ISSN 0012-740 X

Dynamische Psychiatrie

Herausgegeben von Günter Ammon

Dynamic Psychiatry

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse

Günter Ammon zum 75. Geburtstag /
In Honour of Günter Ammon's 75th Birthday

Günter Ammon
Psychosomatik im ganzheitlichen Verständnis der Dynamischen Psychiatrie

Mauricio Knobel
The Schizophrenic Model of Relationships in the Neurotic Patient

Wu Zheng-Yi
The Shantou Mental Health Center: A Dynamic Psychiatric Model for the Care of Mentally Ill Patients

Marius Erdreich
A Psychotraumatological Approach to Neurosis and Schizophrenia as Nosological Units

NEUROSE UND SCHIZOPHRENIE — Beiträge vom 9. Weltkongreß der WADP Teil 2

Maria Berger
Kindheit und Pubertät bei schizophren strukturierten Patienten — eine qualitative Analyse von Patienten und deren Familien

26. Jahrgang
1.-4. Heft 1993

138 — 141

»Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH München

Ingeborg Urspruch
Theatertherapie — eine milieutherapeutische Erweiterung ambulanter Psychotherapie

Mátyás Trixler, Tamás Tenyi, A. Gáti
The Integration of Art Therapy into the Complex Therapy of Schizophrenic Patients

Heinrich Hübschmann
Psychotherapie bei körperlich Kranken

Gertraud Reitz / Dorothee Doldinger
Prävention und Elternarbeit im Psychoanalytischen Kindergarten

Györgyi Körmendy
Der Umgang mit dem Widerstand der Familie in der Kinderpsychotherapie

Juri Popov
Specific Features of Psychotherapy with Neurotic and Psychotic Adolescents with Self-Destructive Behaviour

Gerhard Witzlack
Förderorientierte Psychodiagnostik aus entwicklungspsychologischer und pädagogischer Sicht

Gabriele von Bülow
Symbiotische und ödipale Dynamik im Behandlungsverlauf einer zwangsneurotischen Patientin

Bernhard Longinus
Die »Integrierte Tagesklinik« — eine Verbindung psychotherapeutischer und sozialpsychiatrischer Arbeit in der Behandlung chronisch psychisch Kranker

Egon Fabian / Ulrike Schanné
Die Extramurale Stationäre Milieutherapaie im Behandlungsspektrum der Dynamischen Psychiatrie

Delia Püschel
Zur Theorie des gleitenden Spektrums psychischer Störungen am Fallbeispiel einer schizophren strukturierten Persönlichkeit

Gray Kochhar-Lindgren
The Obsessive Gaze: The Logic of Narcissism in Philosophy and Post-Modern Fiction

August M. Schereschewski
Transkulturelle Aspekte in der russischen Psychiatrie

Reinhard Pauler
Die Deutung des Traums in der Antike

Buchbesprechungen

Nachrichten

Dynamische Psychiatrie / *Dynamic Psychiatry*

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

26. Jahrgang, 1.—4. Heft 1993, Nr. 138—141

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.M. Kabanow, St. Petersburg — M. Knobel,Campinas — A. Lambertino, Parma — U. Mahlendorf, Santa Barbara — A. Mercurio, Rom — L. Miller de Paiva, Sao Paulo — K. Okonogi, Tokio — M. Orwid, Krakau — J.F. Pawlik, Warschau — E. Ringel, Wien — V. S. Rotenberg, Tel. Aviv — F. S. Rothschild, Jerusalem — D. Shaskan, Los Angeles — J.B.P. Sinha, Patna — Y. Tokuda, Tokio — T. Yamaguchi, Tokio — Wu Zheng-Yi, Shantou

Inhalt / Contents

Günter Ammon zum 75. Geburtstag 1
In Honour of Günter Ammon's 75th Birthday 3

Günter Ammon (Berlin/München)
Psychosomatik im ganzheitlichen Verständnis der Dynamischen Psychiatrie 6
Psychosomatics in the Holistic Understanding of Dynamic Psychiatry 18

Mauricio Knobel (Campinas)
The Schizophrenic Model of Relationship in the Neurotic Patient 23
Das schizophrene Beziehungsmodell beim neurotischen Patienten 28

Wu Zheng-Yi (Shantou)
The Shantou Mental Health Center: A Dynamic Psychiatric Model for the Care of Mentally Ill Patients 30
Das Shantou Mental Health Center: Ein dynamisch-psychiatrisches Modell für die Behandlung psychisch kranker Patienten 33

Marius Erdreich (Haifa)
A Psychotraumatological Approach to Neurosis and Schizophrenia as Nosological Units 38
Die psychotraumatologische Sicht der Neurose und der Schizophrenie als nosologische Einheiten 47

Maria Berger (Berlin)
Kindheit und Pubertät bei schizophren strukturierten Patienten — eine qualitative Analyse von Patienten und deren Familien 49
Childhood and Puberty of Schizophrenically Structured Patients and Their Families 70

Ingeborg Urspruch (München)
Theatertherapie — eine milieutherapeutische Erweiterung ambulanter Psychotherapie 73
Theatre Therapy — A Milieu Therapeutic Extension of Out-Patient Psychotherapy 87

Mátyás Trixler, Tamás Tenyi, A. Gáti (Pécs)
The Integration of Art Therapy into the Complex Therapy of Schizophrenic Patients 90
Die Integration der Kunsttherapie in die ganzheitliche Behandlung schizophrener Patienten 96

Heinrich Hübschmann (Heidelberg)
Psychotherapie bei körperlich Kranken 99
Psychotherapy with the Physically Ill 106

Gertraud Reitz, Dorothee Doldinger (München)
Prävention und Elternarbeit im Psychoanalytischen Kindergarten 108
The Role of Prevention and Work with Parents in the Psychoanalytical Kindergarten 125

Györgyi Körmendy (Budapest)
Der Umgang mit dem Widerstand der Familie in der Kinderpsychotherapie 128
Dealing with the Resistance of the Family in Child Psychotherapy 142

Juri Popov (St. Petersburg)
Specific Features of Psychotherapy with Neurotic and Psychotic Adolescents with Self-Destructive Behaviour 144
Die Besonderheiten der Psychotherapie bei neurotischen und psychotischen Jugendlichen mit Selbstzerstörungsverhalten 147

Gerhard Witzlack (Potsdam)
Förderorientierte Psychodiagnostik aus entwicklungspsychologischer und pädagogischer Sicht 150
A Support-Orientated Psychodiagnosis from a Developmental Psychological and Pedagogical Point of View 158

Gabriele von Bülow (Berlin)
Symbiotische und ödipale Dynamik im Behandlungsverlauf einer zwangsneurotischen Patientin 160
Symbiotic and Oedipal Dynamics in the Treatment of a Patient Suffering from Compulsion Neurosis 169

Bernhard Longinus (Marburg)
Die »Integrierte Tagesklinik« — eine Verbindung psychotherapeutischer und sozialpsychiatrischer Arbeit in der Behandlung chronisch psychischer Kranker 172
The »Intergrated Day-Hospital« — A Combination of Psychotherapeutic and Social-Psychiatric Approaches in the Treatment of Chronically Mentally Ill Patients 180

Egon Fabian, Ulrike Schanné (München)
Die Extramurale Stationäre Milieutherapie im Behandlungsspektrum der Dynamischen Psychiatrie 183
Extramural Clinical Milieu Therapy in the Therapeutic Conception of Dynamic Psychiatry 198

Delia Püschel (München)
Zur Theorie des gleitenden Spektrums psychischer Störungen am Fallbeispiel einer schizophren strukturierten Persönlichkeit 201
The Theory of the Gliding Spectrum of Psychic Disturbances — The Casuistic of a Schizophrenically Structured Personality 213

Gray Kochhar-Lindgren (Regensburg)
The Obsessive Gaze: The Logic of Narcissism in Philosophy and Post-Modern Fiction 216
Der obsessive Blick: Die Logik des Narzißmus in Philosophie und postmoderner Literatur 221

August M. Schereschewski (St. Petersburg)
Transkulturelle Aspekte in der russischen Psychiatrie 224
Transcultural Aspects in Russian Psychiatry 229

Roland Pauler (München)
Die Deutung des Traums in der Antike 232
Dream Interpretation in Ancient Times 243

Buchbesprechungen / Books Reviews 246

Nachrichten / News 251

Ankündigungen / Announcements 268



Günter Ammon zum 75. Geburtstag

Der Psychiater und Psychoanalytiker *Günter Ammon* gilt als vehementer Verfechter einer Psychotherapie der Psychosen und psychosenaher Erkrankungen. Im Mittelpunkt seines Denkens, Forschens und Behandelns steht seit mehr als 40 Jahren das Rätsel der Schizophrenie, das zahlreiche Stationen seines wissenschaftlichen Lebensweges bestimmte und ihn zur Entwicklung seiner humanstrukturellen Dynamischen Psychiatrie führte. Diese hat ihre Wurzeln in der Psychoanalyse und Psychiatrie und wurde durch *Ammon* um die Dimension der Gruppendynamik, d.h. um die Dimension der zwischenmenschlichen unbewußten Beziehungsdynamiken mit ihrer Bedeutung für die gesunde und kranke Entwicklung des Menschen, erweitert.

Als bedeutsame Stationen auf seinem wissenschaftlichen Weg seien hervorgehoben: Die Neufassung der Aggressionslehre mit dem Begriff der konstruktiven Aggression im Sinne eines kreativen Herangehens an die Umwelt, das

positive Verständnis des Unbewußten als Potential menschlicher Möglichkeiten, die Entwicklung des Humanstrukturmodells als ein strukturdynamisches ganzheitliches Persönlichkeitsmodell und schließlich das sozialenergetische Prinzip als grundlegend neuer Zugang zum Problem psychischer Energie. Die menschliche Persönlichkeit oder Identität wird nicht durch eine Triebdynamik geformt, sondern durch die Beziehungserfahrungen, die der Mensch in den ihn umgebenden Gruppen macht, wobei die Dynamik der Primärfamilie prägend ist. Folgerichtig versteht *Ammon* die Entwicklungsenergie nicht als innerpsychische Libido (Triebenergie), sondern als »Sozialenergie«, die im zwischenmenschlichen Austausch entsteht und wirksam wird. Damit wird der Mensch als soziales, umweltbezogenes Wesen definiert.

Zu *Ammons* wichtigsten Veröffentlichungen zählen neben einer Vielzahl von Artikeln in nationalen und internationalen Fachzeitschriften u.a. die Bücher »Gruppendynamik der Aggression« (1970), »Dynamische Psychiatrie« (1973), »Psychoanalyse und Psychosomatik« (1974), »Gruppendynamik der Kreativität« (1972), »Gruppenpsychotherapie« (1973), »Psychoanalytische Traumforschung« (1974), »Psychotherapie der Psychosen« (1975), »Kindesmißhandlung« (1979), das von ihm herausgegebene »Handbuch der Dynamischen Psychiatrie 1« (1979) und das »Handbuch der Dynamischen Psychiatrie 2« (1982), »Der Mehrdimensionale Mensch« (1986) sowie das Buch »Vorträge« (1988).

Die zahlreichen Veröffentlichungen *Ammons* im In- und Ausland sind getragen von dem Ringen um ein Verständnis des Menschen in seiner psychischen, sozialen, geistigen und biologischen Bedingtheit und vor allem auch in seinem konstruktiven Potential. *Ammon* führte konsequent und erfolgreich eine psychoanalytische Behandlungskonzeption in die Psychiatrie ein, die die gesunden, kreativen Anteile des Menschen fördert und im Bündnis gegen die Erkrankung wirksam werden läßt. Zeitgemäße Psychotherapie erweist sich hier im tiefsten Sinne als Gesundheitslehre.

Da psychisch schwer kranke Menschen sich meist kaum verbal artikulieren können — weshalb auch ihr Leiden so oft nicht verstanden wird —, verbindet *Ammon* die verbalen (Einzel-, Gruppen- und Familientherapie) mit nonverbalen Therapiemethoden (Milieu-, Tanz-, Theater-, Musik-, Mal- und Reittherapie) zu einem integrierten Behandlungsnetz. Dieses wird u.a. in der von ihm gegründeten Klinik für Dynamische Psychiatrie in München verwirklicht, wo *Ammon* seit 1979 als Chefkonsiliarius tätig ist.

Ammon wurde geboren am 9. Mai 1918 in Berlin. Sein Lebens- und Ausbildungsweg ist gekennzeichnet von dem neugierigen konstruktiven Herangehen an die ungelösten Fragen des Menschen. Nach dem Studium von Medizin, Psychologie, Philosophie, Anthropologie und Archäologie in Berlin, Greifswald und Heidelberg arbeitet er zunächst in der Hämatologie. Seine psychoanalytische Ausbildung absolviert er am Berliner Psychoanalytischen Institut der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung (DPV) bei *Carl Müller-Braunschweig.* Bei *I.H. Schulz* lernt er Autogenes Training und Hypnose. Sein

Interesse an der Erforschung und Behandlung der Schizophrenie führt ihn 1956 an die Menninger Foundation in Topeka/USA, wo er bis 1965 als Psychiater, Psychoanalytiker und Dozent tätig ist. 1969 gründet er in Berlin die Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP), deren Präsident er ist, und das erste Ausbildungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik. Seit 1968 erscheint die von *Ammon* herausgegebene internationale Fachzeitschrift »Dynamische Psychiatrie/Dynamic Psychiatry«. 1980 entsteht die World Association for Dynamic Psychiatry WADP, deren Präsident *Ammon* seither ist. Es entwickelt sich eine rege internationale Zusammenarbeit mit Wissenschaftlern aus 23 Ländern, vor allem aus Osteuropa, den USA und Israel.

Gesund und krank bilden für *Ammon* keine Dualität, sondern eine Einheit im ganzen Menschen. Psychische Krankheit ist nur eine von vielen möglichen Antworten des Menschen auf seine Lebensbedingungen. Die Beschäftigung mit den mehrdimensionalen Möglichkeiten und Bedürfnissen des Menschen sind für *Ammon* wichtiger als die Konzentration auf die Kausalität und Kategorisierung seiner Erlebens- und Verhaltensweisen in Krankheitsbegriffen. Dies zerstöre jede menschliche Beziehung und sei daher antitherapeutisch.

Wenn *Ammon* immer wieder die Wichtigkeit eines explizit formulierten Menschenbildes betont, so ist damit gemeint: Wer nicht nur von kranker Entwicklung, sondern von den vielfältigen Dimensionen menschlicher Existenz und den noch unausgeschöpften menschlichen Möglichkeiten von der Sexualität bis zur Arbeit, von der Kunst bis hin zur Religion und Philosophie ausgeht, kann hoffen, kranken Menschen zu einer Identität zu verhelfen. Erst dann kann Psychiatrie zu einer echten Humanwissenschaft werden, die sich nicht mehr in den starren Rahmen einer Fachdisziplin im traditionellen Sinn pressen läßt.

Eine Würdigung des wissenschaftlichen Werkes von Günter Ammon folgt im nächsten Heft.

In Honour of Günter Ammon's 75th Birthday

Günter Ammon, psychiatrist and psychoanalyst, is considered to be an impassioned advocate of a psychotherapy of psychosis and its closely related disorders. For more than 40 years, the mystery of schizophrenia has been the centre of his thinking, teaching, research work and treatment of his patients. This mystery of schizophrenia has also influenced numerous stages of his scientific career and has induced him to establish his human-structural Dynamic Psychiatry which has its roots in the field of psychoanalysis and psychiatry. *Ammon* has added the dimension of group dynamics, i.e. the dimension of unconscious interpersonal relationships and their importance for the healthy or unhealthy.

The following important stations of his scientific career should be emphasized: the revision of the theory of aggression by introducing the conceptin of

»constructive aggression«, i.e. the creative »ad gredi« towards the environment, the positive understanding of the potential of human possibilities; the development of the human-structural model comprising a structural-dynamic and holistic model of personality and finally the social-energetic principle as a new approach to the problem of psychic energy. The human personality or identity is not shaped by drive dynamics but by the relationships a human being experiences in the groups around him, the dynamics of the family having a forming and lasting character. As a result Ammon does not understand developmental energy as an innerpsychic libido (energy of drives), but as a social energy, emerging from, and having influence on interpersonal relationships.

Ammon has published numerous important articles in national and international specialist periodicals as well as the following books: »Group Dynamics of Aggression« (1970), »Dynamic Psychiatry« (1973), »Psychoanalysis and Psychosomatics« (1974), »Group Dynamics of Creativity« (1972), »Group-Psychotherapy (1973), »Psychoanalytical Dream Research« (1974), »Psychotherapy of Psychosis« (1975), »Battered Child Syndrome« (1979), the two published handbooks by him »Handbook of Dynamic Psychiatry« Vol. I (1979) and Vol. II (1982), »The Multidimensional Human Being« (1986) as well as the book »Lectures« (1988).

The numerous publications in Germany and abroad indicate *Ammon*'s enduring efforts to understand man in his psychic, social, spiritual and biological conditions, and especially his constructive potentialities. Consequently and successfully, *Ammon* has introduced a psychoanalytical concept of treatment into psychiatry, which develops the human being's healthy, creative parts, this establishing and alliance against illness and disorder. In this sense, current psychotherapy has become a science of health.

As is often the case, human beings who are seriously ill are not able to express themselves verbally, and their suffering cannot be understood, so *Ammon* complemented verbal (individual, group and family therapy) with non-verbal methods of psychotherapy (milieu, dance, theatre, music, painting and hippotherapy) thereby producing an integrated network of treatment. His concept of treatment has become reality in the Munich Hospital of Dynamic Psychiatry founded by *Ammon.* Since 1979 he has been Chief Consiliarius at this institution.

Ammon was born on the 9th of May 1918 in Berlin. His own biography and scientific career has characteristically demonstrated a constructive approach in which he is eager to learn about all problems of mankind, which are not yet solved. After his studies of medicine, psychology, philosophy, anthropology and archeology in Berlin, Greifswald and Heidelberg, he worked in the field of haematology. He received his psychoanalytic training by *Carl Müller-Braunschweig* at the Karl-Abraham-Institut of the Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (DPV) in Berlin. He studied Autogenic Training and hypnosis with *I.H. Schulz.* His strong interest in the research and treatment of schizophrenia led him to the Menninger Foundation in Topeka, USA, where he

worked as psychiatrist, psychoanalyst and teacher from 1956 until 1965. In 1969 he founded the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP), whose president he is, and the first Training and Research Institute for Group Dynamics and Dynamic Psychiatry in Berlin. Since 1968, he has been publishing the international journal »Dynamic Psychiatry«. In 1980 the World Association for Dynamic Psychiatry WADP was founded. *Ammon* has been its president since then. A lively international cooperation has developed with the scientists of 23 countries, mostly Eastern Europe, the USA and Israel. *Ammon* is honorary president, honorary member and member of several national and international scientific associations.

In *Ammon's* view, being ill or healthy does not mean duality but stands for different aspects of a whole person. Being ill does mean only one of many possible reactions of man to his life conditions. For *Ammon,* it is more important to think about multidimensional potentialities and needs of man than to focus on causality and categories of experience and behaviour as terms of illness. In *Ammon's* opinion the latter only destroy human relations and thereby are anti-therapeutic.

Ammon has always emphasized the importance of an explicitly defined view of man. This means that identity can only be achieved by developing the numerous potential dimensions of human existence from sexuality to work, from art to religion and philosophy. It cannot be achieved by considering only a disturbed development. Only in this sense, psychiatry can become a real science of humanity which can no longer be forced into the rigid frame of psychiatry in the traditional sense.

The next issue of »Dynamic Psychiatry« will honour *Ammon's* scientific work.

The Editorial Staff

6

Psychosomatik im ganzheitlichen Verständnis der Dynamischen Psychiatrie*

Günter Ammon (Berlin/München)

In der vorliegenden Arbeit stellt der Autor nach einer einleitenden Diskussion bekannter psychosomatischer Konzepte aus der Literatur seine eigene Konzeption der psychosomatischen Erkrankung dar. Die von Ammon begründete Schule der Dynamischen Psychiatrie ordnet die Psychosomatik den sogenannten archaischen Ich-Krankheiten zu, die auf einem gleitenden Diagnosespektrum (zu dem auch schizophrene Reaktion, Depression, Sucht und Borderline-Erkrankung gehören) angesiedelt sind. Im theoretischen Verständnis des Humanstrukturmodells der Dynamischen Psychiatrie ist diesen Erkrankungen gemeinsam eine Arretierung der Persönlichkeitsentwicklung mit der Folge eines strukturellen Defizits im zentralen Persönlichkeitskern, das Ammon auf eine emotionale Leere und Verlassenheit in der frühen Familiengruppe zurückführt. Diese grundlegende Verwobenheit der archaischen Ich-Krankheiten kann sich in einem Wechsel der Symptomatik zwischen Psychosomatik, Psychose und Depression widerspiegeln. Ammon beschreibt die Primärgruppendynamik und Phänomenologie des psychosomatisch Kranken. Fallbeispiele (Colitis ulcerosa, Hauterkrankungen, Asthma bronchiale) illustrieren die Abhängigkeits- und Anpassungsdynamik dieser Patienten, die Hoffnungs- und Bedürfnislosigkeit und die Alexithymie, das Weit-Weg-Sein von Gefühlen, als Kennzeichen der psychosomatischen Struktur. Insbesondere die Humanfunktionen der Angst und der Aggression sind im psychosomatischen Symptom gebunden, d.h. richten sich gegen den eigenen Körper. Die Verhaltensfunktionen der Patienten sind relativ intakt.
Nach Ansicht des Autors muß bei psychosomatisch Kranken das hinter den Symptomen liegende seelische Leid behandelt werden. Der Autor prägte den Begriff der Identitätstherapie für eine Behandlung, die die gesamte Persönlichkeit, d.h. gesunde und kranke Anteile des Patienten, einbezieht. Der Erstellung eines individuellen Behandlungsprogramms geht eine differenzierte humanstrukturelle Diagnostik voraus. Die ambulante Behandlung umfaßt eine Kombination nonverbaler und verbaler Einzel- und Gruppentherapien. Bei schweren Erkrankungen wird eine stationäre Therapie in einer psychosomatischen Klinik erforderlich. Ammon hält insbesondere nonverbale Therapieformen, wie die humanstrukturelle Tanztherapie, Musik-, Theater-, Mal- und Reittherapie, Sport- und Massagetherapie, für bedeutsam, um dem Patienten bei der Integration seiner unbewußten Anteile zu helfen. Bei einer am unbewußten Kern der Persönlichkeit ansetzenden Behandlung verschwinden die Symptome häufig »von selbst«, ohne daß direkt an ihnen gearbeitet wird. Wesentlich ist, den Menschen nicht als Symtomträger, sondern als ganzen Menschen in allen seinen Dimensionen zu verstehen und zu behandeln.

Der Begriff »Psychosomatik« hat sich inzwischen in der Medizin, an den Universitäten und in der Öffentlichkeit durchgesetzt. Es entwickelte sich ein Verständnis dafür, daß das Seelenleben und die Körperlichkeit des Menschen in einem ständigen Wechselprozeß stehen. Auf der ganzen Welt kehren Wissenschaftler der verschiedensten Disziplinen, wie Ärzte, Psychologen, Philosophen, Physiker, Juristen und Theologen zu einer ganzheitlichen Betrachtungsweise des Menschen zurück und versuchen schul- und richtungsübergreifend miteinander ins Gespräch zu kommen.

In seinem naturwissenschaftlich-philosophischen Werk vertritt der Nobelpreisträger Sir *John Eccles* (1988) übereinstimmend mit mir die Auffassung, das geistig-seelische Prinzip sei das eigentlich Integrierende, der Steuermann des

* Vortrag gehalten am 29.1.1993 im Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik, Berlin, und am 12.2.1993 im Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse, München

Menschen, was er in seinem Beitrag »The Spiritual Nature of the Self« (1988) ausführt. Dem »Bewußten Selbst« bei *Eccles* entspricht in meiner Humanstrukturologie der Begriff der Identität des Menschen, deren Störungen ich als auslösend für alle Erkrankungen, ob somatischer, psychischer oder geistiger Natur, ansehe.

Nach der Gesundheitsdefinition der WHO stellt Gesundheit einen Zustand »körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens« dar. Dieser Definition schließt sich die Dynamische Psychiatrie an, geht jedoch in ihrer ganzheitlichen Sichtweise noch darüber hinaus: Krankheit und Gesundheit verstehe ich als prozeßhaftes Geschehen, in dem Krankheitsbilder einen momentanen Zustand der Persönlichkeit zeigen, der sich verändern kann, der verstehbar und behandelbar ist. Krankheit ist in meinem Verständnis ein mißglückter Befreiungsversuch aus nichtbewußter oder unerträglich gewordener Einengung des ursprünglich mehrdimensionalen Menschen, als Desintegration von Körper, Seele und Geist. Dabei repräsentiert die Mehrdimensionalität des Menschen die vielen Aspekte und Möglichkeiten menschlichen Seins im ganzheitlichen und integrierten Erleben und Denken. Fixierung im Erleben und Handeln, geschlossenes System- und Kategoriendenken, Dysregulation, Isolation und schließlich Desintegration stellen Prozesse und Strukturierungen von Eindimensionalität des Menschen dar. Im Gegensatz zum »Eindimensionalen Menschen« *Herbert Marcuses* (1967) steht daher mein Konzept des »Mehrdimensionalen Menschen« (*Ammon* 1985), das von einem optimistischen Menschenbild ausgeht.

Zu Recht fordert das Deutsche Ärzteblatt (1987): »Jeder behandelnde Arzt müßte sich um eine integrierende und integrale Medizin bemühen und sich kritisch mit den Argumenten und Methoden des gegnerischen Lagers auseinandersetzen.«

Die Entwicklung einer ganzheitlichen medizinischen Wissenschaft, einhergehend mit einem Denk- und Einstellungswandel in der modernen Medizin, behält trotz aller Fortschritte jedoch die strikte Trennung in psychosomatische und psychiatrische Behandlungskonzepte bei. Neben Kliniken für psychosomatische Medizin bestehen weiterhin psychiatrische Anstalten. In der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige wird diese Trennung und die damit verbundene Stigmatisierung psychiatrischer Patienten aufgehoben, indem die Bereiche Psychiatrie, Psychotherapie, Psychoanalyse und psychosomatische Medizin innerhalb eines ganzheitlichen Behandlungskonzepts integriert werden.

Nach *Uexküll* (1992) erhebt die »Integrierte Psychosomatische Medizin den Anspruch, den heutigen Dualismus einer Medizin für seelenlose Körper und einer Medizin für körperlose Seelen zu überwinden. Sie will eine medizinische Betreuung kranker Menschen verwirklichen, welche die körperlichen, seelischen und sozialen Probleme gleich ernst nimmt«. In seinem Buch »Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik« fordert *Uexküll* (1992) einen Paradigmenwechsel in der Medizin, um über eine »unverbindliche Absichts-

erklärung, über den biotechnischen Problemen eines Patienten seine psychischen und sozialen Nöte nicht zu vergessen«, hinauszugehen.

Auch die überwiegend psychische Sichtweise der Psychoanalyse *Freuds* mußte im Verlauf der Entwicklung einer Psychosomatischen Medizin revidiert werden: Während *Sigmund Freud* (1894) das psychosomatische Symptom als Konversionssymptom oder als Äquivalent von Angst versteht, versucht *Alexander* (1951) in seinem klassischen Werk mit dem Titel »Psychosomatische Medizin, Grundlagen und Anwendungsgebiete« die Theorie eines generellen, dynamischen und entwicklungsspezifischen Zusammenhangs zwischen Psyche und Soma zu leisten. Durch Einbeziehung endokrinologischer und physiologischer Überlegungen gibt er die isolierte »psychische Betrachtungsweise« auf und revidiert weitgehend das Instanzenmodell der klassischen Neurosenlehre.

In *Mitscherlichs* Konzeption der zweiphasigen Verdrängung (1954) geht der organischen Symptombildung in jedem Fall ein Versuch, die gravierende Konfliktsituation mit psychischen Mitteln zu lösen, voraus. Wenn diese Konfliktlösung nicht in einer ersten Phase der Mobilisierung psychischer Abwehrkräfte mit neurotischer Symptombildung gelingt, kommt es in einer zweiten Phase der Verdrängung durch Verschiebung in körperliche Abwehrvorgänge zur Ausbildung eines körperlichen Symptoms. *Mitscherlich* (1954, 1967) hält jedoch weitgehend an der *Freud*schen Nosologie fest.

Das Konzept der französischen psychosomatischen Schule von *Marty, de M'Uzan, David* (1957) deckt sich weitgehend mit dem der Alexithymie, wie es *Sifneos* (1972) ausführlich darstellte. Wesentliches Kennzeichen der psychosomatischen Erkrankung ist dabei das Weit-Weg-Sein von Gefühlen bzw. die Unfähigkeit, Gefühle wahrzunehmen und mit Worten zu beschreiben.

Obwohl am unspezifischsten, hat sich heute das Streßmodell (*Selye* 1936, *Rahe* und *Arthur* 1978) in der Psychosomatischen Medizin am weitesten durchgesetzt. Das Modell erklärt jedoch nicht, welche Erkrankungen sich unter Streßbedingungen entwickeln. Durch die Ausweitung des Begriffes »Streß« ist der Erklärungswert dieses Modells mittlerweile auf ein Minimum gesunken.

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* 1982). 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 Feld von Beziehungen und Beziehungsdynamiken hineingeboren, und die Qualität dieser Beziehungen bedingt die Entwicklung seiner Persönlichkeit.

Der Mensch ist zugleich 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 Geburt bis zum Augenblick seines Todes ein sich entwickelndes Wesen. Die Identitätsentwicklung verstehen wir als einen lebenslangen Prozeß.

In meiner Lehre betrachte ich den Menschen als ein sozialenergetisch bestimmtes Wesen. Sozialenergie verstehe ich als eine dem Individuum aus seiner Umwelt gegebene Energie. Diese Energie vermittelt sich im und durch zwischenmenschlichen Kontakt. Die Lehre von der Sozialenergie tritt an die Stelle der intraindividuell konzipierten Libidoenergie *Freuds*. Sozialenergie als psychische Energie sehe ich immer in Abhängigkeit von zwischenmenschlichen und gruppendynamischen Bezügen, von der Umwelt des Menschen, gesellschaftlichen Faktoren und seinem Sein in dieser Gesellschaft. Sozialenergie entsteht durch Kontakt, Auseinandersetzung, Geborgenheit, Verläßlichkeit, Liebe, durch Forderungen an die Identität, durch Aufforderungen zum Tun und zur Aufgabe. Menschen, die nicht oder zu wenig gefordert werden, sind verlassene Menschen mit Sozialenergiedefiziten. Sozialenergieaustausch ist immer ein wechselseitiges Geschehen, aus dem alle daran Beteiligten Veränderung und Wachstum erleben.

In meinem humanstrukturellen Verständnis ist die Persönlichkeitsstruktur eines Menschen manifestierte Sozialenergie. Unter Humanstruktur verstehe ich das Geflecht 1. der primären, mehr organischen Humanfunktionen (Sinnesorgane, ZNS, endokrine Systeme etc., 2. der zentralen, psychischen Humanfunktionen, die im nichtbewußten Kern der Persönlichkeit lokalisiert sind (Aggression, Abgrenzung, Angst, Narzißmus, Sexualität, Beziehungsfähigkeit, Traumfähigkeit, Phantasiefähigkeit, Kreativität, konzeptionelles Denken, Identität, Integrations- und Regulationskraft u.a.), und 3. der sekundären, mehr bewußten Humanfunktionen, die unmittelbar den Kontakt zur Umwelt herstellen (logisches Denken, Gedächtnis, Intelligenz, Sprechfertigkeit, Affekte, Verhalten u.a.).

Haben sich Humanfunktionen nur ungünstig oder gering entwickeln können als Folge mangelnder sozialenergetischer Auseinandersetzung, so entsteht ein humanstrukturelles Defizit, das durch Krankheitssymptome ausgefüllt werden muß. Die Symptome füllen kompensatorisch gewissermaßen das »Loch im Ich« (*Ammon* 1972), d.h. das Defizit im zentralen Kern der Persönlichkeitsstruktur.

Die psychosomatische Erkrankung verstehe ich als eine archaische Ich-Krankheit, die lebensgeschichtlich in früher Kindheit entstanden ist. Strukturell gesehen leiden psychosomatische Patienten an einem schweren Aggressionsdefizit, das heißt, sie sind nicht fähig, ihre Bedürfnisse zu spüren, sich gegenüber anderen Menschen auszudrücken und haben wenig Interessen entwickelt. Das Aggressionsdefizit ist an ein hohes Maß an destruktiver Aggression gekoppelt, was bedeutet, daß diese Menschen unbewußt gegen sich, insbesondere ihren Körper und anderen Menschen zerstörerisch sind; beispielsweise brechen sie Kontakt ab, wenn er gerade entstanden ist, oder sie verletzen sich selbst oder quälen sich durch Grübeleien und Zwangsgedanken.

Angst können diese Patienten überwiegend nur in ihrer destruktiven Ausprägung erleben, das heißt in Panikzuständen, bei denen sie von Angst beherrscht und gelähmt sind; sie können ihre Ängste nicht mehr mit der Realität verbinden und nicht mehr mitteilen. Gleichzeitig spüren diese Patienten in vielen Situationen, die wirklich gefährlich sind, keine Angst; die Angst erscheint nach außen defizitär, da sie an das körperliche Symptom gebunden ist. Die defizitäre Aggression nach außen und die destruktive Aggression nach innen zu bearbeiten, ist das Kernstück aller Behandlung bei der Psychosomatik: die große ihm selbst nicht bewußte Wut, die der psychosomatisch erkrankte Patient in sich trägt und die er oft überdeckt — natürlich sind das unbewußte Vorgänge — durch eine totale Anpassung an die Umwelt; ihm fehlt nämlich ein eigener Standpunkt und eine eigene Identität. Denn die Psychosomatik macht eben seine Identität aus. An die Stelle der Frage »Wer bin ich?«, die für den Kranken mit existentieller Angst verbunden ist, tritt die Frage. »Was habe ich?«. Die Frage nach der eigenen Identität wird ersetzt durch die Frage nach dem Symptom.

Die besondere Primärgruppendynamik psychosomatisch Kranker ist gekennzeichnet durch eine interpersonelle Dynamik, in der das Kind genötigt wird, auf die Entwicklung und Abgrenzung der eigenen Identität zu verzichten und statt dessen die Pseudoidentität eines Symptomträgers zu akzeptieren. Das Kind ist in der frühesten Lebenszeit darauf angewiesen, daß die Mutter als Hilfs-Ich anwesend ist und durch angemessenes Reagieren auf seine Bedürfnisse ihm hilft, seine Körpergrenzen aufzubauen. Wenn die Mutter dazu nicht in der Lage ist, erfährt das Kind in dieser Phase seiner ersten Entwicklungsschritte eine schwere Schädigung, es entsteht ein sozialenergetisches Defizit, das sich durch die folgenden Entwicklungsstufen des Kindes hindurchzieht.

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

Das Kind erfährt nur Körperkontakt und Liebe, Wärme und Aufmerksamkeit, wenn es krank ist. Den kranken, inaktiven und unlebendigen Körper des Kindes kann die Mutter mit tatsächlicher Zuwendung belohnen und damit ihr unbewußtes Selbstbild als gute und perfekte Mutter bestätigen. Die Art und

Weise, wie sich die Mutter verhält, ist selbst wiederum abhängig davon, wie die Mutter sich im interpersonellen Rahmen ihrer Lebenssituation und Familiengruppe erleben und verhalten kann.

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

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

Der psychosomatisch Kranke wächst in einer emotionalen Leere auf und bekommt — wie oben dargestellt — nie die Zuwendung, die er als Kind eigentlich bräuchte. Diese Leere in der frühen Lebensgruppe bringt das Kind dazu, sich über das Signal einer körperlich erscheinenden psychosomatischen Krankheit Liebe und Zuwendung zu holen. Alle psychosomatisch Kranken sind innerlich Verlassene. Es herrscht eine ständige Angst vor, verlassen zu werden; in aktuellen Trennungssituationen versuchen diese Patienten, alles zu tun, um eine Trennung zu verhindern. Sie machen sich dadurch unbewußt völlig abhängig von anderen Menschen. Die Patienten reagieren in Trennungssituationen mit körperlichen Symptomen, die sich manchmal sehr schwer, manchmal lebensbedrohlich manifestieren. Man könnte psychosomatische Erkrankungen deshalb auch als »Trennungskrankheiten« bezeichnen. Dies dokumentierte sich eindrucksvoll in meiner Praxis in einer psychotherapeutischen Gruppe mit vorwiegend psychosomatisch reagierenden Patienten, in der der Großteil der Patienten vor allem mit funktionellen Symptomen reagierte, als sich die Gruppenspychotherapeutin von der Gruppe trennte, um in einer anderen Stadt weiterzuarbeiten.

Besonders deutlich wird die Abhängigkeitsdynamik bei dem Krankheitsbild der Colitis ulcerosa, das von meiner Schülerin *Heidi Mönnich* (1984) bearbeitet wurde. Bereits das Symptom als solches stellt eine kleinkindartige, am Enddarm fixierte Abhängigkeit dar: das Tragen von Windeln und Gummihöschen und das ständige Einnässen, allerdings mit blutigem Stuhl, gehören zum Symptomgeschehen. Die Zerstörung des eigenen Enddarms und das Bluten

von der Körperöffnung des Anus her kann im Sinne von *Felix Deutsch* (1922) tiefenpsychologisch und symbolisch verstanden werden. Diese Erkrankung ist eine unspezifische chronische Darmerkrankung mit geschwürbildenden Entzündungen der Dickdarmschleimhaut im Bereich des Kolons und Rectums. Schleimige und blutige Durchfälle bis zu 40mal pro Tag und Leibschmerzen gehören zum Erscheinungsbild. Prädominant bei allen Colitis-ulcerosa-Patienten ist

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

Mönnich (1984) berichtet über einen Patienten mit Colitis ulcerosa, der kaum Kontakt zu seinem Vater hatte und von der Mutter nur gesehen wurde, wenn er krank war: »Meine Mutter hat sich sehr um mich gekümmert, wenn ich krank war, indem sie mich umsorgt hat mit Arzt-Holen, Essen, Schlafanzug-Wechseln, mit Bettwäsche-Wechseln und derartigen Dingen. Aber ich kann mich nicht erinnern, daß sie mal zärtlich zu mir gewesen ist oder mich in den Arm genommen hat.« Später studierte dieser Patient Zahnmedizin wie der Vater, ein Zahnarzt. »Ich habe also zuerst Zahnmedizin studiert, weil meine Eltern das wollten. Ich sollte die Praxis meines Vaters übernehmen. Das war mir von Kind auf vorgegeben. Das war ein Familienplan und ich habe das auch einfach so übernommen, obwohl ich schon damals meine Zweifel daran hatte.«

An anderer Stelle habe ich aufgrund dieser Dynamik die psychosomatischen Krankheiten auch als »Unterwerfungskrankheiten« bezeichnet.

Mit dem von *Engel* und *Schmale* (1967) erforschten Komplex des »given up — giving up« stoßen wir meines Erachtens auf die psychogenetisch entscheidende Situation in der Krankheitsentstehung. Denn der psychosomatisch Kranke hat das »given up — giving up«, die Situation der Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit, bereits in frühester Kindheit erlebt. Die Hoffnungslosigkeit ist humanstrukturell gesehen ein extrem defizitäres psychisches Geschehen, d.h. wo keine Hoffnung mehr ist, geht der Mensch psychisch und infolgedessen körperlich zugrunde. *Voth* (1992) hat (ebenso wie bereits *Le Shan* 1965) darauf hingewiesen, daß die Aufgabe von Hoffnung und die Unfähigkeit, Hilfe zu suchen, beim Ausbruch von Krebserkrankungen feststellbar sind. Diese Dynamik ist auch als Ursache für den sog. psychogenen Tod zu verstehen.

Die Dynamik des Sich-Selber-Aufgebens stellt eine Dysregulation zwischen Bewußtem und Nichtbewußtem und zwischen den biologischen und nichtbewußten Arealen des Menschen dar, d.h. die destruktive Aggression und Wut wird nichtbewußt nach innen auf den Körper gerichtet. Dies kann man in der

Therapie sehr gut beobachten: sobald die Aggression in die Umwelt agiert werden kann, wird das psychosomatische Symptom entlastet.

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

Zwischen psychosomatischer Erkrankung, Depression und schizophrener Psychose lassen sich strukturelle Gemeinsamkeiten beobachten. Nach meiner Theorie vom gleitenden Spektrum archaischer Ich-Krankheiten kommt es im prozeßhaften Krankheitsverlauf daher immer wieder zu Symptomwechseln bzw. Symptomverschiebungen.

Die Verwobenheit von psychosomatischen Erkrankungen und Depression ist häufig in der Literatur beschrieben worden. Besonders *Dorfman* (1974) weist darauf hin, daß Depression oft mit psychosomatischen Krankheiten verbunden ist und sowohl als Auslöser einer psychosomatischen Krankheit vorausgeht als auch als ihr Resultat angesehen werden kann. *Apolito* und *Mont Clair* (1972) kommen zu dem Ergebnis, daß das psychosomatische Symptom bei schwer depressiven Patienten als einzige Möglichkeit einer Kommunikation mit der Umwelt entwickelt wird. Die Untersuchungen *Forrests* und *Wolkinds* (1974) bei 50 Patienten mit rheumatischen Erkrankungen weisen ebenfalls auf die Funktion des Symptoms als Äquivalent von Depression hin. Andere Forschungsergebnisse zeigen den Zusammenhang von psychotischen Reaktionen und psychosomatischen Erkrankungen auf. Über diesen Zusammenhang berichteten bereits *C.G. Jung* (1907) und *Dreyfuß* (1908). Auch *Meng* (1934) betont den psychose-ähnlichen Charakter psychosomatischer Erkrankungen. *Meng*, der Patienten mit Anorexia nervosa behandelt hatte, prägte den Begriff der Organpsychose für psychogene organische Störungen, die auf eine primäre Störung des Körper-Ichs zurückgehen. In der Genese dieser durch frühe Schädigungen des Ichs eingeleiteten organischen Erkrankungen spielt nach *Meng* die Mutter eine führende Rolle.

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

Ich selbst behandelte einen Patienten, der in der Kindheit an einer Anorexia nervosa erkrankte, die von schweren nässenden Ekzemen an Händen, Beinen

und Füßen abgelöst wurde. In der Adoleszenz entwickelte sich ein Rhinophym. Später erkrankte der Patient an Asthma bronchiale, das infolge von Autogenem Training verschwand und in eine schwere Depression umschlug, so daß der Patient oft sagte: »Oh, hätte ich bloß mein Asthma behalten, als jetzt diese Depression zu haben; denn als ich mein Asthma hatte, da habe ich arbeiten können, da habe ich viele Freundschaften gehabt und eine lebendige Sexualität.« Während der psychoanalytischen Behandlung, in der er die Zusammenhänge überhaupt begriff, die zwischen seiner Psychosomatik und seinem psychischen, also nicht-bewußten Leben bestanden, hatte er oft schwere Angstanfälle, bei denen er sagte: »Das ist ja eine Art Asthma ohne Asthma.« Das heißt, diese furchtbare Angst, die Todesangst, die hinter dem Asthma stand, wurde für ihn jetzt spürbar.

An dieser Stelle möchte ich auch auf die Psychodynamik der Hauterkrankungen näher eingehen. Die Ergebnisse unserer Forschungen haben gezeigt, daß durch Hauterkrankungen Körperkontakt und Sexualität gleichzeitig abgewehrt und gesucht wird. Viele Patienten schildern unerträgliche Wochenenden und Urlaube, wo Beziehungen möglich gewesen wären, aber sie die Situation nicht aushalten konnten. Hauterkrankungen brechen oft gerade dann aus, wenn Kontakt aufgenommen wird. Bei einigen Patienten traten die Beschwerden auf, wenn sexuelle Kontakte bevorstanden. Die Bedeutung des Kontaktes für Hautkrankheiten wird deutlich, wenn z.B. ein Patient über sich selbst schreibt: »Mit der Akne wurde ich wenigstens gesehen, wenn ich allerdings auch sehr darunter gelitten habe. Zuvor gab es mich überhaupt nicht.« Diese Äußerung zeigt, daß auf einer tief unbewußten leidvollen Ebene Kontakt aufgenommen wird, wo sich Wünsche und Ängste vereinen. Bei einer Fragebogenuntersuchung an 80 ambulant oder stationär psychotherapeutisch behandelten Patienten (*Ammon* et al. 1985) fällt besonders deutlich auf, wie der Körperkontakt dargestellt wird: »Ich hatte nur Beziehung zu mir über meine Hautkrankheit. Von ihr hing es ab, ob es mir gut oder schlecht ging.« »Ich konnte mein Gesicht nicht leiden.« »Ich kann keinen körperlichen Kontakt mit meinem Partner aushalten.« »Ich habe meinen Körper versteckt vor anderen Menschen und spürte meine kranke, juckende Haut.« Wie wir in unserer Theorie annehmen, entspricht das eigene Körpererleben des Patienten der Art und Weise, in der die Primärgruppe mit Körperlichkeit umging. In den Familien der hautkranken Patienten gab es auffallend wenig freundlichen und zärtlichen Körperkontakt, er wurde als unangenehm und mit Ekel verbunden erlebt. Weiterhin findet sich ein hohes Maß an körperlicher Bestrafung (95% berichteten, geschlagen worden zu sein).

Bei Naturvölkern werden die Kinder bis zum zweiten und dritten Lebensjahr am Busen oder auf dem Rücken der Mütter getragen und haben so immer Körperkontakt während dieser frühen Lebenszeit. Wenn dieser Körperkontakt verweigert wird, entsteht ein Auseinanderreißen der normalen Symbiose zwischen Mutter und Kind, die bis zum dritten Lebensjahr angesetzt ist. Die Hauterkrankung ist deshalb bildlich zu verstehen als Ausdruck eines Zerreißens von Körperkontakt innerhalb der Mutter-Kind-Symbiose.

Dieses Auseinanderreißen dokumentiert sich auf der Haut in Form der für bestimmte Krankheitsbilder typischen Verletzungen und Läsionen. Schon bei der Geburt kann dieses Zerreißen der körperlichen Einheit zwischen Mutter und Kind endgültig werden, wenn die Mutter das Neugeborene nicht körperlich annimmt.

In der obengenannten Fragebogenuntersuchung (*Ammon* et al. 1985) zeigte sich bei einem Viertel der untersuchten Patienten ein Symptomwechsel; bei 15% traten andere körperliche Symptome auf, wie Magengeschwüre, körperliche Schwäche, chronische Bronchitis und Kopfschmerzen. Bei 11% der Patienten alternierten Hauterkrankungen mit Angstzuständen, psychotischen Wahnvorstellungen, Depressionen und Suizidalität.

Nach meiner klinischen Erfahrung spricht ein häufiger Symptomwechsel für Psychosenähe des Patienten. Wird bei dem Patienten durch Eingriffe von außen ein Symptom aufgehoben, so kann es zu akuten psychotischen Reaktionen kommen. Die auf Körperebene sich abspielende Erkrankung darf deshalb nicht dazu verführen, diese ausschließlich oberflächlich zu behandeln.

Ebenso ist bekannt, daß bei bestehender akuter Psychose eine fieberhafte oder infektiöse Erkrankung zum Abklingen der akuten psychotischen Symptomatik führt, um jedoch beim Abklingen der körperlichen Erkrankung wieder aufzutreten. In zahlreichen Kasuistiken habe ich besondere Aspekte von manchmal durch das ganze Leben gehenden Symptomverschiebungen oder auch Symptomverschiebungen in einem längeren psychotherapeutischen Prozeß beschrieben (*Ammon* 1974).

Entsprechend der ganzheitlichen Sichtweise psychosomatischer Erkrankungen muß auch die psychotherapeutische Behandlung darauf abzielen, dem in seiner Ganzheit gestörten, auf wenige Dimensionen eingeengten Menschen, der im Kontakt zu sich selbst, seinem Unbewußten, zu anderen Menschen und zur Umwelt entfremdet ist, zu einer Integration zu verhelfen. Humanstrukturelle Therapie bedeutet Identitätstherapie, Entwicklung und Verzwirklichung des unbewußten kreativen Potentials, das jeder Mensch besitzt. Das Ziel der Identitätstherapie ist nicht vorrangig, Symptome zu beseitigen, sondern den Patienten von seiner Eingeschlossenheit, seinen Vernichtungs- und Verlassenheitsängsten zu befreien und ihm bei der Entwicklung seiner gesamten Persönlichkeit zur Seite zu stehen. Grundlegend dafür ist die Identitätsentwicklung, die 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. Im Sinne einer echten nachholenden Persönlichkeitsentwicklung gilt es, zur Leere im zentralen Persönlichkeitskern vorzustoßen, dem »Loch im Ich« (*Ammon* 1972), und dort Identität allmählich aufzubauen. Ein oberflächliches Arbeiten an der Persönlichkeitsfassade, ein bloßes Aufbauen von sekundären Humanfunktionen, die letztlich unintegriert bleiben, wie es bei vielen Anpassungstherapien der Fall ist, ist zu vermeiden.

Die psychotherapeutische Arbeit muß, um nicht nur vorübergehende Besserungen der Befindlichkeit, sondern grundlegende Strukturveränderungen der Persönlichkeit zu erreichen, am unbewußten Kern der Humanstruktur ansetzen. Unsere klinischen Erfahrungen sprechen dafür, daß die Symptome sozusagen »von selbst« verschwinden, wenn strukturelle Veränderungen stattgefunden haben.

Das Behandlungspektrum umfaßt ambulante psychoanalytische Einzel- und Gruppentherapie bis hin zur stationär-psychotherapeutischen Behandlung in unserer Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige. Bei der psychosomatischen Erkrankung ist zu berücksichtigen, daß es sowohl innerhalb einzelner Krankheitsformen (wie z.B. Asthma bronchiale) wie auch zwischen ihnen beachtliche Unterschiede bezüglich Genese, Struktur, Funktion und Symptomatologie gibt und daß diese in verschiedener Weise strukturell und symptomatologisch miteinander verflochten sind. Daher ist eine sorgfältige Diagnostik biologischer, psychologischer und sozialer Funktionen zu erheben. Dabei benutzen wir auch den von uns entwickelten ISTA (Ich-Struktur-Test nach *Ammon*), der uns gemeinsam mit anderen diagnostischen Verfahren (wie z.B. MMPI, Gießen-Test, Intelligenz- und Konzentrationstests, projektiven und gestalterischen Verfahren) die Möglichkeit gibt, ein individuelles Persönlichkeitsprofil des Patienten zu erstellen und aufbauend darauf eine Behandlungskonzeption zu entwickeln, die auf einem gleitenden Spektrum der psychosomatischen Struktur des Patienten wie auch dem therapeutischen Prozeß angepaßt sein muß. Parallel zu den psychotherapeutischen Maßnahmen erfolgt die medizinische Behandlung der somatischen Krankheitsausprägungen im Sinne *von Uexkülls* (1982).

Die ambulante Therapie bietet dem Patienten psychoanalytische Psychotherapie, klassische Psychoanalyse nach der Standardmethode, psychoanalytisch-humanstrukturelle Gruppentherapie, gegebenenfalls auch kombiniert mit Einzeltherapie und ambulanter Milieutherapie, Tanz- oder Theatertherapie. Da der psychosomatische Patient in Wahrnehmen, Denken und Fühlen von starrem Konkretismus beherrscht wird, ist es bei den verbalen Techniken von Bedeutung, den Patienten zu einer relativierenden Meta-Ebene des Denkens zu führen, was auch immer mit der Entwicklung des konzeptionellen Denkens verbunden ist. Falls aus medizinischen und/oder psychologischen Gründen notwendig, ist eine stationäre Aufnahme in einer psychosomatischen Klinik indiziert, die wie z.B. die Dynamisch-Psychiatrische Klinik Menterschwaige zusätzlich zu den eben genannten Therapieformen weitere nonverbale Behandlungsmethoden anzubieten hat wie Musik-, Mal-, Reit-, Sporttherapie sowie Massagen. Diese sind besonders wichtig für die Behandlung der Alexithymie.

Bei den nonverbalen Methoden sollte immer beachtet werden, daß sie eine Brücke zu späteren verbalen Äußerungsmöglichkeiten des Patienten bilden sollen und daß dabei das Feedback durch den Therapeuten und die Gruppe eine große Rolle spielt. Ähnlich wie bei der verbalen Interpretation ist auch bei

der nonverbalen Arbeit die Bildersprache therapeutisch besonders wirksam und ersetzt hier die fehlende Fähigkeit zur freien Assoziation. Mit bildhaftem Denken und bildhaften Formulierungen zu arbeiten dient dazu, dem Patienten Erkenntnisse über sich selbst mit einer Art von Traumbildern klarer verstehbar zu machen. Der Therapeut produziert sozusagen Träume anstelle des psychosomatisch Kranken, die gerade dieser über lange Phasen nicht selbst produzieren kann. 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 Patienten.

Da der psychosomatisch Kranke auf mehreren Dimensionen seiner Persönlichkeit gespalten und desintegriert ist, sollten die Bemühungen in der Therapie auf die psychische und körperlich-biologische Integration der Persönlichkeit gerichtet sein. Symptomverschiebungen, die immer auch eine homöostatische Aufgabe für den Kranken haben, machen die funktionelle Bedeutung des Symptoms deutlich und zeigen, daß allein die Behebung der Symptomatik keine Heilung sein kann. Diese ist möglich, wenn im therapeutischen Prozeß die unbewußten Strukturen der Persönlichkeit erreicht und allmählich verändert werden können.

Die einseitig organmedizinische Behandlung erfaßt meiner Meinung nach das Wesen der psychosomatischen Erkrankung nicht. Ein psychosomatisch Kranker kann nur wirksam behandelt werden, wenn man die aktuelle Gruppendynamik und die Psychogenese kennt und einbezieht. Das Ausmaß an Leid, das für den Einzelnen mit der psychosomatischen Krankheit verbunden ist, übersteigt bei weitem seine Möglichkeiten, darüber zu sprechen. In der Therapie muß der Mensch in seiner Ganzheit behandelt werden, um dem auf wenige Dimensionen eingeengten, im Kontakt zu sich selbst, seinem Unbewußten, zu anderen Menschen, zur Umwelt, Kultur und Natur entfremdeten Patienten gerecht zu werden und ihn nicht nur als Symptomträger zu sehen. Die Therapie sollte eine Brücke schlagen zwischen dem tiefen Leid des psychosomatischen Patienten und seiner organischen Symptomatik.

In der vorliegenden Arbeit habe ich die innige Bezogenheit der mehrdimensionalen Humanstrukturen und deren Störungen mit ihrer häufig wechselnden Symptomatik dargestellt. Besonders die strukturelle Verwandtschaft von Psychosomatik, Depression und Schizophrenie wird durch die ganzheitliche Betrachtungsweise meiner Schule der Dynamischen Psychiatrie hervorgehoben. Die Diagnosekriterien verlieren dann an Bedeutung zugunsten einer Mehrdimensionalität und Ganzheitlichkeit von Behandlungsmethodik und Heilungsprozessen.

Psychosomatics in the Holistic View of Dynamic Psychiatry

Günter Ammon (Berlin)

By now the term »psychosomatics« representing the interplay of body and soul, psyche and soma, has become established in modern medicine. *Ammon* quotes the WHO definition of health as »physical, psychic and social well-being«, but furthermore understands it as the integration of physical, mental and psychic functions. Illness is seen as a »failed attempt of liberation from unconscious or unbearable restrictions of the multidimensionality of man, as desintegration of body, mind and soul« (*Ammon* 1988). The author discusses some concepts of psychosomatics (e.g. *Freud* 1894, *Alexander* 1950, *Mitscherlich* 1954, *Sifneos* 1975, *Selye* 1950, *Uexküll* 1992). Dynamic psychiatry describes man as a holistic and multidimensional being with a need for a life-long development of his identity. Illness represents only a single dimension. The motor of the identity process is the social energy, a hypothetic construct postulated by *Ammon.* Social energy represents the energy an individual is given by his human environment and which is mediated in interpersonal contact, demands, requests, arguments and care. In *Ammon*'s human-structurology the personality structure of a person is manifested social energy. The personality or human-structure is formed by a network of primary biological-organic, central and mostly psychic-unconscious, and secondary or behavioral human-functions. As a consequence of the lack of constructive social-energetic processes during childhood a human-structural deficit develops which will be filled by the illness and its symptoms. As it were, the symptoms are filling the »hole in the Ego« (*Ammon* 1972).

The author describes the specific human-structure of the psychosomatically ill, who asks about his symptoms (»What have I got?«) instead of asking about his own identity (»Who am I?«). Also the special features of the primary group dynamics are depicted in a case vignette. The emotional emptiness and desolation in the early family group makes the child search for love and attention by the signal of a physical psychosomatic disease. The constant fear of desolation leads to psychosomatic patients' reaction with physical, sometimes even critical, symptoms, when they are in a situation of separation. Therefore, *Ammon* calls psychosomatic disease a »separation illnes«, too. The dynamics of dependence and submission to other people are demonstrated particularly in the clinical picture of colitis ulcerosa. A case study (*Mönnich* 1982) illustrates this infantile dependence and isolation from the »real world« of adults to the extent that the patient does not even question his parents' wishes. Therefore, *Ammon* uses the term »submission illness«. Concerning the psychogenesis of psychosomatics he refers to the concept of »given up — giving up« described by *Engel* and *Schmale* (1967), in which the patient repeats the helplessness and hopelessness he has experienced in childhood. Structural common features are to be found in psychosomatics, depression and schizophrenia, and the often reported shifting of symptoms may occur in the course of these diseases. Par-

ticularly, if a physical symptom is taken away by medical intervention, the patient may react psychotically. A patient of *Ammon*'s suffered from anorexia nervosa and eczema during his childhood and from a rhinophyma during his adolescence. Later he developed an asthma bronchiale, which disappeared by therapeutic measures and turned into a severe depression. During his psychoanalysis the patient suffered from most severe panic attacks, which he himself described as »asthma without asthma«.

The lack of physical contact and »bodiness« (touching, feeling, moving, being touched and being seen) during childhood is important for the psychodynamics and phenomenology of psychosomatics and especially skin diseases. This is also reported by patients in a questionnaire study (*Ammon* et al. 1985). A frequent shifting of symptoms indicates the patient's closeness to psychosis. The child experiences loving attention and care only if he/she is sick. A mother even threw her new-born baby on the other side of the bed, because it was a girl and not the desired son. This girl developed already in her first year a severe neurodermatitis and later an additional asthma bronchiale. As a young woman she could not feel any interest for other people or have contact with them. She treated her own child very similarly to her own treatment by her mother. Only psychoanalytic therapy could stop that vicious circle.

Along with the holistic view of psychosomatics also psychotherapy must be directed toward an integration of body and soul and the development of identity. In human-structural therapy the matter of priority is to liberate the patient from his deep anxiety of being destroyed and deserted and to develop his personality, and not the elimination of symptoms. The patient is disturbed in his holeness, alienated from contact with his own unconscious and other people and restricted to few dimensions. If psychotherapy aims to achieve not only a mere temporary recovery, but structural changes and the building-up of identity, it has to start from the unconscious core of human-structure. In this case, following the author's experience, the symptoms often disappear without working directly on them. The treatment covers a spectrum of different methods: the psychoanalytic standard setting, psychoanalytic-humanstructural individual and group therapy and their combination as well as in-patient treatment in the Dynamic-Psychiatric Hospital Menterschwaige. Because of the great differences in genesis, structure, function and symptomatology both within singular disease (e.g. asthma bronchiale) and between them and, in addition, their complex interwovenness, a careful diagnosis of the biological, psychological and social functions is required. *Ammon* enumerates the MMPI, intelligence and concentration tests, the Ego-Structure-Test by *Ammon* (ISTA), projective tests etc. as the methods applied to obtain a differential personality profile. Thus an individual therapeutic concept can be established which is adapted both to the psychosomatic structure of the patient and the therapeutic process. Parallelly the somatic symptoms are treated medically.

Leading the patient away from his rigid concretism in thinking, perception and feeling to a meta-view and to conceptual thinking, is of great importance.

An admission to an in-patient psychosomatic clinic may become necessary for medical or psychological reasons. The clinic should, like the Dynamic-Psychiatric Hospital Menterschwaige, offer non-verbal treatments, too, such as theatre-, dance-, music-, painting- and riding-therapy, which are very essential for the treatment of alexithymia (*Sifneos* 1975). The non-verbal methods should span a bridge to the patient's potentialities to express himself verbally. The feedback of the therapist and of the group therefore plays an important role, also for giving reality to an unconscious expression and thus to enable its integration into the structure of personality. In place of the missing ability to associate freely, an illustrative language is very effective, just as if the therapist produced dream images instead of the patient. A psychosomatically ill person is always desintegrated on several dimensions of personality; therefore psychotherapy has to achieve the integration of psyche and soma. The shifting of symptoms helps the patient to keep his homoeostasis and illustrates that the deletion of symptoms does not mean healing. Yet, healing is possible, if the therapeutic process reaches and slowly changes the unconscious structures of personality.

Medical treatment alone cannot cover the essentials of psychosomatics. By no means are the patients able to communicate by words the degree of their suffering. Therefore, a holistic therapy has to include the group dynamics and the psychogenesis and to understand the patient in his alienation from self and others, from environment, culture and nature and not to classify him by his symptoms. In this case, the diagnostic criteria will loose their importance and give place to multidimensional and holistic methods and healing processes.

Literatur

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

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

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

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

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

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

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

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

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

— (1978): Das Verständnis eines Entwicklungsdefizits von Ich-Strukturen in Persönlichkeit und umgebender Gruppe als Grundlage für Wissenschaft und Praxis einer Dynamischen Psychiatrie. In: Dyn. Psychiat. (11) 120—140
— (1979): Entwurf eines Dynamisch-Psychiatrischen Ich-Struktur-Konzeptes — Zur Integration von funktional-struktureller Ich-Psychologie, analytischer Gruppendynamik und Narzißmus-Theorie. In: *Ammon, Günter* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt)
— (1982): Ich-strukturelle Gruppenpsychotherapie. In: Dyn. Psychiat. (15) 1—9
— (1984 a): Der androgyne Mensch. In: Dyn. Psychiat. (17) 235—253
— (1984 b): Die Bedeutung des Körpers im ganzheitlichen Verständnis der humanistischen Dynamischen Psychiatrie. In: Dyn. Psychiat. (17) 339—353
— (1985): Der mehrdimensionale Mensch. In: Dyn. Psychiat. (18) 99—100
— (1986 a): Schizophrenie als ganzheitliches Geschehen. Vortrag gehalten in der Urania Berlin am 16.12.1986 und auf dem 5. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP und XVIII. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 6.—10. März 1987 in der Fachhochschule München
— (1986 b): Der mehrdimensionale Mensch. Zur ganzheitlichen Schau von Mensch und Wissenschaft (München: »Pinel«)
— (1986 c): Humanstruktureller Tanz. Selbsterfahrung, Meditation, Körpererleben, Therapie. Vortrag gehalten auf dem 4. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP und XVII. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 14.—18. März 1986 an der Hochschule der Künste Berlin
— (1987): Schizophrenie — ein ganzheitliches Geschehen. In: Dyn. Psychiat. (20) 1—32
Ammon, G.; Burbiel, I.; Finke, G.; Wagner, H. (1982): Ergebnisse Dynamisch-Psychiatrischer Forschung. In: *Ammon, G.* (Hrsg.) Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt)
Ammon, G.; Schibalski-Ammon, K; Herold, J; Finke, G. (1984): Psychodynamics and Ego-Structure in Skin Disease. In: *Panconesi, E.* (ed.): Psychosomatic Dermatology. (Philadelphia: Lippincott)
— (1985): Psychodynamik und Ich-Struktur bei Hauterkrankungen. In: Dyn. Psychiat. (18) 1—29
Apolito, A., Montclair (1972): Severe Depression Resembling, Severe Physical Illness. In: Med. Soz. (11) 943-946
Deutsch, F. (1922): Psychoanalyse und Organkrankheiten. In: Int. Z. Psychoanal. (8) 290
Dorfmann, W. (1974): Depression und Psychosomatic Illness. In: Proceedings of the II. International College of Psychosomatic Medicine. (Basel: Karger)
Dreyfuß, G. (1908): Nervöse Dyspepsien, zitiert nach *Kütemeyer, W.* (1953): Körpergeschehen und Psychose (Stuttgart: Enke)
Eccles, J. (1988): The Spiritual Nature of the Self. In: Dyn. Psychiat. (108/109) 20—34
Engel, G.; Schmale, A. (1967): Psychoanalytic Theory of Somatic Disorders. In: J. Amer. Psychoan. Assoc. (15) 344-365
Forrest, A. J.; Wolkind, S.N. (1974): Masked Depression in Men With Low Back Pain. In: Rheumatol. Rehabil. (13) 148—153
Freud, S. (1894): Die Abwehr-Psychoneurosen, In: Ges. Werke, Bd. I. (London: Imago) 57—74
Hau, Th. F. (1989): Psychosomatische Medizin. Lehr- und Handbuch der Krankheitsbilder. (München: Verlag für angewandte Wissenschaften)
Jung, C.G. (1907): Über die Psychologie der Dementia praecox. (Halle: Marhold)
Kerman, E.F. (1946): Bronchial Asthma and Affective Psychosis: Two Cases Treated with Electric Shock. In: Psychosomatic Medicine (8) 53—62
Le Shan, L. (1982): Psychotherapie gegen den Krebs. (Stuttgart: Klett-Cotta)
Marcuse, H. (1964): One-dimensional Man. (Boston)
Marty, P.; de M'Uzan, M.; David, Ch. (1957): L'investigation psychosomatique. (Paris: Presses universitaires)
Meng, H. (1934): Das Problem der Organpsychose. In: Int. Z. Psychoanal. (20) 439—458
Mitscherlich, A. (1954): Zur psychoanalytischen Auffassung psychosomatischer Krankheitsentstehung. In: Psyche (7) 561—578
Mitscherlich, A.; de Boor, C. (1973): Verstehende Psychosomatik: Ein Stiefkind der Medizin. In: Dyn. Psychiat. (17) 32—54
Rahe, R.H.; Arthur, R.J. (1978): Life Change and Illness Studies — Past History and Future Directions. In: J. Human Stress (4) 3—15

Selye, H. (1950): Stress. (Montreal)
Sifneos, P.E.; Nemnah, J. (1972): Physiology, Emotion and Psychosomatic Illness. (Amsterdam: Excerpta Medica)
Sifneos, P.E. (1975): Problems of Psychotherapy of Patients with Alexithymic Characteristics and Physical Disease. In: Psychotherapie und Psychosom. (26) 65—70
Uexküll, Th. von (1992): Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik. (Stuttgart, New York: Schattauer)

Adresse des Autors:

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

The Schizophrenic Model of Relationships in the Neurotic Patient**

Mauricio Knobel (Campinas)*

After summing up the development of psychoanalytic psychosis and borderline therapy from Freud to Ammon, with special reference to the contribution of the Object School, the author presents his own view that the individuation process begun in early childhood continues during the whole life. The projective-introjective processes involved in individuation thus remain active in the »psychotic« part of the personality and may manifest themselves during neurosis psychotherapy. Recognizing this »schizophrenic model of relationship«, with its transferential and countertransferential phenomena, is of utmost importance for the outcome of neurosis treatment.

Departing from *Freud*'s revolutionary contributions to the understanding of the human being, his personality, thought processes and behaviour, both in health and illness, we became familiar — in an almost devotional way — to his basic concepts. We kept repeating them and for many years analysts from all over the world contributed to confirming and deepening his ideas. This was absolutely necessary to strengthen some basic concepts as a way to understand human beings, such as the »unconscious«, intrapsychic dynamics, object, inner and outer world object-relationships, sexual development and behaviour and, with this knowledge start understanding psychopathology, and later on pathology in general (which means real psychosomatic medicine). Finally, it was necessary in order to lead to an integrated bio-social-psychological human structurology, with its conflicts, paradigms, regressions, fixations and prospectives for the future.

Already I have purposely used some »new« terms. That is because it became necessary to continue the pioneer work with further ideas and useful experience, specially clinical experience, which leads to reviews old models, question some apparently rigid concepts, and devise more adequate therapeutic techniques. It is not an easy task and it demands courage and honesty: courage to break with an idealized psychoanalytic establishment, and honesty with oneself when we realize that our clinical experience does not fit into the unquestionably accepted pattern of theory and practice.

I do consider *Fairbairn* as one of the first psychoanalysts who had those qualities and proposed another way of conceiving the »psychic apparatus« in terms of »object relationships« (partially following a *Klein*ian way of thinking) and seriously questioning the »instinctual theory« solidly sustained by *Freud* and the great majority of his followers, including *Melanie Klein (Faibairn* 1952).

* Full Prof. and Head of Psychiatric Department, State University of Campinas, Vice President of WADP, Chairman of the Brazilian Branch of WADP

** Lecture given at the 9th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP / XXII International Symposium of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP), April 29 — May 3, 1992 at the Universität Regensburg

Later on, and as early as 1930, *Melanie Klein* challenged *Freud's* concept of the so-called »narcissistic neuroses« (psychoses) which were supposedly not suitable for psychoanalysis because of their lack of transference capacity, daring to write about »psychotherapy of the psychoses« (*Klein* 1930), followed by several writings on the subject up to her death (*Klein* 1959). Her followers were even more daring and I shall only mention *Bion, Rosenfeld, Segal, Bleger,* and *Grinberg,* who among many others studied the psychotic process within a psychoanalytic frame of reference and its treatment possibilities. (*Bion* 1962, 1967; *Bleger* 1967, 1971; *Grinberg* 1985; *Rosenfeld* 1965; *Segal* 1981).

When a »Dynamic.Psychiatry« appeared as a way to a better comprehension of »psychiatric« nosology, our research and clinical practice changed more rapidly, more vividly and more effectively. *Ammon* and coworkers published their experience in treating psychotic patients with psychotherapy (*Ammon* et al. 1975). The same author produced a great psychiatric movement with an overwhelming original literature, which must be read in his own work (*Ammon* 1988) and more specifically in his own concept of »Dynamic Psychiatry« (*Ammon* 1980). Especially in his extraordinary paper on human structurology a totally new approach to psychiatry, psychotherapy and understanding of the human being is outlined, which contains an extensive and comprehensive humanistic knowledge of who we are and how and what can we do for bettering our human condition (*Ammon* 1991). Here I shall follow many of his ideas and some of my own in accordance with a basic theory and practice of our task as therapists (*Knobel* 1975, 1977, 1983, 1990a, 1990b). The other clinicians I mentioned are already part of my own thought and clinical practice.

Human personality is a complex, integrated result of biological determinism with genetic basis and familiar, social and cultural influences from which stems a particular individual in a special group and unique conditions to interact progressively. Starting with an indiscriminate structure, early in life an inner and an outer world begin to shape up. Growth is a discriminative process allowing for developmental aquisitions. The absolute need to have an undiscriminated symbiotic relationship with the mother favours a very early and tenacious separation with fear of loosing self and identity. (*Mahler* 1971, 1972; *Mahler, Furer* 1968). The core of the »individuation« process lies in the type of symbiotic relationship and the possibility to develop an Ego strength with strong narcissistic traits (*Kohut* 1971, 1977) which shall remain at least partially during the whole life. The projective-introjective processes allowing for identification will continue permanently, and thus it will be possible to recognize both a »psychotic« or »indiscriminate« part of the personality and a non-psychotic or neurotic part of it (*Bion* 1967; *Bleger* 1967, 1971; *Knobel* 1977, 1990a).

Our aim is to be able to attain the mixture — I should say the most adequate mixture — of the primary, the central and the secondary ego-structures (*Ammon* 1991), a task not easy to perform and an aim not always possible.

Since *Alexander* and *French* broke away from the classic psychoanalytic technique by their »corrective emotional experience« (*Alexander, French* 1946),

we are now able to deal even with psychotic patients and their families (*Knobel* 1990a) and with psychotherapy in general, if we can integrate in ourselves elements of self knowledge, only possible by learning, training and personal or group psychotherapy, sensitivity, empathy, avoidance of counter-transferential identification (*Grinberg* 1985), flexibility, and as I just put it, an adequate and accessible balance within our ego-structures according to *Ammon's* human structurology (*Ammon* 1991). This is the basic structure of the person who really wants and has the need to become a psychotherapist (*Knobel* 1990b). Being basically a psychotherapist with a clear-cut psychoanalytic formation and orientation, I also feel the need to contribute to techniques which can be helpful for our neurotic patients, as was the first aim of psychoanalysis itself.

With the frame of reference outlined above it is possible to state that there is a developmental human process that starts with an undiscriminated symbiosis as a basis for a psychotic structure of total sincretism, and evolves to less indiscriminate parts of personality, arriving to a more realistic and hedonistic contact with reality. We go through »vital crises«, personality disturbances, neurotic structures and more or less adaptive and productive human loving interactions.

In this long way, we seem not to get rid of the primitive stages of development, which, whenever a threatening situation, real or imaginary comes up, we must regress to, in order to reorganize ourselves within a therapeutic relationship. Then, we shall see that schizophrenic-like features do appear in the apparently more developed individuals, who nevertheless can have personality disturbances of different kinds, who will even allow a convincing, positive individual, group or social living together. *Bleger* quotes *Bleuler* who differentiated »splitting« (Spaltung) from irregular fragmentation or disagregation (Zerspaltung) (*Bleger* 1971). Dissociation is a needed schizophrenic mechanism in daily life and becomes accentuated in neuroses, while irregular fragmentation brings about psychoses and/or psychotic handling of reality.

According to my experience, during treatment of neurotic patients (keeping in mind the above-mentioned considerations about psychotic components of personality) the schizophrenic model of relationship will, unavoidably appear, which shall demand the integrated new psychiatric concepts and knowledge hereby outlined. There is a continuous spectrum from symbiosis-indiscrimination, splitting, disagregation, restitution within more specific psychotic pathologies, borderline, perversions, neuroses and personality disturbances to more or less satisfactory, creative social energy, which I consider the closest approach to healthy personality in this time of predominantly pathological self-agressiveness through technological-socio-cultural violence against our environment.

Some other severe pathologies can be considered as linked with schizophrenic traits of personality within the concept of a spectrum of severe psychopathology. As *Béla Buda* states it: »The borderline patient can be un-

derstood in a meaningful way in similar coordinates as a schizophrenic, depressive or psychosomatic personality. Diagnostic categories are conceived on a continuum, within a constellative and highly individualized set of interdependent psychic elements« (*Buda* 1989). The same ideas can be applied to schizophrenia, and to the schizophrenic models of relationship of neurotic patients. This is my experience with many neurotic patients, who can be related to both borderline and other types of psychotic patients.

This is why we can also accept, with an adaptation to our therapeutic approach to neurotics, *Burbiel* and co-workers' experience with borderline patients, when they, following *Ammon,* say that they conceive »the borderline syndrome human-structurologically as an archaic disease of the Ego characterized by an arrested development of central ego functions such as aggression, anxiety and narcissism in early childhood. The result is a deficient identity compensated by adapted pseudo-identities and the development of secondary ego-functions, e.g. intelligence and various talents. The corresponding clinical picture is determined by a changing constellation of various symptoms. The patient typically asks for clinical help in critical situations of his life, in which his personality threatens to desintegrate, the disponibility of his secondary ego-functions becoming insufficient« (*Burbiel* et al . 1989).

The critical life situation can appear as a neurotically structured behaviour, demanding from the therapist knowledge of the schizophrenic model of relationship of the patient, who, I must emphazise, is not just a »neurotic entity«, a nosological cluster, or an item of a psychiatric classification.

According to my experience, the splitting ego process implies a splitting of the object of the inner and outer world of a personality in a destructive span of his life. Here is when we shall be able to recognize the schizophrenic model of relationship, which may appear first as an unexpected aggressive behaviour, a disrupted human contact, or a surprising aloofness which may confuse the therapist, making him doubt about his diagnostic approach. One thing is a schizophrenic structure of the personality and another thing is a schizophrenic model of relationship. In the first case we do have a psychotic restitution, the only possibility for a person with a strongly damaging bio-psycho-social biography. In the schizophrenic model of relationships we can see the efforts of a so-called »neurotic« personality or of a patient with a personality disturbance to deal with reality according to the regressive transient resorts he possesses.

When a neurotic patient shows schizoid traits, it is easier to detect that »schizophrenic model of relationship«. As *Rosenfeld* pointed out: »First, a great deal of aggressive energy is expended in keeping up the splitting processes. When the splitting diminishes this aggressive energy is released and may temporarily be excessive. Secondly, with the lessening of the splitting processes, libidinal impulses are freed and seek for immediate satisfaction. The frustration of these libidinal impulses also contributes to the increase of the aggressive impulses« (*Rosenfeld* 1965). This agressivity is not the healthy and agressive

behaviour we agree in considering normal and necessary human-structurological view of personality. It is a very destructive one that hinders further developments and makes us feel in real danger.

Thus, I want to stress the counter-transferential feeling of fear and menace, which may hinder or even impair a therapeutic approach. This is an important point in the schizophenic model of relationship when treating any kind of patient, and it is totally unexpected and surprising when we deal with neurotics.

We must agree that the »drive« or »instinct« theory must be reconsidered, since the group interaction has an important role in the construction of positive social energy, or as I still see it, as a fundamental component of the Ego structure and the structuring of the object-world relationship leading to the identity of every human being. Identification processes occur from the beginning to the end of life, in a continuous developmental spectrum of interactions of feelings, affects, activities, sexuality and creativeness. From this point of view, transference must be understood as a constant phenomenon with special characteristics in the therapeutic situation. The »prematurity, thinness and tenacity are pathognomonic« (*Bion* 1967). According to these concepts, verified clinically, one outstanding schizophrenic model of neurotic relationship with the therapist is that of a precipitate character, very intensively dependent, and at the same time frail and easily vanishing. These are intense feelings, both with therapist and patient. This model of relationship may create a social-energetic deficit, but it must be recognized and understood in order to provide a positive social-energetic field in the realm of psychotherapy. This will help us understand the many therapeutic possibilities we have in a dynamic psychotherapy based on human structurology.

»Destructive social energy still implies contact to and relationship with others, but the effects are destructive« (*Ammon* 1991). We recognize schizophrenic models of relationship involving aloofness in regard to the therpist, group and social environment, lack of interest in social issues in general (a trait I registered in many neurotic patients), which nevertheless is accompanied with preserved intelligence and coherent verbalization. This feature should be considered cautiously becauce it may be an ignoring of others — including the therapist — thus revealing a social energy deficiency which together with the already mentioned features is an indicator of schizophrenic components of relationship in neurotic patients.

We see here how at moments the »psychotic part of the personality« dominates the prevalent »neurotic part of the personality«, according to *Bion*'s and *Bleger*'s ideas in their studies of personality structure and thought (*Bion* 1967; *Bleger* 1971; *Knobel* 1977).

The schizophrenic model of relationship should always be considered in order to provide adequate psychotherapy, facilitating group dynamics (object-relationships) and positive social energertic development processes.

Das schizophrene Beziehungsmodell beim neurotischen Patienten

Mauricio Knobel (Campinas)

Nachdem *Freud* die fundamentalen Momente der intrapsychischen Dynamik in seinem Konzept des Unbewußten erfaßt hatte, war ihre Erweiterung und Revision notwendig geworden aufgrund klinischer Erfahrungen, die nach neuen therapeutischen Techniken verlangten. Die Arbeit *M. Kleins* und ihrer Nachfolger wie *Fairbairn, Bion, Bleger* u.a. ermöglichte erst das psychoanalytische Verständnis des psychotischen Prozesses mit den daraus abgeleiteten Behandlungsmöglichkeiten. *Ammon* entwarf eine Dynamische Psychiatrie mit dem neuen Konzept der Humanstruktur, das nach Ansicht des Autors nicht nur die psychotische Erkrankung und ihre Therapie in ein neues Licht rückt, sondern auch ein wertvolles Instrument zum Verständnis des Menschen und seiner Existenz darstellt.

Knobel übernimmt einige Gedanken aus diesem Konzept in seinem Bestreben, eine therapeutisch nutzbare, grundlegende Theorie zu erarbeiten. Er betont die Bedeutung der frühkindlichen Mutter-Kind-Symbiose im Individuationsprozeß (nach *Mahler*). Die in dieser Phase des Ich-Aufbaus aktiven Prozesse der Projektion und Introjektion bleiben auch später nach Auffassung des Autors maßgeblich und lassen einen »psychotischen« (oder »undiskriminierten«) und einen »nicht-psychotischen« (oder »neurotischen«) Teil der Persönlichkeit erkennen. In diesem Sinne treten regressive, schizophrenie-ähnliche Phänomene auch in bedrohlichen Situationen bei psychisch gut entwickelten Individuen auf — besonders bei den Neurosen, wie die therapeutische Erfahrung des Autors zeigt. Auch unter diesem Aspekt sieht *Knobel,* wie *Ammon* und seine Mitarbeiter, ein spektrales Kontinuum zwischen Schizophrenie, Borderline-Syndrom und Neurose.

Das schizophrene Beziehungsmodell basiert auf dem Prozeß der Objektspaltung der inneren und äußeren Welt innerhalb der Persönlichkeit; es manifestiert sich in der Therapie als unerwartetes aggressives Verhalten, starre Abgrenzung oder als Kontaktabbruch, die den Therapeuten in Zweifel versetzen können über die Richtigkeit seiner Diagnose. Dieses Verhalten im Rahmen des schizophrenen Beziehungsmodells soll nicht mit dem Verhalten einer schizophrenen Persönlichkeitsstruktur verwechselt werden, bei der schizophrenes Verhalten oft den einzigen wiederherstellenden Versuch einer stark beschädigten Persönlichkeit darstellt.

Die Gegenübertragung im Fall des schizophrenen Beziehungsmodells beinhaltet Gefühle von Angst und Bedrohung. Sie charakterisiert eine brüchige, abhängige Beziehung zwischen Patient und Therapeut, mit anderen Worten ein sozialenergetisches Defizit, dem der Therapeut mit positiver Sozialenergie entgegenwirken muß.

Das Erkennen des schizophrenen Beziehungsmodells ist für eine adäquate Psychotherapie von großer differentialdiagnostischer und therapeutischer Bedeutung, um die tragfähige Beziehung zwischen Patient und Therapeut und

damit die weitere Entwicklung der Persönlichkeit des Patienten zu ermöglichen.

Literature

Alexander, F.; French, T. (1946): Psychodynamic Therapy: Principles and Applications. (New York: The Ronald Press).
Ammon, G. (1980): Dynamische Psychiatrie (München: Kindler).
— (1988): Vorträge: 1969—1988 (München: Pinel).
— (1991): Dynamic structural psychiatry today. In: Dyn. Psychiat. (24) 21—33.
Ammon, G. et al. (1975): Psychotherapie der Psychosen (München: Kindler).
Bion, W.R. (1962): Learning from Experience (London: Heinemann).
— (1967): Second Thoughts-Selected Papers on Psycho-Analysis (London: Heinemann).
Bleger, J. (1967): Simbiosis y Ambigüedad. Estudio Psicoanalítico (Buenos Aires: Paidos).
— (1971): El concepto de psicosis. In: Rev. Psicoanál. (28) 1:5—23.
Buda, B. (1989): Practical advantages and theoretical problems of the concept of the borderline syndrome. In: Dyn. Psychiat. (22) 371—380.
Burbiel, I. et al. (1989): Klinisch-psychologische Effizienzuntersuchung bei der stationären Behand-
lung von Borderlinepatienten in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige. In: Dyn. Psychiat. (22) 343—366.
Fairbairn, W.R.D. (1952): Psychoanalytic Studies of the Personality. (London: Routlegde & Kegan Paul).
Grinberg, L. (1985): Teoría de la Identificación (Madrid: Tecnipublicaciones, S.A.).
Klein, M. (1930): The psychotherapy of the psychoses. In: Br. J. Med. Psychol. (10) 242—244.
— (1959): Our adult world and its roots in infancy. In: Human Relations (12) 291—303.
Knobel, M. (1977): Psiquiatría Infantil Psicodinámica (Buenos Aires: Paidos).
— (1990a): Brief dynamic psychotherapy of psychotic patients and their families. In: Dyn. Psychiat. (23) 343—356.
— (1990b):. Significance and importance of the psychotherapist's personality and experience. In: Psychother. Psychosom. (53) 58—63.
Kohut, H. (1971): The Analysis of the Self (New York: Intern. Univ. Press).
— (1977): The Restoration of the Self (New York: Intern. Univ. Press).
Mahler, M.S. (1971): A Study of the Separation-Individuation Process and its Possible Application to Borderline Phenomena in the Psychoanalytic Situation. In: Psychoanal. Study of the Child (26) 403—424.
— (1972): The rapprochment subphase of the separation-individuation process. In: Psychoanal. Quater. (41) 487—506.
Mahler, M.S.; Furer, M. (1968): On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation. Vol.I. (New York: Intern. Univ. Press).
Rosenfeld, H.A: (1965): Psychotic States. A Psychoanalytical Approach (New York: Intern. Univ. Press.).
Segal, H. (1981): The Work of Hanna Segal — A Kleinian Approach to Clinical Practice (New York-London: J. Aronson Inc.).

Address of the author:

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

The Shantou Mental Health Center: A Dynamic Psychiatric Model for the Care of Mentally Ill Patients**

Wu Zheng-Yi (Shantou)*

The author postulates a new human practice of psychiatry, the ethical prerequisites and utmost criteria of which he sees as to serve the patients wholeheartedly and to establish a new and more perfect conception of man. Especially in China, where most psychiatric hospitals still look more like jails and the patients like prisoners, a human and dynamically oriented psychiatry is of great importance. Wu Zheng-Yi outlines the following principles of his work: To give patients full freedom to move around on the hospital campus; to remove barries and to enhance mutual trust between patients and staff; to create a family-like atmosphere so that patients can feel at home; and to build a pleasant gardenstyle atmoshpere and to facilitate therapy by the positive effects of nature. The Shantou Mental Health Center lead by Wu Zheng-Yi with its extraordinary activities in clinical psychotherapy may serve as a model for similar institutions in China.

The ultimate purpose of a psychiatric hospital is to provide an optimal residence for the treatment and convalescent care of the mentally ill. Therefore, every single institution, including the use of medicines, should always be considered to be of the greatest benefit to the patients. In China, however, we should admit, that mental illness and its patients still are stigmatized and treated with fear and hatred. It exercises a very bad influence on people with regard to understanding psychiatric problems in our society. Sometimes people put restraint on patients, but yet they are talking in beautiful words with reasonable meaning, e.g. »for the protection of the patient«, trying to cover up their mistakes and to rationalize them. Besides, we find several psychiatric hospitals are built somewhat like a jail where patients are locked and look more or less as prisoners. All of this causes our patients much unnecessary suffering.

What could an optimal psychiatric hospital be like which is not only practical, but also corresponds with our present conditions and our social system? In order to establish a new and reasonable practice of psychiatry in our country, firstly there are two prerequisites which have to be fulfilled. Both of them will also be taken as the principles to guide the further development:

1. To serve the patients wholeheartedly: This is not a hypocritical term, but is really the utmost morality and responsibility of medicine that we Chinese psychiatrists should adhere to. There is no doubt that whatever we do should centre around this morality as the code of conduct we have to obey. It must not be modified by any means; it is only within this doctrine that we shall be able to sacrifice ourselves for the benefit of the patients.
2. To establish a new and more perfect conception of »man« which will be a basic conviction and be taken as a motto to be followed. In the past years,

* Prof. M.D., Director of the Mental Health Center, Shantou University, Chairman of the Chinese Branch of WADP

** Lecture given at the 9th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP / XXIInd International Symposium of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP), April 29 — May 3, 1992 at the Universität Regensburg

»man« was considered as an organism which has both an anatomical structure with a corresponding physiological function. So he was called a »biolgocial unit«. But gradually, people understood more and more about his being from the various mental activities he manifested, and which differ greatly from other animals. In addition, it is interesting to find that all these functions are derived from their social environment as are the influences from the cultural and educational background, social system, customs and living habits etc. which are acting together, and forming their own characteristics. That is why different persons have their different way of response in the external world,both psychologically and physiologically, as manifested in psychosomatic problems or in personality deviations. From this point of view, it may be more correct to call man a »psychosocial unit«.

So far as the functions of these two items are concerned, however, they are so closely related, mutally infiltrated, and complemented to form an integrated unit and cannot be considererd separately. E.g. beautiful surroundings often give a pleasant feeling and a happy mood, a good mood will keep you a good appetite, and this will keep you in a healthier condition. So I would call »man« a biological and psychosocial unit. This inner relationship may connect the patient's feeling with his surrounding, and thus the shape of hospital buildings, the way people are treating him, and the treatment given to him etc. may definitely influence the patient's psychic activity one way or the other. Therefore, as a prerequisite, the surrounding has to be considered more conscientiously, especially in the setting-up of a new model for the treatment of the mentally ill.

In addition, I would like to mention that China is an ancient and conservative country, in which certain ethical and philosophical concepts derived or inherited from its history and culture, e.g. the Confucius ideas, still exercise a great influence on our lives, particularly the family consciousness which is extensive in our daily lives and living style, deeply seated in our people's minds and exerting its great influence on our moods. This should not be neglected and to be taken seriously particularly during the period of reformation.

It is because of these inspirations from the above two prerequisites, that we set up the following four principles of measurements to be carried out:

1. To give patients full freedom to move around on the hospital campus. It is not simply a matter of moving about freely as they wish, but it is rather a way to pay respect to their human dignity and human rights. They are entitled to have the same rights and enjoy the same humanistic treatment as other patients. Besides, from the psychiatric point of view, it may also reduce or alleviate to a certain extent the delusional idea of being persecuted, and keep the patients in a better mood. In order to achieve a better success, this measure should always be kept in our minds as the most important one to be taken. It is indisputably correct and may not be distorted and violated by any means.

2. To create a family atmosphere and take every possible way to let patients enjoy a family-like warmness during their stay in the hospital. As I mentioned

above, the family consciousness is a prominent idea with great influence on Chinese people. Although now there are more and more nuclear families in our society, in majority, parents prefer to live with their children, and children want to live with their parents. In the rural districts, even three generations are still living together. This demonstrates that living habits are highly linked with their ethical meaning and the emotional condition of people. Supposing a sudden and unexpected change of their life style should happen, it would easily break up their psychological balance. In order to avoid this and to better enable our patients to adapt to new circumstances, we try to create a family-like atmosphere as fas as possible by means of building our wards to a certain extent similar to the traditional Bejing square house with a small courtyard in the middle and rooms on the four sides, so that patients my have a feeling of being at home. The staff's discards the white working suits and the patients wear their own clothes; they call each other a Chinese pet name; all doctors, nurses, and patients dine together at the same table just like we do in our families etc. This may not only remove barriers and misunderstandings between patients and staff, but also greatly enhence the mutual trust, promote a more sincere brotherhood and help to build up a better rapport. All these measurements also lay a good foundation for psychotherapy as well as other treatments and help to achieve a more satisfying therapeutic effect.

3. To use combined therapeutic techiques for the treatment of the mentally ill. Our clinical practice proves that drugs alone are not sufficient for a satisfying result, and those symptoms which are related to psychosocial factors can not be eradicated by drugs. Besides, the relapsing rate is much higher when we use only psychotropic medicine to treat psychosis. Therefore, we prefer to adopt several different methods at the same time, approaching the same goal from different angles. Definitely the integration of these different methods produces a much stronger effect; they may complement each other and thus enable us to achieve satisfying results. Psychotherapy is the basic foundation of our combined therapy, but we also emphasize occupational, recreational, family, athletics, music, drama, and drug therapy. They may be combined in any different, individually required ways.

4. To build a pleasant garden-style environment for the patients to live in. Everybody would agree that a beautiful, quiet, comfortable, colorful and natural surrounding gives us a special pleasant feeling and happiness. It may also release tension, fatigue, worry, fear and dejection, making us feel free and at ease. My own experience proves that in a discussion group held in the garden or under a tree, the patients will much easier be able to talk freely or, as a Chinese says »talk with their own heart«. Therefore, a comfortable environment may also facilitate the efficiency of the treatment. In my opinion psychotherapy is not limited to verbal discussion, but is highly related to the living environment, the expression, mood, and attitude of the therapist, too.

In conclusion, I would like to emphasize again that both, the two prerequisites and the four principles of measurements, should not be considered separ-

ately. They are closely related, interact, mutually influence and complement each other as to form an integrated entity.

This new model is still in the experimental stage and we are always open for constructive criticism and new ideas.

Das Shontou Mental Health Center: Ein dynamisch-psychiatrisches Modell für die Behandlung psychisch kranker Patienten

Wu Zheng-Yi (Shantou)

Zu Beginn definiert der Autor, der das Shantou Mental Health Center gründete und bis heute leitet, den Zweck einer psychiatrischen Klinik als ideale und rationale Einrichtung für die Behandlung und Pflege von psychisch Kranken. Noch immer werden in China psychisch Kranke stigmatisiert und ausgegrenzt, die meisten psychiatrischen Kliniken wirken mehr wie Gefängnisse und die Patienten wie Gefangene. Wie muß nun eine ideale und adäquate psychiatrische Klinik aussehen, die unter den gegenwärtigen Bedingungen und im sozialen System Chinas bestehen kann?

Zunächst muß sie den beiden folgenden ethischen Grundbedingen genügen, die auch oberste Maxime und Maßstab ihrer künftigen Arbeit sein müssen: 1. Sie muß rückhaltlos dem Patienten dienen. *Wu Zheng-Yi* spricht hier von unabweisbarer Verantwortung und Moralität der Medizin. 2. Sie muß als grundlegende Überzeugung ein neues und angemesseneres Menschenbild etablieren. Früher wurde der Mensch lediglich als biologische Einheit gesehen, heute muß er als eine integrierte psychosoziale Einheit betrachtet werden. Das heißt, daß die Umgebung, also auch die Klinikgebäude, die Art der Therapie und der menschliche Umgang mit dem Patienten große Bedeutung für sein Wohlbefinden haben. In China speziell, einem konservativen Land mit alter Tradition, muß die Bedeutung des Familienbewußtseins für Alltag und Lebensstil berücksichtigt werden.

Aus diesen Gedanken leitet der Autor vier Prinzipien für die Gestaltung einer Klinik ab:

1. Die Patienten müssen auf dem Klinikgelände die volle Bewegungsfreiheit haben. Die Respektierung ihrer menschlichen Würde und ihrer Menschenrechte erfordert dies; darüberhinaus reduzieren sich dadurch paranoische Vorstellungen und die Stimmung bessert sich. *Wu Zheng-Yi* sieht diese Maßnahme als wichtigste und unabdingbare Voraussetzung aller weiteren Behandlung an.
2. Es muß eine familienähnliche warme Atmosphäre hergestellt werden. Trotz der Zunahme von Kernfamilien ist die Zwei- oder drei- Generationen-Familie in China noch immer die bevorzugte Lebensform und deshalb eng mit dem emotionalen Wohlbefinden verknüpft. Im Shantou Mental Health Center wird versucht, soweit wie möglich eine familiäre Atmosphäre zu schaffen, indem die Abteilungen ähnlich gebaut sind wie die traditionelllen quadratischen

Peking-Häuser mit einem kleinen Hof in der Mitte und Zimmern an allen vier Seiten. So soll ein Gefühl von Zuhause-Sein vermittelt werden. Weiter wird bei den Mitarbeitern auf weiße Kittel verzichtet, und die Patienten tragen ihre eigene Kleidung. Patienten und Mitarbeiter nennen sich gegenseitig mit Ruf- oder chinesischen Kosenamen. Ärzte, Schwestern und Patienten essen außerdem gemeinsam am gleichen Tisch. Barrieren und Mißverständnisse zwischen Patienten und Mitarbeitern werden dadurch verringert und gegenseitiges Vertrauen und »aufrichtige Brüderlichkeit« gefördert. Diese Maßnahme bildet auch eine gute Grundlage für die Psychotherapie ebenso wie für andere therapeutische Maßnahmen.

3. Verschiedene therapeutische Maßnahmen werden nach den individuellen Bedürfnissen kombiniert. Medikamente allein helfen nicht, denn sie können die psychosozialen Faktoren nicht beeinflussen. Psychotherapie ist die Basis der Behandlung, außerdem werden verschiedene Methoden wie Beschäftigungs-, Freizeit-, Familien-, Sport-, Musik- und Theatertherapie sowie Medikamente eingesetzt, um so dasselbe Ziel aus verschiedenen Richtungen anzusteuern.

4. Auch eine angenehme äußere Umgebung (Garten bzw. Park) muß für die Patienten geschaffen werden, denn in einer ruhigen, farbigen und lebendigen Naturumgebung vermittelt sich den Menschen ein angenehmes Gefühl und Glücklichsein; Sorgen, Spannungen und Angst werden reduziert. Nach Erfahrung des Autors sprechen die Patienten bei Therapiesitzungen im Freien unter Bäumen »freier mit dem eigenen Herzen«, wie eine chinesische Redewendung es ausdrückt. Auch diese Maßnahme erleichtert also die Psychotherapie, die sich nach *Wu Zheng-Yi* nicht nur auf Diskussionen beschränkt, sondern auch die Lebensumgebung, die Stimmung, den Ausdruck und die Haltung des Therapeuten umfaßt.

Abschließend betont der Autor, daß die genannten ethischen Grundbedingungen und die daraus abgeleiteten vier Prinzipien unabdingbar zusammengehören, sich gegenseitig beeinflussen und ergänzen und ein integriertes Ganzes bilden. *Wu Zheng-Yis* Klinik ist also außerordentlich aktiv, was die klinische Psychotherapie angeht und damit vorbildlich für ähnliche Einrichtungen in China.

Address of the author:

Prof. Wu Zheng-Yi, M.D.
Mental Health Center
P 3, Shantou University
Shantou, Guangdong 515063
People's Republic of China

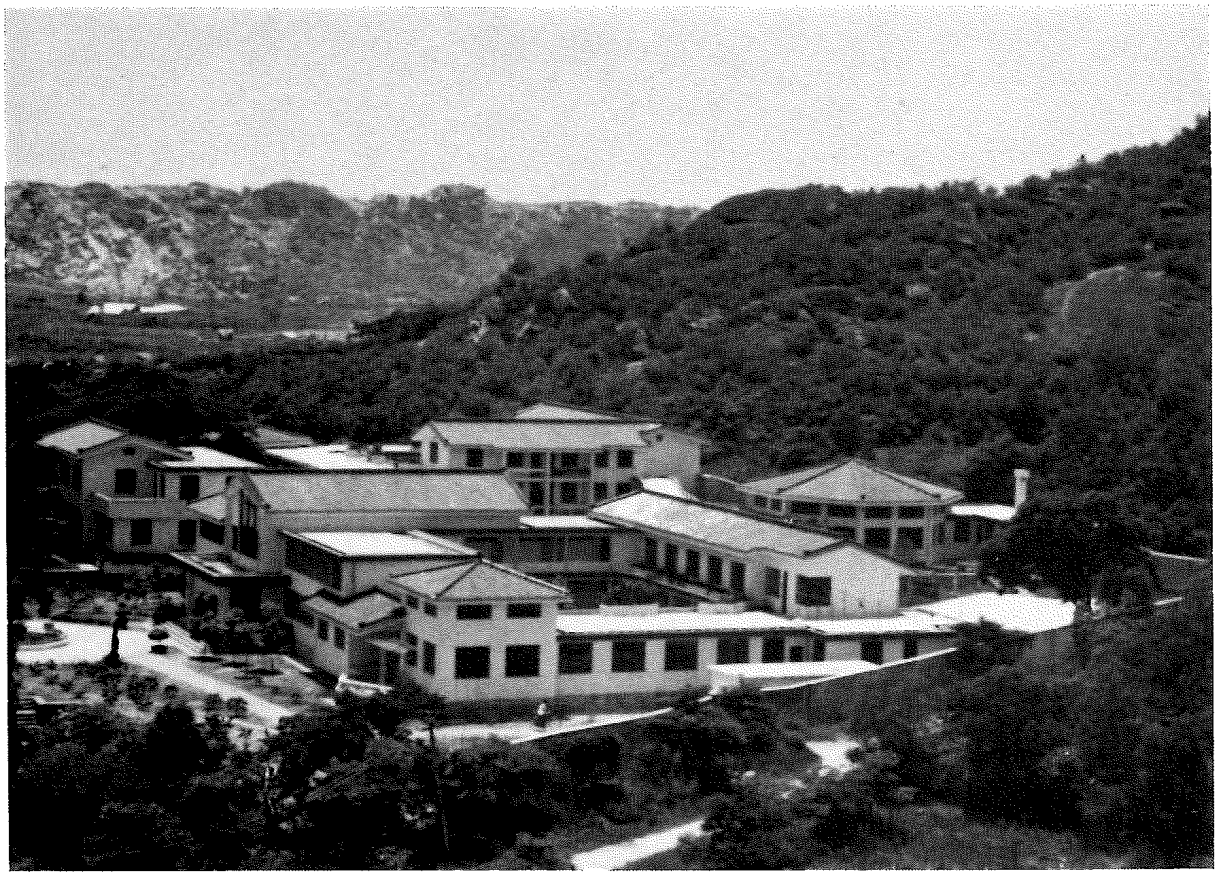


Fig. 1: Total View of he Shantou Mental Health Center, Shantou Univeristy, Shantou, China

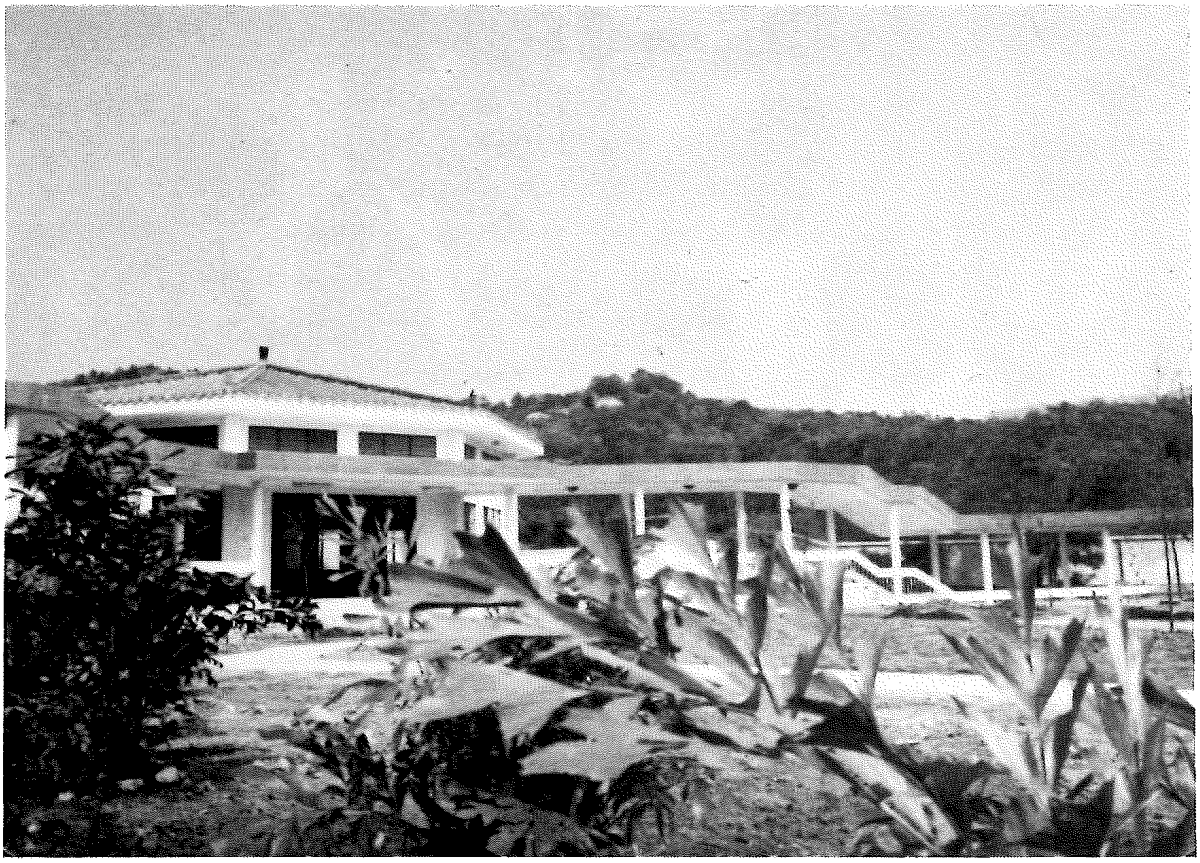


Fig. 2: The Dining Hall of the Mental Health Center, Shantou University, Shantou, China



Fig. 3:Prof. Wu Zheng-Yi, M.D., Founding Member of the World Association for Dynamic Psychiatry and Chairman of the Chinese Branch of the WADP, Director of the Shantou Mental Health Center, Shantou University, Shantou, China



Fig. 4:Prof. Wu Zheng-Yi visits a group of patients working in occupational therapy accompanied by a foreign guest

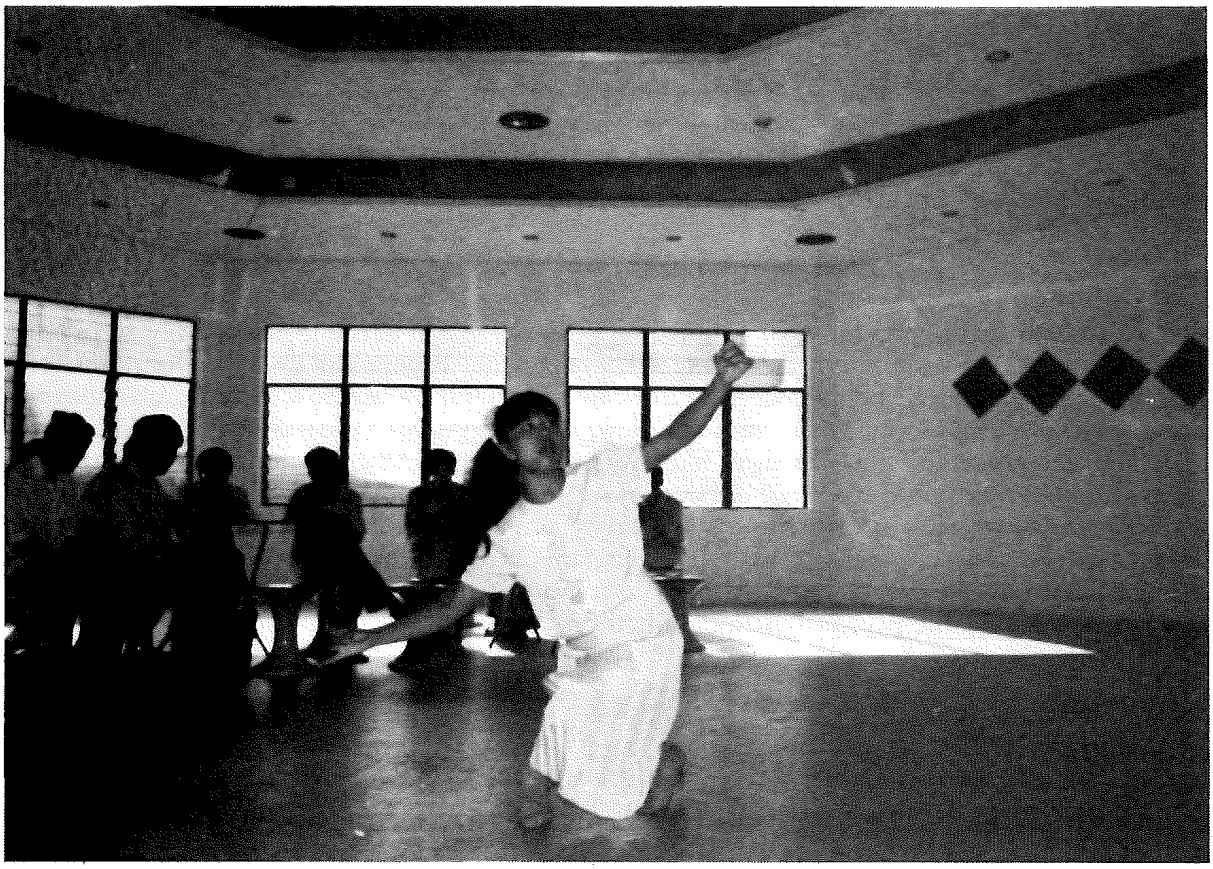


Fig. 5: Dance therapy in the Shantou Mental Health Center

A Psychotraumatological Approach to Neurosis and Schizophrenia as Nosological Units **

Marius Erdreich (Haifa) *

The author aims in the present work to introduce the dimension of etiologically relevant psychodynamic processes into modern diagnostics. Therefore, he suggests his own psychotraumatological concept which he presents in detail. Four case histories illustrate how early traumatic experiences condition, according to the author's view, a later sectorial vulnerability leading through pathological compensating mechanisms like overreaction or repetition-compulsion to destructive behaviour or symptoms in the range of psychosomatics, of schizophrenia or of criminality. Therapy concentrates upon working through the early traumatic situation and its emotional reflexion within the sectorial automatism. Erdreich illustrates his diagnostic approach with DSM III-R examples based on the quoted case histories and completed by the inclusion of an axis for psychosocial stress and for the psychodynamic dimension.

Introduction

The present work deals with two groups of nosological units, using a methodological approach based on psycho-traumatic dynamics, as developed by the present author during the last thirteen years. The nosological approach to large groups of symptom complexes is represented by diagnostic terminology that serves more as an intra-professional communication tool, missing the psychodynamic factor. The DSM-III and later DSM-III-R were a step forward in order to include other contributive elements to describe psychic disorders, but still the psychodynamic factor is missing.

The present work is intended to present an idea of enriching the diagnostic approach with psychodynamic etiological factors which originated in early psycho-traumatization.

The Psycho-Trauma Concept

In the author's view, the psychic trauma can be perceived as a sudden overwhelming, menacing event of such a quality, beyong the usual human experience, that might disorganize, to various degrees, the adaptive capabilities of the individual. We have been able to observe that there are other factors playing a role in the outcome of early trauma or significant stress: the strength of the ego, previous psycho-traumatization, escapistic possibilities, immediate support, belonging to a group — especially when there is a loss of life in that group. The equation of these factors will imprint the degree of potential damage following the trauma of significant stress.

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

**Lecture given at the 9th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XXII International Symposium of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP), April 29 - May 3, 1992 at the Universität Regensburg

The early traumata are repressed with different degrees of efficiency in order to enable the person to lead a regular life. The traumatized person, especially when the psycho-traumatization was highly menacing and destructive, will subconsciously try to look for reparatory experiences in order to achieve once more the sense of security-mastery in his living space which was damaged during and after the traumatic event. The »reparatory« experiences may be exercised characteristically as over-reaction, over-avoidance or repetition-compulsion in thinking, dreaming and — more dangerous — acting. The over-reaction may lead to aggressive behaviour while wrongly interpreting a meeting with another person as menacing. This might happen if during the early psycho-traumatization in childhood the aggression was of violent quality. The repetitive-compulsion acting will appear to be repetitive attempts to reconstruct scenarios with qualities similar to those which appeared in the early psycho-traumatization. We noted that a significant number of sexually abused girls developed distorted sexual lives during womanhood, disastrous marriages with elderly men, or prostitution. In both cases, the subconscious attempt was to achieve mastery over the idea of the sexual encounter with men, following the overwhelmingly dreadful experiences of childhood.

Later on in life, the repression of the childhood psycho-traumata will lose efficieny during life stress conditions and their »surfacing« toward consciousness will increase the pressure on ego boundaries. This pressure will be especially manifested by anxiety-depression, the psycho-physiological channeling for other behavioural disturbances. The subconscious use of »reparatory« mechanisms will add to the burden already existing with symptoms in the realm of behavioural psychosomatic medicine. A special sector of interaction between the individual and the external world, as a direct or symbolic projection of the content of the previous trauma, will create a field of special vulnerability concerning the reality testing and impulse control in this context. This vulnerable sector of interaction will also be the activity field of the past reactivated post-traumatic »reparatory« mechanisms, which may determine different kinds of disadaptations in the realm of behavioural medicine or psychosomatics. In this vulnerable sector of the interaction between the individual and the external world, owing to the increased pressure on the ego boundaries, the reality testing and impulse control may be seriously damaged. The vulnerable sector will be characterized by automatic behaviour on different degrees due to this damage. At the same time, the other sector of the personality may be quite preserved, and the appearance of the individual could be quite normal. In this realm of blurred reality testing and impulse control, the attempt would be to »correct« the highly damaging events of the past enmeshed within the present ones. We therefore would like to suggest the concept of Sectorial Automatism.

Case illustrations

A few case illustrations will help concretize the previously described theoretical approach.

Case 1

GA, a woman of 64 was sent to our department from the outpatient clinic for eating disorders, because of over-eating and severe obesity (124 kg). She is a very intelligent woman, married and a mother of two children, functioning as a computer operator in a kibbutz factory. She presented a story of about 48 years of recurrent depressive conditions. She was treated in an open psychiatric institute and was hospitalized on and off for about six years during her 30's . After that she was told by her therapist that there was nothing more to achieve, and she must get used to those depressions and do her best. Until the present examination, she did not have any other psychiatric evaluation since then. It was very clear from the beginning that she was severly psychotraumatized since early childhood, by a paranoid mother and a strange father who declared himself an anarchist.

She was told at the age of two and a half that she was found walking aimlessly on the streets of New York. Her parents lost a previous daughter from starvation in revolutionary Russia. After their immigration to the U.S.A., the present patient was born. Since her early memories, she remembers her mother directing her very strongly in every details of her life. She was taught that men are dangerous and that the neighbours are trying to poison her. For that reason, the family kept moving between apartments in New York. Her mother also kept livefish in the bathtub. She remembers the brutal killing of the fish and the fear that one day her mother would do the same thing to her. The same bathtub served also for bathing her and her two older brothers until she was about ten years old. The rule was not to touch each other, so they were crowded together but the mother kept an open eye in order to punish them if anyone touched the other. When she became older, she was warned to avoid marriage and to dedicate herself to a career. She learned not to trust men because they only wanted to harm her. The patient did not remember any expression of warmth or encouragement from her parents. She was easily convinced by a grocer when she was five years old to let him touch her genitals, in order to receive sweets. When her father discovered what had happened, he refused to talk to her or to hold her hand while walking on the streets. She was afraid and did not understand why. Another parental message was that she was bad. Years later she received another message when she had managed to earn enough money to buy her own winter coat. Usually she was dressed in second-hand clothes her parents bought for her. A few days after she bought the coat, it was stolen from her at school, and as a punishment she had to go without any coat during the cold winter of New York. The list of her deprivations and suffering is too long to describe in detail. It was clear from the beginning that the use of trauma-oriented psychotherapy, developed by the present author, had to be used.

Now, after twelve years of treatment, at the end of the second stage, i.e. trauma processing, the patient is able to use insight. Her depressions are very much diminished and she has even feelings of joy. Sometimes she is still afraid to let herself feel happy — fearing the punishment from her long-deceased mother. Sometimes she declares that for her, life began at 65.

Her psychodynamics might be seen as a long story of submission, alternating with weak revolts against her mother figure. Owing to the trauma-processing, gradually insight was achieved, and the submission decreased, with parallelly developing capability to revolt against her mother figure. Very dramatic moments were created by the memory of her mother telling the patient that it was a pity her sister died from starvation in Russia and not the patient herself. She discovered finally by free association, while also working on dreams, that she was eating for two — herself and her dead sister. The only safe event facing her mother was eating, because then her mother was approving. We finally reached the insight that many events with symbolical similarity to her past traumatic stressful events were triggered besides depression and anxiety binges of eating, when her reality testing was blurred, and the impulse control nonexistent. Under these conditions the vulnerable sector of her personality was evident, the automatic over-eating serving as a defence against her mother. Despite the logical conclusion that the over-eating is dangerous, she was eating because her mother asked, for her deceased sister, and in order to combat guilt feelings. In this case, the sectorial automatism was the binge of bulimia.

Case 2

GG, a man of 39, married with to children and a senior clerk in a public institution, had to meet aggressive adversaries and asked the help of the director of the institution. The director did not fulfill his promise and was absent at the meeting. About six hours later, the patient was hospitalised with acute myocardial infarction. During the month of recovery, we have begun working with the patient and the following dynamics were brought upon.

As a young boy, he was of smaller stature than others and was often the victim of abuse from taller boys. The father's promises to help failed. For the patient it was a very clear reproduction of many stressful/traumatic situations in his past. It was for him a renewed traumatic experience. We worked with the patient using trauma-oriented psychotherapy. It became clear that his sectorial vulnerability was fear from peers and psychodynamics correlated with disappointment from father figures. Possibly, the borderline values of cholesterol had to be taken into account as biological vulnerability. It has to be mentioned that he had a type A behaviour pattern. A workaholic, his wife was an egocentric and distant person. After a multisystem-therapeutic approach, he has been a healthy person for already eight years.

Case 3

TR, a 34 years old woman, married and a mother of two children, was accused of infanticide after she had killed her two month old baby girl, triggered by the absence of the baby's vaginal opening. TR had a long history of suffering:

At the age of eleven her violent father tried to kill her mother by inserting a small needle into a capsule that served as medicine against the mother's asthma. Her father spent more than a year in prison and the family had to be supported by the maternal grandparents for years to come. The childhood of TR consisted of poverty and a constant fear for mother's life because of asthma. They had to move lodgings to a cheaper area populated by mainly elderly people. The announcement of the deaths of the elderly neighbours became an almost daily occurrence. As an adolescent she suffered greatly from a tendency to hirsutism and lost confidence in doctors due to their inability to help her. The medical profession had been marked with distrust and even with some paranoid interpretations. At the age of twenty-eight, the woman married and the couple immediately tried to have children. After two natural miscarriages, she gave birth to a baby with Down's syndrome who passed away after one month. She was depressed and disappointed. Finally she gave birth to two healthy children. However, a fey years later, the grandmother passed away, then a beloved 18 years old cousin committed suicide and her mother died of a heart attack. This series of deaths caused much sorrow and mourning and she again had difficulties in functioning.

Her marriage consultant suggested that having another baby would help the couple's situation. After a difficult pregnancy, she gave birth to a baby girl, but born with a closed vagina. The atmosphere was very tense and TR became convinced that she would die from cancer and that the baby would be given to her sister-in law. She took the baby from doctor to doctor and received many differing opinions but all of them declared that the problem might be corrected during adolescense. She refused to believe them and her strong distrust of the medical profession resurfaced even more strongly. She continued to call on doctors, took the baby for tests and in the meantime became more depressed and panic-stricken. She stopped breast feeding and two months after the birth the baby died. The death was diagnosed as a crib-death, but one week later the woman confessed to killing the baby.

The concept of death has left its mark on the woman throughout her life: her mother's life in danger because of asthma and an earlier murder attempt by her father, living in a building populated by old people where death often occured, the death of her grandmother, the suicide of her beloved cousin, the death of her mother and of her Down's syndrome baby. We may speak in this case about a chronic post-traumatic stress disorder with some paranoic developments. 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 un-

der pressure. The particular sector of the woman's limitations is human being's suffering caused by other people. Since the death of her 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 scenarious 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, just as her mother was spared from her miserable life when she died.

In this case death becomes an oddreparatory 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 personality functions. The mens rea limitations have also been emphasised 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 supreme court decided to accept the author's opinion, and returned the case to the previous mental health centre for re-examination. The second time, the medical expertise written by the director of the centre 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 maximum sentence of 20 years for premeditated homocide. 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 casually and chronologically with childbirth. This was the aim of the defence as well. The sentence was a great relief for the woman's husband as it brought some hopes for a family rehabilitations.

Case 4

AL, a man of 35, single, with various different occupations in the past and at the present unemployed, presented very clear symptoms of schizophrenia: voices commenting negatively, feelings of being influenced by waves from other people. Eventually, the voices becam a reciprocal communication with others. Feelings of negative attitudes were directed towards him by people in general. He had feelings of humiliation and being a loser in life. His condition was chronic but he had quite a preserved personality.

The anamnesis: an only son, with parents quarelling at regular intervals, often feeling menaced by remaining alone. After a few years of a troubled atmosphere at home, the parents divorced when he was six years old. He stayed with his

mother and was much neglected because of her activities as a business woman. At the age of eleven, he was sent from his home in Canada to England for his education. He experienced there difficult times because of his small stature, being slim, shy and fearfull. He was repeatedly molested sexually by older boys. Back in his home country, he was depressed and in need of treatment in an institution at the age of 16 years. He then had some better years when he successfully finished high school with a first degree in English Literature. However, the feeling of being rejected was to become more dominant, together with very low selfesteem. New bouts of agitation and disturbing voices commenting negatively on him brought him repeatedly to hospitalization. On one of his remissions, he took a trip to South East Asia and fell in love with a Filipino prostitute. He had to leave the area urgently, running for his life, because of danger from the girl's pimp. He also experienced using marijuana and LSD together with a very intensive sex life with prostitutes and was also active in protest movements against the establishment.

He came to my treatment in May 1990, a few weeks after leaving a Canadian psychiatric hospital. He asked not to be treated with drugs. The trauma-oriented psychotherapy developed by the present author was used, because the patient presented marked signs of post traumatic stress disorder enmeshed with definite psychotic elements: auditory hallucinations, delusions of being rejected and humiliated, especially by young girls that attracted him intensely. He was mistrustful in relations with the therapist but quite rapidly gained confidence after working through his mistrust and hatred. During the second phase of treatment, the trauma processing, a significant insight on psychodynamics has been reached. The auditory hallucinations were perceived now as an inner dialogue resulting from super-ego pressures. The super-ego represented in his insight the father figure as a very critical and rigid person, never balanced by a positive attitude. In a meeting with me, the father confirmed these characteristics facing his son. The mother is perceived as a supportive, heroic figure by facing the father's hostility and being herself a survivor of the Holocaust.

In fact, after about nine months of treatment, his functional level in all directions is much approved: He is very well considered in academic studies for second degree in English Literature. He has a steady girlfriend instead of his past over-exposure to prostitutes. The schizophrenic symptoms have lost much of their impact since he is using insight quite efficiently. His mood is adequate and he takes initiative in his schooling and sports activities.

In his case, the psycho-therapeutic work on rejection as the main sector of vulnerability in his interaction with the world was probably the key to success. Considering the psycho-dynamics as being rejected not only by his rigid, critical father but also by his mother, who sent him from home after her divorce, there is no wonder about the origin of this sector.

It ist not my aim in this work to enter into more details of this psychotherapy such as his own guilt about being rejected, in conflict with hatred to-

wards rejectors, or his process of identity formation. The patient is remarkably well, especially comparing with the outcome of past treatments.

Other examples of sectors are neglect by one or both parents, rejection, violence, inferiority feelings, humilitation, fear and suffering etc. Pathological reparatory feelings can include over-reaction as preventive violence, over-avoidance such as damaging escapism, repetition compulsion expressed by repeated inappropriate sexual behaviour, repeated psycho-active substance abuse, repeated stealing, repeated food abuse or pathological avoidance of food etc. Ther is also repeated organ behaviour during life stress as sectorial somatic characteristics for the person. Each person may have a specific target organ or system, such as cardio-vascular, respiratory, gastro-intestinal, urogenital, dermatological and others, as a somatic sector of vulnerability.

A few comments on diagnostic approach

The terms of neurosis and schizophrenia are rather poor in approaching a functional diagnosis suggesting specific therapeutic implementations. Even considering some dysfunctions in the brain originating anxiety, it needs much imagination to see nosological units called neurosis as a disease of the neuron. The term of schizophrenia, or the splitting of the mind, is also very far from the modern etiological development of the sydrome. In both cases, »the disease of the neuron« or »the splitting of the mind« have really nothing to do with the dynamic therapeutic approach. The nosological nomenclature is to be seen as an instrument of communication. The dynamic approach should include in the nosological complex used by the DSM-III and the DS-III-R important elements such as the vulnerable sector, that might react automatically during life stress conditions, and an early idea of dynamics.

A few examples using the above mentioned cases:

Case 1: GA.

Axis 1: Bulimia nervosa (307.51).

Axis 2: The personality characteristics might be considered as self-defeating (301.90).

Axis 3: Very severe obesity, cardio-vascular disturbances.

Axis 4: The psycho-social stressors might be seen in our view as connected with recurrent life-stress, especially when there are elements, even if only symbolically connected, with the scenarios of past traumatization.

In this case, everything that reminded the patient of the mother figure, the oppressive, confusing code of behaviour dictated by the mother with huge implications if those rules were trespassed upon, the only unequivocal and reassuring order by implementation was: to eat. Even after short periods of contentment she had to pay with self-defeat and suffering. The eating binges were just natural as the only way to get reassurance vis-a-vis maternal menace to her wellbeing.

To summarize from a dynamic point of view, the psycho-social stressors are connected with past conflictive relations with a punishing and confusing mother figure. I suggest that a new Axis 5 will refer to sectorial automatism potential. In this case: maternal cruelty.

Case 2: GG.
Axis 1: Psychological factors affecting physical conditions (316.00)
Axis 2: Self-defeating personality disorder.
Axis 3: A marginal hypercholesterolemia.
Axis 4: Psycho-social stressors, especially life stress conditions with similar scenarios, even if only symbolical, with past psycho-traumatization by being hurt, deceived, the promised support of a father figure not fulfilled.
Axis 5: (proposed) Fear of violence.

Case 3: TR.
Axis 1: (most probably) delusional disorder (297.10).
Axis 2: Paranoid personality disorder (301.00).
Axis 3: Hirsutism.
Axis 4: Psycho-social stressors, suffering and death. The precipitating factor was the birth of a baby girl without vaginal opening.
Axis 5: (proposed) Sectorial vulnerability: human suffering.

Case 4: AL.
Axis 1: Schizophrenic residual type (295.6x).
Axis 2: Self-defeating personality (301.90).
Axis 3: None.
Axis 4: Psycho-social stressors: unstructured, unprotected life conditions, easily perceiving humiliation.
Axis 5: (proposed) The sectorial vulnerability is perception of rejection.

The contribution of dynamic psychiatry using the model of post-traumatic dynamics will probably be of use considering a new approach towards a more dynamic diagnosis. The concept of sectorial vulnerability during life stress might implement besides the etiological contribution also therapeutic hints following preliminary work with patient. Modern psychiatry is increasingly complex, using sophisticated knowledge in neuroscience and a more sophisticated psycho-social approach. The old psychiatry using formal nosological models is obsolete.

The *Ammon* school of dynamic psychiatry is a model of implementation of the modern approach, following the human being from the kindergarten through to old age, studying the brain, and a very important tool of social energetic principle in therapy and prevention. The new complex society of our days following and accelerating the course of human ecological change, needs better support from the mental health disciplines.

We hope that our suggestion concerning dynamic nosology will contribute to better citizen, facing new hopes and dangers nearing the millenium.

Die psychotraumatologische Sicht der Neurose und der Schizophrenie als nosologische Einheiten

Marius Erdreich (Haifa)

Die gegenwärtig in Gebrauch befindlichen diagnostischen Systeme DSM III und DSM III-R stellen zwar einen Beitrag zur ausführlichen Beschreibung psychischer Krankheiten dar, berücksichtigen jedoch keine psychodynamischen ätiologischen Faktoren. *Erdreich* schlägt eine Erweiterung durch die Einbeziehung seines Psycho-Trauma-Konzeptes vor, nach welchem eine frühe Traumatisierung im Sinne eines überwältigenden psychischen Streß eine Schwäche bzw. Lücke in der Entwicklung späterer adaptiver Systeme zufolge haben kann. Zu den eingesetzten reparativen Prozessen gehören nach Auffassung des Autors neben der Verdrängung auch die Überreaktion, die Vermeidung, der Wiederholungszwang, die Träume und das Ausagieren. Auf diese Weise entsteht eine direkte oder symbolische Projektion des Inhalts des früheren Traumas als ein Sektor der Vulnarabilität in der Interaktion des Patienten mit der äußeren Realität. Im späteren Leben können Streßerfahrungen, welche an das frühe Trauma erinnern und die Ich-Grenzen belasten, destruktive Verhaltensweise oder autodestruktive Symptome auslösen. Reparative Mechanismen können erfolglos bleiben oder in manchen Fällen sogar zusätzliche pathogene Wirkung erlangen.

Vier Fallvignetten illustrieren die psychotraumatologische Auffassung des Autors und die sich daraus ergebenden therapeutischen Konsequenzen.

Eine bulimische, extrem übergewichtige 64jährige Patientin wurde von ihrer tyrannischen Mutter als Kind in der gleichen Badewanne gebadet, in der regelmäßig Fische geschlachtet wurden. Ihre ältere Schwester war vor der Auswanderung der Eltern aus Rußland verhungert. Ihre Geschichte von Leid und Entbehrungen war bestimmt durch die unbewußte Aggression gegen die Mutter und die Schuldgefühle der verstorbenen Schwester gegenüber, für welche sie »doppelt essen« mußte. Die trauma-orientierte Psychotherapie brachte eine wesentliche Besserung der Depression und eine bedeutende therapeutische Einsicht.

Ein 39jähriger Mann, höherer Beamter in einer öffentlichen Institution, erlebte durch das Fernbleiben des Vorgesetzten bei einer schwierigen Verhandlung die frühere Verlassenheit durch den Vater in Angst machenden Situationen und erlitt einen Herzinfarkt.

Der Fall einer 34jährigen Frau, die der Autor im Auftrag des Gerichtes begutachtete, zeigt die Bedeutung des psychotraumatologischen Verständnisses für die forensische Medizin. Die Patientin hatte ihre 2 Monate alte Tochter, die mit einer vaginalen Mißbildung zur Welt gekommen war, getötet. In ihrer frühen Kindheit war sie vom Tod einer langen Reihe für sie wichtiger Menschen erschüttert. *Erdreich* deutete die Tötung der Tochter als Folge einer chronischen posttraumatischen Streß-Erkrankung mit paranoischer Entwicklung, bei der der Tod als pathologische reparative Erfahrung in Verbindung

mit dem vulnerablen Sektor früher Todeserfahrungen fungierte und erreichte in zweiter Instanz eine dreijährige Freiheitsstrafe mit der Empfehlung einer psychiatrischen Behandlung, statt des maximalen Urteils von 20 Jahren für vorsätzliche Tötung.

Die vierte Fallgeschichte stellt einen 35jährigen schizophren reagierenden Mann dar, der als Kind unter ständiger Verlassenheit, Schutzlosigkeit, Bedrohung und Angst gelitten hatte. Die traumaorientierte Psychotherapie führte zu einer deutlichen psychodynamischen Einsicht von Seiten des Patienten, die sich in einer umfangreichen Besserung seiner gesamten Lebenssituation ausdrückte.

In der Diskussion betont der Autor die psychodynamische Unzulänglichkeit wesentlicher nosologischer Einheiten wie »Schizophrenie« oder »Neurose«. Er schlägt vor, die Achse IV des DSM III-R für die Charakterisierung der traumatisch relevanten psychosozialen Stressoren zu nützen und eine neue Achse V, die die Beschreibung des sektoriellen Automatismus, d.h. des unkontrollierten Kompensationsmechanismus im Bereich des vulnerablen Sektors zu schaffen. Die vier geschilderten Fallvignetten werden auf diese Art nach DSM III-R neu diagnostiziert. Die Arbeit schließt mit dem Aufruf, der zunehmenden Komplexität moderner Psychiatrie durch neue nosolgische Modelle zu begegnen. Ein solches Modell, so der Autor, stellt die ganzheitliche dynamisch-psychiatrische Konzeption der *Ammon*schen Schule dar.

Literatur

Erdreich, M. (1984): A traumata-oriented psychotherapy. In: Dyn. Psychiat. (17) 419-431
— (1986): Psychotraumatology and psychosomatics. In: Dyn. Psychiat. (19) 1-23
— (1987): Psychotraumatic etiological model of delinquent behaviour during life stress conditions. In: Med Law (6) 145-150
— (1987): Anorexia Nervosa, A psychodynamic holistic approach. In: Dyn. Psychiat. (20) 257-267
— (1987): Issues in psychopolitics. Invited Lecture, held at Basel Univ. Med. School
— (1988): Compulsive Eating Disorders. Lecture held at: 6th Congress WADP, Munich
— (1990): A psychotrauma approach to delinquent behaviour during life stress conditions. In: Med. Law (9) 1100-1109
— (1990): The ongoing psychotraumatization. The second generation of the holocaust. Lecture held at Int. Cong. on Second Generation Holocaust Survivors, Bar Ilan Univ.
— (1990): Dynamics of sectorial automatism — the right of the »honest delinquent« to treatment. Lecture held at Cong. on Patient's Rights, Mombato

Address of the author:

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

Kindheit und Pubertät bei schizophren strukturierten Patienten — eine qualitative Analyse von Patienten und deren Familien**

Maria Berger (Berlin)*

Die vorliegende Arbeit stellt eine Fortsetzung einer früheren Arbeit der Autorin dar, in der anhand eines qualitativen Forschungsvorgehens das gruppendynamisch-sozialenergetische Feld in der Lebensgeschichte schizophren strukturierter Patienten erforscht wurde. Mit diesem neu eingeschlagenen Weg in der Schizophrenieforschung wird versucht, die lebensgeschichtliche Entwicklung schizophren strukturierter Patienten zu rekonstruieren, um so einem psychodynamischen Verständnis der Entstehung dieser schweren psychiatrischen Erkrankung näher zu kommen. Grundlage der Arbeit ist die humanstrukturelle Theorie Günter Ammons, die die Ursache der schizophrenen Erkrankung in einer destruktiv-defizitären Entwicklung der frühkindlichen Symbiose sieht.
Hierzu wurden nun in einer ersten Exploration ausführliche halbstrukturierte Interviews mit zwei schizophren strukturierten Patienten und deren Familienmitgliedern durchgeführt. Die qualitative Auswertung der Interviews bezog sich auf folgende Themenbereiche: Kontakte in der Kindheitsfamilie, Situation in Kindergarten und Schule, Pubertät, Kontakte außerhalb der Familie sowie Umgang mit Gefühlen und Körperlichkeit. Die Auswertung ergab ein insgesamt defizitär-destruktives Geschehen in den Familiengruppen, in denen keine schuldfreie Identitätsentwicklung dem später erkrankten Familienmitglied gestattet wurde. Die explorierten konstruktiven Bereiche ergaben darüberhinaus wertvolle Hinweise für die Therapie schizophren erkrankter Patienten.

Um die Entstehung schizophrener Erkrankungen erklären zu können, bestehen die unterschiedlichsten Ansätze. Die aktuelle Schizophrenieforschung geht von einer multifaktoriellen Genese der Schizophrenie aus, womit biologische, psychologische und psychosoziale Aspekte zusammengefaßt werden. Immer wird dabei von einer Prädisposition und einer Vulnerabilität, d.h. von einer prämorbiden Persönlichkeit ausgegangen (*Scharfetter* 1986, *Ciompi* 1982, *Manfred Bleuler* 1975 u.a.). Da eine heriditäre Schizophrenie-Ätiologie nicht eindeutig bewiesen werden konnte, kommt den psycho- und familiendynamischen Untersuchungen besondere Bedeutung zu. Die psychoanalytischen Erklärungsansätze gehen von *Freud* aus. Seiner Meinung nach werden bei der Psychose die äußeren Objekte nicht mit Libido besetzt. Es handelt sich um eine Regression auf die präödipale Phase, auf den Primärnarzißmus. *Freud* selbst hat sich nicht mit der Schizophreniepsychotherapie beschäftigt, sondern hat das seinen Schülern überlassen.

Pioniere der Schizophreniepsychotherapie waren *Ferenczi, Federn, Jung, Gertrud Schwing, M.A. Sechehaye* und in deren Nachfolge *Sullivan, Frieda Fromm-Reichmann, Rosen, Searls, Benedetti, Arieti* und *Ammon.* Die psychoanalytischen Theorien entwickelten sich weiter und wurden entsprechend

* Dipl. Psych., Lehranalytikerin am Berliner Lehr- und Forschungsinstitut der DAP
** Vortrag gehalten auf dem 9. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP / XXII. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 29. April — 3. Mai 1992 an der Universität Regensburg

modifiziert. Alle diese Ansätze gehen davon aus, daß es sich bei der Schizophrenie um eine frühe präödipale Störung handelt. Davon ausgehend wird die Familie als wesentlicher Ort für die Entstehung der Schizophrenie angesehen. *Frieda Fromm-Reichmann* (1948) prägte den Begriff der schizophrenogenic mother. *Bateson* et al. (1956) untersuchten die double-bind-Kommunikation in der Familie schizophrener Patienten und entwickelten die double-bind-Theorie. In den systemischen familientheoretischen Ansätzen wird der schizophrene Mensch als Funktionsträger der systemisch konzipierten Einheit Familie gesehen, und pathologische intrafamiliäre Kommunikationsformen werden für ätiologisch maßgeblich gehalten.

Ammon (1979) sieht die Entstehung der Schizophrenie »in einer nicht gelungenen Abgrenzung aus der frühkindlichen präödipalen Symbiose mit einer sozialenergetischen gruppendynamischen Gestörtheit innerhalb der Primärgruppe durch ihr umgebendes sozialenergetisches und gruppendynamisches Milieufeld«, d.h. daß »im Rahmen der präödipalen Symbiose von Mutter und Kind eine Arretierung und Verstümmelung der Ich- und Identitätsentwicklung stattfand, die dazu führte, daß das Kind im Aufbau seiner Ich-Grenzen und in der Entfaltung seiner primär gegebenen Humanfunktionen weder von der Mutter noch von der umgebenden gruppendynamischen Sozialenergie unterstützt wurde« (*Ammon* 1979). Das sozialenergetisch-gruppendynamische Feld in der Primärgruppe ist dabei vorwiegend destruktiv-defizitär. Das Kind wird offen oder unbewußt abgelehnt. Die Kommunikation in der schizophren machenden Familie ist bestimmt durch eine double-bind-Dynamik, die Atmosphäre in der Familie ist häufig gespannt, feindselig und lebenseinengend. An das Kind werden entweder zu viele oder zu wenige Forderungen gestellt.

Ein Festhalten in der Symbiose bezeichnet *Ammon* als den »Symbiosekomplex«. Dies bedeutet, daß das Kind keine eigenen Abgrenzungsschritte tun durfte und keine für die Struktur- und Identitätsbildung notwendigen Ich-Grenzen entwickeln konnte. An anderer Stelle formuliert *Ammon* den Symbiosekomplex folgendermaßen: »Die Mutter versucht dann, das Kind über die Zeit der natürlichen Symbiose hinaus an sich zu fesseln, weil sie in der gestörten Gruppe allein nicht zu bestehen vermag. Das Kind wird von den übrigen Mitgliedern der Familie der Mutter überlassen, um der Gruppe zu erlauben, die eigenen Konflikte nicht erkennen zu müssen. Dem Kind wird dadurch verboten, eine eigene Identität zu entwickeln. Als schwächstes Mitglied der Familiengruppe dient es dazu, den gemeinsamen unbewußten Konflikt durch Projektion in ein Mitglied zu lokalisieren, um ihn damit kontrollieren und abwehren zu können. In einer solchen verlängerten Symbiose bleibt z.B. eine psychotische Reaktion so lange latent, wie das Kind in diesem emotionalen Gehäuse eine Lebensmöglichkeit findet. Oft kommt es dann während der Anforderungen hinsichtlich der sexuellen und sozialen Identität zu einer Sprengung dieser Situation, einer Art symbiotischer Explosion, die sich in einer offenen psychotischen Reaktion manifestiert« (*Ammon* 1974).

Obwohl es im angelsächsischen Raum, vor allem in Amerika, schon viele Untersuchungen gibt, denen ein familiendynamisches Verständnis zugrunde liegt und die gerade in den letzten Jahren auch Interviews mit Betroffenen einbeziehen, ist meines Wissens bisher das emotionale Erleben des Patienten und seiner Familie in dessen Kindheit und Pubertät noch nicht erfragt und dargestellt worden. Bei den mir bekannten Untersuchungen wird der Patient in seiner Individualität und in Bezug auf seine Emotionalität, seine Erfahrungswelt und sein Erleben von Familie und Kindheit nur unvollständig erfaßt (u.a. *Ventura, Nüchterlein, Lukoff* 1989; *Kendler, Lieberman, Walsh* 1989; *Woodroff* 1986). Auch die Interviews, die mit Familienangehörigen durchgeführt wurden, bleiben auf die Symptomatologie beschränkt (u.a. *Chesla* 1989; *Bertrando* et al. 1989; *Virtanen* et al. 1989; *Szalita* 1967). Nur in der Studie von *Nagler* und *Glück* (1985) wird sowohl der Patient als auch die Schule und das soziale Umfeld (Kibbuz) miteinbezogen; diese Untersuchung ist aber auf das Jugendlichenalter beschränkt. Gemeinsam ist vielen der Untersuchungen, daß sie qualitative Ansätze auf Interviewebene anwenden, um Informationen über die Familie oder über den Patienten zu erlangen.

Anliegen meiner Untersuchung ist es, in halbstrukturierten Interviews die Patienten und ihre Familienangehörigen zu befragen und sie möglichst offen und frei ihre Sichtweise des Geschehens in Familie und Kindheit und ihr Erleben berichten zu lassen. Die Komplexität der Fragestellung, ihr explorativer Charakter, vor allem aber auch die Orientierung an der subjektiven Sichtweise der Befragten und die Notwendigkeit, den Bedürfnissen der Interviewpartner einen angemessenen Raum zur Verfügung zu stellen, läßt es m.E. als sinnvoll erscheinen, die Technik des biographischen Interviews anzuwenden (vgl. *Berger, Bez* 1992).

Das biographische Interview läßt sich durch drei Kriterien des Forschungsvorgehens beschreiben:

1. Die Methode ist *problemzentriert,* d.h. der Forscher formuliert nur vorläufig sein Problemfeld und läßt sich dann weiter von der Empirie leiten. Eine explizite Hypothesenbildung am Anfang des Forschungsprozesses wird dabei nicht gemacht.
2. Die Methode ist *gegenstandsorientiert,* d.h. der Gegenstand bestimmt die Methode und nicht umgekehrt. Nach dem Ansatz der »grounded theory« nach *Glaser* und *Strauß* (1967), *Glaser* (1978), *Strauß* (1978) soll den Daten und dem untersuchten Feld Vorrang gegenüber theoretischen Annahmen gegeben werden. Nach *Hoffmann* und *Riem* (1980) soll die theoretische Stukturierung des Forschungsgegenstandes erst erfolgen, nachdem sich der Forschungsgegenstand durch die Forschungssubjekte strukturiert hat. Ferner soll das Prinzip der »gleich schwebenden Aufmerksamkeit« gelten, d.h., daß der Untersucher möglichst wenig Aufmerksamkeit auf konkrete Punkte lenkt, um die Strukturen im untersuchten Feld wahrnehmen zu können.
3. Die Methode ist *prozeßorientiert,* d.h. induktive und deduktive Schritte wechseln sich bei der Datensammlung und Auswertung prozeßhaft ab (*Witzel*

1985). Die Auswertung der biographischen Texte soll nach der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse geschehen (*Meyering* 1983, 1985). Jede Äußerung wird als ein Dokument für ein latentes Muster interpretiert (*Garfinkel* 1962); im vorliegenden Fall ist dies die subjektive Erlebnisweise der Befragten, die für die Interpretation genommen wird. Die subjektive Lebenswelt soll durch wörtlich erfaßte Erzählpassagen dargestellt werden, um dann im Sinne des »zirkulären Dekonstruierens« (*Jaeggi, Faß* 1991) mit den verschiedenen Auswertungsphasen bis zu einem Einordnen der Ergebnisse in einen Theoriezusammenhang zu kommen. Die Ergebnisse sollen möglichst von mehreren Personen ausgewertet und diskutiert werden.

Da biographische Interviews der Erschließung von Lebensgeschichten dienen, weist *Fuchs* 61984) darauf hin, daß es sinnvoll ist, teilstandardisierte biographische Interviews mit dem narrativen Interview in Verbindung zu bringen. Bei der Durchführung sollte deswegen im Sinne eines teilstandardisierten Interviews ein Leitfaden entwickelt werden und für den narrativen Teil der Interviews erzählgenerierende Eingangsfragen aufgenommen werden. Um das frühe Lebensfeld der Familie, in dem der Patient aufwuchs, möglichst genau kennenlernen zu können, erscheinen mir fünf Themenkomplexe von Bedeutung zu sein:

— *Kontakt und Erlebnisbereich in der Kindheitsfamilie.* Hierzu gehören Fragen wie: Welche Persönlichkeiten lebten in der Familie; wer war vorwiegend zu Hause, wer war berufstätig; wurden die Kinder gestillt; wie alt waren sie, als sie stehen und laufen konnten; was waren die frühesten Kindheitserinnerungen, was die frühesten Spiele; wen hatten die Kinder am liebsten in der Familie; unter wem hatten sie zu leiden; wie waren die Ängste in der Kindheit; wie war der Umgang mit Bestrafung und Aggression.

— *Der Umgang mit Körper, Körperpflege und Sexualität.* Hier sind Bereiche zu erfragen wie: Umgang mit Zärtlichkeiten zwischen den Eltern; Umgang mit dem eigenen Körper in bezug auf Baden, Anziehen, Gestreicheltwerden; Umgang mit dem Essen; Umgang mit Sexualität in bezug auf Doktorspiele, Aufklärung, beobachtete Sexualität bei den Eltern.

— *Kindergarten und Schule.* Hier geht es um Freundschaften im Kindergarten; Kontakt zu den Erzieherinnen; Einstellung der Eltern zum Kindergarten; besondere Erinnerungen in bezug auf die Schule; erster Schultag; Kontakt zu Freunden und Mitschülern; Schulleistungen; Erinnerungen an ein schönes oder trauriges Erlebnis in dieser Zeit.

— *Pubertät.* Hierzu gehören folgende Fragen: Wie war das Erleben in dieser Zeit; wie war der Kontakt nach außen; wie waren die Hobbies; wie waren die ersten Liebesbeziehungen; gab es vermehrt Auseinandersetzungen mit den Eltern; u.a.

— *Kontakte außerhalb der Familie.* Es ist zu fragen nach Besuch von Verwandten, Bekannten und Freunden; dem Verhältnis zu den Nachbarn; dem Umgang mit Besuch; der Gestaltung von Urlaub und Freizeit.

Die Familienmitglieder sollten nach ihrer Sicht und ihrem Erleben des Patienten in früher Kindheit bis hin zur Pubertät befragt werden.

Von Interesse erscheint mir, herauszufinden, inwieweit das Erleben des Patienten retrospektiv in Hinblick auf Umgang mit dem Körper und mit Gefühlen, Beziehungen in der Familie und Kontakte nach außen gleich oder unterschiedlich zu den Erlebnisberichten der Familienmitglieder wie Mutter, Vater und Geschwister ist. Wesentlich ist m.E. dabei, daß nicht nur die Familienangehörigen, sondern auch die Patienten berichten, damit das gesamte Familienfeld lebendig werden kann. Wesentlich scheint mir desweiteren zu sein, inwieweit durch die verschiedenen Interviews deutlich wird, wie der Patient seine Identitätsschritte und seine eigene Entwicklung erlebte und wie er dabei von seiten der Familie erlebt wurde. Schließlich ist es m.E. wichtig, inwieweit Trennungsschritte aus der kindlichen Symbiose in der Familie ermöglicht wurden und ob sie vom Patienten getan werden konnten und wie die einzelnen Familienmitglieder dies erlebt haben.

Da ich selbst als Psychologin und Psychoanalytikerin an der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige, einer Klinik für stationäre Psychotherapie und Psychosomatik, tätig bin, die nach dem Behandlungskonzept des milieu- und gruppendynamischen Prinzips der Dynamischen Psychiatrie von *Günter Ammon* arbeitet, ist es mir möglich, Patienten aus dem schizophrenen Formenkreis direkt im Klinikmilieu zu interviewen. Die für die Untersuchung ausgewählten Patienten weisen eindeutig die Einweisungsdiagnose Schizophrenie nach dem ICD-Schlüssel auf. Nach Möglichkeit steht keiner der Befragten in einem therapeutischen Verhältnis zu mir, um verstärkte Übertragungsphänomene auszuschalten. Die Eltern und weiteren Familienangehörigen wurden durch die Sozialarbeiter gefragt, ob sie bereit wären zu einem Interview, und nach Einwilligung zu einem Termin einbestellt. Es waren alle Eltern gerne bereit, am Interview teilzunehmen, da sie sich dadurch auch Hilfe für ihre Kinder erhofften. Nur ein Elternpaar mußte erneut eingeladen werden, da beim ersten Termin der Vater so über seine Tochter und ihre Situation aufgebracht war, daß er eine Stunde mit mir nur darüber sprach und erst dann zum Interview bereit war. Bei einem weiteren Patienten war es nur möglich, mit der Mutter ein Interview zu führen, da der Vater monatelang verreist war.

Es wurden insgesamt vier Patienten, die die Einweisungsdiagnose Schizophrenie nach ICD aufwiesen, drei Elternpaare, eine Mutter und zwei Geschwister interviewt. Alle Personen wurden getrennt interviewt, um eine möglichst individuelle Sichtweise zu erfassen. Einer der interviewten Patienten nahm an der von mir geleiteten Gruppenpsychotherapie teil, so daß bei ihm bei der Auswertung die Übertragungsphänomene zu berücksichtigen sind. Nur ein Geschwister war bereit, seine Aussagen veröffentlichen zu lassen. Eine Mutter und eine Schwester waren nicht zu Tonbandaufnahmen bereit. Zu Beginn des Interviews wurden den Patienten und den jeweiligen Verwandten ein Einstimmungstext vorgelesen, der darauf hinwies, daß es keine richtigen oder falschen Antworten gibt und daß es um die individuelle Sichtweise der frühen Kindheit geht. Die Interviews wurden nach Einwilligung auf Tonband aufgenommen oder wenn nicht, protokolliert.

Die Auswertung der Untersuchung geschah durch zwei Personen, die sich gegenseitig bei ihren Interpretationen kontrollierten. Zusätzlich wurden die Ergebnisse wiederholt in einer größeren Forschungsgruppe diskutiert. Die Auswertung der Interviews selbst erfolgte in mehreren Schritten. Nach Durchführung des Interviews wurde der situative Kontext erfaßt, wie Aussehen, Auffälligkeiten im Verhalten, Atmosphäre des Gesprächs usw. Anschließend wurde eine kurze Inhaltsangabe der einzelnen Themenbereiche gemacht, ihnen wurden Zitate aus den Interviews zugeordnet.

Als theoretische Grundlage für die Interpretation diente das Symbioseverständnis von *Ammon.* Bei den einzelnen Themenbereichen wurde untersucht, inwieweit eine *konstruktive Symbiose* vorhanden oder ob der Symbiosekomplex destruktiv oder defizitär war. Eine konstruktive Symbiose wurde folgendermaßen verstanden: Die Mutter wendet sich dem Kind liebevoll zu, versteht seine Bedürfnisse, versteht seine Körpersprache, ermöglicht ihm allmählich, seine Bedürfnisse und Körperfunktionen selbst wahrzunehmen, ermöglicht ihm, seine eigenen Grenzen aufzubauen und zu erleben, ermöglicht die Ausbildung des eigenen Körper-Ich, die Entfaltung der konstruktiven Aggression, der Kreativität und der Sexualität, der Angst, des Narzißmus und der Abgrenzung usw. Die notwendige narzißtische Energie wird durch flexible Gruppengrenzen reguliert; im Laufe der Entwicklung übernimmt das Kind die Funktionen, die vorher von der Mutter bzw. der Primärgruppe wahrgenommen wurden, und es beginnt, selbständig die Umwelt zu erforschen und im Spiel zu verändern. Das Identitätsbedürfnis des Kindes wird akzeptiert und bestätigt, Mutter und Gruppe unterstützen dabei für lange Zeit seine Abgrenzung nach innen und außen. Eine *destruktive oder defizitäre Symbiose* wurde dagegen folgendermaßen beschrieben: Die Mutter versucht, das Kind über die natürliche Symbiose hinaus an sich zu fesseln, weil sie in der gestörten Gruppe allein nicht zu bestehen vermag; das Kind wird von den übrigen Mitgliedern der Familie der Mutter überlassen, um ihre eigenen Konflikte nicht erkennen zu müssen. Die Primärgruppe kann sich als Ganzes nicht abgrenzen, kann sich nicht über Bedürfnisse, Ängste, Wünsche, überhaupt über Gefühle verständigen. Die Gruppe hat insgesamt kein eigenes Gruppen-Ich und keine Gruppen-Identität, ist überangepaßt an die Außenwelt und ihre Normen oder an die Innenwelt und ihre Konflikte usw. Die Gruppe ist gelähmt, die Gruppe ist aktionsunfähig, die Gruppe wird von inneren und äußeren Zwängen zusammengehalten. Der unbewußte Konflikt wird durch Projektion in ein Mitglied, also das Kind, lokalisiert, um kontrolliert und abgewehrt werden zu können. Bei einer »verlängerten Symbiose« bleibt eine psychotische Reaktion so lange latent, wie ein emotionales Gehäuse vorhanden ist. Während der Pubertät kommt es durch die Anforderungen der sexuellen und sozialen Identität zu einer offenen psychotischen Reaktion, die als symbiotische Explosion und als ein verzweifelter Protest gegen die Gefangenschaft, in der sich das Ich gehalten fühlt, verstanden werden kann.

Von den vier Familien, die von mir untersucht werden, sollen hier zwei Familien vorgestellt werden, die exemplarisch für die anderen stehen, denn es ist

erstaunlich, wie ähnlich die Gruppendynamiken in den Familien trotz individueller Unterschiede sind.

Auswertung der Interviews von Familie A.
Interview mit Herrn A.

Herr A. ist ein zart wirkender junger Mann von 30 Jahren mit langem blondgelocktem Haar. Er hat eine sehr freundliche, weiche Ausstrahlung, spricht leise, ohne besondere Betonung mit starkem norddeutschem Dialekt. Er wirkt sehr anhänglich, aber gleichzeitig ängstlich. Es kommt ein sehr gutes Arbeitsbündnis zustande. Herr A. war bereits zweimal wegen Halluzinationen und Verfolgungswahn von seinen Eltern in die Psychiatrie gebracht worden. Zur Zeit des Interviews war er seit sechs Monaten in der Klinik mit der Einweisungsdiagnose paranoid-halluzinatorische Schizophrenie mit depressiven Zügen.

In seiner Kindheitsfamilie lebten Vater, Mutter, eine ältere Schwester und eine 2 Jahre jüngere Schwester, außerdem die Großmutter mütterlicherseits und der Großvater väterlicherseits in einem gemeinsamen Haus mit einem großen Garten und vielen Tieren wie Hühnern, Enten, Katzen und Hunden. Die Kontakte in der Kindheitsfamilie beschreibt Herr A. wie folgt: Er erlebte die Schwestern als sehr lebhaft und dominant, besonders die jüngere, und sich selbst als: »Ich war ein bißchen ruhig, so ziemlich ruhig, vielleicht ein bißchen schüchtern, also mit dem Durchsetzen hatte ich immer Schwierigkeiten gehabt«. Er lebte bis zum 14./15. Lebensjahr mit der Schwester in einem Zimmer. Der Vater war als einziger der gesamten Familie in einer gehobenen Angestelltenstellung. Herr A. bezeichnet ihn als den Ruhepol der Familie, der aber auch Drohungen ausstieß und ihm dadurch Angst machte. Die Mutter war Hausfrau, »praktisch immer zu Hause«, »ziemlich quirlig, also ganz lebendig.« Großmutter und Großvater haben ihn verwöhnt, und er mochte sie am liebsten. Über die Großmutter sagte Herr A.: »Ich habe sie ganz gerne gemocht, sie hat mir immer Geschichten erzählt und wollte mich aufklären.« Mit dem Großvater »habe ich immer viel Spaß gemacht«. Von ihm bekam Herr A. alles, was er wollte. Er nahm wahr, daß zwischen Mutter und Großmutter Spannungen bestanden: »Mit der Harmonie hat es nicht so arg geklappt.«

Herr A. sieht seine frühkindliche Entwicklung als ziemlich normal an, bis auf eine Krankheit durch eine Impfung. Er sagt, »das Laufen war normal, vielleicht war es auch viel später, weil ich noch nicht so kräftig war«. Er war als Frühgeburt auf die Welt gekommen. Als er sich davon erholt hatte, bekam er eine Impfung: »Dann war ich ganz lange Zeit krank.« Wann er zu sprechen anfing, weiß er nicht.

Im Gefühlsbereich zeigen sich massive Ängste und wenig sichtbare Aggression. Besonders vor der Dunkelheit hatte Herr A. Angst, im Extremfall panische Ängste. Auch vor den Nachbarn hatte er große Ängste. Er hatte sich z.B.

einmal im Hühnerstall unter den Hühnern versteckt, um von den Nachbarn nicht entdeckt zu werden.

Im Spielbereich drückten sich zum Teil destruktive Aggressionen aus, wohingegen er sonst als ruhig und schüchtern galt. Er machte gerne Feuer, so daß die Eltern Sorge bekamen, das Haus würde abbrennen; er hackte gerne Holz, hier hatte der Großvater Sorge, er würde sich die Finger abhacken; er machte so eine Art Knallfrösche aus Blechdosen, was verboten war und worüber sich die Nachbarn sehr aufregten, »aber wir machten es trotzdem.« Im Sandkasten baute er immer Kriegerburgen, und sein Hobby war, Pfeile zu basteln und damit zu schießen. Über früheste Kindheitserinnerungen berichtet er: »Ich kann halt sagen, daß ich viel Feuer gemacht habe und mir Pfeile und Bogen gemacht habe.« Gegen die jüngere Schwester konnte er sich schwer durchsetzen; er erinnert sich: »Ich war immer der Ruhige, und sie war ziemlich wild. . . jedenfalls bin ich ihr einmal mit der Schere nachgerannt und habe sie am Arm gestochen.« Herr A. erinnert sich kaum an Bestrafungen von den Eltern. Das Spielen im Garten und mit Tieren war ein befreites Gebiet für Herrn A. Hier beobachtete er Katzen und Enten bei der Geburt, auch die kleinen Küken waren ihm wichtig.

Körperliche Kontakte und Zärtlichkeiten gab es selten. Herr A. erinnert sich nur, daß er manchmal beim Fernsehen auf dem Schoß des Vaters saß. Es gab ebenfalls wenig Zärtlichkeit zwischen den Eltern. Über Sexualität wurde nicht gesprochen. Aufklärung erhielt Herr A. im Biologieunterricht und auch über die Geschichten der Großmutter. Er kam nie in das Bett der Eltern, lag allerdings im späteren Alter mit der älteren Schwester zusammen im Bett. Er ging nicht gerne in den Kindergarten und nicht gerne in die Schule. »Ich glaube, daß ich nicht so sehr gerne in die Schule gegangen bin.« »Es war nicht schlecht, aber daß ich begeistert war von dem Kindergarten, das glaube ich nicht, am Anfang fiel mir das schwer.« Er hatte allerdings einen festen Kindergartenfreund, den er bis zur 4. Klasse Hauptschule behielt. Der Kontakt zur Erzieherin war ihm ebenfalls wichtig: »Die Schwester Britta, das war eigentlich ein ganz liebe Frau«. Fahrten zur Kur mit der Schwester und zur christlichen Freizeit mit dem einzigen Freund gefielen ihm nicht. An Besuchen bei Freunden der Familie fand Herr A. keinen Gefallen. Mit Mädchen hatte er überhaupt keinen Kontakt.

Über die Pubertät sagt Herr A.: »Also ich habe von der Pubertät gar nicht so viel gemerkt. Mit den Eltern war es ganz normal und wie vorher auch.« Die einzige Auseinandersetzung mit den Eltern fand über die Haare statt. »Die langen Haare, da hat es immer Schwierigkeiten gegeben, das war eines der größten Probleme.« Nach der Realschulzeit war Herr A. stark depressiv. Er war in die Freundin seiner älteren Schwester »wie verrückt« verliebt gewesen, konnte die Verliebtheit jedoch nicht leben. Sexualität hat Herr A. »abgewehrt«. Im Alter zwischen 18 und 21 Jahren ging er häufig aus. Bei der Bundeswehr hatte er zu dieser Zeit große Schwierigkeiten. Die Familie hatte wenige Kontakte zu anderen Menschen: Der Kontakt zu den Nachbarn war nicht gut; sie hatten auch wenig Besuch von Verwandten. Die Eltern gingen nie aus.

Zusammenfassend kann man sagen, daß Herr A. kaum adäquate Entwicklungsschritte schildert. Ausnahme ist der Spiel- und Hobbybereich mit konstruktiven und destruktiven Anteilen und der Kindergarten- und Schulbereich, insbesondere die Freundschaft mit einem Jungen. Die Beziehung zu den Großeltern stellte er ebenfalls als ein befreites Gebiet dar. Er selbst sagt zu seiner Kindheit: »Also das beste war der große Garten und daß wir da ziemlich viel Freiheit gehabt haben, daß wir uns im Garten betätigen konnten. . . und dann die vielen Tiere, die wir gehabt haben.«

Auswertung der Interviews der Eltern von Herrn A.

Beide Eltern sind gerne bereit, zu einem Interview zu kommen. Sie sind sehr daran interessiert, dem Sohn zu helfen. Die Mutter ist eine gut gepflegte, groß gewachsene Frau, die offen, freundlich und forsch wirkt. Sie ist immer wieder sehr berührt und den Tränen nahe durch die Aufmerksamkeit für das Schicksal ihres Sohnes. Der Vater ist eher salopp gekleidet, ebenfalls sehr bereitwillig und freundlich. Er macht einen weichen und verstehenden Eindruck. Er wirkt aber zurückgenommener als seine Frau und mehr introvertiert. Während des Interviews muß ich immer wieder nachfragen und Beispiele bringen, um die Eltern zu einem etwas freieren Sprechen anzuregen. Es bestand ein sehr gutes Arbeitsbündnis.

Interview mit der Mutter von Herrn A.

Die Mutter von Herrn A. hatte mit 9 Jahren sehr plötzlich die Eltern verloren und wuchs dann in einer Pflegefamilie auf. Den Tod der Eltern konnte sie nicht überwinden. In ihrer eigenen Familie wurde darüber nicht gesprochen.

Den Kontakt in ihrer späteren Familie beschreibt sie folgendermaßen: Die Beziehung zu ihrem Mann wäre immer gut und harmonisch gewesen. Den Schwiegervater, den sie im Haus aufgenommen hatten, beschreibt sie als umgänglich, aber eigen. Schwierig war es mit der Stiefmutter, die sie sehr unter Druck setzte und kein einfacher Mensch war, wie Frau A. sagt. Die Stiefmutter wollte sie schließlich sogar enterben, hatte sich dies aber nochmals anders überlegt. Auch die Beziehung zwischen Stiefmutter und Schwiegervater war sehr schwierig, obwohl beide getrennt wohnten und sich aus dem Weg gingen. Es gab aber viele Spannungen, und Frau A. mußte oft Streit schlichten, denn »was der eine bekam, wollte auch der andere«. Frau A. hatte sehr viel zu tun, denn zusätzlich zu den drei Kindern, zu dem großen Garten und den vielen Tieren, mußte sie sich sehr viel um die Großeltern kümmern.

Die kindliche Entwicklung des Sohnes beschreibt sie folgendermaßen: Er war ein Siebenmonatskind und mußte zuerst noch im Krankenhaus bleiben. Er hätte sich dann ganz gut entwickelt, konnte stehen und schon an der Hand laufen. Die Impfung mit einem Jahr »habe ihn dann ganz schön zurückgeworfen«. Er konnte erst mit zwei Jahren laufen, und auch die Sprachentwicklung

war sehr verlangsamt. Dies war für sie selbst eine sehr schwierige Zeit, Frau A. ist mit ihrem Sohn von einem Arzt zum anderen gegangen. Sie kümmerte sich zentral um ihren Sohn, da er Schwierigkeiten mit dem Essen machte und sehr schwach war. Er wurde in dieser Zeit zum Lieblingskind der Mutter, um die andern beiden Kinder mußte sie sich weniger sorgen. Mit 3 Jahren kam der Sohn dann zum ersten Mal auf eine Kinderkur. Dies sei ihr sehr schwer gefallen, und der Sohn tröstete sie mit den Worten: »Ich komme ja wieder.« Als Kind hatte er hauptsächlich mit der jüngeren Schwester gespielt, nur ab und zu mit anderen Kindern aus der Nachbarschaft. Für den Sohn wäre es nicht leicht gewesen, sich gegen die Schwestern durchzusetzen. Wegen der Großeltern im Haus mußte er ein Zimmer mit der älteren Schwester bis zum 14./15. Lebensjahr teilen.

Zum Umgang mit dem Körper in der Familie sagt die Mutter: Die Kinder wären immer gemeinsam gebadet worden. Um die Kleidung hätte sie sich gekümmert. Erst mit 5 oder 6 Jahren zog der Sohn sich selbst an. Es gab keine Zärtlichkeiten der Eltern vor den Kindern. Über den Kontakt außerhalb der Familie, wie z.B. in Kindergarten und Schule, berichtet die Mutter: »Er liebte die Kinderschwester, aber der erste Tag war schwierig. Er wollte nicht bleiben. Ich horchte noch an der Tür und ging dann.« Der Sohn hatte einen Kindergartenfreund bis in die Schulzeit und Pubertät. Erst als der Sohn krank wurde, habe der Freund ihn im Stich gelassen. In die Schule sei der Sohn ganz gerne gegangen, seine Leistungen wären mittelmäßig gewesen. In der Realschule habe er unter einem Lehrer gelitten, der die Schüler regelrecht gequält hatte. Über die Pubertät ihres Sohnes berichtet sie sehr wenig: Die Aufklärung sei in der Schule gewesen. Verliebt sei der Sohn mit ungefähr 17 Jahren gewesen. Besuche hatte die Familie selten, beide Eltern sind »nicht so Betriebsnudeln, wo immer was los sein muß«. Manchmal kamen Mütter mit Kindern zum Kaffeetrinken im Garten. Sie ist mit ihrem Mann nie ausgegangen, weil einmal ein Kind während der Zeit aufgewacht war. Der Garten sei das Hobby der Eltern. Probleme wurden vor den Kindern nicht erörtert, nur manchmal ein offenes Wort, wenn die Großeltern Streit hatten.

Interview mit dem Vater von Herrn A.

Zum Kontakt innerhalb der Familie sagt der Vater: Er wäre als einziger arbeiten gegangen, die Mutter habe wenig Zeit gehabt. Sie habe genug zu tun gehabt mit drei Kindern, Schwiegermutter, Vater und Garten. Die Schwiegermutter und der Vater mochten sich nicht und gingen sich aus dem Weg. Die Schwiegermutter wurde schließlich böse. Sie redete schlecht über seine Frau im Ort und wollte sie sogar enterben.

Die Entwicklung des Sohnes stellt er in ähnlicher Weise dar wie die Mutter. Zu der verzögerten Entwicklung nach der Impfung sagt er, »er war so schlecht beeinander wie erst in der jetzigen Erkrankung wieder, so problematisch.« Die Eltern hatten Angst, daß der Sohn geistig zurückbleiben könnte. Ein

alternativer Arzt konnte sie beruhigen, daß er sich normal entwickeln würde. Die Schwestern hätten den Sohn »sehr geärgert«, aber ihn auch gegen andere verteidigt. Die älteste Schwester wäre sehr bestimmend und bevormundend gewesen. Die Großeltern mochten und verwöhnten den Sohn. Wenn er abends nach Hause kam, waren die Kinder bereits »wie die Orgelpfeifen beim Abendbrot aufgereiht, gewaschen und im Nachtzeug; dann ging's gleich ins Bett. . . Die Nachtruhe war wichtig, hier wurde sich gegen den Säugling durchgesetzt«. Auch die Ehefrau war häufig erschöpft, wenn er nach Hause kam. Durch ihre Offenheit war die jüngste Tochter der Liebling des Vaters. Der Liebling der Mutter sei der Sohn gewesen. Im Unterschied zur Mutter berichtet der Vater, daß der Sohn mit 9 Jahren ein eigenes Zimmer bekommen hätte.

Über Körper und Sexualität des Sohnes bemerkt der Vater: »Körperpflege war ganz Mutters Ressort«, es hätte keine Zärtlichkeiten zwischen den Eltern vor den Kindern gegeben. Die Aufklärung sei über die Schule gegangen. Über die Kindergartenzeit kann der Vater nichts sagen, in die Schule wäre der Sohn aber gerne gegangen. Leistungsmäßig wäre er nur im »Mittelfeld« gewesen. In der Realschule wurden die Leistungen schlechter, ausgelöst durch einen Lehrer, der den Sohn »gepiesackt« habe. Zu den Freundschaften sagt der Vater, daß der Sohn bis jetzt keine Freundin hatte, aber »er hatte immer einen Freund und mehrere lockere Beziehungen«. Während der Pubertät habe er bei seinem Sohn keine Veränderungen feststellen können. Mit 18 Jahren hatte sich der Sohn zum ersten Mal verliebt und sich dabei in eine Schlägerei verwickelt. Der Sohn hätte wenig gelesen, aber Musik und Trommeln geliebt. Über die Kontakte außerhalb der Familie äußert sich der Vater ähnlich wie die Mutter. Es sei schwierig mit den Leuten des Ortes geworden, als die Schwiegermutter anfing, über seine Frau loszuziehen. »Aber die Leute wußten schon, was davon zu halten war.« Im übrigen wäre die Familie regelmäßig am Wochende zum Spazierengehen, zum Baden oder zu einem Zoobesuch ins Grüne gefahren. Sie hätten auch gemeinsame Urlaube gemacht, auf Wunsch der Kinder nach Italien. Als der Sohn 18 Jahre alt war, wäre er mit ihm alleine nach Italien gefahren.

Die Schwester von Herrn A. kam vereinbarungsgemäß zum Interview. Sie war aber nicht bereit, es für wissenschaftliche Zwecke zur Verfügung zu stellen.

Zusammenfassung der Interviews der Familie A.

In allen drei Interviews von Sohn, Mutter und Vater wird die verzögerte körperliche und sprachliche Entwicklung von Herrn A. deutlich, einhergehend mit einer Überfürsorglichkeit der Mutter. Insbesondere die verfrühte Geburt des Sohnes und die Erkrankung nach einer Impfung werden als Gründe dafür angesehen. Gefühle des Sohnes in bezug auf Aggressionen und Ängste werden von den Familienmitgliedern nicht wahrgenommen. Generell

wird über Gefühle in der Familie von Herrn A. nicht gesprochen, außer in der Auseinandersetzung mit der Stiefmutter der Mutter. Das Thema Sexualität wird in der gesamten Familie verleugnet. Nur indirekt, in den Geschichten der Großmutter und durch das lange Zusammenleben mit der Schwester, finden sich Hinweise, daß Sexualität und Erotik doch in der Familiengruppe vorhanden war.

Das Spielen mit Geschwistern und Tieren, vor allem im Garten, wird in den Interviews als sehr bedeutsam beschrieben. Wichtig war ebenso der Kontakt mit den Großeltern und mit Freunden im engeren Familienkreis. Jedoch werden Schritte, die aus der Familie hinausführen, wie Besuche bei anderen Kindern, Kuraufenthalte, das Erleben von Kindergarten und Schule vorwiegend negativ beschrieben. Einzelne Freundschaften sowie die Beziehung zur Kindergärtnerin bilden dabei eine Ausnahme.

Die Eltern von Herrn A. hatten kaum Freunde und Kontakte zu anderen Menschen. Sie waren hauptsächlich mit Familie, Garten und Großeltern beschäftigt. Während der Pubertät fanden kaum Abgrenzungsschritte des Sohnes statt, außer über die langen Haare. Von den Eltern wurden diese Auseinandersetzungen im Interview nicht erwähnt. Nach der Trennung aus der Realschule traten die ersten Depressionen bei Herrn A. auf. Unter massiven Identitätsanforderungen kam es dann zum psychotischen Ausbruch: Leben außerhalb der Familie, Partnerschaft und Sexualität, Trennung von einem langjährigen Freund. Deutlich wird im Familiengeschehen der Familie A., daß der Vater sich nicht in die Erziehung der Kinder einmischte und somit nicht unterstützend im Sinne einer Abgrenzung wirken konnte.

Auffällig ist in der Kindheitssituation von Herrn A., wie wichtig der gesamte Spielbereich mit Tieren und Erlebnissen im Garten für Herrn A. war. Es ist davon auszugehen, daß dies die einzige Möglichkeit einer Abgrenzung von der übrigen Familie für Herrn A. darstellte. Interessant ist ebenfalls, daß die Schwestern von Herrn A. nicht bereit waren, Einblicke in die Familie zu geben. Man könnte daraus schließen, daß die Geschwister nach wie vor die Geschlossenheit der Familie im Sinne einer »paranoischen Burg« aufrechterhalten wollen.

Auswertung der Interviews von Familie B.

Interview mit Frau B.

Frau B. ist eine junge Frau von 25 Jahren, wirkt jedoch eher wie ein dreijähriges Mädchen. Zum Interview kam sie etwas verschlafen. Frau B. war gut, aber nachlässig bis verwahrlost gekleidet. Sie war gerne bereit, das Interview zu machen. Zuerst berichtete sie über ihre schlechten Gedanken und über Kopfhalluzinationen. Während des Interviews war Frau B. gefaßt und ernsthaft und sprach nur zu Beginn über negative Vorstellungen. Sie konnte sich nicht durchgängig konzentrieren. Des öfteren mußten Fragen wiederholt

werden, da sie nicht zugehört hatte. Sie beantwortete die Fragen nur kurz, häufig nur mit ja oder nein. Das Arbeitsbündnis insgesamt war gut. Frau B. wurde mit der Einweisungsdiagnose »paranoid-halluzinatorische Schizophrenie« in die Klinik aufgenommen. Zur Zeit des Interviews war sie ungefähr sechs Monate in der Klinik.

In ihrer Kindheitsfamilie lebten Vater, Mutter und zwei jüngere Schwestern (2 Jahre und 11 Jahre jünger) und die Großeltern mütterlicherseits zusammen in einem Haus. Zunächst lebte die Familie im Hause der Großeltern auf sehr engem Raum. Als Frau B. 5 Jahre alt war, zog die gesamte Familie von der Kleinstadt in ein Dorf um. Auch dieses Haus war von den Großeltern erbaut. Der Großvater war selbständiger Spediteur, der Vater, der Lehrer war, stellte das Grundstück zur Verfügung.

Frau B. erlebte die Familie insgesamt als sehr lieb: »Es waren alle sehr nett gewesen und so sehr lieb.«: Sie schildert den Vater als einen »typischen Choleriker«, fügt dann hinzu: »Ich kann mich an meinen Vater kaum noch erinnern.« Wenn er aus der Schule kam, war er meistens gereizt. Die Mutter »war immer lieb zu mir, aber sie hat mich auch mal geschlagen«. Mit den Schwestern verstand sie sich sehr gut, vor allem mit der jüngeren. Mit den Großeltern verstand sie sich ebenfalls sehr gut. Die Großmutter war Hausfrau und »war lieb zu mir«. Den Großvater schätzte sie ebenfalls sehr: »Ich war Großvaters' Liebling, ich bin verwöhnt worden. Ich habe viele Spielsachen bekommen, ich habe alles bekommen, vor allem viele Kleider.« Von den Großeltern habe sie viel mehr bekommen als von den Eltern. Sie meint, die Großeltern und die Eltern haben sich gut verstanden. Frau B. hat mit der jüngeren Schwester bis zum Alter von 12 oder 13 Jahren in einem Zimmer gewohnt.

Über ihre frühe Entwicklung sagt Frau B.: »Während der Schwangerschaft hat die Mutter viel gebrochen, aber sie hat sich schon eigentlich gefreut.« Mit einem Jahr und 2 Monaten hätte sie laufen können und auch schon sprechen. Als kleines Baby wäre sie ziemlich dick gewesen, »ich bin viel gefüttert worden.« Außerdem mußte sie als Kind alles aufessen. Pünktlich um 6 Uhr wurde Frau B. zu Bett gebracht.

Im Gefühlsbereich zeigen sich bei Frau B. starke Ängste: »Angst, im Dunkeln zu sein, vor Tieren, und Angst vor Geistern.« Aggression anderen gegenüber gab es nicht: »Es waren alle lieb.« Aggressionen wurden gegen sie gerichtet: »Ich habe viele Schläge bekommen, die Mutter hat mich am Kopf geschlagen, ins Kreuz geschlagen. Ich habe geweint und geschrien«. Spielen war für Frau B. ein befreites Gebiet. Mit der Schwester habe sie Johnny und Edda gespielt, die Schwester war Johnny und sie selbst Edda. Am liebsten spielte Frau B. mit Barbiepuppen, gemeinsam mit ihrer Freundin. Selbst in der Schule spielte sie mit Barbiepuppen, was die Lehrer nicht mochten. Ihre Hobbies waren Reit-, Flöten- und Ballettunterricht, sie las auch gerne Mädchenbücher.

Der Umgang mit dem Körper sei »freundlich« gewesen in der Familie, »mit dem Vater habe ich aber nicht geschmust«. Zärtlichkeiten zwischen den Eltern habe es kaum gegeben. Bis Frau B. 11 oder 12 Jahre alt war, kaufte die

Mutter die Bekleidung ein und suchte sie für die Tochter aus. Erst dann habe Frau B. ihren eigenen Geschmack entwickelt. Sie sei jedoch immer sehr gut angezogen gewesen. Doktorspiele habe sie mit ihrer Schwester und mit ihrer Schulfreundin gemacht; onaniert habe sie erst während der Schulzeit. Sie zeigte Interesse an der Sexualität der Eltern, aber erst, als sie älter war. Verliebt war sie das erste Mal mit 6 oder 7 Jahren in ihren Cousin. Mit 11 oder 12 wurde sie von der Mutter aufgeklärt, »und zwar hat sie erklärt, wo die Kinder 'rauskommen und so«. Sonst wurde zu Hause wenig über Sexualität gesprochen.

Den Kindergarten hat sie sowohl angenehm als auch »furchtbar« erlebt. Im Bett habe sie »manchmal geweint wegen des Kindergartens« und habe sich »gesträubt«. Andererseits liebte sie die Spiele dort und mit der Kindergärtnerin habe sie sich gut verstanden. Außerdem hatte sie zwei gute Freundinnen im Kindergarten. Eine davon blieb weiterhin während der Schulzeit ihre Freundin. Zur Schule sagt sie: »Ich weiß nicht mehr, ob ich mich auf die Schule gefreut habe, manchmal wäre ich lieber daheim geblieben.« Während des Unterrichts spielte sie viel mit Barbiepuppen. Von der Schulzeit blieb Frau B. eine sehr unangenehme Erinnerung. Sie wurde einmal von einem Mitschüler geschlagen. Sie lernte wenig, der Vater machte deswegen mit ihr die Hausaufgaben.

In bezug auf die Pubertät berichtet Frau B.: »Früher war ich mehr mit Freundinnen zusammen, mit denen ich mich getroffen habe. . . dann war ich irgendwie für mich alleine, ich habe mich abgekapselt. . . Ich habe Alkohol getrunken und Haschisch geraucht.« Da habe sie den Eltern auch die Meinung gesagt, worauf diese sehr verärgert reagierten. Mit den Großeltern habe sie sich weniger gestritten.

Die Familie von Frau B. hatte wenig Kontakt zu anderen Menschen. Das Verhältnis zu den Nachbarn war nicht gut. Die Nachbarn wurden von Frau B. als kontrollierend erlebt: »Was könnten die Leute denken.« Die Eltern gingen selten aus. Verreist sind die Eltern viel und gerne. Die Urlaube erlebte Frau B. als schön. Am Wochenende habe die ganze Familie Ausflüge gemacht, die der Vater organisierte.

Insgesamt beschreibt Frau B. ihre Entwicklung ähnlich wie Herr A. Das Spielen, vor allem mit Barbiepuppen, die Freundinnen in Kindergarten und Schule sowie die Beziehung zu den Großeltern werden als befreite Gebiete erlebt. Über Gefühle spricht Frau B. nur wenig. Besondere Erwähnung finden die Schläge. Auch bei Frau B. scheint das überwertige Puppenspiel eine Art Abgrenzungsversuch aus dem ganzen Fmiliengeschehen darzustellen.

Auswertung der Interviews der Eltern von Frau B.

Die Eltern von Frau B. erschienen termingerecht zum ersten Interviewtermin. Da sich eine zeitliche Verzögerung ergeben hatte, waren die Eltern sehr aufgebracht und wollten über die Behandlung ihrer Tochter mit mir sprechen. An diesem Tag waren die Eltern nicht zu einem Interview bereit, erklärten

aber am Schluß des Gespräches, daß sie gerne wiederkommen würden und offen wären, meine Fragen zu beantworten.

Beim zweiten Termin war es schwierig, die Eltern einzeln zu interviewen; der Vater wollte unbedingt gemeinsam mit seiner Frau gefragt werden. Erst nach mehreren beruhigenden Erklärungen war die Mutter zu einem Interview ohne Ehemann bereit. Jedoch wollte sie nicht auf Tonband aufgenommen werden, so daß im Anschluß an das Interview schriftliche Notizen verfertigt wurden. Das Arbeitsbündnis mit beiden Elternteilen ist dennoch als gut zu beurteilen.

Interview mit der Mutter von Frau B.

Die Mutter berichtet über sich selbst, daß sie viel zu früh geheiratet hätte und dadurch »von einer Abhängigkeit in die andere gekommen sei«. Sie wäre durch die Schwangerschaften überfordert gewesen. Sie war sehr froh, daß ihre Eltern in der Nähe waren, um ihr zu helfen. Als die Familie mit den Großeltern umzog, war das Leben auf dem Land für sie eine große Umstellung gewesen. Den Kontakt innerhalb der Familie beschreibt sie folgendermaßen: »Die Beziehung zu meinem Mann war schwierig, mein Mann war sehr explosiv, er hat auch viel getrunken.« Manchmal wäre er sehr streng gewesen, dann hätte er sich wieder nicht gekümmert. Sie und die Tochter, Frau B., hätten viel unter seiner Explosivität zu leiden gehabt. Der Mann wollte nicht, daß sie wieder arbeitete. Er ging jeden Tag um 17.00 Uhr von zuhause weg, um seine Mutter zu besuchen, die im gleichen Ort lebte. Wenn er Alkohol getrunken hatte, schrie er viel mit ihr und den Kindern. Einmal habe er auch die Tochter so auf den Kopf geschlagen, daß ein Becher kaputt gegangen sei.

Ihre eigenen Eltern seien beide starke Persönlichkeiten. Ihr Vater hatte das Haus gebaut, in dem sie zusammen lebten. Ihr Mann komme mit ihren Eltern nicht zurecht, »es geht da um einen Machtkampf«. Sie selbst komme mit den Eltern gut aus und habe die Mutter am liebsten von der ganzen Familie. Von ihrer ältesten Tochter glaubt sie, daß diese sie selbst am liebsten hätte, doch möge die Tochter auch ihre Schwestern. Andererseits hat sich Frau B. »aber auch mit den Schwestern geschlagen«.

Da Frau B. das erste Kind war, wurde sie von den Großeltern sehr verwöhnt. Über die kindliche Entwicklung der Tochter sagt die Mutter folgendes: Die Geburt war sehr schwierig gewesen, »es war eine Quälerei«. Schon die Schwangerschaft war für sie sehr unangenehm, weil sie sehr stark unter Übelkeit litt. Sie mußte deswegen ihre Arbeit aufgeben, obwohl sie eine interessante Tätigkeit mit viel Parteiverkehr in einem Büro ausgeübt hatte. Die Tochter sei sehr lange ein unauffälliges Kind gewesen, mit 9 Monaten habe sie laufen können, und sie habe altersgemäß gesprochen. Auffallend war nur, daß die Tochter bei freudigen Ereignissen sehr gehüpft sei, steife Hände bekommen und sich geschüttelt habe. Nach der Geburt des zweiten Kindes, so mit ca. 1 1/2—2 Jahren, wäre die Tochter hauptsächlich bei den Großeltern gewesen. »Die Großmutter war dann die Mutter.«

Zum Gefühlsbereich sagt sie: »Die Tochter war sehr eifersüchtig, besonders auf die jüngere Schwester. Sie hat in das kleine Körbchen der Schwester Spielsachen geworfen.« Die Tochter litt unter starken Schuldgefühlen. Wenn z.B. die Schwester schrie, dachte Frau B., sie habe Schuld daran. Schon als kleines Kind wäre so oft zornig gewesen, hätte geschrien und aufgestampft; sie mußte alles sofort haben. Die meiste Freude hatte sie an Barbiepuppen. Frau B. spielte sehr gerne, am liebsten mit Barbiepuppen bis in die Pubertät hinein. Es machte ihr nichts aus, alleine zu spielen. Sie konnte auch gut malen und habe gerne Musik gehört. Über die Körperlichkeit der Tochter berichtet die Mutter nur wenig. Zärtlichkeiten zu den Kindern und zwischen den Eltern seien üblich gewesen. Körperpflege und Kleidung wäre ihr Metier gewesen. Da die Tochter schlecht einschlief, bekam jedes Kind ein eigenes Zimmer mit 11 bis 12 Jahren. Die Töchter wollten jedoch nicht alleine schlafen, so daß diese dann zu den Großeltern ins Bett gingen. Als Bestrafung habe Frau B. »ab und zu eine auf den Po bekommen«.

Zum Kontakt der Tochter außerhalb der Familie in Kindergarten und Schule sagt sie: »Im Kindergarten war alles ganz normal, anfangs wollte sie allerdings nicht so. Einmal ist sie nach Hause gelaufen.« Frau B. hatte eine Lieblingsfreundin, schon aus der Kindergartenzeit, aber auch andere Freundinnen. Bei der Vorstellung im Gymnasium habe sie nicht gesprochen und mußte deshalb die Realschule besuchen. Frau B. war »ganz gut in der Schule«, nur in Mathematik war sie schlecht.

Über die Pubertät der Tochter berichtet die Mutter, daß Frau B. immer Geldschwierigkeiten sowie Schwierigkeiten mit der Uhrzeit gehabt hätte. Aufgeklärt worden sei ihre Tochter vor allem in der Schule. Sie selbst hätte »Scheu gehabt«, diesbezüglich Fragen zu beantworten. Auffallend sei in dieser Zeit gewesen, daß die Tochter häufig eine Art »Fischmund« gemacht und auf die Erde geschaut habe. Die Tochter war sehr schüchtern und zurückgezogen, habe viel ferngesehen und Musik gehört. Wenn die Tochter ausgegangen sei, habe sie vorher Alkohol getrunken, um sich Mut zu machen. Frau B. habe auch Haschisch geraucht: »Sie hat sich ausgerechnet mit diesem Haschfreund eingelassen, der ganz abgerissen war und ganz anders als die Tochter.« Der hätte sie befreit von Schüchternheit, behauptete die Tochter. »Sie wurde von ihm schwanger, und dann kam diese Abtreibung, was für die Tochter sehr schlimm war.« Wegen dieses Freundes hätte die Tochter frühzeitig das »soziale Jahr« beenden müssen.

Besuche habe die Familie wenig bekommen, ab und zu sei sie mit ihrem Mann ausgegangen.

Interview mit dem Vater von Frau B.

Der Vater von Frau B. hatte mit drei Jahren seinen Vater verloren. Seine Mutter heiratete wieder, und als er 12 Jahre alt war, bekam er noch eine Stiefschwester. Der Stiefvater war für ihn »vollkommen in Ordnung«, ein leib-

licher Vater hätte nicht besser sein können. »Aber dieses Herzliche, was man manchmal braucht, das habe ich nicht.«

Zum Kontakt innerhalb der Familie sagt der Vater: »Meine Frau war Einzelkind. Sie wurde von mir schwanger und wir mußten heiraten.« Dies sei für die Schwiegermutter eine Schande gewesen. Die Schwiegereltern waren sehr dominant und hatten viel Geld. Durch die »Mußheirat« entstanden starke Konflikte, ebenso wie durch die »Unreife der Frau«. Zur Geburt der Tochter bemerkt er: »Der Moral mußte Genüge getan werden und das Kind mußte auf die Welt kommen, obwohl es durch die Umgebung nicht gewünscht war. Eine Abtreibung war nicht möglich.« Er wurde von den Schwiegereltern als der Böse erlebt, der die Tochter geschwängert hatte und ihre Zukunftsvorstellungen für die Tochter verunmöglichte. Seiner Frau sei es während der Schwangerschaft sehr schlecht gegangen. Wegen der Schande bei den Kollegen habe die Ehefrau auch ihren Beruf aufgegeben. Er fühlte sich von den Schwiegereltern sehr dominiert. Er habe viel getrunken, weil er sich in diesen Verhältnissen nicht sehr wohl fühlte. Die Familie lebte zu Anfang sehr beengt und hatte nur ein Schlafzimmer für sich und die beiden Kinder. Das Schlafzimmer der Schwiegereltern war nur durch eine Wand von ihnen getrennt. Er wollte seine Frau von der Mutter wegbekommen durch ihre Heirat, aber die Schwiegermutter ließ ihre Tochter nicht los, sondern wollte sogar noch die Erziehung des Enkelkindes übernehmen. So sagte die Schwiegermutter: »Ich sag' hier, wo es lang geht.« Die Schwiegermutter übernahm »Mutterstatt« und der Schwiegervater »Vaterstatt«. Er selbst bekam dadurch zu dem Kind, wie er sagt, »keinen großen Bezug«. Die beiden Töchter schrien sehr viel. Als Frau B. fünf Jahre alt war, zog die gesamte Familie um.

In der Erziehung der Töchter habe es keine Linie gegeben, er selbst konnte nicht durchgreifen. Die Großeltern verwöhnten die Kinder sehr und der Schwiegervater habe über ihn gesagt: »Ach, der Säufer, der hat ja nichts zu sagen.« Er habe sich trotzdem Mühe mit den Kindern gegeben, aber durch den Alkohol sei es immer wieder zu Eskalationen gekommen, worüber er nicht glücklich war. Er habe auch schon sehr früh resigniert, da es doch immer wieder zu Streitigkeiten und Diskrepanzen gekommen sei. Seine Tochter hätte sehr wenig Forderungen gestellt bekommen, »nachdem ihr einmal ein Glassplitter übers Auge geflogen war, mußte sie überhaupt nichts mehr tun«. Die Kinder sagten sehr früh: »Was wollt Ihr denn? Das krieg' ich vom Opa.« Der Vater von Frau B. erlebte dies folgendermaßen: »Der Opa war der Held, und ich war der Versager.«

Über die Beziehung zwischen Frau B. und ihrer um 1 1/2 Jahre jüngeren Schwester sagt er: »Die jüngere Schwester ist die dominantere gewesen, die die ältere Schwester herumkommandierte. Die jüngere Schwester war robuster und ist immer vorangegangen, besonders in Geldangelegenheiten.« Über die frühkindliche Entwicklung der ältesten Tochter sagt er: »Es war nichts auffällig gewesen, außer daß sie so »geflattert« hat, wenn sie bei Freude erregt war.«

Über den Gefühlsbereich der Tochter äußert er folgendes: »Sie hat sich nie widersetzt, sie ist immer marschiert. . . Sie hat nie richtig »nein« gesagt. . .

Die Großeltern haben immer versucht, ihr alles aufzuoktroyieren.« Die jüngere Schwester hätte sich den Großeltern gegenüber immer durchgesetzt. Wütend sei Frau B. als Kleinkind auf die Schwester gewesen, »der hat sie Sachen in den Laufstall geworfen«. Worüber sie sich gefreut hat, weiß er nicht. Zu einer Gefühlseskalation kam es bei Krankheitsausbruch, »also da ist sie explodiert, da hat die Großmutter mal bewußt gemerkt, was Sache ist, sie hätte im Krankenhaus beinahe einen Herzinfarkt bekommen«.

Zur Körperlichkeit seiner Tochter führt der Vater aus, daß sie mit ihm keine Zärtlichkeiten gewollt habe, aber zur Mutter und zu den Großeltern. Er hätte die Tochter auch in sein Bett mitgenommen, jedoch wollte dies seine Frau nicht. Diese habe die Töchter zur Großmutter geschickt. Zwischen den Eltern habe es vor den Kindern wenig Zärtlichkeiten gegeben. Die Töchter hätten auch lieber bei den Großeltern gegessen und bis ins Alter von 13 Jahren bei den Großeltern im selben Bett geschlafen. Er selbst habe die Tochter nie geschlagen, außer einmal mit einem »Plastikding«, wofür er sich dann aber entschuldigt habe.

Zu den Kontakten von Frau B. in Kindergarten und Schule berichtet der Vater: »Hier bin ich als Lehrer zuständig gewesen. Ich habe sie immer zum Kindergarten gebracht und abgeholt.« Seine Tochter hatte eine feste Freundin dort. In der Grundschule wäre Frau B. »im Rechnen nicht die beste« gewesen. Für das Gymnasium sei sie abgelehnt worden, Frau B. mußte schließlich die Realschule besuchen. Wenn es nach ihm gegangen wäre, hätte er »den Level von vornherein etwas niedriger gesetzt, aber ich habe mich wieder nicht durchgesetzt«. Da Frau B. die Uhrzeit nicht lesen konnte, habe er die Tochter bis zum Alter von 10 oder 12 Jahren immer zum Bahnhof gebracht.

Über die Pubertät der Tochter berichtet er: »In der Pubertät mit ca. 12 Jahren wurde die Tochter auffällig, Kollegen gaben mir den Hinweis, sie mache immer so 'nen Fischmund, sie wäre so introvertiert. Die sitzt da und macht nicht mit.« Er dachte, dies sei nur eine pubertäre Erscheinung und gehe wieder vorbei. Das Verhältnis zu den Großeltern habe sich in dieser Zeit weiter eng entwickelt, vor allem durch deren Geldgeschenke. Die sexuelle Aufklärung der Tochter habe in der Schule stattgefunden. Er selbst habe sich nicht in der Lage gefühlt, der Tochter jedoch Lektüre darüber gegeben. Frau B. habe in der Pubertät viel gemalt und bis zum Alter von 14 Jahren sehr viel mit Barbiepuppen gespielt.

Interview mit der Schwester von Frau B.

Die Schwester von Frau B. erlebte den Kontakt innerhalb der Familie wie folgt: »Das Zusammenleben ist insgesamt sehr gut gegangen. Es ist immer jemand da gewesen. Der Großvater und der Vater haben gearbeitet und waren nicht so oft zuhause gewesen.« Beide hatten jedoch auch »einige Differenzen«. Die Mutter und die Großmutter wären immer zuhause gewesen und hätten sich gut verstanden. Sei selbst hatte mit der älteren Schwester häufig Streit ge-

habt, sie wäre von ihr auch verprügelt worden. Frau B. wollte als Ältere anerkannt sein und deswegen gab es oft einen »harten Kampf«. Sonst sei Frau B. immer die Ruhigere und Scheue gewesen. Sie selbst habe alle Familienmitglieder gleich gerne gemocht. Frau B. mochte die Großeltern am liebsten, weil diese sie am meisten verwöhnten. Am zweitliebsten mochte die Schwester die Mutter. Die Schwester von Frau B. beschreibt die Mutter als »zu lieb, zu gutmütig, sie kann ausgenützt werden«, die Großmutter sei auch zu lieb gewesen. Der Vater wäre auch in Ordnung, aber er setze früher Genzen. Frau B. hatte mehr Kontakt zum Großvater, zum Vater hätte sie kein gutes Verhältnis gehabt. Der Vater explodierte leicht, der Großvater hingegen war eine liebe Person, er war nur am Wochenende und abends da, und dann sehr ruhig. Frau B. hätte aber unter keinem aus der Familie zu leiden gehabt, wenn dann höchstens unter ihr. Denn wenn Frau B. ihre jüngere Schwester schlug, schrie diese so lange, bis die Mutter kam und sie dann mit Schlägen bestrafte.

Bei Frau B. nahm die Schwester an Gefühlen nur die der Angst wahr. Frau B. hatte Angst vor Spinnen und große Angst davor, in den Keller zu gehen, berichtete die Schwester von Frau B.

Frau B. habe hauptsächlich mit ihrer Freundin gespielt, aber auch mit ihr. Sie spielte am liebsten mit Barbiepuppen und besaß das gesamte Spielprogramm. Sie habe bei ihrer Schwester wahrgenommen, daß diese nicht gerne gegessen habe. Bestraft haben sowohl der Vater als auch die Mutter, indem sie Frau B. auf den Po geschlagen haben. Die Schwestern konnten lange nicht alleine schlafen und liefen dann zur Mutter oder zur Großmutter.

Frau B. war immer sehr sauber und schön angezogen, die Kleidung wählten Großmutter und Mutter aus. Zärtlichkeiten zwischen den Eltern waren selten, die Kinder bekamen Zärtlichkeiten mehr von der Mutter. Über die Kindergartenzeit ihrer Schwester kann sie nichts sagen.

In die Schule wäre Frau B. anfangs gerne gegangen. Während der Pubertät habe sie aber keine Lust mehr gehabt, in die Schule zu gehen. Die Leistungen waren mittelmäßig, in »Mathe« war sie schlecht. Frau B. hatte eine feste Freundin seit der Kindergartenzeit bis zur 4. Klasse der Grundschule, danach hatte sie andere Freundinnen. Über die Zeit der Pubertät berichtet die Schwester, daß Frau B. sich sehr zurückgezogen habe, »sie war richtig in sich gekehrt gewesen und noch ruhiger«. Sie sei viel alleine auf dem Zimmer gewesen. »In der Schule war auffallend, daß sie mit eingezogenem Genick und nach unten schauend 'rumlief.« Frau B. hatte in dieser Zeit zwar Freundinnen, aber nicht mehr eine spezielle Beziehung zu einer von ihnen.

Über Sexualität wurde in der Familie nicht gesprochen. Der Vater habe sich durchaus körperlich gezeigt, die Mutter aber gar nicht. Die Schwester von Frau B. meint, deswegen seien alle »Kinder verklemmt«. Über Kontakte der Eltern zu anderen Menschen berichtet sie: »Die Eltern hatten nicht oft Besuch. Sie hatten nur ein paar gute Freunde. Oma und Opa dagegen feierten gerne und hatten öfter Besuch. Die Eltern sind auch nicht oft weggegangen.

Zusammenfassung der Interviews der Familie B.

Die gesamte Familienatmosphäre in der Familie von Frau B. läßt sich als defizitär-destruktiv, verweigernd und wahrnehmungsverbietend charakterisieren. Der Vater nimmt nur eine schwache Rolle ein und kann für die Abgrenzung nicht wirken. Abgrenzungsschritte von Frau B. fanden kaum statt, insbesondere nicht von der Mutter und der Großmutter. Erst während der Pubertät versuchte Frau B., sich aus der symbiotischen Familiengruppe mit Hilfe von Alkohol und Drogen auf destruktive Weise zu lösen. Realitätsanforderungen an Frau B. wurden kaum gestellt. Die Schwester wird, ähnlich wie bei Herrn A., zur dominanten Person, die die Realitäten vertritt. Ein Freiraum scheint für Frau B. der Bereich des Spielens gewesen zu sein, vor allem das überwertige Puppenspiel. Dies kann, wie bei Herrn A., als Abgrenzungsversuch aus dem Familiengeschehen gesehen werden.

Trotz der großen Konflikte in der Familie entwickelte sich Frau B. anfangs anscheinend normal. Mit ca. 1 1/2—2 Jahren, mit der Geburt der Schwester, wird Frau B. von ihrer Mutter an die Großeltern abgegeben, die bereits vorher den Erziehungsanspruch erhoben hatten. Die Großeltern verwöhnten nun Frau B. auf allen Ebenen. Es waren dadurch Abgrenzungsschritte für das kleine Kind kaum möglich, da die Grenzen zwischen Großeltern und Enkelkind und zwischen Eltern und Großeltern sehr verwischt waren. Dies wird besonders deutlich in den Bereichen Essen, Schlafen, Umgang mit Geld und Zeit. Auch werden noch weniger Forderungen an Frau B. gestellt, nachdem sie sich durch einen Glassplitter am Auge verletzt hatte, die Realitäten hatte die Schwester zu vertreten.

Zusammenfassung

Die beiden untersuchten Patienten, Herr A. und Frau B., wurden in ihrer Familiengruppe hin- und hergerissen und benutzt in einer destruktiven Familiendynamik. Bei Frau B. war es der Machtkampf zwischen Großeltern und Vater, bei Herrn A. die Streitigkeiten zwischen der Mutter und der Stiefmutter, die auf dem Rücken der später erkrankten Familienmitglieder ausgetragen wurden. Da die Familie zusammengehalten werden mußte, war sie wenig offen nach außen. Es mußte immer wieder vermittelt werden, daß in der Familie doch alles in Ordnung sei. Um diese Funktion zu erfüllen, mußten die Patienten in der Symbiose verharren. Dies wurde durch enorme Verwöhnung und durch nur geringe Realitätsanforderungen ermöglicht. Jedoch finden sich bei beiden Patienten Fluchtmöglichkeiten aus dieser Situation, insbesondere im Bereich des Spielens. Im Ganzen gesehen kann bei den untersuchten Patienten von einer verlängerten Symbiose gesprochen werden, in der diese bis zum Krankheitsausbruch lebten. Den Geschwistern wurde eher eine Realitätsabgrenzung gestattet. Die Patienten waren in der Rolle des Zurückgezogenen und des Scheuen.

Die Väter hatten sich relativ wenig um die Familie gekümmert, waren eher weich und nicht durchsetzungsfähig und konnten keine Abgrenzungshilfe sein. Aufgrund der Aussagen aller Familienmitglieder über die Entwicklungen in den verschiedenen Bereichen wie »Erlebniswelt in der Familie, Körperlichkeit, Kindergarten und Schule sowie Kontakte außerhalb der Familie« kann man auf ein defizitär-destruktives symbiotisches Geschehen in der Familie schließen. Folgerichtig zeigte sich dann, daß es bei erwachsenen Identitätsanforderungen von Partnerschaft, Sexualität und Beruf zu einem explosionsartigen Ausbruch der Erkrankung kommen mußte, der auch mit massiver Aggression einherging, und einen mißlungenen Abgrenzungsschritt bedeutete.

Schlußbetrachtung

Mit dieser Untersuchung sollte sowohl den Patienten als auch den Familienmitgliedern Gelegenheit gegeben werden, das Familiengeschehen, in dem die Patienten aufgewachsen sind, darzustellen. Auffallend ist, daß in den beiden Familien, deren Interviews hier ausgewertet wurden, eine ungelöste und ungetrennte Generationsproblematik vorherrscht, d.h. daß die Elternteile selbst, besonders die Mütter, noch nicht von ihren Eltern getrennt waren. Die Patienten durften die Konflikte in der Familie nicht wahrnehmen, es wurde wenig mit ihnen über Gefühle und Familiendynamiken offen gesprochen, und sie selbst wurden in ihren Empfindungen und Gefühlen wenig gesehen.

Für die Therapie kann diese Untersuchung beitragen, die Patienten in ihren individuellen Abgrenzungsschwierigkeiten mit den unbewußten Abgrenzungsverboten zu verstehen, um sie ihrer eigenen Identitätsentwicklung mit schuldfreier Abgrenzung unterstützen zu können. Die konstruktiven Bereiche, die bei jedem Patienten deutlich wurden, können für die Identitätsentwicklung und für das therapeutische Arbeitsbündnis genutzt werden. Gerade für diese Patienten mit sehr defizitären und destruktiven Bereichen in ihrer Persönlichkeitsstruktur ist es in der Behandlung notwendig, ein breit gefächertes sozialenergetisches Netz — wie dies in der Dynamisch Psychiatrischen Klinik gegeben ist — im Sinne einer konstruktiven Symbiose erst einmal zur Verfügung zu stellen. Im Laufe der Therapie kann dann eine nachholende Identitätsentwicklung mit einer Bearbeitung der Aggression, der Wahrnehmungsverbote, der destruktiven Ängste und eine Realitätsbewältigung stattfinden.

Mit dieser Untersuchung sollte versucht werden, mit Hilfe eines qualitativen Forschungsvorgehens die familiendynamische Situation der Kindheit und den Lebensweg von schizophren strukturierten Patienten zu untersuchen, um auf diesem Wege einem psychodynamischen Verständnis der Entstehung der schizophrenen Erkrankung näher zu kommen. M.E. wäre es sinnvoll, auf diesem Wege weiterzuforschen.

Childhood and Puberty of Schizophrenically Structured Patients — A Qualitative Analysis of Patients and Their Families

Maria Berger (Berlin)

In order to understand schizophrenic illness, psycho-dynamically and family-dynamically oriented approaches seem to be of a great importance. On the basis of *Freud's* psychoanalytic theory, pioneers of psychotherapy of schizophrenia like *Ferenczi, Federn, Jung, Schwing, Séchehaye* and their followers *Sullivan, Fromm-Reichmann, Rosen, Searls, Benedetti, Arieti,* and *Ammon* further developed and modified psychoanalytic theory. These approaches understand schizophrenia as an early, pre-oedipal disturbance, and the family as an important factor in the etiology of schizophrenia.

In the framework of *Günter Ammon's* human-structurology, the formation of schizophrenia is seen in the symbiosis complex, that means »in an unsuccessful demarcation from the early pre-oedipal symbiosis of the child, along with a social energetic group dynamic disturbance within the primary group, together with influences disturbing development within the primary group by means of the surrounding social energetic and group dynamic milieu field« (*Ammon* 1979). In the framework of the pre-oedipal symbiosis of mother and child there has been an arrest and mutilation of ego-development and of the development of identity. So the social energetic group dynamic field in the primary group has mainly destructive-deficient aspects.

Especially in America, some studies have been conducted to examine family dynamics of schizophrenic patients in the last few years (e.g. *Ventura, Nüchterlein, Lukoff* 1989; *Chesla* 1989; *Bertrando* et al. 1989; *Nagler, Glück* 1985; etc.). It is the concern of the author to investigate how schizophrenically structured patients and their family members experience the group dynamic social energetic field in which the patients grew up and its relations to the illness. The author chose for her investigation the method of biographical interviews, introduced by *Witzel* (1985). This method of interviewing is problem centered, object and process oriented. The analysis of the exhaustive tape-recorded interviews was made by using the method of qualitative content analysis (*Mayring* 1983, 1985).

An interview guidance recorded the following five topics: contact and experiences within the family of childhood, body care and physical contact, kindergarden and school life, puberty, and contacts outside of the family. Two patients, diagnosed as schizophrenically structured, have been interviewed; both had been inpatients in the Dynamic Psychiatric Hospital Menterschwaige. Besides the patients themselves their family members had been interviewed by the same interview guidance, each family member seperately. Of special interest for the interpretation was the symbiotic situation of the patient, i.e. how far a constructive symbiosis could be established with own identity steps and how far a so-called symbiosis complex as a deficient and destructive symbiosis. Interpretation has based upon *Ammon's* understanding of symbiosis with regard to a succeeded symbiosis or a so-called extended symbiosis.

Mr. A. had been admitted in the hospital with the diagnosis of paranoid-hallucinatory schizophrenia along with depressive manifestations. He had been treated before in another hospital. Mr. A. had been inpatient in the Menterschwaige Hospital for 6 months before the interview examination. The family of the patient consisted of father, mother, one older, and one younger sister, and grandparents living in the same house. The patient characterized himself compared to his sisters as »quite shy, with difficulties in making my point«. He was afraid of the father, characterized him on the other hand as the »quiet pole« of the family. The mother was »not at home« and »very outgoing«. The best emotional relationships existed between Mr. A. and his grandparents, they cuddled him. The patient liked to play in the big garden of the family and to observe animals. There was rarely tenderness among the family members. Outside the family group existed only few single relationships. Mr. A. himself did not like to go to kindergarden and school. There had been arguments between patient and parents only because of his long hair. Sexuality »did not exist« in the family. The mother of the patient herself had lost her parents as she was 9 years old. After marriage she had great difficulties with her mother-in-law. Between the grandparents — grandmother on mother's side and grandfather on father's side — there were strong tensions and many arguments. The sisters of Mr. A. refused to be interviewed.

The interview statements of all interviewed family members showed a prolonged symbiosis in Mr. A.'s development, especially during the first three years of life, involving a retarded physical and linguistic development along with an overprotection by the mother. Perception of anxiety or aggression lacked in the familiy. Speaking of sexuality was taboo. The area of playing was presented as a constructive area.

The second patient, Mrs. B., was a young woman of 25 years, admitted with the diagnosis of paranoid-hallucinatory schizophrenia. Interviews were made with herself, her mother, her father, and a younger sister. Inspite of different perceptions of different family members, the author could find a prolonged symbiosis in the development of the patient. The whole family atmosphere can be described as destructive and deficient by refusing perception. Demarcation steps were mainly deficient except in puberty. The father had been a weak person, unable to give support to the daughter. There were only few reality demands for the daughter. The sisters played dominant roles. The only possibility for demarcation out of a symbiotic family field was the area of playing with dolls. There existed no boundaries between parents and grandparents. The grandparents cuddled Mrs. B., and argued a lot with her father.

Thus, altogether, the patients had been torn between different family members and misused in destructive family dynamics. The families were not open to other people. So the patients were caught in the symbiosis up to the time the illness manifested itself. In both examined families, the atmosphere within the family groups can be characterized as deficient-destructive. Faced with mature demands upon their identity, such as partnership, sexuality, professional

demands, the schizophrenically structured patients reacted explosively with an immense aggression. This phenomenon can be understood in terms of failed demarcation efforts.

In conclusion, the author stresses that it is necessary to understand the patients with their individual demarcation difficulties and with their unconscious demarcation restrictions in order to support their identity development together with guilt-free demarcation. Constructive areas can be used top build a therapeutic alliance for identity development. Thus, the therapy of patients with mainly deficient and destructive structures necessitates a milieu with changing, mostly constructive social energy — such as in the Dynamic Psychiatric Hospital Menterschwaige.

Finally, the author emphasizes the importance of extended studies with qualitative methods contribute to an understanding of the etiology of the schizophrenic illness psychodynamically.

Literatur bei der Verfasserin

Addresse der Autorin:

Dipl. Psych. Maria Berger
Fasanenstraße 61
W-1000 Berlin 15

Theatertherapie — eine milieutherapeutische Erweiterung ambulanter Psychotherapie**

Ingeborg Urspruch (München)*

Anhand des Gesamtgruppenprozesses ihrer ambulanten Theatertherapiegruppe, von der Auswahl eines Theaterstückes bis zur Aufführung, stellt die Autorin ihre theatertherapeutische Arbeit dar. Sie begreift die psychischen Dynamiken, die sich in der Theaterarbeit darstellen als Bestandteil ihres ambulanten gesamttherapeutischen Settings im Sinne einer langlaufenden Milieutherapie als Erweiterung ambulanter — vorwiegend verbal orientierter — Einzel- und Gruppentherapie. Die Theatertherapie bedeutet für sie eine Arbeit »am dritten Objekt«, eine averbale Therapiemethode, bei der das Theaterstück insgesamt und die Rolle dem Patienten die Möglichkeit gibt, seine Probleme und persönlichen Konflikte, wie auch seine kreativen Möglichkeiten zur Darstellung zu bringen, zuerst im Rahmen der ihn schützend umgebenden therapeutischen Gruppe, dann in der Theateraufführung darüber hinaus dem öffentlichen Publikum. Nach einem kurzen Überblick über die historische Entwicklung geht die Autorin besonders auf den Prozeß der Findung der Rolle ein, in der ein besonderer Identitätsaspekt des Patienten zur Darstellung kommt. Theatertherapie im Rahmen der Dynamischen Psychiatrie Günter Ammons heißt, daß der Patient in seiner Rolle seine unbewußten Wünsche, Phantasien und Möglichkeiten traumhaft darstellt und mit der Trennung aus dem Traum sich derselben bebewußt wird.

Theater ist wie Tanz, Musik und Malerei ein ursprüngliches Ausdruckselement des Menschen. Die Wurzeln des Theaters reichen in die frühe Menschheitsgeschichte zurück. Tänzerische, mimische und dialogisch-dramatische Urelemente finden sich bei allen Völkern in ihren Beschwörungsriten, Kulten, Huldigungsbräuchen, ihren Maskenspielen und Verwandlungszeremonien (*Doll* und *Erken* 1985).

Wie das Kind, je jünger es ist, sich und die Welt unbewußt erlebt und gestaltet, so tat es auch der frühe Mensch in großem Maße. Seine Beziehung zu Natur, Tier- und Pflanzenwelt, zu Erde und Kosmos ist uns in den Mythen aus aller Welt überliefert.

Alle Mythologie wurzelt in den Rätseln des Daseins selbst, seiner Entstehung und seinem Vergehen mit der Frage nach jenseitiger Zukunft und diesseitiger Verwurzelung. In Riten und Zeremonien gewannen die Mythen als früheste Tanz-und Theaterinszenierungen Gestaltung. Sie wurden gemeinsam gelebt in der zusammengehörenden Gruppe eines Volkes oder Stammes und bewirkten ein transzendierendes Erleben, das immer mit einer Wandlung oder mit dem magischen Wunsch nach Verwandlung von Mensch, Natur oder Kosmos verbunden war. Die inneren Kräfte des Menschen, wie auch die der äußeren Natur wurden gleichermaßen als Götter, Dämonen oder Geister erlebt und durch ekstatische Inszenierungen zur Wirkung ge-

*Ärztin für Psychiatrie und Neurologie, Psychotherapie, Lehranalytikerin am Münchner Lehr- und Forschungsinstitut der DAP

**Vortrag gehalten auf dem 9. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP / XXII. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 29. April — 3. Mai 1992 an der Universität Regensburg

bracht und beherrscht. So finden sie auch Anwendung in der frühen Heilkunst, wie es überliefert ist in Felsenzeichnungen von Heilungsritualen.

Im Tempel des Asklepios wurden dramatische Initiationen zu Heilzwecken durchgeführt. In diesem frühen rituellen Theater gab es keine Trennung von Schauspielern und Publikum, wie wir es heute kennen. Der frühe Medizinmann, Tempeltänzer, Hohepriester oder Schamane war nie ein Schauspieler für das Volk. Er war der Mensch, der in besonderer Weise fähig war, durch körperlichen Ausdruck Transzendenz zu erlangen, in einer Gruppe von Menschen, die er mitzureißen verstand, die ihm folgte und die ihn zu höchster Kraftentfaltung brachte.

Die Trennung in Schauspieler und Zuschauer wird erst im 5. Jahrhundert vor Christi in Athen im frühen griechischen Theater vollzogen. Hier stand das Theater zwar noch in kultischem Rahmen kathartisch-ekstatischer Rituale des Dionysos-Kultes, erhielt aber eine überlieferbare künstlerische Gestalt und diente der politischen Auseinandersetzung und der Prüfung und Förderung der Wertorientierung des Volkes. Der Chor, der im griechischen Theater eine große Rolle spielte, war verstärkendes und widerspiegelndes Element. Die kathartische Wirkung des Theaters auf das Publikum wurde besonders von *Aristoteles* betont. Die Trennung von Schauspieler und Zuschauer, die Ausprägung von festen Rollen und einer geschlossenen Handlung haben sich seit dieser Zeit weiterentwickelt und bis heute erhalten.

Im Theater, dem Drama, der Komödie und der Tragödie, sind seit kultischer Zeit bis heute alle wesentlichen Bereiche menschlicher Konfliktkonstellationen zur Darstellung gebracht worden. Damit hat das Theater per se therapeutische Wirkung im weitesten Sinn. Der Zuschauer identifiziert sich mit dem Geschehen auf der Bühne und setzt sich mit der im Spiel gefundenen Lösung auseinander. Das Theaterspiel therapeutisch zu nutzen, ist eine logische Konsequenz.

In der Psychiatrie wurde dies begonnen durch *Reil* (1805) und *Marquis de Sade* (1815). In vielen psychiatrischen Einrichtungen wird Theater gespielt. Der therapeutische Ansatz wurde jedoch nie vertieft, da die Psychiatrie durch ihren Endogenitätsbegriff und die Überentwicklung psycho-pharmakologischer Symptombehandlung in ihrer Erforschung und Behandlung psychiatrischer Erkrankungen behindert wurde.

Seit der Entdeckung und Entwicklung der Psychoanalyse durch *Sigmund Freud* und deren vielfache Anwendung und Weiterentwicklung, entstanden kunsttherapeutische Richtungen, die auch das Theaterspiel als therapeutische Möglichkeit verwenden. Hier ist in erster Linie *Moreno* (1890—1974) zu nennen, der vom Stegreiftheater zum therapeutischen Theater fand. Sein Ansatz war, den Schauspieler vom Drehbuch und der festgelegten Rolle zu befreien, um ihn zu seiner eigenen kreativen Improvisation zurückfinden zu lassen. Wesentlich war ihm dabei, die kathartische Wirkung, die *Aristoteles* für die Zuschauer betont hatte, hier beim Schauspieler herbeizuführen.

Petzold (1985) schreibt: »Zusammenfassend erhalten wir von *Moreno* folgende Lehre: Wirf das alte Rollenspiel weg. Mach es neu, hier und jetzt, spiel Dich

selbst, so wie Du nie warst. Dann kannst Du vielleicht beginnen, so zu sein, wie Du hättest werden können. Lasse es geschehen. Sei Deine eigene Inspiration, Dein eigener Dichter, Dein eigener Darsteller, Dein eigener Therapeut und letztlich Dein eigener Schöpfer.«

Moreno hat zugunsten seiner psychodramatischen Therapie die psychoanalytische Arbeit mit Übertragung und Widerstand verlassen. Seine dramatischen Inszenierungen dienen der Darstellung des Menschen selbst, verbunden mit integrierender Reflektion in der Gruppe. Ähnliche therapeutische Ansätze, in denen die spielerische Darstellung des Menschen selbst psychotherapeutisch genutzt wurde und wird, haben sich entweder von *Moreno* ausgehend oder parallel dazu eigenständig entwickelt.

Das therapeutische Theater von *Iljine*, dem russischen Biologen, Psychologen, Mediziner und Philosophen, wurde zwischen 1908 und 1912 entwickelt. Das therapeutische Theater geht von einer Rahmenhandlung aus, die der Therapeut aufgrund der anamnestisch eruierten Konfliktsituation für den Patienten schreibt. Es gibt eine Spiel- und Reflektionsphase, wobei konfliktorientiertes, biographisch aufdeckendes und verhaltensmodifizierendes Arbeiten verbunden wird.

In Frankreich verwendeten *Emil Dars*, Professor für Theaterwissenschaft, und der Psychiater *Jean-Claude Benoit* zu Beginn der sechziger Jahre Techniken des Schauspielunterrichts und das Spielen ausgewählter Passagen großer Bühnenliteratur zur Behandlung psychisch Kranker. Die Absicht war, bestimmte Gefühlsbereiche wieder zugänglich zu machen oder neu zu ermöglichen. Pathologische Phänomene wurden nicht direkt angesprochen, sondern durch die Auswahl entsprechender Texte angegangen und so einer Lösung zugeführt.

Auf dem Gebiet der analytischen Dramatherapie sind besonders die Spieltherapien mit Kindern bekannt, ausgehend von *Melanie Klein, Anna Freud, Hans Zullinger* und anderen. *Sandor Ferenczi* wandte bereits 1920 Rollenspiel in der Analyse an, angeregt durch das therapeutische Theater *Iljines. Sigmund Freud* befaßte sich 1904 mit psychopathologischen Charakteren auf der Bühne in einer Studie, ohne dies jedoch in seine Behandlungstechnik einzubeziehen.

Die französische Schule der analytischen Dramatherapie wurde von *Serge Lebovici* (1958—1972) und *Paul* und *Genie Lemoine* (1974) aufgebaut. Sie arbeiten nach klassischer psychoanalytischer Methode. Psychodrama-Techniken aus der Schule *Morenos* wurden ergänzend einbezogen. Sie vertreten die Ansicht, daß erst die analytische Deutung des psychodramatischen Geschehens aus dieser Form der Therapie mehr als ein Ausagieren und eine symbolische Wunscherfüllung macht.

Mein Ansatz ist es, im Rahmen des Behandlungsspektrums der Dynamischen Psychiatrie der Berliner Schule *Günter Ammons* die Inszenierung literarischer Theaterstücke als milieutherapeutisches Instrument für die analytische Bearbeitung in der begleitenden ambulanten Gruppen- und Einzelpsychotherapie zu nutzen und zu integrieren.

Milieutherapie wird in erster Linie in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik stationär angewandt. Hier bildet die gesamte Klinik ein milieutherapeutisch-sozialenergetisches Feld, in das der Patient für eine gewisse Zeit sein Leben hinein verlagert und in allen Lebensäußerungen gesehen wird. Stationär werden Patienten aufgenommen, die nicht über eine ausreichend tragende Ich-Struktur verfügen, die ihnen reflektierende Selbstwahrnehmung und Krankheitseinsicht, Unterscheidung zwischen Unbewußtem und Realität ermöglicht. Sie können vorerst nicht in einer zentral verbalisierenden Einzel- oder Gruppentherapie in der ambulanten Praxis adäquat behandelt werden. Diese Patienten agieren ihre humanstrukturellen Defizite und Konflikte in ihr Leben aus, ohne sich dessen bewußt zu sein.

Die Milieutherapie hat sich aufgrund des ganzheitlichen Menschenbildes und Krankheitsverständnisses der Dynamischen Psychiatrie *Günter Ammons* entwickelt. Da sich nach diesem Verständnis psychisches Kranksein aus einer psychisch defizitär oder destruktiv krankmachenden Gruppendynamik der Kindheitsfamilie entwickelt, das Kind also insgesamt seine Struktur entsprechend einem Spiegelbild der Familiengruppe aufbaut, können in der therapeutischen Situation in der Gruppe oder stationär im Milieu der Klinik die verinnerlichten Gruppenbezüge wiederhergestellt, erlebbar und so einer therapeutischen Bearbeitung zugänglich gemacht werden. Die Klinik mit ihrer vielfältigen therapeutischen Struktur ermöglicht es dem Patienten, seine pathologische Symptomatik ebenso in Szene zu setzen, wie auch seine gesunden Persönlichkeitsbereiche zu entdecken und aufzubauen. Das schützende Milieu wird getragen von den therapeutischen Mitarbeitern, die auf der Basis verständnisvoller Grundeinstellung auffangend und korrigierend reagieren und handeln, im Sinne einer wiedergutmachenden und nachholenden Ich-Entwicklung. Das Therapieangebot der Klinik reicht von verbalisierenden Möglichkeiten bis zu verschiedenen averbalen Ausdrucksmöglichkeiten und körperlichen Tätigkeiten, z.B.: Reiten, Tanz, Theater, Musik und Malerei.

Ich hatte das große Glück, am Aufbau der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige vom ersten Tage an als leitende Ärztin mitzuwirken. Ich kann mich noch sehr genau an fast jeden Tag dieser Zeit erinnern. Die ersten Patienten kamen, die Klinik füllte sich, und nun war es unsere Aufgabe, als Team im gesamten milieutherapeutischen Feld Leben und therapeutische Angebote aufzubauen.

In dieser Situation entstand nach kurzer Zeit die Idee, eine Theatergruppe zu gründen, deren erstes Stück »Der kleine Prinz« von *Saint-Exupery* war. Die besondere Bedeutung des Theaterspielens für die Therapie erlebte ich sehr unmittelbar und eindrucksvoll.

Als ich ein Jahr später die Klinik verließ, um meine ambulante Praxis aufzubauen, entwickelte sich nach wenigen Monaten meine ambulante Theatertherapiearbeit. In der ambulanten Praxis hatte ich seit dem Beginn meiner psychoanalytischen Ausbildung in Berlin milieutherapeutische Behandlungsmöglichkeiten miterlebt und auch selber geleitet. Es wurden in der Regel aus

verschiedenen psychotherapeutischen Gruppen Patienten ausgewählt, die für eine Zeit eine mehr averbale und unmittelbare Behandlungsmöglichkeit brauchten. Für 2—4 Wochen planten diese Patienten unter Leitung eines Therapeuten ein gemeinsames Projekt, wie den Aufbau einer Bibliothek, die Gestaltung eines Brunnens oder ähnliches in der Tagesklinik Stelzerreut im Bayrischen Wald oder dem Tagungszentrum in Paestum in Süditalien. Die Gruppe wählt und gestaltet ihr Arbeitsprojekt ebenso selbständig wie ihr gemeinsames Leben. Bedeutsam ist bei solchen milieutherapeutischen Aufenthalten immer, daß die Patienten die Gelegenheit haben, aus der Übertragungssituation ihrer laufenden Therapie herauszugehen in einen übertragungsfreien, begrenzten und geschlossenen Lebens- und Gestaltungsraum. Die Förderung kreativer und gesunder Fähigkeiten steht im Vordergrund und die Möglichkeit, im gemeinsamen Gruppenleben in allen Lebensäußerungen wahrgenommen zu werden, hat immer den gesamten therapeutischen Prozeß und damit die Entwicklung des Patienten entscheidend beeinflußt.

Meine Theatergruppe, die ich seit 10 Jahren im Rahmen meiner ambulanten Praxis aufgebaut habe, ist eine langlaufende milieutherapeutische Situation parallel zur analytischen Gruppen- und Einzeltherapie. Alle Mitglieder dieser Gruppe haben gleichzeitig eine analytische Therapiesituation, wo die Theatererfahrungen reflektiert und bearbeitet werden können.

Die Gruppe besteht aus 15—20 Mitgliedern, ist eine halboffene Gruppe, in der Patienten für mehrere Monate oder Jahre teilnehmen können. Sie tagt einmal wöchentlich und gestaltet drei- bis viermal pro Jahr ein gemeinsames milieutherapeutisches Wochenende und gelegentlich auch einen fünf- bis zehntägigen Aufenthalt im Bayrischen Wald. Die Indikation ist in erster Linie die Notwendigkeit einer averbalen und spielerischen Therapiemöglichkeit für Patienten, für die eine hauptsächlich verbal orientierte analytische Therapie nicht ausreichend ist. In ihrer 10jährigen Geschichte befaßte sich die Gruppe geistig und spielerisch mit zahlreichen Themen und Variationen des Theaterspielens.

Öffentlich aufgeführt wurden das selbstgeschriebene Stück »Das Haberfeldtreiben«, mehrere Friedenstheater zu aktuellen Anlässen auf öffentlichen Plätzen in München und in den letzten Jahren als wesentliche Stücke »August, August, August« von *Pavel Kohut,* »Lysistrate« von *Aristophanes* und jetzt »Ein Engel kommt nach Babylon« von *Friedrich Dürrenmatt.* Die Auswahl der Stücke und die gesamte Theaterarbeit drehte sich immer wieder um das Thema der Friedensfähigkeit des Menschen. Letztlich geht es in allen Theaterstücken um das Aufeinandertreffen der echten Menschlichkeit mit der Destruktion. Die Gruppe wählt ihr Theaterstück selber aus, gestaltet Kostüme und Bühnenbild selber, führt selbst Regie und erfüllt alle organisatorischen Aufgaben bis hin zur Aufführung.

Ich möchte hier versuchen, anhand des Gesamtgruppenprozesses der Theatergruppe von der Auswahl eines Theaterstückes bis zur Aufführung die vielschichtigen therapeutischen Ebenen darzustellen, die die Theaterarbeit ermög-

licht, und die zentrale Bedeutung des Rollenfindungsprozesses hervorheben. In Fallvignetten soll die Integration von analytischer Therapie mit der theatertherapeutischen Erfahrung verdeutlicht werden.

Die Theatertherapiegruppe nimmt sich in der Regel 1 1/2 bis 2 Jahre Zeit, um ein neues Theaterstück auszuwählen und zu inszenieren. Die erste Zeit der beginnenden Rollenfindung, gleichzeitig mit der beginnenden Inszenierung und geistigen Aneignung des Stückes in seiner Aussage, ist die schwierigste. Wir gehen sie weiträumig an.

Für unser letztes Stück »Ein Engel kommt nach Babylon« von *Friedrich Dürrenmatt* hatten wir dafür einen zehntägigen milieutherapeutischen Aufenthalt im Bayrischen Wald zur Verfügung. Aus unserem Antiquariat in Passau besorgten wir uns Literatur, beschäftigten uns mit der Geschichte des alten Babylon, mit dem Schriftsteller *Dürrenmatt,* mit Astronomie, um uns in das Erleben der Titelfigur des Engels hineinversetzen zu können, der mit Kurrubi, einem soeben von Gott aus dem Nichts erschaffenen Mädchen, aus dem Andromedanebel auf die Erde herniedersteigt und die Materie bisher nur in gasförmigem Zustand kennengelernt hat. Über die Dimension Mensch hat er lediglich vor 3000 Jahren einen wissenschaftlichen Vortrag gehört.

Wir schaffen so den Hintergrund für Vorstellungskraft und Phantasie, die beim Theaterspielen von großer Bedeutung sind.

Im psychologischen Theater, das der russische Schauspieler und Regisseur *Konstantin Sergejewitsch Stanislawski* (1863—1938) begründet hat, finden wir viele Parallelen zu unserer Theatertherapiearbeit. In seinem Werk »Die Arbeit des Schauspielers an sich selbst« schreibt er: »Unsere Arbeit auf der Bühne fängt damit an, daß wir in das Stück, wie auch in unsere Rolle das magische 'wenn' einführen, unseren Umschalthebel, der den Schauspieler aus dem nüchternen Alltag auf die Ebene der Phantasie erhebt. Das Stück, die Rolle sind ein Phantasiegebilde des Autors, sind eine Reihe vorgeschlagener Situationen magischer und anderer 'wenns', von ihm erdacht. Echten Alltag, natürliche Wirklichkeit gibt es auf der Bühne nicht. Natürliche Wirklichkeit ist keine Kunst. Kunst braucht ihrem ganzen Wesen nach ein erdachtes künstlerisches Gebilde,wie es das Werk des Autors ist. Die Aufgabe des Schauspielers besteht darin, das erdachte Gebilde Stück in künstlerische Bühnenwirklichkeit umzusetzen. In diesem Prozeß spielt unsere Phantasie eine große Rolle.«

Das Erobern der Rolle und das Spielen auf der Bühne ist ein kreativ-schöpferischer Prozeß. Der Dichter, Autor oder Schriftsteller hat dem Schauspieler in seinem Stück und seiner Rolle ein künstlerisches Werk geschaffen, etwas völlig Neues, was nie gewesen ist und auch nie sein wird. Aber er hat Raum gelassen für die schöpferische Phantasie des Schauspielers. Er schreibt nicht alles, was vor dem Stück geschehen ist oder danach, woher genau die handelnde Person kommt, wenn sie auf die Bühne tritt, wohin sie geht, was sie in ihrem Leben insgesamt gedacht, gefühlt, erlebt hat und erleben wird.

Hier nun muß der Schauspieler sich hineinversetzen in diesen Menschen im Stück des Autors und es auf der Bühne dem Publikum erlebbar machen. Nur

wenn es dem Schauspieler gelingt, in einem schöpferischen Prozeß die Rolle auf der Bühne zum Leben zu bringen, so daß er und die Rolle im Augenblick des Spielens eins sind, dann ermöglicht er dem Zuschauer ein schöpferisches Erleben. Bei der Aufführung sollen im besten Falle Schauspieler und Zuschauer gleichermaßen Zeit und Raum vergessen können und gebannt im Spiel auf der Bühne leben. Der wirklich gute Schauspieler spielt also aus dem Unbewußten.

Nur der kann eine Rolle echt und überzeugend spielen, der sich durch unbewußte Identifikation in diese Rolle wirklich hineinversetzen kann. Und dies ist die therapeutische Möglichkeit in der Theatertherapie. Der Patient kann vergangen Erlebtes in der Rolle wiederfinden, er kann Gegenwärtiges in Szene setzen und Zukünftiges ausprobieren. Wie ein Kind im Spiel seine innere Welt in Szene setzt und durch Übernahme von Rollen verschiedene Identifikationen ausprobieren kann und so zu einer Identitäts- und Persönlichkeitsentwicklung findet, kann der Patient in der Theatertherapie, in der Rollenfindung, die in der Kindheit entwickelten Identifikationen und Konflikte, die unbewußt verinnerlicht sind, wieder lebendig werden lassen und sich neue Identifikationen suchen.

Zu Beginn der Rollenfindung kann jedes Mitglied der Theatertherapiegruppe jede von ihm gewünschte Rolle ausprobieren. Dabei wird schon spielerisch inszeniert. Um die einzelnen Rollen vertiefend in ihrer Gestaltung und Aussage zu verstehen, ist auch oft die ganze Gruppe aufgefordert, hintereinander die gleiche Rolle auszuprobieren.

Es ist für mich immer wieder überraschend und erstaunlich, daß am Ende dieses Rollenfindungsprozesses die Rollenbesetzung fast optimal gelingt. Jedes Mitglied findet in der Regel eine Rolle, die es in vieler Hinsicht mit sich in Beziehung setzen kann. Die Rollenfindung ist eine große Identitätsanforderung an alle Mitglieder. Natürlich ist aus vielerlei narzißtischen Gründen zuerst die Frage, wer die Hauptrolle spielen wird. Es darf sich auch jeder darin erproben. Die narzißtischen Kränkungen, die zu jeder Identitätsentwicklung gehören, wie auch hier bei der Rollenfindung, können in der begleitenden Gruppen- oder Einzeltherapie aufgefangen und bearbeitet werden.

So schreibt eine Patientin in ihrem Erfahrungsbericht: »Ich fand es anfangs toll, mal eine große Rolle spielen zu können. Auch das, einen sanften Menschen darzustellen, ein verspieltes Wesen. Doch mußte ich dann feststellen, daß dieses Wesen auch andere Züge hat. Einen festen Willen beispielsweise! Sie zeigt tiefe Gefühle, wie das Gefühl der Menschlichkeit, das nicht zu täuschen ist, und vertritt ihre Liebe. Sie ist nicht nur ein liebes, unschuldiges Wesen. Ich hätte sie gerne spielen wollen, aber ich konnte es nicht. So blieb für mich nur noch der Dichter. Ich wollte ihn erst nicht. Ich wollte nicht im Hintergrund sein, ducken, der Dreck der Gasse sein, doch konnte ich mich schweren Herzens in manchen Facetten des Dichters wiederfinden. Und ich erkannte zunehmend die Bedeutung der Dichter. Somit war für mich trotz Hintergrund die Verbindung zur Gruppe wiederhergestellt. Nun gut, sie jammern und kriechen, aber ganz dumm sind sie auch nicht. Wenigstens im Königspalast zeigen

sie ein bißchen Mut. Außerdem sind Dichter die närrischen Hebammen der Wirklichkeit«.

Diese Patientin hatte, bevor sie in die Theatertherapiegruppe kam, in der Gruppentherapie lange geschwiegen und zwar meist nach einem kurzen Versuch, sich über irgendein Problem auseinanderzusetzen. Jede kleinste Auseinandersetzung erlebte sie so kränkend, daß sie sich wieder für lange Zeit zurückzog. Ihre Kindheitsfamilie war bestimmt durch emotionale Leere, Kontaktlosigkeit und ständige Kontaktabbrüche, damit sozialenergetisch destruktiv und defizitär. Die Eltern führten ein Geschäft und hatten weder Raum, noch emotionale Energie für ihre drei Kinder. Die älteste Schwester rettete sich auf die Position der Größeren und verbündete sich mit dem jüngeren Bruder, der der besondere Liebling der Mutter war. Die älteste Schwester ist heute schwer drogenabhängig.

Die Patientin wurde als mittlere der Geschwister von allen Kontakten ausgeschlossen und buchstäblich in die letzte Ecke gedrängt. Als sie erste körperliche Symptome entwickelte, wurde sie von den Eltern dafür geschlagen.

In der Zeit, als sie in der Gruppe meist schwieg, entwickelte sie sich in ihrer Lebenssituation sehr gut. Sie begann eine berufliche Umschulung, die sie erfolgreich abschloß. Aber überall versuchte sie, die Bessere zu sein, kritisierte eine leitende Mitarbeiterin so, daß ihr die erste Stelle gekündigt wurde. In der Therapiegruppe versuchte sie nun auch, endlich eine Hauptrolle zu spielen. In der ersten und zweiten Szene gelang ihr das sehr gut. Die zentrale Auseinandersetzung in der dritten Szene machte ihr Schwierigkeiten. Aber alle ermutigten sie und hätten ihr die Rolle ermöglicht. Da fand sie selbst die Abgrenzung zur Rolle des Dichters, denn sie war mittlerweile auf vielen Ebenen der Theatergruppe ein liebenswertes Mitglied geworden. Sie konnte als einzige Kostüme wirklich schneidern und tat es auch. Sie hatte plötzlich ein interessantes Buch gefunden über ein Thema, das wir gerade diskutierten. In vielen kleinen Bereichen setzte sie sich liebevoll ein. Deswegen ist der Satz in ihrem Bericht so wichtig: »Und damit war der Kontakt zur Gruppe wiederhergestellt«.

Seit einigen Monaten ist sie in der therapeutischen Gruppe ein viel lebendigeres Mitglied geworden. Auseinandersetzungen sind immer besser und in kürzeren Abständen möglich.

Die Rolle, wie man an diesem Beispiel sieht, kann eine Brücke zur Identitätsfindung sein. Die Patientin entdeckte sich selbst im Spielraum der Theatertherapie und erlebte gleichzeitig ihre Wirkung und Bedeutung für die Gesamtaussage des Theaterstückes und für die gemeinsame Gestaltung und Inszenierung. Sie begriff damit, daß die Wirksamkeit eines Menschen in seiner Individualität liegt, nicht in einem Sein als Schein des eigenen Selbst oder als Projektion der Eltern, der späteren eigenen Lebensgruppe oder der Gesellschaft.

Eine andere jetzt 32jährige Patientin der gleichen Therapiegruppe spielte die Titelrolle in unserem Stück »Lysistrate« von *Aristophanes.* In diesem Stück

verweigern die Frauen ihren Männern Tisch und Bett, um sie zum Frieden zu bewegen, denn die Männer kämpfen schon 20 Jahre lang im Peleponnesischen Krieg. Die Frauen der verfeindeten Parteien von Sparta und Athen verbünden sich und verschanzen sich mit dem Staatsschatz auf der Akropolis. Der Ratsherr, der das alles unglaublich findet, meint die Burg mit einer Handvoll Soldaten leicht zurückerobern zu können und damit dem unsinnigen Handeln der Frauen ein Ende zu setzen. Er trifft aber auf die unerschrockene, streitbare und wortgewandte Lysistrate, die ihm eine lange Rede hält über die Unterdrückung der Frauen, die von allen Volksversammlungen und Staatsämtern ausgeschlossen sind und auch zuhause nicht mitreden dürfen. Den Frauen im Stück gelingt es tatsächlich, den Krieg zu beenden.

Die Patientin, die die Rolle der Lysistrate spielte, war zu dieser Zeit — wie ich es einschätzte — in einer symbiotisch-paranoischen Übertragungssituation in der therapeutischen Gruppe, was auch mehrere Träume deutlich gemacht hatten. Ihre Partnerbeziehung erschien ebenfalls symbiotisch mit zeitweiligen massiven Eifersuchtsszenen und körperlichen Zusammenbrüchen, bei denen der Freund sie als Notfall in meine Praxis und dann in die Ambulanz einer Klinik brachte, wo kein körperlicher Befund diagnostiziert werden konnte. Mit ihren Eltern hatte sie häufig und, wie sie schilderte, auch sehr freundschaftlichen Kontakt.

In der Therapie ging es in erster Linie um ihre berufliche Entwicklung als Lehrerin, und sie übernahm in deutlicher Identifikation mit mir als Therapeutin co-therapeutische Funktion. Im ruhigen therapeutischen Verlauf fiel nur auf, daß sie immer dann, wenn ihr Vater auf Geschäftsreise vorbei kam und sie zum Essen einlud, plötzlich eine andere war. Sie trug ihren engsten und kürzesten Minirock, die entsprechenden Strümpfe und hochhackigen Schuhe dazu und war auffallend schön geschminkt. Anspielungen darauf wehrte sie heftig ab.

Als sie nun die Rolle der »Lysistrate« spielte, in der sie die ganze Gruppe besonders in ihrem überzeugenden Streit mit dem Ratsherren bewunderte, kam sie immer häufiger in die therapeutische Gruppe und meinte, daß sie in Wirklichkeit das nicht sei, was sie da spiele. Sie sei genau das Gegenteil. Sie sei Männern gegenüber hörig und abhängig, sei gar nicht in der Lage, sich eine eigene schöne Wohnung einzurichten und leide unter starker Verlassenheit an ihren freien Abenden und Wochenenden, an denen sie sich nicht alleine mit irgendetwas beschäftigen könne.

In der therapeutischen Bearbeitung dieser jetzt offen gewordenen Problematik, schützte sie zum ersten Mal ihre Eltern nicht mehr wie bisher. Sie war als Kind Spielball in der Dynamik zwischen Vater und Mutter gewesen. Der infantil strukturierten und alles kontrollierenden Mutter konnte sie nichts recht machen, an allem hatte sie etwas auszusetzen. Die Mutter beschäftigte die Patientin, wenn sie zuhause war, pausenlos, so daß sie weder Raum noch Zeit zu irgendeiner Art von Selbstfindung hatte. Die Mutter rivalisierte massiv mit ihren beiden Töchtern, besonders um die Gunst des Vaters. Sie erzählte zwar

allen Verwandten und Bekannten, daß die Patientin der besondere Liebling des Vaters sei, ihm selbst gegenüber äußerte sie sich aber meist kritisch und negativ über die Tochter und kontrollierte sein Verhalten ihr gegenüber. Bei Problemen, die auftraten, betonte sie ausdrücklich, wie sehr dies besonders den Vater enttäuschen müsse, der so viel von ihr halte und erwarte. Wenn Vater und Tochter alleine waren, genossen sie diese Situation wie heimliche Verbündete. Die Patientin tat alles, um dem Vater zu gefallen, ganz besonders wollte sie anders sein als die Mutter, nämlich verständnisvoll, einfühlsam und geduldig, wodurch sie sich selbst wieder völlig zurückstellte. All dies Geschehen in der Familie war mit völligem Tabu belegt. Es durfte darüber nie gesprochen werden. Da auch in der Kindheitsfamilie der Mutter die gleiche Dynamik abgelaufen war, was die Patientin bei Verwandtenbesuchen miterleben konnte, zog sie sich immer mehr vom Familienleben zurück, was von allen heftig kritisiert wurde. Sie verließ mit 17 Jahren die Familie als Böse, Verständnislose und Undankbare, die alle, die sie als kleines Mädchen verhätschelt hatten, enttäuscht hatte.

Auf der Bühne im Stück und auf der gruppendynamischen Ebene der Theatertherapiegruppe hatte die Patientin ihren Konflikt agieren können. Im Stück fallen die Frauen Lysistrate in den Rücken, indem sie mit fadenscheinigen Ausreden versuchen, für kurze Zeit zu ihren Männern zurückzukehren. Dies agierten sie auch auf der gruppendynamischen Ebene der Theatergruppe, indem sie auch hier Lysistrate — also die Patientin — in vielen realen Aktivitäten alleine ließen. Die Patientin war darüber häufig sehr verzweifelt. Und sie verabredete sich dann heimlich mit dem Ratsherrn außerhalb der Theatergruppe zum Kino- oder Theaterbesuch und hob so den Kampf um das gemeinsame Ziel auf der gruppendynamischen Ebene wieder auf.

Deutlich wird an diesem Beispiel, wie die ödipale Problematik, die in der Familie tabuisiert war und verdrängt wurde, in der therapeutischen Situation durch Festhalten an der symbiotischen Übertragungs- und Bedürfnisebene abgewehrt und dann durch die Theaterarbeit offen werden konnte.

In der Therapie der Patientin wird es in Zukunft um die Frage ihrer Identität als Frau gehen, ihre Identität im Beruf und um ihre geistige Orientierung.

Nochmals durfte sie im nachfolgenden Theaterstück ihre Verlassenheit in Szene setzen und ihre Verzweiflung darüber deutlich machen. Sie schrieb selbst dazu: »Als Lysistrate konnte ich das Schweigen brechen und im nachfolgenden Stück wurde ich noch einmal von allen verdammt dafür und in die Wüste geschickt. Aber ich war diesmal die Gute, und die Zurückbleibenden sind die Bösen.«

Nicht nur geschlossene Theaterstücke und feste Rollen werden in der Theatertherapiegruppe gespielt. In bestimmten Zeiten im Gesamtgruppenprozeß, wenn zum Beispiel die Rollenfindung oder die Inszenierung stagniert oder um neuen Gruppenmitgliedern den Einstieg in die Theaterarbeit zu ermöglichen, setze ich das freie Spiel ein. Hierbei kann jeder Einzelne, die ganze Gruppe oder kleinere Gruppen frei Themen wählen, die in improvisierten Szenenabfolgen dargestellt werden.

Eine Zeitlang haben wir dies regelmäßig an den Anfang eines milieutherapeutischen Wochenendes gesetzt. Besonders in Erinnerung geblieben ist mir hier eine Inszenierung in der ersten Zeit des Theatergruppenaufbaues. Die gesamte Gruppe inszenierte eine Vernissage. Der Förderer der Künstlerin, die Künstlerin selbst und ein buntes Volk wurden nach kurzer Vorbereitung und Kostümierung frei gespielt. Die Gruppe überraschte mich mit ihren vielfältigen und besonderen individuellen Facetten. Großen Applaus löste eine Patientin aus, die die Vernissage als Gelegenheit nahm, nach kurzer einleitender Konversation die Klagen über ihre große Anzahl körperlicher Leiden endlich geduldigen Zuhöreren darlegen zu können. Sie ließ nicht ab, sich jedem anzuvertrauen, der sich ihre näherte, obwohl alle nach kurzer Zeit vor ihr flüchteten.

Ein homoerotisches Pärchen begeisterte und überraschte uns ebenso wie eine reiche Amerikanerin und ein Hausmädchen, das mühselig versuchte, einen gebildeten Eindruck auf die anwesenden Kunstverständigen zu machen.

Zu einem anderen Zeitpunkt spielte bei einer solchen Gelegenheit ein Patient einen brutalen Zuhälter, der ganz aggressiv sein Revier gegen einen Rivalen verteidigte, wobei einige Prostituierte das umgebende Milieu verkörperten. Nach dem Spiel war der Patient befreit und erleichtert und berichtete, daß er in dieser kurzen Szene voll seine destruktive Aggression habe ausleben können, für die er sich, wenn sie in der analytischen Gruppentherapie hervortrat, immer von seinen Mitpatienten und seinem Therapeuten abgelehnt gefühlt habe. Spielerisch hatte er hiermit die Theatergruppe köstlich amüsiert.

Es gibt aber auch Patienten der Theatergruppe, die schon mehrere feste Rollen gespielt haben, aber nichts so sehr fürchten, wie dieses freie Spiel.

Kommen wir zum Rollenspiel und der Inszenierung eines Stückes zurück: Wie die Fallbeispiele gezeigt haben, gibt die Theatertherapie dem Patienten einen Spielraum, aus der Übertragungssituation seiner laufenden Therapie herauszutreten, beziehungweise sie zu umgehen. Das Stück, in das er sich hineinbegibt, ist erst einmal eine vom Autor oder Schriftsteller geschaffene Welt, die Rolle ist eine von ihm erdachte Person, also ein Anderer. Da die Gruppe das Stück durch bewußte und besonders unbewußte Identifikation ausgewählt hat, hat es die Bedeutung eines vom Dichter geschaffenen Gruppentraumes. Die Aneignung und Inszenierung ist wie eine gemeinsame Traumdeutung und reflektierende Traumbearbeitung.

Ist das Rollenausprobieren weitgehend abgeschlossen und sind die Rollen festgelegt, dann kommt eine Zeit, in der Patient und Rolle eins sind. Der Patient lebt in der Rolle sich selbst. Er selbst wird auf der Bühne mit Füßen getreten wie in seiner Kindheit, er selbst kämpft gegen seine Unterdrückung und Erniedrigung, wie er es als Kind nie konnte.

Wenn dies auftritt, muß die Reflektion und therapeutische Bearbeitung einsetzen, die es dem Patienten ermöglicht, sich seiner Anteile in der Rolle bewußt zu werden und eventuell als ich-fremd abzugrenzen, indem er die Rolle ablegt oder wechselt, oder zu integrieren.

Nach diesem Prozeß kann er selbst in Gestalt eines Anderen sein und als Anderer gleichzeitig über sich hinauswachsen. Er kann im Schutz der Theatergruppe auf der Bühne ausprobieren, was er im Leben vielleicht sein könnte. Auf der Bühne findet er seine Wirklichkeit und seinen Traum, und aus dem Traum kann auf der Bühne und im Leben eine neue Wirklichkeit werden. Dichtkunst und Traum, Bühne und Traum entsprechen sich in vieler Hinsicht. »In den Dichtern träumt die Menschheit«, sagt *Hebbel.*

Ähnlich wie Träume unbewußte Visionen und Phantasien auf einer inneren Leinwand sichtbar machen, kann die Bühne des Theaters als äußerer Spiegel genutzt werden. Bei einer wissenschaftlichen Diskussion zeigte *Ammon* auf, daß Theaterarbeit auch wie Traumarbeit ist. Wie der Therapeut bei Patienten, deren Humanstruktur nicht so weit stabilisiert ist, daß sie analytische Deutungen verarbeiten können, den Traum annimmt wie ein Geschenk, so muß der Theatertherapeut diesen Patienten Raum geben, unmittelbar zu spielen und wird mit ihnen nur direkt an der Rolle, dem Stück oder dem Bühnenbild arbeiten. Kann der Patient analytische Deutungen verarbeiten, so kann der Therapeut mit den Erfahrungen des Theaterspielens umgehen, wie ich es in den Fallbeispielen gezeigt habe.

Ich hatte oft den Eindruck, daß die Theatergruppe der Klinik Menterschwaige viel unmittelbarer und natürlicher spielt, und die Klinikpatienten beneiden uns oft, weil wir manchmal fast profihaft erlebt werden. Die Theaterarbeit in der Klinik ist die gleiche und doch eine andere wie in der ambulanten Praxis. In der Klinik stehen die Patienten in der Regel am Anfang ihrer Therapie, hier ist das Theaterspiel schwerpunktmäßig integrierter Bestandteil der Psychosentherapie. Deshalb ist es auch so wichtig, daß Theaterarbeit in der Dynamischen Psychiatrie *Günter Ammons* keine Therapieform ist, die für sich alleine steht, sondern immer als Teil eines gesamttherapeutischen Settings angewendet wird.

Kommen wir zum Gesamtgruppenprozeß der Theatergruppe bei der Inszenierung eines Stückes zurück: Zu dem Zeitpunkt, zu dem viele Patienten in unterschiedlichem Ausmaß sich in der Rolle selbst erleben, wird häufig unbewußt das Theaterstück auf der gruppendynamischen Ebene der Theatertherapiegruppe agiert.

Eine kleine Facette eines solchen Prozesses möchte ich hier als Beispiel darstellen:

Bei dem Stück »Lysistrate«, in dem die Männer von den Frauen ja nun sehr hart angegangen werden, wurde über mehrere Wochen deutlich, daß in der Theatergruppe nur noch die Frauen aktiv waren. Die Männer beteiligten sich an keiner Diskussion, leisteten keinen Beitrag mehr zur weiteren Inszenierung und zu anderen notwendigen Aktivitäten. Einerseits hatten sie die Anwürfe der Frauen unbewußt sehr persönlich genommen, andererseits durch ihren Gegenstreik abgewehrt. Nun konnten sich die Männer Raum nehmen, über das, was zur Rolle, und das, was zu ihnen gehörte, zu reflektieren.

In der Theatertherapiegruppe ergab sich daraus eine sehr wichtige Diskussion über die Rollenfixierung von Mann und Frau, die geschichtliche Entwicklung und Bedeutung von Matriarchat und Patriarchat bis hin zur Frage der Androgynität. Es gelang hier, die Problematik deutlich werden zu lassen, und es wurde klar, daß wir in dieser Frage gesamtgesellschaftlich noch viel zu bewältigen haben. Danach war es allen wieder möglich, am Stück als gemeinsames Anliegen weiterzuarbeiten.

Bei dem Theaterstück »Ein Engel kommt nach Babylon« entstand zum Zeitpunkt der gesamtgruppendynamischen Identifikation mit dem Stück eine äußerst schwierige Situation, die sich aus dem Inhalt des Stückes ergab. In Babylon will der König Nebukadnezar einen perfekten sozialen Staat errichten, in dem Bettler, die im alten Babylon die Weisen der Völker waren, wie auch die Dichter, die nach Nebukadnezars Meinung »Gefühle beschreiben, die es nicht gibt«, keinen Platz mehr haben. Jeder in diesem Staat kann je nach Fähigkeit zu Geld und gesellschaftlicher Position kommen. Wer sich nicht unterwirft, wird gehenkt. Gerade ist Nebukadnezar dabei, die Bettler in den Staatsdienst zu nehmen — »sie treiben jetzt die Steuern ein« — da wird Babylon von einem Engel als Gnade des Himmels ein von Gott soeben aus dem Nichts erschaffenes Mädchen, Kurrubi, gebracht, die ursprüngliche und unmittelbare Menschlichkeit vertritt. Kurrubi wird zuerst von allen begehrt, zum Schluß aber dem Henker übergeben, da sie keiner haben will, weil sie fordert, daß er dafür seine errungene Position und sein Geld aufgeben muß. Kurrubi wird dadurch gerettet, daß der Henker der verkleidete Bettler Akki ist, der mit ihr durch die Wüste in ein neues Land voll neuen Lebens und neuer Verheißung zu fliehen versucht.

Als dieses Theaterstück an einem milieutherapeutischen Wochenende agiert wurde, kam die gesamte Gruppe an eine harte Grenze. Die Identifikation aller Mitglieder der Gruppe mit der in der Rolle erlebten Destruktion und der daraus resultierenden Kontaktverweigerung, drohte die Gruppe zu zerstören. Als Therapeutin kam ich mir vor wie Kurrubi und der Engel gleichzeitig, die ja im Theaterstück dem gesamten destruktiven Potential im Staate Nebukadnezars zeitweilig völlig hilflos ausgeliefert sind. Der Engel weicht in seine kosmischen Dimensionen aus, Kurrubi kämpft lange Zeit vergeblich dagegen an und wird in ihrem ursprünglichen menschlichen Anliegen nur von dem weisen Bettler Akki verstanden und gerettet.

An diesem Wochenende wurden alle meine Ansätze, die geplanten Proben oder sonstigen wichtigen Aktivitäten, entweder negiert oder unterlaufen. Kam ich zur Probe, brachen die Spieler ihre Arbeit ab. In der daraufhin angesetzten gruppendynamischen Sitzung kam ich mir vor wie der Engel von einem anderen Stern. Mir kam der Vergleich in den Sinn mit der als Strafe für den Turmbau zu Babel von Gott auferlegten Sprachverwirrung, da auch verbal keine Verständigung mehr möglich war.

Wir konnten diese Dynamik an diesem Wochenende nicht auflösen. Wir brauchten mehrere, diesmal therapeutische Theatergruppensitzungen, um die

vielschichtige gruppendynamische Grenzsituation therapeutisch offen werden zu lassen. Sowohl auf der Ebene der Theatergruppe, als auch in den individuellen therapeutischen Situationen begann zentral die Bearbeitung destruktiver Aggression, die, wie *Ammon* immer wieder betont hat, der Dreh- und Angelpunkt im therapeutischen Prozeß ist. Übertragungs-, Gegenübertragungs- wie auch Widerstandsphänomene konnten ebenso offen werden wie die gesamtgruppendynamische Angst vor der Identitätsanforderung, die die geplante erste öffentliche Aufführung für alle Mitglieder bedeutet, auch für mich als leitende Therapeutin.

Zur ersten Aufführung kam es erst ein halbes Jahr später. Dann war es möglich, zuerst auf einer Schulbühne, dann in unserem Übungszentrum, danach im neuen Kulturzentrum Gasteig in München und zuletzt im Rahmen des 9. Weltkongresses der WADP in der Universität Regensburg aufzutreten und alle diese Aufführungen ohne besondere Schwierigkeiten zu einem bedeutsamen Ereignis für die Schauspieler wie auch für die Zuschauer werden zu lassen.

Über das Erarbeiten eines Stückes, das Rollenspiel und das freie Spiel hinaus, gibt die Theaterarbeit viele Möglichkeiten, kreative Fähigkeiten zu entdecken und zu entwickeln durch die Gestaltung des Bühnenbildes, der Kostüme, der Überarbeitung des Textes, der Gestaltung des Programmes und der Auswahl der Musik.

Wir erleben hier vielfach das, was *Ammon* sagt: »Kreativität ist immer mit der Dialektik von Individualität und Gruppe verbunden und wird immer den ganzen Menschen in seiner gesamten Existenz betreffen« (*Ammon* 1986).

Auseinandersetzungen mit dem Autor, dem geschichtlichen Hintergrund und dem gegenwärtigen Gesellschaftsbezug geben dem Patienten die Möglichkeit, sich und sein Schicksal in Beziehung zu setzen zur Bühne der Welt, wo die Menschen im Welttheater all das inszenieren, was auf der Bühne gezeigt und reflektiert wird und im Lebensraum eines jeden Menschen geschieht.

Es ist sicherlich kein Zufall, daß uns das Thema 'Friedensfähigkeit des Menschen' durch alle von uns ausgewählten Stücke begleitet. »Friedensfähigkeit bedeutet geistige Stärke, Kreativierung und Erotisierung der dem Menschen gegebenen Lebenszeit, Toleranz, Interesse, Humanität und Liebe« (*Ammon* 1986).

Zum Abschluß der cirka zweijährigen Theaterarbeit wird das Stück auf die Bühne gebracht. Die Aufführung des Stückes ist ein besonders bedeutsames Ereignis, denn hier findet der vielschichtige Prozeß der Aneignung und Inszenierung seinen greifbaren und erlebbaren Ausdruck gleichermaßen für den Spieler und den Zuschauer.

Wir spielen immer zuerst in unserem DAP-Ausbildungsinstitut in München, denn die Menschen, die hier arbeiten, geben uns durch ihr Verständnis, ihren Beifall und auch ihre Kritik und Anregung den Mut, öffentlich aufzutreten. Wir spielen gerne — aber nicht nur — auf kleinen Bühnen. Den Zauber der Theaterwelt lernten wir besonders kennen, als wir 1989 »Lysistrate« im

alten Fürst-Bischöflichen Stadttheater in Passau aufführten. Die prunkvolle Ausstattung mit hohen Rängen und Fürstenloge beeindruckte uns ebenso wie die Garderoben, in denen Generationen von Schauspielern gebangt und gezittert haben vor ihrem Auftritt, beseelt von ihren Rollen für die Bretter, die die Welt bedeuten. Daß bei dieser Aufführung der Ratsherr fast seine Stimme verlor, nahm dem ganzen nicht viel.

Es ist schon etwas Besonderes, Angst in Form von Lampenfieber zu erleben. Es ist aushaltbar und sogar beflügelnd im sozialenergetischen Feld einer Gruppe, die bei der Aufführung immer fest zusammenhalten muß.

Zum Schluß möchte ich eine Hoffnung aussprechen: Wie der Bettler Akki zu dem Mädchen Kurrubi sagt, als das Volk sie von ihm weg zum König bringt, um sie zu seiner Königin zu machen: »Ein Stückchen Himmel ist an mir haften geblieben«, so hoffe ich, wenn meine Patienten die Therapie verlassen, daß sie sagen können: »Ein Stückchen Theater ist an uns haften geblieben.«

Theatre Therapy — A Milieu Therapeutic Extension of Out-Patient Psychotherapy

Ingeborg Urspruch (Munich)

Theatre, as a mean of expression like dancing, music and art, is as old as mankind and has already been used in the early medicine. Theatre developed out of the ritualistic orientated part of mankind's history, in which it was an experience of the whole group, with no separation between actors and audience. That separation first appeared in the 5th century before Christ, when the greek theatre created fixed parts and a complete story. This creation has been conserved until now. Theatre in the old Greece was made to give people a chance of political discussion, and it was *Aristoteles'* credit to expess theatre's cathartic effect for the audience.

In psychiatry performing a play as a therapeutic method was first used by *Reil* (1805) and *Marquis de Sade* (1815). In psychotherapy performing theatre had already been grasped and fullfilled at the beginning of psychoanalysis as a therapeutic possibility, above all *Moreno* and *Iljine* are to be named.

Depending on *Günter Ammon's* Dynamic Psychiatry the author sees theatre therapy as a milieu therapeutic instrument, which can be used for and integrated in analytical treating in the attention group- and single-person-psychotherapy (see *Ammon* 1959).

After a short historical overview about the development of theatre therapy in Dynamic Psychiatry the author introduces theatre therapy with out-patients. It is a half-open group with which she is working since ten years ago. This corresponds to a longlasting milieu therapy, where the members have the possibility to analyze and treat their experiences in a parallel running verbal therapy.

The theatre-group chooses the plays on its own, creates set and costumes, directs and takes on all duties appearing until the day of performance. In the following example the group chose »Ein Engel kommt nach Babylon« by *Friedrich Dürrenmatt.* To get acquainted with the play, the group took ten days for milieu therapeutic work, where it applied itself to the mental background of the play. It considered the author, the content, the message and the historical time of the play.

In the paper the special attention is directed on the process of finding a role, which is especially important, because the role will be a part of the patient's identity. She describes, using two examples, how the role makes problems become apparent in a nonverbal way, problems, which were not seen and therefore not treated in the analytic-therapy-group. After having found a role the patient starts identifying with it, he is at one with it. At this point the therapeutical work in the attending verbal therapy has to start. The patient becomes aware of the unconscious parts of his role and might either refuse them as anotherone's or use them and integrate them as new possibility to develop his personality.

Also the author cares about the therapeutical meaning of the so-called »free play«. The patients choose issues on their own, which they perform in improvized scenes. In an unconscious way there often creative abilities and also deficiencies and destructive trends become visible, which the patient did not dare to verbalize yet because of worrying about meeting with disapproval in group-therapy.

Theatre work and working with dreams is handed in a similar therapeutic way. The stage is the screen on which the play develops as a dream. And like a dream the play of patients is either taken as a gift, as it is often by very ill patients, or analyzed by patients with a more stable personality. An essential part of theatre work is dealing with acting on the group-dynamic level. In regular a situation appears in which the play is acted on the group-dynamic level. The author describes that the group has identified itself with the destructive aggression in »Ein Engel kommt nach Babylon« by *Dürrenmatt,* and that therefore the group almost fell apart. Only by intense work with transference, countertrancference and resistance, not only in the theatre-group but also in the attending verbal therapeutic groups, it was possible to solve difficulties and to continue with the stagnating group-process.

The end of the group-process is always the public performance which is a special experience not only for the actor but also for the spectator. When both are touched, the cathartic effect of theatre can exhibit to both of them.

Literatur

Ammon, G. (Hrsg.) (1974): Gruppendynamik der Kreativität. (München: Kindler)
— (1979): Psychoanalytische Milieutherapie. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt)

—(1979): Gruppendynamisches Prinzip. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt)
—(1982): Das Sozialenergetische Prinzip. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt)
—(1986): Der mehrdimensionale Mensch (München: Pinel)
Cavendish, R. (Hrsg.) (1981): Mythologie. Eine illustrierte Weltgeschichte des mythisch-religiösen Denkens (München: Christian)
Doll, H.; Erken, G. (1985): Theater. Eine illustrierte Geschichte des Schauspiels (Zürich: Belser)
Petzold, H.G. (Hrsg.) (1982): Dramatische Therapie (Stuttgart: Hippokrates)
—(Hrsg.) (1982): Methodenintegration in der Psychotherapie (Paderborn: Junfermann)
Rischbieter, H.; Berg, J. (Hrsg.) (1985): Welttheater (Braunschweig: Westermann)
Schneider-Lengyel, I. (1954): Die Welt der Maske (München: R. Piper u. Co.)
Stanislawski, K.S. (1954): Die Arbeit des Schauspielers an sich selbst im schöpferischen Prozeß des Erlebens. (Berlin: Das Europäische Buch)
Tairow, A. (1923): Das entfesselte Theater (Berlin, 1989: Alexander)

Adresse der Autorin:

Ingeborg Urspruch
Fraunhoferstraße 25
W-8000 München 5

The Integration of Art Therapy into the Complex Therapy of Schizophrenic Patients**

Mátyás Trixler, Tamás Tenyi, A. Gáti (Pécs)*

The authors set themselves the task of integrating their art therapeutic method, using symbolical drawings, in the comprehensive system of a psychotherapeutically oriented psychosis therapy. Following a short reference to the medium of art therapy in various therapeutic approaches (Ammon, Benedetti), they present the pictorial expression of the drawings as a possibility of specific therapeutic contact to the schizophrenically structured patient. Moreover, the described art therapy may lead to the recognition of archaic deficits of the patients and to the strenghtening of the Ego and its demarcation from unconscious psychotic material. Two case studies with illustrations show different aspects of the authors' interpretative technique, as well as the place ot the nonverbal setting of art therapy in the course of a psychosis therapy, ending in most cases with working through on the verbal level. The authors conclude that art therapy, in its abridging function between unconscious processes and surrounding objects, may constitute an important contribution to the development of an efficient therapeutic relationship to the patient.

The final goal of the psychotherapy is to bring about an internalized reorganization of the patient's psychic structure. This reorganization would include an alteration in the ego defenses, internal object relations, superego modification, and the vulnerability to self-representation, object-representation fusion. Such favorable changes would lead to improved boundary definition, reality testing, and adaptation. Primitive defenses of disorganization and confusion, denial, projection, projective identification, splitting, and idealization would be replaced by higher levels of repression, reaction formation, manageable anxiety, ambivalence, and the capacity for depression and grief in the face of loss.

In order to achieve such a reorganization it seems unavoidable to establish a therapeutic contact which allows the patients to develop an internal structure that is derived from the external structure provided by the psychotherapist and the staff. Art therapy represents a peculiar way in establishing a therapeutic contact with schizophrenic patients, and can be successfully integrated in the complex therapy of them.

What does art therapy have to offer for the psychotherapy of psychotics? There are some unique advantages which art expression contributes to the psychotherapy process. *Wadeson* (1980) pointed out these as follows: Imagery; we thought in images before we had words, much of our preverbal thinking took the form of images. Imagery probably plays a large part in early personality formation, the core experiences which influence subsequent layers of personality development. In art therapy the image of a dream, fantasy, or experience is depicted in image form rather than having to be translated into

* M.D., Clinic of Psychiatry and Medical Psychology, Medical University of Pécs, Hungary
** Lecture given at the 9th World Congress of the World Association of Dynamic Psychiatry WADP / XXII International Symposium of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP), April 29 — May 3, 1992 at the Universität Regensburg

words, as in purely verbal therapy. Obviously words may be used to elaborate and associate to the art expression, but the essential message is conveyed in image form. Decreased defenses are closely related to the importance of imagery. Because verbalization is the primary mode of communication, we are more adept at manipulating it. Art is a less customary communicative vehicle for most people and therefore less amenable to control. Unexpected things may burst forth in a picture, and unexpected recognitions often form the leading edge of insight, learning, and growth. Objectification is another unique attribute of art therapy. A particular advantage of there being a tangible object produced is that it is often easier for a resistant patient to relate to the picture than to the self. The art expression can form a bridge, because feelings or ideas are at first externalized in an object. The art object allows the individual, while separating from the feelings, to recognize their existence. If all goes well, the feelings become owned and integrated as a part of the self. Unique to art therapy is the permanence of the object produced. The advantage here is that the picture is not subject to the distortions of memory. It remains the same and can be recalled intact months or years after its creation. Reviewing the art productions is extremely beneficial, sometimes new insights develop. A series of pictures can provide ample documentation of the significant issues and their affectual components. Verbalization is linear communication. In art, relationships occur in space, it is spatial in nature. There is no time element and in a picture the patients can portray their relationships and emotional contents at once. In art therapy there is release of creative energy and a more direct participation than in talking. According to *Benedetti* (1987) in the mirror of therapists listening and participating, psychopathology becomes creativity. The greater the creativity, the more positive the therapeutic indication.

Sechehaye (1951) in her classic book about symbolic realization presented convincing examples of the importance of art expression in the therapeutic process. On the very difficult way to finding a common language with her patient the turning-point was, when the patient, who has spoken very little, at the end of three and a half months brought her first symbolic drawings. From then on the patient frequently made drawings for the therapist and art expression has been an integrated part of therapeutic communication.

Ammon (1957, 1973) published excellent descriptions of the psychotherapeutic process of a painter with schizophrenic reaction. In the ego-strenghtening process the patient's art products played an important role in the objectification and externalization of inner psychic contents, and her paintings have been systematically integrated into the psychotherapeutic process.

In our therapeutic practice with schizophrenic patients we applied successfully. The art therapeutic technique. The patients express often spontaneously or by little encouragement their psychotic contents in symbolic drawings. The pictorial expression of feelings, ideas, impulses, and conflicts serves as an important source of data regarding patients' delusional and hallucinatory experiences.

The art expressious of schizophrenic patients are mainly symbolic, and very often of an archaic kind. These symbolic drawings of the regressed schizophrenic patients reveal their archaic ego-defects. Because the fundamental traumatization in their personality development is preverbal, the expression of it is only possible by primary process thinking: by the help of imagery. When organization of thought processes gives way under stress and an acute schizophrenic episode ensues, the epic symbolic frame becomes the more proportionate one to suit the magnitude of the turmoil.

It is an important question, how to work with the symbolic drawings, which kind of interpretation should be given to them? Concerning the interpretations we accepted the conception of *Benedetti* (1980). Interpretations translate schizophrenic processes into psychogenetic events in order to give the patients the key to structuring of their psychotic experiences. Interpretations are concerned not only with instinctual needs of the schizophrenic patients, as in neurosis, but also with structural needs of the schizophrenic ego. By these, the needs of the patients are meant to distinguish between egoic and alien, to grasp the frontiers of their own egos, to structure associations in time and space, to find an intrapsychic coherence, and so on. We practised ego strengthening, structural interpretations in the sense of *Benedetti* (1980). According to our experiences it was of secondary importance which kind of terminology of the various psychotherapeutic schools has been employed. In the following we would like to present short parts of the art therapeutic process of two schizophrenic patients.

Case of Judy. The case tries to present the process of participation through art-therapeutic methods. The patient was a young female, who was admitted to our department because of a deep autistic state. The patient was mutistic, seriously withdrawn, no contact could be established. In the first few days she was tube-fed. Beside neuroleptic medication we started intensive individual psychotherapy. After a few days she could be moved to make drawings. In her first drawings (Fig. 1), she only drew figures without breasts, representing oraldeprivation, leading to the appearance of part-objects. Few sessions later she pathologically identified with the therapist, which was a sign of developing transference psychosis (Fig. 2). In the drawings both the patient, her mother and the male therapist were drawn as females (Fig. 3). In her world her mother and her husband were persecutors, who overfed her (Fig. 4); the therapist was seen as a positive person, a friend from the village. Through the structural interpretation of the drawings, the disturbed object-relations could be symbolically realized and integrated into the therapeutic contact. In her later drawings (Fig. 5) a positive mother figure appeared, who fed her.

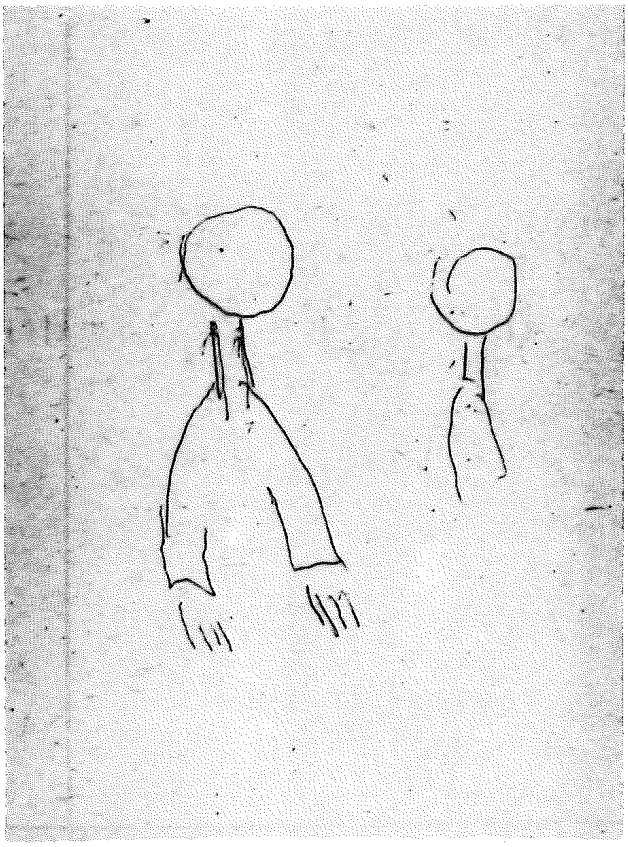


Fig. 1: Case of Judy: Figures without breasts, representing oral deprivation

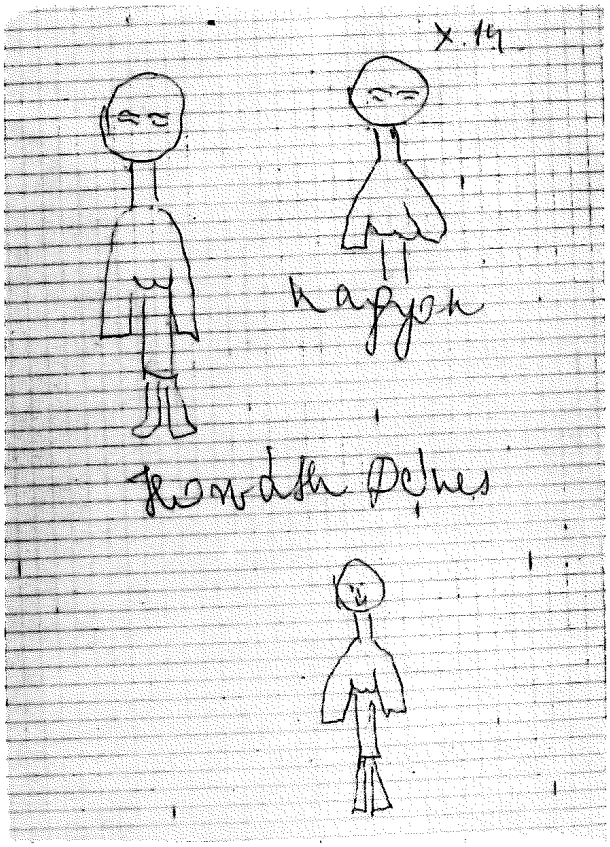


Fig. 2: Case of Judy: Figures symbolizing the therapist, her mother and Judy with breasts

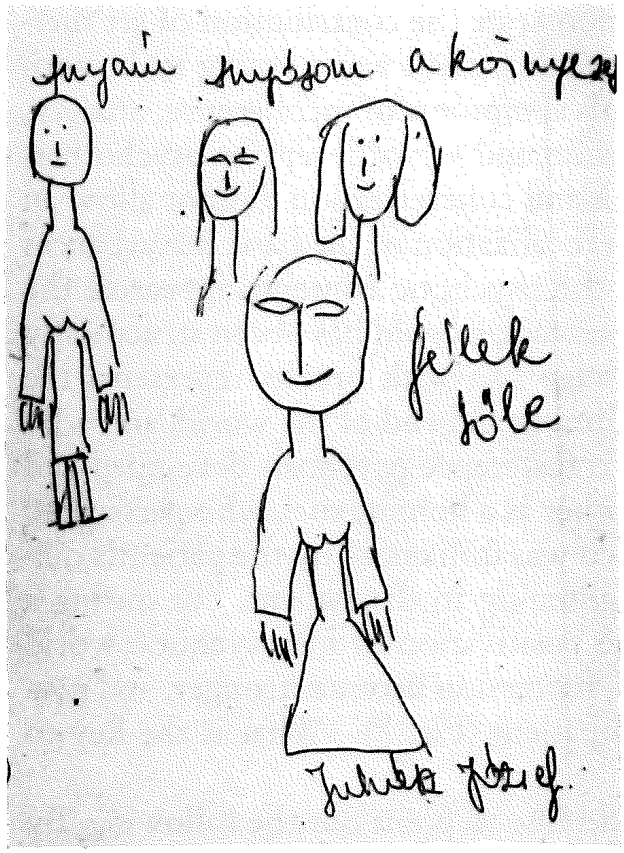


Fig. 3: Case of Judy: Mother and husband as persecutors; the therapist at the left side with breasts, representing a positive figure

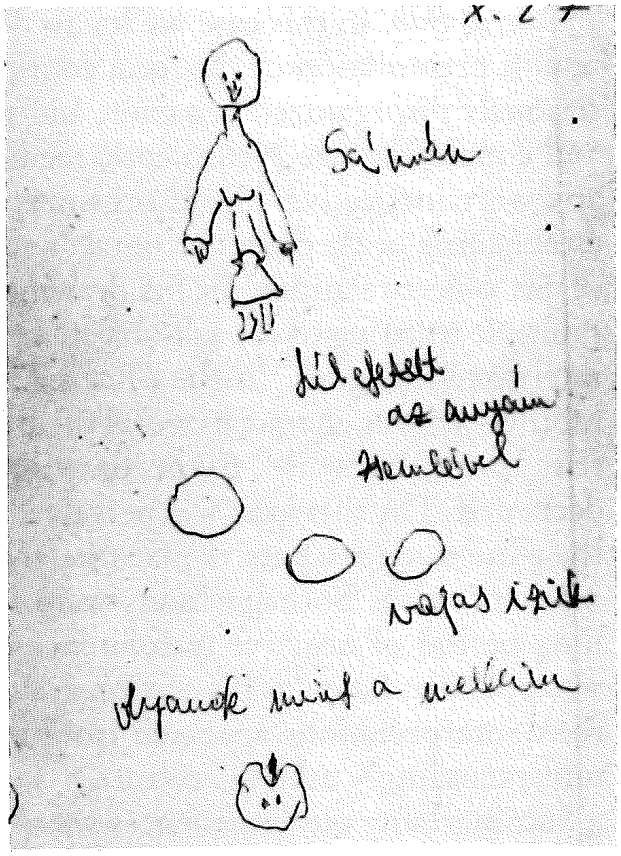


Fig. 4: Case of Judy: The patient and some cakes, symbolizing overfeeding by the mother

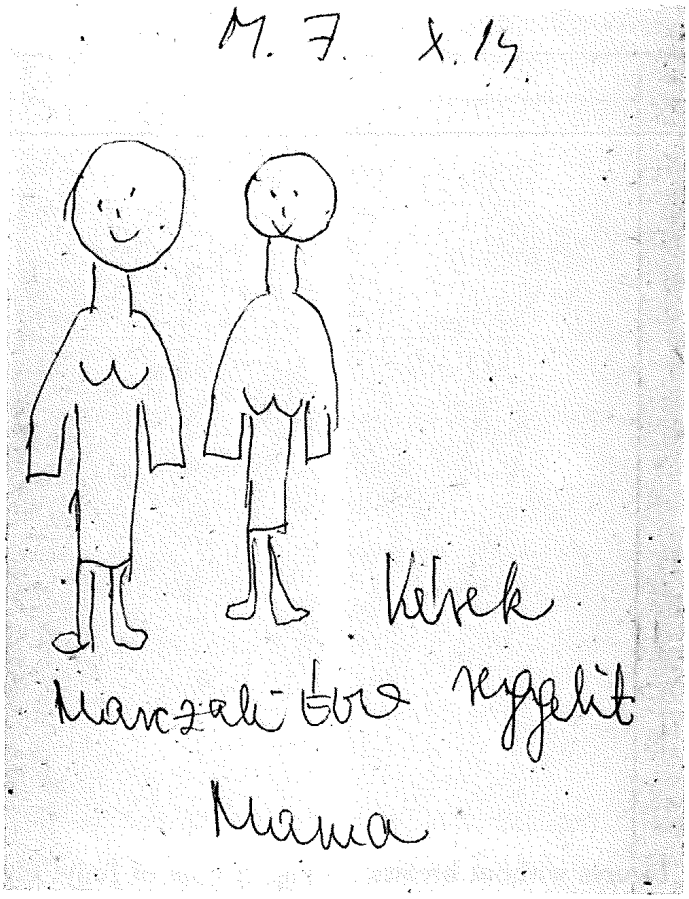


Fig. 5: Case of Judy: A positive mother figure appears, who fed her

Case of Bob. In this case we try to demonstrate the contribution of art therapy in presentation of the focal conflict. Our patient was a young male, with seriously disorganized behavior, and with symptoms of incoherence, anxiety, and concretization. Neuroleptic medication and verbal intensive psychotherapy were ineffective. His disorganization and concretization did not allow an establishing ot therapeutic contact and a focalization of the basic disturbances of his object-relations. In his drawings the psychotic contents appeared; the multiple splitting of the self-object representation could have been structurally interpreted (Fig. 6). In the drawing a huge fish with breasts represents the mother, who is characterized as the beginning and end of the world, and who tries to eat the world. By his drawings transference psychosis developed and deepened. The therapist was perceived either as a homosexual, who persecuted the patient, or as a passive machine, which was influenced by the patient's omnipotent wish. Both positions were frightening to the patient, but during a long period of negative transference the positivation of his psychotic world was possible. Later, as his ego integrated, repression became stronger, and neurotic interpretations appeared from the patient (Fig. 7). »What is the key to understanding?« asks his picture.

Summarizing our experiences we would like to point out the following. By the application of art therapy in the psychotherapy of schizophrenic patients the communicative channels and the therapeutic contact could have been importantly widened and deepened. The great role of imagery in art expression

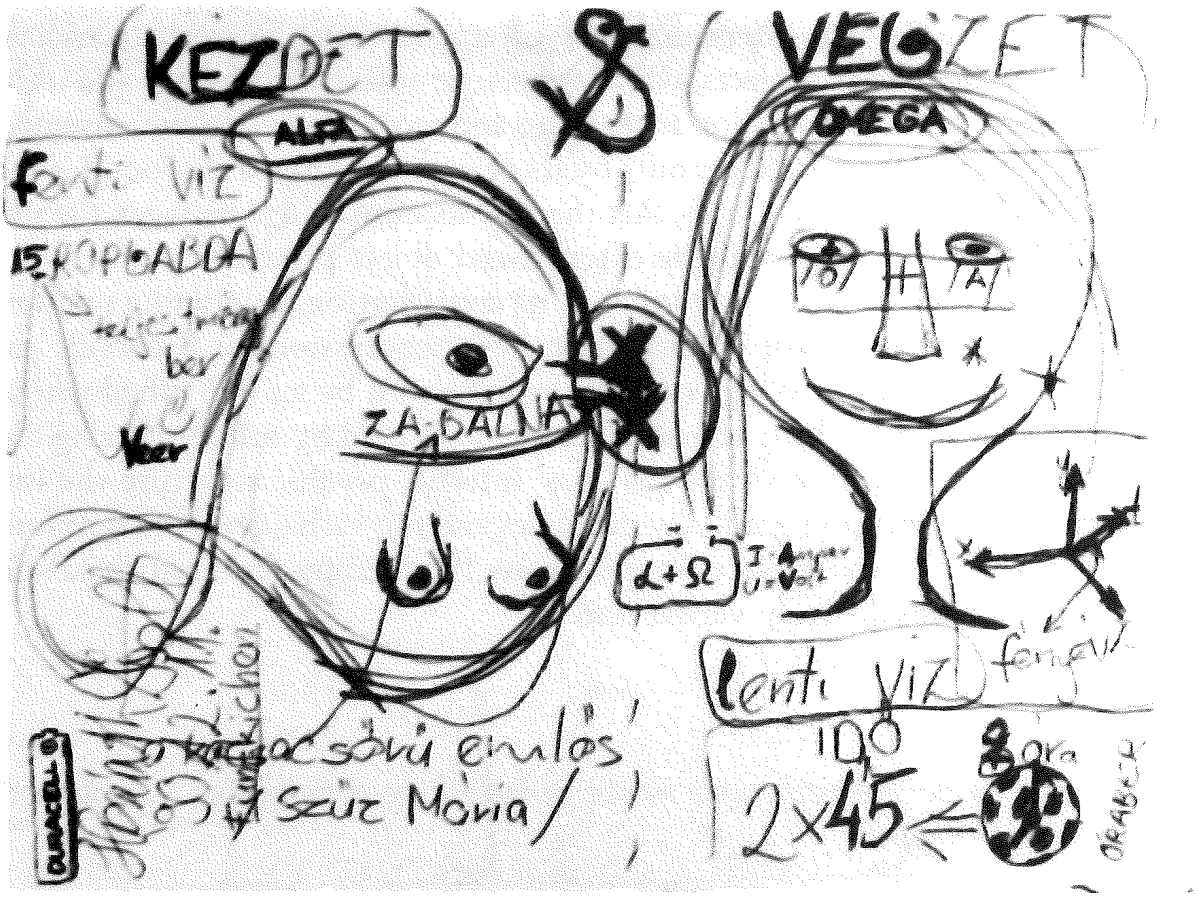


Fig. 6: Case of Bob: Psychotic drawing showing the multiple splitting of the self-object-representation

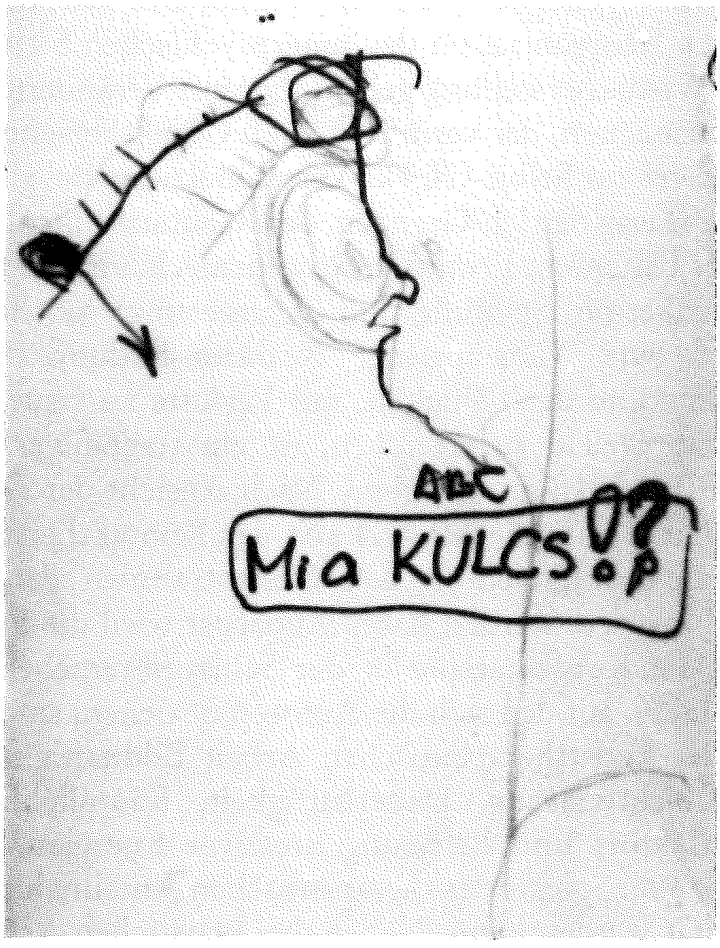


Fig. 7: Case of Bob: Drawing »What is the key to understanding?«

enhances revealing and externalization of unconscious preverbal, archaic psychic traumas. The art objects, which represent objectified feelings and ideas of the patients, allow a separation from them and recognition of their existence. The tangible object produced permits by its permanence to focus around it the distorted emotions of the patients. Art therapy forms a bridge between the unconscious internal feelings and the externalized object produced.

The primary benefit of art therapy is in its contribution to building up therapeutic contact with schizophrenic patients. Art expression for psychotic patients is the undermining of the isolation experienced by an individual whose view of the world bears little resemblance to views held by others. During the progressive reorganization of the patients' internal psychic structure the importance of art expression gradually decreases and the verbal level of communication obtains even more place. In most cases the therapy was continued and terminated as an exclusively verbal one.

Die Integration der Kunsttherapie in die ganzheitliche Behandlung schizophren reagierender Patienten

Mátyás Trixler, Tamás Tenyi, A. Gáti (Pécs)

Zielsetzung jeder Psychotherapie ist im Verständnis der Autoren der vorliegenden Arbeit die Reorganisation der innerpsychischen Struktur des Patienten. Eine solche Wiederherstellung geht einher mit Veränderungen im Bereich der Abwehrmechanismen, der verinnerlichten Objektbeziehungen, des Über-Ich und der Tendenz zur Selbst-Objekt-Verschmelzung. Bei günstigem Verlauf kommt es zur Stärkung der Ich-Grenzen, der Realitätskontrolle und der Realitätsanpassung des Patienten. Primitive Abwehrmechanismen (wie Projektion, projektive Identifikation, Spaltung und Idealisierung) weichen höheren Abwehrformationen wie Verdrängung, Reaktionsbildung, kontrollierbarer Angst, Ambivalenz und der Fähigkeit, um Verluste zu trauern.

Um diese Therapieziele zu erreichen, ist ein tragfähiger therapeutischer Kontakt für den Patienten grundlegend. Nach Ansicht der Autoren stellt die Kunsttherapie eine spezifische Möglichkeit der Kontaktherstellung mit dem Patienten dar, die erfolgreich in den Gesamtrahmen der Schizophrenie-Psychotherapie integriert werden kann. Zunächst wird die Frage untersucht, welche Vorteile die Kunsttherapie in der Schizophreniebehandlung bietet. Nach *Wageson* (1980), auf den sich die Autoren beziehen, sind Merkmale und Möglichkeiten der kunsttherapeutischen Arbeit Bildhaftigkeit, Unterlaufen der Abwehr, Objektivierung, Dauerhaftigkeit, Räumlichkeit unter Aufhebung des Zeitfaktors und Befreiung kreativer Energien. Auch *Benedetti* (1987) betonte, daß im Spiegel der therapeutischen Anteilnahme Psychopathologie zu Kreativität werden kann. Neben den klassischen Arbeiten von *Sechehaye* (1951) zur symbolischen Realisation führen die Autoren aus, daß *Ammon*

(1957, 1973) ausgezeichnete Darstellungen des psychotherapeutischen Entwicklungsprozesses einer schizophren strukturierten Malerin veröffentlichte. Im von *Ammon* beschriebenen Prozeß der Ich-Stärkung der Patienten spielten die Gemälde eine bedeutende Rolle bei der Objektivierung und Externalisierung intrapsychischer Inhalte und Phantasien. *Ammon* bezog diese Bilder systematisch in die Schizophrenie-Psychotherapie ein.

In der eigenen psychosentherapeutischen Arbeit der Autoren werden spontane, durch den Therapeuten ermutigte, aber nicht vorstrukturierte symbolische Zeichnungen der Patienten als Ausdruck ihrer Gefühle, Ideen und Konflikte verstanden und als wichtiges Material zur Beobachtung der psychotischen Erlebnisse und Halluzinationen genutzt. Da der künstlerische Ausdruck schizophren strukturierter Patienten nach Meinung der Autoren überwiegend symbolischen und archaischen Charakter hat, verdeutlichen die Zeichnungen häufig die archaischen Ich-Defizite der Patienten, die in der präverbalen Entwicklungsphase entstanden sind und daher durch primärprozeßhaftes Denken mit Hilfe von Bildern ausgedrückt werden können.

Die Interpretation der Bilder geschieht nach der Konzeption *Benedettis,* dessen Ziel die Strukturierung und Stärkung der Ich-Grenzen des schizophrenen Patienten und die Unterscheidung zwischen ich-fremd und ich-synton anhand der bildnerischen Darstellungen ist. Nach welcher therapeutischen Schulrichtung oder in welcher Terminologie die Interpretationen geäußert werden, ist dabei nach den Erfahrungen der Autoren zweitrangig.

Zwei Fallbeispiele der Kunsttherapie mit schizophren strukturierten Patienten werden von den Autoren anhand des Bildmaterials vorgestellt und diskutiert. Im ersten Beispiel liegt das Schwergewicht auf der Darstellung des therapeutischen Prozeßgeschehens anhand der kunsttherapeutischen Methodik und Interpretation. Eine anfangs mutistische, nichtkontaktfähige Patientin stellt in ihren Zeichnungen zunächst ihre Defizite und Verfolgungsängste dar, dann die positive Beziehung zum Therapeuten, der durch die symbolische Realisation in den Bildern die gestörten Objektbeziehungen in den therapeutischen Kontakt einbringen kann. Schließlich erscheint im letzten Bild eine positive Mutterfigur, die die Patientin füttert. Im zweiten Fallbeispiel wird die Bedeutung der Kunsttherapie bei der Darstellung eines fokalen Konflikts, hier der Beziehung zum Therapeuten, deutlich. Der junge Patient, der trotz neuroleptischer Behandlung psychotische Symptome und große Kontaktangst zeigt, so daß keine therapeutische Beziehung hergestellt werden konnte, drückt in seinen Zeichnungen die vielfache Zersplitterung seiner Objektbeziehungen aus, ebenso wie seine paranoischen Verfolgungsängste auch vor dem Therapeuten, den er als homosexuellen Verfolger oder als passive Maschine ambivalent erlebt. Nach einer langen Zeit der negativen Übertragung kann der Patient schließlich eine positive, mehr in den neurotischen Bereich gehende Entwicklung nehmen, und er schreibt zu einer Zeichnung: »Wo liegt der Schlüssel zum Verstehen?«

Zusammenfassend stellen die Autoren fest, daß die Kommunikation und der therapeutische Kontakt durch die Kunsttherapie hergestellt und vertieft werden können. Die Bildhaftigkeit des künstlerischen Ausdrucks ermöglicht die Externalisierung unbewußter, präverbaler Inhalte und archaischer psychischer Traumata. Die Bilder als Objekte, die Gefühle und Gedanken des Patienten repräsentieren, erlauben eine Trennung von diesen bei gleichzeitiger Anerkennung ihrer Existenz. Die Kunsttherapie stellt eine Brücke her zwischen unbewußten inneren Gefühlen und dem äußeren Objekt. Der wesentliche Aspekt der Kunsttherapie ist jedoch nach Ansicht der Autoren ihr Beitrag zum Aufbau einer therapeutischen Beziehung mit schizophrenen Patienten, indem die Isolation des Patienten durch das Verstehen seiner inneren Welt, die oft wenig Ähnlichkeit mit der Welt anderer Menschen hat, aufgehoben werden kann. Im Verlauf des gesamten Therapieprozesses nimmt die Bedeutung des nonverbalen Ausdrucks nach und nach in dem Maße ab, wie der verbale Ausdruck im Gespräch möglich wird. In den meisten Fällen wird die Behandlung wie eine verbale Psychotherapie abgeschlossen.

Literature

Ammon, G. (1957): The Psychotherapeutic Process of a Painter with Schizophrenic Reaction, Demonstrated through Pictures. Proceeding 6. Convent. of the Interam. Soc. f. Psychol. (Mexico City: Univ. Press)
— (1973): Dynamische Psychiatrie (Darmstadt, Neuwied: Luchterhand)
Benedetti, G. (1980): The Individual Psychotherapy of Schizophrenic Psychoses. In: Schizophrenia Bull. (6) 633—638
— (1987): Psychotherapy of Schizophrenia (New York: Univ. Press)
Sechehaye, M.A. (1951): Symbolic Realization (New York: Int. Univ. Press)
Wadeson, H. (1980): Art Psychotherapy (New York: Wiley)

Address of the authors:

M. Trixler, T. Tenyi, A. Gáti, M.D.
Clinic of Psychiatry and Medical Psychology
Medical University
Rét u. 2
7623 Pécs
Hungary

Psychotherapie bei körperlich Kranken**

Heinrich Huebschmann (Heidelberg)*

Der Autor tritt dafür ein, das herkömmliche Krankheitsverständnis der Inneren Medizin zu erweitern. Eine allein auf der pathologischen Anatomie beruhende Krankheitslehre hält er für unzureichend, um einen Kranken wirkungsvoll behandeln zu können. Er schlägt eine Leidenslehre vor, die darin besteht, daß der Patient sich mit Hilfe der Sprache selbst öffnet. Im Mittelpunkt der Arbeit stehen ausführliche Fallbeispiele aus der langjährigen Praxis des Autors als Internist und Psychotherapeut, mit denen er seine Auffassung veranschaulicht. Inwieweit ein Patient über seine persönlichen Empfindungen sprechen kann, ist seiner Meinung nach nicht nur durch die sog. Alexithymie des körperlich Kranken bestimmt, sondern auch durch die Einstellung des Arztes. Der Autor befürwortet aufgrund seiner Erfahrung die Behandlung durch zwei Therapeuten, die sich ergänzen und unterstützen, da so die Wirksamkeit einer Behandlung erhöht werden kann.

Unser Sohn — er war sieben Jahre alt — fragte mich einmal: »Was ist ein Internist?« Der Vater: »Ein Internist ist ein Arzt, der Krankheiten behandelt, die im Körper sind und die man nicht sieht.« Der Sohn: »Wie machst Du es dann, daß man sie doch sieht?«

Man kann die Innere Medizin bezeichnen als ein Unternehmen, das dazu dient, verborgene krankhafte Veränderungen sichtbar zu machen, um wirksam — und das heißt: gezielt — behandeln zu können. Es kommt aber vor, daß der Internist nichts findet. Dann wird der Psychiater zuständig. Auch dieser ist freilich bemüht, Sichtbares zu entdecken, wie z.B. Substanzverlust, Blutgefäßveränderungen, Stoffwechselstörungen, Tumoren im Gehirn. Aber wenn er nichts dergleichen findet, muß er sich begnügen mit dem Hören auf das, was der Kranke ihm sagt. Und dann wird vielleicht der Psychoanalytiker geholt.

So war es, und so ist es vielfach noch heute. Gewiß, wir haben inzwischen die Psychosomatik bekommen. Aber auch sie erscheint vielfach nur als ein neues Fachgebiet, das sich neben den bestehenden Fächern zu etablieren sucht.

Es bahnt sich aber eine Revision des zugrundeliegenden medizinischen Denkens an. Das, was da revisionsbedürftig wird, sei durch eine Selbsterfahrung verdeutlicht: Vor einigen Jahren ließ ich mich wegen eines Leistenbruches operieren. Acht Tage wurde ich stationär behandelt. Am Entlassungstag erlebte ich wie an jedem Vormittag die klinische Visite, nämlich den Chefarzt mit einem Gefolge jüngerer Kolleginnen und Kollegen, alle in weiß. Ich stand, schon angezogen, in Zivilkleidung neben meinem Bett. Der Chefarzt, mein Operateur, bat mich, mich hinzulegen und »freizumachen«, er wolle noch einmal nachsehen. Es war klar, daß er den Operationsbefund prüfen wollte. Ich gehorchte nicht gleich. Angesichts des Weißmäntelschweifes — »Halleyscher-

* Dr. med., Arzt für Innere und Erinnerungsmedizin (Psychotherapie)

** unter Mitarbeit von Eva Huebschmann, Vortrag gehalten auf dem 9. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP / XXII. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 30. April — 3. Mai 1992 an der Universität Regensburg

Komet« äußerte einmal ein Patient — saß mir plötzlich der Schalk im Nacken. Ich sagte: »Man soll aber den ganzen Menschen sehen!« Darauf konterte der Chefarzt: »Dann müssen wir Sie aufmachen!«

Ein Witz, typisch für einen Chirurgen, so wird man urteilen. Der Kollege hatte aber auch etwas verraten, was uns Ärzte alle bestimmt: Die Schulung durch eine anatomische Pathologie, zu deutsch: Aufmach- (wörtlich: Aufschnitt-) Leidenslehre. Bevor wir lebende Kranke sehen, lernen wir, noch ganz junge Anfänger, am toten Körper.

Es liegt mir fern, die Lehre von der Gestalt und vom Bau der Körperorgane zu denunzieren. Sie ist unverzichtbar für das ärztliche Handeln, etwa, um ein Beispiel zu nennen, als Histologie — zu deutsch: Gewebelehre — bei der Krebsdiagnostik. (Freilich: Fragen wie »Wer ist der Erbauer?«, »Wer ist der Weber?« werden nicht gestellt.)

Es gibt aber noch eine ganz andere Leidenslehre. Sie gründet sich darauf, nicht daß der Kranke aufgemacht wird, sondern daß der Kranke sich öffnet, mit Hilfe der Sprache. Das Tun des Arztes besteht darin, dem Kranken Gelegenheit zu bieten, seine Verschlossenheit aufzugeben. Der Arzt muß dem Kranken zuhören, er muß ihn anhören. Und auch diese Leidenslehre, diese »akustische« Pathologie, sit venia verbo, hat therapeutische Bedeutung. Wir entdecken das immer mehr. Es wird dabei uraltes Wissen wiederentdeckt. Die Psychoanalyse, zu deutsch: Seelenauflösung — und insofern eigentlich eine irreführende Bezeichnung — als Zuhör-Wissenschaft war da ein erster Schritt.

Um das zu verdeutlichen, will ich berichten über Beispiele aus Klinik und Praxis. Neben unserer wissenschaftlichen Nomenclatura will ich dabei ausdrücklich die Aussagen der Kranken wiedergeben. Gegenüber einer technologischen Medizin, die immer mehr verstummen läßt, vertrete ich die These, daß auch die Sprache des Kranken zu einer wissenschaftlichen Heilkunde gehört. Ich bin niedergelassener Arzt seit 27 Jahren.

Mein erstes Beispiel stammt aus der Zeit, als ich noch klinisch tätig war. Es handelt sich um einen 24-jährigen Mann, der wegen eines Nierenleidens zur Aufnahme kam. Als Erklärung gab er eine Erkältung auf dem Fußballplatz an. »Erkältung« wird ja bekanntlich oft als Erkrankungsursache genannt, und es stellt sich die Frage, wieso eigentlich das Erklärungsbedürfnis damit befriedigt ist. Zehn Monate vorher hatte sich das Leiden schon einmal bemerkbar gemacht, im Anschluß an eine Mandelentzündung. Zu uns kam der Patient also wegen eines zweiten — wie wir sagen — Krankheits»schubes«. (Frage: Wer oder was »schiebt« da eigentlich?) Die bei uns erhobenen Organbefunde ergaben nach unserer Fachsprachenregelung die Diagnose: Subchronische Glomerulonephritis.

Der junge Mann hatte schon mehrere Monate in anderen Krankenhäusern verbracht. Interesse hatten dort nur die Organdaten gefunden. Auch in unserer Klinik war das vier Wochen lang so. Ich war der erste, der sich Zeit nahm für ein Gespräch mit ihm. Das Erebnis war überraschend. Es war wie ein Vulkanausbruch. Der Kranke sprach unaufhörlich, leidenschaftlich erregt,

drei Stunden lang. Die Schwester rief zum Essen. Er überhörte das. Er verschwieg nichts: nicht die verrückten Verhältnisse in seinem Geschäft, nicht die sich hinter großer Fürsorglichkeit verbergende Lieblosigkeit der Mutter, nicht die gescheiterten Heiratspläne, nicht seine sexuellen Nöte. Aber vier Tage später faßte er das Fazit in der Formel zusammen: »Das Gespräch ist unrentabel.« Denn man könne ja doch nichts ändern. Ich habe mich dadurch nicht beirren lassen und weitere intensive Gespräche mit dem Kranken geführt. Er war imstande, sachlicher zu berichten. Aber ein Grundelement der ersten Eruption kehrte immer wieder: eine fundamentale Zwiespältigkeit. Auf der Krankenstation verbarg er das freilich hinter einer Fassade von Munterkeit und schnoddrigen Bemerkungen.

Auch zu Hause hatte er sich bemüht, stets das Bild eines tüchtigen, strebsamen, optimistischen, erfolgssicheren Mannes zu bieten. Was ist sein Zuhause? Es ist eine Kreuzung von Handwerkerbetrieb und Arztpraxis: ein Friseurgeschäft. In dem Städtchen, in dem er lebt, gibt es noch weitere 24 Friseurgeschäfte. Beherrschendes Gesetz ist der Kampf um die Kunden. Die ganze Familie steht unter diesem Terror: der Vater, Gründer und Inhaber des Geschäftes, die Mutter, ebenfalls Friseuse, die Schwester, die mithilft, der Meistergehilfe Max. Der Patient ist Angestellter des Vaters. Er wird das Geschäft später übernehmen. Das Haus ist zweistöckig. Unten ist der »Salon«. Oben wohnt man, aber für private Bedürfnisse ist kein Raum, äußerlich und bildlich. Das Essen wird vom Hotel gegenüber gebracht. Der Vater wacht darüber, daß die Kunden so schnell wie möglich »bedient« werden, damit sie nicht zur Konkurrenz gehen. Abends flieht der Patient ins Wirtshaus zum Vergessen beim Bier, dem Lethetrank. Die Mutter befürchtet Alkoholismus, ihr verzweifelter Rat lautet: »Heinz, trink Saft!« Aber das Ins-Wirtshaus-Gehen gehöre auch zum Geschäft, es diene der Werbung: »Kundschafttrinken!«

Nach drei Monaten wurde der Patient entlassen. Ein Dreivierteljahr später mußte er wegen eines dritten Krankheitsschubes zwei Monate und wegen eines vierten nochmal drei Monate bei uns aufgenommen werden. Zwischendurch war er ambulant behandelt worden. Es fanden zwanzig weitere Gesprächssitzungen statt.

Wir fragen nach den Ursachen der Erkrankung. Laut Dudens Herkunftswörterbuch stammt das Wort Ursache aus der Rechtssprache: Es bedeutet Anlaß zu gerichtlichem Vorgehen. Erkrankung hat also auch mit Unrecht und Recht zu tun. Unser Patient — ich nenne ihn jetzt bei seinem Namen: Heinz — berichtete von Kränkungen, auf die er mit Halsschmerzen und Harnbluten geantwortet hatte, weil sie ihm »an die Nieren gegangen« waren. Ich gebe sie kurz wieder.

Vor dem ersten »Schub«: Heinz hatte viele Freundinnen gehabt. Meist waren es nur flüchtige »Objektbeziehungen« gewesen. Auf einem Tanzabend lernte er ein Mädchen kennen, die ihm wirklich gefiel. Er war glücklich darüber. Gegen elf Uhr trat sein Freund Helmut herein. Er blickte das Mädchen an, und von da an ließ ihr Interesse für Heinz nach.

Vor dem zweiten »Schub«: Heinz wollte Freund Helmut bei dem gemeinsamen Besuch eines Fußballspiels wegen des Mädchens zur Rede stellen. Es wurde ihm dadurch unmöglich gemacht, daß Helmut seinen Vater mitbrachte. Das war die »Erkältung« auf dem Fußballplatz gewesen, von der Heinz berichtet hatte.

Vor dem dritten »Schub«: Der Vater hatte im Geschäft einige Kundinnen bestellt. Heinz hatte zwei von ihnen jahrelang bedient. Als die beiden Kundinnen erschienen, teilte der Vater ohne vorherige Erklärung die eine dem Meistergehilfen zu, die andere übernahm er selbst. Heinz, der »Juniorchef«, fühlte sich in aller Öffentlichkeit bloßgestellt. Aber er äußerte sich nicht, unterdrückte seine Wut und bemühte sich, die Sache zu vergessen.

Vor dem vierten »Schub«: Die Schwester verlobte sich, der künftige Schwager kam zu Besuch. Heinz hatte ein gutes Verhältnis zur Schwester gehabt. Neun Jahre älter als er, hatte sie ihm viel von dem gegeben, was er an der Mutter vermißte. Nun war sie ihm gleichsam untreu geworden. Und sie hatte in der Partnerwahl mehr Erfolg als er.

Daß hier ursächliche Zusammenhänge wahrscheinlich waren, schien ihm, Heinz, selbst zu dämmern. Zum ersten »Schub« meinter er: »Sie glauben wohl, daß meine Erkrankung mit meinem« — er suchte nach einem Wort — »Liebesunfall zu tun hat?«

Im Harn von Heinz war — so unsere nomenclatura — »Staphylococcus aureus haemolyticus« gefunden worden. Heinz hatte »Antibiotica« in hohen Dosen erhalten, insgesamt 144 Gramm, also über ein Viertelpfund. Der Harnbefund normalisierte sich nur vorübergehend. Auch eine operative Entfernung der Rachenmandeln — »Tonsillektomie als Fokalsanierung« — half nicht. Es kam sogar zu dem dritten Krankheits»schub«, und dies trotz hoher Gaben eines Antibiotikums.

Meine Therapie bestand darin, Heinz gegenüber anderen »Erregern« zu immunisieren, vor allem gegenüber den Eltern. Ich habe vorgeschlagen, in einer Erkrankung eine Art Streik des Körpers zu sehen (*Huebschmann* 1974). Tatsächlich hatte Heinz mit seiner Erkrankung das elterliche Geschäft monatelang wirksam bestreikt. Aber dabei durfte es nicht bleiben. Einmal kamen die Eltern zu Besuch. »Die Invasion«, wie Heinz es formulierte. Ich nahm die Gelegenheit wahr, mit den Eltern zu sprechen. Die Eltern beteuerten, daß sie es ja nur gut mit dem Sohn meinten und daß es ja um die Sicherung seiner Zukunft ginge. Ich bemühte mich, ihnen verständlich zu machen, daß man sein Kind nicht nur als Angestellten zu betrachten habe und daß man auch über Angestellte nicht einfach verfügen könne, sondern ihnen ein Recht auf Eigenexistenz zuerkennen müsse. Heinz bedankte sich am folgenden Tag bei mir. Noch nie sei jemand so für ihn eingetreten.

Körperlich Kranke sind im allgemeinen weniger geneigt, über persönliche Empfindungen zu sprechen, als Neurotiker; Heinz scheint da eine Ausnahme zu sein. Man hat dafür das Wort »Alexithymie« erfunden, von a=nicht, legein=reden und thymos=Gemüt. Es gibt aber auch eine Alexithymie des

Arztes, man denke nur an die TÜV-Mentalität vieler Somatiker. Ob ein Patient sich dem Arzt gegenüber öffnet und inwieweit, ist auch davon bestimmt, wie der Arzt sich verhält und was für ein Bild der Heilkunde er dem Patienten vermittelt.

Eine 35jährige Lehrerin kam zu mir wegen Drücken und Stechen hinter dem Brustbein und in der Herzgegend, einem Brennen, einem Würgen. Die Beschwerden bestanden seit einem Herzinfarkt. Sie war der Meinung, daß ihre Beschwerden durch ihre seelische Lage bedingt seien. Ihr Befinden schilderte sie so: »Ich gerate immer wieder in Situationen, wo ich mich psychisch und physisch überlaste. Ich bin von Verpflichtungsgefühlen gegenüber Vater und Familie bedrängt. Ich habe Schwierigkeiten, meine eigenen Wünsche anzunehmen und durchzusetzen.«

Sie ist seit elf Jahen mit einem gleichaltrigen Lehrer verheiratet, hat zwei Söhne, vier und neun Jahre alt. Ihrem Ehemann gegenüber empfindet sie in zunehmendem Maße Einwände. Ihre Mutter habe sie vor ihm gewarnt. Lebenstüchtigkeit sei nicht seine Stärke, ganz anders als beim Vater, einem unternehmungsfreudigen Stahlbauingenieur. Sie selbst wünscht sich, er wäre praktischer, rascher, er ergreife die Initiative, wenn es um die Zukunft der Familie geht. Er habe blinde Flecken. Sie fühlt sich durch ihn gehemmt. Vier Tage lang war er einmal mit seiner Schulklasse verreist. Sie entdeckte, daß sie gern allein gewesen war. »Ich möchte wo sein, wo keiner reinkommt, auch mein Mann nicht.« Sie hat sich im Keller des Hauses ein »Frauenzimmer« eingerichtet. Der Ehemann sei sehr ungesellig. Sie lebt auf, wenn sie mit Freunden und Bekannten zusammen ist. Sie stellt auch fest, daß der eine oder andere Mann ihr besser gefällt als der eigene und daß sie sich zu ihm hingezogen fühlt. Der erste Herzschmerzanfall, der den Infarkt ankündigte, sei aufgetreten, unmittelbar nachdem sie nach längerer Pause wieder mit dem wenig geliebten Ehemann geschlechtlich zusammengekommen war. Sie meint, daß dieses zeitliche Zusammentreffen kein Zufall sei.

Die Patientin hatte mich spontan aufgesucht, nachdem ich ihr durch eine Freundin empfohlen worden war. Aber es fiel ihr vor allem in den ersten Behandlungsstunden schwer, sich zu öffenen. Immer wieder zögerte sie. Sie schien sogar Angst zu haben. Sie stammt aus einer Familie mit christlich-evangelischer Tradition. Aber nicht nur das. Auch mit ihren gegenwärtigen Freunden und Bekannten will sie ein diesem Glauben entsprechendes Leben führen. Sie spricht von Bruderschaft und — auf meine Anregung hin — auch von Schwesternschaft. Sie spricht von Kommunität. Ihre geschlechtlichen Nöte und ihre Gedanken ehelicher Untreue passen nicht in diese Welt. Das erklärt ihr Zögern. Aber auch ihre Angst?

Es fällt noch etwas auf. Seit dem Herzinfarkt sind acht Monate vergangen. Warum kommt sie erst jetzt zu mir? Sie hatte wegen ihres Herzinfarkts Aufnahme in einem Krankenhaus gefunden. Der dort verantwortliche Arzt habe sie gut behandelt. Er habe sich für ihre »Blutwerte« interessiert, er habe vom »Cholesterinspiegel« gesprochen. Er habe sie darauf aufmerksam gemacht, daß

vielleicht ein operativer Eingriff nötig sein werde, um einen »Bypass« anzulegen. Das Fachwissen des Arztes habe sie beeindruckt. Therapeutische Konsequenzen hätten sich aber daraus nicht ergeben. Und die gegen ihre Beschwerden verordneten Medikamente hätten nicht geholfen. So habe sie schließlich den Mut gefaßt, dem Arzt ihre Meinung über die Ursache ihrer Herzerkrankung mitzuteilen. Die Antwort der Fachautorität: »An Psychosomatik sind schon viele gestorben.« Immerhin habe er ihr ein Buch gegeben mit dem Titel: »Psychosozialer Streß und koronare Herzkrankheit«. Sie hat das Buch mit Interesse gelesen. Aber erst nach sieben Monaten wagte sie es, einen »Psychosomatiker« aufzusuchen. So lange hatte die Warnung vor der tödlichen Gefahr einer Psychotherapie nachgewirkt. Immerhin hatte sie aber doch den Weg zu einer Psychotherapie gefunden.

Wie lange das dauern kann und wie groß die Widersprüche gegen eine Psychotherapie im Kranken selber sein können, mag der Bericht über einen Patienten mit einem Zwölffingerdarmgeschwür zeigen. Ich gebe seiner Hausärztin das Wort. »Ich kannte den Patienten seit seinem 20. Lebensjahr. Immer wieder hatte er mich aufgesucht. Auf der Karteikarte lese ich: Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit, Menière'sche Anfälle, grippaler Infekt, Stirnhöhlenkatarrh, Harnwegsinfekt, Kreislaufbeschwerden. Seit über 40 Jahren als praktische Ärztin tätig, habe ich es mir zur Aufgabe gemacht, mit den Kranken auch über ihr Leben zu sprechen. In diesem Falle kannte ich die Familie. Ich hatte die Großmutter behandelt, ich behandelte die Mutter. Ich wußte, daß der Kranke — ein zuverlässiger Arbeiter in einem renommierten großen Unternehmen — unverheiratet im Elternhaus lebte. So hatte ich zu erfahren versucht, wie er selbst seine familiäre Lage sehe. Vergeblich. Er zeigte keine Neigung, von sich selbst zu reden. Nachdem er, inzwischen 36 Jahre alt geworden, an einem Zwölffingerdarmgeschwür erkrankt war und trotz Medikamenten und zweier stationärer Behandlungen immer wieder an quälenden Leibschmerzen gelitten hatte, schien sich das zu ändern. Er bekannte mir eines Tages, daß er zu Hause zu vielen Dienstleistungen herangezogen werde und sich ausgenutzt fühle. Er traue sich aber nicht, Forderungen zu stellen, aus Rücksicht auf die Mutter. Ich ermutigte ihn zu mehr Selbstständigkeit. Bei der nächsten Konsultation kam er nicht wieder darauf zurück. Vermutlich hielt er mich für befangen, weil ich auch Ärztin seiner Mutter war. Er zog eine Sanatoriumskur vor. Diese brachte Erfolg, aber nur vorübergehend. »Was kann man noch machen?« fragte er verzweifelt. Nun zwei Jahre nach Krankheitsbeginn konnte ich ihm einen Psychotherapeuten vorschlagen. Er folgte meinem Vorschlag.«

Der Psychotherapeut war ich. Der Patient kam zu 20 Gesprächssitzungen zu mir, oft in größeren Abständen, zwei Jahre lang. Zwischendurch suchte er immer wieder seine Hausärztin auf. Diese blieb für ihn medizinisch zuständig. »Psychisch« sollte er sein? Viele Untersuchungen hätten doch ergeben, daß er ein eindeutig körperliches Leiden habe. Von Gefühlen sprach er wenig. Er gab Daten aus seinem Leben. Die Eltern haben einen kleinen landwirtschaftlichen

Betrieb. Der Sohn hätte ihn gern übernommen. Auf Betreiben der Eltern hat ihn aber der vier Jahre jüngere Bruder bekommen. Er, der Ältere, wurde Schlosser, auch das hatten die Eltern bestimmt. In seiner Freizeit kümmert er sich aber seiner Mutter zuliebe um das Haus, da er an ihr hängt. Seine Aufgaben sind Putzen und Tierpflege. Er ist in zwei Vereinen, im Reitverein und im Orchesterverein als Trompeter. Mit 24 Jahren hatte er ein Liebesverhältnis gehabt. Es scheiterte, die junge Frau wollte keinen Fabrikarbeiter. Er kämpfte nicht um sie. »Ich werfe schnell die Flinte ins Korn.« Sie heiratete später einen Ingenieur. Er wandert gern, ist Mitglied des Odenwaldklubs. Die Hausärztin und ich ermutigen ihn zu einer Freundin. Er fand dann auch eine: Camilla. Aber der Darm heilte nicht, trotz weiterer Kuren. Die Schmerzen kamen immer wieder. Eine Operation sollte schließlich helfen. Unsere Therapie schien gescheitert.

Ich gebe kurz drei Verlaufsberichte.

Den Friseur verlor ich aus den Augen. Er lebte 200 km entfernt. Nach 18 Jahren besucht er mich. Gesund ist er nicht. Im Harn findet sich ständig Eiweiß und oft auch immer wieder Blut. Der Blutdruck ist erhöht. Aber er ist seit fünf Jahren Geschäftsleiter. Seit 17 Jahren ist er verheiratet, mit einer Friseuse, kinderlos, was er beklagte — die Frau ist auch nicht gesund —, aber er hat acht Mitarbeiter. Seine Lebensziele sind: Erster Friseur am Ort zu sein und reisen zu können. Meine Psychotherapie vor 20 Jahren hat er nicht als Nebensache, sondern als wichtige Behandlung erlebt. Weitere sieben Jahre später rufe ich bei ihm telefonisch an, um mich nach seinem weiteren Ergehen zu erkundigen. Er ist totl. Drei Jahre zuvor sei er gestorben, mit 47 Jahren, an einem Hypernephrom links. Man habe die linke Niere operativ entfernt, aber alles sei voll Metastasen gewesen. Ich möchte die Frage offen lassen, aber doch stellen, ob eine konsequente Psychotherapie — »Zufuhr von Sozialenergie« — hilfreich gewesen wäre. Heinz hatte zahllose Ärzte gehabt. Ich war der einzige gewesen, der sich um seine Seele gekümmert hatte. Das genügte nicht für die bei ihm notwendige Lebensveränderung.

Die herzkranke Lehrerin verlor ihre Beschwerden nach 50 Stunden Psychotherapie in zwei Jahren. Zwei Jahre später stellte sie sich wieder bei mir vor. Von Seiten des Herzens spüre sie nichts. Der Ehemann habe sich wenig geändert. Aber sie leide weniger unter ihm. Die Initiative, die sie bei ihm vermißte, ergreife sie nun selber. Weitere vier Jahre später, acht Jahre nach dem Infarkt, erfuhr ich, daß es ihr gesundheitlich gut gehe.

Über den darmkranken Schlosser möchte ich noch einmal seiner Hausärztin das Wort geben. »Drei Jahre nach der letzten Konsultation des Patienten kommt die Mutter zu mir — nicht, wie früher häufig, wegen einer Depression, sondern wegen eines steifen Genicks. Sie könne deshalb nicht ins Theater gehen. Sohn Werner habe die Karten besorgt. Sohn Werner, der Darmkranke, wie geht es denn dem? »Och, dem geht es gut. Der ist ausgezogen, und er hat geheiratet.« Um mir selber ein Bild von Werner zu machen, besuche ich ihn in seiner Wohnung. Er sieht frisch aus, ist nicht mehr so mager wir früher und

völlig beschwerdefrei. Ich frage nach der Mutter, ob sie immer noch Depressionen habe. Er verneint, fügt aber hinzu: »Die Mutter sieht immer schwarz.« Ich frage nach der Frau. Sie tritt gerade herein. Es ist Camilla vom Odenwaldklub. Er blickt sie kurz an und sagt, zu mir gewandt: »Meine Frau macht mir immer Hoffnung.« Worauf er seine Gesundung zurückführe? »Nun, daß ich mich selbständig gemacht habe.« Neun Jahre später besuche ich die Eltern, die ganz in unserer Nähe wohnen und frage nach dem Sohn. »Dem geht es gut.« Und es folgt ein Satz des Vaters, der dessen — sicher auch pathogen gewesene — skeptische Grundhaltung verrät: »Mer hätt's ni gedenkt« (Man hätte es nicht gedacht).

Eine »Spontanheilung«? Immerhin, Werner war langfristig gesehen, ärztlichem Rat gefolgt. Er hatte nicht nur gedanklich zugestimmt, sondern auch sein Leben geändert. Und dafür war es sicher wichtig gewesen, daß er nicht nur einen solchen »Lebensarzt« gehabt hatte wie der Friseur und die Lehrerin, sondern deren zwei, die sich gegenseitig ergänzten und unterstüzten.

Psychotherapy with the Physically Ill

Heinrich Huebschmann (Heidelberg)

An effective treatment in internal medicine presupposes that the abnormal changes which are hidden in the body of the patient become visible. The traditional understanding of disease is based on pathological anatomy, that means on the cutting up of corpses. It is no doubt indispensable for medical treatment, but in the opinion of the author it is often not taken into consideration that there is another completely different concept of suffering. The idea is that the sick person opens himself by speaking. It is the duty of the doctor to listen to him and to give him the chance to give up his taciturnity. Psychoanalysis was the first step.

Three cases studies illustrate the point: The first is a 24-year old man who was admittet to a clinic for internal medicine because of a subchronic glomerulonephrits. In the psychotherapeutic dialog with the author the psychodynamic of the intermittent disease could be clarified.

In the second case it is shown that not only the so called alexithymia of the physically ill person limites how much a patient can speak about his feelings, but also the doctor's attitude. The female patient, who was a 35-years old teacher, was firstly treated for a heart attack in a clinic for internal medicine. There she wanted to deal with the background of her illness, but her doctor advised her against it with the words that many people had already died from psychosomatics. Her anxiety intensified so much that she took a long time before she consulted a psychotherapist.

In the third case the author describes how much resistance to psychotherapy can be in the patient himself. The patient who was a 36-year old worker could

overcome his own resistance by close cooperation of the general practioner and the psychotherapist.

In a short follow-up of the further development of the patients it is manifested that the third case showed the best result. The author traces it back to the fact that in contrast to the other patients he was treated by two therapists who complemented each other.

Literatur

Huebschmann, H. (1974): Krankheit — ein Körperstreik (Freiburg: Herder)

Adresse des Autors:

Dr. med Heinrich Huebschmann
Bieths-Straße 48
W-6900 Heidelberg 1

Prävention und Elternarbeit im Psychoanalytischen Kindergarten***

Gertraud Reitz*, Dorothee Doldinger** (München)

Die Autorinnen stellen dar, auf welche Weise in einem Psychoanalytischen Kindergarten die Voraussetzungen geschaffen werden können für die Prävention psychischer und somatischer Erkrankungen und für die gesunde Entwicklung von Kindern. Sie beziehen sich im wesentlichen auf die Dynamische Psychiatrie Günter Ammons und auf die Psychoanalytische Pädagogik Gisela Ammons. Anhand von zwei ausführlichen Fallbeispielen wird die Arbeitsweise des Kindergartens sowohl in den einzelnen Gruppen der Kinder, Eltern und Erzieher als auch hinsichtlich des Entwicklungsverlaufs eines Kindes beschrieben. Möglichkeiten und Grenzen der Prävention werden deutlich. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Darstellung der Arbeit mit den Eltern in den regelmäßig stattfindenden Elternabenden wobei auch besondere Schwierigkeiten der Elternarbeit erörtert werden, die aus dem Konzept der Psychoanalytischen Pädagogik entstehen können. Die Autorinnen verstehen den Psychoanalytischen Kindergarten als Erweiterung der Primärgruppe und erklären seine präventive Wirkung mit dem Konzept der Sozialenergie Günter Ammons als Zunahme der sozialenergetischen Austauschprozesse zwischen den beteiligten Gruppen und Personen.

Der Psychoanalytische Kindergarten bietet ein besonderes Forschungsfeld für den Bereich der Prävention. Die Beziehung der Elten untereinander wird transparent, ihr Umgang mit den Kindern spiegelt sich in der Kindergruppe und der Elterngruppe wieder. Psychogenetische, humanstrukturelle und gruppendynamische Prozesse sind direkt zu beobachten und in ihren Wirkungen feststellbar. Dadurch ist es möglich, Arretierungen in der Entwicklung des Kindes aufzuheben und Fehlentwicklungen vorzubeugen, was das besondere Anliegen eines Psychoanalytischen Kindergartens ist.

Die Prävention als eine besondere Aufgabe der Dynamischen Psychiatrie wird von *Günter Ammon* 1968 im Editorial der von ihm herausgegebenen Zeitschrift »Dynamische Psychiatrie« formuliert: »Eine moderne Dynamische Psychiatrie ist nicht nur eine behandlungstechnische Disziplin, sondern hat auch für den gesunden, konfliktfreien Menschen und seine Familie eine Aufgabe zu lösen: sie soll vorbeugend, beratend und verändernd auf die Gesellschaft als Ganzes einwirken. Eines ihrer Gebiete ist die sogenannte vorbeugende Psychiatrie« (*Ammon* 1968/69).

Ohne eine Vorstellung, unter welchen Voraussetzungen eine gesunde Entwicklung eines Kindes in der Familie und auch im Kindergarten möglich sein kann, dazu gehört unter anderem ein definiertes Menschenbild und ein daraus hergeleitetes Konzept menschlicher Entwicklung, ist unseres Erachtens therapeutisches und auch pädagogisches Arbeiten nicht möglich. Mit *Ammon* sind

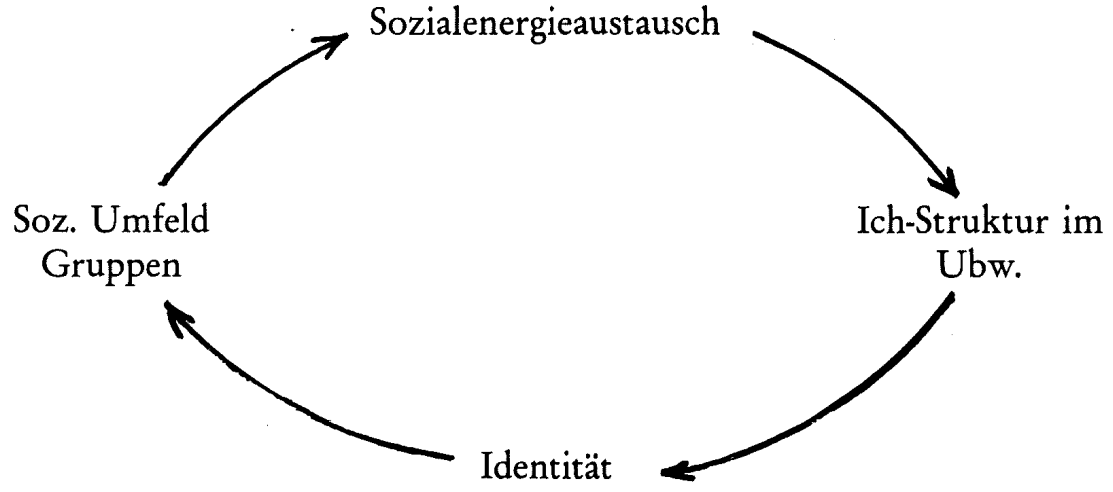
* Dr. phil., Lehranalytikerin am Münchner Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse

** Dr. med., Ärztin für Kinderheilkunde, Präsidentin der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG)

*** Vortrag gehalten auf dem 9. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP / XXII. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 29. April — 3. Mai 1992 an der Universität Regensburg

wir der Auffassung: »Den Menschen betrachte ich zunächst als Gruppenwesen. . . Der Mensch ist bestimmt durch diese Existenz, in Gruppen wächst er auf, entwickelt sich und bestimmt dadurch die Gruppen, in denen er lebt. Ihm eigen ist ein genuines Bedürfnis nach Identiät, nach Selbstverwirklichung im Leben, seiner Arbeit und seinem Tätigsein« (*Ammon* 1982). Damit eine Gruppe entstehen kann, ist eine zentrale Figur wesentlich, um deren Person Auseinandersetzung entsteht, die das Ziel der Gruppe vertritt, und die damit der Gruppe eine Auseinandersetzung um dieses Ziel ermöglicht. Der Persönlichkeit der Gruppenmitglieder entsprechend bildet sich die Gruppenstruktur. Eine Gruppe ist dann als konstruktiv, d.h. lebens- und entwicklungsfördernd anzusehen, wenn sie ein flexibles Umgehen mit dem Unbewußten gestattet, denn psychische Gesundheit beschreibt *Ammon* (1982) als Zustand eines synergistischen Verhältnisses von Unbewußtem und Bewußtem.

Eine Gruppe kann eine gesunde Entwicklung ermöglichen, sie kann aber auch krank machen oder Bereiche nicht zur Entwicklung kommen lassen, so daß sogenannte Defizite in der Persönlichkeit entstehen. Ausschlaggebend dafür ist der Austausch von Sozialenergie, die, je nach Qualität, konstruktiv, destruktiv oder defizitär sein kann. Sozialenergie ist die Energie, die Menschen einander geben in Form von Interesse Zuneigung, Forderung und Auseinandersetzung. Sie ist lebensnotwendig für die Entwicklung des Kindes und findet ihren Niederschlag in der Persönlichkeitsstruktur des Menschen. »Die Gruppendynamik in den ersten Lebensgruppen bildet ein sozialenergetisches Feld für das Kind, dessen Ich-Struktur sich entsprechend ausbildet. Die Ich-Struktur als Ganzes auf dem Boden ihrer Gewachsenheit mit ihren potientiellen Zukunftsmöglichkeiten bestimmt die Identität des Kindes und ist richtungsweisend für seine weitere, lebenslange Entwicklung« (*Ammon* 1982). Die Interdependenz von Identität, Gruppe und Sozialenergie bildet den von *Ammon* so bezeichneten Sozialenergetischen Regelkreis:



Wie dieses »konstruktive sozialenergetische Feld«, das die gesunde Entwicklung eines Kindes ermöglicht, hergestellt werden kann, soll anhand von Beispielen aus der Kindergartenarbeit aufgezeigt werden.

Das Konzept der Psychoanalytischen Kindergärten der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG)

Die Psychoanalytischen Kindergärten der DGG basieren auf den Erkenntnissen der psychoanalytischen Pädagogik, die seit *Freuds* Zeiten zu den Anwendungsbereichen der Psychoanalyse gehört. *Anna Freud,* die Pionierin auf diesem Gebiet, wandte sie schon in den 20er Jahren an (*Peters* 1979). Sie hielt in Wien Kurse für Sozialarbeiterinnen und Kindergärtnerinnen und forderte in ihrem 1929 erschienenen Buch »Psychoanalyse für Pädagogen« für alle Erzieher Kenntnis von und Umgehenkönnen mit den eigenen Konflikten, bevor sie mit der pädagogischen Arbeit beginnen (*A. Freud* 1971). In den 30er Jahren leitete *Nelly Wolfheim* in Berlin einen psychoanalytisch orientierten Kindergarten, wo sie Fortbildungsveranstaltungen für Kindergärtnerinnen und Elternkurse anbot. Ähnlich wie *Anna Freud* sieht auch *Nelly Wolfheim* (1975) Verhaltensstörungen des Kindes unter anderem in den seelischen Problemen der Eltern und Erzieher begründet und fordert eine gründliche Ausbildung, möglichst auch eine eigene Analyse der Erzieher. Auch *Siegfried Bernfeld* (1971) und *August Aichhorn* (1957, 1974) stellen ähnliche Forderungen. In den Jahren des Faschismus gingen diese bedeutenden Ansätze in Deutschland verloren, zum einen, weil sie verboten wurden, zum anderen, weil viele dieser Pädagogen und Psychoanalytiker nach England und in die USA emigieren mußten.

1968 griff *Gisela Ammon* das Konzept der psychoanalytischen Pädagogik — sozusagen als Alternative zu den herkömmlichen Kindergärten und auch als Alternative zur antiautoritären Kinderladenbewegung — wieder auf, wobei, der Schwerpunkt zum einen auf die gesunde Weiterentwicklung des Kindes, zum anderen auf die Prävention psychischer und körperlicher Erkrankungen gelegt wurde. Das präventive Moment in der Arbeit der Psychoanalytischen Kindergärten liegt dabei in der frühen Erkennung defizitärer bzw. destruktiver kindlicher Entwicklung, die mit Hilfe der Kindergarten- und Elterngruppe bearbeitet werden kann — im Sinne einer früh ansetzenden, nachholenden Persönlichkeitsentwicklung.

Wir möchten der Beschreibung der Arbeit im Psychoanalytischen Kindergarten unser Verständnis von kindlicher Entwicklung voranstellen. Kindliche Entwicklung ist unseres Erachtens nicht vorgezeichnet, sondern »an interpersonelle, kreative und sozialenergetische Austauschprozesse gebunden« (*Ammon* 1986). Entwicklung heißt Wachsen und Erweiterung sämtlicher Persönlichkeits- oder Humanstrukturen, sowohl der primären, neurophysiologischen, als auch der zentralen, unbewußten und der sekundären des Verhaltens und der Fähigkeiten, die zusammen die Identität eines Menschen bedeuten.

Identitätsentwicklung ist ein lebenslanger Prozeß. Sie wird durch sozialenergetische Austauschprozesse bewirkt. Soziale Energie erhält das Kind schon vor seiner Geburt durch die Mutter, die ihrerseits die Energie von ihrer Familie, von den Gruppen, denen sie angehört, und im weitesten Sinne von der Gesellschaft erhält, deren Teil sie ist. Die Kommunikation mit dem Kind

geschieht nach der Geburt, hauptsächlich im unbewußten Reagieren auf die Äußerungen des Kindes, auf seine Mimik und Gestik, sein Lallen und Schreien, später durch Sprechweise und Sprache. Die Qualität der Sozialenergie wird bestimmt durch die Einstellung zum Kind, das Wahrnehmen und Eingehen auf seine Äußerungen, besonders das Umgehen mit seinen Aggressionen, seinen Ängsten, seinem Narzißmus, seinen Zärtlichkeitsbedürfnissen und seinen Phantasien. Reagiert die Mutter mit Empathie und Verständnis und lebt sie selbst in einer verstehenden Atmosphäre, die Auseinandersetzung um die Wünsche und Bedürfnisse des Einzelnen zuläßt, so kann sie das »ad gredi« des Kindes, die neugierige Entdeckung der Welt und das Wissenwollen zulassen. Reagiert sie und die Gruppe mit Ablehnung oder Desinteresse, so wird das Kind in seinen Bedürfnissen und Wünschen alleingelassen und nicht angenommen, was seine gesunde Entwicklung in Destruktion verwandelt oder arretiert. Wichtig sind auch die Werte und Ziele der Familie, ihre Einstellung zu Arbeit und Religiosität, das Umgehen mit der Zeit u.a.m. Diese jeder Familie eigene Dynamik, sei sie kontruktiv, destruktiv oder defizitär, die Beziehungen der Familienmitglieder untereinander und die Erfahrungen, die das Kind in seiner Familie macht, prägen die Entwicklung seiner Humanfunktionen und in ihrer Gesamtheit seine Identität. Mit dieser verinnerlichten Familiendynamik kommt es in den Kindergarten, in die zweite Gruppe seines Lebens.

Der Psychoanalytische Kindergarten München

Im Psychoanalytischen Kindergarten München, der seit 1974 besteht, werden derzeit zwei Kindergruppen geführt. Das Mitarbeiterteam ist relativ neu und hat gerade mit der Weiterbildung in Psychoanalytischer Pädagogik begonnen. Das Team besteht aus zwei Erzieherinnen, einer Kinderpflegerin und einer Berufspraktikantin, die immer wieder durch zusätzliche Praktikanten unterstützt werden, die zwischen einem halben Jahr und sechs Wochen wechseln können.

Die zwei Kindergruppen setzen sich aus jeweils 15 Kindern zwischen drei und sieben Jahren altersgemischt und aus allen Schichten kommend zusammen. Sie werden von einer Erzieherin und einer Praktikantin im Anerkennungsjahr oder einer Kinderpflegerin geleitet. Wichtig ist, daß die Erzieherin ihre Aufgabe als zentrale Person wahrnimmt, indem sie strukturierte Spiele anbietet und die Grenzen der Gruppe festlegt, damit der Gruppenbildungsprozeß in Gang kommt. Der Festlegung von Gruppengrenzen dienen ganz konkret die Regeln für die Kinder, z.B. eine bestimmte Kindergruppe, ein bestimmter Raum, kontinuierliches Kommen, gemeinsames Essen, gemeinsame oder freie Spiele, d.h. jede Strukturierung, die von den Erziehern vorgenommen wird. Die Gruppengrenze bildet sich in einem längeren Prozeß durch die Auseinandersetzung um diese gemeinsamen Projekte. Kann die Erzieherin mit Empathie auf die Gefühle der Kinder eingehen und sich auch aggressiven Auseinandersetzungen stellen, die durch die Strukturierung entstehen, dann

kann sich ein konstruktives sozialenergetisches Feld entwickeln. Es entsteht für die Kinder ein geschützter Raum, in dem sie sich im Spiel erleben, in dem sie andere Rollen ausprobieren, sich mit der Welt und miteinander auseinandersetzen und sich entwickeln können. Die Gruppenerfahrung im Kindergarten ist für den weiteren Aufbau der kindlichen Persönlichkeit von großer Bedeutung und erweitert die Erfahrungsmöglichkeit des Kindes über den Rahmen seiner Familie hinaus.

Im kindlichen Spiel werden sowohl die gesunden, als auch die defizitären und destruktiven Tendenzen in der entstehenden Humanstruktur sichtbar. Sie können im Gruppenprozeß der Kindergruppe bzw. durch die »heilenden Kräfte im kindlichen Spiel« (*Gisela Ammon* 1979b) aufgelöst werden, bevor sie sich als Symptom manifestieren. Wir sehen darin einen Aspekt der Prävention im Psychoanalytischen Kindergarten, denn Krankheit ist verhinderte oder fehlgeleitete Entwicklung in der frühen Kindheit.

Die Elterngruppen, die der jeweiligen Kindergruppe entsprechen, sind das Zentrum unserer Arbeit. Denn am Elternabend fließen alle Informationen aus den verschiedenen gruppendynamischen Feldern des Kindergartens zusammen und spiegeln sich wider. Sie finden zur Zeit 14tägig statt und werden von gruppendynamisch bzw. psychoanalytisch ausgebildeten Elterngruppenleitern geleitet. Zum Zeitpunkt der u.a. Untersuchung 1991/92 sind es insgesamt 42 Elternteile, 24 Frauen und 18 Männer. Davon sind 11 verheiratete Paare, 2 unverheiratete Paare und 10 alleinerziehende Mütter, die also mit 43% einen hohen Anteil der gesamten Elternschaft stellen.

In der nunmehr über 20jährigen Arbeit des psychoanalytischen Kindergartens haben sich fünf Ebenen der Elternarbeit herauskristallisiert, die *Gisela Ammon* mit ihren Mitarbeitern beschrieben hat (1979b):

a) die Realitätsebene und soziale Umwelt der Familie,
b) die Ebene einer direkten Erziehungshilfe,
c) die am Kind orientierte Balint-Gruppen-Ebene,
d) die gruppendynamische Ebene im »Hier und Jetzt«,
e) die therapeutische Ebene.

Diese fünf Ebenen sind im Prozeß der Elterngruppen latent gleichzeitig vorhanden und erfordern vom Elterngruppenleiter ein hohes Maß an Verständnis vor allem unbewußt ablaufender Prozesse, nämlich das Erkennen und den Umgang mit Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomenen, das Verständnis für Trennungsprozesse und den Umgang damit. Die spezifische Dynamik einer Familiengruppe spiegelt sich im Hier und Jetzt der Kindergartensituation wider und kann somit dem Verständnis und der Bearbeitung zugänglich gemacht werden. Rivalität zwischen Eltern und Erziehern und auch zwischen den Erziehern spielt in der täglichen Kindergartenarbeit eine besondere Rolle. Solche Rivalitätskonflikte müsssen sowohl in der Elternarbeit, als auch in der Erzieher-Superversion — auf die wir später noch zu sprechen kommen — verstanden und aufgelöst werden.

Gerade die Beschäftigung mit kindlichen Bedürfnissen im Rahmen der Elternarbeit weckt eigene unbefriedigte Bedürfnisse und stimuliert Übertragungsprozesse bei Eltern und Erziehern, die auch als solche erkannt und bewußt gemacht werden müssen. Obwohl die Arbeit im psychoanalytischen Kindergarten ausdrücklich keine therapeutische ist, müssen sich die Elterngruppenleiter doch manchmal mit therapeutischen Ansprüchen von Eltern oder Erziehern auseinandersetzen. Hierin besteht auch die besondere Problematik der Elterngruppenarbeit, die therapeutische Ebene wird immer wieder tangiert, vom Setting her sind jedoch nur alle zwei Wochen stattfindende Sitzungen vorgesehen, und es besteht für die Elterngruppe nicht die für jedes therapeutische Bündnis und für jede Therapiegruppe verbindliche Abstinenz. Das Fehlen der Abstinenz, das heißt, daß mögliche sexuelle Phantasien und Wünsche der Teilnehmer Realität werden und daß sich Teilnehmer auch zwischen den Sitzungen verabreden können — dies kommt auch vor —, fordert geradezu das Ausagieren der ja nie völlig ausreichend bearbeitbaren unbewußten Problematiken heraus. Die Eltern kommen auch nicht aus eigenem Leidensdruck zusammen und können selten Einsicht in die oftmals offenliegende Therapiebedürftigkeit ihrer selbst entwicklen.

Aus dem bisher Gesagten ist deutlich geworden, daß dementsprechend die Erzieher für ihre Arbeit im Psychoanalytischen Kindergarten eine spezielle Weiterbildung und Supervision brauchen. Die DGG bietet die Weiterbildung zum psychoanalytischen Erzieher an. Obwohl diese Forderung in den sog. Tendenzkindergärten, wie Montessori- und Rudolf-Steiner-Kindergärten üblich ist, entzünden sich daran immer wieder Konflikte. Es ist im Einzelfall zu prüfen, inwieweit es sich bei der Forderung nach Weiterbildung um eine Überforderung handelt. Geschieht dies nicht, entwickelt sich ein Arbeitswiderstand, der sich dann negativ auf die Einstellung der Erzieher auswirken, von den Kindern ausagiert und von den Eltern als Kritik an der Institution vorgebracht werden kann. Unter energetischen Gesichtspunkten handelt es sich um defizitäre oder destruktive Sozialenergie. Der Umgang damit soll später an einem Beispiel dargestellt werden.

Die Supervision der Erzieher wird in der Regel unter der Leitung einer Psychoanalytikerin bzw. eines Psychoanalytikers durchgeführt, die selbstverständlich auch in Psychoanalytischer Pädagogik und Gruppendynamik nach unserer Schule ausgebildet sind. In der wöchentlich stattfindenden Supervisions-Gruppe treffen sich alle Erzieher und Erzieherinnen, Praktikanten und Mitarbeiter im Kindergarten. Sie arbeiten nach den Prinzipien der Balint-Arbeit — erweitert um die gruppendynamische, sozialenergetische Dimension. In dieser Gruppe kann jeder über sich, seine Arbeit und seine Schwierigkeiten mit den Kindern, mit den Eltern oder auch innerhalb der Mitarbeitergruppe sprechen. Unbewußte Prozesse und Dynamiken z.B. Übertragung und Gegenübertragung werden deutlich gemacht und aufgearbeitet, weil sie sonst — unerkannt geblieben — die Arbeit im Kindergarten behindern. Denn die Bedürfnisse der anvertrauten Kinder können nur ver-

standen werden von Menschen, die selber in einer verstehenden Situation leben und arbeiten.

Das gesamte gruppendynamische Geflecht des Kindergartens ist über die gruppendynamische Kontrollgruppe der Psychoanalytiker und Ausbildungskandidaten in das Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) integriert, was noch einmal eine Erweiterung des sozialenergetischen Feldes bedeutet. In dieser Gruppe sind in der Regel die Elternabendleiter, die Supervisoren der Erziehergruppe und die Erzieher in fortgeschrittener Weiterbildung anwesend. Diese Kontrollgruppe arbeitet wie eine Balint-Gruppe mit Prozessen der Widerspiegelung, der Übertragung und Gegenübertragung und mit dem Widerstand. Sie ermöglicht eine Entlastung für alle Gruppenleiter und hilft dabei, Rivalitätskonflikte und reale menschliche Überforderungen zu sehen und, wenn möglich, immer wieder aufzulösen. Diese Kontrollgruppe wird vom Leiter des Lehr- und Forschungsinstituts geleitet, wodurch die Kindergartenarbeit in die Institutsarbeit integriert ist.

Systemtheoretisch gesehen greifen alle diese Systeme ineinander. Die Interaktion zwischen den Systemen ist sehr störanfällig, vor allem an den Schnittstellen, wo die Grenzen der einzelnen Subsysteme sich überschneiden. Am Elternabend und in den anderen Gruppen kommt es immer auf die Identität des einzelnen an, inwieweit er in der Lage ist, gruppendynamische Prozesse zu verstehen, sein eigenes Unbewußtes zu erkennen und Rivalitätskonflikte durchzuarbeiten. Das setzt die Fähigkeit zur Auseinandersetzung voraus und die Fähigkeit, konstruktive Aggression zu äußern, Angst und Frustration zu tragen. Diese menschlichen Qualitäten machen Gruppenfähigkeit aus, wobei noch die Fähigkeit, sich in Gruppen einzulassen, seine Identität zu wahren und sich abgrenzen zu können, hinzukommt.

Möglichkeiten und Grenzen des präventiven Arbeitens

Jedes theoretische Konzept ist nur so gut, wie es Menschen in die praktische Arbeit umsetzen können. Um zu erfahren, ob in unserem Kindergarten das besondere Anliegen der Prävention von Eltern, Kindern und Erziehern auch erlebt und verstanden wird, haben wir einen Fragebogen für die Eltern entwickelt. Dabei gingen wir von einigen grundlegenden Annahmen aus, zu denen jeweils spezifische Fragen gestellt wurden. Zusätzlich wurden Protokolle des Elternabends und der Erziehersupervision ausgewertet. Ferner wurden herangezogen Direktbeobachtung von Kinder- und Elterngruppen, schriftliche Berichte der Erzieher sowie Videoaufzeichnungen aus den Kindergruppen.

Unserer Untersuchung lagen folgende Annahmen zugrunde:

a) Der Psychoanalytische Kindergarten stellt der Familie einen Raum zur Verfügung, in dem sie ihre Gruppengrenzen erweitern und verändern kann.

b) Durch die Arbeit im Psychoanalytischen Kindergarten, vor allem durch die Elternarbeit, ist Vorbeugung und Vermeidung psychischer und körperlicher Erkrankung bei Kindern und Eltern möglich.

c) Der Psychoanalytische Kindergarten bietet Eltern, Kindern und Mitarbeitern die Möglichkeit zum Einüben der Gruppenfähigkeit.
d) Durch die Arbeit in den verschiedenen gruppendynamisch-sozialenergetischen Feldern (Kindergruppe, Elterngruppe, Erziehergruppe und Kontrollgruppe des Institutes) wird die Primärgruppendynamik der einzelnen Familien widergespiegelt und damit der Bearbeitung zugänglich.
e) Für alleinerziehende Mütter und Väter hat der Psychoanalytische Kindergarten unter dem Aspekt dieser vier Annahmen besondere Relevanz.

Von den 42 ausgegebenen Fragebögen wurden nur drei nicht ausgefüllt. Diese hohe Beteiligung deutet auf ein starkes Interesse an der Befragung hin. Von den meisten Eltern wurde der Elternabend positiv erlebt, vor allem als Entlastung durch den Austausch mit anderen Eltern. Auch die Berichte der Erzieherinnen über die Kinder, wie sie ihren Tag verbringen, waren von Bedeutung. Die meisten Eltern fühlten sich ernst genommen mit ihrem Anliegen, nur einige Väter erlebten eine zu starke Dominanz der Frauen. Diese Väter waren häufiger abwesend. Zwei Väter fanden den Elternabend zu persönlich, die Probleme zu belastend und blieben deshalb lieber zuhause. 30 von 42 Elternteilen, das sind 71%, hatten den Kindergarten wegen des besonderen Konzeptes der psychoanalytischen Pädagogik gewählt. Die Bedeutung unbewußter Bereiche und die Arbeit damit, die sich vor allem in den Widerspiegelungsprozessen zeigt, wurde von einigen Eltern erkannt, von einigen aber noch sehr stark abgewehrt. Das Umgehen mit Verboten und Grenzen und das Umgehen mit den Ängsten des Kindes waren für die Eltern die vordringlichsten Fragen in der Kindererziehung. Entsprechend dazu waren das Zubettgehen, das Essen, das Aufstehen und Anziehen die Situationen, die zwischen Eltern und Kindern am häufigsten zu Konflikten führten. Mit dem Kind anders umzugehen, eigene Wünsche von den Wünschen des Kindes zu trennen und unbewußt ablaufende Zusammenhänge zu verstehen, waren die drei wichtigsten Bereiche, in denen Eltern Hilfe erfahren hatten. Zusammenhänge zwischen körperlichen Reaktionen und Trennungssituationen sahen 15 Eltern beim Wechsel der Erzieher und sieben bei Aufnahme des Kindes in den Kindergarten. Hier zeigten sich deutlich die großen Erwartungen der Eltern an den Kindergarten und auch die Abwehr der Auswirkung der eigenen Familiendynamik auf die Kinder, obwohl 13 Kinder Trennungssituationen durch Scheidung und Partnerwechsel erlebt hatten. Acht Eltern sahen überhaupt keine Zusammenhänge in diesem Bereich.

Ein weiterer wichtiger Bereich war das Einüben der Gruppenfähigkeit. Diese Fähigkeit setzt konstruktive Aggression voraus, die Fähigkeit zur Abgrenzung, zur Frustrationsregulation und Auseinandersetzungsfähigkeit. Das Umgehen mit anderen Kindern, sich in der Gruppe wohl zu fühlen, Freundschaften zu schließen, waren die Lebenssituationen, für die sich die Eltern vor allem Unterstützung durch den Kindergarten wünschen. Den Eltern selbst fiel es schwerer, diese für sich selber anzustreben. Auch sich als Elternpaare in der Elterngruppe zu zeigen und sich auseinanderzusetzen, fiel vielen schwer. Dies

drückte sich darin aus, daß Eltern eines Kindes sich häufig im Elternabend abwechselten unter dem Vorwand, daß sie keine Kinderbetreuung gefunden hätten. An dieser Widerspiegelung der Familiendynamik, d.h. der mangelnden Kommunikation zwischen den Eltern, muß immer wieder sorgfältig und kontinuierlich gearbeitet werden, bis damit Vertrauen in der Elterngruppe entstehen kann.

Eine besondere Gruppe innerhalb der Eltern bildeten die alleinerziehenden Mütter. Sie waren zehn von 24, d.h. 43% der gesamten Mütter. Außer bei einer Mutter war es bei den anderen keine bewußte Lebensentscheidung. Bis auf eine Mutter, die beruflich viel unterwegs war, kamen diese Mütter regelmäßig zum Elternabend. Zwei Mütter verweigerten tendenziell die Auseinandersetzung mit ihren Lebenssituationen, die anderen dagegen erlebten den Elternabend als bedeutsam, gerade auch durch die Erweiterung der engen Mutter-Kind-Beziehung und durch die Möglichkeit zur Auseinandersetzung mit anderen Vätern und Müttern. Es waren sehr engagierte Mütter, die sehr wohl die Bedeutung des Vaters für ihre Kinder sahen, dennoch der Meinung waren, daß es »für die Kinder besser ist, nur mit einem Elternteil zu leben als mit ständig sich streitenden Eltern« (Zitat aus dem Fragebogen). Dieses Ergebnis deckte sich mit den Ergebnissen einer Untersuchung von *Heiliger* (1991). Die engagierte Einstellung der Mütter spiegelte sich auch in der Kindergruppe wider. Die Kinder der alleinerziehenden Mütter waren gut integriert in den Kindergruppen. Einige von ihnen waren bereits gemeinsam in der Krabbelgruppe und hatten eine lange Gruppenerfahrung.

Die Fragebogenaktion hat sowohl bei den Kindern als auch bei den Eltern und Erziehern sehr viel ausgelöst. Die Kinder in der bis dahin harmonischen Kindergruppe wurden plötzlich renitent, verweigerten sich und spielten die Eltern gegen die Erzieher aus. Sie lösten ständig die Gruppengrenzen auf und verbreiteten Chaos. Die Erzieher fühlten sich hilflos, wußten nicht, was los war, und erschöpften sich im Kampf um die Grenzen. Sie wehrten ihre Hilflosigkeit durch Entzug der Nachspeise ab, was wiederum die Eltern empörte. In der folgenden Kontrollgruppe der Erzieher, die wütend und gekränkt dasaßen und auf die bösen Eltern schimpften, wurde herausgearbeitet, daß eine massive Rivalität zwischen Erziehern und Eltern bestand. Die Erzieher fühlten sich von den Eltern angegriffen und in ihrem Erziehungsauftrag nicht ernst genommen. Sie hatten aber auch große Angst vor der Auseinandersetzung mit den Eltern. Die Angst resultierte vor allem daraus, daß sich eine große Aufregung im ganzen Kindergarten ausgebreitet hatte. Es war das Gerücht entstanden, daß die Kinder der Tierschützergruppe eine Praktikantin entkleidet hatten. Die Realität war folgende: Angeführt von Johanna, einem vierjährigem Mädchen, dessen Mutter gerade Zwillinge geboren hatte, hatte die gesamte Kindergruppe die Praktikantin bestürmt, sich auszuziehen. Die Praktikantin erklärte daraufhin anhand eines Buches den Kindern, wie sich Kinder und Erwachsene körperlich unterscheiden.

Die Dynamik der Kindergruppe fand ihre Widerspiegelung am folgenden Elternabend. Die empörte Mutter der kleinen Johanna macht der Praktikantin

Vorwürfe, sie wolle selber die sexuelle Aufklärung der Tochter übernehmen. Johanna hatte der Mutter auch ganz detaillierte sexuelle Praktiken zwischen Mann und Frau berichtet. Die Praktikantin berichtete den Sachverhalt und fühlte sich zu Unrecht von der Mutter angegriffen. Die Mutter konnte sich beruhigen, es kam zu einer lebhaften Diskussion über sexuelle Neugierde der Kinder sowie die Frage, wer denn nun für die Aufklärung zuständig sei. Es entstand Übereinstimmung darin, daß die Kinder unter sich spielen und auch sprechen und daß auch ein unterschiedlicher Grad des Wissens über Sexualität besteht. Die Mutter einer vierjährigen Tochter sprach über ihre Ängste, daß die Kinder auf dem Spielplatz von Verführern angesprochen werden könnten. In dieser Auseinandersetzung in der Elterngruppe zeigte sich die unbewußte Ablehnung von Körperlichkeit und Sexualität der Kinder vor allem bei der Mutter von Johanna. Der Rest der Elterngruppe wehrte das Thema eher als unproblematisch ab. Dies hatte sich auch bei der Frage, wie die Eltern mit Nacktheit ihres Kindes umgehen, gezeigt; nur drei hatten auf diese Frage überhaupt reagiert.

Die Bedeutung des Psychoanalytischen Kindergartens liegt vor allem auch darin, die sexuellen und aggressien Wünsche mit gleichaltrigen Kindern auszutragen und damit die Identitätsbildung weniger abhängig von übermächtigen Eltern zu machen (*Gisela Ammon* 1981, *Neumann-Schönwetter* 1973).

Eine weitere unauflösbar scheinende Spannung zwischen Eltern und Erziehern wurde ebenfalls Thema des Elternabends, nämlich das unpünktliche Bringen und Abholen der Kinder. Viele Eltern brachten die Kinder zu spät und holten sie zu spät ab. Sie lösten damit die Grenzen auf und erzeugten heftige Aggressionen bei den Erziehern, die sich über die ständigen Überstunden zu Recht empörten. Die Kinder spürten die Rivalität zwischen Eltern und Erziehern und forderten durch Randalieren beide zur Auseinandersetzung heraus. Dieser Umgang mit den Grenzen des Kindergartens und mit den Grenzen der Erzieher drückte bei den Eltern auf der Ebene der realen Erziehungshilfe deren Schwierigkeiten aus, mit Grenzen umzugehen. 74% der Eltern hatten dies als ihre größte Schwierigkeit im Fragebogen angekreuzt.

Auf gruppendynamischer Ebene zeigte dieser Umgang mit den Grenzen die Eifersucht und Rivalität zwischen Eltern und Erziehern, die aber nicht ausgesprochen, sondern durch kontaktloses und unpünktliches Bringen und Holen der Kinder agiert wurde. In der anderen Elterngruppe wurde den Erziehern von den Eltern vorgeworfen, daß sie die Kindergruppe nicht rechtzeitig schließen würden. Deshalb kämen sie erst später. Die Kontaktlosigkeit zwischen Eltern und Erziehern, das Auftauchen und Verschwinden der Eltern, das Abstellen und Herausreißen der Kinder, wurde zum Thema dieses Elternabends. Auch in den Videoaufzeichnungen war diese Kontaktlosigkeit aufgefallen. Durch die Auseinandersetzung darüber am Elternabend konnte allmählich wieder Kontakt und Verständnis zwischen Eltern und Erziehern hergestellt werden.

Auf der unbewußten und auf therapeutische Bedürfnisse hinweisenden Ebene wurde deutlich, daß die Eltern fürchteten, die Liebe der Kinder an die Erzieher

zu verlieren, da diese länger mit ihnen zusammen sind, als sie selber. Dafür rächten sich die Eltern unbewußt und kamen zu spät mit vielen Entschuldigungen. Die Erzieherinnen, unbewußt sich als die besseren Eltern fantasierend, reagierten darauf mit Unverständnis und Wut. Sie wurden jetzt zu »überforderten Müttern«.

Die Leiterin des Elternabends interpretierte diese Dynamik auf den verschiedenen Ebenen. Zwischen Eltern und Erziehern schien sich eine Annäherung anzubahnen. Trotzdem setzte sich bei den Erziehern die Dynamik der »überforderten Mütter« fort, denn sie verweigerten geschlossen eine Weiterbildungsveranstaltung. So verschob sich die Übertragung der Erzieher von den Eltern auf die Institution, die Weiterbildung durchführte — ein bekanntes Phänomen.

Wenn an dieser Dynamik nicht weiter in der Supervisionsgruppe der Erzieher und in der Elterngruppe gearbeitet wird und die Zusammenhänge unbewußt bleiben, kann es zu den verschiedensten destruktiven Formen des Agierens kommen, die Ausdruck arretierter bzw. destruktiver sozialenergetischer Prozesse sind. Außer der Verweigerung der Weiterbildung können sich die Erzieher mit dem Teil der Eltern verbünden, die ebenfalls eine Auseinandersetzung in der Elterngruppe als eine Überforderung und Bedrohung für ihre Identität als Eltern erleben. Denn die Eltern, die sich am Elternabend zu einer Multifamiliengruppe mit ihrer jeweils spezifischen Paardynamik zusammenfinden, sind nicht sofort bereit, ihre eigene Dynamik um das Kind, ihre Kränkungen und ihre Rivalität mit den Erziehern aufzudecken. Der Umgang damit erfordert vom Elternabendleiter viel Geduld, Einfühlungsvermögen und ein hohes Maß an gruppendynamischer Erfahrung. Werden diese Schwierigkeiten und Dynamiken, die auf einem gleitenden Spektrum immer wieder auftauchen, nicht wahrgenommen und verstanden, kann es zur Verbündung zwischen Eltern und Erziehern kommen. Diese treffen sich außerhalb des Elternabends, was einerseits erwünscht ist und gefördert wird, andererseits aber auch die Gefahr der Auflösung der Grenzen zwischen Erziehern und Eltern in Form von Verliebtheiten u.a.m. führen kann.

Die Eltern interessiert vor allem das Wohl des Kindes. Die Erzieher, denen sie ihre Kinder anvertrauen, sind ihnen deshalb wichtig. Träger und Institut werden oft als Störfaktor erlebt und es kommt zu Spannungen zwischen dem Kindergarten und der Institution. Fließen diese nicht zurück in den Elternabend und die Erzieherkontrolle und können sie dort nicht bearbeitet weden, entwickelt sich eine Eigendynamik, die bis zur Abspaltung und Gründung eines eigenen Kindergartens durch die Eltern und Erzieher führen kann. Diese ist auch von anderen Einrichtungen, die mit Eltern und Kindern arbeiten, bekannt. Es wurde uns von Montessori-Pädagogen, von Eltern eines Steiner-Kindergartens und aus Elterninitiativ-Kindergärten berichtet. Diese Dynamiken erinnern an mißlungene Trennungen aus der Familiengruppe, wo anstatt Auseinandersetzung ein rigider Kontaktabbruch geschieht. Destruktive Aggression, Angst und Rivalität zerstören so die Basis der Zusammenarbeit. Dieses

Phänomen wurde auch von *Gisela Ammon* (1976 a,b) als sog. »Leitersturzdynamik« nach *Slater* (1970) beschrieben.

Dieses Beispiel zeigt zum einen, daß es immer wieder erforderlich ist, die Grenzen der eigenen Arbeit zu erkennen, zum anderen wird aber auch die präventive Bedeutung des Psychoanalytischen Kindergartens deutlich. Ohne die Kindergruppe hätte Johanna ihre sexuelle Neugierde gar nicht so intensiv äußern können. Alle Kinder, in der ödipalen Entwicklung befindlich, beschäftigen sich mit diesen Fragen. Die Mutter — mit den neugeborenen Zwillingen beschäftigt — kann sich gar nicht ausreichend den Fragen der kleinen Johanna stellen. Durch das Gerücht der Entkleidung der Praktikantin aber wird sie aufgeschreckt. Die wichtige Frage, wie gehen Elten und Erzieher mit der sich entwickelnden Sexualität der Kinder um, kam dadurch in das Zentrum des Elternabends. Ebenso die damit zusammenhängende Rivalität und Eifersucht zwischen Eltern und Erziehern. Am Elternabend erhalten diese Themen Öffentlichkeit. Alle werden damit konfrontiert, Eltern, Erzieher und Elternabend-Leiter.

Es sind die Kinder, die eine Auseinandersetzung provozieren. Alle sind gefordert, ihre Wahrnehmungsfähigkeit zu erweitern. die Erzieher müssen ihr Verhalten als Angst vor ihrem Unbewußten verstehen lernen, um ihren Lernwiderstand aufgeben zu können. Die Dynamik und ihre Widerspiegelung erfordert eine Grenzöffnung auf vielen Ebenen. Durch die Auseinandersetzung darüber kann wieder Sozialenergie fließen. Es können Arretierungen und Entwicklungsstörungen verhindert werden. In diesem Prozeß, der über einen längeren Zeitraum der Bearbeitung zugänglich sein muß, werden im besonderen Maße Anforderungen an die oben beschriebene Gruppenfähigkeit gestellt.

Die Entwicklung eines Kindes mit depressiven und psychosomatischen Reaktionen

Michael kam mit drei Jahren in unseren Kindergarten. Die Mutter lebte allein mit dem Kind, der Vater hatte sich von ihr getrennt, als Michael sechs Monate alt war. Mit zwei Jahren kam er in eine städtische Kinderkrippe, wo er sich nicht wohl fühlte. Er spielte nicht mit den anderen Kindern, isolierte sich und zeigte ein aggressives Verhalten ihnen und den Erziehern gegenüber, auch gegenüber seiner Mutter war er aggressiv. Diese machte sich zunehmend Sorgen, da sie fürchtete, daß Michael in seiner Entwicklung sehr gestört sei. Sie hatte Schuldgefühle, weil sie ihn ablehnte, was ihr in ihrer eigenen Therapie bewußt geworden war. Sie fühlte sich mit seiner Erziehung völlig überfordert und hilflos. Sowohl die klinische als auch die testpsychologische Untersuchung ergaben keinen Hinweis auf einen Entwicklungsrückstand. Wegen seines Verhaltens wurde eine heilpädagogische Behandlung in einer entsprechenden Einrichtung vorgeschlagen. Jedoch war dort kein Platz frei. Darauf wandte sich Michaels Mutter an unseren Psychoanalytischen Kindergarten, obwohl sie der Meinung war, daß Michael einen heilpädagogischen Kindergarten bräuchte.

Michael konnte mit Beginn des Kindergartenjahres bei uns aufgenommen werden. Das Erzieherteam hatte große Schwierigkeiten, das Kind anzunehmen, da es auf Kontaktversuche nicht reagierte, nur verloren herumstand und nichts sprach. Sie reagierten mit Angst vor Überforderung und waren wie die Mutter der Meinung, daß Michael heilpädagogisch behandelt werden müßte. Sie hielten ihn nicht für gruppenfähig und diskutierten die Diagnose einer MBD (minimal brain disfunction), um sich nicht mit ihren eigenen Ängsten befassen und den mühsamen Prozeß um ein schwieriges Kind durchstehen zu müssen. In der Erziehersupervision wurde deutlich, daß sie in der Gegenübertragung die Gefühle der Mutter übernommen hatten, sich hilflos fühlten und das Kind ablehnten. Erst nach intensiver Durcharbeitung dieser Gegenübertragung waren die Erzieher in der Lage, ihre Grenzen zu öffnen und das Kind besser verstehen zu können. Es folgte ein langer Prozeß, um dem Kind im Erzieherteam Raum zu schaffen, es zu verstehen und ihm dadurch helfen zu können, was im folgenden beschrieben wird.

Durch das Beispiel der Erzieherinnen begann eine allmähliche Öffnung der Grenzen der Kindergruppe. Nach Überwindung seiner anfänglichen Scheu provozierte Michael die Erzieherin, machte in die Hose und trat andere Kinder ohne erkennbaren Grund. Sprach sie mit ihm darüber, hüpfte er vergnügt auf der Stelle und lachte. Die Erzieherin brachte ihren Ärger und ihre Empörung in die Supervision und konnte dort sein Verhalten als seine derzeitige Möglichkeit der Kontaktaufnahme begreifen. Mit Hilfe der großen Unterstützung der Supervisionsgruppe konnte sie den mühsamen Prozeß zwischen Abgrenzung und Unterstützung, getragen von Empathie, durchlaufen. Die Kinder beobachteten sehr genau die Reaktion der Erzieherin auf Michaels Provokation. Ralf und Maximilian waren seine ersten Verbündeten. Sie machten mit ihm Sprechübungen, er ließ sich von ihnen verbessern und konnte mit ihnen seine ersten klaren Sätze formulieren. Durch Kontakt zu den beiden, mit denen er spielen und herumalbern konnte, wurde die ganze Kindergruppe auf ihn aufmerksam, als er alleine singend vor den anderen Kindern tanzte. Er begann auch in der Kindergruppe zu malen.

Parallel dazu erlebte auch die Mutter, Frau E., in ihrer Elterngruppe einen intensiven Prozeß. Sie hatte noch größere Kontaktschwierigkeiten als ihr Sohn, war noch scheuer und konnte anfangs den Elternabend nur selten besuchen. Erst nach Unterstützung mit Einzelgesprächen durch die Supervisiorin der Elterngruppen war es ihr möglich, regelmäßig in den Elternabend zu kommen, um ihre Probleme zu besprechen und sich einen Platz zu sichern. Die Elterngruppenleiterin war immer wieder erstaunt, mit welcher Geduld die Eltern sich um Frau E. bemühten. Als sie soviel Vertrauen gewonnen hatte, daß sie sprechen konnte, belohnte sie die Gruppe mit großer Offenheit.

Nach vier Monaten erhält Michael einen Platz in einem heilpädagogischen Kindergarten, was für Frau E. eine schwere Krise bedeutete. Sie weiß nicht, was sie tun soll, ihr Mißtrauen erwacht wieder. Sie erhält Einzelsitzungen, in der Erzieherkontrolle wird daran gearbeitet und vor allem in der Eltern-

gruppe wird versucht, zu einer Klärung zu kommen. Als alle sicher waren, daß ein Herausreißen von Michael, und auch von Frau E., aus dem entstandenen Beziehungsgeflecht schädlich wäre, konnte Frau E. sich für unseren Kindergarten neu entscheiden. Auf allen Ebenen war ihr mitverantwortlich geholfen worden.

In der Folgezeit wuchs Michael mehr und mehr in die Kinderguppe hinein. Er nahm Kontakt zu anderen Kindern auf und beteiligte sich an den Spielen der anderen. Seine Symptomatik wie Rückzug, einsames Spielen und Träumen, wurde seltener, das Einnässen verschwand, und er sprach deutlich, wenn er sich mit den anderen Kindern unterhielt. Auch die Grenzsituation der Kindergartenreise wurde ohne Verstärkuing der Symptome überstanden. Er konnte sich von der Mutter trennen, traurig sein und andererseits mit den anderen Kindern die Reise genießen. Nach den Sommerferien, die vier Wochen Unterbrechung des Kindergartens bedeuteten, war den Erzieherinnen das Verhalten Michaels völlig unverständlich. Er benahm sich wie vor einem Jahr, als er in den Kindergarten kam. Er nahm keinen Kontakt auf, sprach kaum, reagierte nicht, wehrte Kontaktversuche ab und wirkte tief-traurig. In der Erziehersupervision wurden verschiedene Überlegungen angestellt, was diesen Rückfall in die alte Symptomatik verursacht haben könnte. War es die Trennung durch die langen Ferien oder die Trennung von der Praktikantin, zu der er eine gute Beziehung entwickelt hatte? Auch einige Kinder, die in die Schule kamen, hatten sich verabschiedet. Es wurde besprochen, daß sich vor allem die neue Praktikantin besonders aufmerksam Michael gegenüber verhalten solle.

Am Elternabend, an dem alle Eltern über die Ferien berichteten, teilte Frau E. mit, daß sie mit Michael einen sehr einsamen Urlaub verbracht hatte. Auch sie verhielt sich zurückhaltend wie zu Beginn. Hier zeigt sich die besondere Bedeutung von Trennungen, die immer eine Grenzsituation darstellen. Sowohl beim Sohn, als auch bei der Mutter, wurde deutlich, daß die nachgeholte Entwicklung noch nicht so gefestigt war, um dieser Anforderung standhalten zu können. Die depressiven Störungen tauchten wieder auf, das psychosomatische Symptom des Einnässens wiederholte sich aber nicht. Nach der Durcharbeitung in der Erzieherkontrolle und am Elternabend konnten beide durch mehr Aufmerksamkeit und Anforderungen, besonders auch für die Mutter, wieder auf ihre Symptome verzichten.

Vor Weihnachten ging die leitende Erzieherin in Mutterschutzurlaub und verabschiedete sich von den Kindern. Michael reagierte nicht auf die Trennung, er schien sich nach wie vor wohl zu fühlen. Auch von der neuen Erzieherin nahm er kaum Notiz. Er hielt sich an die Praktikantin, die blieb. Auch aus den Weihnachtsferien kam er froh zurück, freute sich auf seine Freunde und zeigte nicht, daß er die Erzieherin vermißte. Nach 14 Tagen veränderte sich sein Verhalten ohne sichtbaren Grund. Er spielte kaum noch, schaute den anderen Kindern beim Spielen zu und äußerte sich nicht auf Befragen. Er zeigte fast das alte depressive Verhalten. Schließlich wurde er krank und war eine

Woche nicht im Kindergarten. Die Erzieherinnen konnten ihn nicht verstehen und fühlten sich hilflos. In der folgenden Supervision versuchten sie, Michaels Verhalten zu begreifen. Es wurde deutlich, daß die Erzieherinnen von Michaels Gruppe massiv um die Gunst der Kinder rivalisierten, worüber vorher nie gesprochen werden durfte. Die ganze Supervisionsgruppe arbeitete intensiv mit ihnen an ihrer Problematik.

In der darauffolgenden Elterngruppe wurde von den Eltern freundlich auf die Schwierigkeiten der beiden Erzieherinnen eingegangen, was eine große Entlastung für sie war. Danach konnten sie wieder ihre volle Aufmerksamkeit den Kindern zuwenden. Es kann angenommen werden, daß Michael durch ihre Rivalität besonders beeinträchtigt worden war, zumal er sich nach dem Weggehen der Erzieherin besonders auf die Praktikantin verlassen mußte. Ein anderer Zusammenhang brachte weiters Verständnis für Michaels Verhalten. An demselben Elternabend berichtete die Mutter verschämt und schuldbeladen, daß sie nach langen einsamen Jahren des Alleinlebens einen Freund gefunden hat. Frau E. wirkte völlig verändert und alle freuten sich mit ihr. Ganz verwundert erzählte sie, daß Michael plötzlich ein anhänglicher Sohn geworden war, der mit ihr spielen wollte, was vorher von beiden Seiten kaum möglich war. Er spielte »Vater, Mutter und Kind«, wobei er ein Baby bekam und Mutter war. Dieses Spiel könnte als Eifersucht auf den Freund der Mutter verstanden werden oder als ein Versuch des Kindes, im Spiel die Trennung von der geliebten Erzieherin zu bewältigen. Sie war bekanntlich vor den Ferien weggegangen, weil sie ein Baby erwartete. Am Tag nach dem Elternabend waren die Symptome des Kindes wie »weggeblasen«. Die Arretierung von Sozialenergie, die durch das Rivalisieren der Erzieherinnen entstanden war, konnte aufgehoben werden.

Diesen Prozeß des Alternierens von psychosomatischen Symptomen und depressiven Verstimmungen und deren Verschwinden hat *Gisela Ammon* (1979a) beschrieben. Dabei kommt der Entwicklung der Humanfunktion der Aggression eine besondere Bedeutung zu. Bei destruktiven Aggressionsausbrüchen, die sich bei Michael am Anfang zeigten, ist das Kind weitgehend frei von psychosomatischer Symptomatik und depressiver Verstimmung. Ziel der Prävention wie auch der Therapie ist es, daß die Qualität der Humanfunktion der Aggression, die ursprünglich defizitär war, sich über die destruktive Qualität zu einer konstruktiven hin entwickeln kann, indem die Äußerungen des Kindes verstanden und adäquat beantwortet werden. Geschieht dies, so verliert das Symptom seinen Sinn und kann aufgegeben werden. »So fördert der Psychoanalytische Kindergarten, ohne direkt eine therapeutische Aufgabe zu haben, die gesunde Entwicklung des Kindes« (*Gisela Ammon* 1979b).

Abschließende Überlegungen

Zum Schluß unseres Referates möchten wir noch einmal Bezug nehmen auf unsere oben erwähnten Annahmen und sie auf unsere Überlegungen und Fallbeispiele beziehen. Wir schrieben, daß der Psychoanalytische Kindergarten

der Familie einen Raum zur Verfügung stellt, in dem sie ihre Gruppengrenzen erweitern und verändern kann. Dabei verstehen wir die Familie als eine besondere gruppendynamische Gruppe. Die bewußte und unbewußte Gruppendynamik und die Qualität des sozialenergetischen Austausches in der Familie geben Aufschluß über ihre Grenzen und darüber, ob eine gesunde Entwicklung der einzelnen Mitglieder möglich ist. *Reitz* und *Hessel* (1990) haben herausgearbeitet, daß sich bis heute verschiedene Formen des Zusammenlebens herausdifferenziert haben, die von der sogenannten traditionellen Familie bis hin zur Gruppe der alleinerziehenden Mütter und Väter reichen, die in unserem Kindergarten 43% der Eltern beträgt. Bezogen auf unsere Familien ist zu fragen, wie deren Grenzen beschaffen sind, ob es sich um eine Gruppe mit starren, diffusen oder flexiblen Grenzen handelt. Sowohl bei starren, als auch bei diffusen Gruppengrenzen kann es nicht zu Lernprozessen und dadurch auch nicht zu Identitätsprozessen kommen (*Ammon* 1982).

Bei der Aufnahme von Eltern und Kindern in unseren Kindergarten sind die Eltern ausführlich zu informieren über unser Verständnis von Entwicklung, das dahinterliegende Menschenbild und vor allem über die damit im besonderen Zusammenhang stehende Bedeutung der Elternarbeit. Eine Aufnahme des Kindes ist nur unter der Voraussetzung möglich, daß das Einverständnis und die Bereitschaft der Eltern besteht, mit ihren Kindern und den Erziehern diese gemeinsamen Lernprozesse und Entwicklungsschritte machen zu wollen. Ob diese Bereitschaft dann in die Praxis umgesetzt wird, spiegelt sich in den jeweiligen Eltern-, Kinder- und Erziehergruppen wider. Es bedarf eines längeren gemeinsamen Lernprozesses für alle, bis verstanden und empfunden werden kann, was eigentlich eine Gruppengrenze ist, was Sozialenergie bedeutet und wie sich die am Elternabend erarbeiteten und verstandenen Zusammenhänge auf die Kinder und die gesamte Familie auswirken. Da es sich hierbei vorwiegend um unbewußte Prozesse handelt, ist immer wieder mit der Angst davor und dem unbewußten Widerstand zu arbeiten. Die Zusammenhänge müssen in jedem Elternabend durch die Widerspiegelung in der Gruppe erlebbar und verstehbar gemacht und interpretiert werden.

Ein Indikator dafür, ob der Psychoanalytische Kindergarten im Sinne der Erweiterung und Veränderung der Gruppengrenzen auch genutzt werden kann, ist die Entwicklung der Kinder, ebenso auch die Entwicklung der Eltern und der Erzieher. Denn ein Kind kann sich nur immer soweit entwickeln, wie die umgebende Gruppe es zuläßt. So ist für Michael die Aufnahme in die Kindergruppe erst dann möglich, als sich die individuellen Grenzen jedes mit ihm befaßten Menschen öffnen können. Dies wiederum wurde erst durch die Arbeit in der Erziehersupervision möglich, als die Übertragungen und Gegenübertragungen und die damit verbundenen Ängste verstanden wurden. Danach konnte auch die Kindergruppe ihre Grenzen öffnen und Michael aufnehmen. Die Mutter, die in einer defizitären bzw. destruktiven Gruppendynamik mit ihrem Kind lebte, brauchte für diesen Prozeß länger, weil sie selbst durch ihre persönliche Entwicklung sehr starre Grenzen entwickelt

hatte. Durch ihre eigene Psychotherapie und die Aufgeschlossenheit der Elterngruppe konnte sie allmählich in die Elterngruppe hineinfinden. Die verschiedenen Ansätze der nachholenden Entwicklung bei Michael konnten, wie oben beschrieben, erst dann integriert werden, als die Grenzen aller Beteiligten und die Gruppengrenzen zwischen Kindergarten und Familiengruppe sich flexibel öffnen und schließen konnten. So konnte die Mutter sich aus ihrer destruktiv gewordenen Symbiose mit ihrem Kind lösen, Kontakt zu den Eltern finden und sich einer neuen Beziehung zu einem Mann zuwenden. Durch das Gesünderwerden der Mutter und die dadurch veränderte Familiendynamik war es auch Michael möglich, auf die psychosomatischen und depressiven Symptome zu verzichten, die bisher seine Bedürfnisse signalisiert hatten. Er kann inzwischen seine Bedürfnisse äußern und ist sicherer geworden, im Umgang mit seinen Freunden. Er kann sich mehr auf Auseinandersetzungen einlassen und ist damit auch »gruppenfähiger« geworden.

In all den oben angeführten Beispielen wird deutlich, daß der Psychoanalytische Kindergarten Eltern, Kindern und Mitarbeitern die Möglichkeit zum Einüben der Gruppenfähigkeit bietet, die wichtig ist für das gesamte Leben. Denn: »Der Mensch erhält von Beginn seiner Existenz an alle Lebensenergie aus der umgebenden Gruppe über narzißtische Zufuhr und sozialenergetischen Austausch« (*Ammon* 1982). Die Fragebogenergebnisse haben gezeigt, daß das Umgehen mit Grenzen, Verboten und Ängsten des Kindes, was ja die Gruppenfähigkeit beinhaltet, für die Eltern die vordringlichste Frage der Kindererziehung ist. Den Eltern, und vor allem den Vätern, fällt es immer wieder schwer, Familiendynamik und Partnerprobleme offenzulegen, die unbewußten Anteile der Persönlichkeit zu akzeptieren, und ein Verständnis der Wiederspiegelungsprozesse zu gewinnen. Die vorwiegend unbewußten Prozesse erfordern eine Grenzöffnung, die ein hohes Maß an Vertrauen verlangt. Da die Gruppendynamik vorwiegend von Frauen bestimmt ist, ist ein besonders verständnisvolles Umgehen mit den sich in der Minderheit befindlichen Vätern erforderlich. Die alleinerziehenden Mütter wiederum sind oft sehr engagiert, lösen Eifersucht aus und stellen eine Herausforderung für die Ehepaare dar, da sie einerseits durch das Kind mehr gefordert werden, andererseits die Auseinandersetzung mit dem Ehepartner nicht führen müssen. Den alleinerziehenden Müttern ist die Bedeutung des Vaters für ihre Kinder sehr wohl bewußt, und sie erleben darum die Möglichkeit zur Auseinandersetzung mit anderen Vätern und Müttern am Elternabend als eine wertvolle Erweiterung ihrer engen Mutter-Kind-Beziehung.

In unserer Darstellung ist deutlich geworden, daß bei allen Grenzen und Schwierigkeiten, die im Psychoanalytischen Kindergarten immer wieder auftauchen, er doch wesentlich dazu beitragen kann, den Kindern, Eltern und Mitarbeitern ein kreatives Feld zur Verfügung zu stellen. Voraussetzung dafür ist die Neugierde, das gesunde »ad gredi« von allen Beteiligten. Die Erweiterung der Gruppengrenzen der Familie durch den Kindergarten bildet u.E. die Grundlage für die gesunde Entwicklung eines Kindes und für das präventive

Moment in unserer Arbeit. Dabei kommt es nicht auf die Struktur der Familie an, sondern darauf, daß der sozialenergetische Austausch in der Gruppe und zwischen den einzelnen Gruppen gewährleistet ist.

The Role of Prevention and Work with Parents in the Psychoanalytical Kindergarten

Gertraud Reitz, Dorothee Doldinger (Munich)

Gisela Ammon created the concept the kindergarten of the Deutsche Gruppentherapeutische Gesellschaft are still based on. On the other hand the ideas of *Gisela Ammon* herself have their origin in *Ann Freud*'s Psychoanalytical Pedagogics. An essential aspect of her concept is to prevent physical and psychical illnesses and to promote a normal development of children by offering the optimal requirements thereto. From the point of view of the Dynamic Psychiatry the development of children as well as that of any human being is dependent on interpersonal, creative and social-energetic processes of exchange and means a growing differentiation of human functions and at the same time the integration of these functions. This development has its origin in the family as a primary group, the constructive, destructive and deficitary group dynamics of which will be internalized by any child. For most of the children the kindergarten is the second important group in their life.

Subsequently the organization of the psychoanalytical kindergarten of Munich is presented as a model: The groups of parents meeting at regular intervals at the kindergarten, play a central role, The group leaders recruiting from psychoanalysts or candidates trained in the Munich Training and Research Institute of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse must have a high degree of sensibiltiy for the processes taking place unconsciously, since five different levels are to be distinguished in these parent groups; these five levels being present all the time, i.e. the level of reality, the level of direct educational help, the level of the Balint group orientated at the child, the group dynamical level in the here and now, and the level of therapy. The educators also need a continued education and supervision for their work in the kindergarten. Thus, the psychoanalytical kindergarten is composed not only of the children groups, but also of the respective parent groups, a group of educators and a controll group for the respective group leaders. This enables the many social-energetic exchange processes responsible for the prevention of illnesses and the normal development of the children. A particular difficulty of this concept is that during the work with the parents therapeutical wishes are expressed by the parents again and again; but since, according to the setting the boundaries of therapeutic groups are not given, unconscious problems, which can never be worked through satisfactorily, can be acted out.

By way of a first example the authors describe how a conflict arising in the daily kindergarten's work may serve to intensify the work in the children groups, the parent groups and the educator group as a result of a process during which experiences became conscious that before had been acted out on the unconscious level. This conflict was caused by a questionnaire to be filled in by the parents and which was to show the chances and limits of prevention in the kindergarten. The children responded at first by not sticking any more to the lines set up for the group and by playing off parents against educators. At the subsequent meeting the parents blamed the educators with respect to sex-instruction of their children. The educators on the other hand blamed the parents for seeing their children off and picking them up too lately from the kindergarten, thereby undermining their educational work. The group leaders interpreted the dynamics on the different levels of the work with the parents as follows: on the level of direct educational help, the difficulties of the parents revealed, the difficulties to cope with their childrens' sexuality and splitting of from the family, on the level of group dynamics there was the unspoken rivalry among parents and educators; on the therapeutic level there was the anxiety of the parents to loose the love of their children to the educators. This conflict could be solved at long last. In other cases, however, separations may happen if certain dynamics prevail in a situation, which is compared by the authors with unsuccessful separations from the family group where a rigid break of contact often takes place instead of working through the problems with the children.

By the second example of a psycho-somatic and depressiv child the authors show how the child's symptoms disappear: by the reflection of the family-dynamics in the groups of the children, parents and educators the too rigid boundaries of this primary group could be understood and opened then. The group dynamical processes and their interactions are outlined in the paper.

The authors summarize the examples by stating that the psychoanalytical kindergarten changes the group boundaries of the family and may have a prophylactic function in this way. This implies the readiness of the parents to undergo processes of learning and developmental stages together with their children and the educators, to stand the anxiety connected therewith and to become familiar with the own unconscious resistances. The children can only develop the way their parents' ability to get on in a group develops. With respect to prevention it is essential that a social-energetic exchange takes place between the groups involved, namely the family, the children group, the parent group, the group of educators and the controll group of the Training and Research Institute.

Literatur

Aichhorn, A. (1957): Verwahrloste Jugend. 4. Aufl. (Stuttgart, Bern: Hans Huber)
— (1974): Psychoanalyse und Erziehungsberatung (Frankfurt: Fischer)
Ammon, Günter (1968/69): Dynamische Psychiatrie. In: Dyn. Psychiat. (1/2) 6—18
— (Hrsg.) (1979): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt)
— (Hrsg.) (1982): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt)
— (1986): Der mehrdimensionale Mensch (München: Pinel)
Ammon, Gisela (Hrsg.) (1973): Psychoanalytische Pädagogik (Hamburg: Hoffmann & Campe)
— (1976a): Gruppendynamik und Selbsterfahrung im Kindergarten. In: *Ammon, Günter* (Hrsg.): Analytische Gruppendynamik (Hamburg: Hoffmann & Campe)
— (1976b): Psychodynamische Probleme in einem psychoanalytisch geleiteten Kindergarten. In: *Biermann, G.* (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie, Ergänzungsband (München: Ernst Reinhardt)
— (1979a): Alternieren depressiver und psychosomatischer Reaktionen in der frühen Kindheit. In: Dyn. Psychiat. (12) 209—224
— (1979b): Psychoanalytische Kindergärten und Psychoanalytische Pädagogik. In: *Ammon, Günter* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt)
— (1980): Auf dem Wege zu einer ich-strukturellen Psychoanalytischen Pädagogik innerhalb der Dynamischen Psychiatrie. In: Dyn. Psychiat. (13) 221—242
— (1981): Präventive Kindergartenarbeit — Zur Diagnostik schizophren machender Aspekte in Familiengruppen. In: Dyn. Psychiat. (14) 163—178
Bernfeld, S. (1971): Antiautoritäre Erziehung und Psychoanalyse. In: *v. Werder, L.; Wolff, R.* (Hrsg.): Ausgewählte Schriften, B. 1—3 (Frankfurt/Main: März)
Freud, Anna (1971): Psychoanalyse für Pädagogen (Bern, Stuttgart, Wien: Hans Huber)
Heiliger, A. (1991): Alleinerziehung als Befreiung (Pfaffenweiler: Centaurus-Verlagsgesellschaft)
Neumann-Schönwetter, M. (1973): Psychosexuelle Entwicklung und Schizophrenie (Frankfurt am Main: Suhrkamp)
Peters, U.H. (1979): Ein Leben für das Kind (München: Kindler)
Reitz, G.; Hessel, T. (1990): Das Konzept der Familientherapie in der Dynamischen Psychiatrie Günter Ammons. In: Dyn. Psychiat. (24) 160—175
Wolffheim, N. (1975): Psychoanalyse und Kinder (München: Kindler)

Adressen der Autorinnen:

Dr. phil. Gertraud Reitz
Arcisstraße 59
W-8000 München 40

Dr. med. Dorothee Doldinger
Barerstraße 62
W-8000 München 40

Der Umgang mit dem Widerstand der Familie in der Kinderpsychotherapie**

György Körmendy (Budapest)*

Es ist das Anliegen der Autorin, das von ihr entwickelte Konzept der Kinderpsychotherapie darzustellen am Beispiel des Umgangs mit dem Widerstand der Familie. Ausgehend von ihren eigenen Untersuchungen und der ungarischen Tradition in der Kindertherapie hat sie die Forschung Günter Ammons in ihre Arbeit integriert, vor allem das Konzept der Sozialenergie. So versteht sie das Symptom des Kindes als Ausdruck einer gestörten Famliendynamik und folgert daraus, daß die Familie als Ganzes behandelt werden muß. Um die Störungen und die Familiendynamik zu erforschen, verwendet sie differenzierte diagnostische Verfahren und Tests. Dabei sind vor allem die Kinderzeichnungen und das Spielverhalten aufschlußreich. Auf der Basis dieser ausführlichen Diagnostik erarbeitet sie das therapeutische Setting und beschreibt an vier Fallbeispielen mit illustrierendem Bildmaterial ihr therapeutisches Vorgehen. Durch ihr Mitarbeiter-Team und die Einbeziehung aller Beteiligten, auch der Lehrer und der jeweiligen Schulklassen, bietet sie der gesamten Familie einen Raum zu Kontakt und Auseinandersetzung. Dadurch kann die Familienisolation aufgelöst und für alle eine therapeutische Situation bereitgestellt werden.

»Nur in ganz seltenen Fällen können wir den Grund der Erziehungsabnormität einzig und allein im Kind entdecken. . . Auch die Eltern müssen als Patienten behandelt werden. Wir müssen erkunden, welche Erfahrungen im Leben der Eltern ihr Verhalten gegenüber den Problemen der Kinder erklären. Dies können wir nur mit einer psychotherapeutischen Technik von höherem Niveau erreichen.« So lehrte es *János Schnell* (1959), der Begründer der ersten bedeutenden Fachbewegung, der ungarischen kindermenthalhygienischen Bewegung, in einer Person Arzt, Psychologe und Lehrer, seinen Studenten.

Seine Schüler *Fiore Boda* und *Éva Erdélyi* (1959) haben anhand der Arbeiten von *Lewin* und *Aichhorn* sowie unter Berücksichtigung ihrer eigenen Untersuchungen den Begriff »Familienerziehungslage« erarbeitet, worunter sie jenes System der interpersonalen Beziehungen verstanden, in dem sich das Kind, als personalgebundenes Wesen, von der Geburt bis zum Erwachsenenalter befindet. Sie meinen, um die Beschwerden des Kindes zu verstehen und um die Therapie zu planen, muß die »Familienerziehungslage« aufgedeckt werden. Ich selbst habe 1970 anhand von Untersuchungen Forschungsergebnisse zur Diagnose der »Familienerziehungslage« publiziert, die nicht nur Psychologen, sondern auch Kinderärzte verwenden können. Der Kinderarzt steht seinem Patienten nämlich nicht alleine gegenüber, die Mutter, der Vater oder der Pfleger des kleinen Patienten sind aktive Teilnehmer an der Heilung. Die Beschwerde bringt der Elternteil, die Symptome liefert das Kind und der wahre Grund liegt in mindestens 30% der kinderärztlichen Fälle und bei mehr als 70% der in die psychologische Sprechstunde überwiesenen Kinder in den Mängeln der »Familien-

* Dr. phil., Psychotherapeutin und klinische Kinderpsychologin

** Vortrag gehalten auf dem 9. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP / XXII. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 29. April — 3. Mai 1992 an der Universität Regensburg

erziehungslage«. Diese kann für das Kind günstig, ungünstig — entweder aus einfacher Unwissenheit oder aus versteckter emotioneller Verwahrlosung — oder gefährdend sein (*Körmendy* 1970 und 1975). Anhand von *Bowlby* hat Mérei (1981), eine bedeutende Persönlichkeit der ungarischen Kinderpsychologie, die Beschreibung des Krankenbildes der versteckten emotionellen Verwahrlosung gegeben.

Nachdem ich den Begriff der sozialen Energie und die persönlichkeitstheoretische Konzeption von *Günter Ammon* — die Humanstrukturologie — kennengelernt habe, fand ich, daß die obigen drei Typen den konstruktiven, defizitären und destruktiven Varianten der familiären Gruppendynamik entsprechen. In meinem Vortrag bemühte ich mich darauf hinzuweisen, daß das Heilen und die Heilung des Kindes nur zusammen mit dem Umformen des Familiensystems erfolgreich geschehen kann. Die kinderpsychotherapeutische Behandlung kann nur dann als wirksam bezeichnet werden, wenn auch die Beschwerde (das Symptom) verschwindet, denn dies ist nicht oder nicht nur das Problem des Kindes, sondern auch ein Symptom für das schlecht wirkende Familiensystem, gleichzeitig unternimmt aber auch die Familie konkrete Schritte in dieser Richtung, in Richtung der Identitätsentwicklung der einzelnen Familienmitglieder und der Familie als Ganzes, wie z.B. die Tagesordnung, die Grundplanänderung des Familienheimes, die neue Rollenverteilung, gemeinsam übernommene Projekte u.ä. In einer Therapie mit dem obigen Gedankengang wurden wegen verschiedenen Verhaltensstörungen, schulischen Problemen eingewiesene Kinder, solche, die mit vegetativen psychosomatischen Beschwerden kämpften, »böse Kinder«, die stahlen oder sich herumtrieben, geheilt und wir halfen jenen, die Selbstmordversuche unternommen hatten. Diese Erfahrung publizierte auch *Gisela Ammon* (1976): »Wenn in der Gruppendynamik des Elternhauses eine Kräfteverschiebung entsteht, kann sich das Verhalten des Kindes ändern. Diese Störungen sind noch nicht im Unterbewußtsein verwurzelt.«

Die gemeinsame Behandlung des Kindes mit der Familie widerspricht den Methoden der Kinderanalytiker, die in der Zweiersituation der orthodoxen Psychoanalyse denken. Darüber schreibt *Richter* (1986) folgendermaßen: »Den historischen Widerwillen der Psychoanalytiker gegen den Kontakt mit den Angehörigen ihrer Analysepatienten kann man als eine irrationale überindividuelle Gegenübertragung interpretieren.«

Auch die ungarische Entwicklung der Psychoanalyse erlaubte dies bis in letzter Zeit nicht. Obwohl sich eine Schülerin von *Ferenczi, Alice Bálint* schon 1933 darüber sorgt, ob eine solche Psychoanalyse nicht schädlich für das Kind wäre, hat jene Theorie, die nach dem Krieg aufgrund der Triebtheorie von *Hermann* über die Mutter-Kind-Beziehung entwickelt wurde, die Bedenken der Fachkreise vollkommen zerstreut (*Hermann,* 1943). So kamen also der Marxismus des Parteistaates und die psychoanalytische Deutung der kindlichen Entwicklung zwar nicht friedlich, aber doch miteinander aus. Die »weiche Diktatur« — die *Kádár-Aczél*-Ära — hat die Kinderpsychologie zwar ge-

nehmigt, wollte das Kind aber immer mehr von der Familie unabhängig machen. Von den heute arbeitenden ungarischen Kinderanalytikern haben *Livia Nemes* (1985) und *Teréz Virág* (1992) die Bedeutung der Familie erkannt und in den vergangenen Jahren in diesem Verständnis gearbeitet.

Mein Standpunkt ist unverändert, es gibt kein größeres Hindernis bei der Genesung des Kindes als eine lange analytische Behandlung in der Zweiersituation. Dies befriedigt eher die symbiotischen Bedürfnisse der zumeist weiblichen Analytiker.

Obwohl *Lamaire* (1979) über seinen Weg von der Behandlung des Einzelnen zur Familie hin schreibt, sowie *Richter* (1986) die Grundlagen einer analytischen Familientherapie für neurotische Familien erarbeitet hat, möchte ich feststellen, daß *Ammon* jener Wissenschaftler ist, der das große Dilemma der Psychologie und der Psychoanalyse von heute, welches sich zwischen den »intrapsychischen« und »interpersonellen« Denk- und Behandlungsarten entspannt, aufgelöst hat. Seine Feststellung, die sogar die Zusammenfassung seiner Persönlichkeitstheorie sein könnte, lautet: »Das anscheinend rein Intrapsychische ist unmittelbar Ausdruck der Interpersonalität« (*Ammon* 1989). In seinem Handbuch referiert er die Geschichte des Widerstandsbegriffes detailliert und führt den Gruppenaspekt ein. Der symbiotische Widerstand ist Wiederholung der primären Gruppendynamik im Laufe der Therapie. Der Patient überträgt das Fehlen und die Erwartungen der frühkindlichen Mutter-Kind-Beziehung, die wegen ihrer Ungelöstheit als symbiotische Bedürfnisse in seinem Unbewußten weiterleben, auf den Therapeuten. Zur Illustration der pathologischen Symbiose-Dynamik analyisiert *Ammon* auch das mythologische Ödipus-Drama. *Freud* befaßt sich nur mit Ödipus selbst und zieht nicht in Betracht, daß der Vatermord und die blutschändende Heirat des Prinzen nicht geschehen wäre, wenn er in einer liebevollen familiären Umgebung aufgewachsen wäre. Sein Vater, Laios war böse auf seine Frau Jokaste und wollte sie verstoßen. Jokaste hat, um ihren Mann an sich zu binden, erreicht, daß sie ein Kind zeugen. Laios war unerbittlich und befahl, daß das Kind sofort nach seiner Geburt ausgesetzt werden muß. Zu dieser Entscheidung hat ihn auch bestärkt, daß er eine Weissagung erhielt, nach dem sein ungeborenes Kind ein Sohn sei, der seinen Vater als Erwachsener töten wird. Laios wurde von einem fremden guten Mann gefunden und aufgezogen. Er kannte seine Eltern nicht und dies wurde der Grund der Tragödie. Zur Geschichte gehört, daß auch Laios in zerrütteten Familienverhältnissen aufgezogen wurde, keine wirkliche Mutterliebe erhielt und daher nach dem ausschließlichen Besitz seiner Frau strebte, deren Möglichkeit er mit der Geburt des Kindes in Gefahr sah.

In der Tiefe des Ödipus-Komplexes erscheint so eine destruktive Symbiose-Dynamik, ein Symbiose-Komplex. Dessen Pathomechanismus fand *Ammon* im Lebenslauf in der Analyse der archaischen Ich-Kranken regelmäßig. Die destruktive Dynamik einer großen Familiengruppe bleibt im Sinne des Wiederholungszwanges über Generationen hinweg bestehen, und das Kind wächst in dieser Situation auf. »Als schwächstes Mitglied der Familiengruppe dient es

dazu, den gemeinsamen unbewußten Konflikt durch Projektion in einem Mitglied zu lokalisieren, um ihn damit kontrollieren und abwehren zu können. . . Meist aber wird die kindliche Symptomatik, welche die elterlichen Konflikte zum Ausdruck bringt, von diesen nicht als Manifestation ihrer eigenen Konflikte erkannt. Das Kind ist dann gezwungen, sich in Form seiner Pathologie an die krankmachende Familiensituation anzupassen. Seine Symptomatik wird dann als Krankheit des Kindes mißverstanden und behandelt, dies wird dann in der Folge verdeckt durch die Ausbildung einer destruktiven Identität. . « (*Ammon,* 1989). Die Behandlung des Widerstandes bedeutet in der Kinderpsychotherapie das Erkennen und Auflösen dieser krankhaften Dynamik.

Beispiele aus der Praxis

Istvánka, einer meiner ersten Patienten in der selbständigen Praxis, war ein dreijähriger Junge, den 1957 ein Kreisarzt mit der Diagnose Retardatio Mentalis zu mir schickte. Das Kleinkind schritt an seine Mutter geklammert zaghaft auf mich zu. Ich versuchte mit ihm in Kontakt zu kommen, zu spielen, aber dies ging recht schwer. Meine Mitarbeiterin trennte seine Mutter von ihm, setzte sie in eine entfernte Ecke und gab ihr etwas zu lesen. Ich umarmte das Kind und stellte ihm Fragen des Binet-Simon Intelligenztestes für Dreijährige. Unter den Aufgaben gibt es eine, in der das Kind zwei Sätze nacheinander wiederholen muß, die jeweils sechs Silben enthalten. Die zwei Probesätze sind inhaltlich und in der Silbenzahl ungarisch und deutsch entsprechend: »Ich habe einen Hund« — »Ich bin ein braves Kind«. Den ersten Satz wiederholte er fehlerfrei, den zweiten wollter er auf keinen Fall nachsprechen. Ich wartete, ermunterte ihn. Danach fragte ich: »Warum sagst du das nicht, Istvánka?« Sein Mund krümmte sich zum Weinen: »Weil ich kein gutes Kind bin.« Wie es sich herausstellte bekam Istvánka zu Hause viel Schelte und er wurde auch oft verprügelt, weil er wirklich »für ein schlechtes Kind« gehalten wurde. Besonders die Großmutter, die oft mit ihm allein war, war mit ihm unzufrieden. Istvánka ging von ihr immer in die Nachbarschaft zum Spielen, sie bat ihn umsonst zu Hause zu bleiben. Von da an habe ich die Kinder Jahre hindurch immer beim ersten Treffen gefragt, für was für ein Kind sie sich halten, ob Mutter und Vater gut sind und, wenn sie Geschwister haben, wer das beste Kind in der Familie ist, und endlich wer es schlägt und womit. Das Ergebnis war erschütternd. Zweidrittel der Kinder bewertete sich als »schlecht« oder »oft schlecht«, die Mutter nannten 98% gut, ein großer Prozentsatz hielt den Vater für »schlecht«, oft nur mit einem Kopfbeugen oder Mundzug ihr unausgesprochenes »Urteil« zeigend. Das Schlagen der Kinder war in den meisten Familien allgemein üblich, meistens wurden auch allerlei »Folterinstrumente« verwendet.

Nach der Befragung — die ich als »Test der Erziehunglage« später in einer Facharbeit veröffentlicht habe — folgte die Therapie. »Gut, du hälst dich jetzt

für ein schlechtes Kind, aber möchtest du nicht gut werden?« Es gab kein Kind das nicht »Ja« geantwortet hätte. »Wenn du gut werden möchtest, werden wir dir helfen. Wenn jemand versehentlich einen Fehler begeht, ist dies kein Problem, wenn er es berichtigen möchte. Die Erwachsenen machen ja auch Fehler.« Hier nicken sie zustimmend. »Also, haben wir das vereinbart?« die Vereinbarung ging leicht. Aber eine andere Grundvoraussetzung des Vertrages war die andere Seite, das therapeutische Bündnis mit den Eltern. Auch der Vater mußte teilnehmen. Für die Erwachsenen lautete die Frage so: »Mein Kind ist lieb, weil ich es liebe.« (*Ammon,* 1981). Die aus der Arbeit von *Ammon* zitierte Frage lautet ungarisch zwar ein wenig anders, der Sinn ist aber derselbe. Die Eltern nehmen das Kind an, schließen ihre eigenen egozentrischen, symbiotischen Erwartungen aus der Verbindung mit dem Kind aus und im Kind wird sich das verinnerlichte Schuldbewußtsein lösen, seine Persönlichkeit wird sich entwickeln und die Symptome werden überflüssig.

Auch im Falle von Istvánka ist dies geschehen. Sowohl die Mutter als auch der Vater waren sehr beschäftigte Leute und obwohl sie auf dem Lande wohnten, fuhren sie täglich zur Arbeit in die nahegelegene Stadt. Die Mutter beschäftigte sich kaum mit dem Kind, sie überließ es von Geburt an der Großmutter, für die das Kleine eine ziemlich große Last bedeutete. Auch den Haushalt führte die Großmutter. Die junge Frau »konnte sich«, wie man so sagt, ohne ihre Mutter »nicht einmal rühren«. Ich empfahl ihnen, daß die Mutter drei Monate unbezahlten Urlaub von ihrer Firma nehmen sollte und daß sie sich mindestens sechs Wochen lang so intensiv mit dem Kind befassen sollte und es so liebkosen sollte, als ob es noch ein Nestling wäre. Die Eltern kamen dreimal zur familientherapeutischen Sitzung. Auch Istvánka kam mit ihnen, er beschäftigte sich aber im Spielzimmer, während die Eltern bei mir waren. Das Thema war, mehr Zärtlichkeit und Aufmerksamkeit in den Umgang miteinander zu bringen, und das konkrete Besprechen dessen. Die defizitäre Dynamik der ganzen Familie wurde sozusagen sozialenergetisch aufgeladen, die Familienmitglieder erhielten narzistische Betätigung. Die Großmutter bekam dies dadurch zu spüren, daß sie auf einmal weniger zu tun hatte und sie — was auch ausgedrückt wurde — mehr Anerkennung von ihrer Tochter erhielt. Ich habe die Entwicklung des Kindes nach acht Monaten kontrolliert, als es auch schon den Kindergarten besuchte, und die Kindergärtnerin berichtete über eine positive Entwicklung.

Valika war 6 Jahre alt, als ihre Mutter sie zur psychologischen Sprechstunde brachte. Die Schule hatte vor kurzem begonnen und die Beschwerde war, daß das Kind sich weigerte, in der Schule zu sprechen. Leider sprach es auch bei uns nicht. Es umklammerte krampfhaft die Hand seiner Mutter und warf nicht einmal einen Blick auf die Spielsachen. Unserer Pädagogen-Mitarbeiterin gelang es, das Mädchen bei der Hand zu nehmen und an einen kleinen Tisch zu setzen. Sie gab ihr Malpapier und Buntstifte. Valika legte diese nur hin und her, zu zeichnen begann sie aber nicht. Die Mutter stand neben ihr und machte sie andauernd darauf aufmerksam, wie sie sich benehmen soll, das

Kind reagierte aber nicht darauf. Dann befragte ich die Mutter. Sie erzählte, daß der Kummer nicht nur darin bestand, daß das Kind nicht spricht, sondern auch darin, daß es sehr schnell erschrickt. Einmal wurde in einer Pause ihr Frühstück von jemanden heruntergeschubst, worauf sie erschreckt zu schreien anfing. Auch wenn man sie lauter verwarnt, macht sie sich in die Hose. Sie ging nicht in den Kindergarten und zu Hause gab es nie Probleme mit ihr, sie entwickelte sich normal. Zwar ließ sie sich nie von Fremden ansprechen, aber die Mutter habe gedacht, in der Schule werde das anders sein. Die Schwangerschaft und die Geburt verliefen normal, das Mädchen hat keine körperlichen Beschwerden, sie hatte auch keine ernsthaften Krankheiten. Sie hatte zwei jüngere Schwestern. Der Vater war jahrelang schwerer Alkoholiker, seit er vor zwei Jahren auf einer Entziehungskur war, trinkt er nicht mehr. Allerdings ist die Mutter in letzter Zeit öfter krank, sie hat Magenbeschwerden. Auf die Frage, ob die Kinder denn gut seien, sagte sie, daß ihr Magen wahrscheinlich deshalb schmerzt, weil sie wegen der Kinder oft nervös ist. Die Kleinste gehorcht zwar noch, aber mit den beiden Größeren kommt sie nicht zurecht. Wir schlossen das »therapeutische Bündnis«, d.h. sie muß annehmen, daß Valika ein gutes Kind werden wird, wenn auch sie es so will, dazu muß die ganze Familie mindestens dreimal zur »Erziehungsbesprechung« kommen.

Beim nächsten Mal zeigte die Mutter den Brief der Pädagogin aus der Schule. Die Lehrerin schrieb darin, daß das Kind in der Schule noch nie geredet habe. Während der Unterrichtsstunden ist sie aufmerksam, die Vorführmaterialien interessieren sie, aber sie reagiert nicht einmal bei der Namensverlesung auf ihren Namen. Sie beugt sogar ihr Kinn so sehr nach unten, daß man ihr nicht in die Augen sehen kann. Sie kaut fast andauernd ihre Finger und Bleistifte. Sie versuche vergeblich mit ihr Kontakt aufzunehmen. Das Kind hat die Spielzeuge in der Praxis auch bis jetzt nicht angefaßt.

Da die Familie sich beim nächsten Termin nicht meldet, sucht die Pädagogin aus der Sprechstunde die Familie in ihrem Heim auf. Die Wohnung ist ordentlich, einfach und sauber. Die Mutter mußte ins Krankenhaus, sie wohnen mit den Großeltern vaterseits zusammen. Der Vater ist noch bei der Arbeit. Die Pädagogin findet die drei Kinder in der Spielecke, mit Puppen spielend. Sie nähert sich Valika als alte Bekannte. Sie versucht von den Kindern in ihr Spiel einbezogen zu werden, was ihr auch gelingt. Sie bauen ein so gutes Verhältnis auf, daß sie mit Valika bespricht, daß sie nächstes Mal in die Praxis kommt, weil dort neue Puppen gekommen seien, die sie ihr zeigen wird. Sie sehen sich zusammen auch die Schulbücher und Hefte an. Zwar leise und flüsternd, spricht sie dennoch mit der Mitarbeiterin.

Die Familie kam danach wöchentlich in die Sprechstunde. Das Kind spielte und sang schon recht schön mit der ihr inzwischen vertrauten Pädagogin und lächelte auch zaghaft auf »Fremde« zurück. Aus den Explorationen mit dem Ehepaar stellte sich heraus, daß es in der Familie viele Sorgen, Streit und Zänkereien gegeben hat, die letzten zwei Jahre waren aber im Sinne des Friedens und der Zusammenarbeit vergangen. Die Hauptthemen waren das »Gut-Sein«

der Kinder, die Organisation der Familienfeiertage, die Freuden in der Familie. Es half ihnen sehr viel, daß Valika endlich begann, sich in der Schule anzupassen. Die Pädagogin nahm den Kontakt mit der Schule, der Klassenlehrerin und den Kindern der Klasse auf. In den Klassenlehrerstunden sprachen sie mit den Kindern gemeinsam darüber, daß bald der Nikolaus komme und was er ihnen bringen würde. Auch Valika nahm am Gespräch teil. Die Lehrerin half begeistert. Natürlich wurden auch die Kinder in das Beziehungssystem aufgenommen und auch sie erhielten Informationen darüber, daß Valika wöchentlich einmal zu dieser Pädagogin geht und daß es dort in der Praxis viele schöne Spielsachen gibt.

Nach einem halben Jahr hielt ich auf Bitte der Direktorin in der Schule einen Vortrag für die Pädagogen. Die Lehrerin berichtete freudig, daß die Verhaltensstörung des Kindes vollkommen verschwunden war, wenn es nötig ist, antwortete sie bereitwillig und wenn sie für den Tag die Klassensprecherin war, »meldete« sie mutig die Klassenzahl.

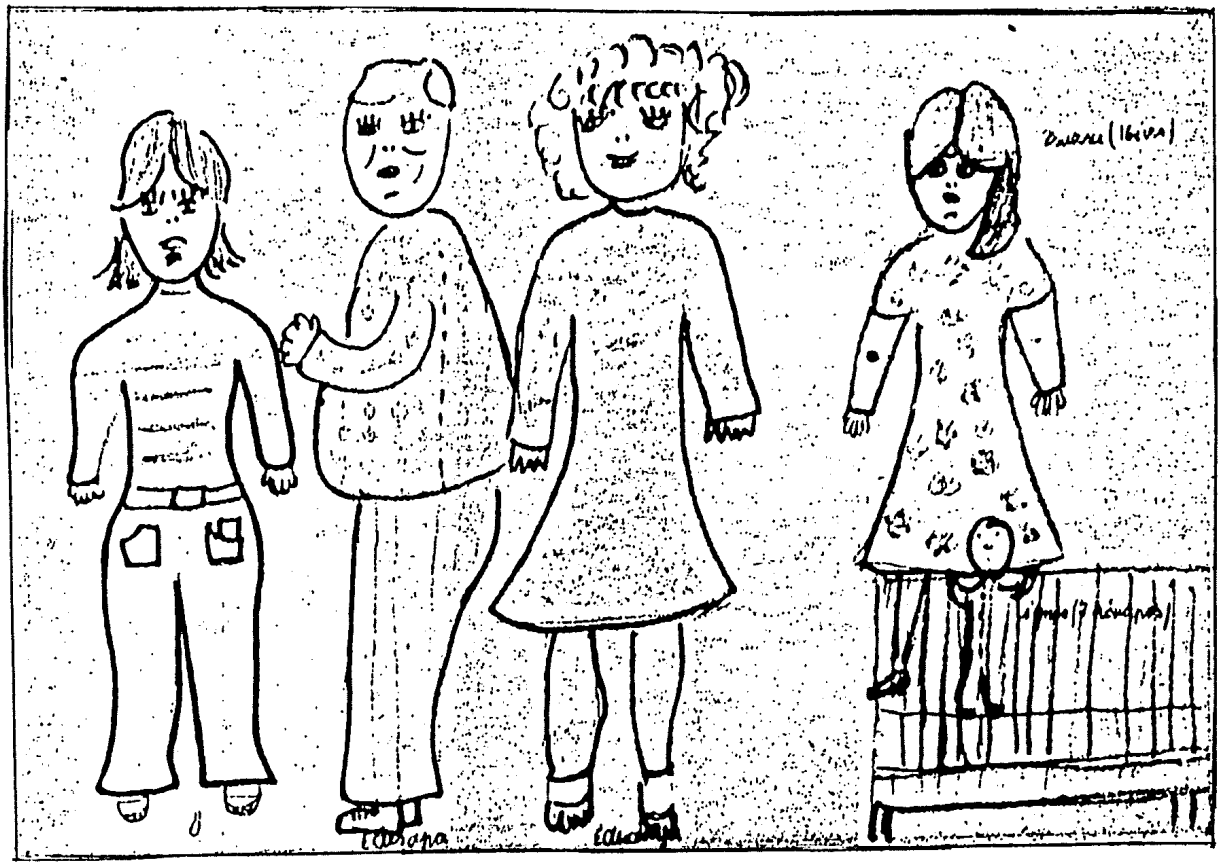
Der selektive Mutismus ist in der Fachliteratur recht spärlich beschrieben, trotzdem sehen wir ihn in der Praxis recht häufig und zumeist bedeutet er ein ernstes Problem. Das Kind ist meistens nur bereit mit seiner Mutter, eventuell mit seinem Vater und den Geschwistern zu reden, es verweigert jedoch die Kontaktaufnahme mit Personen außerhalb der Familie. Ich halte das Bild für eine typische Erscheinung einer weiterlebenden Symbiose und meine, dieser Fall hat auch gezeigt, wie schwierig diese bei der Einschulung hervortretende Krisensituation für das symbiotische Kind sein kann.

Monika wurde mit 12 Jahren deshalb in das Kinderkrankenhaus gebracht, weil sie alle Medikamente ihrer Mutter eingenommen hatte und tief eingeschlafen war. Ihre große Schwester hat ihren Schlaf entdeckt und die Nachbarin alarmiert, die wiederum den Notarztdienst rief, welcher sie mit der Diagnose Selbstmordversuch auf die Station einlieferte. Das Kind erwachte nach der Magenspülung rasch. Am Anfang war sie orientierungslos, wir brachten sie in das Spielzimmer, wo sie sich mit den für die Kleinkinder bereitgestellten Spielsachen zu beschäftigen begann. Das Holzpferd zum Ziehen, die quakende Ente und den braunen Bär zog sie herum und umarmte sie.

Am nächsten Tag baten wir sie, ihre Familie zu zeichnen und sie fertigte das erste Bild (Abb. 1). Mutti steht in der Mitte, scheinbar gehört sie zu niemandem, denn die große Tochter ist weit von ihr, ihr Mann wendet sich ab. Sie ist einsam. Die große Tochter und das Baby bilden eine Gruppe, der Vater und sie selber ebenfalls. Ihrer Meinung nach ist Mutti deshalb in der Mitte, weil sie die wichtigste ist, sie geht arbeiten. Vater geht auch arbeiten, aber er erzählt ihr viel. »Worüber?« fragen wir. Darüber, daß Mutti schlecht zu ihm ist, daß er sie nicht liebt und sich von ihr scheiden lassen will. Ihre große Schwester hat es ihrer Meinung nach gut, sie kümmert sich zwar ein wenig um die Kleinste, aber ansonsten geht sie, wohin sie will und zieht an, was sie will. Sie liebt die Kleine sehr und erlaubt es Monika nicht, sich mit ihr zu beschäftigen. Über die Schule gefragt erzählt sie uns, daß sie mittelmäßige Noten hat, jetzt

ist sie aber in Mathematik sitzen geblieben (im Halbjahr). Sie wagte nicht, das Zeugnis zur Unterschrift vorzulegen. Am anderen Tag fragte die Lehrerin sie danach, worauf Monika sagte, sie habe ihr Notenheft zu Hause vergessen. Sie wagte nicht nach Hause zu gehen, streunte auf der Straße herum. Da sie hungrig wurde, ging sie in ein Geschäft und nahm sich eine Schokolade. Dies wurde bemerkt, und weil der Besitzer sie kannte, wurde sie nach Hause begleitet. Ihre Mutter hat sie da schlimm verprügelt. Danach dachte sie, daß sicher alles besser wird, wenn sie alle Medikamente ihrer Mutter einnimmt. Nach ihrem Geständnis baten wir sie um noch ein Bild. »Stell' dir vor, ein Zauberer kommt und verzaubert die ganze Familie! Zeichne die Familie im verzaubertem Zustand!« Das Bild war erschütternd (Abb. 2). Die Mutter steht wieder in der Mitte und hält als Hase eine Karotte in der Hand. Der Vater aber bleckt wie ein wütender Löwe seine Zähne in ihre Richtung, derselbe Vater, der neben dem Mädchen — unten in der linken Ecke — wie ein braver Bär, ohne Beine, steht. Die kleine Schwester kommt als Katze in einen Käfig und die große Schwester recht weit von ihr ist in eine Maus verwandelt. Die Mittelposition der Mutter und die doppelte Rolle des Vaters deuten darauf hin, daß sich das Mädchen sehr danach sehnt bei ihrem Vater an die Stelle der Mutter zu treten, zugleich kritisiert sie aber ihren Vater auch wegen seiner Grobheit. Sie macht sich Selbstvorwürfe im Zusammenhang mit ihrer Mutter und bricht zusammen, als diese sie wegen des Schokoladendiebstahls demütigt. Das Umwandeln der großen Schwester und das Einsperren der Kleinen zeigt die Aggression und Eifersucht gegenüber den Geschwistern. Die beiden sind übrigens, anhand der Beschreibung von *Kos* und *Biermann* (1973) in »Katz-Maus-Position«, was ein charakteristisches Bild der Symbiose ist.

Das Kind fühlte sich wohl auf der Abteilung, es kam langsam zu sich. Nach der Heimkehr kamen die Eltern und das kleine Kind — die Familie ohne die große Tochter — drei Monate lang zur Familientherapie. Die Beschäftigung mit der Familie führte zu einer verhältnismäßig stillen Scheidung. Die große Tochter wurde selbständig, die Kleine und Monika blieben bei der Mutter. Monika besuchte noch zwei Jahre lang die Gruppenbeschäftigungen für Jugendliche in der Praxis. Inzwischen entwickelte sich immer mehr die Vorstellung in ihr, Kinderkrankenschwester zu werden, und als ersten Schritt dazu meldete sie sich in einer Fachmittelschule für Gesundheitswesen an. Zu den Gruppentreffen wurde sie regelmäßig von ihrem Vater begleitet, der in der Elterngruppe teilnahm. Mit der Entwicklung ihrer Identität wurde auch ihre Beziehung zu ihrer Mutter harmonischer und sie konnte sich endlich mit der so ersehnten kleinen Schwester befassen, da die große Schwester nicht mehr zu Hause war. Ihre Mutter war Arbeiterin in einer Fabrik und soweit ich sie kennengelernt habe, kam sie in einfachen, stereotypen Arbeiten sowohl an ihrem Arbeitsplatz als auch zu Hause gut zurecht. In dieser Familie war zwischen dem Vater und der Mutter ein tiefer Konflikt. Wahrscheinlich wegen der defizitären Persönlichkeitsstruktur der Mutter, den Grund konnten wir nicht feststellen. Die Kinder erlitten — mit der Vertiefung des Konflikts — immer



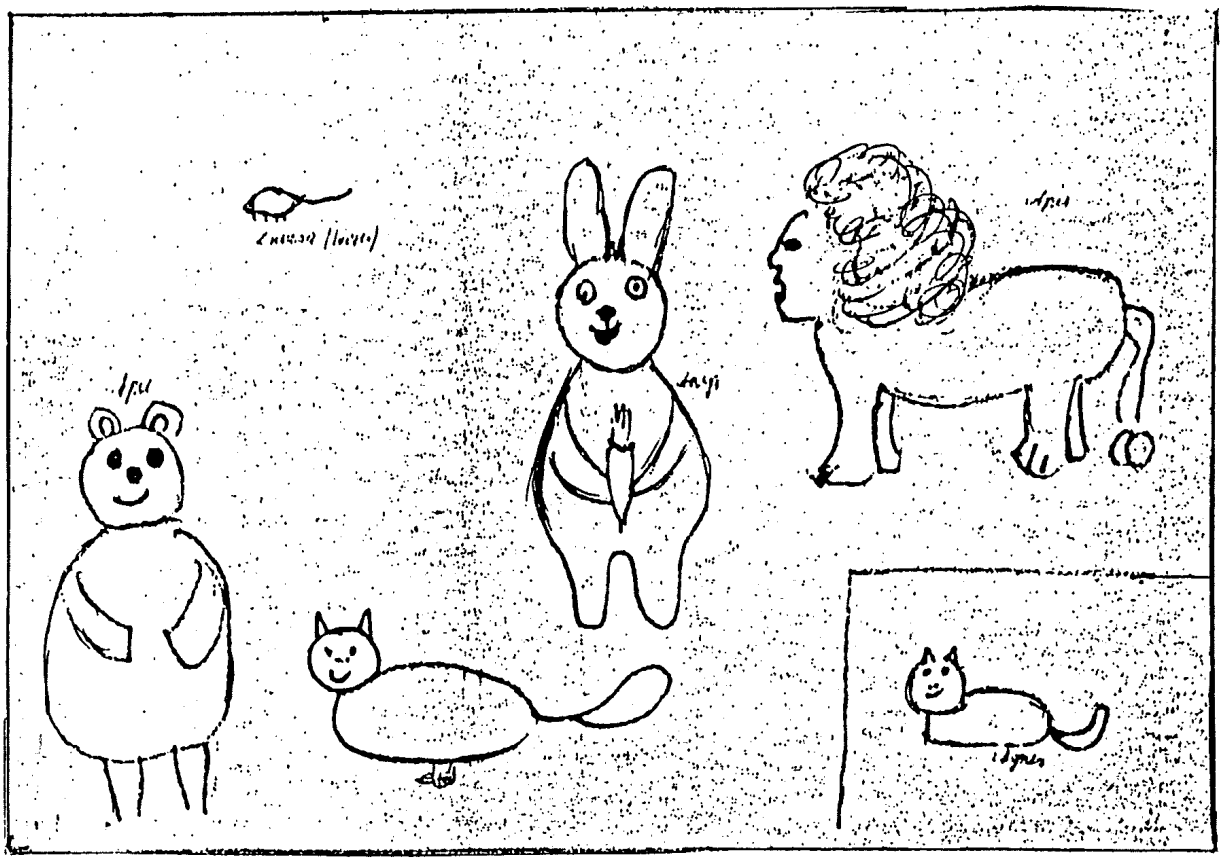
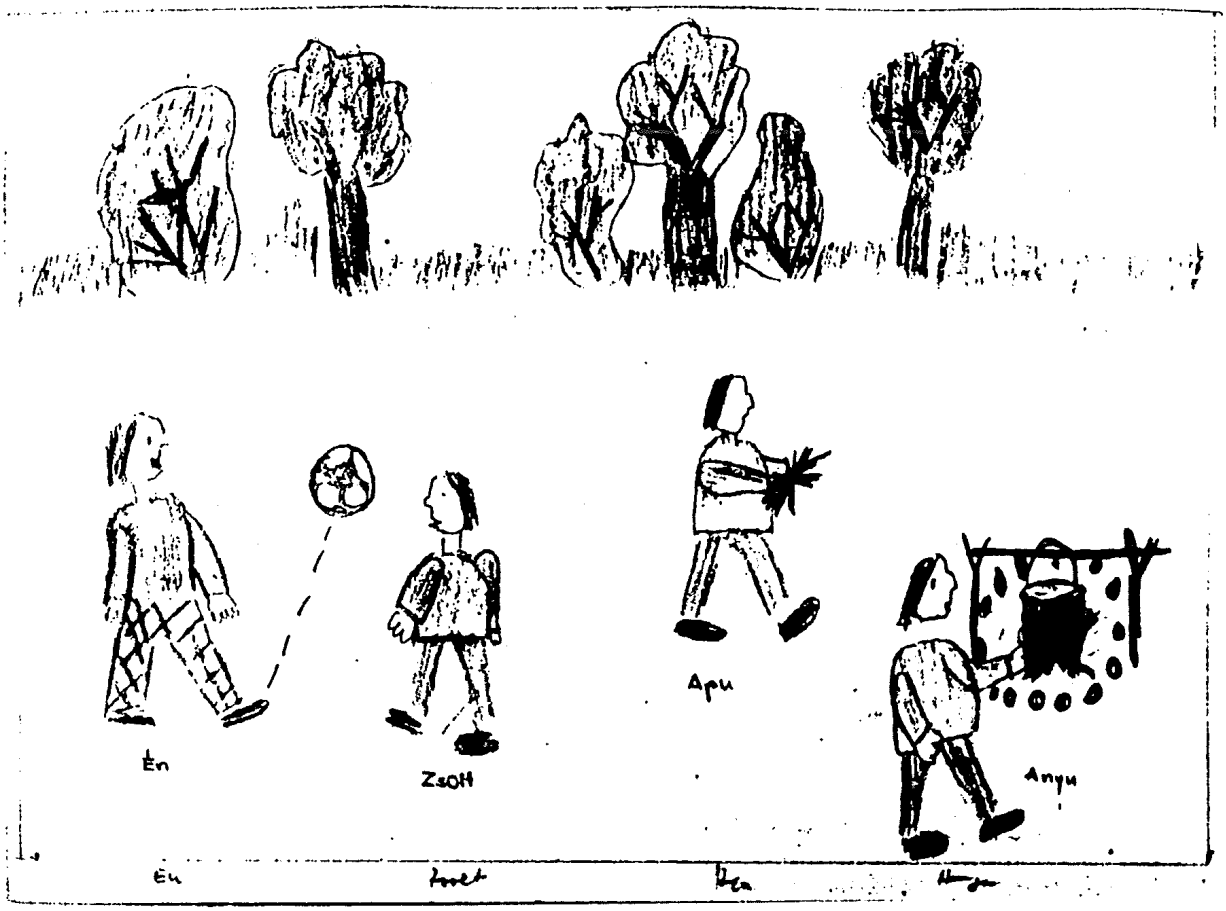


Abb. 1 und 2: Zeichnungen von Monika 12 Jahre alt. Erläuterung im Text

größere Verletzungen. Monikas Identitätsverwirrung wurde Anfang der Pubertät vollkommen und als lezten Versuch, als »cry for help«, hat sie ihre Destruktion gegen sich selbst gewendet. Zum Glück wurde sie gerettet und die Behandlung löste nicht nur ihren Konflikt, sondern brachte auch den Familienmitgliedern einen relativen Frieden.

Der kindliche Selbstmord ist, obwohl es zum Glück nur selten zum tragischen Ende kommt, trotz allem immer etwas tief Trauriges. Eine herausragende Zeitspanne dafür ist die frühe Pubertät. Ein kleineres Kind spürt zwar die destruktive Dynamik der Familie und reagiert auch darauf, denn es erzeugt ja Symptome, trotzdem ist eigentlich für die ganze Kindheit charakteristisch, daß das Kind die krankhafte Dynamik irgendwie über sich ergehen läßt. Wenn es die Familienzeichnungen fertigt, verarbeitet es die Geschehnisse nur in den bewußtseinsnahen Regionen und drückt diese mit Hilfe der Symbolsprache aus. Am Anfang der Pubertät herrscht im gesamten Unbewußten die destruktive Dynamik vor. Dies geschah im Falle von András, über den ich auf dem WADP-Kongress 1990 berichtete. In der Gefangenschaft des Symbiosekomplexes, in der Ungelöstheit der Ödipus-Problematik, hat er sich mit der Familie identifiziert, die ihn nur angreifen konnte, von ihm nur verlangen konnte. Diese Identifikationsdynamik, die »Identifikation mit dem Angreifer«, kann zur Selbstaggression in der Pubertät führen.

Róbert war ebenfalls 12 Jahre alt, als er ins Kinderkrankenhaus kam. Zuvor hatte er seit einem halben Jahr starke Kopfschmerzen, und der Kinderarzt stellte hohen Blutdruck bei ihm fest. Vergeblich wandte er die sonst übliche Behandlung an, Róberts Beschwerden reagierten nicht darauf. Der früher gut lernende Junge hatte es auch in der Schule immer schwerer, er brachte nacheinander schlechte Noten mit nach Hause. Sobald er in das Krankenhaus kam, verschwanden plötzlich alle Beschwerden. Sein Blutdruck war normal, er war fröhlich, er nahm an den Beschäftigungen auf der Abteilung mit großer Aktivität teil. Er übernahm die Rolle des »Helfer der Schwester« und spielte mit den Kleineren. Es ist eine allgemeine Erfahrung auf der Kinderstation, daß solche vegetativen Beschwerden — z.B. Enuresis, sogar primäre Kopfschmerzen, Magenkoliken — verschwinden. Beim Aufnahmegespräch war die Verängstigung und Verzweiflung der Eltern dermaßen groß, daß wir eine solche Veränderung gar nicht erwarteten. Für Robi schrieb der Arzt eine psychologische Untersuchung vor. Eigentlich hat man sogar an eine maligne Krankheit gedacht. Seine Intelligenzuntersuchung zeigte eine altersentsprechende Entwicklung, die Rorschach-Untersuchung eine produktive Intelligenz und Fantasiebereitschaft, wir fanden kein Zeichen einer organischen Erkrankung, nur eine recht große Verängstigung. Seine Zeichnung über seine Familie (Abb. 3) zeigt das konventionelle Bild einer Familie beim Ausflug. Die zwei Kinder spielen Fußball, die Eltern bereiten das Mittagessen vor. Als wir auf den Test »Die verzauberte Familie« übergehen, zeichnet er das Bild auf Abb. 4. Es scheint, als ob die Ausflügler jetzt ein Sackhüpfen machen würden. Robi sagt aber, daß sie nicht Sackhüpfen, sondern daß sie Geister sind. Sehen wir denn nicht, daß



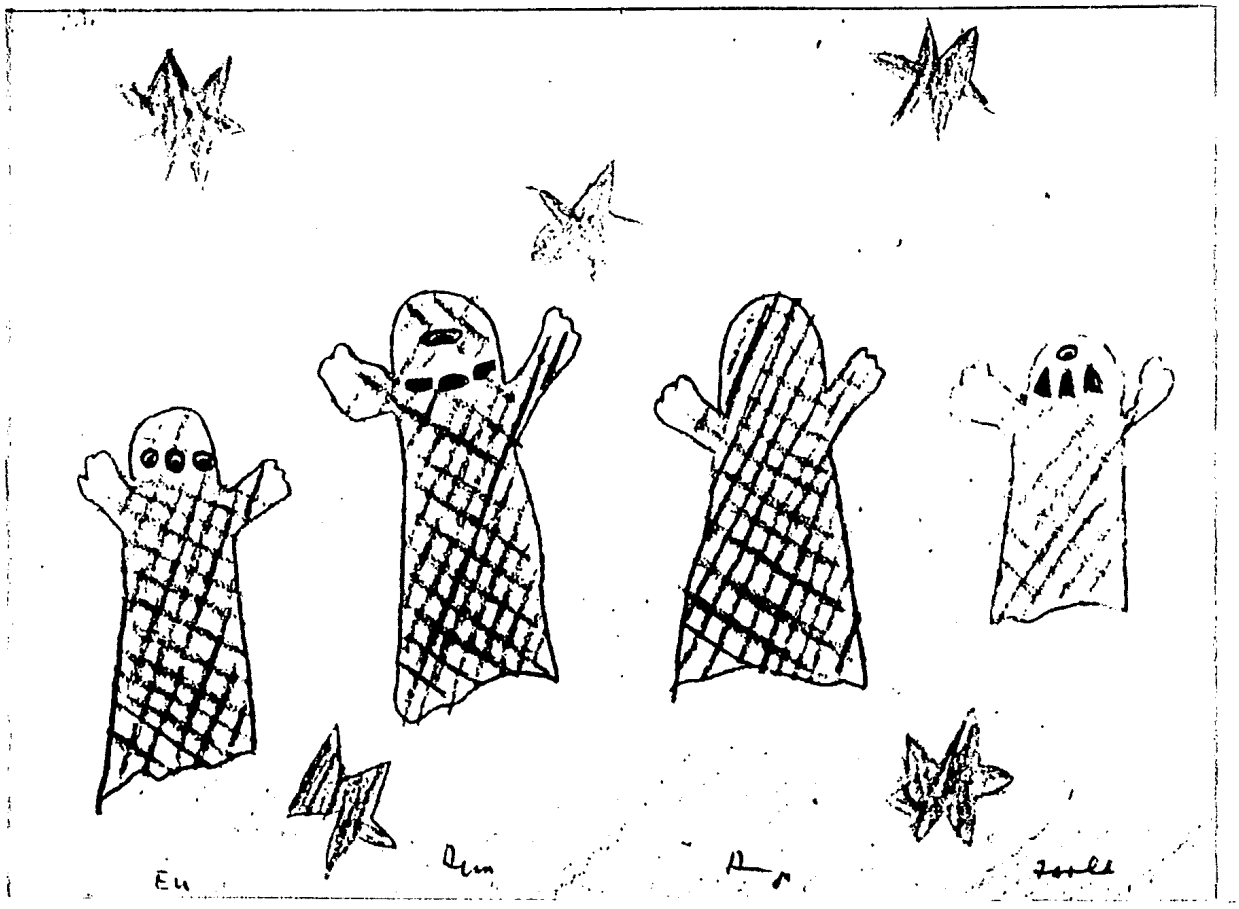


Abb. 3 und 4: Zeichnungen von Róbert, 12 Jahre alt. Erläuterungen im Text.

auch die Sterne da sind? Es ist also Nacht. Die Kleidung seines Vaters und seines jüngeren Bruders hat vier Öffnungen, seine nur drei und die Mutter hat überhaupt keine. Er sagt, deshalb, weil »Mutti die zarteste und liebste in der Familie ist, sie darf nichts sehen oder hören, weil sie davon nervös werden würde«. Mit Robi kam regelmäßig seine Mutter in die kinderärztliche Praxis. Inzwischen wurde die Mutter aber krank geschrieben, daher suchte der Vater die Psychologie im Krankenhaus auf. Mit Erlaubnis des Kindes zeigten wir ihm die Zeichnungen. Die Wirkung war dramatisch. Der Vater dachte sofort an sich selbst, sein Sohn hat ihn nämlich vor einigen Monaten in Begleitung einer anderen Frau spazieren gehen sehen, und er dachte, das Kind hat das Bild deshalb so gezeichnet, weil es meint, daß die Mutter dieses Ereignis nicht erfahren darf.

In der partnertherapeutischen Situation beschuldigte sich die Mutter selbst, sie nannte sich kränkelnd und nervös. Sie erzählten auch, daß der Mann vor vier Jahren eine außereheliche Beziehung hatte und die Frau mußte zum ersten Mal einen Nervenarzt aufsuchen, als sie es erfuhr. Sie ist auch seitdem ständig eifersüchtig auf ihren Mann, obwohl der Mann damals die Beziehung abgebrochen hatte. Sie gestand, daß, wenn sie Probleme hatte, sie diese mit ihrer Mutter besprach. »Zum Glück habe ich eine so gute Mutter, daß ich mich immer auf sie stützen kann.« Der Vater und die Mutter sagen beide, was später auch Robi bestärkt, daß die Kinder die Großmutter nicht besonders mögen, sie halten sie für streng.

Wir empfahlen, da sich der Blutdruck normalisierte, das Kind nach Hause zu lassen, und beordneten die Familie zur parallelen Eltern-Kind-Gruppentherapie zurück. Da bat der Vater um eine Gelegenheit zum Einzelgespräch. Er erzählte, daß die Frau, mit der ihn sein Sohn gesehen hatte, wirklich seine neue Freundin war und daß er seitdem Schluß mit ihr gemacht hatte und auch nie wieder. . . Jetzt wagte er auch schon ein Gespräch mit seinem Sohn über diese Begegnung und beruhigte ihn mit gutem Gewissen, daß es nur eine Bekannte vom Arbeitsplatz gewesen war, die auch nicht mehr dort arbeitet.

Im Rahmen der parallelen Eltern-Kinder-Gruppenpsychotherapie geschieht die Beschäftigung mit den Eltern und den Kindern jeweils in einzelnen Gruppen, von den Gruppenleitern untereinander ständig koordiniert, ab und zu auch große Gruppen bildend (*Körmendy* 1975). Sie ist wie eine Kur und dauert sechs Wochen lang. Die Kinder können meistens ungebunden spielen und sich unterhalten. *Hans Zulliger* machte die Erfahrung, daß »das Spiel direkter Heilfaktor sei« und daß sich das Kind durch das Spiel »direkt mit dem Unbewußten in Verbindung« setzt (*Zulliger* 1970). Meiner Erfahrung nach hat das Geben einer kreativen Zeit für das Kind, also einer Möglichkeit, in der es sich entsprechend seiner eigenen Identität beschäftigen kann, eine fast wundersame Wirkung auf die oft zu inhaltlosen Tätigkeiten gezwungenen Kinder. Die theoretische Grundlage dessen habe ich erst dann richtig verstanden, als ich *Günter Ammons* Zeitkonzeption kennenlernte (*Ammon* 1986).

Robi und sein Bruder haben in der Spielstunde viel neues hervorgebracht. Zum Beispiel das Aufflammen der Geschwistereifersucht und deren Auf-

lösung. Diese Familie, die anhand von Robis erstem Bild und auch anderer Explorationsangaben nach außen hin ein geordnetes Leben führte, war voll von innerem Brodeln. Die Geburt der Kinder bedeutet für die Mutter den Verlust des Mannes. Die Partnerbeziehung wurde defizitär. Die Person der Großmutter, die verschiedenen gesundheitlichen Probleme der jungen Frau und letztendlich die plötzlich hervortretenden gesundheitlichen Beschwerden des kleinen Jungen füllten die Schlucht zwischen Mann und Frau. Der Mann wollte seine Frau nicht verlassen, versuchte aber auch andere Beziehungen. Überall in dieser Familie wucherte die Eifersucht als ein Symptom einer unbefriedigten Symbiose.

Neben den zwei Geschwistern waren noch sechs Kinder in der Gruppe, aber alle jünger. Wir ließen Robi und seinen Bruder nicht lange streiten, sie bekamen selbständige Aufgaben. Sie wurden beide Gruppenführer und mußten ihre eigene kleine Gruppe leiten. Sie hatten den Gedanken, daß sie alle Seeleute sind, die in zwei Kriegsschiffen sitzen und die zwei Schiffe nähern sich einander mit feindlicher Absicht. Da fiel ihnen ein — wir haben ihnen dabei geholfen —, daß sie die Angriffsstrategie erarbeiten müssen. Danach mußten sie die Mannschaft vorbereiten, die Aufgaben verteilen und die entsprechenden Befehle geben. Sie mußten die Waffen reinigen. Als sie nahe zueinander waren, signalisierten die zwei Schiffe einander mit Trompeten und Lautsprechern. Sie entschieden, einander aufzusuchen und zu verhandeln. Aus der Verhandlung ging hervor, daß die zwei Truppen die gleiche Kampfkraft besaßen, das Ergebnis war unentschieden, und sie planten gemeinsam etwas. Dies war nämlich, daß sie die Schiffe in den Hafen bringen und dort, weil der Fasching nahe war, einen Kostümball veranstalten wollten. Sie werden das nächste Mal solche Kostüme anziehen, in denen nicht einmal die Eltern die Kinder erkennen sollen.

Die Kontrolluntersuchung nach einem halben Jahr zeigte beim Kind einen normalen Blutdruck und auch in der Schule hatte er wieder gute Noten.

Nicht nur bei diesen Kindern, sondern auch bei 70% der zu mir zur psychologischen Sprechstunde gebrachten Kindern, die den Kindergarten oder die Schule besuchten, war es charakteristisch, daß sie mit ihrer Mutter in einer verlängerten Symbiose waren, entweder hatten sie keinen Vater, oder er nahm an der Erziehung nicht teil. Es gab auch Fälle, in denen er sich grob und aggressiv verhielt, vielleicht auch trank. Zur Überwindung des symbiotischen Widerstandes mußte die gesamte Familienstruktur geändert werden. Zumeist hatten nämlich auch die Eltern der jungen Eltern eine bedeutende Rolle, indem sie die eigene Identitätsentwicklung des Enkels aus bloßem »guten Willen« verhinderten.

Dieser Kampf um die Therapie und die Heilung des Kindes verlangt eine entsprechende Strategie und Taktik. *Béla Buda* (1989) spricht über ein neues Paradigma in der psychotherapeutischen Arbeit mit den Familien, welches von allem Bisherigen abweicht, sowie über eine interpersonale relationistische Epistemologie, womit er zeigt, daß die bestimmenden Faktoren auf der Ebene der menschlichen Beziehungen zu suchen sind. Ich selbst habe schon

vor 1970 die Hauptmerkmale meiner kindzentrierten familientherapeutischen Methode erarbeitet und in meiner schon erwähnten Arbeit veröffentlicht und habe die Technik Relationsanalyse genannt. Der Begriff in diesem Sinn bedeutet, daß ich nicht das Kind analysiere, sondern das ganze familiäre Bezugssystem, um die Symptome und Beschwerden des Kindes zu lindern und die Erziehungslage günstig zu ändern.

Wenn wir die obigen und weitere Fälle analysieren, können wir sehen, daß die von *Ammon* formulierte, die *Freud*sche Theorie erweiternde »Strategie« zur Anwendung kommt: »Wiederholen, Wiedergutmachen, Erinnern und Durcharbeiten.« Wiederholen und Wiedergutmachen beziehen sich auf die Verarbeitung des Symbiosekomplexes, Erinnern und Durcharbeiten auf die Lösung der ödipalen Problematik.

Istvánkas Mutter behandelte das Kind wochenlang so, als ob es noch ein ganz kleines Baby wäre. Um Valika haben wir eine freundliche symbiotische Familie gezaubert mit Hilfe der Pädagogin aus der psychiatrischen Praxis, die zugleich zur Sprechstunde, zur Schule und zum Heim gehörte. Auch die Eltern erhielten Unterstützung. Für Monika bedeutete das Krankenhaus die »Insel des Friedens«, oder wie *Ammon* (1981) es nennt, »ein befreites Gebiet«. Róberts Verletzungen waren nicht so ernsthaft, der Zwang zur Symbiose mit seiner Mutter verursachte bei ihm Verkrampfung, nicht die Absonderung. Dies geschah bei der Einlieferung in das Kinderkrankenhaus spontan. Danach folgte jene Arbeit in der parallelen Eltern-Kinder-Gruppentherapie, welche das »Erinnern und Durcharbeiten« bedeutet.

Um das erreichen müssen wir mit dem Widerstand auch »taktisch« fertig werden. Dies besteht in etwa aus folgenden Schritten:

1. Das eintreffende Kind und die Eltern empfängt nicht ein untersuchender Arzt oder Psychologe, sondern ein Mitarbeiterteam.
2. Alle beide oder alle drei, wenn beide Eltern oder die Großeltern kommen, bekommen einen eigenen Raum und eine eigene Zeit, im Zimmer des Psychologen verläuft die Exploration der Erwachsenen, im Spielzimmer das individuelle und das Gruppenspiel der Kinder.
3. Die Mutter und der Vater sind ebenso Patienten wie das Kind. Wir beschäftigen uns auch mit ihren Problemen, wenn nötig, treten wir für sie auch mit Psychotherapeuten in Verbindung.
4. Das therapeutische Bündnis bedeutet die Aufgabe des Widerstandes. Der Elternteil nimmt das Kind als »gut« an, er zeigt damit, daß er sein Dasein und sein Wesen akzeptiert.
5. Zur Lösung der Familienisolation bringen wir die Familie — nach vorherigem Einverständnis — mit anderen Familien zusammen, führen verschiedene gruppentherapeutische Verfahren ein (kreative Beschäftigungen, Spielgruppe, Festtagsvorbereitungen, Erziehungsbesprechungen, Mutter-Gruppe, Kinder-Spielgruppe, parallele Gruppe, Pubertätsgruppe, Familien-Gruppe mit anderen Familien). In diesen wird je nach Entwicklungsstufe sowohl die Symbiose als auch das ödipale Problem behandelt.

6. Der Inhalt der Therapie ist: die Veränderung der Familiendynamik und somit die Ermöglichung der nachholenden Identitätsentwicklung.

Dealing with the Resistance of the Family in Child Psychotherapy

Györgyi Körmendy (Budapest)

In her paper the author assumes that disorders of children express a troubled family dynamic. This troubled dynamic lasts for generations in the sense of a repetition compulsion and the child grows up with it. It is forced to adapt in its pathologic form to the ill-making family situation. As resistance against the treatment on which the author focuses she understands the defence against the separation due to the prolonged mother-child-symbiosis.

In the description of her family-therapeutic approach the author applies to *János Schnell* (1959), the founder of the Hungarian Child-mental-hygenic Movement. On the basis of the work of *Lewin* and *Aichhorn* and through their own research *Schnell*'s pupils and the author have coined the term »Familienerziehungslage« (meaning the familiy-education-situation). This one has to be uncovered to understand the trouble of the child. That educational situation can be favourable, unfavourable or dangerous for the development of the child.

Through the knowledge and the study of the personality theoretic conception of *Günter Ammon,* his human structurology and the concept of the social energy the author thinks that the three above mentioned types of the 'Familienerziehungslage' correspond to the constructive, destructive and deficit variants on family group dynamic. In her work she also refers to *Gisela Ammon* and follows her opinion that the behaviour of the child can change by the power displacement in the group dynamic of the parental home.

To investigate the disorders of the child and the dynamic of the family she uses differentiated diagnostic methods such as painting the family members as animals and free painting, the Binet-Simon-intelligence-test for three-year-old, the Rorschachtest for children, the test 'the enchanted family'. She particularly watches the play habits of children because the play with its access to the unconscious is an important healing aspect.

In a flexible therapeutic setting depending on the disorders and the family situation parents-children-group therapy, partnertherapy, individual dialogues are given, each coordinated and integrated by a group leader. The therapy will be structured for six weeks in the sense of short term therapy. After that it will be decided for which of the family members further supporting steps will be essential.

On the families described and on 70 percent of all families surveyed she could find out that the children lived with their mother in a prolonged symbiosis. Either they had no father or he did not participate in the education.

The author describes the various therapeutic steps and the slow inclusion of all persons and institutions seeing to the children. This way a space for the family is created in which each person involved can develop its personality. Like that the isolation of the family will be put off and the child can be released from its symptom.

Literature

Ammon, Gisela (1976): Kindliche Borderline — Phänomene im Kindergarten. In: Dyn. Psychiat. (9) 451—469
—(1978): Psychoanalytische Elternarbeit. In: Dyn. Psychiat. (11) 64—77
Ammon, Günter (1978): Kindesmißhandlung (München: Kindler)
—(1979): (Hrsg.) Handbuch der Dynamischen Psychiatrie Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt)
—(1981): Gruppendynamik der Aggression (München: Kindler)
—(Hrsg.) (1982): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt)
—(1992): Neurose und Schizophrenie. Vortrag 9. Weltkongreß WADP
Bálint, A. (1990) Anya és Gyermek — Mutter und Kind — Neuauflage (Budapest: Párbeszéd kiadó)
Biermann, G. (1982): Das kranke Kind und seine Umwelt (München: Ernst Reinhardt)
Boda, F.; Erdély, E. (1959): Kävetelmény, jutalom, büntetés — Anforderung, Lohn, Strafe. (Budapest: Akadémiai Kiadó)
Buda, B. (1989): Pár és Családterápia alapkérdesei — Grundfrage der Paar- und Familientherapie. (Budapest: Akadémiai Kiadó)
Herman, I. (1943): Die arachaischen Triebe des Menschen — Az ember ösi ösztönei: (Budapest: Akadémiai Kiadó)
Kos, M.; Biermann, G. (1973): Die verzauberte Familie (München: Ernst Reinhardt)
Körmendy, G. (1967): Házépitési neurozis — Budapest. »Család és iskola« — Neurose wegen Hausbauen. In: »Familie und Schule«
—(1970): Családi nevelesi helyzet vizsgálata — Prüfung des Erziehungsstandes in Familie Gyermekgyógyászat — Kinderheilkunde, Budapest
—(1975): Parallele Psychotherapie für Kinder- und Elterngruppen (Budapest: Akadémiai Kiadó)
—(1989): Fokale Kurztherapie bei einem psychosomatisch erkrankten Kind. In: Dyn. Psychiat. (22) 59—73
—(1992): Családterápiás Vándorgyülés kiadyánya — A család, mint »pokol«, Budapest
Lemaire, J.G. (1980): Leben als Paar (Olten: Walter)
Mérei, F.; Binét, A. (1981): Gyermeklélektan — Kinderpsychologie (Budapest: Gandolat)
Nemes. L. (1985): Pszichogén tünetképzödés kisiskolás — Symptombildung im Schulalter (Budapest: Akadémiai Kiadó)
Richter, H.-E. (1986): Patient Familie (Reinbek: Rowohlt)
Schnell, J. (1959): Gyermekmentálhigiéne. In: Iskolaorvosok zsebkönyve: Taschenbuch für Schulärzte (Budapest)
Szinetár, E. (1968): A családterapia nehany mozzanata — Einige Probleme der Familientherapie. In: Pszichológiai Szemle, Budapest
Thomas, H. (1973): I'm OK — You're OK (New York: Avon Books)
Virág, T. (1992): Háromgenerációs családtherápiás modell, Czaládterapia Vandorgyüles — Ein Modell für Familientherapie (Budapest)
Zulliger, H. (1970): Heilende Kräfte im kindlichen Spiel. (Frankfurt a. M.: Fischer)

Adresse der Autorin:

Dr. phil. Györgyi Körmendy
Ugro Gyula u. 17
H-1046 Budapest
Ungarn

Specific Features of Psychotherapy with Neurotic and Psychotic Adolescents with Self-Destructive Behaviour**

Juri Popov (St. Petersburg)*

The author defines self-destructive behaviour of neurotic and schizophrenic adolescents as violation of social development and as a loss of spiritual and moral values that leads to social disadaptation and personal dysfunction. While the self-destructive behaviour with neurotic disorders could be regarded as pseudo-compensational mechanisms there still exists the view that self-destroying behaviour of schizophrenics is endogeniously caused. The author does not support any pessimistic view towards the understanding of those patients. His clinical observations show that for both neurotic and schizophrenic adolescents with self-destructive behaviour psychotherapy especially in small mixed groups proved to be the most successful treatment method. The author describes differences as well as common aspects concerning the treatment of neurotic and schizophrenic adolescent patients. Establishing communication and stimulating the emotionality and social activities is particularly important in the treatment of schizophrenic patients. The author pleads for a common solution of the social problem of these adolescent patients by teachers, welfare personell, law protecting services and medical specialists.

Before discussing specific features of psychotherapeutic work with neurotic and schizophrenic adolescents, I would like to explain our way of understanding self-destructive behaviour and underline its specifity concerning neuroses and schizophrenia.

We not only consider self-destrucitive behaviour of young poeple as physical damage of their organisms but also as a violation of their social development as well as a loss of spirit and morals which are hard to recover and finally lead to personal dysfunction and social disadaptation in some degree. That is why we consider not only suicides, suicidal behaviour, narcomania and toxicomania as self-destructive behaviour but also various distortions of behaviour and style of life that destroy the spiritual world of the human being and do not correspond with general norms of behaviour and moral standards (delinquency, sexual deviations, etc.). Various distortions of the psychotic and neurotic levels should be in the basis of self-destroying behaviour, and in some cases, of the pre-clinical distortions that lead to the destruction of somatic health or to a personal retrogradation.

Nevertheless it has to be distinguished between the destroying effects of a disability as schizophrenia and self-destroying actions and behaviour of a schizophrenic. It has also to be distinguished between self-destructive behaviour as a result of a morbid process and self-destroying behaviour that causes this process. For example, the use of toxic agents may be the consequence of schizophrenia, on the other hand, the schizophrenic process may be caused by hallucinogens.

* Prof., Dr. med., Psychoneurological Institute W.M. Bechterev, St. Petersburg, Russia

** Lecture given at the 9th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP / XXII International Symposium of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP), April 29 — May 3, 1992 at the Universität Regensburg

It should be noticed that any deviant type of behaviour can take place only in a specific ordinate system. That is why no deviation itself (e.i. behavioural, sexual or religious and political) as well as any kind of conflict between a person and society should be considered as psychotic disorder or be of interest for psychiatrists and psychotherapists unless they are understood as symptoms of personal destruction.

As a rule, self-destructive behaviour of schizophrenics is a result of endogenously caused deterioration of subjective evaluation of one's health. Sometimes the formal arguments of self-destructive behaviour are expressed: »The man does not deserve to live in this world«, etc. Self-destructive behaviour as part of a neurotic disorder could be caused by pseudo-compensational mechanisms disclosing a lack of self-confidence and the will to solve some painful problems. For example the timid teenager, with lack of self-confidence, takes alcohol because this leads to an immediate short-term improvement of his contacts with peers and diminishes his discomfort.

Disordes in human relations are stronger for schizophrenics than for neurotics. Though there exist differences between self-destructive behaviour of neurotics and schizophrenics for both groups, psychotherapy in mixed groups proved to be the most effective type of therapy. The ratio I:I appeared to be the best possible. But while the neurotics could be at once integrated into the group, the schizophrenics needed preliminary work (which is explained later).

In general, psychotherapy of self-destructive behaviour is very difficult. *Ambrumova* is one of the well-known experts in our country studying suicidal behaviour of adolescents. She gives a very pessimistic evaluation of the perspectives for improving self-destructive behaviour. Her points of view are as follows: firstly, the adolescents have a deeply social and psychological disadaptation and a pathological adaptation of their personalities and secondly, our country has no appropriate system to prevent those deviations of behaviour. We can not agree with these arguments. Nowadays, the most difficult task in our society is to speak about systemic self-destroing behaviour at a time when the desorganization of all systems is going on in our country. But the problem turns out to be more and more urgent, and psychotherapy is one of the very important methods to change this.

I want to emphasize that the pathogenic psychotherapy is well organized in our country, but it is not as effective in the treatment of adolescents as it should be. Comparing adolescents with adults, the first mentioned do not like to reveal the psychic mechanisms of their disorders. Teenagers are generally in opposition to adults and therefore do not listen to arguments of psychotherapists. Anyhow, the disclosure of the pathogenic mechanisms of self-destructive behaviour in the therapeutic work with adolescents was of less importance as compared with therapeutic work with neurotic adults.

Usually, self-destructive behaviour appeared as a consequence of destructive phenomena in the teenager's family. The emotional coldness can be observed in the family of the neurotic as well as in the family of the schizophrenic.

Working with a non-directive psychotherapy as *Rogers'*, the adolescents could have a critical attitude or even show controversy opinions to those of the adults. This was very effective. In this setting the psychotherapist could play the part of an older fellow-mate, who did not give advices but answered and discussed problems of the adolescent. We did not try eagerly to reveal the reasons for his misbehaviour and opposition but tried to rebuild the adolescent's system of attitudes and spiritual values. Taking into account a high degree of dependancy of the group, the group psychotherapeutic methods proved to be most efficient. Before integrating the adolescents into the groups, which were open, it had to be established a confident relation with the psychotherapist. The simultaneous introduction of more than one newcomer had to be avoided because of a negative effect on the group. It was more preferable to work in small groups with 6 to 8 patients.

In group therapy with adults, an actual situation of one of its members may cause discussions concerning this event. In the therapeutic group work with adolescents we not only talked about anonymous persons, but also about problems concerning their lives as relations with peers, parents, teachers. Talk-ing about a fictitious teenager, the adolescents discussed the beginning of alcoholism and other drug addictions, the range of their problems and possible strategies to overcome them.

In any case, there was a need to stimulate the emotionality of the schizophrenics, their social activity in order to establish communication before starting any discussions on problems as mentioned above. This was possible by applying music therapy, simple forms of communicative-activating therapy and psychomotoric development.The solution of problems on another level (as to create adequate behaviour, practice relations and develop self-confidence) proved to be more successful in small mixed groups. This stage was the longest. Besides the methods mentioned above, methods of behavioral training were successfully employed during this stage of therapy.

The next step (to get an idea of the disability and the violations of the rules, to improve scopes of behaviour and relations and to optimize contact) was also accomplished in mixed groups and was already well established at that point of time. To get a true idea about the disability, we had to work with abstract persons as mentioned above and after that we tried an individual improvement.

The fourth stage of therapy (to disclose the experiences of the conflict, to remodel the system of attitudes and to find out the adequate type of psychological compensation), has been accomplished in general by means of free verbal discussion. These aims were more easily achieved by the neurotics. The schizophrenic patients were stimulated by the success of the non-psychotic patients. On the other hand, the neurotics activated those schizophrenic who were resistant to therapy.

It has to be pointed out that the accomplishment — and even small parts off the therapeutic goals — took a lot of time. In this sense »hospitalism« and

»neo-hospitalism« do not have only a negative meaning. An »idle« leisure time and »nothing to do« very often are a basic feature of self-destructive behaviour, the »umbilical cord« between teenager and psychotherapist is of a positive nature.

In our view, adolescents with self-destructive behaviour have to have a kind of dependancy, be it on the psychotherapist or any structure (day-hospital, sports, club) until the end of adolescency. It has to be taken into consideration that many families with self-destructive adolescents are also defective and not very well arranged in their living conditions.

In summary, I'd like to mention that the problem of self-destructive adolescents is a problem of society and, accordingly, its solution requires combined efforts of teachers, welfare personnel, law protecting services and medical specialists.

Die Besonderheiten der Psychotherapie mit neurotischen und psychotischen Jugendlichen mit Selbstzerstörungsverhalten

Juri Popow (St. Petersburg)

In seiner Arbeit betrachtet der Autor selbstdestruktives Verhalten von Jugendlichen nicht nur als körperliche Schädigung ihres Organismus, sondern vor allem als (Zer)Störung ihrer sozialen Entwicklung, als Verlust geistiger und moralischer Werte, was zu persönlicher Dysfunktion und unzureichender Anpassungsfähigkeit führt. Zum selbstdestruktiven Verhalten werden nicht nur Suizidalität, Narkomanie und Toxikomanie gezählt, sondern die verschiedenartigsten Verformungen des Verhaltens und des Lebensstils, welche die geistige Welt zerstören und mit den universellen Verhaltensnormen nicht übereinstimmen (z.B. delinquentes Verhalten, sexuelle Abweichungen).

Selbstdestruktives Verhalten bei schizophrenen Patienten wird heute immer noch verstanden als Folge von endogen bedingten Krankheitsprozessen. Demgegenüber wird selbstdestruktives Verhalten bei der neurotischen Störung durch pseudokompensatorische Mechanismen verursacht; z.B. wird der Mangel an Selbstwertgefühl kompensiert durch übermäßigen Alkoholgenuß, was für den Betroffenen zu einer vorübergehenden Verbesserung seiner Kontakte zu Gleichaltrigen führt.

Eine bekannte russische Expertin auf dem Gebiet der Suizidforschung bei Jugendlichen, *A. Ambrumova*, gibt eine sehr pessimistische Einschätzung der Möglichkeiten, selbstdestruktives Verhalten zu verändern: 1) Der Jugendliche hat eine tiefgreifende soziale und psychologische Fehlanspassung, 2) Rußland hat kein angemessenes System, um diese Verhaltensabweichungen zu verhindern.

Popow teilt letztere Ansicht nicht. Die schwierigste Aufgabe ist es, heutzutage über selbstdestruktives Verhalten zu sprechen, während die Desorganisation aller Systeme in Rußland zu dieser Zeit stattfindet. Das Problem der

Selbstdestruktion gewinnt zunehmend an Aktualität und die Behandlung mit Psychotherapie ist eine der ernsthaften Methoden, die solche Zustände ändern kann.

Gewöhnlich erscheint selbstzerstörerisches Verhalten als die Konsequenz eines destruktiven Phänomens in der Familie eines Jugendlichen. Die emotionale Kälte, die in den Familien neurotischer Jugendlicher zu beobachten ist, ist ebenso weit verbreitet in Familien von schizophrenen Jugendlichen.

Der Autor macht die Beobachtung, daß sich insbesondere die nichtdirektive Methode nach *Rogers* als die wirksamste Gruppentherapieform erwiesen hat. Wichtig dabei war, vor allem bei den schizophrenen Jugendlichen, das Augenmerk nicht auf die Ursachen der Erkrankung zu richten, sondern vielmehr zu helfen, das Wertesystem des Jugendlichen wieder aufzubauen.

Der Autor empfiehlt, mit kleinen Gruppen von 6—8 Teilnehmern zu arbeiten. Anders als bei erwachsenen Patienten, bei denen die Einzelnen aktuelle und reale Situationen und Personen in die Gruppe einbringen, sind fiktive Personen Gegenstand der Diskussionen bei den jugendlichen Patienten. Jedoch spiegelt diese fiktive Person Konflikte mit der realen Umwelt in der Beziehung mit Gleichaltrigen, mit den Eltern oder Lehrern wider. Spezifische Probleme mit Alkohol-und Drogenabhängigkeit können so zur Sprache kommen.

Popow zählt vier Therapiephasen auf, die er beobachten konnte:

1. Während die neurotischen Patienten sofort in die Gruppe integriert werden können, bedarf es bei den schizophrenen Patienten einer vorbereitenden Integrationsarbeit. Bei den schizophrenen Jugendlichen ist es wichtig, ihre Emotionalität und sozialen Aktivitäten zu stimulieren, wofür sich der Einsatz von Musiktherapie und Kommunikationstraining besonders eignet.
2. Für das Erreichen von Verhaltensänderungen, Kontaktfähigkeit und Selbstvertrauen sind gemischte Gruppen besonders geeignet.
3. In dieser Phase gilt es, die Ursachen für die Störungen und die Normverletzungen zu eruieren sowie die zwischenmenschlichen Beziehungen zu verbessern.
4. Die wichtigsten Konflikterlebnisse sollen aufgedeckt, das Wertesystem umgewandelt und angemessene psychologische Bewältigungsformen erarbeitet werden, was im allgemeinen in freien Diskussionen erreicht werden soll.

In vielen Fällen können die neurotischen Jugendlichen die schizophrenen Patienten unterstützen und aktivieren.

Der Autor unterstreicht die Bedeutung der positiven Beziehung zwischen dem Jugendlichen und dem Therapeuten, welche er als »Nabelschnur« bezeichnet. Gerade die Jugendlichen mit selbstdestruktiven Tendenzen entwickeln seiner Ansicht nach eine ausgeprägte Abhängigkeitsbeziehung zum Therapeuten. Die Patienten stammen zum größten Teil aus Familien, die in ihren Lebensbedingungen chaotisch und defizitär ausgeprägt sind. *Popow* appelliert an den Einsatz in Schulen, Wohlfahrts- und Justizeinrichtungen sowie in medizinischen Institutionen, um für das soziale Problem dieser Jugendlichen Lösungen zu finden.

Address of the author:

Prof. Dr. med. Juri Popov
Psychoneurological Institute W.M. Bechterev
ul. Bechtereva 3
193019 St. Petersburg
Russia

Förderorientierte Psychodiagnostik aus entwicklungspsychologischer und pädagogischer Sicht**

Gerhard Witzlack (Potsdam)*

In der vorliegenden Arbeit stellt der Autor ein diagnostisches Verfahren für Klein- und Schulkinder vor, das auch eine Entwicklungsförderung miteinbezieht. Er geht von der Analyse einer Handlung aus, z.B. der Spieltätigkeit, die er beschreibt und die er im Hinblick auf die Schulfähigkeit bewertet. Entscheidende Kriterien sind die psychologischen Informationen über das Kind, die Aufschluß über seine Entwicklung geben und im Lernprozeß eine Weiterentwicklung ermöglichen. Ausgangspunkt seiner Strategie sind Daten aus einem großangelegten Forschungsprojekt der ehemaligen DDR 1984 zur »Früherfassung und Frühförderung entwicklungsbeeinträchtigter Kinder«, die zeigen, daß neben biopsychosozialen Entwicklungsbedingungen der Übergang von einer Entwicklungsstufe zur nächsten, z.B. von der Kinderkrippe zum Kindergarten, einen zusätzlichen Belastungsfaktor darstellt. Anhand sozialer Faktoren und der Körperlichkeit des Kindes wird dies grafisch dargestellt. Aufgrund der Ergebnisse fordert der Autor, daß schon in sehr jungem Alter der jeweilige Entwicklungszustand eines Kindes ständig analysiert werden soll, damit es so früh als möglich gefördert werden kann.

Pädagogik und Psychiatrie sind auf Veränderungen in der Persönlichkeitsentwicklung gerichtet, und aus entwicklungspsychologischer Sicht ist es von untergeordneter Bedeutung, ob es sich dabei um eine normale Entwicklung oder um eine pathologische handelt.

Auch die Verhinderung und Korrektur von Fehlentwicklungen und die Kompensation von Lernbehinderungen im normalen Schultag erfordert vergleichbare Anstrengungen. Der Begriff »Integrative Lerntherapie« ist auch in der Pädagogischen Psychologie fester Bestandteil der Strategie der Einzelfallbehandlung bei Lern- und Leistungsstörungen geworden. Über die Theorie und Praxis der psychoanalytischen Pädagogik werden Bücher geschrieben (*Trescher* 1990).

Mit dieser Gemeinsamkeit hängt eine weitere zusammen. Pädagogik und Psychiatrie haben die Verhaltensmodifikation zum Ziel. Somit steht die Frage der Effektivitätsmessung in beiden Fachgebieten in ähnlicher Weise. Ob man pädagogische oder therapeutische Wirkungen auf die Persönlichkeitsentwicklung messen möchte, ist nur im Hinblick auf die Instrumentarien, nicht aber für die theoretisch-methodologischen Grundlagen des Messens von Bedeutung.

Ich darf deshalb hoffen, daß meine mehr als drei Jahrzehnte durchgeführten Forschungen zur Entwicklung der pädagogisch-psychologischen Diagnostik auch für Sie anregend sein werden. Allerdings muß ich einschränkend hervorheben, daß ich mich nicht vorrangig mit Forschungen zur Anwendung der Psychodiagnostik beschäftigt habe. Meine Aufgabe war es — deshalb habe ich eine Forschungsabteilung »Entwicklungsdiagnostik« aufgebaut und fast

* Prof. Dr. päd. habil., Dr. phil., Dipl. Psych., Institut für Familie und Kindheitsforschung, Universität Potsdam

** Vortrag gehalten auf dem 9. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP / XXII. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 29. April — 3. Mai 1992 an der Universität Regensburg

zwei Jahrzehnte geleitet — neue diagnostische Verfahren zu entwickeln, beispielsweise für die Feststellung der Schulfähigkeit, der Sonderschulbedürftigkeit, von Lernschwierigkeiten, der Eignung für den Lehrerberuf u.a.m.

Da ich mich in meiner Arbeit nicht darauf beschränken wollte, zu den hunderten von Fragebögen und Tests weitere ähnliche hinzuzufügen, sondern nach Alternativen zur traditionellen Diagnostik — die in eine Sackgasse geraten war und es teilweise noch ist — gesucht habe, mußte ich mich zunächst mit den wissenschaftlichen Prämissen, den Zielbildungen und der Praxis der Verfahrensentwicklung und -anwendung in der klassischen Psychodiagnostik auseinandersetzen. Die Ergebnisse habe ich in dem Buch »Grundlagen der Psychodiagnostik« (*Witzlack* 1977) dargestellt. Was war mein Anliegen?

Die grundlegenden theoretischen und methodologischen Ausgangspositionen der traditionellen Psychodiagnostik, wie sie *Binet* anfang dieses Jahrhunderts begründete, haben sich nicht wesentlich geändert — trotz aller Fortschritte in der Psychometrie. Die praktizistische Vorgehensweise dominiert. Nach wie vor gilt der Satz von *Paul Fraisse* (1966), den ich meinem Buch vorangestellt habe: »Es trifft zu, daß die Experimentatoren manchmal ihren Gegnern Argumente geliefert haben, indem sie sich mehr um die Exaktheit ihrer Methoden als um den Wert ihrer Hypothesen gekümmert haben.«

Deshalb ist die klassische Diagnostik in den letzten Jahren in eine tiefe Krise geraten. *Dietrich* (1973) spricht davon, daß »ein tiefes Unbehagen in der Psychodiagnostik« entstanden ist. *Schulte* (1974), *Fricke* (1974), *Westmeyer* (1972) suchen nach »neuen, modernen« Alternativen zur sogenannten »herkömmlichen, klassischen, traditionellen« Psychodiagnostik. Charakteristisch für diese Situation ist das von *Pawlik* (1976) herausgegeben Buch mit dem Titel: »Diagnose der Diagnostik«, in dem viele Fragen in ähnlicher Weise gestellt werden, wie in meinem.

Bedürfte es noch eines weiteren Beweises für die Aktualität des »In-Frage-Stellens« der Prämissen der traditionellen Diagnostik, dann könnte man auf *Ammon* verweisen, der in der Einladung zu diesem Kongreß geschrieben und in seinem Hauptreferat wiederholt hat, ». . . daß die diagnostische Kategorie weitgehend ihre Bedeutung verliert. An ihre Stelle tritt die größere Bedeutung der Mehrdimensionalität von Behandlungsprozessen und Heilungsprozessen«. Die Bewertung der schwindenden Bedeutung der traditionellen Diagnostik teile ich, nicht deren Generalisierung und nicht die daraus gezogenen Schlußfolgerungen. Die berechtigte Kritik sollte sich gegen die Überbetonung der Fragebogentechnik und die testergebnisorientierte Diagnostik richten, die den Testverlauf diagnostisch nicht verwertet. Kritisch ist ferner anzumerken, daß die traditionelle Diagnostik dahin tendiert, sich auf die Veränderungsmessung zu reduzieren und der Therapie gegenüber zu stellen. Zu fordern ist eine verhaltens- bzw. handlungsanalytisch orientierte, prozeßzentrierte Förderdiagnostik, die als Bestandteil der Mehrdimensionalität der Behandlungsmethodik in den Veränderungsprozeß integriert ist.

Meine Kritik an der klassischen Psychodiagnostik besteht darin, daß sie letztendlich eine eigenschaftsisolierende, eigenschaftssubstantialisierende und meist auch eigenschaftssummierende Strategie verfolgt. Die Persönlichkeit wird vom Tun und Handeln losgelöst, durch ein Ensemble von Persönlichkeitsqualitäten beschrieben. Man spricht in diesem Kontext von Bausteinen der Persönlichkeit, von Elementen, Faktoren, Variablen, Qualitäten, Dimensionen aus denen die sogenannte Struktur der Persönlichkeit aufgebaut werden soll. Dabei wird vor allem nach Persönlichkeitsvarianten gesucht, durch die sich der einzelne von den anderen möglichst zeitunabhängig unterscheidet. Solche Konstanten sind beispielsweise der IQ, der Grad der Introversion oder Extraversion oder die Stabilität-Instabilität bei *Eysenck* und *Rachman* (1973). Das klassische Diagnostizierungskonzept ist folglich auf die Erfassung anforderungsunabhängiger, d.h. situationsinvarianter Persönlichkeitsvariablen orientiert, was praktisch zur Sterilität diagnostischer Aussagen im Hinblick auf die Veränderung und Veränderbarkeit des Menschen führt, weil das Verhalten des Menschen vor allem aus relativ stabilen Persönlichkeitseigenschaften abgeleitet wird. Das ist der Fall, wenn das Leistungsversagen eines Schülers auf einen niedrigen IQ, die mangelnde soziale Aktivität auf einen hohen Grad von Introvertiertheit zurückgeführt wird. Praktische pädagogische oder therapeutische Schlußfolgerungen sind aus solchen Aussagen nicht ableitbar. Dieses Diagnostizierungskonzept ist im Rahmen einer oft fragwürdigen diagnostischen Selektionsstrategie entwickelt worden und dient dieser.

Eine Diagnostik im Dienste der Verhaltensmodifikation muß von der Analyse des Verhaltens in gesellschaftlich und persönlich bedeutsamen Anforderungssituationen ausgehen. Unsere Vorgehensweise und unsere Kritik an der traditionellen wollen wir am Beispiel der Diagnostik der Schulfähigkeit verdeutlichen. Während beispielsweise *Kern* (1954) in seinem »Grundleistungstest« davon ausgeht, daß die Gliederungsfähigkeit das entscheidende Kriterium für die Schulbewährung ist, der Wechsler-Intelligenztest für das Vorschulalter aus einer Batterie von Subtests besteht, von denen jeder Einzelne als Maß für bestimmte Fähigkeiten angesehen wird, gehen wir von der Analyse des Spielverhaltens aus und versuchen den Entwicklungsstand der kindlichen Persönlichkeit durch Darstellung des Niveaus der Regulation seiner Spieltätigkeit zu charakterisieren. Unserem Diagnostizierungskonzept zufolge geht es vor allem darum, die handlungsregulierende Funktion der psychischen Eigenschaften und deren Veränderbarkeit zu erfassen, mehr noch, die optimalen Bedingungen für ihre effektive Veränderung aufzudecken. Aus dieser — wir nennen sie tätigkeitsanalytisch orientierte Psychodiagnostik — ergibt sich gegenüber der subjekt- oder personenzentrierten eine andere Strategie für die Verfahrensentwicklung. Die zu entwickelnden Diagnostizierungsverfahren sind darauf zu orientieren, die individuelle psychische Struktur der Tätigkeit bei der Bewältigung konkreter Anforderungen, beispielsweise in der Lerntätigkeit oder in der Spieltätigkeit abzubilden. Es geht darum, herauszufinden, welche Komponenten der Handlungsregulation in welchem Grade ausgebildet sind

und wie sie das Handeln regulieren oder moderieren. Uns interessieren nicht nur die Resultate der Tätigkeit, sondern auch und vor allem die Operationen, die zu diesen führen, um daraus pädagogische bzw. therapeutische Schlußfolgerungen für die Optimierung der individuellen Handlungsregulation etwa durch Training der unentwickelten Komponenten ableiten zu können.

Einige methodologische Konsequenzen für die Verfahrenskonstruktion, die sich aus unserer Diagnostizierungsstrategie ergeben, möchte ich anführen. Diese werde ich, wie bereits angedeutet, am Beispiel der Persönlichkeitsdiagnostik durch Analyse der Spieltätigkeit im Hinblick auf die Bewertung der Schulfähigkeit illustrieren:

1. Schrittfolge der Verfahrenskonstruktion

— Ausgangspunkt der Verfahrensentwicklung ist, bezogen auf unser Beispiel, eine Typologie von Spieltätigkeiten (Konstruktionsspiele, Bewegungsspiele, Regelspiele, Rollenspiele usw.). Im Beispiel beschränken wir uns auf das Rollenspiel.

— Es folgt eine psychologische Analyse des Rollenspiels der drei, vier-, fünf- und sechsjährigen Kinder nach folgenden Parametern: Was spielen sie (Inhalte), wie spielen sie (Art und Weise), wann spielen sie, wie lange spielen sie, mit wem spielen sie usw.

— Auswahl von diagnostisch relevanten Spielsituationen, z.B. eines »Einkaufsspiels«.

— Entwicklung eines Steuerungsmodells für die Regulation des Einkaufsspiels: Wer übernimmt die Rolle des Verkäufers, des Käufers, welches Spielmaterial wird in welcher Reihenfolge angeboten.

— Entwicklung von Szenarien und Spielregeln entsprechend den diagnostischen Fragestellungen.

— Ableitung von Kriterien für die Beurteilung des Niveaus der Spieltätigkeit, z.B. verwendet das Kind Ersatzgegenstände? (Schuhkarton wird zum Fernseher umfunktioniert).

— Ableitung von Schlußfolgerung zur Entwicklungsförderung.

2. Lernbezug

Die Analyse des Niveaus der Schulfähigkeit ist an den schulischen Anforderungen zu orientieren. Die dominierende Tätigkeit in der Schule ist das Lernen. Folglich müssen Lernprozesse simuliert werden, die in die Testprozedur integriert werden.

3. Förderorientiertheit

Da nur der Unterricht entwicklungsfördernd ist, der der Entwicklung vorausgeht, muß die Verfahrensentwicklung auf die Erfassung der »Zone der nächsten Entwicklung« orientiert werden, um daraus pädagogische Schlußfolgerungen für die individuelle Entwicklungsförderung ableiten zu können.

4. Experimentelle Bedingungsvariation

Im Gegensatz zur traditionellen Testpsychologie, die die Einhaltung linear vorprogrammierter Regeln fordert, müssen wir, anknüpfend an die Methoden der psychologischen Grundlagenforschung, eine experimentalpsychologisch

kontrollierte Bedingungsvariation in die Testprozedur integrieren, einschließlich pädagogisch-psychologischer Experimente.

5. Pädagogische oder therapeutische Validität

Die Verfahrensentwicklung ist so zu orientieren, daß möglichst viele pädagogische oder therapeutische Schlußfolgerungen abgeleitet werden können. Mit anderen Worten: Quantität und Qualität der Schlußfolgerungen für die Verhaltensmodifikation, die aus einer psychodiagnostischen Aussage abzuleiten sind, sind ein entscheidendes, vielleicht das wichtigste Kriterium für die Bewertung eines psychodiagnostischen Verfahrens.

6. Prozeßorientiertheit

Die Diagnoseverfahren sind, so weit möglich, in den pädagogischen bzw. therapeutischen Prozeß zu integrieren.

Fassen wir diese Positionen zusammen, so ergibt sich, daß das entscheidende Gütekriterium für die Bewertung der von uns entwickelten oder zu entwickelnden diagnostischen Verfahren, in welchem Grade die diagnostischen Verfahrensentwürfe oder -modelle geeignet sind, solche psychologischen Informationen über das Kind und dessen Entwicklung zu gewinnen, daß daraus die notwendigen pädagogischen Entscheidungen in der aktuellen Lernsituation und pädagogischen Strategien im Unterrichtsprozeß ableitbar sind.

Das wichtigste methodolgische Prinzip unserer Forschung, die Einheit von Diagnostik und Entwicklungsförderung setzt sich mehr und mehr in der pädagogischen Psychologie durch. Ich möchte das exemplarisch wiederum an der Einschulungsdiagnostik verdeutlichen. So fordern *Krapp* und *Mandl* (1977): »Als Alternative zur traditionellen Einschulungsdiagnostik wäre eine didaktisch orientierte Diagnostik vorstellbar, deren Ziel sich nicht in der möglichst fehlerfreien Prognose von Schulerfolg und Schulversagen erschöpft, sondern primär darin besteht, individuelle Lernvoraussetzungen diagnostisch aufzuschlüsseln, um adaptive Unterrichtsmaßnahmen planen und durchführen zu können.«

In ähnlicher Weise äußert sich *Nickel* (1990) in bezug auf die notwendige Weiterentwicklung der Einschulungspraxis: »Dabei kommt es insbesondere darauf an, daß die bisherigen punktuellen Maßnahmen kurz vor oder nach dem Schuleintritt (z.B. Schuleingangsdiagnostik, Rückstellung in eine Sonderschule) durch längerfristige, Schüler wie Lehrer begleitende Interventionen abgelöst werden. Eine besondere Aufmerksamkeit sollten in diesem Zusammenhang förderdiagnostische Maßnahmen sowie einer inneren Differenzierung des Unterrichts gelten.«

Mit der Realisierung dieser von *Nickel* gestellten programmatischen Forderung haben wir bereits 1984 in einem großangelegten Veränderungsexperiment begonnen, das die Bezeichnung hatte, »Früherfassung und Frühförderung entwicklungsbeeinträchtigter Kinder«. Aus der Tatsache, daß alle in der ehemaligen DDR in den letzten Jahren gehäuft durchgeführten Längsschnittuntersuchungen gezeigt hatten, daß fast alle Kinder, bei denen in der Schulzeit Entwicklungsprobleme auftraten, schon im Vorschulalter, oft schon mit der

Geburt, infolge ungünstiger biopsychosozialer Entwicklungsbedingungen auffällig waren, haben wir für unser Forschungsprojekt drei wesentliche Schlußfolgerungen abgeleitet:
— Die entwicklungsbeeinträchtigten Kinder so früh wie möglich zu erkennen und ihren Entwicklungsverlauf immanent zu analysieren,
— durch interdisziplinäre Gemeinschaftsarbeit von Ärzten, Psychologen und Pädagogen, von vornherein gesundheitliche, psychologische, pädagogische und soziale Aspekte der Determination des Zurückbleibens in Einheit zu erforschen,
— den prophylaktischen Aspekt der Verhinderung des Zurückbleibens in langfristig angelegten Veränderungsexperimenten in den Vordergrund zu stellen und daraus verallgemeinerbare Erkenntnisse für die Theorie und Praxis der Dispensairebetreuung und pädagogischen Förderung abzuleiten.

In unserem Förderexperiment wurde zunächst der Entwicklungsstand aller Kinder eines Einschulungsjahrganges in Leipzig-Mitte (n=1198) bereits im dritten Lebensjahr gründlich erfaßt. Für die 136 entwicklungsbeeinträchtigten Kinder (11%) wurden Förderprogramme entwickelt. Die individuumbezogene Förderung und die Entwicklungsverlaufskontrolle wurden bis ins erste Schuljahr fortgesetzt.

Die wichtigste verallgemeinerbare Erkenntnis aus unseren Untersuchungen ist, daß die Wahrscheinlichkeit einer Entwicklungsbeeinträchtigung bereits in sehr jungem Alter aus der Häufung von biopsychosozialen Risikofaktoren in der vorgeburtlichen Entwicklung, beim Geburtsvorgang und der Entwicklung im Säuglingsalter ableitbar ist. Werden diese entwicklungsbeeinträchtigenden Faktoren nicht rechtzeitig kompensiert oder kommen gar weitere Belastungsfaktoren hinzu, kommt es oft zu Fehlentwicklungen.

Wir möchten diese Zusammenhänge am ökologischen Übergang Krippe-Kindergarten exemplarisch an unserem Datenmaterial verdeutlichen:
Die Häufigkeit von Belastungsfaktoren ist bei retadierten Kindern im Vergleich mit Kontrollkindern größer (s. Abb. 1).
Bei den sozialen Risikofkatoren domiert die Schul- und Berufsbildung der Eltern (s. Abb. 2).

In der psychologischen Literatur werden ökologische Übergänge in verschiedenen Entwicklungsphasen generell als belastend für die Entwicklung des Kindes betrachtet. Die Analyse der Gewichtsentwicklung beim Übergang der Kinder von der Krippe in den Kindergarten mit drei Jahren läßt jedoch erkennen, daß eine differenzierte Betrachtung erforderlich ist. Für die gut entwickelten Kinder scheint der Übergang entwicklungsfördernd zu sein, für die entwicklungsbeeinträchtigten ist er ein zusätzlicher Belastungsfaktor (s. Abb. 3).

Mit unserer Förderdiagnostik zur Entwicklung der Schulfähigkeit entsprechen wir vollinhaltlich der Forderung von *Rüdiger* (1990), der schreibt: »Herkömmliche sogenannte Schulreifetests fungierten — nicht selten schicksalhaft — als »Ausleseinstrumente«. Gehen wir jedoch vom Postulat »Fördern vor Auslesen« aus, dann erhält auch die Schuleingangsdiagnostik eine neue Ziel-

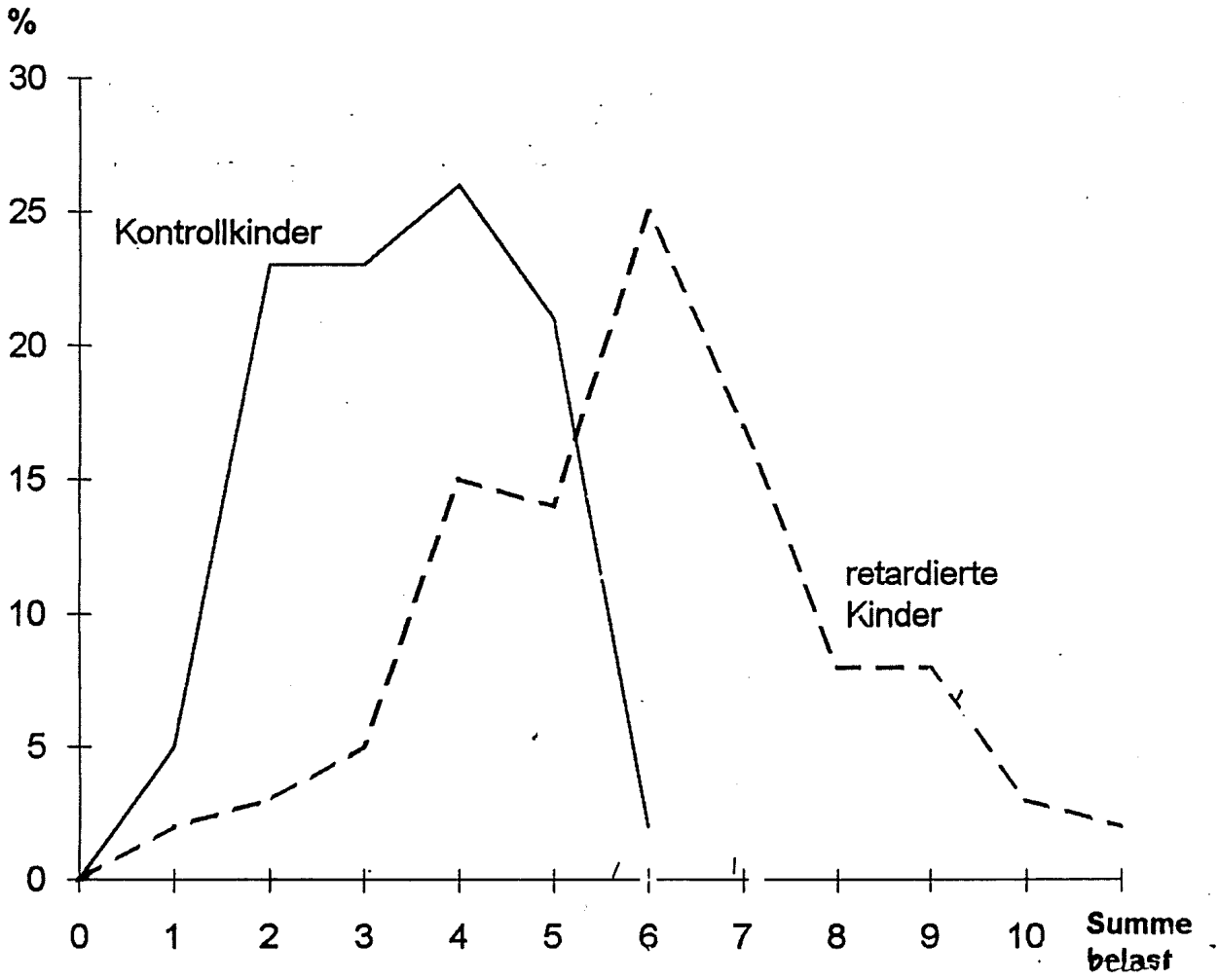


Abb. 1: Die Häufigkeitsverteilung von Belastungsfaktoren bei retardierten Kindern im Vergleich mit Kontrollkindern.

Schulbildung und Berufsbildung der Eltern retardierter Kinder

	%retardierte		% Normalstichprobe	
	Mütter	Väter	Mütter	Väter
Abschluß 8.Kl. und darunter	**43**	**41**	**1,5**	**1,7**
ungelernt, angelernt, Teilfacharbeiter	**39**	**29**	**1,5**	**0**

Abb. 2: Schul- und Berufsbildung der Eltern retardierter Kinder

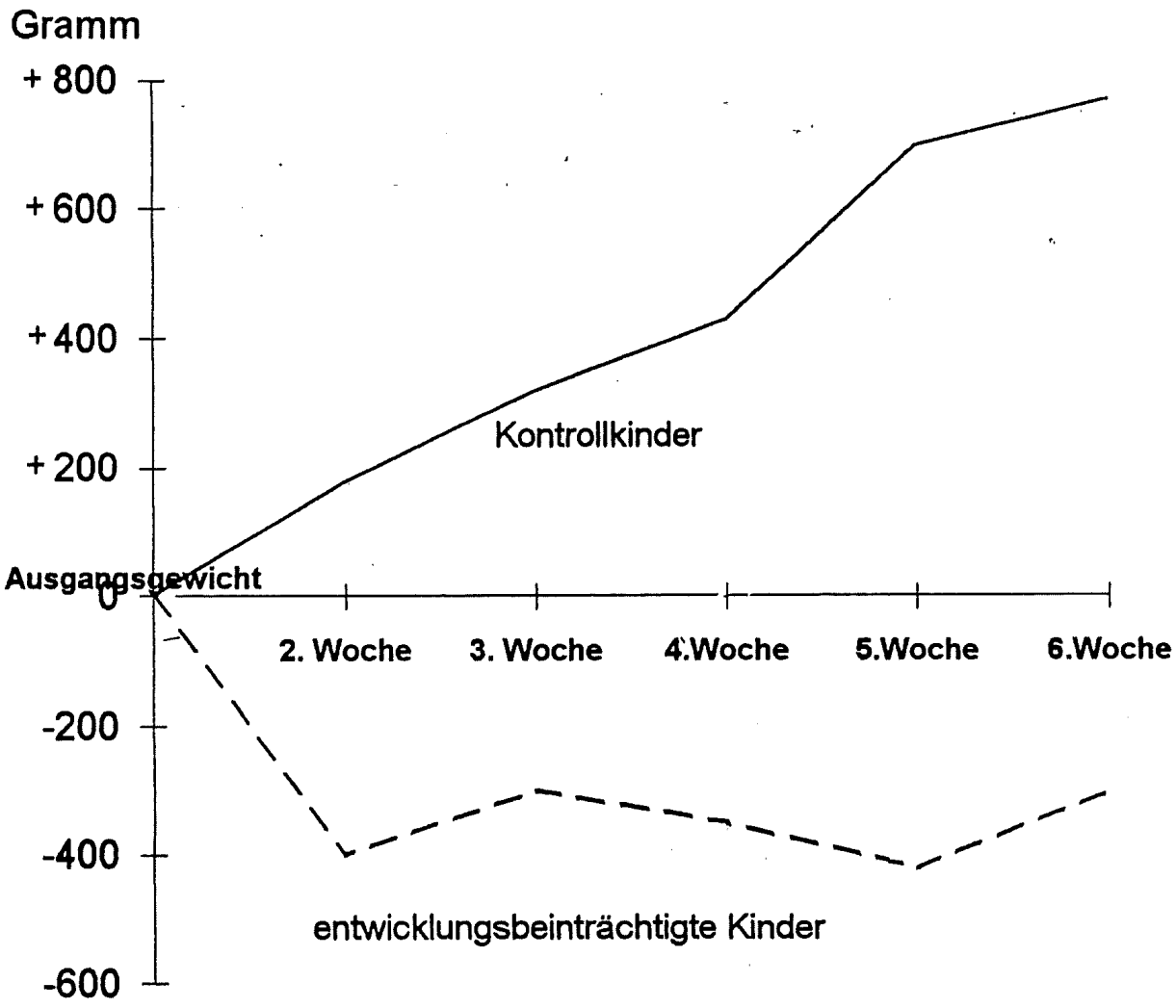


Abb. 3: Gewichtsentwicklung der Kinder in der Adaptionszeit im Kindergarten

setzung: Nicht die Prognosen von Erfolg oder Versagen im ersten Schuljahr (bei konventionellem Klassenunterricht) sind erfragt, sondern Informationen für individuell angemessene, differenzierte Fördermaßnahmen, damit Schüler auch bei gegenwärtig eingeschränkten persönlichen Lernvoraussetzungen dennoch zum Schulerfolg kommen. Mit einer solchen Veränderung der Diagnoseziele verändern sich konsequenterweise auch die Diagnosemethoden und -maßnahmen«.

Verallgemeinernd möchte ich abschließend nochmals darauf hinweisen, daß die notwendigen Veränderungen in den Diagnosezielen und -methoden unseres Erachtens in Richtung einer handlungsanalytisch orientierten Diagnostik gehen sollten und nicht nur für das Kindes-und Jugendalter.

Eine treffende Veranschaulichung meines Anliegens fand ich bei dem französischen Philosophen *Seve* (1972), der die Alltagspsychologie der wissenschaftlichen Psychologie gegenüberstellend polemisiert: ». . .denn wenn es etwas gibt, worauf in der Menschenkenntnis dieser 'Volks'psychologie geachtet wird, . . .sobald beispielsweise ein Kader auszuwählen ist, dann ist das seine Arbeit, die Art seiner Arbeit, seine Haltung zur Arbeit und zum Ensemble der unmittelbar mit der Arbeit verknüpften gesellschaftlichen Verhältnisse.

Die Arbeit im weitesten Wortsinn ist. . . nicht nur der beste Gradmesser der Grundfähigkeiten eines Individuums. Sie liefert dem, der sie zu deuten versteht, auch die gründlichste Röntgenaufnahme der Struktur seiner Persönlichkeit, ihrer starken und ihrer schwachen Seiten.«

A Support-orientated Psychodiagnosis from a Developmental Psychological and Pedagogical Point of View

Gerhard Witzlack (Potsdam)

The author wants to develop new diagnostic procedures in the fields of educational-psychologic diagnosis, e.g. to classify school-abilities, extra-school-need, difficulties in learning a.o., which at the same time consists of an early supporting of children who are hindered in their development.

At the beginning of his work the author takes on the classic psychodiagnosis and he critisizes that it only describes personal attributes to divide between one and another, which concludes in selection and throw-outs. As an alternative he develops another concept for doing diagnosis. From the way children play he comes to the individual structure of the action, which appears when children really have to take on something, that means to classify the actual level in order to initiate an effective alternation. The author speaks of a work-analyzing orientated psychodiagnosis. He describes a concept of diagnosis and therefore uses the example of analyzing playing in order to mark school-abilities. To do that the most important items are those which contain psychological information about the child and its evolution, which can be used to develop learning. An important methodological principle is the unity of diagnosis and supporting the development.

The roof of his strategy is the information gained by a large-sized program in the former GDR (1984) which had been run for the early recognition of and help for children who are maleducated. This information shows that beside biopsychosocial obstacles like school-eduction of the parents, the step from one level to another forms a great pressure. This is demonstrated using graphics and the example of children moving from the day-nursery to the kindergarten, and it also can be noticed by observing children's weight.

Knowing all of this, *Witzlack* develops his diagnostic which demands permanent analysis of the actual state of development a child is in, in order to notice and to eliminate all aspects that could hinder development as early as possible.

Literatur

Dietrich, R. (1973): Psychodiagnostik (München)
Eysenck, H.J.; Rachman, S. (1973): Neurosen — Ursachen und Heilmethoden (Berlin)
Fraisse, P. (1966): Praktikum der experimentellen Psychologie (Bern/Stuttgart)

Fricke, R. (1974): Kriteriumsorientierte Leistungsmessung (Stuttgart/Berlin/Köln/Mainz)
Kern, A. (1954): Sitzenbleiberelend und Schulreife (Freiburg)
Krapp, A.; Mandl, H. (1977): Einschulungsdiagnostik (Weinheim/Basel)
Nickel, H. (1990): Das Problem der Einschulung aus ökologisch-systemischer Perspektive. In: Psychologie, Erziehung u. Unterricht (37)
Pawlick, K. (1976): Diagnose der Diagnostik (Stuttgart)
Rüdiger, D. (1990): Einschulung und Schulerfolg. In: Halbjahreszeitschrift für Montessori-Pädagogik. I. Halbjahr, H. 7
Schulte, D. (1974): Diagnostik in der Verhaltenstherapie (München/Berlin/Wien)
Sève, L. (1972): Marxismus und Theorie der Persönlichkeit (Berlin)
Trescher, Hans-Georg (1990): Theorie und Praxis der psychoanalytischen Pädagogik (Mainz)
Westmeyer, H. (1972): Logik der Diagnostik. Grundlagen einer normativen Diagnostik (Stuttgart/Berlin/Köln/Mainz
Witzlack, G. (1977): Grundlagen der Psychodiagnostik (Berlin)

Adresse des Autors:

Prof. Dr. Gerhard Witzlack
Treppendorfer Weg 31
O-1187 Berlin

Symbiotische und ödipale Dynamik im Behandlungsverlauf einer zwangsneurotischen Patientin**

Gabriele von Bülow (Berlin)*

Die Kasuistik zum Verlauf der bisher dreijährigen einzelanalytischen Behandlung einer zwangskranken Patientin arbeitet gezielt das Nebeneinanderbestehen ödipaler Konflikt- und Symbiose- bzw. Identitätsproblematiken heraus. Die Autorin beschreibt in ihren theoretischen Erwägungen einen Bogen vom neurosenbegrifflichen Verständnis der frühen Psychoanalyse bis zum humanstrukturellen Konzept der Zwangserkrankung. Günter Ammon (1982) siedelt den Zwang auf dem Spektrum der archaischen, d.h. aus der frühkindlich defizitären und destruktiven Symbiose des Kindes mit der Mutter und der umgebenden Gruppe hervorgegangenen Erkrankungen an. Das tiefgreifende Defizit besteht vor allem im Bereich der Abgrenzung und Ich-Regulation, an deren Stelle die Zwangssymptomatik als Abwehr vor psychotischer Desintegration tritt. Das besondere Anliegen der Autorin ist es zu zeigen, wie Familiendynamik, Persönlichkeitsstruktur, reale Lebenssituation und Behandlungsverlauf der Patientin aufeinanderbezogen sind und zwar anhand der Übertragungsmanifestationen, des Traummaterials und Symptomwechsels. Das Vorwiegen ödipaler Problematik in der sehr langen Anfangsphase der Analyse interpretiert die Autorin als Kontaktangebot und -brücke, deren Bearbeitung dann allmählich erst Toleranz für die dahinterliegende symbiotische Problematik bei der Patientin, für deren tiefes Mißtrauen und deren Verlassenheitsangst zuläßt.

Freud hatte Mitte der neunziger Jahre des vorigen Jahrhunderts die Zwangsneurose neben der Hysterie als eigenständiges Krankheitsbild bzw. Neurosenkategorie herausgestellt. Neben Hysterie und Zwang wurden von ihm auch Phobien und bestimmte Psychosen als »Abwehrneurosen« zusammengefaßt, um deren gemeinsamen ätiologischen Hintergrund zu kennzeichnen, den er in der »Verdrängung peinlicher Erinnerungen«, sah (*Freud* 1896). In der gleichen Arbeit (»Weitere Bemerkungen über die Abwehrneuropsychosen«) stellt *Freud* auch einen psychodynamischen Vergleich zwischen Paranoia und Zwangsneurose an: während bei der Paranoia der ursprüngliche Vorwurf des Kranken durch Projektion zum Abwehrsymptom des Mißtrauens und des Argwohns gegenüber anderen wird, ersetzt der Zwangsneurotiker seine Vorwürfe und sein Mißtrauen durch Selbstmißtrauen als Abwehrsymptom.

Es ist das Verdienst von *Paul Federn,* die latente Psychose oder auch die latente Depression hinter der Zwangserkrankung erkannt zu haben. Das Ich des Kranken fühle sich durch Auflösung und Wahnsinn bedroht und reagiere auf diese Gefahr mit einer Überbesetzung seiner Ich-Grenzen, durch die diese starr und rigide werden. *Federn* wies auch auf die Gefahr hin, daß sich die Patienten in der Analyse zu schnell von ihren Zwängen befreien und dann psychotisch reagieren könnten (*Federn* 1956). Auch *Pohl* und *Rock* (1979) arbeiten in ihrem Kapitel »Zwang« im Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. I, die Abwehrfunktion des Zwangs gegen eine psychotische Desintegration heraus und betonen die große innere Leere der Patienten, die hinter der vordergründigen

* M.A., Dipl. Psych., Lehranalytikerin am Berliner Lehr- und Forschungsinstitut der DAP

** Vortrag gehalten auf dem 9. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP / XXII. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 29. April — 3. Mai 1992 an der Universität Regensburg

Zwangsfassade verborgen liege. *Ammon* siedelt 1982 den Zwang auf dem Spektrum der archaischen, also präödipalen Ich-Krankheiten an, deren Symptomatik er generell eng mit der Abwehr einer Psychose in Zusammenhang bringt.

Nun möchte ich im folgenden über eine zwangskranke Patientin berichten, in deren Behandlung sich präödipale bzw. symbiotische und ödipale Dynamik auf mannigfaltige Weise verflechten und vermischen. Dabei wird es auch darum gehen, die besondere Qualität und Funktion der ödipalen Problematik, wie sie sich lebensgeschichtlich und in der Übertragungssituation innerhalb der Analyse darstellen, zu diskutieren.

Zuvor aber eine kurze Begriffsbestimmung der verwendeten Begriffe »symbiotisch« und »ödipal«. Der Ödipuskomplex stellt für *Freud* seine von jedem Menschen in einer Entwicklung zu bewältigende Aufgabe dar. Er bezeichnet den Ödipuskomplex als die »organisierte Gesamtheit von Liebes- und feindseligen Wünschen, die das Kind seinen Eltern gegenüber empfindet. In seiner sogenannten positiven Form stellt sich der Komplex dar, wie wir ihn aus der Ödipussage kennen: Todeswunsch gegenüber dem Rivalen als Person gleichen Geschlechts und sexueller Wunsch gegenüber der Person des entgegengesetzten Geschlechts« (*Laplanche, Pontalis* 1972).

Dahingegen bezeichnet *Ammon* den Symbiosekomplex als den Kernkomplex aller archaischen Ich-Krankheiten wie Psychosomatik, Borderline-Syndrom, Sucht, destruktive Sexualität, narzißtische Depression und schizophrene Reaktion. »Als archaische Ich-Krankheiten bezeichne ich Ich-Strukturdefizite, die auf jeweils spezifische Störungen der Ich- und Identitätsentwicklung einer Primärgruppe zurückzuführen sind, die unfähig ist, das Kind in seiner Entwicklung zu fördern und zu unterstützen« (*Ammon* 1979). *Ammon* betont die »lebensgeschichtlich bedeutsame Funktion« einer gelingenden Mutter-Kind-Symbiose in den ersten Lebensjahren. Nur wenn Mutter und Primärgruppe die für die kindliche Identitätsentwicklung entscheidend wichtige Ich-Funktion der Abgrenzung dem Kind zunächst zur Verfügung gestellt haben, kann es eigene Ich-Grenzen aufbauen. »Erfahrungsunfähigkeit, Ablehnung oder gar offene Feindseligkeit von Mutter und Primärgruppe gegenüber den kindlichen Lebensäußerungen (haben) schwere Entwicklungsstörungen zur Folge. Das Kind erfährt die Ablehnung durch die Mutter als eine existentielle Verlassenheitsangst und Vernichtungsdrohung.« Als Resultat entsteht »ein reales Erfahrungsdefizit in der Ich-Struktur des Kindes«, ... »dem ein Defekt in der Ich-Grenze korrespondiert, das ich bildhaft als »Loch im Ich« bezeichne. Wo sich keine Grenze entwickeln kann, findet auch keine Strukturbildung statt« (ebda.).

Frau E. kam vor knapp vier Jahren zu mir in einzelanalytische Behandlung. Ihr wurde zu diesem Schritt geraten von ihrem damaligen Freund, der sich Jahre vorher ebenfalls am gleichen Institut in psychotherapeutischer Behandlung befunden hatte mit der Diagnose Schizophrenie. Sie war damals 30 Jahre alt, arbeitete — wie heute noch — als Erzieherin mit körperlich behinderten

Kleinkindern, wobei sie sich, wie sie sagte, vor allem um die von ihren Eltern vernachlässigten Kinder kümmerte.

Im Erstinterview machte Frau E. auf mich einerseits einen ältlichen Eindruck durch die Unbeweglichkeit, fast Maskenhaftigkeit ihres Gesichts. Sie wirkte sehr kontrolliert, dabei freundlich, bemüht und kooperativ, bei verhaltener Traurigkeit. Sobald sie sich im Kontakt öffnet, kommt ein schönes und lebendiges, sympathisch wirkendes Gesicht zum Vorschein. Sie wirkt gepflegt, kleidet sich sportlich-lässig.

Sie litt zu Therapiebeginn an zunehmenden Kontrollzwängen. So mußte sie vor dem Verlassen ihrer Wohnung, in der sie allein lebte, mindestens eine halbe Stunde lang kontrollieren, ob das Licht ausgemacht war, der Kühlschrank geschlossen und Türen und Fenster zu waren. Diese Kontrollhandlungen gingen mit großer psychischer Erschöpfung einher, und auch hinterher überfielen sie öfters Ängste, ob denn auch wirklich alles in Ordnung war. Sie traute sich nicht, ihre Wohnung für kürzere Zeit tagsüber aufzusuchen, aus Angst, sie dann wieder nicht rechtzeitig verlassen zu können. Sie litt außerdem unter starker Eifersucht in der Beziehung zu ihrem Freund, den sie fünf Jahre vorher kennengelernt hatte, indem sie ihn auf der Straße ansprach, wo er ihr durch sein unkonventionelles Äußeres aufgefallen war. Er war ein wesentlich älterer, verwahrlost und ungepflegt wirkender arbeitsloser Akademiker, der von sich das Bild zu vermitteln versuchte, ein begabter Schriftsteller zu sein. Sie idealisierte ihn als einen spontanen, freien und starken Menschen, neben dem sie sich wie ein »plumper Kartoffelsack« vorkam. In der Realität hat sie einen schlanken, strukturierten, ansprechend wirkenden Körper — ein Hinweis auf die schwere Schädigung ihres Narzißmus und ihres Körperbildes. Ihren Freund hatte Frau E. längere Zeit finanziell unterstützt und ihm, mit zunehmend ambivalenten Gefühlen, seinen chaotischen, verwahrlosten Haushalt geführt.

Im beruflichen Bereich erlebt sie sich weitgehend befreit von ihren Zwängen. Sie kann sich engagiert und verantwortlich für die von ihr betreuten Kinder einsetzen und dafür auch Konflikte mit Mitarbeitern und Vorgesetzten eingehen. Bei Therapiebeginn konnte sie sich nur existent fühlen, wenn sie Hilfs-Ich-Funktionen für andere übernahm.

Psychodiagnostisch ergaben die Anwendungen des MMPI sowie des ISTA (Ich-Struktur-Test nach *Ammon*) das Bild einer überangepaßten Persönlichkeit: nahezu alle Werte lagen im Normbereich mit Ausnahme eines erniedrigten konstruktiven Narzißmus-Werts im ISTA und eines deutlich erhöhten Kontrollwerts im MMPI, der auf Tendenzen schließen läßt, sich »seelische Schwächen« nicht einzugestehen und einen möglichst normalen Eindruck machen zu wollen.

Frau E. wuchs in einer Kleinstadt als ältestes von fünf Kindern auf. Sie war ein Jahr alt, als ihr ältester Bruder geboren wurde, zwei Schwestern und der jüngste Bruder folgten in kurzem Abstand. Als sie fünf Jahre alt war, wäre ihr Bruder fast unter der Bettdecke erstickt. Von einer vorangegangenen Situation

mit ihm hatte sie die Phantasie entwickelt, ihn fallengelassen zu haben. Nun kontrollierte sie nachts über einen längeren Zeitraum, ob er und eine Schwester sich die Decke übers Gesicht gezogen hätten. Ihre starke Eifersucht auf ihre Geschwister überkompensierte sie später durch Geschenke, mit denen sie sie überschüttete. Nach der Geburt ihres ersten Bruders entwickelte sie einen engen Kontakt zu einer Nachbarin, von der sie als einziges Kind verwöhnt wurde. Die Mutter sei sehr eingespannt gewesen mit der Versorgung der Kinder, des Haushalts und der Mithilfe in dem Fahrunternehmen des Vaters. Sie habe den Vater total umsorgt, gleichzeitig sei sie wütend und unzufrieden darüber gewesen, daß sie mit fünf Kindern ans Haus gebunden war. Ab und zu gestattete sich die Mutter kleine Fluchten mit dem Auto in die nächste Kleinstadt. Frau E. dachte dann immer, sie hätte einen Verkehrsunfall oder wäre tot, wenn sie längere Zeit nicht zurückkam. Sie erlebte die Mutter als launisch und ungerecht, sie habe nur ihre Meinung gelten lassen. Im Kontakt zu ihr erlebte sie sie als chronisch gestreßt, genervt und verbiestert. Nie sei Zeit dagewesen, sie habe sich immer als der Mutter lästig empfunden. Zur Mutter habe sie eigentlich gar keine Beziehung gehabt, auch keinen Körperkontakt, dennoch habe sie sich, bis in die letzte Zeit hinein, von ihr kontrolliert gefühlt. Alle Kinder seien materiell bestens versorgt, aber ohne emotionale Zuwendung aufgewachsen.

Am meisten verbunden fühlte sie sich dem Vater. Der sei meistens freundlich und positiv eingestellt gewesen, habe gern Feste mit Nachbarn gefeiert und dabei Akkordeon gespielt. Sehr fasziniert war sie von der Ordnung in seinem Lagerhaus, den vielen Schubläden und Schachteln. Zu ihm hatte sie einen zärtlichen Körperkontakt: sie kuschelte sich als Kind öfters im Bett an ihn oder legte sich in sein noch warmes Bett, nachdem er früh morgens aufgestanden war. Sie begleitete ihn oft auf seinen Fahrten — wie vor ihrer Geburt ihre Mutter — und genoß die exklusive Nähe zu ihm auf dem Beifahrersitz.

Die eigentlich Dominierende in ihrer Familie sei die Mutter gewesen. Ihr Vater tat ihr oft leid, er sei von der Mutter ungerecht behandelt worden. Oft habe sie tagelang nicht mit ihm — aber auch nicht mit ihr — gesprochen. Manchmal habe der Vater schließlich »auf den Putz gehauen«, ein Machtwort gesprochen und dadurch die Situation verändert, was sie dann mit großer Erleichterung erlebte.

Mehr als kontrollierende und verbietende Einschränkungen und Einengungen hat Frau E. in ihrer Kindheit Grenzenlosigkeit und Gleichgültigkeit erfahren. Sie konnte gehen, wann und wohin sie wollte, wenn sie nur bis Einbruch der Dunkelheit zurück war. Interesse und Anteilnahme an ihrem Tun fehlten.

Als sie 16 war, zog Frau E. aus ihrem Elternhaus aus, um in einer nahegelegenen Stadt ihre Erzieherinnenausbildung zu beginnen. Wenn sie am Wochenende nach Hause fuhr, nahm sie als erstes Besitz vom Haushalt ihrer Mutter, indem sie das ganze Haus von oben bis unten putzte, Möbel umstellte und Schränke umräumte. Der Vater sollte doch endlich mal merken, daß sie das

viel besser und schneller könne als ihre Mutter. Anschließend hat sie jahrelang ihrer Mutter neue Haushaltsgeräte geschenkt und die alten an sich genommen.

Wir finden in diesen Schilderungen der Patientin reichlich ödipalen Konfliktstoff, eine stark ausgeprägte ödipale Rivalität mit der Mutter um den Vater. Und doch würden wir der Patientin nicht gerecht, wenn wir sie als Neurotikerin verstehen würden. Die Patientin leidet unter den Folgen einer defizitären Symbiose mit ihrer Mutter, deren Gleichgültigkeit, Lieblosigkeit und feindselige Ablehnung ihr tiefe narzißtische Wunden zugefügt hat. Die einer lebensgeschichtlich späteren Zeit angehörenden ödipalen Konflikte bedrohen nicht, wie bei der Neurose, »ein im wesentlichen entwickeltes und abgegrenztes Ich . . . Die Symptomatik der archaischen Ich-Krankheiten dagegen bildet selbst einen Teil der defizitären Ich-Struktur, bildhaft gesprochen füllt sie ein Loch in der Ich-Grenze« (*Ammon* 1979). Dies gilt in besonderem Maße für die Zwangserkrankung als einer Erkrankung der Ich-Grenzen par excellence.

Da der Patientin in der sie umgebenden Primärgruppe keine Schutz und Geborgenheit vermittelnden Grenzen gegeben wurden, gab sie sie sich selber in einer selbstdestruktiven, rigiden Weise. Die nur lückenhaft entwickelten Ich-Grenzen werden auf eine starre, undurchlässige Weise durch die Zwangssymptomatik gefüllt bzw. geschlossen. Eine flexible Ich-Abgrenzung steht dem Zwangskranken nicht zur Verfügung. Gemeint ist hiermit die Fähigkeit, sich auf Erlebnissituationen einlassen und wieder abgrenzen zu können, wobei bei jedem kreativen Erleben neu gewonnene Erfahrungen in die bisherige Persönlichkeitsstruktur integriert werden können, die dadurch eine Erweiterung erfährt.

Wie *Pohl* und *Rock* (1979) ausführen, hat der zwangskranke Patient sein »Leben in bekannten und kanalisierten Bahnen eingerichtet«. Alles Unvorhersehbare, jegliche Veränderung bedroht das in sich geschlossene Zwangssystem und löst eine »immense, als vernichtend erlebte Angst aus, die im Grunde die Verlassenheitsangst der Kindheit ist«. Die Autoren sprechen von einer »destruktiven Identitätsentwicklung« des Zwangskranken, der sich nur durch rigide Abgrenzung nach außen wie nach innen gegenüber der Welt seines eigenen Unbewußten gegen eine psychotische Desintegration schützen kann. Diese Angst vor Veränderung, die die schwach ausgebildeten Ich-Grenzen überfluten würde, wird durch die Zwangssymptomatik abgewehrt — um den Preis einer weitgehenden Lebenseinengung und -vermeidung. *Ammon* (1982) hat den Zwang als »Widerstand gegen das Leben überhaupt« bezeichnet.

Eine stark ausgeprägte Angst vor Veränderung finden wir auch bei Frau E.: In ihrer eigenen Wohnung mußte alles unverändert an seinem Platz bleiben — von den Versuchen ihres Freundes, in ihrer Wohnung Möbel umzustellen, ging eine tödliche Bedrohung für sie aus. Besuche von ihm, aber auch anderer Bekannter erlebte sie als solch unerträgliche Verletzung ihrer Grenzen, daß sie sie schließlich ganz unterband. Ein Jahr im voraus angekündigte organisatorische Veränderungen an ihrem Arbeitsplatz können sie auch heute noch massiv verunsichern.

Diese archaische Verlassenheits- und Vernichtungsangst wird besonders in lebensgeschichtlich bedeutsamen Trennungssituationen ausgelöst, die in erhöhtem Maße Anforderungen an die Identität eines Menschen stellen. Als Schritte hin zu eigener Identität bedeuten sie für das unbewußte Erleben eine Reinszenierung des Heraustretens aus der frühkindlichen Symbiose auf immer wieder neuer Ebene (vgl. dazu *Ammon* 1979).

Auf dem Hintergrund eines ungelösten Symbiosekomplexes wird nun das strukturelle Identitätsdefizit virulent: Das Symptomverhalten erfüllt hier die Funktion, »ein Gefühl der eigenen Identität im Sinne des Schließens der Ich-Grenzen« aufrechtzuerhalten (*Ammon* 1979). So traten die geschilderten Kontrollzwänge erstmals nach dem Umzug von Frau E. aus ihrer Heimat nach Berlin auf, nachdem sie zum ersten Mal in ihrem Leben eine eigene Wohnung bezogen hatte und sie die erste kontinuierliche Beziehung zu einem Mann eingegangen war. Als sie sich nach Jahren aus dieser Beziehung, die zu einer toten Symbiose erstarrt war, trennte, verstärkten sich kurze Zeit vor der endgültigen Trennung ihre Kontrollhandlungen: Hatte sie die Wohnung endlich verlassen können, strich sie noch lange mit den Händen über die Türeinfassung, um sich zu vergewissern, ob die Wohnungstür auch wirklich geschlossen war.

Therapieverlauf

Über einen langen Zeitraum stand die ödipale Konfliktdynamik der Patientin in der Behandlung im Vordergrund. Die tieferliegende schwere archaische Ich-Erkrankung, die Identitätsproblematik und massive Kontaktängste wurden auf diese Weise von ihr abgewehrt. Die Thematisierung der ödipalen Problematik durch die Patientin nahm ich zunächst als Kontaktangebot an. Ein zu frühes Arbeiten an der symbiotischen Reaktion hätte die Gefahr einer psychotischen Reaktion oder aber eines endgültigen Abbruchs der Therapie heraufbeschworen.

Der Widerstand gegen die therapeutische Behandlung nahm lange Zeit die Form des Widerstandagierens an — u.a. blieb die Patientin häufig den Sitzungen fern — wie es *Ammon* als charakteristisch für alle archaischen Ich-Erkrankungen beschreibt. Hier war es methodisch wichtig, die konstruktive Funktion des Widerstands zu sehen und ihn zunächst zuzulassen als Ausdruck des Wunsches nach Ich-Abgrenzung sowie als lange Zeit einzige, der Patientin verfügbare Möglichkeit, Aggression auszudrücken. Zu einem Wendepunkt in der Behandlung kam es im späteren Verlauf, als ich das Agieren der Patientin, das zum destruktiven Widerstand gegen jegliche Veränderung im therapeutischen Prozeß und damit gegen jede Identitätsentwicklung geworden war, abgrenzte.

Im ersten Jahr der Therapie fehlte Frau E. häufig unentschuldigt, tauchte dann plötzlich, manchmal nach Wochen, wieder auf, mit dem sorgfältig abgezählten Honorar für die versäumten Sitzungen in der Hand. Die Verbindlichkeit der therapeutischen Situation war ihr schwer erträglich. Sie bemühte sich, unsere Beziehung rein funktional und sachlich zu sehen. Wichtig war ihr, mir

nichts schuldig zu bleiben, sich nicht verpflichtet fühlen zu müssen. Am Ende des ersten Therapiejahres hatte sich ihre Zwangssymptomatik wesentlich reduziert, sie fühlte sich selbstbewußter und zuversichtlicher und erwog die Trennung von ihrem Freund. Sie erklärte ihre Therapie für beendet, unmittelbar vor den bevorstehenden sommerlichen Therapieferien. An einem Punkt, an dem es zentral um den Kontakt zwischen ihr und mir gegangen wäre, um eine Auseinandersetzung mit Gefühlen und Verlassenheitsängsten und Wut, brach sie die Therapie ab. Trotz des Widerstandscharakters war es wichtig, dies als ihre eigene Entscheidung zu akzeptieren und als Abgrenzungsschritt freundlich zu gewähren.

Nach einem Jahr meldete sie sich wieder. In der Zwischenzeit hatte sie sich von ihrem Freund getrennt und in der ersten Zeit ein deutliches Befreiungsgefühl erlebt, das auch verbunden war mit einer Reise und einem sexuellen Abenteuer. Daran anschließend entwickelte sie herzphobische Symptome (Tachykardien) sowie agoraphobische Symptome in Form von Schwindelanfällen, die schließlich so stark wurden, daß sie wochenlang nicht alleine das Haus verlassen konnte. In dieser Zeit wurde sie intensiv von einer Freundin unterstützt. Nach Wiederaufnahme der Therapie rief sie mich öfters in Angstzuständen an, was für sie ein großer Schritt war, mich in Anspruch zu nehmen, jenseits des formalen therapeutischen Settings.

Die Ablösung der Zwangssymptomatik durch die phobische Angstsymptomatik markiert einen ersten Wendepunkt im therapeutischen Prozeß der Patientin. Während beim Zwang die Abwehr der Angst und damit verbunden die Abwehr von Kontakt im Vordergrund steht, kann die Patientin nun zum ersten Mal Trennungs- und Verlassenheitsangst auf einer phobischen Ebene spüren und damit den Wunsch, sich in einer verläßlichen Beziehung fallen zu lassen, aufgefangen und unterstützt zu werden.

Der Identitätsschritt der Trennung aus einer auch im sexuellen Bereich als unbefriedigend erlebten Beziehung hatte, verbunden mit Wünschen nach Lebendigkeit und Kontakt, ebenso sexuelle Wünsche freigesetzt. Die agoraphobischen Symptome von Frau E., die überwiegend in öffentlichen Verkehrsmitteln auftreten, lassen gleichzeitig eine Deutung als neurotische Symptome zu: die Situation, sich mit Männern z.B. in einem U-Bahnabteil zu befinden, würde danach die Wiederkehr des verdrängten Wunsches nach sexuellem Kontakt mit dem Vater im LKW evozieren, zusammen mit seiner Abwehr in der phobischen Symptombildung. Die Funktion der Agoraphobie, der Patientin die Kontaktaufnahme zu mir zu ermöglichen und damit die Fortsetzung ihrer Therapie, sehen wir aber als wesentlich an.

In der Folgezeit veränderte sich ihr Vaterbidl sehr stark. Er wurde in ihren Träumen buchstäblich immer kleiner und ohnmächtiger und zum Objekt zahlreicher destruktiv-aggressiver Aktionen. Ihre Mutter hingegen wuchs zu einer geradezu mythischen Größe heran, sie trat als Königin und Priesterin in ihren Träumen auf, die Unterwerfung forderte. In der Übertragung auf mich erlebte sie mich ebenfalls als stark idealisierte, überhöhte, totale Anpassung

verlangende allmächtige Mutterfigur. Sie mied jede noch so minimale Auseinandersetzung mit mir. Jetzt, wo sie den Vater als inneren Verbündeten verloren hatte, fühlte sie sich mir bzw. der bedrohlichen, alles beherrschenden Mutter, die sie auf mich übertrug, völlig ausgeliefert. Die Angst und die Wut darüber, sowie das tiefe Mißtrauen, ob ich sie überhaupt annehmen und tragen könne, agierte sie in dieser Zeit monatelang durch die heimliche Einnahme von Betablockern aus.

Auch hier können wir wieder beides ausmachen, ödipale wie archaische Dynamik, die miteinander verflochten sind. Ödipale Wut auf den unerreichbaren Vater im Sinne einer Reaktionsbildung sowie das Wiedererleben der bedrohlichen destruktiven Symbiose mit der Mutter in der symbiotischen Übertragung auf mich, womit der kurze Zeit zugelassene vertrauensvolle Kontakt zu mir wieder ungeschehen gemacht wird.

Nachdem Frau E. eine neue Beziehung zu einem Mann eingegangen war, verlor ihre feindselige Mutterübertragung auf mich allmählich ihre archaisch-bedrohliche Qualität und nahm eher ödipale Züge an. Die von ihr angebotene ödipale Übertragungsebene, die für einen langen Zeitraum das therapeutische Geschehen beherrschte, kreiste immer wieder stereotyp um die Befürchtung, ich könnte ihr die Beziehung zu ihrem neuen Freund ausreden. Sie saß mir dann wieder völlig erstarrt und regungslos gegenüber, brav, mit ineinander gefalteten Händen wie ein Schulmädchen.

Es wurde für mich deutlich, daß diese hartnäckige ödipale Mutterübertragung, die etwas Zwanghaftes an sich hatte, der Abwehr symbiotischer Wünsche an mich diente. Im Widerstand gegen die Analyse agierte Frau E. ihre symbiotischen Wünsche außerhalb der Analyse mit ihrem neuen Partner aus, was ich nicht interpretierte, weil dies den Abbruch der Therapie nach sich gezogen hätte. Zudem schien sie in dieser neuen Partnerschaft mehr konstruktiven Kontakt leben zu können als in der vorangegangenen.

Erstmals kann sie ihre Verlassenheitsängste und ihre Wünsche nach einer freundlichen Symbiose mit mir in der ersten Sitzung nach den Therapieferien Anfang dieses Jahres durch einen Traum artikulieren: Sie träumt von einem kleinen Mädchen, das mit einem Erstickungsanfall in ein Krankenhaus kommt. Sie wird von der Mutter an der Hand gehalten, die merkwürdig gelassen und unbesorgt wirkt. — Ihr fällt ihre eigene Mutter ein, die sie nicht wahrnahm, »in ihrem Japsen nach Luft und nach Liebe«. Ich beziehe den Traum auf mich, auf ihre Verlassenheitsgefühle während der Therapieferien. Frau E.: Sie habe sich gewünscht, während einer Eifersuchtsauseinandersetzung mit ihrem Freund, ich wäre dabeigewesen, um sie zu beruhigen.

Kurz darauf berichtet sie diesen Traum: An einem Flußufer stehend beobachtet sie einen Kahn mit einem von einer Kinderschar umgebenen Mann. Ein kleiner Junge wird von ihm bevorzugt. Er darf machen, was er will, frech sein, ins Wasser springen und wird doch immer wieder von dem Mann auf den Kahn zurückgeholt. Sie selbst identifiziert sich mit dem kleinen Jungen, den Mann mit ihrem Vater und mit mir. Sie möchte ausprobieren, wie weit sie mit mir gehen kann.

In folgenden Träumen, aber auch in ihrem Erleben während der Sitzungen, wird ihre innere Einsamkeit, ihr Wunsch nach Wärme, Geborenheit und Nähe zu mir, aber auch ihre große Kontaktangst, Angst vor Verschmelzung, Thema. Daraufhin erscheint sie zur nächsten Sitzung nicht, um dann in der darauffolgenden Sitzung zu erklären, sie habe keine Lust mehr auf Therapie, sie wolle ein halbes Jahr pausieren. Ich deute ihr Verhalten als Widerstand gegen die Therapie, sich mit ihren Ängsten vor Kontakt, die sie gerade einmal anfängt zu spüren, auseinanderzusetzen. Ich fordere sie auf, sich dieser Angst zu stellen, statt sich selber wieder einmal davonzulaufen.

Frau E. kann dieses klare Grenzensetzen durch mich annehmen, reagiert darauf positiv. In den nächsten Sitzungen wirkt sie wie verwandelt, gelöster, freier, selbstbewußter. Sie ist ganz anders spürbar, ich erlebe einen warmen sozialenergetischen Strom zwischen uns, habe eigentlich zum ersten Mal des Gefühl, sie selbst im Kontakt zu erreichen und daß sie etwas annehmen kann. Sie berichtet davon, daß sie beginnt, sich außerhalb ihrer Partnerschaft, deren symbiotischen Charakter sie inzwischen als einengend erlebt, mehr Freiraum zu schaffen und an ihren Freund Forderungen zu stellen, die Beziehung lebendiger und auch nach außen geöffneter zu gestalten. Prompt antwortet ihr Freund daraufhin mit Drohungen, sie zu verlassen, was in ihr nicht mehr die alte panikartige Angst auslöst. Von entscheidender Bedeutung für die stattgefundene Veränderung im therapeutischen Prozeß war, daß ich Frau E. »festgehalten« habe, sie nicht habe davonrennen lassen und sie dies als Ausdruck von Interesse, Zuwendung und Fürsorge annehmen konnte, im Gegensatz zu der gleichgültigen Grenzenlosigkeit ihrer Primärgruppe. Nach fast drei Jahren Therapie beginnt Frau E. gerade, eine freundliche Symbiose zu mir einzugehen.

Das Beispiel dieser Patientin zeigt auch, daß es bei der Behandlung eines archaisch ich-kranken Patienten nicht darum gehen kann, schematisch immer zunächst den Symbiosekomplex und dann erst den Ödipuskomples zu bearbeiten. Symbiotische wie ödipale Dynamik kann vielmehr von Anfang an gleichzeitig vorhanden sein oder auch abwechselnd jeweils im Vordergrund stehen. Wo — wie im Fall von Frau E. — die ödipale Problematik der Abwehr eines zugrundeliegenden schweren strukturellen Defizits dient, sie buchstäblich lebensnotwendig ist, um den Patienten vor einer psychotischen Desintegration zu schützen, ist es notwendig, erst einmal die angebotene ödipale Übertragungsebene anzunehmen, bis sich eine genügend vertrauensvolle therapeutische Beziehung entwickelt hat, auf deren Boden der Patient es wagen kann, sich mit seiner symbiotischen Problematik, seinen archaischen Verlassenheits- und Vernichtungsängsten auseinanderzusetzen.

Symbiotic and Oedipal Dynamics in the Treatment of a Patient Suffering from Compulsion Neurosis

Gabriele von Bülow (Berlin)

This case-study describes and discusses the course of analytical treatment over a period of three years of a female patient suffering from severe compulsion neurosis. The author points out the interweaving of oedipal-conflict problems and deep-seated symbiotic disturbances.

Paul Federn (1956) extended *Freud*'s repression concept of compulsion neurosis in that he recognized the latent psychosis or the latent depression behind the compulsion. The symptomatics were understood as an over-cathexis of ego-boundaries to prevent the ego undergoing decompensation and delusion. For *Ammon* obsessive-compulsive disorder is an archaic ego-disease with its roots in the failed symbiosis between the child and its mother. The »inabilitiy to make experiences, rejection or open hostility of the mother and the primary group to the child's manifestations of life« (*Ammon* 1979) corresponds to a later structural deficit, which exists in the obsessive-compulsive disorder, mainly in a deficient ego-demarcation and ego-regulation. The symptomatics serve the defense of psychotic disintegration of the personality.

The author describes closely the dynamics of the primary group and illustrates the lack of guidance and boundaries, disinterest and hostility within the family. The patient is the eldest of five children, the mother is described as dissatisfied, overworked and cross, and restricted by her motherhood. The friendly contact of the patient to her father was the only support; as a teenager she competed with her mother for the father.

When the treatment first began, the patient, who was a kindergarten nurse, suffered from compulsions of control, which considerably handicapped her life. She lived in a symbiotic relationship with a neglected man whom she idealized as a free, spontaneous and creative man. She kept him over a long period of time and suffered agonies of jealousy over him. Her work with the children is the only free space she has at her disposal. However, she can hardly tolerate any organizational changes at work. In her flat, everything had to be in its place and she sometimes could not even allow visitors.

As cited by *Pohl* and *Rock* (1979), the compulsive patient »has arranged his life in well-known and channelled lines«. Everything unexpected and every change stage threatens the closed system of compulsion, and triggers off »immense anxiety and feelings of extermination which is in reality the fear of abandonment of childhood«.

In the first year of therapy, the patient's oedipal problems were in the foreground which the therapist understood as a bridge of contact. The therapeutic situation was also determined by extreme acting-out behaviour, the patient could not bear the commitments of therapy and often did not appear. At the end of the first year, the compulsive symptoms were clearly reduced and she broke off therapy before the summer holidays, at a stage when it would have

been necessary to work through the fear of abandonment, anger and the contact to the therapist. The author emphasizes that it was important at this stage to accept her decision as a step of demarcation.

After one year, the patient took up the therapy again. In the time between, she had broken off with her boyfriend and experienced the time after the separation as liberated. Then she developed symptoms of agoraphobia and cardiac phobia. The author interprets this change from compulsive to phobic symptoms as positive, whereby in the stage of compulsion the defense of anxiety prevails, in the stage of phobia the patient can experience her fear of separation and abandonment on a phobic level. The author also takes into account the neurotic aspect of the agoraphobic symptom, symbolizing the defense against the repressed desire for sexual relationship with her father.

In the subsequent period of time, the dreams and the transference obtain archaic traits: the father becomes smaller and smaller and the object of countless aggressive actions in the patient's dreams. However, the mother grows to a mythical greatness, to a queen and priestess, who demands humility. The experience of oedipal anger against the unattainable father corresponds to the re-experience of the threatened destructive symbiosis with the mother in the transference. This hostile mother transference is loosened by the patient's new relationship to a man. The oedipal level dominates once more the therapeutic situation: in a stereotype way, the patient is obsessed by the idea that the therapist wants to take her boyfriend off her. The therapist understands this compulsive fear as a defense against symbiotic desires towards her which she lives out in the relationship to her friend.

After the summer holidays she dreams for the first time a friendly dream about her mother and can feel her loneliness and her desires for security and closeness to the therapist, and her anxiety to fuse with her. When the therapist replies to the patient's renewed intention to break off therapy with the setting of boundaries and making demands on her to confront her own fears, the patient can accept this intervention as an expression of interest, attention and caring.

After three years of treatment, the patient begins to enter into a friendly symbiosis with the therapist.

Using this example, the author whishes to show that in the treatment of an archaically diseased patient, it is not the point to work on the symbiosis complex in the first instance and then on the Oedipus complex but that symbiotic and oedipal dynamics can exist at the same time from the beginning of the treatment and can change in their dominances.

Literatur

Ammon, G. (1979): Der Symbiosekomplex und das gleitende Spektrum der archaischen Ich-Krankheiten. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt)

—unter Mitarbeit von *Ammon, G., Griepenstroh, D.* (1982): Behandlungsmethodik und Widerstand. Von der traditionellen Psychoanalyse zur Dynamischen Psychiatrie. In: *Ammon, G.* (Hrsg.) Handbuch der Dynamischen Psychiatrie Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt)
Federn, P. (1978): Ich-Psychologie und die Psychosen. (Frankfurt a.M.: Suhrkamp)
Freud, S. (1896): Die Abwehr-Neuropsychosen. Ges.W. Bd. I (London: Imago)
Laplanche, J.; Pontalis, J.-B. (1982): Das Vokabular der Psychoanalyse, Bd. 2 (Frankfurt a.M.: Suhrkamp)
Pohl, J.; Rock, W. (1979): Zwang. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt)

Adresse der Autorin:

Dipl. Psych. Gabriele von Bülow, M.A.
Bregenzer Straße 4
W-1000 Berlin 15

Die »Integrierte Tagesklinik« — eine Verbindung psychotherapeutischer und sozialpsychiatrischer Arbeit in der Behandlung chronisch psychisch Kranker**

Bernhard Longinus (Marburg)*

Der Autor stellt die Arbeit der Integrierten Tagesklinik (ITK) am Psychiatrischen Krankenhaus Marburg vor, in der sozialpsychiatrische und psychotherapeutische Behandlungsmethoden zur Anwendung kommen. Sie wurde eingerichtet für schizophrene und chronisch schwer kranke Patienten und hat das Ziel, den Patienten zu einem möglichst eigenständigen Leben zu verhelfen. Sie zeichnet sich dadurch aus, daß vollstationäre, tagesklinische und ambulante Behandlung nach den Bedürfnissen der Patienten variiert werden. In seinen theoretischen Ausführungen bezieht der Autor sich auf Linnemann und Rohlfs, die die Regulation von Nähe und Distanz als die besondere Psychodynamik schizophrener Patienten darstellen. Mit einem Fallbeispiel demonstriert der Autor die Arbeitsweise der ITK. Die beschriebene Patientin nutzt, je nach dem Stand der Behandlungsphase alle Behandlungssettings, so daß das Problem der Nähe und der Distanz zum Gegenstand der Therapie wird und sie ihre Ambivalenz unmittelbar erfahren kann. Der Autor schließt mit einer kurzen Kritik an der sozialpsychiatrischen Arbeitsweise, die seiner Meinung nach die psychischen Konflikte der Patienten zu wenig berücksichtigt.

In meiner Arbeit möchte ich darlegen, daß bei der Behandlung chronisch schwer Kranker eine Integration sozialpsychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungsmethoden notwendig ist, und wie wir sie im Rahmen der »Integrierten Tagesklinik« (ITK) in Marburg zu bewerkstelligen suchen.

Die Entwicklung unseres Konzeptes ging Ende der siebziger Jahre von typischen Langzeitstationen unseres Psychiatrischen Krankenhauses (PKH) aus. Damals kamen mehrere Faktoren zusammen, die eine Weiterentwicklung der traditionellen Arbeitsweise begünstigten. Zum einen war es die Veränderung der Arbeitsweise der Psychiatrie allgemein, die versuchte, ihren Patienten mehr zu bieten als das, was mit einem Schlagwort als »Verwahrung« bezeichnet worden ist. Zweitens intessierten sich mehr Psychologen und Ärzte für die Arbeit in der Psychiatrie, und brachten neue Ideen in die Arbeit des PKH ein; die Zielrichtung dieser Vorstellung sei mit zwei Begriffen umschrieben: das Bestreben einer psychodynamisch orientierten Arbeit mit Patienten, die an sog. endogenen Psychosen leiden, mit dem Ziel, den Langzeitpatienten zu einem möglichst eigenständigen Leben zu verhelfen. Seitdem befindet sich dieses Konzept — wie die gesamte Klinik — in einem ständigen Wandlungsprozeß. Die Überlegungen, die ich hier vorstelle sind somit im Nachhinein entstanden in dem Versuch, die Arbeit während mehrerer Jahre auf zwei Langzeitstationen besser zu verstehen.

Bei den Patienten, um die es hier geht, handelt es sich um eine sehr spezielle Klientel: Sie müssen nach mehreren und oft langen Krankheitsphasen mehrmals

* Dr. med., Arzt für Psychiatrie und Neurologie, Integrierte Tagesklinik des Psychiatrischen Krankenhauses Marburg

** Vortrag gehalten auf dem 9. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP / XXII. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 29. April — 3. Mai 1992 an der Universität Regensburg

stationär wieder aufgenommen werden und sind einem Leben außerhalb der Klinik anscheinend — oder scheinbar — nicht gewachsen. Sie leiden langfristig an gravierenden Krankheitssymptomen und sind in ihrer sozialen Beziehungsfähigkeit schwer gestört. Dementsprechend sind sie sozial meist isoliert und haben bestehende Freundschaften verloren; auch die familiären Beziehungen sind brüchig und können ihnen kaum Halt geben. Im allgemeinen haben sie keine Arbeit; eine Ausbildung, wenn es ihnen denn gelungen ist, sie zu beginnen, ist meist abgebrochen. Einige haben nicht einmal eine Wohnung. Diese Patienten befinden sich an einem kritischen Punkt in ihrer Entwicklung, an dem in Frage steht, ob bzw. wie sie zu einem Leben außerhalb der Klinik imstande sind. Unter den Bedingungen der alten Anstaltspsychiatrie sind viele von ihnen auf Dauer hospitalisiert worden. Diagnostisch handelt es sich zumeist um Schizophrene, um die es im Folgenden ausschließlich gehen soll.

Für die Abeit auf der Langzeitstation ergeben sich vor diesem Hintergrund im Wesentlichen zwei Aufgaben: Erstens einen tragfähigen Kontakt zum Patienten herzustellen, und das an Lebenswillen und Lebensmöglichkeiten zu fördern, was unter den gegebenen Bedingungen möglich ist. Zweitens besteht darüberhinaus die Aufgabe, herauszufinden, welche weitere Entwicklung der Patient nehmen kann, wie er weiterleben möchte. Konkret wirft dies in der Klinik die Frage auf, ob bzw. wie und wohin er entlassen werden kann und wie man ihn dabei unterstützen kann, sein Ziel zu erreichen.

An dieser Stelle möchte ich einige Bemerkungen zur Psychodynamik schizophrener Patienten einfügen, insoweit sie für mein Thema wichtig sind. Von besonderer Bedeutung erscheint mir in diesem Zusammenhang die oft genannte Ambivalenz zwischen dem großen Wunsch nach Nähe einerseits und der großen Bedrohung durch eben diese Nähe andererseits. *Mentzos* (1988) sieht in dieser Ambivalenz den zentralen psychischen Konflikt schizophrener Patienten. Wichtig ist m.E. hier, daß Nähe und Distanz in diesem Zusammenhang eine besondere existentielle Bedeutung haben, nämlich entweder Verschmelzung und damit Aufhebung der Individualität oder völlige Verlassenheit bedeuten. Beides bringt in der subjektiven Realität des Patienten die Gefahr der (psychischen) Auslöschung mit sich. Sehr anschaulich beschreibt *Racamier* (1982) dies Problem als »narzißtische Beziehung«, die Schizophrene zu sich selbst und der Welt haben, eine Beziehung, in der sie die Unterschiede zwischen sich und den anderen, zwischen Wunsch und Wirklichkeit aufheben. Und er charakterisiert diese »narzißtische Beziehung« als etwas Verlockendes, da sie die Illusion der Allmacht gibt, in der nichts außer und ohne den Patienten existiert und in der er völlig geborgen und aufgehoben ist. Zugleich ist aber auch seine Existenz als eigenständiges Individuum »aufgehoben« — und er ist in der Gefahr, verschlungen zu werden, seine Identität zu verlieren.

Vor diesem Hintergrund definieren die beiden Gießener Psychoanalytiker *Linnemann* und *Rohlfs* (1990) das Dilemma der Therapie mit Schizophrenen: Die Beziehung zu den Therapeuten ist zugleich die einzige Rettung — und die größte Gefahr. Für die Behandlung formulieren sie zwei Ziele, die sehr schwer

zu erreichen sind: Das Finden des jeweils richtigen Maßes von »Nähe« und »Distanz« sowie die Aufgabe des »primären Narzißmus« oder in den Begriffen von *Racamier* der »narzißtischen Beziehung«.

Sehen wir uns vor diesem Hintergrund die Situation in der Behandlung o.g. Patienten auf unseren Langzeitstationen an. Sie ist in doppelter Weise paradox: Erstens durch ihre Ambivalenz in Hinsicht auf Beziehungen: Gerade das, was sich die Patienten wünschen und brauchen, bedroht sie zugleich. Das jeweils richtige Maß an Nähe und Distanz zu finden, kommt somit der Quadratur des Kreises gleich. Zudem sind die Behandler mangels anderer Beziehungspersonen, auf die die Patienten zurückgreifen könnten, von eminenter Bedeutung, was die Schwierigkeiten nicht geringer macht. Zweitens: Ist die Behandlung aber in dem Sinne erfolgreich, daß ein dauerhaftes Arbeitsbündnis geschaffen wurde, der Patient auf einen Teil seiner pathologischen Lösungen verzichten und sich Alternativen zuwenden konnte, werden die Probleme nicht geringer. Denn es ist doch das Ziel der Behandlung, sich ein Leben außerhalb der Klinik aufzubauen. Er muß damit gerade das aufgeben, was er sich soeben mühsam an Sicherheit und Geborgenheit aufgebaut hat.

An dieser Stelle möchte ich den Aufbau der ITK kurz skizzieren. Sie besteht in der Verbindung einer vollstationären Behandlung mit tagesklinischer Behandlung, außerdem bieten wir auch eine ambulante Weiterbehandlung an. (Die Bezeichnung »ITK« erfaßt das Konzept somit nicht vollständig.) Während aller Phasen findet die Behandlung auf einer klinischen Station durch dieselben Therapeuten statt. Ist ein vollstationärer Aufenthalt nicht mehr nötig, eine Entlassung wäre aber noch verfrüht, wechselt der Patient seinen Status und wird zum »Tageskliniker«. Er hat nicht mehr sein Bett im Krankenzimmer, sondern bekommt einen Ruheplatz in einem separaten Raum. Er kommt morgens auf die Station und geht abends wieder nach Hause, wie andere »Tageskliniker« auch. Aber alles findet in den vertrauten Räumen mit den vertrauten Personen statt (d.h. auch mit den vertrauten Mitpatienten). Eine Verlegung ist nur dann unvermeidbar, wenn eine geschlossene Unterbringung erforderlich ist, da die meisten Stationen des Hauses offen sind. Erweist sich, daß die tagesklinische — oder auch eine evtl. ambulante — Behandlung zur Zeit doch nicht das Richtige ist, so kann ohne großen Aufwand eine Rückübernahme in die vollstationäre Behandlung erfolgen, so lange dies erforderlich ist; oft muß ein solcher Wechsel mehrmals erfolgen. Gründe für das Mißlingen können mit den vertrauten Therapeuten bearbeitet, evtl. notwendige Unterstützung kann zur Verfügung gestellt werden. Und, last but not least, Rückzug oder Flucht in die vertraute Geborgenheit sind jederzeit möglich. Während sämtlicher Phasen der Behandlung stehen den Patienten alle übrigen therapeutischen Angebote der Klinik weiterhin zur Verfügung, z.B. Arbeits- und Beschäftigungstherapie, Kunsttherapie, Bewegungstherapie, Sozialdienst usw. Wichtig ist auch, daß bereits entlassene Patienten die Station bei Krisen in Anspruch nehmen können, auch nachts und am Wochenende; zudem werden Besuche bei ehemaligen Mitpatienten oder den Mitarbeitern der Station

gefördert. Hervorheben möchte ich, daß unter Behandlern im Folgenden alle Personen verstanden werden, die mit den Patienten arbeiten, wobei dem Pflegepersonal als »Träger« des therapeutischen Milieus eine besondere Bedeutung zukommt. Die Möglichkeit, zu verschiedenen Personen Beziehungen haben und unterschiedliche Aspekte mit ihnen leben zu können, stellt eine wichtige Möglichkeit dar, Nähe und Distanz zu regulieren.

Zur Veranschaulichung meiner Thesen und zur Darstellung der Arbeitsweise der ITK jetzt ein Fallbeispiel: Frau H. ist bei Beginn der Behandlung 25 Jahre alt. Sie wurde unehelich geboren und von wechselnden Personen aufgezogen, von Mutter, Großmutter und Stiefvater. Von diesem wird berichtet, daß er sie oft geschlagen und auch sexuell mißbraucht hat, zu ihm hat sie eine eindeutig negative, ja haßerfüllte Beziehung. Die Beziehung zur Mutter ist ambivalent; von dieser wird berichtet, daß sie einerseits erklärt, sie wolle sich um ihre Tochter kümmern, andererseits aber kaum in der Lage ist, deren Situation zu erfassen, ja daß sie sogar klagt, wie schwer es für sie sei, eine so kranke Tochter zu haben. Nach Abschluß der Realschule erstmals erkrankt, wurde Frau H. unter der Diagnose einer schizophrenen Psychose in der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt. Anschließend wurde sie in einer Wohngemeinschaft für Jugendliche betreut, beendete diese Betreuung jedoch während des ersten stationären Aufenthalts in unserer Klinik. Sie hat kaum feste Freundschaften. Insbesondere ihre Beziehungen zu Männern haben etwas Wahlloses. Sie scheint in ihnen eher Geborgenheit als eine sexuelle Partnerschaft zu suchen, jedoch nicht realisieren zu können.

In der ersten Phase der Behandlung dominiert in der Symptomatik eine diffuse Angst, die sich oft in körperlichen Symptomen ausdrückt z.B. in Übelkeit, Schmerzen, »fremden Gefühlen«. Oft leidet sie an Schlaf- und Eßstörungen, muß einmal wegen Verwahrlosungstendenzen und Unterernährung zwangseingewiesen werden. Zumindest einmal ist sie kataton. Immer wieder berichtet sie von akustischen, häufiger von optischen Halluzinationen (»Teufelsfratzen« bzw. Männergesichtern), die sie sehr ängstigen. Über lange Zeiten hin ist sie ausgesprochen mißtrauisch, beklagt, daß man sie nicht möge, sich nicht um sie kümmere. Oft ist sie fordernd und kann sehr massiv werden, wenn man ihren Wünschen nicht nachkommt. Diesen Wünschen nach Zuwendung kontrastiert ihr meist an den Tag gelegtes Verhalten: Sie ist oft mürrisch und abweisend, in Gesprächen provozierend abgewandt, und erklärt, sie brauche niemanden, sie wolle entlassen werden, alleine und selbständig leben. In Krisensituationen — besonders bei Leistungsanforderungen, denen sie sich nicht gewachsen fühlt — kommt es immer wieder zu heftigen aggressiven Ausbrüchen bis hin zu Tätlichkeiten bzw. autoaggressiven Handlungen — sie fügt sich oberflächliche Schnittverletzungen am Handgelenk zu.

Frau H. hat also in ihrer Lebensgeschichte wenig verläßliche Beziehungen erfahren und mußte erleben, daß sie Ablehnung und Gewalttätigkeiten ausgesetzt war. Sie ist immer wieder von großer Angst und Desintegration bedroht bis hin zur Katatonie. So ist sie ganz real sehr auf Unterstützung und Hilfe an-

gewiesen, die sie einerseits sehr wünscht — sie beklagt, daß man sich nicht genug um sie kümmert — und zum Teil auch heftig einfordert. Andererseits kann sie sich diese Zuwendung aber nur als etwas aggressiv Eindringendes vorstellen, das sie fürchten muß.

Wie sie aber Annäherung als etwas Eindringendes selbst konstruiert, soll ein kurzes Beispiel demonstrieren: Während einer angekündigten richterlichen Anhörung liegt sie nackt im Bett; sie versucht, den Unterbringungsrichter in einen Streit zu verwickeln, schlägt schließlcih die Bettdecke zurück und fordert ihn in aggressivem Ton zum Geschlechtsverkehr auf. — Im stationären Alltag sind die Situationen Legion, in denen sie andere — Behandler wie Mitpatienten — vor den Kopf stößt und so die Ablehnung provoziert, unter der sie leidet. Ihr Verhalten kann zunächst »einfach« als eine Wiederholung traumatischer Erfahrungen verstanden werden bzw. als Manöver, mit dem sie eigene Aggressionen auf andere projiziert und diese dazu zu bringen versucht, diese für sie auszuleben (i.S. einer projektiven Identifikation, *M. Klein* (1983). Es wird aber noch eine andere Bedeutung sichtbar, wenn man die Dynamik unter dem Gesichtspunkt der eingangs genannten Ambivalenz zwischen Nähe und Distanz betrachtet: Ein Zuviel an Nähe, zu enge Beziehungen, wären für sie bedrohlich, könnten im Extremfall die Gefahr des Ich-Verlustes und der psychotischen Dekompensation bedeuten. Indem sie die Beziehungen so strukturiert, wie sie es tut, verhindert sie erfolgreich ein Zuviel an Nähe, erspart sie sich das Gefühl, auf andere angewiesen zu sein. Im Gegenteil sie kann sich im Kampf gegen die bösen Anderen ihrer eigenen Stärke und inneren Unabhängigkeit vergewissern. Zugleich aber — und das scheint mir ein wichtiger Teil des Arrangements — sichert sie sich, zumindest im Rahmen eines Psychiatrischen Krankenhauses, paradoxerweise so auch die weitere Fürsorge: Denn wer so krank ist, den kann man ja nicht entlassen!

Abhängigkeit und Angewiesenheit auf die anderen sind aber für sie nicht nur eine Bedrohung, sondern auch eine Kränkung: Immer wieder beklagt sie ihre Erkrankung, die von ihr sogenannte angebliche Perspektivlosigkeit (»ich bin eine Bekloppte«, »ich bin ein hoffnungsloser Fall«). Die damit verbundene Depressivität und Trauer kann sie aber jeweils nur eine kurze Zeit ertragen. Meist verleugnet sie ihre Hilfsbedürftigkeit und betont in unrealistischer Weise, daß sie alleine, auf sich gestellt leben wolle und auf jegliche Betreuung verzichte. Sie klagt die Behandler an, daß man sie nicht lasse, ihr nichts zutraue, sie unnötigerweise festhalte. Auch hier verlagert sie also die Probleme nach außen, zu den anderen, kann sie bei sich nicht wahrnehmen und delegiert somit auch die Verantwortung für sich und ihre weitere Entwicklung.

Mit Leistungsanforderungen — die sie selber wünscht — real konfrontiert, reagiert sie oft mit Aggressivität und Wutausbrüchen. Zur Illustration ein weiteres Beispiel: Sie hat sich nach langem hin und her darauf eingelassen, einen Arbeitsversuch in der Gärtnerei der Klinik zu unternehmen. Als der Arbeitsbeginn ansteht, fordert sie, daß man ihr (gefälligst) die passende Arbeitskleidung zur Verfügung stellen solle — verhält sich somit alles andere als erwachsen

oder reif, sondern kindlich-fordernd. Sie macht sich schließlich auf den Weg, schafft es jedoch nicht, in die Gärtnerei zu gehen, sondern kehrt unverrichteter Dinge wieder auf die Station zurück. Mit dieser Tatsache konfrontiert, bekommt sie einen massiven Wutausbruch, zertritt die Glasfüllung der Stationstür und muß schließlich fixiert werden. Ein Gespräch über die Situation ist zu diesem Zeitpunkt nicht möglich, sie erträgt die Kränkung nicht, die ihr Scheitern für sie bedeutet.

Der einzige Bereich, der dauerhaft außerhalb dieser Dynamik steht ist die »Maltherapie«, die von einer sehr freundlichen älteren Dame mehr mit künstlerischen als mit therapeutischen Zielen geleitet wird und wo Patienten sich aufhalten können, ohne Anforderungen und Verpflichtungen genügen zu müssen.

In der hier skizzierten Weise verlief die Behandlung über vier Jahre, in denen sie insgesamt zwei Jahre in stationärer bzw. tagesklinischer Behandlung war. Es gab zwar immer wieder Ansätze, die beschriebenen Probleme zu besprechen, auch gelang es der Patentin, sich in einer betreuten Wohnung zu etablieren. Eine grundsätzliche Änderung der Dynamik wurde jedoch nicht erreicht — im Gegenteil: Als eine Entlassung in ihre neue Wohnung anstand, wurde sie immer unzugänglicher und aggressiver, so daß sich die Station schließlich nicht mehr zu helfen wußte und sie disziplinarisch entließ.

Diese Entlassung und die damit verbundene Konfrontation mit der Realität ihres Verhaltens leitet, wie sich nachträglich zeigte, eine Wende in der Behandlung ein. Nach zwei Monaten erscheint die Patientin wieder auf Station, zunächst beiläufig zu Besuch bei ehemaligen Mitpatienten. Sie nimmt Kontakt zu Pflegern auf und bittet schließlich um Wiederaufnahme. Im Aufnahmegespräch ist sie depressiv und traurig, schildert, daß sie alleine nicht zurecht komme, nur im Bett liege bzw. in Kneipen herumhänge, nichts »auf die Reihe« kriege. Die Behandlung beim niedergelassenen Nervenarzt hatte sie abgebrochen und auch keine Medikamente mehr eingenommen. Im Kontakt ist sie jetzt weicher und zugänglicher, realistischer in ihrer Selbsteinschätzung. Auch sieht sie, wie sehr sie den Mitarbeitern der Station in der Vergangenheit oft zugesetzt hat und kann dies auch zum Ausdruck bringen. Erstmals kann sie auch über die Bilder sprechen, die sie in der »Maltherapie« gemalt hat, wirkt hierbei, ganz anders als sonst, kindlich und weich.

Es wird vereinbart, sie tagesklinisch aufzunehmen, da eine vollstationäre Behandlung nicht unbedingt erforderlich erscheint, und um zu starke regressive Tendenzen zu vermeiden. In der weiteren Behandlung kann ausprobiert und besprochen werden, wieviel an Selbständigkeit sie sich zumuten kann. Das Behandlungsarrangement wird variiert, bespielsweise kommt sie zeitweise nur an drei Tagen pro Woche in die Tagesklinik, probiert einmal aus, eine Woche ganz ohne die Station auszukommen. Sie schafft es jetzt besser, die Station in Krisensituationen in Anspruch zu nehmen. Als der eben genannte Entlassungsversuch bereits am ersten Abend scheitert und sie in eine schwere Krise kommt, kann sie die damit verbundene Kränkung ertragen und auf die früher notwendigen Wutausbrüche und Dramen verzichten. An Wochenenden,

wenn sie sich alleine zu Hause einsam fühlt, kann sie auf die Station kommen und deren Möglichkeiten nutzen, ohne sie dafür entwerten zu müssen. Allgemein hat sich ihr Umgang mit Problemen verändert: Sie reagiert nicht mehr überwiegend mit Wutausbrüchen und aggressivem Rückzug, sondern kann ihre Ängste und Schwierigkeiten benennen und über sie sprechen. Ein Beispiel hierfür: Sie sagt, daß sie manchmal am liebsten wieder ganz verrückt wäre und auf die geschlossene Station verlegt würde, wo man sie notfalls fixieren könnte — sie führt sich aber nicht so verrückt auf, daß dies tatsächlich geschehen muß. Mit den Worten von *M. Klein* (1983) könnte man sagen, daß sie, wenn auch nur in Ansätzen, die paranoide Position verlassen und die depressive Position erreichen konnte.

Ich will nun versuchen, Ihnen darzustellen, wie sozialpsychiatrische und psychotherapeutische Arbeitsweise im Rahmen der ITK ineinandergreifen. Die Station hat zunächst einmal eine Haltefunktion, sie soll dem Patienten emotionale Sicherheit und praktische Unterstützung bieten. So einfach sich dies anhört, so schwierig ist es doch in vielen Fällen zu verwirklichen, und ich meine, daß dies für sich genommen bereits ein Erfolg sein kann. Zwei wichtige Voraussetzungen hierfür seien hervorgehoben: Erstens die Möglichkeit, in unterschiedlichen Arrangements eine kontinuierliche therapeutische Beziehung anbieten zu können, von einer vollstationären bis zur ambulanten Behandlung. Zweitens eine große Variabilität dieser therapeutischen Beziehung hinsichtlich Nähe und Distanz.

Dieses Problem Nähe-Distanz bzw. Versorgung-Selbständigkeit hat jedoch auch in einem anderen Sinne Gewicht, nämlich bei der Bestimmung des Rahmens, innerhalb dessen die sozialpsychiatrischen »Trainingsmaßnahmen« gesehen werden müssen, z.B. bei einer Belastungserprobung im Rahmen der Arbeitstherapie. — Dies zeigt sich am fehlgeschlagenen Arbeitsversuch: Frau H.'s Wutausbruch ist sicher Ausdruck ihrer Kränkung, es nicht geschafft zu haben. Er kann aber auch Verzweiflung darüber ausdrücken, daß man sie, die doch noch so klein und hilfsbedürftig ist, einfach weggehen und damit sich selber überlassen will.

Einen Patienten zu »aktivieren« kann von ihm auch als Wegschicken und Alleinlassen aufgefaßt werden, und solche Maßnahmen werden bei Patienten, die noch ganz in ihrer Ambivalenz befangen sind, nicht selten zu einem Fehlschlag führen. Sie können allerdings auch in der Weise funktionieren, daß sie im Sinne eines Aktionismus der gemeinsamen Abwehr regressiver Wünsche dienen oder zu einer oberflächlichen Anpassung an die Strategien der Klinik führen. So ist es vermutlich kein Zufall, daß sich ihre Wut gegen die Stationstür richtet, d.h. das Symbol der Grenze zwischen Drinnen und Draußen, die ihr die Rückkehr in den alten Status verwehren könnte. — Ein wichtiges Charakteristikum der beschriebenen Arbeitsweise ist m.E., daß die Grenzen zwar jeweils deutlich definiert, aber flexibel sein müssen und auf die jeweiligen Erfordernisse abgestimmt werden können. Der Begriff einer »offenen Psychiatrie« sollte auch in diesem Sinne verstanden werden, d.h. er sollte nicht nur die

Möglichkeit beinhalten, die Klinik verlassen, sondern auch in sie zurückkehren zu können!

Auf der Ebene des bisher Gesagten stellt die Station somit im Idealfall ein Objekt dar, dessen sich der Patient bedienen kann, wann und wie es erforderlich ist, und das ihn in der jeweils angemessenen Weise fördert. Das er aber auch verlassen kann, wenn er seiner nicht mehr bedarf — und das gleichwohl im Hintergrund immer verfügbar bleibt.

Welche therapeutischen Prozesse sind nun in diesem Rahmen möglich? In dem gemeinsamen Bemühen, das jeweils richtige Maß an Nähe und Distanz zur Verfügung zu stellen, geschieht m.E. etwas sehr wichtiges: Das Problem Nähe-Distanz selbst wird zum Gegenstand der Therapie. Im Experimentieren mit verschiedenen Behandlungsarrangements wird es für die Patienten nicht nur möglich, die jeweils richtige Abstufung zu finden, sondern zugleich wird ihnen ihre Ambivalenz unmittelbar erfahrbar. So kann Frau H. spüren, daß sie die Station einerseits als Einengung erlebt, von der sie sich unbedingt befreien möchte und daß sie diese andererseits aber auch nötig braucht und in eine Krise gerät, als sie beschließt, eine Woche auf sie zu verzichten. So kann sie beide Seiten, die vorher unverbunden nebeneinander standen, erleben und sehen, daß beides zu ihr gehört. Entscheidend ist dabei, daß diese Einsicht nicht unbedingt oder gar vorwiegend durch Deutungen entsteht. Über die psychischen Inhalte kann, muß aber nicht gesprochen werden. Für viele Patienten hat es etwas Bedrohliches, sich verstanden zu fühlen, sowohl weil sie die damit verbundene Nähe nicht ertragen als auch weil Deutungen für sie einen kränkenden, verletzenden Charakter haben (*Balint* 1970). Auch sind viele unserer Patienten so sehr in einer konkretistischen Art des Denkens befangen, daß sie nur wenig in der Lage sind, die genannten Probleme zu besprechen oder in der Phantasie durchzuspielen. Innerhalb dieses konkretistischen Denkens jedoch kann der Konflikt agierend behandelt werden. Im Verlauf dieses Prozesses kann Frau H. schließlich auch die Mitarbeiter der Station und ihr Verhältnis zu ihnen realistischer betrachten, braucht sie nicht mehr als bloße Abziehbilder ihrer bedrohlichen Innenwelt zu behandeln.

Dem praktischen Ausprobieren kommt dabei noch in anderer Hinsicht eine große Bedeutung zu: Erstens liegt darin eine gemeinsame Distanzierung von dem Problem, das betrachtet wird und das man gemeinsam zu lösen versucht; es kommt damit in eine Art Zwischenbereich, bekommt etwas »Spielerisches« i.S. von *Winnicott* (1979) und verliert damit einiges von seiner Bedrohlichkeit. Damit wird auch die Beziehung zu den Therapeuten entlastet, die mehr zu Dialogpartnern werden, beratende und unterstützende Funktion bekommen und somit als weniger übermächtig erlebt werden müssen. Schließlich bekommt auch die Inanspruchnahme der Klinik selbst einen anderen Stellenwert: Die Regression einer stationären Aufnahme braucht nicht mehr als von außen aufgezwungen gesehen oder so inszeniert zu werden, vielmehr hat sie als selbstgewählte den Charakter einer aktiven Leistung — ist gleichsam aktive Passivität, und verliert somit etwas von ihrem bedrohlichen Charakter.

Auf Unterschiede zu anderen sozialpsychiatrischen Konzepten kann ich an dieser Stelle leider nur sehr kurz eingehen. Zwei kritische Bemerkungen über die sozialpsychiatrische Arbeitsweise, wie sie m.W. an den meisten Einrichtungen praktiziert wird, möchte ich allerdings noch anfügen: Erstens scheint mir die Arbeit an den psychischen Konflikten, wie sie sich in den Beziehungen zu den Behandlern darstellen, oft zu wenig berücksichtigt. »Aktivierungs-« und »Trainingsprogramme« sind m.E. dann in der Gefahr, zu etwas Mechanischem zu werden. Zweitens habe ich den Eindruck, daß in einem Reflex auf die Überbetonung der Versorgung der Patienten, wie sie die alte Anstaltspsychiatrie praktiziert hat, jetzt eine Gegenreaktion stattfindet. Das Heil scheint man jetzt nur noch außerhalb der Kliniken zu sehen, die angeblich nicht anders können, als ihre Patienten zu entmündigen. Paradigmatisch zugespitzt ist dies in der Parole der Triester Psychiatrie: »Freiheit heilt!«. Beide Seiten, der Wunsch nach Eigenständigkeit, aber auch der nach Regression — wörtlich übersetzt: Rückschritt — müssen bei unseren Patienten gesehen und in ihrer Verschränkung genutzt werden.

Zum Schluß meiner Ausführungen möchte ich eine kurze Fabel wiedergeben, die der Triester Kaufmann und Schriftsteller *Italo Svevo* in seinem Roman »Zeno Cosini« erzählt: Sie handelt von einem kleinen Vogel, der in seinem Käfig sitzt und eines Tages feststellt, daß die Tür offensteht. Er freut sich zunächst, da er jetzt wegfliegen kann. Dann aber überlegt er, daß er zurückkommen und die Tür verschlossen vorfinden könnte — und dann könnte er nicht mehr hinein. Und so bleibt er in seinem Käfig sitzen, um seine Freiheit nicht zu verlieren.

The »Integrated Day-Hospital« — A Combination of Psychotherapeutic and Social-Psychiatric Approaches in the Treatment of Chronically Mentally Ill Patients

Bernhard Longinus (Marburg)

The author reports on the »Integrated Day-Hospital« at the Psychiatric Hospital in Marburg. There, social-psychiatric and psychotherapeutic methods are integrated. It has been developed for chronically ill patients to help them to live as autonomously as possible. The psychodynamic of schizophrenic patients is marked by the ambivalence between the great wish for proximity on the one hand and the great threat by just this proximity on the other.

Racamier (1982) describes this problem as »narcissistic relationship«. *Linneman* and *Rohlfs* (1990) define the dilemma in the therapy with schizophrenics: The relationship with the therapist is at the same time the only help — and the greatest danger. At this theoretical background the situation of the patients on the long-stay-ward is paradox in two ways: In particular what they want and need is at the same time threatening for them. When a lasting relationship has been created the patient has to find a place to live outside the hospital — and thus to give up the security that has just been achieved.

The Integrated Day-Hospital consists in the combination of a treatment as an in-patient with the treatment in a day-hospital, a futher ambulant-treatment is offered in addition. During all these phases the treatment is carried out on a clinical ward by the same therapists. When an in-patient treatment is no longer necessary, but it would be to early for a discharge, the patient changes his status and becomes a »day-hospital-patient«. In many cases such a change has to be made several times.

With a case-history the author illustrates the way the IDH works: Mrs. H. is 25 at the beginning of the treatment. She became ill for the first time as a juvenile and was treated in the children's psychiatry with the diagnosis of a schizophrenic psychosis. The father in law beat her and abused her sexually. The relation with her mother was ambivalent. She had grown up in an hatefull and violent atmosphere. In the first phase of the treatment symptoms of a basic anxiety are dominating which are often expressed in physical symptoms. Frequently she reports of acoustic, more often of visual hallucinations. In situations of crisis again and again she bursts in aggression even with violence resp. autoaggressive actions.

She is in a very real sense of the word depending on support and help which she wishes on the one hand — she complains that nobody really cares for her — and sometimes resists massively. On the other hand she can only think of theis care as something aggressive and intrusive that she must be scared of. After much hesitation she has decided to try to work in the horticulture department of the hospital, but she breaks off the work and returns to the ward. Confronted with this fact she becomes very aggressive and destroys the door pane.

After a treatment of four years, when she is heading for the discharge into her new flat she becomes more and more inaccessable and aggressive and the therapists finally have to discharge her for disciplinary reasons. This discharge and the confrontation with the reality of her behaviour lead to a basic change in the treatment. After two months she comes back to the ward. Now she is softer and more approachable, more realistic in her self-assessment. She is taken into day-hospital-treatment, and sometimes she lives in her flat. At weekends, when she feels alone at home she can come to the ward. Now she no longer reacts with bursts of aggression but can name her anxiety and difficulties and talk about them.

The ward has a holding-function for the patients. It is supposed to offer emotional security and practical support to the patients. Here it is possible to offer a constant therapeutic relationship in different arrangements and a great variability in this therapeutic relationship with regard to proximity and distance. In this flexible field the social-psychiatric »training-programs« are integrated.

An important characteristic of the described approach is that the demarcations are always clearly defined, but that they are flexible and can be matched to the prevailing necessities. So, the ward is supposed to be an object the

patient can utilize, when and how it is necessary and which supports him in the way which is adequate at the moment. The problem proximity-distance itself becomes the object of the therapy, the patients can find the appropriate garde, but at the same time they can experience the ambivalence. The practical trying includes a mutual distancing of the problem. Hence it becomes something like an »intermediate area« like a »game« in the sense of *Winnicott* and thus gets less threatening. The utilization of the clinic itself gets another connotation: It does not have to be perceived or induced as an action put on the patient, but it obtains the character of an action.

Finally the author critically comments the frame of social-psychiatry: It seems that working with the psychic conflict not sufficiently looked at. The reflex on the overemphasizing of care for the patient as it was carried out in old custodial psychiatry has lead to a counterreaction, now to see everything good outside of the clinics. This ill not help the patient. Both sides, the wish for autonomy but as well the wish for regression, have to be seen in the psychiatric patients and used in its dialectic.

Literatur

Balint, M. (1970): Therapeutische Aspekte der Regression. (Stuttgart: Klett-Cotta)
Klein, M. (1983): Das Seelenleben des Kleinkindes, 2. Aufl. (Stuttgart: Klett)
Linnemann, F.; T. Rohlfs (1990): Psychoanalytische Zugangswege zur Psychosenpsychotherapie in der psychiatrischen Praxis. In: *Thom, A.; Wulff, E.* (Hrsg.) Psychiatrie im Wandel. (Bonn: Psychiatrie)
Mentzos, S. (1988): Die präpsychotische Struktur unter psychoanalytischen Gesichtspunkten. In: *Janzarik, W.* (Hrsg.): Persönlichkeit und Psychose. (Stuttgart: Enke)
Racamier, P.-C. (1982): Die Schizophrenen (Berlin, Heidelberg, New York: Springer)
Winnicott, D.W. (1979): Vom Spiel zur Kreativität. 2. Aufl. (Stuttgart: Klett-Cotta)

Adresse des Autors:

Dr. med. Bernhard Longinus
Psychiatrisches Krankenhaus
Cappeler Straße 98
W-3550 Marburg

Die Extramurale Stationäre Milieutherapie im Behandlungsspektrum der Dynamischen Psychiatrie***

Egon Fabian*, Ulrike Schanné** (München)

Die Autoren stellen in der vorliegenden Arbeit die Extramurale Stationäre Milieutherapie (ESMT) als integralen Bestandteil des Behandlungskonzepts der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige dar. Ausgehend von der Beschreibung des stationär-therapeutischen Netzes, in dessen Zentrum die psychoanalytische Milieutherapie nach Ammon als ich-stärkende Behandlungstechnik in der Therapie ich-schwacher Patienten mit schweren psychiatrischen Störungen steht, werden Indikationen und Besonderheiten der extramuralen Therapie in Paestum/ Süditalien, ihr Ablauf und ihre sozialenergetische Bedeutung am Beispiel einer Patientengruppe dargestellt. Dabei wird der Gesamtverlauf des gruppendynamischen Prozesses mit Patientenaussagen aus einem Fragebogen illustriert. Zusammenfassend nennen die Autoren als mögliche sozialenergetische Wirkfaktoren: klare zeitliche Begrenzung, enger Gruppenzusammenhalt, größere Eigenverantwortung der Patienten, vermehrter Realitätsbezug in fremder Umgebung, geistige und kulturelle Entwicklungsmöglichkeiten und für die Teilnehmer erfahrbare Aufhebung der pathologischen Trennung von Arbeit und Freizeit.

In der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige werden überwiegend Patienten mit schweren psychiatrischen Erkrankungen, sog. archaischen Ich-Erkrankungen, die nach *Ammon* immer auch Identitätskrankheiten sind, behandelt. Diese Patienten waren in der symbiotischen Entwicklungsphase der ersten Lebensjahre emotional verlassen. Sie wuchsen in einer Primärgruppe auf, deren Gruppendynamik feindlich war, d.h. ihnen nicht den emotionalen Schutz, die Unterstützung und die Forderung für die eigene Entwicklung gewährte oder sie unbewußt oder bewußt ablehnte bzw. narzißtisch ausbeutete. Die sozialenergetische Atmosphäre war vorwiegend destruktiv und defizitär. Aus der Sicht der Humanstrukturlehre *Ammons* sind archaische Ich-Erkrankungen — d.h. Psychosen, Borderline-Erkrankungen, Psychosomatik, destruktive Sexualität (sexuelle Perversionen) und Suchtkrankheiten — Ausdruck und Manifestation dieser Primärgruppendynamik und mangelnder oder destruktiver Sozialenergie im unbewußten Kern der Persönlichkeit.

Die vorliegende Arbeit schildert die Bedeutung der psychoanalytischen Milieutherapie in Paestum/Süditalien als Erweiterung des stationären Settings. Neben der Verlaufsdarstellung eines milieutherapeutischen Gruppenprozesses werden ausgehend von Patientenaussagen besondere sozialenergetische Aspekte der ESMT betont. Aus der Schilderung der beteiligten Patienten selbst können mögliche sozialenergerische Wirkfaktoren, d.h. therapeutisch wirksame Momente der extramuralen Mileutherapie, formuliert werden.

* Dr. med. (Univ. Tel Aviv), Arzt für Psychiatrie und Neurologie, Oberarzt der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige, München

** Dr. med. Assistenzärztin des Bezirkskrankenhauses Haar

*** Vortrag gehalten auf dem 9. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP / XXII. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 29. April — 3. Mai 1992 an der Universität Regensburg

Was ist Sozialenergie?

Der sozialenergetische Charakter einer Gruppe zeigt sich daran, ob sie gruppendynamische Auseinandersetzungen und damit Wachstum und Identität ihrer Mitglieder ermöglicht oder nicht. *Ammon* stellt den Begriff der Sozialenergie an die Stelle der intraindividuellen, in der naturwissenschaftlichen Tradition der thermodynamischen Entropie konzipierten Libidoenergie *Freuds*: »Ich-Energie ist soziale Energie und entsteht in der Beziehung zwischen Menschen und Gruppe. Sie ist nicht mechanistisch im Sinne der Verteilung eines gegebenen Gesamtquantums der Gruppe auf das Individuum zu verstehen, sondern als ein vom Charakter der interpersonellen Beziehung abhängiger kreativer Prozeß. Energie ist unter diesem Aspekt Transmitter zwischen Individuum und umgebender Gruppe einerseits und zwischen umgebender Gruppe und Gesellschaft andererseits. Sie ist somit Einheit sozialer und psychischer Energie. (...) Sozialenergie als psychische Energie sehe ich immer in Abhängigkeit von zwischenmenschlichen und gruppendynamischen Bezügen, von der Umwelt des Menschen, gesellschaftlichen Faktoren und seinem Sein in dieser Gesellschaft, was auch die Arbeit des Menschen und seine Erotik einbezieht. Durch Sozialenergie entwickelt sich ein Mensch, kann er wachsen und sich verändern, seine Identität ausbilden, wie auch die Ich-Struktur als Ganzes. Sozialenergie ist notwendig zur Erhaltung des Lebens« (*Ammon* 1982).

Sozialenergie kann konstruktive, destruktive oder defizitäre Ausprägung haben. *Berger* und *Bez* (1990) erfaßten das sozialenergetische Lebensfeld in den Familien schizophren reagierender Patienten mit Hilfe qualitativer Interviews und stellten die These auf, daß in der Primärgruppe archaisch ich-kranker Patienten destruktive und defizitäre sozialenergetische Aspekte überwiegen.

Behandlungsziel und Behandlungsspektrum der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik

Das übergeordnete 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« (*Ammon* und *Burbiel* 1992). In der Therapie müssen Situationen und Kontakte hergestellt werden, durch die eine Strukturveränderung und damit Identitätswachstum des Menschen ermöglicht wird. »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).

In der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik wird daher den Patienten ein therapeutisches Netz zur Verfügung gestellt, das durch die Erfahrung von »repeat and repair« im Sinne einer nachholenden Identitätsentwicklung wirksam wird. Der Patient lebt und arbeitet in unterschiedlichen verbalen und nichtverbalen Gruppensituationen, in denen durch Kontakt und Auseinandersetzung ein sozialenergetischer Austausch mit anderen Menschen stattfindet. Die gesamte Klinik wird dabei als ein therapeutisches Instrument angesehen, »wo durch die Transformation der aktuellen Lebenssituation in das therapeutische Milieu sämtliche Lebensäußerungen des Patienten sichtbar und interpretierbar werden.« (*Ammon* 1979). Jeder Patient erhält ein individuelles Therapieprogramm aus verbalen und nichtverbalen Therapieformen nach einer mehrwöchigen Eingangsdiagnostik. Neben einem bis zwei Einzeltherapeuten und einem oder mehreren Ansprechpartnern aus dem therapeutischen Team für Fragen des täglichen Ablaufs ist jeder Patient Mitglied einer Milieugruppe, die eine »therapeutische Lebensgemeinschaft auf Zeit« darstellt, sowie einer analytischen Gruppentherapiegruppe. In der Milieugruppe als zentraler Lebensgruppe wird der gesamte Tagesablauf geplant, die milieutherapeutischen Arbeitsprojekte ausgeführt und alle Aspekte des Alltagslebens gemeinsam gestaltet: Die Milieugruppen (von denen es drei in der Klinik gibt, die jeweils einen eigenen Gruppennamen führen) stellen eine Art Großfamilie dar, mit eigener Entwicklungsgeschichte und Atmosphäre. Die Patienten einer Gruppe wecken sich gegenseitig, nehmen die Mahlzeiten am gemeinsamen Tisch ein, gestalten ihren eigenen Gruppenraum und wählen ihre eigenen milieutherapeutischen Arbeitsprojekte aus. Weitere nonverbale Therapiegruppen sind z.B. die Theatertherapie, die Reittherapie, die humanstrukturelle Tanztherapie, Musiktherapie und Maltherapie sowie Schwimm- und Sporttherapie unter Leitung speziell ausgebildeter Therapeuten. Zusätzlich zu den therapeutisch geleiteten Gruppen finden zahlreiche Interessengruppen der Patienten unter milieutherapeutischer Supervision an Abenden und Feiertagen statt, wie z.B. die Literaturgruppe, die Druckergruppe, die Videogruppe und andere. Hinzu kommt die regelmäßige Teilnahme an der zweimal wöchentlich stattfindenden Großgruppe aller Patienten und Mitarbeiter, die der Chef- bzw. Oberarzt leitet und die eine übergeordnete und integrierende Funktion als »Parlament« der Gesamtklinik erfüllt.

Ablauf und Bedeutung der Milieutherapie in der Klinik

»Die psychoanalytische Milieutherapie ist zu verstehen als ein Versuch, den Problemen jener Patienten gerecht zu werden, deren schwere Ich-Störung es ihnen unmöglich macht, das eigene Verhalten zum Gegenstand reflektierender Beobachtung zu machen. Die Therapie muß hier einen Schritt weiter gehen, von der symbolischen Darstellung der Lebenssituation durch die therapeutische Gruppe zur tatsächlichen Verwandlung der aktuellen Lebenssituation durch ihre Verpflanzung in ein therapeutisches Milieu, welches die

Lebenssituation des Patienten zeitlich und örtlich vollkommen umschließt. Lebenssituation und Behandlungssituation werden identisch«. Damit wird die Milieutherapiegruppe zum »Ort des Ausagierens der pathologischen Symptomatik« (*Ammon* 1973).

Die milieutherapeutische Gruppe wird von vier Milieutherapeuten, meist Diplom-Psychologen, geleitet. Neben gemeinsamer Strukturierung und Gestaltung des Klinikalltags mit Mahlzeiten, therapeutischen Aktivitäten u.a. ist die Gruppe eine »Arbeitsgemeinschaft«: Nach Auswahl eines für die Gruppe interessanten Arbeitsprojekts wird ein Mitpatient zum Projektleiter gewählt. Selbstverantwortlich gestaltet die Gruppe ihr Projekt, das einen realen Bezug zur Gesamtklinik hat, d.h. baulich oder künstlerisch sinnvoll ist, und häufig einen wiedergutmachenden geistigen Aspekt beinhaltet. Z.B. wählte eine Milieugruppe als Projekt die Verschönerung einer häßlichen Abbruchmauer, die wie eine Wunde im Garten der Klinik stehenblieb, durch ein Steinrelief aus Einzelsymbolen (ausführlich beschrieben bei *Emmert* et al. 1987). Die Patienten übernehmen im Gruppenprozeß alle anfallenden Aufgaben eigenverantwortlich und können sich in Auseinandersetzung mit anderen Gruppenmitgliedern und Gruppenleitern mit »ihrem Projekt« identifizieren. Konflikte und Schwierigkeiten, die bei der täglichen Projektarbeit auftreten, werden dabei therapeutisch genutzt, um z.B. Arbeits- oder Kontaktstörungen zu bearbeiten. Widerstandsformationen, wie das häufige Agieren über Zu-Spät-Kommen oder Verweigerung, können direkt in der Praxis thematisiert werden, geistige und kreative Prozesse Einzelner und der Gesamtgruppe gefördert werden.

Für Patienten mit archaischen Ich-Krankheiten übernimmt die milieutherapeutische Gruppe wichtige Schutz- und Abgrenzungsfunktionen. Die Gruppensituation und »die differenzierte Anordnung von therapeutischen Interaktionen in ihrer verbalen und averbal mit handwerklichen Tätigkeiten verbundenen Dimension vermag auf der einen Seite der zersplitterten Psychodynamik des Patienten zu entsprechen, ihm andererseits aber in den Angstzuständen seiner Identitätsdiffusion den wirksamen Schutz integrierter Gruppengrenzen zu geben. Die milieutherapeutische Gruppe ist in dem Bemühen, in sich selbst ihre Identität als Gruppe zu finden, Vorbild für eine nach innen und außen kommunikationsfähige Ich-Identität des Patienten selber;. . .« (*Knudsen* 1976).

Indikationen und Besonderheiten der Extramuralen Stationären Milieutherapie

Die extramurale Milieutherapie findet regelmäßig seit Gründung der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige statt. Sie wird als Bestandteil der stationären Behandlung aus dem Tagespflegesatz der Krankenkasse finanziert. Die ESMT stellt eine Erweiterung der stationären Milieutherapie dar und kann nur in Verbindung mit dieser therapeutisch sinnvoll und gezielt eingesetzt werden. Bei der extramuralen Milieutherapie leben und arbeiten zehn

und mehr Patienten und drei therapeutische Leiter (ein Arzt und zwei Milieutherapeuten) in einer Gruppe zusammen. Einkaufen, Kochen, Finanzen, Organisation der Projektarbeit und der Ausflüge sowie abendlicher Seminare werden sämtlich von den Patienten übernommen und von den Leitern supervidiert. Zentrales Anliegen der milieutherapeutischen Gruppe ist die Planung und Ausführung eines oder mehrerer Arbeitsprojekte, die in der begrenzten Zeit der extramuralen Therapie fertiggestellt werden. Abends finden gruppendynamische Sitzungen unter therapeutischer Leitung und Seminare zu kulturellen, politischen und geistesgeschichtlichen Themen statt. Sowohl die gruppendynamische Vorbereitung unter Leitung eines Arztes und zweier Co-Therapeuten als auch die nachbereitenden Sitzungen zur therapeutischen Bearbeitung und Integration des Erlebten finden innerhalb der Klinik statt, und während des extramuralen Aufenthalts besteht eine dauernde telefonische Verbindung mit der Klinik. Häufig kann die extramurale Milieutherapie ihrerseits die in der Klinik bereits erreichten Erfahrungen integrieren, begünstigt durch das neue Setting, die Distanz und die zeitweilige Trennung von Klinik und Mitpatienten. Für schizophren strukturierte Patienten ist dabei die therapeutische Splitting-Situation zwischen Klinik und ESMT von besonderer Bedeutung, während depressiv strukturierte Patienten unter der erhöhten Realitätsanforderung der extramuralen Milieutherapie häufig ihre Kräfte konstruktiv mobilisieren können.

Als allgemeine Indikationen für die extramurale Therapie können genannt werden: Kurz vor einer geplanten Klinikentlassung die Überprüfung und Verbesserung der Realitätsfähigkeit und der Fähigkeit zur Trennung sowie die massive Übertragung auf die Gesamtklinik, die besonders bei paranoischen Patienten auftritt und zur Arretierung des therapeutischen Prozesses in der Klinik führen kann. Bei Patienten, die sich in therapeutischer Entwicklung befinden, kann die extramurale Milieutherapie indiziert sein, um in einer fremden, mehr fordernden Situation eigenes konstruktives Potential weiterzuentwickeln.

Kontraindikationen der extramuralen Therapie sind in erster Linie Suicidalität oder Tendenz zur Allgemeingefährdung, starkes destruktives Agieren mit der Tendenz, die Gruppe zu sprengen oder wegzulaufen usw. Kontraindiziert ist die ESMT auch bei Patienten, die sich noch in einer engen therapeutischen Symbiose befinden und bei denen größere Trennungsschritte traumatisierend wirken würden.

Literaturdiskussion

Die extramurale stationäre Milieutherapie ist eine Erweiterung des milieutherapeutischen Settings außerhalb der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik. Sie setzt die therapeutische Arbeit der stationären Therapie fort, indem sie die projektzentrierte Milieutherapie in eine neue Umgebung verlagert und sie durch neue, spezifische Charakteristika verändert und bereichert. Die extra-

murale Therapie unterscheidet sich wesentlich von den in der psychiatrischen Fachliteratur seit den frühen Sechziger-Jahren wiederholt beschriebenen »Ferien- oder Reisetherapien«. Der Versuch, der Hospitalisierung chronisch untergebrachter, meist psychotisch reagierender Patienten entgegenzuwirken und die Beobachtung, daß diese Patienten in fremder Umgebung, außerhalb der Klinikmauern, einen überraschenden Zuwachs an Lebendigkeit und Selbständigkeit zeigen, führte zur Aufnahme solcher Reisen in das Programm vieler psychiatrischer Kliniken in den USA, der Schweiz, Finnland oder der Bundesrepublik Deutschland. Die meisten Studien beziehen sich auf Reisen mit langjährig (oft über zehn Jahre) untergebrachten Patienten, um eine »raschere Resozialisierung« zu erreichen (*Petersen* und *Bachmann,* 1969). »Veränderungen, wie Zunahme an Selbständigkeit, Abnahme von Verwahrlosungstendenzen und Verbesserung des Lebensgefühls« (*Hawkins* 1988) können beobachtet werden. Diese »klingen jedoch nach Rückkehr in die Klinik wieder ab, so daß sich nur in seltenen Fällen aus den Reiseerfahrungen Anhaltspunkte für das weitere therapeutische Vorgehen gewinnen lassen.« Die vom Krankenhaus Spandau im Rahmen des Modellprogramms auf die Reise mitgenommenen Patienten waren bis zu 42 Jahre in der Klinik untergebracht; bezeichnend ist die therapeutische Zielsetzung des Autors, »eine Nische herzustellen, in der ein schizophrenes Dasein als Überlebenschance möglich und lebenswert ist«. *Hell* (1974) aus Zürich beobachtete bei Patienten, deren mittlere Hospitalisationszeit 16 Jahre beträgt, »deutliche Veränderungen des Verhaltens der Patienten im Lagermilieu. Neben einer ferienmäßigen Lockerung der Stimmung spielte sich die Veränderung im Zusammenleben der Patienten in einem Aktivitätszuwachs ab«. Auch eine Zunahme der »kameradschaftlichen Gesinnung«, der Zuverlässigkeit der Patienten »einander und Therapeuten gegenüber«, wird vom Autor verzeichnet.

Diese und ähnliche Erfahrungen mit »therapeutischen Patientenreisen, Ferienreisen, Ferienlagern, Reisetherapien« sind in der Literatur vielfach bestätigt worden (vgl. *Dischereit* 1971, *Schulze* 1971, *Meiß* et al. 1971, *Trappe* 1971, *Kempf* 1973, *Brauer* und *Tegeler* 1976, *Scheurmann* 1979, *Grüber* et al. 1977, *Gütjahr* 1978, *Schwoon* 1980, *Bolk-Weischel* 1980). Es muß jedoch betont werden, daß es sich dabei nicht um Milieutherapie im Verständnis der Dynamischen Psychiatrie handelt. Es fehlt die Indikation, die Konzeption und Struktur einer extramuralen Therapie und ihre Integration in das therapeutische Gesamtgeschehen der Klinik. Es finden keine Projektarbeiten statt, die von den Patienten geplant und durchgeführt werden.

Trotz mangelnder therapeutischer Konzeption und Integration und des deskriptiven Charakters der zitierten Literatur werden doch einige wichtige Aspekte der Reisetherapien deutlich: 1) Die starren, fixierten Verhältnisse in herkömmlichen psychiatrischen Kliniken sind antitherapeutisch und hospitalisationsfördernd, besonders bei chronisch psychiatrisch kranken Patienten; 2) Die Suche nach neuen therapeutischen Wegen, gerade bei solchen Patienten, ist spürbar und 3) die Feststellung, daß auch bei langzeitig in der Psychiatrie

»aufbewahrten«, hospitalisierten Patienten erstaunliche konstruktive Fähigkeiten entdeckt und therapeutisch genutzt werden können.

Ort und geschichtlicher Hintergrund der Extramuralen Stationären Milieutherapie

Die extramurale Mileutherapie findet seit vielen Jahren im Tagungszentrum der Deutschen Akademie für Psychoanalyse in Paestum/Süditalien statt. Aufgrund der besonderen historischen Situation bietet Paestum eine Umgebung, die kulturelle und geistige Interessen erwecken und fördern kann: Die Mauern der altrömischen Siedlung sind vollständig vorhanden und die sehr gut erhaltenen griechischen Tempel zeugen von der Glanzzeit der klassischen griechischen Kultur. Der Architekt der Tempel stammt vermutlich aus der Schule der Pythagoräer. In der Umgebung Paestums finden sich die Spuren von Lukkanern, Griechen, Römern und Sarazenen; Goethe war auf seiner italienischen Reise von Paestum und besonders dem Tempelgelände fasziniert. Die schöne Landschaft, eingebettet zwischen Meer und Bergen mit ihrer Vielfalt an mediterrraner Flora ist neben der historischen Dimension ebenfalls bemerkenswert.

Das Tagungszentrum selbst ist ein umgrenztes Gebiet zwischen Häusern des Dorfes Paestum auf archäologischem Boden nahe dem Tempelgelände, das sich innerhalb von zwanzig Jahren organisch zu einer blühenden und üppigen, auf mehreren terrassenartigen Ebenen angelegten Gartenlandschaft mit einem zentralen größeren Gebäudekomplex (»Casa Ammon«) und einem kleinen, aus nur einem großen Raum bestehenden Bauernhäuschen (»Casa Piccola«) entwickelt hat. Die Gebäude dienen den Milieugruppen der Klinik als Wohnraum, die Milieutherapie und Gruppensitzungen finden meist im Freien statt. Eine Bibliothek mit wissenschaftlichen, historischen und philosophischen Werken steht den Patienten ebenfalls zur Verfügung. Das Gartengelände mit einem kleinen Swimmingpool, einem künstlich angelegten Amphitheater, Tempelchen, in denen, wie überall im Gelände verteilt, Kopien klassischer Skulpturen stehen, bildet zusammen mit einer Vielzahl von Mittelmeerpflanzen, Brunnenanlagen und einem Nutzgarten einen Rahmen, in dem die Patienten erleben können, wie sich menschliche Sorgfalt und geistige Interessen manifestieren und zu einem Ganzen integrieren können. Sozialenergie ist hier in Vegetation und Stein zu greifbarer Gestalt geworden. Für die Patienten der ESMT ist die »Casa Ammon« zunächst eine neue Umgebung, die sie sich durch Schilderungen der Entwicklungsgeschichte, der verschiedenen Skulpturen und ihrer Bedeutung, aber auch durch die eigene Aktivität mit gemeinsamem Frühstück im Innenhof des Gebäudes, Spüldienst unter freiem Himmel am Brunnen, Bewässerung des großen Gartens (den ein seit langen Jahren hier tätiger Gärtner und Restaurator betreut), Einkauf im nahen Lebensmittelladen des Dorfes und gemeinsamen Kochen und Abendessen allmählich erobern. Die »Casa Ammon« mit ihrem Garten stellt einen Raum für sinnvolle milieutherapeutische Projekte zur Verfügung, die in die bestehende Umgebung

integriert werden können. »Die Ortsveränderung, der Wechsel des Landes und der Landschaft, die Andersartigkeit der Situation, in der die Patienten einige Wochen sein werden, sind für unsere milieutherapeutischen Erfahrungen besonders wichtig. Der Zwang, unter ganz neuen Lebensbedingungen das Leben selbstverantwortlich einzurichten, verändert auch den Charakter der gewohnten Lebenstätigkeiten« (*Ammon* 1971). Die Ortsveränderung, die Fremdheit der Sprache und die Neuartigkeit der Situation fern von der Klinik kann bei manchen Patienten zur Veränderung oder Auflösung der Übertragung auf die Klinik führen, die unbewußt oft wie eine geschlossene, einengende Familiengruppe erlebt wird. Durch die Möglichkeit des Kontakts mit der örtlichen Bevölkerung und die fremde Sprache erhält die extramurale Milieutherapie einen von der Sprache des frühen, pathogenen Milieus freien Charakter. Die Situationsveränderung in Paestum bedingt andererseits ein engeres Zusammenleben und eine größere Intensität der Kontakte als in der Klinik.

Struktur und Ablauf der Extramuralen Stationären Milieutherapie

Die Struktur der extramuralen Milieutherapie ermöglicht, daß der gesamte Lebensablauf von den Patienten als zusammenhängend erlebt und erfahren werden kann. Von besonderer Bedeutung ist dabei das Zusammenfließen von Arbeitszeit und Freizeit. Die Patientin W.A. schreibt, sie habe in Paestum erst gelernt, daß »ohne Freude an der Arbeit, an einer erfüllten Arbeit, man keine Freizeit genießen kann«. *Ammon* (1971) bezeichnet die Trennung von Arbeitszeit und Freizeit als »eine Trennung, welche beide Bereiche sterilisiert«. Für viele Patienten wird erst im Rahmen der extramuralen Therapie deutlich, daß eigenverantwortliche Arbeit und Gestaltung der freien Zeit zu mehr emotionalem Kontakt zu sich selbst und zur Gruppe führen kann und damit zur Aufhebung der künstlichen Trennung zwischen Arbeit und Freizeit beiträgt. »Arbeit und Freizeit bilden hier keine statischen Größen, sondern ergeben sich aus der Dynamik des Gruppenprozesses. Die Gruppe ist Arbeitsgruppe, Freizeitgruppe und therapeutische Gruppe, oder, was das zusammenfaßt, eine Gruppe, deren Mitglieder lernen, neue Erfahrungen zu machen« (*Ammon* 1971).

Ein weiterer zentraler Gesichtspunkt der extramuralen Therapie ist die Beziehungsherstellung zur Umgebung, zum Umfeld des Ortes Paestum, zur Entwicklungsgeschichte der »Casa«, die geprägt ist von menschlichen Begegnungen auf hier stattgefundenen Kongressen, Tagungen und Milieutherapien.

Die Gruppe der Patienten, die im Oktober 1991 nach Paestum fahren sollte, wurde in der Großgruppe der Klinik nach vorheriger Indikationsstellung ausgewählt. Damit gewann sie eine besondere gruppendynamische Bedeutung für die Gesamtgruppe der Patienten. Sie repräsentierte den Aspekt des Nach-Außen-Gehens und der Trennung aus der Klinik. Bei Patienten, die in der Klinik zurückbleiben sollten, wurden Gefühle von Identifikation oder Eifersucht ausgelöst. Manche waren traurig darüber, nicht mitfahren zu können oder

wünschten sich, bei der nächsten Paestumgruppe dabeizusein. Die Leiter, ein Arzt und zwei Milieutherapeuten, vertraten die Paestum-Gruppe in der Kontrollgruppe des therapeutischen Teams und setzten sich mit den Problemen und Ängsten einzelner Patienten aus der Gruppe auseinander. Dabei spielte die Dynamik der Leitergruppe und die Auseinandersetzung der Leiter untereinander eine zentrale Rolle.

Bereits sechs Wochen vor der extramuralen Milieutherapie begann die Vorbereitung durch zweimal wöchentlich stattfindende gruppendynamische Sitzungen unter Supervision des Chefkonsiliarius der Klinik. Die Vorbereitungssitzungen dienten dem Aufbau einer möglichst heterogenen und gemeinsam arbeitsfähigen Gruppe. Ein Gruppenboden und ein Gemeinschaftsgefühl konnte durch Äußerung der Ängste, Auseinandersetzungen mit den Leitern, durch die Klärung des Beziehungsgeflechtes innerhalb der Gruppe und die Betonung gemeinsamer Ziele geschaffen werden. Dabei ist zentral, daß der geistige Boden durch Vermittlung der Geschichte des Ortes Paestum und der »Casa Ammon« hergestellt wird, die »Casa« wird in ihrer historischen Gewachsenheit erzählerisch und visuell (Filme und Fotos) vorgestellt. Diese innere geistige Vorbereitung schafft bei den Patienten Vertrauen und stellt bereits vor der Fahrt eine Beziehung zum Ort der Milieutherapie her. Von großer Bedeutung in der Vorbereitungszeit war, neben der Indikationsstellung in Zusammenarbeit mit Einzel-, Gruppen-, Milieutherapeuten und Chefarzt der Klinik, die Klärung der eigenen Motivation der Patienten. Einige Patienten verließen die Gruppe oder wurden aus therapeutischen Gründen herausgenommen, weil sie eine zu geringe Eigenmotivation zeigten, zu Kontaktabbrüchen neigten, zu wenig Vertrauen zu ihnen bestand oder weil ihre Verlassenheitsängste überwältigend waren. Die Dauer der ESMT war auf 16 Tage festgelegt, davon jeweils ein Tag für Hin- und Rückreise.

Die Paestum-Gruppe setzte sich schließlich aus 11 Patienten zusammen. Diagnostisch handelte es sich um fünf Borderline-Patienten, drei schizophren strukturierte Patienten und drei Patienten mit narzißtischer Depression. Bei 6 der 11 Patienten bestand die Indikation in der Vorbereitung der Trennung aus der Klinik bei bevorstehender Entlassung. Bei 3 Patienten handelte es sich um Patienten, deren stationäre Therapie aufgrund von ausgeprägten Übertragungswiderständen zum Stillstand zu kommen drohte. Weitere 2 Patienten bedurften aufgrund schwerer Depressionen eines noch höheren Maßes an milieutherapeutischer Aktivierung als in der Klinik.

Am Abreisetag wurde die Gruppe von allen anwesenden Patienten und Mitarbeitern in der Klinik verabschiedet und von einigen Mitpatienten und Therapeuten zum Bahnhof begleitet. Trennungsangst und Erwartungsängste waren deutlich spürbar, aber auch Neugier und Spannung. Im Zug wurden frühere Reiseerfahrungen der Patienten ausgetauscht, um sich damit auf die neue Situation im Ausland vorzubereiten.

Bei der Ankunft in der »Casa Ammon« in Paestum wurde die Gruppe vom Gärtner Pepe begrüßt, der die Wohnräume und den Innenhof zum Empfang

vorbereitet hatte. Nach einer Erkundung des Geländes, geführt durch den Leiter, durch die mit Kopien antiker Figuren, Vasen und archäologischen Funden geschmückten Räume, Terrassen und Gartenareale verteilten die Patienten gemeinsam mit den Leitern die Schlafräume und erholten sich im sonnigen Innenhof der »Casa«, der von pflanzenbewachsenen Mauern umgeben und mit griechischen Masken und anderen Sammlerstücken ausgestaltet ist. Dieser Prozeß der »Eroberung« des gesamten Geländes ermöglicht die Ausbildung erster Gruppengrenzen. Einzelheiten der Tagesstruktur wurden bereits jetzt besprochen, z.B. welche speziellen Aufgaben die Teilnehmer und auch die Leiter übernehmen, wie Spüldienst, Einkauf und Kochen, Putzen, aber auch die Seminarvorbereitung, Ausflugsplanung und die Fotodokumentation der Gruppe. Auch diese Strukturierung ist notwendig, um Sicherheit und Vertrauen zu schaffen, und stärkt die Gruppengrenzen.

Der Tagesablauf jeder extramuralen Milieutherapie hat eine feste Struktur, von der z.B. bei Ausflügen abgewichen werden kann: Nach gemeinsamem Frühstück, bei dem auch Aktivitäten des Tages vorbereitet werden, beginnt die milieutherapeutische Projektarbeit, die bis zum Nachmittag dauert, nur unterbrochen durch eine mittägliche Siesta. Am späten Nachmittag wird gemeinsam gekocht und zu Abend gegessen, danach treffen sich alle zur gruppendynamischen Sitzung. Seminarabende zu vorher festgelegten Themen finden am späteren Abend statt. In den Sitzungen wird das gruppendynamische Geschehen bearbeitet, d.h. Außenseiter werden integriert, Rivalitäten und Eifersucht bearbeitet und Beziehungen untereinander geklärt. Ein phasenhafter Prozeß der Ausbildung einer Gruppenidentität von der Vobereitungs- und Anfangsphase über die Mittelphase der Zusammenarbeit bis zur Trennungsphase kann anhand der Gruppenprotokolle und soziometrischen Untersuchungen nachvollzogen werden. Beispielsweise konnte in der Oktober-Gruppe zu Beginn der Milieutherapie in Paestum ein Außenseiter der Gruppe, ein schwer depressiver Patient, der große Kontaktängste hatte und sich zum ersten Mal im Ausland befand, durch die Mitglieder der Gruppe integriert werden, indem sie ihn immer wieder zu den Sitzungen holten und ihm wichtige Aufgaben übertrugen (z.B. die Ausarbeitung eines Referats, wobei er seine geistigen Fähigkeiten einsetzen konnte). Ein Gegenleiter der Gruppe, d.h. ein Patient, der viel Angst für die Gesamtgruppe ausdrückte, konnte dadurch einbezogen werden, daß er die Verantwortung für die Tiere, einen Hund und mehrere Katzen, übernahm. Immer wieder wurde in dieser Phase die Vertrauensfrage an die Leiter thematisiert. Zwischen drei homoerotisch-paranoisch strukturierten Patienten der Gruppe zeigte sich ein »Eifersuchtsdreieck«. Diese Patienten lebten zu dritt in einem Raum und stellten ständig Hick-Hack-Situationen miteinander her. In der gruppendynamischen Sitzung wurde bei der Besprechung des ersten Soziogramms deutlich, daß einer der drei Patienten (D.K.) sich alleine und isoliert von seinen beiden Zimmerkollegen und von der Gesamtgruppe fühlte. Als er einen Wutausbruch in der Sitzung bekam, solidarisierten sich einige Mitpatienten

mit ihm und er konnte in seiner Verlassenheits- und Eifersuchtsproblematik verstanden werden.

Das ausgewählte Hauptprojekt der Oktobergruppe war die »Casa Piccola«, ein kleines, malerisches Häuschen, dessen Wände entwässert und saniert werden sollten. Die Sanierung und Trockenlegung der »Casa Piccola« hatte für die Patienten eine symbolische Bedeutung in bezug auf die Geschichte Paestums, das im Mittelalter seinen Untergang als ehemals bedeutende Handelsmetropole erlebte, als es zur Versumpfung des Gebiets durch Vernachlässigung der antiken Bewässerungsanlagen kam. Durch die Malariaepidemien flüchtete der größte Teil der Bevölkerung Paestums in die Berge. Dieses Bild der Versumpfung des blühenden Ortes der Antike erinnerte die Patienten an die »Versumpfung« durch die Krankheit. Der Patient D.K., der zu Anfang mit seiner Verlassenheitsangst und -wut in die Gruppe integriert werden konnte, wurde zum Projektleiter des Casa-Piccola-Projekts gewählt und konnte sich trotz Angst und Widerstand mit seiner Rolle identifizieren. Nach wenigen Tagen am Projekt tauchten unerwartete technische Schwierigkeiten auf, als bereits wenige Zentimeter unter der Erde harter Tuffstein erschien, wie er auch beim Bau der Tempel von Paestum verwendet wurde. Der Widerstand und die Versteinerung des Bodens mußte aus eigener Kraft überwunden werden, ebenfalls als Bild für die Depression und den Widerstand in der Erkrankung. In dieser Krisensituation übernahm erstaunlicherweise eine Untergruppe von depressiv strukturierten, aber körperlich kräftigen und bisher unterforderten Patienten die Initiative, hackten und gruben von früh bis spät, bis sie den Widerstand der Gesteinsbrocken überwinden konnten. Sie konnten die gesamte Gruppe begeistern und motivieren, so daß die für 12 Tage geplante Arbeit in einer knappen Woche beendet werden konnte. Spontan entstanden aus der Gruppe Ideen für zwei weitere Zusatzprojekte, die Erneuerung des Hinweisschildes der »Casa Ammon« an der Hauptstraße Paestums und die Restaurierung einiger Holztüren des Hauses. Zwischen diesen drei Projekt-Gruppen entwickelte sich ein Wettbewerb, Rivalität und Eifersucht wirkten sich konstruktiv auf die Motivation der Patienten aus, so daß sogar die bekannten Mechanismen des Widerstandsagieren, wie Fernbleiben vom Projekt oder Zu-Spät-Kommen, abnahmen. Das gemeinsame Leben mit Projektarbeit, Siesta, Spaziergängen, Baden im Meer, Einkauf, Mahlzeiten und Seminaren wurde in dieser Zeit für die Patienten selbstverständlicher, der Kontakt untereinander dichter in dem Maße, indem die Angst abnahm und sich mehr Vertrauen in die Gruppe entwickelte.

Nach wenigen Tagen bildete sich jedoch eine Oppositionsgruppe von Patienten, die lieber nur einen »Entspannungsurlaub« mit Baden, Spazierengehen und Ausflügen anstelle der Milieutherapie wollte und sich über dieses Thema aggressiv mit den Leitern auseinandersetzten. Denn die Angst der therapeutischen Leiter am Beginn der extramuralen Therapie zeigte sich insbesondere darin, daß Struktur, Arbeit und Kontrolle stärker im Vordergrund standen als das gemeinsame Erleben der Zeit und die menschlichen Kontakte

im Rahmen des milieutherapeutischen Feldes. Als an einem der ersten Seminarabende in einem Referat die Bewohner der Stadt Sybaris erwähnt wurden, die dem bequemen Leben zugetan waren, wurde die Oppositionsgruppe humorvoll als »Sybariten-Gruppe« bezeichnet und einige ihrer Forderungen von der Gesamtgruppe angenommen. Die Leiter wurden menschlich spürbarer, als sie abends für die Gruppe kochten, was die Patienten positiv erlebten, und als der Kontakt durch informelle Gespräche beim Spazierengehen, am Strand und im Café nach und nach spielerischer und lockerer wurde. Diese Entwicklung kennzeichnet nach *Ammon* (1979) die Mittelphase des gruppendynamischen Prozesses: »In diesem Mittelprozeß ändert sich auch die Funktion der zentralen Person: Indem sie sich real zur Auseinandersetzung anbietet, stellt sie mit ihrer Erfahrungsfähigkeit . . . die wichtigste Voraussetzung dafür her, daß Beziehung und Entwicklung in der Gruppe stattfinden können. Verweigert der Leiter das Sichentwickeln von Beziehungen zu ihm, . . . wird die Gruppe kontaktlos sein oder sich symbiotisch aneinander anklammern. Geht er mit Rivalität und Konkurrenz spielerisch um, zeigt er selbst Betroffenheit und auch eigene Begrenzungen, dann motiviert er die Gruppe, sich der Erforschung ihrer unbewußten Anteile und Konflikte zu stellen« (*Ammon* 1979).

Die abendlichen Seminare, denen viele Patienten anfangs skeptisch gegenüberstanden, bildeten den geistigen Rahmen der Milieutherapie. Seminarthemen waren die milieutherapeutische Projektarbeit, die Baustile der griechischen Antike (dieses Seminar fand unmittelbar vor den Tempeln Paestums statt), das Leben *Friedrichs II.* von Hohenstaufen, die römische Antike und Pompeji, die Insel Capri und die neuere Geschichte und Politik Italiens. Die geistige Auseinandersetzung in den Seminaren verlief parallel zum Tagesgeschehen. Ein therapeutisch bedeutsamer Aspekt war dabei die Wiederherstellung des Kontakts zum politischen und gesellschaftlichen Kontext, z.B. durch das Studium der neueren Geschichte und Politik Italiens. Jeweils vor den Ausflügen wurde der Zielort und seine Geschichte im Seminar vorgestellt. Die Darstellung des Alltags und der Lebensweise der Einwohner Pompejis machte z.B. für viele Patienten die Geschichte lebendig und erfahrbar, als sie durch die Straßen und Gebäude dieser Stadt wanderten.

Die in dieser Weise vorbereiteten Ausflüge nach Capri und Pompeji hatten eine wichtige therapeutische Funktion: Die Patienten konnten durch das Erleben, daß menschliche Kultur über die Jahrhunderte hinaus Bestand hat, daß menschliche Geschichte eine Kontinuität bis in die Gegenwart besitzt und ein Bezug zu den Wurzeln der eigenen geistigen Entwicklung hergestellt werden kann, eine Verbindung zur eigenen Geistesgeschichte und Kulturentwicklung finden. In der Krankheit fehlen Bezüge zum geistigen und historischen Boden ebenso wie zur eigenen Lebensgeschichte und zu höheren ethischen Zusammenhängen, es besteht eine Einengung auf konkretistische Symptomatologien. Diesem Mangel kann durch die Ausflüge und Seminarabende therapeutisch wirksam begegnet werden, indem Interessen für geistige und kulturelle, übergeordnete Werte geweckt und die Patienten jenseits der konkreten Ebene

ngesprochen werden. Neben der geistigen Bedeutung beinhaltete der Ausflug nach Capri ein weiteres therapeutisches Moment: die Schönheit und Einzigartigkeit der Insel öffnete für viele Patienten den verschütteten Zugang zur Natur und ermöglichte dadurch einen tieferen Kontakt zu den eigenen Gefühlen.

Nach der Rückkehr aus Capri stand im Mittelpunkt des Geschehens bereits der Abschluß der Projekte als Symbol der bevorstehenden Trennung aus Paestum. Die Bedeutung des Projektabschlusses liegt in der Verinnerlichung der Prozeßhaftigkeit des Gruppengeschehens durch die offizielle Darstellung der Geschichte des Projektes. Die Projektleiter lasen eine Chronik der Projektarbeit vor, in der neben humorvoll geschilderten Ereignissen deutlich wird, daß Ängste und Zweifel gemeistert und überwunden werden können. In dieser existentiellen Bedeutung des Gruppenprozesses wird der Trennungsangst am Ende der extramuralen Milieutherapie etwas Positives und Bleibendes entgegengesetzt. Für die Patienten bedeutet der Projektabschluß, daß das von ihnen Geschaffene Bestand hat und daß nach der Abreise etwas Konkretes zurückbleibt. Trennung heißt also nicht nur Verlust. »Das Akzeptieren von Trennung ist die Voraussetzung, ob die gemachten Erfahrungen behalten werden können« (*Ammon* 1979). In den gruppendynamischen Sitzungen der Trennungsphase stand die Frage im Mittelpunkt, was jedem Teilnehmer wichtig war, was er gewonnen hat und was er nicht erreichen konnte. Durch diese Auseinandersetzung wird eine Abgrenzung von der Milieutherapie in Paestum eingeleitet, so daß das Erreichte »mitgenommen« werden kann in die Klinik. In der Oktober-Gruppe lag das Gewicht bei der Frage, wie die bei vielen Teilnehmern bevorstehende Trennung aus der Klinik und das Leben nach der Entlassung gemeistert werden kann. Die Milieutherapie in Paestum stellt für diese Patienten eine erste Erprobung ihrer Trennungsfähigkeit dar und ging mit viel Angst einher, die sich speziell bei dieser Gruppe in Form von vielfältigen psychosomatischen Erkrankungen äußerte (Hals-, Zahn- und Nagelbettentzündungen erforderten den Einsatz ärztlicher und pflegerischer Maßnahmen).

Bei der Rückkehr aus Italien wurde die Paestumgruppe von Klinikpatienten und dem Therapeutenteam am Bahnhof empfangen und mit einem gemeinsamen, festlichen Frühstück in der Klinik und in der nachfolgenden Großgruppe begrüßt. Eifersucht zwischen der Paestumgruppe, deren Mitglieder enge Beziehungen untereinander entwickelt hatten, und den übrigen Patienten in den Milieugruppen wurde deutlich spürbar. Die Paestumgruppe wurde als »gesünder« beneidet, während diese auf die in der Klinik gebliebenen Patienten eifersüchtig waren, weil sie »kränker« waren und mehr therapeutische Aufmerksamkeit zu benötigen schienen. Diese Eifersuchtsdynamik, die sich auch im Therapeutenteam widerspiegelte, konnte erst durch wiederholte Thematisierung in den verschiedenen Gruppen (besonders in der Großgruppe) durchgearbeitet werden. Von großer Bedeutung waren die über sechs Wochen lang stattfindenden Nachbereitungssitzungen, in denen das in Paestum Erlebte in die weitere therapeutische Arbeit integriert werden und für jeden einzelnen Patienten sozusagen als Bestandteil seiner Persönlichkeit und Identität

festgehalten werden sollte. Die Bedeutung dieser Nachbereitung war den Patienten selbst bewußt: »Wie schon öfters erwähnt, finde ich die Nachbereitung der Paestumzeit genauso wichtig wie die Zeit selbst«, schrieb ein Patient. Denn in Paestum bewältigten die Patienten noch mehr als in der Klinik alltägliche Pflichten und Aufgaben selbständig, übernahmen das Einkaufen, Kochen und Spülen, aber auch die Organisation von Ausflügen und Seminaren, und sie bestanden darauf, dies ohne »Einmischung« der Leiter zu tun. Auch in der Gegenübertragung der Therapeuten wirkten die Patienten insgesamt »gesünder« und ihre Fähigkeiten und Begabungen wurden deutlicher wahrgenommen als im klinischen Rahmen. Das Selbstwertgefühl der meisten Patienten wurde auf diese Weise gestärkt, was dazu beitrug, daß konstruktive Fähigkeiten an die Stelle von Kranksein, Kontaktvermeidung und Rückzug in Symptome traten.

Sozialenergetische Aspekte der Extramuralen Milieutherapie aus der Sicht der Patienten

Von den Patienten selber wurde nach der Rückkehr die extramurale stationäre Milieutherapie mit Hilfe eines Fragebogens beurteilt, von dem hier nur einige, sozialenergetisch bedeutsame Aspekte dargestellt werden sollen. Betont wurde bei der Beurteilung von vielen Patienten, daß die zeitliche Begrenzung der extramuralen Milieutherapie eine bedeutende Rolle spielte. »Es war für mich eindeutig der erste Schritt nach »draußen«; die Trennung begann. Durch die beschränkte Zeit und die schöne Umgebung entstand bei mir mehr Motivation zur Zusammenarbeit. Ich habe gelernt, mehr und mehr Schönes zulassen zu können. Der Zweck der Arbeit wurde mir klarer« (Patient V.K.).

»Das Wichtigste bei der Milieutherapie«, schreibt der gleiche Patient, »war der Stolz, ausgewählt zu sein, und daß mir Vertrauen und Eigenverantwortlichkeit entgegengebracht wurden«. Konstruktive Sozialenergie entgegenbringen, bedeutet vor allem »Stärke des Selbstwertgefühls, Förderungen der geistigen und menschlichen Existenz, Erkennen und Verstehen von Gefühlen, Vorhandensein ethischer, moralischer, geistiger, politischer und religiöser Werte, liebevoller Körperkontakt, liebevolles Verständnis von Sexualität, Anforderung zum Tun« (*Berger* und *Bez* 1990). Das Vertrauen der Patienten zueinander wuchs, da sich jeder durch das Aufeinander-Angewiesensein in einer kleinen, intensiv zusammenlebenden Gruppe in einem fremden Land, als wichtiger Teil der Gruppe gefordert fühlte. Die Kontakte zur italienischen Bevölkerung trugen zur Auflösung von unbewußten Übertragungen bei und stellten für viele Patienten eine erste Begegnung mit Menschen anderer Kultur und Nationalität dar.

Der Patient P.R., ein Borderline-Patient, konnte erstmals erfahren, daß seine Arbeit zwar von der Gruppe geschätzt wurde, er aber darüber hinaus auch als Mensch mit Stärken und Schwächen gesehen wurde und nicht nur als Leistungsbringer. In einer angepaßten, nach außen abgegrenzten Familie aufge-

wachsen, in der Gefühlsäußerungen nicht gestattet und die Erhaltung der Fassade nach außen übermäßig wichtig war (der Vater war Alkoholiker und häufig psychosomatisch reagierend, die Mutter depressiv, kontrollierend und eifersüchtig), wuchs P.R. in einer sozialenergetisch entleerten, emotional verlassenden Atmosphäre auf, in der die einzige Kontaktbrücke gute Leistungen waren. Von Panik und Schuldgefühlen geplagt, korrigierte er als Kind seine Schulzeugnisse auf dem Nachhauseweg. Im Rahmen der Milieutherapie in Paestum diente ihm seine Zuverlässigkeit und die bekannte Qualität seiner Arbeit als Kontaktmöglichkeit zu den Mitpatienten. Er erfuhr dann aber, daß er den Anderen menschlich wichtig war, auch wenn er nicht arbeitete. Allmählich nahm er von seiner autistischen »Arbeitstier-Dynamik« Abschied, wurde offener für Kontakte und Freizeitaktivitäten und konnte mehr Sozialenergie aus der Gruppe annehmen. »Meine Kontakte zu den einzelnen Gruppenmitgliedern haben sich durch die extramurale Milieutherapie nachhaltig verändert.«

Durch das unmittelbare Erleben der Leiter in Alltagssituationen über den Rahmen einer Klinik hinaus entstand ein Klima, das die Aufhebung von Übertragungen begünstigte. Beim gemeinsamen Kochen, Essen und bei Ausflügen ergaben sich Situationen, die einen vermehrten Realitätsaspekt im Kontakt mit den Leitern hatten. Die Patienten reagierten mit Widerstand gegen »Therapeutisches«, indem sie z.B. die Soziogramme und psychologischen Tests zeitweise boykottierten. »Es war eine Freude, Sie als Therapeut privat zu erleben — am Strand, beim Kaffeetrinken, wo man mehr gezeigt bekommt — ich hatte dadurch weniger Angst« (Patient S.M.).

Die Entfernung von der Klinik zusammen mit dem vermehrten Realitätsbezug und der Fremdsprachigkeit sind Faktoren, die in Richtung der Auflösung der unbewußten Gesamtübertragung auf die Klinik wirken, die oft als kontrollierende Mutter-Instanz erlebt wird. »Ich spürte eine Chance, aus Festgefahrenem herauszukommen, fühlte mich freier als in der Klinik« (S.M.). Für mehrere Patienten war auch die Motivation zur milieutherapeutischen Arbeit gestiegen, was sich auch durch Verminderung von Widerstandsagieren zeigte. »Die Milieuarbeit war selbstverständlicher geworden« (T.O.).

Für viele Patienten erstreckte sich die Übertragung auch auf geistige Zusammenhänge. Der Patient S.M. zum Beispiel, der seine Eltern in der Kindheit häufig auf Reisen begleitete, »mußte« bei Museumsbesuchen u.ä. dabeisein. In Paestum eroberte er sich selber, angeregt durch die historisch bedeutsame Umgebung, die sichtbaren Zeugnisse alter Kulturen und die Seminare und den von ihm selbst vorbereiteten Vortrag, einen eigenen Zugang zu geistigen und kulturellen Interessen. »Ich habe wieder Neugierde entwickelt auf andere Städte und Menschen. Sie wirkt nach, indem ich hier in Paestum viel lernen kann, entdecken will und das auch tue«. Ein anderer Patient (T.O.) schreibt: »Durch den Besuch von Pompeji und der Tempel von Paestum habe ich die persönliche Abneigung gegen Kultur und Bildung abbauen können«. Und W.A. konnte, nach vielen Jahren der Depression, wieder erfahren, was Lesen für sie bedeutet.

»Ich möchte meinen, daß geistige, politische und religiöse Überzeugungen selbst in extremen Situationen Sozialenergie vermitteln können, ebenso wie die Liebe zur Natur, zur Kunst; und auch das Lesen bedeutsamer Bücher für den Menschen zur Quelle konstruktiver sozialenergetischer Kraft werden kann. Es versteht sich allerdings, daß das Interesse und die Verbundenheit mit derartigen Inhalten zunächst dem Einzelnen durch bedeutende Menschen und Gruppen nahegebracht wurden, in einem sozialenergetischen Feld, das der Einzelne durch die Beschäftigung mit den entsprechenden Inhalten wieder aktiviert« (*Ammon* 1982).

Ein sozialenergetisch bedeutsamer Aspekt, der bereits genannt wurde, ist die Aufhebung der pathologischen Trennung von Arbeit und Freizeit, was eine Patientin deutlich ausdrückt: »Ohne Freude an der Arbeit, an einer erfüllten Arbeit kann man keine Freizeit genießen«.

Zusammenfassend kommen aufgrund der dargestellten gruppendynamischen und sozialenergetischen Besonderheiten im Verlauf einer extramuralen Milieutherapie im Unterschied zur klinischen Milieutherapie als mögliche sozialenergetische Wirkfaktoren in Betracht: klare zeitliche Begrenzung, enger Gruppenzusammenhalt, größere Eigenverantwortung der Patienten, vermehrter Realitätsbezug, geistige und kulturelle Entwicklungsmöglichkeiten und erlebbare Aufhebung der pathologischen Trennung von Arbeit und Freizeit.

Extramural Clinical Milieu Therapy in the Therapeutic Conception of Dynamic Psychiatry

Egon Fabian, Ulrike Schanné (München)

The paper is introduced by an outline of the therapeutic aims of dynamic psychiatry and of the significance of the social energetic principle in the treatment of severe archaic Ego-diseases. Extramural Clinical Milieu Therapy (ECMT) represents a widening of the therapeutic scope of clinical treatment by taking advantage of group dynamic and social energetic aspects outside the precincts of the hospital, in a foreign country.

The clinical setting and the therapeutic network, including verbal and nonverbal therapeutic methods, as well as the integrating function of the plenary group of the hospital, are described. The authors emphasize the central importance of the psychoanalytic milieu therapy in which the therapeutic situation is identical with the actual life situation of the patient. Thus, milieu therapeutic groups constitute »timebound communities, within which all life manifestations of the patients are randered visible and assessable«. Milieu therapy is especially indicated for those patients who, while having weak identities, are unable to gain insight upon their conflicts and instead act them out. Besides planning daily activities and structuring common time, preparing and shaping work on an own project constitutes the main aspect of milieu therapy. The

latter should always include a spiritual dimension. The authors stress the specific pecularities of ECMT: transferring the therapeutic setting to a center outside the hospital, constant possibiltiy of communication with the hospital and the selection of patients according to precise indications, such as improvement ment of separation ability, loosening of transference on the hospital, stagnation of the therapeutic process and improving reality coping. Not eligible for ECMT are suicidal, socially dangerous patients, as well as patients with a pronounced acting out or runaway tendency.

A comparison with »journey or holiday therapies« widely practised and described in the literature, evidentiates the lack of basic therapeutic conceptions and integration of these therapies in the context of hospital treatment, leading to mereley temporary symptom improvement.

ECMT with patients of the dynamic psychiatric hospital Menterschwaige takes place in a Center at Paestum/South Italy with a rich historical and spiritual tradition, tracable back to the 7th century B.C. The Center is surrounded by an archeologically important site including the Greek temples of Paestum and consists of a central building complex in the middle of a landscape of terrace gardens. A short description of the Center is given by the authors. The fact that the patients themselves take over the planning of daily activities, such as preparing meals, shopping, watering the garden etc. is of therapeutic importance.

The authors exemplify their considerations by describing in detail the course and the group dynamics of a ECMT-group in October 1991. Eleven patients have been selected according to therapeutic indication criteria; the leadership consisted of one physician and two milieu therapists. The group had been built up and prepared for the journey by regular sessions during six weeks under the supervision of the chief consiliarius of the hospital. The daily structure in Paestum included, besides common meals, work on th milieu projects and group dynamic sessions aiming at communicating and working through individual and group conflicts, also evening seminars held by the patients themselves about historical, political and cultural topics. Moreover, excursions took place to the island of Capri and the archeological site of Pompeji. The main project of the October ECMT was the renovation of a small village house. The considerable amount of physical work was a particularly efficient therapeutic factor for depressive patients, while the reality planning an execution of the work proved to be of importance mainly for schizophrenic reacting patients. Work on the project was closed up shortly before leaving Paestum, in a ceremonial act as part of the separation process. This process was made conscious and elicited strong emotional and psychosomatic reactions. The therapeutic integration of patients' experiences ensued by regular group sessions after return to the hospital for several weeks, whereby working through and integrating are indispensable therapeutic factors making structural development possible.

The closing part of the paper deals with social energetic aspects of ECMT from the viewpoint of the patients themselves. Possibly efficient social ener-

getic factors in ECMT in distinction to milieu therapy inside the hospital are: clear time limits, narrow group feelings and contacts, higher personal responsibility, coping with reality in a foreign country and language, new possibilities of spiritual and cultural development of the patients and of overcoming the gap between work and leisure time.

Literatur

Ammon, G. (1971): Freizeitgestaltung im Rahmen einer gruppendynamischen Arbeitstherapie. In: Praxis der Psychother. (3) 152—161
— (1973): Dynamische Psychiatrie (Hamburg: Luchterhand; München: Kindler 1988)
— Hrsg. (1979): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt)
— Hrsg. (1982): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt)
Ammon, G.; Burbiel, I. (1992): Grundzüge der klinischen humanstrukturellen Psychotherapie. In: Dyn. Psychiat. (25) 1—22
Berger, M.; Bez, R. (1990): Untersuchungen des sozialenergetischen Lebensfeldes von schizophren reagierenden Patienten anhand biographischer Interviews. In: Dyn. Psychiat. (23) 357—376
Bolk-Weischedel, D. (1980): Die therapeutische Reise. Bestandteil der Behandlung von langjährig psychiatrisch Kranken. In: Der Nervenarzt (51) 749—753
Brauer, H.; Tegeler, J. (1976): Freizeit mit chronisch psychisch Kranken. In: Psychiat. Praxis (3) 230—233
Dischereit, J. (1971): Reisetherapie. Ein Erfahrungsbericht. In: Der Nervenarzt (42) 440—442
Emmert, C.; Bauer, F.; Pfindel, H.; Schäfer, R. (1987): Kreativität und Sozialenergie im Verlauf eines milieutherapeutischen Projekts. In: Dyn. Psychiat. (20) 97—109
Grüber, B.; Weingarten, A.; Wurster, W. (1977): Urlaub und Urlaubsvorbereitung als Lernschritte auf dem Weg zur Rehabilitation. In: Psychiat. Praxis (4) 181—186
Gütjahr, L. (1978): Die Wirkungen eines Ferienaufenthaltes auf psychisch Kranke. In: Psychiat. Praxis (5) 167—178
Hawkins, N. (1988): Überlegungen zum Stellenwert therapeutischer Patientenreisen in der langfristigen Behandlung chronisch psychotisch Kranker. In: Psychiat. Praxis (15) 102—105
Hell, D. (1974): Unter welchen Voraussetzungen vermag ein Ferienlager für chronisch Schizophrene den Hospitalismus abzubauen? In: Psychother. med. Psychol. (24) 94—100
Kempf, H. (1973): Erste Erfahrungen mit einem außerklinischen therapeutischen Ferienaufenthalt chronisch psychisch Kranker. In: Spektrum (3) 88—89
Knudsen, H. (1976) Vorwort. In: *Ammon, G.* (1959): Theoretical Aspects of Milieu Therapy. The Menninger Clinic and School of Psychiatry, Topeka/Kansas (München: Pinel 1977)
Meiß, R.; Lichte-Spranger, W.; Petersen, P. (1971): Psychisch-chronisch Kranke gestalten ihre Ferien. In: Praxis der Psychother. (16) 142—152
Petersen, P.; Bachmann, R.H. (1969): Ferienlager mit psychiatrisch Chronischkranken. In: Psychother. med. Psychol. (19) 17—24
Scheurmann, E. (1976): »Reisetherapie« Was ist das? In: Sozialpsychiat. Informationen (6) 90—97
Schulze, H. (1971): Erfahrungen mit Gruppentherapie in geschlossenen Ferienkursen. In: Praxis der Psychother. (16) 137—142
Schwoon, D.R. (1980): Ein Ferienaufenthalt mit psychiatrischen Langzeitpatienten. In: Psychiat. Praxis (7) 104—112
Trappe, M. (1971): Therapeutische Feriengemeinschaft. In: Praxis der Psychother. (16) 129—137

Adresse der Autoren:

Dr. med. (Univ. Tel Aviv) Egon Fabian
Asamstraße 18
W-8000 München 90

Dr. med. Ulrike Schanné
Asamstraße 18
W-8000 München 90

Zur Theorie des gleitenden Spektrums psychischer Störungen am Fallbeispiel einer schizophren strukturierten Persönlichkeit**

Delia Püschel (München)*

Die Autorin greift die innerhalb der Dynamischen Psychiatrie Günter Ammons vertretene Konzeption vom gleitenden Spektrum der Diagnosen auf. Für die psychotherapeutische Behandlung bedeutet dies, daß bei adäquater Behandlung des schizophren Erkrankten eine Veränderung vom schizophrenen Krankheitsbild hin zu leichteren, neuroseverwandten Krankheitsbildern möglich ist. Methodisch bedient sich die Autorin der Darstellung eines ausgewählten Fallbeispiels, um die klinische Praxis der Schizophrenie-Psychotherapie in der Klinik Menterschwaige nachvollziehbar zu machen. Beschrieben wird der Therapieverlauf einer 47jährigen bislang isoliert lebenden Patientin, die unter telepathischem Beeinflußungs-Wahn leidet, im Verlauf des therapeutischen Prozesses Übertragungsbeziehungen aufbauen kann und so die Dynamik ihrer Primärgruppe verstehbar werden läßt. Im Sinne nachholender Ich-Entwicklung und schließlich erster Trennungsschritte aus der Symbiose werden ödipale Thematiken sichtbar, die eine weitere Identitätsentwicklung erlauben. Die dargestellte Kasuistik einer paranoid-halluzinatorischen Psychose demonstriert die psychotherapeutische Behandelbarkeit ohne psychopharmakologische Medikation auch schizophren erkrankter Patienten, die Veränderung eines Menchen hin zu mehr Kontakt- und Beziehungsfähigkeit. Das Dogma der Nichtverstehbarkeit und psychotherapeutischen Unbehandelbarkeit der Schizophrenie wird damit zugunsten eines therapeutischen Optimismus aufgehoben, ein Fall zur Darstellung gebracht, der Hinweise auf die in Ammons Theorie hypostasierte Veränderbarkeit psychischer Strukturen aufzeigt.

In einer Diskussion über einen schizophrenen Patienten in den 20er Jahren hat *Freud* — einem Bericht von *Ernst Federn* und *Hermann Nunberg* folgend — der Tatsache besonderes Gewicht beigemessen, daß mit der Wiederherstellung des Ödipuskomplexes der Heilungsprozeß einsetze (*Nunberg* und *Federn* 1967). Diese Äußerung *Freuds* unterscheidet sich grundlegend von seinen früheren Erklärungen, daß nämlich die Psychosen, die er als narzistische Neurosen bezeichnete, nicht therapierbar seien, weil eine Übertragungsbeziehung nicht zustande käme. *Freud* bezog damit erstmalig psychotische Symptomatik in prozessuales Denken ein und begann sich damit vom einengenden Kategoriedenken der klassischen Schulpsychiatrie zu befreien, die von dem Grundsatz ausgeht: Einmal Schizophrenie, immer Schizophrenie.

Ausgehend von der Wandelbarkeit der Symptome innerhalb verschiedener Stadien im Krankheitsprozeß wurde in der Dynamischen Psychiatrie eine Konzeption entwickelt, die hinsichtlich Genese, Struktur und Dynamik Neurose, Borderline-Erkrankung, Psychosomatik, Sucht, destruktive Sexualität und Psychose auf einem gleitenden Spektrum ansiedelt (*Ammon* 1982). Während des Behandlungsprozesses verschiebt sich das Krankheitsspektrum zugunsten des gesünderen, so daß es notwendig wird, die Diagnose zu verän-

* Dr. med. (Univ. Pécs), Ärztin für Neurologie und Psychiatrie

** Vortrag gehalten auf dem 9. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP / XXII. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 29. April — 3. Mai 1992 an der Universität Regensburg

dern. Man darf sich diese Krankheiten dabei nicht linear aufgereiht vorstellen, sondern es bildet sich dabei ein ganzes Feld innerer Verwobenheit. Während des Therapieverlaufes können die Symptome wechseln, wobei sich insgesamt aber eine Richtung absehen läßt. *Ammon* schreibt dazu: »Dynamische Psychiatrie wird somit nicht von Kategorien und phänomenologischer Nosologie beherrscht, die Krankheitsbilder statisch auf sogenannter endogener oder erbbiologischer Grundlage versteht und verarbeitet« (1992). Seine Auffassung basiert auf einer Weiterentwicklung des Konzeptes von *Karl Menninger,* der alle psychischen Erkrankungen ausgehend von leichten neurotischen Störungen bis hin zu schwersten psychotischen Entgleisungen als Kontrollstörungen unterschiedlichen Grades auffaßte (*Menninger* 1968). Das Ich wird dabei als ein der Triebabwehr dienendes Kontrollsystem begriffen und umfaßt die Summe der Funktionen, welche aus einer Hierarchie von Bewältigungsmaßnahmen der Abwehrregulation resultieren.

Im deutschsprachigen Raum ringt die Psychiatrie seit etwa hundert Jahren um eine Neuorientierung hinsichtlich der Diagnostik und kann sie nicht finden. Immer detailliertere Erweiterungen in der Diagnostik von Krankheitsbildern (vgl. *Leonhard* 1957) erwiesen sich wegen der fließenden Übergänge und Typenwechsel als unbefriedigend, führten auf der anderen Seite in eine eher integrative Richtung, wie z.B. beim Konzept der Einheitspsychose. Von *Neuman* 1860 formuliert, beinhaltet es die Vorstellung, daß es in der Psychopathologie keine Krankheitseinheiten gibt, sondern die verschiedenen Symptome werden als aufeinanderfolgende Stadien, zwischen Genesung und Tod aufgefaßt, als wechselnder Ausdruck der gleichen psychotischen Grundstörung. Ähnliches Gedankengut findet sich auch bei *Zeller* und *Griesinger* bis hin zu *Rennert,* der das »Modell der Universalgenese« schuf. Er geht dabei von einer sich phänotypisch zeigenden Skala möglicher Psychosyndrome mit Änderungsmöglichkeiten bei ein und demselben Kranken aus (*Lemke, Rennert* 1987). Weiterhin erscheint ihm folgerichtig, »ausgeprägte psychopathische und neurotische Bilder von angrenzender Symptomatik und Dynamik in das Modell einzubeziehen, so daß die skaläre Reihung mehrdimensional aufzufassen wäre«. Jedoch hat *Rennert* die möglichen entwicklungsbedingten Aspekte nicht genauer untersucht.

Nach *Ammon* geht es bei der psychotherapeutischen Bewältigung der schizophrenen Erkrankung für den Patienten darum, Identitätsentwicklung nachzuholen, um sich aus der frühkindlichen Abhängigkeitsdynamik, d.h. aus der präödipalen Phase zu befreien und mit der ihn umgebenden Gruppe in Auseinandersetzung zu treten (*Ammon* 1992). Dazu gehört, daß der Patient lernt, sich sowohl nach innen, gegenüber dem überflutenden Unbewußten, als auch nach außen, gegenüber den Abhängigkeitsbedürfnissen der umgebenden Familiengruppe abzugrenzen.

Voraussetzung für die Behandlung eines psychotisch Erkrankten ist nach gegenwärtigem Erkenntnisstand ein therapeutisches Feld, d.h. für einen Einzeltherapeuten ist es nahezu unmöglich, einen psychotischen Patienten allein zu

behandeln (*Ammon* 1991). Der Therapeut müßte rund um die Uhr für den Patienten erreichbar sein, da es sonst zu existentiellen Krisen bis hin zum Suizid, oder später in der Phase des »splitting« zum Therapieabbruch käme, Ein entsprechend integrierter therapeutischer Rahmen findet sich in der Klinik für Dynamische Psychiatrie und Psychosomatik München-Menterschwaige, wo wir ein Netz von verschiedenen Therapieformen, wie Milieutherapie, Gruppenpsychotherapie, Musik-, Tanz-, Theater- und Maltherapie vorfinden. Eine ausführliche und anschauliche Darstellung von Struktur und gruppendynamischer Arbeitsweise der Klinik Menterschwaige findet sich bei *Schmidts* (*Schmidts* 1990).

Auch *Buda* (1991) beschreibt, daß ein »allgemeiner institutioneller Rahmen, der als umfassendes System die Behandlungsprozesse koordiniert, den Patienten schützt und Kommunikations- sowie Beziehungs- und Konfliktlösungsmuster vermittelt« eine der grundlegenden Bedingungen der Psychosentherapie ist, wobei er mit *Paul Federn* und *Ammon* in der Ich-Abgrenzung ein zentrales Moment der Schizophreniebehandlung sieht. Dabei kann das Mitarbeiterteam mit seinen eigenen Abgrenzungsproblemen das Defizit in der Ich-Abgrenzung des psychotischen Patienten widerspiegeln und einer Bearbeitung zugänglich machen. Aufgabe des Therapeuten ist es dabei, Grenzsituationen für den Patienten herzustellen und erfahrbar zu machen, sich dabei als Mensch mit Gefühlen, Einstellungen und Haltungen zu erkennen geben (*Ammon, Burbiel* 1992).

Wie meine bisher dargelegten Erörterungen in der Praxis aussehen, möchte ich an einem Fallbeispiel veranschaulichen, wobei ich schwerpunktmäßig die Einzeltherapie innerhalb des integrativen therapeutischen Netzes darstellen möchte. Anliegen meiner Arbeit ist es, zu zeigen, daß es entgegen immer wieder anzutreffender Vorbehalte möglich ist, an Schizophrenie Erkrankte psychotherapeutisch erfolgversprechend zu behandeln. Die nachfolgende Darstellung bezieht sich auf einen Einzelfall, bei dem ich die Veränderungen des Krankheitsbildes im Verlauf der Therapie aufzeigen möchte. Wie sich gezeigt hat, war für die Therapie mitbestimmend, daß die Patientin begann, zu träumen, und daß ihre Träume in die Therapie einbezogen werden konnten. Der Traum stellt eine erste innere Abgrenzungsleistung des Patienten dar, während er vorher agiert, ohne zwischen Traum und Wirklichkeit zu unterscheiden. Die therapeutischen Sitzungen fanden über einen Zeitraum von einem Jahr, in der Regel zwei Mal pro Woche statt, wobei gelegentlich auch kurze Gespräche zwischendurch stattfanden und ich während meiner Abwesenheit telefonisch erreichbar war.

Ich stütze mich hinsichtlich der Vorgeschichte sowohl auf die Berichte der Patientin als auch auf die angeforderten Behandlungsunterlagen und Krankenberichte. Im Januar 1991 kam eine 47jährige Patientin in unsere Klinik. Sie hatte 10 Jahre zuvor eine Ausbildung als Pädagogin absolviert, war aber in diesem Beruf nicht tätig gewesen. Nach dem Studienabschluß lebte sie bescheiden von finanziellen Zuwendungen ihrer Eltern in einer kleinen Sozialwohnung. Seit 1981 war sie ohne Bekanntenkreis und völlig isoliert. Mühsam ersparte sie

sich immer etwas Geld, um davon eine Therapie zu machen. Sie wirkte wesentlich vorgealtert und altjüngferlich, ihre Kleidung war ebenso zeitlos wie korrekt, sie bedeckte ihre maskulin wirkende Figur. Die Psychomotorik war steif und bizarr. Auffallend waren ihre weit aufgerissenen ängstlichen Augen, die durch Brillengläser vergrößert, mich mißtrauisch betrachteten, während ihre Hände vor Angst zitterten. Mit leiser und monotoner Stimme versuchte sie, meine Fragen möglichst korrekt zu beantworten. Sie berichtete davon, daß sie seit Jahren telepathisch bedroht und erpreßt würde. Sie werde von einer bestimmten Macht (auch durch frühere Behandler) geistig unterworfen. Diese Macht versuche, vergleichbar der Todesmagie eines Medizinmannes bei Naturvölkern, ihre Handlungen zu bewerten. So würden seit 1981 über eine Entzündung der Papillarnerven regelmäßig Kopfschmerzen bei ihr auftreten, sobald sie sich um eine Arbeitsstelle bemühe. Dadurch werde sie im Willen gebrochen. Weiter werde durch telepathische Kontakte Einfluß auf zu ihrem Haushalt gehörende Elektrogeräte genommen. Sie verfalle immer wieder in innere Unruhe, wovor sie sich durch Aktivität abzulenken versuche. Insgesamt sei sie apathischer geworden und auch leicht erschöpfbar.

Zur Diagnose

Bei der Erhebung der Anamnese fanden sich folgende Symptome: formale Denkstörungen; eine Frage zu ihrer Vergangenheit löste immer wieder neue Assoziationen aus, von denen sich die Patienten davontragen ließ. Dazwischen kam es aber zu Denkblockaden, d.h., der Redefluß wurde plötzlich durch Schweigen unterbrochen, bevor ein Gedanke zu Ende gedacht war. Außerdem fiel eine Verarmung des Sprachinhaltes auf, die Rede war zwar qualitativ ausreichend, enthielt aber nur wenig Informationen. Die Denkinhalte ließen ihre paranoiden Wahnvorstellungen im Sinne der Gedankeneingebung und der gemachten Gefühle deutlich werden. Weiterhin fanden sich affektive Störungen in Form von abgespaltenen Gefühlen, eine starke Ambivalenz war spürbar und auch ein autistischer Rückzug in die Isolation wurden aus ihrer Lebensgeschichte erkennbar. Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen fanden sich und eine extreme Angst. So bot sie das Bild einer paranoid-psychotisch reagierenden Patientin.

Zur Famliendynamik

Die Patientin lebte in einem engen symbiotischen Kontakt mit der Mutter. Sie teilte mit ihr das Schlafzimmer, während der Vater in die Küche ausquartiert wurde. So wurde sie von der Mutter für ihre eigenen narzißtischen Bedürfnisse ausgebeutet, indem sie als Partnerersatz für den sich entziehenden Vater fungierte. Der Vater war ein höherer Beamter, der die Familie faktisch verwaltete. Gleichzeitig bestand eine starke Rivalität und Eifersucht gegenüber der älteren Schwester, die im Unterschied zur Patientin als die stets er-

folgreiche hingestellt wurde. Die Patientin hatte die Rolle des Sündenbocks eingenommen und hielt so mit ihrer Problematik die Familie bis zum Aufnahmezeitpunkt zusammen, weil sich alle Familienmitglieder um sie kümmern mußten.

Zur Vorgeschichte

In der Vorgeschichte tauchen erste Symptome bereits im 14. Lebensjahr auf, sie litt an einer Erythrophobie, die soweit ging, daß sie anderen aus dem Weg ging. 1962, mit 18 Jahren, bekam sie dann einen Hautkrebs am Kinn, der operiert wurde. Sie sah ihn in einem psychischen Zusammenhang und begab sich im Jahr darauf wegen Kontakt-, Errötungsängsten und Panik, wenn sie angesprochen wurde, erstmals in psychotherapeutische Behandlung. Ab 1972 bekommt sie die Diagnose einer psychiatrischen Desintegration und wendet sich verzweifelt an insgesamt 37 ärztliche und psychologische, ambulante und stationäre Anlaufstellen mit der Bitte um Hilfe. Sie war auch in neurologischer Behandlung wegen des Verdachtes auf beginnende Parkinson-Erkrankung bei ausgeprägtem Rigor, Tremor und Akinese. 1986 ist in den Krankenberichten von einer chronifizierten paranoiden Psychose (ICD 295.6; Bericht des Marien-Hospitals, Dortmund) und von »zunehmender psychotischer Desintegration, inzwischen offenbar mit deutlicher Abwandlung im Bereich von Antrieb und Affektivität« die Rede. Zur Zeit bestünde eine medikamentöse Überlagerung, die Patientin benötigte aber eine dichte Kontrolle der Medikation und eine analytische konfliktaufdeckende Therapie sei kontraindiziert (Bericht des Therapeuten vom 16.04.86).

Die Patientin erhält folgenden Brief von ihrem Arzt: »Ich hatte Ihnen schon gesagt, daß eine konfliktaufdeckende analytische Einzeltherapie (ebenso Gruppentherapie) bei Ihnen nicht verantwortet werden kann und Ihre innere Balance gefährden würde. Wir hatten auch besprochen, daß eine konfliktaufdeckende Therapie eine relativ hohe Belastbarkeit voraussetzt, die auch daran gemessen wird, wie weit die äußere Realität bewältigt wird. In unserem Gespräch war ja degtlich geworden, daß sie beruflich und privat in den letzten Jahren kaum eigene stabile Ansätze finden konnten« und: »Aus meiner Sicht sind für Sie trainierende Lernschritte geeigneter«. Nach diesem Brief zog es unsere Patientin vor, den Arzt zu wechseln und nicht mehr von ihren telepatischen Symptomen zu sprechen. So heißt es dann auch im darauffolgenden Jahr 1987 von dem neuen, ambulant behandelnden Arzt: »Akute psychotische Symptome bestünden nicht mehr«, von einem »Residualstadium einer schizophrenen Psychose« wird gesprochen.

In der Vorgeschichte wurde bereits deutlich, wie sich die Diagnose von der leichteren zur schwereren hin verschiebt. Frau T. verfügt jedoch über ein großen Plus. Wie wir bereits gesehen haben, ist sie hartnäckig und ausdauernd, auch wenn sie in dieser Hinsicht manchmal sehr unbequem wurde. Außerdem nahm sie die Therapie sehr ernst und war von einer Heilungsmöglichkeit überzeugt.

Zum Therapieverlauf

Bevor ich beginne, möchte ich hervorheben, daß ich aus der Krankengeschichte nur diejenigen Aspekte hervorhebe, die mir für meinen Artikel wesentlich erschienen, ohne der Vollständigkeit zu genügen. Am Beginn der Therapie erzählte mir die Patientin ausführlich von ihren Symptomen, von den identitätsverbietenden telepathischen Beziehungen. Aus der Sicht unserer Schule steht im Hintergrund dieses Lebens- und Identitätsverbotes der Symbiosekomplex. Das bedeutet, daß dem Kind nicht gestattet wird, sich aus der Symbiose mit der Mutter und der übrigen umgebenden Gruppe schuldfrei abzugrenzen, stattdessen versucht die Mutter bewußt oder unbewußt, das Kind an sich zu binden, um eigene Defizite damit auszufüllen; damit entstehen — korrespondierend zu den Defiziten der Mutter — auch in der Struktur des Kindes Defizite. In diesem Zusammenhang berichtete die Patientin, daß sie bis zum 18. Lebensjahr das Schlafzimmer der Mutter geteilt habe, während der Vater in die Küche ausquartiert wurde. Das Kind wurde praktisch von der Mutter für deren eigene Bedürfnisse narzißtisch ausgebeutet.

Bedeutsam ist an dieser Stelle, zu sagen, daß es nicht unbedingt die Mutter sein muß, die das Kind an sich bindet und unbewußt dadurch dessen Persönlichkeitsentwicklung hemmt. Wesentlich ist die Dynamik der gesamten Lebensgruppe, also das sozialenergetisch vorherrschende Geflecht. Unter Sozialenergie verstehen wir nach *Ammon* eine psychische Energie, die im Austausch von Interesse, Verständnis, aber auch Auseinandersetzung und Forderung an die Identität entsteht (*Ammon* 1982). Analog zur Primärgruppendynamik der Familie versuchte die Patientin mit mir eine symbiotische Verschmelzung herzustellen. Sie erlebte mich einerseits als omnipotent und hatte zugleich Verlassenheitsängste, die sich mit starken Schuldgefühlen verbanden. *Ammon* sagt dazu: »Die schizophrene Übertragung stellt eine Sonderform der symbiotischen Übertragung dar, die bestimmt ist durch die starken Verschmelzungsbedürfnisse, verbunden mit gleichzeitig geradezu tödlich erlebter Kontakt- und Verfolgungsangst des Patienten« (*Ammon* 1980). Einerseits forderte Frau T. die ständige Gegenwart von mir, idolisierte und idealisierte mich, andererseits empfand sie diese Gegenwart als lästig und bedrohlich.

Der Einzeltherapeut muß am Beginn der psychotherapeutischen Behandlung verschiedenen Anforderungen gerecht werden. Zum einen muß er in der Lage sein, mit den Bildern, Symbolen und Mythen, die der Patient ihm anbietet, kreativ umzugehen. Analytische Interpretationen wären für den Patienten eine massive Kränkung. Gleichzeitig muß der Therapeut die konstruktiven Anteile des Patienten stützen und und sich selbst als Hilfs-Ich anbieten, wobei ihm hierbei das therapeutische Netz der Klinik hilft, in dem z.B. die Phantasie in künstlerische Bahnen gelenkt werden kann (Mal-, Theater-, Musik- und Tanztherapie) und der Umgang mit den Anforderungen der Realität in der Mileutherapie gefördert wird. Wichtig ist in dieser Zeit besonders, daß der Patient lernt, Vertrauen zu entwickeln und sich verstanden fühlt.

In ihren Bedürfnissen nach Zuwendung wurde Frau T. einfach erst einmal angenommen. Regelmäßig stand ich ihr zur Verfügung. Sie wurde in ihren konstruktiven Seiten, wie z.B. psychologische Fachliteratur zu lesen oder Sport zu betreiben, bestärkt und erhielt dafür die gebührende Bestätigung. Deutlich bildete sich ihre Ambivalenz heraus, indem sie zunächst alle Erlebnisse in ihr Wahnsystem hineininterpretierte. Ihre Denkinhalte kreisten hauptsächlich um die telepathische Beeinflussung, die ihre anderen Lebensinhalte bewertete und sie verlangte von mir, daß ich dem Glauben schenken sollte. Um einen Zugang zur Patientin zu finden, versuchte ich sie erst einmal in ihren Erlebnisweisen zu verstehen; deshalb arbeitete ich mit ihr gemeinsam daran, welche *Bedeutung* diese Erlebnisweise für sie hatte und woher sie derartige Äußerungen von früher her kannte. Sehr schnell fiel ihr dazu ihre Mutter ein. Gleichzeitig begann sie, mich stark zu kontrollieren, jede meiner Lebensäußerungen erlebte sie als Bedrohung, sie wollte bestimmen, was gespochen wurde, in welcher Art und worüber, was ich wahrnehmen sollte und was nicht; sie wollte, der unbewußten Identifikation mit dem Angreifer folgend, das Wahrnehmungsverbot ihrer Primärgruppendynamik wiederherstellen.

Nach *Ammon* (1982) besteht die Problematik der Therapie mit psychotisch reagierenden Patienten darin, daß diese unbewußt im Dienste des Widerstandes durch die Psychose versuchen, den Kontakt zu anderen Menschen vollkommen zu verunmöglichen. Dies geht neben starken narzißtischen Wahrnehmungsstörungen auch mit Denkstörungen einher, so daß in diesen Fällen eine mehr verbale Therapie, wie auch verbale Kommunikation schwierig ist. Daß ich dennoch auf der nonverbalen Ebene Zugang zu ihr fand, hatte ich eher einem Zufall zu verdanken. Mit stark paranoischen Patienten unternehme ich oft Waldspaziergänge. Dadurch verhelfe ich ihnen zu einem Stück Abstand von der Klinik und, wie ich bemerkt habe, verringert sich dadurch auch ihre Angst, da sie sich in »befreitem Gebiet« ungezwungener bewegen können. Auf einem dieser Spaziergänge mit Frau T. verliefen wir uns und ich fand zufällig zielgerichtet den richtigen Weg. Wie sie mir später berichtete, habe sie durch dieses konkretisch-symbolisch aufgefaßte Erlebnis überhaupt erst einmal ein Stück Vertrauen zu mir gewonnen.

Das Beispiel verdeutlicht aber auch die Wichtigkeit der nonverbalen Erlebnisweisen und Therapieformen bei diesen Patienten, die auch an unserer Klinik einen wichtigen Stellenwert besitzen, beispielsweise als Tanz-, Mal-, Musik- und Theatertherapie. Durch die künstlerischen Mittel kann der nichtbewußte Kern der Persönlichkeit also unmittelbar zum Ausdruck kommen (*Ammon, Burbiel* 1992, *Kress* 1987). So ist der Tanz eine Therapie- und Selbsterfahrungsform, in der Bewegung, Harmonie, Körperlichkeit, Musikmeditation und Psychotherapie in einen Prozeß der Kreativitätsentfaltung einmünden. Bei Frau T. wurde auch im Tanz sichtbar, wie sehr sie in ihrer schöpferischen Entfaltung eingeengt worden war, sie tanzte gleichförmig, nahm sich nur wenig Platz und wirkte in ihren Bewegungen starr und eingeengt. Ihr Körper-Ich, das sich ja in der Symbiose mit ihrer Mutter entwickelt hatte, wies einen deutlich gestörten Identitätsaspekt auf.

Einmal forderte ich sie auf, in die Einzelgespräche Bilder mitzubringen und sie brachte mir ein Bild, welches das Märchen »Rapunzel« darstellen sollte. Auf einer grünen Wiese stand ein ziemlich hoher Turm ohne Eingang, in dessen Turmzimmer das eingesperrte Rapunzel sitzen sollte. Das Bild erinnerte sehr stark an die Malweise eines Kindes und es wurde deutlich, wie weit im Denken und Fühlen die Patientin in ihre Kindheit zurückging. Nach Ansicht unseres Maltherapeuten würde man diese malerische Ausdrucksform nach der surrealen Phantasie und der diffusen Abstraktion in die dritte Phase der Kreativitätsentfaltung einordnen, was etwa dem Lebensalter der drei bis zehnjährigen entspricht (*Kress* 1987).

Inhaltlich beschäftigte sie sich mit der Beziehungsdynamik ihrer Familie, in der Art, daß sie, ähnlich wie Rapunzel, sich von ihrer Mutter in einen großen Turm eingemauert fühlte, zu dem es keinen Eingang gab, lediglich die Mutter hatte Zugang darüber, daß sie an den Haaren, die ja auch ein Sexualsymbol darstellen, zur Tochter emporkletterte; diese wiederum hofft, von diesem Turm aus durch einen Retter (sei es ihr Vater oder die Therapie) erlöst zu werden. In den therapeutischen Gesprächen wurden der Patientin diese Zusammenhänge auch deutlicher und unter dem Schutz der symbiotischen Beziehung war sie langsam auch bereit, sich anzuvertrauen. In dem Maße, wie sich ein Vertrauensverhältnis herauszubilden begann und sie zunächst die positiven Aspekte ihrer Mutter bzw. auch ihrer ehemaligen Therapeutin, auf mich zu übertragen begann, entwickelte sich eine massive symbiotische Eifersucht auf die übrigen Mitpatienten, als Abwehr der Verlassenheitsängste.

Ihre Eifersucht war dabei im Unterschied zur ödipalen Eifersucht völlig unstrukturiert, sie richtete sich gegen jeden, mit dem ich in Berührung kam, ohne daß sie ihr direkt bewußt war. Auf die vermeintlichen Rivalen übertrug sie die erfolgreichere Schwester; sie stellte sich als krank und minderwertig dar und wollte von mir immer mehr Zuwendung und narzißtische Bestätigung und mich für sich allein haben. Hierin werden wieder Aspekte ihrer Familiendynamik aktualisiert, auch der Moment, daß sie genauso eifersüchtig wie ihre Mutter war, die ebenfalls kontrollierte, daß sie weder eine Beziehung zum Vater, noch zu jemanden sonst, innerhalb oder außerhalb der Primärgruppe haben durfte.

Wie ersichtlich wird, beginnt im weiteren Therapieverlauf der Patient sich zunehmend mit dem Therapeuten zu identifizieren. Der Therapeut ist für den Patienten alles, die umgebende Gruppe wird rivalistisch erlebt, man könnte von einem beginnenden »Splitting« als Abwehrmechanismus aus dem Borderline-Spektrum sprechen. Für den Therapeuten kommt es jetzt darauf an, auch stellvertretend für den Patienten flexibel mit der Abgrenzung umzugehen, den Patienten gleichzeitig zu fordern, aber ihn auch zu verstehen. Die Konfrontation auf der konkreten Ebene muß dabei vermieden werden. Hierbei wird der Therapeut auch als versagend erlebt, der Patient hat aber die Möglichkeit, innerhalb des therapeutischen Netzes mit anderen Bezugspersonen über die dabei auftretenden Ängste zu sprechen. Bei mir rief die Patientin in dieser Zeit

eine Gegenübertragung hervor, ich begann ob ihrer Passivität zu resignieren und versuchte, aus therapeutischem Ehrgeiz, dem entgegenzuwirken, indem ich sie meinerseits immer stärker konfrontierte und unter Druck setzte, ähnlich wie die Mutter. Ihre dabei aufsteigenden Ängste wurden aber so groß, daß sie die Konfrontation als Verlassenwerden erlebte und deshalb ihrerseits den Kontakt zunächst abbrach. Zwar kam sie pünktlich zu den Einzelsitzungen, aber ihre Gedanken kreisten ständig um ihre eigene Unfähigkeit und ihr Lebensverbot, im Sinne eines massiven Widerstandes; außerdem versuchte sie, mich zu kontrollieren und zu maßregeln. Bei mir entwickelte sich aus der Gegenübertragung heraus ebenfalls ein Widerstand; ich hatte große Mühe, mich zu überwinden, um zu den Sitzungen zu erscheinen, die ich als ausgesprochen lähmend empfand. Außerdem nahm ich ihr übel, daß sie offensichtlich begann, sich bei anderen Therapeuten über mich zu beschweren; sie entwickelte eine negative Übertragung, in der sie mich als die negativen Aspekte ihrer Mutter erlebte. Zum Glück erkannte ich die Gegenübertragung durch meine Supervision, war damit wieder frei, ihre Übertragungsebene zu interpretieren, ihre Verlassenheitsängste und die Angst vor der Trennung von der geliebten Mutter.

Gleichzeitig konnte ein Teil ihrer Ängste im therapeutischen Netz der Klinik aufgefangen werden, d.h., sie konnte sich an die anderen Bezugspersonen wenden, dort über ihre Beziehung zu mir sprechen und bekam wiederum Rückmeldung von den anderen Therapeuten und den Mitgliedern der verschiedenen Therapiegruppen über ihr eigenes Verhalten, auch darüber, wie ich als Therapeutin von anderen erlebt wurde. Eigentlich war das auch der erste Schritt aus ihrer Symbiose heraus, indem sie sich gestattete, zu anderen Menschen in der Klinik Kontakt aufzunehmen. Sie begann, behutsam wieder den Kontakt zu mir aufzunehmen, wobei sie auch mir gegenüber das Wagnis vorsichtiger Kritik einging, ohne sich dabei verlassen vorzukommen. Sie unternahm dabei erste eigene Abgrenzungsschritte, die unentbehrlich für den Aufbau eigener Ich-Grenzen und damit einer eigenen Identität sind. In den nonverbalen Therapieformen stellten sich jetzt wiederum Erfolge ein, in derMilieutherapie wurde sie als Projektleiterin gewählt, in der Tanztherapie bewegte sie sich freier und nahm sich mehr Platz, in der Theatertherapie hatte sie anfangs die Rolle eines Bischofs inne, der die völlig chaotischen Zustände an einem degenerierten Hof zu segnen hatte und darüber fast verzweifelte. Auch darin spiegelten sich wieder Aspekte ihrer Familiendynamik wider. Im Verlauf wechselt sie zur Rolle der weisen alten Frau bei Rapunzel, die die Aufgabe hatte, übergreifend die Geschehnisse der Geschichte in Beziehung zu setzen; jetzt konnte sie sich bewußter mit dieser Rolle auseinandersetzen, bekam dabei sehr viel Unterstützung von der Theatergruppe, freute sich über ihre Erfolge, wurde lebendiger und offener.

Natürlich ist es schwierig, das gesamte Umfeld der Klinik in dieser Zeit zu beschreiben, Erfolge und Mißerfolge wechselten einander ab, symbiotische und neurotische Elemente waren eng miteinander verwoben; mal wagte sie

sich zwei Schritte vor, dann rutschte sie wieder einen zurück. In der Einzeltherapie berichtete sie mir ihren ersten Traum, einen Verfolgungstraum: »Sie habe geträumt, sie werden von jemanden verfolgt. Sie konnte nicht genau sagen, ob vom Vater oder von der Mutter, sie habe dann versucht, sich unter dem Tisch zu verstecken, was aber nichts genützt habe. Daraufhin sei sie auf die Straße gerannt, die Verfolger hinter ihr her und sie habe um Haaresbreite entkommen können«. Sie berichtet dazu, dieser Traum sei eine Art Schlüsseltraum gewesen und sie habe hinterher eine deutliche Erleichterung verspürt.

Nach *Ammon* taucht der Traum erst auf, wenn die Therapie dem Patienten dazu verhilft, die äußere Realität aufzubauen, und der Traum wird dann zu einem analysierbaren Geschehen. Durch die Stärkung und Unterstützung des Ich's wird der Patient befähigt, die Grenze zwischen innerer und äußerer Realität wieder herzustellen und die »eigentliche analytische Arbeit der Deutung von Traum und Übertragung kann dann ohne die Befürchtung des Ausbruchs einer psychotischen Reaktion durchgeführt werden (*Ammon* 1974). So hatte sich meinen Patientin bisher in der Realität verfolgt gefühlt, durch die telepathische Beeinflussung ihrer ehemaligen Therapeutin, hier taucht die Verfolgung erstmalig im Traum auf, als Ich-Abgrenzungsleistung.

Freud bezeichnet ja den Traum gleichsam als »normale Psychose des Menschen«. Gleichzeitig finden wir in dem Traum aber auch Aspekte der Gruppendynamik ihrer Familie wieder und auch den Trennungswiderstand, den die Patientin gegenüber ihren Eltern hat. In einem Familiengespräch, zu dem die Mutter in die Klinik eingeladen wurde, erlebte die Patienten, daß ihre Wahrnehmung über die Mutter eine veraltete Sicht war; ihr wurde klar, daß ihre Mutter sie nicht existenziell brauchte, sondern dabei war, sich eigene Erlebnisbereiche zu erschließen; z.B. arbeitet sie aktiv in der Organisation »Graue Panther« mit und daß sie keine Schuldgefühle haben brauchte, sich von der Mutter zu trennen.

Der nächste Traum der Patientin handelt von einem Kleiderschrank: »Sie habe einen Kleiderschrank gehabt, der sich immer mehr mit Sachen füllte, die sie von ihrer Mutter geschenkt bekam; immer noch mehr alte Sachen, von denen sie sich eigentlich trennen wollte, zumal der Schrank langsam überquoll. Daraufhin habe sie beschlossen, einen Teil auszusortieren, es sei aber ihre Schwester dazugekommen, die dann die aussortierten Sachen haben wollte. Deshalb habe sich Frau T. letztendlich dann doch nicht von den alten Sachen getrennt.« Im Gespräch wurde bearbeitet, wofür diese alten Kleidungsstücke stehen könnten. Sie wollte sich für das nächste Gespäch überlegen, von welchen »Sachen« sie sich trennen wollte, und welche »Guten« sie lieber behalten wollte.

Dieser Traum weist auf Entwicklung in der Persönlichkeit von Frau T. hin, sie fühlte sich nicht mehr verfolgt, sondern besaß bereits eigene Entscheidungsgewalt, setzte sich offenbar aktiver mit ihren Krankheitssymptomen auseinander.

Die Symptome in der nächsten Zeit lagen bereits mehr im neurotischen Bereich, die Patientin hatte Angst vor Versagungssituationen. An der Tafel stan-

den Zeichen, die die Pat. nicht verstand und sie mußte am Ende sagen, daß sie die Prüfungen nicht geschafft hat. Die Symptome werden hier bereits nicht mehr als ich-fremd erlebt, sondern als Störung und Beeinträchtigung der Kommunikation mit sich selbst und mit der Umwelt — hier als Arbeitsstörung. Das neurotische Symptom ist hier bereits Ausdruck eines unbewußt gewordenen Konfliktes, der ein in wesentlichen Zügen bereits abgegrenztes »Ich« bedroht.

Parallel begannen ihre sexuellen Gefühle Raum in den Einzelgesprächen einzunehmen. Sie berichtete mir, wie sie das Schlafzimmer mit ihrer Mutter teilte; wie die Mutter versuchte, der Pat. einzureden, daß Sexualität etwas Verbotenes sei, während in ihren Tagebüchern, die die Patientin zufällig fand und las, stand, daß sich die Mutter vom Vater mehr Sexualität wünschte und diese nicht bekam. Infolgedessen wurden im späteren Leben der Frau T. erotische und sexuelle Freundschaften immer kürzer, weil die Patientin voller Schuldgefühle nach dem sexuellen Akt noch des Nachts zu ihrer Mutter zurückkehrte. Nachdem sie dieses berichtete, stellte sich bei ihr ein erotisches Interesse an mir ein und sie begann, sich dafür zu interessieren, ob sie vielleicht homosexuell sei.

Bei mir stellten sich in der Gegenübertragung Panikgefühle ein, ich könnte von der Patientin vereinnahmt werden, was ja, wie sich in der Supervision herausstellte, offenbar die Angst der Patientin widerspiegelte, daß die Mutter ihre Grenzen überschreiten könnte. Nachdem ich diese Bedeutung ansprach, entwickelte sie auch erotische Gefühle zu anderen Menschen, anfangs zur Reittherapeutin, später zu einem etwas feminin wirkenden Mitpatienten, der ihr ob seiner Femininität offenbar weniger Angst machte. Damit unternahm sie bereits wieder Schritte aus der dualen symbiotischen Beziehung mit mir; ödipale Aspekte tauchten auf. Sie hatte in den Einzelgeprächen große Angst, ich könnte die Beziehung verbieten. Außerdem begann sie, in unseren Gesprächen vermehrt vom Vater zu sprechen. Sie hatte ja als Kind sehr ähnliche Seiten entwickelt wie der Vater, da sie auch als Partnerersatz für die narzißtischen Bedürfnisse der Mutter fungierte. So war sie wie er zwanghaft, pünktlich, zuverlässig, bescheiden und mit einem großen Ordnungssinn ausgestattet. Andererseits waren ihre Bedürfnisse ihrem Vater gegenüber bisher nicht bewußt gewesen, da die Beziehungen sehr stark durch die eifersüchtige Mutter kontrolliert und verboten wurden. Mit dem Patienten ging sie eine sadomasochistisch-erotisch gefärbte Beziehung ohne sexuellen Kontakt ein und sie bekam erstmalig nach sechs Jahren Pause ihre Menstruation wieder.

Die beiden waren sehr kontrollierend und eifersüchtig aufeinander und auch auf mich. Sie bestraften einander, wenn der Partner andere Kontakte hatte, entweder durch Rückzug, eifersüchtig machen oder er haute sie auf ihren Hintern. Sie waren sich im Unterschied zum Anfang ihrer Beziehung durchaus bewußt.

In dieser Partnerbeziehung findet sich auch die Dynamik der Ehe ihrer Eltern wieder, d.h., einer paranoischen, eifersüchtigen Festungsfamilie, wo derartige Auseinandersetzungen an der Tagesordnung waren. Hier erlebte sie

den Mitpatienten auch wie den Vater in seinen destruktiven Seiten, der auch die Mutter verhauen hatte. Die Beziehung der beiden wurde in ihren destruktiven Anteilen interpretiert und in ihren konstruktiven Aspekten gefördert; sie tauschten Bücher aus, malten gemeinsam Bilder, sie schenkte ihm z.B. das besagte Repunzel-Bild.

In der Maltherapie waren die von ihr gemalten Figuren nicht mehr so ineinander verschwommen, sie konnte sie klarer voneinander abgrenzen. In den Bildern tauchten auch aggressive Elemente auf, sie hatte stärkeren Kontakt zu ihren eigenen Gefühlen und malte viel freier und wilder. In dieser Zeit wurde sie auch beruflich aktiv; sie begann ein Praktikum in einer Kindertagesstätte für zwei Wochen und anschließend in einem sozialpsychiatrischen Büro, wo sie hauptsächlich sozialarbeiterische und organisatorische Aufgaben übernahm. So begann sie, sich schrittweise wieder an der Außenwelt zu orientieren, bereitete ihre ambulante Therapie vor und suchte eine Wohngemeinschaft. Zu dieser Zeit war sie bereits völlig symptomfrei. Der Mitpatient, der im therapeutischen Prozeß noch weiter zurückstand, erlebte ihre langsame Trennungsvorbereitung von der Klinik als akute Verlassenheit, reagierte verstärkt mit Symptomen. Im Unterschied zu ihr war er nicht bereit, sich offen mit den Problemen der Beziehung auseinanderzusetzen.

In ihr reaktivierte die Trennung von der Klinik, von den Mitpatienten und von mir wieder sehr starke Gefühle der Angst und der Trauer, sie konnte darüber aber offen reden. Über ihre Geschlechtsrollen-Auseinandersetzung ist sie noch im unklaren, hatte aber den Mut, sich für die ambulante Therapie ausdrücklich einem männlichen Therapeuten zu suchen. Wünsche ödipaler Art waren ja in ihrer Primärgruppe verboten, die Mutter wachte eifersüchtig darüber, daß die Patientin keine Beziehung zum Vater, zur Schwester oder zu anderen Mitgliedern der Primärgruppe aufbaute. Hatte sie sich anfangs in diesem Aspekt mit der Mutter identifiziert, so gelang es ihr im weiteren, aus der engen dualen symbiotischen Beziehung in doch zumindest einigen Aspekten herauszukommen, die Umwelt auf eine neue Art neugierig wahrzunehmen, Kontakte aufzubauen und Forderungen zu stellen.

Wie wir gesehen haben, verlief dieser Prozeß nicht kausal und linear, sondern im therapeutischen und sozialenergetischen Umfeld der Klinik und ihren verschiedenen Facetten, wobei psychotische und neurotische, symbiotische und ödipale, agierende und träumende Momente in ihrer Vielfalt einander durchwoben, aber insgesamt doch eine Richtung hin zum ödipalen erkennen ließen, und wir haben die Patientin während dieses einen Jahres psychotherapeutischer Behandlung an unserer Klinik begleitet.

Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang vielleicht, daß sie bis auf ein gelegentliches Schlafmittel keinerlei Medikamente während dieses Zeitraumes einnahm und trotzdem ihre Symptome verlor.

The Theory of the Gliding Spectrum of Psychic Disturbances — The Casuistic of a Schizophrenically-Structured Personality

Delia Püschel (Munich)

The author takes up an early statement by *Freud,* who said about a schizophrenic patient, that his healing process started by re-establishing the Oedipus-Complex — a first hint at the possibility of treating psychosis through psychotherapy. *Freud* thus regarded psychotic symptoms as shifting and so began free himself from the narrowing categories of classical psychiatry.

Based on the concept of the shift of symptoms *Günter Ammons* Dynamic Psychiatry regards the genesis, structure and dynamics of neurosis, borderline-syndrome, psychosomatic diseases, drugaddiction, destructive sexuality and psychosis as placed on a gliding spectrum. Provided the patient is treated adequately there will be a frequent change of symptoms and a development towards more health, which requires a new diagnosis.

In german-speaking countries psychiatrists have been trying for about hundred years to find new ways in diagnosing, but in spite of more and more detailed systematics they haven't been successful yet.

Today we know that it is necessary for the treatment of psychotic patient to offer a therapeutic field like the Dynamic Psychiatric Hospital Menterschwaige in Munich consisting of a network of single-, group- and milieutherapy as well as music-, dance-, theatre-, painting- and horseriding-therapy (*Ammon, Burbiel* 1992; *Schmidts* 1990).

The importance of this groupdynamic and integrative therapeutic concept can be illustrated by the therapy of a 47 year old patient, who had lived isolated with the diagnosis »paranoid-halluzinatory psychosis«. When she came to us she reported to have been telepathically extorted, threatened and subdued for years by a strange power. She thought all her actions were examined, and psychosomatic symptoms occurred, especially when she tried to find a job. Diagnostic tests show formal reasoning problems and blocades, paranoic fantasies, reduced language competence, strong ambivalence, autistic regression, disturbances of attention and concentration and most of all anxiety.

As for her family dynamics is concerned, there is significantly high symbiotic contact with her mother she shared the sleeping-room with, while her father was exiled into the kitchen. She was the substitute for her mother's partner, but at the same time felt rivalry and jealousy towards her elder and more successful sister — being the scapegoat our patient thus held the family together.

At the age of 14 she suffered from erythrophobia and regression, later from psychosomatic reactions and skincancer, then she was labeled with the diagnosis »psychiatric desintegration« and at least she tried to get help from no less than 37 different medical and psychological institutions — both ambulant and in-patient. The prognoses were mostly bad, but the patient didnt give up.

At the beginning of the analytic treatment in our hospital, the importance of the symbiosis-conflict that's behind the symptoms becomes evident — it's never been possible for the patient to get out of the symbiosis with her mother without feeling guilty — this dynamic became apparent in the singletherapy situation, when she showed a strong wish melting into one another with the therapist.

While the female therapist tried to strengthen all the contructive parts of the patient, the patient more and more tested her, if she could place confidence in the therapist, controlled her and tried to make her part of her halluzinations. During this phase the nonverbal therapies became important, especially in the dancing therapy she could experience her still repressed creative potential; the pictures made in the drawingtherapy became relevant as non-verbal expressions, the growing transference-relation showed strong symbiotic jealousy towards other patients in order to defend her fear of being left alone. The counter-transference of the therapist helped to understand the unconscious dynamic of the patient. Despite of different mechanisms of defense (idealization, projection etc.) the patient could take first steps towards an own identity, she could free herself from deficient ego-demarcation and the hallucination of being influenced from outside; she had dreams instead, was elected project-leader in the milieutherapy, moved more freely in the dancing-therapy and played a part in the theatre-therapy that represented her own groupdynamic. The dreams discuessed in the single-therapy gave decisive clues and helped her to get away from the destructive dynamics of the past. Eroticism, sexuality and oedipal problems finally became in the therapeutic process, the patient tried a cautions loverelation with another patient and her menstruation came back again after six years break. She took first steps in building up a career in the social field and increasingly dealt with the world outside. She prepared herself for an ambulant therapy with a male psychotherapist and showed none of her previous symptoms any more. Apart from occasional sleeping pills the patient has never used any psychopharmacological medication.

Even now, more than one year after leaving the hospital the patient feels good, she has no symptoms, she has moved away from her parents and works in a project for the integration of foreign children. She herself has described her way as from »telepathy to empathy«.

Literatur

Ammon, G.: (1974): Psychoanalytische Traumforschung (Hamburg: Hoffmannn u. Campe)
— (Hrsg.) (1979): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1 (München-Basel: Ernst Reinhardt)
— (1980): Ich-strukturelle und gruppendynamische Aspekte bei der Entstehung der Schizophrenie und deren Behandlungsmethodik. In: Dyn. Psychiat. (13) 429—450
— (Hrsg.) (1982): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 2 (München-Basel: Ernst Reinhardt)

— (1991): Psychotherapie der Schizophrenie — Paradigmenwechsel in Psychiatrie und Psychoanalyse. In: Dyn. Psychiat. (24) 263-276
— (1992): Neurose und Schizophrenie — Theoretische und klinische Erfahrungen und Konsequenzen. In: Dyn. Psychiat. (25) 147—159
Ammon, G., Burbiel, I.: (1992): Grundzüge der klinischen Humanstrukturellen Psychotherapie. In: Dyn. Psychiat. (25) 1—22
Buda, B.: (1991): Gedanken zur Schizophreniebehandlung. In: Dyn. Psychiat. (24) 152—159
Kress, G.: (1987): Kreativitätsentfaltung-Entwicklungsschritte des Patienten in der Maltherapie. Vortrag, gehalten auf dem 5. WADP-Kongreß.
Lemke, R., Rennert, H.: (1987): Neurologie und Psychiatrie (Leipzig: Johann Ambrosius Barth)
Leonhard, K.: (1980): Aufteilung der endogenen Psychosen (Berlin: Akademie)
Menninger, K.: (1968): Das Leben als Balance. Seelische Gesundheit und Krankheit im Lebensprozeß (München: Piper)
Nunberg, H., Federn, E.: (1967): Minutes of the Vienna Psychoanlytic Society (New York)
Roazen, P.: (1976): Sigmund Freud und sein Kreis (Bergisch Gladbach: Gustav Lübbe)
Schmidts, R.: (1990): Die integrative Funktion der Großgruppe in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige. Vortrag, gehalten auf dem 8. WADP-Kongreß.

Adresse der Autorin:

Dr. med. Delia Püschel
Elsässer Straße 28
W-8000 München 80

The Obsessive Gaze: The Logic of Narcissism in Philosophy and Post-Modern Fiction**

Gray Kochhar-Lindgren (Regensburg)*

The author refers to the important role of the mythic Narcissus in modern philosophy and post-modern fiction. Narcissism has a rigidifying influence, which does not lead to the wisdom of self-understanding but to death. The »symbolic topos« includes a paradoxon: if the appearance of Narcissus is destroyed, the object of love will also be destroyed. If not, Narcissus will die from grief of love unreturned. Only psychoanalysis, which is concerned with the enigma of human subjectivity, has a mode of »seeing darkly«, seeing with different eyes. The »clear and distinct eye« of modern philosophy since Descartes and modern literature as in the structuralism and »nouveau roman« is merely self-reflexive, nurturing self-love and self-obsession.

The figure of Narcissus haunts the twentieth century. A beautiful young man who gazes neither at the world around him nor at those who reach for him with desire, Narcissus longs only for the possession of the evanescent reflection of himself that shimmers in a glassy pond. This obsessive self-reflection leads not to the wisdom of self-understanding, which reflection so often claims for itself, but to death: Narcissus's own and that of Echo, the primary other of the tale. The narcissistic logic of this self-reflection, which is simultaneously murderous and suicidal, is a truncated symbolic dialectic that lacks the capacity to recognize that which is other than itself.

In the following presentation, I will examine the discourse on narcissism in philosophy and contemporary »post-modern« literature in order to contextualize and complement the psychoanalytic literature on the subject, and will then conclude with a gesture that might lead us beyond cultural narcissism by enacting a certain type of fictionalizing, a »darker« type of seeing than philosophy gaze of the selfsame that is so dear to the heart of Narcissus and to western culture.

Narcissus, a rather minor character metamorphosed by *Ovid* — he becomes the flower that lures Persephone to her meeting with Hades — has become mythic in stature by the historical accretion of meanings and by the fact that the narrative continues to do mythic work in postmodern culture. The background for this work goes far down into the philosophical heritage of the west, especially as what we call »modernity« begins to be constellated in Cartesianism.

Narcissus takes a slightly different shape depending upon the cultural genre — philosophy, literature, or psychoanalysis — in which he appears, but there is always reflection and self-reflexivity, the anxiety of death, and the inability to acknowledge the other as the lover, as the world, or as the otherness which fissures the self itself.

* Ph.D., Institut für Anglistik, Universität Regensburg

** Lecture given at the 9th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP / XXII. Internationales Symposium of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) April 29 — Mai 3, 1992 at the Universität Regensburg

The founding father of modernity in the philosophical vein is *René Descartes.* In his Meditations on First Philosophy (1641), observed that if he wished to gain »firm and constant knowledge in the sciences, (he) would have to undertake, once and for all, to set aside all the opinions which (he) had previously accepted among (his) beliefs and start again from the very beginning«. Already the grandiosity inherent in a narcissistic position is apparent: *Descartes* feels he must act »once and for all«; he must cast off »all« opinions and start again »from the very beginning«. *Descarts* founds modern philosophy on the fantasy that he can be the maker of a mythless metaphysics, ab initio and ex nihilo.

The founding act of modern philosophy, however, does not rest on creation from the nothing, but on a fragment of human experience, a kind of part-object, that is inflated into the basis of both certainty in the sciences and of human identity as a res cogitans, a thinking thing. In the process of formulating the cogito, *Descartes* is frightened by how easily he falls into error. As he considers the untrustworthiness of his senses, using the famous example of the wax, he complains that, »even though I consider all this in my mind without speaking, still words impede me, and I am nearly deceived by the terms of ordinary language. . .« *(Descartes).* Words interfere with the full immediacy of his indubitably true relationship with his own thinking. It is not by »seeing« but by »judging« that we say we »see the same wax« before and after it has been burned by the candle.

Continuing his remarks of his powers of perception and the likelihood that the senses will lead to error, *Descartes* invents a short fiction: »So I may by chance look out of a window and notice some men passing in the street, at the sight of whom I do not fail to say that I see men, just as I say that I see wax; and nevertheless what do I see from this window except hats and cloaks which might cover ghosts or automata which move only by springs?« *(Descartes)*

Apart from the fact that *Descartes* indeed comes to argue for his very idea of the human body as a machine — what is initially the basis for doubt later becomes a conclusion of his thinking — the images of »ghosts and automata« are quite intriguing. The ghost is the return of that which we, apparently, do not desire to return, and the automaton — incidentally — is one of *Jacques Lacan*'s central metaphors for narcissism.

In the construction of the subject which will ensure both self-identity and epistemological veracity, *Descartes* constructs a subject severed from connection with the world and from his own body. It is a terribly dissociated subject of which he writes so eloquently. The »I« of the cogito is, of course, the subject of theory; it is concocted by thinking so that theory can rest on a sure foundation. And if *Descartes* inscribes this abstract subject, this res cogitans in the center of modernity, he also labors to create like-minded readers »who would want to meditate seriously along with me, and who are capable of freeing the mind from attachment to the senses and clearing it entirely of all sorts of prejudices. . .« *Descartes,* with the logic of narcissism, must exclude differences if the certain selfsame is to be achieved.

I am not much interested in epistemological certainty or such a purgation of the senses, but I am curious about how, after being cast out of the magic circle of the res cogitans, ghosts like the world and the body return. *Descartes,* of course, makes a rational provision for the return of materiality by detouring through his argument about the necessary existence of God as a perfect, and therefore trustworthy, being. But his radical subjectification of consciousness followed by the loss of a context in which subjectivity could be grounded upon a belief in the existence of God, has generated the history of philosophical speculation from his period to our own. One attempt has followed another — from *Kant* through *Hegel, Nietzsche, Marx,* and *Heidegger* — to think beyond a solipsistic cogito towards a recovery of the body, other persons, and the world itself.

Idealism, which I am suggesting is the philosophical form of narcissism, underwent fundamental changes in the two centuries after *Descartes;* in particular, the »I« overtly replaced *Descartes*'s confidence in the otherness of God as the final regulator of Being. »What has become of the horror?« asks *Arthur Schopenhauer.* »I am, nothing else exists; sustained by me, the world reposes, in the repose that emanates from me: How should it terrify me, how should its greatness amaze me, which is never anything but the measure of my own greatness, a greatness that always surpasses it!« (quoted in *Blumenberg* 1985). The voice of Narcissus has indead become magisterial.

But *Nietzsche, Schopenhauer*'s hammer-wielding disciple, launched a scathing attack on idealism; Narcissus's voice, with its refusal of the horror of nothingness, gave way to the dithyrambs of the god who tears and is torn. In a prefiguration of *Heidegger* and the post-structuralists, *Nietzsche* overturns the idealistic tradition of *Plato, Kant,* and *Descartes,* and the momentum to re-imagine Narcissus grows, marked by the discussion of »difference«. Metaphysics, whatever that term might mean today, becomes the description of the appearance of appearance, a phenomenology of the phenomenal without the *Hegel*ian return. »Writing« — and I use the term with the specific meanings given it by *Derrida* (1976) — only swirls the water of Narcissus's pool; the self, instead of an imago dei a transcendental unity of apperception, or the Absolute Subject becomes a reflecting reflection. *Derrida* summarizes this situation: »Representation mingles with what it represents, to the point where one speaks as one writes, one thinks as if the represented were nothing more than the shadow or reflection of the representer. A dangerous promiscuity and a nefarious complicity between the reflection and the reflected which lets itself be seduced narcissistically.« (*Derrida* 1976)

»Seduced narcissistically. . .« Rather than a hierarchy of signs that was common to the metaphysic of *Plato* and *Descartes,* all representations become part of textual play, polymorphously and perversely weawing among themselves the echo of meaning. But Echo, the voiced other of the myth, remains unheard and out of sight. Narcissus, reconstellated but not completely overcome by *Nietzsche* and his successors — of whom *Freud* is one — remains busy with himself, dying for love.

Narcissus and Literature

If the threat of absolute solipsism marks the presence of Narcissus in philosophy, in literature, Narcissus's first and most abiding home, his sign is the self-reflexivity of narrative, a fictional text that swirls infinitely around itself. As *Linda Hutcheon* argues in Narcissistic Narrative, »the novel from its beginnings has always nurtured a self-love, a tendency towards self-obsession. Unlike its oral forbears, it is both the storytelling and the story told. Teiresias' warning about Narcissus' self-awareness is perhaps well directed from the start: he will live long, 'si se non noverit', if he does not know himself« (*Hutcheon* 1984).

Since its earliest manifestations, the novel has been aware of its own self-reflexive possibilities, has worked with a consciousness of what the Russian Formalists termed »baring the device«: stripping bare the structural aspects of a story as it is being told, and thereby acknowledging fiction as an artificial construct, even when the fiction poses as mimentically »real«.

Citing Tristram Shandy, Don Quixote, and Jacques le fataliste, to which I would add even earlier works such as *Apuleius*'s Golden Ass and *Petronius*'s Satyricon, *Hutcheon* observes that »one might choose to see the origins of this phenomenon (the novel's early self-consciousness) in the parodic intent of the novel, in the unmasking of dead conventions by a mirroring of them. . .« (*Hutcheon* 1984). But the mirror distorts — it refracts the light of reflection — so as to allow us to see social conventions, and even death itself, with a keener eye.

The mirror of fiction does not reflect its subject matter in a naively mimetic way. Rather fiction, by a critical unmasking of the forms of death, transforms the writer, the reader, and society. Such an unmasking is at least implicitly synonymous with an offering of an alternative to the »dead conventions« which often govern social interaction as well as the »interior« lives of individuals. One must reflectively gaze at death before there is a possibility of becoming more free in the face of the glassy-eyed stare of Thanatos. (Needless to say, such a liberation is always partical, and reading, like psychoanalysis, is interminable.)

Michael Boyd, speaking of the modernist self-reflexive novel and its successors among the nouveau roman in France and post-modernist works, makes a similar connection: »Fiction that looked at itself, that was reflexive, would not be creating yet another fictional world that needed to be related to the »real« world: it would take as its »object« the relationship between »real« and fictional worlds. . . Call it metafiction. Or call it the relexive novel, the novel about the novel — onanistically or perhaps incestuously using its own imatinative energy to sustain itself« (*Boyd* 1983).

Boyd later adds that such acts as »suicide« and »masturbation« are necessarily self-reflexive. Suicide, incest, and masturbation: all are brought into the closest conjunction within the modern narcissistic novel (where, in the Library of

Borges, Leopold Bloom sits in the tub while Quentin Compson stares out across the iron-gray waters of the Charles).

Literary theory followed, and now contributes to, the self-reflexive character of the novel. If there is nothing but language, which erases the author, and all language is self-referential, then »we« are irrevocably enmeshed within the nets of a narcissistic practice. If all discourse is ultimately self-reflexive and non-referential, and if the subject is constituted by language, then the subject is a poetic entity. Since the linguistic turn in many areas of thought, there has developed an acute consciousness of the textual metaphoricity of the subject, the subject as a field of metaphor, illusion, fiction, and myth.

Derrida, with an eye towards Narcissus, has written of the connection: »The speculary dispossession which at the same time institutes and deconstitutes me is also a law of language. It operates as a power of death in the heart of living speech: a power all the more redoubtable because it opens as much as it threatens the possibility of the spoken word« (*Derrida* 1978). Mirrors, textual or otherwise, simultaneously grant temporary identity and »dispossess« us, break us into incomprehensible fragments.

The poetic myth of Narcissus narrates a dialectic of reflection that is internally disturbed by a obsessive desire for immediacy. It is a poetic narrative that depicts a way of being that wants to destroy the surface of things, the appearances, in order to plunge into the depths and shatter the reflecting mirror completely so that the other of love — which is only apparently other — might be possessed. But a terrible paradox binds any desire that enters into this symbolic topos: if the appearances are destroyed then the apparent object of love, the image of Narcissus, will also be destroyed.

If, on the other hand, the mirror is not shattered, Echo will remain but a desolate voice and Narcissus himself will die from the grief of lover unreturned. How shall we respond to the mirror with which we are so closely identified? How shall we think, then about the fictions of representation and the representations of fiction in this era of, as *Lacan* has called it, »reason after *Freud*«?

Beyond the »Clear and Distinct« Stare of Thanatos

When we enter into the domain of »reason after *Freud*«, *we have repositioned Descartes* and therefore the entire tradition of philosophical idealism in a very different symbolic space. For *Descartes,* reason is the power of self-transparent immediacy that provides proof of God's existence as well as the grounds for the clarity of scientific method. For psychoanalysis, reason is something altogether different. It is of course *Freud* who first introduces the term »narcissism« into psychoanalytic terminology, and in so doing he ipso facto renews the significance of the poetic myth of Narcissus. And as *Hans Blumenberg,* has observed in Work on Myth, »the central mythical figures that Freud reintroduces into general circulation — Narcissus and Oedipus — are representative of the 'significance' of myth itself. For narcissism, too, is a turning back: a

turning away from the reality outside the ego, an avoidance of the expenditure involved in separation and the energy involved in existence« (*Blumenberg* 1985). This »turning back« is the very essence of reflection for both Narcissus, who exhibits only a semblance of looking outwards, and *Descartes* as a representative of the tradition of subjective idealism.

Descartes's myth, indeed the »fundamental myth« of Idealism, operates, writes *Blumenberg*, by making the terror purely cerebal, and the »malevolent demon of Cartesian doubt is the monster of a prior world of terrors that are now definitively overcome« (*Blumenberg* 1995). The »zero point« of ultimate doubt — the question of certainty gives way to the question of personal existence — becomes the beginning point of an almost impregnable armature that defends the thinking thing, the subject, from the contingent horror of existence. Whatever happens — *Descartes* can conclude as he sits »by the fire, wearing a winter dressing gown, holding this paper in (his) hands« — is simply a further assurance of his own consciousness. He forgets the fact that the conjunction of paper and fire may ignite the unexpected, what psychoanalysis calls the »unconscious«, which is not, however fervently we may wish it, a region of the »clear and the distinct.«

Psychoanalysis is concerned with the enigma of human subjectivity, and an »enigma« is, as *David Miller* notes, a »rhetorical form« like a »riddle, parable, (or) a prophetic vision«. It is a mode of seeing darkly, and to see darkly — like the Sphinx, Tiresias, or *Heraclitus* for instance — is to see with different eyes than those who — like Oedipus, Narcissus, and *Descartes* — desire above all things the »clear and distinct«. After almost a century of traversing the figural fields of those narratives profoundly concerned with sight and blindness, love and death, it will be interesting to see what figures appear next in the orb of the psychoanalytic gaze.

Der obsessive Blick: Die Logik des Narzißmus in Philosophie und post-moderner Literatur

Gray Kochhar-Lindgren (Regensburg)

Der Autor legt dar, wie Narziß, der schöne Jüngling aus der antiken Mythologie, in der Philosophie der Moderne und in der post-modernen Literatur des 20. Jahrhunderts, seine Spuren zeigt. Der Essay ist ein Versuch, die psychoanalytische Literatur zu diesem Thema — *Freud* führte den Begriff des Narzißmus in die psychoanalytische Terminologie ein — zu vervollständigen und in einen größeren Zusammenhang zu stellen.

Das philosophische Erbe des Westens, die »Modernität«, beginnt mit dem Catesianismus. *Descartes* versucht in seinen »Meditationen über eine erste Philosophie« (1641) eine mythenlose Metaphysik »ab initio« und »ex nihilo«, also aus dem Nichts und von Anfang an zu schaffen. Dieses stellt nach Meinung

des Autors eine extreme narzißtische Position dar. *Descartes* Grundlagen sind die Sicherheit der Naturwissenschaften und die menschliche Existenz als »res cogitans«, als denkende Substanz. Damit konstruiert er ein Subjekt, das von der Welt und von sich selber getrennt ist — so wie Narziß, der nur das schillernde Spiegelbild seiner selbst begehrt und die Liebe der Echo nicht wahrnehmen kann, bis seine zwanghafte Selbstbespiegelung ihn schließlich in den Tod führen wird.

Die nachfolgende Philosophie — von *Kant* über *Hegel, Nietzsche, Marx* und *Heidegger*— hat versucht, das rein solipsistische, also ichbezogene, »cogito« durch eine Wiederbewertung des Körpers, der Existenz anderer Menschen und der Welt, zu überwinden — nach Meinung des Autors vergeblich.

Der Idealismus ist in den Augen des Autors die philosophische Form des Narzißmus. War bei *Descartes* Gott der Regulator all dessen, was wahr ist, so wird bei *Schopenhauer* das »Ich« die alles erfassende Kraft. Alle dem Menschen gegebenen Kategorien der traditionellen Philosophie werden auf eine reduziert, auf das Ich; die Welt wird Wille und Vorstellung des Individuums. Die Stimme des Narziß wird — so der Autor — geradezu herrisch.

Auch *Schopenhauers* Schüler *Nietzsche* überwindet Narziß nicht. *Nietzsche,* in Vorwegnahme von *Heidegger* und dem Post-Strukturalismus, stürzt die idealistische Tradition von *Plato, Kant* und *Descartes.* Das Ich wandelt sich vom »imago dei« zur reflektierenden Reflexion, Gott ist tot, die Werte werden demontiert. Doch Narziß bleibt bei *Nietzsche* weiterhin stark mit sich selbst beschäftigt.

Derrida, der Sprachphilosoph, spricht in seinen Textanalysen von »narzißtischer Ausbeutung«, wenn alle formgewordenen textuellen Sinneindrücke in einen aus Spuren und Differenzen gewobenen Text eingearbeitet werden und der Text selbstbezüglich bleibt.

Zeigt sich Narziß in der Philosophie als Gefahr eines absoluten Solipsismus, so ist nach Meinung des Autors die Literatur sein beliebtestes Zuhause. Kreist in dieser das Subjekt doch dauernd um sich selber. Der Roman hat von Anfang an die Selbstliebe gefördert und eine Tendenz zur Selbst-Obsession gezeigt.

Russischer Strukturalismus und französischer »nouveau roman« demonstrieren dauernde Selbstbezüglichkeit des Textes, das Subjekt wird zur »poetischen Einheit«, zur Illusion, zur bloßen Metapher, zum Mythos. Der Mensch wird gespiegelt und in unzählige Fragmente zerbrochen. Es erscheinen Fiktionen von Repräsentationen und Repräsentation von Fiktion. Nach *Derrida* wird das Gesetz der Sprache das Gesetz des Individuums.

Ähnliches hat *Lacan* gemeint, wenn er das Unbewußte in sprachlichen Determinanten fassen wollte, indem er die Begriffe der Bedeutung und des durch die Bedeutung Bezeichneten einführte. Sprache konstituiert das Individuum.

Der poetische Mythos von Narziß beschreibt eine Seinsweise, die die Oberfläche der Dinge, die Erscheinungen, zerstören will. Der Autor spricht von einem symbolischen topos, dessen Paradox darin besteht, daß bei der Zerstörung der Erscheinung, des Bildes von Narziß, auch das Liebesobjekt zerstört

wird. Bleibt die Erscheinung unzerstört, stirbt Naziß aus Gram über unerwiderte Liebe.

Wie soll man dieses Paradox lösen? Lösen in einer Zeit der »Vernunft nach *Freud*«, wie *Lacan* es genannt hat. Die Lösung, dem einengenden Blick des Narziß, wie ihn die westliche Kultur verkörpert, zu entrinnen, sieht der Autor in einer »dunkleren«, anderen Art des Sehens und Verstehens, so, wie es die Psychoanalyse vorgeführt hat. Das, was jenseits der Klarheit der *Descartes*schen res cogitans auftaucht, das Unbewußte, ist Teil des Rätsels der menschlichen Subjektivität.

Mit dieser beschäftigt sich die Psychoanalyse. Der Autor schlägt vor, den in der westlichen Kultur verankerten Narzißmus mit einer anderen Sichtweise zu überwinden, einer Sichtweise, die etwa *Heraklit,* Teiresias und die Sphinx bereits besessen haben.

Literature

Blumenberg, H. (1985): Work on Myth. Trans. *Wallace, R.* (Cambridge, Massachusetts: MIT Press)
Boyd, M. (1983): The Reflexive Novel: Fiction as Critique (Lewisburg: Bucknell UP)
Derrida, J. (1976): Of Grammatology. Trans. *Gayatri Chakravorty Spivak* (Baltimore: The Johns Hopkins UP)
Descartes, R. (1960): Meditations on First Philosophy. Trans. *Lafleur, L.* (New York: Macmillan Publishing Company)
Hutcheon, L. (1984): Narcissistic Narrative: The Metafictional Paradox (New York: Methuen)
Ovid (1964): Metamorphoses. Trans. *Humphries, R.* (Bloomington: Indiana UP)

Address of the author:

Gray Kochhar-Lindgren, Ph.D.
Institut für Anglistik
Universität Regensburg
Universitätsstraße 31
8400 Regensburg

Transkulturelle Aspekte in der russischen Psychiatrie**

August M. Schereschewski (St. Petersburg)*

Der Autor spannt in der vorliegenden medizin-historischen Arbeit einen Bogen von den ersten Anfängen der Behandlung von Geisteskranken in Klöstern im Rußland des 13. Jahrhunderts bis zur Psychiatrie des 20. Jahrhunderts. Er verfolgt die Entstehung einer auch für alle modernen Rehabilitationseinrichtungen grundlegenden Einstellung, die den psychisch Kranken als Menschen sieht, für den eine Genesung und Rückkehr in seinen ursprünglichen Lebenszusammenhang möglich ist. In seiner Darstellung arbeitet der Autor besonders die vielfältigen wechselseitigen Einflüsse von russischer und westeuropäischer Psychiatrie heraus.

Das Studium der Entwicklungswege der Psychiatrie in Rußland, die transkulturellen Charakter haben, ist nicht nur von historischem Interesse, sondern eröffnet auch Möglichkeiten für die Erklärung heute existierender wissenschaftlicher Ansichten in der Psychiatrie sowie der Formen der psychiatrischen Hilfe für die Bevölkerung.

Gleichzeitig können die Informationen, die man bei der Erforschung der transkulturellen Aspekte der Geschichte der Psychiatrie erhält, eine Schiedsrichterrolle spielen bei der Verdeutlichung der Perspektiven der wissenschaftlichen und praktischen Arbeiten auf diesem Gebiet. Deswegen ist eine regelmäßig wiederkehrende Wiederholung der Analyse der Entwicklung der Psychiatrie im Zusammenhang mit der Verdeutlichung der neuen Faktoren ihres Werdens und der Bestimmung ihrer Ziele für jede konkrete Periode rechtmäßig. Ein gutes Beispiel ist das moderne klinisch-soziale Bedürfnis nach Psychotherapie. Die Erforschung der Entwicklung dieses Bedürfnisses in verschiedenen Ländern stellt eine besondere Aufgabe dar. Die humanen Aspekte in der Entstehung der Psychiatrie in Rußland im 14. und 15. Jahrhundert sind mit den religiösen Anschauungen verbunden, die durch die christlich-orthodoxe Kirche bestimmt wurden. Aus dieser Weltanschauung ging hervor, daß der Teufel, der Dämon, kurzum das Böse, für psychische Abweichungen im Verhalten eines Indidviduums in der Gesellschaft verantwortlich sei und von außen auf dieses einwirke. Die radikalen Vertreter des Katholizismus nahmen damals an, daß sich im Individuum ähnliche Kräfte befinden. Daraus folgt, daß der Mensch einerseits der Leidende ist, der des humanen Verhaltens seitens seiner Umwelt und Mitleids bedarf (*Balinski* 1858). Anderseits benötigt er harte Maßnahmen, als eine Persönlichkeit, die das Böse in sich trägt. Häufig wurde ein solcher Mensch inhaftiert, in Ketten gelegt oder vernichtet, um zu verhindern, daß sich das Böse auf andere Menschen überträgt.

So bildete sich allmählich gegenüber den Geisteskranken in Rußland das humane Verhalten der Bevölkerung, und danach das der Ärzte und des Personals in den ersten psychiatrischen Heilanstalten. Es scheint nicht zufällig zu sein, daß

* Prof. Dr. med., Abteilungsleiter am W.M. Bechterew Institut, St. Petersburg, Rußland
** Vortrag gehalten am 19. April 1991 im Münchner Lehr-und Forschungsinstitut der DAP

die Hauptkathedrale auf dem Roten Platz in Moskau »Basilij der Besessene« heißt, wo durch das ethische Verhalten den Geisteskranken gegenüber betont wird. Vor der Entstehung von Spezialheilanstalten in Rußland brachte man die Geisteskranken in den Klöstern unter, wo sie mit Gebeten zum Schutz vor dem Teufel und mit der ihren Kräften angemessenen Arbeit bedacht wurden. Solche Klöster kann man als erste Erscheinungsform der organisierten Vormundschaft der Geisteskranken in Rußland betrachten. Im 18. Jh. wurden sogar einige Klöster für die Aufnahme der Geisteskranken aus Petersburg und Moskau bestimmt (*Bashenow* 1909).

Mitte des 18 Jh. wurde vom Senat ein Erlaß für die Akademie der Wissenschaften veröffentlicht, laut dem Geisteskranke nicht mehr in Klöstern untergebracht werden durften, sondern in speziellen Anstalten (Tollhäusern), und daß dafür besondere Bedingungen geschaffen werden müßten. Dafür wurden transkulturelle Erfahrungen Westeuropas verwendet. Informationen darüber drangen durch Diplomaten zur Konferenz der russischen Akademie der Wissenschaften vor. Das erste russische Statut über den inneren Aufbau der psychiatrischen Anstalten, das in Petersburg in der Akademie der Wissenschaften ausgearbeitet wurde, setzte von Anfang an die Gründung medizinischer Institutionen mit dem Arzt an der Spitze voraus. Es wurde auf die Notwendigkeit des menschlichen Umgangs mit Geisteskranken hingewiesen, die für ihre Vergehen, ähnlich wie »kleine Kinder«, bestraft werden müssen (*Bechterew* 1910). Das Personal für die »Tollhäuser« sollte aus Soldaten a.D. gewählt werden, die durch Kämpfe verbittert sind und in den späteren Jahren ihres Lebens humaner werden. Geisteskranke sollten als Personen betrachtet werden, die zur Genesung und somit auch zur Rückkehr in die gewöhnlichen Lebensbedingungen fähig sind, was als eine der Voraussetzungen für die Entstehung der modernen Rehabilitationseinrichtungen in der Psychiatrie betrachtet werden kann. Um die Genesenden auf das Leben unter der Bevölkerung vorzubereiten, wurden in den »Tollhäusern« besondere Rehabilitationsabteilungen mit Werkstätten gegründet, in welchen sie, ihrem Zustand entsprechend, verschiedene Handwerke erlernen konnten.

In diesem Dokument erwähnte man zwei Besonderheiten in der Psychiatrie, die auch einen sozialen und transkulturellen Charakter hatten:

1. Die Notwendigkeit besonderer Aufmerksamkeit den Patienten gegenüber, die behaupten, wegen ihrer Verwandten im »Tollhaus« zu sein, weil diese sich ihres Vermögens bemächtigen wollten (d.h. die Psychiatrie wird entgegengesetzt ihrer heilenden Funktion mißbraucht).
2. Die Pflicht, Patienten bei der Entlassung aus dem »Tollhaus« ein Dokument auszuhändigen, in dem der Krankheitsverlauf erläutert ist, um die Mediziner im Falle einer ambulanten Behandlung über die Maßnahmen zu verständigen, falls sich der psychische Zustand des entlassenen Patienten wieder verschlechtern sollte (damit fängt quasi die extramurale Psychiatrie an).

Die oben genannten Bestimmungen bildeten die Grundlage für die Entstehung psychiatrischer Heilanstalten in verschiedenen Regionen in den 70er—

80er Jahren des 18. Jahrhunderts. Vereinzelt sind solche Anstalten noch wesentlich früher entstanden.

Die französischen Psychiater *Vallon* und *Marie* bemerkten, daß dank des totalitären Charakters des russischen Staates die Unterbringung und Behandlung der Geisteskranken, auch die humanen Methoden, überall innerhalb kürzester Zeit eingeführt wurden (*Gualowski* 1927). Diese Besonderheit hatte Einfluß auf die Entwicklung der Psychiatrie und wurde in der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts durch die Gründung der ersten Lehrstühle für Geisteskrankheiten in Moskau und Petersburg verstärkt. Dieser Umstand trug zur Entstehung einer einheitlichen Schule bei und ermöglichte die Ausbildung von Ärzten in verschiedenen Teilen Rußlands.

Zur Herausbildung der humanen Traditionen in der russischen Psychiatrie trug auch eine Institution wie der »Medizinische Rat« bei, der seit 1803 in Petersburg existierte und quasi die »Akademie der medizinischen Wissenschaften« war (*Konstantinowski* 1887). Hier wurden Gesetzentwürfe über Geisteskranke sowie Formen und Methoden des psychiatrischen Gutachtens ausgearbeitet. Die ersten Gesetze über Geisteskranke sind 1669 verabschiedet worden. Die Verabschiedung solcher Gesetze war das wesentlichste transkulturelle Problem der Sozialpsychiatrie. In England wurden vergleichbare Gesetze 1774 veröffentlicht, in den USA 1871, in Frankreich 1838. Mehr als 30% solcher Gesetze, die seit Mitte des 17. Jahrhunderts erlassen wurden, bezogen sich auf das menschliche Verhalten der Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken in Krankenhäusern oder im täglichen Leben. Dazu gehörten auch Gesetze, die den Schutz der Rechte und des Vermögens seelisch kranker Menschen berücksichtigten, für ihre finanzielle Unterstützung nach der Entlassung aus den Heilanstalten sorgten, sowie eine für die damalige Zeit äußerst vernünftige Verordnung über Beurteilung des psychischen Zustandes von Personen, die verschiedene Straftaten begangen hatten.

Durch die Gesetzgebung bestimmtes »vernünftiges« Verhalten gegenüber Geisteskranken forderte von den nichtärztlichen Amtspersonen in Rußland nicht nur Sachkenntnisse über ihre Leitsätze. Die hier gemachten Erfahrungen waren in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts für einige Staaten in Europa und Amerika von großem Interesse (*Leidesdorf* 1851).

Transkultureller Art bei der Entwicklung der sozialen Psychiatrie war auch das Problem der Finanzierung psychiatrischer Hilfeleistung, das auf die ständig steigenden Zahlen psychischer Erkrankungen zurückzuführen war. 1887 fand in Moskau der erste Kongreß der russischen Psychiater statt. Es war die erste ärztliche Versammlung auf diesem Fachgebiet. Auf diesem Kongreß wurde betont, daß kein anderer Zweig der Medizin solche Zuweisungen des Staates brauche wie die Psychiatrie. In Rußland wurden aufgrund der Erfahrungen anderer Länder im vorigen Jahrhundert Versuche unternommen, die Ausgaben für die Organisation und Reformierung zu bestimmen, unter Berücksichtigung der wissenschaftlichen Forderungen der psychiatrischen Krankenhäuser (*Mendelson* 1902). Staatliche Heilanstalten erhielten aus dem Staatsetat bis

zu 75% der Kosten für ihren Aufbau. Die restliche Summe, auch die für Unterhaltskosten psychiatrischer Krankenhäuser, mußten von Gemeinden getragen werden, deren Budget ohnehin spärlich war und die daher nur bedingt zahlungsfähig waren und Spenden benötigten.

Mitte vorigen Jahrhunderts sind in mehreren Städten Rußlands private Heilanstalten entstanden, deren Tätigkeit *W.M. Bechterew* später einschätzte. Er nahm an, daß diese Anstalten dank ihrer besseren Versorgung als »Versuchslabor« für die Erarbeitung neuer, für diese Zeit fortschrittlicher Methoden der Behandlung von Geisteskranken diente (*Portnow* 1970). Ende des 19., Anfang des 20. Jahrhunderts, so ein anderer bedeutender russischer Psychiater, war das die wichtigste Behandlungsform psychisch kranker Menschen in Kliniken.

Eben in solch einer Privatklinik hat der weltbekannte Moskauer Psychiater *S.S. Korsakow* als einer der ersten in Europa die Zweckmäßigkeit des Systems »offener Türen« untersucht. An der Spitze einer der größten privaten psychiatrischen Kliniken in Petersburg stand Dr. *M. Leidesdorf,* der in dieser Stadt geboren wurde. Später wurde er für den Lehrstuhl für Psychiatrie in Wien berufen (*Pusnjatschewski* 1899). In einer ähnlichen Klinik in Petersburg führte Professor *M. Balinski,* der einen der ersten Lehrstühle für Psychiatrie in Europa besetzte und noch zu Lebzeiten »Vater der russischen Psychiatrie« genannt wurde, die Methoden der Nicht-Einschränkung und einzelne Methoden der rationellen persönlich orientierten Psychotherapie ein (*Renjar* 1889).

Humanes Verhalten gegenüber psychisch kranken Menschen, das durch die Gesetzgebung vorgeschrieben wurde, war wegen der ständigen Überfüllung der Kliniken erschwert. Dies betraf verschiedene Regionen Rußlands. Allein in Petersburg war es erforderlich, den Bestand jährlich um hundert Betten zu erweitern, wenn man alle Neudiagnosen von psychischen Erkrankungen und eine entsprechende Anzahl von zugereisten Menschen berücksichtigte.

Die genannten Umstände zwangen die Psychiater unter der Leitung von *I.P. Merscheewski,* eines Schülers von *I.M. Balinski,* eine genaue Untersuchung aller Patienten in den Kliniken durchzuführen. Die Ergebnisse wurden Ende des 19. Jahrhunderts ausgewertet. Sie zeigten, daß über 30% aller Patienten keine stationäre Behandlung benötigten und unter der Bevölkerung leben könnten (*Rjul* 1840). Dies war der Grund für die Entstehung extramuraler psychiatrischer Hilfe in Rußland. Solche Versuche gab es auch in den 60er Jahren des 19. Jahrhunderts in der Nähe von Petersburg als Krankenfürsorge außerhalb der Krankenhäuser. Schon damals betonte man progressive und soziale Aspekte der extramuralen Behandlung psychisch Kranker. Später bezeichnete man diesen Aspekt als natürliche Fortsetzung der Politik der »offenen Türen«. Als obligatorisch galt die Gründung spezieller extramuraler psychiatrischer Einrichtungen, in welchen zwanglose Beschäftigungstherapie und ärztlich-erzieherischer Einfluß praktiziert wurden. Dabei wurden persönliche Besonderheiten jedes Patienten bezüglich seiner Anpassungsfähigkeit an die Lebensbedingungen in der Außenwelt berücksichtigt. Anfang des 20. Jahrhunderts

gab es in Rußland zwölf solcher Einrichtungen, die aber zum Teil nicht groß waren.

Eine wichtige Rolle bei den sozialen Aspekten in der Psychotherapie und ihrer transkulturellen Bedeutung spielte das Studium verschiedener psychischer Epidemien, die Anfang des 19. Jahrhunderts begannen. Dazu gehörten gleichzeitige Erkrankungsfälle in verschiedenen Bevölkerungsgruppen wie Krampfanfälle mit hysterischen Symptomen, Gruppensuizide und andere mehr oder weniger ausgeprägte psychopathologische Symptome. Den Kampf gegen solche Massenerscheinungen übernahm die Regierung unter Leitung von Psychiatern, die sich zuweilen an ihre ausländischen Kollegen wandten, da im Ausland ähnliche Vorfälle auftraten. In der Regel kamen sie zu den gleichen Schlußfolgerungen über die Bedeutung der sozialpsychologischen Aspekte in der ätiologischen Symptomatik der Entwicklung psychischer Störungen in den Gruppen und über ihre mögliche Beseitigung (*Schereschewski* 1972/1973).

Zu den wesentlichen Ereignissen in der Entwicklung der sozialen Psychiatrie, die eine transkulturelle Bedeutung haben, gehören die Volkszählungen der Geisteskranken, die in Rußland seit 1837 sowohl seitens des Staates als auch klinikintern durchgeführt wurden. Solche Zählungen bestimmten den Umfang der psychiatrischen Hilfe sowie den Bedarf an Ärzten und Personal für spezielle medizinische Einrichtungen. Gleichzeitig ermöglichten sie, die Anzahl der Personen mit psychischen Erkrankungen in verschiedenen Ländern in einem bestimmten Zeitraum zu vergleichen. So waren es z.B. 1837 in Deutschland, Frankreich und Rußland etwa 0,35% der Bevölkerung (Die Qualität solcher Zählungen war allerdings nicht sehr hoch) (*Stog* 1818).

Die Aus- und Fortbildung der Ärzte ist ein wichtiger Bestandteil in der Entwicklung der Sozialpsychiatrie in Rußland. Anfangs wurde eine solche Ausbildung an Lehrstühlen für Therapie durchgeführt. 1857 wurde in Petersburg in der medizinischen Militärakademie der Lehrstuhl für psychische Krankheiten errichtet. Daneben wurde die erste psychiatrische Universitätsklinik der Welt gegründet, an der regelmäßig Vorlesungen gehalten wurden und Seminare stattfanden. Hierzu gehörten auch Erfahrungen im Umgang mit psychisch Kranken und die Prinzipien bei der Organisation von Heilanstalten sowie ein Kurs über die Kontaktformen mit Personen, die unter Psychosen leiden, und über ihr Umfeld (*Vallon* 1899).

Von zentraler Bedeutung für die Ausbildung von Psychiatern waren die Universitäten in Moskau, Kasan, Kiew, Charkow, Derpt (heute Tartu), in der letzteren wurde *E. Kraepelin* zum Professor berufen. Deswegen nannten ihn amerikanische Historiker der Psychiatrie den »Russischen Gelehrten«.

Vorlesungen, die sozialpsychiatrische Fragen behandelten, waren bei der Fortbildung der Psychiater obligatorisch. Solche Kurse wurden in der Militärakademie, in anderen Universitäten, überwiegend in großen psychiatrischen Kliniken, sowie im Psychoneurologischen Zentrum in Petersburg angeboten. Nicht wenige russische Psychiater verbesserten ihre Fachkenntnisse in West-

europa. Zuweilen kamen in das Bechterew-Institut auch Fachleute aus Deutschland.

Die Entwicklung der Sozialpsychiatrie in Rußland und ihrer humanen Traditionen wurde durch die Aktivitäten verschiedener Gesellschaften, medizinischer Kongresse und Veröffentlichungen positiv beeinflußt. Im Land existierte eine »menschenfreundliche Gesellschaft«, die sich seit Anfang des 19. Jahrhunderts mit Problemen der psychisch Kranken beschäftigte (*Waradinow* 1913). Seit 1819 begann in Petersburg die Gesellschaft deutscher Ärzte ihre Tätigkeit, die sich bald mit anderen Ärzten der Stadt vereinigte. Daraus kristallisierte sich 1861 eine der ältesten Psychiatervereinigungen, die Kontakte zu nahezu allen Gesellschaften in Europa hatte (*Wiktorow* 1887). Schon die ersten psychiatrischen Zeitschriften, die in Petersburg herausgegeben wurden — »Der Bote der Psychiatrie« und »Psychiatrische Rundschau« — gingen auf die Probleme in der Psychiatrie näher ein. Praktisch alle russischen Fachzeitschriften, darunter auch die Zeitschrift »Psychotherapie«, schenkten ihre Aufmerksamkeit lange Zeit sozialen Prozessen bei der Organisierung psychiatrischer Hilfe. Der Lösung dieser Probleme wurden einige Artikel in der »Russisch-Deutschen-Zeitschrift für Medizin« gewidmet, die gleichzeitig in Rußland und Deutschland in Russisch und Deutsch herausgegeben wurde.

In meinem Vortrag befaßte ich mich mit den transkulturellen Aspekten der Geschichte der russischen Sozialpsychiatrie des 20. Jahrhunderts. Die gegenwärtige Situation gehört nicht zu meiner Thematik. Erlauben Sie mir zum Schluß, aus der russischen Zeitschrift »Moderne Psychiatrie« von 1912 etwas zu zitieren: »Zuweilen wird die Psychiatrie zum Objekte schärfster Kritik, weil es auf keinem anderen Gebiet solche Vorurteile gibt, die sogar in einer gebildeten Gesellschaft bestehen, in der oftmals derjenige als geisteskrank bezeichnet wird, der fantasiert und tobt. Und die Aufgabe des Psychiaters ist es, solche Menschen in eine Festung einzuweisen. Die Presse schlägt hier in der Regel unnötig Alarm und Allgemeinärzte betrachten das Vorhandensein von gesundem Menschenverstand als einen ausreichenden Grund, um eine geistige Störung zu diagnostizieren. Dies wird durch die Inkompetenz der Legislativen Gewalt, die die Psychiatrie mit Gesetzen regelt, noch begünstigt.«

Transcultural Aspects in Russian Psychiatry

August M. Shereshevsky (St. Petersburg)

Upon beginning his paper, the author points out the fact that dealing with transcultural aspects of the history of psychiatry is not only of interest to historians, but can also open new vistas for the understanding of current problems felt in psychiatry.

Shereshevsky's article spans the beginnings of psychiatric therapy in 13th century Russia until the 20th century. The orthodox church in the late middle

ages saw the psychically ill as people possessed by diabolical powers. Before special sanatoriums were founded, the mentally ill were accommodated in monasteries, where they were treated by prayer und activities suited to their abilities. In the mid-18th century, and under Western European influence, the mentally ill had begun to be accommodated in special madhouses. The personnel of these first bedlams consisted of retired soldiers. The mentally ill were regarded as people for whom a recovery as well as a return to their living conditions was possible. This attitude is presented by the author as a fundamental prerequisite for the emergence of modern rehabilitation institutions.

The emergence of the first psychiatric sanatoriums can be dated to the second half of the 18th century. Because of the centralistic form of government of the Russian state, the new and humane forms of treatment for the mentally ill were soon widely practiced. The first laws concerning the treatment of the mentally ill regulating, among else, the protection of their rights and of their property — were passed as early as 1669 in Russia. England followed suit in 1774, France in 1838, and the United States in 1871. In the mid-19th century, private sanatoriums were founded in several Russian cities. According to the assessment by *Bechterev,* formulated at a later date, the well equipped institutions soon became experimental fields for progressive forms of treatment, such as the newly introduced system of the »revolving door« practiced by the Moscow psychiatrist *Korsakov. Leidesdorf* headed one of the largest private psychiatric clinics in St. Petersburg before commencing his work in the academic field as professor for psychiatry in Vienna.

Large-scale studies led by Professor *Mersheewsky* showed that over 30% of all cases in psychiatric wards do not actually need to be treated as in-patients. This was subsequently the impetus for the development of extra-mural psychiatric treatment into which occupational therapy and educational measures were integrated.

A scientific exchange between Russian psychiatry and its exponents in Western Europe began in the first half of the 19th century, which not only delved into psychiatric epidemics but also surveyed statistical data. The number of the mentally ill, for instance, amounted to approximately 0.35% of the population in Germany, France, and Russia.

Kraepelin initially worked as professor at the University of Dorpat (Tartu in Estonian), which is why American medical historians refer to him as a »Russian scholar«. Many Russian psychiatrists rounded off their professional knowledge in Western Europe. *Bechterev's* clinic was visited by German doctors in exchange.

The Petersburg Association of Psychiatrists, founded in 1861, evolved from the society of German doctors which existed sinse 1819. In the twenties, the »Russisch-Deutsche Zeitschrift für Medizin« (Russian-German Medical Journal) was a forum for — among else — psychotherapeutic problems.

Literatur

Balinski, I.M. (1858): Die Skizzen zur Psychiatrie. St. Petersburg
Bashenow, N.N. (1909): Die Geschichte des Moskauer Dollhauses, des heutigen Moskauer »Verwaltungs«-Krankenhauses für Geisteskranke. Moskau
Bechterew, W.M. (1910): Über das Heranziehen der privaten Wohltätigkeit zur Frage der Versorgung der Geistes- und Nervenkranken. St. Petersburg
Gualowski, W.A. (1927): Professor E. Kraepelin und die russische Psychiatrie. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie (88) 180—186
Konstantinowski, I. (1887): Die russische Gesetzgebung über die Geisteskranken, ihre Geschichte und ihr Vergleich mit den ausländischen Gesetzgebungen. St. Petersburg
Leidesdorf, M. (1851): Zweijähriger Bericht über die Privatanstalten für die Geisteskranken. St. Petersburger Medizinische Zeitung Rußlands, (23) 178—182
Mendelson, A. (1902): Die Legende der Geisteskranken in St. Petersburg. Russischer Arzt (2) 62—63, (3) 102—106
Portnow, A.A.; Schereschewski, A.M. (1970): Einige Fragen der Geschichte der St. Petersburger Gesellschaft für Psychiater. Zeitschrift für Neuropathologie und Psychiatrie S.S. Korsakow (9)
Pusniatschewski, A.I. (1899): Historische Auskunft über das Aufseherpersonal bei den Geisteskranken in Deutschland. Rundschau für Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie (1) 24—32
Renjar, P. (1889): Geistesepidemien. St. Petersburg
Rjul, I.F. (1840): Versuch einer statistischen Rundschau über die Zahl der Besessenen von verschiedenen Geisteskrankheiten in Rußland. St. Petersburg
Schereschewski, A.M. (1972/73): The Development in Russia of I.M. Balinski's idea of »No Restraint« of the Mentally ill — in soviet neurology and psychiatry. Journal of Translations (3—4) 52—60
— (1978): Die Gründung in Rußland der ersten speziellen Anstalten für Geisteskranke. Zeitschrift für Neuropathologie und Psychiatrie S.S. Korsakow (1) 132—134
Stog, A. (1818): Über die gesellschaftliche Versorgung in Rußland. St. Petersburg
Vallon, Ch.; Marie A. (1899): Les aliens en Russie. Moneverain
Waradinow, N. (1913): Medizinischer Rat. St. Petersburg
Wiktorow, P.P. (1887): Zur Frage der landständisch-medizinischen Versorgung der Geisteskranken im Moskauer Gouvernement. Veröffentlichungen der ersten Tagung der vaterländischen Psychiater. St. Petersburg

Adresse des Autors:

Prof. Dr. med. August M. Schereschewski
Psychoneurologisches Institut W.M. Bechterew
ul. Bechterewa 3
193019 St. Petersburg
Rußland

Die Deutung des Traumes in der Antike**

Roland Pauler (München)*

Der Autor gibt einen Überblick über die wichtigsten philosophischen Positionen, die sich mit der Bedeutung des Traumes und seiner Interpretation in der Antike auseinandersetzen. Er beschreibt Vorstellungen zum Traumverständnis in Ägypten und in der frühen Antike, wo der Traum vor allem divinatorische und prophetische Bedeutung hatte. Ausführlich geht er auf die Traumtheorie des Artemidoros von Daldis ein. Differenzierte Auffassungen finden sich auch in anderen antiken Philosophenschulen. Als bedeutsam erweisen sich hier vor allem die therapeutischen Ansätze von Pythagoras, die bis hin zu einer Schlaf- und Traumtherapie gehen, und die Überlegungen von Aristoteles, der in seiner Modellvorstellung das Wesen der Träume in den geistig-seelischen Bereich verlegt. Damit finden sich Anklänge zum Stellenwert des Traumgeschehens in der Psychoanalyse.

Der Dichter-Philosoph *Chuang-Tzu* stellte im 4. Jahrhundert vor Christus eines Morgens beim Erwachen folgende Überlegung an: »Heute Nacht habe ich geträumt, ich sei ein Schmetterling. Woher weiß ich jetzt, ob ich ein Mensch bin, der glaubt, geträumt zu haben, ein Schmetterling zu sein oder ob ich ein Schmetterling bin, der geträumt hat, ein Mensch zu sein?« Treffender kann man kaum ausdrücken, daß Träume als Realität empfunden werden können, auch wenn sie der Realität des wachen Menschen diametral entgegenzustehen scheinen — ein Mensch ist nun mal kein Schmetterling. Eine ähnliche Analogie hat *Blaise Pascal,* der bekannte Philosoph, Mathematiker und Physiker des 17. Jahrhunderts gefunden, der die Hypothese aufstellte, ein König, der 12 Stunden des Tages träume, ein Handwerker zu sein, sei ebenso glücklich, wie ein Handwerker, der 12 Stunden am Tag träumt, er sei König. Zu allen Zeiten haben Menschen zumindest erahnt, daß Träume eine andere Welt des Menschen seien, in irgendeiner Beziehung zu ihrem Dasein stünden und Auswirkungen auf dieses haben könnten. Es stellte sich also die Frage: Warum träume ich, ein Schmetterling zu sein? Zu allen Zeiten differierten allerdings die Vorstellungen, die man über den Traum entwickelte, schon innerhalb der Epochen selbst ganz gewaltig, denn dieses Phänomen war und ist durch menschliches Denken nicht gänzlich erfaßbar; seine Deutung geschieht in Abhängigkeit von kulturellen und gesellschaftlichen Gegebenheiten sowie der Geisteshaltung des einzelnen, der sich mit ihm befaßt. Die Deutung des Ursprungs des Traumes und seiner tieferen Bedeutung für den Menschen ist gewissermaßen ein Spiegel der Geisteshaltung einer Gesellschaft und des einzelnen.

In der antiken Literatur gab es kaum ein umfangreicheres und bekannteres Werk, in dem nicht in irgendeiner Weise Träume eine Rolle gespielt hätten, fast jeder bedeutende Philosoph hat sich in einem seiner Werke mit dem Phänomen Traum auseinandergesetzt, und eine Fülle von Votivtafeln, deren In-

* Dr. phil., Priv. Doz., Institut für Mittelalterliche Geschichte an der Universität München
** Vortrag gehalten am 24. Mai 1992 im Münchner Lehr- und Forschungsinstitut der DAP

schriften den Dank an eine Gottheit für die Zusendung eines Traumes zum Inhalt hatten, zeigen die Wichtigkeit der Träume für das tägliche Leben der Menschen.

Den Forschungen *Freuds* und der Weiterentwicklung seiner Ideen verdanken wir, daß im Traum heute Manifestationen des Unbewußten oder Vorbewußten erkannt werden, die in ursächlichem Zusammenhang mit der Psyche des Träumenden stehen, daß offensichtliche Gegensätze zwischen dem Traumtext und der Lebensart des Träumenden verstehbar werden können. In anderer Hinsicht stehen wir dem Phänomen Traum trotz experimenteller Traumforschung fassungslos gegenüber: Wie entsteht ein Traum? In der Antike hatte man dieses Problem schon in vielfältiger Weise gelöst, doch ist dieses »Wissen« einerseits in Vergessenheit geraten, andererseits verlocken uns als aufgeklärte, rationalistische und wissenschaftsgläubige Menschen die antiken Lösungen des Problems eher zum Schmunzeln, als zur kritischen Diskussion oder gar Übernahme. Aber bevor ich derartige Erklärungsmodelle vorstelle, will ich zunächst über den Umgang mit der »Welt des Traumes« in der Antike informieren.

Die ältesten, spärlichen Zeugnisse für Traumdeutung finden wir schon in ägyptischen Papyri aus der Zeit um 2000 vor Christus und seitdem ist eine Beschäftigung mit Träumen in nahezu jedem Kulturkreis bis zur Gegenwart faßbar. Der große Unterschied zur modernen, heutigen psychoanalytischen Traumdeutung besteht darin, daß man den bedeutungsvollen Traum größtenteils nicht in der Psyche des Menschen verankert, sondern als von Gott gesandt wähnte — entsprechende Gegenbeispiele werde ich noch vorführen. Die Bibelfesten werden sich erinnern, daß Gott im Alten Testament seinen Propheten durch Träume und Visionen seinen Willen und hin und wieder auch die Zukunft kundgetan hat. Der divinatorische Traum fungierte als eine Art Bote Gottes im Verständnis der Menschen, worüber wir nicht allzusehr lächeln sollten, denn auch *Carl Gustav Jung* schrieb über Träume, die tatsächlich in Erfüllung gehen, daß ein gläubiger Mensch mit der Möglichkeit rechnen müsse, daß Gott sich mit Träumen an ihn wende. Wie allein schon die parapsychologische Forschung zeigt, existieren divinatorische Träume tatsächlich, und eine bessere Erklärung als die des Wirkens Gottes oder anderer außerirdischer Mächte hat man dafür trotz zahlreicher Bemühungen schon in der Antike bis heute noch nicht gefunden. Träume konnten nicht nur beim einzelnen, sondern auch bei Menschen, die in irgendeiner Beziehung zum Träumenden standen, Emotionen auslösen, wie sie heute unvorstellbar wären, weil man in ihnen eben Nachrichten von Gottheiten sehen konnte oder wollte, die für die Gesamtheit der mit dem Traum in Verbindung Stehenden relevant waren. So lösten Träume in der Antike auch häufig Handlungen aus; Josef zog z.B. aufgrund einer Warnung in einem Traum mit seiner Familie nach Ägypten, und verschiedene Tempel und sogar Städte verdanken einem Traum ihr Entstehen.

Auch in der Antike war man allerdings keinesfalls so naiv, zu glauben, ein jeder Traum sei von Gott gesandt, und so finden wir im Alten Testament

neben Zeugnissen für den Glauben an ihren prophetischen Wert folgende Kritik: »Der Unverständige hegt eitle und trügerische Hoffnungen. Träume regen nur Toren auf. Wie einer, der Schatten greift und den Winden nachjagt, so ist der, der sich auf Träume verläßt. . . und nur was du erwartest, bildest du dir ein.« Die enge Verbindung zwischen Wunschdenken und Traum, die auch in der Psychoanalyse anerkannt wird, war bereits in der Antike geläufig. Ähnlich wie in der jüdischen Kultur unterschied man auch in Griechenland und im römischen Reich zwischen divinatorischen, von den Göttern gesandten, und trügerischen Träumen. *Homer* bezeichnete sie im jüngsten Teil der Odyssee als eigenes Geschlecht von Wesen, die in der Gegend des Sonnenuntergangs ihren Wohnsitz haben. Sie kommen aus zwei Toren: die wahren aus einem hörnernen, die falschen aus einem elfenbeinernen. In *Hesiods* Theogonie gelten Träume als Kinder der Nacht, ein besonderes Geschlecht von göttlichen Wesen. Hermes, der Götterbote, der den Menschen auch den Schlaf bringt, ist ihr Führer. Die untrennbare Verbindung mit dem Schlaf und der Nacht führte von selbst darauf, den Träumen ihren Aufenthalt in der Unterwelt zuzuweisen. Die Personifizierung der Träume als Götter scheint allerdings vor allem ein Produkt der dichterischen Phantasie gewesen zu sein, während sie im Volksglauben kaum verwurzelt war — auch bei den Dichtern erscheinen Träume letztlich nur im Dienst anderer Götter und handeln nie eigenständig nach eigenem Willen.

Eine besonders interessante und amüsante Version über den Aufenthalt der Träume bietet *Lukian* aus Samosate (im 2. Jahrhundert nach Christus), der ihren Wohnsitz auf eine phantastische Insel im Ozean verlegte. In seinen »Wahren Geschichten« nähert sich ein Narrenschiff dieser Insel, entfernt sich jedoch desto mehr von ihr, je mehr sich die Reisenden anstrengen, sie zu erreichen. Es existieren nicht nur zwei Traumpforten, wie in der Odyssee, sondern vier: neben den bereits bekannten aus Horn und Elfenbein für wahre und falsche eine aus Lehm für die obszönen Träume und eine aus Eisen für die Alpträume. Im Zentrum der Insel stehen die Tempel der Wahrheit und Täuschung. In der Mitte von beiden thront der Sophist *Antiphon,* der Begründer der griechischen Traumdeutung und Verfasser des ersten griechischen Traumdeutungsbuches, und verkündet seine Deutungen. Die Träume, so fährt *Lukian* fort, sahen sehr verschieden aus: »Einige waren groß, schön, wohlgeschaffen, andere waren klein und häßlich; einige schienen aus Gold zu sein, andere hingegen waren armselig und minderwertig; einige unter ihnen waren gekleidet wie für eine Prozession, wie Könige, wie Götter.« *Lukians* Biographie ist interessanterweise von einem Traum bestimmt. Er, der Bildhauer werden sollte, hatte geträumt, daß die Künste der Bildhauerei und Literatur miteinander kämpften, wobei die der Skulptur besiegt wurde. *Lukian* wurde daraufhin Schriftsteller. Seine Schilderung der Trauminsel entspricht sicher nicht seinen realen Vorstellungen, sondern ist eher als eine Allegorie zu verstehen, die die Vielfalt der Träume, die Schwierigkeit ihrer Deutung und den blinden Glauben an sie, personifiziert durch das Narrenschiff, veranschaulichen sollte. Bemerkenswert ist zudem, daß

die Träume ein Eigenleben führen, sich dem Menschen entziehen, auch wenn er sich ihnen nähern will, von ihm nicht zu beeinflussen, aber deutbar sind. Derartige Vorstellungen von einer Eigenexistenz der Träume dürften der Traumerfahrung der Zeit entstammen. Wie anders, als durch eine Eigenexistenz und Lenkung durch Götter wären die kollektiven Träume erklärbar gewesen, über die wir mehrere Berichte aus der Antike besitzen. Ein besonders hervorstehendes Beispiel berichtet uns *Philarchos:* die Magistraten der Sybarer, die die Gesandten der Krotonianer hingerichtet und dadurch ein Sakrileg begangen hatten, hätten allesamt in einer Nacht geträumt, daß die Göttin Era mitten auf dem Stadtplatz Galle erbrochen habe. Es handelte sich um ein trauriges Vorzeichen dafür, daß die Stadt kurz danach von den Krotonianern vernichtet wurde. Zwar ist die Erzählung im nachhinein geschrieben und folgte dem Schema, daß dem Bruch eines Tabus, der Tötung von Gesandten, die Rache der Götter folgte, doch ist es für die Traumerfahrung der Zeit bezeichnend, daß die Strafe durch einen kollektiven Traum angekündigt und in gewissem Sinne gleichzeitig gerechtfertigt wurde. Hätte es diese Erfahrung grundsätzlich nicht gegeben, wäre die Erzählung unglaubwürdig geworden. *Artemidor,* der als Traumforscher ersten Ranges gelten kann, sprach im 2. Jh. nach Christus von kollektiven Träumen wie von einem normalen Phänomen und von wahren Traumepidemien in kritischen Augenblicken des öffentlichen Lebens.

Die Vorstellung, daß Träume ebenso wie Orakel und die sog. Zeichen Mitteilungen der Götter seien, wurzelte im Gegensatz zur Personifizierung tief im Volksglauben, und das nicht nur im Aberglauben der breiten Massen, sondern in allen Kreisen der Gesellschaft. Selbst unter den gebildedsten Männern wagten sich nur diejenigen dieser Überzeugung zu entziehen, für die der althergebrachte Götterglaube sowieso schon seine Bedeutung verloren hatte. Ein beredtes Zeugnis für die Angst vor Unheil verkündenden Träumen, sind die Maßnahmen, die man ergriff, um deren Erfüllung durch religiöse Zeremonien zu verhindern. Man suchte das hauptsächlich dadurch zu bewirken, daß man den Traum dem Sonnengott erzählte, wahrscheinlich damit der die unheilvollen Schreckgestalten der Nacht vernichte, oder dadurch, daß man Unheil abwendenden Göttern opferte. Auch das bloße Benetzen mit Wasser, welches ohnehin bei jeder Opferung als Zeichen der Reinigung erforderlich war, scheint man als wirksam angesehen zu haben, um der Erfüllung eines bösen Traumes vorzubeugen.

Gleichzeitig war man bestrebt, auch Positives für die Zukunft aus Träumen zu erfahren und bemühte sich sogar, Träume künstlich hervorzurufen, z.B. wenn man Heilung von einer Krankheit suchte. Das bekannteste und interessanteste Beispiel hierfür ist der Tempelschlaf. Ein Kranker legte sich nach einem von den Tempelpriestern festgelegten Vorbereitungsritus in einem Tempel zum Schlafe nieder, der einer Heilung bringenden Gottheit geweiht war, z.B. dem Asklepius oder dem Serapis. Der Ritus bestand u.a. in Fasten, Vermeidung von Speisen, die Turbulenzen im Körper hervorrufen konnten, und Gebet bzw. Meditation. Erschien dem Kranken nun die Gottheit lächelnd im

Traume, so konnte der Kranke seiner Errettung sicher sein. Bisweilen eröffneten die entsprechenden Gottheiten dem Kranken die Heilung bringende Medizin, und der bekannte Arzt *Galen* hat sogar nach den Weisungen eine Traumes eine Operation durchgeführt. Derartige medizinische Anordnungen wurden von Priestern und anderen zu fernerem Gebrauch in umfangreichen Sammlungen aufbewahrt, in die auch so manches eigene Rezept der Sammler Eingang gefunden haben dürfte.

Weihetafeln zeugen dafür, daß Traumgesichte recht häufig Anlaß für Opfergaben an Göttern waren, sei es daß man ihnen die Gesundung verdankte oder daß in verschiedensten Angelegenheiten durch Träume Trost gespendet, Rat gegeben oder die Zukunft vorausgesagt worden war. Angesichts dieser, von Hoffnung erfüllten Einstellung zum Traum, verwundert es nicht, daß das Gewerbe der Traumdeuter Hochkonjunktur hatte; man fand Trauminterpreten in der Nähe von Heiligtümern oder auch auf den Märkten jeder größeren Stadt, wo sie sich im wahrsten Sinne des Wortes vermarkteten. Erhalten ist uns das für den kommerziellen Wert der Traummantik höchst interessante Reklameschild eines Traumdeuters des Serapion von Saqqara. Das Bild zeigt einen Stier neben einem Opferaltar: Offensichtlich ist es die tierförmige Darstellung des Gottes Apis. Die Inschrift lautet: »Ich deute Träume; von Gott habe ich diesen Auftrag erhalten. Viel Glück! Der Deuter ist Kreter.« Ursprünglich galt die Fähigkeit, Träume zu deuten, als eine Begnadung durch die Gottheiten, die diese den Menschen sandten. Zumindest in der griechischen Kultur kam dieser Beruf mit der Zeit in Verruf, da vielfach Scharlatane damit ihren Lebensunterhalt verdienten — es gab u.a. sogar Jahresabbonements für Traumdeutung. Doch gab es auch Traumdeutung, die einen gewissen Anspruch auf »Wissenschaftlichkeit« erheben konnte, dies vor allem im Hinblick darauf, divinatorische Träume von nichtssagenden zu unterscheiden. Auf einer niedrigeren Stufe stand die Traumdeutung allein aufgrund von empirischen Erkenntnissen, d.h. von Erfahrungen über Träume und deren Erfüllung. Höher geschätzt wurde sie, wenn auch die Umstände, die zu einem Traum führten, vor allem die Geschehnisse des Tages, in die Traumdeutung einbezogen wurden. Der wichtigste Schritt zu Traumdeutung war jedenfalls in beiden Fällen die Unterscheidung von bedeutungsvollen und nichtigen Träumen.

Kriterien zu einer solchen Unterscheidung finden wir am ausführlichsten bei *Artemidor*, der im 2. Jahrhundert nach Christus u.a. schrieb: »Man muß wissen, daß jeder von den im Traum erscheinenden Göttern die ihm eigentümliche Kleidung tragen muß, ohne sie zu ändern oder abzulegen; auch müssen sie die Waffen tragen, die ihnen nach allgemeiner Ansicht zugehören; denn sonst täuschen sie und geben trügerische Vorhersagen.« Gläubige, die z.B. heilbringende Erscheinungen des Asklepios geträumt hatten, bestätigen, daß ihnen der Gott wohlgesinnt und lächelnd erschienen sei, »so wie die Statuen, die sie gesehen hatten.« Es gibt also eine enge Beziehung zwischen Traum und Darstellung. Diese Beziehung ist zweifach und wechselseitig. Eine Statue oder ein Bild beeinflußt den Traum des Gläubigen, denn nach ihr formt der Schla-

fende das Bild der Gottheit, die ihm im Schlaf begegnet. Der Traum wiederum beeinflußt die Ikonographie, denn er bestätigt die Richtigkeit einer Götterdarstellung oder modifiziert sie sogar, wenn z.B. eine durch den Traum leicht abgewandelte Göttergestalt einen in Erfüllung gehenden Traum verkündete.

Die Entstehung von nichtigen Träumen schrieb man einerseits übermäßiger Nahrungsaufnahme zu, andererseits einem Weiterwirken von Gedanken oder Tätigkeiten, die den Menschen vor dem Einschlafen beschäftigt hatten. Der Traumtext wird auch heute noch von Psychoanalytikern in engem Zusammenhang mit den Ereignissen und Gedanken des Vortages in Verbindung gebracht, weil die Traumerfahrung damals wie heute keine Zweifel daran läßt, daß ein Traum in engem Zusammenhang mit den körperlichen und geistigen Ereignissen des Vortages stehen kann.

Für den Gebrauch des Staates wurden Träume im Gegensatz zum Mittelalter seltener herangezogen, weil im Falle des Bedürfnisses nach Zukunftsweisung Vorzeichen leichter aus Opfertieren, Orakeln oder dem Vogelflug zu entnehmen waren. Auch wenn man in den sog. Traumorakeln den Versuch gemacht hat, Träume nach Belieben hervorzurufen, sind diese immer in ihrer Anwendung beschränkt geblieben und wurden mehr von Privatpersonen, als von Staatsmännern gebraucht. Das lag daran, daß man Träume aufgrund ihrer Mannigfaltigkeit, nicht so leicht in ein festes System bringen konnte, wie die anderen Vorzeichen und die Richtigkeit der Deutung nicht zu gewährleisten war. Dennoch hat man in Einzelfällen ganz bedeutsam erscheinende Träume für Angelegenheiten des Staates in Betracht gezogen. *Alexander der Große* wurde z.B. stets von einem Traumdeuter begleitet.

Der bedeutendste Traumdeuter der Antike war *Artemidoros* von Daldis. Er war durchdrungen von der Überzeugung, daß eine zuverlässige Auslegung der Träume von höchster Wichtigkeit für die Menschen sei und hat keine Mühe gescheut, sich in Theorie und Praxis in der Traumdeutung auszubilden. Er sammelte alle Schriften, die bis in seine Zeit über Traumdeutung entstanden waren und befragte auf Reisen durch Asien, Griechenland, Italien und die Mittelmeerinseln Traumdeuter jeglichen Ansehens, um Kunde von Träumen und ihrer Erfüllung zu erlangen. Außerdem wollte er die eigentümlichen Sitten und Gebräuche der verschiedenen Länder und Völker kennenlernen, die nach seiner Ansicht, die uns heute auch nicht fremd ist, für die Auslegung der Träume in Betracht gezogen werden mußten. Sein gewaltiges Werk gliedert sich in fünf Bücher, von denen die ersten beiden die eigentliche systematische Behandlung der Traumdeutungskunst bilden. Nach einer kurzen theoretischen Einleitung organisiert er die Auslegung aller einzelnen Traumerscheinungen so, daß diese nach Gegenständen systematisch geordnet werden: Geburt, Wachstum, Tod des Menschen, Körper und seine Teile etc. Das dritte Buch gibt dazu Nachträge über weniger wichtige Einzelheiten. Das vierte Buch soll der Erläuterung der vorhergehenden dienen, indem es Einzelheiten ausführlicher behandelt. Im fünften Buch bietet *Artemidoros* gewissermaßen die Belege zu seinen Lehren durch seine Sammlung von Träumen nebst deren Erfüllung.

Die bedeutungslosen Träume, d.h. solche, welche Dinge darstellen, mit denen sich der Träumende im Wachen beschäftigt hat, und solche, welche in unklaren, widernatürlichen Erscheinungen bestehen, hält er für die Folge von unvernünftigen Begierden oder übermäßiger Furcht, von Überfüllung oder Mangel. Daher rühre es auch, daß ein Mensch, der gut und verständig lebt, dergleichen Träume nie hat. Die bedeutsamen Träume hingegen werden von den Gottheiten geschickt, und da dieses von *Artemidoros* als sicher gesetztes Faktum die weissagende Kraft der Träume ausreichend begründet, kommt es ihm im Gegensatz zu einigen Philosophen nicht in den Sinn, ob die Seele selbst ihrer Natur nach eine prophetische Kraft besitzt, oder ob sich ihr Traumzustand aus einer anderen Ursache ergibt. Einen Einfluß der Zeitumstände auf den Traum nimmt *Artemidoros* nicht an, wohl aber einen der Nahrung. Eine Erklärung, warum sich ein bestimmter Traum in einer bestimmten Weise erfüllen müsse, kann und will er nicht geben, sondern betont, daß es sich nur um empirische Erfahrungswerte handle. Eine Angabe von Gründen durch irgendwelche Traumdeuter soll nach seiner Auffassung nur den Schein größerer Erkenntnis erwecken.

Wichtig für die Traumdeutung war es also, zunächst festzustellen, ob ein Traum wirklich ein Objekt der Deutung bilden könne, also eine Scheidung zwischen prophetischen und bedeutungslosen Träumen vorzunehmen. Bei *Artemidor* und *Macrobius*, der um 400 nach Christus geschrieben und die Traumforschung des Mittelalters nachdrücklich beeinflußt hat, ist übereinstimmend folgende Einteilung der Träume überliefert: Somnium, visio, oraculum, insomnium und phantasma. Somnium ist nach *Artemidor* ein Traum, der die Zukunft, insomnium der, der das Gegenwärtige anzeige. Phantasma ist die Erscheinung unnatürlicher Gestalten im Zustand zwischen Wachen und Schlafen, wozu auch der Alptraum gehört. Oraculum ist eine offenkundige Mitteilung über die Zukunft, welche eine im Schlaf erscheinende, bedeutende und achtenswerte Person oder Gottheit macht. Visio heißt die unmittelbare Erscheinung dessen, was dann in Wirklichkeit geschieht, somnium hingegen ist eine unter einem Bilde versteckte Darstellung der Wirklichkeit, deren eigentlicher Sinn nur durch Auslegung gefunden werden kann. Eine ganz sichere Unterscheidung zwischen bedeutungsvollen und bedeutungslosen Träumen gibt es nicht.

Hinsichtlich der Deutung werden die Träume unterschieden als eigene, fremde, gemeinsame, öffentliche und kosmische, je nachdem ob im Traume mit der eigenen Person des Träumenden oder mit anderen oder mit öffentlichen Gebäuden etwas geschieht. Es wurden Regeln aufgestellt, nach denen entschieden werden konnte, worauf sich ein Traum bezöge. Außerdem wurden für die Auslegung der Träume sechs Grundbegriffe angenommen, nämlich Natur, Gesetz, Sitte, Zeit, Kunst und Name, da alles Geschehen entweder der Natur, dem Gesetz oder einem Gebrauch gemäß innerhalb einer gewissen Zeit und mit oder ohne bestimmte Fertigkeit zustande kommt und jedes Ding seinen Namen hat. Als Regel wurde angenommen, daß alles, was im Traum

seiner Natur entsprechend zu geschehen scheint, von guter, im entgegengesetzten Fall von übler Vorbedeutung sei.

Wichtig für den Traumdeuter war die Kenntnis von Sitten und Gebräuchen der Gegend des Träumenden, dessen Stimmung, ob seine Träume für gewöhnlich in Erfüllung gehen oder nicht. Der Traumdeuter mit wissenschaftlichem Ehrgeiz mußte sich von allen Einzelheiten genaue Kenntnis verschaffen, da oft eine Kleinigkeit die Bedeutung eines Traumes wesentlich verändern konnte. Wichtig war im allgemeinen auch noch der Zeitpunkt, zu dem geträumt wurde — Träume die nach Mitternacht auftraten galten als die mantisch zuverlässigsten, da zu diesem Zeitpunkt der Körper nicht mehr durch die Verdauung belastet war. Außer der Erfahrung bedurfte ein Traumdeuter auch des Talents zu jenem Tun. Nach *Aristoteles* war der beste Traumdeuter der, welcher Ähnlichkeiten am leichtesten auffasse, denn die Traumbilder seien wie Bilder im Wasser, durch die Bewegung verzerrt, und der treffe am besten, der in dem verzerrten Bilde das Wahre zu erkennen vermöge. Es handelte sich bei der Traumdeutung vor allem um allegorische Deutung. Z.B. schreibt *Artemidor,* es sei nur für Philosophen gut, im Traum Eselsohren zu haben, weil der Esel die Ohren nicht schnell bewegt, oder der Traum von Schulden bedeute das Leben, weil wir es als Darlehen der Natur wie einem Gläubiger schulden. Es bildeten sich feste Traditionen der Deutung heraus, an denen stets festgehalten wurde, z.B. wurden Zähne als Hausgenossen gedeutet, Blut als Geld und Füße als Sklaven.

Um die Art von Wissenschaftlichkeit antiken Traumverständnisses darzulegen, die in manchen Bereichen gar nicht so sehr fern von der modernen Traumdeutung liegt, ist es nötig, die philosophische Sicht der Träume in bedauerlicher Kürze zu erläutern, wobei die verschiedenen Philosophenschulen jeweils eigene Deutungen des Traums und seiner Entstehung kreierten. Bei den älteren Philosophen betrachtete man vor allem die prophetische Kraft der Träume, die auch von den späteren nicht vernachlässigt werden konnte, da mit wenigen Ausnahmen in allen philosophischen Systemen die verschiedenen Arten der Divination, der Weissagung anerkannt wurden. Bei den späteren Philosophen, die auch die körperlichen und geistigen Faktoren mehr oder minder in den Kreis ihrer Forschungen einbezogen, finden wir dann auch Versuche, die psychologische Seite des Traumes aufzuhellen.

So lehrten die Pythogoräer, daß die ganze Luft mit Seelen angefüllt sei, die man Dämonen oder Heroen nenne, und von ihnen würden den Menschen und den Tieren die Träume und bedeutsamen Zeichen gesandt. Das Verbot der Pythagoräer, Bohnen zu essen, kann man dahin deuten, daß man durch Enthaltung von dieser Speise den Körper vor störenden Einflüssen bewahren und sich dadurch fähiger machen wollte, göttliche Mitteilungen in ihrer vollen Reinheit aufzunehmen. Der Zusammenhang zwischen körperlicher Verfassung und Traum wurde also anerkannt, und es wurde auch zwischen bedeutsamen und bedeutungslosen Träumen unterschieden.

Demokrit nahm an, daß gewisse, mit göttlicher Kraft ausgerüstete Bilder im Universum vorhanden seien, die dadurch, daß sie sich den Menschen nähern

und durch die Poren des Körpers in ihn eindringen, die Traumerscheinungen hervorrufen. Diese Bilder, die von lebenden wie leblosen Wesen teils in Folge von deren heftiger Bewegung und Wärme, teils aufgrund deren eigenen Willens ausgehen, repräsentieren nicht nur die körperliche Gestalt, sondern auch die geistigen Eigentümlichkeiten derer, von denen sie ausgegangen sind. Daraus ergibt sich die Möglichkeit, daß jemand im Traum mit anderen, selbst weit entfernten Personen und Gegenständen in Verbindung treten, ja daß diese Verbindung sogar von den Personen beabsichtigt sein kann, von welchen man träumt. Da aber jene Bilder mit selbsttätiger, nützender und schadender Kraft begabt sind, also auf Begebenheiten in der Welt einwirken können, und, wie es scheint, als göttliche Wesen Einblick in die Zukunft haben, so ist leicht einzusehen, wie ihr Erscheinen im Traum eine mittelbare oder unmittelbare Vorbezeichnung des Zukünftigen bieten kann. Zuverlässig und von wirklicher Vorbedeutung sind die Träume aber nur dann, wenn die Bilder klar und nicht vermischt mit nichtigen Traumphantasien in den Träumenden eingehen.

Auch *Sokrates* hat Traumerscheinungen die prophetische Kraft nicht abgesprochen, weil er sie als Eingebungen der Götter ansah. Doch hat er wenigstens zum Teil den Grund dieser prophetischen Kraft auch in der Seele des Menschen selbst gesucht. *Platon* hat die Verschiedenheit der Träume durch das verschiedene Verhalten der drei Teile der Seele zu begründen versucht. Wenn nämliche der vernünftige, denkende Teil der Seele schläft, der tierische aber mit Speise und Trank angefüllt sich heftig bewegt, den Schlaf von sich abwehrt und seinen Gewohnheiten Genüge zu tun sucht, so entstehen die wüsten, unverständigen und schamlosen Träume. Wenn aber der Mensch den verständigen Teil der Seele wachhält, nachdem er ihn mit guten Gesprächen und Betrachtungen genährt hat, den begehrlichen Teil aber weder infolge von Übersättigung noch von Mangel in Unruhe geraten läßt, und ebenso den dritten Teil der Seele, den Mut bzw. Willen zur Ruhe bringt, so bergen die Träume, wenn er dann einschläft, in diesem Zustand die meiste Wahrheit. Es geht daraus hervor, daß die Träume jeder Art nichts anderes als selbständige Seelentätigkeit sind, die denselben Gesetzen folgen, wie die im Wachen geübten, daß also auch im Traum die Seele umso mehr zur Erkenntnis des Wahren befähigt ist, je mehr die Tätigkeit ihrer körperlichen Elemente zurückgedrängt ist, und daß es zur Erreichung dieser Erkenntnis einer besonderen Einwirkung der Gottheit nicht bedarf. Von einer prophetischen Kraft der Träume wird zwar nichts gesagt, aber da die Wirklichkeit eben das Ewige ist, so ist mit ihrer Erkenntnis die Erkenntnis des Zukünftigen von selbst verknüpft.

Aristoteles, dessen Traumtheorie die folgenden Jahrhunderte am meisten beeinflußt hat, suchte das Wesen der Träume aus der Seelentätigkeit selbst zu ergründen und gelangte zu dem Ergebnis, daß diese nicht dem Bereich des Denkens, sondern der Wahrnehmung angehören, freilich jedoch nicht schlechthin, da ja während des Schlafens eine Wahrnehmung durch die Sinne nicht stattfindet. Wo etwa während des Schlafes Wahrnehmungen vorkommen, sind sie anderer Natur als während des Wachens. Die sinnliche Wahrnehmung läßt, auch nachdem das Wahrnehmungsobjekt entfernt ist, in den

Sinnesorganen eine Erregung zurück, da die Bewegung, in welcher die sinnliche Wahrnehmung beruht, noch fortdauert, auch wenn das, was sie hervorgerufen hat, nicht mehr wirkt. So nehmen wir eine Farbe, die wir längere Zeit gesehen haben, auch noch nachdem wir das Auge von ihr abgewendet haben, an allen Gegenständen wahr, die wir danach anschauen. Eine solche Empfindung ist nun nicht mehr Wahrnehmung an sich, sonder Vorstellung, d.h. eine von der tätigen Wahrnehmung ausgehende Empfindung. Zu berücksichtigen ist nach *Aristoteles* ferner, daß die Sinnesorgane nicht bloß von außen bewegt werden, sondern auch für die Wahrnehmung dieser Bewegung eine eigene innere Bewegung entgegenbringen, die im Herzen ihren Ursprung hat. Von dort aus wird sie durch das Blut und die Bewegung der dem Herzen eigenen Wärme an die Sinnesorgane übertragen. Beide Bewegungen, durch die die Wahrnehmung zustandekommt, also die von außen angeregte und die innere finden nicht bloß im Wachen, sondern auch im Schlafe statt. Im Wachen wird diese fortdauernde Bewegung leicht von anderen, stärkeren, die neu hinzutreten, unterdrückt; dasselbe kann auch im Schlafe durch die innere Bewegung geschehen, wenn letztere z.B. nach reichlichem Nahrungsgenuß und bei Kindern infolge der gesteigerten Wärmeentwicklung stärker ist, wenn das Blut zu stark im Menschen wallt. Wenn aber das Blut, das durch die Verdauung Wärme empfängt und erregt wird, ruhiger wird, so tritt jener Rest der äußeren Bewegung stärker hervor und ergibt die Träume.

Aus dem Zusammenwirken der beiden gedachten Bewegungen erklärt sich auch die größere oder geringere Deutlichkeit der Träume. So, wie die Heftigkeit der inneren Bewegung das Erscheinen der Träume ganz zu verhindern imstande ist, vermag sie auch die wirklichen hervortretenden Traumbilder unklar und verwirrt zu machen, in ähnlicher Weise wie das Spiegelbild auf einer Wasserfläche durch Bewegung derselben verzerrt wird. Dadurch erklären sich die wüsten Träume melancholischer, fiebernder oder trunkener Personen. Je mehr aber die innere Bewegung sich nach ihrem Urquell, dem Herzen, zurückzieht, umso mehr treten die von der sinnlichen Wahrnehmung gebliebenen Bewegungen deutlich als Vorstellungen im Bewußtsein hervor.

Aufgrund seiner rationalen Erklärung der Träume zweifelt *Aristoteles* an der prophetischen Kraft der Träume. Der allgemein verbreitete, auf Erfahrung beruhende Glaube an die Bedeutsamkeit der Träume erwecke ein gewisses Zutrauen und es sei auch nicht unglaublich, daß über manche Dinge Prophezeiungen mittels der Träume stattfänden; Zweifel erwecke jedoch der Umstand, daß man keinen rationalen Grund erkennen könne, warum sie stattfinden sollten, denn daß ein Gott die Träume schicke, sei abgesehen vom Mangel an einem vernünftigen Grunde auch deshalb unglaublich, weil sie nicht den Weisesten und Besten, sondern jedem Beliebigen, ja sogar Tieren erscheinen. Nimmt man aber diesen Ursprung der prophetischen Bedeutung weg, so bleibt kein anderer übrig. Dennoch läßt sich eine prophetische Bedeutung nicht leugnen. Wenn aber Träume mit dem Eintreten von Ereignissen in Zusammenhang stehen, so müssen sie entweder Ursache oder Vorzeichen dersel-

ben sein oder zufällig mit denselben zusammentreffen. Der letztere Fall zeigt sich am deutlichsten bei den Krankheiten. Denn die geringen Bewegungen im Körper werden im Wachen überdeckt, im Schlaf aber treten sie wegen des Fehlens äußerer Einflüsse stärker hervor und erscheinen oft sogar größer, als sie in Wirklichkeit sind, wie ja ein geringes Geräusch zuweilen dem Schlafenden als Donner erscheint. Wie aber alle Anfänge, so sind auch die Krankheiten zunächst klein und können im Schlafe leichter wahrgenommen werden, als im Wachen. In den meisten Fällen jedoch ist der Zusammenhang zwischen Träumen und Ereignissen zufällig, wie wenn jemand an etwas denkt und dies dann wirklich eintrifft. Daher gehen die meisten Träume auch nicht in Erfüllung, weil ein Zufall selten eintritt.

Bei den Träumen aber, die nicht in den Träumenden selbst ihre Veranlassung haben, sondern z.B. ferne Zeiten und Orte betreffen, stellt sich das Traumproblem anders dar. In der Ferne entstehende Bewegungen pflanzen sich ähnlich wie die Bewegungen des Wassers fort und können auch den Schlafenden treffen, dann aber erscheinen sie wegen des Mangels an äußerer sinnlicher Wahrnehmung deutlicher als im Wachen. Dadurch ergibt sich die Möglichkeit, daß jemand auch solche Dinge im Traume sehen kann, die sich wirklich erfüllen; und dies widerfährt nicht bloß einsichtsvollen Menschen. Daß man am meisten von Bekannten träumt, kommt daher, daß diese am meisten Interesse erregen, und wie man in größerer Entfernung Bekannte am leichtesten wahrnimmt, so geschieht es auch im Schlaf. Aus dieser Fernwirkung wurde sogar eine Einwirkung der Sterne auf den menschlichen Traum erklärt.

Die aristotelische »Deutung des Traums« steht in scharfem Gegensatz zu den früheren, das sie das eigentümliche Wesen der Träume aus der Natur des menschlichen Geistes ableitet. Die prophetische Kraft beschränkte *Aristoteles* auf wenige, natürlich erklärbare Fälle. Die nachfolgenden philosophischen Systeme haben nichts wesentlich Neues hinzugebracht, aber die Deutung des *Aristoteles* wurde auch nicht als vollgültig übernommen, sondern von denen, die sich ihrer bedienten und sie grundsätzlich anerkannten, mit eigenen Ideen überformt. Das gilt insbesondere für die am christlichen Gedankengut orientierte scholastische Philosophie des Mittelalters.

Die Ideen des *Aristoteles* haben es nicht vermocht, den allgemein verbreiteten Glauben an die göttliche Herkunft des Traumes zu beseitigen, ja, je mehr sich die antike Philosophie in ihrer letzten Periode dem Offenbarungsglauben näherte und sich für die Befreiung der Seele nach überirdischer Hilfe umsah, umso stärker trat der Glaube an die Weissagung hervor. Auch heute findet man in Bibliotheken und Buchhandlungen ja nicht nur Werke über psychoanalytische Traumdeutung, sondern mindestens ebenso viele, die in Methode und Inhalt gar nicht so verschieden von den antiken Traumdeutungsbüchern sind.

Dream Interpretation in Ancient Times

Roland Pauler (Munich)

With the praradigm of the chinese man whose dream is to be a dreaming butterfly the author takes up the question of identity of the dreamer. In particular he is concerned with the position of the dream between unconsciousness, consciousness and reality. A dream of *Blaise Pascal* is reported to be a similar analogy: there is a king who dreams twelve hours a day to be a craftsman wondering about who he is in reality.

At all times the ideas of dream differ, the interpretation depends on cultural and social structures as well as the mental attitude of the person who is occupied with the dream. Dreams play an important role in almost every antique literary work and almost every important philosopher has been occupied with them. It was *Freud* who examined scientifically the phenomenon of dream as a message of the unconsciousness with a manifest dreamcontent and latent dreamthoughts. The modern experimental dream research is more interested in the psychophysiological aspect of dreams.

The oldest testimonials of dream interpretations are to be found in an egyptian papyrus in 2000 b.c. — different to the psychoanalytic interpretation of dreams of today the important dream is not anchored in the psyche of man, but sent by god. The divine dream act as a messenger of god, it can also have consequences in reality. Besides there are deceptive dreams — *Homer* adjudges them even an own gender having their residence near sunset. In the »theogonia« of *Hesiod* dreams are considered as children of the night, Hermes, the messanger of god, is their leader. *Lukian* of Samosate transfers the whereabouts and the residence of dreams to a phantastic island in the ocean with the idea of gates for right, false and obscene dreams and nightmares. Temples for truth and mystification are placed in the centre of the phantastic island with the sophist *Antiphon* as the initiator of the first greek book of dream interpretation.

Lukian attributes the dreams an individual existence — they disappear when tried to approach — besides collective dreams are described, for example by *Philarchos* on the occasion of the sacrilegious execution of Krotonians by the inhabitants of Sybaris: The revenge of the gods follows in form of a collective dream, threatening punishment to all responsibles.

Artemidoros, the most important investigator of dreams in the second century p.c., called this sort of dreams a normal phenomenon and reports veritable epidemics of dreams in critical situations of public live. Telling the sun-god the dreams bringing disasters as well religious ceremonies will help to destroy the nightmares. To sprincle water as a symbol for cleaning is also thought to be effective.

Pythagoras was the first to introduce sleep and dreams as a therapeutic instrument in temples. After a preparing ritual, mainly fasting, sexual abstinence, prayer and meditation, the patient had to lie down to sleep in an Asclepios

or Serapis sanctuary. The appearence of a deity in the dream was regarded as on optimal prognosis.

Due to this hopeful attitude towards dreams the number of dream interpretators increased as well as the number of charlatans. You could even subscribe for one year of dreaminterpretation. Compared to the Middle Ages dreams are rarely for national intentions, referring rather to oracles, to the fly of birds and the interpretations of the omens out of the visceral of victims. Only *Alexander the Great* was accompanied by an interpretator of dreams all the time.

Artemidoros of Daldis was the most important dream-reader in antiquity, he acquired theoretical and practical knowledge in dream-work and he regarded the interpretations of dreams as very important. He collected written notes, published five big books and finally divided dreams into categories in the same way as later *Macrobius:* »Somnium« — a dream showing the future, »insomnium« showing the present time, »phantasma« the appearance for abnormal figures in the stage between sleeping and being awake including nightmares, »oraculum« an evident message about the future by an important person or by god and finally »visio« a dream close to reality.

Referring to the interpretation dreams were differentiated in own, strange, common, public and cosmic ones and there are rules on what dreams refer to. Six principles are decisive for the interpretation: »nature«, »law«, »tradition«, »time«, »art« and »name«. It's a good meaning if something happens in the dream according to nature, otherwise it is a bad omen.

Earlier philosophical schools consider especially the prophetic strength of dreams; the younger schools try to clear up, the mental, physical and psychological aspects of a dream. Thus the Pythagoraers were teaching that the whole air was full of souls — called demons or heroes — and they send the dreams and significant signs to man and animals. *Demokrit* supposed certain pictures in the universe full of divine power, entering through the pores of the body and producing appearances of dreams. At the same time these pictures represent the mental characteristics from who they emanate, that is why it is possible to link with persons and things which are far away.

Socrates plad for the prophetic power of dreams as divine inspiration; *Platon* emphasized the interaction of the different parts of the soul in their development. It is necessary to keep clear the reasonable part of the soul for experiencing the truth in a dream.

It was not before *Aristoteles* that someone tried to explore the nature of dreams out of the action of the soul. In doing so he regarded the perception as more important than thinking. It was his opinion, that the senses are not only influenced from outside but even from inside with the origin in the heart. It is because of his more scientific attitude towards dreams that he doubts about the prophetic power of dreams. He accepts only connections with real events and concludes that dreams are either cause or omen. He explains dreams referring to times, places or persons which are far away, with the propagation of a movement initiated in the distance. This can concern the sleeping person. That is

why people dream so often of their friends because of the big interest even if they are far away and that is why stars can influence the people.

The interpretation of *Aristoteles* is in contrast with the earlier conceptions because it set the nature of dreams in to a mental an spiritual way of man. There is an analogy to the genious exposures of *Sigmund Freud* and the importance of dreams in psychoanalysis.

Literatur

Bender, H. (1988): Predizione e simbolo in Artemidoro alla luce della moderna psicologia del sogno. In: *Guidorizzi, G.* (Hrsg.): Il sogno in Grecia. (Roma-Bari: Editori laterza)

Büchsenschütz, B. (1967): Traum und Traumdeutung im Alterthume. (Berlin 1868, Nachdruck Wiesbaden)

Cambiano, G., Repici, L. (1988): Aristotele e il sogni. In: *Guidorizzi, G.* (Hrsg.): Il sogno in Grecia. (Roma-Bari: Editioni laterza)

Del Corno, D. (1988): C è del metodo in questa follia: Artemidoro. In: *Guidorizzi, G.* (Hrsg.): Il sogno in Grecia. (Roma-Bari: Edition laterza)

Dinzelbacher, P. (1989): Mittelalterliche Visionsliteratur. Eine Anthologie. (Darmstadt: Wissensch. Buchgesellschaft)

Dodds, E.R. (1988): Sogno onirico e modello culturale. In: *Guidorizzi, G.* (Hrsg.): Il sogno in Grecia (Roma-Bari: Editioni laterza)

Dragon, G. (1985): Re've de Dieu et parler de soi, Le re've et son interpre'tation d' apre's le sources byuantines. In: I sogni nel Medioevo. Seminario Internationale Roma, 2—4 ottobre 1983, a cura di Tullio Gregory, Lessico Intellettuale Europe XXXV. (Roma: Editioni dell' atteneo)

Edelstein, E., Asclepio, L. (1988): La medicina del tempio. In: *Guidorizzi, G.* (Hrsg.): Il sogno in Grecia. (Roma-Bari: Editioni laterza)

Ehrlich, E.L. (1953): Der Traum im Alten Testament. Beihefte zur Ztschr. für Alttestamentliche Wissenschaft 73. (Berlin)

Gregory, T. (1983): I sogni e i astri. In: I sogni nel Medioevo. Seminario Internationale Roma, 2—4 ottobre 1983, a cura di Tullio Gregory, Lessico Intellettuale Europeo XXXV. (Roma: Editioni dell' atteneo)

Guidorizzi, G. (1985): L' interpretazione dei sogni nel modo tardoantico: Oralita' e scrittura. In: Sogni nel Medioevo. Seminario Internationale Roma, 2—4 ottobre 1983, a cura di Tullio Gregory, Lessico Intellettuale Europeo XXXV. (Roma: Editioni dell' atteneo)

—(1988): Sogno, diagnosi, guarigione: Da Asclepio a Ippocrate. In: *Guidorizzi, G.* (Hrsg.): Il sogno in Grecia. (Roma-Bari: Editioni laterza)

Kamphausen, H.J. (1975): Traum und Vision in der lateinischen Poesie der Karolingerzeit. (Bern, Frankfurt: Lang)

Kurth, W. (1951): Das Traumbuch des Artemidor im Lichte der Freudschen Traumlehre. In: Psyche IV, 10, 488—512

Michelini Tocci, F. (1985): Teoria e interpretazione dei sogni nella cultura abraica medievale. In: I sogni nel Medioevo. Seminario Internationale Roma, 2—4 ottobre 1983, a cura di Tuillo Gregory, Lessico Intellettuale Europeo XXXV. (Roma: Editioni dell' atteneo)

Moering, E. (1914): Theophanien und Träume in der biblischen Literatur auf ihre Darstellungsform untersucht. (Diss. Heidelberg, Göttingen)

Pfister, F. (1939): Ekstasis. In: Pisciuli: Studien zur Religion und Kultur des Altertums. Festschrift Joseph Dölger, hrsg. von *Klausner, T.* und *Rücker, A.* (Münster: Aschendorff)

Pigeaud, J. (1988): Il sogno erotico nell'antichita' greco-romana: L'oneirogomos. In: *Guidorizzi, G.* (Hrsg.): Il sogno in Grecia. (Roma-Bari: Editioni laterza)

Resch, A. (1964): Der Traum im Heilsplan Gottes. Deutung und Bedeutung des Traumes im Alten Testament. (Freiburg, Basel, Wien: Herder)

Vegleris, E. (1988): Platone e il sogno delle notte. In: *Guidorizzi, G.* (Hrsg.): Il sogno in Grecia. (Roma-Bari: Edizioni laterza)

Adresse des Autors:
Dr. phil. Roland Pauler
Zieblandstraße 28
W-8000 München 40

Buchbesprechungen

Eva-Maria Knapp (Hrsg.)
Wahn und Sinn? — 30 Frauen und Männer nehmen Stellung

Haag + Herchen, Frankfurt am Main 1991, 277 Seiten

Die Anthologie zum Thema Wahn und Sinn steht in der neuzeitlichen Tradition, daß die Literatur und die Literaturwissenschaft, die geisteswissenschaftlichen Disziplinen überhaupt sich freimütiger und methodisch geöffneter, weil angstfreier, als die Psychiatrie zum Wahn äußern, ihn thematisieren und gar den »Daimon« als »Lichtbringer« wörtlich und ernst nehmen in ihrem Bemühen, das Erhellende des Wahns aus der Verdunkelung der psychiatrischen Anstalten heraus der Öffentlichkeit als sinnfälliges menschliches Phänomen zurückzugeben. So ist die Herausgeberin *Eva-Maria Knapp* Romanistin, und die »30 Frauen und Männer«, die »Stellung nehmen« — so der Untertitel — entstammen größtenteils der philosophischen Fakultät, darunter sind Literaturwissenschaftler, Soziologen, Psychologen und Politologen. Es finden sich auch die Beiträge von insgesamt 6 Ärzten unterschiedlicher Schulrichtungen in diesem Band.

Das Besondere der Anthologie besteht darin, daß sie einen Bogen schlägt vom Wahn in seinen »globalen, weltumspannenden Dimensionen« (*Eva-Maria Knapp* in ihrer Einleitung) wie dem Prozeß der Technisierung und Anonymisierung des Massenmordes, über das Leid, das psychotisch reagierende Menschen erfahren, bis hin zur transkulturellen Erörterung von Ekstase- und Orakelkulturen. Es berichten sowohl Betroffene von ihrem unterschiedlichen Erleben des Wahns, der Isolation, der psychiatrischen Maßnahmen und des Leids, als auch Angehörige und Freunde psychiatrisch schwer erkrankter Menschen von ihrer Hilflosigkeit und Ohnmacht. Außenperspektive und Innensicht treffen sich in der Leidensgeschichte einer manisch-depressiv strukturierten Frau, die aus psychiatrischer Sicht (*Hans-Ludwig Kröber*), anhand der Tagebücher ihrer Eltern psychogenetisch und auf dem politisch-sozialen Hintergrund der Zeit ihrer ersten Lebensjahre (*Heinrich Huebschmann*) Erörterung findet und Widerspiegelung in der Erschütterung einer Freundin. Das Selbstzeugnis der Betroffenen, die oftmals in psychiatrischen Anstalten behandelt wurde, sucht Erklärung und Entlastung in »karmisch-reinkarnativer« Deutung.

Die Herausgabe eines solchen Buches geht sämtliche Risiken ein, die der Thematisierung des Wahns anhaften können: die Ästhetisierung, die Umwandlung in ein Faszinosum, die Distanzierung und auch wieder die Kategorisierung. Am deutlichsten spürbar werden Hilflosigkeit, Verlassenheit, Klage und Anklage, der Wunsch nach Verständigung und Vermittlung und das Bestreben, schwerem Leid aus der gesellschaftlichen Isolation herauszuhelfen.

Das Buch endet, so als wolle ein Ausblick und ein Ausweg aufgezeigt werden, mit einer kurzen Darstellung der Psychoanalytiker *Ilse Burbiel* und *Rolf Schmidts* zur Dynamischen Psychiatrie *Günter Ammons*, wie sie insbesondere die Klinik Menterschwaige in München zu verwirklichen sucht. Die Dynamische Psychiatrie setzt grundsätzlich therapeutischen Optimismus in die Entwicklungsmöglichkeiten eines jeden Menschen, der Wahn wird wie andere Symptome auch als mißlingender bzw. dysfunktionaler Kommunikationsversuch verstanden. »Es geht nicht primär darum zu versuchen, allein das Symptom zu beseitigen, sondern den Kommunikationsinhalt des Symptoms zu entschlüsseln und das dahinterliegende Leid des Patienten, seine tiefe Verlassenheits- und Todesangst anzunehmen und so den Patienten im innersten unbewußten Kern seiner Persönlichkeit zu erreichen« (*Burbiel, Schmidts).*

Astrid Thome (München)

Eberhard Wilke und Hanscarl Leuner (Hrsg.)
Das Katathyme Bilderleben in der Psychosomatischen Medizin

Verlag Hans Huber, Bern, Stuttgart, Toronto 1990, 352 Seiten

Das Buch befaßt sich mit der klinischen Darstellung der Behandlung psychosomatisch Erkrankter mit der Methode des Katathymen Bilderlebens (KB). Das von *Leuner* entwickelte Katathyme Bilderleben (KB) gilt als das am besten systematisierte Tagtraumverfahren der Psychotherapie. Ursprünglich als konfliktzentriertes Verfahren in der Therapie von Neurosen bewährt, hat es sich zunehmend als für die Behandlung psychosomatisch Kranker geeignet erwiesen.

Der vorliegende Band ist als Lehrbuch entworfen. Er bietet einen systematischen Überblick über diesen neuen therapeutischen Zugang zu den Psychosomatosen. Mit den ausführlichen theoretischen Beiträgen des Eingangskapitels werden die engen Zusammenhänge zur Psychoanalyse und zur Psychologie der Imaginationen sehr klar dargestellt. Das zentrale Kapitel beinhaltet die klinische Anwendung des KB anhand von anschaulichen Falldarstellungen, die gemäß den somatischen Diagnosen gegliedert sind, in Anlehnung an eine u.a. auf *Alexander* zurückzuführende Tradition in der psychosomatischen Medizin.

Es ist vor allem die Annahme, daß psychosomatisch Kranke charakterisiert seien durch eingeschränkte Phantasie, d.h. das Alexithymiekonzept nach *Sifneos,* das für die Behandlung mit dem KB stets eine Herausforderung war. Es wird sehr eindrucksvoll gezeigt, wie das KB im Bereich von Vorstellung, Phantasie und symbolhaft sich darstellenden Konflikten den psychosomatisch Kranken Zugangsmöglichkeiten eröffnet und vertieft. Die psychologischen Grundzüge des KB basieren auf der Beobachtung, daß bei leichter psychophysischer Entspannung imaginative Phänomene auftreten, die (von *Freud* 1900

hervorgehoben) den Prinzipien der psychoanalytischen »Traumarbeit« folgen. Der von *Freud* (1895) versuchsweise in der Zeit von 1882 bis 1888 induzierte Tagtraum eröffnet einen unmittelbaren Zugang zur unbewußten Psychodynamik der Person. Seine imaginativen Inhalte folgen dem psychologischen Prinzip der Projektion. Das KB kann als ein solches projektives Verfahren aufgefaßt werden. Die projektiven Inhalte entwickeln sich zu lebhaften Imaginationen, d.h. zu einer »eigenen Welt«, in der sich der Betreffende wie in der Realität (etwa in einer Landschaft) bewegen kann.

Die zahlreichen ausführlichen Falldarstellungen und eindrucksvollen Therapieverläufe bieten überzeugende Hinweise dafür, daß das Katathyme Bilderleben als eine gelungene Verbindung zwischen tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und einer wirksamen, vertieften Entspannungsmethode betrachtet werden kann und eine Bereicherung der Therapiemethoden der Psychosomatosen darstellt.

Rita Primbas (Berlin)

Ben Neal Ard, Jr.
Living without Guilt and/or Blame: Conscience, Superego and Psychotherapy

Peter Lang Verlag, New York, Bern, Frankfurt am Main, Paris 1989, 2. Aufl., 131 Seiten

Ben Ard, Professor der San Francisco State University und früherer Professor für Psychologie der Central Michigan University, USA, diskutiert in der vorliegenden Monographie das Problem von Schuld und Sühne in unserer heutigen, von der jüdisch-christlichen Auffassung geprägten Kultur und ihre Auswirkungen auf Psychotherapie und psychotherapeutische Theorieentwicklung. Zunächst gibt der Autor einen Überblick über die Geschichte der Leitideen in Religion, Philosophie und Psychotherapie bezüglich der Thematik von Schuld und Sühne. Eine ausführliche Kritik an *Freuds* Konzept des Über-Ich sowie unterschiedliche Sichtweisen verschiedener anderer Psychotherapeuten wie *Mowrer, Glasser, Menninger* u.a. ergänzt die Abhandlung der Philosophie des Gewissens. Der Autor kommt zu dem Schluß, daß Schuld keine nützliche Funktion in zwischenmenschlichen Beziehungen erfüllt und plädiert für rationalere, wissenschaftlichere und humanistische Arten der Lösung menschlicher Probleme. Als Vertreter der Rational-Emotiven-Therapie (RET) plädiert *Ard* für eine Abkehr vom Konzept des Über-Ich und für die Durchführung von »guiltectomies« als integrale Bestandteile der Therapie. Abschließend wird anhand von Tonbandprotokollen einer Kurztherapie die Vorgehensweise der Rational-Emotiven-Therapie erläutert, wobei es darum geht, konventionelle, dogmatische Glaubensregeln des Klienten durch mehr individualisierte, aufgeschlossenere Einstellungen zu ersetzen. Die Monographie von *Ard* ist sehr anregend für die Beschäftigung mit dem Thema Schuld und Sühne und wendet sich sowohl an Professionelle als auch an interessierte Laien.

Monika Dworschak (München)

Stavros Mentzos
Der Krieg und seine psychosozialen Funktionen

Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main 1993, 227 Seiten

In *Mentzos* Sicht steht der Mensch zwischen bipolaren intrapsychischen Grundkonflikten, nämlich zwischen narzißtischen und libidinösen Tendenzen, zwischen Subjekt- und Objektbezogenheit, zwischen Autonomie und Abhängigkeit, zwischen Wir-Bildung innerhalb der triadischen Beziehung (Mutter und Sohn gegen Vater oder auch Vater und Sohn gegen Mutter usw.) und dem Außenseiter bis hin zur Familie und den »Anderen«. Das Buch analysiert den Krieg als eine sehr früh entstandene Institution, »die deswegen andere (alternative) Handlungsmuster überlebt hat, weil sie sich bei der Entscheidung von unlösbar erscheinenden Konflikten als offensichtlich 'erfolgreich' erwiesen hat«.

Angesichts der dissoziierten Erfahrungsräume, die das Subjekt zu zerreißen drohen, und angesichts psychotischer Strukturen, in denen keine zentrale Instanz existiert, bietet der Krieg eine vermeintliche Vermittlungsfigur, um narzißtische Stabilisierung, Identitäts- und Sinnfindung, Grenzerfahrung, die Wiederherstellung der Homöostase, die Abwehr von Depression usw. in erreichbare Nähe erscheinen zu lassen. Die »Bankrotterklärung« in Gestalt des Krieges zeigt, daß eine echte dialektische »Lösung« zugunsten einer polemischen Variante in Form von militärischen, politischen, sozialen, ideologischen und psychologischen Verfeindungen zurückgedrängt worden ist.

Mentzos schreibt nicht nur für Fachleute, sondern für ein interessiertes Publikum, weil seine Erkenntnisse die fachlichen Grenzen sprengen und aktuelle Grundfragen berühren. Es ist faszinierend, wie es *Mentzos* gelingt, einen Blickwinkel einzunehmen, der ein neues Verständnis der Austragung der »Grundkonflikte« in der Manifestation des Krieges verdeutlicht.

Mandana Gharari-Bofinger (München)

Georg Hörmann, Martin R. Textor (Hrsg.)
Praxis der Psychotherapie. Fünf Therapierichtungen in Fallbeispielen

Westdeutscher Verlag, Opladen 1992, 273 Seiten

Vertreter von fünf psychotherapeutischen Richtungen, nämlich Psychoanalyse, Individualpsychologie, Gesprächspsychotherapie, Verhaltenstherapie und Gestalttheoretische Psychotherapie, beschreiben ihre Arbeitsweise anhand von Beispielen aus ihrer Praxis. Die Darstellung von ausgewählten Behandlungsverläufen steht im Mittelpunkt, jeweils ergänzt um eine kurze Einführung in das zugrundeliegende theoretische Konzept. Es entsteht dadurch ein anschauliches Bild verschiedener Richtungen in der Psychotherapie, deren Unterschiede und Gemeinsamkeiten deutlich werden. In einem zusammenfas-

senden Beitrag geht *Textor* auf aktuelle Tendenzen in der Psychotherapie ein, die seiner Ansicht nach darauf abzielen, die Vielfalt der unterschiedlichen Ansätze wieder zusammenzuführen. Er zählt als nichtspezifische Behandlungsfaktoren, die sich in der Vorgehensweise von Therapeuten wiederfinden u.a. auf: die Motivierung des Klienten, die Vermittlung von Hoffnung, die therapeutische Beziehung, die Persönlichkeit des Therapeuten und die Veränderung von Emotionen, Kognitionen, Verhalten und Selbstbild. Indem alle Beiträge auf die therapeutische Praxis ausgerichtet sind, erhält das Buch seinen eigenen Stellenwert.

Bernhard Richarz (München)

P. Bech, M. Kastrup, O.J. Rafaelsen
Minikompendium psychiatrischer Ratingskalen für Angst, Depression, Manie und Schizophrenie mit den entsprechenden DSM-III(R)-Syndromen

Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York 1991, 64 Seiten

Das klar gegliederte und durchaus nützliche Minikompendium entstand aus der klinischen Arbeit der psychiatrischen Abteilung eines dänischen Allgemeinkrankenhauses und versucht mit Hilfe international anerkannter Ratingskalen und standardisierter Beurteilungsskalen (z.B. Hamilton-Angst- und -Depressions-Skala, Brief Psychiatric Rating Scale etc.) klare Definitionen auf phänomenologischer Ebene für die klinischen Konzepte Angst, Depression, Manie und Schizophrenie anzubieten. Erklärtes Ziel der dänischen Autoren ist es, Diagnostik objektiver machen zu können, eine bessere Inter-Rater-Übereinstimmung herstellen und damit vor allem Voraussetzungen für multizentrische oder auch multinationale Studien schaffen zu können. Damit könnten unterschiedliche psychiatrische Studien mittels statistischer Methodik vergleichbarer gemacht und damit verständlicher werden.

Gerhard Wolfrum (München)

Nachrichten / News



(Piper-Verlag)

Sir John Eccles zum 90. Geburtstag

Solange abendländisches Denken den Menschen als Bestandteil der göttlichen Schöpfung begriff, stellte sich die Frage nach dem Zusammenwirken von Psyche und Soma nicht. Erst *Descartes* unterschied die Welt der materiellen Dinge, zu der auch der menschliche Körper gehört, von dem Geist, der Seele des Menschen, deren wesentliche Eigenschaft das Denken ist. Nun, da die Vorstellung von der Ganzheitlichkeit des Menschen aufgegeben war, mußten andere Erklärungen für den Dualismus von Leib und Seele, Körper und Geist gefunden werden. Ist ein Psychophysischer Parallelismus anzunehmen, der Körper und Geist zu unterschiedlichen Seiten eines zugrundeliegenden Seins macht? Oder ist der Geist lediglich Epiphänomen gewisser Gehirntätigkeiten?

Für den Panpsychismus wiederum ist alles Körperhafte nur Erscheinung einer seelischen Wirklichkeit. Für den Materialismus dagegen, wie er seit dem 19. Jahrhundert Eingang in die Wissenschaftstheorie fand, sind in seiner radikalen Form letztlich physikalische oder biochemische Prozesse die Grundlage des Geistes, oder anders ausgedrückt: Neuronale Vorgänge im Gehirn können ausreichend alle Leistungen und bewußten Erfahrungen eines menschlichen Wesens erklären.

Sir *John Eccles,* der bekannteste Vertreter des dualistischen Interaktionismus, der am 27. Januar 1993 seinen 90. Geburtstag feierte, hält das Entstehen des Bewußtseins in einer Welt aus Materie für ein Rätsel. Für ihn ist der Geist selbständig. Er steht mit dem Gehirn in Wechselwirkung, ist aber nicht aus seinen Funktionen ableitbar. Die Evolution vermag seiner Meinung nach die Entstehung menschlichen Geistes nicht zu erklären: Bewußtsein gibt es auch bei Tieren, Selbstbewußtsein, d.h. die Fähigkeit, sich selbst als einmalige Person zu denken, erst beim Menschen. Für ihn bleibt nur die Erklärung, daß jede Seele eine neue, göttliche Schöpfung sei.

In einem seiner letzten großen Werke »Die Evolution des Gehirns — die Erschaffung des Selbst« stellt *Eccles* als Bilanz seiner Forschungen die Geschichte der menschlichen Evolution dar, in die er Erkenntnisse der Molekularbiologie, Paläontologie und Archäologie ebenso einbezieht wie Forschungsergebnisse der Neurophysiologie und Linguistik. Bedeutsame Entwicklungsschritte sieht er im Erlernen des aufrechten Ganges, das zu einer Umorganisation des Gehirns und des Zusammenlebens führte, im Entstehen der Sprache bei Homo habilis und in der Zunahme des Gehirnvolumens, die schließlich beim Neanderthaler zur Ausbildung eines Wertesystems führte, welches Totenkult und Fürsorge für kranke Stammesmitglieder kannte. Der letzte Schritt schließlich in der biologischen Evolution des Menschen ist die Entwicklung des Frontallappens beim Homo sapiens, die das Vermögen, planend zu denken und kreativ zu handeln, entscheidend verbesserte.

Eccles ist davon überzeugt, daß das menschliche Leben auf der Erde und im Kosmos von uns Menschen letztlich nicht begriffen werden kann. Er ist von der Transzendenz des Menschen überzeugt. Für ihn ist das Leben nur dann im eigentlichen Sinne menschlich zu nennen, wenn die Erkenntnis, daß die Menschen sich von den rein materiellen Gegebenheiten, die den physikalischen Kosmos ausmachen, unterscheiden und über sie hinausweisen, anerkannt und geachtet wird.

Diese geistige Haltung ist bei *Eccles* Ergebnis einer siebzigjährigen Beschäftigung mit Neurophysiologie und Philosophie. Nach dem Studium der Medizin in Melbourne setzte er seine Ausbildung in Oxford als Schüler des Neurophysiologen *Charles Scott Sherrington* fort. Nach seiner Rückkehr nach Australien im Jahre 1937 arbeitete *Eccles* unter anderem an der Universität Canberra. Er suchte nach einer materiellen Erklärung für das menschliche Selbstbewußtsein und befaßte sich unter anderem mit der Bedeutung der Ionenströme für die Erregungsübertragung, den Synapsen im ZNS und mit der Bedeutung des

Kleinhirns und des Motoneurons im Rückenmark. Für seine bedeutenden Forschungen auf dem Gebiet der Neurophysiologie erhielt *Eccles* 1963 den Nobelpreis für Medizin, nachdem er bereits 1958 in den britischen Adelsstand erhoben worden war. Heute bekennt der in aller Welt verehrte und hochgeachtete Wissenschaftler, daß er an eine göttliche Vorsehung in der biologischen Evolution glaubt und daß unsere im Tod befristete Seele eine Zukunft mit noch tieferem Sinn finden wird.

In Honour of Sir John Eccles' 90th Birthday

As long as western thinking understood man as part of the Divine Creation, the interaction between psyche and soma did not matter. It was *Descartes,* who for the first time distinguished between the world of matter, the human body being a part of it, and the mind (or spirit or soul of man), of which the act of thinking is the most distinctive quality. From that time on, as the idea of a holistic view of man had been given up, there had to be found different explanations for the dualism of body and mind. It had to been asked, if there is reason to assume a psychophysical parallelism, which makes mind and matter function as different parts of an underlying existence. Or, is the mind only an epiphenomenon of some activities of the brain? On the other hand, panpsychism considered all living matter as manifestations of a spiritual reality. However, materialism, which has become part of the theory of science since the 19th century, considers in its most radical approach only physical and biochemical processes as basis of the mind. Or, to put it another way: Neuronic processes in the brain can explain sufficiently all capacities and conscious experiences of a human being.

Sir *John Eccles,* the best known advocate of a dualistic interactionism, celebrated his 90th birthday on January 27, 1993. For him, the origin of conscious ness (mind) in a materialistic world is highly enigmatic. In his sense, mind is independent. It is interacting with the brain, but cannot be derived from the brain's functions. In his opinion, the evolution cannot explain the origin of the human mind: Animals also have consciousness, but self-consciousness, i.e. the capacity to think of oneself as a unique person, is a characteristic of man. In *Eccles'* view, this can only be explained by the fact that each mind is a new, divine creation. In one of his last important books »The Evolution of the Brain — The Creation of the Self«, *Eccles* presents as result of his research the history of the human evolution, including findings of molecular biology, palaeontology and archaeology as well as results of neurophysiology and linguistics. In his view, important steps of development are the learning of walking erect, which caused a new organization of the brain as well as of the social habits, the origin of speech of the homo habilis and the increase of the volume of the brain. As a consequence, the Neanderthal man developed a system of values, including a cult of the dead and care for sick members of the tribe.

Eventually, the last step of the biological evolution of man is the development of the homo sapiens sapiens' frontal lobe, which strongly improved the capacity to think in a planning way and to act creatively.

Eccles is convinced that, in the end, human beings cannot grasp human life on earth and in the universe. He is convinced of man's transcendency. In his view, life can only be defined as humane, if man accepts and respects that he and his fellow human beings are different from the mere materialistic given facts, which form the physical universe, and that mankind reaches beyond this materialistic world.

Seventy years of studies of neurophysiology and philosophy have led Sir *Eccles* to this mental attitude. After his medical training in Melbourne, he continued his studies in Oxford as scholar of the neurophysiologist *Charles Scott Sherrington.* After returning to Australia in 1937, *Eccles* worked at the university of Canberra. He was looking for a materialistic explanation of the human consciousness mind), doing research, among others, on ion-currents for the transfer of electric stimulation, on synapses of the CNS and on the meaning of the cerebellum and moto-neurons in the spinal cord. In 1963, *Eccles* won the Nobel prize for his important research work on neurophysiology. In 1958 he had already been raised into peerage in Great Britain. Today, the scientist, who is highly respected all over the world, has confessed, that he believes in a divine providence of the evolution, and that our mind — limited by death — will find a future with an even deeper sense.

Zum 75. Geburtstag von Günter Ammon

Am 9. Mai feiert Dr. med. *Günter Ammon,* Präsident der World Association for Dynamic Psychiatry WADP und Präsident der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), seinen 75. Geburtstag. Die offiziellen Feierlichkeiten finden an diesem Tag im Berliner Lehr- und Forschungsinstitut der DAP und am 12. Mai in München in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige statt. Neben den Mitarbeitern und Freunden der DAP und der Klinik Menterschwaige sind das Exekutiv-Council und die Chairmen der regionalen Zweige der WADP, Vertreter weiterer Fachgesellschaften und Kliniken sowie Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens eingeladen.

Anläßlich des Geburtstages wird am 13. Mai in den Räumen des Münchner Lehr- und Forschungsinstituts der DAP ein wissenschaftliches Symposium zum Thema »Psychoanalyse und Dynamische Psychiatrie« stattfinden. Am 14. Mai trifft sich das Exekutiv-Council der WADP. Im Mittelpunkt steht die Vorbereitung des 10. Weltkongresses der WADP im Herbst 1994 in St. Petersburg. Die WADP-Forschungsgruppe zur multizentrischen Studie »Kurz- und Langzeitverlauf der Schizophreniepsychotherapie« trifft sich am 15. Mai zur weiteren Koordination und Planung des Designs. Daran beteiligt sind derzeit Zentren in Rußland, Israel und Deutschland.

Programm des Symposiums »Psychoanalyse und Dynamische Psychiatrie« am 13. Mai 1993 im Münchner Lehr- und Forschungsinstitut der DAP:

10 Uhr: Chairwoman: Dipl. Psych. Dr. phil. *Ilse Burbiel* (München)

Dr. med. *Rolf Schmidts* (München)
Weiterentwicklungen der Psychoanalyse bis hin zu einer Dynamischen Psychiatrie unter besonderer Berücksichtigung des Energieprinzips

Prof. Dr. med. *Mauricio Knobel* (Campinas)
Günter Ammon and Psychosomatic Medicine

Prof. Judge *Amnon Carmi* (Haifa)
Doctors — in the Eyes of the Old Jewish Tradition

Prof. Dr. med. *Modest M. Kabanov* (St. Petersburg)
Zur Bedeutung des Internationalismus in der Wissenschaft, insbesondere der Wissenschaft vom Menschen

Dr. med. *Béla Buda* (Budapest)
Systemtheorie und Dynamische Psychiatrie

Prof. Dr. *Pier Lorenzo Eletti* (Firenze)
Some Cases of Pathological Narcissism with Reference to the Theory of Günter Ammon's Dynamic Psychiatry

Dr. med. *Winfried Schibalski* (Mantua)
Der Stellenwert der Sexualität in Günter Ammons Psychoanalytischer Humanstrukturologie unter besonderer Berücksichtigung der Androgynitäts- und Sozialenergiekonzeption

13 Uhr: Pause mit festlichem Buffet

14 Uhr: Chairwoman: Dipl. Psych. *Maria Berger*

Dr. med. Edward J. Dehné (Carson City)
Mental Health and Dynamic Psychiatry

Dipl. Psych. Dr. phil. *Ilse Burbiel* et al. (München)
Längsschnittanalyse testpsychologischer Untersuchungen zur Einschätzung der Wirksamkeit stationärer Dynamisch-Psychiatrischer Therapie

Prof. *Jai B.P. Sinha* (Patna)
Dynamic Psychiatry in Indian Cultural Perspective

Dr. med. *Marius Erdreich* (Haifa)
Zur dynamischen Beziehung zwischen Erdreichs Traumatologie und Ammons Humanstrukturologie

Dipl. Psych. *Maria Berger* (Berlin)
Humanstruktureller Tanz

Dipl. Psych. *Gabriele von Bülow* (Berlin) / Dipl. Psych. *Monika Dworschak* (München)
Der Begriff des Unbewußten bei Ammon

Dr. med. (Tel Aviv) *Egon Fabian* (München)
Zur Gruppendynamik des Ödipuskomplexes

Dr. rer. nat. *Reinhard Hochmuth / Sabine Schieweck* (Berlin)
Das integrative Prinzip in der Dynamischen Psychiatrie unter Berücksichtigung humanstruktureller und Ich-psychologischer Aspekte

Dipl. Psych *Astrid Thome* / Dipl. Psych. *Margit Schmolke* (München)
Philosophische Aspekte in Günter Ammons Konzeption der Dynamischen Psychiatrie

21 Uhr: Festliches Abendessen im Hotel »Bayerischer Hof«, Restaurant Trader Vic's

VIII. Weltkongreß für Sozialpsychiatrie in New Delhi/Indien, 9.—13 November 1992

Thema dieses erstmalig in einem Land der Dritten Welt abgehaltenen Kongresses für Sozialpsychiatrie war »The Developing World and the Third Millenium«.

Der Kongreß fand in dem großzügigen Hotel Taj Palace Intercontinental statt, wo ca. 500 internationale Referenten und Teilnehmer aus 41 Ländern aller Kontinente vertreten waren. Den Kongreß eröffneten die führenden Persönlichkeiten der World Association for Social Psychiatry WASP: der scheidende Präsident Prof. Dr. *Guilherme Ferreira* (Lissabon), der nunmehr neugewählte Präsident Prof. Dr. *Jorge Costa e Silva* (Rio de Janeiro), der Honorary Life-President Prof. Dr. *Jules Masserman* (Chicago) und der Kongreßpräsident Prof. Dr. *Vijoy K. Varma* (Chandigarh). Von der indischen Regierung waren ein Minister und zwei weitere Vertreter als Ehrengäste vertreten.

Prof. Dr. *Ferreira* hob in seinem Vortrag besondes die Bedeutung der Gemeindepsychiatrie hervor, deren wesentliche Elemente die Verbesserung von Lebensstil und Lebensqualität, Aufbau von Selbsthilfegruppen und die verstärkte sozialpsychiatrische Ausbildung darstellen. In seinem Vortrag »Social Psychiatry: Individual to Global« resümierte Prof. Dr. *Masserman,* daß jede Psychiatrie eine soziale Psychiatrie sei. Er vertrat die Ansicht, daß dieselben Techniken der Individualtherapie auch auf Gruppen angewandt werden können. Der für die kommenden Jahre neugewählte Präsident der WASP (ebenfalls auch der derzeitige Präsident der World Psychiatric Association WPA) Prof. Dr. *Costa e Silva* formulierte zukunftsweisende Ziele für eine soziale Psychiatrie: Abkehr von einer rein biologisch orientierten Psychiatrie, Betonung ethischer Grundsätze, Hervorhebung der Arzt-Patient-Beziehung sowie Reduzierung der hohen Ausgaben für Psychopharmaka. Prof. Dr. *Costa e Silva* verwehrte sich gegen eine Trennung der Psychiatrie in arm und reich. Der Beitrag des amerikanischen

Psychiaters Prof. Dr. *Juan E. Mezzich* (Pittsburgh) stellte die Grundaussagen des ICD 10 vor und betonte dabei vor allem die Notwendigkeit, kulturelle und ethnische Vielfältigkeit in die internationale psychiatrische Klassifikation einzubeziehen. Der Präsident des Kongresses Prof. Dr. *Vijoy K. Varma* stellte dem rationalistischen Wissenschaftsverständnis der westlichen Kultur die Denkweise der alten indischen Philosophie gegenüber, die keinen Dualismus kennt und von Monismus geprägt ist.

Als einer der führenden Psychiater in Deutschland wurde Dr. *Günter Ammon* (Berlin/München) bei der Eröffnungsfeierlichkeit begrüßt. In seinem Vortrag »Was ist Dynamische Psychiatrie?« vor dem Plenum des Kongresses stellte er die Grundprinzipien seiner humanstrukturellen Psychoanalyse dar. Er versteht den Menschen als ein in Körper, Seele und Geist ganzheitliches und mehrdimensionales Wesen, das in ein Netz von Beziehungen und Beziehungsdynamiken hineingeboren wird und deren Qualität die Entwicklung seiner Persönlichkeit bedingt. Neben der Wichtigkeit, die unbewußte Gruppendynamik der Primärgruppe zu erhellen, stellt *Ammon* das Paradigma der Verstehbarkeit und des therapeutischen Optimismus in das Zentrum seines Denkens und Handelns; nur hierdurch können tiefergreifende Veränderungen bei psychisch kranken Menschen erreicht werden.

In einer außerordentlichen Arbeitssitzung, zu der Prof. Dr. *Costa e Silva* u.a. Dr. *Ammon,* Präsident der World Association for Dynamic Psychiatry WADP, und Frau Dipl. Psych. *Maria Berger* in ihrer Funktion als Exekutivsekretärin der WADP eingeladen hatte, wurden weitere Schritte für eine gemeinsame Zusammenarbeit besprochen. Dazu gehört die Teilnahme von Dr. *Ammon* mit einer größeren Delegation auf dem nächsten internationalen Kongreß der World Psychiatric Association WPA in Rio de Janeiro im Juni 1993.

Zwei Mitarbeiterinnen der Klinik für Dynamische Psychiatrie München, Frau Dipl. Psych. *Margit Schmolke* und Frau Dipl. Psych. *Monika Dworschak,* referierten über das unterschiedliche Verständnis von psychischer Gesundheit und Krankheit in Indien und Deutschland. Auf der Grundlage der Dynamischen Psychiatrie arbeiteten sie die gesundheitserhaltenden Faktoren heraus, die in der indischen Gesellschaft vor allem in den Familien aufzufinden sind: kollektivistischer Gemeinschaftssinn, Religiosität, ethische Werte, etc.

Der Kongreß bot eine Fülle von Symposien zu verschiedenen Themenbereichen an: Ethnopsychiatrie, Gewalt: eine transkulturelle Perspektive, Epidemiologie und Sozialpsychiatrie, psychosoziale Therapieformen, Depression, Schizophrenie, soziale und psychiatrische Aspekte von Suizid, Religion, Philosophie und Politik, Lebensqualität in Beziehung zu soziokulturellen Sichtweisen.

Neben den Vorträgen gab es in den Pausen bei sommerlichen Temperaturen und üppigen indischen Speisen viele Gelegenheiten, wissenschaftliche Kontakte zu knüpfen und gemeinsam zu diskutieren. Der hervorragenden Organisation ist ebenso das reichhaltige kulturelle Programm zu verdanken, das einen indischen Tanzabend, einen volkstümlichen indischen Abend und ein großes Festbankett im Freien beinhaltete.

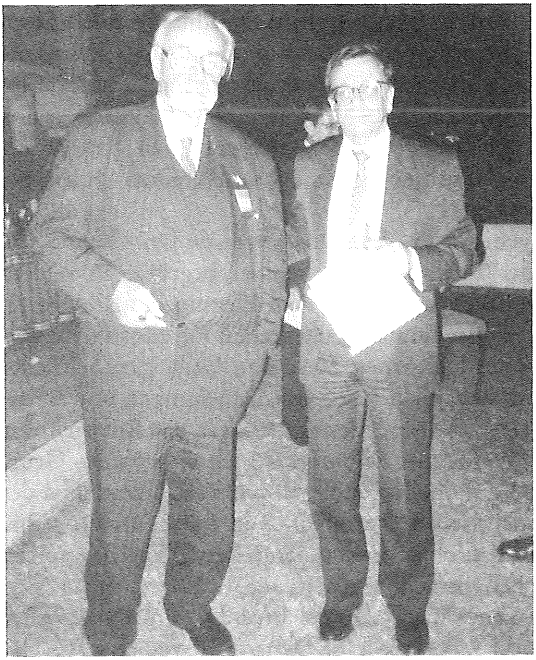


Abb. 1: Dr. med. Günter Ammon zusammen mit Prof. Jorge Costa e Silva, Präsident der WPA auf dem Kongreß der WASP, dessen Präsident Costa e Silva gleichzeitig ist

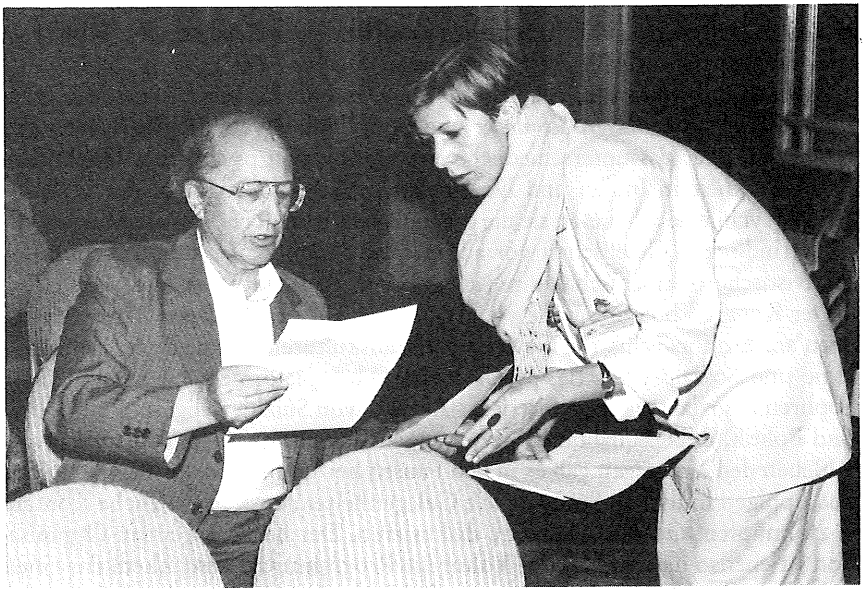


Abb. 2: Frau Dipl Psych. Maria Berger zusammen mit Prof. Boris Luban-Plozza (Ascona/ Schweiz)



Abb. 3: Dr. med. Günter Ammon bei seinem Vortrag in New Delhi



Abb. 4: Dr. med. Günter Ammon im Potala-Palast des Dalai Lama in Lhasa

zwei Ärzte über die Zusatzbezeichnung Psychotherapie und Psychoanalyse. Drei weitere Ärzte sind in fortgeschrittener, einer am Beginn der Ausbildung zum Psychoanalytiker.

Bis zu 50% der Planstellen im sogenannten Pflegebereich dürfen seitens der Gesundheitsbehörde mit Diplompsychologen besetzt werden. Das stellt eine Regelung dar, die den besonderen Bedürfnissen einer psychotherapeutischen Klinik entgegenkommt. Während die Psychologisch-Diagnostische Abteilung über drei voll angestellte Diplompsychologen, zwei Teilzeitkräfte und eine Honorarkraft verfügt, sind 10 Diplompsychologen im milieutherapeutischen Feld tätig. Unter den Diplompsychologen sind zwei voll ausgebildete Psychoanalytiker, vier weitere sind in fortgeschrittener, zwei in beginnender psychoanalytischer Ausbildung, darüberhinaus verfügen fast alle über eine gruppendynamische Selbsterfahrung. Von den Krankenschwestern und Pflegern sind zwei in leitender Position, sechs im laufenden Dienst. Zwei von ihnen verfügen über die Lehrbefugnis im Krankenpflegerischen Bereich, einer ist in fortgeschrittener gruppendynamischer Ausbildung. Im Sozialdienst sind 2 Sozialpädagogen tätig. Ein Kunsttherapeut, eine Reittherapeutin und eine Masseurin ergänzen die personelle Besetzung notwendiger psychotherapeutischer Fachbereiche mit jeweils eigener Kompetenz. Neun Verwaltungsangestellte und 6 Angestellte im hauswirtschaftlichen Dienst addieren den Gesamtpersonalstand auf 56 Personen. Zusätzlich arbeiten neun Aushilfskräfte und ein Praktikant in der Klinik.

Die Konzession beschreibt die Fachkompetenz der Klinik im allgemein- und jugendpsychiatrischen Bereich. Sie legt Einschränkungen fest, die für psychotherapeutische Kliniken üblich sind. U.a. gestattet sie keine Aufnahme von Kranken, die an ansteckenden Krankheiten im Sinne des Bundesseuchengesetzes leiden. Sie gestatten auch keine Aufnahme von Patienten, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Weiter erlaubt sie in Hinblick auf die Konzeption der Klinik als offenes Haus keine Aufnahme von Patienten, die im Sinne des Bayerischen Unterbringungsgesetzes selbst- und/oder gemeingefährlich sind. Sie verlangt daher eine sorgfältige Voruntersuchung der Patienten hinsichtlich ihrer Psychotherapiemotivation in den von der Klinik routinemäßig durchgeführten Vorgesprächen. Sie erlaubt keine Aufnahme von Patienten, die an einer organisch bedingten Psychose leiden, sofern sie einer primär internistischen oder chirurgischen Behandlung bedürfen. Sie schließt die Aufnahme entziehungsbedürftiger Suchtkranker aus, gestattet aber eine Aufnahme dieser Patienten nach somatischem Entzug. Ebenso schließt sie die Aufnahme von intensivpflegebedürftigen Patienten aus.

Damit entspricht die Konzession dem psychotherapeutischen und gruppendynamischen Zweck der Klinik. Um das Ziel einer stationären Behandlung zu erreichen, wird in der Klinik eine Vielfalt therapeutischer Verfahren angeboten, die durch das gruppendynamische und milieutherapeutische Konzept der Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie integriert sind. Neben verbalen Verfahren wie analytisch geführten Einzelgesprächen und analytischer Grup-

pentherapie gehören dazu die analytische Milieutherapie und nonverbale Verfahren im engeren Sinne wie Reittherapie, humanstrukturelle Tanztherapie, Musiktherapie, Maltherapie und Theatertherapie. Das Konzept der Klinik beinhaltet auch Therapieverlagerungen nach Paestum (bei Neapel) in Italien, die die gesunden Kräfte in einem Patienten im Sinne einer Gesundheitstherapie besonders stärken. Auf diese Weise wird schwerer kranken Patienten ein mehrdimensionales vielschichtiges und gleichzeitig integriertes Behandlungskonzept angeboten, das den individuellen Bedürfnissen eines Patienten entsprechend, eine spezifische Identitätsentwicklung ermöglicht.

Hinzuzufügen ist, daß der Chefarzt durch die Bayerische Landesärztekammer für die Weiterbildung im Bereich Psychiatrie für ein Jahr anerkannt, ebenso für die Weiterbildung im Bereich der Einzelpsychotherapie, der Einzelsupervision, der Gruppenselbsterfahrung, der Gruppensupervision und Balintgruppenarbeit ermächtigt ist.

Rolf Schmidts (München)

Former US-President George Bush Thanks Dr. Edward Dehné, Vice-President of WADP, for Friendship and Support

George Bush
January 5, 1993

Dr. Edward J. Dehné
250 Tahoe Drive
Carson City, NV 89701

Dear Dr. Dehné,

This is a brief note to thank you for the friendship an steadfast support you have given to me and my Administration through your membership in the Republican Presidential Task Force.

Friends have always served as a source of inspiration and strength in my life. Your support has been invaluable in our efforts to keep America strong and free.

Over the past four years we have reduced the threat and instability created by nuclear weapons, helped extend the blessings of democracy abroad, opened foreign markets to our nation's business, and repelled the aggression of a foreign dictator.

We have worked to create the conditions in which entrepreneurship will flourish, begun a renaissance in America's schools, expanded our transportation system, enhanced our nation's environment, made great strides in strengthening our ability to compete internationally, and accomplished much in improving the health and quality of life for all Americans.

Much good remains to be done, but we can look back with pride on having set a course that will ensure a bright future for our country and its poeple. We have sought to uphold the public trust, and to build a better America — a nation at peace, a nation filled with opportunity, a prosperous America, and a good America.

You have been with me in this important quest, and for that I will forever be grateful. Thank you. God bless you, and God bless the United States of America.

Sincerely
Georg Bush

Further Replay of the Chairman of the Israeli Branch of WADP to the Declaration of the German Academy for Psychoanalysis (DAP) against the German Right-Wing Extremism

To
Dr. med. Günter Ammon, President of the World Association for Dynamic Psychiatry (WADP)

March 10, 1993

Dear Dr. Ammon,

As I have told you by phone, the very important declaration of yours against the extreme right political movement has been published already in a very honorable setting by the official bulletin of the Israeli Medical Association. I added some comments in Hebrew. The official bulletin of the Israeli Medical Association is reaching to about 12 000 physicians.

Your declaration had been also sent to officials such as government members and heads of academic institutions. I am looking forward to meet you soon.

As I have told you, I will participate in the World Congress of Psychiatry and I will be happy to meet you there and the large and impressive group of the Academy.

Warm regards to Frau Berger, Dr. Burbiel, Dr. Schmidts, Dr. Volger, Mrs. von Bülow, Mrs. Hieber, Dr. Fabian and the other people from the Academy who know me.

Warm greetings also from Judge Professor Carmi.

Most friendly yours,
Marius Erdreich

Deutsche Akademie für Psychoanalyse Approved as a Voting Member Organization of the World Federation for Mental Health

World Federation for Mental Health
Fédération Mondiale pour la Santé Mentale

Dr. Günter Ammon,
President
Deutsche Akademie für Psychoanalyse
Goethestraße 54
D-8000 München 2
Germany

January 29, 1993

Dear Dr. Ammon,

I am pleased to advise you that the Deutsche Akademie für Psychoanalyse was approved as a Voting Member Organization of the World Federation for Mental Health, at a recent meeting of the Executive Commitee.

We look forward to a long and successful relationship in the advancement of mental health.

Enclosed is a brief report of World Mental Health Day in 1992. This also advises that World Mental Health Day wil be Saturday, October 9 in 1993. We will be providing resource materials probably in June. However, in the meantime you may want to think about how your organization and others in the mental health field may want to use the opportunity to attract greater public attention and win more favorable consideration of the needs of those who are afflicted with mental and emotional disorders.

Please let us know if you have any questions. We are very happy to have you return to the world-wide mental health family.

Sincerely,
Richard C. Hunter
Deputy Secretary General

30 Jahre Weiterbildung zur Krankenschwester / zum Krankenpfleger in Psychiatrie am ZI Mannheim

Mit dem 15. Weiterbildungskurs zur Fachkrankenschwester und zum Fachkrankenpfleger in Psychiatrie kann die Weiterbildungsstätte im Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim ein denkwürdiges Jubiläum begehen: Seit nunmehr drei Jahrzehnten wird diese Form der berufsbegleitenden Erwachsenenbildung durchgeführt, nachdem auf Initiative des Institutsdirektors, Professor Dr. Dr. *Heinz Häfner,* eine erste Weiterbildungsstätte für Pflegekräfte 1963 in Heidelberg gegründet worden war. Sie sollte als erste Bildungseinrichtung dieser Art und als Konsequenz der damaligen Reformbewegung

in der Psychiatrie nicht nur fachliche Kompetenz in Form medizinischer und technischer Kenntnisse, sondern auch Motivation und Befähigung zum Umgang mit Patienten vermitteln. An diesen Grundsätzen hat sich seither nichts geändert, wenngleich die Anforderungen an die Kursteilnehmer sehr zugenommen haben. So gehören beispielsweise Fragen der Kooperation und Koordination ebenso zum zweijährigen Kursprogramm wie didaktische und methodische Aufgaben und schließlich auch die Verpflichtung, die in der Praxis erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten an andere Mitarbeiter weiterzugeben. Beispiel dafür ist die Tatsache, daß eine erkleckliche Anzahl der bisherigen 240 Teilnehmer mittlerweile leitende Aufgaben in Psychiatrischen Kliniken und Landeskrankenhäusern übernommen hat oder als Dozenten im Unterricht von Krankenpflegeschulen tätig ist.

Den nunmehr zu Ende gegangenen Kurs besuchten 14 weibliche und 9 männliche Teilnehmer: 11 aus dem Zentralinstitut selbst, 7 kamen aus dem Psychiatrischen Landeskrankenhaus Wiesloch, 3 aus dem Landeskrankenhaus Alzey und 2 aus dem Städtischen Krankenhaus Frankenthal. Dabei wählten 19 Teilnehmer die Ausrichtung Erwachsenenpsychiatrie, während sich vier Absolventen für die Kinder- und Jugendpsychiatrie entschieden; dabei ist anzumerken, daß das Zentralinstitut die einzige Fortbildungsstätte ist, die in der Bundesrepublik dieses Schwerpunktthema anbietet. Alle Teilnehmer konnten ihre Weiterbildung mit Erfolg abschließen: die Bewertung ihrer Leistungen durch die Dozenten des Zentralinstituts lag bei sehr gut bis gut und schloß mit einer Gesamtdurchschnittsnote von 1,6. Dieses Ergebnis ist umso höher zu veranschlagen, als es sich bei dem Kurs um eine berufsgegleitende Weiterbildungsmaßnahme handelt, für die die Teilnehmer — mit einem Durchschnittsalter von über 30 Jahren und fünfjähriger Berufserfahrung — gezwungen sind, noch einmal die Schulbank zu drücken und sich neben ihrer beruflichen Tätigkeit ihre Kenntnisse zu erwerben. Dazu kamen jeweils acht Praxiseinsätze in den verschiedensten psychiatrischen Bereichen. Der Gesamtumfang des Weiterbildungskurses umfaßte nahezu 600 Stunden, in denen theoretischer Unterricht angeboten wurde. Nach dem ersten Weiterbildungsjahr war eine Zwischenprüfung abzulegen, zum Abschluß des Kurses mußten eine schriftliche und mündliche Prüfung bestanden werden.

(ZI Mannheim)

Bericht über den 2. Kongreß der »Neuen Gesellschaft für Psychologie« vom 14.—17. Februar 1993 in Berlin

Die »Neue Gesellschaft für Psychologie« wurde im Februar 1991 in Berlin gegründet und hat sich das Ziel gesetzt, die herkömmliche akademische Psychologie mit ihrem hauptsächlich naturwissenschaftlichen Verständnis und ihren experimentellen Methoden zu erneuern. Es geht der Gesellschaft darum,

»neue wissenschaftliche Perspektiven zu entwickeln, damit sie ihren theoretischen und praktischen Aufgaben für das Zusammenleben der Menschen besser gerecht werden kann«. Sie will ihr Augenmerk auf die Erforschung alltagspsychologischer Phänomene und auf qualitative Forschung richten. Als Grundlagen dafür dienen u.a. die Phänomenologie, die Psychoanalyse, der Strukturalismus, Handlungstheorien, Systemtheorien und die Kritischen Psychologien.

Auf dem diesjährigen Kongreß standen aktuelle Themen und gesellschaftliche Problemlagen im Vordergrund, so z.B. Psychotherapieforschung, Geschlechterdifferenz, Gewalt und psychologisches Handeln, Mensch-Natur-Umwelt, kulturelle Perspektiven psychologischer Biographieforschung, Lebensformen und Wertorientierungen, Identität und Kommunikation in der multikulturellen Gesellschaft, Psychoanalyse und Psychologie.

Hauptvortragende waren u.a. *Christa Rohde-Dachser* (Frankfurt) über »Psychoanalyse und Feminismus«, *Eva Jaeggi* (Berlin) über »Aktualität der Psychologie — das Beispiel Psychotherapieforschung«, *Rolf Kreibisch* (Berlin) über »Die Verantwortung der Sozialwissenschaften im Nach-Rio-Prozeß« und *Willem van Rejen* (Utrecht) über »Das postmoderne Subjekt — Ruine oder Renaissance«. Die Tagung war gut besucht und in Kolloquien wurden die vielfältigen Themen zwischen Referenten und Teilnehmern rege und kritisch diskutiert.

Die Gesellschaft hat vor, Arbeitskreise zu verschiedenen aktuellen Themenbereichen (z.B. zur »Neuordnung des Psychologiestudiums« unter Leitung von *Gerd Jüttemann* oder zum »Lehren und Lernen von Psychologie« unter Leitung von *Gertrud Paffrath)* zu gründen, deren Ergebnisse auf dem nächsten Kongreß in zwei Jahren vorgestellt werden sollen.

Margit Schmolke (München)

Ankündigungen / Announcements

27. Verhaltenstherapiewoche
Veranstalter: Institut für Therapieforschung, München, in Zusammenarbeit mit der Abt. Medizinische Psychologie und der Abt. Klinische Psychologie der Universität Kiel
Thema: Verhaltenstherapie in der Psychiatrie
Ort: Kiel
Zeit: 7.—11. Mai 1993
Information: IFT Institut für Therapieforschung, Parzivalstraße 25, 8000 München 40, Tel. 089/36080422, Telefax 089/36080469

XVIIth Congress of the International Association for Suicide Prevention
Sponsor: Canadian Association for Suicide Prevention and l'Association québécoise de suicidologie
Location: Université du Québec à Montréal
Date: May 30 — June 3, 1993
Contact: Prof. Brian L. Mishara, LAREHS, Université du Québec à Montréal C.P. 8888, Succ. A, Montréal, Québec, Canada, H3C 3P8, tel.: (514) 987-4832, fax (514) 987-8408

87. Gruppendynamische Tagung der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.
Veranstalter: Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.
Leitung: Dipl. Psych. Gabriele von Bülow
Ort: Tagungszentrum der DAP in Paestum (bei Salerno/Süditalien)
Zeit: 2.—12. Juni 1993
Information/Anmeldung: Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V., LFI Berlin, Kantstr. 120/121, 1000 Berlin 12, Tel. 030/3132698, Fax 030/3132893; LFI München, Goethestr. 54, 8000 München 2, Tel. 089/539674, Fax 089/5328837

26. Internationales Trainingsseminar für Gruppendynamik
Veranstalter: Österreichischer Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik
Ort: Alpbach
Zeit: 5.—10. Juni 1993
Information: Alpbach-Sekretariat, Dr. Thomas Hartwig, Kreuzstraße 13, A-4040 Linz-Urfahr, Tel. 0732-2395370, Fax 0732-2395374

World Congress of the World Psychiatric Association (WPA)
Sponsor: World Psychiatric Association (WPA)
Chairman: Jorge Alberto Costa e Silva
Title: Psychiatry for the 21st Century
Location: Rio de Janeiro/Brazil
Date: June 6—12, 1993
Contact: JZ Congressos Medicos, Rua Visconde Silva 52 gr. 505, Botafogo-Rio de Janeiro CEP 22271, Brazil, tel. 0055-21-2862846, fax 0055-21-2269351

Tagung der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit
Veranstalter: Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit
Thema: Sandor Ferenczi — Seine »Aktive Analyse und Elastische Technik«
Ort: Hückeswagen
Zeit: 11.—13. Juni 1993
Information: Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit (EAG), Dr. H.W. Schuch, Wefelsen 5, 5609 Hückeswagen, Tel. 02192/2098

Annual International Meeting 1993
Sponsor: Society for Psychotherapy Research
Title: 1993 Annual International Research
Location: Sheraton Hotel at Station Square, Pittsburgh, Pennsylvania, USA
Date: June 22—26, 1993

28. Verhaltenstherapiewoche
Veranstalter: IFT-Institut für Therapieforschung, München
Thema: Verhaltenstherapie
Ort: Dresden
Zeit: 25.—29. Juni 1993
Information: IFT-Institut für Therapieforschung, Parzivalstraße 25, 8000 München 40, Tel. 089/360804-22, Telefax 089/360804-69

18. Internationale Sommerwoche in Bewegung und Freiem Tanz
Veranstalter: Zentrum für Bewegungskunst
Thema: 18. Internationale Sommerwoche in Bewegung und Freiem Tanz
Ort: Zürich, Schweiz
Zeit: 18.—24. Juli 1993
Information: Zentrum für Bewegungskunst, Gotthardstraße 49, CH-8002 Zürich, Tel. 01/2029133 (aus Deutschland: 0041-1-2029133)

6. Internationaler Kongreß für Pränatale und Perinatale Psychologie der PPPANA
Title: Womb Ecology — World Ecology
Location: Washington, USA
Date: July 27 — August 1, 1993
Information: Laura Uplinger, 5324 Saratoga Avenue, Chevy Chase, MD 20815, USA

Biennial Congress of the World Federation for Mental Health
Title: Mental Health: Toward the 21st Century — Technology, Culture and Quality of Life
Location: Makuheri, Chiba City, Japan
Date: August 23—27, 1993
Information: Secretariat for WFMH 1993 Japan, P.O.Box 89, Akasaka, Tokyo, 107-91 Japan

12th World Congress of Psychosomatic Medicine
Sponsor: International College of Psychosomatic Medicine
Title: How can we help? Psychosocial Interventions and Psychotherapies in Medicine
Location: Bern, Switzerland
Date: August 29 — Septembre 2, 1993
Information: 12th World Congress of Psychosomatic Medicine, c/o AKM Congress Service, P.O. Box, CH-4005 Basel/Schweiz, tel. 004161/6915111, fax 004161/6918189

Tagung der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit
Veranstalter: Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit
Thema: Der Weg ist das Ziel — Klinische Bewegungstherapie und fernöstliche Kampfkünste in der Behandlung seelischer Erkrankungen
Ort: Berlingen, Schweiz
Zeit: 17.—19. September 1993
Information: Fritz Perls Institut (FPI), Kühlwetterstr. 49, 4000 Düsseldorf 1 Tel. 0211-622255

2. Weltkongreß der Perinatalen Medizin
Location: Rom and Florence
Date: Septembre 19—24, 1993
Information: Sekreatariat of the 2nd Worldcongress of Perinatal Medicine, Universita »La Sapienza Policlinico« Umberto 1, Viale Regina Elena 32400161 Roma, Italia

Tagung und Ausstellung
Veranstalter: National Safety Council
Thema: Lösungen von Weltrang
Ort: Mc Cormick Place, Chicago, Ill.
Zeit: 03.—08. Oktober 1993
Information: Green Cross for Safety of National Safety Council, tel. 010-1-708-775-2303

9. Deutsches Symposium für Kunsttherapie und Therapie mit kreativen Medien
Veranstalter: Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit (EAG), Hückeswagen, in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Kunsttherapie und Therapie mit kreativen Medien e.V. (DGKT), Köln
Thema: Das Unbewußte in den künstlerischen Therapien
Ort: Köln
Zeit: 19.-21. November 1993
Information: Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit (EAG), Wefelsen 5, 5609 Hückeswagen, Tel. 02192-8580

ERC Annual Conference
Sponsor: European Regional Council of the World Federation for Mental Health
Location: Portugal, Lissabon
Date: November 25—27, 1993
Information: Ms. Josée van Remoortel, ERC-WFMH, Rue Franklin 110, B-1040 Bruxelles, tel. 32-2/7355401, fax 32-2/7363290

Im nächsten Heft erscheint. . .

Rolf Schmidts (München)
Weiterentwicklungen der Psychoanalyse bis hin zu einer Dynamischen Psychiatrie unter besonderer Berücksichtigung des Energieprinzips

Mauricio Knobel (Campinas)
Günter Ammon and Psychosomatic Medicine

Béla Buda (Budapest)
Systemtheorie und Dynamische Psychiatrie

Gabriele von Bülow (Berlin) / *Monika Dworschak* (München)
Der Begriff des Unbewußten bei Ammon

Winfried Schibalski (Mantua)
Der Stellenwert der Sexualität in Günter Ammons Psychoanalytischer Humanstrukturologie unter besonderer Berücksichtigung der Androgynitäts- und Sozialenergiekonzeption

Judge *Amnon Carmi* (Haifa)
Doctors — in the Eyes of the Old Jewish Tradition

Modest M. Kabanov (St. Petersburg)
Zur Bedeutung des Internationalismus in der Wissenschaft, insbesondere der Wissenschaft vom Menschen

Edward J. Dehné (Carson City)
Mental Health and Dynamic Psychiatry

Ilse Burbiel et al. (München)
Längsschnittanalyse testpsychologischer Untersuchungen zur Einschätzung der Wirksamkeit stationärer Dynamisch-Psychiatrischer Therapie

Maria Berger (Berlin)
Humanstruktureller Tanz

Pier Lorenzo Eletti (Florence)
Some Cases of Pathological Narcissism with Reference to the Theory of Günter Ammon's Dynamic Psychiatry

Marius Erdreich (Haifa)
Zur dynamischen Beziehung zwischen Erdreichs Traumatologie und Ammons Humanstrukturologie

Reinhard Hochmuth / Sabine Schieweck (Berlin)
Das integrative Prinzip in der Dynamischen Psychiatrie in Beziehung zur Humanstrukturologie und Ich-Psychologie

Egon Fabian (München)
Zur Gruppendynamik des Ödipuskomplexes

Jai B.P. Sinha (Patna)
Dynamic Psychiatry in Indian Cultural Perspektive

Astrid Thome / Margit Schmolke (München)
Philosophische Aspekte in Günter Ammons Konzeption der Dynamischen Psychiatrie

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
Kantstraße 120/121, W-1000 Berlin 12, Telefon (030) 3 13 28 93
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, Kanststraße 120/121 W-1000 Berlin 12
Druck: Alfa-Druck GmbH, Buch- und Offsetdruckerei, Levinstraße 9a, W-3400 Göttingen
Herausgeber/Editor: Dr. med. Günter Ammon, Meierottostraße 1, W-1000 Berlin 15 (verantwortlich für den wissenschaftlichen Teil)
Buchbesprechungen/Book reviews: Dr. med. (Univ. Tel Aviv) Egon Fabian, Asamstraße 18, W-8000 München 90
Nachrichtenteil/News: Verantwortlich Dr. phil. Ilse Burbiel, Presse- und Informationsreferentin im Executive Council der World Association for Dynamic Psychiatry WADP, Schwindstraße 1, W-8000 München 40; Rechtsanwalt Thomas Hessel, Justitiar und Schatzmeister im Executive Council der World Association for Dynamic Psychiatry WADP, Arcisstraße 59, W-8000 München 40
Anzeigen/Advertising Manager: Petra Hieber, Schwindstraße 1, W-8000 München 40 (verantwortlich)
Abonnentenabteilung/Subscription management: Dipl. Ing. Werner Schütz, Kantstraße 120/121, W-1000 Berlin 12
Manuskripte nehmen entgegen/Manuscripts should be sent to:
Hauptschriftleitung: Dr. med. Günter Ammon, Kantstraße 120/121, W-1000 Berlin 12
Anschrift der Redaktion/Address of the editorial staff:
Kantstraße 120/121, W-1000 Berlin 12

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, Dr. phil. Gertraud Reitz, Dr. med. Bernhard Richarz, Dipl. Psych. Sylvelin Römisch, Dr. med. Ulrike Schanné, Dipl. Psych. Margit Schmolke, Dipl. Psych. Astrid Thome, Dr. phil. Helmut Volger, Dipl. Psych. Gerhard Wolfrum.

Die veröffentlichten Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wider. Manuskripte werden in allen Sprachen in dreifacher Ausfertigung entgegengenommen, deren Umfang nach Möglichkeit 20 doppelzeilige Schreibmaschinenseiten nicht überschreiten soll. Das Manuskript soll eine Zusammenfassung von mindestens zwei doppelzeiligen Schreibmaschinenseiten in deutsch oder englisch enthalten. Die Literaturangaben müssen jenen in diesem Heft entsprechen. Arbeiten können nur ohne Zahlung von Honorar zur Veröffentlichung entgegengenommen werden. Bilder und graphische Darstellungen können nur auf Kosten des Autors mitgedruckt werden. Der Autor erhält kostenlos 5 Beleghefte.

In der Regel dürfen nur Arbeiten eingereicht werden, die vorher weder im In- noch im Ausland veröffentlicht worden sind. Der Autor verpflichtet sich, sie auch nachträglich nicht an anderer Stelle zu publizieren.

Mit der Annahme des Manuskripts und seiner Veröffentlichung geht das Verlagsrecht für alle Sprachen und Länder einschließlich des Rechts der photomechanischen Wiedergabe oder einer sonstigen Vervielfältigung an die »Pinel« Verlag für humanistische Psychologie und Philosophie GmbH München über. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Fotos etc. wird keine Haftung übernommen.

Die Dynamische Psychiatrie erscheint zweimonatlich. Jahresabonnement DM 96,— (zzgl. Porto), für alle Mitglieder der DAP, der DGG, der DGPM, der WADP und der DGDP, für Ärzte im Vorbereitungsdienst, Mitarbeiter der Psychoanalytischen Kindergärten gegen Nachweis nur in Deutschland DM 75,— (zzgl. Porto). Studenten DM 48,— (zzgl. Porto). Einzelheft DM 18,—. Das Abonnement verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn es nicht vier Wochen vor Ablauf des Bezugsjahres gekündigt wird. Zahlung des Jahresabonnements bis zum 1.4. d.J. auf das folgende Konto: Commerzbank München (BLZ 700 400 41), Kto.-Nr. 225 295 500.

The author's opinion does not necessarily reflect the opinions of the editorial staff. Manuscripts (three copies), each limited to 20 double-spaced typed pages, will be accepted in all languages. All manuscripts must have a summary in either German or English (minimum two double-spaced typed pages). Literary reference should be adapted to those in the journal. There can be no remuneration for contributions. Pictures and graphic illustrations are printed at the author's own expense. The author receives 5 voucher copies ot the journal.

Generally, only unpublished manuscripts will be accepted. Articles published in this journal may not appear in any other publication.

With the acceptance of the manuscript and its publication, the »Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH München reserves the copyrights in all countries and languages. This journal, or parts thereof, may not be reproduced in any form, by photocopy or any means without written permission from the publisher. We do not undertake any liability for manuscripts, photos etc. which were not asked for by us.

Dynamic Psychiatry is published bi-monthly. Annual subscription rate $ 12,— per individual copy $ 70,— (including postage charge $ 78,—). Air mail delivery with additional payment on special request. The subscription is prolonged for one year, if it has not been cancelled four weeks before the end of the year. The annual subscription rate should be paid by the 1st of April. The money should be remitted on the account of »Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH Commerzbank München (BLZ 700 400 41), Kto.-Nr. 225 295 500.

NEUERSCHEINUNG

Günter Ammon

VORTRÄGE 1969 – 1988

Günter Ammon, Dr. med., Arzt für Psychiatrie und Neurologie, Psychotherapie, Psychoanalyse



Präsident der World Association for Dynamic Psychiatry WADP, Inc. Bern und Präsident der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V. Chefkonsilarius der Klinik für Dynamische Psychiatrie München München

Das Buch enthält eine Sammlung von entscheidenden weiterführenden Arbeiten Günter Ammons über einen Zeitraum von 20 Jahren. Heute, da die Dynamische Psychiatrie sowohl theoretisch wie praktisch als zukunftsweisende Alternative zu den bestehenden psychiatrischen und psychoanalytischen Richtungen Gestalt gewonnen hat, kommt einer Sammlung, die die Entwicklung dieser Schule vor Augen führt, besondere Bedeutung zu. In ihr zeigt sich die Dynamische Psychiatrie nicht als ein festes abgeschlossenes Lehrgebäude, sondern als eine lebendige, sich verändernde Theorie – als ein offenes System. So bietet dieses Buch Gelegenheit, die Entstehung einer grundlegenden neuen Konzeption vom Menschen von den ersten Keimen an zu erleben: die Geburt eines neuen Paradigmas, aus dem Geiste ständiger Auseinandersetzung.

Paperback DM 38,50
500 Seiten
ISBN-Nr. J-922-109-00-4

"Pinel" Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH Berlin
Kantstraße 120/121, 1000 Berlin 12
Telefon (030) 313 26 98 / 313 28 93

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



87. Gruppendynamische Tagung
im Tagungszentrum der DAP
in Paestum (bei Salerno/Süditalien)
mit
Selbsterfahrung
Vorträgen
Humanstrukturellem Tanz
Tempelführung
Ausflug nach Capri

2. bis 12. Juni 1993

Gesamtleitung: Dipl.-Psych. G. v. Bülow, Psychoanalytikerin

Auskunft und Anmeldung:

Lehr- und Forschungsinstitute der
Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.
Kantstraße 120/121, 1000 Berlin 12, Telefon (0 30) 313 26 98 / 313 28 93
Goethestraße 54, 8000 München 2, Telefon (0 89) 53 96 74 - 75