr, die sich wiederum entsprechend auf die einzelnen Humanfunktionen in ihrer Interdependenz auswirkt. Von daher ist es unseres Erachtens falsch, eine psychiatrische Diagnostik lediglich auf Symptomen aufzubauen — obwohl wir Symptome als Hinweise für wichtig halten — und psychisch Kranke in klar voneinander abgegrenzte Diagnosegruppen zu klassifizieren. Wir sprechen vom gleitenden Spektrum der archaischen Ich-Krankheiten und versuchen so, auf humanstruktureller Grundlage den individuellen Differenzen in einzelnen Krankheitsbildern gerecht zu werden, was wiederum Auswirkungen auf die therapeutische Behandlung hat (vgl. Ammon 1982a).

Behandlungsziel

In diesem strukturdynamischen Verständnis bedeutet Kranksein eine Störung in der Regulation der strukturbildenden und verändernden sozialenergetischen Austauschprozesse zwischen dem Einzelnen und der Gruppe. Krankheitssymptome stellen den Versuch dar, das strukturelle Defizit im zentralen Kern der Persönlichkeit zu kompensieren und sind als Regulations- und Integrationsersatz zu verstehen. Sie füllen gewissermaßen das »Loch im Ich« (vgl. Ammon 1972) und verhindern damit den Zusammenbruch der Gesamtpersönlichkeit. Wird bei einem Patienten durch Eingriffe von außen z. B. ein körperliches Symptom aufgehoben, so kann es zu akuten psychotischen Reaktionen kommen. Es wird deutlich, daß die Symptomreduzierung nicht das zentrale Behandlungsziel der Dynamischen Psychiatrie sein kann, sondern daß es darum geht, dem Menschen zu ermöglichen, wieder entwicklungsfähig zu werden,

d. h. Humanfunktionen nachzuentwickeln und destruktive zu konstruktiven Funktionen hin zu verändern. Die psychotherapeutische Arbeit muß, um nicht nur vorübergehende Besserungen der Befindlichkeit des Menschen, sondern grundlegende Strukturveränderungen der Persönlichkeit zu erreichen, am unbewußten Kern der Humanstruktur ansetzen. Unsere klinischen Erfahrungen und empirischen Untersuchungen sprechen dafür, daß die Symptome sozusagen von selbst verschwinden, wenn strukturelle Veränderungen stattgefunden haben (u. a. *Ammon* 1988).

Behandlungsziel der Dynamischen Psychiatrie ist die Identitätsentwicklung, Aufhebung von Defizit und Arretierung, damit der Mensch zunehmend in die Lage versetzt wird, mit sich selbst, seinem Unbewußten, seinen Bedürfnissen und mit seiner Umgebung in Beziehung zu treten. Humanstrukturelle Therapie muß immer eine Therapie der Identität sein. Im Mittelpunkt jeder Identitätstherapie steht, wer ein Mensch wirklich ist und wer er sein kann. Das Verstehen menschlichen Leidens auf der Grundlage des Humanstrukturmodells ermöglicht es, ein oberflächliches Arbeiten an der Persönlichkeitsfassade, ein bloßes Aufbauen von sekundären Humanfunktionen, die letztlich unintegriert bleiben, wie es bei vielen Anpassungstherapien der Fall ist, zu vermeiden. Die Identitätstherapie hat den Menschen in seinem Kern zu erreichen. Sie ist eine ständige Auseinandersetzung, wer der Mensch in der Gruppe ist, wer er sein kann, wie er mit anderen Menschen leben kann (*Ammon* 1979).

Einem in seiner Ganzheit gestörten, auf wenige Dimensionen eingeeengten, in seiner Persönlichkeit desintegrierten Menschen, der im Kontakt zu sich selbst, zum Unbewußten, zu seinen Bedürfnissen, zu anderen Menschen, zur Umwelt, Kultur und Natur entfremdet ist, muß ein therapeutisches Angebot entgegengebracht werden, das ihm das Fehlende ermöglicht: eine integrierte, möglichst ganzheitliche und gleichzeitig differenzierte Behandlung unter Einbeziehung der Gruppendynamik und des Unbewußten bei Schaffung von möglichst konstruktiven sozialenergetischen Feldern. Die Dynamisch-Psychiatrische Klinik Mengerschwäige in München (gegründet 1979 als Folgeklinik der 1975 ins Leben gerufenen ersten Dynamisch-Psychiatrischen Klinik) hält ein gruppenspezifisch strukturiertes Milieu für die blockierten und nicht stattgefundenen Entwicklungsprozesse zur Verfügung. Das gesamte milieutherapeutische Klinikfeld mit allen darin wirkenden Menschen und den multidimensionalen verbalen und nonverbalen Methoden fassen wir als ein großes sozialenergetisches Feld auf, in dem durchaus auch die Patienten untereinander eine sozialenergetische und co-therapeutische Funktion haben. Die Klinik hält folgende therapeutische Behandlungsmethoden bereit: Einzeltherapie, gruppenspezifisch orientierte Gruppenpsychotherapie, milieutherapeutische Projektarbeit, der wir besondere Bedeutung beimessen, Großgruppen-, Theater-, Musik- und Tanztherapie, alle Formen von Kunst- und Interessentherapien, handwerkliche Therapien und Sporttherapie. Jeder einzelne Patient erhält entsprechend seiner Humanstruktur ein besonderes Behandlungsprogramm und befindet sich somit in verschiedenen Gruppen-

situationen mit verschiedenen Therapeuten. Dabei sollte die Behandlung immer auch den Bedürfnissen des Patienten angepaßt sein (vgl. insbesondere *Ammon* 1986d). Diese Behandlungsfacetten integrierende Felder sind die Kontrollgruppe der Mitarbeiter, die spezielle Supervision aller Milieutherapeuten, die Case-Konferenzen, die für jeden Patienten zu Beginn seiner stationären Behandlung abgehalten werden, und zentral die Großgruppe aller Patienten und Mitarbeiter. Die Großgruppe repräsentiert das gesamte therapeutische Geflecht der Klinik und funktioniert gleichzeitig als eine Art Patientenparlament, eine Einrichtung, die uns seit langem aus der uns nahestehenden Sozialpsychiatrie bekannt ist (vgl. *Schmidts* 1990a).

Behandlung in Gruppen

Im Zentrum der psychotherapeutischen Arbeit steht die Behandlung in Gruppen. Aus unserer heutigen Sicht würden wir die ausschließliche Einzeltherapie als grundsätzlich kontraindiziert bei der Psychosentherapie und Therapie schwerer Borderline-Erkrankungen ansehen. Nach unserer Ansicht stellt es eine Überforderung des Therapeuten dar, alleine die sozialenergetische Last und symbiotische Forderung dieser Patienten zu tragen; bekannterweise kannten die psychoanalytischen Pioniere der Psychosentherapie wie *Paul Federn, John Rosen, Frieda Fromm-Reichmann, Sechehaye, Arieti, Benedetti, Searles, Sullivan* etc. nur die Einzeltherapie oder höchstens die Einzeltherapie im Medium der Klinik, wobei die Berücksichtigung gruppenspezifischer Aspekte fehlte. Bei der von uns 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 vorwiegend in Gruppen behandelt.

Verbale Therapie

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 Kliniklebens und aus der Teilnahme an einer Gruppenpsychotherapiegruppe. Bei der formalen Gruppentherapiegruppe wird sich der Therapeut im wesentlichen mit der Psychopathologie und ihren humanstrukturellen und analytischen Aspekten auseinanderzusetzen haben. Weiterhin wird er mit der Frage der Identität der Patienten, der Angst sowie mit der Gruppendynamik, wie z. B. der Zusammenarbeit in der Gruppe, mit Untergruppenbildung, Zersplitterung, Destruktionen, Leitersturzdynamiken, mit Angstbündnissen und Isolierung zu arbeiten haben. Wiederum in anderer Gruppenzusammensetzung und -struktur ist jeder Patient Mitglied 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; d. h. diese Gruppen essen gemeinsam, haben ihre Tische im Speisesaal gemeinsam und wählen sich ihre Arbeitsprojekte selbst aus, wie z. B. einen Brunnen zu bauen, eine Biotop-Anlage oder einen

Gartenpavillon zu errichten. Jede Milieugruppe wählt sich einen Mitpatienten zum Projektleiter. Die Gruppen werden von Milieuthérapeuten, in der Regel Diplompsychologen, geleitet. In den milieuthérapeutischen Gruppen hat der Therapeut sich vorwiegend mit den Aspekten von Arbeit, Tätigsein und den Patienten zur Verfügung stehenden Fähigkeiten und Begabungen bzw. deren Defiziten und destruktiven Verformungen zu beschäftigen.

Nonverbale Therapie

Um den Patienten zu helfen, deren Erkrankungen größtenteils in eine Zeit zurückreichen, in der sich Sprechen und Sprache noch nicht entwickelt hatten, die schweigen oder nie gelernt haben, die Sprache in ihrem eigenen Recht zu gebrauchen, haben wir ein breites Setting nonverbaler Therapiemethoden eingesetzt und nach und nach unserer humanstrukturologischen Schule entsprechend entwickelt. In dieses Behandlungsspektrum gehören die humanstrukturelle Tanz-, Musik-, Mal-, Theater- und Reittherapie und die Milieuthérapie in ihren zentralen therapeutischen Aspekten. Die Milieuthérapie wurde gerade für die Patienten konzipiert, die nicht zur Introspektion fähig sind, sondern ihre unbewusste Problematik ausagieren, indem sie immer wieder Verlassenheitssituationen herstellen (Ammon 1959). Die Milieuthérapie und ihre Supervision dient dazu, daß die ursprüngliche Gruppendynamik des jeweiligen Patienten im Ausagieren in die Gesamtheit des gemeinsamen Arbeitens und der gemeinsamen Alltagsgestaltung sichtbar und in nachholender Wiedergutmachung verändert werden kann. Die anderen nonverbalen Therapieformen stellen jeweils unterschiedliche Facetten des Sichtbar- und Verstehbarwerdens dar, die an verschiedenen Ebenen des Synergismus von Bewußtem und Unbewußtem, sich entwickelnden kreativen Möglichkeiten, unterschiedlicher Gewichtung von körperlicher, geistiger und seelischer Mitteilung ansetzen.

Die von Ammon entwickelte humanstrukturelle Tanztherapie stellt das Körper-Ich, die früheste Ich-Struktur des Menschen, in den Mittelpunkt; dabei tritt die Körpersprache an die Stelle der verbalen Sprache und ihrer Logik. Der inmitten der therapeutischen Gruppe tanzende Patient wird sichtbar in der ihm möglichen Körper- und Bewegungssprache. Manche Patienten tanzen im Straßenanzug, manche im Tanzdress, manche in Tüchern, d. h. je nach ihren Bedürfnissen. Die Tanztherapie wird auch zu einem Diagnostikum, da der Therapeut die Stärke der Einengung von Bewegungsmöglichkeit in Raum und Zeit beobachten kann, wie auch die Kontaktfähigkeit zur Musik, zur Gruppe und zu sich selbst. Aber auch die Fähigkeit zur Entspannung, zum Ausdruck von Emotionen und Katharsis sowie von Gestaltung und energetischer Kraft kommt zum Ausdruck. Wichtig ist auch die Beobachtung des Gesichtsausdrucks, der Mimik, des Blicks (manche Patienten können nur mit geschlossenen Augen tanzen), die Haltung des Körpers, die Beziehung zum Boden, die Möglichkeiten von Sprüngen in die Luft, die Nähe und Entfernung von der Gruppe, die Bewegung des Körpers in sich und die rhythmische Fähigkeit. Es ist auch die Möglichkeit des Tanzes ohne Musik oder mit Trommeln gegeben.

Das pantomimische Tanzen ohne Musik erfordert kreativen Ausdruck und einen stärkeren Bezug zur eigenen Körperlichkeit, während das Tanzen mit einer Trommelgruppe Kontakt und Beziehung zu den Trommlern und besonders auch zu der ganzen Gruppe, die sich auch durch rhythmisches Klatschen, Zurufe und Summen beteiligt, erfordert (*Ammon 1986 a,b,c; Berger 1987, 1988*).

In der Theatertherapie spielen die Patienten oft ihre eigene Pathologie, wie z.B. einen Säufer oder auch entfremdende Rollen, wie Tiere, Pflanzen oder verzauberte Wesen, und sie spielen diese Rollen so oft, bis sie sie als krank und fremd empfinden, wobei damit 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- und Gruppentherapie berichten sie dann Schritt um Schritt über ihr Erleben dabei (vgl. u.a. *Ammon 1991b*).

Die Struktur der Musiktherapie ähnelt der der humanstrukturellen Tanztherapie. Im Unterschied zur Tanztherapie zeigt sich aber der Patient nicht einzeln, »vielmehr legt die kulturelle Erfahrung der abendländischen Musik, die in ihrer Geschichte vielfältige Einflüsse anderer Kulturen in sich aufgenommen hat und neben der ihr ureigenen Polyphonie bis zur Polytonalität auch die Polyrythmik integriert hat, ein Zusammen-Singen und -Spielen nahe, das die unabhängigen einzelnen Stimmen noch in ihrer Unverwechselbarkeit unterstreicht, indem sie sie reflektiert, moduliert, variiert. Gruppendynamisch gesehen wird so stärker mit den Untergruppenbildungen, Koalitionen und Differenzen gearbeitet« (*Schmidts 1990b*).

Bei den nonverbalen Methoden gleich welcher Art sollte immer im Auge behalten werden, daß sie eine Brücke zur späteren verbalen Äußerungsform des Patienten darstellen und daß dabei das Feedback durch den Therapeuten und die Gruppe eine große Rolle spielt. Dabei ist von großer Bedeutung 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. Die Verbalisierung hat auch eine integrierende Funktion: sie verleiht dem unbewußten Ausdruck Wirklichkeit und schafft somit erst die Voraussetzung für dessen Integration in die Persönlichkeitsstruktur des Menschen (u.a. *Ammon 1991*). »Die Interpretation steht exemplarisch für die sich entwickelnde Integrationsleistung des Patienten von Nicht-Bewußtem und Bewußtem im Verlaufe seiner nachholenden Ich-Entwicklung.« (*von Bülow 1992*)

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 Human-Funktionen und -Strukturen, wobei Zerstörungswut, Psychosomatik, Depression,

Sucht, destruktive Sexualität und gelegentliche psychotische Ausbrüche das Krankheitsbild bestimmen. Dabei tritt das von uns so bezeichnete milieuthérapeutische, sozialenergetische, gruppodynamische Feld bei der Psychotherapie an die Stelle der freien Assoziation innerhalb der Standardmethode auf der Couch. Die Grundtendenz der Behandlungsmethodik ist dabei, dem Patienten die Möglichkeit zu geben, in ein kontrolliertes und überschaubares Feld hineinzugieren. Durch die Einbettung in die verschiedensten Gruppen und therapeutischen Beziehungen kann eine Aufspaltung 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 (Ammon 1991). In allen verschiedenen Therapieformen ist letztlich das Arbeiten an der Identität des Menschen grundlegendes Behandlungsprinzip.

Inhalt der Identitätstherapie ist die Auseinandersetzung mit den defizitären und destruktiven Strukturanteilen auf der Basis eines therapeutischen Bündnisses mit den gesunden Anteilen der Persönlichkeit. Kernpunkt der Auseinandersetzung ist die destruktive Aggression, von der aus eine Bearbeitung der anderen destruktiven und defizitären Humanfunktionen, besonders auch des Narzißmus, stattfindet. Archaische Wut- und Verlassenheitsgefühle werden frei und die Dynamik deutlich, die der Mensch unbewußt aufgrund seiner pathologischen Struktur immer wieder herstellt. Eine intensive Bearbeitung der frühen Gruppodynamik des Patienten unter Berücksichtigung der Spiegelungsfunktion in der Therapie ist notwendig, ebenso die kontinuierliche Einbeziehung der Familiengruppe während des Behandlungsprozesses (Ammon 1991).

Die Auseinandersetzung um destruktive, kranke Ich-Anteile wird von paranoiden Patienten häufig als Angriff auf ihre ganze Person erlebt: sie fühlen sich zurückgewiesen und gemieden, erleben frühe Zurückweisungen und Kränkungen wieder und reagieren im Sinne von Kontaktabwehr destruktiv. Eine heilende Besserung des Krankheitsprozesses wird erst dann eintreten, wenn die Arbeit am Widerstand des von mir oft beschriebenen Dreiecks Aggression, Paranoia und schwerer pathologischer Narzißmus verbunden mit schwerster Kontaktangst, bewältigt werden kann.

Humanstrukturelle Therapie findet statt in Grenzsituationen. Eine Aufgabe des Therapeuten ist, diese Grenzsituationen für den Patienten herzustellen und erfahrbar zu machen. Dazu ist es notwendig, daß der Therapeut sich als Mensch mit Gefühlen, Einstellungen und Haltungen zu erkennen gibt. Der Therapeut muß als realer Mensch in einer konkreten zwischenmenschlichen Beziehung erfahrbar sein. Dabei ist die Arzt-Patient-Beziehung eine partnerschaftliche, getragen von der Achtung und dem Ernstnehmen des Kranken. Bei der Krankheit handelt es sich nicht um verdrängtes Konfliktgeschehen, sondern um ein real erlittenes Defizit des Patienten. Nicht Verdrängtes muß aufgehoben werden, sondern ein Stück defizitäre Entwicklung muß nachge-

holt werden, ein Stück unstrukturierter Persönlichkeit eine neue Struktur bekommen.

Die Therapie wird prozeßhaft verstanden, und Veränderungen und Entwicklungen — wie auch Symptomverhalten — werden von Zeit zu Zeit festgehalten. In den Case-Konferenzen wird ein Strukturgewinn in der Persönlichkeit, Veränderung im Verhalten, Körperlichkeit und Psyche diskutiert. Wichtig und hilfreich sind hierbei auch Konferenzen über Schwierigkeiten und Versagen der Behandlungsmethodik oder sogar Verschlechterung.

Methodik der Diagnostik, Effizienz und Katamnestik

Die Weiterentwicklung der Theorie und Behandlungsmethodik unserer Schule stand und steht immer in enger, direkter Wechselbeziehung zur praktischen gruppodynamischen und psychotherapeutischen Arbeit. Die Inhalte des Menschenbildes spiegeln sich in der Theorieentwicklung, im Verständnis von Gesundsein und Kranksein und in der Behandlung wider, müssen aber auch in der Diagnostik auffindbar sein. Dies bedeutet, daß die humanstrukturelle Diagnostik versuchen muß,

1. den Menschen möglichst umfassend, in seinen körperlichen, seelischen und geistigen Dimensionen zu untersuchen. Durch die Internistin der Klinik erfolgt eine gründliche körperliche Untersuchung mit Laboruntersuchungen, standardisierten Befindlichkeitsskalen, neurologischen Befundabklärungen mit EEG usw.

Mit den psychisch-geistigen Funktionen, Entwicklungsarretierungen und -deformationen und Entwicklungsmöglichkeiten hat sich die psychologisch-diagnostische Abteilung mit einer Vielfalt an verschiedenen Inventaren und Untersuchungen einschließlich einer gründlichen psychologischen Anamneseerhebung mit der Exploration der Entwicklung psychisch-geistiger Funktionen zu beschäftigen. Wesentlich und grundlegend sind die vollständigen psychiatrischen Untersuchungen klassischer, aber insbesondere dynamisch-psychiatrischer Natur mit ihrer psychogenetischen, gruppodynamischen und humanstrukturellen Formulierung der Persönlichkeit, wobei großer Wert auf die Erfassung der ganzen Lebensgeschichte des Patienten gelegt wird.

Hinzu kommen die sehr umfangreichen Explorationen aus dem sozialarbeiterischen Bereich mit der Aufnahme der augenblicklichen sozialen Situation des Patienten, insbesondere aber auch Explorationen mit Familienangehörigen und kontinuierliche Betreuung der Familien. Es geht also um eine möglichst umfassende Erfassung der Gesamtpersönlichkeit des Menschen und seines ganzen Lebensfeldes.

2. Mit dem Paradigma der Ganzheitlichkeit geht die Aufhebung des dualistischen Denkens einher, so der Dichotomie von gesund und krank. Der wesentliche Gesichtspunkt bei der Durchuntersuchung eines neuen Patienten ist daher nicht allein die Feststellung seiner pathologischen Aspekte, sondern auch gleichwertig das Erkennen und die Untersuchung seiner gesunden und kreativen Anteile. Letztere werden als wichtig angesehen für die Entwicklung

eines Behandlungsprogrammes und in Hinblick auf die Prognose: Welche Möglichkeiten stehen dem Patienten in Hinblick auf Therapieziel und Tätigkeit nach der Entlassung in der Gesellschaft zur Verfügung?

3. Dem Menschen in seiner Mehrdimensionalität gerecht zu werden, bedarf es nicht nur einer umfassenden, ganzheitlichen, sondern auch möglichst differenzierten und die unbewußten Persönlichkeitsbereiche berücksichtigende Methoden und Indikatoren. Was die Arbeit unserer psychologisch-diagnostischen Abteilung angeht, verlangt dies die Anwendung einer Vielfalt verschiedener Instrumente. Neben den herkömmlichen Testverfahren wie z.B. dem Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), dem Gießen-Test, Wartegg-Zeichentest, Baum-Test, Familie in Tieren, Intelligenztest, Benton-Test usw. hat hier der Ich-Struktur-Test nach *Ammon* (ISTA) einen besonderen Stellenwert, der auf der Grundlage der Humanstrukturtheorie entwickelt wurde und ein Instrument der allgemeinen und klinischen Persönlichkeitsforschung ist. Er soll Rückschlüsse auf die dem Verhalten und Erleben zugrundeliegenden Humanfunktionen im Kern der Persönlichkeit ermöglichen und zwar in ihren konstruktiven, destruktiven und defizitären Ausprägungen. Der ISTA ist für die Humanfunktionen der Aggression, der Angst, der Abgrenzung nach innen und außen und des Narzißmus entwickelt. Es liegt Meßgenauigkeit im Sinne ausreichender Reliabilität und Validität vor. Zur Zeit befinden sich die Skalen für konstruktive, destruktive und defizitäre Sexualität in Entwicklung. Der ISTA wird in vielen in- und ausländischen Kliniken, Institutionen und Ambulanzen eingesetzt. Vertieft wird die Diagnostik durch Untersuchungen mit dem autokinetischen Lichttest (AKL) mit dem Ziel der approximativen Erfassung nichtbewußter Humanstrukturanteile sowie durch kontinuierliche soziometrische und spezielle gruppendiagnostische Untersuchungen und durch Hirnstromuntersuchungen im Traum- und Schlaflabor mit dem Ziel, die Struktur der Schlafprofile in Beziehung zur gegenwärtigen psychischen Entwicklung des Menschen in Gesundheit und Kranksein zu setzen.

Dieses ganze Spektrum einer mehrdimensionalen Diagnostik, wozu auch die vielfältigen Beobachtungen des Patienten aus dem Milieu, in den verschiedenen Gruppen, aber auch seine Erscheinung, sein äußeres Bild, seine Kleidung, sein Gesichtsausdruck, Gestik, Mimik, sein Verhalten hinzugehören ebenso wie das Studium der Übertragungs- und Gegenübertragungsdynamik nicht nur in den therapeutischen, sondern auch in den diagnostischen Situationen, wie aber auch das Studium der Widerspiegelungsdynamiken, die sich bilden, wenn sich der Patient in die Gruppen hinein mit seiner gesamten Identität entwirft, und die wir für ein Verständnis der unbewußten Familiendynamik hinzuziehen können, muß in ihrer Komplexität integriert werden.

Dies geschieht in den mehrstündigen Case-Konferenzen mit allen an der Durchuntersuchung des Patienten beteiligten Mitarbeitern unter der Leitung des Chefkonsiliarius und eines Psychiaters mit dem Ziel eines umfassenden Verständnisses der gesamten Persönlichkeitsentwicklung und der Ausarbei-

tung eines auf die spezifische Persönlichkeitsstruktur zugeschnittenen Behandlungsprogrammes. Theoretisch werden diese Ergebnisse über das Humanstrukturmodell integriert, worauf wir weiter unten nochmals zurückkommen.

4. Die Aufhebung des Kategoriendenkens zugunsten eines differenzierenden Strukturverständnisses fordert die Diagnostik auf, ein möglichst individuelles und differenziertes Persönlichkeitsprofil zu erstellen, das den momentanen Entwicklungsstand der Humanfunktionen in ihren konstruktiven, destruktiven und defizitären Qualitäten erfaßt. Entsprechend dem Behandlungsziel einer realen strukturellen Nachentwicklung im zentralen Bereich der Persönlichkeit hat konsequenterweise alle humanstrukturelle Diagnostik Strukturdiagnostik zu betreiben.

5. Sie ist aber immer auch eine Entwicklungsdiagnostik entsprechend dem Entwicklungsdenken, d.h. dem dynamischen und prozessualen Denken in der Dynamischen Psychiatrie. Für die Umsetzung in die praktische humanstrukturelle Diagnostik bedeutet dies, daß der Therapieverlauf und die Effizienz der Behandlung während des stationären Aufenthaltes ständig überprüft wird, u.a. durch vierteljährliche Messungen mit dem Ich-Struktur-Test (ISTA), insbesondere aber auch in den zweimal wöchentlich stattfindenden Kontrollgruppen aller Mitarbeiter. Die Diagnostik selbst hat auch eine therapeutische

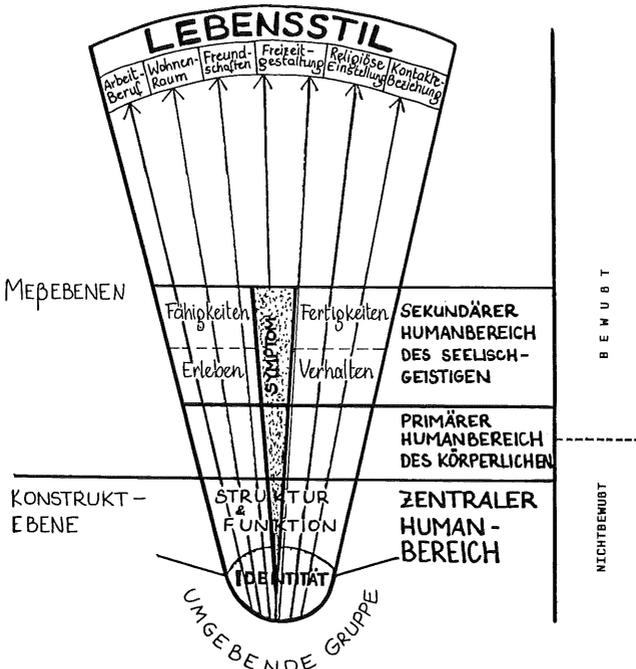


Abb. 1: Modell der humanstrukturellen Persönlichkeitsmessung mit den Meßebenen des Erlebens, Verhaltens, der Symptomatik, der Fähigkeiten und Fertigkeiten und der verschiedenen Lebensfelder

Funktion, da alle Untersuchungsergebnisse prinzipiell mit dem Patienten ausführlich besprochen werden. Besonders wichtig ist hier die Besprechung der Entlassungsuntersuchungen mit den Fragen der bisherigen Veränderungen, Stagnationen und Ansatzpunkten für weitere Entwicklungen. Die diagnostische Beschreibung wird nicht statisch, sondern prozessual aufgefaßt, d.h. die Diagnose verändert sich während des therapeutischen Prozesses im Sinne eines »diagnosing process« (Ammon 1959).

Modell der humanstrukturellen Persönlichkeitsmessung

Das Unbewußte bzw. die unbewußte Struktur ist psychologisch gesehen ein »hypothetisches Konstrukt«, das nicht unmittelbar beobachtbar ist, d.h. es kann nur über beobachtbare und damit auch meßbare Phänomene indirekt erschlossen werden.

Die unbewußte Humanstruktur ist sowohl über die primären biologischen, die bewußten sekundären Funktionen des Erlebnis- und Verhaltensbereiches des Menschen und über die Symptomatologie beobachtbar und damit meßbar. Wir gehen davon aus, daß in jeder Äußerungsform des Menschen sich auch Unbewußtes ausdrückt, ebenso wie sich der Mensch mit seiner gesamten Humanstruktur in das gruppensdynamische Lebensfeld hinein entwirft, zu dem z.B. Wohnung, Partnerschaft und Freundschaften, Arbeit und Tätigsein, Interessen und berufliche Aktivitäten gehören, die insgesamt gemeinsam mit höheren geistigen, religiösen und humanistischen Zielen den Lebensstil des einzelnen Menschen ausmachen.

Nun können verschiedene Meßmethoden den verschiedenen Meßebenen der Persönlichkeit zugeordnet werden. Von den Ergebnissen der verschiedenen Meßebenen kann über die Humanstrukturtheorie auf den Entwicklungsstand der unbewußten Humanstruktur rückgeschlossen werden. Das Modell der humanstrukturellen Persönlichkeitsmessung in *Abb. 1* bietet sich als ein Modell für die Beschreibung von strukturellen Persönlichkeitsveränderungen an, die sich in Veränderungen auf den verschiedenen Meßebenen zeigen.

Effizienzuntersuchungen

In der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaike wird von der psychologischen Abteilung seit nahezu zehn Jahren die Wirksamkeit der stationären Psychotherapie kontinuierlich überprüft und der wissenschaftlichen Öffentlichkeit zur Diskussion gestellt: 1984 an einer gemischt-diagnostischen Gruppe (Burbiel und Wagner 1984), 1989 an der Gruppe der Borderline-Patienten (Burbiel et al. 1989) und 1990 an einer Patientengruppe mit psychotischer Struktur (Schizophrenie und narzißtische Depression) (Burbiel et al. 1990, 1992). Faßt man die Ergebnisse aller Untersuchungen, die bei Klinikaufnahme und Entlassung mit verschiedenen psychologischen Testverfahren, immer aber mit dem ISTA und dem MMPI durchgeführt wurden, zusammen, so kommt man zu folgendem Ergebnis:

1. Wir konnten eine signifikante Reduktion der psychiatrischen und psy-

chosomatischen Symptomatiken feststellen. In einer Untersuchung der internistischen Abteilung der Klinik konnte festgestellt werden, daß 65% der bei Aufnahme mit körperlichen Krankheitssymptomen untersuchten Patienten nach der stationären Behandlung symptomfrei oder wesentlich gebessert, 11% wenig gebessert waren und nur 12% der Patienten keine Besserung ihrer körperlichen Erkrankungen aufwiesen (vgl. *Ammon* 1988).

Auch die psychiatrische Krankheitssymptomatik konnte entweder vollständig oder größtenteils zum Verschwinden gebracht werden. Beispielhaft soll dies hier für die Gruppe der psychotisch strukturierten Patienten anhand der MMPI-Ergebnisse veranschaulicht werden: Wir sehen hier eine signifikante Abnahme in den Skalen Hypochondrie, Depression, Hysterie, Paranoia, Psychasthenie, Schizoidie und soziale Introversion. Diese Symptomreduzierung zeigt sich vor allem in der Abnahme der Störungen der Affektivität, des Denkens und der Person, der Abnahme der katatonen Symptome, der Halluzinationen, der Wahnideen, der Zwangssymptome, der Psychosomatik und der Depression (vgl. *Burbiel et al.* 1990).

2. Dynamisch-Psychiatrische Therapie bekämpft nicht in erster Linie die Symptome der Erkrankung, sondern behandelt die dahinterliegende erkrankte Persönlichkeitsstruktur des Patienten, ohne deren Gesundung es zu keinem stabilen Heilerfolg kommen kann. Die Symptome verschwinden, wenn eine solche Humanstrukturentwicklung nachholend durch eine gezielte Identitätstherapie initiiert werden und stattfinden kann. Neben anderen herkömmlichen Testverfahren, deren Skalen jeweils den konstruktiven, destruktiven und defizitären Skalen des ISTA zuordenbar sind, ist eines der wichtigsten Testinstrumente für Rückschlüsse auf Veränderungen der zentralen Persönlichkeitsstruktur der ISTA. In allen Studien wurden die zentralen Humanfunktionen der Aggression, Angst, Abgrenzung nach innen und außen und Narzißmus überprüft. Übereinstimmend konnten in allen bisher durchgeführten Untersuchungen an ca. 250 Patienten aufgrund der signifikanten Veränderungen in den ISTA-Skalen in ihren konstruktiven, destruktiven und defizitären Qualitäten Veränderungen in zwei Richtungen festgestellt werden: eine signifikante Zunahme gesunder Persönlichkeitsanteile und eine signifikante Abnahme der defizitären (nicht entwickelten) und destruktiven (zerstörerischen) Persönlichkeitsanteile in den gemessenen Funktionen. Zunahme in den gesunden Persönlichkeitsanteilen bedeutet einen erheblichen Zuwachs an Kontakt- und Beziehungsfähigkeit, Arbeits- und Lernfähigkeit, insgesamt eine aktivere Beziehung zu sich selbst und der Umwelt. Die Patienten beginnen, ihre Wünsche und Bedürfnisse zu spüren, eigene Interessen und Ziele und Freude am Tätigsein zu entwickeln und sich zunehmend um Unterstützung an andere Menschen zu wenden. Insgesamt nimmt die Gruppenfähigkeit und das Selbstwertgefühl der Patienten zu, wie das auch die anderen Testergebnisse dokumentieren, die hier nicht referiert werden sollen (vgl. hierzu *Burbiel et al.* 1990). Auch im Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV), der eine retrospektive Einschätzung des Therapieerfolgs durch den Patienten

erfragt, finden sich für alle Patienten signifikant positive Veränderungen, die Patienten haben wieder eine Zukunftsperspektive gewonnen, können sich leichter entspannen und verfügen über mehr Selbstvertrauen und eine freundlichere Einstellung zu sich. Die Verminderung des Defizits zeigt sich auf der Ebene des Verhaltens und Erlebens in einer Abnahme von Abhängigkeitsbedürfnissen, Einsamkeitsgefühlen, Wahrnehmungsverzerrungen, Todesangst und Lebensunlust, in einer Verringerung der Kontaktabbrüche, eine wichtige Voraussetzung für die ambulante Weiterbehandlung. In allen Untersuchungen kristallisiert sich die Sonderstellung der destruktiven Aggression im therapeutischen Prozeß heraus. Ammon (1979) versteht die klinisch beobachtbare destruktive Aggression »als Ausdruck einer reaktiven Verformung der zentralen Ich-Funktion der konstruktiven Aggression . . . Diese ursprünglich konstruktive Aggression, welche kein wirkliches Gegenüber hat, richtet sich reaktiv gegen die eigenen Ich-Struktur oder die Umwelt als destruktiv bzw. als defizitär gewordene Aggression«. Die Aggressionsentwicklung während des therapeutischen Prozesses nimmt nun einen umgekehrten Verlauf im Vergleich zur pathologischen Aggressionsentwicklung: Durch humanstrukturelle Therapie ist es möglich, defizitär gewordene Aggression über das »Durchgangsstadium« destruktive Aggression in konstruktive Aggression »zurückzuverwandeln«, wobei eine Gesundung des Patienten von der kontinuierlichen Durcharbeitung dieser destruktiven Aggression entscheidend abhängt.

Katamnestik

Im Rahmen des »Münchener Katamnestik-Projektes« werden ehemals in der Klinik Menter-schwaige behandelte Patienten mehrere Jahre nach ihrer Entlassung nachuntersucht. Erste Ergebnisse einer Fragebogenerhebung an 50, bei Aufnahme in die Klinik als psychotisch strukturiert diagnostizierte Patienten ein bis fünf Jahre nach Abschluß der stationären Behandlung wurden 1990 veröffentlicht (Burbiel et al. 1990), weitere Fragebogenergebnisse an einer Stichprobe von 104 Patienten und die Ergebnisse aus testpsychologischen Nachuntersuchungen ein bis acht Jahre danach wurden 1992 auf dem 9. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP an der Universität Regensburg vorgestellt und werden im Herbst 1992 erscheinenden Kongreß-Heft der Zeitschrift »Dynamische Psychiatrie/Dynamic Psychiatry« veröffentlicht. In der Fragebogenerhebung (n = 104) gaben insgesamt 89% der untersuchten Patienten (davon 59% als schizophoren und 41% als depressiv strukturiert diagnostiziert) an, daß sie die Psychotherapie in der Klinik Menter-schwaige insgesamt als sehr erfolgreich (38%) bzw. teilweise erfolgreich (51%) einstufen, wohingegen 11% die Behandlung ohne Erfolg sahen oder sogar eine Verschlechterung ihres Zustandes konstatierten. Diese »Mißerfolgspatienten« hatten größtenteils ihre Therapie vorzeitig abgebrochen oder mußten noch während der Behandlung wegen akuter »Gemein- und Selbstgefährlichkeit« in eine geschlossene Abteilung eines Bezirkskrankenhauses verlegt werden. Bezüglich der Symptomatik gaben die meisten Patienten (57%) an, eine wesentli-

che Besserung erfahren zu haben, bei weiteren 28% hatte sich die Symptomatik etwas gebessert; verschlechtert oder unverändert geblieben war sie bei insgesamt 8% der Befragten. Ihre Persönlichkeitsentwicklung schätzen 81% als sehr gut bis gut ein, 82% erlebten sich auch als kontaktfähiger. Nur 10% gaben an, ihre Kontaktfähigkeit sei gleich geblieben, und 7%, sie habe sich verschlechtert. Ähnlich waren die Ergebnisbilder in den Bereichen Freundschaft, Beruf und Arbeitsfähigkeit, Wohnsituation und Freizeitgestaltung.

In der testpsychologischen Nachuntersuchung wurde durch einen Vergleich Ergebnisse verschiedener psychologischer Verfahren bei Aufnahme, Entlassung und zum Katamnesezeitpunkt (nach ein bis acht Jahren) der Frage nach der Persönlichkeitsentwicklung der Patienten nach dem stationären Behandlungsabschluß nachgegangen: Konnten die Patienten die bei Klinikentlassung gewonnen positiven Entwicklungen, wie sie testpsychologisch nachweisbar waren (vgl. *Burbiel et al.* 1990) halten, gegebenenfalls verbessern? Die Untersuchung mit dem ISTA, MMPI und Gießentest (GT) ein bis acht Jahre danach konnte an 60 schizophren bzw. narzißtisch depressiv strukturierten Patienten (entsprechend ICD 295.0 bis 295.5, 295.8, 295.9 bzw. ICD 296.1, 301.1 und 301.2) durchgeführt werden und kam kurz zusammengefaßt zu folgendem Ergebnis: Die bei Klinikentlassung beobachteten wesentlichen und signifikanten Veränderungen der Testergebnisse blieben stabil. Wird die klinische Therapie durch eine ambulant psychotherapeutische Nachbehandlung ergänzt, dann erhalten wir nicht nur eine Stabilisierung des Behandlungserfolges, sondern weitergehende Verbesserungen, v.a. in den Bereichen der Identität, der Ich-Integrität, der Ich-Autonomie, der Frustrationsregulation, wie sich dies auch im verbesserten Umgang mit Problemen zeigt, des Selbstvertrauens, der Kontakt- und Gruppenfähigkeit, der Aufgeschlossenheit der Umwelt gegenüber, wie sich dies auch in der vielfältigeren Freizeitgestaltung ausdrückt. Freizeit und damit auch die Lebenszeit wird als eine erfülltere sowie auch als eine erholendere Zeit erlebt. Den ehemaligen Patienten sind Beruf und Ausbildung, neben Interessen und Hobbies, neben Freundschaft und Partnerschaft wichtige Bereiche geworden, die ihnen auch Halt im Leben geben können und nicht nur als identitätsbedrohend erlebt werden. Diffuse, irrealer, überflutende Ängste weichen mehr realen, situations- und personenbezogenen Ängsten. Entsprechend nehmen die psychovegetativen Beschwerden ab, ebenso psychopathologische Symptome wie z.B. Halluzinationen, Denkstörungen, Zwangsgedanken u.a. Ein weiter bestehendes Problem für die Gesamtgruppe bleibt zum Zeitpunkt der Klinikentlassung die Paranoia, die Eifersucht, die destruktive Aggression sowie die Sexualität. *Ammon* bezeichnet dies als paranoisches Widerstandsdreieck. Bezüglich diesem finden sich differentialdiagnostische Unterschiede zwischen der Gruppe narzißtische Depression und Schizophrenie. Während sich bei der Gruppe narzißtische Depression schon zum Zeitpunkt der Entlassung die schizoid-paranoide Grundeinstellung im Trend veränderte, und zum Meßzeitpunkt der katamnestic Erhebung auch die Skala der Paranoia signifikant abnahm, blieb dieser Problembereich bei der Grup-

pe der schizophren Strukturierten zu allen Meßzeitpunkten bestehen. Weitere differentialdiagnostische Unterschiede sowie eine ausführliche Darstellung und Diskussion des Gesamtergebnisses der Untersuchung werden, wie oben bereits erwähnt, in Kürze im gleichen Publikationsorgan veröffentlicht.

Wichtig ist, an dieser Stelle nochmals zu betonen: Die Klinikbehandlung stellt nur einen Teil des in der Regel mehrjährigen Therapieprozesses bei der Psychotherapie dar, dem eine ambulante Nachbehandlung, ggf. unter Einbeziehung stützender therapeutischer Wohn- und Lebenssituationen folgen muß. Der Patient wird nicht als ein »Gesunder« aus der Klinik entlassen, sondern dann, wenn seine konstruktiven Anteile — trotz noch gestört entwickelter Persönlichkeitsbereiche — soweit nachentwickelt sind, daß er Kontakte eingehen, diese bei Identitätsforderungen auch halten und sich therapeutische Unterstützung holen kann.

Basic Features of Clinical Human Structural Psychotherapy

Günter Ammon (Berlin/München), Ilse Burbiel (München)

In the introduction to the present paper the authors describe the development of the Berlin School of Dynamic Psychiatry, also defined as Human Structurology, in the last 25 years following *Ammon's* classical psychiatric and psychoanalytic training in Germany and the USA. This development was prompted by the insufficiency of traditional therapeutic thinking and practice, when confronted with severe borderline, psychotic, psychosomatic and obsessive-compulsive illness.

The treatment of such patients calls for a deep change of approach, whose various facets can be summed up as a change of paradigm. It involves a new approach to science, to man and to illness, implicitly also to oneself and to society; further, a new conception of health and disease, of body, mind and spirit. Science is subordinated, in this conception, to the human being in all his dimensions, rendering dynamic psychiatry a true science of man.

In its understanding of severe psychiatric disorders, as for example the psychoses, dynamic psychiatry follows a path opposed to the dogmatic belief defining them as unintelligible and untreatable. In this context, the therapeutic significance of the new paradigm is a consequence of *Ammon's* therapeutic optimism. »Only he can heal, who believes in healing.«

The fundamental principle of human structural science is its own image of man. Man is, in this concept, a multidimensional being with healthy as well as pathological aspects, whereas the healthy elements are relevant for therapeutic work. Man is a being living in groups, whose dynamics condition the development of his personality. At the same time, he is, in *Ammon's* words, »an individual being striving for identity, self realization and a sense of his existence.« Accordingly, illness is defined as a loss of the homeostasis of body, mind and spirit, a restriction of multidimensionality and a development arrest.

In the concept of dynamic psychiatry, identity is a group-related process dependent on social energy and involving continuous development during the whole life. Social energy replaces the Freudian libido concept. It is the energy inherent in human contacts and relationships. Social energetic exchange plays the main role in building up and structuring personality. Thus, personality structure can be visualized as manifested social energy.

The human structural model described by the authors is based on their conception of identity and the image of man. Human structure contains the areas of primary (meaning organic), central (meaning mainly unconscious) and secondary human functions (meaning functions of behaviour). These three areas are synergistically and dynamically interconnected and related to surrounding groups, whose internalized dynamics in early childhood make up the major part of the unconscious. The spectrum of interaction of single human functions ranges from regulated and integrated to poorly regulated and desintegrated functions. According to *Ammon's* spectral theory, not only the three human structural areas, but also their constructive, destructive and deficient aspects are understood as lying on a continuum.

A large part of the paper is consecrated to the conceptualization of illness within the framework of Human Structurology. Illness is structurally understood as a temporary loss of homeostasis and desintegration of personality functions, but at the same time it makes demands on the whole personality which cannot cope with its deficiently developed parts (»holes in the Ego«, in *Ammon's* words). Consequently, symptoms have the meaning of filling such deficits, in order to avoid a breakdown of the whole personality. Thus, the aim of treatment consists not in symptom alleviation, but rather in enabling the patient to develop his human structure by transforming destructive and deficient into constructive aspects. This therapeutic process must take place primarily in the nonconscious core of the personality. Clinical experience shows that symptom reduction occurs as a consequence of structural development. The ultimate goal of treatment is directed toward identity development, improving the contact ability of the patient. »Identity therapy must reach man's inner core.« This is achieved by constructive social energetic exchange processes within the groups, and this fact entails a definite therapeutic conception. Dynamic psychiatric therapy offers the patient, with his desintegrated personality, the possibility of taking up contact to his own non-conscious needs, to other people and to his surroundings.

In the dynamic psychiatric hospital *Menterschwaige*, this therapeutic conception is realized by the multidimensional verbal and non-verbal methods integrated into a milieu therapeutic and social energetic field involving the whole hospital. The therapeutic program is individually planned for each patient and involves individual and group therapy, milieu therapeutic work on various projects, as well as dance therapy, music therapy, theatre and art therapy, riding and sport therapy. The single therapy forms are integrated on the level of control groups of the therapeutic team and of the plenary group of the whole hospital.

In a short historical review, the authors show that psychotherapeutic treatment of severe ego disturbances, like the psychoses, cannot be achieved by individual therapy alone. Rather, it makes basic therapy in groups necessary, using the totality of group dynamics. In the therapeutic of the hospital, each patient has several therapists and is part of several groups. The authors describe in detail the analytical group therapy and the milieu groups in their theoretical and practical aspects as a temporary therapeutic life community. The specific characteristics of the non-verbal therapy forms are also described by the authors, for instance the enacting of the patient's own pathology in the theatre therapy, the importance of body language in dance therapy and the group dynamic polyphonic work in music therapy. However, non-verbal therapy is always connected with, and must lead towards, verbal expression of the patient; the integrating function of verbalisation is thereby emphasized.

Fundamental for the whole therapy is the work with the healthy parts of the personality, while working through deficient and destructive human functions. Dynamic psychiatric treatment is centered around working through of the destructive aggression. Further therapeutic instruments are the systematic use of the mirror function within the groups and the social work with the family of the patient during the whole time of therapy. Exemplarily, the problem of paranoid patients is discussed, stressing the importance of the resistance triangle of aggression, paranoia and pathological narcissism, as described by *Ammon* in earlier works. Above all, therapy is understood as a process involving the whole person, based on the implicit image of man in his inherent capacity of further development. In this context, the authors emphasize that the therapist must be experienced by the patient in his true human wholeness as a partner in his relationship to the patient.

The following chapter of the paper deals with the human structural diagnosing process, also based on holistic understanding. It involves not only psychiatric, but also psychogenetic, group dynamic and human structural assessment of the personality, completed by a number of standardized psychological tests, among which *Ammon's* Ego Structure Test (ISTA) is described in detail. Further diagnostic means include the Autokinetic Light Test (AKL), as well as sociometric and group-diagnostical investigations and electroencephalographic sleep registrations. The complexity of diagnostic results is integrated in the case conferences which allow a global understanding of the specific personality structure of the patient, his development and the planning of adequate therapy. Diagnostic work runs parallel to the therapeutic process and implies a continuous feedback of information, serving as an indicator of the treatment efficiency.

The authors present the human structural model of personality assessment, as a hypothetical construction allowing an insight in the non conscious human structure by means of behavioural and experiential secondary functions. This theoretical model constitutes the basis of efficiency investigations in the dynamic psychiatric hospital. The authors describe a shortcut of the results

obtained in the course of efficiency investigations. These show a significant increase of healthy personality functions, expressed on the behavioral level, an increase in the capacity of tying relationships, in working and learning ability, and an improved contact to oneself and the environment. At the same time a decrease of deficient and destructive personality functions becomes evident. The paramount therapeutic importance of the work on destructive aggression is again emphasized.

An extension of the efficiency research is provided by the catamnestic investigations of the Munich Catamnestic Project, whose first results are presented by the authors. The results confirm the importance of outpatient treatment after leaving the hospital.

Literatur

- Ammon, G. (1959): Theoretical Aspects of Mileotherapy. In: Bulletin of the Menninger School of Psychiatry, Topeka, Kansas, USA. Neuauflage 1977 (Berlin: Pinel-Publikationen)
- (1972): Zur Genese und Struktur psychosomatischer Syndrome unter Berücksichtigung psychoanalytischer Technik. In: *Dyn. Psychiat.* (5) 223—251
 - (1973): Schizophrenie. In: *Ammon, G.: Dynamische Psychiatrie* (Darmstadt/Neuwied: Luchterhand) — Erweiterte Neuausgabe: 1980 (München: Kindler)
 - (1974): Das narzißtische Defizit als Problem der psychoanalytischen Behandlungstechnik — Ein Beitrag zur Theorie und Praxis der nachholenden Ich-Entwicklung. In: *Dyn. Psychiat.* (7), 201—215
 - Hrsg. (1975): *Psychotherapie der Psychosen* (München: Kindler)
 - (1976): Das Borderline-Syndrom — ein neues Krankheitsbild. In: *Dyn. Psychiat.* (9) 317—348 und *Dyn. Psychiat.* (20) 339—368
 - (1978): Das Verständnis eines Entwicklungsdefizits von Ich-Strukturen in Persönlichkeit und umgebender Gruppe als Grundlage für Wissenschaft und Praxis einer Dynamischen Psychiatrie. In: *Dyn. Psychiat.* (11) 120—139
 - (1979): Entwurf eines Dynamisch-Psychiatrischen Ich-Struktur Konzepts In: *Ammon, G. (Hrsg.) Handbuch der Dyn. Psychiat.* Band 1 (München: Ernst Reinhardt) 95—159
 - (1982 a): Das sozialenergetische Prinzip in der Dynamischen Psychiatrie. In: *Ammon, G. Handbuch der Dynamischen Psychiatrie*, Band 2, 4—25. (München: Ernst Reinhardt)
 - (1982 b): Methodenintegration aus der Sicht der Dynamischen Psychiatrie, In: ebd. 25—48.
 - (1982 c): Identität — ein Geschehen an der Grenze von Raum und Zeit. In: *Dyn. Psychiat.* (15) 114—128
 - (1984 a): Die Unerreichten — zur Behandlungsmethodik des Urnarzißmus. In: *Dyn. Psychiat.* (17) 145—163.
 - (1985): Der mehrdimensionale Mensch. In: *Dyn. Psychiat.* (18) 99—110
 - (1986 a): Humanstruktureller Tanz — Heilkunst und Selbsterfahrung In: *Dyn. Psychiat.* (19) 317—342
 - (1986 b): Humanstruktureller Tanz — Selbsterfahrung, Meditation, Körpererleben, Therapie. In: *Krankengymnastik* (38) 862-867
 - (1986 c): Tanz als Therapie — Humanstruktureller Tanz in Theorie und Praxis. In: *Magazin 2000* (8) Nr. 64, 48—52
 - (1986 d): Zur Dynamisch-Psychiatrischen Konzeption und Behandlungsmethodik (Rehabilitation von psychiatrisch-psychisch Kranken). In: *Dyn. Psychiat.* (21) 1—16
 - (1988): Zur humanstrukturellen Verwobenheit von Psychosomatik und Schizophrenie. In: *Dyn. Psychiat.* (21) 1—16
 - (1989): Das Borderline-Syndrom, eine humanstrukturelle Erkrankung: Zur Weiterentwicklung der Ergebnisse des DAP-Borderline-Symposiums 1976. In: *Dyn. Psychiat.* (22) 1—13
 - (1991 a): Dynamic Structural Psychiatry Today. In: *Dyn. Psychiat.* (24) 21—29.
 - (1991 b): Psychotherapie der Schizophrenie — Paradigmenwechsel in Psychiatrie und Psychotherapie. In: *Dyn. Psychiat.* (24) 221—274

- Berger, M.* (1987): Psychischer Ausdruck im Humanstrukturellen Tanz. Eine Pilot-Study. In: *Dyn. Psychiat.* (20) 42—64
- (1988): Psychologische Untersuchungen zur Humanstrukturellen Tanztherapie. In: *Dyn. Psychiat.* (21) 128—158
- Burbiel, I.; Wagner, H.* (1984): Einige Ergebnisse Dynamisch-Psychiatrischer Effizienzforschung. In: *Dyn. Psychiat.* (17) 468—500
- *Fabian, E.; Emmert, Ch.; Wolfrum, G.* (1989): Klinisch-psychologische Effizienzuntersuchungen bei der stationären Behandlung von Borderline-Patienten in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaike. In: *Dyn. Psychiat.* (22) 343—366
- *Apfelthaler, R.; Fabian, E.; Schanné, U.; Seidler, G.; Wolfrum, G.* (1990): Die Effizienz stationärer Psychotherapie in der Klinik Mengerschwaike — Klinisch-Psychologische Untersuchungen. In: *Dyn. Psychiat.* (23) 247—301
- *Apfelthaler, R.; Fabian, E.; Schanné, U.; Wolfrum, G.* (1992): Stationäre Psychotherapie der Psychosen. Eine testpsychologische katamnestiche Untersuchung. Unveröffentlichtes Manuskript
- v. Bülow, G.* (1990): Die Bedeutung der Sprache bei nonverbalen Therapiemethoden. Unveröffentlichtes Manuskript
- Kress, G.* (1987): Kreativitätseinfaltung — Entwicklungsschritte des Patienten in der Maltherapie. In: *Dyn. Psychiat.* (20) 65-82
- Schmidts, R.* (1990): Die integrative Funktion der Großgruppe in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaike. Unveröffentlichtes Manuskript

Anschrift der Autoren:

Dr. med. Günter Ammon
Meierottostraße 1
W-1000 Berlin 15

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

Drug Addiction as a Psychotic Entity in Adolescence: Its Treatment**

Mauricio Knobel (Campinas)*

The author presents in this article his understanding of drug addiction as a psychotic illness in adolescence. Proceeding from his previous studies in adolescent psychiatry, Knobel describes the »Normal Adolescent Syndrome«. Against this background, the author assumes drug addiction to be not a behavioural disorder, but rather an inhibition in the development of the adolescent, leading him to act in self-aggression. In the psychotherapy of this syndrome, psychodynamic-psychoanalytic approaches can be used, as for instance Ammon's dynamic psychiatric approach, or the »Short Term Psychotherapy«, as developed by the author himself. Psychotherapeutic treatment aims at achieving more self realization and identity: in Ammon's terminology, by a retrieval of ego development; Knobel emphasizes the importance of working through normal mourning processes of adolescence, within the framework of his »therapy of limited time and delimited objectives«.

Studying adolescence for more than 35 years, I was able to confirm many times, that adolescence is a true developmental period of life with its own characteristics and psychodynamic as well as physical components. In the earliest sixties I described what I then called, and still do so, a »Syndrome of Normal Adolescence« (*Knobel, 1962*), which led me to a series of researches, partially reported in 1985, in Spanish, where results of different studies with 2. 600 youngsters from 10 to 22 years old allowed me to state that they do present a life-feeling of a difficulty for an autonomous development of their personality together with a somewhat distorted sense of social reality (*Knobel 1985a*).

The concept led out in 1962, deserved several studies and many quotations (*Aberastury et al. 1976; Kalina 1973; Knobel, Perestrello, Uchóa 1981; Comis. Saúde do Adolesc. 1988; Campos 1982; Ferreira 1984*), specially because it was included as a chapter of a small book written in collaboration with *Arminda Aberastury* and other colleagues, which is now in its 13th reprint in Spanish and 7th reprint in its Portuguese version (*Knobel 1989*).

The Pan-American Health Organization recognizes the »syndrome of normal adolescence« because it considers »the usefulness of this aggregate of characteristics is not only that it encompasses the manifestations of behavior found more frequently in adolescents, but also points out their normalcy and shows the fallacy in considering them as pathological behavior« (Pan-American Health Organization 1985).

There are stereotyped adult prejudices against the adolescents in spite of all kind of »declarations«, »rights« and so on. The careful reading of those manifestations denounces the fear the adult world still has against adolescents, who

* Full Professor and Head of Department of Psychiatry, State University of Campinas, Sao Paulo, Brazil, Vice President of WADP, Chairman of the Brazilian Branch of WADP

** Lecture given at the 8th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XXI International Symposium of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP),

are frequently considered as true marginals, always prone to act violently and destructively against the »Establishment«, the family and, of course, themselves. Then we develop »programmes« for adolescents, We can teach them, »educate« them, specially to adapt to our own patterns of life. It is only recently that the idea of working with adolescents is becoming to be considered. A Study Group of the World Health Organization recommended »that young people participate and share in the responsibility for developing policies and planning strategies for the promotion of their own health«, and also »that young people be trained for, and actively involved in, the implementation of such policies through the provision of services, information, education, and counselling to people of their own age, and other segments of the community in need« (W.H.O. 1986).

There are steps toward a real action for the adolescent population which nowadays reaches, in general terms, and with several exceptions, the range of some 25% of the general population, practically all over the world. This only »populational factor« makes the issue of studying adolescents a very important one and then, we could not go any further if we do not know something about the »normal« adolescents, who many times are labelled as »abnormal abnormality«, because the prejudices already mentioned. The adult biased perception of adolescence led me, as I already said it, to recognize a certain »normality« in adolescence and thus present a profile of such »Syndrome of Normal Adolescence«, which I describe as follows, in regard to behaviour:

- 1) a search for this new identity and self (true adolescent identity),
- 2) marked group tendency (group allows for new identity and roles),
- 3) the need to exercise an active and conscious phantasy life as well as a constant intellectualization, which is a normal and quite specific form of thinking process in this period of life,
- 4) religious crisis, ranging from absolute atheism to religious mysticism,
- 5) temporal misplacement with occasional feelings of atemporality,
- 6) an evident sexual evolution from autoerotism to genital heterosexuality,
- 7) a vindictive social attitude,
- 8) successive contradictions in all aspects of behaviour, guided by a tendency toward action which substitutes for more evolved forms of thought,
- 9) conflict and struggle for a progressive separation from parents,
- 10) constant fluctuations of mood,

These features or traits of behaviour, which, following the idea of a »syndrome« can be called as sort of »symptoms« of normality, interact in a constantly fluctuating manner, thus permitting the achievement of young adulthood and later on true adult life, through this troublesome, at times painful, and nevertheless always joyful and mixed happy-sad experiencing plain and ever growing life and the true feeling of life processes.

Adolescence shall be considered a true developmental period of life — as already stated — during which the individual tries to establish his/her present identity and at the same time prepare him/herself for the future adult identity, through early internalization of parental objects and their relationships and

also by continuous testing of reality of the social environment. All of this is achieved through the developing biophysical elements which tend to stabilize personality on a genital level, and by the working-through a basic threefold mourning process of the lost infantile body, lost infantile identity and role, and the childhood parents loss (*Knobel, 1968; Knobel, 1985b*).

It is necessary to understand adolescence as a developmental period which, due to the special characteristic already specified, demands a certain amount of »psychopathic« behaviour, that is basically useful for the process of working through what we consider also a »normal adolescence mourning«, as well as for becoming able to establishing him/herself in an extremely conflictive and violent society (*Knobel 1968; Aberastury, Knobel, Rosenthal 1972; Knobel 1985b; Aberastury, Knobel 1989*).

An exaggerated intensity or persistence of these phenomena constitutes »psychopathy« in the nosological sense of the term. The permanent use of psychopathic mechanisms during adolescence may be seen as invading both normal and abnormal behaviour. In this last situation psychopathy becomes an integrative part of the different pathological entities in adolescence. We may see depressive, schizoid or even schizophrenic adolescents with their specific and already known pathological symptoms, among which, as mentioned, psychopathy will be appearing and at times disguising pathology, which makes diagnosis in adolescence more difficult in general. I do postulate the existence of a Psychopathic Nucleus in all psychopathological syndromes running from »Personality Disorders« through »Neuroses« up till »Psychoses«, during adolescence (*Knobel 1985b*).

That is why, according to my experience, familiarity with the normal mourning processes helps in the diagnostic procedure as well as in the treatment one. I shall not indulge here in describing the dynamics of the repeatedly mentioned »mourning processes« of adolescence, carefully analyzed in other works (*Knobel 1968; Knobel 1985b; Aberastury, Knobel 1989; Aberastury, Knobel, Rosenthal 1972*), but I will mention them and underlying its features, psychodynamics of adolescence in general will become more comprehensive. The mourning process and consequences can be summarized as follows:

- 1) Mourning for the infantile body, leading to the phenomenon of intellectualization and to physical acting-out.
- 2) Mourning for the infantile identity and role, leading toward psychopathic-like handling of affection and love.
- 3) Mourning for the childhood-parents, leading toward a distorted perception of reality.

Adolescent changes are slow and no inner or outer haste will help the process because it has the well known psychodynamics of mournings. Like any mourning it requires time for a real working through. I consider that I must repeat that a pathological working-through of those mournings will necessarily relate adolescent's psychopathology to 'psychopathy', because it will lead toward acting-out, denial, impulsivity, and poor object relationship. The already mentioned »Psychopathic Nucleus« is always very active in all those cases.

Pathology in general and psychopathology specially are absurdly denied in most of the psychopathological classifications. We can observe »neglect« (resistances) in all current internationally known classifications such as the DSM 3 R, widely used in the United States of North America, ICD 9; and in the project of the ICD 10. That is why some severe psychopathological conditions are poorly studied, in spite of their obvious importance, as it occurs with »Drug-Addiction«.

This pathology suffers from all kind of prejudices in all senses and for different reasons, going from political, social and economic interests to ignorance and/or personal conflicts which remain unsolved in the proper medical, psychological and research personnel.

It may appear as the most destructive element even when occasionally used, or as just a habit without supposes any consequences. Sociological factors are intricately mixed up with economic interests, power struggle and reactive or inner true psychopathology.

However, those who really work with drug-addicts to recognize a severe pathological component in this kind of behaviour which every day becomes more and more difficult to hide in its deleterious effects in the personality structure, in human interactions, in social environments and in mankind in general.

Claude Olievenstein, already famous for his writings and personal experience in this subject, specially in the Marmottan Hospital in France, following *Lacan's* ideas and the developmental process related to early life with the »mirror stage«, described a »splitted mirror stage« during the initial development of the future drug addict. Family has, of course, a strong influence in this process which, through what he calls »Ordalic Behaviour« shall deny the bizarre and psychotic submissive behaviour which shall push the addict toward death (*Olievenstein* 1983).

The psychotic acting shows how the addict puts imaginary into action with a deluding sense of richness and creativity, for just afterwards feeling annihilated and leaving an inside space for pain, melancholia and death (*Olievenstein* 1985).

It is important to remember the adolescent's struggle when he/she is in the process of working-through mournings, which, when failing in this work, appears the accentuated phantasy life, intellectualization, changes of mood, and imagining a power he/she does not have, and thus searching for the delusional immediate effect of a magic product which shall overcome all the sufferings of a pathological mourning process.

Eduardo Kalina speaks of the »Popeye syndrome«, where as the comics' character does with ingestion of spinach, anyone can dream with a powerful substance that will give immediate power. Thus, any substance-and not necessarily the well known toxic products-may become a drug to which a weak ego can become dependent. He refers to a »robotized ego«, which truly substitutes a real ego structure with necessary conflicts with which everyone deals. He

affirms that the sick person who is drug dependent is a psychotic because he/she just lives in a delusional system (Kalina 1986).

Accomplice of a psychotic behaviour the addict is his most dangerous enemy. Craziness comes out of social restrictions, family disturbances and social alienation. The drug addict resorts to this psychotic mechanism with a delusion of changing an unbearable reality. The delusional behaviour segregates that individual from society and, like with structured known psychotics, they are kept away, isolated and discriminated (Kalina, Kovadloff 1976).

The need for immediateness, for a group, for separation from parents, and all the items of the Normal Adolescent Syndrome, or the fixation on some of them, because a pathological working-through of the normal mournings of adolescence, makes the adolescent the most vulnerable individual for getting into this kind of psychotic illness. I do speak of a special psychotic entity which is drug-addiction in adolescence, and where the study of the »Normal Adolescence Syndrome« and its causes, the »Normal Adolescence Mournings«, when truly understood, may really become a quite specific diagnosis with its proper treatment.

What we see today is an adolescent who is very vulnerable since he/she can not assimilate projections of hate and aggression from the adults, from the family in general and a true psychotic society. Youth becomes a scapegoat for many social conflicts and blamed for abnormal behaviours such as »juvenile delinquency« (a very discriminative and strange denomination) prostitution and drug abuse.

Being in the border of individuation, all those impacts, weakens the already weekend ego of the adolescent, who must then resort to abnormal behaviours among which, naturally, and also because — as pointed out — the social pushing, drug addiction turns out to be a psychotic behaviour well accepted by society, which then can more intensively continue the vicious circle to blame and marginalize the adolescent. He/she becomes lost in an endless and ever loosing battle (Knobel 1981).

Social and family psychopathology are tautologically and purposely emphasized because according to our studies and experience we do live a toxicophilic society, psychotically autodestructive and having as its main target our youth. Thus, adolescents get into a psychotic-like fragmentation, which is partially avoided by becoming a drug addict (a psychotic psychodynamic structure) which I called Toxic Disintegration, which can only have its place in the toxicophilic, delusional, society we try to deny (Knobel 1983).

Treatment is possible and practically all quoted authors do agree upon this possibility. Nevertheless, emphasis shall be put into an integrative bio-psychosocial approach. We may try psychiatric psychopharmacologic anxiolytics, and social psychiatric techniques (Knobel 1975), to different psychotherapeutic approaches, like the ones proposed by Günter Ammon, for schizophrenics (Ammon 1971, 1972), or for psychoses (Ammon et al. 1975). All of this within the frame of reference of a Dynamic Psychiatry (Ammon 1980, Gabbard 1990).

Family therapy and the »Therapeutic Communities« approach are also indicated (*Yaria* 1988). Alternatives proposals such as combining therapies with procedures like cinematographic therapeutic techniques, seem also useful (*Matrazzi* 1985).

It is convenient to remember that the adolescent works with an omnipotent intellectualized symbolic thought, where the »thinking self« rather than the impotent and uncomfortable physical person is what becomes more involved. By these means there is a trying to deny the loss of the infantile body. The mourning for the infantile role, turns into emotional acting-out which when pathological may lead the adolescent to episodes of »Identity Diffusion«. The pathological mourning for the infantile parents leads toward a psychotic view of friends, relatives and adults, where a delusional agent may turn up to be the most acceptable delusional escape from total psychic annihilation.

With this ideas, traditional psychotherapy is indicated. In my experience, among the psychotic pictures who do answer relatively well to short-term therapy, specially the therapy of limited time and delimited objectives — which I proposed in other papers and books — I found the Adolescent Drug Addiction. Most of the cases become more adapted to their psychotic reality and afterwards try, and do seek help in the diverse forms already mentioned (*Knobel* 1988).

The family is the most important factor and we shall do whatever we can to help it conscientize their role in the need mankind has to overcome this pathology of drug addiction, even just to contribute a little bit to survival.

With this purpose, and in lectures for parents and educators I did outline a decalogue, which will certainly be leading their adolescents to become drug addicts. Of course, following all the opposite of what is pointed out we shall have a pragmatic and helpful development of normal adolescents (*Knobel* 1982).

The recommendations to have a son or daughter becoming drug abusers, goes as follows:

- 1) Not listen to the adolescent because he or she does not know anything.
- 2) Not speak candidly with them.
- 3) To take for granted that all of them are causeless rebels without motives.
- 4) To deny all possibility of discussing sexual matters due to the fact of considering them dirty.
- 5) To think that when they complain, they are either lying, or trying to annoy us.
- 6) To forbidden arbitrarily that they go out with friends and setting return home times as if they were still children.
- 7) To punish them severely, physically and morally, humiliating them and repressing them.
- 8) Look down on their ideas, because they are either subversive or just stupid.
- 9) Keep them from establishing their place in school and/or in family, with their right to give their opinion.

10) Drink, smoke, take sleeping pills, disregard the laws; birbe and speak with pride of how you can take advantage of other people, saying that this is acceptable when you are an adult, but wrong when you are a young person. Deepening our studies, recognizing the psychotic structure of any drug abuser, discriminate clearly the psychotic features of the drug-addict adolescence, with knowledge of the normal abnormality of this stage of life with its conflicting mourning processes, and the toxic disintegration within a toxic disintegrated society shall be a contribution that dynamic psychiatrists and psychologists can offer to society.

Drogenabhängigkeit als psychotische Erkrankung des Jugendalters

Mauricio Knobel (Campinas)

Ausgehend von seiner bereits in früheren Arbeiten veröffentlichten Konzeption des »Normalen Adoleszenten-Syndroms«, das gekennzeichnet ist durch Krisen auf dem Weg zu einer eigenen Identität, zeigt *Knobel* im ersten Teil seiner Arbeit die spezifische Bedeutung des Jugendalters mit seinen Merkmalen in Erleben und Verhalten auf und betont die weltweite Bedeutung dieses Syndroms, das nur wenig Eingang gefunden hat in internationale Klassifikationssysteme. Wesentliche Merkmale des »Normalen Adoleszenten-Syndroms« nach *Knobel* sind:

1. Die Suche nach neuer Identität als Jugendlicher
2. Tendenz zur Gruppenbildung
3. Reges Phantasieleben und konstante Intellektualisierung als normale Denkprozesse dieser Lebensphase
4. Religiöse Krisen
5. Zeitlosigkeitsgefühle und Verlust des Zeitgefühls
6. Sexuelle Weiterentwicklung vom Autoerotismus zur genitalen Sexualität
7. Kämpferische soziale Einstellung
8. Häufige Widersprüche in allen Verhaltensbereichen mit Tendenz zum Ausagieren
9. Allmähliche Trennung von den Eltern
10. Häufige Stimmungsschwankungen

Bei diesem Entwicklungsgeschehen ist ein intensiver Trauerprozeß notwendig, in dem der Verlust des kindlichen Körpers, der kindlichen Identität und der Kindheitseltern verarbeitet wird. Nach *Knobel* beinhaltet die so verstandene normale Entwicklung des Jugendlichen ein gewisses Maß an psychopathischem Verhalten, das für den Trauer- und Abgrenzungsprozeß notwendig zu sein scheint. Erst eine Persistenz und Intensivierung dieser normalen Phänomene führt nach Ansicht des Autors zu echter »Psychopathie«. Ein derartiger, in die Persönlichkeit eingebauter »psychopathischer Kern« wird zum zentralen Bestandteil aller Syndrome, von den Persönlichkeitsstörungen über die

Neurosen bis zu den Psychosen. Fehlende Bearbeitung der jugendlichen Trauerprozesse führt zu Ausagieren, Verleugnung, Impulsivität und mangelnder Objektbeziehung, also zu »Psychopathie«. In den gängigen psychiatrischen Klassifikationssystemen bleibt die Genese der Psychopathologie weitgehend unberücksichtigt. Gerade in bezug auf die Drogenabhängigkeit führt dieses Vorgehen dazu, daß sie als einfache Gewohnheit oder vorübergehende Störung verharmlost wird. Nach Ansicht *Knobels* ist es jedoch gerade für die Arbeit mit Drogenabhängigen nötig, die schwere pathologische Dynamik des Mißbrauchs mit ihren Auswirkungen auf Persönlichkeitsstruktur, zwischenmenschliche Beziehungen und Gesellschaft zu kennen. Der Autor bezieht sich hier auf *Olievenstein*, der ausgehend von *Lacan* eine frühe Entwicklungsstörung bei späteren Drogenabhängigen annimmt. Ihr psychotisches Verhalten, in dem sie Phantasien an die Stelle der Wirklichkeit setzen, wechselt mit Zuständen der Leere, des Schmerzes, der Melancholie und des Todesgefühls.

Bei diesen Patienten wird der von *Knobel* beschriebene normale Trauerprozeß des Jugendlichen nicht durchgearbeitet, sondern so leidvoll erlebt, daß nur die magische Droge den Schmerz lindern kann. *Kalina* spricht vom »Popeye-Syndrom«, d.h. daß eine magische Substanz unmittelbar Kraft und Überlegenheit verspricht.

Das psychotische Verhalten isoliert nach *Kalina* den Drogenabhängigen ebenso von der Gesellschaft wie den Schizophrenen.

Für den Autor ist Drogenabhängigkeit im Jugendalter eine spezifische nosologische Einheit, da an der Grenze der Individuation das geschwächte und zerbrechliche Ich des Jugendlichen besonders anfällig ist für den Verführungseffekt, den ein »toxikophile Gesellschaft« ausübt.

Die Behandlung des Drogenabhängigen sollte nach *Knobel* durch eine integrative bio-psycho-soziale Therapie erfolgen. Als wichtigste psychotherapeutische Ansätze nennt der Autor die dynamisch-psychiatrische Behandlungskonzeption *Ammons* für psychotische Patienten und familientherapeutische und milieutherapeutische Konzepte. Auch die vom Autor selbst entwickelte Kurzpsychotherapie als »Therapie der begrenzten Zeit und eingegrenzten Ziele« kann erfolgreich eingesetzt werden.

Zum Schluß betont *Knobel*, daß die Familie wesentlich zur Entstehung des Drogenmißbrauchs beiträgt und führt eine Liste von »Anweisungen« für Eltern auf, die zur Drogenabhängigkeit führen. Die Dynamische Psychiatrie sollte durch Erweiterung der Studien auf dem Gebiet der psychotischen Struktur des Drogenabhängigen und unter Kenntnis der normalen Abnormität des Jugendalters mit seinen konflikthaften Trauerprozessen und der toxischen Desintegration in einer toxikophilen Gesellschaft zur gesellschaftlichen Anerkennung dieser Erkenntnisse beitragen.

Literature

Aberastury, A. et al. (1976): *Adolescencia*, 3rd Ed. (Buenos Aires: Kargieman)

- Aberastury, A., Knobel, M., Rosenthal, G.* (1972): Mourning as a Way to Maturity: thinking in normal and psychopathic adolescents; in: *Lindon, J.A.* (Ed.), *The Psychoanalytic Forum*, Vol. 4 (New York: Internat. Univ. Press.)
- Ammon, G.* (1971): Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie. In: *Dyn. Psychiat.* (4) 9—28, 123—167, 181—201
- (1972): Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie IV. Familiendynamik und Krankheitsgeschichte. In: *Dyn. Psychiat.* (5) 81—107
- (1980) *Dynamische Psychiatrie* (München: Kindler)
- et al. (1975): *Psychotherapie der Psychosen* (München: Kindler)
- Campos, D.M. de S.* (1982): *Psicologia da Adolescência*. 7th Ed. (Petrópolis: Vozes)
- Comissão de Saúde do Adolesc. (1988): *Adolescência e Saúde*. São Paulo, Comissão de Saúde do Adolesc. da Secret. Saúde de São Paulo.
- Ferreira, B.W.* (1984): *Adolescência. Teoria e pesquisa*. 2nd Ed. (Porto Alegre: Sulina)
- Gabbard, G.O.* (1990): *Psychodynamic Psychiatric in Clinical Practice* (Washington, D.C.: American Psychiat. Press)
- Kalina, E.* (1973): Psiquiatria de la adolescencia. In: *Rappia*, (4) 141—156
- (1986): *Viver sem Drogas* (Rio de Janeiro, F. Alves)
- Kalina, E., Kovadloff, S.* (1976): *Drogadicção. Indivíduo, Família e Sociedade* (Rio de Janeiro: F. Alves)
- Knobel, M.* (1962): *Psicología de la adolescencia*. In: *Rev. Univ. Nac. La Plata* (16) 55—75.
- (1968): *Psychotherapy and Adolescence*. In: *Riess, B.* (Ed.) *New Directions in Mental Health Vol. I* (New York, Grune & Stratton)
- (1975): Aspectos psiquiátricos y sociológicos de la Drogadicción. In: *La Semana Médica*, 146 (27) 807—810.
- (1981): Aspectos Psicológicos e Psiquiátricos ligados ao uso de Drogas Pelos Adolescentes. In: Grupo de Coord. Progr. Educat.; Padrões de Saúde. *A Farmacodependência em seus Múltiplos Aspectos*. Vol. I. São Paulo, Secretaria de Estado de Educação.
- (1982): Adição a Drogas e o Problema Adolescente. In: Grupo de Coord. Progr. Educat.; Padrões de Saúde. *A Farmacodependência em seus Múltiplos Aspectos*; Vol. II; São Paulo, Secretaria de Estado de Educação.
- (1983): Juventude. Características e Perigos Face as Drogas. In: *Escola de Pais do Brasil, Pais, Filhos e Tóxicos* (São Paulo, Almed)
- (1985a): Rasgos psicóticos: endógenos o exógenos. Una contribución a la influencia de los factores socio-políticos en la patología de la adolescencia. In: *Rev. Psiquiat. Psicol. Méd.* 17 (1) 1—19.
- (1985b): The Psychopathic Nucleus in Adolescent Psychopathology. In: *P. Pichot et al.* (Eds.), *Psychiatry. The State of the Art*, Vol. 5 (New York: Plenum Press)
- (1988): *Psicoterapia Breve* (Buenos Aires, Paidós)
- (1989): El Síndrome de la Adolescencia Normal. In: *A. Aberastury & M. Knobel*, *La Adolescencia Normal*, 13th Ed. (Buenos Aires: Paidós)
- Knobel, M., Perestrelo, M., Uchôa, D. de M.* (1981): *A Adolescência e a Família Atual. Visão Psicanalítica* (Rio de Janeiro, Liv.: Atheneu)
- Materazzi, M.A.* (1985): *Drogadependência*; 2nd Ed. (Buenos Aires: Paidós)
- Olievenstein, C.* (1983): *A Vida do Toxicômano* (Rio de Janeiro, Zahar)
- (1985): *Destino do Toxicômano* (São Paulo: Almed)
- Pan American Health Organization.* (1985): *Health of Adolescents and Youth in the Americas* Washington, D.C., Pan amer. Health Org.)
- W.H.O.* (1986): *Young People's Health — A Challenge for Society* (Geneva, W.H.O., Technical report Series 731)
- Yaria, J.A.* (1988): *Los Adictos, las Comunidades Terapéuticas y sus »Familias«.* (Buenos Aires: Editorial Trieb)

Address of the author:

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

Sectorial Automatism: A New Approach to Behavioral and Psychosomatic Medicine**

Marius Erdreich (Haifa)*

The author describes his theory of sectorial automatism illustrated by three case histories. Thus he continues his investigations concerning the posttraumatic stress disorder. He conceives sectorial automatism a pathological behavior arising on basically healthy, but previously traumatized individuals. This pathological reaction occurs in existential stress conditions reminding of the dynamics of earlier suffered traumata. The author assumes various behavioral and psychosomatic disorders, e.g. sexual abuse of children, substance abuse, eating disorders, reactive psychosis, to be explainable in terms of sectorial automatism. He uses Trauma Oriented Psychotherapy for the treatment of severe cases. Thereby he emphasizes the importance of the social energy concept of the Berlin School of Dynamic Psychiatry.

Introduction

The roots of the idea of sectorial automatism began with the elaborations around the late aftermath, during life stress conditions, of an early psychic trauma. We have presented in previous works the idea of extrapolating a chronic subclinical form of post traumatic stress disorder to other nosological units in behavioral medicine and psychosomatics. During life stress conditions this extrapolated PTSD might become clinical in one of the above mentioned nosological forms.

The proposed dynamics might be as follows: during lifestress conditions, especially when there are similarities between the early traumatic scenarios and the actual conditions, the increased pressure on the ego boundaries might result in decreased ego defensibility facing the super-ego, in the instinctual-drives control, and in the decreased efficiency of the repressive mechanisms toward the past trauma. The adaptative functions of the ego toward the external world might be impaired, especially for individuals with a weaker ego where the reality testing and the impulse control might become deficient. When the ego is strong the gravity of the reaction might attenuate, and at times the individual might even emerge a stronger person after having faced this particular kind of strain.

The sectorial automatism might be regarded as a field of interaction between the personality and the environment loaded with an impaired reality testing, a diminished impulse control, as well as being burdened by the tendency of past trauma to »surface«, facilitated by the decreased efficiency of the ego repressive mechanisms (Fig. 1).

The »reparatory« trials, in order to achieve mastery or prevention as the aftermath of past psychic trauma, were also reactivated by the weakened repressive ego mechanisms. These »reparatory« attempts are the expression of one or seve-

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

** Lecture given at the Munich Training and Research Institute of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP), September 10, 1991.

ral post traumatic mechanisms such as: repetition compulsion in thinking, dreaming or acting, over reaction or over avoidance to whatever might be seen as a scenario similar to past trauma, even if it is only symbolically similar. The post traumatic mechanisms are the symptom-modelling (pathoplastic) factors as well.

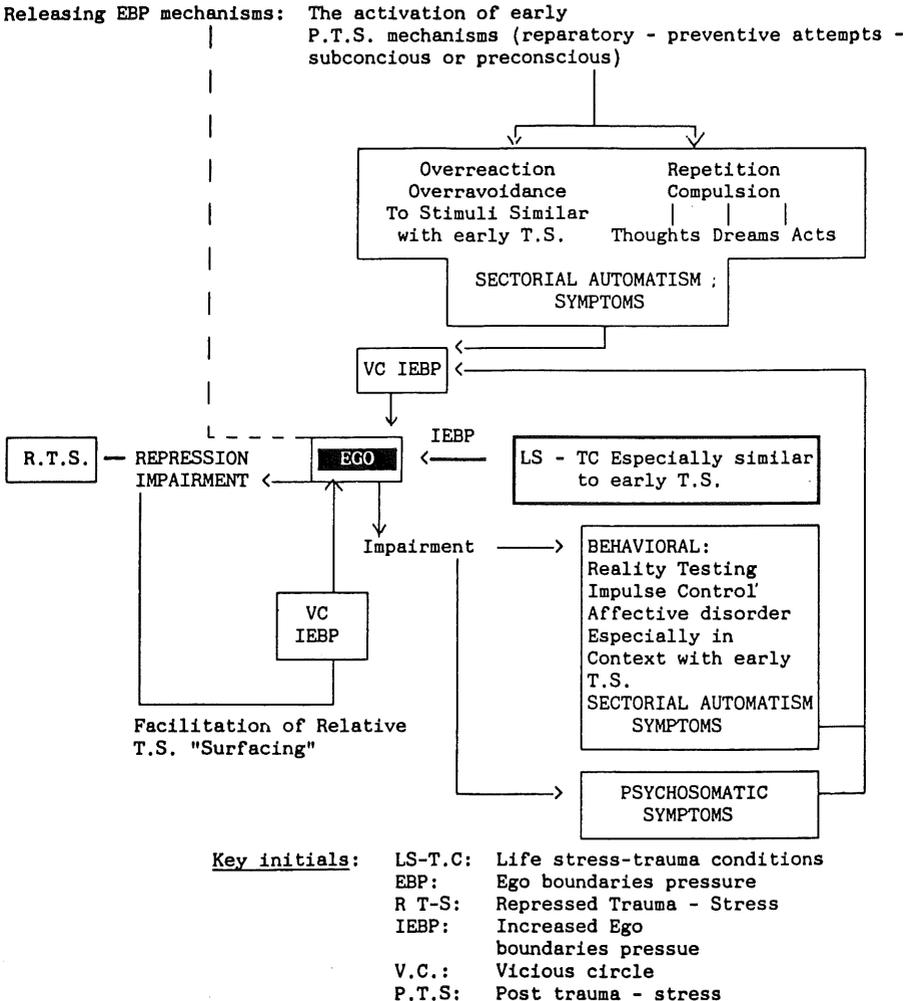


Fig. 1: A schematic view of past repressed trauma-stress »activation« by actual life stress condition

Another factor, increasing the pressure on ego boundaries, has to be seen as ongoing results of actual life stress conditions. The burden on the ego boundaries will be aggravated by properties of all these above mentioned dynamics.

The outcome of this condition will be manifested in behavioral medicine or in the psychosomatics. In the behavioral medicine this sector might be manifested in different degrees of automatism. From the nosological point of view we have defined the etiological contribution in: late results of sexual abuse in children (Erdreich 1986a), borderline disorders, particular kinds of delinquent behavior (Erdreich 1987a, 1990a), disidentification syndrome of youth (Erdreich, Soliman, Shikar 1985); especially in connection with substance abuse, gender identity confusion and reactive psychosis (Erdreich 1990b).

The obsessive-compulsive disorders are also found very often and might also be regarded, in the appropriate cases, as repetitive-compulsive post traumatic mechanisms. These mechanisms, resulting from early traumatization, might also be repressed before the actual life stress.

We are accumulating the appropriate material for the psychosomatic approach to medicine as well. We have observed sectors connected with cases of compulsive eating disorders: bulimia, anorexia and mixed forms (Erdreich 1987 b, 1988); coronary occlusions or significant cardiac rhythm disturbances, bronchial asthma, gastrointestinal functional disorders, and obstetrics.

The other parts of the personality, besides the vulnerable sector of interaction with the environment, will function apparently in a satisfactory way as far as possible during the life stress conditions. At a certain time the other parts of the personality functions will become less efficient owing to the continuous burden of the sectorial automatism and the backfiring of the dynamics of its activity within the environment.

The treatment in this case must start as soon as possible to create an ego support condition using the appropriate therapeutic atmosphere and eventually selective and time limited psychopharmacology. For more chronic cases, the use of the short version of Trauma Oriented Psychotherapy (Erdreich 1984) might be a practical way of changing special patterns of behavior.

Case Studies

Case 1

A man of 42 had an encounter with four aggressive lawyers in his clerical position while defending the state's interests, and received no backing at all from his superior. The same day he was hospitalized with an acute myocardial infarction. The actual traumatic scenario reactivated the old ones of his childhood when his weak or treacherous father deserted him when he had to face the neighborhood bullies. During the examination, while connected to the monitor, the heart rate increased suddenly in a significant manner and sometimes was arrhythmic when the above mentioned topics were introduced. After a short trauma-oriented psychotherapy, the insight formation and »demythification« of the past traumatic events enabled a desensitization of heart reactions to the topics. The second part of the work with the patient was Type A behavior pattern modification (Erdreich 1986 b)

Case 2

The patient is a thirty-three year old man, married and father to an adopted child, who was working as a senior clerk in a state institution. He was accused of counterfeiting thirty-six investigation documents involving disability claims. Until this accusation he was a good citizen and relatively successful in his career. However, special events that took place during a period of about one year prior to his arrest were highly stressful for the patient. He remembered his father as being both tyrannical and arbitrary. As a child, he had developed a notion that his basic right to exist depended on carrying out his father's wishes and fulfilling his father's expectations. He managed to function well in general since he was able to repress these traumatic events, the result of his father's attitude. During this year the patient gradually developed the new habit of falsifying inquiry documents time after time. After he was charged and released on bail pending his trial, the patient started psychotherapy with the present author. The patient reflected on the fact that everybody who knew him was surprised by the news concerning these charges. His condition at the beginning of the psychotherapy was one of anxiety, depression, and sometimes despair based on the real fear of being sent to prison. He was an intelligent and industrious person and his relationships with his wife and his parents were described as good. He was submissive toward his father.

The patient and his wife were distressed since they had been unable to conceive. In the months prior to his arrest the couple was informed that the problem might lie with the patient. This the patient perceived as humiliating. At the same time, the manpower at the patient's workplace was being reduced while the workload had increased significantly. He was unable to convince his superior, who was described as a rigid and domineering person, to provide help. However, the final blow was the medical verdict that he was sterile. In this very stressed life condition the patient's ego capability to repress past trauma was decreased. The other ego functions concerning reality testing or impulse control were also diminished, specifically with regard to the dynamics initiated by the life stress conditions symbolically similar to the circumstances and figures of the patient's traumatic childhood. The patient felt that he was a failure both in his work and as a man. His workload became too much for him, and also became a part of the life stress determinants. A vicious circle had been formed with no escape in sight.

Eventually old traumas concerning the patient's relationship with his father surfaced, as a result of the actualization of the long-term post-traumatic dynamics. The patient was beyond logical thinking in feeling that he absolutely had to comply with his superior in order to achieve basic security. His superior then became a father-substitute and the patient attempted to impress him with greater productivity. By re-experiencing the old traumas, the patient reacted with characteristic long-term posttraumatic dynamics by compulsively repeating behavior that embodied the need to satisfy his father's substitute. Since he was unable to meet his superior's requirements because of the unre-

sonable workload, he forged the reports. His perception of the danger of being caught was diminished subconsciously by poor reality testing on the part of the weakened ego, especially in the area related to the previous traumatizations. The patient was in effect trying to achieve approval for his actions from this father-substitute and was thereby caught in a repetition compulsion cycle.

A psychiatric evaluation was presented to the court. This stressed the patient's regressive pattern with blurred reality testing as a result of the patient's particular psychodynamics during life stress conditions. The court sentenced the patient to one year of imprisonment, pointing out the responsibility of his public position. The Supreme Court heard his appeal and took imprisonment for the patient. The decision made was to suspend imprisonment and the patient was sentenced instead to work for the public benefit. The couple later adopted a child and has been living a satisfactory life ever since (*Erdreich 1990b*).

Case 3

The third patient is a 34 year old woman, married and the mother of two children. She was accused of infanticide. This woman has never committed a crime before, but the accumulation of psychotraumatic events in her past lead her to the catastrophe.

The woman's father was described as a difficult, egoistic and violent man. He was used to the attention of his seven sisters and did not stop running after other women when he got married. The bad relationship between her parents reached its peak when the father tried to murder the mother by putting the point of a needle in a medical capsule that she used to take against asthma. The woman was then an 11 year old child.

The mother took her family to live with the grandparents during the legal procedure for divorce. The father did not provide for his family and they lived in poverty ever since, in spite of aid given by the woman's maternal grandparents and uncle. They moved out of the grandparents' place only three years later, but continued to be financially supported throughout the whole time.

The woman's childhood consisted, therefore, of poverty and fear, highlighted by a constant fear for the mother's life because of her asthma, an attempt on the mother's life by the father, and her living in a building populated by old people, which turned the concept of death into a common event.

At the age of 28 the woman married and the couple immediately tried to conceive a child. After two natural miscarriages, she gave birth to a baby girl with the Down Syndrome. The baby died when she was a month old. During this period, beginning with the second miscarriage and until after the baby's death, the woman was in a state of disappointment and depression. She couldn't function and neglected the house. She then finally gave birth to two healthy children.

A few years later, the woman's grandmother passed away. Two years later a beloved 18 year old cousin of hers committed suicide, the son of the uncle

who took care of them. In the same year, her mother died of a heart attack, which the family believed to be the outcome of her grief. This series of deaths caused the woman much sorrow and mourning. Again she couldn't function in the house and the relationship with her husband deteriorated. After seeing a marriage consultant it got better and the woman hoped that becoming pregnant again would help to improve it even more.

After a difficult pregnancy, she gave birth to a baby girl. The baby girl was born with a closed vagina. Three weeks after the birth the woman announced that she was going to die from cancer and that the child must be given to her husband's sister.

The woman took her baby from doctor to doctor and received a different opinion from each one. But she was assured by each one that an operation in the later adolescent years would definitely correct the problem. She refused to believe them. She was sure that the doctors were hiding more information from her, and was afraid that they were going to turn her child into their guinea pig. She continued to call the doctors and took the baby for tests, and in the meantime became more and more depressed and panic-stricken. She couldn't function properly and stopped breast feeding. Two months after her birth the baby died. Her death was diagnosed as a crib-death. One week later she confessed that she had killed her baby.

The concept of death has left its mark on the woman throughout her life: her mother's life in danger because of asthma, her father's attempt on her mother's life, living in a building populated by old people where death often occurred, the death of her grandmother, the suicide of her beloved cousin, the death of her mother, the death of the mongoloid baby. All these, I believe, created typical sensitivity to psychic post-traumatic situations. The psychic expressions in the post-traumatic situations strive subconsciously to reach a correcting experience, especially in connection with the traumatic scenarios.

In this case, it seems as if the sector that was created in the personality functions produced a poor reality testing and impulse control and a very limited ability to appreciate the outcome of her acts within this sector's limits, especially under pressure. The particular sector of the woman's limitations is human beings' suffering caused by other people. Since the death of the mother, death, for her, became the termination of suffering; it seems to me that in the cases of the sufferers she perceived death as a final correcting experience. The difficult pregnancy and the baby's birth had created a life stress condition that weakened the ego, which I perceive as the functional centre of the personality.

The birth of the baby with a defect in a sensitive place touched the sector related to the previous traumatizations. By re-experiencing the old traumas, she reacted with characteristic post-traumatic dynamics of over-reacting to scenarios similar to the previous traumas. The poor reality testing of the weakened ego made the woman perceive the death of her baby as salvation from a miserable life, a life as a doctor's guinea pig, just like her mother was spared her miserable life when she died.

In this case death becomes an odd reparatory experience. The present author submitted the above mentioned opinion stressing the characteristic limitations in reality testing, impulse control and appreciation of the outcomes of the woman's criminal act within this particular sector of continuous and hopeless suffering. The mens rea limitations have been also emphasized because of her severe limitations as described above, especially concerning reality testing. An opposite opinion was presented by a regional psychiatric centre establishing full responsibility for her infanticide and also establishing her capability to stand trial. The district court decided to accept the author's opinion, and returned the case to the previous mental health care centre for re-examination. The second time, the medical expertise written by the director of the center was favourably regarded and accepted by the court; his diagnosis was Paranoia Vera.

The sentence was only three years of imprisonment with the court strongly recommending psychiatric treatment, instead of the maximal sentence of 20 years for premeditated homicide. The infanticide, due to the mental disturbances after childbirth, was not to be regarded as a premeditated crime, but rather caused by the mental disorder connected causally and chronologically with childbirth. This was the scope of the defense as well. The sentence was a great relief for the woman's husband, as it brought some hopes for a family rehabilitation.

Final Comments

We are actually trying to extend this work more in depth. We are aware now of the existence of a significant number of individuals with multiple vulnerable sectors, and we are already working with such patients. In addition to this, further studies are in process by trying to find a model of relative quantification of this particular kind of behavior. We are applying a practical approach considering this method of rehabilitation by enlarging the instruction in Trauma Oriented Therapy developed by the present author.

A very important contribution in the management of these conditions is to be found in the creation of a milieu beaming social energy that was given by the Ammon's School of Dynamic Psychiatry (Ammon, Ammon, Griepenstroh 1981; Ammon 1983). It might strengthen the ego in the human group context (family, therapy) and restore the patient's confidence in people and in himself.

Sektoriieller Automatismus: Ein neues Verständnis von Verhaltensmedizin und Psychosomatik

Marius Erdreich (Haifa)

Die Vorstellung eines sektoriellen Automatismus stammt aus den Forschungen über die Auswirkungen eines psychischen Traumas auf spätere Lebenssituationen. Sobald Ähnlichkeiten zwischen der früheren traumatischen Situa-

tion und der gegenwärtigen belastenden Situation bestehen, kann der Druck auf die Ich-Grenzen so zunehmen, daß die Verdrängungsfähigkeit des Ichs hinsichtlich des früheren Traumas und seine Fähigkeit, sich an die Außenwelt anzupassen, herabgesetzt wird. Bei geschwächter Realitätsüberprüfung und verminderter Impulskontrolle kann das verdrängte Trauma einen sektoriellen Automatismus im gegenwärtigen Verhalten bedingen. Es kommt zu Krankheitsbildern aus Verhaltensmedizin und Psychosomatik.

In früheren Arbeiten hat *Erdreich* unter anderem Fälle von sexuellem Mißbrauch von Kindern, von Borderline-Störungen und kriminellem Agieren, von Identitätsstörungen bei Jugendlichen und v.a. von Drogenabhängigkeit, unklarer Geschlechtsidentität und reaktiver Psychose ätiologisch als Folge eines sektoriellen Automatismus abgeleitet. Andere Teile der Persönlichkeit sind nicht beeinträchtigt und können in diesen belastenden Situationen befriedigend funktionieren.

Die Behandlung muß so früh wie möglich beginnen, um die Persönlichkeit durch eine geeignete therapeutische Atmosphäre und eventuell auch durch eine zeitlich begrenzte Gabe von Psychopharmaka zu unterstützen. In chronischen Fällen kann die Trauma orientierte Psychotherapie (*Erdreich* 1984) angezeigt sein.

Drei Fallvignetten verdeutlichen die Zusammenhänge: Als erstes wird das Beispiel eines 42jährigen Mannes kurz geschildert, der einen Herzinfarkt erlitt, nachdem er in einer beruflichen Anforderungssituation keine Unterstützung von seinem Vorgesetzten erhalten hatte. In seinem Erleben entsprach das der Verlassenheit, die er durch seinen schwachen Vater in Auseinandersetzung mit Nachbarn erfahren hatte.

Das zweite Beispiel ist das eines 33 Jahre alten verheirateten Mannes, Vater einer Adoptivtochter, der als Beamter tätig war. Er war ein unbescholtener Bürger, bis er wegen vielfach wiederholter Ausstellung von gefälschten Dokumenten angeklagt wurde. Die Delikte geschahen in einem Zeitraum, wo er sich beruflich überlastet fühlte und wo er außerdem, sein Privatleben betreffend, erfahren hatte, daß er zeugungsunfähig sei. Gegenüber seinem Vorgesetzten wie gegenüber seiner Frau empfand er sich als Versager. Er erlebte damit die traumatische Situation seiner Kindheit wieder, in der er dafür da war, die Wünsche und Erwartungen seines Vaters zu erfüllen.

Als drittes wird das Beispiel einer 33jährigen verheirateten Frau und Mutter zweier Kinder geschildert, die wegen Kindstötung vor Gericht stand. Bei ihr hatte eine Anhäufung von psychischen Traumata zu dem Delikt geführt. *Erdreich* gibt ihre Lebensgeschichte wieder, die von klein auf durch die Alltäglichkeit von Krankheit, Sterben und Gewalt gekennzeichnet war. Als die dritte Tochter der Patientin mit einer verschlossenen Vagina geboren wurde, brach ihre schon zuvor schwache Fähigkeit zur Realitätsüberprüfung zusammen: Sie ließ sich nicht davon überzeugen, daß die Mißbildung ihrer Tochter harmlos und später leicht zu beheben sei, sondern sie tötete sie in Panik und Verzweiflung. *Erdreich* sieht darin wiederum einen sektoriellen Automatismus infolge der Traumata aus ihrer Kindheit.

Der Autor schließt mit der Bemerkung, daß er seine Untersuchungen zu diesem Gebiet weiter fortführen wird. Bei der Therapie ist ihm das Konzept der Sozialenergie, wie es von *Ammon* und der Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie entwickelt wurde, wesentlich, da es gerade bei den von ihm behandelten Patienten erlaubt, das Ich in seinen Gruppenbezügen zu stärken und den Patienten Vertrauen zu sich und den Menschen wiederzugeben.

Literature

- Ammon, G.*(1983): Das Prinzip der Sozialenergie im holistischen Denken der Dynamischen Psychiatrie. In: *Dyn. Psychiat.* (16) 169—191
- ; *Ammon, Gisela; Griepenstrob, D.* (1981): Das Prinzip von Sozialenergie — gleitendem Spektrum und Regulation. In: *Dyn. Psychiat.* (14) 1—15
- Erdreich, M.* (1984): A Traumata-Oriented Psychotherapy. In: *Dyn. Psychiat.* (17) 419—431
- (1986 a): Sexual Abuse in Childhood — Long Term Case. A Chapter in Psychotraumatology. 1st International Congress on Rape, Jerusalem
- (1986 b): Psychotraumatology and Psychosomatics. In: *Dyn. Psychiat.* (19) 13—23
- (1987 a): Psychotraumatic Etiological Model of Delinquent Behavior. In: *Med. Law* (6) 145—150
- (1987 b): Anorexia Nervosa: A Psychodynamic Holistic Approach. In: *Dyn. Psychiat.* (20) 257—267
- (1988): Selective Pharmacology and Psychotherapy in Compulsive Eating Disorders. In: *Dyn. Psychiat.* (21) 448-455
- (1990 a): A Psychotrauma Approach to Delinquent Behavior during Life Stress Conditions. In: *Med. Law* (9) 1100—1109
- (1990 b): Psychotherapy in the Frame of a Holistic Approach to the Treatment of Reactive Psychosis. In: *Dyn. Psychiat.* (23) 310—320
- Erdreich, M.; Soliman, P.; Shihor, H.* (1985): The Disidentification Syndrome of Youth and its Treatment. In: *Dyn. Psychiat.* (18) 371—381

Address of the author:

Marius Erdreich, M.D.
 Director of Psychiatric Service
 Haifa Medical Center (Rothschild)
 Faculty of Medicine, Technion
 P.O. Box 4990
 Haifa
 Israel

Die Rolle der Sprache in nonverbalen Therapieformen*

Gabriele von Bülow (Berlin)**

Die nonverbalen Therapieformen haben einen großen Anteil im Behandlungskonzept der Dynamischen Psychiatrie Günter Ammons, vor allem im stationären Bereich der psychosentherapeutischen Arbeit. Durch sie wird insbesondere denjenigen Patienten Ausdrucks- und Mitteilungsraum gegeben, die in ihrer Struktur sehr früh, vor der Ausbildung eines Sprach-Ichs in der Entwicklung gestört sind bzw. nicht sprechen können, weil sie gerade durch die Sprache die größten Verletzungen erlitten. Im vorliegenden Beitrag befaßt sich die Autorin mit der Sprache und dem Sprechen innerhalb der nonverbalen Therapieformen und deren Beitrag zu einer nachholenden Sprach-Ich-Entwicklung. Sie bezieht dabei Wissen und Theorien zur vorsprachlichen Wahrnehmungs- und Ausdrucksentwicklung in ihre Überlegungen mit ein.

Im Behandlungsspektrum der Dynamischen Psychiatrie — vor allem in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige — nehmen die nonverbalen Therapieformen einen zentralen Stellenwert ein. Hier sind zu nennen: Mal-, Tanz- und Musiktherapie, Theatertherapie, Reittherapie, Sporttherapie, Massage sowie die handwerklich-künstlerische Arbeit an einem Projekt in der Milieutherapie.

Der Entwicklung des Humanstrukturellen Tanzes durch *Günter Ammon* kommt hierbei eine besondere Bedeutung zu. *Ammon* ging von der Erfahrung aus, daß gerade schizophrene reagierenden und Borderline-Patienten durch die im Medium der Sprache sich vollziehenden Therapieformen häufig nur sehr beschränkt zu helfen war.

Folgende Wesenszüge traten für *Ammon* bei diesen Patienten in den Vordergrund:

- »1. Die Grundstörung vom Körper, Körpererleben, Körper-Ich und Körperbeziehung,
2. schwerste Kontakt- und Beziehungsstörungen zu sich selbst und zu anderen,
3. Desintegration von psychischem Erleben, Wollen und Denken,
4. Störung des Energiehaushaltes und seiner Regulation zwischen Verarmung und Destruktion,
5. Versagen der Sprache als Ausdrucksmittel und als Kommunikation,
6. fehlende Regulation der Abgrenzungsfähigkeit zur Welt des Unbewußten wie auch zur Umwelt« (*Ammon* 1986).

Ammon verbindet mit dem Humanstrukturellen Tanz — in Verbindung mit den anderen nonverbalen Therapieformen - die Hoffnung, bisher unerreichte Patienten »im Kern ihrer Persönlichkeit zu erreichen, um sie aus den grauenhaften Gefühlen von Alleingelassenheit für ein schöpferisches und erfülltes

* Dipl. Psych., Psychoanalytikerin, Mitarbeiterin im Berliner Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik der Deutschen Akademie für Psychoanalyse.

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

Leben zu befreien«. (*Ammon* 1984) Diese Patienten, mit »sehr frühen Störungen im nicht-bewußten Persönlichkeitskern« (*Ammon* 1984) sind häufig identisch mit den Schweigern in verbalen Psychotherapiegruppen.

Ammon und seine Mitarbeiter machten bei der Entwicklung des Humanstrukturellen Tanzes immer wieder die Erfahrung, daß Patienten, die weder für sich selbst, noch für Therapeuten und Mitpatienten spürbar gewesen waren, erstmalig im Tanz ein Existenzgefühl erleben konnten und dadurch auch für andere präsent wurden.

Nun sind aber nicht nur Patienten, die sich buchstäblich nicht verbal ausdrücken können, als sprachgestört anzusehen, sondern auch Patienten, die an der Oberfläche über ausgeprägte, manchmal brillante intellektuell-verbale Fähigkeiten verfügen, deren Sprache aber nicht verbunden ist mit ihrem zentralen Persönlichkeitskern, so daß sie nicht wirklich etwas über sich mitteilen.

Von der Genese her ist ein Hintergrund der Sprachlosigkeit vieler Patienten die Tatsache, daß Verletzungen und Wunden in einem Alter zugefügt wurden, in dem sie noch nicht sprechen konnten. Zum anderen finden in einem späteren Lebensabschnitt viele psychische Verletzungen gerade durch das Medium Sprache statt.

Hier sei verwiesen auf das double-bind-Konzept von *Bateson, Jackson et al.* (1969) in Bezug auf die Genese der Schizophrenie. Danach wuchsen schizophren reagierende Patienten in Familien auf, deren charakteristisches kommunikatives Grundmuster in der Vermittlung widersprüchlicher Botschaften bestand: Die auf der expliziten verbalen Ebene ausgedrückten Mitteilungen stehen im Widerspruch zu den gleichzeitig mitgeteilten Gefühlen. Dabei besteht ein striktes Verbot, diese unerträgliche Diskrepanz durch Metakommunikation zum Thema zu machen, mit deren Hilfe sich das Kind aus dem Festgehalten-Werden in der Double-Bind-Falle befreien könnte. Sie haben häufig keine andere Möglichkeit der Abgrenzung gegen diese pathogene Dynamik, als sich in den Konkretismus zu flüchten, eine häufig anzutreffende Sprach- und Denkstörung bei diesen Patienten: sie nehmen buchstäblich die sprachlichen Äußerungen ihrer Umgebung wörtlich, was sowohl einen Ausdruck von Protest als auch einen Rettungsversuch darstellt. Es ist verständlich, daß Menschen mit solchen Erfahrungen der Sprache ein tiefes Mißtrauen entgegenbringen.

Sprache als konventionelles, d. h. sozial verabredetes Kommunikationssystem stellt Verbindlichkeit her, fordert zur Eindeutigkeit, zum Standpunkt und zur Festlegung auf. Dies sind aber Identitätsfunktionen, zu denen archaisch geschädigte Menschen, die immer auch einen pathologischen Narzißmus aufweisen, gerade nicht in der Lage sind (vgl. *Ammon* 1984). Jede Form von Realitätsanforderung wird von diesen Patienten als narzißtische Kränkung empfunden. »Diese Menschen sind im tiefsten Sinne nicht gruppenfähig, sind gegen jegliche Gesellschaftsform, können sich nicht festlegen, keinen Standpunkt beziehen in Partnerschaft und Beruf und können keine Verbindlichkeit eingehen. (...) Obwohl sie oft von hoher Intelligenz sind, können sie

keinen Leistungsanforderungen standhalten, sondern leben in einer Phantasiewelt.« (Ammon 1984)

Therapieformen, in denen das Medium der Sprache nicht im Vordergrund steht, unterlaufen die tiefen Identitätsängste vor verbindlichem Kontakt und Beziehungen, indem sie einen Raum zur Verfügung stellen, in dem der Patient nicht sofort befürchten muß, festgelegt zu werden, was er als Festnagelung und unerträgliche Reduzierung seiner phantasierten Möglichkeiten erlebt.

Zum Beispiel kann ein Patient, dem es nicht möglich ist, seinen freundlichen Gefühlen sprachlichen Ausdruck zu verleihen, durch ein Lächeln und seine freundliche Ausstrahlung im Tanz oder durch die Wahl eines bestimmten Instruments bzw. einer Melodie in der Musiktherapie, Zuneigung und Nähe zulassen.

Nun geht es uns in diesem Beitrag aber darum, deutlich zu machen, daß dennoch dem Sprechen eine große Wichtigkeit und Bedeutsamkeit zukommt - innerhalb und als integraler Bestandteil der nonverbalen Therapien. Ein Exkurs über die Rolle der Sprache bei der kindlichen Persönlichkeitsentwicklung soll für dieses Verständnis eine theoretische Grundlage schaffen.

Sprachentwicklung wird in der Humanstrukturologie immer im Zusammenhang mit der Entwicklung der gesamten Humanstruktur gesehen. Das Sprechen als aktuelle Äußerung gehört zwar zu dem Verhaltens-Ich eines Menschen und stellt somit eine eher bewußte sekundäre Humanfunktion dar. Seine Wurzeln hat es aber im nicht-bewußten Bereich der zentralen Humanstruktur. »Meines Erachtens dient die Sprache von Anfang an dem Ausdruck und der differenzierenden Artikulation einer bereits in präverbaler Zeit als bestehend erfahrenen Verbindung des Kindes mit der Mutter in Form der frühen Symbiose. Diese primärprozeßhafte kommunikative Verbindung wird durch die Sprache nicht erst hergestellt, sie geht ihr vielmehr voraus.« (Ammon 1972)

Schon durch den Klang der Stimme der Mutter und anderer Menschen der umgebenden Primärgruppe teilt sich atmosphärisch die Qualität der Beziehung zum Kind mit, drückt sich Wärme und Interesse ebenso wie Ablehnung und Gleichgültigkeit aus. Sprache wird so zu einem Medium, in dem Sozialenergie gegeben wird, sei sie konstruktiv, destruktiv oder defizitär. Erfährt das Kind Sprache und Stimme seiner frühen Bezugspersonen als stimmig, d. h. als kongruenten Ausdruck von verbaler und emotionaler Mitteilung, lernt das Kind die Sprache als eine Beziehungssprache und nicht als eine Äußerungsform, die von seinen eigenen wie von den Gefühlen der anderen abgespalten ist.

Bereits intrauterin partizipiert das Kind an der verbalen Kommunikation seiner Umgebung aufgrund der frühen Gehörentwicklung. Tomatis (1987) spricht von diesem Dialog als der Grundlage der künftigen Sprache. »Deswegen läßt sich die Bedeutung der Klangbasis, als den der Fetus die Stimme der Mutter vernimmt, gar nicht überschätzen. Dank seiner wird das Kind mit dem tiefen Verlangen geboren werden die Kommunikation mit seiner Umge-

bung aufzunehmen.« Und weiter: »Mir erscheint die Stimme der Mutter für die Entwicklung der postnatalen Sprachstrukturen ebenso unentbehrlich wie das Licht für die Entfaltung der visuellen Strukturen.« (*Tomatis 1987*)

Lange, bevor das erste Wort gesprochen oder auch nur verstanden wird, wird der Kontakt zwischen dem Kind und seiner Umgebung vokal vermittelt. Diesen vokalen Kontakt kann man auch als eine Facette des Körperkontakts bezeichnen. Physikalisch gesehen erreichen ja die Schallwellen, die die gesprochenen Laute transportieren, unmittelbar den Körper des Kindes; eine Stimme kann körperlich schmerzen oder wohltuend sein. Andererseits kann vokaler Kontakt auch ohne direkte körperliche Berührung stattfinden, so daß hier schon keimhaft Abgrenzung im Kontakt erlebt werden kann.

Sprachentwicklung und Aufbau der Ich-Grenzen sind parallel laufende Prozesse, wobei sich die zunehmende Ich-Abgrenzung nicht nur in der Sprache ausdrückt, sondern durch sie auch vorangetrieben wird. »Erst Abgrenzung schafft Wirklichkeit.« (*Ammon 1979*)

Durch den Akt der Benennung wird ein Ding als etwas, dem eine von anderen Dingen abgesonderte Existenz zukommt, von dem ihn umgebenden Raum abgegrenzt. Erst dadurch können Eigenschaften und Relationen zwischen den Dingen ins Blickfeld geraten. Für *Church (1971)* ist ein wesentliches Kriterium, das reifes von unreifem Verhalten unterscheidet, die Wahrnehmung der Relationsstruktur der Wirklichkeit. Dabei kommt nun der Sprache eine zentrale Bedeutung zu: »Indem wir die Wirklichkeit verbalisieren, machen wir uns die Eigenschaften der Dinge und ihre Beziehung zueinander ausdrücklich bewußt. Eigenschaften und Beziehungen, die vorher nur dynamisch-implizit gegeben oder völlig verborgen waren.« Das Wissen als konsolidierte Erfahrung verändert die Wahrnehmung. Bei dieser Festigung von Erfahrung fällt der Sprache eine zentrale Rolle zu. *Church* vertritt die Ansicht, daß »ein vollständiges Bewußtwerden von Realität nur bis zu dem Umfang möglich ist, in dem sie verbalisiert wurde«.

Einmal gebildete sprachliche Formulierungen werden zu einem Bezugsrahmen, innerhalb dessen neue Erfahrungen integriert und geordnet werden können.

In dem Maße, wie die sprachlichen Äußerungen eines Kindes die grammatische und semantische Struktur seiner Muttersprache annehmen, es also über ein konventionelles Zeichensystem verfügt, das von einer großen Gruppe von Menschen, einer Sprachgemeinschaft, geteilt wird, eröffnen sich dem Kind zum einen neue, vielfältige Kontaktmöglichkeiten außerhalb der Primärgruppe. Zum anderen wird es innerhalb der Primärgruppe unabhängiger von einer sehr subtilen Verständisfähigkeit und -bereitschaft für den spezifischen Informationsgehalt seiner Mitteilungen: Mit der Sprache verfügt das Kind über ein Medium, das es ihm ermöglicht, seine Bedürfnisse und Absichten unmißverständlicher, präziser und damit auch für das Gegenüber verpflichtender kundzutun. So ist das »Nein« des Kindes völlig unmißverständlich als klarer Abgrenzungsschritt (*René Spitz* hat auf die Bedeutung des ersten »Nein« für die Anfänge der menschlichen Kommunikation hingewiesen: s. *Spitz 1972*).

Im Folgenden sollen einige nonverbale Therapieformen, wie sie in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige zur Anwendung kommen, skizziert werden. Dabei werden wir auf die Bedeutung der Verbalisierung für den therapeutischen Prozeß eingehen.

Das früheste Kommunikationsmedium, mit dem der Mensch mit seiner Umgebung in Beziehung tritt, ist das akustische. Durch die frühe Entwicklung des Gehörsinns in der Embryonalentwicklung stellt der Rhythmus, nämlich der Rhythmus des Herzschlages und der Atmung der Mutter, eine der ersten Sinneswahrnehmungen des Menschen dar. Die Musiktherapie greift diese archaische Kommunikationsebene auf und macht damit früheste, vor jeder Sprachentwicklung stattgefundenene Erfahrungen kommunizierbar.

Ein Duett zum Beispiel, in dem zwei Patienten sich gesanglich Rede und Gegenrede geben, kann musikalisch einen Kontakt entstehen lassen, der sprachlich niemals möglich gewesen wäre. Die Beteiligten können sich an einem Punkt -wie beiläufig - gesehen und verstanden fühlen, der sich dem sprachlichen Ausdruck entzieht. Und gerade an diesem Punkt ist es wichtig, daß dieses Geschehen anschließend in Worte gefaßt wird, um damit zur interpersonellen Wirklichkeit zu werden. Wir haben es hier mit einem dialektischen Spannungsverhältnis von Unsagbarem und Sagbarem zu tun (vgl. *Schmidts* 1990).

Auch die Reittherapie eröffnet dem Patienten durch den Körperkontakt zu einem lebendigen Wesen die Möglichkeit, Zugang zum Erleben der frühen Kommunikation zwischen Mutter und Kind zu bekommen. Wie diese erfolgt die Kommunikation zwischen Mensch und Tier ausschließlich auf der Beziehungsebene. Pathogene double-binds oder auch die Vermittlung von Schuldgefühlen basieren auf einer Kluft zwischen beziehungsdefinierender und verbaler inhaltlicher Kommunikation und können per definitionem von einem Tier nicht zugefügt werden. »Hieraus ergibt sich vor allem für psychisch kranke Menschen die therapeutische Möglichkeit, in rein analoger (d. h. beziehungsdefinierender, d. Verf.) Kommunikation mit dem Pferd krankmachende Erfahrungen aus präödipler Zeit, in der die analoge Kommunikation mit der engsten Bezugsperson -meist der Mutter - ja am wichtigsten war und die tiefsten Wunden hervorrief, durch neue Erlebnisse im Umgang mit dem Pferd wiedergutzumachen.« (*Scheidhacker* 1987)

In dem an das Reiten sich anschließenden Reiterfrühstück, aber auch in anderen therapeutischen Situationen in der Klinik sprechen die Patienten über ihre Erlebnisse beim Reiten, ihre Beziehungen zum Pferd, zum Reittherapeuten und zur Gruppe, wodurch ihre Erfahrungen wiederum in den Therapieprozeß integriert werden.

Ein weiterer Bereich, in dem die Förderung und Freisetzung von Kreativität therapeutisch wirksam ist, ist die Maltherapie.

Gestalterische und thematische Aspekte eines Bildes geben zum einen wertvolle diagnostische Hinweise über den jeweiligen Entwicklungsstand innerhalb des therapeutischen Prozesses. Zum anderen kommunizieren die Patienten

ten durch ihre Bilder mit den Therapeuten und mit der Gruppe ihrer Mitpatienten. Die Gruppe hat dabei die Aufgabe, einen schützenden Raum aufzuspannen, in dem der Patient seinen nichtbewußten Persönlichkeitskern unmittelbar zum Ausdruck kommen lassen kann: Gefühle wie Einsamkeit, Verzweiflung, Angst und Wut, Desintegration und Zerrissenheit, aber auch Hoffnung, Freude, Zuneigung und Erotik (vgl. *Kress 1987*).

Die verbale Auseinandersetzung über diese ausgedrückten Gefühle, sowohl in der Malgruppe selber als auch innerhalb anderer Gruppen des therapeutischen Milieus der Klinik wie in Therapiegruppen oder der Großgruppe macht dieses Ausdrucksgeschehen für den Patienten überhaupt erst in einem vollen Sinne verfügbar. Durch angebotene Deutungen sowohl des Maltherapeuten als auch der Gruppenmitglieder wird ein Bewußtwerdungsprozeß angeregt, der ihn befähigt, bisher unbekannte Aspekte seiner Persönlichkeitsstruktur wahrzunehmen. Durch das Ansprechen und Aussprechen des Gesehenen erhalten ausgedrückte Gefühle und Persönlichkeitsfacetten des Menschen eine interpersonelle Wirklichkeit und werden damit einer weiteren therapeutischen Bearbeitung zugänglich.

Beim Humanstrukturellen Tanz ist es die archaische Sprache des Körpers, die eine neue »via regia zum Unbewußten« (*Ammon 1986*) des Patienten erschließt.

»Beim Humanstrukturellen Tanz könnte man meinen, daß die Körper sich äußern und denken, sich verjüngen und altern und Affekte und Effekte hervorbringen. Als Körpersprache entwickeln hier die Körper vergangene, gegenwärtige und zukünftige Geschichte. Die Körper erzählen und geben gewissermaßen Erklärungen ab. Ich verstehe den Humanstrukturellen Tanz als eine Sprache von Mimik und Körperlandschaft und auch als eine Sprache der Bewegung und der Symbolik von Gestik.« (*Ammon 1986*)

Durch Feedbacks, die dem Tänzer nach seinem Tanz von den Leitern der Gruppe wie von Teilnehmern gegeben werden, kommt die verbale Sprache ergänzend zur nonverbalen Körpersprache hinzu.

Die Verbalisierung hat auch hier eine integrierende Funktion: Sie verleiht dem nichtbewußten Ausdruck von Emotionen und Persönlichkeitsanteilen gültige Wirklichkeit und schafft somit eine wesentliche Voraussetzung für deren Integration in die Persönlichkeitsstruktur des Tänzers.

Aufgrund der besonderen Verletzbarkeit auf der Körperebene, in Anerkennung des Muts und des Vertrauens, das jeder Tänzer erst einmal der Tanzgruppe entgegenbringt durch sein Sich-zeigen, wird bei den Feedbacks »der Schwerpunkt auf die konstruktiven Seiten des Tanzes und der prozeßhaften Entwicklung, die der jeweilige Tanz für den Patienten anzeigt, gesetzt. Nur störende Aspekte, die Entwicklungswiderstand deutlich machen, unterliegen einer Kritik.« (*Ammon 1986*)

Eine besondere Form der nonverbalen Therapie stellt die von *Ammon* seit 1959 entwickelte psychoanalytische bzw. humanstrukturelle Milieuthérapie dar (*Ammon 1959, 1979*). In ihr fällt die aktuelle Lebenssituation des Patienten

vollkommen mit der therapeutischen Situation zusammen. Das im Mittelpunkt der Milieuthherapie stehende gemeinsame Arbeitsprojekt bildet dabei ein sog. »drittes Objekt«, das sowohl Kontakt als auch Abstand ermöglicht. Dabei konnte immer wieder die Erfahrung gemacht werden, daß Patienten, die nicht in der Lage waren, sich verbal mitzuteilen, sich über dieses Medium gerade in ihren konstruktiven Möglichkeiten präsent machen und Nähe zu anderen Menschen überhaupt zulassen konnten.

Die regelmäßig stattfindenden gruppodynamischen milieutherapeutischen Sitzungen dienen dazu, das während der gemeinsamen Arbeit Erlebte für den Einzelnen wie für die Gruppe festzuhalten. Sich verbal über das Geschehene zu verständigen, wodurch weitere Gruppenprozesse angestoßen werden, ist eine Grundvoraussetzung dafür, das Erlebte als mit der Gruppe geteilte Wirklichkeit zu verinnerlichen.

Innerhalb des Spektrums verbaler und nonverbaler Therapieformen hat die Theatertherapie eine besondere Funktion, da sich in ihr Momente beider Therapieformen mischen. Hier wird das dialektische Spannungsfeld zwischen Unsagbarem und Sagbarem durch die uneigentliche Sprache der Rolle geschaffen. Der Patient erhält die Möglichkeit, sich selbst, Facetten seiner eigenen Identität, zu spielen.

So bietet zum Beispiel die Rolle eines Trinkers in einem Stück für einen Patienten mit dieser Problematik die Möglichkeit, sich in spielerischem Ernst mit seiner selbstdestruktiven Dynamik auseinanderzusetzen. Dabei wurde immer wieder die Erfahrung gemacht, daß Patienten nach einer gewissen Zeit nicht mehr in der Lage waren, ihre Rollen zu spielen, weil sie im Verlauf des therapeutischen Prozesses aus ihnen herausgewachsen waren (vgl. *Doldinger* 1990).

Nachholende Ich-Entwicklung innerhalb des therapeutischen Prozesses meint nach *Ammon* immer auch eine Kreativierung bzw. Reaktivierung des Menschen. Sie geht einher mit einer Zunahme der Integrationsfähigkeit des Patienten, mit der schrittweisen Überwindung der Desintegration von Nichtbewußtem und Bewußtem.

Die in den nonverbalen Therapieformen im Rahmen des ganzheitlichen Behandlungskonzepts einer Dynamisch-Psychiatrischen Klinik ermöglichte und geförderte Integration von nonverbalem Ausdruck des Nichtbewußten und der sprachlichen, dem Bewußtsein zugänglichen Mitteilung leistet hierfür einen wesentlichen Beitrag.

The Role of Speech in Non-Verbal Forms of Therapy

Gabriele von Bülow (Berlin)

The establishment, practical and theoretical development of non-verbal forms of therapy within the Dynamic Psychiatry of *Günter Ammon*, answers the question of the necessity of reaching patients who are difficult to reach in

formal single and group therapy, who are silent or were never allowed to use speech for their own communication. Humanstructural dance-, painting-, music-, theatre- and hippotherapy have been developed, each time with a specific indication, especially in the work of psychotherapy of psychosis in the Hospital Mengerschwaige.

One reason for the speechlessness of many patients is the fact, that traumas and wounds were afflicted at an age in which they could not yet speak. Another cause can be found in a later stage of childhood, in which the medium of speech was used in a hurting manner, for instance the double-bind communication described by *Bateson, Jackson* a.o. (1969). The forms of therapy which mainly do not use the spoken word, avoid the distrust of speech and the genuine helplessness in speaking. The non-verbal therapies also give space, in which the patient suffering from deep fears of contact and identity does not have to be afraid committing himself.

The non-verbal therapies pick up different moments of relation and communication process between child, mother and surrounding group which precede the development of speech and learning to speak: the direct and unambiguous contact to the horse in hippotherapy, differentiated levels of contact and feeling in the music-therapeutic group, the experience and direct expression of the own emotionality in painting-therapy und becoming visible and understandable in the body speech of dance.

The verbalisation within the non-verbal therapy forms reaches from descriptive comments (e.g. dance-therapy) over interpretations (painting- and music-therapy) up to elucidation of relationships (e.g. music-, hippo- and milieu-therapy). It is necessary that the group is integrated and receives limits by means of the verbal part. In the verbalisation part, which means clarification and limitation, there are repetitions of the early speech development, in which the child learns to gain ego demarcations by speech. The verbalisation of the non-verbal occurrences is the pivot at which the non-verbal becomes interpersonal reality out of the ambiguity.

The transferring of the non-verbal unconscious experience in the conscious spoken expression means building-up of ego demarcations, differentiation of perception, which is propelled forwards with increasing speech development, and takes part in the step by step overcoming of the desintegration of unconsciousness and consciousness during the therapeutic process.

Literatur

- Ammon, G.* (1959): Theoretical Aspects of Milieutherapy. In: Bulletin of the Menninger School of Psychiatry, Topeka, Kansas, USA. Neuauflage 1977 (Berlin: Pinel-Publikationen)
 — (1979): Psychoanalytische Milieuthérapie. In: *Ammon, G.* (Hrsg.), Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1, (München: Reinhardt)
 — (1984): Die Unerreichten - Zur Behandlungsmethodik des Urnarzißmus. In: *Dyn. Psychiat.* (17) 145-162

- (1986): Humanstruktureller Tanz - Heilkunst und Selbsterfahrung. In: Dyn. Psychiat. (19) 317-342
- Bateson, G.; Jackson, D.D.; Laing, R.D.; Lidz, T.; Wynne, L.C.* et. al. (1975): Schizophrenie und Familie (Frankfurt a.M.: Suhrkamp)
- Doldinger, D.* (1990): Theatertherapie bei psychotisch strukturierten Patienten. Vortrag gehalten auf dem 8. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatrie WADP und XXI. Internationalem Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 5.-8. Oktober 1990 an der Hochschule der Künste Berlin.
- Kress, G.* (1987): Kreativitätsentfaltung - Entwicklungsschritte des Patienten in der Maltherapie. In: Dyn. Psychiat. (20) 65-82
- Scheidhacker, M.* (1987): Die Bedeutung des Therapeutischen Reitens bei der Behandlung verschiedener psychiatrischer Krankheitsbilder. In: Dyn. Psychiat. (20) 83-96
- Schmidts, R.* (1990): Die Bedeutung der Musiktherapie in der Dynamischen Psychiatrie, Vortrag gehalten auf dem 8. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP und XXI. Internationalem Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 5.-8. Oktober 1990 an der Hochschule der Künste Berlin
- Spitz, R.* (1972): Vom Säugling zum Kleinkind (Stuttgart: Klett)
- Tomatis, A.A.* (1987): Der Klang des Lebens. Vorgeburtliche Kommunikation - die Anfänge der seelischen Entwicklung (Reinbek: Rowohlt)

Adresse der Autorin:

Dipl. Psych. Gabriele von Bülow
Bregenerstraße 4
W-1000 Berlin 15

Inner Transformation of the Hindu Identity**

Jai B.P. Sinha (Patna)*

The author describes the importance of the spiritual dimension in Indian philosophy and existence. The spiritual aim is to attain a detached attitude to life. The spiritual dimension is deeply anchored in Indian personality and socio-religious structures and should be considered in psychotherapy. The author describes six suborganizations of personality and their social contexts and stresses the priority of ethic principles as balance between the subconscious and the spiritual domain. The basic aspects of individual, social and economic life constitute intermediate stages on the way to the highest aim, the salvation.

An Overview

Earlier *Sinha* (1982) conceptualized the Hindu identity¹ as a triangular configuration of the spiritual self, the familial-social self, and the socio-economic realities in India. The first two interact and are postulated to give rise to encompassing systems (*Dumont* 1970) where seemingly contradictory thoughts and actions, affects and cognitions, rights and obligations, expectations and preferences etc. are accommodated and integrated (*Marriot* 1976) or at least allowed to co-exist. The socio-economic realities support as well as strain the spiritual-social nexus and give it a third dimension which reflects an operative or realistic as distinct from an idealized self. What was missing in the earlier conceptualization was a fuller recognition of the most basic mechanism of *balancing* which functions at intrapsychic and as well social levels and aims at the spiral nature of the inner transformation of the Hindu self. The balancing is realized by cultivating an »observer« inside the person which allows him or her to indulge in hedonistic and spiritual pursuits but prevents him or her from losing balance and thereby getting mentally sick. In fact, it helps the person in getting *detached* in order to get involved at higher and higher levels of balancing.

Balancing at the Intra-psychic Level

The affective-cognitive structure of the Hindu identity at the intra-psychic level is unfolded in the religio-philosophical thinking of Hindus. The »self« is the consciousness of »I« which has three sets of components: *Chitta* (analogous to id impulses) is primarily biological in nature. It is the reservoir of impulses, sensuousness, emotions, and fantasies. But then it has built-in disposition to become one with the infinite (*Brahman*). That is, it is both biological as well as spiritual. *Roland* (1988) observes that the spiritual self »is psychologically deeply engraved in the preconscious of all Indians« and that »without the realization of

1 For reasons given in the paper, the expression »Hindu« and »Indian« would be used interchangeably; preference being given to the one which would seem more salient in a particular context.

* Professor of Social Psychology, A.N.S. Institute of Social Studies, Patna/Bihar, India, Vice President of WADP, Chairman of the Indian Branch of WADP

** Lecture given at the 8th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XXI International Symposium of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP), October 5—8, 1990, at the Hochschule der Künste, Berlin

an inner self ..., it is virtually impossible to comprehend Indian psychological make up, society, and culture«. While the biological self indicates »what the person is«, the spiritual self prescribes »what he or she should be«. The two bipolar forces are held in balance by a third force: *sanskar* (the racial and the personal unconscious records of good and bad deeds) which may tilt the balance either towards biological or spiritual end. But then *sanskar* can itself be counter-balanced by one's own efforts. It is interesting to note that *sanskar*, which reflects the past deeds, is potentially modifiable by one's efforts in the present. In essence, the Hindu view is (a) to meet one's biological needs and dispositions and to use the accumulated records of good and bad deeds in order (b) to realize one's spiritual self by one's own efforts. This is the process of inner transformation through balancing.

The inner transformation of the Hindu self seems to be parallel to *Maslow's* (1971) self-actualization except for one basic difference: self-actualization implies fuller development of whatever potentials and orientations a person might have. Quite often it is likely to manifest in an unfolding of idealized western goals of life which are autonomy, self-reliance, self-sufficiency, mastery over nature, etc. On the contrary, inner transformation requires a Hindu to get more embedded in his or her groups and collectives and to so transform himself and herself as to fully discharge the duties without losing sight of the spiritual goals. *Roland* (1988), while comparing the goals of psychotherapy in the USA and India, for example, observes that »it is thus the working out or working through of past internalized relationships with their concomitant defenses in the patient's psyche, through reexperiencing them in the transference and/or having a transference that repairs deficits in structure, that constitute the essence of psychoanalysis (in the USA). In the Indian setting, the fundamental goal for a man who remains in his parent's family or for a woman with basic responsibilities to her in-laws is to enable each to function in a less disturbed and more fulfilling way, free of anxiety and other symptoms, within the context of the complex inter-dependencies and reciprocal responsibilities of the extended family and other hierarchical relationships«. Furthermore, the ultimate goal is to get detached from such worldly relationships in order to eventually become one with the ultimate reality. Thus, unlike the linear process of self-actualization, the inner transformation assumes a spiral form where each level of attachment initiates a process of detachment which leads to a qualitatively higher level of attachment culminating in being one with the ultimate reality (*Brahm*) which is the cosmic collective.

The Social Framework

A Hindu child is born in a steeply hierarchical social system (*Kothari* 1970) with castes and strong familial bonds. An elaborate blueprint of do and don't is provided at the time of his or her birth itself. One must do one's *dharma* (i.e. duties which constitute one's religion). The duties are determined by a fully contextualized social manual which takes into consideration one's nature and temperament, castes, stage of life, time, place, etc. There are, however,

two common features: hierarchical relationship and »affective reciprocity« (Roland 1988). A child internalizes hierarchical structuring of persons and relationships. He² develops a sense of relative superiority to some and subordination to others which in turn determine his social transactions as well as exchanges. He must protect and take care of those who are his subordinates or dependents, and must maintain deference and respectful compliance with his superiors (Kakar 1978). Together they tend to develop an emotional bond where the ego boundaries get blurred. The person defines himself by identifying with his groups and collectives. He is a »dividual« rather than an »individual« (Marriot 1976). Roland (1988) delineates six sub-organizations of the familial-social self. They are the following:

1. *Symbiosis-Reciprocity*. That is, an intense emotional intimacy and connectedness in the familial and social relationships which is distinctly different from the nature of social relationships and transactions in the west. The market economy in the west has resulted into a preference for contractual relationship which follows the rules of exchange of goods and services of equal value or nature. The time frame is short and all goods and services, including love and friendship, are evaluated and subjected to the basic rules of giving and receiving according to a social contract between the persons. An inherent weakness of a contract is that it can be broken anytime, if one is willing to pay the cost. Thus, contractual relationship is inimical to long term commitment (Bellah et al. 1985).

Hindus prefer emotionally tempered personalized relationship. It is characterized by »an intense emotional connectedness and interdependence with a constant flow of affect and responsiveness between persons; by a strong mutual caring and dependence, with an intensely heightened asking and giving in an emotional atmosphere usually of affection and warmth, with full expectations for reciprocity« (Roland 1988). Roland observes a symbiotic mode of thinking, a radar-like sensitivity to each other, and a disposition to live in emotionally close and responsibly interdependent relationships.

There may be a number of natural corollaries of this »affective reciprocity«. The self-other boundaries tend to disappear. One may entertain exaggerated and untimely expectations from friends and relatives which may be difficult to meet thereby a person may feel badly hurt. For example, Indians feel free to drop in at a friend's or relative's home or office at any time they wish. No prior appointment is considered to be necessary. When some of them tend to do the same, say, in the USA, and are politely told by the friend that he is busy, they feel hurt. Some insist to know what is so urgent with the friend that he cannot see them. Roland (1988) describes how distressed an Indian patient in the USA was when she wanted to talk to her therapist at length at 02.00 a.m. in the morning and the therapist refused to do so. The unlimited demands on other's time and energy often cause a range of negative emotions such as anger and disappointment on one side and anxiety and guilt on the

2 includes »she« and »her«.

other. One feels as if there is no emotional privacy and that the private inner space has been unduly encroached upon. As a reaction or a mechanism to cope with such a situation, Indians tend to develop a highly protected inner self whose secrets are so well guarded that even a therapist can not sense them (Roland 1988).

2. *Modes of Communication.* As a result, Indian's modes of communication have to be complex and multi-layered. Others are expected to sense and respond to one's needs and desires. There is de-emphasis on asking any help or favour, lest refusal may hurt the relationship. At the same time, one must watch one's own words and actions so that his secrets and highly protected private self may not get exposed. Anger and disagreements are often expressed by suddenly stopping talking, leaving the room, not eating the next meal, or simply walking around with an unhappy look (Roland 1988). The belief is that if the other person is so close, he would certainly sense the hurt and would do something to recover the person from the state of negative feelings.

The same subtle strategy is employed for expressing positive feelings. For example, girls and boys, who are not allowed to mix and talk freely, may communicate with each other in a highly sensuous manner through subtle eye movements and facial gestures. There are a number of references of the language of the silence and how profound meanings may be conveyed without using words.

3. *Narcissistic Configuration of We-self Regard.* As stated earlier, all relations in India tend to be hierarchical (Dumont 1970). The castes are hierarchically arranged. So are the states of mind, temperaments, animate and inanimate objects. Gods and goddesses have a hierarchy. Status and positions are ascribed on the basis of age, gender, seniority, or nature of relationship (e.g. father-son). Even friends are compared on real or imagined differences and accorded hierarchical positions. Once hierarchy is established, the rest of the interactions follows smoothly. Affective reciprocity assumes a vertical shape.. Seniors and superiors are respected and obeyed. They are listened to more deferentially. They make decisions. They provide protection, guidance, and help. Juniors and dependents are expected to feel obliged and loyal. They are expected to seek out the influence of the more powerful ones. They need patrons to succeed in life. Credits for achievements are attributed to the blessings (*Kripa*) or the guidance of the seniors and the patrons whose displeasure or indifference can badly harm the juniors. *Ramajunam* (1979) observes that even adults in India strives for an approval from their father.

The same model of relationship is established in the patient-therapist relationship. It is either the teacher-pupil (*Guru-Chela*) relationship (Neki 1973) or a relationship where the therapist is taken for a parent or a family elder. The patients expect the therapist to take care of them, solve their problems, tell them what to do, or how to become a better person. In these hierarchical relationships there is an unspoken, subtle emotional exchange of dependency needs on the patient's part with the narcissistic gratification in the analyst for

fulfilling the ego ideal of the superior who responsively helps the subordinate« (Roland 1988).

In such a relationship self-esteem is derived from strong identification with family members and relatives whose reputation, honours, or achievements seem to radiate into the self of the person. There is enough evidence (Hofstede 1980, Sinha, Verma 1987; Triandis 1989) to believe that people are embedded in their ingroups and are by and large collectivist. Their experiential self is more structured around »we«, »ours«, and »us« than around »I«, »mine« or »me«. Family is the most important ingroup, followed by those of friends, relatives, castemen, etc. There are instances of the whole family accompanying a patient to a therapist. The family members often discuss the symptoms with the therapist and at times participate in the process of therapy, too.

Family is so important that its honour must be up-held. The story of a young girl, who wanted to marry a boy of her choice but could not because the family did not approve, is well known. The girl, out of disappointment, wanted to commit suicide, but would not do either, lest the honour of the family suffer. The conclusion is clear. The family, because it provides such an emotional sanctuary, also demands submersion of one's personal and private self. The emotional costs at times could be shattering to a person whose only anchorage remains to be his highly protected and personal self where the spiritual orientations are stored and called upon to cushion the on-slaughter of family and other social demands.

4. *Socially Contextual Norms and Behaviours.* Indians, instead of universalizing the codes of conduct, contextualize them. One's *dharma* (which literally means religion) consists of the duties towards others that he must discharge. *Dharma*, however, has three levels. That which flows from one's nature and temperament (*swa-dharma*), that which is determined by one's caste and station of life (*Jati-dharma*) and that which signifies the basic and all time obligations (*sanatan-dharma*). The three may or may not match. Thus, there exists plenty of scope to maneuver and to justify what one wants to do. Despite strong emphasis on meeting social obligations and doing one's duties, deviations are tolerated and rationalized. A person who behaves in the westernized way at his workplace may turn out to be quite traditional in his home. A mother who is self-sacrificing may behave callously with other children. Sensuousness and ascetism may co-exist if appropriate contexts can be advanced for their co-existence. The musical ragas, the medicines, the dresses, and almost every conceivable objects and ideas are relevant only in a particular context.

5. *The Modes of Cognitive Functioning.* The contextual orientation reflects in the cognitive modes of functioning. Ramanujan (1989) notes that Indian thinking is »context sensitive«. It is »metonymic thinking« (Ramanujan 1980), which postulates a close inter-linking between cosmic influences, past lives, and the present life. It does not necessarily mean succumbing to the past or subscribing to the fate, but a mode of working with the destiny through rit-

uals and actions. The rituals and the related actions relate a person to the mythic world where gods and goddesses have a hierarchy as well as modes of relationship which are prototypical of those of man. Indian names are generally drawn from mythology. Mythological stories are narrated and orally transmitted from generation to generation even in the villages. Hence, every social encounter and event is referred back to mythic images, folklores, and events. The mythical world provides a backdrop for understanding one's life and searching out appropriate behaviours in a particular context.

6. *The Super-ego*. Clinical evidence (Roland 1988) indicates the presence of a strong super-ego in the Indian conscience. Earlier it was stated that the hierarchical relationship and heightened expectancy of affective reciprocity are likely to generate a lot of anger, frustrations, and anxiety. The super-ego is oriented to repress or displace them. Bursts of anger are rarely directed against a superior. Even disagreements are avoided. Harmony and tolerance are strongly advocated. If the cause of anger and frustration is a person who is otherwise positively related (e.g. father, friend, etc.) shaming or creating guilt is the typical mechanism. The shaming or guilt is designed to make the other person realize what he or she has done. *Mahatma Gandhi*, for example, used to go on fasting unto death in order to make the Indian people realize their communal behaviour. The underlying cognition is the shared entities to the extent that a suffering inflicted on oneself is believed to be experienced by others and thereby is likely to alter other's subsequent behaviour. In situations where others are not bound by mutual emotional bonds, aggression can be freely enacted. Family feuds and communal riots are not uncommon in India.

The second role of Indians' super-ego is to contain sexuality. »Indian culture oscillates between the erotic and ascetic« (Roland 1988). On many temple walls, the erotic depictions are as vivid as the pious milieu inside. Indian mythology is full of sensuous stories and events where gods and goddesses indulged in intensely sexual relationships, often outside the marital bonds. One of the four goals of life is sexuality for procreation. And yet, there is strong emphasis on containing sexuality either by confining it to the prescribed social frames or by dedicating it to the divine. Loss of man's semen is believed to weaken him. So he has to be very careful about the purpose and frequency of his sexual acts. Girls are given the values of chastity, shyness, and modesty. Their interactions with boys are socially censured. However, infatuations and romantic involvements are not uncommon. The strict controls try to keep them within the limits of the family. Premarital and extramarital relations with sister- and brother-in-laws, uncle and father-in-laws, daughters, cousins, etc. are not infrequent, but are preferred to be kept as family secrets.

A better way to contain sexuality is to dedicate it to the divine. The *bakti-marg* shows a way how a person can be sensuously devoted to a god or goddess. Sexual metaphors and analogies are freely used to show how emotionally one can get connected to the divine. The religio-philosophical belief is that the individual souls (*atmans*) are like females naturally gravitating to become one with

Brahman who is the ultimate man (*Purush*). Devotional songs, dances, etc. depict quite intense and vivid sensuality but are taken for their spiritual meanings.

From Familial-Social to Spiritual Self

As contended earlier, spiritualism is an inherent part of the psychic structure of Hindus. The biological self contains one-pointed orientation to salvation. The basic goals of life, doing one's duties (*dharma*), fulfilling one's desires (*kam*), accumulating wealth (*artha*) are all meant to realize the ultimate goal: *moksha* (salvation). Hence, the familial-social self is so designed as to realize the spiritual self by a process of self-transformation.

Hindu religion is not institutionalized in the sense that a Hindu does not necessarily have to go to a temple, worship, meditate, or perform any rituals to be a Hindu. Religion is permeated into the social fabrics and doing one's duties is what true religion is. *Dharma* literally means »that which holds together« (life events or the universe). It is probably due to this reason that bodily desires and wealth are considered to be as important as the duties. Over a period of time, they are likely to be satiated and are likely to take people away from them and towards religious activities. There are support systems. Religious books and devotional literature, places of worship, saints and gurus, and rituals and techniques on the one hand help Hindus perform their duties on the other, assist them to rise above bodily and material desires and to engage in the process of inner transformation. Religious beliefs and practices, according to a study (*Sinha* 1989) not only help realize peace of mind, but also lead to children's wellbeing, better health, and more effective performance of jobs. There are a number of studies which show that ». . . spiritual practices are generally geared toward a calming and concentrating of the mind and emotions, so as to permit an inner transformation, allowing the emergence of other levels of consciousness and being« (*Roland* 1988).

The process of inner transformation assumes two forms. First, there is a shift from gross to subtle, from impure to pure, and from darkness (*tam*) to light (*sat*). For example, structural hierarchy is expected to develop into the hierarchy of quality. The structural hierarchy implies that the superiority of a person is based on the position that he holds. On the other hand, superiority based on his quality reflects ». . . a marked veneration of the superior, with strong efforts to subordinate oneself, to be as close as possible, to have *darshan* (a glimpse), in order to incorporate, identify with, and share in the superior qualities of the other for inner self-transformation« (*Roland* 1988). The person feels rising on the scale of merit by getting out of gross and superficial considerations to a level of more essential and refined level of consciousness.

The second process, which also facilitates or builds up on the first, is to take excessive emotionality out of familial-social roles and relationships. The familial-social roles are neither negated nor neglected. But a sense of detachment is so cultivated that the role player does not hold himself solely accountable for either positive or negative outcomes. The roles are played without

much anxiety, guilt, excitement, or euphoria about success or failures. The person starts believing as a part of larger ongoing cosmic forces which hold and sustain the universe. Once this is realized, the person is likely to remain calm and composed, irrespective of positive or negative life events. Not many can be totally detached. Even Indian mythology does not possess many instances of such ideal persons. The one who is most often quoted and in which both processes (refinement and detachment) were blended, was king Janak. He was nicknamed as *Videh* (i.e., the one who is not confined to his body). During his worships, he used to have attractive damsels sitting on his lap. While he performed religious acts with his right hand, he used to fondle the breasts of the damsels with his left. These manifestly contradictory conducts annoyed an ascetic, who challenged the king into a debate in which the former accused the latter of hypocrisy. The king maintained that his true self resided neither in this nor in that, although both were essentials of life. The true self lies in rising above what he was manifestly doing. The ascetic would not agree. So the debate went on. In the meanwhile the palace caught fire. The ascetic saw the approaching fire and apprehended that his three feet long loin cloth, which he used to wrap around his waist, would catch fire. So, he rushed to save it. The king stopped him and said, »O Saint. My palace is on fire, but I am not perturbed. Why are you so worried for a piece of ordinary cloth? Don't you see what we are deliberating?« The saint was humbled.

No ordinary human being can realize that degree of detachment. Earlier, *Sinha* (1982) argued that the pervasive poverty and the resultant perception of scarcity, and other external constraints prevent Indians from fully effecting the process of self-transformation. But the process is there and even a casual observer can notice it even in the illiterate and poor villagers when they bravely cope with the problems and frustrations of life without breaking down completely.

Innere Transformation der Hindu-Identität

Jai B.P. Sinha (Patna)

Die vorliegende Arbeit baut auf früheren Veröffentlichungen des Autors auf, in denen er die Identität des Inders beschreibt als Trias, bestehend aus spirituellem Selbst, familiär-sozialem Selbst und sozioökonomischen Realitäten. *Sinha* führt nun den Mechanismus des Balancierens auf intrapsychischen als auch auf sozialen Ebenen ein, der eine innere Transformation der Persönlichkeit verfolgt. Balancieren wird ermöglicht durch das Ausbilden eines »Beobachters« im Inneren des Menschen, der gestattet, hedonistischen und spirituellen Strebungen nachzugeben und gleichzeitig eine Art von Losgelöstheit von weltlichen Bestrebungen (detachment) zu erreichen. Der Mechanismus des Balancierens schützt vor psychischer Erkrankung. Das »Selbst« besteht aus

Chitta, dem Reservoir der Emotionen und Phantasien (analog dem Es) und *Brahman*, dem spirituellen Selbst. *Sanskar*, als eine dritte Kraft, hält die Balance zwischen *Chitta* und *Brahman*. *Sanskar* beinhaltet die traditionellen und persönlichen unbewußten ethischen Vorstellungen. Das Ziel der inneren Transformation erfordert eine starke Einbettung des Inders in seine verschiedenen Gruppen, eine gewissenhafte Erfüllung der Pflichten, ohne die spirituellen Ziele aus dem Blickfeld zu verlieren.

Im Unterschied zur westlichen Psychotherapie und Psychoanalyse ergeben sich im indischen Setting vor allem zwei Ziele: 1. die Befähigung des Patienten, den von der Gesellschaft und Religion auferlegten Pflichten (*dharmas*) nachzukommen und 2. eine Losgelöstheit von weltlichen Bestrebungen erreichen zu können mit dem Ziel des Eins-Werdens mit der letztendlichen Wirklichkeit (*brahman*). Dabei berücksichtigt der Autor, daß ein Kind in der indischen Gesellschaft in ein streng hierarchisches System von Kasten und Familienbanden hineingeboren wird.

Der Autor bezieht sich auf *Rolands* (1988) Einteilung der indischen Persönlichkeit in sechs Unterorganisationen:

1. *Symbiose-Reziprozität*, worunter die intensive Verbundenheit des Inders innerhalb der Familie und Gesellschaft verstanden wird. Betont wird die Neigung zu emotionaler Nähe, gegenseitiger Abhängigkeit und hoher sensibler Einfühlbarkeit.
2. *Kommunikationsformen*, die häufig nichtverbaler Natur sind und vielmehr durch Körpersprache vermittelt werden.
3. *Narzisstische Beziehung zwischen »Wir« und »Selbst«*. Das hierarchische Modell von Beziehung findet sich wieder in der Therapeut-Patient-Beziehung. Diese nimmt entweder die Form einer Lehrer-Schüler-Beziehung an oder aber die einer Eltern-Kind-Beziehung. Die Patienten erwarten vom Therapeuten nicht nur Fürsorge, sondern auch Führung. Diese Erwartungen des Patienten treffen auf die narzisstische Befriedigung des Analytikers, das Ich-Ideal des Unterlegenen auszufüllen und diesem helfen zu können. Oft beteiligt sich die Familie aktiv an der Therapie des Patienten. Das Aufrechterhalten der Ehre der Familie stellt ein wichtiges Prinzip für den Einzelnen dar.
4. *Sozial eingebettete Normen und Verhaltensweisen*. Die Verhaltensnormen des Inders definieren sich in Bezug auf die religiös-sozialen Pflichten (*dharmas*). Dabei kann es zu Konflikten zwischen Verhalten in der Familie, am Arbeitsplatz und im emotionalen Leben kommen, welche von Toleranz getragen werden.
5. *Kognitive Funktionen* sind gekennzeichnet durch eine enge Verwobenheit von Gegenwart, vergangenen Existenzen und kosmischen Einflüssen einerseits und einer lebendig gebliebenen Welt des Mythos andererseits.
6. Ein stark ausgeprägtes *Über-Ich*, das Aggressionen unterdrückt und sexuelle Enthaltsamkeit gewährleistet.

Die Spiritualität ist ein wesentlicher Bestandteil der psychischen Struktur der Inder. Die grundlegenden Ziele des Lebens sind das Erledigen der Pflichten,

die Erfüllung der Wünsche und das Anhäufen von Reichtum. Diese drei sind darauf gerichtet, das letztendliche Ziel zu erreichen: *moksha* (die Erlösung).

Innere Transformation versteht der Autor als einen qualitativen Entwicklungsprozeß »vom Groben zum Feinen, . . . von der Dunkelheit zum Licht«, wobei soziale Anpassung impliziert wird. Ziel ist die emotionale Zurückhaltung und die eingangs erwähnte Losgelöstheit von weltlichen Bestrebungen, wodurch das Bewußtsein entsteht, ein Teil größerer kosmischer Kräfte zu sein, welche das Universum aufrechterhalten.

Literature

- Bellah, R.N., Madsen, R., Sullivan, W.M., Swindler, A., Tipton, S.M. (1985): *Habits of the Heart: Individualism and Commitment in American Life* (New Delhi: Tata McGraw-Hill)
- Dumont, L. (1970): *Homo Hierarchicus* (Chicago: University of Chicago Press)
- Hofstede, G. (1980): *Culture's Consequences* (Beverly Hills, CA: Sage)
- Kakar, S. (1978): *The Inner World: A Psychoanalytic Study of Childhood and Society in India* (Delhi: Oxford University Press)
- Kothari, R. (1970): *Politics in India* (New Delhi: Orient Longman)
- Marriot, M. (1976): *Hindu Transactions: Diversity without Dualism*. In: Kapferer B. (Ed.): *Transaction and Meaning: Directions in the Anthropology of Exchange and Symbolic Behaviour* (Philadelphia: ISHI Publishing)
- Maslow, A.H. (1971): *The Farther Reaches of Human Nature* (New York: Viking Press)
- Neki, J.S. (1973): *Guru-Chela relationship: The possibility of a therapeutic paradigm*. In: *American Journal of Orthopsychiatry* (43) 755–766.
- Ramanujam, B.K. (1980): *Toward maturity: Problems of identity seen in the Indian clinical setting*. In: Kakar S. (Ed.): *Identity and Adulthood* (Delhi: Oxford University Press)
- Ramanujam, A.K. (1989): *Is there an Indian way of thinking? An informal essay*. In: *Contributions to Indian Sociology*, 25 (1) 41–58.
- Roland, A. (1988): *In Search of Self in India and Japan: Toward A Cross-cultural Psychology* (Princeton, N.J.: Princeton University Press)
- Sinha, J.B.P. (1982): *The Hindu (Indian) identity*. In: *Dyn. Psychiat.* (15) 148–160.
- (1989): *Spiritualism in Indian managers*. Paper presented during the 7th Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP, West Berlin.
- Sinha, J.B.P., Verma, Jyoti (1987): *Structure of collectivism*. In: *Kagitcibasi, C. (Ed.): Growth and Progress in Cross-Cultural Psychology* (Lisse: Swetz & Zeitlinger)
- Triandis, H.C. (1989): *The self and social behaviour in differing cultural contexts*. In: *Psychological Review* (96) 506–520

Address of the author:

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

Coping with Marital Strain in India**

Chandra B.P. Singh (Bhagalpur)*

The author investigates in the present paper culturally motivated, specific conflict patterns in Indian marriages, related to religious hinduistic tradition and changing socio-economic conditions. 125 middle class married couples were interviewed, using modified test scales to assess factors influencing marital strain, as well as their corresponding encounter strategies. The results, factor analysed and related to sex-specific coping, show the double impact of Indian society: in its traditionally restrictive handling of women, but also the integrating function of its joint family system. The study presents a coherent transcultural picture of Indian marriage against the background of a changing, but still conservative society.

Strain in marital life, caused by many sources, often breaks or at least dilutes the emotional bond between husband and wife. In order to maintain marital health, couples resort to a wide range of strategies. These strategies can be understood in two broader perspectives — intensity (mild-strong) and durability (transitory-persistent). Intensity multiplied by durability gives rise to four sets of strategies: mild-transitory, mild-persistent, strong-transitory, strong-persistent. Although it is difficult to visualize specific strategies to encounter strain, some appropriate strategies can be speculated in the four-fold matrix (Table 1).

		Intensity	
		Mild	Strong
Durability	Transitory	Exchange of words Slamming door Leaving the room Arguing Crying	Beating children Damaging Stop cooking and eating Threatening
	Persistent	Discussing peacefully Cool off for a time Avoid the issue Getting emotional but do not quarrel	Drinking/smoking Refuse to have sex relation Stop talking to each other Postpone tour programme

Table 1

* Ph. D., Department of Psychology, Bhagalpur University, India

** Lecture given at the 8th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XXI International Symposium of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP), October 5-8, 1990, in the Hotel "Hilfshaus" für "Din" in Berlin.

The paper addresses two basic questions: 1) what are the sources of strain in conjugal life? and 2) how do Indian couples encounter strain? It is not difficult to find Indian mates who prefer to remain in the family in spite of the fact that marital conflicts are reinforced by the various sources. Hindu culture per se does not provide an easy way to the mates to restore marital health. Marriage among Hindus is believed to be made in Heaven and is hence unbreakable and noncontractual. Marriage is the union of two souls and not bodies alone.

Parents, while arranging the marriage of their sons and daughters, take into account many wedlock issues such as dowry, family status, choice, etc. which are believed to affect marital adjustment. However, pair matching gets no serious consideration. After wedlock, unmatched pairs experience a series of strain. Particularly husbands carry the burden of wedlock because marriage is difficult to break. Consequently, they do not have readymade solutions to resolve the strain. Thus, marital strain in India may be viewed as rather invited, often retained, and nurtured through a family-in-built system (Fonseca 1980, Hallen 1982, Singh, Renuka 1990).

Although some of the grievances in conjugal life are mild and temporary, yet when accumulated and reinforced by situational demands, they take a serious turn. Some serious grievances that result in divorce, remarriage, suicide, etc. in the west do not necessarily lead to the same consequences in India. Such marital grievances are condemned yet tolerated by couples. The secret of unbreakable marital relationship revolves around the family system, which socializes its members to brave the odds of conjugal life. Indian spouses protect themselves from getting mentally sick (Sarasvati 1988). It is not unusual to see that mildly disordered persons are tolerated or even accepted as normal in the Indian society (Sinha 1988, Triandis 1987). A review of literature (Prabhu 1980) suggests that many unacceptable behaviours are rarely identified as deviant in the Indian set-up. Kakar (1982) finds a built-in therapeutic mechanism which consciously takes care of mental sickness, without labelling the patient as such. Married couples always construct explanatory systems for psychic distress and evolve techniques for its alleviation. It is presumed that conflicting elements are left in suspension rather than solved (Kakar 1982).

Although joint family system is dying out in India, affectional bonds still exist in the psyche of family members (Chandra 1974). Hindus have always an operational definition of nuclear family in which spouses and children live together but unemployed brothers, unmarried sisters, close relatives such as brothers-in-law, etc. and even retired or aged parents get their berths on emotional grounds. Surprisingly, social changes, particularly economic pressure, have not been able to replace the existing family structure in its totality. Such members need to be helped in many ways. Failure to cater for their needs sometimes leads to strain with the mates (Mukherjee 1982). The reason is obvious. Indian family is permeated with affective reciprocity and strong mutual caring in an emotional atmosphere where familial self (Roland 1984) blossoms with the help of social energy (Ammon 1979). Traditional Indian family serves

as an agent of integrating familial and spiritual selves (*Sinha* 1988). Indians try to stay away from over-indulgence in sensuous affairs (*Sinha* 1988) which protects them from worries — the worries of maintaining good mental health. Their psychology of self-contentment may be a reaction to marital conflicts. At the time of wedlock, sexually starved males have a blissful honeymoon without caring for other considerations of temperamental adjustments. After a certain period of honeymoon husbands are found to be indifferent towards their wives. Although wives remain in a state of ignorance and show their devotion to their husbands, the attention of the husbands starts wavering from their wives as a result of constant exposure to outside influences. Wives find no option except to exchange some words of protest. Sometimes too much religiosity is found in them, which may be a reaction to marital discord. In Hindu religion, the wife is taught to look upon her husband as a God, to hope for salvation only through him, to be obedient to him in all things, never to covet independence, never to do anything but that which is approved by law and custom (*Sarasvati* 1988). The wife is declared to be the marital property of her husband, indicating that masculine society is still conservative and hence does not recognize the changing status of women in its totality.

Observation confirms that most of the marital discords stem from the lack of temperamental matching (*Landis and Landis* 1977, *Singh, Renuka* 1990). The partner's behaviour, which indeed always forms part of the causation in domestic discord, is at times attributed to a definite innate weakness in himself or herself. If psychological traits do not match, the partners label each other as touchy and grouchy, short-tempered, argumentative, insincere, careless, lacking self-confidence, rude, poor housekeeper, having annoying habits, slovenly in appearance, selfish, etc. *Luckey* (1964) found that unsatisfied couples rated their mates as gloomy, bitter, complaining, whereas satisfied partners perceived their mates as strong but not dominating, self-confident but not boastful, firm and fair, not sarcastic, and not too outspoken. Because of the wider variability in the sources of strain, no hypotheses were formulated in this study.

Method

Two important forces — economic pressure and changing social values — have seriously affected the traditional Indian family system in general and middle class families in particular. As a result, the middle class family remains in transition and thereby faces considerable strain. In the middle class, the employed husband is generally the bread earner of his family. In addition, some other members are occasionally accommodated in the family, who often seek social and emotional support. This additional pressure sometimes leads to discord in marital life.

One hundred twenty five middle class married couples — employed husbands and their unemployed wives who showed their willingness to cooperate — participated in the study. This was a convenient sampling and hence no

known bias was included in the study. The characteristics of the sampled respondents were as follows: they resided in a small city of eastern India; their marital length varied from 10 to 14 years and the monthly income in terms of salary drawn by the husbands ranged between DM 250 and 350 (Rs. 2500 and 3500); the average age of husbands and wives was 36.5 years and 28.25 years; the number of children in the family ranged between 2 to 4; husbands were at least graduates, whereas most of the wives had left their education after wedlock.

The Research Strategy

Marital conflicts are so delicate and personal that it is difficult to probe their geneses. Overt actions provide some cues of marital interaction but they are not always reliable. Keeping this constraint in mind, it was decided to depend mainly on interview and observation. Couples were separately interviewed and were requested to give their impression about their partner. Additionally, some scales such as strain arousal scale, strain encounter strategies scale, etc. were developed for substantiating the results. Items of these scales were generated partly with the help of previous scales (*Argyle and Furnham 1983, Landis and Landis 1977*) and partly with the help of respondents' suggestions. Items were written in native language and were measured on a 4-point scale. Since these scales were multidimensional, factor analysis ($N = 250$) was computed to identify explicit dimensions of the scales. These scales were separately factor-analysed by the method of Principal Axis followed by Varimax rotation. Factors were extracted till the value was more than one. The total time taken for data collection was about four and a half months.

Instruments

1. *Identification of Couples' Characteristics.* The sociogenic and psychogenic traits — the basic components of personality — play an important role in marital interaction. These traits, if not matched, result in disruption of conjugal life. Before wedlock, parents of both parties take much care to match their horoscopes. Particularly parents of the daughter insist on horoscopic predictions and rely on its matching for future adjustment. To probe the perceived characteristics of couples, both husbands and wives were separately asked to mention some salient characteristics of their partner. Their responses were content-analysed.

2. *Strain Arousal Scale.* It refers to various sources that lead to strain in the couples. The scale comprising 54 items yielded five interpretable factors accounting for 70.29% of the total variance when factor-analysed. Factor I was identified as emotional, because unnecessary criticism or negligence of each other, prolonged arguments with each other on many issues, modes of gratifying sexual desires, maintaining illicit relation with someone by one of the partners; etc. gave rise to strain in both of them. Factor II was known as domestic chores, because strain stemmed from many household jobs such as food

preferences, giving undue importance to social functions, giving loan to someone, health problems, meagre income etc. Factor III reflected the collective orientation of Indian family and was named relation-in-laws. Indifferent treatment of relatives of each other or critical comments about the in-laws sometimes led to strain in the couples. Factor IV indicated that strain was due to clash of choice over many issues such as going out together, choice of dress, drinking, etc. Factor V was treated as child-care. Some of the items were as follows: strain due to academic deterioration, health problems, growing indiscipline, etc. The Cronbach alpha for each dimension reported in parenthesis was as follows: emotional (.74), domestic chores (.71), relation-in-laws (.69), choice (.49), and child-care (.54).

3. *Strain Encounter Scale.* It refers to various coping mechanisms adopted by the couples. Twenty seven items culled for the final study resulted in six factors accounting for 69.28% of the total variance. Factor I was named withdrawal because the couples encountered the strain by keeping mum, cancelling tour programmes, slamming doors while partner being asleep, etc. Factor II carried a meaning of threat, such as threat to go back to parental home, threat to stop purchasing luxury goods, etc. Factor III was christened avoidance, because the couples tried to cope with the strain by returning home late at night, coming home intoxicated, paying no heed to requests of the other, etc. Factor IV was identified as argument. Some of the items were as follows: getting agitated in peaceful discussions, fabricating issues, etc. Factor V showed the aggressive behaviour of the couples. At times, they damaged household goods, abused each other, etc. Factor VI was named transference, because the couples instead of charging against each other shifted their target to cope with the strain. The alpha coefficient for each dimension reported in parenthesis was as follows: withdrawal (.72), threat (.70), avoidance (.66), argument (.71), aggression (.65), and transference (.53).

Results

1. *Identified Characteristics of Couples.* Most of the characteristics perceived by husbands and wives of each other were found to be the outcome of common grievances which accumulated during marital life. Some of the characteristics had little to do with marital condition, rather they were almost entirely part of universal nature of men and women. Some specific characteristics attributed to the couples elicited cultural explanation. Husbands, for instance, showed more interest in other women and did not like to go out with their wives. Although wives showed their involvement in domestic chores, they were more loyal to their husbands.

Many characteristics listed in Table 2 were simply the indication of marital maladjustment. The findings also revealed that marital experiences helped the couples identify characteristics of each other.

2. *Sources of Strain in Husbands and Wives.* A diagnostic mean was computed to find out the relative importance of different sources of strain. A perusal

of Table 3 suggested that husbands identified emotional followed by domestic chores as most important sources of strain. However, choice and child-care as factors yielded least strain in the couples. Domestic chores emerged as the most salient factor for wives. Relation-in-laws was observed to be an equally important factor in both cases.

Wives' Characteristics perceived by Husbands		Husbands' Characteristics perceived by Wives	
	%		%
1. Nagging	78.4	1. Selfish	82
2. Superstitious	77.2	2. Egoist	79.4
3. Suspicious	74	3. Inconsiderate	76
4. Mean-minded	72	4. Dominative	75
5. Jealous	70	5. Moody	74.3
6. Sincere	68	6. Reactive	68
7. Loyal to husband	66.2	7. Less cooperative	66
8. A good housekeeper	66	8. Aggressive	62.7
9. Sacrifice for family	65	9. Dislike to go out with wife	61
10. Tolerance	64.8	10. Pay attention to other women	58
11. Lack of Self-confidence	62.5	11. Less interested in in-laws affairs	52.7
12. Religious	60.6	12. Less interest in children	49
13. Conformist	59	13. A bad housekeeper	43
14. Good management of income	55	14. Argumentative	40.6
15. Slovenly in appearance	54	15. Boaster	40
16. Too much involvement in domestic affairs	53.2	16. Talkative	39.5
17. Argumentative	49	17. Disloyal to wives	38
18. Careless about children's prospect	44.8	18. Manipulative	37
19. Hopeless	41.4	19. Libidinous	37
20. Discriminative	40	20. Less interest in religious affairs	35
21. Annoying habits	36	21. Poor management of income	32

Table 2: Identified Characteristics of the Couples

Sources	Husbands			Wives		
	Range of mean scores	Diagnostic mean	Rank	Range of mean scores	Diagnostic mean	Rank
Emotional (16)	2.67 to 3.78 (.71 to 1.15)	3.52 (.94)	1	2.36 to 3.61 (.79 to 1.21)	3.47 (.97)	2
Domestic Chores (15)	2.11 to 3.51 (.85 to 1.12)	3.12 (1.03)	2	3.32 to 3.81 (.94 to 1.16)	3.79 (1.01)	1
Relation in-laws (9)	2.26 to 3.15 (.88 to 1.11)	2.89 (.97)	3	2.66 to 3.49 (.86 to .98)	3.02 (.92)	3
Choice (7)	1.47 to 2.11 (.66 to .97)	1.75 (.72)	5	1.49 to 2.22 (.88 to 1.07)	1.59 (.98)	5
Child-Care (7)	1.69 to 2.79 (.95 to 1.07)	2.32 (1.01)	4	2.46 to 3.15 (.96 to 1.15)	2.66 (1.06)	4

Note. Variables were measured on 4-point scale. Numbers in parenthesis against dimensions are the number of items and against mean-range are SDs.

Table 3: Descriptive Statistics of Sources of Strain

Dimension of Strategies	Husbands			Wives		
	Range of mean scores	Diagnostic mean	Rank	Range of mean scores	Diagnostic mean	Rank
Withdrawal (9)	2.12 to 3.42 (1.11 to 1.21)	2.94 (1.17)	4	2.57 to 3.76 (1.19 to 1.24)	3.20 (1.20)	1
Threat (5)	1.87 to 2.89 (.86 to .98)	2.12 (.89)	6	2.11 to 3.41 (.98 to 1.09)	2.78 (1.01)	4
Avoidance (3)	2.66 to 3.76 (1.12 to 1.22)	3.11 (1.17)	2	1.95 to 2.51 (.89 to .98)	2.07 (.91)	5
Argument (4)	2.12 to 3.41 (.96 to 1.21)	2.95 (1.07)	3	2.36 to 3.37 (.91 to 1.12)	2.86 (.95)	3
Aggression (4)	2.85 to 3.74 (1.06 to 1.17)	3.15 (1.08)	1	1.87 to 2.66 (.86 to .97)	1.75 (.91)	6
Transference (3)	1.78 to 2.89 (.88 to 1.07)	2.18 (.94)	5	2.92 to 3.62 (1.15 to 1.22)	3.12 (1.17)	2

Note. Variables were measured on 4-point scale. Numbers in parenthesis against dimensions are the number of items and against mean-range are SDs.

Table 4: Descriptive Statistics of Strategies

Sources of Strain	Coping with Strain					
	Withdrawal	Threat	Aggression	Argument	Avoidance	Transference
Emotional	38 (33)	49 (27)	41 (17)	29 (25)	-19 (11)	10 (18)
Domestic Chores	24 (38)	10 (19)	10 (16)	16 (29)	09 (-16)	13 (24)
Relation in-laws	-13 (08)	08 (14)	-11 (16)	18 (21)	-13 (-16)	06 (11)
Choice	14 (06)	09 (-08)	15 (13)	19 (26)	-04 (-09)	10 (-07)
Child-Care	22 (29)	19 (30)	25 (16)	15 (32)	18 (07)	26 (35)

Note. Decimals are omitted; N = 125; $p < .05 = .17$; $p < .01 = .23$

3. *Strain Encounter Strategies.* As displayed in Table 4, husbands were found to be aggressive. In order to counter the strain, they avoided many issues and thereby withdrew themselves from the situation. In most cases, wives adopted withdrawal followed by transference as strategies to diffuse the marital tension. They, however, were found to be argumentative (Diag. mean = 2.86). Transference and threat for husbands and aggression and threat for wives were the least applicable strategies.

4. *Correlational Analyses.* As shown in Table 5, no specific pattern of relationship between sources of strain and coping with strain was found. However, some strong correlation coefficients suggested that husbands tried to cope with marital strain by aggression, threat, and withdrawal, and wives by withdrawal, transference, and argument. In the case of choice, wives were found to be more argumentative ($p = <.01$). The more husbands experienced strain due to emotional factors, the less was the tendency to employ avoidance as strategy. But they avoided the strain of child-care ($r = .18$).

Discussion

Most of the strain encounter strategies employed by the couples in different situations suggested that the Indian family system worked as a shock absorber to tolerate many odds. Conflicting elements in marriage were left unresolved because of a vicious circle made around them. The middle class couples admitted it as part of fate and continued to live together. There was good reason to believe that couples who fought together were couples who stayed together. They learned to suspend the marital discord by resorting to soft strategies. Usually husbands made their wife the target of aggression. Although wife-beating was an occasional affair in the middle class family, only a few of the wives retaliated in self-defence. Wives endured occasional beating, because they have learned to tolerate male aggression as a religious duty during the course of socialization. Another possible reason was that they were less educated and economically dependent upon their husbands. They found no option except to remain in the marital bondage. Husbands avoided many issues to an extent wives did not. Most of the couples were found to believe in argument because they disclosed their grievances against each other during exchange of words and thereby protected themselves from breaking down. Wives adopted withdrawal and transference as strategies to relieve themselves of marital tensions. Presumption was that there was no point important enough in itself to quarrel over; the difficulty was personal and could be corrected only by a change in one's own attitude. Of all sources of strain, emotional and domestic chores deserved more attention to explain a wide range of strain suspension strategies. The possible geneses centred around the social system. Indian husbands suffered more from emotional problems. Most of them were of sexual nature. Observation confirmed that a husband might be at odds with his wife and critical of nearly everything she did, yet desired coitus. As marital length widened, the wife's appearance produced strain in the husband. Although

wives were not frigid, the lack of sex education prevented them from taking any initiative during sex play. Wives hesitated in foreplaying exercise. If they did, their frankness became subject to doubt. The husband's sexual deficiency was not a serious problem in India. The wife accepted the sexually marooned husband as part of destiny and maintained the loyalty to him. At least in one study (*Gardiner, Singh, D'orazio 1974*) it was found that Indian wives did not strongly protest against the extramarital relationship of their husbands. They agreed even on this point that the husband should decide how to spend any extra money. Most of the husbands in middle class families planned the family budget and allocated the resources for domestic chores. Generally, they did not discuss the family budget with their wives. In case of failure of managing household activities within limited resources, they experienced strain. Particularly husbands wanted to be free from domestic management by providing a certain amount to their wives. Society made sarcastic comments on those husbands who shared their wives' domestic chores. They were perceived as slave of wife (*Joru ka Gulam*). To overcome this stigma, husbands did not cooperate with their wives, which often caused friction in marriage. Wives, being supportive and facilitative, tended to invest emotionally in their family relationship, especially their children. The emergence of motherliness enfolded the tension between maternalism and eroticism. If mothering was a woman's sole goal, then her child's growth and achievement offered vicarious satisfaction. This kind of motherhood eclipsed her autonomy, which could be considered synonymous with sacrifice (*Singh, Renuka 1990*). Research showed that middle class couples were ambivalent to many issues and tethered to their child-care conditioning (*Sarasvati 1988, Singh, Renuka 1990*). Despite exposure to changing value patterns, daughters were encouraged to enter professions, but were given less freedom of movement than sons. At times, the educational investment was symmetrical, but higher expectations were placed on the son. Many times, mothers handed over the household charge to their daughters to emulate their style and expected of them to accommodate accordingly. This resulted in conflict. Relation-in-laws led to marital strain in the couples because of financial problems. Husbands wanted to support their aged parents or unmarried sister but failed to manage to the extent they desired. In such cases, wives were found to be rather more self-centred. They neither supported nor protested against such proposals of their husbands. Sometimes it was difficult for husbands to find a way when wives maintained precarious relations with their mothers-in-law. Husbands fell in dilemma whether they should favour any of them or keep silence over such issues. Wives economically depending on their husbands were generally well content in marital bondage without grudge. The psychology of ignorance and style of adaptability in marital life protected the couples from breaking down.

Umgang mit ehelichen Belastungen in Indien

Chandra B.P. Singh (Bhagalpur)

Im ersten Teil seiner Arbeit beschreibt der Autor einige Faktoren in der Eheschließung, die in der indischen kulturell-religiösen Tradition tief verwurzelt sind, und nach seiner Meinung mit den später auftretenden Ehekonflikten in kausalem Zusammenhang stehen.

Nach hinduistischer Auffassung wird die Ehe als Vereinigung zweier Seelen und Körper im Himmel geschlossen und ist damit keinen menschlichen, vertraglichen Bedingungen unterstellt; sie ist daher schwer lösbar. Die Heirat wird von den Eltern des zukünftigen Paares nach sozialen und ökonomischen Gesichtspunkten und unter großer Beachtung der gegenseitigen Verträglichkeit der Horoskope arrangiert, ohne die individuellen Bedürfnisse der Partner in Betracht zu ziehen. Andererseits sorgt ein ausgeprägtes Familiensystem für erhöhte Toleranz solchen Konflikten gegenüber, so daß Scheidungen, zweite Ehen oder Selbstmorde kaum vorkommen; leichte psychische Störungen werden ohnehin von der Familie und der indischen Gesellschaft flexibel angenommen und integriert.

In häufigen Fällen wird die Kleinfamilie durch unverheiratete, arbeitslose oder alte Familienangehörige erweitert, die vom Ehemann als in der Regel alleinverdienendem Partner unterhalten werden und zu zusätzlichen Spannungen Anlaß geben können.

Gemäß hinduistischer Tradition wird die indische Ehefrau als Besitz ihres Mannes betrachtet, ihr Seelenheil kann nur durch das Seelenheil des Ehemannes erreicht werden. Entsprechend wird von ihr gehorsame Anpassung und Abhängigkeit erwartet.

Nach Ansicht des Autors üben die zwei Hauptfaktoren, nämlich der wirtschaftliche Druck und die Veränderung sozialer Normen, einen entscheidenden Einfluß auf das aktuelle indische Familiensystem aus, insbesondere in Familien der mittleren sozialen Schicht. Entsprechend untersucht *Singh* im zweiten Teil der Studie 125 Ehepaare aus der Mittelschicht einer ostindischen Kleinstadt. Die Ehepaare waren 10 bis 14 Jahre lang verheiratet, ihr Durchschnittsalter lag für die Männer bei 36,5, für die Frauen bei 28,3 Jahren; in allen untersuchten Familien oblag der finanzielle Unterhalt ausschließlich dem Ehemann.

Die Eheleute wurden in getrennten Interviews gebeten, sich zu ihrem Partner bzw. ihrer Partnerin zu äußern. Darüberhinaus wurden multidimensionale Testskalen entwickelt — z.T. durch Modifizierung bereits existierender Skalen — und einerseits zur Erfassung der Belastungsfaktoren, andererseits der Bewältigungsstrategien infolge solcher Belastungen verwendet. Die Faktorenanalyse der Daten erfolgte nach der Methode der Hauptachse und der Varimaxrotation.

Die Ergebnisse zeigen emotionale Faktoren (worunter der Autor »unnötige Auseinandersetzungen, Vernachlässigung des anderen, sexuelle Unzufrieden-

heit oder Untreue« klassifiziert) an erster Stelle der Belastungsgründe; ihnen folgen die Verteilung der Haushaltsarbeiten, Probleme mit den Verwandten u.a. Häufigste »coping«-Strategien sind, in absteigender Häufigkeit, emotionaler Rückzug (worunter der Autor unterschiedliche passive Verhaltensweisen zum Ausagieren der Aggression, wie z.B. Schweigen, usw. versteht), ferner Streit, Drohungen, Vermeidung von Auseinandersetzungen, usw. Passive Aggressionsmuster waren für beide Geschlechter bezeichnend, wobei Ehefrauen weniger den Streit vermieden als ihre Partner.

Obwohl eine aktivere Rolle der Frau in der Sexualität als die traditionell und aufgrund mangelnder sexueller Erziehung übliche oft erwartet wird, wird einer solchen Aktivität gleichzeitig mit Mißtrauen begegnet. Andererseits stehen indische Frauen sowohl außerehelichen Verhältnissen des Mannes, als auch dessen sexueller Unzulänglichkeit sehr tolerant gegenüber, ohne ihre Treue infrage zu stellen. Vielfach flüchtet die Frau aus ihrer Unzufriedenheit in die Mutterrolle als emotionalen Ersatz. Bedeutende Rollenunterschiede zeigen sich ebenfalls, trotz wandelnder sozialer Erwartungen, in der Erziehung der Kinder, mit verhältnismäßiger Benachteiligung der Töchter.

Insgesamt, folgert der Autor, wird die Tendenz der Mittelschichtfamilie erkennbar, den Teufelskreis ehebedingter Konflikte durch fatalistische Toleranz als schicksalhaft zu entschärfen statt zu lösen, und die dabei erzeugte Spannung durch die erwähnten Verhaltensstrategien zu entladen, wobei die religiös und wirtschaftlich begründete Abhängigkeit und Resignation der Frau und die integrierende Funktion des Großfamiliensystems eine wesentliche, in der indischen Lebensart tief verankerte Rolle spielen.

Literature

- Ammon, G.* (1979): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt)
- Argyle, M.; Furnham, A.* (1983): Sources of satisfaction and conflict in long-term relationships. In: *Journal of Marriage and the Family* (45) 481—493
- Chandra, S.* (1974): Changing family structure — Need for public assistance. In: *The Journal of Family Welfare* 21 (2) 59—62
- Fonseca, M.* (1980): Family and marriage in India (Jaipur: Sachin Publication)
- Gardiner, H.W.; Singh, U.P. and D'orazio, D.E.* (1974): The liberated woman in three cultures: Marital-role preferences in Thailand, India, and the United States. In: *Human Organisation* 33, 413—415
- Hallen, S.C.* (1982): Family researches in India: Some strategies. (Meerut: Rohini Publication)
- Kakar, S.* (1982): Shamans, mystics and doctors. (New Delhi: Oxford University Press)
- Landis, J.T. and Landis, M.G.* (1977): Building a successful marriage. (New Jersey: Prentice-Hall)
- Luckey, E.B.* (1964): Marital satisfaction and personality correlates of spouses. In: *Journal of Marriage and the Family*, 26 (2) 217—220
- Mukherjee, R.* (1982): Family in India: A perspective. In: *S.C. Hallen* (Ed.): Family researches in India: Some strategies (Meerut: Rohini Publication)
- Prabhu, G.C.* (1980): Deviance and pathology. In: *U. Pareek* (Ed.), A survey of research in Psychology, 1971—76. (ICSSR. Publication, Bombay: Popular Prakashan)
- Roland, A.* (1984): The self in India and America. In: *V. Kavolis* (Ed.): Designs of selfhood (New Jersey: Associated University Press)
- Saraswati, P.R.* (1988): The high caste Hindu Women (Inter India Publication: New Delhi)
- Singh, Renuka* (1990): The womb of mind: A sociological exploration of the status experience of women in Delhi (New Delhi: Vikas Publication)

Sinha, J.B.P. (1988): Collectivism, Social energy and mental health. In: *Dyn. Psychiat.* (21) 110—118.

Triandis, H.C. (1987): Self-ingroup relationships as determinants of social behaviour (Mimeographed, University of Illinois at Urbana-Champaign, USA)

Address of the author:

Chandra B.P. Singh, Ph.D.
University Department of Psychology
Bhagalpur University
812007 Bhagalpur
India

Zur Gruppendynamik der Schwangerschaft **

Ingeborg Urspruch (München)*

Vor dem Hintergrund ihrer psychotherapeutischen Arbeit beschreibt die Autorin ihre Erfahrungen mit schwangeren Patientinnen und hebt die Bedeutung gruppendynamischer, sozialenergetischer und psychodynamischer Aspekte hervor. Geburt und Schwangerschaft stellen ein kreatives Geschehen und Grenzerleben dar, das der Unterstützung durch die Umgebung bedarf im Sinne einer Identitätserweiterung. In zwei Fallvignetten beschreibt die Autorin die ich-strukturelle und gruppendynamische Bedeutung von Schwangerschaft innerhalb einer psychotherapeutischen Gruppe. Im Ergebnis wird die unterstützende Funktion einer Gruppe herausgestellt, die die damit verbundenen Identitätsanforderungen mitträgt. Die Autorin fordert ein breiteres Verständnis für unbewusste Prozesse und gruppendynamische Aspekte der Schwangerschaft und Geburt in unserer Gesellschaft. Damit könnte psychopathologischen Tendenzen bei den werdenden Eltern präventiv entgegengewirkt werden.

Schwangerschaft und Geburt sind bedeutsame Ereignisse im Leben einer Frau und im Leben eines Mannes. Für das werdende Kind sind der Verlauf der Schwangerschaft und Geburt grundlegend für sein körperliches, seelisches und geistiges Sein.

Für die werdende Mutter und den werdenden Vater sind Schwangerschaft und Geburt verbunden mit wesentlichen Identitätsschritten. »Um Mutter werden zu können« schreibt *Ammon*, »muß die Frau ihre alte Identität erst erweitern« (*Ammon*, 1979).

Die Veränderung der Frau zur Mutter und des Mannes zum Vater konfrontiert die werdenden Eltern ganz entscheidend mit ihrer inneren und äußeren Lebenssituation. Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft kristallisieren sich zu einem kreativen Prozeß, der tief in archaisch-menschliche Dimensionen hineinreicht. Die eigene Kindheitsgeschichte wird ebenso virulent wie der gegenwärtige Lebensprozeß und die Frage der Zukunft. Neben der Sicherung der Existenzgrundlage für das Kind ist das Wesentliche, ihm den menschlichen Raum bereitzustellen, in dem es aufgenommen und getragen werden kann und in dem die Eltern ebenso wie das Kind ihr Leben im eigenen Recht gestalten können.

Mit dem Fortschritt der medizinischen Wissenschaft kamen Schwangerschaft und Geburt zunehmend in den Wirkungsbereich von Ärzten und Krankenhäusern. Wie das Sterben im Sterbezimmer, so findet die Geburt im Geburtszimmer, dem Kreißsaal, statt. Die Schwangerschaftsvorsorge ist weitgehend medizinisch ausgerichtet. Der Fortschritt der Medizin hat die Kinder- und Müttersterblichkeit erheblich gesenkt, jedoch hat die Spezialisierung wie in allen Bereichen unseres Heilwesens die Betreuung von Schwangerschaft und Geburt entseelt.

* Ärztin für Psychiatrie und Neurologie, Lehranalytikerin der Deutschen Akademie für Psychoanalyse

** Vortrag gehalten auf dem 6. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry (WADP)/XIX. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 7.-12. März 1988 an der Ludwig-Maximilians-Universität München

Seit einigen Jahrzehnten ist diese Situation in das Bewußtsein der Öffentlichkeit gedungen und es sind Bestrebungen im Gange, psychologische Erkenntnisse in die Schwangerschafts- und Geburtsbetreuung miteinzubeziehen. Dazu gehört der Trend, den Ehemann und Vater des Kindes zur Geburt hinzuzuziehen. Dazu gehören die »sanfte Geburt« nach *Leboyer* (1974) und anderen, die Wiederentdeckung der Hausgeburt, Schwangerschaftsgymnastik und Vorbereitungskurse, Rooming-in, ambulante Geburt, Geschwisterbesuche auf den Entbindungsstationen, Stillgruppen und vieles mehr. Leider sind Mediziner und Laiengruppen, die Schwangerschaftsbetreuung und Geburt wieder humanisieren wollen, sowohl in der Medizin als auch in der breiten Öffentlichkeit noch immer Skepsis und Mißtrauen ausgesetzt.

Der Blickpunkt der Medizin ist ein organischer, Komplikationen und Schwangerschaftsbeschwerden gehören demnach in die Sprechstunde des Gynäkologen und sind die Angelegenheit der schwangeren Frau. Erstaunlicherweise finden sich auch in der Literatur wenig Untersuchungen über die psychodynamischen und psychopathologischen Aspekte der Schwangerschaft. Und noch weniger finden sich Modelle verwirklicht, die die Psychodynamik der Schwangerschaft und Geburt sichtbar machen und Möglichkeiten adäquater Hilfe aufzeigen.

Interessant sind in diesem Zusammenhang die Untersuchungen von *Rottmann* (1974). Er untersuchte die emotionale Einstellung zur Schwangerschaft von 141 Müttern und die damit verbundenen Auswirkungen auf das neugeborene Kind. Nur 33% der Mütter waren in der Lage, sich mit ihrer Rolle als Mutter positiv zu identifizieren. Diese Gruppe von Frauen wies ein Minimum an Schwangerschaftsbeschwerden und pathologischen Schwangerschafts- und Geburtsprozessen auf. 67% der Mütter waren in verschiedener Weise psychisch krank und dementsprechend der Schwangerschaft und dem werdenden Kind gegenüber ablehnend eingestellt. *Rottmann* konnte hier drei Gruppen von Müttern unterscheiden:

1. Die Gruppe der kühlen Mütter, die die Schwangerschaft mehr oder weniger bewußt ablehnt, oft mitbedingt durch eine evidente soziale Not. Hier fanden sich gehäuft erhebliche Übertragungen.
2. Eine Gruppe von sogenannten katastrophalen Müttern, die bewußt der Schwangerschaft feindlich gegenüberstehen und unbewußt massiv ihre Weiblichkeit und Mütterlichkeit ablehnen. Hier fanden sich die massivsten Schwangerschaftsbeschwerden und der größte Anteil an Früh- und Totgeburten.
3. Eine Gruppe von ambivalenten Müttern, denen die Schwangerschaft bewußt willkommen war, die aber in Wirklichkeit nicht in der Lage waren, sich ihre Gefühle von Angst und Ablehnung gegenüber dem werdenden Kind einzugestehen. Als Ausdruck dieser Konfliktsituation war ein hoher Anteil an Frühgeburten aufzuweisen.

Der hohe Prozentsatz der »problematischen« Mütter erstaunt dann nicht, wenn man sich vergegenwärtigt, welch umfassende Veränderungen mit

Schwangerschaft und Geburt verbunden sind und wie wenig in der Betreuung psychologisch-psychoanalytischen Dimensionen Raum gegeben wird.

Die Psychoanalyse beschäftigt sich mit Schwangerschaft und Geburt im wesentlichen aus der Sicht des Kindes. Geburts- und Schwangerschaftsphantasien, Geburtsträume, Scheinschwangerschaften, die infantile Vorstellung oraler Empfängnis und ihre Beziehung zur Hysterie u.v.m. sind Bestandteile psychotherapeutischer Arbeit.

Nach orthodox-psychoanalytischer Ansicht sind alle Kinder von Patienten während des analytischen Prozesses phantasierte Kinder des Analytikers, weshalb auch Schwangerschaft als unbewusstes Agieren aufgefaßt und die Analyse in der Regel beendet wird. Ich befürworte nicht, eine therapeutische Behandlung bei wichtigen Lebensschritten zu beenden, da die Menschen gerade jetzt besonderen Schutz brauchen. Die Übertragungsebene jedoch muß in den Auseinandersetzungsprozess mit einbezogen werden.

Besonderer Würdigung von Seiten der Psychoanalyse bedarf *G. H. Graber* (1978), der die pränatale Psychologie entwickelte und ihr sein Lebenswerk widmete. Wir verdanken ihm und *O. Rank* die besondere Hervorhebung der existentiellen Bedeutung der Geburt und des pränatalen Lebens. Besonders verdienstvoll ist die Arbeit von *Graber* und allen pränatalen Wissenschaftlern auch deshalb, weil die Entdeckung vom Trauma der Geburt lange Zeit von der Psychoanalyse tabuisiert wurde.

Über die Bedeutung der pränatalen Entwicklung des Kindes bestand zwischen *Ammon* und *Graber* ein intensiver wissenschaftlicher Austausch, der von einer tiefen Freundschaft getragen war. Zur pränatalen Entwicklung schreibt *Ammon*: »Die äußerst störanfällige Bildung von Ich-Strukturen beginnt schon im pränatalen Bereich.« »Die unbewußten Ich-Kerne, die sich bereits im Zuge der intrauterinen Entwicklung ausbilden, sind letzten Endes die Basis jeder Ich-Identität, die später in der interpersonellen Realität zwischen Mutter und Kind und umgebender Gruppe und damit auch im weitesten Sinne der Gesellschaft erprobt werden. Dementsprechend ziehe ich auch die Möglichkeit in Betracht, daß die Entwicklung dieser primär gegebenen Ich-Funktionen von dem erlebnisbedingten Milieu abhängt und selbst schon das Ergebnis einer vorgeburtlichen Interaktion zwischen Mutter und Kind auf der Ebene von vegetativen Prozessen und Interaktionen darstellt« (*Ammon*, 1979).

Die pränatale Psychologie bestärkt uns darin, Schwangerschaft und Geburt einer sorgsameren Betreuung zu unterziehen, da sie den Grundstein für die Entwicklung des werdenden Kindes legen. *Groddeck* (1923) war es, der in seine psychosomatische Arbeit und Forschung die Schwangerschaft auch aus der Sicht der werdenden Mutter und des werdenden Vaters miteinbezog. Er erkannte das Schwangerschaftserbrechen als den unbewußten Versuch, »den Zustand der Vergiftung wieder zu beseitigen«. Er beschäftigte sich auch mit der unbewußten Auseinandersetzung des Mannes mit der Schwangerschaft. Der oberbauchbetonte Bauchtyp des Mannes war für ihn Ausdruck von Schwangerschaftsidentifikation verbunden mit der infantilen Vorstellung

oralen Empfängnis. *Groddeck* hat mit seiner Arbeit wesentlich zum Verständnis dessen beigetragen, daß Schwangerschaft und Gebut ein zutiefst psychosomatisches Geschehen sind.

Bei Schwangerschaft und Geburt steht somit wie bei der Medizin insgesamt eine Integration medizinisch-wissenschaftlichen Spezialwissens und psychologischer, soziologischer und psychoanalytischer Erkenntnisse an. Insgesamt kann man sagen, daß trotz vieler Forschungen psychologischer, psychoanalytischer und medizinischer Wissenschaft die schwangere Frau weitgehend alleingelassen ist in ihrer Auseinandersetzung mit Schwangerschaft und Geburt.

Ammon hat sich seit Beginn seiner wissenschaftlichen Tätigkeit mit der Bedeutung der Gruppe für den Menschen, seine Entwicklung und sein kreatives Tun, intensiv auseinandergesetzt. Er postuliert, daß jeder Mensch für seine Persönlichkeitsentwicklung eine ihn umgebende Gruppe braucht, Menschen, die unterstützend, tragend, bejahend und kritisch seinen Lebensweg begleiten. Die Erforschung des Geschehens in der Gruppe brachte ihn konsequenterweise zur Entwicklung der Theorie der Sozialenergie. Sozialenergie entwickelt sich in der Gruppe durch Kontakt und Auseinandersetzung, Beziehung und Begegnung. Nach *Ammon* ist für das Leben und die gesunde Entwicklung des Kindes die psychische Energie entscheidend, die das Kind primär von der Mutter, aber immer geprägt durch die sie umgebende Gruppe und Gesellschaft, erhält. Die Vermittlung von Sozialenergie zwischen Mutter, Kind und umgebender Gruppe verläuft überwiegend auf der Ebene des Unbewußten - und zwar um so mehr, je kleiner das Kind ist. Für das werdende und heranwachsende Kind ist so die emotional-sozialenergetische Atmosphäre der Primärgruppe und ihre Einbettung in ein sozialenergetisches Feld, das körperliche, seelische und kulturell-geistige Dimensionen umfaßt, und insbesondere die unbewußte Einstellung dem Kind gegenüber von Bedeutung.

Die Ich- bzw. Humanstruktur des Kindes entwickelt sich in Abhängigkeit vom sozialenergetisch-gruppendynamischen Einfluß. Die Entwicklung der Anlagen des Kindes kann gefördert, gestört oder behindert werden, je nach konstruktivem, destruktivem oder defizitären Einfluß. In einer primär konstruktiv geprägten Kindheitssituation wird dem Kind ermöglicht, eine gesunde Persönlichkeitsstruktur aufzubauen, die es im späteren Leben befähigt, sich neuen Menschen und Gruppen anzuschließen, Beruf und Partnerschaft aufzubauen, sich mit kulturell-geistigen Werten auseinanderzusetzen, kreativ zu sein und Grenzsituationen zu durchleben.

Von dieser Entwicklung in ihrer eigenen Kindheit und später hängt es auch bei den werdenden Eltern ab, ob sie in der Lage sind, Schwangerschaft und Geburt tragend zu bewältigen und selbst wieder dem Kind Sozialenergie zu geben. Sie entscheidet auch darüber, inwieweit sie sich für Schwangerschaft und Geburt eine eigene sozialenergetische Einbettung schaffen können.

Die Frage nach der Fähigkeit, Mutter und Vater werden zu können, ist die Frage nach der persönlichen Reife, der Fähigkeit, Verantwortung zu übernehmen, Fürsorge, Güte, Geduld, Beziehungsfähigkeit und Liebesfähigkeit zu zei-

gen. Gerade diese Fähigkeiten entwickeln sich nur in einem Beziehungsgeflecht einer Gruppe, wie auch insgesamt nach unserem Denken und Verständnis Identitätsentwicklung und Kreativität immer gebunden ist an den zwischenmenschlichen Raum von Individuum und Gruppe, getragen von Beziehung und Begegnung (vgl. *Ammon* 1986).

Die Kleinfamilienstruktur unserer Gesellschaft ist mit ihren Aufgaben der Existenzsorge, Partnerschaft, Schwangerschaft und Geburt, Kindererziehung, Sicherung der geistig-seelischen und körperlichen Gesundheit überfordert. Eine Reihe von Hilfs-Einrichtungen stehen bereit: Eheberatung, Erziehungsberatung, Rechtsanwältin, Psychotherapeuten, Ärzten, Krankenhäuser u.v.m. Meist werden solche Einrichtungen dann konsultiert, wenn die Familiendynamik an ihre äußerste Grenze stößt. Defizitäre und destruktive Momente werden dann als störend, krank, Versagen und Scheitern verstanden. *Ammons* Verständnis von Gruppe und Sozialenergie zielt demgegenüber auf präventive Arbeit hin, auf Integration und konzeptionelle Lebensplanung, die wie das Leben überhaupt mit Schwangerschaft und Geburt beginnen sollte.

Schwangerschaft und Geburt als Grenzerleben und kreatives Geschehen stellen eine besondere Herausforderung für Mann und Frau dar. Destruktive Angst und Aggression kann zu Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt oder Zerstörung der Partnerschaft führen, ebenso zu Mißhandlung des Kindes. Defizitäres Körperleben kann das Wahrnehmen der Schwangerschaft bis zum 4. oder 5. Monat verhindern.

Eine schützende umgebende Gruppe kann helfen, destruktive und defizitäre Tendenzen verstehend abzufangen und konstruktive Momente zu unterstützen. Sie kann auch Raum geben, die extreme Öffnung von Grenzen zuzulassen, die durch den kreativen Prozeß von Schwangerschaft und Geburt bewirkt werden. Zur Verdeutlichung, was ein kreativer Prozeß in Bewegung setzt, möchte ich erneut *Ammon* zitieren. Er schreibt zum kreativen Geschehen: »Ich gehe davon aus, daß es sich bei dem kreativen Zustand um eine besondere Form der Ich- und Identitätsdiffusion handelt, welche die Grenzen der bisherigen Ich-Organisation und -Abgrenzung auflöst, neue Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Vorstellungsinhalten und Bewußtseinsebenen herstellt und die Ich-Struktur in neuer Weise koordiniert« (*Ammon* 1974). *Ammon* setzt dieses Geschehen in Beziehung zur frühkindlichen Entwicklung: »Der schöpferische Akt bringt die in Bewegung geratenen Momente des kreativen Milieus und die diesen Momenten entsprechenden Ich-Zustände der Person in eine neue Einheit. Er dient daher der neuen Abgrenzung der Person und ihrer Identität und ist in diesem Sinne eine Handlung, die dem aktiven Austritt aus der frühkindlichen Symbiose entspricht« (*Ammon* 1974).

Auf diesem Hintergrund ist es seit mehreren Jahren mein besonderes Interesse, mich mit der Gruppendynamik der Schwangerschaft und Geburt zu beschäftigen, d. h. der Einbettung in Gruppenbezüge und gesellschaftlich-kulturelle Einflüsse. In den meisten Kulturen und in der Geschichte der Menschheit unterliegen Schwangerschaft und Geburt einem besonderen Schutz, da sie für

Leben schlechthin, Erdhaftigkeit, Schöpfung, Fortbestand und Zukunft stehen. Ebenso sind sie aber auch in allen kulturell-geschichtlichen Wandlungsprozessen negativen Strömungen ausgesetzt.

Die psychotherapeutische Behandlung schwangerer Patientinnen, die Begründung und supervisorische Leitung einer Krabbelgruppe und jahrelange Elternarbeit in unseren psychoanalytischen Kindergärten in Berlin und München haben mich mit den Voraussetzungen konfrontiert, die Schwangerschaft, Geburt und Kindererziehung zu einem bereicherndem kreativ-schöpferischen Geschehen werden lassen sowie mit den Störfaktoren und Schwierigkeiten, die sie begleiten. Das Studium psychologisch-psychoanalytischer und besonders auch anthropologischer Literatur haben mich darin bestärkt, daß eine Neubesinnung in unserem Umgehen mit Schwangerschaft und Geburt und auch der Kindererziehung dringend erforderlich ist.

Meine Beschäftigung mit Schwangerschaft und Geburt begann innerhalb der psychotherapeutischen Arbeit. Eine therapeutische Gruppe meiner Praxis beschäftigte sich über mehrere Jahre mit Schwangerschaft und Geburt, als eine Patientin schwanger zur Therapie kam und während der Therapie ein zweites Mal schwanger wurde. Von Bedeutung war ebenfalls, daß der erste Therapeut am Ende der Schwangerschaft seiner Frau die Gruppe verließ, um in einer anderen Stadt seine Familie zu begründen, und ich selber als Therapeutin diese Gruppe am Ende meiner eigenen Schwangerschaft übernahm.

Das Miterleben der Schwangerschaften, die Geburten, die Lebensschritte, die Freude, die Ängste, die realen Vorbereitungen und die Partnerbeziehungen bewirkten tiefe Auseinandersetzungsprozesse in der Gruppe. Ein Patient, der nur 1½ Jahre Mitglied dieser Gruppe war, konnte sich hier mit seinem eigenen Kinderwunsch auseinandersetzen und sich zum Ende seiner Therapie zu einer Schwangerschaft mit seiner langjährigen Lebensgefährtin entschließen. Auf die Schwangerschaft dieses Patienten und ihre unterschiedlichen Bedeutungen im Vergleich zu den Schwangerschaften der ersten Patientin werde ich im Folgenden näher eingehen.

In der Gruppe waren kontinuierlich längere Zeit vier Patientinnen in Behandlung, die vor Beginn ihrer Gruppentherapie Kinder geboren hatten, ausschließlich in emotional defizitären Situationen, was sie im therapeutischen Prozeß deutlich erkannten. Zwei Patientinnen dieser Gruppe und die Freundin eines männlichen Patienten hatten vor der Therapie eine Schwangerschaftsunterbrechung vorgenommen, ebenso zwei Mütter der Gruppe nach der Geburt ihrer ersten Kinder. Drei Patientinnen der Gruppe waren nie schwanger und hatten keine Kinder.

Ich möchte anhand von zwei Fallvignetten die unterschiedliche ich-strukturelle und gruppendynamische Bedeutung von Schwangerschaft in einer psychotherapeutischen Gruppe darstellen, insbesondere unter dem Aspekt der Identität und Trennungsdynamik. Schwangerschaft kann im therapeutischen Prozeß Identitätssatz sein, aber auch wesentliche Identitätsschritte bewirken. Für diese Arbeit verwende ich neben Ich-Strukturtests nach *Ammon* und

Gruppenprotokollen einen speziell für diese Gruppe entwickelten Fragebogen, sowie die ich-strukturelle und gruppengynamische Bewertung der behandelnden Therapeuten.

Frau G. war im dritten Monat schwanger, als sie zur Therapie kam. Sie war 25 Jahre alt und seit sechs Jahren mit einem Architekten verheiratet. Sie hatten bereits zwei Kinder im Alter von 5 und 2 Jahren. Mit ihrem Ehemann hatte die Patientin in einer religiösen Phantasie- und Wahnwelt gelebt, einer klassischen »Folie à deux. Sie legten alles in Gottes Hand, erlebten alle Konflikte als gottgewollt und überließen die jeweiligen Lösungen Gottes Fügung. Der »Folie à deux«, der gemeinsamen Wahnbildung, liegt die Dynamik einer verlängerten Symbiose zugrunde, die nach *Ammon* das symbiotische Gehäuse gleichzeitig beibehält und phantastisch ausdehnt.

Der Ehemann ging in dieser Symbiose jeglicher realen Lebensanforderung aus dem Weg. Er lebte zuhause realitätsfern seinen künstlerischen Interessen und half bei der Betreuung der Kinder. Frau G. sorgte, so gut das möglich war, für die finanzielle Sicherheit der Familie durch ihre Tätigkeit als Erzieherin in einem katholischen Kinderheim. Sie gab sich der Traumwelt ihres Mannes gerne hin, die ihre Lebensangst auffing.

Eine verlängerte Symbiose oder Ersatzsymbiosen sind bekanntlich dann notwendig, wenn die Kindheitsymbiose dem Kind keinen Schutz zu einer Abgrenzung für eine eigene Persönlichkeitsentwicklung ermöglicht. Ohne eigene ausreichende Ich- und Identitätsentwicklung ist das Kind nicht zu einer Trennung aus der frühkindlichen Symbiose in der Lage. Jede anstehende Trennung erzeugt dann archaische Verlassenheits- und Vernichtungssängste.

Die Dynamik der Kindheitsfamilie von Frau G. macht die Ursachen deutlich. Der Vater war ein beruflich gescheiterter, sehr gläubiger Jurist. Er lebte emotional völlig zurückgezogen vom Familienleben. Frau G. schildert ihn als liebevoll und sehr verständnisvoll. Ihm galt ihre ganze Liebe und Sehnsucht. Aber real stand er ihr nie zur Seite. Die Mutter war die absolut Dominierende in der Ehe und Familie. Die Patientin beschreibt sie als streng in der Erziehung der Kinder, fassadär freundlich, fürsorglich und großzügig, bei der geringsten emotionalen Anforderung und Spannung drohte sie jedoch mit Suizid. Die Ehe der Eltern war im Erleben der Patientin eine ständige emotionale Katastrophe, ohne daß irgendein Konflikt gelöst werden konnte. Frau G. versuchte als Älteste von vier Geschwistern, die Familie einigermaßen zusammenzuhalten und suchte Schutz in christlich-religiösen Gruppen. Mit 18 Jahren floh sie aus der Familie, nachdem eine beginnende Auseinandersetzung mit der Mutter nur zu permanentem Streit und massiven Selbstmorddrohungen der Mutter geführt hatte. Kurz darauf heiratete sie ihren Ehemann, in dessen idealistisch-religiösen Wahnvorstellungen sie ihren Wunsch nach einer guten Familie projizierte. Sie bewunderte auch seine künstlerische berufliche Tätigkeit, die für sie die Individualität und Kreativität bedeutete, die sie nie entwickeln konnte. Sie war immer die scheinbar Stärkere gewesen, immer für Andere da, in der Schule mehrfach Klassensprecherin und hatte sich mit ihrem Mangel an Kreativität nie auseinandergesetzt.

Frau G. hatte die ersten beiden Schwangerschaften und Geburten völlig problemlos erlebt und die Sorge für die Kinder als selbstverständlich. Sie fühlte sich als gute Mutter, ihr Mann war gleichzeitig ihr drittes Kind und ein phantasierter, schützender, durch nichts zu erschütternder Vater. Eine partnerschaftliche direkte Begegnung und Auseinandersetzung fand nie statt. In Wirklichkeit war Frau G. immer zum Zeitpunkt wichtiger Lebensschritte schwanger geworden. Beim ersten Kind kurz nach dem Abitur, beim zweiten Kind kurz vor Abschluß ihrer Berufsausbildung.

Zur Situation der ersten Schwangerschaft schreibt sie im Fragebogen zu diesem Referat: »Meine ganze Lebenssituation war problematisch. Ich hatte mich noch nicht von meinen Eltern gelöst, vor allem von meinem Vater. Innerlich war ich noch sehr mit meiner »alten« Familie beschäftigt. Ich war bei der Eheschließung noch Schülerin. Ein halbes Jahr danach war die Beziehung zu meinem Mann so schlecht, daß ich gar nicht mehr leben wollte. Mein Mann schlief mit anderen Frauen unserer Wohngemeinschaft und ich hatte für alle zu sorgen.« Die notwendige Auseinandersetzung in der Partnerschaft wurde durch die Schwangerschaft umgangen. Es ist bekannt, daß gerade in anstehenden Auseinandersetzungs- und Trennungsprozessen Schwangerschaften entstehen. Zur zweiten Schwangerschaft schreibt sie: »Mein zweites Kind bekam ich kurz vor der Abschlußprüfung in einer - vom beruflichen her - extrem schwierigen Zeit. Vielleicht hatte ich Angst vor dem Berufsleben, vor der Welt »draußen«. Die Beziehung zu meinem Mann war unterschwellig sehr schwierig, wurde aber zugedeckt durch die Freude an den Kindern.«

Die Bedeutung der beiden Schwangerschaften ist deutlich: Sie wurde schwanger, anstatt suizidal oder psychotisch zu reagieren. Ihren destruktiven Tendenzen setzte sie in den Schwangerschaften ein »Ja« zum Leben entgegen. In der engen Körpersymbiose der Schwangerschaft suchte sie Schutz vor Verlassenheitsängsten und der Angst, die ihr der berufliche Identitätsschritt machte.

Mit dem Beginn der dritten Schwangerschaft kam Frau G. in die therapeutische Gruppe. Ausgangspunkt für die Therapie war, daß sich die Ehe- und Familienprobleme auf allen Ebenen derart zugespitzt hatten, daß der Ehemann offen psychotisch reagierte und in eine Nervenklinik eingewiesen werden mußte. Damit brach die gesamte Phantasie- und Wahnwelt dieser Beziehung zusammen. Diagnostisch bestand bei der Patientin damals eine psychotische Ich-Struktur mit defizitärer Abgrenzung, Angst, Aggression und Kreativität, fassadärem Identitätssersatz im Christsein und Muttersein. Ihre Beziehungen zu Anderen erschienen ebenfalls fassadär und sie war am Rande der Suizidalität.

In der Therapie wich Frau G. zu Beginn immer wieder ihrer eigenen Problematik aus. Ihr größtes Problem - so meinte sie - sei die Krankheit ihres Mannes und die gute Versorgung ihrer Kinder. Fragen des Therapeuten und der Gruppe nach Ängsten vor der neuen Mutterschaft wies sie weit von sich. Für sie war es selbstverständlich, daß sie wieder eine gute Mutter sein würde und den

einzigsten Sinn der Partnergespräche sah sie darin, alles zu tun, daß ihr Mann »wieder gesund« würde und sie mit ihm ihr altes Familienleben - ein wenig korrigiert - wieder aufnehmen könne. Auseinandersetzungen in der Gruppe erlebte sie anfangs immer als feindlich und vernichtend. In der Übertragung erlebte sie hier ihre Kindheitsfamilie wieder. Erst allmählich konnte sie wahrnehmen, daß die Gruppe ihr ermöglichen wollte, die hinter der Fassade einer Heiligen gelegene Gefühle und Bedürfnisse ernst zu nehmen bzw. überhaupt erst wahrzunehmen. Die Patientin brauchte viel Schutz in der Gruppe für ihre Ängste und Wahrnehmungsverbote. Es mußte überhaupt erst eine Vertrauensbasis geschaffen werden. So kam die Schwangerschaft und das werdende Kind zu kurz. Oft vergaß die Gruppe lange Zeit völlig, daß Frau G. schwanger war.

Die gesamte therapeutische Gruppe befand sich zu diesem Zeitpunkt noch im Anfangsprozeß. Nur eine Patientin sprach damals über ihre Fehlgeburten. Die Mütter der Gruppe dachten mit Schuldgefühlen daran, wie ihre Schwangerschaften und Geburten verlaufen waren und wie viel sie nicht bedacht hatten. Sie wagten aber in dieser frühen Gruppensituation noch nicht, darüber zu sprechen. Viele phantasierten, selbst schwanger zu sein und mit einem Kind noch einmal von vorn anfangen zu können: ein Gruppenkind als phantasierter Messias.

Das Baby von Frau G. nahm nach der Geburt häufig an den Gruppensitzungen teil. Besonders wichtig war dies für eine Patientin, die die frühe Kindheit immer als paradiesischen Zustand phantasiert hatte und mit Staunen erlebte, welche extremen Kämpfe ein Baby mit Hungergefühlen, Wärme und Kälte, Darmkoliken und Ängsten u.a.m. zu bestehen hat und welche existenziellen Anforderungen es an die Mutter stellt.

Im weiteren Verlauf der Gruppentherapie von Frau G. stand die Auseinandersetzung mit der Beziehung zu ihrem Ehemann im Vordergrund. Die Dynamik der »Folie à deux« wurde allmählich deutlich und konnte im Schutz der Gruppe verstanden werden. Frau G. faßte den Entschluß, sich von ihrem Mann zu trennen. Sie hatte abgrundtiefen Haß und Enttäuschung spüren können über ihre - wie sie es empfand - verlorenen zehn Lebensjahre. Trennungsängste und Verlassenheitsängste konnte sie aber zu diesem Zeitpunkt noch nicht zulassen. Sie sprach dann immer von ihrer erfüllenden Aufgabe für ihre Kinder und ihrer Freude am Beruf. Sie machte erste Männerbekanntschaften und spürte ihre Unsicherheit neuen Menschen gegenüber und wurde zunehmend depressiv. Bald hatte sie dann eine neue Beziehung und wollte sich scheiden lassen.

Zu diesem Zeitpunkt, als sie sich mit ihrem Mann über die Scheidung auseinandersetzen mußte, der von nichts ahnte, als sie sich die Frage stellte, ob eine Scheidung mit ihrem christlichen Glauben zu vereinbaren sei und ob ihre neue Beziehung dauerhaft sein könne, wurde sie von ihrem neuen Freund schwanger. Mit diesem Kind mußte ihr Mann die Scheidung akzeptieren und es bestand kaum die Gefahr, daß ihr neuer Freund sich bald wieder von ihr trennen würde, wenn er sie genauer kennenlernte. Dies hatte sie sehr gefürcht-

tet. Sie brauchte sich auch nicht mit ihrer Tätigkeit als geschiedene Frau in der katholischen Kirche auseinanderzusetzen, da sie als Mutter von vier Kindern nicht mehr beruflich tätig sein konnte. Mit diesem Kind wollte sie ein neues Leben beginnen; die innere Bewältigung dieses Lebensabschnittes wollte sie so umgehen.

Es ist deutlich, daß die Schwangerschaften von Frau G. immer im Zusammenhang mit Angstabwehr bei notwendigen Identitäts- und Trennungsschritten standen. Ihre Schwangerschaften können auch als Selbstheilungsversuche verstanden werden, als Versuche, sich immer dann aus der »Folie à deux« zu retten, wenn diese bedroht war. Im therapeutischen Prozeß waren die Schwangerschaften Widerstand und Schutz vor einer unmittelbaren Auseinandersetzung.

Je wichtiger und sicherer für Frau G. die Beziehungen in der Gruppe wurden, um so mehr konnte sie ihre Dynamik wahrnehmen und verarbeiten. Bei der letzten Schwangerschaft erlebte sie zum erstenmal Angst: Angst vor der Verantwortung, Angst vor der Geburt und Angst, ob ihr Kind gesund sein würde. Sie war häufig traurig und deprimiert, sie sprach häufiger über ihre eigenen Bedürfnisse und Gefühle. Sie war keine perfekt phantasierte Mutter mehr. Ihre Kinder nahm sie mit zu einem milieuthérapeutischen Wochenende, wo vieles offen wurde. Als die Patientin kurze Zeit später ihre Therapie abschloß, war sie sich darüber im Klaren, daß sie trotz Kinderversorgung und Ehe nicht davor bewahrt ist, sich selbst zu begegnen.

Die psychotherapeutische Gruppe insgesamt war bei dieser Schwangerschaft wesentlich reifer als bei der ersten Schwangerschaft derselben Patientin. Sie hatten die Schwangerschaften der Therapeuten miterlebt und sich selbst mit eigenem Erleben von Schwangerschaft und Geburt beschäftigt. Jeder Patient der Gruppe schrieb einen Brief an seine Mutter und seinen Vater, um Genaueres über die eigene Schwangerschaft und Geburt zu erfahren. Die Briefe waren erschreckend leer, es wurden meist nur kurz die üblichen Schwangerschaftsbeschwerden geschildert, der emotionale Prozeß der Eltern wurde in keinem Brief erwähnt. Ein Gruppentraum aus dieser Zeit verdeutlicht den Identifikationsprozeß der Gruppe: Eine Gruppenpatientin träumte, das Kind einer Freundin, das ein Jahr alt ist, wollte in den Uterus seiner Mutter zurück, weil es wichtige Entwicklungsschritte während der Schwangerschaft nicht durchgemacht hatte. Die Patientin war im Traum sehr erstaunt und dachte, daß dies doch wohl nicht möglich sei. Aber es gelang. Das Kind konnte in voller Größe in den Bauch seiner Mutter zurück. Dann kamen noch größere Kinder einer anderen Freundin, die auch in den Bauch ihrer Mutter wollten. Sie waren 6 und 8 Jahre alt.

Zu diesem Zeitpunkt wurde ein männlicher Gruppenpatient Vater. Bei ihm waren die Voraussetzungen für den Umgang mit dem erwarteten Kind anders. Diese Schwangerschaft stand im Zusammenhang mit dem Abschluß der Therapie des Patienten, einer Phase also, in der Trennungsschritte und Identitätsreifung Gegenstand der Therapie sind. Hier konnte die Schwangerschaft mit wichtigen Prozessen seiner Persönlichkeitsentwicklung direkt in Beziehung gesetzt werden.

Herr M. kam nach jahrelanger Einzelanalyse auf der Couch mit 40 Jahren in die Gruppe. Er war von Beruf Ingenieur und lebte seit 12 Jahren mit seiner Lebensgefährtin zusammen. Als Grund für seinen Wunsch nach Gruppentherapie gab er Kontaktschwierigkeiten an. Er habe keine Freunde und sei an seinem Arbeitsplatz ein tolerierter Außenseiter. In der Beziehung mit seiner Freundin habe er ständig Trennungswünsche und inszeniere Trennungsszenen, ohne sie verwirklichen zu können. Sein bisheriger Analytiker verabschiedete ihn in vollem Einvernehmen und überwies ihn mir mit einem ausführlichen Bericht über die gesamte Analyse.

Der Patient war in enger destruktiver und defizitärer Symbiose mit seiner Mutter aufgewachsen. Die Mutter hatte ihn völlig vereinnahmt. Er war das einzige Kind aus der zweiten Ehe seiner Mutter, seine drei wesentlich älteren Halbgeschwister bildeten eine eigene Gruppe, in die er nie integriert wurde. Da die Mutter ihr eigenes Leben nicht bewältigen konnte und auch bei ihrem zweiten Ehemann nicht die erwartete Unterstützung fand, klammerte sie sich an ihren jüngsten Sohn. Der Patient schlief zum Teil noch mit 16 Jahren im gleichen Bett mit der Mutter. Wirklichen Kontakt fand er nie zu ihr. Er habe alles getan für ein einziges Lächeln von ihr, das er nie bekam. Schon in früher Kindheit war ein Gedanke seine einzige Tröstung: »Wenn du es gar nicht mehr aushältst, bringst du dich um«. Mit 25 Jahren war er dann völlig am Ende. Er bereitete seinen Selbstmord durch Erhängen in allen Einzelheiten vor. Im letzten Moment führte er ihn dann doch nicht durch. Danach begann er seine Psychotherapie. Zwei Jahre später machte er mit einem Autounfall unbewußt einen zweiten Selbstmordversuch. Erst die jahrelange Einzelanalyse befreite ihn von seiner Suizidalität. Er hatte im Laufe dieser Analyse seine psychodynamische Entwicklung und die Dynamik seiner destruktiven Mutter-symbiose verstanden. Er wollte und konnte leben. Er hatte aber keinerlei reale Auseinandersetzung mit seiner Mutter und seiner Familie gewagt.

Zu Beginn der Gruppentherapie kam er in panischer Angst in die Gruppe. Er berichtete, daß seine Familie ihm mitgeteilt habe, daß seine Mutter in ein Altersheim müsse. Er hatte die Phantase, die einzig mögliche Lösung sei es und auch die Erwartung der Mutter und der ganzen Familie, daß seine Mutter in ein Altersheim in seiner Nähe käme und er voll für sie sorgen müsse. In der Gruppe erarbeiteten wir seine wirklichen Gefühle: Er wünschte intensiv den Tod seiner Mutter, um endlich erlöst zu sein. Mit Unterstützung der Gruppe gelang es dem Patienten, für seine Mutter ein Altersheim in der Nähe ihres bisherigen Wohnsitzes zu finden und bei ihrem Auszug erfüllte er sich seinen langen Wunsch, wichtige Erinnerungsstücke an seinen vor Jahren verstorbenen Vater zu holen.

Auf der Übertragungsebene in der Gruppe kämpfte er gleichzeitig mit seinem Mutterkonflikt. Allein die Gruppengrenzen mit der Verpflichtung, zu jeder Sitzung regelmäßig und pünktlich zu erscheinen, erlebte er als völlig vereinnahmend. Abgrenzung war für ihn nur starr und destruktiv möglich. Mich erlebte er in der Übertragung oft als eiskalt und alle Gefühle verbietend. Mehr-

mals drohte er, die Therapie abzubrechen. Allmählich gelang es dem Patienten, sich von seinen destruktiv-symbiotischen Tendenzen gegenüber der Mutter, der Gruppe und seiner Lebensgefährtin zu lösen. Er sprach häufiger über seine Zukunft und wollte die Therapie bald beenden.

Eine wichtige Frage für ihn war sein Kinderwunsch. Hierbei spielte das unmittelbare Erleben besonders der Schwangerschaften der Therapeuten eine große Rolle. In dem männlichen Therapeuten hatte er einen werdenden Vater erlebt und bei meiner Schwangerschaft war ihm besonders das Alter wesentlich, in dem ich es noch gewagt hatte, ein erstes Kind zu bekommen. Kurze Zeit später wurde seine damalige Lebensgefährtin und jetzige Frau schwanger.

Im Verlaufe der Schwangerschaft wurde die Mutter des Patienten todkrank. Der Patient war der Überzeugung, daß nur ein Besuch von ihm seine Mutter vor dem Tode bewahren könne. Er war gleichzeitig äußerst wütend, daß er seine schwangere Frau alleine lassen sollte, um sich um die Mutter zu kümmern. Nach einer heftigen Auseinandersetzung in der Gruppe schrieb der Patient seiner Mutter einen Brief, in dem er seinem Wunsch Ausdruck gab, sie solle bald genesen, da es ihr doch sicherlich wichtig sei, ihr jüngstes Enkelkind noch zu erleben. Wider alle medizinischen Voraussagen und besonders zum großen Erstaunen des Patienten wurde die Mutter bald wieder gesund.

In eine wesentliche Identitätskrise kam der Patient am Anfang der Schwangerschaft. Seine Frau und er wollten eine Fruchtwasseruntersuchung durchführen lassen. Einerseits war dies verständlich aufgrund des Alters der werdenden Eltern und auch deswegen, weil erst vor einigen Jahren eine Cousine des Patienten ein mongoloides Kind zur Welt gebracht hatte. Die Gruppe aber protestierte massiv gegen diese Untersuchung. Der Patient vertrat derart verbissen seine Argumente, daß sich die Gruppe immer mehr mit dem ungeborenen Kind identifizierte und dem Patienten entgegenhielt, wie brutal und gefährlich ein solcher Eingriff für das schutzbedürftige kleine Wesen sei. Unter diesem Druck brach bei dem Patienten vieles auf: Er könne zu diesem Kind kein Gefühl entwickeln, bevor er nicht die Gewißheit habe, daß es gesund sei. So krank wie er sich immer gefühlt habe, könne er sich nicht vorstellen, ein gesundes Kind zu bekommen, andererseits sei ihm auch die Vorstellung, er müsse ein krankes Kind großziehen, völlig unmöglich. Er beneide seine Frau, die sicher sei, ein gesundes Kind zu bekommen. Die Gruppe war betroffen, sie hatten ihn verstanden. Die Untersuchung konnte dann wegen Vorliegen der Plazenta nicht durchgeführt werden. Wenige Monate später wurde ein gesundes Mädchen geboren.

Der Patient schloß bald darauf die Therapie erfolgreich ab. Vier Monate nach der Geburt besuchte er die Gruppe mit seiner kleinen Tochter. Er setzte sie mir spontan auf den Schoß. Das Kind und ich fühlten uns sehr wohl miteinander, wir hatten wohl beide das Gefühl, uns schon lange zu kennen.

Zusammenfassend möchte ich noch einmal betonen, daß zur Schwangerschaft eine Einbettung erforderlich ist, in der an erster Stelle engagierte Menschen stehen, die wesentlich dazu beitragen können, medizinische Betreuung.

unbewußte Ebenen, pränatale Bedeutung des Geschehens, anthropologische Dimensionen und Fragen der eigenen Abgrenzung und Identität der werdenden Eltern zu integrieren. Je mehr diese Aspekte von den werdenden Eltern bereits vor der Schwangerschaft in ihr Leben miteinbezogen waren, um so weniger Hilfe von außen werden sie benötigen. Bei der Notwendigkeit therapeutischer Hilfe kann die Einbettung in eine therapeutische Gruppe erfolgen.

Nach meinen Beobachtungen neige ich zu der Ansicht, je unauffälliger eine Schwangerschaft emotional verläuft, um so mehr muß man vermuten, daß durch sie ein Defizit, ein Trennungsschritt o.ä. abgedeckt wird oder wie in meiner Darstellung von Frau G. eine verlängerte Symbiose wiederhergestellt wird und ein Reifungsprozeß nicht erfolgt. Vom medizinischen Standpunkt erscheint eine solche Schwangerschaft ideal. In der neueren medizinischen Literatur wie z.B. bei *Lukesch* (1981) liest man häufig, daß »emotionale Störfaktoren« möglichst bis zur Geburt zu beseitigen sind. Viele prophylaktische Angebote von Schwangerschaftsbetreuung und Geburtsvorbereitung haben das Ziel, Ängste abzutrainieren, die absolut zu Schwangerschaft und Geburt gehören. Hier wird erneut deutlich, wie existentiell wichtig eine interdisziplinäre Zusammenarbeit ist. Ich verweise in diesem Zusammenhang auch auf die wichtige Arbeit der Gynäkologin und Psychoanalytikerin *Dieta Biebel* zum Thema »Das defizitäre Ich und die Schwangerschaft« (1977).

Schwangerschaftsunterbrechungen werden meist dann vorgenommen, wenn verstehende und mittragende Menschen fehlen. Dies hat *Christine Zohner* 1982 in ihrer Untersuchung über Schwangerschaftsabbruch ausführlich dargestellt. Alle Patienten meiner Gruppe, die vor der Therapie Schwangerschaften unterbrochen haben, erklärten einhellig, daß sie zu der damaligen Zeit völlig allein mit ihren Ängsten und Entscheidungen waren.

Zum Abschluß ist es mir noch ein besonderes Anliegen, auf die Situation der Geburt einzugehen. Wirft man einen Blick auf die Wochenbettsituation unserer Vergangenheit und erforscht man die rituelle Einbettung der Geburt in verschiedenen Kulturen, so wird deutlich, wie isoliert unsere Geburten heute stattfinden. Einbettung in Rituale, religiöse Vorstellungen und Großfamilialensituationen wurden abgelöst von der medizinischen Betreuung. Obwohl betont wird, daß Schwangerschaft und Geburt keine Krankheit sind, werden sie doch meist wie eine solche behandelt. Seit 1982 wurden bei uns über 99% der Kinder in Krankenhäusern geboren. Die Schwangere muß sich hier den gerade diensthabenden und ihr meist unbekanntem Hebammen und Ärzten anvertrauen. Die Zuhilfenahme von Medikamenten und instrumentelle Eingriffe sind in der täglichen Praxis allgemein gebräuchlich.

Ich habe aus der psychotherapeutischen Erfahrung mit schwangeren Patienten eine gruppenspezifische und sozialenergetische Betreuung der Geburt entwickelt, die sich meiner Erachtens auch auf die normale Geburt übertragen läßt. Ein Geburtsteam wird mehrere Wochen vor der Geburt zusammengestellt aus Mitgliedern der therapeutischen Gruppe, anderer Gruppen, aus dem Freundeskreis oder aus betreuenden Therapeuten. Alle haben Zeit, sich mit

der bevorstehenden Geburt in ihrer jeweiligen Gruppensituation und mit der Schwangeren auseinanderzusetzen. Eigene Erfahrungen werden bewältigt. Einige fallen auch wieder aus der direkten Betreuung heraus, wenn eigene Konflikte eine direkte Unterstützung unmöglich machen. Zur Geburtssituation stehen dann der Schwangeren und auch dem werdenden Vater genügend Menschen zur Seite, die sie emotional unterstützen. Es ist immer wieder erstaunlich, wie auftretende Schwierigkeiten im Verlauf der Schwangerschaft und Geburt durch Einbettung in ein sozialenergetisch-gruppendynamisches Feld beeinflusst und aufgefangen werden können.

On Group Dynamics of Pregnancy

Ingeborg Urspruch (Munich)

From the background of her experience as psychotherapist with pregnant patients the author describes groupdynamic, socialenergetic and psychodynamic aspects of pregnancy and birth. Pregnancy and birth are closely connected with an important growth of identity that confronts parents with their inner and outer lifesituation in the past, present and future. Pregnancy and birth as boundary experiences, growth of identity and a creative process stimulate constructive, destructive and deficient aspects of a person's structure that can be accepted, understood and dealt with by a protecting surrounding group. The approach of Dynamic Psychiatry deals with all dimensions of body, mind and soul of the mother, the father and the unborn child and includes prevention, aspects of prenatal psychology and the influence of social factors.

The author quotes an empiric study by *Rottmann* (1974) according to which only 33% of the mothers were able to identify themselves with their role in a positive way. 67% of the mothers suffered from psychic illnesses of different kinds, had numerous and severe complications during pregnancy and birth and unconsciously did not accept the unborn child. The author refers to studies by *Rank*, *Groddeck* and especially *G.H. Graber* who have widened the psychodynamic understanding of pregnancy and birth and have stressed the importance of prenatal life. While *Groddeck* deals with the psychosomatic aspects of pregnancy and birth in relation to the unconscious of the mother and the father, *Rank* and *Graber* put more weight upon the importance for the child and pre-natal psychology. These aspects are integrated in *Ammon's* humanstructural group concept, stressing the importance of pregnancy and birth as a creative process in groups and the preventive work with the parents and later the new family. According to *Ammon* constructive socialenergetic and groupdynamic relations between the pregnant woman, the father and the surrounding group result in a creative attitude of acceptance towards the unborn child and the identity-growth of the parents and consequently in a healthy development of the growing child.

In two case studies the author describes the importance of pregnancy for the ego-structure and group dynamics in a psychotherapeutic group. Over a period of several years this therapeutic group was concerned with pregnancy and birth, which caused deep emotions and reflexions.

As a result it became clear that the former pregnancies of a female patient were always due to her resistance and defense of anxiety before necessary steps towards identity, but could also be understood as attempts of a self-cure by saving herself out of the »folie à deux« with her husband, whenever this was at risk. A male patient in this group became father at the end of his therapy and this could be related with important steps in his personal development. In this time he could get rid of his destructive-symbiotic tendencies towards his mother, the therapeutic group and his girl-friend.

Finally the author points out that pregnancy must be embedded into and supported by a group of committed people who help to integrate medical treatment, unconscious processes, pre-natal and anthropological dimensions as well as the question of identity of the parents. Consequently she postulates a new and more humanistic approach to pregnancy, birth and child breeding in our society.

Literatur

- Ammon, G.* (Hrsg.) (1974): Gruppendynamik der Kreativität. (München: Kindler)
 — (1979): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie. Bd. I (München: Ernst Reinhardt)
 — (1982): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie. Bd. II (München: Ernst Reinhardt)
 — (1986): Der mehrdimensionale Mensch. Zur ganzheitlichen Schau von Mensch und Wissenschaft. (München: Pöhl)
Biebel, D. (1977): Das defizitäre Ich und die Schwangerschaft. In: *Dyn. Psychiat.* (46) 369—379
Graber, G.H. (1978): Gesammelte Schriften. Band I—IV. (Berlin: Pöhl)
Groddeck, G. (1923): Das Buch vom Es. Psychoanalytische Briefe an eine Freundin. (Wien: Internat. Psychoanal. Verlag) (Neuaufgabe Wiesbaden: Limes, 1962)
 — (1966): Psychoanalytische Schriften zur Psychosomatik. (Neuaufgabe Wiesbaden: Limes)
Lukesch, H. (1981): Schwangerschafts- und Geburtsängste. Verbreitung, Genese und Therapie. Stuttgart: Enke)
Leboyer, F. (1974): Der sanfte Weg ins Leben. Geburt ohne Gewalt. (München: Desch)
Rank, O. (1924): Das Trauma der Geburt und seine Bedeutung für die Psychoanalyse. (Wien: Internat. Psychoanal. Verlag)
Rottmann, G. (1974): Untersuchungen über Einstellung zur Schwangerschaft und zur fötalen Entwicklung. In: *Graber, G.H.*: Pränatale Psychologie (München: Kindler)

Adresse der Autorin:

Ingeborg Urspruch
 Fraunhoferstraße 25
 D-8000 München 5

Responsibility and the Mentally Ill — An International Review

George B. Palermo (Milwaukee)*, Edward J. Gumz (Oshkosh)**,
Mark T. Palermo***, Gloria Dal Forno (Milwaukee)****

The authors take the responsibility for decisional capacity for one of the individual's most important attributes. They review the historical background of forensic psychiatry and the recent criminological views on responsibility. Socio-psychological and legal concepts as well as various international methods employed in the interpretation of criminal responsibility in general, and of the mentally ill in particular, are presented. Characterizing our present day era by a decline of individualism and an increase of social collectivism, they deal with the consequences on the individual's assumption of his/her responsibility. It is suggested that there is a tendency to void the individual of responsibility. The authors propose a clarification of social values and an education to the basic values of personal integrity, freedom of choice and consequent responsibility for one's own behavior.

Early Historical Background

The history of forensic psychiatry goes back to ancient times. We are told that *Hippocrates* (460—376 B.C.) examined *Democritus*, the laughing philosopher, in order to ascertain his mental health and that *Plato* (429—347 B.C.) clearly differentiated »crime doloso« from »crime colposo«. *Galen* (129—199 A.D.) first described the malingering of mental illness. However, it is only during the Roman Empire that we encounter the first basic concepts of *Furiosus*, *Insania*, *Amentia*, and *Dementia*. The Roman Forum, where open debates usually were held, was actually the forerunner of what we today refer to as »forensice«. The »*Corpus Juris Civilis*« detailed the various conditions — insanity, drunkenness, etc., that, if present at the time the criminal act was committed, might decrease the criminal's responsibility for his action.

In ancient Rome the *Furiosus* was equivalent to infant and there was no punishment for him. During the rule of the Emperor *Justinian* (483—565 A.D.) a number of mentally ill patients, for whom facilities had not been provided earlier, were admitted to institutions for the poor and infirm, perhaps as a result of the influence of Christianity. Later, *Giovanni von Schwarzenberg* in the Carolingian Laws, stipulated to the necessity of a medical intervention in altered mental conditions. *Paolo Zacchia* (1584—1659), generally regarded as the father of legal medicine, catalogued diseases that affect the mind and again described the condition which we now call malingering. *Philippe Pinel* (1745—1826) in France, and *William Tuke* (1745—1826) in England, believed

* Clinical Professor of Psychiatry, Medical College of Wisconsin, Milwaukee, Wisconsin, and Adjunct Professor of Criminology, Marquette University, Milwaukee, Wisconsin

** Assistant Professor of Social Work, University of Wisconsin in Oshkosh, Oshkosh, Wisconsin

*** Resident in Psychiatry and Neurology, Medical College of Wisconsin, Milwaukee, Wisconsin

**** Assistant Professor of Psychiatry, Medical College of Wisconsin, Milwaukee, Wisconsin

that the mentally diseased should not be held responsible or punishable. *Georget* (1800) wrote »Crime and Guilt«, a medical-legal discussion of insanity. Mental illness was then integrated into the law, and the mentally ill defendant was considered legally not responsible. Roman Law, »Diritto Romano«, was for many centuries the basic legal bible for many nations. Later, countries began to differentiate in their application of the law. Common Law, which is used in countries including England, the United States, and by most of the members of the Commonwealth of Nations, originated in the 11th and 12th centuries in England, and is based upon the concept of »precedent«. Civil law countries, instead, are those whose legal concepts, principles, and procedures have their remote origins in Roman law and later are expressed in comprehensive codes, such as the »Code Napoleon«.

Even though changes in the field of forensic psychiatry have taken place continuously throughout the world, it is mostly in Europe, from the 1800's on, that the confluence of two separate systems, the legal and the medical-psychiatric one may be observed. That led to Forensic Psychiatry becoming an autonomous discipline (*Zillboorg* 1941, *Ferracuti* 1988, *Freedman* et al. 1975).

Present Psychiatric and Forensic International Views

Today the field of forensic psychiatry is more vital than ever before. While numerous »open issues« are yet to be resolved, there has been definite progress both in nosography and treatment. A movement toward the civil rights and more humane treatment of the mentally ill, as well as an effort to better understand and help the mentally ill offender, have characterized the field during the past twenty-five years. An important development was the publication of the D.S.M. III-R (*A.P.A.* 1987), which has codified symptoms and illnesses. This document has created the basis for an international common denominator of diagnostic and prognostic criteria for mental illness.

Henderson (Council of Europe 1983), psychiatric advisor to the World Health Organization, stated that, »Policies in European countries have differed considerably causing wide gaps between East and West, North and South«. After ten years of collecting data regarding 33 countries in Europe, the World Health Organization, in 1972, had noted that major changes in the mental health field had been made and a similar study done ten years later confirmed those findings.

At the Seventh Criminological Colloquium held in Strasbourg in 1985 (Secretariat Memorandum 1986) myriad conclusions emerged. Mental health policy became part of general health policy, and forensic psychiatry was included under the heading of »general psychiatry«. Forensic psychiatry was beginning to concern itself with the victims of mentally ill offenders, not only to the offenders themselves, and the necessity for legislation focusing on the rights of the individual and of the family was recognized. The rights of the mentally ill and the avoidance of unnecessary involuntary commitment were stressed and

the issue of the criminal responsibility and dangerousness of the mentally ill was discussed. The move to better classify mental illnesses, in the United States, France, West Germany and Russia was noted. Leadership in this regard was provided by the World Health Organization which devised an international classification of diseases (I.C.D.), including a list of mental disorders. A consensus was reached among mental health professionals that their primary aim should be to treat mentally ill offenders, the offender's legal guilt being secondary (*Ferracuti* 1986). The diagnostic and dispositional difficulty encountered in the field of forensic criminology was a major concern of the criminologists of the various European countries. It was recognized that during the past ten years the field of forensic psychiatry had been inundated with issues relating to law violating behavior due to drug addiction, psychoactive substances and alcohol dependence. In addition to the already well-known mental disturbances, this has created a new sociopathy. *Ferracuti* (1986) pointed out, »During this time political and social criminality appeared on the scene, introducing a new type of defendant with deviant behavior, difficult to classify within previous psychopathological schemes.« Lastly, the gradual closure of the existing mental hospitals, until then a refuge for many mentally ill people (*Basaglia* 1968, *Basaglia* 1982, *Papeschi* 1985, *Ferracuti* 1986, *Palermo* 1991) and the tendency toward the decarceration, decriminalization, and deinstitutionalization of offenders was widely accepted as an established fact (*Canepa* et al. 1981, *Canepa* 1986, *Conseil de L'Europe* 1980).

Notwithstanding these developments, the world of psychiatry, where probability is the norm, continues to clash with the absolutism of the judicial system. The legal system is trying its best to cope with present day societal changes but transition from old to new rules usually encounters a certain amount of contradiction and confusion. International psychiatry, with too many schools with questionable scientific foundations and consequent lack of validity and reliability of psychiatric reports, contributes to present day confusion and ambivalent attitudes in the field of criminology and the various legal systems, even though the D.S.M. III-R is attempting to universally categorize mental syndroms (*Ferracuti* 1986).

The questioned, and questionable, responsibility of the mentally ill has certainly contributed to the frustrations in our field. This frustration is, at times, compounded by the fact that socio-psychiatry tends to view mental illness and its treatment as part of a societal oppression of the poor. Mental illness has even been proposed as a »social myth« and society is accused of wanting to maintain the status quo (*Basaglia* 1968, *Basaglia* 1982, *Szasz* 1961).

Forensic psychiatry, through confrontations between different approaches and opinions, will grow out of this miasma of rules and diagnostic schemes if it will uphold objectivity and expertise. *Gerin* (1952) stated, »The psychiatrist does not have to make a legal evaluation of a defendant; that pertains to the magistrate. The forensic psychiatrist must evaluate the psychopathology of the offender and his/her report has to be complete, objective, and logically

deductive, and, from symptoms to diagnosis, should be pursued above and beyond any personal, theoretical, social philosophy or psychiatric view.«

The Problem of Criminal Responsibility

Criminological forensic systems throughout the world have struggled with the concept of responsibility, as well as with the problems arising from the use of psychiatric expertise to assess exclusion or mitigation of legal responsibility (Ferracuti et al. 1965, Chiswick 1978, Conseil de L'Europe 1980, Canepa 1981, Gatti 1986, Molinari 1986). Regarding responsibility, many legal codes direct the expert to assess the mental condition of the individual at the moment of the criminal act (Shah 1978, Shah et al. 1986, Schreiber et al. 1987). Usually the appreciation of the quality of his/her action, plus the capacity to understand the consequences of the action and conform with the requirements of the law, are essential for the determination of responsibility (Ferracuti 1988). The expert is told to assess the dynamic interaction of desires and self-control, and how a thought may have led to a decision. The will, or the ability to decide and determine freely, is also taken into consideration. Canepa states that »responsibility is a fundamental element within most of the systems of criminal justice in Europe. Guilt and criminal responsibility are seen as a first essential of punishment. A person can only be held responsible under criminal law if he would have been able to behave in a different way« (Canepa 1986).

In reality, most European countries (Netherlands, Switzerland, Spain, Belgium, Austria, France, Greece, Iceland, Cyprus, Portugal, West Germany) have refrained from defining the notion of criminal responsibility for adult offenders who are usually presumed to be responsible. In Great Britain criminal responsibility is excluded only in rare and exceptional cases. Two countries, Sweden and Belgium, do not stress the importance of responsibility of adults but penalties and hospitalization are imposed on preventive grounds.

In assessing the criminal responsibility of adults, countries use varying methods: the combined psychopathological and normative methods, the psychopathological approach, and the normative method. The majority of European countries use the psychopathological and normative approach to criminal responsibility (Kalashnick et al. 1967, Slovenko 1980, Bernheim 1986). According to this approach, a certain mental illness or disorder must be established. Next, the court investigates the influence of the mental disorder upon the defendant's capacity to know the nature of his act and on his capacity to control his behavior. This approach to criminal responsibility is found in Germany, Cyprus, Portugal, Denmark, the Netherlands, Austria, France, Iceland, Italy, Switzerland, Greece and Great Britain. In Great Britain, under the *McNaghten* rule (1843), criminal responsibility is excluded only in very few cases whereas in the Netherlands, Cyprus, Belgium, and France, the psychopathological approach includes mental disorders which annul the offender's capacity to know the nature of his act or his capacity to control his behavior (Bernheim 1986).

The normative element, the offender's capacity to know the nature of his act and his capacity to control his actions, is interpreted differently from country to country. If the offender is considered incapable of knowing the nature of his act, he is treated everywhere as criminally irresponsible. In the Netherlands, Belgium, Denmark, Austria, France, Greece, Iceland, Portugal, and West Germany, the inability of the offender to control his actions constitutes irresponsibility, even if the offender know what he was doing. The British *McNaghten* rule is not applicable in the insanity defense for offenders who knew what they were doing but could not control their behavior. Therefore, in England and Wales, mentally disordered offenders who had the power of discretion when they committed their offense but could not control their act are held responsible. The same is true in Cyprus, which formulates its law after the *McNaghten* rules. In Scotland, however, the *McNaghten* rule is interpreted differently and incapacity to control one's actions constitutes a defense (*Chiswick* 1978).

There is a certain difference in appreciation of responsibility and guilt between northern European countries, southern European countries, and Great Britain; and within Great Britain itself, between England, Wales and Scotland. This is probably due to different historic, cultural, and philosophical factors.

The purely psychopathological approach to assessing criminal responsibility is utilized in Norway and Spain (Secretariat Memorandum 1986). According to this approach, certain mental illnesses already exclude criminal responsibility. The Swedish system does not consider the notion of criminal responsibility and culpability, and the only relevant issue is which sanction is adequate for the individual offender. For certain mental illnesses and disorders treatment, and not penalty, is provided. Fines are occasionally imposed (*Jareborg* 1986, *Smitzler* 1983, *Wotton* 1980).

The third method, the normative one, based on the capacity of the offender to know the nature of his act and to control his behavior, is used only in the Netherlands, Belgium and France.

All European countries recognize that there are mental disorders that mitigate responsibility but do not exclude it completely. In France, diminished responsibility is controversial but includes psychopathic disorders. The rationale is that since psychopathic disorders and certain other kinds of mental illness cannot completely exclude criminal responsibility, only diminished responsibility is taken into consideration. In Norway disorders such as unconsciousness due to willful intoxication, temporarily reduced consciousness or an underdeveloped or permanently impaired mental capacity represent cases of diminished responsibility (*Ferracuti* 1986). In Great Britain and Cyprus diminished responsibility is considered only in cases of homicide. In other European countries, offenders whose responsibility is diminished are still subject to punishment and/or the imposition of measures of treatment and imprisonment.

It must be noted that efforts to be fair and objective in assessing the legal responsibility of the emotionally disturbed have not always been understood. To this effect *Ferracuti* states: ». . . people think that our specialty is nothing

more than a system through which we are trying to control people» (*Ferracuti* 1986).

In most European countries the responsibility of children and juveniles is either non-existent or highly mitigated. In many countries, they are not subject to punishment but to educational measures which are decided by the child welfare authorities. In the following countries the age of beginning responsibility is: Switzerland — seven years, Great Britain — ten, the Netherlands — twelve, France and Greece — thirteen, Austria, Italy and Germany — fourteen, Denmark and Sweden — fifteen, and Spain — sixteen (Secretariat Memorandum 1986). In the United States the age of responsibility varies from state to state, with an average age of fourteen years.

Reflections

A discussion of criminal responsibility needs a premise that may sound more philosophical than practical. Responsibility is intended to mean a situation in which a subject assumes the role of voluntary agent of some effect of development. The result may be good or bad and reward or punishment usually follow. In ancient Greece the concept of responsibility and causation were considered as one. The Greek word »aetios« — »the one who has caused something« — included, besides causation, the meaning of moral action. Later, in order to better determine responsibility, the concept of will or willful intention to act in a given manner and at a given time was added. More recently, the deterministic view negating the involvement of free will in decision making brought about the mitigation of responsibility, and culminated in the positivistic position which upheld the negation of any social or moral responsibility. Responsibility, free will and freedom to choose became strictly interconnected.

In order to properly understand the difficulties faced in assessing criminal responsibility, it is necessary to understand the concepts of super-ego and conscience which pertain primarily to the field of psychology. The formation of super-ego and conscience are strictly connected, even though the appearance of conscience in human beings is a later development than that of the super-ego. In order for the child to proceed in his psychological development after the resolution of his Oedipus or her Electra complex, and in order to be acceptable to his/her family and the social group he/she is part of, it is necessary to conform to and accept his/her parents' personal and socially determined standards. The processes of incorporation, identification, and the formation of ego ideals take place after the formation of the super-ego with the occasional possible experiencing of feelings of pride, shame and guilt. The adolescent learns the rules of the game as he/she perceives them and as demanded by the group and by society. In popular terms, conscience is generally understood »to give intuitively authoritative decisions as regards the moral quality of single actions. . . Every action has an. . . intrinsic goodness or badness. . . Conscience may be understood as the active principle in the soul which, in face of two alternatives, tells a man that he ought to select the one which is in conformity

with the moral law. . .« (Encyclopedia Britannica 1967). Actually, the development of a social and moral conscience usually comes about a bit later than puberty when the individual, already having developed a super-ego structure, enters, as a rather free entity, the give and take of life's arena. That is the time when he/she is more actively exposed to social/religious environmental teachings. The ideas of *Buber* (Green 1959) further clarify conscience: »Conscience means to us the capacity and tendency of man radically to distinguish between those of his past and future actions which should be approved and those which should be disapproved. . .« The influence and importance of the environment in what is called personal responsibility is certainly well-accepted. During early adulthood, the individual, having achieved some form of super-ego structure and conscience, usually tries to adapt to social norms. »During these years the man (woman) is establishing and developing his (her) role as a working member of society. This is important in achieving identity and status. The individual is expected to do something and be somebody in the world of work, and success is one regulator of his (her) self-esteem. . .« (Engel 1962).

In view of the above psychological and philosophical thoughts, and taking into consideration present-day dyscontrolled society, it is certainly a difficult task to delve into the topic of criminal responsibility of the sane as well as of the mentally ill. However, the authors hope to shed some light on the concept of criminal responsibility of the sane or insane individual.

In order to adequately evaluate the criminal responsibility of adults it is important to take into consideration the individual's mental condition and social behavior. He/she should have achieved not only intellectual and emotional maturity, but, most of all, a personal moral equilibrium that allows adequate social and ethical behavior in order to be held legally responsible. *Gerin* (1952) aptly stated regarding minors, »It is an absurdity to consider responsible the minor who, even though showing normal intellectual and decisional capacity, does not possess, also, a good, moral conscience, which would allow him to behave according to those socio-ethical principles that are the foundations of collective living. Many of our offenders, both the mentally ill and not, lack an adequate socio-moral conscience«. *Gerin's* statement could be considered anticipatory, even though somewhat more comprehensive, of the present day American Law Institute definition of legal responsibility whereby a defendant must possess substantial mental capacity not only to know right from wrong but also to appreciate the nature and quality of his actions, refrain from doing wrong and conform with the requirements of the law.

Mental illness or mental defect is, at times, a diminishing factor in an offender's responsibility. »There are certain types of crime in which the offender's behavior suggests goals or motivations which seem so unacceptable and so incomprehensible that they are readily looked upon as unreasonable« (*Halleck* 1967). It is, indeed, the unreasonableness of his behavior which should make one question and investigate more deeply the offender's responsibility. That

does not make it a justification for unlawful behavior and automatic dismissal of any form of punishment.

In Anglo-Saxon countries the determination of legal responsibility has changed during the past century. The *McNaghten*, the *Durham*, and the recent American Law Institute rules for assessing criminal responsibility, seemingly have evolved along with progressive neuro-physiological research and discoveries regarding the activity of the human brain and its global functioning (*Tancredi et al.* 1988). A better understanding of the frontal lobe and the limbic system activities has created psychiatric-socio-legal enlightenment. It is hoped that in the near future, in addition to the already present assessment of psychiatric and legal responsibility, the determination of a social responsibility will also be requested. The American Psychiatric Association Task Force, after recognizing the difficulty inherent in the insanity defense, upheld the importance of that defense for genuinely mentally ill defendants and stated the following: »A person charged with a criminal offense should be found not guilty by reason of insanity if it is shown that as a result of mental disease or mental retardation he was unable to appreciate the wrongfulness of his conduct at the time of the offense. . .« The terms mental disease and mental retardation include only those severely abnormal mental conditions seriously impairing perceptions, cognition and judgment.

Formulating a theory of social responsibility is a difficult task. The increasing formalization and bureaucratization of social life has infiltrated every institution of society and affected, often for the worse, human relationships. *Sorokin* (1970), a Russian sociologist, spoke of the twilight of Western sensate culture. Social class, together with racial, ethnic, and religious conflicts undermine the social and political order and make communal life problematic. In *Sorokin's* scenario the sensate culture, characterized by materialism, hedonism, and deterministic theories in both the biological and social sciences, has been replaced. Out of the ashes of sensate culture an ideational or idealistic culture emerged which emphasizes man's responsibility to himself, family, and community. The emergence of a new order and with it increased social responsibility, becomes possible only if individuals see themselves as free beings, able to question the social order and not wholly determined by it.

Charismatic individuals often have been at the forefront of social change movements — *Socrates* questioned the Greek society of his day, *Martin Luther King* questioned the lack of full civil rights in America in the 1960s, and, more recently, Pope *John Paul II* called for a more invigorated social order. As a result of the efforts of these individuals, new norms of social responsibility were created. These norms have become institutionalized to a degree in legal and justice systems. While it becomes possible to define minimal levels of social competence as behavior which reflects an enlightened social order, an urgent task for contemporary society is to re-define criminal, legal, and social responsibility and thus heal a fractured social order in which man can take his place as a more self-determining being.

Conclusions

»Man's freedom goes hand-in-hand with his responsibility, or, better yet, with his possibility to be considered responsible« (López Ibor 1975). The belief in man's freedom is shown clearly in the writings of *Plato*. He stated that »man is not determined by the universe, but is able to choose, is free to determine, in the last analysis, his own fate«. *Aristotle* believed in man's freedom. »Virtue, as well as evil lies in our power«, he wrote, or, as *Frost* paraphrased it, »We are free to do that which is good or to do that which is evil« (Frost 1962).

An orderly world gives one a sense of security and there certainly can be no communal and civic life without order. The person who isolates himself from a normal integration with society and creates for himself new radical modes of behavior should be considered responsible for his actions. In the nineteenth century, alienation, with its behavioral manifestations, generated a new concept of responsibility which stressed that society's order and security should be more important than the individual's free will. The responsibility of any individual was determined in accordance with his potential capacity to harm society. The subsequent theories of determinism — biological, sociological, emotional, adaptational, interpersonal, clashed with the free will theory, even though deterministic philosophical doctrines have tried to shed light on the problem of criminal responsibility. Man is viewed by them not as the sculptor but as the clay. The concept of determinism annuls human responsibility. The authors believe that the cognitive, introspective, and decisional capacities of man raise him above inanimate objects and animals. And, together with *Bidionto* (1989), they believe that, »The free will, or volition, or decisional capacity, of the neocortical man is at the starting point of all knowledge and proof — not at the conclusion of some logical chain. It does not need to be proved because it is a building block of proof itself«.

In present day society there is a tendency to deresponsibilize the criminal offender and, in particular, the mentally ill criminal offender. This possibly derives from the tremendous wealth of acquired notions in this increasingly complicated world which tends to confuse issues. Contrary to the above *Szasz's* ideas still ring true (1963): »Reward and punishment have always been the basic principle of society. . . Through criminal and civil commitment society evades its duty to punish the law-breaker. . . and contaminates and complicates the psychiatric care.«

Individualism, which has contributed so much to society, has slowly declined during the past decades. A new form of collective approach to human and societal problems has taken over. Committees and sub-committees have mushroomed at all levels of social endeavor. The pronoun *we*, not as a sign of inflated ego but synonymous of group decision making, has gradually supplanted the individual *I*. Shared responsibility has taken the place of personal responsibility. Even groups are at times unwilling to accept the responsibility for their shared decisions. It is said that responsibility lies basically with society and its institutions. Consequently, the function of the ego— the capacity to

decide and be responsible for one's own actions, has become a void, conceptual word. While it certainly can be asserted that the majority of individuals in our society have a sense of personal responsibility, many others have grown up without the appreciation of this human attribute — responsible decision making, that goes hand-in-hand with freedom. »Public virtue is a kind of ghost-town into which anyone can move and declare himself sheriff«, says *Bel-lab* (1986) and *Bloom* (1987) has aptly stated, »Country, religion, family, ideas of civilization, all the sentimental and historical forces that stood between cosmic infinity and the individual providing some notion of a place within the whole, have been rationalized and have lost their compelling force.«

Irresponsible behavior is ubiquitous in society. Irresponsibility often leads to criminal acts. Some of these criminal acts are committed by mentally or emotionally disturbed people. It could be argued that if it were not for the inadequate implementation of civil rights and the consequent deinstitutionalization of the mentally ill, and the decriminalization of some offenders, society would not have to face such a complex problem as the assessment of the criminal responsibility of the mentally ill. The education of the uneducated to basic human social values important for communal living is of utmost importance in a social system. Is it possible that man, overwhelmed by many social problems, recognizes his, and his fellow-man's, inadequacy and impotence? Is it, perhaps, his lack of mastery of this fast evolving life that makes him, consciously and unconsciously, passively accept a diminished social and legal responsibility? This trend is not conducive to the maintenance of man's integrity and his privileged place in the socio-ecological system because, as *Bernheim* states (1986), »The concept of responsibility has a place in every ethical model which considers man as having a privileged position in the scale of values. It is a sort of anthropological option, a postulate which grants men freedom of decision and mastery over his acts«. This is the burden we carry and the privilege we have as members of the human race.

Verantwortlichkeit und psychische Erkrankung — Eine internationale Übersicht

George B. Palermo (Milwaukee), Edward J. Gumz (Oshkosh), Mark T. Palermo, Gloria Del Forno (Milwaukee)

Anfänge einer forensischen Psychiatrie lassen sich bis in die Antike zurückverfolgen. Im 19. Jahrhundert unter dem Einfluß von *Tuke* in England und *Pinel* in Frankreich wurde gesetzlich festgelegt, daß psychisch Kranke für Straftaten nicht verantwortlich seien. Forensische Psychiatrie heute umfaßt ein weites Gebiet, das sich neben den Tätern auch mit den Opfern befaßt und zu dem auch Fragen der Diagnostik und der Behandlungsmethodik gehören.

Um die Verantwortlichkeit bei Straftaten abzuklären, so führen die Autoren aus, wird vom psychiatrischen Gutachter üblicherweise untersucht, in wel-

cher psychischen Verfassung eine Person zum Zeitpunkt der Tat war, ob sie in der Lage war, die Konsequenzen ihrer Tat einzusehen und ob sie das Unrecht erkennen konnte. Strafrechtlich kann eine Person nur dann verantwortlich sein, wenn sie in der Lage gewesen wäre, anders zu handeln. In den meisten europäischen Ländern wie z.B. Spanien, Frankreich, West-Deutschland und der Schweiz wird zur Begutachtung der Schuldfähigkeit sowohl untersucht, ob eine psychische Störung vorliegt, als auch beurteilt, ob der Täter ein Unrechtsbewußtsein hatte. In Norwegen und Spanien reicht die Feststellung einer psychischen Krankheit allein zur Exculpierung aus; in den Niederlanden, Belgien und Frankreich kann schon ein fehlendes Unrechtsbewußtsein zur Feststellung der Schuldunfähigkeit führen. In allen europäischen Ländern können sich psychische Störungen außerdem strafmildernd auswirken.

Ihrer Diskussion der strafrechtlichen Verantwortlichkeit stellen die Autoren einige philosophische Überlegungen voran. Sie gehen davon aus, daß Verantwortlichkeit eine Situation voraussetzt, die einer Person die Freiwilligkeit einer Handlung erlaubt. Es gehört auch dazu, daß eine Person ein Bewußtsein ihrer selbst hat, was nach Meinung der Autoren nach Bildung des Über-Ichs nach der Pubertät der Fall ist, damit sie zwischen zu billigendem und zu mißbilligendem Handeln unterscheiden kann. Desweiteren sind die sozialen Normen zu berücksichtigen, da sie ebenfalls die persönliche Verantwortlichkeit beeinflussen.

Hinsichtlich der forensischen Begutachtung halten die Autoren die Beurteilung von psychischer Verfassung und sozialem Verhalten für notwendig. Sie sehen eine Verantwortlichkeit nur gegeben, wenn die betreffende Person ein moralisches Bewußtsein ihrer Tat entwickeln konnte. Außerdem sollte gerade die scheinbare Unvernunft einer Handlung Anlaß für weitere psychiatrische Untersuchungen sein. Es wäre für die Begutachtung auch hilfreich, wenn neben einer psychiatrischen und einer gesetzlichen Verantwortlichkeit auch eine soziale Verantwortlichkeit gesellschaftlich festgelegt würde.

In ihren Schlußfolgerungen betonen die Autoren, daß Verantwortlichkeit und freier Wille zusammengehören. Determinismus, sei er biologisch, soziologisch oder interpersonell, hebt die Verantwortlichkeit des Menschen auf. Sie wird auch dadurch verringert, daß heutzutage die Verantwortlichkeit für Handlungen mehr und mehr bei Kollektiven liegt oder der Gesellschaft zugewiesen wird; nur selten wird noch von einer persönlichen Verantwortlichkeit gesprochen. Überall in der Gesellschaft ist deshalb unverantwortetes Verhalten anzutreffen, das wiederum zu Straftaten führt, die manchmal auch von psychischen Kranken begangen werden. Als von äußerster Wichtigkeit für menschliches Zusammenleben wird deshalb die Vermittlung von sozialen Werten wie menschliche Unversehrtheit, Entscheidungsfreiheit und Verantwortlichkeit für das eigene Tun angesehen.

Literature

- American Psychiatric Association* (1983): Statement on the Insanity Defense. In: *American Journal of Psychiatry* (140) 681-688
- (1987): D.S.M. III-R. Washington DC
- Basaglia, F.* (1968): *L'Istituzione Negata* (Turin: Einaudi)
- (1982): *Scritti, I, II* (Turin: Einaudi)
- Bellah, R.* (1986): *Habits of the Heart* (New York: Harper and Row)
- Bernheim, J.* (1986): Secretariat Memorandum. Seventh Criminological Colloquium, Strasbourg
- Bidinotto, R.J.* (1989): Crime and Consequences. In: *Freeman* (39) 340-352
- Bloom, A.* (1987): *The Closing of the American Mind* (New York-London: Simon & Schuster)
- Canepa, G.* (1986): Secretariat Memorandum. Seventh Criminological Colloquium, Strasbourg
- Canepa, G.; Kerner, H.J.* (1981): L'Expertise Criminologique. In: *Annales Internationales de Criminologie* (19) 1-2
- Chiswick, D.* (1978): Insanity in Bar of Trial in Scotland. In: *British Journal of Psychiatry* (132) 598-601
- Conseil de L'Europe* (1980): *Rapport sur la Decriminalization*. Strasbourg
- (1983): *Legal Protection of Persons Suffering from Mental Disorder Placed as Involuntary Patients*. Legal Affairs. Strasbourg
- Engel, G.L.* (1962): *Psychological Development in Health and Disease* (Philadelphia-London: W.B. Saunders)
- Ferracuti, F.* (1986): Secretariat Memorandum. Seventh Criminological Colloquium, Strasbourg
- (1988): *Trattato di Criminologia — Medicina Criminologica e Psichiatria Forense Vol. I-IV.* (Milan: Giuffrè)
- Ferracuti, F.; Wolfgang, M.E.* (1965): *Quaderni Criminologici Clinici*. Turin
- Freedman, A.M.; Kaplan, H.I.; Sadock, B.J.* (Eds.) (1975): *Comprehensive Textbook of Psychiatry, I, II* (Baltimore: Williams and Wilkins)
- Frost Jr., S.E.* (1962): *Basic Teachings of Great Philosophers* (New York: Doubleday)
- Gatti, U.* (1986): Secretariat Memorandum. Seventh Criminological Colloquium, Strasbourg
- Gerin, C.* (1952): *Medicina Legale e delle Assicurazioni* (Rome: CAS-Schirru)
- Green, M.R.* (1959): Martin Buber. In: *Arieti, S.* (Ed.): *American Handbook of Psychiatry, Vol. II* (New York: Basic Books)
- Halleck, S.L.* (1967): *Psychiatry and the Dilemma of Crime* (New York: Hoeber-Harper and Rowe)
- Jareborg, N.* (1986): Secretariat Memorandum. Seventh Criminological Colloquium, Strasbourg
- Kalashnick, I.M.; Morozov, G.V.* (1967): *Medical Measures applied to Mentally Ill Persons who have Committed Socially Dangerous Acts*. In: *Forensic Psychiatry* (New York: International Arts and Sciences Press)
- López Ibor, J.J.* (1975): Introduction. In: *Semerari, A.; Citterio, C.* (Eds.): *Medicina Criminologica e Psichiatria Forense* (Milan: Vallardi Editor — Società Editrice Libreria)
- Molinari, F.* (1986): Secretariat Memorandum. Seventh Criminological Colloquium, Strasbourg
- Palermo, G.B.* (1991): The 1978 Italian Mental Health Law: A Personal Evaluation. In: *Journal of Royal Society of Medicine* (84) 99-102
- Papeschi, R.* (1985): The Denial of the Institution: A Critical Review. In: *British Journal of Psychiatry* (146) 247-254
- Schmützler, J.G.* (1983): Forensic Psychiatry in the Netherlands. In: *International Journal of Law and Psychiatry* (6) 443-455
- Schreiber, J.; Roesch, R.; Goldin, S.* (1987): An Evaluation of Procedure for Competency to Stand Trial. In: *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law* (15) 187-203
- Shan, S.A.* (1978): Dangerousness and Mental Illness: Some Conceptual, Prediction and Policy Dilemmas. In: *Frederick, C.J.* (Ed.): *Dangerous Behaviour: A Problem in Law and Mental Health* (Washington, D.C.: U.S.G.P.O. (A.D.M.) D.H.E.W. Publ. pp. 78-563)
- Shah, S.A.; McGarry, A.L.; Curran, W.J.* (1986): *Forensic Psychiatry and Psychology* (Philadelphia: Davis)
- Slovenko, R.* (1980): Law and Psychiatry. In: *Freedman, A.M.; Kaplan, H.I.; Sadock, B.J.* (Eds.): *Comprehensive Textbook of Psychiatry III* (Baltimore: Williams and Wilkins)
- Sorokin, P.* (1970): *Social and Cultural Dynamics* (Boston: Porter Sargent)
- Szasz, T.S.* (1961): *The Myth of Mental Illness* (New York: Hoeber-Harper)
- (1963): *Law, Liberty and Psychiatry* (New York: MacMillan)

- Tancredi, L.R.; Volkow, N.* (1988): Neural Substrates of Violent Behavior: Implications for Law and Public Policy. In: *International Journal of Law and Psychiatry* (11) 13—49
- Wootton, B.* (1980): Psychiatry, Ethics and the Criminal Law. In: *British Journal of Psychiatry* (136) 525—532
- Zillboorg, G.* (1941): *History of Medical Psychology* (New York: Norton)

Address of the authors:

Prof. George B. Palermo, M.D.
925 East Wells St.
Milwaukee, WI 53202
USA

Buchbesprechungen

Raymond Battegay

Grenzsituationen

Reihe Geist und Psyche

Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main 1992, erweiterte Neuauflage, 187 Seiten

In seinem Werk »Narzißmus und Objektbeziehungen« verdeutlicht *Battegay* seine grundlegende therapeutische Einstellung: »... ich glaube, daß viele Fehler, die in der Psychoanalyse narzißtisch gestörter Persönlichkeiten... aufgetreten sind, vermieden werden können, wenn man erkennt, wie sehr in ihrer Selbstidentität gestörte Patienten... unsere warme menschliche Zuwendung – und nicht nur etwa Frustration – benötigen.« Auch das vorliegende Buch ist von *Battegays* empathischer Grundhaltung bestimmt. *Battegay* stellt mögliche menschliche Grenzsituationen dar und skizziert therapeutische Wege aus diesen für die menschliche Existenz bedrohlichen Situationen. Im Kontext des Buches geht der Autor von der Philosophie *Karl Jaspers'* aus und definiert Grenzsituationen als Situationen, »in denen ein Mensch entweder sich mehr oder weniger drastisch seiner Begrenztheit bewußt wird oder aber unbewußt an eine Grenze stößt, jenseits derer seine Existenz bedroht oder gar beendet wäre.« In solchen Grenzsituationen kann dem Menschen erstmalig der Wert seines Lebens bewußt werden.

Neben den vorwiegend psychiatrischen Grenzsituationen, die *Battegay* jeweils in einzelnen Kapiteln des Buches mit reichhaltigem Fallmaterial und Literaturzitatzen sowie Schilderungen von Lebens- und Therapiegeschichten darstellt (so z.B. die depressive, manische, schizophrene, narzißtische und psychosomatische Grenzsituation) umfaßt die Darstellung auch Kapitel über Grenzsituationen bei körperlichen Erkrankungen, bei HIV-Infektionen, bei Invalidität, akuter Lebensgefahr und im Alter. Dabei schildert der Autor zu Beginn jedes Kapitels seine theoretischen Vorstellungen im Vergleich zu anderen Forschern, bevor er zur Lebens- und Krankheitsgeschichte einzelner Patienten übergeht. *Battegay* stellt dar, mit welcher inneren Einstellung und therapeutischen Methodik er mit dem Patienten in der entsprechenden Grenzsituationen umgeht und welche Auswirkungen die spezifische Situation für den Einzelnen und die Gesellschaft hat. Deutlich wird immer, daß *Battegay* seine therapeutische Wirksamkeit aus einer empathischen und authentischen Grundhaltung gewinnt, die er vom Therapeuten allgemein fordert und im letzten Kapitel des Buches konzeptualisiert.

Am Beispiel des Kapitel über die Grenzsituation bei HIV-Infektion und AIDS wird deutlich, wie *Battegay* jeweils die gesellschaftliche Dimension in die Diskussion einbezieht: »Die Grenzsituation der HIV- und AIDS-Betroffenen ist vor allem deshalb so bedrohlich, weil die Sterblichkeit und die Todesgefährdung, die zwar alle Menschen treffen, bei ihnen offenkundig sind. Diese Tatsachen können nicht mehr verdrängt werden.« Er arbeitet mit

AIDS-Patienten in therapeutischen Gruppen, in denen durch Kontakt mit anderen Menschen und Solidarität die noch zu lebende Zeit wirklich erfüllt ist. Schließlich äußert *Battegay* die Vermutung, daß manche der HIV-Infizierten das Leben erst in dieser Grenzsituation erfahren können.

Nach Ansicht des Autors bergen Grenzsituationen die »Möglichkeit nicht nur der Seinserfahrung, sondern auch der Selbst-Erfahrung«. Außer Extremsituationen zählt er daher auch soziale Konstellationen, in denen der Mensch durch zunehmende Anpassung seine Individualität zu verlieren droht, zu den Grenzsituationen. In diesen Momenten muß der Einzelne seinen eigenen Weg jeweils neu überdenken, um sich nicht selbst aufzugeben.

Nach *Battegays* Auffassung besteht immer in solchen Situationen die Gefahr, daß der Mensch »an die Grenzen seiner Leidensfähigkeit gelangt und an sich verzweifelt«. Bei der Behandlung sollte die grundsätzliche Verschiedenartigkeit der Übertragungs- und Widerstandsarbeit bei neurotischen und bei früh gestörten, psychotisch reagierenden Patienten beachtet werden: bei psychosenahen Patienten ist ein therapeutisches Einsteigen in die Krankheitsdynamik erforderlich, d.h. der Therapeut muß sich mit seinem Patienten über die »Ich-Du-Grenze« hinaus zumindest zeitweise identifizieren können. *Battegays* so formuliertes Konzept der Empathie und sein prozeßhaftes Verständnis der Behandlung psychischer Erkrankungen werden in diesem Buch überzeugend dargestellt.

Durch das Buch »Grenzsituationen« bestätigt sich erneut die Nähe und Verbundenheit der Dynamisch-Psychiatrischen Schule *Günter Ammons* zum Werke *Battegays*.

Ulrike Schanné (München)

Sigmund Freud

Zur Dynamik der Übertragung. Behandlungstechnische Schriften

Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main 1992, 179 Seiten

Der Fischer Verlag hat sich entschlossen, breiten Leserschichten eine umfassende Taschenbusch Ausgabe der Werke *Sigmund Freuds* zu präsentieren, in der die klassischen Positionen *Freuds* mit Begleittexten zeitgenössischer Wissenschaftler versehen wurden, die den Bogen zum aktuellen Stand der Psychoanalyse spannen sollen.

Die vorliegenden Essays beschäftigen sich mit der Übertragung. *Freud* hat sie in der Zeit von 1911 bis 1937 verfaßt. In dieser Zeit war die Schar seiner Anhänger bereits erheblich gewachsen, heftige Kontroversen fanden statt, und deshalb plante *Freud*, therapeutische Richtlinien als Lehrbuch herauszugeben. Es blieb bei den Aufsätzen und sie sind hier in Buchform zusammengestellt.

Die Einleitung von *H. Argelander* erlaubt einen raschen Einstieg in die Thematik. Er hat die Entstehung und den Inhalt des Werkes in übersichtlicher Weise zusammengefaßt und durch Aspekte zur Bedeutung der Sprache erweitert.

Das sorgfältig editierte Buch ermöglicht eine Wiederbegegnung mit den nach wie vor bedeutsamen Arbeiten *Freuds*, die bisher noch nie in dieser Form zusammengestellt waren. Es regt an, sich mit weiteren Theorien zu dieser Thematik, etwa mit der Rolle der Gegenübertragung oder dem Phänomen der Übertragung bei psychotisch erkrankten Patienten (von *Freud* als narzißtische Neurosen bezeichnet) oder bei Borderline-Patienten zu beschäftigen.

Delia Püschel (München)

Robert A. Glick, Stanley Bone (Hrsg.)

Pleasure beyond the Pleasure Principle

The Role of Affect in Motivation, Development, and Adaptation

Band 1 Yale University Press, New Haven & London 1990, 286 Seiten

Grundlage des vorliegenden Buches ist ein Symposium über »Pleasure and pleasurable affects« (siehe Anmerkung), das erste in einer Reihe über die »Theorie der Gefühle«, veranstaltet vom Columbia Center for Psychoanalytic Training and Research. Ein weiterer Band über Wut, Macht und Aggression soll folgen.

Die Autoren, wenngleich alle *Freud* verpflichtet, stellen den rein quantitativ-energetischen Ansatz des *Freud'schen* Lustprinzips in Frage. Im *Freud'schen* Sinne bedeutet »Lust« Abfuhr von libidinöser Triebenergie, »Unlust« einen Triebstau. Der »psychische Apparat« erstrebt einen Zustand der Entspannung und der Konstanterhaltung der Energie, der Affekt ist lediglich Erregungssumme und dem Trieb untergeordnet. Jenseits des Lustprinzips hat *Freud* 1920 den Todestrieb angesiedelt. Beobachtungen in der Klinik und an Kindern, Erkenntnisse der Objekt- und Ich-Psychologie sowie Forschungsergebnisse der modernen Neurowissenschaften weisen *Freuds* Sehweise als »naiven Reduktionismus«, teilweise als schlichtweg falsch aus. Denn es gibt viele andere Quellen der »Lust« neben der reinen Triebbefriedigung, »Lust jenseits des Lustprinzips« wie der Buchtitel verheißt. »Lust« und »Unlust« sind zudem keine Gegensätze, wie *Freud* es postulierte, sondern können durchaus zusammenwirken. So kann die Lust an der sportlichen Leistung mit Schmerz verbunden sein, die Freuden der Kreativität mit Leiden und schmerzvoller Anspannung usw. Jenseits der hedonistischen Regulation durch Triebbefriedigung beschreiben die Autoren zwei weitere Arten von »Lust«, die menschliches Verhalten

Anmerkung: wir übersetzen »Pleasure« mit »Lust«, gemäß der Übersetzung des Lustprinzips mit »Pleasure principle«, möchten aber auf die breitere Bedeutung von »Pleasure« hinweisen, das bei-

motivieren und verändern — die »Lust« an der »two-ness«, der »Zweitheit« oder Zweisamkeit, Lust am Anderen, was besonders augenfällig wird bei der Beobachtung von Mutter und Kind. Die Freude am gegenseitigen Einklang ist gekennzeichnet durch ein Gefühl von Sicherheit und Zufriedenheit, nicht durch ein Gefühl von Erleichterung wie nach bloßer Triebbefriedigung. — die »Lust« an der Selbstbehauptung, der Autonomie, die sich beide erst durch die mitmenschlichen Beziehungen entwickeln können. Die Bestätigung durch den Anderen vergrößert die Freude am eigenen Selbst, schenkt »Lust« beim Meistern von Aufgaben, beim Erfolg, beim Leisten guter Werke usw. »Lust« ist dabei sehr komplex, kein Affekt per se, sondern eine besondere hedonistische Qualität im Erleben. »Lust« kann sinnlich-sexuell sein, aber auch symbolisch, das Abstrakte wie das Personale berührend. Es gibt ästhetische Lust, Lust an Wissen und Können usw.

Die mechanistische Sehweise *Freuds* hat die Vielfalt lustvoller Betätigungen nicht erfassen können, sie als sekundäre sublimierte Triebderivate verstanden. Allerdings gestehen die Autoren *Freud* zu, daß implizit in seinem Werk — in seinen Gedanken über Narzißmus und die Angst — Hinweise auf »Lust« bestehen, die nicht als bloße Triebreduktion zu verstehen sind und sich auf das eigene Ich und den Anderen beziehen. *Freud* hat diese Gedanken jedoch nicht systematisiert und formuliert. Er ließ die psychoanalytische Nachwelt in einer theoretischen Sackgasse. Der vorliegende Band will nun Wege aus dieser Sackgasse aufzeigen und neuere Erkenntnisse der Neurowissenschaften, der Verhaltensbiologie und Instinktlehre, der Pharmakologie und die bereits erwähnten klinischen und entwicklungspsychologischen Beobachtungen verbinden zu einem zeitgemäßen Modell der Affekte und ihrer Bedeutung für Verhalten und Motivation.

Hier muß vorgreifend kritisiert werden, daß ein zersplittertes, unzusammenhängendes Bild der wissenschaftlichen Diskussion herauskommt, dem eine übergreifende Theorie und ein schlüssiges Menschenbild — wie es die Dynamische Psychiatrie *Günter Ammons* bietet — fehlt. Die Dynamische Psychiatrie hat die Triebtheorie *Freuds* mit ihrem Konzept der Sozialenergie und der Humanfunktionen überwunden und eine umfassende Theorie entworfen, die den Menschen in allen Bereichen versteht und auch ein Erklärungsmodell positiver wie negativer Affekte und Gefühle impliziert.

Das vorliegende Buch liefert Teilergebnisse aus verschiedenen Wissenschaftsbereichen, die zwar hochinteressant, für das Verständnis des kranken Menschen und der klinischen Arbeit letztendlich unerheblich bleiben. Auch die theoretischen Ansätze bleiben bruchstückhaft. *Eugene Mahon* hat wohl Ähnliches im Sinn, wenn er in seinem Beitrag über »Spiel, Lust und Realität« im ersten Teil des Buches über Entwicklungspsychologische Betrachtungen meint: »Seine (*Freuds*) stark kritisierten hydraulischen Metaphern sind durch keine Metaphern ersetzt worden, die durch Avant-garde-Denken brillieren. . . Affekte wollen von innen und außen definiert werden. Wenn man von »außen« kommt, endet es damit, daß man Verhaltensweisen beschreibt. . .«.

Mahon selber beschreibt in seinem Beitrag, der voller Wortwitz und von stilistischer Eleganz ist, das Spiel als »Dirigent des affektiven Orchesters«, als »Generalprobe für die Realität«. Spiel ist nach *Mahon* halb Aktion, halb Symbol, ein entscheidender Vermittler zwischen Affekt und »Lust«. Spiel bleibt sowohl innerhalb als auch außerhalb des Lustprinzips, was *Mahon* im Sinne *Freuds* interpretiert und damit Wiederholungen im Spiel teilweise auch dem Todestrieb zuschreibt.

Einen deskriptiven Ansatz kindlicher Gefühls- und Verhaltensweisen bringt *David Stern*, der das Gegensatzpaar »Joy« (Freude, Glück) und »Satisfaction« (Befriedigung) in seiner Bedeutung für die frühkindliche Erlebenswelt beschreibt. Die Befriedigung entspricht dabei der Triebbefriedigung im *Freud*'schen Sinne, die Freude (joy) zeigt sich immer im sozialen Kontext. Beide Stadien wechseln fortwährend im Laufe eines Babyalltags. Das System der Befriedigung zeigt sich, wenn der Säugling gierig seinen ersten Hunger stillt, dann aber lächelt es die Mutter an, spielt mit dem Fläschchen u.ä., das soziale interpersonelle System zeigt sich. In einer Beziehung, die »good enough« ist, überwiegen Verhaltens- und Gefühlsweisen der zweiten Art. Die interpersonellen Freuden sind die Grundlage für die Entwicklung der Objektbeziehungen, für die Selbstregulierung und das Gedächtnis. *Ammons* Sozialenergie meint ja etwas ganz Ähnliches.

Stanley I. Greenspan legt ein differenziertes Entwicklungsstrukturmodell vor, das für jede Phase der kindliche Entwicklung — von der Geburt bis zur Postadoleszenz — eine Matrix von altersspezifischen Fähigkeiten des Kindes und deren mögliche Pathologie beschreibt sowie eine altersgerechte oder krankmachende Reaktion der Betreuer. Sein Modell integriert Aspekte der Entwicklungspsychologie, der Psychologie des Lernens mit denen der Psychoanalyse und bietet ganz neue Einsichten zur Entwicklung der kindlichen Sexualität, die *Freuds* Phasenmodell der frühen Kindheit als leere Theorie erscheinen lassen. (Alle Analytiker, die Kinder beobachten, beklagen *Freuds* Mangel an konkreter Beobachtung der kindlichen Realität). Zurück zu den Ursprüngen des Säugetieres Mensch geht *Myron Hofer*, der versucht, Brücken zwischen Verhaltensbiologie und Psychologie zu schlagen. Affekte entstehen in der ersten Phase der Beziehungen zwischen Mutter und Kind, an einem »weichen Ort«, der Haut oder dem Fell der menschlichen oder der Tiermutter. Besonders der Geruchssinn vermittelt nach *Hofer* die ersten Affekte von »Lust«. Er beschreibt Versuche mit jungen Ratten, die mit Wohlgerüchen und Streicheln konditioniert wurden und deren sezierte Gehirne veränderte metabolische Prozesse in olfaktorischen Zentren zeigten. Der Nachweis von Affekten im Gehirn erscheint dieser Forschungsrichtung als unabdingbar. Immerhin wird auch die Bedeutung der interpersonellen Beziehungen betont.

Im zweiten Abschnitt geht es um »Theoretical Frontiers«, einmal »frontier« als Grenze und Begrenzung der klassischen psychoanalytischen Theorie und »frontier« als gut amerikanische Herausforderung, die Grenzen zu überwinden. Einige der Autoren verweisen auf *Freuds* 1895 erschienenes Werk »Ent-

wurf einer wissenschaftlichen Psychologie«, in welchem er Psychologie als streng naturwissenschaftlich definiert wissen möchte. Die Naturwissenschaften waren nach Meinung der Autoren zu *Freuds* Lebzeiten nicht in der Lage, ein umfassendes Modell der menschlichen Psyche zu ergeben, und so mußte *Freud* naturwissenschaftliche Lücken mit Spekulationen ausfüllen. Der heutige Stand der Wissenschaften erlaubt nun, im Sinne des jungen, streng naturwissenschaftlich denkenden *Freud* zu handeln. Es sind die oben bereits erwähnten Disziplinen der Verhaltensbiologie, der Neurowissenschaften, der Hirnphysiologie und der Pharmakologie, die diese Aufgabe erfüllen können, wenn auch nach Meinung von *Nathanson* die Widerstände gegen deren Integration so stark seien wie die, die *Freuds* Lehre einst erfuhr.

Donald Nathanson, ein Schüler *Tomkins*, welcher in den 60er Jahren ein umfassendes Werk über positive und negative Gefühle veröffentlicht hat, definiert Affekte als strikt biologisch, Gefühle als Affekte, die im Organismus bewußt wurden und Emotionen als Assoziationen mit vorhergehenden Erfahrungen des Affekts. Das Gesicht wird als »Schaufenster der Gefühle« beschrieben (was *Darwin* bereits 1872 in seinem »The Expressions of the Emotions in Man and Animal« so aufgefaßt hatte), die Entwicklung des Menschen ist die Geschichte der gelernten Affektanpassung. Affekt ist »brain«, Biologie, Emotion ist »mind«, Biographie. Affekte sind den Trieben untergeordnet. Triebe allein reichen nicht, einen Menschen zu motivieren. Nach *Tomkins* gibt es 9 angeborene Affekte, die er mit zwei Worten benennt, welche den Grad von der schwächsten bis zur stärksten Ausprägung bezeichnet, z.B. »Furcht und Terror«, »Ärger und Wut«, »Interesse und Erregung« usw. Sexualität erfordert Interesse oder Erregung, um aufregend zu sein, verbunden mit Furcht oder Scham wird sie Impotenz oder Masochismus, mit Ärger oder Wut Sadismus usw. Das *Tomkins*'sche Schema erklärt viele komplexe Erscheinungen des menschlichen Gefühlslebens.

Die Existenz zweier Systeme für positive Gefühle beschreibt *Norman Doidge*. Es ist die Theorie *D.F. Kleins*, der ein »appetitive pleasure system« und ein »consummatory pleasure system« annimmt, die beide unabhängig voneinander funktionieren und eine neurochemische Basis haben, die durch Drogen beeinflusst werden kann. Grundlage dieser Systeme sind die Modelle der Verhaltensforscher wie *Tinbergen* und *Lorenz*, die ein Appetenz-System beschreiben, was von der Umwelt und von Lernprozessen abhängig ist. Das Zielverhalten läuft mehr stereotyp ab. Im menschlichen Verhalten ist die Vielfalt der Abläufe wesentlich erweitert. Das Appetenzsystem führt zu etwas hin, ist ein feed-forward, das Zielsystem ist Erfüllung und Genuß. Entsprechend sind die Gefühlsweisen beim ersteren aufgeregt, der Organismus will mehr und mehr, das beinhaltet andere Gefühle der Ruhe, des Friedens usw. *Doidge* hat nun entsprechend Parallelen zu Drogenwirkungen von Kokain und Stimulantien für das Appetenzsystem und Wirkungen von Heroin, Opium u.ä., für das Zielsystem aufgezeigt und nimmt an, daß im Organismus eine ähnliche Biochemie stattfindet. Anhand von Schizophreniekranken und Depressiven versucht er

eine Anwendung der beiden verschiedenen Systeme mit Konsequenzen für Behandlung und Medikation.

Der dritte Teil des Buches befaßt sich mit der Bedeutung »lustvoller« Gefühle für die klinische Arbeit, wobei zwei der drei Artikel sich mit deren Gegenteil beschäftigen. *Kernberg* beschreibt die Bedeutung von Haß und Wut in der Behandlung, sowie komplizierte Verbindungen von Haß und Lust wie im Sadismus und deren Behandlung. *Michael H. Stone* setzt sich mit Anhedonia, der Unfähigkeit, Freude zu empfinden, auseinander und bringt eine Reihe von Fallvignetten von schizophrenen und depressiven Patienten. In einem letzten Teil kommen die Geisteswissenschaftler zu Wort. *Ellen Spitz* geht in einem geistvollen Beitrag der Frage nach, was die »Lust« an der Kunst ausmache. Kunst ist Sehnsucht nach und Wiederfinden des verlorenen Objektes. Visuelle Kunst ist wie ein sexuelles Vorspiel ohne zeitliche Grenze (man kann ein Bild stundenlang anschauen), wohingegen Literatur, Musik, Theater Klimax und Abbruch bedeuten, dokumentiert durch das Zuschlagen des Buches, die Verbeugung des Dirigenten, das Fallen des Vorhanges. Die letzten beiden Beiträge setzten sich mit den philosophischen Fragen auseinander, mit denen *Freud* zeit seines Lebens rang, etwa mit dem Qualitäts-Quantitätsbegriff. *Judith Butler* versucht eine Neubewertung des Todestriebes, den sie nicht wörtlich als Wunsch zum Sterben interpretiert wissen will, sondern als Hilferuf nach vollständigem Schutz vor der feindseligen Umwelt. Sie versucht, den Todestrieb mit Kategorien der Phänomenologie *Husserls* und der Existenzphilosophie *Sartres* zu verstehen.

Wie oben bereits ausgeführt, bietet das Buch eine Fülle von Informationen, Teilaspekten, ohne integrative Arbeit zu leisten. Der Anspruch, aus der Psychoanalyse eine reine Naturwissenschaft zu machen, wirkt forciert. Freude jenseits des Lustprinzips vermittelt die sprachliche Qualität des Buches. Die angloamerikanische Tradition, Leser und Hörer nicht nur belehren, sondern auch unterhalten zu wollen, findet in dem Buch seinen Niederschlag.

Gerhild Sandermann (München)

Werner Janzarik (Hrsg.)
Persönlichkeit und Psychose

Reihe Klinische Psychologie und Psychopathologie, Bd. 50
Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1988, 194 Seiten

Der vorliegende Band enthält eine Reihe von Vorträgen namhafter Wissenschaftler auf dem 4. Heidelberger Psychopathologie-Symposium anlässlich des 100. Geburtstages von *Kurt Schneider*. Die Beiträge behandeln Themen zum Verhältnis von Persönlichkeit und Psychopathologie, insbesondere zum Verhältnis von Persönlichkeit und psychotischer Erkrankung. Der Band enthält sowohl Beiträge empirisch-statistischer als auch psychoanalytischer und struk-

turdynamischer Vorgehensweisen. Autoren sind u.a. *Stavros Mentzos*, *Reinhard Lempp*, *Rainer Tölle*, *Luc Ciompi* und *Uwe Henrik Peters*.

In der Einleitung formuliert *Werner Janzarik*, Emeritus der Universität Heidelberg, den zentralen Gegenstand der Beiträge: dieser sei das »Verhältnis zwischen den durch Persönlichkeit und Psychose ausgedrückten Grundgegebenheiten psychiatrischer Erfahrung«. Persönlichkeit werde verstanden »als die vergleichsweise dauerhafte, wenngleich durch Entwicklung und Formung wandelbare Matrix, Psychose als eine autonom gewordene, Befindlichkeit, Erleben und Verhalten in neue Qualitäten überführende Wandlung«. Dazwischen gebe es »ungeklärte und allenfalls zu vermutende Beziehungen«.

So wird z.B. von *Stavros Mentzos* die Sichtweise der Psychoanalyse zum Thema Persönlichkeit und Psychose diskutiert. *Mentzos* betont, daß auch bei affektiven Psychosen ein psychodynamisches Verständnis von Nutzen sei. *Reinhard Lempp* legt die entwicklungspsychologischen Erkenntnisse zum Verständnis der Schizophrenie dar: diese Erkrankung wird verstanden als eine Regression in frühere Kindheitsstufen, wobei eine bestimmte Vulnerabilität und Defizite im Aufbau des Realitätsbezuges mitbestimmend sind. Außerdem stellt *Luc Ciompi* seine affektlogische Interpretation des Persönlichkeitswandels vor. Er kommt zu dem Schluß, daß insbesondere durch die Erkenntnis selbstheilender Mechanismen im Menschen in Verbindung mit neuen Ergebnissen zur Langzeitentwicklung und zu Rehabilitationschancen ein »erheblicher Wandel« des Schizophrenieverständnisses zu verzeichnen sei: Schizophrenie bleibe »zwar zweifellos nach wie vor« eine »schwerwiegende Erkrankung. . . , aber eine hoffnungslose ist sie nicht mehr«.

In den Beiträgen läßt sich die Tendenz erkennen, daß es zur Erklärung des Verhältnisses zwischen Persönlichkeit und Psychose viele verschiedene und neue Ansätze gibt, die unterschiedliche Faktoren berücksichtigen (wie z.B. Vulnerabilität, prämorbid Persönlichkeit, entwicklungspsychologische Aspekte), jedoch ebenso viele offene und ungeklärte Fragen bestehen und die Erforschung von Persönlichkeit und Psychose noch in ihren Anfängen steckt.

Der vorliegende Band ist ein wichtiger Beitrag zum aktuellen Stand der Diskussion psychotischer Erkrankungen mit dem Tenor, daß diese Form von Erkrankung verstehbar und somit nicht unheilbar ist. Man vermißt jedoch Anregungen, wie diese neuesten Erkenntnisse nutzbringend für die Therapie psychotischer Erkrankungen herangezogen werden könnten.

Interessant scheint außerdem im einleitenden Referat von *Henning Saß* der Hinweis auf das zunehmende Bedürfnis nach einer ganzheitlichen Betrachtungsweise der psychotischen Erkrankung. Die Einführung eines dynamischen Prinzips (*Janzarik* 1987), in dem die Begriffe Struktur und Dynamik zur Erklärung von Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörungen herangezogen werden, wird leider zu wenig ausgeführt. Die Bearbeitung dessen sei »noch nicht im Detail erfolgt«. An dieser Stelle wundert man sich, warum das Persönlichkeitskonzept *Günter Ammons*, das auf den Prinzipien von Struktur und Dynamik beruht, in dem vorliegenden Band keinerlei Beachtung findet.

Monika Dworschak (München)

*Wilhelm Rothhaus (Hrsg.)
 Psychotisches Verhalten Jugendlicher
 Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Bd. 8*

Verlag modernes Lernen, Dortmund 1989, 246 Seiten

Das Buch richtet sich an alle Ärzte, Psychologen, Sozialpädagogen und andere therapeutisch mit Jugendlichen Arbeitende. Es ist eine Sammlung von Vorträgen, die auf den 4. Viersener Therapietagen 1988 gehalten wurden, wobei die Autoren von einem systemtheoretischen Ansatz ausgehen. Trotz dieses gemeinsamen Ausgangspunktes sind die einzelnen Beiträge sehr differenziert.

Das Buch gliedert sich in »Theoretische Konzepte« und »Therapeutische Konzepte«. Die meisten Autoren arbeiten praktisch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Landesklinik Viersen. In ihren Beiträgen verbinden sie ihre Erfahrungen aus der praktischen Arbeit mit theoretischen Überlegungen zur Systemtheorie. Die Systemtheorie geht davon aus, daß nicht ein bestimmter Mensch krank ist, das ganze System ist krank. Der Patient ist der Symptomträger. Von dieser Position aus weist *Kurt Ludewig* auf die Verantwortung klinisch Arbeitender hin, wenn es darum geht, im Jugendalter die Diagnose Schizophrenie zu stellen, da dieser Krankheitsbegriff bis heute ein soziales Todesurteil für den Betroffenen darstellt. Er stellt die Frage, ob die im Jugendalter symptomatisch erkannten Psychosen als eigene Gruppe gesehen werden sollten in Abgrenzung zu psychotischen Reaktionen im Erwachsenenalter. Das Auftreten schizophrener Reaktionen im Jugendalter hält er durch die Annahme einer »konstitutionellen, in der sozialen Existenz verankerten Vulnerabilität« für erklärt, »die erst im Zusammenkommen mit dazu passenden Auslösern aktiviert wird«. Die Auslöser werden hierbei nicht erklärt.

Die den psychotischen Reaktionen zugrundeliegenden strukturellen Defizite, wie *Ammon* sie in seinem Humanstrukturkonzept beschrieben hat, werden nicht dargestellt. Der Schwerpunkt der Betrachtungen liegt in der Reflektion der familiären Beziehungen, respektive der Beziehungen innerhalb der Institution/Gesellschaft, in der der Jugendliche krank geworden ist. Es wird von einem pathologischen Gleichgewicht ausgegangen. *Liechti, Darbellay* und *Zbinden* stellen in ihrem Beitrag »Der systemtherapeutische Zugang zu psychiatrischen Problemen im Kontext der freiberuflichen Praxisgemeinschaft« eine Familie vor, deren Kind im Jugendlichenalter psychotisch reagiert, wobei sich die Autoren dieser Diagnose nicht anschließen. Sie richten ihr Augenmerk auf ein Problem im Zusammenleben, das die Familie mit dem jungen Patienten hat. Ihre Intention ist eine »kontrollierte Schulung des individuellen Problemlöseverhaltens« der Mitglieder der Familie. Dahinter steht die Hoffnung, daß durch eine Verhaltensmodifikation ein Zugang zu dem jugendlichen Patienten gefunden wird und dieser sich der Therapie anschließt. Im Vordergrund steht eine Vermehrung der »Egostärke der Betroffenen«.

In dem Buch spiegelt sich das Ringen der systemischen Schule als der jüngsten therapeutischen Schule um Fachbegriffe wider. Die Texte sind durchweg

um eine Fachsprache und ein hohes Abstraktionsniveau bemüht, was sie teilweise schwer lesbar macht und eine Kühle vermittelt, die sicher nicht die therapeutische Arbeit bestimmt.

Andrea Riedel (Berlin)

Gion Condrau

Einführung in die Psychotherapie.

Geschichte, Schulen, Methoden, Praxis. Ein Lehrbuch.

Reihe »Geist und Psyche«, Fischer-Verlag, Frankfurt am Main 1989, 404 Seiten

Der Schweizer Psychotherapeut *Gion Condrau* lehrte zum Zeitpunkt des Entstehens des Buches als Titularprofessor medizinische Psychologie in Fribourg und Psychosomatik und Klinische Psychologie in Zürich. Er ist einer der bedeutendsten Vertreter der von *Lion Binswanger*, einem Schüler *Freuds*, begründeten Daseinsanalyse.

Der Autor betont in der Einleitung die Wichtigkeit der therapeutischen Grundhaltung der »vorausspringenden Fürsorge«, die den Patienten lehrt, die Psychotherapie als einen Teil seiner eigenen Verantwortlichkeit zu übernehmen, und die ihm erlaubt, eine Nachreifung seiner primär gestörten Weltbezüge durchzumachen. Es werden Bezüge der Psychotherapie zur Medizin, zur Psychologie, zur Theologie, zur Psychiatrie und zur Gesellschaft hergestellt, gegenseitige Mißverständnisse und Bereicherungsmöglichkeiten aufgezeigt. *Condrau* fordert eine Wiedereinbeziehung der Philosophie in die Medizin: »Nur der Arzt, der auch Philosoph ist, ist ein richtiger Arzt.«

Im ersten Kapitel wird auf die daseinsanalytische Betrachtungsweise in der Psychotherapie eingegangen. Ihre Methodik ist phänomenologisch-hermeneutisch, es soll ein Verständnis des Sinn- und Bedeutungsgehaltes krankhafter Weltbezüge geschaffen werden, in dem das Wesenhafte einer Erscheinung (Symptom, Traum o.ä.) sichtbar gemacht wird. Therapeutisches Ziel ist, den Menschen zu einer »Freiheit zu« zu befähigen, ihm die Ausschöpfung seiner vielfältigen Daseinsmöglichkeiten, denen er sich in seiner neurotischen Grundhaltung verschließt, zu ermöglichen.

In einem interessanten Kapitel über das psychoanalytische Zeitalter werden, angefangen bei *Freud*, die Grundbegriffe der Psychoanalyse gut verständlich und auf das Wesentliche beschränkt dargestellt. Es folgt ein Abriß über die Weiterentwicklung der Psychoanalyse, beginnend bei den Mitarbeitern *Freuds* über die neoanalytisch und anthropologisch orientierte Psychotherapie, wobei eine zunehmende Abkehr vom Triebkonzept und der Neurosenlehre *Freuds* festzustellen ist. Als konsequente Fortsetzung sieht der Autor die Daseinsanalytische Psychotherapie, deren philosophischen Urvätern, wie *Kierkegaard*, *Sartre*, *Marcel*, *Jaspers* und *Heidegger*, er einen großen Platz einräumt. Die Abgrenzung zu *Freud* bezieht sich auf dessen triebtheoretisches Konzept

und den psychischen Überbau, nicht jedoch auf den Menschen *Freud*, der nie aufhörte, seine Patienten ganz Mensch sein zu lassen.

Im Kapitel über die Deutung und Auslegung der Träume wird der Bogen von der vorwissenschaftlichen Traumdeutung über die wissenschaftlich-experimentelle Traumforschung, die psychoanalytische Traumlehre *Freuds*, *Adlers*, *Schultz-Henckes*, *Jungs* bis zur phänomenologisch-hermeneutischen Traumauslegung der Daseinsanalyse gespannt, Egal, in welcher Weise durchgeführt, wirke die Traumdeutung heilend, so *Condrau*. Fallbeispiele, bei denen die menschliche Empathie des Verfassers für seine Patienten deutlich zu spüren ist, geben dem Leser Einblick in die psychotherapeutische Arbeitsweise.

Wenn *Condrau* sich der Technik der Psychotherapie zuwendet, so stimmt er, was das therapeutische Setting anbelangt, grundsätzlich mit *Freud* überein. Eine starre Anwendung der psychoanalytischen Regeln lehnt er jedoch ab. Die menschliche Reife des Therapeuten und die Echtheit der therapeutischen Begegnung haben einen entscheidenden Ausschlag für die Wirksamkeit der Therapie, unabhängig von der angewandten Methode. Übertragungsliebe und Agieren werden in bestimmten Grenzen positiv als Erprobung echter menschlicher Beziehungsmöglichkeiten gesehen.

Ein abschließendes Kapitel wendet sich dem Gebiet der Kinder- und Jugendlichen-Therapie zu. Insgesamt ist *Condraus* Werte ein umfassendes und lesenswertes Buch für Einsteiger in die Psychotherapie, da es durch die Vielzahl der vorgestellten Namen und Theorien neugierig macht.

Bianca Hohl (Berlin)

Melanie Klein

Frühstadien des Ödipuskomplexes. Frühe Schriften 1928–1945.

Herausgegeben von *Jochen Stork*.

Reihe, Geist und Psyche

Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main 1991, Ungekürzte Neuauflage, 169 Seiten

Das ansprechend aufgemachte Taschenbuch in der Reihe *Geist und Psyche* wurde von einem Experten und »distanzierten Bekenner« der Kleinianischen Schule, dem Münchner Kinderanalytiker *Jochen Stork*, zusammengestellt und herausgegeben.

Bemerkenswert an diesem lesenswerten Bändchen ist die Zusammenstellung der überwiegend frühen Schriften von *Melanie Klein*, die neben *Anna Freud* als bedeutendste und originellste Kinderanalytikerin gilt. Man merkt das faszinierte Engagement des Herausgebers in der Zusammenstellung dieser frühen Schriften und natürlich für die Autorin selbst in der Dialektik der Forderung nach Bekenntnis einerseits und auf der anderen Seite einer notwendigen Abgrenzung, wenn *Melanie Klein* »Einseitigkeiten oder Radikalismen« entwickelt, wie *Rattner* (1990) an anderer Stelle schreibt oder *Toman* (1978) über sie formuliert: »Schon der erste Schrei des Neugeborenen hat bei ihr ödipale Bedeutung«.

Einem ähnlichen Wechselbad der Gefühle zwischen Ablehnung und Faszination ist man beim Lesen dieses kleinen Bändchens unterworfen — bei aller notwendigen Distanzierung allzu mechanistischer Modellvorstellungen der psychosexuellen Entwicklung des Kindes gegenüber, der vergeblichen Suche nach einem Beziehungs- oder gruppodynamischen Denken, bestechen die Beiträge der Schülerin von *Karl Abraham* und Laienanalytikerin doch durch ihre direkte und lebendige Sprache, ihre Fähigkeit, unbekümmert und unorthodox zu denken und vor allem durch ihr großes Engagement für ihre zu meist jugendlichen Patienten.

Sie beschäftigt sich in diesen frühen Aufsätzen mit ihrer besonderen Sichtweise des Ödipuskomplexes und versucht dabei, die gegenseitigen Abhängigkeiten wichtiger Aspekte der Entwicklung aufzuzeigen. Ärgerlich dabei ist, wenn sie die Persönlichkeitsentwicklung des Menschen ausschließlich in Teilaspekten sieht, insbesondere repräsentiert durch körperliche, wie die mütterliche Brust, den mütterlichen Leib oder den väterlichen Penis. Interessant auf der anderen Seite ihre minutiöse Auseinandersetzung mit dem Konzept des Ödipuskomplexes bei *Freud*, ihre Berücksichtigung früher Angstsituationen, die Ausführungen über »kriminelle Triebregungen bei normalen Kindern«, die — wie eigentlich alle Beiträge — von großem therapeutischen Optimismus gekennzeichnet sind. Auch die Darstellungen der Gewissensbildung beim Kind und ihre Ausführungen über die Theorie der Lernhemmung sowie die Rollenbildung im Kinderspiel sind lesenswert.

Die hier zusammengestellten frühen Aufsätze erlauben einen guten Einblick in das theoretische Denken und Arbeiten der Schülerin von *Ferenczi* und *Abraham* und entschiedenen Verfechterin des Todestriebes und leisten einen wesentlichen Beitrag dazu, daß — wie der Herausgeber schreibt — »die Vielfalt der Konzepte keinen Mangel, sondern einen Reichtum der Psychoanalyse darstellt; dies jedoch nur so lange, als sie die Fähigkeit behält, diese in ihrer Widersprüchlichkeit nicht als fraktioniertes Nebeneinander, sondern integriertes Miteinander, so schwer dies auch fallen mag, zu verstehen.«

Zusammenfassend läßt sich das lesenswerte Taschenbuch mit der Äußerung des *Klein*-Schülers *Winnicott* (1962) bewerten, der über ihre Schule sagte: »Das einzig Wichtige ist, daß der fest auf *Freud* begründeten Psychoanalyse der Beitrag *Melanie Kleins* nicht verloren geht«. Insofern empfiehlt es sich, sich mit den hier referierten Aufsätzen und der Autorin selbst auseinanderzusetzen.

Gerhard Wolfrum (München)

Nachrichten / News

Abschluß-Presserklärung des 9. Weltkongresses der World Association for Dynamic Psychiatry WADP / XXII. Internationalen Symposiums der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) zum Thema »Neurose und Schizophrenie. Theoretische und klinische Erfahrungen und Konsequenzen« vom 29. April bis 2. Mai 1992 in der Universität Regensburg

Das Dogma der Nichtverstehbarkeit und der psychotherapeutischen Unbehandelbarkeit der Schizophrenie wurde durch die Ergebnisse des 9. Weltkongresses der WADP vom 29. April bis 3. Mai 1992 in der Universität Regensburg als wissenschaftlich unhaltbar nachgewiesen: Die über 90 Beiträge zum Kongreßthema »Neurose und Schizophrenie« von Referenten aus 18 Ländern — darunter den USA, Rußland, Ungarn, Indien, China, Israel, Brasilien, Portugal, Österreich und der Schweiz — belegten, daß die Schizophrenie ebenso wie die Neurose auf Störungen in der Persönlichkeitsentwicklung in der frühen Kindheit zurückgeht.

Dabei liegen — so machte Dr. med. *Günter Ammon* (Berlin), der wissenschaftliche Leiter des Kongresses, in seinem Kongreßvortrag deutlich — die Wurzeln der Schizophrenie in einer bereits vor dem dritten Lebensjahr liegenden Entwicklungsstörung, die auf nicht bewältigte erste Ablösungsschritte aus der Symbiose in der Familiengruppe zurückgeführt wird (unbewältigter Symbiosekomplex), während die Wurzeln der Neurose in nicht bewältigten Konflikten in einer Entwicklungsphase des Kindes zwischen seinem dritten und fünften Lebensjahr liegen — die Psychoanalytiker sprechen hier von dem nicht bewältigten Ödipuskomplex. So ist es verständlich, daß es sich bei der Schizophrenie um eine schwerere Erkrankung als bei der Neurose handelt. Professor *Raymond Battegay* (Basel) bezeichnet die Schizophrenie als eine »Mangelkrankung« — ein Mangel an Fürsorge, Zuwendung, entwicklungsgerechten Realitätsanforderungen und Interesse —, *Ammon* bezeichnet dies als »mangelnde soziale Energie«, die zu einem Defizit in der Entwicklung der Persönlichkeitsstruktur, zu einem »Loch im Ich« (*Ammon*), führt. Neurosen sind dagegen Konflikterkrankungen mit einer nur graduellen Beeinträchtigung der Persönlichkeitsstruktur, die dem Neurotiker eine Anpassung, ein soziales Funktionieren und eine Realitätsbewältigung ermöglichen. Deshalb wird er in der Regel gesellschaftlich akzeptiert im Unterschied zum schizophren Erkrankten, der wegen seiner Unangepaßtheit, seiner mangelnden Realitätstüchtigkeit und seines häufig bizarren Verhaltens von der Gesellschaft geächtet und stigmatisiert wird.

Daß Schizophrenie auch heute noch ein soziales Todesurteil für den Erkrankten darstellt — immerhin erkranken nach WHO-Statistiken weltweit mindestens 1% der Bevölkerung in ihrem Leben an Schizophrenie —, dagegen wandten sich die auf dem Kongreß versammelten Wissenschaftler. Sie forderten die Überwindung des starren Kategoriendenkens in der Krankheitsauffassung, die eine Fixierung des Kranken in einer bestimmten »Schublade« zur Folge hat, aus

der er nicht mehr herauskommt. Die Dynamische Psychiatrie geht vielmehr von fließenden Übergängen zwischen der Schizophrenie und der leichteren Erkrankung der Neurose aus: Bei einer adäquaten Behandlung der Schizophrenie kommt es zu einer Veränderung vom schizophrenen Krankheitsbild zu leichteren, neuroseverwandten Krankheitsbildern.

Zu einer adäquaten Behandlung der Schizophrenie — so war der Konsens des Kongresses — gehört unverzichtbar und vorrangig Psychotherapie: Das integrative Konzept zur Behandlung der Schizophrenie umfaßt neben einer möglichst kurzen und gering dosierten medikamentösen Behandlung sowohl verbale Einzel- und Gruppentherapie als auch nonverbale Therapien, wie z.B. Milieu-, Tanz-, Theater-, Musik- und Reittherapie, so wie dies u.a. in der Münchener Klinik Menter-schwaige durchgeführt wird. Das therapeutische Team muß hier einen direkten emotionalen empathischen Kontakt zum Patienten herstellen, sich mit seinen gesunden Fähigkeiten und Entwicklungsmöglichkeiten verbünden, um dann die hinter dem Symptom liegende Verzweiflung und Einsamkeit, Angst und Wut zu verstehen und anzunehmen, so daß der Patient eine wiedergutmachende zwischenmenschliche Erfahrung machen kann — in Erweiterung von *Freuds* bekannten Therapie-Paradigma »Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten« spricht *Ammon* von »Wiederholen, Wiedergutmachen, Erinnern, Durcharbeiten«. Die hohe Wirksamkeit dieses therapeutischen Konzeptes belegte eine auf dem Kongreß vorgestellte Effizienz- und katamnestiche Studie aus der Klinik Menter-schwaige an insgesamt 104 schizophren und depressiv erkrankten Patienten. Durch die klinische Psychotherapie wird nicht nur eine deutliche Symptomreduzierung bewirkt, sondern es werden auch positive Persönlichkeitsveränderungen erreicht, die für eine stabile Gesundheit notwendig sind. Die Stabilität der Besserung belegt die katamnestiche Studie (bis zu 8 Jahren nach Klinikentlassung) auf der Basis von Fragebogenerhebung und testpsychologischen Untersuchungen. Ein wichtiger Faktor ist dabei die therapeutische ambulante Nachbehandlung wie auch die Notwendigkeit, daß der schizophren erkrankte Patient nicht isoliert, sondern möglichst in Gruppen, übergangsweise in therapeutischen Wohngemeinschaften und Nachsorgeeinrichtungen, leben kann.

Auf dem Kongreß referierten zu diesen Themen namhafte Wissenschaftler, wie z.B. Prof. *Ernst Federn* (Wien), der Sohn des berühmten Pioniers der Schizophreniepsychotherapie *Paul Federn*, Prof. *Mauricio Knobel* (Campinas), führender Schizophreniepsychotherapeut Brasiliens, Prof. *Modest Kabanov*, Direktor des Psychoneurologischen Instituts W.M. Bechterew St. Petersburg, Prof. *Wu Zheng-Yi* aus Peking, Prof. *Jai B.P. Sinha*, Indien, Dr. *Bela Buda* (Budapest), Prof. *Judge Amnon Carmi* (Haifa), Dr. *Edward Dehmé* (USA), die Professor *Adolf Vukovich* (Regensburg), *Hans Lauter*, Direktor der Psychiatrischen Klinik und Poliklinik der TU München, *Harold Voth* (USA) u.v.a.

Die Zusammenarbeit zwischen der Weltgesellschaft für Dynamische Psychiatrie und der Weltgesellschaft für Soziale Psychiatrie wurde durch deren Vertreter Prof. *Guilberma Ferreira* (Lissabon), derzeit amtierender Präsident der Weltgesellschaft für Soziale Psychiatrie, und durch Prof. *Vijoy Varma*, Prä-



Dr. med. Günter Ammon (Berlin/München) Präsident der World Association for Dynamic Psychiatry, bei seinem Vortrag »Neurose und Schizophrenie aus humanstruktureller Sicht« zur Eröffnung des 9. Weltkongresses der WADP. Links: Prof. Dr. med. Raymond Battegay (Basel), Chefarzt der Psychiatrischen Universitätsklinik, und Prof. Dr. med. Mauricio Knobel (Campinas), Vizepräsident der International Federation for Medical Psychotherapy und der World Association for Dynamic Psychiatry.



Bei der Eröffnungsveranstaltung des 9. Weltkongresses. V.l.n.r.: Prof. Dr. med. Modest M. Kabanov (St. Petersburg), Direktor des Psychoneurologischen Instituts W.M. Bechterew und Vize-Präsident der World Association for Dynamic Psychiatry, Dr. med. Günter Ammon (Berlin/München), Christa Meier (Regensburg), Oberbürgermeisterin der Stadt Regensburg und Schirmherrin des Weltkongresses.



Pressekonferenz. V.l.n.r.: Dr. med. Bela Buda (Budapest), Vize-Präsident der World Association for Dynamic Psychiatry, Harald Raab, Journalist »Die Woche«, Dr. phil. Györgyi Körmendy (Budapest), Dr. med. Rolf Schmidts (München), Chefarzt der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige, Prof. Dr. med. Raymond Battegay (Basel).



Pressekonferenz. V.l.n.r.: Prof. Dr. med. Mauricio Knobel (Campinas), Dr. med. Edward Dehné (Carson City), Vize-Präsident der World Association for Dynamic Psychiatry, Dr. med. Günter Ammon (Berlin/München), Dipl. Psych. Maria Berger (Berlin), Dipl. Psych. Dr. phil. Ilse Burbiel (München), Prof. Dr. med. Modest M. Kabanov (St. Petersburg), Prof. Dr. med. Guilherme Ferreira (Lissabon), Präsident der World Association for Social Psychiatry, Prof. Dr. med. August M. Shereshevsky (St. Petersburg), Dipl. Psych. Sylvelin Römisch (München), Dr. med. (Univ. Tel. Aviv) Egon Fabian (München).

Final Statement of the Foreign Participants at the 9th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP

The 9th World Congress of WADP fulfilled all our expectatons. First of all, it was a true *world* congress, where scientists and professors who are well known for their scientific contributions were able to meet again within an atmosphere of collegueship and friendship which ae so necessary to profit from the exchange of personal experiences.

Scholars from Russia, Switzerland, Hungary, Brazil, Israel, China, Slovenia, the USA, and of course Germany and some other countries, were able to communicate what they had been doing during the last few years. There were some very personal researches, some original clinical approaches, discussions about mental health facilities and old and new programs in each contry. . . Different points of view, different ways of handling these matters, different ideas and projects. . . It is important to mention that the way the Congress was organized and how the freedom of presentations allowed for an intense and very cordial discussion.

Thus, soon it began to be realized that in spite of the »personal« experiences, there was a common line of thought that was permeating the original experiences. As far as the Congress went on, and very qualified scientists, clinicians and researchers presented their papers, this shared line of thought became clearer. The conclusion was the same: people's and communities' mental health problems are strong, important and damaging all over the world. There was, obviously, a need to try to do something about it, and many ideas came out. Several interesting experiences were presented and discussed. Sometimes there was agreement in using and applying those experiences in other settings, cultures and countries. Some other times it clearly appeared that what might be possible in some place was not so in other ones.

The »common line« was becoming more clear. There seems to be a »continuum« form »health« to »severe psychopathological« problems. The classicial »nosological« classification approach was not rejected, but considered within this real »spectrum« of different situations. Then it became also clear that this spectrum is not only appliable to the individual, but also to the family and the social surroundings. A need for a »group« approach became more and more evident and concepts such as »human structurology«, »socialenergetic positive and/or negative systems«, became familiar and understandable as well as easily adopted basic ideas. The fundamental psychoanalytic tendency of the concepts within this Congress became more apparent during discussions and presentations. Then it was possible to communicate in terms of »ego structures«, »ego failures«, »mother-child symbiotic relationships«, »oedipal conflicts«. It was also became evident that a substantial conducting and supporting line of thought, as well as clinical experiences, were benefitted and could be used. It was the psychoanalytic thought developed by *Günter Ammon*. The familiarity with these ideas allowed for cordial, but nevertheless very serious proposals for research and clinical practice.

Professors from China coincided in some approaches with Brazilians and Germans as well. A »transcultural« research project has already started to be outlined between Russians and Germans, including right away Israel, Brazil, Portugal and Hungary, with possibilities to include other countries too. The internationality of the Congress became so evident, that many out-of-the-congress reunions took place, elaborating projects based on what was coming out of the papers and presentations.

All the present international scientists were interested in this integration. The possibility to put together different backgrounds and cultures within common basic ideas was here enormously facilitated. Delegates from India (Prof. *Varma*) called for support for the World Congress of Social Psychiatry to take place in New Delhi this year. It was immediately supported by the Portuguese representative (Prof. *Ferreira*). The calling for support of the next World Congress of Psychiatry, to be held next year in Brazil, was very friendly accepted, as well as the Hungarian Congress of Psychiatry next month (Dr. *Buda*).

The young German and Europeans in general present at the Congress gave it a scholarly atmosphere, where professors and young professionals could discuss several points of interest in research and learning. The true international participation profited a great deal from the friendly openness, freedom and respect for each one's points of view. From neuro-biological research to private and public practice, everything was discussed and put up-to-date. Recognition to the organizers was also strongly stressed.

The WADP was recognized as an ample, facilitating and at the same time structuring truly international organization that deserves all kind of supports in order to be able to continue its great contribution for improving research, teaching and clinical practice on psychoanalytic bases, aiming at better conditions for mental and social health all over the world.

(Presented and read by Prof. *Knobel* and approved unanimously with aplauses at Regensburg, May 3, 1992)

Der 7. Weltkongreß im Spiegel der Presse

Ist Schizophrenie therapierbar? Abbau von starren Krankheitsbildern gefordert

Regensburg, am verlängerten Wochenende rund um den 1. Mai 1992: In der von Studierenden und Lehrenden entvölkerten Universität wurde der 9. Weltkongreß der »World Association for Dynamik Psychiatry« und das 22. Internationale Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse abgehalten, Thema: »Neurose und Schizophrenie — theoretische und klinische Erfahrungen und Konsequenzen.« Zwischen 300 und 400 Teilnehmer hatte der Kongreß. 90 Referate wurden von Fachwissenschaftlern und psychiatrischen und psychotherapeutischen Praktikern gehalten, darunter Kapazitäten wie Profes-

sor *Ernst Federn* aus Wien und Professor *Raymond Battegay* aus Basel. Nun kann man ja gewiß nicht behaupten, daß Dr. *Günter Ammons* Theorie und Praxis der Dynamischen Psychiatrie, für die sich die Deutsche Akademie für Psychoanalyse einsetzt, in der Zunft unumstritten sei, im Gegenteil. Daß aber der Sektenbeauftragte der katholischen Kirche in Regensburg vor diesem Kongreß gewarnt hat, ist wohl ein einzigartiger Unsinn. Die Wissenschaftlichkeit dieses Kongresses, bei dem die Notwendigkeit der psychotherapeutischen Behandlung auch beim Krankheitsbild Schizophrenie betont wurde, ist wohl kaum in Zweifel zu ziehen.

Der viertägige Kongreß, an dem Psychologen, Psychiater und Psychoanalytiker aus 18 Ländern teilgenommen haben, darunter verstärkt auch aus den Ländern der ehemaligen Sowjetunion, machte auch für eine breitere Öffentlichkeit deutlich, was die Fachwelt schon seit längerem beschäftigt:

■ Die leichte Form der psychischen Erkrankung, die Neurose, nimmt (scheinbar) ab oder wird verdrängt; dafür ist bei den Psychosen (den schweren psychischen Erkrankungen), vor allem auch bei der Schizophrenie, ein Trend zur Zunahme zu beobachten.

■ Die psychischen Ursachen bei Krankheiten, vor allem bei Krebserkrankungen, müssen weit mehr Beachtung finden, als das bisher der Fall ist. Psychosomatische Erkrankungen nehmen erschreckend zu.

■ Die bloße medikamentöse, weil billigere, Behandlung von psychisch Kranken führt in eine Sackgasse. Einzel-, Gruppen- und Milieuthérapie müssen auch bei schweren Krankheiten verstärkt zum Einsatz kommen.

■ Als äußerst problematisch erweist sich die Fixierung von Menschen mit psychischen Störungen auf bestimmte Krankheitsbilder. Dies bedeute in vielen Fällen eine sich immer wieder selbsterfüllende Rollen-Erwartung, ein Teufelskreis also. Die Diagnose Schizophrenie kommt einem sozialen Todesurteil gleich.

Weltweit ist 1,5 Prozent der Bevölkerung schizophoren. Schizophrenie ist die Geisteskrankheit mit einem Auseinanderfallen der inneren seelischen Zusammenhänge von Wollen, Fühlen und Denken (Persönlichkeitsspaltung).

Die auf dem Regensburger Weltkongreß vorherrschende Denkrichtung besagt: Schizophrenie sei in ihrer Genese durchaus verstehbar und psychotherapeutisch behandelbar.

Der Psychoanalytiker Dr. *Günter Ammon*, der Vater des Theorie- und Praxisgebäudes der Dynamischen Psychiatrie und wissenschaftliche Leiter des Kongresses, sieht wie das Gros seiner Kollegen die Wurzeln der Schizophrenie in einer bereits vor dem 3. Lebensjahr liegenden Entwicklungsstörung, die auf nicht bewältigte erste Ablösungsschritte aus der Symbiose in der Familiengruppe zurückzuführen sei, während die Ursachen der Neurose in nicht bewältigten Konflikten in einer Entwicklungsphase des Kindes zwischen seinem 3. und 5. Lebensjahr liegen (nicht bewältigter Ödipuskomplex).

Ammon macht aber — im Gegensatz zum größeren Teil seiner Fachkollegen — vor allem mangelnde »Soziale Energie« für Schizophrenie verantwortlich. Dieser Mangel habe zu einem »Loch im Ich« geführt.

Professor *Raymond Battegay* aus Basel unterstützt diese Theorie. Er nannte auf dem Kongreß die Schizophrenie eine »Mangelerkrankung« — Mangel an Fürsorge, Zuwendung, entwicklungsgerechten Realitätsanforderungen und Interessen.

Die Münchener Psychoanalytikerin *Maria Berger* konnte auf dem Kongreß Untersuchungsergebnisse vorlegen, die die Bedeutung der psychosozialen Aspekte beim Verständnis schizophrener Erkrankungen unterstreicht. Sie hat bei der systematischen Beschäftigung mit den Familienangehörigen schizophrener Patienten festgestellt, daß bestimmte Ergebnisse gehäuft zu verzeichnen waren:

- eine Mutter, die selbst an einer Mutterproblematik litt,
- ein schwacher oder in der Erziehung weitgehend abwesender Vater,
- zu wenige Abgrenzungen oder Anforderungen an das später erkrankte Familienmitglied,
- insgesamt eine Familiensituation, in der Konflikte nicht ausgetragen wurden und man nach außen sehr isoliert war.

Die Dynamische Psychiatrie *Günter Ammons* stellt aber kaum auf biologische Ursachen der Schizophrenie ab, sondern betont, den »Menschen als ursprünglich konstruktiv-ganzheitliches Wesen« zu sehen, das »erst durch gruppodynamisch-sozialenergetische Einflüsse destruktiv oder defizitär hinsichtlich seiner Persönlichkeit und seines Kontaktes zur Umwelt« wird (*Maria Berger*).

Der Schluß daraus ist: Zu einer adäquaten Behandlung der Schizophrenie gehört unverzichtbar und vorrangig Psychotherapie. Die möglichst gering dosierte medikamentöse Behandlung solle kurz sein. Das Schwergewicht müsse auf verbale Einzel- und Gruppentherapie, aber auch auf non-verbale Therapieformen gelegt werden (Milieu-, Tanz-, Theater-, Mal- oder Musiktherapie). Dieses Konzept wird in der auf die Dynamische Psychiatrie spezialisierten Klinik Mengerschwaige (München) praktiziert. Dabei muß das Therapeuten-Team einen direkten emotionalen Kontakt zum Patienten herstellen, sich mit seinen gesunden Fähigkeiten und Entwicklungsmöglichkeiten verbünden, um dann die hinter den Symptomen liegende Verzweiflung und Einsamkeit, Angst und Wut zu verstehen und anzunehmen, so daß der Patient eine wieder gutmachende zwischenmenschliche Erfahrung machen kann.

Ammon erweitert die bekannte These *Freuds* »Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten« auf »Wiederholen, Wiedergutmachen, Erinnern, Durcharbeiten«.

Auf dem Kongreß wurde dazu eine Studie vorgestellt. Patienten der Klinik Mengerschwaige wurden bis zu acht Jahre nach Klinikentlassung untersucht. Dabei konnte man feststellen, daß das therapeutische Konzept der Dynamischen Psychiatrie bei schizophrenen und depressiven Patienten nicht nur eine deutliche Symptom-Reduzierung, sondern auch eine positive Persönlichkeitsveränderung bewirkt habe. Von großer Wichtigkeit sei eine stabile Nachsorge.

Daß der *Ammon*'sche Theorienansatz und die daraus folgende Therapie, ein durchaus nicht abseitiger Weg zum Verstehen und zur Behandlung schwerer

psychischer Erkrankungen ist, stellte Professor *Ernst Federn*, der Sohn des bekannten *Freud*-Weggefährten *Paul Federn*, fest. *Ammon* stehe in der Tradition seines Vaters, auf den letztendlich die Anwendung psychoanalytischer Erkenntnisse in der Psychiatrie zurückgehe.

Ernst Federn: *Ammon* gehöre zu jenen, die von der Behandlung des Ichs ausgehen, an dessen Erkrankungen *Freud* nicht interessiert gewesen sei.

Ernst Federn stellte seinen Vater *Paul* als einen der Mittelsmänner zwischen den Triebauffassungen *Freuds* und jener Schulen dar, die dem Narzißmus eine größere Rolle zuschreiben als *Freud*. *Paul Federn* habe bereits auf das Phänomen der Mangelkrankungen verwiesen. Sohn *Ernst Federn*: »Mangel an Vertrauen, Liebe, Zuwendung und sehr vieler triebgeladener Funktionen im Leben das Babys können offenbar bei gewissen Fällen zu schweren Störungen führen. Wir sehen daher Mangel an Zuwendung und Entwicklung in den Frühphasen des Lebens als die Ursachen von Psychosen und Ereignisse in den ödipalen Phasen als die der Neurosen.

Bei der Beurteilung der Therapierbarkeit früher Störungen ist *Ernst Federn* allerdings vorsichtig. Er differenziert: »Psychologische Störungen, vor allem solche der ersten Beziehungen zur Mutter oder deren Ersatz können durch Milieuthherapie weitgehend beeinflusst werden. Gewisse nicht erlebte Beziehungen zu sehr frühen Objekten in der Mutter-Kind-Beziehung können aber offenbar nicht mehr wiederhergestellt werden.«

Geradezu spannend zu beobachten war auf dem Kongreß, mit welcher Vehemenz nun Psychiater und Psychologen aus der ehemaligen Sowjetunion Anschluß an die Entwicklung ihres Fachs im Westen suchen. Nach einer von der marxistischen Ideologie und der sowjetischen Diktatur oktruierten biologischen Sicht psychischer Erkrankungen richtet man das Augenmerk wieder verstärkt auf die sozialen Ursachen und eine entsprechende therapeutische Behandlung. Die Dynamische Psychiatrie scheint dabei auf ein nicht geringes Interesse zu stoßen. So hat das renommierte Bechterev-Institut in St. Petersburg wissenschaftliche Zusammenarbeit mit der Münchner Klinik Mengerschwaige vereinbart. Professor *Modest Kabanov*, der Direktor des Bechterev-Forschungsinstituts, nahm am Regensburger Kongreß teil und hielt auch ein vielbeachtetes Referat.

Professor *Boris Poloshij* aus Tomsk in Sibirien referierte über die Neurosen-Entwicklung in gegenwärtigen Rußland. Er bekräftigte, daß die russische Psychiatrie nun wieder zu ihrer humanistischen Zielrichtung zurückkehren und an den »höchsten Stand der klinischen Meisterschaft« in der vorsowjetischen Zeit anknüpfen könne, die mit großem Namen der Psychiatrie wie *Bechterev*, *Korsakov* oder *Gannuschkin* gekennzeichnet sei.

Professor *Poloshij* machte auch deutlich, welchen verheerenden Einfluß das über 70 Jahre währende totalitäre Regime auf die psychische Gesundheit in der Sowjetunion gehabt habe. Die Situation der Angst und Unsicherheit habe bis hinein in die Familien ihre destruktiven Wirkungen gehabt. Negative Sozialenergie habe die menschlichen Beziehungen auf allen Ebenen schwer

belastet. Die Folge sei eine außerordentliche hohe Neurosenrate, im besonderen Maß bei den Frauen, die mit Familie und Beruf weitgehend überfordert waren und noch immer sind.

Dr. *Béla Buda* aus Budapest warnte auf dem Regensburger Kongreß davor, im Rückgang der klassischen Neurosen ein Zeichen für steigende psychische Gesundheit zu sehen. Viele Neurotiker seien umgestiegen auf die von der Medikamenten-Psychiatrie angebotenen Krankheitsrollen. Auch eine große Zahl der Patienten der alternativen Medizin seien eigentlich neurotisch und psychosomatisch Kranke. Auch erlaube die postmoderne Irrationalitätswelle viele Möglichkeiten des Ausagierens, Verschiebens und Vernachlässigens von Neurosen und Ichschwächen. Alkohol- und Drogenmißbrauch böten sich ebenfalls als gefährliche Alternative an.

Dr. *Budas* Appell: Es besteht weiter ein großes Bedürfnis an ernsthafter Therapie, vor allem auch an der Psychoanalyse, da die existentiellen Probleme, die zur Neurosen-Bildung führen, fortbestehen: Störungen in der psychosexuellen Entwicklung, bei der Identitätsbildung und bei menschlichen Beziehungen.

(Die Woche, 7.5.1992)

Psychiater: Schizophrenie ist oft heilbar

Die psychotherapeutische Behandlung von Schizophrenie ist nach Ansicht von Fachleuten möglich. Teilnehmer des 9. Weltkongresses der World Association for Dynamic Psychiatry (WADP) meinten am Montag in Regensburg, die Krankheit könne in etwa 80 Prozent der Fälle durch Psychotherapie geheilt oder vermindert werden. Wissenschaftler aus 18 Ländern hatten nach Angaben der Veranstalter während des fünftägigen Kongresses gezeigt, daß die Schizophrenie auf Störungen in der Persönlichkeitsentwicklung während der frühen Kindheit zurückzuführen sei. Weltweit erkrankten daran etwa 1,5 bis zwei Prozent der Bevölkerung.

Als Schizophrenie (Spaltungsirresein) wird eine Gruppe von Geistesstörungen bezeichnet, die zum Beispiel mit Denkzerfall, Sinnestäuschungen und Wahnideen einhergeht. Die Ursache dieser Erkrankung ist bislang nicht eindeutig geklärt. Schizophrenien werden vielfach mit Medikamenten behandelt.

(dpa)

Endogene Psychose:

Konzept der Dynamischen Psychiatrie setzt auf nonverbale Therapie

Blieb beim Psychotiker die Ablösung aus der Symbiose mit der Mutter aus?

München (wst). Während Neurosen als unumstrittene Domäne der Psychotherapie gelten, sind Psychiater und auch die meisten Psychoanalytiker überzeugt, daß Patienten mit endogenen Psychosen primär medikamentös ge-

holfen werden muß. Die Dynamische Psychiatrie allerdings ist völlig anderer Meinung.

Wie Dr. *Ilse Burbiel* von der Deutschen Akademie für Psychoanalyse in München auf einer Pressekonferenz in München erklärt hat, stützt sich die Psychosenintervention der konventionellen Psychiatrie auf unbelegte Hypothesen. Der Ansicht, auch endogene Psychosen seien organisch bedingt und deshalb nur einer Pharmakotherapie zugänglich, fehle der wissenschaftliche Beweis. Denn allein die Tatsache, daß bei Psychotikern gelegentlich Transmitterstörungen oder andere temporäre organische Korrelate beobachtet werden, lasse nicht differenzieren, ob es sich dabei um die Ursache oder um Folgen einer psychotischen Erkrankung handle. Wie nicht zuletzt die Psychosomatik in den letzten Jahren dargelegt habe, können psychische Ereignisse durchaus auf das Organsystem zurückwirken.

Zwar würden mit Neuroleptika Behandlungserfolge erzielt, ein Beweis für die organische Ätiologie von Psychosen sei jedoch auch damit nicht erbracht. Die Symptome verschwänden in Folge einer derartigen Behandlung lediglich im Rahmen einer allgemeinen iatrogenen Reduktion der Persönlichkeit, insbesondere des emotionalen Erlebens, so *Burbiel* weiter.

Im Krankheitsverständnis der Dynamischen Psychiatrie wird eine essentielle ätiologische Trennung zwischen endogener Psychose und Neurose verneint. Wie bei der Neurose wird auch die Ursache der Psychose in psychosozialen Entwicklungsstörungen gesucht. Anders als bei der Neurose lägen die Wurzeln jedoch nicht in ungelösten ödipalen Konflikten aus der Zeit zwischen dem dritten und dem fünften Lebensjahr, sondern bereits früher. Laut der Dynamischen Psychiatrie hat der Psychotiker nie die für eine gesunde Ich-Funktion elementare Ablösung aus einer engen frühkindlichen Symbiose mit der Mutter beziehungsweise mit der Primärgruppe vollzogen.

Die Ursache hierfür sei, daß beispielsweise im Falle eines abgelehnten Kindes die initiale Symbiose erst gar nicht gegeben war oder aber, daß neurotische narzißtische motivierte Eltern die Ablösung unterbanden.

Dieser vor allem chronologische ätiologische Unterschied zwischen Neurose und Psychose bedingt, daß für die Neurose geeignete psychotherapeutische und insbesondere psychoanalytische Ansätze, die ohne Modifikation auf Psychosen angewandt werden, dort versagen. Ohne Vorbereitung ist der Psychotiker nicht analysierbar, gesteht deshalb auch die Dynamische Psychiatrie zu. Da die Wurzeln einer endogenen Psychose wie ausgeführt letztendlich weitgehend in eine präverbale Zeit fallen, sind daher zunächst weitgehend nonverbale Behandlungsmethoden wie Kunst-, Reit-, Musik- und Tanztherapie angezeigt.

Nonverbal heißt hier, daß die Erkrankung und ihre Symptome, denen in diesem Stadium noch eine wichtige kompensatorische Funktion zur Füllung des ontogenetischen »Persönlichkeitslochs« zuerkannt wird, mit dem Patienten vorerst sowenig wie möglich erörtert werden. Ziel der nonverbalen Therapieform ist vielmehr, zum Therapeuten eine, einem frühkindlichen Status ent-

sprechende, enge symbiotische Beziehung herzustellen, aus der sich der Patient dann im weiteren Verlauf wieder lösen soll. Was in der Kindheit ver säumt wurde, wird also jetzt nachgeholt.

Wird dies erfolgreich absolviert, gleitet der Psychotiker nahezu zwangsläufig über in eine Neurose. Wie der maßgebliche Mitgründer der Dynamischen Psychiatrie, Dr. *Günter Ammon* aus Berlin, kommentierte, ist dies wenig überraschend. Da beim Psychotiker bereits die präödisipale Phase gravierend gestört gewesen sei, könne er ödipale Konflikte per se nicht regelrecht bewältigen und müsse nun auch dies nachholen, meinte *Ammon*. Hierbei könne eine Psychoanalyse gute Dienste leisten.

Dieses dynamische Behandlungskonzept hat sich nach den Worten von *Burbiel* bestens bewährt. Zwar könne nicht immer auf Neuroleptika verzichtet werden, doch würden sie beispielsweise in der Klinik Mengerschwaige in München, wo das Konzept seit Jahren praktiziert werde, auf ein Minimum reduziert. Neuroleptika werden dort lediglich temporär eingesetzt, um bei schwerst gestörten Psychotikern mit oft schon sehr langer Anamnese einen anders nicht mehr erreichbaren Zugang zu finden. Über 80 Prozent der dort stationär aufgenommenen Patienten würden jedoch ohne jegliche Medikation behandelt.

Gegenwärtig laufen die Vorarbeiten zu einer internationalen Multi-center-Studie mit dem Ziel, Ergebnisse der Dynamischen Psychiatrie mit denen der konventionellen Psychiatrie zur Behandlung der Schizophrenie zu vergleichen. Mit der Unterstützung der WHO wird gerechnet.

(*Ärzte-Zeitung*, 30.6.1992)

9. Weltkongreß: Neurose - Schizophrenie

»Neurose und Schizophrenie - Theoretische und klinische Erfahrungen und Konsequenzen« zu diesem Thema lädt die World Association for Dynamic Psychiatry und die Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) zu ihrem diesjährigen 9. Weltkongreß ein. Er findet vom Mittwoch, den 29. April bis Sonntag, den 3. Mai in der Universität in Regensburg statt.

Wissenschaftler und Praktiker aus mehr als 18 Ländern werden die Beziehungen zwischen Neurose und Schizophrenie unter allgemein theoretischen und klinischen, entwicklungspsychologischen, diagnostischen und behandlungsmethodischen Aspekten diskutieren unter Einbeziehung der neuesten Forschungsergebnisse auf dem Gebiet der Psychoanalyse, Psychiatrie, Psychotherapie und Psychologie und ihrer verschiedenen Schulrichtungen.

Seit *Sigmund Freud* gelten Neurosen als psychotherapeutisch behandelbar, nicht jedoch die Schizophrenien, über deren psychotherapeutische Heilungsmöglichkeiten der Expertenstreit nach wie vor andauert.

Günter Ammon, einer der Referenten, vertritt seit jeher die psychotherapeutische Behandelbarkeit der Schizophrenie. Er praktiziert und forscht seit mehr

als 40 Jahren auf dem Gebiet der Psychotherapie. Liegt die Ursache der Neurose in einem nicht bewältigten Konflikt in einer Entwicklungsphase des Kindes zwischen seinem dritten und fünften Lebensjahr, so sieht die Dynamische Psychiatrie die Schizophrenie als eine bereits vor dem dritten Lebensjahr liegende Entwicklungsstörung, die mit nicht bewältigten ersten Ablösungsschritten aus der Symbiose mit der Familiengruppe in Verbindung gebracht wird. Neurose und Schizophrenie sind so gesehen Entwicklungsstörungen, jedoch in unterschiedlichen Entwicklungszeiten des Kindes mit unterschiedlichen Konsequenzen für die Persönlichkeitsentwicklung des Menschen in Gesundheit und Krankheit.

Der Kongreß möchte einen Diskurs über die Beziehung von Neurose und Schizophrenie in Gang setzen und dazu beitragen, daß möglichst vielen schizophren erkrankten Menschen die Türen für eine psychotherapeutische Behandlung geöffnet werden, in der Hoffnung, sie aus dem gesellschaftlichen Abseits zu holen.

(*Karthaus Intern*, 25.3.1992)

*Italienische Gesellschaft für Dynamische Psychiatrie, Messina - Florenz:
Bericht über die Aktivitäten von 1989 bis heute*

September 1989: In Messina treffen sich Psychiater, die an einem psychodynamischen Verständnis psychiatrischer Krankheiten interessiert sind: 40 Ärzte, die sich in Psychiatrie oder psychischer Hygiene spezialisiert haben, 6 Universitätsprofessoren für Psychiatrie und 9 Fachärzte. Ein eintägiges Symposium über die Theorie von *Günter Ammon* und die Dynamische Psychiatrie wurde in Messina abgehalten. Als Ergebnis des Symposiums werden zwei Balint-Gruppen organisiert, die sich mit therapeutischen Fragen anhand zweier Fälle (eines Borderlin-Patienten mit destruktivem Narzißmus und einer Patientin mit einem phobisch-zwanghaftem Syndrom) beschäftigen.

Juli 1990: Dynamisch-Psychiatrisches Treffen in Florenz in Anwesenheit von 20 Psychologen, 6 Psychiatern und 2 Allgemeinärzten. Es handelt sich um ein kulturelles Treffen, an dem über dynamisch-psychiatrische Auffassungen bei der Behandlung psychiatrischer Erkrankungen gesprochen wird. Es wird über das Werk verschiedener Autoren diskutiert, nämlich von *Sullivan*, *Balint*, *Reichmann*, *Alexander* u.a., zum Abschluß über die Dynamische Psychiatrie von *Günter Ammon*.

Oktober 1991: An der Universität von Messina, in der Gegenwart des Notars *Zumbo*, werden die notariellen und legalen Grundlagen für die Italienische Gesellschaft für Dynamische Psychiatrie geschaffen. Als Präsident wird Prof. *Pier Lorenzo Eletti*, als Vizepräsident Prof. *Matteo Vitetta* und als Mitglieder des Exekutivkomitees Prof. *Zoccali*, Frau Prof. *Giliberti*, Dr. *Settineri* und Frau Dr. *Toschi* gewählt.

Dezember 1991: Ein Forschungsprojekt zur psychologischen und rehabilitativen Anleitung von psychiatrischen Patienten wird der Region Toscana vorgeschlagen und von dieser akzeptiert. Das Projekt sieht die Untersuchung der Lebensgeschichten von 30 Patienten und ihren Familien vor und die Veröffentlichung der Arbeit unter Berücksichtigung der Theorien *Günter Ammons*.

Januar 1992: Prof. *Eletti*, in seiner Eigenschaft als verantwortlicher Direktor des Psychiatrischen Krankenhauses in Pistoia - Ville Sbertoli - schlägt ein Weiterbildungsseminar für Psychiater, Psychologen und Ärzte der Gegend um Pistoia (Pistoia, Valdinievole und Pratese) in den Ville Sbertoli selber vor. Prof. *Eletti* wird aufgefragt, den Kontakt mit Dr. *Ammon* aufzunehmen, um das Seminar zwischen Oktober und Dezember 1992, oder vorzugsweise von März bis Mai 1993, abzuhalten.

März 1992: Eine neue wissenschaftliche Zeitschrift für Psychoanalyse und nervenheilkundliche Wissenschaften, »Korinthos« genannt, wird an der Universität von Pisa ins Leben gerufen. Als Herausgeber der Zeitschrift wird Prof. *Pier Lorenzo Eletti* gewählt, ins Komitee werden *Günter Ammon*, *Jorge Bose*, *Earl Witenberg*, *Graziella Magherini*, *Marcello Brunelli*, *Salomon Resnik*, *L. Camaioni* und *Rita Levi Montalcini* berufen. Die Zeitschrift wird 3 x jährlich erscheinen und vom Institut für Experimentelle Psychologie an der Universität Pisa, Via Galvani 1, herausgegeben. An dem erwähnten Komitee nehmen weltberühmte Wissenschaftler auf dem Gebiet der Psychoanalyse (*Bose*, *Lies*, *Resnik*) und der Nervenheilkunde (Nobelpreisträgerin *Levi Montalcini* und Nobelpreiskandidat *M. Brunelli*) teil.

gez. Der Präsident (Prof. Dr. *Pier Lorenzo Eletti*, M.D.)

Study Tour of Two Psychologists from the Berlin Institute for Dynamic Psychiatry through Northern India from November 21, 1991 until January 29, 1992

The aim of our study tour through Northern India was to learn about India in its various aspects: to discover the treasures of the ancient culture and religion, to observe the daily life of Indian people, to live together with friends and their families, and as an integral part of our tour to discuss several aspects of mental health and illness together with experts and professionals in psychological, psychiatric and health centers in different places. In particular we visited the Indian Branch of the World Association for Dynamic Psychiatry, chaired by Professor *Jai B. P. Sinha* (Patna).

We visited:

1. The clinic of the psychoanalyst Dr. *Sudhir Kakar*, New Delhi
2. The model school »Mirambika« run by the Sri Aurobindo Ashram, New Delhi. Leading psychologist: Mr. *Matthys*
3. The Department of Psychology of the A. N. D. College, University Kanpur. Dr. *Mithilesh Verma*, Dr. *Vaiyayanti Singh*.

4. The Yoga healing center, Kanpur. Dr. *Om Prakash Anand*
5. The *A. N. Sinha* Institute of Social Studies, Department of Social Psychology, Patna. Prof. Dr. *Jai B. P. Sinha*
6. The Center for Alternative Therapy, Patna. Dr. *Sahi*
7. The Department of Business Administration, Magadh University, Gaya. Dr. *Israil Khan*, Dr. *N. C. Banerjee*.
8. The Central Institute of Psychiatry, Ranchi. Prof. Dr. *L. N. Sharma*
9. The *Davis* Institute of Neuropsychiatry, Ranchi. Dr. *Rachel Davis*
10. The main house of Mother *Teresa* in Calcutta and a home for mentally ill female patients, run by sisters of Mother *Teresa*, Ranchi.

In group discussions and interviews with leading staff members of some of these institutions our main interest was to learn of the Indian point of view concerning mental health and illness. Learning about different treatment methods was one of our objectives as well. We wanted to find out the differences between the Indian and our western way of thinking and life style. Also, the influence of cultural aspects on the individual's wellbeing formed an integral part of the discussion.

We asked the following of our interview-partners:

1. To describe their work and treatment methods.
2. To name factors which support psychic health and those which cause mental illness in India, specifically:
 - Does religion have a specific influence?
 - Which influence do the Indian education and family system have on the individual?
3. To point out the main differences between Indian and western socialisation.

Summary of the results: The most striking difference became apparent in the more collectivistic way of life of Indian society as opposed to the more individualistic way of life in western societies. The collectivistic way of life on the one hand was regarded as an important factor for supporting psychic health (socialpsychological approach), on the other hand the collectivistic way of life was also named as a causal factor for psychic disturbances, especially in rigid family groups (psychoanalytic approach). Professor *Jai B. P. Sinha*, Head Socialpsychologist at the *A. N. S. Institute of Social Studies* (Patna) pointed out that the Indian »culture is therapeutic in the sense that we have a number of people with whom we can talk There are always friends, neighbours, parents, children to talk to. And as a result of that, a lot of catharsis can happen without really going through a treatment.«

In contrast to this, the psychoanalyst Dr. *Sudbir Kakar*, emphasized that restrictive families may well be the problem of individuals: »The family is the problem of the patient very much. There should be some space where the family is not expected Patients who come for psychoanalysis are much more trying to get individual.« The experts in Patna, New Delhi, Kanpur and in Ranchi came to the conclusion that one central problem is the tendency to

overprotect children in Indian families. Parents tend to care too much for their children's future and wellbeing, so that there is not enough space for individual decisions and development. Very important to us was to learn of the difference between the Indian family systems and the German one. The essence of our discussions as well as of our personal experiences in Indian families showed that the family in India is given a very high value. Most important are human relations, great respect and care for each family member, the coherence of the family. Professor *Jai B. P. Sinha* (Patna): »People are willing to let other things suffer but maintain relationships So, compromises in our system and adjustments to maintain relationships are the core characteristics of India culture.« He added that sharing and sacrificing in »ingroups« (families and friends) play a central role and that these »ingroups« are a sanctuary where one can find emotional support. These are aspects he regarded as supportive of mental health. The Sociology Professor Dr. *Jha* (University of Patna): »In India the family is considered as a historical home, the family which has a past and which has a future The family should hold the children because that is a sort of continuity line.«

In comparing the individualistic culture of western societies to the Indian way of life, Professor *Sinha* referred to its negative aspects of western values: »There, individuals are encouraged to be independent, autonomous, on their own. You must fight your battle yourself. Therefore the tendency is to get alienated, isolated, and feel lonely And when you feel that you have conflicts you are in a dilemma. You do not know certain answers. There is nobody to go except to another expert who is a psychiatrist.«

In our opinion, this supports the findings of Dr. *Günter Ammon*, President of the World Association for Dynamic Psychiatry (Berlin) who has observed that in western societies the loss of human values takes part of the responsibility for mental illness. He points out that modern nucleus families experience a high degree of hidden tensions and conflicts due to their narrow and rigid boundaries. A result of this extreme individualistic way of living is the »Borderline Society«. The main mental disease in this society is the Borderline syndrome: patients suffer from an unintegrated identity and a lack of supportive emotional relationships, ethical values, and goals in life.

Dr. *Jyoti Verma* (psychologist at A. N. S. Institute and Patna University) stressed the importance of specific attitudes and values for mental health: »Being compassionate, being emotional to an extent, to have relationships, or to interact to an extent and to be detached.« In addition, »having a spiritual bent, that means examining things from a perspective which is a little non-wordly«, is very important as well. She concludes »if you are all the time concentrating on the outcome, being extremely outcome oriented, extremely concerned about your productivity then you will be disturbed, always thinking about the fruits of your doing«.

The spiritual dimension was a major theme in our discussions with the psychologist and psychic healer Dr. *Sabi* (Patna) and with the psychologist

Mr. *Matthys* (New Delhi). Dr. *Sabi's* holistic understanding sees man in his physical, mental and spiritual aspects. By sending spiritual healing energy, even across long distances, the patient's immune system is to be stimulated and the patient's own natural capacity is expected to be activated. Dr. *Sabi* emphasizes »to create an atmosphere of love, understanding, and harmony even if the patient has no understanding or love in his family«. The Dutch psychologist Mr. *Matthys* who joined the Sri Aurobindo Ashram (New Delhi) 16 years ago and started to run the »Mirambika« model school together with his Dutch wife tries to combine his European knowledge with the philosophy of *Sri Aurobindo*. He sees his function in this school »just to create a structure, the base in which people can grow«. That means to create an environment where all aspects of personality can be supported: »physical being, vital being, mental being, psychic being and spiritual being«.

The main subject at Kanpur University was the socialisation in India especially of women compared to western cultures. Indian women are brought up in an »absolutely protected life«, as Dr. *Vaiyayanti Singh*, Head of the Psychological Department, pointed out. »We are trained or brought up in such an atmosphere If we are not taken care of we will feel deprived, neglected, frustrated.« For her, the main cause of psychic disturbances of women is the deprivation of love. She added that changes of education have taken place towards equal opportunities for boys and girls within the last years. This tendency was evaluated by the staff of the department as a very positive change for women.

In Ranchi we visited the Central Institute of Psychiatry where we discussed together with the senior psychiatrists and psychologists in particular about the situation of mentally ill patients and their treatment in India. We learned that by in large 75% of the patients are brought to faith healers. And if this treatment fails they are brought to a psychiatric hospital. Dr. *Khanna*, senior psychiatrist: »But many of the cases which are probably of a reactive nature or where family stress is more important or any kind of a stressor is more important, the patients are more often treated in these faith healing places rather than coming to a psychiatrist.« The patients are brought by family members from far distant places, mostly from villages. They come to psychiatric treatment in a very serious condition when the family members are no longer able to keep them in the family.

The economic situation is the most important factor because the families depend on the economic contribution of each member. Therefore they are interested in a very short, quick, and efficient treatment. Longterm psychological or psychotherapeutic help which needs much time and money is some kind of luxury no family can afford. The senior psychologist Dr. *Hussein* emphasized that patients in the Indian culture are accepted by their families and the society. »The emotional bond in India is still very strong. And so the agrarian families do accept their patients and they do give them some social support They don't disown the patient except a few cases which are very limited.«

By summarizing all the contributions in the discussions we could find that the emotional bonds and human relations in the Indian culture represent a very strong potentiality for living together, for coping with difficult social situations like poverty or unemployment, and for supporting mental health. Indian society can be regarded as a large social network. This reminds us of the importance of social energy as the basic principle of Dynamic Psychiatry: people develop their identity and creativity in vivid and constructive groups. This social energy can also be regarded as a kind of »healing energy« in the treatment of mentally ill patients.

The aim of our study was not to evaluate which society system is worse or better: either the collectivistic or the individualistic way of living. We agree with Professor *Sinha*: »Any 'ism' whether it is collectivism or individualism, or marxism, or Hinduism, if you exaggerate it it creates problems. Because mental health requires a certain amount of flexibility given to the nature of that particular person with his strong points, his weaknesses, his inclinations, his preferences A society system which allows you to relate to positive social energy will be more conducive to mental health than a system which alienates people, which isolates them.«

Coming to the end we would like to thank all those experts who gave us so much time and inspirations in our discussions. We feel enriched by getting such a profound insight in Indian culture and philosophy as well as an insight in the daily experiences with mental health and illness.

(Report for the Bulletin of the Indian Branch of the World Association for Dynamic Psychiatry IBWADP)

Margit Schmolke, Monika Dworschak (Berlin)



Dipl. Psych. Margit Schmolke (Berlin) bei ihrem Besuch im A.N.S. Institute of Social Studies in Patna mit Prof. Dr. Jai B.P. Sinha (2. v.l.), Dr. Jyoti Verma (2. v.r) und Mitarbeitern des Instituts.

*News from the Indian Branch of WADP: Project Report of Jagrati —
The Institution for Mentally Retarded Children*

This institution is part of a registered society, an establishment for carrying out social service to the deprived sections of the Indian Society.

The institution, Jagrati, named after the society, offers help to mentally retarded children who become such on account of genetic or exogenous reasons, and are capable of being trained to some extent. Mental retardation is not simply a psychological or medical problem, but is an important subject matter from social, cultural, environmental and national points of view. The untold amount of misery, sufferings and emotional disturbance that it causes to parents and others concerned in the care of such children has a great bearing on their management and training programmes. A social stigma, common in Indian societies, quite often causes rejection and negligence of such children by their parents, family members and others in their rearing.

A rough estimation of retarded trainable children in our country is not less than 9,000,000. If these trainable mentally retarded are not exposed to special care from the date of diagnosis, they may become parasitic and a burden to the society. Jagrati works with the noble aim of training such children. Disability of such children is associated with a number of psychological and personality problems which might be aggravated in the absence of efficient, sincere and conscientious care.

The levels of mental retardation by I. Q. measures can be four - mild, moderate, severe and profound retardation. Moderate and mild retardations can be recognized at a quite early stage of development, and they can also respond to a number of self-help training programmes. Jagrati helps trainable and educable mentally retarded children in becoming self-dependent to a fair extent. The training strategies utilized by the institution keep in mind resource deficiencies in the personality make-up of such children, and also their basic needs of 'structure', self-esteem and self-expression.

The institution had its initial start four years ago at 10/453-A, Khalasi Lines, Kanpur. It is running still in the same building. The space is appropriately furnished and equipped. The scheme will benefit the population of Kanpur, suburbs and adjacent places. At present there is no such institution in the vicinity.

The institution Jagrati has noble purpose of helping and enabling the mentally handicapped to help themselves. The objectives can be summarized as follows:

1. Teaching, learning, behaviour shaping and modification.
2. Therapeutic, functions, catharsis and psychological help.
3. Rehabilitating training.
4. Regular counselling to parents for prevention, precaution and management.
5. The institution is looking forward for extending its objectives to documentation and research activities.

The children are admitted after thorough scrutiny of the case. Medical reports from specialists are taken into account; if the child has been admitted in any school previously, his records of achievements are consulted. The developmental history of the child is recorded through interviews with the parents, to make clear whether the child has developed the problems on account of reactions to strong medicines during any disease, disease itself, on account of any prenatal factor, chromosomal aberration or any type of neural injury. The psychometric examination is done to assess retardation level; a list of problem behaviours, on the basis of severity and priority values of behaviour is also prepared with the help of the parents at the time of admission and revised regularly at proper intervals.

Curricular/extra curricular activities: Cognitive abilities of retarded children are often much below the average. We look at their relative strengths and weaknesses. Their non-verbal tasks are comparatively more difficult than those which require the verbal skills. The visual tasks are easier for such children. They perform fairly well on practical and concrete type of activities. This pattern is very clear in mildly retarded children. Such children are more influenced by external or surface cues and cannot look deeper into events. They have a sort of pre-operational centering and therefore have difficulty in paying attention to more than one dimension or element at a time. Familiarity obstructs new learning. They also cannot transfer their learning easily and a number of repetitions and explanations become essential. For grasping any principle or similarity they are given more practice and frequent explanations. Any type of logical operation, foresight or playfulness is absent in their cognition. They are inferior in imagination and creativity. Keeping in mind all these shortcomings of such children Jagrati gives the following trainings on the cognitive-academic platform: copying of designs, solving jigsaw - like problems, creating block designs from visual patterns, identifying missing parts in pictures and blocks, discrimination tasks and training through sensory and external cues, memory enhancement through reorganisation and restructuring leading to category or system concepts like 'breakfast', 'classroom' etc., simple comparison of size, shape, color, texture, sound, smell, weight, taste and temperature, developing simple concepts of time, day, position, laterality, beauty, body parts etc., picture matching, dyslexia modification through demonstration, practical exercises and repetitions, reaction - time tasks, training in watch and calendar readings.

Emotional behaviour of retarded children is not up to the mark; easily affected by emotions they are impulsive. Their social relations are deficient. They depend on parents for a longer period and, whenever put in a social situation, they feel isolated. Jagrati deals with such children in the following manner, keeping in mind their socio-affective make-up: providing more opportunities to interact with groups, chances for socialization, thus removing developed social isolation habits in such children, avoiding self-defeating experiences and encouraging new learning through reinforcement schedules, arranging compe-

titive and cooperative games, control of hyperactivity and impulsivity through interesting occupations, through simple errands, talks on phone etc. communicative ability is shaped; leadership quality, according to their abilities, is inculcated and responsibilities are given; training in simple household chores like bedmaking, table setting and clearing, sweeping, dish washing etc. is also imparted; sense of money is inculcated and simple purchases are practised.

Adaptive practices are taught by repeated practices: training for self-management, keeping oneself neat and clean, self-dependency in one's personal activities, like toilet training, bathing, dressing, grooming etc., possible enhancement in interpersonal roles playing, coping with adjustment.

More developmental activities become very essential with such children. They are often spastic and their muscular activities are unbalanced. Jagrati takes care of this aspect of development as well. Psychophysical activities -eye-hand coordination, walking on a straight or zigzag line, standing and balancing on single foot, dexterity toys using gross and fine muscular activities, as well as pulling and pushing performances are provided. Special attention is paid to speech modification activities, exercises and communication games.

Aesthetic experiences can be enjoyed by mentally retarded children as well and are related to mental age. Jagrati provides opportunities for dancing, music learning, drawing and painting, arts and crafts, poetry and story recitation.

The personality of the mentally retarded is deficient; their deficit in intelligence, delayed and defective development, their instable and unbalanced emotional expressions, distractability, sensory and health problems are kept in mind at the time of behavioural modification. Realization of their needs of self-esteem and self-expression is a major focus. A number of success experiences are provided. Much attention is given to their common personality disorders like hyperactivity, short attention span, low frustration tolerance, general impulsivity, fear of new situations, fear of rejection, shyness and withdrawal, negativism and compulsive behaviour.

All the above mentioned training, help and education are given through plays, suggestions practice, repetitions, demonstrations, audio-visual aids, behaviour shaping and various types of reinforcing principles etc. In addition to these rehabilitation programmes like candle and chalk making are also arranged for elder children. All the children are divided in three groups: play group, preparatory group, rehabilitation group. Counseling to the parents is a regular feature of Jagrati. The parents are advised for giving preschool socialization experiences and interrelating them with normal children's programmes, helping the child in developing self-concept and a sense of trust through family acceptance, avoiding criticism and comparison and training in personal activities, like toilet, dressing, bathing, brushing etc. with supervision. The parents are made aware of the fact that a retarded child can never become a normal child and therefore unnecessary wastage of money and energy should be avoided for pursuing care. Instead, they should accept the situation and work in

the direction of their children's maximum potential development. They should come out of social stigma and fully cooperate with institutions meant for this purpose.

To conclude we list the therapeutic activities offered by *Jagrati*: psychocathartic activities like dancing, music, poetry, art and craft etc., structural kinetic therapies like structural dance, and structural vocal therapies, hypnotic relaxation, herbal massage, music therapy, speech therapy, physiotherapeutic exercises and behavioural therapies, like play and action.

Mithilesh Verma (Kanpur)

Pressemitteilung des Vereins zur Förderung der Psychologischen Menschenkenntnis (VPM)

Mit Datum vom 3.6.92 wurde unter dem Signet »Informationen Deutscher Psychologen« eine Pressemitteilung des BDP mit einer Reihe tatsachenwidriger Behauptungen über den Verein zur Förderung der Psychologischen Menschenkenntnis (VPM) herausgegeben.

Der VPM möchte hierzu folgendes festhalten:

Nachdem wir erst am 29.6.92 von der Pressemitteilung Kenntnis erlangt haben, erging am 30.6.92 per Beschluß des Landgerichts Bonn eine einstweilige Verfügung gegen den BDP. Darin wurden aufgrund der Dringlichkeit die schwerwiegendsten falschen Tatsachenbehauptungen über die Arbeit des VPM und die Qualifikation seiner Psychologen, Psychiater und Pädagogen wegen ihres eindeutig verletzenden und rechtswidrigen Charakters untersagt. Dieser Beschluß ist im übrigen auch für die Schweiz rechtsgültig und bindend. Trotz des gerichtlichen Verbotes hat der BDP in seiner neuesten Ausgabe »Report Psychologie«, die an über 17 000 Mitglieder verschickt wird, die untersagte Presseerklärung abgedruckt. Er verstößt damit gegen die Verfügung.

Deswegen erließ das Landgericht Bonn per 22.7.1992 eine erweiterte einstweilige Verfügung, nun auch gegen den Verlag der Zeitschrift »Report Psychologie«, die vom BDP herausgegeben wird. Darin werden weitere schwerwiegende falsche Tatsachenbehauptungen bezüglich der Arbeit des VPM und der fachlichen Qualifikation seiner Mitarbeiter wegen ihres eindeutig verletzenden und rechtswidrigen Charakters verboten. Gegen die weiteren tatsachenwidrigen bzw. unsachlichen Unterstellungen, deren Aufstellung und Verbreitung bereits in anderen Verfahren gerichtlich verboten sind, wird gegen den BDP ebenfalls die Unterlassung beantragt. Der Gerichtsbeschluß verwundert nicht, da sich die Verfasser der Pressemitteilung, entgegen der eigenen Satzung und entgegen dem Ethos der Kollegialität, in keiner Weise darum bemüht haben, sich beim VPM bzw. seinen Mitgliedern zu informieren, wie es ihre Pflicht gewesen wäre.

Im übrigen gibt es deutliche Hinweise darauf, daß die Presseerklärung von zwei Einzelpersonen im Sprachduktus eines Herrn *Hemminger* verfaßt wurde

(gleicher Wortlaut). *Hemminger*, Biologe, ist ein sattsam bekannter Gegner jeder Tiefenpsychologie und damit auch des VPM. Ihm wurden die vergleichbaren tatsachenwidrigen Behauptungen über den VPM andernorts bereits gerichtlich untersagt. Offensichtlich benutzt dieser nun auch andere Institutionen für die Verbreitung seiner Vorurteile über den VPM. Auch *Hemminger* kennt die psychologische Arbeit des VPM nicht.

Im VPM haben sich Psychologen, Ärzte, Pädagogen, Theologen und an psychologischen Fragen Interessierte weiterer Berufe zusammengeschlossen. Die im VPM assoziierten Psychologen, Psychiater und Pädagogen verfügen alleamt über eine fundierte fachliche Qualifikation. Sie bilden sich ständig auf Kongressen, Seminaren und Fortbildungen bei anerkannten Institutionen weiter. Die Psychiater absolvieren im Rahmen ihrer fünfjährigen Facharztausbildung zahlreiche klinische, praktische und theoretische Fortbildungen. Zahlreiche im VPM assoziierte Psychologen aus der Bundesrepublik sind seit langem Mitglied im BDP wie auch in der Deutschen Gesellschaft für Individualpsychologie und besuchen in diesem Rahmen auch Fortbildungsveranstaltungen. Mit den verschiedenen Vereinen und Gesellschaften zur Förderung der psychologischen Menschenkenntnis, die im deutschsprachigen Raum arbeiten — alle sind eingetragene, gemeinnützige Vereine —, ist der VPM im europäischen Dachverband (EVPM) zusammengeschlossen. Die Arbeit des VPM und seiner deutschsprachigen Schwestervereine steht in der Tradition tiefenpsychologischer Hilfeleistung und Forschung. Wissenschaftliche Grundlage ihrer Tätigkeit sind insbesondere die Individualpsychologie *Alfred Adlers*, die Neopsychoanalyse und die Entwicklungspsychologie, ferner die Pädagogik, Medizin, Ethologie, Ethnologie, Kulturanthropologie, Ethik und die übrigen Humanwissenschaften. Der VPM steht weltweit in wissenschaftlichem Austausch und führt Kongresse, Tagungen und pädagogische Schulungswochen durch. Er sieht seine wesentliche Aufgabe in der psychologischen Hilfeleistung und Prävention.

Die psychologische Arbeit des VPM stützt sich auf ein breites Fundament empirisch gesicherter Erkenntnisse ab. Im Rahmen seines sozialpräventiven Ansatzes fördert der VPM eine sachgerechte Information über die HIV-Epidemie und ihre Übertragungswege und hat in Übereinstimmung mit der UNO und EURAD ein Drogenpräventionskonzept entwickelt. Die Arbeit des EVPM wird von einem internationalen wissenschaftlichen Beirat begleitet.

Wir bitten Sie höflich dafür Sorge zu tragen, daß die unsachlichen Unterstellungen über den VPM nicht weiter verbreitet werden.

(Zürich, 23. Juli 1992 / VPM)

Ankündigungen / Announcements

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

Euro-Kongress Integraler Ganzheitsmedizin

Veranstalter: European Council of Integrated Medicine (ECIM)

Thema: Wegbereitung einer Integralen Ganzheits-Medizin

Ort: Brüssel / Belgien

Zeit: 9.—13. September 1992

Information: European Council of Integrated Medicine (ECIM), Postfach 177, 3830 AD Leusden, Niederlande, Tel. -31-33-946939, Fax -31-33-952899

International Congress

Veranstalter: International Association of Somatic Therapie

Ort: Buenos Aires/Argentina

Zeit: 11.—15. September 1992

Information: Luis Franco, 18 de Julio, 1006/701 — Montevideo (Uruguay) oder A.I.S. 20, Place des Halles, 67000 Strasbourg (France) Tel. (0033) 88224692

1. Internationaler Kongreß des Europäischen Collegiums für Bewußtseinsstudien (ECBS)

Veranstalter: Europäisches Kollegium für Bewußtseinsstudien

Thema: Welten des Bewußtseins

Ort: Göttingen/Deutschland

Zeit: 24.-27. September 1992

Information: Eurokongress GmbH, Rosenthal 3, D-8000 München 2,

26. Deutscher Soziologentag

Veranstalter: Deutsche Gesellschaft für Soziologie

Thema: Lebensverhältnisse und soziale Konflikte im neuen Europa

Ort: Düsseldorf/Deutschland

Zeit: 28. September — 2. Oktober 1992

Information: Kongreßbüro Soziologentag 1992, Prof. Dr. Heiner Meulemann, Heinrich-Heine-Universität, Sozialwissenschaftliches Institut, Universitätsstraße 1, W-4000 Düsseldorf 1, Tel. 0211 / 311-4711

15. Donauesymposium für Psychiatrie, Regensburg

Veranstalter: Kuratorium des Donauesymposiums für Psychiatrie, in Zusammenarbeit mit dem Kollegium für Ärztliche 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

1. Europäische Tagung für Supervision

Veranstalter: Freie Universität Amsterdam, Postgraduate Programme Supervision, Amsterdam; Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit (EAG), Hückeswagen; Fritz-Perls-Institut für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung (FPI), Düsseldorf

Thema: Institutionen im Wandel — Hilfe durch Supervision und Organisationsberatung

Ort: Leipzig/Deutschland

Zeit: 23. — 25. Oktober 1992

Information: Forschungsstelle der EAG, Am Schachteich, 0-4201 Zöschen

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

Erster Somathotherapie Kongreß in Osteuropa

Veranstalter: International Association of Somatic Therapie

Ort: Krakau/Polen

Zeit: 28. — 30. Oktober 1992

Information: Prof. Henryk Gaertner, Kopernikusuniversität, Skarbowa 1, 31 - 121 - Krakau (Polen) oder A.I.S. 20, Place des Halles, 67000 Strasbourg (France) Tel. (0033) 88224692

Medica-Medienstraße '92 – im Rahmen der 24. Internationalen Fachmesse und Kongreß Medica

Veranstalter: Medisoft Gesellschaft für medizinische Datenbanken mbH

Ort: Düsseldorf/Deutschland

Zeit: 18. – 21. November 1992

Information: Medisoft Gesellschaft für medizinische Datenbanken mbH,
Georg-Speyer-Str. 42, D-6000 Frankfurt 90, Germany, Tel. +49(0)69-774321,
Fax +49(0)69-772341

South East Asia Regional Healthcare Conference

Veranstalter: Management Society for Healthcare Professionals

Thema: Healthcare Management – The Road Ahead

Ort: Kowloon / Hong Kong

Zeit: 19.–20. März 1993

Information: Management Society for Healthcare Professionals, 8th Floor,
88 Lockhart Road, Hong Hong, Tel. 8612688, Fax 8610189

Im nächsten Heft erscheint . . .

Günter Ammon (Berlin/München)

Neurose und Schizophrenie aus humanstruktureller Sicht

Ernst Federn (Wien)

Die historische Entwicklung der Unterschiede zwischen Neurose und Psychose

Raymond Battgay (Basel)

Differentielle Aspekte der narzißtischen Störungen bei Schizophrenen und Neurotikern

Mauricio Knobel (Campinas)

The Neurotic and the Psychotic Components in the Somatization Project

Modest M. Kabanov (St. Petersburg)

Schizophrenie und Neurose: Das Labeling-Problem

Hans Lauter (München)

Psychotherapeutische Aspekte bei der Alzheimer-Erkrankung

Rolf Schmidts (München)

Die Konzeption der Einheitspsychose bei Griesinger, das unitäre Krankheitsverständnis und das gleitende Spektrum archaischer Ich-Krankheiten bei Ammon

Reinhard Hochmuth (Berlin)

Theoretische Diskussion des Humanstrukturbegriffs bei Ammon im Vergleich zum Strukturbegriff bei Rapport

A.M. Shereshevsky (St. Petersburg)

Emil Kraepelin und deutsch-russische Kontakte auf dem Gebiet der Schizophrenie- und Neurosenforschung am Anfang des Jahrhunderts

Ilse Burbiel/Rita Apfelthaler/Egon Fabian/Ulrike Schanné/Gerhard Wolfrum (München)

Stationäre Psychotherapie der Psychosen. Eine testpsychologische katamnestiche Untersuchung

Maria Berger (Berlin/München)

Qualitative Interviews mit schizophren reagierenden Patienten und deren Familien

W.D. Wied (St. Petersburg)

Die Möglichkeiten des computerisierten Monitorings eines gruppenpsychotherapeutischen Prozesses mit schizophrenen Patienten

Juri J. Tupizin (St. Petersburg)

Neuere Probleme der klinische Diagnostik und Psychotherapie der hysterischen Neurose

Vadim S. Rothenberg / A. Elizur (Tel Aviv)

The Interactions between Left and Right Hemisphere and the Problem of the Psychological Defense Mechanisms

Ulrich Köppen / Astrid Thome / Gudrun Stein (München)

Schlafuntersuchungen mit einer selektierten Kontrollgruppe im Vergleich zu einer Gruppe schizophrener strukturierter Patienten

Harold M. Voth (Topeka)

Autokinetischer Lichttest

Volker Peschke (Augsburg)

Computergesteuerte Auswertung des Autokinetischen Lichttests

Jai B.P. Sinha (Patna)

Relevance of Dynamic Psychiatry to Human Resource Development

Boris Poloshij (Tomsk)

Neue Wege zur dynamischen Bewertung der psychischen Gesundheit

Béla Buda (Budepest)

Die Neurose heute — Gedanken über die seelische Gesundheitsförderung aus der Sicht der Dynamischen Psychiatrie

George Palermo (Milwaukee)

Schizophrenia in Present Day Society. A Social and Moral Dilemma

Edward Debné (Carson City)

International Disability Insurance: USA Entry in Health for all Practice

Amnon Carmi (Haifa)

The Capricious Conception of Medical Common Practice

Oskar Sahlberg (Berlin)

Nirwana und Nächstenliebe — Buddhas Weg durch die Psychose

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 Informations-
 referentin 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, Wieland-
 straße 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, Dipl. Psych. Monika Dworschak, 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 Töpfer, 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.

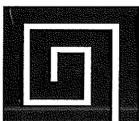
The author's opinion does not necessarily reflect the opinions of the editorial staff. Manuscripts (three copies), each limited to 20 double-spaced typed pages, will be accepted in all languages. All manuscripts must have a summary in either German or English (minimum two double-spaced typed pages).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





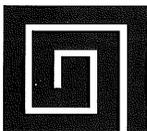
Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.
Goethestraße 54, 8000 München 2



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

22. August bis 1. September 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