Dynamische Psychiatrie

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse Herausgegeben von Günter Ammon

Dynamic Psychiatry

Günter Ammon

Zur Methodenintegration in der Psychotherapie

Gabriele von Bülow

Das Behandlungsspektrum in der humanstrukturellen Dynamischen Psychiatrie – ein Überblick

Ilse Burbiel, Monika Dworschak, Margit Schmolke Grundzüge Dynamisch-Psychiatrischer Diagnostik

Nikolaj G. Nesnanow, Swetlana L. Solowjewa

Testpsychologische Untersuchung von verschiedenen Formen aggressiven Verhaltens

Boris S. Rogovoy

Gratification and Activity in Schizophrenia. Some Curative Factors in Two Dynamic Psychotherapies

Rolf Schmidts

Musiktherapie in der Dynamischen Psychiatrie

Jyoti Verma

The Indigenous Approach to Understanding Sorrow and its Elimination

Egon Fabian, Gabriele von Bülow

The Significance of Humour in Psychotherapy

Rolf Kühn

Das Unsagbare sagen oder: Die Sprache des Pathos

Amnon Carmi

The New Russian Law on Psychiatric Care

Helmut Volger

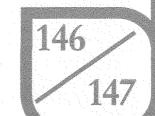
Gesellschaftliche Prozesse und Ideologiebildung

Buchbesprechungen

Nachrichten

27. Jahrgang3./4. Heft 1994

»Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosopie GmbH München



Dynamische Psychiatrie / Dynamic Psychiatry

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

27. Jahrgang, 3./4. Heft 1994, Nr. 146/147

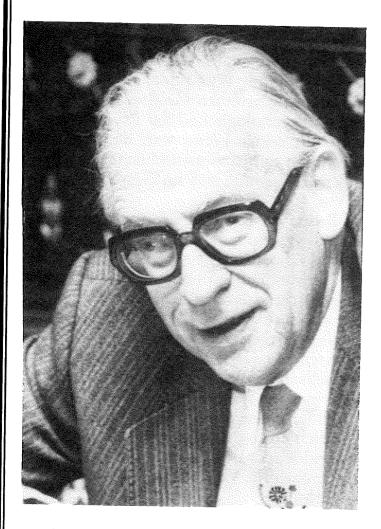
Herausgegeben von Günter Ammon unter Mitarbeit von

F. Antonelli, Rom – L. Bellak, New York – B. Buda, Budapest – I. Burbiel, München – A. Carmi, Haifa – R. Ekstein, Los Angeles – Th. Freeman, Antrim – F. Hansen, Oslo – 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/Contens

ALSO ALGO BY C TOUR POP SOLD WITH A BUILDING SOLD SOLD SOLD SOLD SOLD SOLD SOLD SOLD	
Nachruf Prof. Dr. med. univ. Erwin Ringel	147
Günter Ammon (Berlin/München) Zur Methodenintegration in der Psychotherapie On Method Integration in Psychotherapy	149 166
Gabriele von Bülow (Berlin) Das Behandlungsspektrum in der humanstrukturellen Dynamischen Psychiatrie – ein The Treatment Spectrum of Humanstructural Dynamic Psychiatry – A Survey	Überblick 171
Ilse Burbiel, Monika Dworschak, Margit Schmolke (München) Grundzüge Dynamisch-Psychiatrischer Diagnostik Basic Features in Dynamic-Psychiatric Diagnostics	187 198
Nikolaj G. Nesnanow, Swetlana L. Solowjewa St. Petersburg) Testpsychologische Untersuchung von verschiedenen Formen aggressiven Verhaltens Different Forms of Aggressive Behaviour Measured by Psychological Tests	202 205
Boris S. Rogovoy (Orel) Gratification and Activity in Schizophrenia. Some Curative Factors in Two Dynamic Psychotherapies	206
Wunscherfüllung und Aktivität in der Schizophrenietherapie Heilende Faktoren in zwei dynamischen Psychotherapien	217
Rolf Schmidts Musiktherapie in der Dynamischen Psychiatrie Music Therapy in Dynamic Psychiatry	220 228
<i>Jyoti Verma</i> The Indigenous Approach to Understanding Sorrow and its Elimination Das Verständnis von und der Umgang mit Leid aus der Sicht der indischen Philosoph	232 nie 241
Egon Fabian, Gabriele von Bülow The Significance of Humor in Psychotherapy Die Bedeutung des Humors für die Psychotherapie	245 248
Rolf Kühn Das Unsagbare sagen oder: Die Sprache des Pathos To Say the Unspeakable or: The Language of Pathos	252 257
Amnon Carmi The New Russian Law on Psychiatric Care Das neue russische Gesetz zur psychiatrischen Versorgung	259 264
Helmut Volger Gesellschaftliche Prozesse und Ideologiebildung Dynamic Processes in Society and the Formation of Ideologies	266 276
Buchbesprechungen / Book Reviews	279
Nachrichten / News	293
Ankündigungen / Announcements	302

Nachruf Prof. Dr. med. univ. Erwin Ringel 27.4.1921 – 28.7.1994



Am 28. Juli 1994 verstarb Erwin Ringel in seinem 74. Lebensjahr. Seine eindrucksvolle Persönlichkeit war für seine Umgebung stets Anregung und Aufforderung. Als Psychiater und Neurologe und herausragender Vertreter der Individualpsychologie hat er sich mit psychischer Krankheit, psychosomatischem Leiden und der Dynamik des Suizids befaßt.

Ringel hat 1948 das erste Selbstmordverhütungszentrum in Europa in Wien errichtet und 1961 die Internationale Vereinigung für Selbstmordverhütung (IASP) gegründet; in jenem Jahr wurde ihm auch der Karl-Renner-Preis der Stadt Wien für seine Verdienste zur Suizidprophylaxe verliehen. Indem er den Selbstmord als Endpunkt einer langen Wanderung voller Hilferufe verstand, hat er vielen geholfen.

Er hat 1954 die erste psychosomatische Station in Österreich aufgebaut und seit 1972 die Psychosomatische Abteilung der Psychiatrischen Universitätsklinik Wien geleitet; 1971 war er Gründungsmitglied des Internationalen Collegiums für Psychosomatik und 1978 wurde er zum ersten Präsidenten der von ihm initiierten Österreichischen Gesellschaft für klinische psychosomatische Medizin gewählt.

Seit seinem 38. Lebensjahr von einem neurologischen Leiden geplagt, war er sein Leben lang immer wieder wechselhaften Beschädigungen körperlicher Funktionen ausgesetzt. Er kämpfte heroisch, um aktiv und schöpferisch zu leben, was ihm gelang, auch als er in seinen späteren

Jahren auf einen Rollstuhl angewiesen war.

1981 in Wien zum Universitätsprofessor für Medizinische Psychologie berufen und bis zu seiner Emeritierung 1991 Vorstand des Instituts für Medizinische Psychologie, widmete er einen Großteil seiner Kraft der Integration der Medizinischen Psychologie und der Psychosomatik in das Medizinstudium. Kernpunkt seiner Lehre war, den Patienten »ernst und heilig« zu nehmen und zu ihm eine menschliche Beziehung aufzubauen, die von Echtheit getragen ist und sich im Gespräch miteinander äußert.

Ringel hatte einen innigen Bezug zu Kunst, Dichtung und Musik, welcher seine psychiatrische und psychotherapeutische Tätigkeit befruchtete. In der Tradition der psychoanalytischen Kulturtheorie stehend, setzte er sich in kritischer Verbundenheit mit den zeitgenössischen Strömungen in Politik, Wissenschaft und Kultur des Nachkriegsösterreich auseinander. Er befaßte sich mit religiösen und theologischen Fragen und scheute sich nicht, als reformerischer katholischer Christ zu seiner Meinung zu stehen. Politisch engagierte er sich für die SPÖ und leistete für sie Wahlhilfe. Sein gesellschaftliches Wirken faßte er in einem Interview kurz vor seinem Tode mit den Worten zusammen:

Er habe stets auf der Seite der Minderheiten, auf der Seite der Schwachen gestanden. Die Republik Österreich ehrte ihn 1986 mit dem Goldenen Ehrenzeichen für Wissenschaft und Kunst I. Klasse und das Bundesland Wien mit dem Goldenen Ehrenzeichen für Verdienste, 1991 verlieh ihm

die Stadt Wien die Ehrenbürgerurkunde.

Erwin Ringel, Chairman des Österreichischen Zweiges der World Association for Dynamic Psychiatry (WADP), nahm seit 1974 an vielen Symposien der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) und Kongressen der WADP teil. Eine prominente Rolle kam ihm auf dem Kongress zur psychoanalytischen Therapie von Kindern und Jugendlichen 1979 in Lübeck-Travemünde zu, wo er mit Kardinal Ursi, Erzbischof von Neapel und Papstkandidat, zusammentraf. Er wollte auch den 10. Weltkongreß der WADP in St. Petersburg besuchen, wofür er einen Vortrag mit dem Thema » The Meaning of Medical Psychology for the Medical Training« eingereicht hatte. Ein Wiedersehen wurde durch seinen Tod verhindert.

»Mach, daß mein Tod, Herr, » sagte er einst einen Vers zitierend, »sei wie das Fließen eines Stromes in das große Meer.« Sein Wunsch war es, nicht so sterben zu müssen wie soviele unserer Patienten: Nicht abgeschoben, nicht einsam, nicht ohne Gespräch, nicht ohne eine Hand, die ihn liebevoll hält. Sein Wunsch wurde ihm erfüllt. Er verstarb im Beisammensein mit seiner Frau unmittelbar nach seiner Ankunft an seinem Urlaubsort in Kärnten.

Wir trauern um Erwin Ringel.

Günter Ammon

149

Zur Methodenintegration in der Psychotherapie*

Günter Ammon (Berlin/München)*

Den Menschen mit seinen Bedürfnissen, Möglichkeiten und auch Schwierigkeiten als einzig geeigneten Maßstab anzuerkennen und damit wieder ins Zentrum aller Theorieentwicklung einzusetzen, dafür plädiert Ammon in dieser metatheoretischen Arbeit. Eine Wissenschaft, die mit der Erforschung von psychischer Krankheit und mit der Suche nach geeigneten Behandlungsmöglichkeiten befaßt ist, braucht unabdingbar ein explizit formuliertes Menschenbild, eine Modellvorstellung von psychischer Krankheit, eine Konzeption von konstruktiver menschlicher Entwicklung und eine geeignete Behandlungsmethodik. Methodenintegration heißt dabei für ihn nicht »Verwässerung« und eklektische Verschmelzung verschiedenster Schulrichtungen und Wissenschaftsdisziplinen, sondern Erfahrungsaustausch, Differenzierung und Integration der verschiedenen Ansätze unter Achtung und Wahrung ihrer Identität, integriert im Interesse neuen Erkenntnisgewinns für das Verständnis vom Menschen, seines Leidens und seiner Entwicklungsmöglichkeiten. Ammon fordert für die Wissenschaft vom Menschen die Notwendigkeit einer eigenen Wissenschaftstheorie, die entsprechend einer Modellvorstellung vom Menschen als eines lebendigen, mehrdimensionalen und ständig sich in Entwicklung befindlichen Wesens, als offenes System gegenüber neuen Erkenntnissen auch offen bleibt. Sie darf sich nicht unter dem Zwang zu rationalistischer Systematisierung starr gegenüber neuen Erkenntnissen abschließen: Jeder neue Patient wird unser theoretisches Wissen bereichern und neue Erkenntnisse bringen, Modelle vom Menschen müssen in der Psychologie heuristische Funktion haben und können nur an ihrer Nützlichkeit gemessen werden - hierüber entscheidet letztendlich nur der Patient anhand seines subjektiven Lebensgefühls. Die Notwendigkeit einer eigenen Wissenschaftstheorie wird im Verständnis Ammons besonders deutlich bei der Einbeziehung der Dynamik und Funktionsweisen des Unbewußten des Menschen, welches nicht den Gesetzen aristotelischer Logik gehorcht, sondern ganz neue Wege des Denkens jenseits eingeengter Kategorien und die Infragestellung bisher Gewohnten und Gedachten fordert. Ammon stellt den bisherigen Bemühungen der Wissenschaften einen integrativen Ansatz gegenüber, der neben den denkerischen Aspekt den behandlungspraktischen Aspekt stellt und Dynamische Psychiatrie versteht als an der Behandlung erprobte Wissenschaft, die gleichzeitig im Sinne eines offenen Systems sich durch die Behandlung erweitert und verändert. Die wesentlichen Bestandteile seines mehrdimensionalen und methodenintegrativen Modells, eines besonderes Denkansatzes und seines Menschenbildes werden am Beispiel der Dynamischen Psychiatrie ausführlich dargestellt. Über die Notwendigkeit einer ausformulierten Wissenschaftstheorie hinaus begreift Ammon Wissenschaft auch als Lebensstil, als gelebte Wissenschaft, die sich mit anderen Schulen und Disziplinen jenseits nationaler, religiöser, rassischer und politischer Eingeengtheiten befruchtend auseinandersetzt und Wissenschaft damit in den Dienst des Patienten und von Humanismus und Frieden stellt.

Zum Begriff der Methodenintegration

Die Unüberschaubarkeit der Vielzahl von Theorien und Methoden zur Erklärung psychischer Geschehnisse, Prozesse und Strukturen ist wohl unbestritten. Walter Herzog (1980) weist darauf hin, daß keine spezifisch diesem Forschungsgebiet entsprechende Wissenschaftstheorie vorliegt, und auch Wolman (1971) meint, daß die Psychologie eigene erkenntnistheoretische Probleme habe, so daß ein Wissenschaftler, der sich mit diesem Gebiet

^{*} Unter Mitarbeit von Dörte Griepenstroh zuerst veröffentlicht in: Petzold, H. (Hrsg.), Methodenintegration in der Psychotherapie, Junfermann-Verlag, Paderborn, 1982, S. 25-48, unter dem Titel »Methodenintegration – Möglichkeiten und Gefahren aus der Sicht der Psychoanalyse«.

beschäftigt, auch eine eigene Wissenschaftstheorie zu entwickeln habe, die auf die spezifischen Anforderungen dieser Wissenschaft zugeschnitten sei.

Diese Lücke in der Wissenschaftstheorie wird vor allen Dingen offensichtlich, wenn wir die Dynamik und Funktionsweise des Unbewußten sowie die synergistische Beziehung zwischen Unbewußtem und Bewußtem erforschen und erfassen wollen. Interessant ist in diesem Zusammenhang der Vergleich von Mythen und Wissenschaft, den Paul Feyerabend (1976) zieht. Er weist darauf hin, daß der Mensch der Urzeit »uns bekannte Beziehungen und Vorgänge, wie etwa die Präzession der Äquinoktien auf ungewöhnliche Weise darstellt und unbekannte, der Wissenschaft unzugängliche Beziehungen aufgrund dieser besonderen Darstellungsweise entdeckt hat. Darstellungsweise und Methode sind in einem Mythos vereinigt, der den Einzelmenschen an den Stamm bindet und seinem Leben einen Sinn verleiht«. Weiter führt er aus, daß die rationalistische Erforschung der Welt an Grenzen stoße und nur beschränktes Wissen hervorbringen könne.

Das Unbewußte gehorcht nicht den Gesetzmäßigkeiten aristotelischer Logik, so daß wir hier ganz neue Wege suchen müssen. In dieser Hinsicht stimme ich mit Bassin (1978) überein, der dazu sagt: »Es erfordert ein Überdenken von vielem Gewohnten und klar Erscheinenden. Daher ist es nicht verwunderlich, daß die Auseinandersetzung mit dem Unbewußten auch das Wesen des Phänomens und die Methoden des Zugangs zum Phänomen einschließen. Ströme von Tinte wurden von unseren Großvätern und Vätern beim Durchführen dieser beiden großen Pläne verbraucht.«

Diese Tintenströme, von denen Bassin (1978) spricht, werden meines Erachtens auch noch weiterfließen müssen, bis eine adäquate autochthone Wissenschaftstheorie gefunden ist, die den Ansprüchen und Erfordernissen unseres Wissenschaftszweiges entspricht.

Als Tatsache können wir festhalten, daß ein fundiertes wissenschaftstheoretisches Modell zumindest zur Zeit als Kriterium für eine psychotherapeutische Theorie noch nicht ausformuliert ist. Daraus entsteht die Frage nach einem geeigneten Maßstab, der an eine psychotherapeutische Richtung anzulegen ist, d.h. welche Bedingungen und Forderungen sie erfüllen muß. Dieser Maßstab kann meines Erachtens nur der Mensch selbst sein. Damit meine ich, daß wir von einer psychologischen Theorie erwarten müssen. daß sie von den Besonderheiten der psychischen Erkrankungen der heutigen Zeit wie auch den heutigen konstruktiven Entwicklungsmöglichkeiten ausgeht. Entsprechend ist es eine Notwendigkeit geworden, daß eine psychotherapeutische Schule ein Konzept über das Verständnis und die Behandlungsmethodik psychischer Krankheitsformen, psychosomatischer Krankheitsbilder und auch über die Borderline-Erkrankungen und die immer kleiner werdende Gruppe der sogenannten neurotisch reagierenden Patienten macht. Mit anderen Worten bedeutet das, daß in einem psychotherapeutischen Modell eine Vorstellung von konstruktiver menschlicher Entwicklung und von Krankheitsentstehung, verbunden mit einem Persönlichkeitsmodell, integriert sein muß. Damit verbunden ist ebenso eine Integration der großen Disziplinen wie Psychiatrie und Psychoanalyse, Psychologie, Medizin und Pädagogik, die ebenso dringlich und notwendig ist, um dem kranken Menschen zu begegnen, um Therapeuten umfassend in ihrer gesamten Persönlichkeit auszubilden und um sie für ihre Aufgabe zu qualifizieren in einer breit gefächerten Ausbildung.

An dieser Stelle sind wir bereits mitten im Thema mit der Frage, was gedeutet eigentlich »Methodenintegration«? So kann man meines Erachtens den Versuch, ein integriertes Therapiemodell zu schaffen, auf verschiedenen Ebenen ansetzen. Eine Ebene ist die Integration verschiedener Schulmeinungen, und zwar entweder von der Theorie her oder von ihrer Behandlungspraxis ausgehend. Diesen Weg sind eklektische Modelle gegangen, die eine Aneinanderreihung verschiedenster psychotherapeutischer Ansätze vollzogen haben mit verschiedenster Zielsetzung. Eine andere Möglichkeit ist die Methodenintegration von unterschiedlichen Wissenschaftsdiziplinen, die sich mit dem Thema »Der Mensch« beschäftigen, wie Medizin, neurophysiologische Forschung, Psychologie, Pädagogik, Linguistik und unter Umständen auch Philosophie, Soziologie, Politologie und Rechtswissenschaften.

Eine dritte Form der Methodenintegration integriert sowohl die Erkenntnisse verschiedener Wissenschaftszweige als auch Aspekte verschiedener therapeutischer Schulen und stellt diese unter ein zentrales Prinzip. Dieses Prinzip kann ein formuliertes Menschenbild sein, von dem eine Theorie des Psychischen abzuleiten ist und die ebenso ein Verständnis für gesunde wie für kranke Entwicklung liefert. Dieses Prinzip kann aber auch direkt von den Bedürfnissen und Interessen eines Patienten geleitet sein, so daß sich die Integration auf dem Wege der Auseinandersetzung in einer Gruppe um die konkrete Behandlungsstrategie ergibt, die dann weiterführend theoretische Schlußfolgerungen zuläßt. Die Vielzahl psychotherapeutischer Theorien und Modelle, die gerade in den letzten Jahren und zwei Jahrzehnten entstanden sind, schaffen ein breites Spektrum von Verständnisweisen menschlicher Seinsart, psychischer Erkrankung und daraus abgeleiteten Wegen, diesen Kranken zu helfen. Bereits diese Wege haben einen unterschiedlichen Ursprung; so ist ein Ausgangspunkt die Psychiatrie, d.h. die Konfrontation des Psychotherapeuten mit der Situation psychisch Kranker in psychiatrischen Kliniken; ein anderer Ausgangspunkt ist die akademische Psychologie, die ausgehend von der Frage nach Erklärungsmodellen für menschliches Verhalten auch sogenanntes krankes Verhalten untersucht und von daher bemüht ist, Theorien und Methoden zur Behandlung psychisch Kranker zu finden. Die Psychoanalyse möchte ich als dritten Ansatzpunkt nennen, die ihre Ursprünge in der Behandlungspraxis hat, ähnlich wie die Psychiatrie, die aber nicht wie die Psychiatrie das Symptom in den Mittelunkt der Forschung stellt, sondern den Menschen in seinem Gewordensein zu verstehen versucht. Dieses Gewordensein des Menschen, aus seiner Lebensgeschichte, die ihn wie auch immer beeinflußt haben mag, findet eine Ausdrucksform im Verhalten, was wiederum hauptsächlicher Forschungsgegenstand der akademischen Psychologie ist und damit die Psychoanalyse mit der akademischen Psychologie verbindet.

Entsprechend ist die Behandlungsweise der Schulpsychiatrie vorwiegend symptomorientiert, die aus der akademischen Psychologie entspringende Methodik vorwiegend verhaltensorientiert. Die herkömmliche Psychoanalyse integriert beide Momente, allerdings auf der biologistischen Grundlage des Triebmodells.

Ansätze zur Methodenintegration können entsprechend sich innerhalb dieser Ebenen bewegen oder versuchen, diese Ebenen zu umgreifen; dabei können sie eklektisch vorgehen oder auch versuchen, einzelne Ansätze gleichberechtigt zu einem neuen Ganzen zu integrieren. Eine weitere Möglichkeit ist die Integration verschiedener Ansätze unter ein vorherrschendes Prinzip.

Der Ruf nach einer Methodenintegration kommt nun hauptsächlich aus der Richtung der Psychologie, und zwar zum einen von der Seite der Wissenschaftstheorie und der Theoriebildung überhaupt, zum anderen von der Seite der praktisch tätigen Psychotherapeuten aufgrund einer eklatanten behandlungstechnischen Notwendigkeit. Ein Argument, daß die Praktiker für eine Methodenintegration ins Feld führen, ist die theoretische Einseitigkeit und praktische Unzulänglichkeit verschiedener Schulrichtungen.

Walter Herzog weist darauf hin, daß Modelle in der Psychologie immer eine heuristische Funktion haben müssen: »Die heuristische Funktion von Modellen geht im Bereich der Psychologie fast unmerklich über in die konstituierende Funktion. Der Grund dafür liegt in der unbekannten Natur der psychischen Wirklichkeit... Die Menschenmodelle in der Psychologie sind weniger Abstraktionen oder Selektionen von Wirklichkeit; vielmehr schaffen sie Wirklichkeit, indem sie eine Sichtweise freilegen können, unter der das Psychische für Theorie und Forschung 'griffig' wird« (Herzog 1980).

Von daher kann ein theoretisches Modell zur Erklärung von Psychischem nie als falsch oder richtig bezeichnet werden, sondern – wie auch Herzog (1980) sagt – liegt das Kriterium in der Nützlichkeit. Ob eine Theorie und die daraus abgeleitete Methode nützlich ist, wird letztendlich der Patient uns zeigen, der uns überzeugt durch seine Veränderung und Entwicklung, durch sein verändertes Lebensgefühl, das meines Erachtens mehr ist als eine ausschließliche Symptombeseitigung oder Verhaltensänderung. Entsprechend muß meines Erachtens jeder Versuch einer Methodenintegration getragen sein von dem Bemühen um den Patienten und davon, ihn besser zu verstehen, um ihm entsprechend helfen zu können.

Von daher sind Wandelbarkeit und Veränderbarkeit Kriterien, nach denen eine psychotherapeutische Theorie beurteilt werden kann. Jeder Patient, jede Gruppe, die wir psychotherapeutisch behandeln, wird unser Wissen erweitern und neue Erkenntnisse bringen, die einen theoretischen Niederschlag finden sollten. Aus diesem Grund darf ein theoretisches Gebäude, das Grundlage einer Behandlungseigenschaft sein will, nie starr und endgültig systematisiert sein, da ihm damit die Möglichkeit einer immanenten Veränderung genommen wird und es praktisch überholt ist, wenn es abgeschlossen ist. Hierin liegt auch der Grund der behandlungspraktischen Begrenztheit von psychologischen Theorien, die rationalistisch systemati-

siert und damit gleichzeitig erstarrt sind. Systematisierung und Starrheit sind meines Erachtens auch Momente, die zum Hemmschuh jeder Methodenintegration werden müssen, die oftmals recht künstlich am Schreibtisch entsteht.

Von diesem Gesichtspunkt aus gesehen halte ich es für gefährlich und therapeutisch falsch, den Patienten zum Gegenstand eines Experimentes zu machen, wie der Patient damit immer verlassen sein wird, da nicht mehr er als Mensch in seinem Leid im Mittelpunkt steht in der Auseinandersetzung partnerschaftlicher Art mit dem Therapeuten. Das Experiment kann kein Mittel sein, das zur Methodenintegration führt, zumindest wenn man den Begriff des Experimentes in herkömmlicher Difinition meint.

Besonders gefährlich und als geradezu schizophrenmachend würde ich es bezeichnen, in einer Therapie unterschiedliche therapeutische Strategien, entwickelt in differierenden Schulen mit unterschiedlichem Vorverständnis, nacheinander auszuprobieren, wie *Herzog* (1980) es vorschlägt.

Allerdings kommt Walter Herzog zu diesem Vorschlag, nachdem er herkömmliche psychotherapeutische Modelle auf der Basis seiner wissenschaftstheoretischen Überlegungen diskutiert hat und feststellen mußte, daß keine der so untersuchten Theorien seinen aufgestellten Grundelementen standhalten konnte. Trotz ausführlicher Kritik an dem physikalisch geprägten Wissenschaftstheorieverständnis vieler Psychologen am Anfang seiner Arbeit rekurriert er dann doch wieder in gewisser Hinsicht auf das Experiment als Entscheidungsfaktor. Dieses Vorgehen kann der Therapie des Patienten mehr schädlich als dienlich sein, wenn mir diese Bemerkung als altem Kliniker gestattet ist.

Therapie, die so gemacht wird, wird im Endeffekt eine Zick-Zack-Therapie sein, eine widersprüchliche Therapie, die beim Patienten das Vertrauen in den Therapeuten erschüttert. Der therapeutische Prozeß, für den ein kontinuierlicher, ruhig fließender und in ständiger Auseinandersetzung befindlicher Ablauf wesentliches Moment ist, wird durch einen Methodenwechsel dauernd unterbrochen, so daß ein Vertrauen beim Patienten nicht entstehen kann und dieser durch die immer wieder neuen Ansätze praktisch immer wieder verführt und letztendlich umso tiefer verlassen wird.

Dieses Vorgehen läßt auch Prozesse der Übertragung außer acht, ebenso Widerstandsprozesse, so daß Herzogs Vorschlag behandlungspraktisch gar nicht durchzuführen ist. Andererseits ist die Notwendigkeit einer solchen Vorgehensweise dann nicht gegeben, wenn ein psychotherapeutisches Modell den gesetzten wissenschaftstheoretischen Grundannahmen entspricht und eine Methodenintegration auf anderem Wege möglich macht. Ein Beispiel dafür ist die Dynamische Psychiatrie, was ich noch genauer darstellen werde. Das soll allerdings nicht heißen, daß ich bereit bin, mich mit meiner Lehre rationalistischen Prinzipien herkömmlicher Wissenschaftstheorie zu unterwerfen. Ich kann hinsichtlich wissenschaftstheoretischer Überlegungen nur Paul Feyerabend beipflichten, der davon ausgeht, daß Wissenschaft im wesentlichen ein anarchistisches Unternehmen sei, und sagt: ...«der theoreti-

sche Anarchismus ist menschenfreundlicher und eher geeignet, zum Fortschritt anzuregen, als Gesetz- und Ordnungs-Konzeption« und »Kein Gedanke ist so alt oder absurd, daß er nicht unser Wissen verbessern könnte«.

Ein anderes Argument, das gegen Methodenintegration aufgrund von Experimenten wie oben beschrieben spricht, ist die dadurch entstehende Gruppendynamik. Diese Dynamik, die durch Anziehen und Abstoßen gekennzeichnet ist, in der ein Mensch zwar immer Kontaktangebote erhält, diese aber gleich wieder zurückgenommen werden in einer Gesamthaltung, daß der Mensch ihr nicht entfliehen kann, ist als schizophren-machende Dynamik beschrieben worden und kann von daher gar nicht zu einer Genesung beitragen.

Es ist nur zu offensichtlich, daß ein derartiger Vorschlag am Schreibtisch und nicht aus der therapeutischen Arbeit mit kranken Menschen heraus entstanden ist und daß die dahinterliegende Intention eine theoretische und nicht in erster Linie am Interesse des Patienten geleitete ist.

Aus einer ähnlichen Haltung heraus scheint die Konzeption Wittes entstanden zu sein, dessen Anliegen es ist, sozialpsychologische Konzepte zur Integration psychotherapeutischer Maßnahmen heranzuziehen. Als Ausgangspunkt schlägt er das Alltagsverhalten vor: »Nur über das Verhalten im Alltag können die theoretischen Vorstellungen unterschiedlicher Therapiekonzepte vergleichbar gemacht werden. Ein ähnliches Vorgehen wird bei dem Vergleich von Begriffsapparaten unterschiedlicher Theorien eingeschlagen: Man führt die zu vergleichenden Begriffe auf die Umgangssprache zurück und stellt dann die Ähnlichkeit fest.«

Grundsätzlich allerdings halte ich es durchaus für einen Weg der Methodenintegration, verschiedene theoretische Modelle aus ihrer jeweiligen Terminologie in die einer anderen Schule zu übersetzen oder auch Behandlungsverläufe aus der Sicht verschiedener Schulen darzustellen. So werde ich es nie vergessen, wie 1957 während eines panamerikanischen Psychologenkongresses, wo ich zum ersten Mal über eine Schizophrenie-Psychotherapie berichtete, in der Diskussion ein Psychologie-Professor aus Denver ganz schlüssig meinen Vortrag in die Terminologie des Jungianismus übersetzte. Wir wurden dadurch gute Freunde und reisten anschließend gemeinsam zu den großen archäologischen Zentren von Monte Alban und Mitla. Davon angeregt habe ich dann in meiner Funktion als Lehrer der Menninger School of Psychiatry die jungen Psychologen und Psychiater anschließend an ihre sogenannten Falldarstellungen aus psychoanalytischer Sicht aufgefordert, dieselben Berichte noch einmal aus der Sicht und mit der Terminologie von Melanie Klein, C.G. Jung und Alfred Adler vorzutragen. Ganz besonders nützlich war diese Vorgehensweise bei der Besprechung von Aufnahmeuntersuchungen neuer Patienten, in denen es um die diagnostische Formulierung ging, aber auch in den Kursen zur Interwiewtechnik, da das Krankheitsgeschehen und der klinische Befund der Patienten ja gleich blieben.

Anregend für ein derartiges Vorgehen war für mich auch die Koexistenz und Kooperation verschiedener psychotherapeutischer Schulen, die gemeinsam im selben Dachverband der Psychoanalyse arbeiten. Ein Beispiel dafür sind die drei Londoner Schulen; die Freudianische, die Kleinianische und die sogenannte mittlere Richtung der sogenannten gemäßigten Objektschule als eine Integration von Freudianismus und Kleinianismus. Durch meine Freundschaft mit Masud Khan, dem Lieblingsschüler von Winnicott, der noch kurz vor seinem Tod als Gastdozent in unser Berliner Lehr- und Forschungsinstitut kommen wollte, sowie durch meine gruppenpsychotherapeutische Zusammenarbeit mit Sutherland in Topeka habe ich wesentliche Anregungen erhalten.

In meinem ganzen Leben habe ich Wissenschaft immer als Lebensstil betrachtet und damit Zeiten der Isolation gemeinsam mit meinen Freunden

durchstehen können.

Diese Isolation einzelner Schulen, die ja auch andere Autoren erwähnten, kann einerseits die Folge sein von notwendigen Abgrenzungen, die sich entwickelnde Schulen zunächst brauchen, andererseits kann die Ursache für diese Isolation auch in einer Totschweige-Haltung der Fachwelt liegen. Wesentliches über diese Zusammenhänge läßt sich von der Paradigma-Theorie von Kuhn (1967) ableiten.

Auch, finde ich, wird diese Schwierigkeit der Isolation immer wieder gefördert von Behörden und staatlichen Stellen, die neue Ansätze zurückweisen mit dem Argument, sie seien nicht akzeptabel, da sie divergierende Lehren vertreten – früher ist es den heute etablierten Richtungen des Freudianismus, Jungianismus und Adlerismus so gegangen, womit dann ihre Wissenschaftlichkeit in Zweifel gezogen wurde. In dieser Hinsicht möchte ich mich Feyerabend anschließen, der die Folgen der Verflechtung von Staat und Wissenschaft aufzeigt und eine Trennung dieser Bereiche fordert als einzige Chance, eine Menschlichkeit zu erreichen, zu der wir fähig sind; und ich möchte seine Forderung unterstützen: »...befreien wir die Gesellschaft aus dem Würgegriff einer ideolgisch erstarrten Wissenschaft, genau wie unsere Vorfahren uns aus dem Würgegriff der »einen wahren Religion« befreit haben!«

Dem oben angeführten Argument habe ich bereits damals entgegengehalten, daß ja auch andere wissenschaftliche Disziplinen, wie z.B. die Mathematik und Physik und selbst die Chirurgie, keine einheitliche Lehre haben, sondern aus durchaus radikal divergierenden Schulen bestehen. Dazu kommt die Tatsache, daß ja gerade in der Physik über Jahrhunderte mit Modellen gearbeitet worden ist, die dann später völlig revidiert werden mußten. Zweifelsohne haben aber auch die alten Modelle und Methoden ihren Zweck erfüllt, eben so lange, bis neue gefunden wurden, ohne Schaden anzurichten.

Hilarion Petzold ist in seinem Modell der »integrativen Intervention« geleitet von dem Ziel einer allgemeinen Humanisierung der Lebenssituation und der Gewährleistung von Selbstregulation und Selbstverwirklichung im Lebenskontext für das Individuum. Sein Anliegen ist die »Einheit in der Vielfalt«, die er vermittelt über sein Konzept der Identität (Identität nach

Petzold heißt »sich im Lebensganzen verstehen lernen«), die er in der Verbindung von Individuellem und Gesellschaftlichem zu finden glaubt. Anthropologische Grundformel seines Menschenverständnisses ist, daß der Mensch ein Körper-Seele-Geist-Organismus sei in einem sozialen und physikalischen (ökologischen) Kontext. Diesen Dimensionen, in denen er den Menschen beschreibt, ordnet er spezifische psychotherapeutische Verfahren zu, die dann »im Verlauf einer Einzelanalyse oder Gruppentherapie prozeßorientiert und indikationsspezifisch praktiziert« werden.

Was mich und die Dynamische Psychiatrie mit diesem Integrationssatz verbindet, ist seine Intention, in der es ihm und uns nicht um Methodenintegration als abgehobenes wissenschaftliches Problem geht, sondern um Integration von Maßnahmen der Hilfeleistung für Menschen und Gruppen, die dringend Hilfe brauchen und deren Notlage so umfassend wie möglich behoben werden sollte.

Hilarion Petzold ist ein gutes Beispiel dafür, wie an sich die eigene Lebenserfahrung und die Erfahrung der Begegnung mit therapeutischen Methoden und Schulen formend auf die Identität eines Gelehrten einwirkt und befruchtende Konsequenzen haben kann. Ich möchte meinen, daß auch in dem Weg seines Lebens die Wurzeln zu finden sind seiner Bestrebungen nach Integration einerseits und Koexistenz andererseits, was eine Art dialektischer Spannung zur Folge hat.

Methodenintegration am Beispiel der Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie

Als 1968 die erste Ausgabe der internationalen Fachzeitschrift »Dynamische Psychiatrie/Dynamic Psychiatry« erscheinen sollte, erreichte mich als Herausgeber eine Vielzahl bestätigender Zuschriften aus aller Welt, die u.a. das integrative Moment der Ammonschen Dynamischen Psychiatrie betonten und von denen ich zwei in Auszügen in diesem Zusammenhang erwähnen möchte. Ein Brief ist von Karl Menninger, der andere von Rudolf Ekstein. Karl Menninger war mein Lehrer, und in gewisser Weise habe ich auch von Ekstein gelernt. Wir arbeiteten zusammen, ergänzten uns, waren und sind doch an sich gleichzeitig Vertreter von konträren Positionen.

Bei Karl Menninger stand der Gedanke einer Integration aller Bereiche, in denen er tätig war, im Vordergrund. In diesem Sinne schrieb er an mich: »...The so-called »organic« and »functional« concepts of psychiatric illness are actually not two different concepts or different conditions so much as they are different ways of looking at something. A thunderstorm is both substance and dynamics; so is a hysterical conversion. We engage in a kind of linguistic parallelism when we jump from mind to body, from neurone to conflict. Having begun my career in neuropathology, I shall continue all my life to have an interest in that aspect of human failure but I am also a psychiatrist, a psychoanalytic psychiatrist, a »psychodynamic« psychiatrist, I

hope, and I see human beings as existing in a flux of forces with internal and external tensions constantly in and out of balance« (Menninger 1968).

Rudolf Ekstein dagegen warnt davor, die unterschiedlichen Wissenschaftsdisziplinen zu verschmelzen. Er schrieb: »Es ist keine Kleinigkeit, eine dauernde Brücke zwischen der Psychiatrie und der Psychoanalyse und auch den anderen klinischen Wissenschaften zu schaffen...Verständigung kann nur dann aufrecht erhalten werden, wenn beide Teile, die durch diese Brücke verknüpft sind, auch ihr Eigenleben fortsetzen. Ich habe das Gefühl, daß die amerikanische Erfahrung, die wir beide gemeinsam in Amerika erlebt haben, trotz der ausgezeichneten Modelle auch Gefahren in sich birgt. Manchmal haben in gewissen Zentren Verschmelzungen stattgefunden, die die Identität und Individualität jedes der beiden Fächer gefährdet haben. In dieser Hinsicht bin ich gegen den »melting pot«...Mir scheint, ich komme in Gefahr zu glauben, es sei einfacher, den populären Weg zu nehmen, als einen tiefen, ernsten und sachlichen Dialog zu beginnen« (Ekstein 1968).

Wir alle drei sind Psychoanalytiker, und alle drei vertreten wir einen eigenen Standpunkt zum Thema Dynamische Psychiatrie und auch zum Themenkomplex der Methodenintegration. Karl Menninger spricht davon, daß er ein psychodynamischer Psychiater, ein psychoanalytischer Psychiater sei. Entsprechend vertritt er den integrativen Standpunkt der Zusam-

menschließung von Psychoanalyse und Psychiatrie.

Ekstein dagegen verwahrt sich gegen einen »melting pot«. Er befürchtet, daß die Psychoanalyse durch Integration die Psychiatrie verwässern würde. Andererseits wünscht er den Dialog von einander abgegrenzten Wissenschaften und führt an anderer Stelle in diesem Zusammenhang besonders die Sozialwissenschaften an. Vom Standpunkt der heutigen Wissenschaft möchte ich noch die Hirnphysiologie bzw. die Biologie insgesamt als verwandte

Wissenschaft hinzufügen.

Demgegenüber möchte ich von einem integrativen Ansatz sprechen, der neben den denkerischen Aspekt den behandlungspraktischen Aspekt stellt, und Dynamische Psychiatrie verstehen als an der Behandlung erprobte Wissenschaft, die gleichzeitig durch die Behandlung sich erweitert und verändert. Dieser Ansatz ist sowohl deduktiv wie induktiv zu verstehen, wobei deduktives Denken integriert wird, würde ich sagen, es aber immer darauf ankommt, den Mut zu finden zu ganz neuen Gedanken, zu Gedanken, die vorher noch nicht gedacht worden sind, und sich auch neuen Erfahrungen zu öffnen, was meines Erachtens bedeutsam ist für eine Wissenschaft des Menschen, eine Wissenschaft menschlicher Entwicklung und psychischer Leiden, die immer mit einer Zerstörung, Beeinträchtigung oder Hemmung menschlicher Möglichkeiten und menschlichen psychischen Wachstums einhergehen. Um dies zu leisten, muß Neues gedacht, Neues entwickelt und Neues getan werden. Der Rahmen, in dem dies geschieht, kann nicht mehr allein die Wissenschaftsabteilung einer Psychiatrie, einer Psychologie oder eines Lehrstuhles für Psychoanalyse und Psychosomatik sein.

Die Integration muß sich zeigen durch einen neuen Denkansatz, eine neue Konzeption, eine Alternative zu bisherigem Denken über die gleichen klinischen Tatbestände. In einem solchen Rahmen habe ich die Dynamische Psychiatrie als eigenständiges integriertes Wissenschaftsmodell entwickelt.

An die Stelle des Triebmodells der traditionellen Psychoanalyse ist das Modell der Sozialenergie als Energie aus der Gruppe getreten, an die Stelle des topographischen Modells vom Ich, Es, Über-Ich das Ich-Struktur-Modell mit primären biologischen, zentralen, unbewußt wirksamen und sekundären, vorwiegend das Verhalten des Menschen und seine Tätigkeit bestimmenden Ich-Funktionen. Auch ist es uns gelungen, in dieses Denkmodell die moderne Hirnhemisphären-Forschung zu integrieren, wobei ich der rechten Hirnhemisphäre vorwiegend das Unbewußte mit dem zentralen Ich zugeordnet habe und meine, daß linkshemisphärisch die Fertigkeiten und die praktischen, technischen und logischen, aristotelischen Begaben des Menschen anzusiedeln sind.

In der Theorie des Ich-Struktur-Modells verstehen wir unter dem Unbewußten das Potential der wachsenden und gewachsenen Ich-Funktionen der Persönlichkeit. Das Unbewußte sind die »human potentialities«, die zu ihrer Ausformung der Sozialenergie der umgebenden Gruppe bedürfen. Damit ist ein Resservoir nicht entwickelter, nicht gedachter bzw. nicht erforschter Dimensionen menschlichen Seins vorgegeben. Entwicklung heißt in diesem System ein wechselseitiger Prozeß, d.h. eine dynamisch psychologische Denkweise hebt in unserer Theorie Antagonismen von Unbewußtem und Bewußtem, Anlage und Umwelt, krank und gesund auf – in gewisser Hinsicht im androgynen Prinzip sogar männlich und weiblich –, weil Identität, wie ich sie verstehe, als stetige Entwicklung, stetiger Konflikt, stetige Grenzsituation über den Rahmen additiver oder dialektischer Theoriebildung hinausgeht.

Ursprünglich hat sich mein Denken entwickelt aus der Behandlungsmethodik, d.h. durch meine Tätigkeit als ein orthodox-klassisch ausgebildeter Psychoanalytiker, der auch sehr viel mit archaisch Ich-kranken Patienten, wie Borderline-Kranken, schizophren Reagierenden, Suchtkranken, psychosomatisch reagierenden Patienten innerhalb von Kliniken und psychiatrischen Einrichtungen sowohl in den USA, wo ich weite Offenheit fand für psychodynamische und gruppendynamische Ansätze, als auch in Deutschland gearbeitet hat. Daraus ergab sich vorerst eine Weiterentwicklung in der Gruppendynamik, der Gruppenpsychotherapie und der psychodynamischen psychoanalytischen Milieutherapie. Der erste Ansatz zu einer theoretischen Weiterentwicklung war meine Beschäftigung mit dem Phänomen der Aggression, durch die ich die Aggression - man könnte sagen - aus den triebgenetischen Fesseln befreite und sie als den Kernpunkt gesunder und auch pathologischer Persönlichkeitsentwicklung ansah, entwicklungsgeschichtlich gegeben als konstruktive Ich-Funktion, die erst reaktiv durch gruppendynamische Einflüsse eine destruktive Verformung erhalten kann. Daraus erschloß sich mir eine brauchbare und effektivere Behandlungstheorie für Erkrankungen jenseits der Neurose, d.h. spektraltheoretisch gedacht den archaischen Ich-Krankheiten, von denen heute vor allem die Phänomene des Borderline-Syndroms in der Zunahme begriffen sind. Aufgrund einer weitergehenden Behandlungspraxis und Forschung beschäftigte ich mich weiter mit der Spektraltheorie, und zwar zunächst bezogen auf das Krankheitsverständnis, ein gleitendes Spektrum der archaischen Ich-Krankheiten, dem ich in der weiteren Entwicklung ein therapeutisches Spektrum dynamisch-psychiatrischer Behandlungsmethodik gegenüberstellen konnte.

Parallel dazu beschäftigte ich mich – ausgehend von der Aggression als Ich-Funktion – mit den zentralen Sehensweisen des Menschen, so daß nach und nach das Ich-Struktur-Modell entstand mit weiteren Ich-Funktionen wie u.a. Kreativität, Sexualität, Narzißmus und Identität, welche als Struktur und Funktion bis heute zentraler Begriff meiner Lehre geblieben ist. Dieses Modell der Ich-Strukturologie habe ich immer weiter differenziert

aufgrund der Ergebnisse meiner Behandlungspraxis.

Unter einem Menschen mit konstruktiver Identität verstehe ich einen Menschen, der in sich selber ruht, der homöostatisch ausgewogen ist, der eine gute Beziehung zu seinem Unbewußten hat - indem Unbewußtes in das Bewußtsein fließend übergeht - der Ideen, eigene Gedanken, einen eigenen Standpunkt hat, ein integriertes Gefühl von sich selbst und der dadurch auch konstruktiv sich zu anderen Menschen hin entwirft. Ein Mensch mit Identität wird auf spezifische Weise sich in Gruppen bewegen und den Menschen, mit denen er in Gruppen zusammen ist, Verständnis, Güte, Hilfe, Ernsthaftigkeit, Bestätigung und Auseinandersetzung geben können, nämlich das, was ich als Sozialenergie bezeichne. Durch sein Sein wird er auch immer eine Gruppe um sich haben, gruppendynamisch einen Platz in der Gruppe finden und in dieser Gruppe auch wieder Sozialenergie bekommen, die seine weitere Entwicklung möglich macht. Andererseits wird er von äußeren Dingen weitgehend unabhängig sein, er wird allein sein können, ohne einsam zu sein, und den Zielen nachgehen, die er sich selbst gesetzt hat. Ein Mensch mit Identität lebt orientiert in der äußeren Wirklichkeit der Realität, besitzt aber gleichzeitig eine Beziehung zu seiner inneren, unbewußten Wirklichkeit, verbindet Rationales und Emotionales in ausgewogener Harmonie.

Identität ist der Kern des von mir im Unbewußten postulierten zentralen Ichs und auf dieser Ebene als Funktion im interdependenten Zusammenhang zu anderen zentralen Aspekten der Persönlichkeit zu sehen, der Abgrenzung seines Ichs der Realität gegenüber wie der Welt seines Unbewußten in einem regulativen Prozeß, d.h. er wird nie starr abgegrenzt sein, er wird offen sein zu seinem Unbewußten hin, unbewußten Denkprozessen gegenüber, unbewußt wirksamen Emotionen, unbewußten Bedürfnissen, die sich dann in das Bewußtsein hineinfließend entwickeln zu einem Synergismus von Bewußtem und Unbewußtem.

Aspekte der Identität sind ebenso Kreativität und Sexualität, wobei gerade diese beiden Ich-Funktionen im zentralen Ich innig in die Identität hin-

einfließen und auch bedeutsame, ganz persönliche Variationen haben. Die Ausformung eines kreativen Lebensstils ist keinesweg schicht- und schon gar nicht statusabhängig, sie ist auch nicht abhängig von angesammelter Bildung, künstlerischen Produktionen oder wissenschaftlicher Arbeit, d.h. daß ein Arbeiter genau so kreativ sein kann in seinem Lebensstil, in seinem Denken, in seiner Sexualität, in seinem Schaffen am Arbeitsplatz und in seiner Beziehung zu seinen mitarbeitenden Kollegen wie ein Künstler, der komponiert, bildhauert oder auf andere Weise ein geistig dimensioniertes Leben führt.

Der Begriff der Identität ist damit ein zentrales Moment in der Theorie der Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie, und zwar sowohl im Menschenbild wie in der theoretischen Konzeption, in der Behandlungstheorie wie in der konkreten Arbeit mit dem Patienten, als Ziel seiner Therapie und Ausgangspunkt einer von der Krankheit unabhängigen weiteren Entwicklung.

Zu meinem Begriff der Identität ist wichtig zu sagen, daß die Identität nicht bestimmt ist durch den Raum, den eine Gruppe einem Individuum gewährt, sondern daß zur Identität immer das Risiko der Auseinandersetzung um diesen Raum gehört und es darauf ankommt, man könnte sagen, ein Nicht-Zulassen von Identität nicht zuzulassen.

Ein Mensch wird niemals unabhängig von Gruppenbezügen leben können. Dieses Wissen müssen wir einbeziehen in die Entwicklung unserer Theorie. Entsprechend ist die Gruppendynamik – und zwar die analytische Gruppendynamik, die das natürliche Geschehen in Gruppen untersucht und nicht künstlich Interaktionen herstellt – wesentlicher Bestandteil meiner Lehre. So betrachten wir menschliche Entwicklung, entstehende Krankheit, konstruktiv kreative Entwicklung und auch biologisch-physiologische Entwicklung unter dem Gesichtspunkt gruppendynamischer Bestimmtheit, auch die Ich-Strukturologie basiert auf dem gruppendynamischen Erkenntnisprinzip. Das Prinzip der Gruppe bzw. der gruppendynamische Ansatz hat damit eine methodisch-theoretische Dimension, aber auch gleichzeitig eine methodisch-praktische Dimension, da wir das gruppendynamische Prinzip als Grundlage in der psychotherapeutischen Behandlung benutzen:

- a) wir benutzen es bei der Untersuchung der Lebensgeschichte eines Patienten;
- b) wir wenden es an bei der Untersuchung, warum der Patient zu einem bestimmten Zeitpunkt in die Therapie kommt, und erfragen, aus welchen aktuellen Gruppenbezügen er kommt;
- c) wir beobachten, welche Gruppendynamik er unbewußt in der Übertragung in einer gruppenpsychotherapeutischen Gruppe wiederherstellt und wie sich diese Gruppendynamik im Prozeß der Behandlung verändert;
- d) zudem arbeiten wir in der Supervision mit unbewußten gruppendynamischen Spiegelprozessen;
- e) wir untersuchen überhaupt die unbewußte Gruppendynamik in Mitar-

beitergruppen in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik, in unseren Lehrund Forschungsinstituten und auch den Psychoanalytischen Kindergärten.

Zusammenfassend kann man sagen, daß wir unter Einbeziehung gruppendynamischer Gesichtspunkte das therapeutische Feld – ich habe auch

vom sozialenergetischen Feld gesprochen - strukturieren.

Auch den menschlichen Körper betrachten wir als Teil der Identität des Menschen in seinem Ausdruck in der Gruppe. Dazu gehört die körperliche Haltung des Menschen, seine Ausstrahlung insgesamt, sein Gesichtsausdruck, seine Mimik und auch seine Kleidung. Ich habe diese Aspekte, die auch Aufschluß geben über eine erotische und sexuelle Strukturiertheit, als ich-strukturelle Psychologie des Alltags bezeichnet.

Aufgrund dieser Betrachtungsweise integriert die Ammonsche Dynamische Psychiatrie die vielfältigen Perspektiven des Wesens »Mensch«. In dieser Folge integriert sie eine individuelle Behandlungskonzeption aus den verschiedenen Möglichkeiten der Therapie, zu der ein spezifisches spektraltheoretisches Krankheitsverständnis uns geführt hat. Dem Spektrum der archaischen Ich-Krankheiten habe ich behandlungsmethodologisch ein the-

rapeutisches Spektrum gegenübergestellt.

Diese unterschiedlichen Methoden oder besser gesagt Aspekte des therapeutischen Spektrums werden immer wieder zusammengeführt in den täglichen Supervisionssitzungen der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik, an denen das ganze Team teilnimmt, und in der ambulanten Praxis der an unseren Instituten mitarbeitenden Analytiker in den wöchentlichen Supervisionsgruppen. Insofern sind alle einzelnen therapeutischen Strategien zusammengefügt in ein großes Ganzes, das meines Erachtens etwas ganz anderes ist als mehr oder weniger wahllos aneinandergereihte Therapieformen bzw. therapeutische Modelle, die auf unterschiedlichen Grundannahmen basieren.

Anna Freud hat einmal gesagt, daß man in der psychoanalytischen Therapie alles machen könne, wenn man weiß, warum man es tut und warum man es gerade zu diesem Zeitpunkt tut. Ich halte diesen Ausspruch für recht bedeutsam. Die einzige Grenze hierbei ist meines Erachtens die Würde des Menschen, die Würde des Patienten, die nie verletzt werden darf. Um diese Grenze zu bewahren, ist es notwendig, daß der behandelnde Therapeut sich klar ist über die ablaufenden Übertragungs-, Gegenübertragungs- und Widerstandsprozesse und daß er die Therapie mit dem Patienten nicht zur Befriedigung eigener Bedürfnisse verwendet. Das wiederum heißt nicht, daß ihm seine Arbeit keine Freude machen darf; im Gegenteil, es kann sehr wichtig sein für den therapeutischen Prozeß, wenn der Patient merkt, daß dem Therapeuten die Arbeit Freude macht, daß er Spaß hat an neuen Erkenntnissen und eine ernsthaftes Interesse hat, und auch, daß er sich über die Entwicklung und einen Erfolg in der Therapie freut.

Diese Grenze ist aber nicht grundsätzlich verletzt durch körperliche Berührung oder dadurch, daß wir Patienten in den Arm nehmen oder sie streicheln, daß wir ihnen über die Schulter fassen. Besonders bei schizophren reagierenden Patienten und Borderline-Patienten können wir dadurch mehr Erfolg haben, weil der Patient sich oft dadurch zutiefst verstanden und ernstgenommen fühlt, viel mehr, als wenn wir mit therapeutischer Abstinenz vielleicht zwei oder drei Jahre arbeiten. Wenn man z.B. einen Patienten verbal gar nicht erreichen kann, er nicht spricht und nur schweigt, kann eine flüchtige körperliche Berührung am Arm ihm mehr mitteilen als eine intellektuelle Erklärung, der er auch vermutlich gar nicht zuhören könnte, die er überhaupt nicht wahrnehmen würde.

Wesentlich noch einmal zu sagen ist, daß therapeutisches Arbeiten entsprechend unserer Schule immer getragen sein muß von Gruppenarbeit, daß Ausbildung bei uns auch immer Ausbildung in Gruppen, durch Gruppen und von Gruppen bedeutet, ebenso wie theoretische und praktische therapeutische Arbeit und Ausbildung unter Kontrolle Hand in Hand gehen.

Therapeutisches Feld sind die Dynamisch-Psychiatrischen Kliniken, die Gruppendynamik unserer Lehr- und Forschungsinstitute sowie mit diesen Instituten zusammenarbeitende Praxen einzelner Analytiker unserer Schule. Auf der Ebene der einzelnen Mitarbeitergruppen findet die Integration der spezifischen Methoden statt durch Diskussionen, Bestätigung und Auseinandersetzung.

Fragt man abschließend nun noch einmal, was die grundlegenden Elemente sind, die die Dynamische Psychiatrie zu einem methodenintegrativen Modell machen, so möchte ich dies in den folgenden Essentials noch einmal zusammenfassen:

- 1. Voran steht das Menschenbild, ein holistisches Menschenbild, das den Menschen als primär gruppendynamisch bestimmtes, individuelles Wesen mit einem Bedürfnis nach Identität und Selbstverwirklichung auffaßt, und ein Wissenschaftsverständnis, das Wissenschaft als Dienst am Menschen begreift.
- 2. Auf der Ebene der Theoriebildung sind die integrativen Momente innerhalb der Ich-Strukturologie, das Ich-Struktur-Modell verbunden mit dem Persönlichkeitsprofil als ich-struktureller Ausdruck im Hier und Jetzt, das Entwicklungsmodell, die Lehre von der Sozialenergie, die Spektraltheorie sowie das analytische Denken verbunden mit dem gruppendynamischen Prinzip.
- 3. Hinsichtlich einer Therapietheorie ist integrativ das gleitende Behandlungsspektrum, das Krankheitsbild sowie die fortwährende Veränderung der Theorie durch die Behandlungspraxis.
- 4. Auf der Ebene der direkten therapeutischen Intervention möchte ich meinen, daß integrativ die prozeßhafte Veränderung von Diagnose und Behandlungsstrategie ist, ebenso wie das gruppendynamische Prinzip in der Supervisionsarbeit, verbunden mit einer beteiligten Arbeit der Therapeuten und die Frage der Ethik in der Haltung sowohl beim Therapeuten als auch als ein Therapieziel in der Arbeit mit dem Patienten, worauf das therapeutische Arbeitsbündnis zwischen dem Leidenden und dem Therapeuten beruht.

5. Letztendlich bezieht die Ammonsche Dynamische Psychiatrie Erkenntnisse anderer Wissenschaftsdisziplinen mit ein, wie die Psychiatrie, die Psychoanalyse, die Psychologie, die Neurophysiologie und gruppendynamische und psychosomatische Forschungen, und hat rückwirkend wieder Einfluß auf diese wissenschaftliche Disziplinen wie auch auf die Pädagogik und die Rechtswissenschaften.

Im Mittelpunkt unserer Wissenschaft steht der Mensch, er ist sowohl Teil als auch Diener der Gruppe.

Diskussion und Schlußbemerkung

»Theorienvielfalt ist für die Wissenschaft fruchtbar, Einförmigkeit dagegen lähmt ihre kritische Kraft. Die Einförmigkeit gefährdet auch die freie Entwicklung des Individuums« (Paul Feyerabend 1916).

Was Paul Feyerabend hier als die Einförmigkeit der Wissenschaft und auch der Theorie beschreibt, sehe ich als eine Gefahr im Hinblick auf eine Integrationsideologie, die besonders bedenklich wird, wenn sie sich noch mit einem Psychotherapeutengesetz des Staates verbündet. Hierdurch würde jedes dem Menschen dienende, eigenständige theoretische Denken, jedes freie Denken, was man auch als Denk-Identität bezeichnen könnte, wie der eigene theoretische Standpunkt einer Schule verschmolzen in dem »melting pot«, den Ekstein erwähnt.

Dabei schafft ja gerade das Bestehen einer Vielfalt von Schulen die Möglichkeit einer gegenseitigen Befruchtung. Wir können sehr viel lernen von anderen, und ich möchte behaupten, daß auch die anderen von uns lernen können. Gerade das Bestehen einer Vielfalt von Schulen schafft eine ständige gegenseitige Befruchtung, und ich würde meinen, daß sich durch eine konstruktive Rivalität zwischen den Schulen, die allerdings nicht ein Scheuklappen-Denken meint, auch die Qualität der einzelnen Schulen hinsichtlich ihres therapeutischen und Ausbildungsniveaus heben könnte.

Im übrigen scheint mir die Behauptung, daß die einzelnen Schulen so stark voneinander abgegrenzt sind, eine Fiktion zu sein. Zur Zeit sind allerorts gleitende Übergänge festzustellen. Zudem ist es ein durchaus übliches Prinzip, Patienten aufgrund deren spezifischer Bedürfnisse und Strukturen an einen Kollegen, der entsprechend einer anderen Schule arbeitet, zu überweisen. So überweise ich Patienten, die in meine Praxis kommen und außer ihrem Symptom nicht bereit sind, ihre Lebensbezüge und ihre Lebensweise in Frage zu stellen, an einen verhaltenstherapeutisch arbeitenden Kollegen; oder einen sehr zwangskranken Menschen mit geringen Möglichkeiten verbaler Äußerung an einen vegetotherapeutisch arbeitenden Psychotherapeuten.

Anläßlich eines Symposiums in Paestum sprach ich mit einem der führenden italienischen Vegetotherapeuten, Professor *Navaro* aus Neapel, wo ich ihm bestätigte, daß gerade bei Patienten mit schizophrenen Ich-Strukturen auch die Arbeit am Körper lebensrettend sein kann. Wir müssen

im Geiste unseres wissenschaftlichen Lebensstils und unserer denkerischen und therapeutischen Arbeit fordern, daß therapeutische Schulen respektiert werden, d.h. daß ein Therapeut, der besessen im guten Sinne ist von seiner therapeutischen Aufgabe, respektiert wird von einem therapeutischen Arbeiter einer anderen Schulrichtung. Falls dies nicht der Fall ist, müssen wir große Zweifel anmelden, ob es sich hier um Menschen handelt, die Gedanken entwickeln und sich deshalb auch über Gedanken anderer freuen können, oder ob es sich überhaupt um praktisch tätige Therapeuten handelt. Derjenige, der Therapeut ist und mit seinen Patienten arbeitet, eine gemeinsame harte und oft über Jahre gehende Arbeit, der wird durch diese Tätigkeit auch selbst ein wachsender und sich verändernder Mensch mit einem wachsenden ernsten Interesse an dem, was andere denken, fühlen und tun.

Ist diese Voraussetzung nicht gegeben, wird meines Erachtens auch eine Methodenintegration nichts daran verbessern können. Im Gegenteil weckt eine derartige Integration Assoziationen zur Einheitstherapie, die im Hitler-Faschismus gesetzlich gefordert wurde. Die damals bestehenden Schulen der Psychoanalyse, der Freudianismus, der Adlerismus und der Jungianismus wurden im damaligen sogenannten Reichsinstitut unter Leitung von Prof. Dr. Dr. Göring, einem Verwandten des sogenannten Reichsmarschalls Herman Göring, gezwungen, sich zu einer Deutschen Psychotherapie zu integrieren. Daß dieser Versuch, der vom Faschismus getragen war, nicht nur wissenschaftlich, sondern auch therapeutisch danebenging, wird wohl niemand bestreiten wollen. Man wird allerdings einen üblen Beigeschmack nicht ganz los, wenn man an die Bemühungen um eine integrierte Psychotherapie denkt, die dann staatlich organisiert wird, besonders im Hinblick auf ein sogenanntes neues Psychotherapeuten-Gesetz, zumal wenn man die Geschichte der Pychotherapie und auch der Psychoanalyse über die letzten 40 Jahre hin verfolgt hat.

Eine »Zwangsintegration«, ob sie nun aufgrund von staatlicher Intervention oder von der Einsicht in die Begrenztheit einzelner Schulen getragen ist, kann meines Erachtens zu keiner neuen konstruktiven Lösung führen. Durch eine Integration vom grünen Tisch, ob dieser Tisch nun Politikern oder systematisierenden Theoretikern gehört, wird die Unterschiedlichkeit einzelner Schulen beiseite gewischt und verleugnet, nämlich daß jede Schule getragen ist von einem spezifischen Menschenbild und einer spezifischen Auffassung von Wissenschaft. Insofern wird hier das Prinzip, daß das Ganze mehr ist als die Summe seiner Teile, wohl eher die Lückenhaftigkeit der Theorien potenzieren als die konstruktiven Aspekte. Eine solche Integration wird, auch wenn sie einen anderen Anspruch an sich selbst richtet, immer facettenhaft und eklektisch bleiben, ebenso eine Integration von Psychotherapieformen, die sich an Symptombehandlungen orientiert.

In einem Interview mit der Ȁrztlichen Praxis« 1977 habe ich den Begriff der Borderline-haften Gesellschaft geprägt und damit unsere westliche Gesellschaft bezeichnet, die Menschen erzeugt mit chamäleonhaft wechselnder Fassade bei gähnender innerer Leere und Beziehungslosigkeit; Menschen, die unter dem leiden, was als Borderline-Syndrom bezeichnet und beschrieben worden ist.

Ein symptomorientierter, eklektisch methodenintegrativer Ansatz von Psychotherapie wird gerade diesen Menschen in ihrem Leid nicht helfen können, da eine so zusammengesetzte Psychotherapie mit ihren wechselnden Methoden genau dem entspricht, was diese Patienten anbieten. Der Wechsel der Methodik wird ihrem unbewußten Widerstand dienen, ihr zentrales Ich aber unberührt lassen und damit auch das eigentliche Leiden. Eine facettenhafte Psychotherapie kann keinem Menschen helfen, der selbst ständig neue Facetten produziert, bestenfalls dient sie einer Anpassung an bestehende Verhältnisse; und wem kann damit geholfen sein?

In einer Zeit, in der alles Erdenkliche integriert werden soll, von der Gesamtschule über die kompensatorische Erziehung bis zu den psychotherapeutischen Theorien, möchte ich mich grundsätzlich gegen eine Methodenintegration aussprechen, die – so scheint es – nach dem Verfahren des »trialand-error« betrieben wird.

Wenn Methoden integriert werden sollen, d.h. unterschiedliche psychotherapeutische Schulen sich gegenseitig befruchten sollen, ist es notwendig, daß das bei gegenseitiger Achtung und Sympathie aufgrund ihrer Unterschiedlichkeit und weiteren Differenzierung geschieht.

An dieser Stelle möchte ich noch einmal an das methodische Prinzip der Gruppe erinnern, von dem ich gesprochen habe. Identitätsentwicklung, d.h. Differenzierung des Individuums, findet statt durch Auseinandersetzung in Gruppen. So wirken in einer Gruppe grundsätzlich zwei Tendenzen: Die Integration der Einzelnen in die Gruppe und die Differenzierung des Einzelnen durch die Gruppe, wobei aber »Gruppe« nicht als bloße Ansammlung von Menschen, sondern als feines Gewebe mit unbewußter Dynamik verstanden werden muß.

Ich habe in meiner Gruppenforschung auf die Bedeutsamkeit der zentralen Figur hingewiesen und möchte an dieser Stelle noch einmal betonen, daß in einem konstruktiv verlaufenden Gruppenprozeß jedes Mitglied einmal zentrale Figur gewesen ist, d.h. integrierend und koordinierend für den Gruppenprozeß gewirkt und dadurch im Mittelpunkt gestanden hat. In der Anfangsphase wird diese Funktion vorwiegend vom Gruppenleiter bzw. Gruppenpsychotherapeuten wahrgenommen. Im Rahmen dieses Gruppenprinzips allerdings scheint mir eine konstruktive Integration, die real Neues schafft, möglich zu sein.

Innerhalb von Arbeitssitzungen der Therapeuten unserer Institute und Kliniken konnten wir bisher durch ein Zusammentragen unserer Beobachtungen immer einen Konsensus über Krankheitsverständnis und therapeutische Planung entwickeln, wobei oft divergierende Auffassungen und Meinungen diskutiert wurden. Auch Gäste von fremden Institutionen und Schulen sind manchmal bei uns zu Besuch und werden in diese Sitzungen mit einbezogen. Ich glaube, ich kann sagen, daß wir gerade durch die diver-

gierenden Meinungen viel gelernt haben und auf diese Weise die Patienten vielfältiger sehen und besser verstehen konnte.

Wir müssen uns daran gewöhnen, daß die »Wahrheit« nicht zu finden sein wird, selbst wenn wir noch so groß angelegte empirische Untersuchungen starten. Durch Vereinheitlichung und Integration werden wir diesem Ziel aber noch weniger nahe kommen können, insofern kann ich Feyerabend nur zustimmen, der sagt: »Man erzwingt einen blinden Konformismus und redet von der Wahrheit; man läßt intellektuelle Fähigkeiten und die Einbildungskraft verkommen und redet von tiefer Einsicht; man zerstört die kostbarste Gabe der Jugend – ihre kolossale Phantasie und redet von Bildung« (Feyerabend 1976).

Seit nunmehr 24 Jahren veranstalten wir jährlich jeweils zu einem bestimmten Thema Symposia zusammen mit dem Nachwuchs unserer Jugend und den Gelehrten verschiedenster Länder, Kulturen und Gesellschaftssysteme. Mit den meisten von ihnen sind wir seit Jahren freundschaftlich verbunden. Es ist ein Lebensstil der Offenheit, Herzlichkeit und Toleranz, die Begierde, voneinander Neues zu lernen und gemeinsam in einer Art Bruderschaft von Wissenschaften jenseits nationaler, religiöser, rassischer und auch politischer Eingeengtheiten dem Humanismus und damit dem Frieden zu dienen. Ich würde meinen, daß man sich integrative Prozesse auch so vorstellen könnte.

On Method Integration in Psychotherapy

Günter Ammon (Berlin/München)

After defining the concept of method integration in scientific literature, Ammon presents in this paper the method integration in the framework of dynamic psychiatric theory and treatment.

The author refers to Herzog and to Wolman, who emphasize the necessity of a basic philosophy of science for human sciences in order to define psychic events, processes and structures. In Ammon's understanding, this requirement becomes particularly clear in considering dynamics and functioning of the unconscious. Ammon quotes Feyerabend, who points to the relations between myths and science. In primeval times, man »presented relations and events unknown to us in an exceptional manner... thus having discovered by means of such a presentation relations inaccessible to science. An exclusively rationalistic mode of analysis rapidly reaches its limits. The author points out, that the unconscious does not obey the rules of Aristotle's logics, in this point agreeing with Bassin, who also pleads for new ways of reassessing the familiar and seemingly clear. He states that at present a well-defined model of philosophy of science as criterion for a psychotherapeutic theory has not yet sufficiently been formulated. Consequently he calls for appropriate criteria for assessing psychotherapeutic treatment.

These criteria can only be based on a conception of man. This must imply an idea of constructive human development. Furthermore, an integration of all disciplines relevant to science of man should be part of this concept, including psychiatry, psychoanalysis, psychology, medicine and pedagogics, in order to qualify the personality of the therapist for his task.

Method integration may be achieved, according to the author, in three different ways: a) through the integration of various scientific opinions, which leads to eclecticism; b) through the integration of disciplines dealing with human science; and c) through the integration of the knowledge of different scientific disciplines, as well as of aspects of different therapeutic schools against the background of a common principle, such as a particular image of man.

To understand psychic illness, one may proceed from the symptom, as current psychiatry does, or from behaviour, as in academic psychology. A third starting point may be provided by psychoanalysis, which endeavours to comprehend man in his development. The call for method integration comes from psychology, but also from the philosophy of science and from practical psychotherapy searching for new therapeutic techniques. Herzog points out that models in psychology must always have a heuristic function. The usefulness of a model can, therefore, only be estimated by the extent to which a therapy based on it can lead to a change in the existential feeling of a patient.

Correspondingly, every attempt of method integration must subserve the concern to help the patient and to understand him better. Flexibility is, consequently, one criterion for judging a psychotherapeutic theory. Every treated patient should enrich our theoretical knowledge; a theoretical system must avoid stiff and final rationalistic systematization. In Feyerabend's words, "the theoretical anarchism is more humane and more likely to encourage progress than a law-and-order conception" and "no idea is so odd or absurd, that it cannot improve our knowledge".

In Ammon's view, the co-existence and cooperation of different psychotherapeutic schools may be very stimulating. Historically, this has been the case with the three London psychoanalytic schools: The Freudian, the Kleinian and the Middle Object School.

The isolation of a scientist may be necessary for the conceptional differentiation of a new school, it may, however, also be an expression of an ignoring scientific world. Public authorities often support this isolation with the argument of non-acceptance, thus contributing to the prevention of further development. Feyerabend, too, pleads for a separation of government and science, this being the only chance for a human science: »Let us liberate society from the stranglehold of a science which is ideologically paralyzed, in the same way in which our ancestors have liberated us from the stranglehold of the 'only true religion'«.

The link between Ammon and Petzold, who in his »model of integrative intervention« pleads for a general humanization of the life situation and self-

realization of the individual life context, is to consider method integration not as a detached scientific problem, but as an integration of measures to help those in need.

In the following part of his paper, Ammon emphazises the method integration by the model of the Berlin School of Dynamic Psychiatry. Taking as an example two letters written to »Dynamische Psychiatrie/Dynamic Psychiatry« after its first edition, Ammon demonstrates two opposite points of view: while Ammon's mentor Karl Menninger is pleading for an integration of all areas of body and soul as well as the integration of all treatment approaches, Rudolf Ekstein warns of the melting of different disciplines of science, considering the »melting-pot« as dangerous, »watering« the individual fields of science. Ammon's approach, with his attempt of integrating the practice-oriented as well as the rational aspect of treatment, born through treatment and at the same time extending and changing treatment practice, forms an open system of theory and methods. To develop the unusual method for the unusual patient cannot take place in a reglemented State Hospital or in the psychological departement of a University. A new approach must imply a new way of thinking, as an alternative to previous thinking, solely governed by clinical facts.

Consequently, Ammon has developed Dynamic Psychiatry as an independent integrated model of science. Instead of the drive model of traditional psychoanalysis, he formulated the concept of social energy. Instead of the topographic model of ego, id and super-ego, he developed the human-structural model of primary, central and secondary human functions. His concept also implies the nesessity of modern brain-hemisphere research.

Ammon understands the unconscious as the site of potentials for the development of the human functions (ego functions), of the »human potentialities«, needing the social energy of the surrounding groups for their development. The unconscious thus represents an unexhaused reservoir of hitherto undeveloped dimensions of human existence. Understanding psychic development as a reciprocal process between unconscious and conscious, between individual and group, cancels the antagonism between health and illness and between constitution and environment in a new way of thinking which may be termed androgynous, since it also overcomes the antagonism between male and female roles. Development of identity is understood as a permanent process, involving conflicts in critical situations.

Ammon's thinking has been developing by his work as a therapist, initially as a traditionally trained psychoanalyst in Germany and the USA. In the USA, he found a great openness for psycho-dynamic and group-dynamic approaches, enabling him to further develop group dynamics, analytical group psychotherapy, as well as psychoanalytic milieu therapy.

The first step towards dynamic psychiatric theory consisted in the preoccupation with the phenomenon of aggression, which Ammon released from the chains of drive genetics, considering aggression as a turning point of healthy as well as pathological development of personality. Aggression,

in Ammon's view, is a primarily constructive function, which may reactively undergo destructive deformation by group dynamic influences. The concept of primary constructive aggression as a human function opened the way to the model of human structurology with further central human functions such as creativity, sexuality, narcissism, anxiety, ego-boundaries and identity as structure and function. A person with constructive identity has in Ammon's view a good relation to his unconscious and disposes over imagination, creativity and an own point of view, possessing at the same time an integrated feeling of himself, enabling him to achieve constructive contact to individuals and groups. Such a person will act in groups in a specific manner, giving other members understanding, kindness and help, corroboration and positive confrontation – in the sense of Ammon's social energy.

The notion of identity is crucial in the theory of Dynamic Psychiatry, both in the view of man and in the actual work with patients. A central idea of the concept is that identity implies taking risks, since avoiding conflicts

involves stagnation of personality.

Another central idea in Ammon's thinking is the group principle. Man is born into groups and is not able to live independently of them. Human development, health and illness, but also biological-physiological structures, are considered as determined by group dynamics. This group principle has both a theoretical and a practical dimension and is applied in various fields: in studying the patients' life history, in asking for the actual life groups of the patient, in investigating group dynamics which the patient creates unconsciously in his therapeutic groups, in studying the mirror function of group dynamics in supervision sessions, and in studying unconscious group dynamics of the therapeutic staff in a dynamic psychiatric hospital. The different methods and aspects of the therapeutic spectrum are integrated in supervision sessions of the team in the hospital.

Summarizing, method integration in Dynamic Psychiatry is achieved by the following: 1. The view of man: man is primarily a being determined by group dynamics, in need of identity and self-realization. This implies a view of science as serving the human being. 2. Integrative factors in Human Structurology are the model of human functions, of development, the theory of social energy, the spectral view of health and illness, as well as the psychoanalytical thinking connected with the group-dynamic principle. 3. Integration in therapeutic theory is achieved by the gliding spectrum of treatment, the understanding of illness, and the possibility of continuous change of theory as an open system. 4. Another integrative factor is provided by processual diagnostics and treatment strategies, the ethical attitude of the therapist being of particular importance; and 5. the inclusion of further relevant scientific disciplines as enrichment and mutual exchange.

Ammon considers monotony in psychoanalytic theory and practice as a danger leading to ideology, mainly in connection with legal regulation for psychotherapists. In our history, *Hitler*'s claim for a uniform therapy was an example for such negative efforts.

The diversity of schools can lead to constructive rivalry – provided that mutual respect is given –, raising the level of the different schools. On the other hand, integration by mere theory involves the risk of »watering down« the approaches of the respective individual schools.

In a borderline-society, a symptom-oriented, eclectic approach will not be able to help patients in their suffering. Generally, Ammon's group principle with its possibility of integration and differentiation of the individual also means the principle of a living science. It may contribute to more tolerance beyond national, religious, racial and political boundaries. In this understanding, science can serve humanism and peace.

Literatur

Bassin, F.V. (1978): Unbewußtes und Verhalten. (Stuttgart: Hippokrates)
Ekstein, R. (1968): Rudolf Ekstein an den Herausgeber. In: Dyn. Psychiat. (1) 4-5
Feyerabend, P. (1976): Wider den Methodenzwang. (Frankfurt: Suhrkamp)
Herzog, W. (1980): Die wissenschaftstheoretische Problematik der Integration psychotherapeutischer Methoden. In: Integrative Therapie (4) 261-280
Kuhn, T.S. (1967): Die Struktur wissenschaftlicher Revolution. (Frankfurt: Suhrkamp)
Menninger, K. (1968): Introduction. In: Dyn. Psychiat. (1) 3
Wolman, B. (1971): Does Psychology Need Its Own Philosophy of Science? In: American Psychologist (26) 877-886

Adresse des Autors:

Dr. med. Günter Ammon Kantstraße 120/121 D-10625 Berlin

Das Behandlungsspektrum der humanstrukturellen Dynamischen Psychiatrie - ein Überblick

Gabriele von Bülow * (Berlin)

Im Mittelpunkt aller therapeutischen Bemühungen innerhalb der Dynamischen Psychiatrie Günter Ammons steht der Mensch, der in seiner Ganzheit und in seinem genuinen Bedürfnis nach Identität gesehen wird und nicht als Träger von Symptomen. Krankheit wird als eine zeitweise Dysregulation der Homöostase von Körper, Geist und Seele verstanden, die immer verbunden ist mit einer Verkümmerung und/oder Desintegration an sich gegebener mehrdimensionaler Möglichkeiten des Menschen. Humanstrukturelle Therapie zielt ab auf die Heilung des unbewußten Identitätskerns durch die Bereitstellung von neuen, wiedergutmachenden Erfahrungen in sozialenergetisch konstruktiven gruppendynamischen Feldern, die dem Patienten eine nachholende Entwicklung seiner Persönlichkeitsstruktur gestatten. Je kränker der Patient, desto mehr braucht er für seine Heilung therapeutische Situationen, die mit dem Gesamt seiner Lebenssituation zusammenfallen. Entsprechend wurde die psychoanalytische Standardmethode erweitert zu einem integrierten Behandlungsnetz von verbalen und nonverbalen, ambulanten und stationären Therapiemethoden, um auch Patienten, die unter den von Ammon sogenannten archaischen Ich-Krankheiten leiden, gerecht werden zu können. Auf diesem Hintergrund beschreibt die Autorin die wichtigsten z. Zt. innerhalb der Dynamischen Psychiatrie angewandten therapeutischen Methoden, wobei sie betont, daß nicht ein eklektizistisches unverbundenes Nebeneinander, sondern erst die Integration der einzelnen Behandlungsfacetten heilende Integrationsprozesse beim Patienten fördern kann.

Im Mittelpunkt der humanstrukturellen Behandlung steht der Menschnicht als Träger von Krankheitssymptomen, sondern der ganze Mensch:
wer er ist, wer er sein will und einmal sein kann. Allen Bemühungen in
Therapie, Diagnostik, Prävention und Forschung liegt ein explizites Menschenbild zugrunde, das ausgeht von dem genuinen Bedürfnis nach
Identität, verstanden als lebenslanger Prozeß der Verwirklichung konstruktiv angelegter Potentiale. Einer biologischen oder auch psychologischen
Reduktion des Menschlichen setzen Günter Ammon und seine Schule der
humanstrukturellen Psychiatrie ein ganzheitliches Menschenbild entgegen,
das Körper, Seele und Geist gleichermaßen umfasst (Ammon 1986).

Krankheit wird als eine - zeitweise- Dysregulation der Homöostase von Körper, Geist und Seele verstanden, die immer verbunden ist mit einer Verkümmerung und/oder Desintegration an sich gegebener mehrdimensionaler Möglichkeiten des Menschen in seinen zwischenmenschlichen Beziehungen, seinem Tätigsein, seinem Zeiterleben, seiner Erotik, seiner Körperlichkeit, seiner Religiosität, seinem Umgehen mit Tod und Sterben und vielem anderen.

Humanstrukturelle Therapie zielt auf eine Nachentwicklung und Integration der Dimensionen menschlicher Identität ab. Dabei wird es darum gehen, den Patienten zu unterstützen, krankhafte Formen der Integration wie Depression, Psychosomatik, Sucht, Psychose, destruktive Sexualität,

^{*} Dipl. Psych., Klinische Psychologin/Psychotherapeutin (BDP), Lehr- und Kontrollanalytikerin der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP)

aber auch abgespaltene überkompensierte intellektuelle Fähigkeiten zu ersetzen durch mehr gesunde Integrationsformen kreativer Lebensgestaltung. Hier kommt der Entwicklung der Geistigkeit des Menschen als einer übergreifenden relativierenden und integrierenden Dimension besondere Bedeutung zu, die letztlich darüber entscheidet, was jeweils als »krank« oder »gesund« angesehen werden kann.

Die humanstrukturelle Dynamische Psychiatrie Günter Ammons stellt eine weiterentwickelte Psychoanalyse dar. »Dynamische Psychiatrie« steht für die Verbindung von Psychiatrie und Psychoanalyse und wurde von Ammon erweitert 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.

Jenseits der Beseitigung von Symptomen ist es Aufgabe der humanstrukturellen Therapie, den unbewußten Identitätskern des Menschen zu erreichen. Dabei wird des Unbewußte nicht mehr in erster Linie, wie in der Freudianischen Psychoanalyse, als Ort des Verdrängten verstanden, sondern als primär konstruktiv-kreatives Potential eines Menschen, das sich verwirklicht als Inbegriff der lebensgeschichtlich bedeutsamen Beziehungserfahrungen. Diese unbewußte interpersonelle Dynamik in Gruppen, in denen der Mensch lebt, findet ihren jeweils spezifischen Niederschlag in seiner Persönlichkeitsstruktur (Humanstruktur). Von zentraler Bedeutung ist dabei die frühe Familien- bzw. Primärgruppe (Ammon 1969).

Nicht das Bewußtwerden von Unbewußtem ist Hauptziel der humanstrukturellen Behandlung, sondern die Heilung des Unbewußten durch die Bereitstellung von neuen, wiedergutmachenden Erfahrungen, die Entwicklungsdefizite und -arretierungen aufheben und dem Menschen ermöglichen, wieder entwicklungsfähig zu werden. Um dies zu erreichen, wird dem Patienten der interpersonelle Erfahrungsraum zur Verfügung gestellt, der ihm im augenblicklichen Stand seiner Entwicklung am meisten gerecht wird.

Wir sprechen von sozialenergetischen gruppendynamischen Feldern, um das emotionale Klima zu charakterisieren, das zwischen Menschen herrscht. Sozialenergie entsteht im Austausch zwischen Menschen. Konstruktive Sozialenergie meint das Geben von Zeit, Interesse, Wärme; es ist ein Ernstnehmen des anderen, das sich auch äußert im Eingehen von Auseinandersetzungen, in Aufforderungen zum Tätigsein (Ammon 1982).

Die Sozialenergie bewirkt das Wachstum der Persönlichkeit. Die Persönlichkeit ist manifeste, zur Struktur gewordene Sozialenergie. Folglich geht es darum, dem Patienten ein sozialenergetisch konstruktives Feld zur Verfügung zu stellen, in dem er sich entwickeln kann.

Der Mensch kann in Gruppen erkranken – in Gruppen mit vorherrschend destruktiver oder defizitärer Sozialenergie –, er kann aber auch wieder gesund werden in Gruppen. Je schwerer die psychische Erkrankung eines Menschen, desto mehr ist er für seine Heilung auf ein dicht geknüpftes Netz von Beziehungsangeboten angewiesen. »Die Therapie ist für den Patienten da und nicht der Patient für die Therapie« (David Rapaport).

Der Konzeption Günter Ammons von einem gleitenden Spektrum psychischer Erkrankungen - vom Pol neurotischer Störungen bis zum Pol schwerer, narzistischer Depression - entspricht, als Antwort, ein gleitendes Spektrum von verbalen und nonverbalen Behandlungsformen, um auch frühgestörten Ich-kranken Menschen mit schweren psychosomatischen, psychotischen und Borderline-Erkrankungen gerecht werden zu können. Mit der psychoanalytischen Standardmethode der Couch-Analyse war diesen Patienten nicht zu helfen. Gemeinsam ist diesen in frühester Kindheit, in der Zeit der Symbiose mit Mutter und Primärgruppe, entstandenen »archaischen Ich-Krankheiten« ein Defizit in der Ich-Struktur, das von Ammon so bezeichnete »Loch im Ich«, ein Entwicklungsdefizit, das durch nachholende Identitätsentwicklung in der Therapie quasi aufgefüllt werden soll (Ammon 1979).

Während es in der klassischen Neurosenbehandlung um die Bewußtwerdung unbewußten Konfliktgeschehens geht, zielt die humanstrukturelle Therapie auf die nachholende Entwicklung der Persönlichkeitsstruktur des

Menschen, die arretiert, defizitär oder destruktiv verformt war.

Im folgenden sollen die wichtigsten, z.Zt. innerhalb der Dynamischen Psychiatrie angewandten therapeutischen Methoden beschrieben werden.

I. In der ambulanten Behandlung innerhalb der Institute der Deutschen Akademie für Psychoanalyse bzw. in den mit ihnen zusammenarbeitenden Praxen herrschen verbale Therapiemethoden (Einzelanalyse, Einzel- und Gruppenpsychotherapie) vor, ergänzt durch den Humanstrukturellen Tanz (s. u.), der sowohl als Selbsterfahrung als auch als therapeutische Tanzgruppe angeboten wird, sowie ambulante Theathertherapie (vgl. Urspruch 1993). Prinzipiell wird kein Patient nur mit non-verbalen Methoden behandelt, um den für einen dauerhaften Strukturgewinn notwendigen Synergismus von

Verbalem und Non-Verbalem zu gewährleisten.

1. Die Standardmethode der Couch-Analyse ist nach wie vor die Methode der Wahl bei Erkrankungen, die auf dem Spektrum eher im neurotischen Bereich liegen, ebenso ist sie als therapeutische Selbsterfahrung für Ausbildungskandidaten obligatorisch. Weiterhin ist sie indiziert für bestimmte Patienten, die nach humanstrukturellem Verständnis unter einer frühen Ich-Störung leiden, aber eine massiv quasi-neurotische Abwehrformation aufweisen, wie im Falle der Zwangsneurose. Auch bei stark paranoischen Patienten, die sich durch Blickkontakt zu sehr kontrolliert fühlen, kann sie, zumindest phasenweise, für den Therapieverlauf günstig sein.

Streng kontraindiziert ist die psychoanalytische Standardmethode für psychosenahe oder gar akut psychotisch reagierende Patienten, da durch die freie Assoziation die ohnehin brüchigen bzw. zusammengebrochenen Grenzen nach innen zu der Welt des Unbewußten noch weiter geöffnet würden.

Je ausgeprägter das real erlittene Defizit des Patienten, desto mehr ist er auf ein reales menschliches Gegenüber angewiesen und wird sich zutiefst noch einmal verlassen fühlen durch einen Analytiker, der sich ausschließlich als Projektionsschirm für die unbewußten Inhalte seines Patienten versteht.

2. Die Einzeltherapie im Sitzen eignet sich für Patienten, die unter solch großen Gruppenängsten leiden, daß sie entweder jeglichen Kontakt in einer Gruppe destruktiv-paranoisch zerstören oder in ängstlich-fassadärer Angepaßtheit einfach keinen Gewinn aus dem Gruppengeschehen ziehen würden. Es sind oft auch Patienten, die mit dem Wunsch kommen, »endlich einmal einen Menschen ganz für sich alleine« haben zu wollen, der ihnen seine ungeteilte Aufmerksamkeit gibt. Diese artikulierten Bedürfnisse des Patienten sind unbedingt ernst zu nehmen. Häufig wird sich nach einer einzeltherapeutischen Anfangsphase eine Gruppenbehandlung anschließen können oder auch Einzeltherapie in Kombination mit Gruppenpsychotherapie. Ein guter Austausch zwischen Gruppen- und Einzeltherapeuten vorausgesetzt, bietet dieses Setting dem Patienten die Möglichkeit eines Übertragungssplittings, das ihm u.a. die Bearbeitung seiner destruktiven Agression erleichtert.

3. »Im Zentrum der psychotherapeutischen Arbeit steht die Behandlung in Gruppen. Aus unserer heutigen Sicht würden wir die ausschließliche Einzeltherapie als grundsätzlich kontraindiziert bei der Psychosentherapie und Therapie schwerer Borderline-Erkrankungen ansehen. Aus unserer Ansicht stellt es eine Überforderung des Therapeuten dar, alleine die sozialenergetische Last und symbiotische Forderung dieser Patienten zu tragen.«

(Ammon, Burbiel 1992).

Hinzu kommt das oft hohe Ausmaß an Ambivalenz dieser Patienten, die dazu neigen, den Therapeuten zugleich als verschlingend und verlassend zu erleben und die damit verbundene destruktiv gewordene Aggression, deren Bearbeitung den Rahmen einer Zwei-Personen-Situation ständig zu sprengen droht.

Je tiefer die Schädigungen der Persönlichkeitsstruktur reichen, desto weniger Einsicht in seine pathogene Psychodynamik wird der Patient mitbringen, desto mehr ist er darauf angewiesen, daß sein unter dem Wiederholungszwang stehendes Ausagieren seiner gesamten Problematik in die ihn umgebenden Gruppen hinein verstanden und therapeutisch genutzt wird.

Die Psychotherapiegruppe erlaubt dem Patienten, die krankmachende Dynamik seiner Primärgruppe wieder herzustellen und zu erleben, um sich von ihr im Zuge der Verinnerlichung von wiedergutmachenden neuen emotionalen Erfahrungen befreien zu können. (»repeat and repair«) (Ammon 1979). Sie stellt ein Erfahrungsfeld zur Verfügung, das als ein Mikrokosmos der Gesellschaft »draußen« die reale Wirklichkeit des Patienten mit seinen Arbeits- und Partnerbeziehungen widerspiegelt.

Als Faustregel kann gelten: Je kränker der Patient, desto mehr braucht er für seine Heilung therapeutische Situationen, die mit dem Gesamt seiner Lebenseitzetien zusammen [1]

Lebenssituation zusammenfallen.

Hier liegen auch die Grenzen einer ambulanten Behandlung, wobei durch die gesamte Mitarbeitergruppe eines Instituts, – bis hin zur Sekretärin! – auch Patienten in Psychosenähe getragen werden können, die in einer isoliert arbeitenden Einzelpraxis eines Psychiaters/Psychoanalytikers nicht behandelt werden könnten. Eine akute psychotische Reaktion macht allerdings die stationäre Behandlung notwendig.

Aus diesem Verständis heraus entwickelte Ammon schon früh die Milieutherapie, zunächst als Bereicherung des ambulanten Behandlungsspektrums (Ammon 1959, 1979): Eine sorgfältig zusammengestellte Gruppe lebt und arbeitet unter psychotherapeutischer Leitung für einige Wochen zusammen. Die Therapie macht hier den Schritt »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. Damit wird die Milieutherapiegruppe zum Ort des Ausagierens der pathologischen Symptomatik« (Ammon 1973). Das im Mittelpunkt der Milieutherapie stehende gemeinsame Arbeitsprojekt bildet dabei ein sog. »drittes Objekt«, das sowohl Kontakt als auch Abstand ermöglicht. Dabei wurde die Erfahrung gemacht, daß Patienten, die im Medium der Sprache nur schwer etwas von sich zeigen konnten, sich nun über das gemeinsame Tun auch in ihren konstruktiven Möglichkeiten präsent machen konnten.

II. Zentraler Bestandteil des Behandlungsspektrums ist die stationäre Psychotherapie in der Dynamisch-Psyiatrischen Klinik Menterschwaige in München, mit der die ambulanten Institute der Deutschen Akademie für Psychoanalyse in Berlin und München eng zusammenarbeiten.

»Einem in seiner Ganzheit gestörten, auf wenige Dimensionen eingeengten, in seiner Persönlichkeit desintegrierten Menschen, der im Kontakt zu sich selbst, zum Unbewußten, zu seinen Bedürfnissen, zu anderen Menschen, zur Umwelt, Kultur und Natur entfremdet ist, muß ein therapeutisches Angebot entgegengebracht werden, das ihm das Fehlende ermöglicht: eine integrierte, möglichst ganzheitliche und gleichzeitig differenzierte Behandlung unter Einbeziehung der Gruppendynamik und des Unbewußten bei Schaffung von möglichst konstruktiven sozialenergetischen Feldern....Das gesamte milieutherapeutische Klinikfeld mit allen darin wirkenden Menschen und den multidimensionalen verbalen und nonverbalen Methoden fassen wir als ein großes sozialenergetisches Feld auf, in dem durchaus auch die Patienten untereinander eine sozialenergetische und co-therapeutische Funktion haben. Die Klink hält folgende therapeutische Behandlungsmethoden bereit: Einzeltherapie, gruppendynamisch orientierte Gruppenpsychotherapie, milieutherapeutische Projektarbeit, der wir besondere Bedeutung beimessen, Großgruppen-, Theater-, Musik- und Tanztherapie, alle Formen von Kunstund Interessentherapien, handwerkliche Therapien und Sporttherapie. Jeder einzelne Patient erhält entsprechend seiner Humanstruktur ein besonderes Behandlungsprogramm und befindet sich somit in verschiedenen Gruppensituationen mit verschiedenen Therapeuten. Dabei sollte die Behandlung immer auch den Bedürfnissen des Patienten angepaßt sein (vgl. insbesondere Ammon 1986d).«

1. Die milieutherapeutische Projektarbeit findet in den einzelnen Milieugruppen statt. Je nach Persönlichkeitsstruktur des Patienten und der Zusammensetzung der Gruppe wird bei Klinikaufnahme jeder Patient Mitglied in der für ihn geeigneten Milieugrupe. Diese wählt sich ihr Arbeitsprojekt, das meist im Künstlerisch-Handwerklichen liegt, selbst aus und gestaltet auch ihren Alltag gemeinsam (vgl. Emmert et al. 1987).

2. Als besondere Facette des Behandlungsspektrums soll hier noch die extramurale stationäre Milieutherapie als integraler Bestandteil des Behandlungskonzepts der Klinik Menterschwaige erwähnt werden. Sie findet überwiegend in Paestum/Süditalien statt. Ihre besondere Wirksamkeit erhält sie durch die klare zeitliche Begrenzung und den besonders engen Gruppenzusammenhalt, die größere Eigenverantwortung des Patienten, den vermehrten Realitätsbezug in fremder Umgebung, sowie durch die besonderen geistig-kulturellen Entwicklungsmöglichkeiten (vgl. Fabian, Schanné 1993).

Schließlich stellt die Milieutherapie eine der in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik angewandten nonverbalen Therapieformen dar. Sie wurden entwickelt, um Patienten zu erreichen, die sprachlich nicht kommunizieren können, bzw. der Sprache ein tiefes Mißtrauen entgegenbringen. Die Sprachlosigkeit vieler Patienten resultiert aus Verletzungen und Wunden, die in einem Alter zugefügt wurden, in dem sie noch nicht sprechen konnten. Zum anderen finden in einem späteren Lebensabschnitt viele psychische Verletzungen gerade im Medium der Sprache statt, z.B. durch die Double-Bind-Kommunikation (v. Bülow 1992).

- 3. Der Entwicklung des humanstrukturellen Tanzes seit 1983 durch Günter Ammon kommt hierbei besondere Bedeutung zu. Ammon und seine Mitarbeiter (Ammon 1984, 1986, Berger 1987, 1988) machten immer wieder die Erfahrung, daß Patienten, die weder für sich selbst noch für Therapeuten und Mitpatienten spürbar gewesen waren, erstmalig im Tanz ein Existenzgefühl erleben konnten und dadurch auch für andere präsent wurden. Hier ist es die archaische Sprache des Körpers, die eine neue »via regia zum Unbewußten« (Ammon 1986) des Patienten erschließt. Der inmitten der Gruppe einzeln tanzende Patient wird sichtbar mit seinen Ausdrucksmöglichkeiten wie mit seinen Einengungen, mit seinen Fähigkeiten, zur Gruppe, zu sich selbst und zur Musik Kontakt aufzunehmen.
- 4. Die Musiktherapie arbeitet mit dem akustischen Kommunikationsmedium, dem frühesten, mit dem der Mensch bereits pränatal mit seiner Umgebung in Beziehung tritt. Hier zeigt sich der Mensch nicht alleine, sondern im Zusammen-Singen und -Spielen, »das die unabhängigen einzelnen Stimmen noch in ihrer Unverwechselbarkeit unterscheidet, indem sie sie reflektiert, moduliert, variiert. Gruppendynamisch gesehen wird so stärker mit den Untergruppenbildungen, Koalitionen und Differenzen gearbeitet« (Schmidts 1990).
- 5. In der Theatertherapie erhält der Patient die Möglichkeit, sich selbst, Facetten seiner eigenen Identität zu spielen. So bietet zum Beispiel die Rolle

eines Trinkers in einem Stück für einen Patienten mit dieser Problematik die Möglichkeit, sich in spielerischem Ernst mit seiner selbstdestruktiven Dynamik auseinanderzusetzen. Dabei konnte beobachtet werden, daß Patienten nach einer gewissen Zeit nicht mehr in der Lage waren, ihre Rollen zu spielen, weil sie im Verlauf des therapeutischen Prozesses aus ihnen herausgewachsen waren.

6. Das therapeutische Reiten ermöglicht solchen Patienten den Körperkontakt zu einem lebendigen Wesen, die große Schwierigkeiten haben, Zugang zu ihrem Unbewußten zuzulassen und die aufgrund ihrer Schädigungen in der symbiotischen Phase und dem damit verbundenen tiefen Mißtrauen sich nur

schwer einem Menschen anvertrauen können (Scheidhacker 1987).

7. Ein weiterer Bereich, in dem die Förderung und Freisetzung von Kreativität therapeutisch wirksam ist, ist die Maltherapie. Gestalterische und thematische Aspekte eines Bildes geben zum einen wertvolle diagnostische Hinweise über den jeweiligen Entwicklungsstand innerhalb des therapeutischen Prozesses. Zum anderen kommunizieren die Patienten durch ihre Bilder mit den Therapeuten und mit der Gruppe ihrer Mitpatienten. Die Gruppe hat dabei die Aufgabe, einen schützenden Raum aufzuspannen, in dem der Patient sein Unbewußtes unmittelbar zum Ausdruck kommen lassen kann: Gefühle wie Einsamkeit, Verzweiflung, Angst und Wut, Desintegration und Zerrissenheit, aber auch Hoffnung, Freude, Zuneigung und Erotik (vgl. Kress 1987).

Bei allen nonverbalen Therapieformen spielt die Sprache dennoch eine wichtige Rolle; die Verbalisierung hat eine integrierende Funktion: sie verleiht dem unbewußten Ausdruck von Emotionen und Persönlichkeitsanteilen sozial gültige Wirklichkeit und schafft somit eine wesentliche Voraussetzung für deren Integration in die Persönlichkeitsstruktur. Integration meint immer die gesunden, Desintegration die kranken Aspekte innerhalb eines Menschen.

Allgemein ist die Integration der einzelnen Behandlungsfacetten von hervorragender Bedeutung, sollen heilende Integrationsprozesse beim Patienten in Gang gesetzt werden. Ein eklektizistisches unverbundenes Nebeneinander unterschiedlichster Therapiemethoden hat noch keine heilende Wirkung. Vielmehr müssen alle Behandlungsformen aufeinander abgestimmt sein durch ein der Humanstruktur des Patienten entsprechendes Behandlungsprogramm, das auf einer sorgfältigen, die kranken wie die gesunden Anteile des Patienten erfassenden Diagnose im Sinne eines differenzierten Persönlichkeitsprofils beruht. Integration erfolgt auch paradigmatisch durch die Kommunikation der Therapeuten in den Case Konferenzen und in den Kontrollgruppen. Ein gruppendynamisch bedeutsames integrierendes Feld ist darüber hinaus die Großgruppe aller Patienten und Mitarbeiter. Eine ambulante Nachbehandlung ist in aller Regel für den dauerhaften Erfolg der klinischen Behandlung sowie für die weitere Persönlichkeitsentwicklung des Patienten erforderlich. Hierfür stehen auch therapeutische Wohngemeinschaften zur Verfügung (Reitz 1994).

III. Der Prävention psychischer Erkrankungen dienen die psychoanalyti-

schen Kindergärten mit ihrer intensiven Elternarbeit (vgl. Reitz, Doldinger 1993).

Neben der psychotherapeutischen Behandlung von Patienten bietet die Deutsche Akademie für Psychoanalyse gruppendynamische sowie berufsbezogene Selbsterfahrung in Balintgruppen an, die der Fort- und Weiterbildung aller im sozialen, medizinischen und pädagogischen Bereich Tätigen dienen. In einer gruppendynamischen Selbsterfahrungsgruppe kann der Teilnehmer sich im Spiegel der Gruppe selbst erleben und darüber hinaus den unbewußten dynamischen Prozeß der gesamten Gruppe studieren (Ammon 1979). Sie werden angeboten im Rahmen von gruppendynamischen Wochenenden der Institute und innerhalb der 10tägigen gruppendynamischen Klausurtagungen in Paestum bei Neapel.

Die Gruppendynamik als eine von Ammon sogenannte »Therapie für Gesunde« bietet Möglichkeiten der Erweiterung eigener Identität, die nach dem Menschenbild der Humanstrukturologie nie endgültig ein für allemal gewonnen ist, sondern in einem das ganze Leben andauernden Prozeß immer wieder in der Auseinandersetzung in lebendigen Gruppen neu zu erringen ist.

The Treatment Spectrum of Humanstructural Dynamic Psychiatry - A Survey

Gabriele von Bülow (Berlin)

In the present paper, the author describes the spectrum of verbal and nonverbal, out-patient and in-patient therapeutical methods, as they are at present used in the framework of *Günter Ammon's* Dynamic Psychiatry.

At the beginning, she emphasizes that man stands in the centre of humanstructural treatment and that he is seen in his wholeness and in his genuine need for identity and not as a carrier of symptoms of illness. A biological or psychological reduction of human nature is confronted with a holistic image of man, which comprises body, soul and mind alike. Illness is understood as a - temporary - disregulation of the homeostasis of body, mind and soul, which is always connected with an atrophy or disintegration of really existing multidimensional possibilities of man.

»Dynamic Psychiatry« ist the combination of psychiatry and psychoanalysis and has been extended by Günter Ammon to the dimension of group dynamics, i.e. the dimension of interpersonal unconscious relationship dynamics with its importance for the healthy and sick development of man. The unconscious is understood as a primarily constructive-creative potential of an individual, which materializes in the relationship experiences that are important for life history. These unconscious interpersonal dynamics in groups in which the individual is living, find their specific expression in his personality structure. The main target of humanstructural

treatment is not to make conscious what has been unconscious but rather to heal the unconscious through making available new, repairing experiences in social-energetic constructive groupdynamic fields, which permit the patient to undergo a repairing development of his human structure.

The original psychoanalytic treatment conception aiming at the therapy of neurosis has been enlarged to an integrated treatment network of verbal and nonverbal therapeutic methodes in order to come up to the needs of severely ill patients suffering from archaic ego-diseases as they are called by Ammon (1979).

I. In outpatient treatment, verbal therapeutic methods are prevalent (individual analysis, single and group psychotherapy); they are complemented by Humanstructural Dance (see below) and out-patient theatre therapie. As a principle, no patient is treated only with nonverbal methods in order to guarantee the necessary synergism of the verbal and nonverbal, which is necessary for a permanent structural gain.

The standard method of couch analysis is still used in the case of patients who must be classified as neurotic, but sometimes also in the case of paranoic patients.

In addition to the single therapy in a sitting position, particularly for patients with strong group fears, the treatment in groups is in the centre of psychotherapeutic work. The psychotherapeutical group permits the patient to restore and relive the dynamics of his pimary group, from which his illness resulted, in order to free himself from these dynamics through the internalization of repairing new emotional experiences (»repeat and repair«). Günter Ammon and his co-workers consider the exclusive use of single therapy as being fundamentally contra-indicated in the therapy of psychoses and severe borderline diseases. The social-energetic needs of such patients as well as their strong ambivalence and the aggression which has become destructive are bound to break up the setting of a two-person-situation (Ammon, Burbiel 1992).

The deeper the damage to the personality structures the lesser insight in his pathogenic psychodynamics the patient will show and the more he will be dependent on the understanding and therapeutic use of his compulsive acting of all his problems into the surrounding groups.

The general rule could be: The more severe the illness, the more the patient needs therapeutic situations for his healing, which coincide with his whole life situation.

The out-patient and in-patient milieu therapy developed by Ammon as well as the whole treatment in Dynamic Psychiatric hospitals offer the patient corresponding interpersonal experience fields along these line (Ammon 1959, 1979).

Milieu therapy focusses on a work project, mostly in the fields of arts or handicrafts. This project constitutes a socalled ** third object ** which allows both for contact and distance.

- II. The central component part of the treatment spectrum is the in-patient psychotherapy in the Dynamic Psychiatric Hospital Menterschwaige in Munich with which the out-patient Institutes of the German Academy of Psychoanalysis closely cooperate. The whole milieu of the hospital becomes effective as a groupdynamically structured milieu with its social-energetic network of treatment and relationship offers. In this spectrum the milieutherapeutic project work constitutes but one nonverbal method of therapy being applied. These methods have been developed in order to reach psychically severely ill patients who are often hardly in a position to verbalize themselves.
- In the Humanstructural Dance developed by Günter Ammon and Maria Berger since 1983, it is the archaic language of the body which opens up a new »via regia to the unconscious« (Ammon 1986) of the patient (Berger 1987, 1988).
- Music therapy works through the acoustic communication medium, the earliest medium with which man enters into a relationship with his environment already in the prenatal phase. In contrast to Humanstructural Dance, the patient is not showing himself alone but in singing and playing together with others (Schmidts 1990).
- The theatre therapy gives the patient the opportunity to face himself, to face facets of his own identity in playful seriousness (*Doldinger*, *Etschmann* 1991).
- Therapeutic riding allows for bodily contacts with a living creature in case of those patiens who due to their deep mistrust can only with great difficulty entrust themsleves to a human being (Scheidhacker 1987).
- Painting therapy is another sphere where the release and promotion of creativity becomes therapeutically effective. Shape and theme of a picture offers also valuable diagnostic hints on the respective stage of development (*Kress* 1987).

In all nonverbal therapy methods, however, the subsequent verbalization has an essential integrating function (v. Bülow 1992).

In general, the integration of the different treatment facets is of outstanding importance, if healing integration processes are to be set in motion with the patient. An eclectic non-related coexistence of different treatment methods alone does not have any healing effect. All treatment methods have to be coordinated by a treatment program that must be in accordance with the human structure of the patient and be based on a diagnosis comprising the ill and healthy parts of the patient in the sense of a differentiated personality profile. Integration is also effected paradigmatically through the communication among therapists in case conferences and control groups. In addition to that, the large group of all patients and staff members of the hospital constitutes an important integrating field.

- Out-patient follow-up treatment is, as a rule, necessary for the permanent success of hospital treatment as well as for the further persona-

lity development of the patient. Therapeutic living communities may support this process (Reitz 1994).

III. Psychoanalytical kindergarten and the intensive work with the children's parents serve the prevention of psychic diseases (Reitz, Doldinger 1994).

Besides psychotherapeutic treatment of patients, the German Academy of Psychoanalysis offers self-experience courses as well as Balint-groups which serve the advanced training of people working in the social, medical and pedagogical fields. The participant in a groupdynamic self-experience group may experience himself mirrored by the group and is able to study the unconscious dynamic process of the whole group. Such courses are offered in the framework of groupdynamic weekends of the Institutes and during 10-day groupdynamic conventions in Paestum near Naples.

- Group dynamics as a so-called ** therapy for the healthy ** (Ammon 1979) offers possibilities of enriching one's own identity which in accordance with the human image of humanstructurology is never achieved once and for all, but is rather again and again gained during a life-long process in the exchange with living groups.

Literatur

- Ammon, G. (1959): Theoretical Aspects of Milieu Therapy. The Menninger School of Psychiatry. Topeka, Kansas, USA and Pinel Publ., Berlin 1977
- (1973): Psychoanalytische Milieutherapie . In: Dyn. Psychiat. (6) 112-130
- (1979a): Entwurf eines Dynamisch-Psychiatrischen Ich-Struktur-Konzepts -Zur Integration von funktional-struktureller Ich-Psychologie, analytischer Gruppendynamik und Narzißmus-Theorie. In: Ammon, G (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. I (München: Ernst Reinhardt)
- (1979b): Gruppendynamisches Prinzip. In: ebd.
- (1979c): Der Symbiosekomplex und das gleitende Spektrum der archaischen Ich-Krankheiten. In: ebd.
- (1979d): Psychoanalytische Milieutherapie. In: ebd.
- (1982): Das sozialenergetische Prinzip in der Dynamischen Psychiatrie. In: Ammon, G. (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt)
- (198 a): Humanstruktureller Tanz Heilkunst und Selbsterfahrung. In: Dyn. Psychiat. (19) 317-342
- (1986b): Der mehrdimensionale Mensch. Zur ganzheitlichen Schau von Mensch und Wissenschaft (München: Pinel)
- Ammon, G.; Burbiel, I (1992): Grundzüge der klinischen Humanstrukturellen Psychotherapie. In: Dyn. Psychiat. (25) 1-22
- Berger, M. (1987): Psychischer Ausdruck im Humanstrukturellen Tanz. In: Dyn. Psychiat. (20)
- (1988): Psychologische Untersuchungen zur Humanstrukturellen Tanztherapie. In: Dyn. Psychiat. (21) 128-158
- v. Bülow, G. (1992): Die Rolle der Sprache in nonverbalen Therapieformen. In: Dyn. Psychiat. (25) 41-49
- Doldinger, D.; Etschmann, U. (1991): Die Bedeutung der Theatertherapie für die Psychotherapie der Psychosen - ein kasuistischer Beitrag. In: Dyn. Psychiat. (24) 189-205
- Fabian, E.; Schanné, U. (1993): Die Extramurale Stationäre Milieutherapie im Behandlungsspektrum der Dynamischen Psychiatrie. In: Dyn. Psychiat. (26) 183-200
- Kress, G. (1987): Kreativitäsentfaltung Entwicklungsschritte des Patienten in der Maltherapie. In: Dyn. Psychiat. (20) 65-82

Reitz, G. (1994): Living Communities in the Spectrum of Treatment of Günter Ammon's Dynamic Psychiatry. In: Dyn. Psychiat. (27) 90-94

Reitz G.; Doldinger, D. (1994): Prevention and Work with Parents in the Psychoanalytical Kindergarten. In: Dyn. Psychiat. (27) 95-101

Scheidhacker, M. (1987): Die Bedeutung des Therapeutischen Reitens bei der Behandlung verschiedener psychiatrischer Krankheitsbilder. In: Dyn. Psychiat. (20) 83-96

Schmidts, R. (1990): Die Bedeutung der Musiktherapie in der Dynamischen Psychiatrie. Vortrag gehalten auf dem 8. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP und XXI. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 5.-8. Oktober 1990 an der Hochschule der Künste Berlin.

Urspruch, I. (1993): Theatertherapie – eine milieutherapeutische Erweiterung ambulanter Psychotherapie. In: Dyn. Psychiat. (26) 73-89

Adresse der Autorin:

Dipl. Psych. Gabriele von Bülow, M. A. Bregenzerstraße 4 D - 10707 Berlin 1

способов лечения гуманно-структурной Динамической Психиатрии - обзор (Габриэле фон Бюлов, Берлин)

В данной статье автор изображает спектр вербальных и невербальных амбулаторных и стационарных терапевтических методов, применяемых сейчас в Динамической психиатрии Гюнтера Аммона.

В начале она подчёркивает, что в центре гуманно-структурного лечения находится человек, которого принимают как целостность, чувствуя внутреннюю потребность в идентичности, и не как носителя симптомов болезни. Биологической или даже психологической редукции противоречит целостное представление о человеке; сюда относятся в равной мере тело, ум и душа. Под болезней понимают – временную – дисрегуляцию гомеостаза тела, ума и души, которая всегда связана с чахлостью или десинтеграцией имеющихся в принципе многомерных возможностей человека (Аммон, 1986 b).

"Динамическая психиатрия" означает соединение психиатрии с психоанализом и была расширена Гюнтером Аммоном на размеры групповой динамики, т. е. на размеры бессознательных динамик в отношениях между людьми, имеющихся значение для здорового и больного развития человека.

Бессознательное понимают, в первую очередь, как конструктивный и творческий потенциал человека, который осуществляется значительно в истории жизни опыте в его соотношениях. бессознательная динамика между людьми в группах, в которых живёт человек, находит свое специфическое выражение в его Главной целью структуре личности. гуманно-структурного лечения является не осознание бессознательного, а излечение бессознательного при помощи предоставления нового исправляющего опыта в социально-энергетических конструктивных полях групповой динамики. Это позволяет больному проходить путь навёрстывающего развития в его структуре личности (Аммон, 1979 a).

Первоначальная психоаналитическая концепция лечения, расчитанная на терапию неврозов, была расширена до сети лечений, в которую включили вербальные и невербальные способы терапии, с целью получения возможности справляться и с психически тяжело больными людьми, страдающими от так называемым Аммоном архаических болезней своего я (Аммон, 1979 е).

I. В амбулаторном лечении преобладают вербальные способы те-(индивидуальный анализ, индивидуальная и групповая терапия) с дополнением гуманно-структурного танца (см. ниже) и амбулаторной терапии театром (Уршпрух, 1993). В принципе никакой больной не получает терапию только невербальными мечтобы обеспечить необходимый для прочной пользы структуры синергизм из вербальных и невербальных элементов. Как и прежде стандартизованный способ анализа на диване применяют для больных, находящихся скорее в области неврозов, но при необходимости также для сильно параноических больных.

2

- Наряду с нидивидуальной терапией сидя, применяемая прежде всего для больных с сильным страхом в группах, лечение в В центре психотерапевтческой работы. находится Психотерапевтическая группа позволяет больному, восстанавливать и еще раз переживать динамику, которая стала причиной болезни, своей первичной группы с целью освободиться от неё при концентрации внимания на внутренных переживаниях исправляющего нового эмоционального опыта ("repeat repair"). Для терапии психозов и тяжелых болезней типа бордерлайн Гюнтер Аммон и его сотрудники считают, что исключительно индивидуальная терапия принципиально противопоказана. Социально-энергетические потребности этих больных, а также их высокая амбивалентность и их агрессии, которые стали деструктивными, постоянно являются угрозой выхода за рамки ситуации у этих двух лиц (Аммон, Бурбил, 1992).

Чем глубже повреждения структур личности, тем меньше познаний в свою патогенную психодинамику найдутся у больного и тем больше он зависит от того, что понимают и используют в терапевтическом процессе его действия, проходящиеся под влиянием навязчивых повторений и показывающие всю его проблематику в окружающих его группах.

Общим правилом можно считать: чем больнее пациент, тем больше для его лечения нужны терапевтические ситуации, совпадающие с ситуацией его жизни в целом.

Разработанные Аммоном амбулаторная и стационарная терапия влияния окружающей среды, а также всё клиническое лечение в больницах динамической психиатрии с этим намерением предоставляют соответствующие поля для опыта между людьми в распоряжение больных (Аммон, 1959, 1979).

В центре терапии влияния окружающей среды находится трудовой проект - в большинстве случаев в художественной или ремесленной сфере - образуя так называемый "третий обект", который позволяет и контакты и расстояние.

- II. Центральной составной частью спектра лечений является стационарная психотерапия в больнице динамической психиатрии "Ментершвайге" в Мюнхене, с которой тесно сотрудничают амбулаторные институты Немецкой академии психоанализа. Вся среда больницы действует как структурированная среда групповой динамики со своей социально-энергетической сетью предложений лечения и отношений. При этом проектная работа терапии влияния окружающей среды представляет собой о д н у из применяемых невербальных форм терапий. Они были разработаны с целью установления контакта с тяжело больными людьми, которые часто вербальным образом почти не могут высказываться.
- В гуманно-структурном танце, разработанном с 1983г. Гюнте-ром Аммоном и Марией Бергер, архаический язык тела раскрывает новую "via regia" к бессознательному больного (Бергер, 1987, 1988).

- Лечение музыкой работает с акустической средой коммуникации - с самой ранной средой - при помощи которой человек уже перед рождением связывает отношения с окружающей его средой. противоположности к гуманно-структурному танцу пациент показывает себя не одным, но в игре и в пении вместе с другими (Шмидтс, 1990).
- В терапии театром больной получает возможность, играючи в серьёзности сталкиваться с собой и с фасетами своей идентичности (Дольдингер, Эчманн, 1991).
- Терапевтическая верховая езда позволяет чувство контакта тела с живым сушеством и тем больным, которым очень трудно довериться человеку из-за своего глубокого недоверия (Шейдхаккер, 1987).
- Терапия рисованием представляет собой дополнительный область, в котором освобождение и поощрение творческой силы действуют в терапевтическом процессе. Кроме того, творческие и тематические аспекты картины дают значительные диагностические комментарии о данном уровне развития (Кресс, 1987). применении всех невербальных терапий форм всё-таки последующее выражение мыслей и чувств в словах (и таким образом их доводят до сознания) имеет существенное объединяющее значение (фон Бюлов, 1992).
- Вообще объединение отдельных фасетов лечения имеет большое значение, так как у больного должны начинаться излечивающие процессы. Эклектические несвязянные различные способы терапий рядом друг с другом еще не имеют никакого лечебного действия. Наоборот, все формы лечения должны быть согласованы друг с другом при помощи соответствующих гуманной структуре больного лечебных мероприятий, которые основываются на диагнозе, охватывающий больные и здоровые части пациента в смысле дифференцированного профиля личности. Это объединение происходит тоже парадигматическим образом в коммуникации среди терапевтов во время рассмотрения каждого случая в специальных конференциях и контрольных группах. Кроме того, значительным объединяющим для групповой полем динамики является называемая большая группа, состоящая изо всех больных и всех сотрудников больницы.
- Как правило, требуется амбулаторное следующее лечение и для обеспечения прочного успеха клинического лечения и для дальнейшего развития личности больного. С этой целью имеются в распоряжении и терапевтические группы совместного проживания (Рейтц, 1994).
- III. Профилактике психических болезней служат психоаналитические детские сады с интенсивным сотрудничеством с родителями (Рейтц, Дольдингер, 1994).

Кроме психотерапевтического лечения больных Немецкая Академия психоанализа предлагает специальные (терапевтические) группы групповой динамики и специальные группы, рассчитанные на профессии (так называемые группы им. Балинта), которые служат для повышения квалификации всех в социальной, медицинской и педагогической сфере работающих.

4

Участник в такой специальной групповой-динамической группе может осознавать себя в зеркале группы и, кроме того, он может изучать бессознательный динамический процесс всей группы. Такие группы предлагаются институтами в рамках мероприятий групповой динамики по субботам и воскесеньям и в течении десятидневных закрытых заседаний групповой динамики в Пестуме, недалеко от Неаполя в Италии.

Групповая динамика в качестве так называемой "терапии для здоровых" (Аммон, 1979 b) предлагает возможности расширения своей идентичности. Согласно облику человека в гуманоструктурологии человек не получает свою идентичность окончательно раз и навсегда, но идентичность добывается всё снова в столкновениях в живых группах в процессе, длящийся всю жизнь.

Grundzüge Dynamisch Psychiatrischer Diagnostik****

Ilse Burbiel*, Monika Dworschak**, Margit Schmolke*** (München)

Das Anliegen der Autorinnen ist es, die spezifische Funktion der Case-Konferenz als diagnostisches Instrument innerhalb des stationären Settings der dynamisch-psychiatrischen Klinik darzustellen. Ausgehend von den grundlegenden theoretischen Positionen der Humanstrukturologie Günter Ammons, insbesondere vom Menschenbild und vom strukturellen Verständnis der Persönlichkeit, zeigen die Autorinnen, wie sich diese Grundpositionen der Dynamischen Psychiatrie in der klinischen Diagnostik widerspiegeln und beispielhaft in der Case-Konferenz angewandt werden. Stellenwert und Ablauf der Case-Konferenz innerhalb des gesamten diagnostisch-therapeutischen Feldes der Klinik werden verdeutlicht und anhand eines ausführlichen Patientenbeispiels veranschaulicht. An diesem Fallbeispiel werden die wesentlichen Charakteristika der dynamisch-psychiatrischen »Prozeßdiagnostik« herausgearbeitet. Die Autorinnen betonen abschließend, daß eine ganzheitliche und integrative Diagnostik die unbewußten strukturellen Aspekte ebenso erfassen muß wie die kreativen und gesunden Funktionen des Menschen.

Ausgehend von den wesentlichen Grundstrukturen des Menschenbildes und Persönlichkeitsverständnisses, das unserer psychoanalytisch-humanstrukturellen bzw. dynamisch-psychiatrischen Theorie und Praxis zugrundeliegt, wollen wir aufzeigen, wie sich diese Grundstrukturen in unserem Verständnis von Diagnostik widerspiegeln und wie diese am Beispiel einer Case-Konferenz in die diagnostische Praxis umgesetzt werden.

MENSCHENBILD	DIAGNOSTIK	DIAGNOSTISCHES URTEIL	HUMANSTRUKTURDIAGNOSE
1. Ganzheitlichkeit Mehrdimensionalität	Ganzheitliche Krankheits- und Gesundheitsdiagno- stik	Möglichst umfassende und differenzierte, die körperlichen, geistigen und seellschen Dimensionen in ihrer gesunden und kranken Entwicklung berücksichtigende	Beschrelbung der Identität in ihrer vergangenen,
2. Gruppe	Diagnostik der Gruppen- dynamik	gruppendynamische	gegenwärtigen und zukünftigen Entwicklung
3. Identität und Unbe- wußtes	Strukturdiagnostik	psychodynamische und strukturelle	
4. Entwicklung	Prozeßdiagnostik	prognostische	

Abb.1: Grundstrukturen des Dynamisch-Psychiatrischen Menschenbildes und ihre Entsprechung im Verständnis von Diagnostik und diagnostischem Urteil

* Dr. phil., Dipl.-Psych., Klinische Psychologin/Psychotherapeutin (BDP), Lehr- und Kontrollanalytikerin der DAP, Wissenschaftliche Leiterin des Münchner Lehr- und Forschungsinstituts der DAP, Psychologisch-Diagnostische Abteilung der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige, München

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

iyiunchen

*** Dipl.-Psych., Klinische Psychologin/Psychotherapeutin (BDP), Milieutherapeutin der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige, München

**** Vortrag gehalten auf dem 2. Deutschen Psychologentag/17. Kongreß für Angewandte Psychologie vom 22.-26. September 1993 an der Universität Bonn Wesentlicher Bestandteil des dynamisch-psychiatrischen Menschenbildes ist es, den Menschen ganzheitlich in seinen seelischen, geistigen und körperlichen Seiten und mehrdimensional in seinen Bedürfnissen, Interessen, Fähigkeiten, Fertigkeiten usw., in seinen gesunden und kranken Anteilen, aber auch in seinen menschlichen Möglichkeiten und Potentialen zu sehen. Der Mensch ist ein Beziehungswesen, d.h. er wird in ein Feld von Beziehungen und Gruppendynamiken hineingeboren, lebt und entwickelt sich sein Leben lang in den verschiedensten Gruppenbeziehungen. Die Qualität dieser zwischenmenschlichen Kontaktfelder auf dem gleitenden Spektrum von konstruktiv, d.h. kontakt- und damit entwicklungsfördernd, destruktiv, d.h. kontaktzerstörend und damit entwicklungsarretierend, und defizitär, d.h. kontaktlos und damit ohne Entwicklung, insbesondere der frühesten Lebensgruppen, bedingt die Qualität der Persönlichkeits- und Identitätsentwicklung auf dem Spektrum zwischen Gesund und Krank.

Identität ist somit Ergebnis der bisherigen gruppendynamischen Erfahrungen des Menschen. Das Streben nach Identität und Selbstbestimmung ist ein weiteres Strukturmerkmal unseres Menschenbildes. Identität ist nur in Beziehung zur Gruppe zu denken: »Der Mensch entwickelt seine Identität in der Gruppe. Der Gruppenbezug integriert ihn, die Identität differenziert ihn aus der Gruppe heraus« (Ammon 1982a). Dabei stellt die Sozialenergie (Ammon 1982 b), d.h. die Energie, die durch zwischenmenschlichen Kontakt entsteht, den Transmitter zwischen dem Einzelnen und der Gruppe dar.

Die Identität wurzelt im Unbewußten des Menschen. Das Unbewußte bildet die Basis für menschliches Gesund- und Kranksein, da hier insbesondere die frühen lebensgeschichtlich erfahrenen Gruppendynamiken ihren strukturellen Niederschlag finden. Das Unbewußte ist außerdem der Ort der menschlichen Möglichkeiten und Potentiale und enthält somit die Dimension der Zukunft (vgl. Ammon 1982 a). Der Mensch wird außerdem als ein sich ständig entwickelndes Wesen begriffen, der seine Identität immer wieder neu gestaltet in Richtung auf neue Entwicklungsmöglichkeiten und Ziele, ohne bereits erreichte Entwicklungen aufzugeben. »Identität ist das Bleibende einer Persönlichkeit und sie ist gleichzeitig nichts Bleibendes. Identität ist ein Prozeß, ein fortwährendes Suchen, eine fortwährende Entwicklung« (Ammon 1986).

An dem eben in seinen Grundstrukturen beschriebenen Menschenbild ist alles Wahrnehmen, Erkennen und Handeln in der Dynamischen Psychiatrie orientiert. Bezogen auf die klinische Diagnostik bedeutet dies (vgl. Abb.1), daß der Diagnostiker im Sinne einer ganzheitlichen Krankheitsund Gesundheitsdiagnostik möglichst viele Erkenntnisse über den zu behandelnden Menschen ausschöpfen sollte mit dem Ziel, die kranken, d.h. die destruktiv-defizitären, aber insbesondere auch die gesunden, d.h. die konstruktiven, Seiten eines Menschen in ihren körperlichen, seelischen und geistigen Dimensionen zu beschreiben. Die Einbeziehung des gruppendynamischen Denkens in die Diagnostik zeigt sich in verschiedenen Aspekten

wie beispielsweise in der Untersuchung vergangener und gegenwärtiger gruppendynamischer Felder und deren Niederschlag in der jeweils verschiedenen Persönlichkeitsstruktur des Menschen. Zur Analyse vergangener verinnerlichter Gruppendynamiken werden u.a. auch die sich gegenwärtig entwickelnden Gruppendynamiken zwischen den Mitarbeitern (Therapeuten, Ärzte, Psychologen, Forscher usw.) und den Patienten und die Übertragungs-, Gegenübertragungs- und Widerstandsmanifestationen als zusätzliches wertvolles Diagnostikum genützt (vgl. Burbiel et al. 1982). Ebenso werden die sich gruppendynamisch entwickelnden Widerspiegelungsphänomene in den Kontrollgruppen und Case-Konferenzen analysiert, wie wir dies später noch darstellen werden. Auch das gesamte gruppendynamisch-milieutherapeutische Feld unserer Klinik mit den verschiedenen Spezialtherapien werden für das Studium der frühen Gruppendynamik genutzt. Das daraus sich entwickelnde gruppendynamische Verständnis der Identität kann über das von Ammon 1976 formulierte und in weiteren Arbeiten differenzierte Persönlichkeitsstrukturmodell - Ammon spricht hier von Humanstrukturmodell - zu einer Strukturdiagnose integriert werden. Untersucht wird, wie sich die bisher erfahrene Gruppendynamik in Struktur und Psychodynamik der Gesamtpersönlichkeit niederschlägt.

Die Persönlichkeit wird als eine mehrdimensionale ganzheitliche Struktur verstanden, deren Elemente, die Persönlichkeits- bzw. Humanfunktionen aus drei verschiedenen Substrukturen der Persönlichkeit wechselseitig miteinander verbunden sind (Burbiel et al. 1992). Zu diesen Substrukturen gehören a) die zentrale unbewußte Persönlichkeitsstruktur mit den Funktionen der Aggression, Angst, Abgrenzung, Narzißmus, Kreativität, Sexualität, Gruppenfähigkeit, Traumfähigkeit, um nur einige wesentliche zu nennen, b) die primäre körperliche Struktur mit ihren biologischen und physiologischen Funktionen sowie c) die sekundäre Struktur derjenigen Funktionen und Fähigkeiten, die den Kontakt zur Umwelt herstellen. In der strukturdiagnostischen Formulierung der Identität des Patienten werden die für die Entwicklung wichtigsten Humanfunktionen in ihren konstruktiven, destruktiven und defizitären Ausprägungen und in ihrer Beziehung zueinander beschrieben. Außerdem gilt es, den Grad der Differenziertheit und Integration der Gesamtpersönlichkeit einzuschätzen unter Einbeziehung der Symptomentwicklung und der eingesetzten Abwehrstrategien. Von entscheidender Bedeutung für Gesund- und Kranksein ist die zentrale unbewußte Persönlichkeitsstruktur, die unter dem Primat der Identität die Gesamtpersönlichkeitsstruktur des Menschen koordiniert und integriert.

Die Therapie früh gestörter Patienten, wie wir sie in unserer Klinik behandeln, – dazu gehören u.a. schwere Borderline-Störungen, psychotische Erkrankungen und schwere psychosomatische Erkrankungen – muß an dem unbewußten Kern der Humanstruktur ansetzen, um nicht nur vorübergehende Besserung in der Befindlichkeit des Menschen, sondern grundlegende Strukturveränderungen zu erreichen. Behandlungsziel ist es, über

die Einleitung realer nachholender Entwicklungsschritte im klinischen Feld die defizitär-destruktiven Persönlichkeitsanteile zu einer konstruktiven Identität zu entwickeln. Wir gehen davon aus, daß die Symptome dann abnehmen oder verschwinden, wenn eine solche strukturelle Veränderung stattgefunden hat.

Zur diagnostischen Beschreibung der Identität gehört auch die prognostische Einschätzung der Entwicklungsmöglichkeiten des Menschen. Die Humanstrukturdiagnose selbst wird prozessual aufgefaßt, d.h. sie verändert sich während des therapeutischen Prozesses im Sinne eines »diagnosing process« (Ammon 1959). Dabei wenden wir uns gegen eine Kategorisierung der Patienten in eine psychiatrische Krankheitskategorie. Die Diagnose hat nur »den Stellenwert einer groben und der Kommunikation dienenden Orientierung« (Ammon 1986). Der Therapieverlauf wird während des stationären Aufenthaltes ständig in den Kontrollgruppen des Teams, in den Großgruppen, in den Case-Konferenzen und mittels psychologischer Testverfahren überprüft im Sinne einer Prozeßdiagnostik.

Psychologisch gesehen ist das Unbewußte ein »hypothetisches Konstrukt«, das nur indirekt über beobachtbare und damit meßbare Phänomene erschlossen werden kann. Für die Erfassung solcher Phänomene stehen uns eine Vielzahl an Methoden zur Verfügung, deren Ergebnisse theoretisch über das Humanstrukturmodell und praktisch in der Case-Konferenz integriert werden.

In der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige ist der Patient vom Aufstehen bis zum Schlafengehen in die aktuelle Gruppensituation des gesamten gruppendynamischen Milieus der Klinik eingebettet. Der Patient kann hier und in den spezifischen therapeutischen Situationen wie z.B. der Einzelpsychotherapie, der Gruppenpsychotherapie, der Milieutherapie, der Reit-, Tanz-, Theater-, Musik-, Maltherapie und den milieutherapeutischen Interessensgruppen jeweils unterschiedliche Dynamiken seiner Persönlichkeit zeigen. Den Diagnostikern und Therapeuten bietet sich hier ein Feld, das Unbewußte des Patienten über das Verhalten des Patienten in seinen konstruktiven, destruktiven und defizitären Anteilen zu studieren und so auf vielfältige Weise Zugang zur Humanstruktur des Patienten zu bekommen.

Neben den gruppendynamischen Direktbeobachtungen im therapeutischen Milieu, die teilweise anhand von Protokollen, Tonband- und Videoaufnahmen festgehalten werden, wie aus Abb. 2 ersichtlich ist, untersucht der behandelnde Psychiater, der gleichzeitig auch dynamisch-psychiatrisch ausgebildet ist, die Primärgruppendynamik und Lebensgeschichte des Patienten hinsichtlich der Krankheitsentwicklung durch ausführliche Interviews. Er erstellt über eine ausführliche Untersuchung der Persönlichkeit des Patienten eine vorläufige psychogenetische, gruppendynamische und humanstrukturelle Beschreibung des Patienten unter Hinzuziehung der Symptomatologie und anderer psychiatrischer Daten. Die Ergebnisse der Untersuchung werden in ausführlichen Berichten und standardisierten Erhebungssystemen (AMDP-System, Münchner Diagnosen Checkliste für

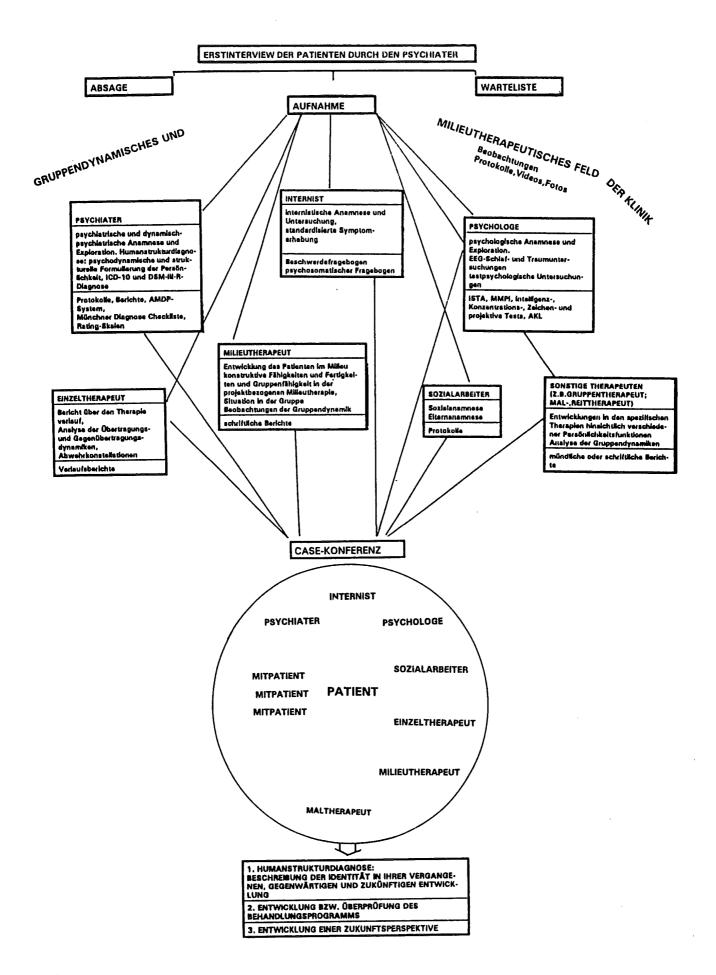


Abb. 2: Die Integration der Datensammlung in die Case-Konferenz

DSM-III-R), festgehalten. Zur Kommunikation mit anderen Kliniken und Krankenkassen gehört auch eine ICD-10- und DSM-III-R-Diagnose. Der Internist untersucht den Patienten körperlich, hält die Beschwerden und Symptome in Fragebögen fest und untersucht deren Krankheitsgeschichte. Die Psychologen führen eine ausführliche Anamnese hinsichtlicht der Entwicklung der psychisch-geistigen Funktionen und gesunder Persönlichkeitsanteile durch. Zusätzliche Ergebnisse erhalten sie über den ISTA für die Funktionen der Angst, der Abgrenzung, der Aggression und des Narzißmus, den MMPI, dem Gießen-Test, über verschiedene Intelligenztests, Konzentrations- und Zeichentests wie z.B. den Wartegg-Zeichentest, »Zeichne die Familie in Tieren«, »Zeichne ein Haus und einen Baum«, über projektive Verfahren wie z.B. über Rorschach-Test, den Autokinetischen Lichttest (AKL) sowie über Schlaf- und Traumuntersuchungen im EEG-Labor. Der Sozialarbeiter macht im Rahmen einer Sozialanamnese eine ausführliche Erhebung der schulischen und beruflichen Laufbahn des Patienten seiner derzeitigen sozialen Lebenssituation und führt auch mit den Angehörigen der Patienten ausführliche Interviews über den Patienten durch.

Die so gewonnenen Untersuchungsergebnisse werden gemeinsam mit Berichten über die Entwicklung des Patienten im therapeutischen Milieu, in den projektbezogenen Milieugruppen, in der Maltherapie und in anderen Therapien wie z.B. der Einzel- und Gruppenpsychotherapie zusammengetragen und unter Berücksichtigung der sich während der Case-Konferenz entwicklenden Gruppendynamik mit ihren Widerspiegelungsphänomenen zu einem möglichst umfassenden Identitätsbild integriert.

Die Beschreibung der individuellen Persönlichkeitsstruktur mit ihren Bezügen zu früheren Lebensgruppen und zur aktuellen Lebenssituation bildet die Voraussetzung für die Aufstellung eines gezielten individuellen Behandlungsprogramms bzw. dessen Überprüfung. Gleichzeitig wird eine Zukunftsperspektive für den Patienten unter Zuhilfenahme seiner konstruktiv entwickelten und noch entwickelbaren Möglichkeiten diskutiert. Dabei ist wichtig, daß alle Untersuchungsergebnisse mit dem Patienten ausführlich besprochen werden, ebenso wie die Ergebnisse der Case-Konferenz, die mit dem Patienten diskutiert werden. Nachdem die Expertenrunde nach einer oftmals bis zu drei Stunden dauernden Auseinandersetzung über den Patienten zu einer vorläufigen diagnostischen Formulierung gekommen ist, wird der Patient in der Regel in Begleitung einiger von ihm ausgesuchter Mitpatienten in die Case-Konferenz gerufen und es werden mit ihm die Ergebnisse der Konferenz diskutiert.

Im folgenden sollen nun am Beispiel einer Case-Konferenz einige wesentliche Charakteristika des diagnostischen Vorgehens veranschaulicht werden. Frau A. kam zum ersten Mal mit 21 Jahren in stationär-psychiatrische Behandlung mit der Diagnose »hebephrene Verlaufsform einer schizophrenen Psychose (ICD 295.1)«. Zwei weitere stationäre Klinikaufenthalte folgten. Die ursprünglich gestellte Diagnose wurde von allen Kliniken beibehalten. Zusätzlich wurde von einem niedergelassenen Psychiater eine Per-

sönlichkeitsstörung (ICD 301.9) diagnostiziert. Die vordiagnostizierenden Psychiater beschrieben Frau A. mit folgender Symptomatik: »Zunehmende Unruhe, häufige Gefühlsschwankungen von Wut und Aggression, Gefühle von großer Traurigkeit bis hin zum Lebensüberdruß, Einsamkeitsproblematik, Zukunftsängste, paraverbal und psychomotorisch erheblich sonderlingshafte Auffälligkeit bei lebhaften wortgewandten Schilderungen, massive Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, optische Halluzinationen in Form von Farben und Formen wie beispielsweise großen und kräftigen Männern«. Vor ihrer dritten Klinikaufnahme traten bei Frau A. vermehrt Selbstmordgedanken auf, die in einen Selbstmordversuch mit deutlichem Signalcharakter (oberflächliche Schnittflächen am Handgelenk) mündeten.

Die bisherige Behandlung von Frau A. konzentrierte sich auf die medikamentöse Therapie mit verschiedenen Neuroloptika wie z.B. Taxilan, Haldol, Fluanxol, Nipolept und auf nachstationäre sozialpsychiatrische Rehabilitationsversuche. Die Medikation bei Aufnahme in die Klinik Menterschwaige betrug 3 mal 50 mg Nipolept. Die Medikation wurde im Verlauf der Behandlung kontinuierlich reduziert, bis die Patientin im vierten Monat

ihrer Behandlung psychopharmakafrei war.

Frau A. war eine 23jährige Frau mit einer fülligen, unkonturierten Körperlichkeit. Ihre Kleidung wirkte altmodisch und hausbacken, ihre Haare waren ungepflegt. Ihr rundliches Kindergesicht war immer blaß und sah manchmal wie das Gesicht einer 40jährigen Frau aus. Frau A. drückte sich gewählt aus, sprach aktzentuiert, beinahe künstlich mit einer lauten, schrillen Stimme. Dabei wirkte ihre Sprache intellektuell und wenig mit den Gefühlen verbunden. Sie brach häufig in heftiges Lachen aus. Ihre Bewegungen wirkten unbeholfen, unkoordiniert und ihr Gang unsicher. Bei Aufnahme in die Klinik Menterschwaige standen eine schwere Depression, Traurigkeit, massive Einsamkeitsgefühle und Existenzängste im Vordergrund. Außer mit der Mutter, mit der sie auf engstem Raum zusammenlebte, hatte sie keine Kontakte zu Freunden oder anderen Bezugspersonen. Sie litt außerdem an einer seit ihrer Pubertät andauernden Adipositas und an einer rezidivierenden spastischen Bronchitis sowie an chronischem Einnässen seit ihrer Kindheit und an ständigen Blasenentzündungen. Als Ergebnis der ersten psychiatrischen Aufnahmegespräche wurde die Patientin unter Vorbehalt als schizophren strukturiert diagnostiziert, mit einer im Vordergrund stehenden Depression und Psychosomatik. In der Kontrollgruppe der Mitarbeiter wurde ein vorläufiges Behandlungsprogramm aufgestellt: projektbezogene Milieutherapie, Gruppenpsychotherapie, Einzeltherapie einmal wöchentlich im Sitzen, Musik-, Mal-, Filmtherapie, später dann Reittherapie, Patientenseminar und Redaktionsgruppe der Patientenzeitschrift. In den ersten vier Wochen wurde eine ausführliche Datenerhebung im psychiatrischen, internistischen, psychologischen und sozialarbeiterischen Bereich als Vorbereitung für die Case-Konferenz durchgeführt.

Die Case-Konferenz begann mit einer ausführlichen Vorstellung der Familien- und Lebensgeschichte, sowie der Primärgruppendynamik durch den behandelnden Psychiater: Die Patientin wuchs in einer nach außen sehr isolierten und nach innen symbiotisch verklammerten Familie auf. Es gab wenig menschlich verläßliche und emotional tragende Kontakte zwischen den Familienmitgliedern, d.h. zwischen dem Vater, der bei der Geburt der Tochter bereits 60 Jahre alt und 21 Jahre älter als die Mutter war, der Mutter, dem eineinhalb Jahre älteren Bruder und der Patientin. Das Familienklima war geprägt von einer emotionalen Leere und Kühle, in der die Patientin wenig Geborgenheit und emotionale Bestätigung ihres Wesens erhielt.

Die Familie war außerdem durch schwere psychosomatische Krankheiten des Vaters, die ihn immer wieder zu längeren Klinikaufenthalten zwangen, schwer belastet. Frau A. beschrieb ihren Vater als »sensibel und humorvoll, jedoch auch pessimistisch, unausgeglichen und jähzornig«. Die Mutter beschrieb ihn als einen »hilflosen Künstlertyp«. Der Vater schien der einzige emotionale Haltepunkt in der Familie gewesen zu sein, der eine gewisse emotionale Nähe zuließ, die jedoch durch unerwartete Ausbrüche destruktiver Aggression und Jähzorn unterbrochen wurden, und der zumindest einige Inhalte und religiöse Werte in der sonst so leeren Familiengruppe vermittelte. Der Vater brachte Frau A. die Liebe zur Musik, zu Literatur und Geschichte nahe, die heute eine der wenigen kreativen und konstruktiven Beschäftigungen und Interessen der Patienten sind. Bis heute hat die Patientin den frühen Tod ihres Vaters - er starb als sie 10 Jahre alt war - nicht überwunden. Seitdem ist die schulische Karriere bei einer an sich durchschnittlich entwickelten Intelligenz (HAWIE-IQ 101) durch ständige Abbrüche gekennzeichnet, so daß sie zunächst nur die Hauptschule verspätet abschloß und erst mit 20 Jahren die Mittlere Reife mit Note 2 bestand. Nach dem Tod des Vaters übernahm der Bruder dessen Rolle. Er wirkte bei dem Familiengespräch in der Klinik sehr zurückgenommen, wenig emotional, verunsichert und eher intellektuell; zwischen ihm und der Schwester besteht bis heute eine mörderische Rivalität. Sie selbst beschreibt ihren Bruder als einen Sadisten, der sie immer nur gequält habe. Nach dem Tod des Vaters verstärkten sich die symbiotischen Forderungen der Mutter an die Patientin. Die Sozialarbeiterin, die mit der Mutter die Elternanamnese durchführte, beschreibt sie als eine gut aussehende, dominante und humorvolle Person, die sehr verführerisch wirkte, eine zierliche, gepflegte Erscheinung, unter ständiger Spannung stehend. Die Patientin selbst schilderte sie als »kalte Intrigantin«, die schlimme Dinge über ihre Kinder ausgeplappert hätte. Sie sei »total egoistisch« und hätte nie Kinder haben dürfen. Sie hätte sich nur an den Normen der Gesellschaft orientiert. Sie selbst mußte umgekehrt schon als kleines Kind für die Bedürfnisse der Mutter zu Verfügung stehen, eigene Identitätsschritte wurden verboten. Ihre eigene Einsamkeit und Verlassenheit sollte ihre Tochter ausfüllen. Die Mutter erwartete ihrerseits von der Tochter emotionale Wärme und Verständnis. Bis heute kann sich die Patientin nicht aus der ambivalent-destruktiven Symbiose mit der Mutter lösen. Bei einer insgesamt identitätsverweigernden Gruppendynamik, bei der die Bedürfnisse und Gefühle nicht in einen kommunikativen

Zusammenhang gebracht werden durften, gab es wenig sozialenergetische Auseinandersetzungen. Narzißtische Bestätigung wurde nur auf der Leistungsebene gewährt. Die Kinder sollten »Wunderkinder« werden, an die extrem hohe intellektuelle Erwartungen gestellt wurden, die, wurden sie nicht erfüllt, mit Bestrafungen und Mißhandlungen sanktioniert wurden. Die Leistungsverweigerung der Patienten war begleitet von großen Schuldgefühlen ihrerseits, gleichzeitig war es für sie die einzige Möglichkeit, sich gegen die gesellschaftlich angepaßte Mutter und deren Erwartungen abzugrenzen.

Es wurde in der Case-Konferenz erarbeitet, daß die Patientin als »Symptomträger« der Familie unbewußt die destruktiven Anteile der Familie übernahm, die auch dynamisch gesehen die Entwicklungsarretiertheit und Identitätsbrüchigkeit der ganzen Familiengruppe symbolisiert, während der Bruder durchaus im Rahmen der familiären und gesellschaftlichen Erwartungen sich an die Normen anpaßt und derzeit in einer anderen Stadt ein erfolgreiches Mathematikstudium absolviert.

Beim Zusammentragen der Beobachtungen über die Patientin im milieutherapeutischen Feld der Klinik und in den verschiedenen Spezialtherapien konnte ein zwanghaftes Ausagieren der frühen Primärgruppendynamik in die äußere Realität der Klinik festgestellt werden: Symbiotische Beziehungen vor allem zu Teammitgliedern wurden gesucht bei gleichzeitiger Abwehr der Symbiose durch Rückzugstendenzen und Rivalitätsbeziehungen zu Mitpatienten, verbunden mit der Schwierigkeit, einen festen Platz in der Milieugruppe zu bekommen. Zum Einzeltherapeuten entwickelte sie eine ausgeprägte Vaterübertragung.

Aufgrund der Berichte von Psychiater und Einzeltherapeut, Testpsychologin, Milieutherapeutin, Sozialarbeiterin und den Therapeuten der nonverbalen Therapieformen und unter Berücksichtigung der sich in der Konferenz herstellenden Gruppendynamik als Widerspiegelung wurde deutlich, daß es sich bei der Primärgruppendynamik unserer Patientin um eine typische Borderline-Familiendynamik handelt.

Das Borderline-Syndrom gehört nach Ammon (1976, 1979, 1989) zu den archaischen Identitätserkrankungen mit schweren Schädigungen und Defiziten im zentralen Persönlichkeitsbereich des Menschen bei gleichzeitig teilweise gut entwickelten sekundären Funktionen, die Voraussetzung für den Kontakt und zur Umweltbewältigung sind. Das wesentliche Kennzeichen ist das Fehlen einer Identität. Charakteristisch für diese Patienten ist eine »schillernde, oft widersprüchliche und wechselnde Symptomatik« (Ammon 1979). Das Fehlen eines Leitsymptoms erschwert die diagnostische Erfassung.

Im folgenden werden die wichtigsten zentralen Human-Funktionen in ihren Funktionsschicksalen, wie die Aggression, die Angst, die Ich-Abgrenzung, der Narzißmus und die Identität, sowie die sekundären Human-Funktionen der Persönlichkeit der Patienten beschrieben: Die Aggression ist insgesamt defizitär entwickelt bei einer überwiegend nach innen gerichteten Destruktion in Form psychosomatischer Symptome und gelegentli-

chen, nach außen gerichteten destruktiven Durchbrüchen, was aber bislang in der Klinik nur einmal beobachtet werden konnte. Die starke Angst wird von der Patientin abgewehrt und verleugnet entsprechend der Familiendynamik, in der angstmachende Identitätsschritte, die eine sukzessive Loslösung aus der symbiotischen Nähe mit sich gebracht hätten, vermieden wurden. Angst war etwas, worüber in der Familie nicht kommuniziert wurde und wofür Bewältigungsmechanismen eingesetzt wurden, wie z.B. Versachlichung der Beziehungen, Wahrnehmungsverbot innerhalb und Kontaktverbot außerhalb der Familie. Die tiefe Verlassenheits- und Trennungsangst manifestiert sich auf somatischer Ebene durch das chronische Einnässen der Patientin. In den Untersuchungsergebnissen kann die Angst nur indirekt erschlossen werden, wie z.B. darüber, daß die Patientin im ISTA die Angst-Items nicht beantwortet und die Angst in ihren Bildern in der Maltherapie zum Ausdruck bringt.

Die Ich-Abgrenzung nach innen zur Welt der inneren Vorstellungen, Gedanken, Phantasien und Gefühle ist wenig entwickelt und die Ich-Abgrenzung nach außen eher instabil, d.h. »sie ist nicht in der Lage, sich flexibel von anderen Menschen, Gruppen und Anforderungen, die sich im Zusammenwirken von Menschen ergeben, abzugrenzen« (Ammon 1989). Die Patientin kann sich gegen Schuld- und Grübelphantasien (z.B. Schuld am Unglück der Familie zu sein) und gegen magische Vorstellungsinhalte nicht abgrenzen. In der Diskussion der Case-Konferenz-Teilnehmer wurde deutlich, daß die zu beobachtende Leistungsverweigerung als Abgrenzungsersatz gegen die Leistungserwartungen der Mutter interpretiert werden kann bei gleichzeitig zu beobachtenden infantilen Abwehrstrategien der Patientin. Im Zusammenhang mit der mangelnden Ich-Abgrenzung nach innen können die Konzentrations- und Schlafstörungen und die gelegentlich zu beobachtenden inadäquaten Gefühlsäußerungen verstanden werden.

Es ist nicht verwunderlich, daß bei der insgesamt narzißtisch ausbeutenden Primärgruppendynamik die Humanfunktion des Narzißmus destruktiv-defizitär entwickelt ist, bei fehlender positiver Selbsteinschätzung. Das Selbstwertgefühl ist stark vermindert, die Patientin hat oft das Gefühl, in der Welt überflüssig und bedeutungslos zu sein. Sie ist auf narzißtische Bestätigung ihrer Umwelt angewiesen, kann sie aber nicht als Bestandteil ihres Selbstwertgefühls verinnerlichen. Bleibt die narzißtische Bestätigung aus, droht eine Desintegration der Persönlichkeit in Form psychosenaher und psychotischer Zustände, die bei Borderline-Kranken passager auftreten können. Ein Bereich, in dem sich die Patientin inselhaft selbst positiv erlebt, sind ihre künstlerischen Produktionen in Form von Gedichten. Hinsichtlich der Sexualität zeigte sich, daß die Patientin ihren weiblichen Körper ablehnt und sich psychisch eher als Mann erlebt. Sie berichtete über Geschlechtsumwandlungsphantasien und schämte sich ihrer lesbischen Neigungen. Sie hatte keinerlei sexuelle Erfahrungen, wurde auch nie sexuell aufgeklärt.

Ihre sekundäre Humanfunktionen sind teilweise entwickelt wie z.B. ihre gute Verbalisations- und Ausdrucksfähigkeit, ihre durchschnittliche Intelli-

genz, ihre vielfältigen Interessen, sowie ihre Fähigkeit, andere Menschen mit ihren Gedichten zu berühren. In dem Test »Zeichne die Familie in Tieren« kommen ihre zeichnerischen Ausdrucks- und Kommunikationsmöglichkeiten zum Ausdruck. Wie die intakten sekundären Humanfunktionen als Kontaktbrücke und wertvolle Indizien für die Gesundheitsdiagnostik dienen, so besitzen sie andererseits bei der Patientin auch Abwehrcharakter im therapeutischen Prozeß. Im Milieu der Klinik beobachtete Abwehrmechanismen sind u.a. Verleugnung, Ungeschehenmachen, Projektion, Wahrnehmungsverbot, Rationalisierung und Infantilisierung.

Testpsychologisch zeigt sich die gesamte Abwehr unter Einsatz der gut entwickelten Intelligenz der Patientin in dem hohen Kontrollwert K bei einem insgesamt wenig auffallenden MMPI-Protokoll. Ein entsprechendes Abwehrprofil zeigen auch die Werte des ISTA.

Strukturell gesehen bilden die beschriebenen Störungen der Aggression, der Angst und des Narzißmus der Patientin das von Ammon beschriebene »Widerstandsdreieck« (Ammon 1982), das die Erreichbarkeit des Patienten für die durch die Identitätstherapie angestrebten strukturellen Veränderungen erschwert. Es treffen hier zusammen »1. Eine tödliche Angst vor Kontakt und Beziehung wegen der erlebten Gefahr, verletzt zu werden. 2. Damit ist ein unstillbares pathologisches Grundgefühl verbunden, ein Loch im narzißtischen Persönlichkeitskern, das nie gefüllt werden kann, 3. als Reaktion darauf Gefühle von tiefer Verlassenheit, des sich ständig Verfolgt-Fühlens, verzweifelte Wut und destruktive Aggression« (Ammon 1984). Kontaktangebote und freundliche Leistungserwartungen werden von der Patientin als bedrohliche Angriffe auf ihre Person erlebt.

Insgesamt läßt sich bei der Patientin eine vorherrschend defizitäre und desintegrierte Persönlichkeits- und Identitätsstruktur beobachten mit unverbundenen Identitätsanteilen. Sie gestattet sich wenig Raum für eigene Identität, auf einer bildhaften Ebene ausgedrückt im Zeichentest »Male ein Haus«, zeichnet sie ein winzig kleines Haus, das wie die Familie isoliert, ohne Bezug zur Natur und Gesellschaft, im Raum steht. Wegen der insgesamt geringen Identitätsentwicklung ist auch die Regulations- und Integrationskraft nur bruchstückhaft entwickelt. Konstruktive Integrationsansätze bilden die künstlerischen Fähigkeiten sowie die geistigen und religiösen Werte der Patientin. Als destruktive Integrationsmöglichkeiten sind die Symptombildungen, die infantile Abwehrfassade und die Entwicklung spezifischer Abwehrmechanismen zu verstehen. Sie dienen der Aufrechterhaltung der Homöostase der Persönlichkeit.

Die Case-Konferenz empfiehlt die Unterstützung und Erweiterung der gesunden Identitätsinseln und Kommunikationsmöglichkeiten vor allem in den nonverbalen Therapieformen als Bündnispartner der weiteren Behandlung. Dadurch können in den verbalen Therapien, besonders in der Einzeltherapie, die großen Verlassenheits- und Trennungsängste sowie die Arretierungen bearbeitet werden, ohne daß die Gefahr besteht, daß die Therapie abgebrochen wird. Mit der Unterstützung der vorhandenen und noch zu entwickelnden Interessen und Begabungen sollen kontinuierliche Leistungsanforderungen in Gruppenbezügen gestellt werden. Die dadurch auftretende Verlassenheit und Wut kann so spürbar und bearbeitbar gemacht werden.

Die prognostische Einschätzung, d.h. die zukünftigen Entwicklungsmöglichkeiten bei der durchaus vorhandenen Motivation der Patientin, ihrem jungen Alter, der beginnenden Einsichtsfähigkeit, ihrem Humor und der vorhandenen kreativen Bereiche ist als positiv zu bewerten. Eine anschließende längere ambulante Behandlung unter Einbeziehung von sozialintegrativen Maßnahmen in Form von Wohngemeinschaften, möglichst in räumlicher Distanz zu ihrem Elternhaus, wird vorgeschlagen. Als berufliche Perspektive wird eine Ausbildung für sinnvoll erachtet, die ihre geistigen Interessen und ihren innigen Bezug zu Büchern berücksichtigt.

Eine ganzheitliche und integrativ ausgerichtete diagnostische Urteilsbildung, wie sie in Aspekten vorgestellt wurde, muß sowohl die tieferliegenden unbewußten Strukturen des Menschen, als auch seine kreativen gesunden Anteile zentral berücksichtigen. In unserem Beispiel konnte die psychiatrische, auf der Phänomenologie basierende Diagnose korrigiert, und die Patientin von dem Stigma der Schizophrenie befreit werden. Dies hat tiefgreifende Konsequenzen sowohl für die Behandlung, als auch für ihren weiteren Lebensweg.

Basic Features in Dynamic-Psychiatric Diagnostics

Ilse Burbiel, Monika Dworschak, Margit Schmolke (Munich)

The authors describe the basic structures of the dynamic-psychiatric conception of personality and its implicit image of man. They illustrate how this conception is diagnostically employed in the case conferences of the Dynamic-Psychiatric Hospital.

The following can be considered as essential aspects of the image of man:

- Man as a holistic being in health and illness;
- man as a being defined by his relationships and groups and by the quality of the interpersonal contacts;
- the inherent striving for identity and autonomy. Identity is rooted in the unconscious and determined by social energy. The unconscious is the reservoir of human possibilities and their developmental potentials;
- man as a constantly developing being.

Clinical diagnosis must lead to a comprehensive image of the patient, containing his healthy as well as his pathological aspects. Thereby, the group dynamics and their reflection in the therapeutic team participating in the case conference serves as an important diagnostic instrument. Ammon's model of human structure allows a structural diagnosis of the whole personality, assessing the central unconscious structure as well as the primary so-

matic and the secondary behavioural structure. Moreover, the degree of differentiation and integration of the personality, including symptoms and defense mechanisms, should be estimated. The central unconscious personality structure fulfills an integrating and coordinating function for the whole personality. The therapy of patients suffering from early disturbances (patients with a borderline structure, schizophrenic structure or psychosomatic patients) must aim at a structural change in the unconscious core of the personality, in order to avoid mere symptomatic improvement of their conditions. The clinical setting offers the conditions for the development of constructive identity by allowing the retrieval of ego-developmental steps.

The diagnosis of human structure is subject to change during the therapeutic process, in the sense described by Ammon (1959) as »diagnosing process«. Thus, diagnosis »has the value of a rough orientation allowing communication« (Ammon 1986). Fig. 2 illustrates the data assessment in preparation of the case conference.

In the Dynamic-Psychiatric Hospital Menterschwaige, the patient can be diagnosed and observed in his unconscious expression and his behaviour by therapists and diagnosticians in a therapeutic field. Besides the direct observation of his group dynamics, the life history, the development of the illness and its symptoms and the psychiatric diagnosis can be assessed in the case conference. Additionally, the results yielded by the psychological exploration and test diagnosis, as well as by the sleep-EEG and the autokinetic light test are included. The social anamnesis conveys the results of interviews with relatives, including data on the development of the patient in school and profession. In order to gain a comprehensive and integrated picture, the reports from the therepeutic milieu and from the nonverbal therapies such as dance therapy, art therapy, music therapy, theatre therapy and horseriding therapy are considered. This enables the therapists to conceive an individual therapeutic programme and a therapeutic prognosis anticipating the future developmental perspectives. All these results, analysed in the course of the case conference lasting often more than three hours, are communicated too, and discussed with, the patient himself and his accompanying co-patients.

The authors illustrate the essential characteristicts of dynamic-psychiatric diagnosis and of the process taking place during the case conference by a case history.

Ms. A., a 23-year-old patient, had been pharmacologically treated in various hospitals with the diagnosis of »hebephrenia«. At admission, she was suffering from severe depression and feelings of loneliness, accompanied by psychosomatic complaints such as obesity, spastic bronchitis and enuresis nocturna. The analysis of the patient's group dynamics showed an isolated, inwardly symbiotic family, characterized by severe psychosomatic illnesses of the father, the only member of the family to whom the patient entertained emotional contact. The father died, aged seventy, as the patient was ten years old. Following his death, the symbiotic demands of the

mother became so excessive, that the patient was unable to free herself from her ambivalently destructive embracement and still lives together with her in a small appartment.

In the course of the case conference it became clear, that the patient unconsciously took over the destructive aspects of her family as a »symtom carrier« (e.g. the developmental arrest and the fragility of its identity), while her brother was able to accommodate to its norms and expectations. Considering the reflection phenomena within the therapeutic team group, the group dynamics of the primary group could be described as that of a typical borderline family.

According to Ammon, the most characteristic property of the borderline disease is the lack of identity. In the case of the patient, this was evident by the fragility of her personality facade and the versatility of her symptoms. Further, the authors describe the human functions of the patient, showing their primarily destructive and deficient character. They make it clear, that the patient was not permitted to express her anxiety in the primary group and, therefore, this human function is so deficient, that it only could be inferred from the test results. Thus, she had avoided filling out the anxiety items of ISTA. The pictures she painted in the art therapy gave unconscious expression to her anxiety.

The psychological tests MMPI and ISTA yielded primarily a »defense profile«. Structurally, the disturbances in the human functions of aggression, anxiety and narcissism form the »resistance triangle« described by Ammon (Ammon 1982), which makes it difficult to achieve structural changes by identity therapy. The patient experiences friendly contact and demands as menacing. Her personality structure and identity can be described as deficient and desintegrated, containing unintegrated identity aspects. Constructive aspects of her identity are represented by her artistic abilities and her spiritual and religous values.

The case conference came to the conclusion, that the healthy identity aspects should be reinforced by nonverbal therapies as therapeutic allies in the further treatment. Her interest should be supported and enhanced in groups, thus making the working through of her feelings of abandonment and aggression possible. The therapeutic prognosis was estimated favourable with the condition of a longer continous out-patient treatment and the creation of a life situation independently from the family.

The authors conclude that a holistic and integrative diagnosis must take into consideration the unconscious structural aspects as well as the healthy, creative aspects of the patient. In the mentioned case history, the psychiatric diagnosis could be corrected, thus freeing the patient from the stigma of schizophrenia and allowing far-reaching consequences for her further treatment and life perspectives.

Literatur

- Ammon, G. (1959): Theoretical Aspects of Milieu Therapy. In: Bulletin of the Menninger School of Psychiatry, Topeka, Kansas, USA. Neuauflage 1977 (Berlin: Pinel-Publikationen)
- (1976): Das Borderline-Syndrom Ein neues Krankheitsbild. In: DynPsychiat. (9) 317-348
- (1979): Entwurf eines Dynamisch-Psychiatrischen Ich-Struktur-Konzepts. In: Ammon, G. (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Band 1 (München: Ernst Reinhardt) 95–159
- unter Mitarbeit von Griepenstroph, D. (1982a): Methodenintegration, Möglichkeit und Gefahren aus der Sicht der Psychoanalyse. In: Petzold, H. (Hrsg.): Methodenintegration in der Psychotherapie (Paderborn: Junfermann) 25–48
- (1982b): Das sozialenergetische Prinzip in der Dynamischen Psychiatrie. In: Ammon, G.
 (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Band 2 (München: Ernst Reinhardt)
- unter Mitarbeit von Ammon, Gisela und Griepenstroh, D. (1982c): Behandlungsmethodik und Widerstand von der traditonellen Psychoanalyse zur Dynamischen Psychiatrie. In: Ammon, G. (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Band 2 (München: Ernst Reinhardt) 351–406
- (1986): Der mehrdimensionale Mensch (München: Pinel)
- (1989): Das Borderline-Syndrom, eine humanstrukturelle Erkrankung: Zur Weiterentwicklung der Ergebnisse des DAP-Borderline Symposiums 1976. In: Dyn. Psychiat. (22) 1-13
- Burbiel, I.; Bott, C.; Finke, G. (1982): Wissenschaftstheoretische Grundlagen und Forschungsmethodik der Dynamischen Psychiatrie. In: Ammon, G. (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Band 2 (München: Ernst Reinhardt) 531-671
- Burbiel, I.; Apfelthaler, R.; Fabian, E.; Schanné, U.; Wolfrum, G. (1992): Stationäre Psychotherapie der Psychosen. Eine testpsychologische katamnestische Untersuchung: In: Dyn. Psychiat. (25) 214–276

Adresse der Autorinnen:

Dipl.-Psych. Dr. phil. Ilse Burbiel Dipl.-Psych. Monika Dworschak Dipl.-Psych. Margit Schmolke Klinik für Dynamische Psychiatrie Geiselgasteigstraße 203 D-81545 München

Testpsychologische Untersuchung von verschiedenen Formen aggressiven Verhaltens

Nikolaj G. Nesnanow*, Swetlana L. Solowjewa** (St. Petersburg)

Mit Hilfe des Ich-Struktur-Tests nach Ammon (ISTA) untersuchen die Autoren das Aggressionsverhalten von 204 Gesunden und 212 Kranken aus vier Diagnosegruppen, nämlich Neurose, koronare Herzkrankheit und Hypertonie, Epilepsie und Schizophrenie. In allen Diagnosegruppen fand sich eine Erhöhung der defizitären Aggression, verglichen mit der Gruppe der Gesunden. Die weiteren Unterschiede der Aggressionsprofile der einzelnen Diagnosegruppen werden diskutiert. Die Autoren sehen die Bedeutsamkeit ihrer Untersuchung darin, daß durch die testpsychologische Untersuchung von Aggressionsniveau und -struktur verschiedene Formen aggressiven Verhaltens unterschieden werden können.

Bei der Erforschung von Veränderungen der psychischen Tätigkeit und des Verhaltens bei verschiedenen Kranken ist die Analyse des Aggressionsverhaltens eine der aktuellen Richtungen moderner Forschung. Mit Hilfe des Ich-Struktur-Tests nach Ammon (ISTA) wurde das aggressive Verhalten von Gesunden und Patienten mit unterschiedlichen psychischen und physischen Krankheiten untersucht. Es handelte sich dabei um 100 Patienten mit Schizophrenie, 46 Patienten mit koronarer Herzkrankheit (KHK) und Hypertonie, 30 Patienten mit Epilepsie, 34 Patienten mit einer Neurose und 204 praktisch gesunde Probanden.

Der ISTA gestattet es, die Funktion der Aggression in ihren verschiedenen Ausprägungsgraden konstruktiv, destruktiv und defizitär zu ermitteln, was dann mit Art, Dauer und Schwere der Krankheit in Beziehung gesetzt werden kann. Desweiteren kann die Funktion der Aggression in Relation gesetzt werden zur Funktion der Angst, ebenfalls in ihren Ausprägungsgraden konstruktiv, destruktiv, defizitär und zur Abgrenzung nach außen und innen. Die gleichzeitige Durchführung des MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) gab die Möglichkeit, die psychologischen und psychopathologischen Züge, die mit den unterschiedlichen Ausprägungsgraden der Aggression einhergehen, herausfinden. Die mathematische Bearbeitung der Untersuchungsergebnisse erfolgte durch die Anwendung der Korrelations- und Regressionsanalyse. Die Mittelwertsunterschiede zwischen den Gruppen wurden auf Signifikanz mit Hilfe des t-Tests nach Student berechnet.

Nach den in Tabelle 1 dargestellten Untersuchungsergebnissen haben gesunde Probanden eine überwiegend konstruktive Aggression; die destruktive Aggression ist am geringsten ausgeprägt; die konstruktive Angst ist höher als die destruktive bzw. defizitäre; die Abgrenzung nach innen ist höher als die nach außen. Diese Ergebnisse belegen die entwickelte Fähig-

^{*} Psychiater, Medizinisches Institut »Pawlow«, St. Petersburg, Rußland ** Psychologin, Medizinisches Institut »Pawlow«, St. Petersburg, Rußland

keit, die Aggressivität in der sozial annehmbaren Form unter Berücksichtigung sozialer Normen und moralisch-ethischer Forderungen umzusetzen. Die Angst hat keine desorganisierende und paralysierende Funktion, sondern wirkt im Gegenteil mobilisierend. Konstruktive Aggression im ISTA entspricht im MMPI dem psychischen Wohlergehen, was in verschiedenen Skalen mit einer Signifikanz zwischen $p \le 0,01$ und $p \le 0,05$ korreliert.

Kennzeichen	Mittelwerte						
	Gesunde n=204	Neurosen n=34	KHK u. Hypertonie n=46	Epilepsie n=30	Schizo- phrenie n=100		
Aggression konstruktiv destruktiv defizitär	M s 9,55 3,29 5,93 3,43 7,36 2,44	6,57 3,60	5,95 2,48	M s 10,23 2,59 6,80 3,79* 9,37 2,59*	M s 8,18 0,33 9,08 0,39** * 9,74 0,33		
Angst konstruktiv destruktiv defizitär	7,89 2,16 5,61 3,11 5,35 2,24	8,50 2,76*	6,58 1,83 8,95 2,79* 6,00 1,97	7,40 2,42 5,63 3,37 6,80 2,58*	7,24 0,27 7,16 0,35* 6,82 0,23		
Abgrenzung nach außen nach innen	6,49 2,29 9,40 3,27	•	6.00 2,11 9,74 3,81	5,80 2,16* 8,70 2,90	6,79 0,29 7,97 0,29*		

Tab. 1: Ergebnisse der Untersuchungen mit dem ISTA

* bzw. *** bedeutet die Signifikanz der Unterschiede, wobei * p≤0,05 und **p≤0,01

bedeutet

In der Gruppe der Schizophreniekranken ist die destruktive Aggression gegenüber der Gruppe von Gesunden signifikant erhöht. Die Orientierung auf die soziale Zustimmung verringert sich; in den zwischenmenschlichen Kontakten verliert das Verhalten seine Effektivität. Gleichzeitig damit wird in der Gruppe der Schizophreniekranken das Anwachsen der destruktiven Angst festgestellt, was ein Merkmal der Desorganisation von psychischen Funktionen ist, welche die Adaptiv- bzw. Kompensationsfähigkeiten der Persönlichkeit reduziert. Weiterhin vermindert sich im Vergleich mit Gesunden die Fähigkeit zur Abgrenzung nach innen, was durch eine verminderte Verarbeitungsfähigkeit von psychisch erschütternden Ereignissen und durch eine geringere Beherrschung aktueller psychologischer Probleme charakterisiert ist. Im MMPI entspricht diese Erhöhung der destruktiven Aggression einem größeren Rede- und Bewegungsdrang (p=0,05), einer verstärkten Tendenz zur Entwicklung von Beziehungs- oder Wahnideen (p=0,05) und einer Vergrößerung von Impulsivreaktionen (p=0,01).

Die Untersuchung von Patienten mit Störungen des Herz-Kreislaufsystems hat gezeigt, daß diese eine erhöhte defizitäre Aggression bei ver-

minderter konstruktiver Aggression aufweisen. In der Gruppe der an koronarer Herzkrankheit und Hypertonie Leidenden finden die aggressiven Tendenzen keinen adäquaten Ausdruck bzw. keine volle Umsetzung, sondern akkumulieren sich zu affektiv geladenen, nicht abreagierten sthenischen psychischen Zuständen und bilden dadurch die Quelle chronischer Spannungen. Der defizitären Aggression entspricht der Mangel an Ausdrucksmöglichkeiten der Aggression durch unmittelbares Verhalten. In der Gruppe der koronar Herzerkrankten und Hypertonikern wird ein bedeutendes Ansteigen der destruktiven Angst festgestellt, was darauf hinweist, daß bei verstärkter affektiver Belastung eine psychische Dekompensation auftritt. Gleichzeitig ist die Fähigkeit zum produktiven Kontakt und zur Zusammenarbeit mit der Umgebung und die Kontrolle des eigenen Verhaltens reduziert. Der hohe Grad an defizitärer Aggression wird von einem Anwachsen neurotischer bzw. neuroseartiger Symptomatik begleitet, was sich im MMPI durch einen Anstieg der asthenisch-depressiven (p≤0,01) und der hypochondrischen (p≤0,01) Merkmale auszeichnet.

Die höchsten Werte für alle drei Ausprägungsgrade der Aggression (konstruktiv, destruktiv und defizitär) wurden bei den Epileptikern gefunden. Dabei ist die defizitäre Aggression signifikant gegenüber der Gruppe Gesunder erhöht, was auf mangelndes Abreagieren von sthenischen Zorngefühlen hinweist, welche die aggressiven Akte bedingen, so daß es zur Akkumulation von Emotionen kommt, die den psychologischen Boden für kriminelle Handlungen bereiten können.

Bei den Neurotikern fällt die Verringerung der konstruktiven Aggression auf, was die verminderte Fähigkeit ausdrückt, auf sozialen Kontakt adäquat zu reagieren. Die gleichzeitig erhöhte defizitäre Aggression weist auf die begrenzte Fähigkeit zur Auseinandersetzung hin, was mit der Abnahme der Zielstrebigkeit und der Organisiertheit des Verhaltens, mit Selbstzweifeln und Grübeln, mit der Unfähigkeit zum Überwinden von Lebensproblemen und mit eher passiv-verweigernder aggressiver Verhaltensweise einher geht.

Somit zeigte die mit Hilfe psychodiagnostischer ISTA- und MMPI-Fragebogen durchgeführte Untersuchung aggressiven Verhaltens in verschiedenen Gruppen von Kranken und Gesunden die Wichtigkeit sowohl des Aggressionsniveaus als auch der Aggressionsstruktur. Es wurden ähnliche Züge im aggressiven Verhalten verschiedener Gruppen von Kranken mit psychischen Störungen entdeckt. Praktisch in allen Gruppen von Kranken wurde im Vergleich zu Gesunden die mehr oder weniger ausgeprägte Zunahme der defizitären Aggression festgestellt, die auf die Schwierigkeiten beim Abreagieren von aggressiven Antrieben im unmittelbaren Verhalten hinweist. Die Rolle der destruktiven Aggression wächst besonders in den Gruppen von Psychosekranken (Epilepsie und Schizophrenie).

Different Forms of Aggressive Behaviour Measured by Psychological Tests Nikolaj G. Nesnanov, Svetlana L. Solovjeva (St. Petersburg)

Nesnanov and Solowjewa present in their paper the investigation of aggression in 204 persons without a disease, 100 patients suffering from schizophrenia, 46 patients with a coronary heart dizsease and hypertension, 30 epileptics, and 34 patients suffering from a neurosis with the aid of the ISTA (Ego Structure Test according to Ammon). The ISTA investigates the constructive, destructive and deficient grade of aggression. The results of these investigations as well as those of the MMPI-scales are brought into relation to constructive, destructive and deficient anxiety and to the inner and outer ego-demarcation.

According to these results test persons without disease show a high degree of constructive aggression and anxiety; their ability of outer ego-demarcation is higher than that of the inner one. This corresponds to the ability to transform aggression into a socially acceptable form. Anxiety in

this study has an activating and not a paralysing effect.

In the group of the schizophrenics destructive aggression is significantly increased and destructive anxiety is also increased. The ability of inner ego-demarcation is decreased. This means that the behaviour of these patients is a more impulsive one impeding interpersonal contact. Psychically distress-sing events can hardly be digested. In patients suffering from a circulatory disturbance and heart disease deficient aggression and destructive anxiety has increased, which means that aggression is not worked off but becomes the source of chronic tensions. In epileptics all three grades of aggression are increased (the constructive, destructive and the deficient one).

The results show a low grade of constructive aggression and at the same time a high grade of deficient aggression in neurotic patients, which implies a decreased ability to make clear one's standpoint. Such patients show a passively rejecting behaviour.

In all groups of diseased persons an increase of deficient aggression was noticed which demonstrates the importance to investigate aggressive behaviour.

Adresse der Autoren

Nikolaj G. Nesnanow Swetlana L. Solowjewa Medizinisches Institut »Pawlow« 193167 St. Petersburg Rußland

Gratification and Activity in Schizophrenia. Some Curative Factors in Two Dynamic Psychotherapies

B. S. Rogovoy (Orel)*

The article deals with the healing forces in two methods of dynamic psychotherapy developed by Bettelheim and Sechehaye. The author compares common and different features of these methods and tries to discover their fundamental principles which were not always formulated by their inventors in an explicit form. He believes that the main curative factor in these methods of psychotherapy is gratification of patients with the aim of re-building and training those functions of the ego which were incapacitated and weakened by the illness. The activity of patients seems to be a conditio sine qua non in these treatment methods, gratification being used as a reinforcement of activity and its gratifying background. The author supposes that in the final result gratification becomes interiorized in activity, which helps to make the latter stable in the face of internal and external obstacles.

The inventor of one of the first really successful methods of psychotherapy in schizophrenia, M. Sechehaye, relates, among others, the following case: A young schizophrenic girl named Paulette had among other peculiarities of behaviour a strong liking of chocolate. Seeing her gluttony, insatiability, agitation and screams at the sight of chocolate the psychotherapist ordered to give her chocolate unrestrictedly. Several weeks passed by, Paulette consumed vast quantities of chocolate, with no good results. Not only her cries, sreams and gluttony continued, but her general mental state aggravated further. Then a new psychotherapist, Sechehaye, appeared on the scene. Having learned that while being a nurseling Paulette had received in her bottle orange juice mixed with milk, Sechehaye cancelled the giving of chocolate and began to give to the girl a daily bottle of orange juice and no more of it. Sechehaye gave the juice personally in the role of a substitute mother, and not as the previous psychotherapist, who placed the chocolate on a table and went off, while Paulette would stand for an hour or more alone before the chocolate, struggling with her ambivalence. The results of the gratification given in this manner were quite satisfactory, and led to the improvement of the mental state of the girl who finally grew well (Sechehaye 1956).

And now the second case, this time from the psychotherapeutic practice of another children's psychotherapist, Bettelheim. As usual at Bettelheim's Orthogenic School, the girl named Mary (who at first did not appear a very severe case, but later proved to be a schizophrenic) was gratified in every possible way, with much cultivation of passive dependency, as, for example, a counselor (= nurse) systematically dressed Mary, tied her shoes, held her in her lap for prolonged time etc. At first Mary asked for little gratification and seemed satisfied with whatever was given her. But soon she became greedy, demanded more and more and was never satisfied. After some general improvement of the condition of the girl, a severe regression, with the growth of passivity, occured. Mary's attitude to her favourite counselors changed

from attachment to aloofness and then again to extreme attachment (when Mary would go to her favourite nurse as often as ten times nightly). Nevertheless, the therapeutic process of *Bettelheim* did not swerve in the least from its gratifying course, and after some months of worsening the girl grew better, and at last recovered completely (*Bettelheim* 1955).

These two examples from two psychotherapies of schizophrenia seem to be representative of their psychotherapeutic processes. Both psychotherapies lean on the psychoanalytic theory, which emphasizes the importance of the past psychological history of the patients but both of them systematically use much gratification of the patients in the present context of the treatment.

The gratificatory tenor of the psychotherapies of *Bettelheim* and *Sechehaye* is not an exception in modern psychotherapy but is approved and adhered to, with more or less modifications, by many modern psychotherapists. At the same time, the curative value of gratification in schizophrenia has not been sufficiently explored, and it is not always quite clear how to use gratification to get positive results.

We see that gratification is rather a mysterious force which sometimes worsens the mental state of the patient and sometimes improves it. If there is a worsening caused by gratification, it seems advisable sometimes to limit or modify gratification and sometimes to continue it without variation.

These paradoxical qualities of gratification are not limited to schizophrenia and appear – in milder forms – in many clinical and even unclinical situations (*Rotenberg*; *Arshavsky* 1984).

We propose the following explanation of these apparent paradoxes. We may regard gratification, in one of its aspects, as a means of regression to the earlier stages of ontogenesis, when all the demands of the growing organism were satisfied without efforts and strife. But when the lack of regression is too big, as it takes place in schizophrenia, the drive to regression becomes excessive and the regression itself uncontrollable and screening out any gratifying contacts with reality.

Being regressive in one of its facets gratification is reality-bound (»progressive«) in the other facet, and can therefore be used for the recovery of the contacts with reality, if these contacts have been severed by the illness.

These considerations permit us to understand why gratification as in the foregoing cases could be sometimes very useful and sometimes very harmful, sometimes an instrument of recovery and sometimes a still more aggravating factor. Being a regressive agent, gratification might call forth an avalanche of uncontrolled regression, and then it would be very harmful. On the contrary, if the regression caused by gratification is limited (»closed«), the pleasure of gratification could be a mighty stimulus for a reconditioning and better adaptation to reality.

And now, on the basis of the psychotherapeutical practices of *Bettelheim* and *Sechehaye*, we shall try to answer tentatively two important questions: What needs of the patients must be gratified primarily if at all and in what ways.

B. S. Rogovoy

As to the first of these questions, the answer of *Bettelheim* is simple and enticing: »provide the patient with the ample satisfaction of all, or almost all, of his needs«, and not only the ones that are commonly accepted by others as legitimate (*Bettelheim* 1959). Only such profound gratification could overcome the feeling of fundamental insecurity lying, as *Bettelheim* says, at the basis of psychotic symptoms in schizophrenia.

Some reservations are made by *Bettelheim* with respect to the limits of gratification, and first of all as concerns those desires of the patient the realisation of which might bring harm to himself or to others. Other reservations are still more important. The patient preserves the right to decline a proposed gratification. Delusory desires leading away from reality ought not, as a rule, to be gratified.

Bettelheim (1955) indicates as the most basic needs, which must, if possible, be gratified unlimitedly, the patient self-regulation of bodily needs, privacy and freedom to choose companions. The initial efforts in the therapy are invariably directed towards establishing relations with other persons, which relations are considered by Bettelheim as the most important source of gratification. Much attention is payed to regressive gratificatory factors (e.g. Bettelheim 1950).

If we turn now to Sechehaye, what she says on the subject seems to be very different from Bettelheim's view, at least at first sight. The needs of schizophrenics, Sechehaye maintains, are of two kinds: **essential** needs (as, for example, the need of Paulette for orange juice) and **compensatory** ones (as, for example, the need of Paulette for chocolate). Only essential needs must be gratified according to Sechehaye, and these often only in symbolic way, while the gratification of compensatory needs is not of help or even brings harm.

Sechehaye indicates as the most obvious examples of compensations schizophrenic deliriums, hallucinations, and autistic reveries, while the essential needs are to be searched among such libido-laden processes as eating or other bodily pleasures, and they include significant regressive elements (e.g., orange juice for Paulette).

If we compare now the standpoints of Sechehaye and Bettelheim, we can see that both of them believe in the momentous therapeutic significance of gratification, and both agree that one ought not to gratify all the needs and desires of the patient in the lump. Other points of agreement of these two are the insistence on the primary importance of concern, care and empathy given to the patient, much attention to bodily pleasures and regressive factors, and dismissal of autistic tendencies as agents of gratification.

Clearly Sechehaye is more inclined to limit gratification than Bettelheim, but this disagreement is significantly bridged up by two important reservations: Bettelheim's acknowledgement that some of his patients were harmfully overgratified because of the institutional character of the therapy, with no great possibility to limit gratification individually according to the state of each patient (Bettelheim 1955); and Sechehaye's recommendation of an

ever widening gratification of the patients in the later stages of the therapy (Sechehaye 1956). According to our hypothesis of the psychological role of gratification, it may be useful or harmful, dependent on the quantity and quality of regression and »progression«. Too much regression would be dangerous, and too little of it would not be therapeutic.

As Sechehaye rightly insists and Bettelheim admits, some kinds of gratification leading, as we believe, to uncontrolled regression are harmful in any or almost any circumstances, while some of them (mainly with symbolic regressive meaning) may be especially salutary. But this does not remove the fundamental necessity of prolonged and sufficient gratification from various sources.

From this point of view it would have been quite possible to heal Paulette even without the expedient of feeding her with orange juice, however useful just this kind of gratification might prove to be. As to the chocolate feeding, Sechehaye herself admits that if done with correct approach it could have reached better results.

The lack of ability to experience pleasure being one of the most common features of schizophrenia and preschizophrenic states (Rado 1956, Lowen 1964, Dobrovich 1985). The re-education of this ability helps in creating the regressive atmosphere of the »lost paradise«, which is indispensable for restructuring the personality of the patient.

The use of therapeutic regression being one of the central principles of classical psychoanalysis, it is no less important in the psychodynamic therapies of *Bettelheim* and *Sechehaye*, although the ways of such use are different.

To counteract excessive regression, sufficient »progression« (i.e. nearness to reality) must be introduced, which is achieved in the psychotherapies of *Bettelheim* and *Sechehaye* by the massive use of such regressive elements which are at the same time an inalienable part of the present reality, and therefore prevent the loss of contact with it. Cf. the therapeutic strategy of Dick Diver with regard to his schizophrenic wife Nicole in the novel of *F.S. Fitzgerald* (*Fitzgerald* 1983). Even classical psychoanalysis is not devoid of such »progressive« elements, but they are not introduced in it so purposefully and systematically as in the psychotherapies of *Bettelheim* and *Sechehaye*.

In our example Sechehaye fed Paulette with orange juice and introduced her presence and help for the sake of feeding the girl. Bottle feeding has a significant regressive meaning, as corroboratet also by the experience of Bettelheim, whose child patients often ask for a baby bottle to suck from at some stage of recovery (Bettelheim 1955). At the same time a baby bottle was not an autistic reverie, but a gratifying component of the present reality. A similar combination of increased regression and more nearness to reality refers to the personal participation of the psychotherapist in the matter of feeding. If regression had been administered without simultaneous increasing »progressive« elements and

B. S. Rogovoy

without the aim of overcoming the ambivalence of the child in her adaptation to reality (the ambivalence in eating), the results would not probably have been so satisfactory.

We shall venture a guess that in our second example (the treatment of Mary) one of the causes why the harmony of regression and »progression« was discomposed at some stage of the treatment might be too intensive cultivation of passive dependency of the patient, which did not serve in a sufficient degree to the overcoming of the difficulties in the way of »progressive« gratification. Then the energy provided by regression was not sufficiently utilised for some »progressive« aim (as, e.g., it was done for overcoming Paulette's ambivalence in eating), and could more easily direct itself into purely regressive channels.

One of the most potent means of introducing therapeutic regression intertwined with »progressive« elements are contacts with the psychotherapist and the other members of the psychotherapeutic team. »Isolation of the patient and his inability to enjoy positive relations (personal and in groups)« discussed by Ammon in another context (Ammon 1978) are very salient in schizophrenia. At the same time these relations with other people, as is shown by the experience of the psychotherapists of differing orientations have an outstanding significance as a curative factor. Therefore the primary task in the psychotherapies of Bettelheim and Sechehaye is to establish for the patients some at least rudimentary relationships with other people.

At the Orthogenic School of *Bettelheim* personal contacts of counselors with the patients continue for many hours on end, often with some physical nearness. *Sechehaye* also speaks about many hours of contacts on end, which lead to the growing attachment of the patient to the psychotherapist, who becomes a substitute of mother and really calls herself »Mama« in her talks with the patient (*Sechehaye* 1956).

Warm empathy and understanding, active help and readiness to sacrifice are demanded from the counselors of the School. *Bettelheim* choses the counselors very carefully, and those who are not ready to sacrifice to the patients and do not show sufficient positive countertransference are immediately dismissed. *Sechehaye* works alone, without the psychotherapeutic group, which makes the demands to the psychotherapist in her method extraordinary high.

The psychotherapist (counselor) being a substitute of a parent figure, regressive processes, which are completely indispensable for rehabilitation, gather momentum. But these regressive processes must include also »progressive« elements. The psychotherapist and the members of the psychotherapeutic team do not simply represent the parent figures; they do it with a change. The real parents of the patient were »incapable of responding to his basic needs« (cf. Ammon 1978), where as the substitute »parents« have the will and ability to do it and make it their task to help the patient in »corrective education« of the ego functions which were underdeveloped and per-

verted by the illness (cf. Ammon 1982). Thus, the contacts of the patients with the psychotherapist and other members of the psychotherapeutic team, without losing the atmosphere of spontaneity, must also be subtly directed towards more re-adjustment of the patients to reality.

An example of the adequate introduction of »progressive« components into the contacts with the patients from their very beginning may be a case of the girl Marcia treated by *Bettelheim*. When Marcia first came to the Orthogenic School, she could not use her hands for eating as she had a habit to constantly using them for stopping her ears. After a long reflection, *Bettelheim* proposed to the girl that her counselor will stop her ears. This maneuver was successful to free Marcia's hands for eating, and proved to be the first step of the girl on the road to recovery (*Bettelheim*, *Karlyn* 1975).

The delicate balance of regressive and »progressive« forces in interpersonal contacts may be easily discomposed, especially at the beginning. Bettel-beim indicates that premature nearness may be very harmful, and casual contacts without any enforcement are recommended.

Here is a proper place to dwell upon the significant difference between the therapies of Bettelheim and Sechehaye. Bettelheim bases his treatment on the use of a collective, i.e. many people, who could enter, in a greater or lesser degree, into interpersonal relations with the patient. This is very convenient, in particular as the patient may choose the objects and the intensity of transference, according to his demands. Sechehaye, on the contrary, insists that the psychotherapist must become a privileged person from whom the patient expects gratification (Sechehaye 1956).

This difference in the management of interpersonal contacts of the patients of *Bettelheim* and *Sechehaye* has a close relation to another, and probably still more important, dissimilarity. High level of dependency created by the exclusive contacts of the psychotherapist and the patient in the psychotherapy of *Sechehaye* is used by her to direct the patient in his behavior. Having evaluated the actual behaviour, attitude and the former history of the patient, the psychotherapist herself chooses what gratification must be administered to the patient and in which ways. This is a matter of heavy responsibility, and there is some chance of mistake.

Here is an instructive story related by Sechehaye. Having reached much success in the treatment of her patient Renee, Sechehaye inadvertently brought a relapse by saying to the nurse in the presence of Renee: »Give Renee a bath whenever she wants it; it will please her!« These words were followed by agitation and self-destructive behavior of the girl. Later, when Renee grew entirely well, she explained to the psychotherapist the nature of this mistake. It appears that Sechehaye should have taken the responsibility of the bath on herself and said to Renee: »Mama orders Renee to take a bath.« (Sechehaye 1956). It would have been an order similar to that given to Paulette to drink orange juice. Gratification by orders from the »omnipotent mother« is easier for the patient to sustain in this early stage of treatment than gratification by his own initiative.

B. S. Rogovoy

Therapeutic transference created with much spending of time and attention is systematically used by Sechehaye for the reeducation of her patients in the art of gratification by orders of the psychotherapist. Less intensive therapeutic transference cultivated in the Orthogenic School is also used for the aims of gratification but usually without any orders, on the basis of spontaneity of the patients. There are many striking examples in the books of Bettelheim of his extreme tolerance to different »unreasonable« manifestations of gratificatory spontaneous activity of his patients. For example, a schizophrenic boy took the habit to spit at his favorite counselor and later began to spit at other adults. He also tried to spit at other children but they could not stand it and the counselors had to limit his spitting to the range of the adults. This spontaneous and definitely gratifiying activity continued for years before it finally stopped (Bettelheim 1955).

But the therapy of *Bettelheim*, especially in the later stages of treatment, is also not devoid of recommendations, suggestions and even orders to the patients. As *Bettelheim* says, »no child is expected to control himself beyond his ability just for our convenience, but... self-control and more socialized behavior will be expected of a child once he is ready and able to exercize them«. (*Bettelheim* 1955).

Bettelheim feels dissatisfied with the therapy of Sechehaye, and in his later book on autism he says, in some apparent contradiction with his earlier statements on the treatment of child schizophrenia: »Contrary to what is expressed in some works on »symbolic realization« (Sechehaye 1951), which consider the patient to be too passive and which attribute all the improvements to the actions of the therapist, we believe that neither these actions nor gratification of needs (except the need to be active) lead to the return of these children to life. They returned to life only when we could create conditions or be a catalyzing force which induces them to act on their own behalf« (Bettelheim 1985).

In autistic children, in difference with schizophrenics, the ego functions have developed much more poorly before the onset of the illness and need more primary education than re-education, which can explain some differences in the course of the convalescence, but we see no essential dissimilarities in the character of the treatment itself. Therefore it seems justified to apply this therapeutic tenet to the treatment of schizophrenic children as well, and to check its correctness by the example of the aforementioned Mary.

When Mary was treated at the Orthogenic School, the counselors did their best to satisfy all the needs of the girl and gratify her as much as possible. The result was a gradual growth of extreme dependency. Mary took to sitting on the lap of her counselors and would spend a full five hours on end in their society without any impatience, abuse or anger. Then, as we have mentioned earlier, a breakdown ensued, one of the main characteristic features of which was the inability of gratification. Mary became gloomy, her occasional smiles disappeared. She reacted to any perspective of gratification, to any necessity to be active or even to the slightest changes in her surroundings with dread, agitation of somatic symptoms. She became unable to express her real desires and complained for hours: »Do something for me! You never do anything for me! « At the long last the crisis was overcome, and bit by bit Mary became more able for gratifying activity on her own behalf.

The example of Mary and virtually all the other cases of treatment by Bettelheim prove irrefutably that the appearance of the autonomous activity of the patient is bound to be preceded by the long and arduous practice of less active gratification. To state it by the words of Bettelheim himself: "We feel that before anything else a child has to be utterly convinced that — contrary to his past experiences — this world can be a pleasant one, before he can feel any impulse to get along in it« (Bettelheim 1950). And this is also what Sechehaye does in her own ways with the aim to create for the patient a new reality, "a reality taking into account the patient's needs and the fragility of his psyche« (Sechehaye 1956). This does not, as we believe it, contradict to the theoretical insistance of Bettelheim in his later book on the importance of activity of the patient as a corner-stone of any lasting improvement.

The positive significance of the »effectance pleasure« connected with the results of activity has been indicated by some psychoanalytic ego-psychologists (White 1959, Spock 1963, Klein 1982). There is also »pleasure in functioning« differing from the »effectance pleasure« and connected with the effective use of functions and skills, irrespective of the results reached (Bühler 1930, Hartmann 1981, Klein 1982). Much contribution to the study of the psychological importance of activity has been made by the physiologist Rotenberg, who emphasizes the role of the so called »search activity«, without definite forecast of results, and affirms that the refusal of search activity is the most frequent and general form of regressive behavior (Rotenberg 1982) and can be very harmful (Rotenberg, Arshavsky 1984; Rotenberg 1986).

Bettelheim and Sechehaye lead, as we believe it, their patients in the way of the increase of the »effectance pleasure«, which inevitably gives rise to a subsequent increase of the »pleasure in functioning« and to a general activating of the ego (cf. Hartmann 1981). In other words, much activity giving immediate pleasant results leads to the interiorization of the pleasure in activity. At a later stage, which is equivalent to recovery, the quantity of external gratification may be lessened harmlessly as activity itself becomes a significant factor of interiorized gratification, which is normal for mentally stable persons.

We believe that the main therapeutic target in the psychotherapies of Bettelheim and Sechehaye is just this interiorization of pleasure in minimal activity, which mobilizes the ego functions in the direction of the readjustment to reality and is the main »progressive« factor of treatment. The processes of everyday life in the Orthogenic School demand con-

214 Rogovoy

tinuous minimal activity of the patients for the sake of the gratification of their physiological and psychological needs, and *Bettelheim* does everything possible to make these activities easy and certain to lead to gratification. But *Sechehaye* also did not suppress the activity of Paulette in her feeding but only made it more limited, secure and pleasant.

Activity of the patients must remain minimal during a long period, and the patients, as indicates Bettelheim, must »be freed of all pressure to be active« (Bettelheim 1950). This prudence of Bettelheim with respect to the level of activity of his patients is echoed by the corresponding expressions of Sechehaye. Insistent and unremitting as she is in applying relatively passive gratification of her patients, she calls for prudence in the advanced stages of the therapy, when the patients become more active. »It is imperative to await their spontaneous wish to progress to next stage« (Sechehaye 1956). If the patients make unexpected progress, Sechehaye recommends not to compliment them too readily on their efforts, nor to rejoice too openly, but give them time to accustom to the new behavior (Sechehaye 1956).

Thus we see much similarity in the attitudes of Bettelheim and Sechehaye with respect to the activity of their patients. Both psychotherapists, with more or less clearness, see the profound significance of activity and both are prudent enough to avoid any hurry in stimulating it, although Sechehaye is much more prudent in this respect than Bettelheim who inculcates spontaneous activity more and at an earlier stage of treatment.

But why is such prudence necessary? What are the dangers of stimulating intensive will activity if it is really so important as a »progressive« means of the re-adjustment to the present reality? One may suppose that will activity as well as the other ego-functions are intimately bound in their development with aggression, which easily becomes »destructive« in the term of Ammon and turns against the subject himself. This self-destructive aggression seems to be especially strong in schizophrenia and autism, and Bettelheim reports of many cases of the appearance of the previously represed manifestations of self-destructive aggression in his patients during the treatment (Bettelheim 1985).

We will not eleborate the theoretical background of this hypothesis as there is no room here for that aim, and will limit our theoretical allusions to the consideration of the founder of the psychoanalysis, that to fight the evil effects of harmful aggression, the ego »must be filled with libido itself and become itself a representative of the Eros« (Freud 1949, 1991).

This filling of the ego with the forces of libido is just what is being done in the psychotherapies of *Bettelheim* and *Sechehaye*. The ego activities used for the sake of gratification become themselves sources of gratification in the course of the treatment. These processes of the re-education of the ego functions must begin at a level of minimal activities, because minmal activity gives less chance of the transfer of the newly awakened psychic energy into the still active pathological channels of destructive agression.

The negative influence of excessive energization was clearly indicated by some authors long ago (e.g. Freud 1922), while the Russian physiologist Simonov has experimentally proven that weak stimuli of various kinds are able to prevent, suppress and cure pathological reactions caused by big doses of the same agent (Simonov 1962).

These considerations permit us to understand some characteristic features of the psychotherapies of Bettelheim and Sechehaye, which may be subsumed as limitation of the energization of activity. Thus, the psychotherapist must eliminate such highly energizing factors as ambivalence and excessive will efforts of the patients, as Sechehaye did in feeding Paulette with her personal participation and insistense.

Any ambivalence raises the level of energizing. Therefore one of the causes why schizophrenic delusions ought not to be gratified in their ambivalent character: »All mentally deranged persons believe is their delusions only partly and sometimes« (Bettelheim 1975). It is understandable also why anticipation and waiting, with their increase of energization, may be harmful: »Waiting even for pleasant experiences creates tension« (Bettelheim 1950).

In the same light, the insistance of Bettelheim and Sechehaye on the reliability and regular character of gratification is of paramount importance, as inconsistency and unreliability may heavily disturb the patient Sechehaye says: »The patient requires that the essential needs be realized many times, regularly and always in the same way, a work inevitably disrupted by loss of patience or hurrying the schizophrenic toward more adult behaviour« (Sechehaye 1956). The institutional routine at the Orthogenic School also creates the habit of frequent low-intensity activity for gratification.

In the same light, purely symbolic realization widely used by Sechehaye can be regarded as a kind of activity too, but with the level of energization brought down to the minimum. During the processes of »symbolic realization« the patient is also active, although this activity is developing in his mental field. Gratification and activity - impossible for the patient because of his internal conflict - become possible after they have been modelled and

rehearsed mentally, with corresponding therapeutic modifications.

For example, feeling that her patient Renee was too delicate and too guilty to be addressed directly, Sechehaye each day in the presence of Renee picked up a rag doll called »Moses«, rocked him, cared for him and put him carefully in his cradle. At first Renee remained indifferent, then she dared to participate by furtive attention, and at long last Renee's participation reached the degree of identifying herself entirely with the doll. Thereby Renee found new confidence in living. She agreed to eat from a spoon, but only after her Mama had fed Moses. Thus Renee »constructed her ego, step by step, on the proffered model« (Sechehaye 1956).

Such re-construction of the ego demands internal activity of the patient as an indispensable condition, although in the symbolic realization of Seche216 Rogovoy

haye the patient remains relatively passive and the psychotherapist is more active than in the psychotherapy of Bettelheim. As has been already shown above, even in the psychotherapy of Sechehaye, symbolic realization ought to be followed, in the next stages of treatment, by activity and gratification of more externalized kinds. »One must...proceed by steps, starting from the patient's centers of interest, radiating out, and acquainting him with ever larger sectors of reality« (Sechehaye 1956).

We look at both analyzed psychotherapies primarily as very ingenious methods to re-educate their patients in independent activity for gratification, with some direct or indirect limitations of activity and gratification to avoid unfavourable results. Both psychotherapies, and this is their main therapeutic paradox, create at first a new gratifying milieu, which does not directly stimulate activity and can even lessen it at some stage of the treatment, as we have seen in the case of Mary. But the final aim seems to be the ability of the patients for spontaneous independent activity with intensity, and also under the conditions when there is no immediate gratification and no certainty of results. Rotenberg writes about paradoxal methods of this kind: »This is not a call for passivity - this is a call for the refusal from an impasse, from such activity which is akin to neurotic worry... Personality indeed cannot be realized except in becoming and developing, and therefore when one says, "you have nothing to search", - this is only an artifice to remove the obstacles in the way of such development, an assertion of the highest powers of man, of his transcendence«. (Rotenberg 1986).

Our analysis of the psychotherapies of Bettelheim and Sechehaye deviates from the psychoanalytic tradition as we lay more stress on the present realities during the treatment than on the past psychological histories of the patients, and more stress on gratification and activity than on the other components of interpersonal relations. That is not to say that the insight into the past and the interplay of the other components of interpersonal relations do not play significant part. But we believe that these important factors would not, or would not be sufficiently therapeutic without the proper handling of gratification and activity.

The psychotherapies of *Bettelheim* and *Sechehaye* have much in common with the dynamic psychotherapy as developed by *Ammon*, who understands it as "making up of the underdeveloped ego functions" of patients, which subsumes the development of "constructive aggression" and creativity (*Ammon* 1980) as well as the education of "the experience of success and of positive feelings with respect to one's existence" (ibid.). The direct relevance of these ideas and practices of *Ammon* to our scrutiny of the curative factors in two analyzed psychotherapies seems to be at hand.

Wunscherfüllung und Aktivität in der Schizophrenietherapie: Heilende Faktoren in zwei dynamischen Psychotherapien.

B. S. Rogovoy (Orel)

Der Autor stellt die Frage nach den heilenden Faktoren in den beiden dynamischen Psychotherapien nach Bettelheim und Sechehaye. Er stellt Gemeinsamkeiten und Unterschiede dieser beiden Methoden gegenüber und macht einen Versuch, ihre grundlegenden Prinzipien – von beiden nicht immer ausdrücklich formuliert – herauszuarbeiten. Er postuliert als im Vordergrund stehenden heilenden Faktor dieser beiden Methoden die Wunscherfüllung. Sie dient dem Wiederaufrichten und dem Umgang mit den durch die Krankheit geschwächten Ich-Funktionen. Dabei ist die Aktivität des Patienten eine »conditio sine qua non«, des therapeutischen Erfolges. Die Wunscherfüllung dient der Verstärkung und einem Erlernen der Fähigkeit, sich zu freuen. Der Autor nimmt an, daß schließlich die Freude an der Aktivität internalisiert wird. Diese Internalisierung stärkt die Widerstandsfähigkeit gegen innere und äußere Widerstände.

Die Wunscherfüllung hat nach Ansicht des Autors zwei Funktionen: zum einen ist sie ein wirkungsvolles Mittel hinsichtlich der psychischen Regression; wenn sie richtig eingesetzt wird (s.u.), verbessert sie aber gleichzeitig die Realitätsanpassung des Kranken. Diese letztere Funktion der Wunscherfüllung nennt der Autor »progressiv«. Damit die Wunscherfüllung »progressiv« wirken kann, muß sie integrierender Bestandteil der aktuellen Realität sein. Beispielweise sollen deshalb die für schizophrene Erkrankungen typischen autistischen Tendenzen nicht verstärkt werden, da die Patienten sich dadurch von der Realität entfernen. Der Autor erwähnt zu diesen Überlegungen zahlreiche veranschaulichende Fallbeispiele aus Bettelheim's und Sechehay's Arbeit mit schizophren erkrankten Kindern und Erwachsenen.

Der wesentliche Teil der Wunscherfüllung in beiden Psychotherapien umfaßt dabei die Beziehungen der Patienten zu den ihn umgebenden Menschen.

Im einen unterscheiden sich die betrachteten Psychotherapieformen wesentlich: Bettelheim wendet die o.g. heilenden Faktoren innerhalb eines therapeutischen Teams und auch innerhalb einer Patientengruppe an, während sich Sechehaye nur auf die dyadische Beziehung des Patienten und der Psychotherapeutin verläßt. Demgemäß nutzt sie mehr ihren direktiven und modellierenden Einfluß auf die Patienten aus. Bettelheim hat eher eine abwartende Haltung und verläßt sich mehr auf die spontane Aktivität des Patienten.

Eine notwendige Bedingung für die Entwicklung einer wunscherfüllenden Eigenaktivität scheint ein spezifisches Heilmilieu zu sein, das einerseits die Patienten von dem Druck, tätig werden zu müssen, befreit, und anderseits eine milde Stimulation und genügende Unterstützung dieser Aktivität gewährleistet – was zur Entwicklung und nachfolgend der Transzendenz

führt. Die Aktivität der Kranken soll nach Ansicht des Autors für eine dauerhafte Periode in beiden Psychotherapien zunächst minimal bleiben. Er erklärt die Behutsamkeit beider Psychotherapeuten in dieser Hinsicht damit, daß die mit jeder Aktivität verbundene Energie das Potential an destruktiver Energie erregen könnte und somit schädlich wäre.

Die theoretische Basis für seine Interpretation von Bettelheim und Sechehaye ist durch die Ich-Psychologen White, Spock, Klein und Hartmann, die sich ihrerseits auf die Werke des »späteren Freud« über das Ich und seine Funktionen berufen, ergänzt.

Der Autor stellt bei seinen Betrachtungen über Bettelheim und Sechehaye Verbindungen zur Dynamischen Psychiatrie nach Ammon her, der im Zusammenhang mit der Therapie archaisch Ich-kranker Patienten von einer nachholenden Ich-Entwicklung für nicht oder mangelhaft entwickelte Humanfunktionen spricht. Erfolgserlebnisse und das Empfinden positiver Gefühle sind Aspekte dieser nachholenden Ich-Entwicklung und stehen im Dienste der Entwicklung konstruktiver Aggression und Kreativität.

Literature

Ammon, G. (1978): The Psychodynamics of the Unconsious in the Case of a Psychosomatic Illness: Some Preliminary Methodological Considerations. In: The Unconsious«, vol. 2, p. 253-267 (Tbilisi)

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

 (1982): Die Bedeutung der Hirnhemisphärenforschung für die Humanstrukturologie. In: Dynamische Psychiatrie (15) 195-226

Bettelheim, B. (1950): Love is not Enough (Glencoe)

(1955): Truants from Life (Glencoe)

- (1975): Der Weg aus dem Labyrinth (Stuttgart)

- (1985): Forteresse Vide (Paris: Gallimard)

Bettelheim, B.; Karlyn, D. (1975): Une Autre Régard sur la Folie (Paris) Bühler, K. (1930): The Mental Development of the Child (New York)

Dobrovich, A.B. (1985): The Problem of the Unconscious in its Connection with the Questions of Psychosomatic Relations and Clinical Pathology. In: The Unconscious, vol. 4: 237-253 (Tbilisi) (in Russian)

Fitzgerald, F.S. (1983): Tender in the Night (Moskau: Raduga)

Freud, S. (1922): Introductory Lectures in Psychoanalysis (Petersburg) (In Russian)

(1949): An Outline of Psychoanalysis (New York.)

- (1991): The Ego and the Id. In: The Ego and the Id, vol. I (Tbilisi) (In Russian)

Hartmann, H. (1981): Essays on Ego Psychology (New York)

Klein, G.S. (1982): Psychoanalytic Theory (New York.)

Löwen, A. (1967): The Betrayal of the Body (New York, London.)

Rado, S. (1956): Psychoanalysis of Behavior (New York)

Rotenberg, V.S. 1982): The Adaptive Function of Sleep (Moskau: Nauka) (In Russian)

– (1986): Psychological Problems of Psychotherapy: In: Psikhologichesky Zhurnal (7) 111-118. (In Russian)

Rotenberg, V.S.; Arshavsky, V.V. (1984): Search Activity and Adaptation (Moskau: Nauka) (In Russian)

Sechehaye, M. (1956): A New Psychotherapy in Schizophrenia (New York, London)

Simonov, P.V. (1962): Two Phases in the Reaction of the Organism to an Increasing Stimulus (M.) Spock, B. (1963): The Striving for Autonomy and Regressive Object Relationships. In: The Psychoanalytic Study of the Child, (18) 361-364

White, R. W. (1959): Motivation Reconsidered: the Concept of Competence. In: Psychol. Rev. (66)

297-333

Adress of the author:

B. S. Rogovoy, Ph. D. Kv. 59 ul. Gorkogo 67 Orel 302040 Russia

Musiktherapie in der Dynamischen Psychiatrie**

Rolf Schmidts (München)*

Der Autor stellt die Musiktherapie, wie sie in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige angewandt wird, als ein gruppentherapeutisches Verfahren vor. In der von den Patienten vorwiegend mit archaischen Instrumenten bzw. mit der eigenen Stimme improvisierten Musik zeigen sich ihre unbewußten Beziehungsdynamiken, was am Beispiel einer Musiktherapie-Sitzung geschildert wird. Die verbale Interpretation, die unter gruppendynamischen und humanstrukturellen Gesichtspunkten erfolgt, macht das Geschehen bewußt und verstehbar und kann damit Veränderungsprozesse einleiten. Der Autor betont, daß die Musiktherapie als nonverbale Behandlungsmethode in ein multidimensionales therapeutisches Gesamtkonzept eingebettet sein muß.

Zunächst möchte ich den gegenwärtigen Stand gängiger musiktherapeutischer Reflektion andeuten, um in das Feld ihres Wirkens einzuführen und deren Problematik anzudeuten. Es gibt im wesentlichen wohl drei verschiedene Ansätze der Musiktherapie:

a) Die musikpädagogische Arbeit für medizinische, psychosomatische, psychiatrische Indikationsbereiche. Eine solche Arbeit wird vor allem von der Anthroposophie vertreten, aber auch seitens der Gertrud Orffschen Schule der Musiktherapie.

b) Die sozialpsychiatrisch-tiefenpsychologische Richtung wird im wesentlichen von den amerikanischen Schulen der Musiktherapie gepflegt.

c) Schließlich gibt es die tiefenpsychologisch orientierte Schule in Europa, wie sie insbesondere von Pontvik entwickelt wurde, und die vor allem von Mary Priestly in England aufgebaute Schule der analytischen Musiktherapie.

In all diesen Schulen wird die Musiktherapie einzeln, d.h. als Beziehungsgeschehen zwischen Patient und Therapeut, sowie in Gruppen angewandt.

Nach Juliette Alvin (1971) ist Musiktherapie »die gesteuerte Anwendung der Musik in der Behandlung und Wiederherstellung von Kranken, die an geistigen, körperlichen oder Gemütsstörungen leiden«. Wie in dieser Definition bleibt die begriffliche Bestimmung auch der meisten anderen Musiktherapeuten in der funktionalen Ebene stehen. Daß einzelne musikalische Elemente bestimmte Emotionen hervorrufen und damit eine affektive Musikwirkung in einem heilenden Sinn zustandekommt, ist empirischklinisch evident. Dennoch verfehlt eine im engeren Sinne medizinische Orientierung an verschiedenen Krankheitsbildern und den aus ihren

** Vortrag gehalten am 28. 1. 94 im Münchner Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen

Akademie für Psychoanalyse (DAP)

Dr. med., Arzt für Psychiatrie und Neurologie, Psychotherpaie, Psychoanalyse, Lehr- und Kontrollanalytiker der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), ärztlicher Leiter des Münchner Lehr- und Forschungsinstitut der DAP; Chefarzt der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige, München, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin.

Eigenheiten ableitbaren Indikationsschemata einen originären psychotherapeutischen Zugang zur Musik und ihrer heilenden Kraft. Denn sie setzt Musik wie eine pharmazeutische Verordnung ein und versteht Musiktherapie so lediglich als eine Begleittherapie eigentlich medizinischer Interventionen und, sofern diese unbekannt sind, als Verlegenheitslösung.

Mit Verena Kellner 1979 unter vielen anderen Musiktherapeuten würden auch wir die »aktivproduzierende« Form der Musiktherapie, wie sie in der freien Improvisation geübt wird, dem Ziel, durch Musik Entspannung, Erregung, Lockerung, oder Tonisierung zu erreichen, überordnen, weil Musiktherapie eine Form von Ganzheitstherapie ist, weil sie das Selbstgefühl des Patienten fördert und therapeutische Impulse freisetzt, die in einer angeschlossenen verbalen Therapie bearbeitet werden können. Sie formuliert die Ziele der aktiven Musiktherapie, die eine »non-verbale oder präverbale Kommunikation ermöglicht«, demgemäß folgendermaßen: »Das Erleben der eigenen Kreativität, des Körpers, der Atmung und der Stimme, Entspanung, Ruhe, aber auch Aktivität erleben, Sensibilisierung nonverbaler Wahrnehmungen, Sichentdecken und Annehmen, Kontaktfähigkeit erleben, Öffnen zur verbalen Therapie, Konzentrationsvermögen und Ausdauer üben, eigene Initiative entwickeln und Ich-Stärkung durch Erfolgserlebnisse.« (Verena Kellner 1979). Kontakterleben und Selbsterleben sind in diesem Text in deren Wichtigkeit durchaus gesehen. Über deren wechselseitige Beziehung und die Bedeutung der Gruppe dagegen fällt kein Wort. Und selbst wenn die Musiktherapie eigens als gruppentherapeutisches Verfahren herausgestellt wird, bleibt sie in einem rein funktionalen Verständnis befangen.

Schon 1976 hat Günter Ammon in seinem Reader »Analytische Gruppendynamik« unter dem Titel » Was macht eine Gruppe zur Gruppe« eine nahezu klassische Arbeit veröffentlicht. Er weist dort darauf hin: »...daß nämlich die Gruppe nicht eine sekundäre Konstruktion ist, durch die einzelne voneinander isolierte Individuen mehr oder weniger oberflächlich miteinander verbunden werden, sondern, daß im Gegenteil die Gruppe selbst die primäre und grundlegende Einheit aller menschlichen Lebensprozesse und die individuelle Identität des Einzelnen selbst erst das Ergebnis eines Prozesses ist, an dem die ganze Gruppe beteiligt ist, auch wenn ihre verschiedenen Mitglieder dabei verschiedene Funktionen wahrzunehmen haben... Eine Gruppe wird in dem Augenblick zur Gruppe, in dem sie sich selbst erleben, entdecken und akzeptieren kann. ... Voraussetzung (ist) die Entstehung von Gruppengrenzen, die aus der Gruppe erst jenen 'zwischenmenschlichen Innenraum' werden lassen, in den hinein die einzelnen Gruppenmitglieder sich in Form kreativer konstruktiver Beiträge zur Gruppenarbeit entwerfen können. ... Unentbehrlich (dafür) ist die zentrale Figur des Leiters, ... der ... das destruktive Potential blockierender Konflikte auf sich zieht, um kreative und konstruktive Aggression als Grundenergie zur Bildung ... identitätsbewußter Gruppen freiwerden zu lassen. In diesem Naturgeschehen, das sich als Genese der Gruppenidentität manifestiert...

Rolf Schmidts

und (wenigstens teilhaft) eine gemeinsam durchlebte (Geschichte eröffnet), liegt ein einzigartiges Instrument, die auf Leiter und Gruppenmitglieder wie auf die Gruppe als Ganze bezogene Übertragungs- und Gegenübertragungsdynamik zu analysieren und differenzierten Modellen der psychoana-

lytischen Behandlungstechnik konzeptuell einzugliedern.«

Wie das Musizieren überhaupt ist Musiktherapie dementsprechend in allererster Linie Gruppendynamik. Insofern sie das Medium der Musik im Sinne eines dritten Objektes nach Winnicott zur verpflichtenden Kommunikationsebene macht (und damit ihre konzeptuelle Nähe zur analytischen Milieutherapie ausweist), ist sie klingende Gruppendynamik. Unsere erste entscheidende Bestimmung lautet daher: Musiktherapie ist klingende Gruppendynamik. Sie macht die sozialenergetischen Prozesse (Ammon 1979) in der Gruppe unmittelbar sinnlich wahrnehmbar. Wenn nach Ammons Humanstrukturmodell menschliches Dasein und menschliche Entwicklung Niederschlag der gruppendynamischen Erfahrungen in allen lebensrelevanten Beziehungen und Bewährung eines eingeborenen Identätsstrebens jedes Menschen ist, werden sowohl die Lebensgeschichte eines Patienten, wie auch sein unbewußter Daseinsentwurf musikalisch im Hier und Jetzt der Gruppe direkt hörbar.

Mit dem Identitätskonzept nach Ammon sind notwendig Wertungen verbunden. Diese Wertungen meinen zum ersten die Art der Beziehungen zwischen den Menschen, den Mitgliedern der Gruppe, so wie sie umgekehrt den Beziehungen zwischen ihnen entstammen. Zum zweiten sind sie ästhetischer Natur, weil sie Nähe und Distanz im gruppendynamischen Prozess als Harmonie und Disharmonie im Hier und Jetzt der Gruppe definieren und abwandeln. Als Werte im allgemeinen philosophischen Sinne und als ästhetische Werte im besonderen sind sie daher nicht zeitlos, sondern unter-

liegen selbst einem gruppendynamischen Prozeß.

Gerade die europäische Musikgeschichte belegt mit ihrer Entfaltung der Mehrstimmigkeit eine unglaubliche Kraft der Integration. So nimmt etwa Debussy orientalische Tradition auf, afrikanische Musikkulturen mitsamt ihrer Polyrhythmik werden zu einem selbstverständlichen Bestandteil des abendländischen Hörrepertoires, asiatische Traditionen werden uns als Musiksprache nach und nach immer verständlicher, nicht zuletzt hat die ethnische Musik auch der eigenen Musikkultur zu einer wesentlichen Erweiterung der Tonsprache geführt (Bartok, Rachmaninow, Mussorgski unter vielen anderen mehr). Wie sehr auch normative, dogmatische Momente und deren jeweilige dynamische Überwindung musikhistorisch relevant waren, zeigt das Beispiel verbotener Intervalle in der Musikausübung, so vor allem des Tritonus als eines »teuflischen Tons«, oder noch bedeutsamer das seitens eines Konzils im ausgehenden Mittelalter ausgesprochene Verbot einer manchmal schon atonal wirkenden Mehrstimmigkeit mit bis zu 35 verschiedenen Stimmen in einem Chorsatz (Dietrich Hentschel, mündliche Mitteilung).

Es erscheint daher kaum verwunderlich, daß die freie Improvisation in

mente der Musiktraditionen von der Atonalität bis zur Polyrhythmik, von der melismatischen Improvisation bis zu gregorianischen Skalen, von asiatischen Tonalitäten bis zu gewohnten Dur-Moll-Skalen, reflektiert. Merkantil ausgebeutete Hörgewohnheiten werden dagegen geradezu instinktiv vermieden.

Auch therapeutisches Musizieren verlangt daher – jenseits aller therapeutisch nicht vorauszusetzender musikalischer Fertigkeiten – so etwas wie eine objektive Gültigkeit des kreativ entworfenen geistigen Klangbildes. Man könnte in diesem Zusammenhang auch von Werkethos, musikalischer Evidenz oder überzeugender Resonanz in der Gruppe sprechen.

Dies scheint mir therapeutisch von außerordentlicher Wichtigkeit, gerade weil die Herausarbeitung dieser Aspekte die Subjektivität einer Improvisation überhöht und die selbst hervorgebrachte, vielleicht noch so unvollkommene Musik in ihrer kulturellen Bedeutung bestätigt. Erst so wird werthafte Objektivität in der Flut subjektiver Produktionen etabliert.

Die Notwendigkeit einer deutenden verbalen Intervention der per se averbalen Musiktherapie ergibt sich daraus beinahe schon von selbst. Wie anders als verbal sollten Gültigkeit oder Bedeutung einer Improvisation artikuliert werden können, ist doch die Sprache das Medium menschlicher Verbindlichkeiten, Verpflichtungen und Verträge. (Die Jurisprudenz ist es, die paradigmatisch, formuliert, definiert, feststellt, festhält, was gesagt worden ist und damit verpflichtet.) Therapeutisch gesehen hält das gültige Wort im gruppendynamischen Prozeß fest, was in der Dynamik der Gruppe verstehbar war und verstanden worden ist. Es verpflichtet natürlich nur für einen genau begrenzten Geltungsbereich auf den Stand emotionaler Außerungen in einer bestimmten mitmenschlichen Situation, ohne Anspruch auf eine für die Musik absurde positivistisch festlegbare Objektivität zu erheben. Therapeutisch gesehen hält die verbale Deutung der bei psychisch schwerer Kranken gegebenen massiven Tendenz zur Verleugnung, zum Ungeschehenmachen (vgl. Anna Freud 1936) Beständigkeit und neue Struktur entgegen.

Weil aber Musiktherapie Differenzierungsprozesse fördert, trägt sie bei zu einer Abgrenzung und Individualisierung der einzelnen Patienten in der Gruppe. Sie fördert damit das Selbstgefühl und die Autonomie des Patienten, man könnte auch sagen, sie befreit ihn zu einer spezifischen Subjektivität. Wir können daher sagen: Musiktherapie befreit zur jeweils eigenen Subjektivität in und mit Hilfe der Gruppe. Sie ist ganz im Sinne Ammons eine humanstrukturelle Identitätstherapie.

In der von uns geübten Form der stationären Musiktherapie sitzt die Gruppe von oft 20 bis 26 Patienten – einer Art Großgruppe – im Halbkreis. In der Mitte stehen Instrumente von vorwiegend archaischem Charakter. Es sind Rhythmusinstrumente, die afrikanische Tschemba, lateinamerikanische Congas, indische Tablas, ein Symphonikgong mit seiner außerordentlich differenzierten Obertonreihe, eine Steel-drum als melodisches Instrument, burmesische Gongs und Xylophone aus dem Orffschen Instrumentarium.

Rolf Schmidts

Ein Klavier ermöglicht Patienten mit besonderen musikalischen Interessen und einer eventuellen musikalischen Ausbildung im Rahmen der gängigen Tonalitäten zu musizieren. Besonders Interessierte bringen eigene Instrumente mit. Das wichtigste Instrument aber bleibt die menschliche Stimme.

Die Instrumente laden ein. Im Bild gesprochen reservieren sie den Raum für den oder die improvisierenden Patienten. Einzeln oder in kleineren Untergruppen treten diese in die Mitte der gesamten Gruppe, so daß eine Art Orchestra entsteht, deren Grenze durch den Chor sinnfällig gebildet wird. Dieser Chor, dem sich der Therapeut und seine Co-Therapeuten einreihen, hört aufmerksam zu. Durch seine Anteilnahme reduziert er die Angst der Protagonisten; er stellt eine Art emotionalen Resonanzkörper dar, der die oft erstaunlichen kreativen Leistungen der Protagonisten inspiriert. Durch Klatschen, wie in einem Konzertsaal, anerkennt er deren Leistungen psychischer oder musikalischer Art. Die anschließende verbale empathisch-therapeutische Interpretation durch den Chor kann durchaus in Analogie zum urteilenden Chor in der antiken Tragödie gesehen werden. Zuweilen greift er auch musikalisch, rhythmisch singend oder summend ein, etwa wenn ein einzeln musizierender Patient sich in Angst oder Einsamkeit verliert, oder wenn eine festartige, mitreißende Musik die Teilnahme aller herausfordert.

Zu Beginn einer Sitzung steht häufig eine solistische oder ein Solo begleitende Improvisation. Meist thematisiert diese von Anfang an ein unbewußtes Problem der Gesamtgruppe; sie thematisiert zum Beispiel die im Zusammenhang des bevorstehenden Weihnachtsfestes unausgesprochenen Ängste, beziehungsweise damit zusammenhängende eifersüchtige Befürchtungen. Oder sie macht die Angst des Beginnens überhaupt hörbar, weil die Kontaktaufnahme nicht notwendigerweise positiv beantwortet wird.

Ein Beispiel: Mit einer aufsteigenden Dur-Skala singt eine junge Geigerin durchaus unprofessionell eine von ihr umworbene Mitpatientin an und schreitet rhythmisch auf sie zu. Diese verweigert sich aus Scham. Die Skala abwärts singend geht die Patientin rückwärts. Dringender und eindringlicher unternimmt sie einen neuen Versuch, einen Ton höher. Ein drittes Mal, abermals höher, resigniert sie. Ihr Gesang wird zu einem schrillen Schreien. Sie dreht sich um sich selbst. Der Therapeut interveniert. Eine andere Patientin weint. Diese gestaltet ihr anschließendes Klagelied in einer molltonalen Improvisation, die schließlich den Charakter eines Wiegenliedes annimmt. Die Protagonistin wird deutlich ruhiger. Sie fühlt ihre Geborgenheitswünsche durch die zweite Mitpatientin verstanden und angenommen: Ihre rasche Enttäuschbarkeit und ihre Tendenz, sich dann sofort in sich selbst zu verschließen.

Im Duett werden naheliegenderweise Bedürfnisse nach Zuwendung und Liebe ausgestaltet. Manchmal werden auch regelrechte rivalistische Duelle ausgetragen. So liefern sich beispielsweise zwei latent homoerotische Patienten auf Trommeln eine zunächst aggressive Auseinandersetzung, die durch Trommelwirbel in Form von Sextolen auf einem sonst klar strukturierten, von Synkopen durchsetzten Viererrhythmus des anderen Patienten bestimmt ist und in einem freundschaftlich offenen Kontaktangebot mit anfeuernden He, He, Ho, Ho – Rufen endet.

Daß das Trio die Darstellung der Problematik von Eifersucht und der Furcht vor der Eifersucht der anderen, somit die Verlassenheitsangst, bestimmt, ist zu erwarten. So beginnt zum Beispiel eine Patientin, deren Mutter jeden Kontakt mit ihr aus massiven Gekränktheiten ablehnt und deren Vater, kooperationsbereiter, aber abhängig von der Mutter, ein Elterngespräch verweigert, auf dem Xylophon zu improvisieren. Sie spielt eine Melodie mit immer wiederkehrenden Phrasen und alternierenden, die Tonleiter auf- und absteigenden Bewegungen. Ein zweiter Patient kommt hinzu und schlägt auf der Trommel einen heftigen Vierviertel-Takt in marschähnlichen Rhythmen. Ein dritter klatscht aus dem Zuhörerkreis mit. Wenig später begibt er sich an die Trommel, um mitzuspielen. Die inzwischen volksliedhafte Improvisation der Patientin nach dem A-B-A-Schema wird von den immer rivalistischeren Rhythmen der beiden Männer übertönt. Die Patientin verläßt resigniert das Feld. Sie kam aus der für sie unlösbaren Gruppendynamik ihrer Primärgruppe direkt in die Psychiatrie.

Meist verlassen einige eifersuchtsgeschädigte Patienten in einer solchen Situation die Gruppe, um erst nach der musikalischen Bearbeitung dieses zentralen menschlichen Problems in die Gruppe zurückzukehren. Zwei daran anschließende volksliedhafte Solos mit zarter Empfindung und sehnsuchtsvollen auf- und absteigenden Tonreihen entwickeln hier die Bedürfnisse der Protagonisten nach Sicherheit und emotionaler Kontinuität.

Quartette, Quintette, Sextette oder Oktette modifizieren ein solches Thema, indem sie parallel zur Eifersuchtsdynamik Arbeitsbündnisse entstehen lassen, indem sie Klangfarben-Improvisationen, rhythmisch voranstrebende Arbeitslieder oder doppelchörige Frage-Antwort-Improvisationen erfinden. Es scheint, als wäre ein Soziogramm mit den Fragen: An wen würden Sie sich wenden, wenn Sie Angst haben, an wen nicht, an wem sind Sie erotisch interessiert, an wem nicht, mit wem wünschen Sie Freundschaft einzugehen bzw. nicht, mit wem können Sie zusammenarbeiten, wer stört Sie dabei, musikalisch hörbar. Die Improvisation der gesamten Gruppe signalisiert Situationen äußerster Bedrohtheit und Verlassenheitsangst. Sie schließt die Gruppe zusammen und läßt sie sich als eine Gruppe erleben, die so gut wie mit jedem Problem fertigzuwerden vermag.

In dem geschilderten Beispiel des Ablaufs einer musiktherapeutischen Sitzung erfolgte dagegen eine Einzelimprovisation am Klavier, in dem die Melodie von der linken in die rechte Hand und umgekehrt wechselte und die Form eines Rondos annahm, das Entschlossenheit und Freude zum Ausdruck bringt. Dieses bildete den Abschluß der Sitzung.

Für die klinische und musikalische Beurteilung ist die kadenzielle Gestaltung der Beiträge und der gesamten musiktherapeutischen Sitzung maßgebend. Der Begriff »Kadenz« bestimmt, auf welche Weise man zu einem rhythmischen und melodischen Ende gelangen kann. Das heißt psy-

Rolf Schmidts

chologisch, wie die Gruppe das Ende jeder Improvisation und das Ende der gesamten Sitzung gestaltet. Das gesamte motivische Material einer Gruppensitzung entwickelt sich, als hätte es im kadenziellen Schluß ihr Telos. Die Modulation von Melodien und Rhythmen während einer musiktherapeutischen Sitzung hält sich einerseits durch die gesamte Sitzung hindurch, andererseits charakterisiert und differenziert sie ein anfängliches musikalisches und psychologisches Thema.

Wir können nunmehr eine weitere Definition einführen: Musiktherapie ist die Entfaltung schuldgefühlfreier, autonomer Beziehungsbedürfnisse in der Gruppe, die eine neue Erfahrung von Kontaktfähigkeit erproben läßt, ein verändertes Selbstgefühl und Selbstverständnis ermöglicht, die eine Beziehung bestehen bestehen läßt und gleichzeitig unabhängig von ihr macht, indem sie einem autonom bestimmten Schluß zustrebt. Sie ist daher eine Arbeit, die die Fähigkeit des Einzelnen zur Bildung von Gruppen fördert und diese Fähigkeit in seine Verantwortung freigibt. Man könnte sagen: Die Gruppe als Ganze improvisiert die in ihr möglichen Beziehungsaspekte in rasch aufeinanderfolgenden Untergruppenbildungen. Sie entfaltet gruppendynamisch gesehen ihr kreatives Beziehungspotiential in jeder einzelnen gruppendynamischen Sitzung.

Musiktherapie ist also qua Gruppendynamik die »via regia zum Unbewußten« der Gruppe und des Einzelnen. Das Zitat stammt von Sigmund Freud, es meinte den Traum. Wenn aber nach Ammon die Gruppendynamik gleichrangig das Unbewußte erschließt, wird in jeder kreativen musikalischen Schöpfung im Zusammenhang mit den Mitmusizierenden, oder wie im Solo der nur zuhörenden Mitpatienten ein Stück der Lebensgeschichte eines Einzelnen hörbar und ein kleines Stück seiner Lebensgeschichte in der musiktherapeutischen Gruppe gestaltet.

Während zum Beispiel homophone Rhythmen oder homophone Melodien, etwa mit Hilfe von Tonika-, Terz-, Quint- oder Oktavparallelen, symbiotischen Beziehungsbedürfnissen Ausdruck verleihen, Mollimprovisationen und fallende, vielleicht mehrfach repetierte Melodien Geborgenheitswünsche transportieren, stellen Pizzicati, synkopierende Rhythmen, rhythmisch Zweier- in Dreier-, Dreier- in Vierer-, Vierer- in Fünferrhythmen umdeutende Improvisation oder Sekund-, Quart-, Sext- oder Septimakkorde häufig das Bedürfnis nach individueller Differenzierung dar. Disharmonien und Modulationen, sowie rhythmische Umdeutungen erscheinen daher für den therapeutischen Prozeß außerordentlich bedeutsam. Gerade diese musikalischen Gegebenheiten sind auf einer emotionalen und psychodynamischen Ebene interpretierbar und fördern die Entwicklung eines Patienten. Ein Beispiel habe ich bereits in der vorangehenden Schilderung eines musiktherapeutischen Gruppenprozesses mit der Darstellung einer Eifersuchtsimprovisation gegeben. Daß auch diese Eifersuchtsimprovisation in der Gesamtgruppe integriert werden kann, zeigt der danach kohärente Verlauf der gesamten musiktherapeutischen Sitzung.

Die psychodynamische und aktuell gruppendynamische Deutung des Kontaktgeschehens vergegenwärtigt den derzeitigen Stand eines Patienten. Sie schafft eine solche Gegenwart im Erleben eines Patienten, dessen Leid Freud als »Leiden an Vergangenheit« bestimmt hat. Während die von den Patienten meist selbst kommenden allegorischen, oft synästhetischen Deutungen (etwa: Ich erlebe da die Musik der Moldau, das erinnert mich an die Symphonie aus der Neuen Welt, das war eine lateinamerikanische Fiesta, das erinnert mich an einen Sonnenaufgang in Spanien) lediglich Assoziationen im Sinne einer Amplifikation nach Jung anreichern und die Anmutungsqualitäten differenzieren, ist die biographisch und aktuell gruppendynamische Deutung weitaus einschneidender, weil sie die Geschichte und die Gegenwart eines Menschen nahmhaft machen. Die Gruppenimprovisation der Differenzierung in Untergruppen und ihrer Wandlungen belegen die Integrationsfähigkeit der gesamten Gruppe in einer gemeinsamen Geschichte. Diese strukturiert das Zeiterleben des Einzelnen und der gesamten Gruppe als lebendige Zeit, wie es Ammon in seiner Arbeit »Zeit und Zeiterleben« dargelegt hat.

Unsere letzte Definition lautet daher, daß Musiktherapie nur als eine analytische Therapie und näherhin als Gruppenpsychotherapie bestimmbar ist.

Zusammenfassend möchte ich sagen: Die Interventionen des Chores und der Therapeuten sind psychologisch im Sinne einer Identitätsförderung des Patienten entscheidend, weil sie

- 1) die objektive Gültigkeit einer kreativen Schöpfung im gruppendynamischen Zusammenhang herausarbeiten,
- 2) die subjektive Bedeutung ihrer Improvisation deutlich machen und sich damit als humanstrukturelle Identitätstherapie ausweisen,
- 3) die autonomen Beziehungsbedürfnisse schuldgefühlfrei unterstützen,
- 4) das Selbstgefühl stärken,
- 5) von Abhängigkeitsbedürfnissen befreien und weil sie
- 6) eine gemeinsam erlebte Geschichte erschaffen.
- Musiktherapie ist im theoretischen Rahmen darüberhinaus
- 7) eine analytische Therapieform, indem sie die Vergangenheit eines Menschen erschließt und zu einer möglichen zukünftigen Perspektive befreit. Sie ist endlich
- 8) eine averbale Therapieform, die nach einer verbalen Ergänzung jenseits der ihr eigenen Verbalisationsmöglichkeiten verlangt und als Therapie ein »mehrdimensionales Konzept« von Therapie überhaupt, so wie es Ammon im »Mehrdimensionalen Menschen« entwickelt hat, nötig macht.

228 Rolf Schmidts

Music Therapy in Dynamic Psychiatry

Rolf Schmidts (Munich)

The author names three different ways of music therapy:

a) music pedagogics for medical, psychosomatic, psychiatric indications (Gertrud Orff school of music therapy, anthroposophes),

b) social psychiatric and depth psychological schools (American schools of

music therapy),

c) depth psychologically oriented schools (Pontvik) and analytical music

therapy (Mary Priestly).

Most music therapists define their work only on a functional base, e.g. music therapy is »the controlled application of music in therapy and rehabilitation of persons with mental, physical or emotional diseases« (Juliette Alvin 1971). Music is used as an accompanying therapy, sometimes even as makeshift solution and not as an original and psychotherapeutic method. With Verena Kellner (1979) the author understands music therapy as a holistic therapy, which promotes a patient's self-esteem and enables him to experience his creativity, body, breath, voice, detension, activity, sensibility, to discover and accept himself, to train concentration and perseverance. Moreover, Schmidts emphasizes the groupdynamic and unconscious aspects of music therapy.

He refers to Ammon (1976) who writes that »a group is the primary and fundamental entity of all human life processes and that the individual identity of a single person is the result of a process, at which the whole group takes part« in different functions. A group becomes a group when it can experience, discover and accept itself, when there are boundaries of the group which create the »interpersonal room inside«. For creating a group identity, a central person, a leader, is indispensable; he has to concentrate the destructive potential of blocking conflicts onto himself, thus setting free the creative and constructive aggression as the basic energy for building groups that are conscious of their own identity. Here lies a singular instrument for analyzing the dynamics of transference and countertransference in relation to the leader, the group members and the group as a whole and to integrate it conceptually to differentiated models of psychoanalytic treatment techniques (Ammon 1979).

Appropriately music in general and music therapy in particular is »sounding group dynamics«, as it obliges to communicate by music as a »third object« (Winnicott). In his music a patient will bring to hear his life history and concept, for all groupdynamic experiences in existential relations find their expression in his living and development of identity (Ammon 1979). Necessarily, identity is connected with judgements and values, because they define the relations between persons that are defined by closeness and distance and by harmony and disharmony in the actual here and now of the group.

In European music history different ethnic music such as african and oriental traditions have been adapted and integrated (e.g. by *Debussy*,

Bartok, Rachmaninov, Mussorgski). Free improvisation as it is used in the music therapy also includes and reflects the different elements of music such as atonality, polyrhythm, melismatic improvisation, gregorian scales, asiatic tonalities besides the well-known major and minor scales. Instinctively, the patients avoid the popular exploited music.

Also therapeutic music playing needs an objective validity, a musical evidence or resonance in the group. Only by this evaluation a subjective improvisation is confirmed in its cultural significance. A verbal interpretation therefore is therapeutically necessary and holds on to what was understood in the groupdynamic process and thus counteracts the massive tendency of the mentally ill to deny and to undo (see also *Anna Freud* 1936). The author mentions that music therapy helps to differentiate and to individualize the single patient within a group and thereby enhances his self-esteem and autonomy. In this sense he conceptualizes music therapy as a human-structural identity therapy in the sense of *Ammon* (1979).

Usually 20 to 26 patients take part in the in-patient music therapy, sitting like an antique chorus in a big semicircle, therapist and his co-therapists included. Most of the instruments in the middle have an archaic character, e.g. african djembas, latin congas, indian tablas, a symphonic gong, a steel drum, burmesian gongs and Orff's xylophones. There is also a piano and some patients bring their own instruments. The most important one, however, is the human voice. Single or in little subgroups the patients go into the centre and improvise, while the chorus listens attentively. They give an emotional resonance, reduce anxiety, inspirate and appreciate by applauding the creative psychic and/or musical performance. Sometimes they even intervene, for example when a patient gets lost in his fear and solitude or when the music is rousing.

Schmidts describes a session of music therapy: In the beginning there is often a solistic improvisation which mostly takes as a theme the actual unconscious problem of the whole group or anxieties of the beginning situation itself. He describes a young woman, who sings towards another female patient, climbing a major scale and moving rhythmically towards her. The latter one refuses with shame, the young woman walks backwards, singing the scale downwards. Once more and again once more she tries, each time higher and more impressive. Finally she resigns, her singing changes into a shrill yelling, she turns around herself. The therapist intervenes; somebody else cries. This person afterwards sings a minor-scale improvisation, sort of a song of pain, finally turning into a lullaby. The first protagonist quietens, her desire and need for security, her tendency to quick disappointment and shutting herself off, being understood and answered by the second patient.

Needs for love and attention, as well as rivalristic duels are expressed in duets. The author describes the aggressive argument on drums of two male, latently homoerotic patients, which changed while playing and ended in a open and friendly approach shouting »Hey, Hey, Ho, Ho.« The trio is expected to be the platform of feelings of jealousy, fear of it and desolation.

230 Rolf Schmidts

A female patient started playing xylophone in recurring phrases up and down the scale. Another patient went in and drummed a march rhythm, a third one joined him. The first patient's folk song was drowned out by the rivalristic drums of the men, so she left the centre. This portrayed the group dynamics in her family, her parents having no contact with her.

Quartets, quintets and so on modify the theme of jealousy, parallelly letting grow alliances. One could even hear a sociogramme concerning anxiety, friendship, erotic interest and collaboration. Improvisations of the whole group often express extreme desolation and threat.

In the described session the group ended up with a single patient's improvisation on the piano, forming a rondo and expressing determination and joy.

The author points out that the cadence, i.e. the rhythmical and melodical ending of an improvisation and of the whole session is very important and shows, in which way and to what extent the group can give form to their theme and unfold autonome relations free of guilt feelings.

According to Schmidts music therapy is qua group dynamics a »via regia to the unconscious« as well of a single person as of the group. Homophone rhythms and melodies express symbiotic needs, minor improvisations the need for security, pizzicati and syncopic rhythms often express the need for individual differentation. Disharmonies therefore are very important for the therapeutic process. The groupdynamic and psychodynamic interpretation imagines the actual development of a patient, creates his present and structures his experiencing of time.

Schmidts concludes: Music therapy is a humanstructural identity therapy, because

- 1) the objective validity of a creation in the groupdynamic context is pointed out,
- 2) the subjective significance is made clear,
- 3) self-esteem is enhanced,
- 4) he is relieved from needs for dependency,
- 5) a common history is created,
- 6) the needs for autonome relations free of guilt feelings are supported. Music therapy is an analytic one as it unfolds the past of a patient and liberates him to a future perspective; it is also a nonverbal therapy which needs to be embedded in a multidimensional concept of therapy as it is developed by *Ammon*.

Literatur

Ammon, Günter (1976): Analytische Gruppendynamik. (Hamburg: Hoffmann und Campe) – (1979): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie. Band 1. München: Ernst Reinhardt

- (1986): Der mehrdimensionale Mensch. (München: Pinel Publikationen)

Freud, Anna (1936): Das Ich und die Abwehrmechanismen. (München: Kindler 1975)

Kellner, Verena (1979): Musiktherapie, deren Indikation, Ziele und Möglichkeiten. In.:

Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie, Band 124, Heft II.

Adresse des Autors:

Dr. med. Rolf Schmidts Liebigstraße 1 D-80538 München

The Indigenous Approach to Understanding Sorrow and its Elimination

Jyoti Verma (Patna)*

The present paper takes up the case of sorrow, or discontentment and attempts to go into its etiology in the light of the Indian religious and philosophical content. Indian philosophers observe that happiness, pleasure or suffering and sorrow being connected with worldly events, situation or persons are transitory. Realizing to be part of the »Unlimited Self« enables a person to develop a peaceful mind and state. The author presents possible reasons of sorrow and describes its management in detail. One important aim of managing sorrow is the inner transformation of a person in order to relieve human suffering.

The Indian religio-philosophical texts do not only contain the religion and philosophy of a great tradition, but also present a very deep understanding of human psychology. The highlight of this tradition is its preoccupation with reaching for the root of a problem and always looking for solutions that are absolute and permanent. Indian tradtion has a way of looking at issues from at least three levels. First, it would look at the cause, reason and etiology of the issue or examine it at the cognitive level very carefully. Secondly, it would presume that now one understands the cause and etiology of the problem the solution should be self evident. By and large, it is believed that human problems result from disruption of man's primal harmony and unity with nature. It is at this level that a change at the attitudinal level is recommended, advised or seen as the solution to the problem.

The present paper attempts to take the case of sorrow, pain, suffering or discontentment and would like to present what might be the indigenous approach for its understanding and management. There will be an effort to make comments as a psychologist at relevant points, and highlight the psychological insights behind the traditional expositions regarding sorrow. We shall examine the concept of sorrow as it is understood and explained by people well versed in the Indian tradition, and as preserved in our major religio-philosophical texts.

The first comment regarding pain and pleasure in the Indian tradition is that sukha (pleasure) and dukha (pain) are favourable and unfavourable feelings or phay. The former is linked or tied to a favourable situation while the latter to an unfavourable one. A special issue of *Parmartha* (1953, Volume 1-2) has articles from a number of Indian swamis and scholars of Indian thought who observe that happiness, unhappiness, pain and pleasure does not exist in some object, event, person or situation, it is very much in the mind of the person concerned (*Swami Akandananda*, p. 57). Psychologically speaking, sorrow and happiness become reflections of our mental attitude towards an object event or a situation. For example, I may like something, find it

^{*} Ph. D., Reader in Psychology, Institute of Psychological Research and Service, Patna University, Patna, India

vourable for myself, and feel happy about it, however, somebody may despise the same thing, find it unfavourable, and become unhappy. Similarly, one may look at the positive side of an event and feel happy, while the other may do just the opposite in case of the same event, and feel unhappy. The former feels happy while the latter unhappy due to his/her mental attitude. The reasons for sukha (happiness) and dukha (sorrow) again are seen located no further than the self and our own mental attitudes.

Understanding Sorrow: Reasons for Discontentment

Reason 1: The conception of the »limited self«

Swami Atmananda (1953) observes that the source of sorrow (dukha) lies in our wrong perception of the »self«. We perceive our »self« as only »limited« (parichhed). The truth however, is that the »individual self« is part of the »Unlimited self« addressed as Satchittanand, Brahaman or Parmatmana. Being a sample of the »Unlimited self« the »limited self« has all the attributes and features of the former. However, human beings who are deeply involved and engrossed in their worldly affairs do not care to reflect on the true nature of the self. The terms Satchittanand or Parmatmana need not bother us. The terms are not pointers to some God or Deity. They may be taken up as symbolic representation of the true nature of human beings which ought to be compassionate, full of love, blissful, and spiritually oriented. According to Chang-Ho (1990) the Eastern approach favours »enhancement of positive assets« in contrast to »correction or alleviation of problems«.

Now, as soon as we take up the »limited self« to be our true identity and introduction, we are ready with a perceptual frame which is accustomed of imputing duality in everything, everywhere, everytime or is habituated of making distinctions and differentiations between the self and the objects of the world. This is against the oriental view which believes that a person exists interrelationally, not only with human environment but also with his or her natural and cosmic orders.

With the boundary drawn of self – nonself, begins the network of perceiving the objects, events and people of the world as »own« and »other«, as »mine« and »yours«. Furthermore, as soon as the self accepts its »limited« form confined to a self drawn boundary, everything outside this boundary becomes unfavourable, unlovable, suspicious, distrustful, negative and good for rejection and thus containing genesis for causing dukha or discontentment.

In the Indian philosophical terminology the appearance of bhedbuddhi (the differentiating intellect) causes all kinds of frustration and suffering because its role is to reject, disown, discard and keep on reminding the self of »I« and »mine«, »own« and »other«. The consequence of perceiving the self as »limited« and functioning according to the dictates of the differentiating intellect shows in natural forgetfulness of the good and finer qualities of the

Jyoti Verma

true self or the Higher Consciousness. This is also the beginning of the movement towards a self confinement which is dominated by the arrogance of the ego (differentiating between »me« and »not me«) followed by attitude and behaviours that are not complementary to the true nature of the »Unlimited self« Brahaman or the Higher Consciousness.

In other words, the scope for remaining compassionate in general, and enjoying a blissful peace due to such positive attitude, becomes bleak in such circumstances. Moreover, longing for the »favourable«, »desirable« and »own« takes over the wisdom of the intellect and it begins rejecting all that is »undesirable«, »unattractive«, and »other« for the self. All this drags the individual into a whirlpool of negative mental state and disquietens the peace of mind.

The reason for sorrow to be observed now is quite close to the observations of *Patanjali* (Yoga Darshana, Chapter 2, Sutra, 15).

Reason 2: The Emergence of the Restless Mobility or Rajoguna

With the longing for the »desired« and »favourable« and repulsion for the undesired and unfavourable, there is emergence of the rajoguna (the quality of restless mobility). From now onwards, propelled by the rajoguna the individual is driven into the pursuit of the »desired« and »pleasurable«. However, there is unawareness of the fact that this could be the route of sorrow and the presently experienced sukha (pleasure) would become the cause of greater dukha (sorrow) ultimately. We may try to understand why pleasure becomes the cause of greater sorrow. The Indian thinking is logical in this context. It takes the position that there is never total gratification from the worldly pleasures unless forced to do so due to gradual loss of the capacity to consume and tolerate the excitements (due to age and weakening of the physical body). However, the want still remains unsatisfied and the longing never ending. This is undoubtedly a situation leading to frustration and sorrow.

Bhagavada Gita observes that if the union of the senses with the worldly objects at first feel like nectar, but in the end is like venom, that pleasure is accounted as passionate (Chapter 18, verse 38, translation by Besant and Das, 1905). The pleasure which is accounted as "passionate" is rajasic in nature and keeps the individual running after the object of pleasure. The restless mobility for the same is initiated and sustained for there cannot be an end to the desire to "have more".

Reason 3: The Dependence on the Source or Object of Sukha or Pleasure

In Yoga Dashan the great Yoga philosopher *Patanjali* observes that sukha (pleasure) that is dependent on some means is in reality sorrow itself. The psychological explanation for the observation may be as follows. Relationships and objects that give us happiness, or pleasure become the

objects we want to love and possess. In other words, we are attracted towards them and develop attachment for them. The Indian thinkers argue that happiness which is dependent on some external source is in fact sorrow in disguise. Since we become dependent on a source for our physical and psychological happiness, the desire to possess the same breeds selfishness and manipulative efforts for its acquisition. All such pursuits have the genesis for breeding frustration and unhappiness.

The Nyaya Vaisheshik philosophy believes that whatever acts like a hurdle in the way of our movement should be taken up as the reason for sorrow. Our dependence on some external sources for happiness becomes a hurdle because it acts like the inconvenient road block, whom we are likely to knock down every time we are on our way.

Reason 4: The Fear of Separation from the Source of Sukha or Pleasure

Bhagavada Gita says that delights that are contact born are verily wombs of pain, for they have beginning and ending, not in them may rejoice the wise (Chapter 5, verse 22). Indian thinkers would like to say that the reason for sorrow is the prospect of being separated from the source or objects of pleasure (Patanjali, Yoga Darshan Sadhanpad, Sutra 15). They argue that all the pleasure giving sources and lovable objects are perishable and are bound to be separated one day. The possibility of this loss and separation breeds fear and sorrow.

Furthermore, pleasure giving events leave their memory or sanskara on the mind. Later on when the object of pleasure ceases to be, its memory causes pain instead of pleasure. Hence, even in the form of a sanskara or memory, separation from the source of sukha (pleasure) becomes the cause of agony.

Management of Sorrow

Radhakrishnan (1953) observes that the reason for world's sorrow is not the lack of physical means or intellectual merit, but it is the lack of a philosophical outlook. In sum, the religio-philosophical route idealizes and advocates an inner transformation of individuals for management of their problems of inner life. It may be said that oriental approaches to relieve human sufferings are oriented towards self transcendence (Chang-Ho 1990; Welwood 1980). We may now discuss the subject of management of sorrow under the following headings:

- 1. Having the right attitude. That is, realising that the real self is part of the »Unlimited«, basically »Blissful« self.
- 2. »Total surrender to the saviour«. This strategy is symbolic representation of a situation where the »saviour« may be visualised as a person having genuine interest in offering social-emotional support to the person who looks

Jyoti Verma

at him/her with great hope and faith. We shall see that a qualitatively wholesome relationship between the »saviour« and the »surrenderer« could become deterimental for management of sorrow.

One may argue that the process variables behind the strategies of management of sorrow need not be strange but of universal nature, and hence may be treated more unethnocentrically. On the other hand, the content variables behind the propositions should be seen as having their roots in the psycho-social evolution of the Indian life style. In the light of these arguments one may point out that psychologists, especially those in the line of counselling, are known to help their clients by developing in them the »right attitude« or a »healthy outlook« towards their problem. In a way they help bolster the client's self, which has gone weak and inconfident and is unable to be in touch with its own potentials and help itself.

Furthermore, a good interpersonal relationship within and outside the therapeutic situation has always been seen as having great possibilities for correcting depression, loneliness and psychological debilities. The right *rapport* or relationship between the therapist and the client is an accepted instrument for resolving problems that bothers the client. If one adds Indian people's preference for dependence (Chattopathyay 1975, Pareek 1968, Sinha 1970) and personalised relationships (Roland 1988) to the above scenario, one can visualise a situation having genesis for managing sorrow. In the same line, preference for *vertical solidarity* (as termed by M. N. Srinivas and reported by Marriot 1977) in the Indian psychic structure may be suitable for expecting helpful outcomes from a relationship, having components of loyalty and deference for the superior on the one hand, and superior's willingness to offer nurturance and protection to the subordinates on the other hand.

By adding love and devotion for the saviour, or counsellor and total dependence on him trusting him, to be an absolute wellwisher, we may be coming closer to a situation which may be an appropriate situation for resolving sorrow indigenously.

The Right Attitude: The First Step towards Management of Sorrow

Worldly pleasures and pains are obviously linked to our worldly name and form. That is, they affect us as a person who has a physical existence, a name, a social identity, certain social linkages and relations, material possessions and an overall presence which is attributable to these. Such self introduction is a »limited« one, and since it is bound by a name and form, the individual becomes »experiencer« of the pains and pleasures directed towards this particular name and body and the relations and possessions linked to it. The »right« attitude in this context according to the Indian thought is to perceive the »real me« not as the »experiencer«, but as the »observer«, of all that is happening to the worldly name and form. Here the »real me« is the atmana whose swabhav (natural disposition) is to be an

»observer« always and remain unperturbed by all that happens to the

worldly self or »me«.

The point at this juncture is, that it may be helpful to practice being an "observer" rather than an "experiencer" by identifying oneself with the "real" and "Unlimited" atmana. It may be realised that if one takes the role of an "observer" the scope for being affected by an event becomes rather impossible. It is when the "observer" becomes the participant in the events of life that there is no way he/she can avoid the pains and pleasures of the game. The "observer" is more or less like an impartial referee who is there but not emotionally involved in the game. He is there to observe each move very minutely but still is not the player who wins or loses and experiences the pains and pleasures of winning and losing. Psychologically speaking it is likely that the self would get empowered or bolstered up by identifying with a powerful, non-vulnerable, balanced and composed atmana. The Indian thinking seems to recommend auto-suggesting the "worldly self" to fuse its identity with the "real self" or the spiritual self and become capable of handling emotional problems in the customary manner of the atmana.

In sum, we have been arguing that the right attitude is to disregard the duality between the »worldly« and the »true self«. As soon as the former is perceived as the atmana, there is no experiencing of pain and pleasure for the simple reason that the atmana's natural habit is to be an »observer« without

being involved in an event like a participant.

Pareek (1968) emphasized the importance of need for extension for collective effort for development. Pandey (1990) showed that a sense of detachment moderates the relationship between stress and strain. May be we can give trial to all this. May be we can adopt an identity which does not believe in differentiation of »own« and »other«, »mine« and »yours«. May be we can see how it feels to be an »observer« and not an »experiencer« of daily life events. As human beings we have involved ourselves in all kinds of bizarre and adventureous activities and experiences, can't we give chance to our »true self« to be in command and see how it works?

The Surrender

Many times in life it becomes very difficult to fight our battles alone. It does not matter how strong and capable one is, there are occasions when we look for a »saviour« and there is a strong need to depend on someone and to feel secure and safe. The need becomes very strong and compelling when one has to face a crisis in life or encounter an agonising painful situation. Even Arjuna the great warrior needed his counsellor Lord Krishna to depend upon in the time of acute depression (Bhagavada Gita, Chapter 2).

Chang-Ho (1990) observes that most counselling strategies practised in the western world concentrate on »the knowing of psychic content« of the problems. On the other hand, the oriental approach shows an »appreciation of relational context« of both the problem and life orientation in general. At this point it may be helpful to quote Kakar (1984) who writes that basically the therapeutic techniques would seek to connect or reconnect the person with sources of psychological strength available in his or her life situation and thus counteract the more or less conscious feelings of despair, shame, guilt, inferiority, confusion and isolation in which the disorder is embedded. The sources of human strength in the relational model lie in the

integration of the person with his social and cosmic order« (p. 6).

Psychologists do talk and believe in an effective role of social support in coping with stress (Triandis 1989, p. 48). Perhaps we can examine the dynamics of »total surrender to the saviour« as a suitable, reassuring and indigenous method for handling psychologically distressful experiences. Of course, the important question would be, whom to depend upon? The Bhagavada Gita advocates total surrender to the saviour in the time of a crisis. However, it delineates certain characteristics of a true »saviour« and even goes out to suggest the spirit behind the act of total surrender. It may be said that the Bhagavada Gita envisages a relationship between two entities, which is ideal and necessary for »total surrender« to work out as an effective strategy for handling sorrow. The situation has to be an intensely affective one, where the saviour is the true well-wisher, friend, philosopher and guide, of the person who desperately seeks emotional support and assurance. On the other hand, the seeker of the emotional asylum has to have an absolute and unflinching faith in the good intentions of the saviour and willingness to look no further than him/her for one's personal salvation from a particularly painful emotional state.

In fact, the surrenderer's hopes to be saved is hinged upon him/her and he/she experiences overwhelming faith and trust in the strength of the saviour. In a way the affect towards the saviour is so complete that he becomes the object of love, respect and worship for the person in need of emotional support. As a psychologist one may examine such a relationship as an effective strategy for resolving an intense emotional problem, by properly

utilising a healthy, wholesome, nurturant situation.

Another very important verse of the *Bhagavada Gita* describes the desirable attitudinal, affective and behavioural orientations of the one who surrenders. It may be said that the resolution of the problem is dependent on the appropriate quality of the attitudinal, affective and behavioural orientation of the seeker of protection and the saviour's genuine interest in him for taking full responsibility of the support seeker's burdened mind.

Yoga in this context refers to a state of absolute dedication in the service of the master (patron or protector). In fact, it would not matter if one cares for him like a servant with full dedication (dasya bhav) or feels deep love and

concern like a friend (sakha bhav) towards him.

The point here is that the seeker of protection perceives his/her saviour as the object of love and deferences and it is impossible not to adore and serve him/her.

At the conative level the requirement is to foresee the separation from

the saviour as unbearable, unimaginable and extremely painful. At the behavioural level, all the mental and physical actions of the seeker of protection be directed towards serving the saviour with care and affection.

On the other hand, the saviour is supposed to provide kind protection (kripamaya sanrakshan) to the one who surrenders to him. Vahamyahum is the assurance from the saviour who says that from now onwards »I shall carry your burden on my back and liberate you from all the troubles«.

India has had the tradition of Guru - shishya (teacher and the disciple) and bhakta-Bhagwan (devoteee and the Diety). Indians are tuned to be receptive to a relationship having the scope to be loved and given affection on the one hand, and reciprocate the same by obedience and duty on the other. Sneh (affection) and shradha (deference) have been postulated as an idealized form of superior-subordinate relationship (J.B.P. Sinha and D. Sinha 1990). Moreover, in view of the Indian's preference for relationship orientation and proneness to depend on others, a strategy which utilises the qualitatively wholesome affection – deference relationship between the »protector« and the »protected« might work as a therapeutic situation for management of sorrow.

The author is aware of using so many terms in this context. For example, saviour, protector, counsellor, patron, master, Guru, and superior has been used on the one hand, while seeker of protection, surrenderer, shishya, subordinate and bhakta have been used on the other hand. It seems that one has to be more articulate about the kind of relationship which is likely to be most conducive, appropriate and applicable for management of sorrow. Perhaps, we have to have a blend of the essence from each kind. There is a strong common current behind all the kinds. All the varieties of relationships appeal naturally to the Indian mind and heart because they have an affective tone.

Management of Sorrow: Practices at Behavioral Level

Unfortunately it seems very difficult to follow the recommendations that are made in the religio-philosophical texts. It is almost always that the recommendations favour a spiritual orientation and ask for transcending the materialistic, selfish, inhuman attitude. The recommendations for the management of sorrow are no exception to this. However, in accordance with the traditional Indian view the individual in the process of managing the problems of his/her psychological world comes out transformed as a better human being who is from now onwards an asset for his/her worldly surroundings. It seems important that one practices self-extension or makes efforts for reaching others, rather than always being preoccupied by one's own problems. The gist of all the recommendations for a sorrow-free life is to lead a life which is religious (spiritually oriented), duty bound, balanced and which offers service to others. Satsang (good company) and parmartha (doing good to others) have been recommended for quietening the

240 Jyoti Verma

mind. Enhancing social interest instead of encouraging self introspection, seems to be the desirable direction.

Satsang (good-company) for us could be making efforts collectively in our respective spheres for revival of values that are the need of the day for character building and fighting all pervasive corruption in day-to-day life. More emphasis on value and ideological conflict than adjustment and coping difficulties may be required (*Chang-Ho* 1990). *Chang-Ho* further argues that educative dialogue may be emphasized more than understanding dialogue.

The process of Parmartha (serving and helping others without a selfish motive) has begun in the form of voluntary organizations and agencies in a big way. However, the agencies' dedication and seriousness towards the mission undertaken is crucial in this context. In the present state of affairs, doing one's assigned work without looking for undue returns and without manipulating others for the same, is also Parmartha.

Chang-Ho (1990) observes that »correction or alleviation of problems« vs. »enhancement of positive assets« are the distinctive features between the Eastern and Western approaches to counseling and guidance. Moreover, according to him the final stage of counseling in the oriental model aims at making the individual capable of being helpful to others after having sorted out and resolved his/her own problem. The stage is symbolically referred as »appearing in the market place to teach and transform«. From now onwards, whatever the individual does is helpful to others.

In sum, one has to become a little wother oriented and adopt the habit of making small and big sacrifices for even those whom we do not consider our wown people. Extending oneself to others is buying happiness for oneself without any damaging side effects. In fact, all such practices are ventures for looking for the source of pleasure in things that are not material or jada.

The Philosophical Outlook

At the cognitive level it may be helpful to adopt a general philosophical outlook. This could be helpful in management of sorrow. For example, one may realise that emanciation of lustful desires, is getting away from sorrow in a big way. The pleasures of heaven plus the pleasures experienced out of the gratification of worldly lustful desires is not even the sixteenth part of the happiness which comes into being when lustful desires are rendered weak or are emanciated, says *Hahabharata* (Shantiparva).

Secondly, it may be helpful to see the difference between what is sat and what is asat (real and unreal respectively). It is great consolation for the mind to think that »unreal hath no being, and the real has never ceaseth to be« (Bhagavada Gita, Chapter 2, verse, 16). And if that is so, than there is no reason for being unhappy over the separation from the unreal (assat). Psychologically speaking, if all the relationships and emotional experiences are treated with a kind nonchalance because they are, in fact, unreal, phasic

and having no real (sat) existence, such an attitude may be helpful in retaining our composure in the time of crisis and dukha (sorrow). It may also help us restrain ourselves from having undue expectations from the worldly relationships which is indeed a potential source of many psychological miseries.

Furthermore, it may be helpful to think that as conscious organisms (chetan jeeva) we have to move towards a state of being which is characterized by qualities of compassion, peace and bliss. However, a level of consciousness of this kind cannot be reached unless we shed away our preoccupation with the source of pleasure that are material or jada in nature.

Furthermore, a selfish restlessness to require the material sources of pleasure is another hinderance on the way of reaching the state of higher consciousness. In sum, the real sukha (pleasure) lies in teaching the mind to become »other oriented« and develop human qualities. The real sukha lies in acquiring an internal quiet by realising the futility of all efforts to gratify the hunger of lustful desires. Perhaps this is the beginning of the spiritual journey in the material world for human beings.

Das Verständnis von und der Umgang mit Leid aus der Sicht der indischen Philosophie

Jyoti Verma (Patna)

Indische religiös-philosophische Texte enthalten nicht nur die Religion und Philosophie einer großen Tradition, sondern auch ein tiefes Verständnis der menschlichen Psyche. In der vorliegenden Arbeit macht es sich die Autorin zur Aufgabe, das Verständnis von Kummer, Leid und Schmerz und deren Handhabung zu beschreiben. Dabei legt sie das religiös-philosophische Denken in Indien als Erklärungsansatz zugrunde.

In der indischen Tradition gibt es drei Ebenen, ein Problem zu betrach-

a) Der Blick auf die Ursache und Wurzel eines Problems oder eine genaue kognitive Überprüfung einer Sache.

b) Die Annahme, daß, wenn die Ursache erkannt ist, die Lösung selbst offensichtlich wird.

c) Man glaubt allgemein, daß sich menschliche Probleme durch das Auseinanderfallen der primären Harmonie und Einheit des Menschen mit der Natur ergeben. Daher wird auf der dritten Ebene eine Veränderung der Einstellung empfohlen, welche zur Problemlösung führen soll.

In der indischen Tradition sind sukha (Freude) und dukha (Schmerz) angenehme oder unangenehme Gefühlszustände. Ein Buch von Parmartha (1953) enthält Artikel von verschiedenen indischen Gelehrten, die sagen, daß Glück, Unglück, Schmerz und Freude nicht in Objekten, Ereignissen, Personen oder Situationen existieren, sondern vielmehr in der Denkweise und Einstellung des Menschen.

Im folgenden nennt die Autorin vier Ursachen für das Leid des Menschen.

Ursache 1: Die Konzeption des »begrenzten Selbst«

Nach Swami Atmananda (1953) liegt die Ursache für Leid in unserer falschen Wahrnehmung des »Selbst«. Das »Selbst« wird als begrenzt angesehen. Die Wahrheit liegt jedoch darin, daß das »individuelle Selbst« ein Teil des »unbegrenzten Selbst« ist, das als »Satchittanand«, »Brahaman« oder »Parmatmana« bezeichnet wird. Als Teil des »unbegrenzten Selbst« trägt der Mensch dessen Attribute und Merkmale in sich, d.h. er wird mitfühlend, voller Liebe, glückselig und spirituell orientiert sein. Das »unbegrenzte Selbst« trennt nicht zwischen »Ich« und »Nicht-Ich«. Da jedoch der Mensch stark in seine weltlichen Probleme involviert und verstrickt ist, reflektiert er nicht über die wahre Natur seines Selbst. Er wird klar zwischen »Ich« und »Nicht-Ich« trennen müssen und sich nach angenehmen, lustvollen Dingen und Situationen sehnen und unangenehme, unattraktive zurückweisen.

Ursache 2: Das Sichtbarwerden der Rastlosigkeit

Aus dem Bedürfnis nach angenehmen Dingen ergibt sich für den einzelnen eine Jagd nach immer mehr wünschenswerten und angenehmen Dingen und Situationen. Dies kann jedoch die Ursache für Leid bedeuten, was dem einzelnen aber nicht bewußt wird. Die gegenwärtig erlebte Freude (sukha) wird schließlich zum größeren Leid (dukha). Das indische Denken nimmt die Position ein, daß durch weltliche Freuden niemals vollkommene Befriedigung erreicht werden kann.

Ursache 3: Die Abhängigkeit von der Quelle oder vom Objekt der Freude In dem Buch »Yoga Darshan« sagt der große Yoga-Philosoph Patanjali, daß Freude, die von bestimmten Dingen abhängt, in Wirklichkeit Leiden bedeutet. Psychologisch betrachtet heißt dies, daß Beziehungen und Objekte, die uns glücklich machen, zu etwas werden, das wir lieben und besitzen möchten. Wir werden von ihnen angezogen und entwickeln eine Bindung an sie. Da wir von der Quelle des physischen und psychischen Glückszustandes abhängig werden, möchten wir sie besitzen, was wiederum Selbstsucht und Egoismus erzeugt.

Ursache 4: Die Angst, von der Quelle der Freude getrennt zu sein Nach der Bhagavada Gita haben alle weltlichen Freuden einen Anfang und ein Ende. Indische Gelehrte würden sagen, daß die Ursache für Leid in der Aussicht liegt, von der Quelle oder dem Objekt der Freude eines Tages getrennt zu sein. Ihrer Ansicht nach ist jede Freude, die an Liebesobjekte gebunden ist, vergänglich. Das Wissen um den Verlust und dem Getrenntsein davon nährt Angst und Schmerz. Ebenso verursachen die Erinnerungen an frühere freudvolle Ereignisse Schmerz statt Freude.

Im zweiten Teil der Arbeit beschreibt Jyoti Verma Möglichkeiten des Umgangs mit dem Leid.

In der indischen Philosophie wird eine innere Transformation des einzelnen angestrebt, welche ermöglichen soll, mit seelischen Problemen um-

zugehen. Im orientalischen Denken ist Selbsttranszendenz der Weg, um menschliches Leid zu mildern (vgl. Chang-Ho 1990, Welwood 1980). Die Autorin nennt zwei Leitsätze, die für den Umgang mit Leid und Schmerz bedeutsam sind:

1) Die richtige Einstellung, d.h. zu erkennen, daß das reale Selbst ein Teil des »unbegrenzten Selbst« ist.

2) Vollkommene Hingabe an den »Retter«, d.h. dieser Leitsatz bedeutet eine symbolische Repräsentation einer Situation, in der man sich den »Retter« als eine Person vorstellt, der soziale und emotionale Unterstützung anbietet und an der Entwicklung des einzelnen aufrichtig interessiert ist. Eine heilsame Beziehung zwischen dem »Retter« und dem sich ihm Hingebenden kann eine wichtige Bedeutung für den Umgang mit Leid und Schmerz haben.

Diese beiden Leitsätze nehmen ebenfalls in der therapeutischen Arbeit einen zentralen Stellenwert ein. Der Therapeut hat dabei die Aufgabe, dem Patienten zu helfen, die »richtige Einstellung« bzw. eine »gesunde Lebensauffassung« zu entwickeln. Wichtig ist eine gute interpersonelle Beziehung innerhalb und außerhalb der therapeutischen Situation, die eine Depression, Einsamkeit oder psychische Schwächen des Patienten korrigieren kann. Die therapeutische Beziehung in Indien ist gekennzeichnet durch eine abhängige Beziehung des Patienten dem Therapeuten gegenüber (Chattopathyay 1975, Pareek 1968, Sinha 1970) sowie durch eine intensive persönliche Beziehung zwischen Therapeut und Patient (Roland 1988). Ebenso ist die psychische Struktur des indischen Menschen gekennzeichnet durch eine »vertikale Solidarität« (so bezeichnet von Sinivas; zitiert von Mariott 1977), d.h. die Therapie wird für den Patienten hilfreich sein, wenn er dem Therapeuten gegenüber Loyalität und Achtung zeigt und wenn der Therapeut bereit ist, dem Patienten Schutz und Geborgenheit anzubieten.

Während es in der westlichen Welt bei psychischen Problemen um die Frage nach dem Inhalt des Problems geht (Chang-Ho 1990), steht in der östlichen Welt der Beziehungskontext eines Problems und die allgemeine Lebensorientierung des Menschen im Mittelpunkt. Kakar (1984) hält es in der Psychotherapie für wichtig, den leidenden Menschen mit seinen eigenen Quellen der psychischen Stärke zu verbinden bzw. wiederzuverbinden und diese den mehr oder weniger bewußten Gefühlen von Verzweiflung, Scham, Schuld, Isolation und Unzulänglichkeit entgegenzustellen. Nach der indischen Philosophie, in der das Denken in Beziehungen zentral ist, liegt der Ursprung menschlicher Stärke in der Integration des Menschen mit seiner sozialen und kosmischen Ordnung.

Literature

Chang-Ho, L. (1990): Comparison of Oriental and Western Approaches to Counseling and Guidance. Paper presented at the »Workshop on Individualism and Collectivism«, Seoul, Korea, July 9-13.

- Chattopadhyay, G.P. (1975): Dependence in Indian culture: From hurd huts to company board room. In: Economic and Political Weekly (10) 30–38.
- Kakar, S. (1984): Psychological Counseling: Is there an Asian Model? Proceedings of the 5th Biennial Conference. Workshop of the Association of Psychological and Educational Counsellors of Asia, 1–8.
- Marriot, K. (1977): Changing Identities in South Asia. In: David, K.A. (ed.): The New Mind: Changing Identities in South Asia. (Chicago: Aldine)
- Pandey, Namita (1990): Detachment as a Moderator of Stress Strain Relationship, Ph. D. Thesis, University of Allahabad, Allahabad/India.
- Pareek, U. (1968): A Motivational Paradigm of Development. In: Journal of Social Issues (2) 115-124
- Radhakrishnan, S. (1953): Dharmic Shiksha Kee Awshakata (Need for Religious Education). Parmartha, Dukha Nirvan Visheshank, Vol. 1–2. Mumuksha Ashram, Shahjahanpur, January 15.
- Roland, A. (1988): In Search of Self in India and Japan: Towards a Cross-Cultural Psychology. (Princeton, N.Y.: Princeton University Press)
- Sinha, J.B.P.; (1970): Developlment Through Behaviour Modification. (Bombay: Allied) Sinha, J.B.P.; Sinha, D. (1990): Role of Social Values in Indian Organization. In: International Journal of Psychology (25) 705–714.
- Triandis, H.C. (1989): Cross-Cultural Studies of Individualism and Collectivism. Paper for Nebraska Symposium on Motivation.
- Welwood, J. (1980): Reflections on Psychotherapy, Focusing and Meditation. In. Journal of Transpersonal Psychology (12) 2; 127–142.
- Yun, Ho-Kyun (1983): Life, Counseling and Counselor. (Seoul: Moon Ji-Sa)

Address of the author:

Jyoti Verma, Ph. D. Institute of Psychological Research Service Patna University Patna India

The Significance of Humour in Psychotherapy

Egon E. Fabian (Munich)*, Gabriele von Bülow (Berlin)**

In contrast to Freud who emphasized mainly the intrapsychic aspects of humour, its dreamlike charakter and capacity to deal with suppressed feelings it is the main interest of the authors to stress the interpersonal aspects of humour and to consider it from the perspective of human contact and relationship. In therapeutic process humour is seen as an invaluable therapeutic tool: Firstly, it helps to establish contact and constructive identification which is the essence especially in the treatment of archaically ill patients to reach the patient and to build up confidence since it avoids anxiety and paranoia and operates on an archaic level. Secondly, it leads the patient out of his ill world by mobilizing the constructive parts of his personality and to achieve a separation from pathology and symbiosis. Thirdly, it avoids the trap of concretistic thinking disturbance which is sometimes carried ad absurdum in many jokes. In the context of Ammon's conception of human structurology the authors suggest that humour constitutes a further central human function closely related to that of aggression. The originally constructive humour is seen as the ability of giving and taking constructive social energy by means of playfulness and wit. Destructive humour is characterized by hurting irony and pessimistic cynicism which destroys human contact whereas dificient humour is described as lack of humour associated with concretism, depression, boredom and excessive narcissism. The authors point out that the sense of constructive humour in therapy in both patient and therapist carries a favorable prognostic value.

It is not astonishing to find a relatively large number of psychoanalytic works dealing with, or devoted to, humour. One of its main expressions, the joke, preoccupied Freud already in one of his earliest works. Only 5 years after writing his »Interpretation of Dreams«. He returned to the topic 22 years later with his paper on humour (1927), and some of his followers, like Theodor Reik (1948), continued this side of his work. They emphasized, however, those psychological aspects of the joke which had mainly attracted Freud's attention, namely its unconscious, dream-like character, its capacity to deal with aggression and other repressed feelings by bypassing the control of the super-ego, and its economic importance in the service of the pleasure principle. They recognized the therapeutic importance of humour, in which Freud had seen a »triumph of the ego«, of narcissism, but at the same time also a possible escape from the suffering inflicted by reality. »The rejection of the claims of reality«, writes Freud (1927), »and the putting through of the pleasure principle bring humour near to the regressive and reactionary processes which engage our attention so extensively in psychopathology. Its fending off of the possibility of suffering places it among the great series of methods which the human mind has constructed in order to evade the compulsion to suffer – a series which begins with neurosis and culminates in madness and which includes intoxication, self-absorption and extasy«.

While not denying the fact that a large number of jokes – and particularly of a type frequent in Jewish jokes – seeks indeed to escape, or, rather, to cope with suffering, with humiliation and anxiety, with helpness aggression,

** Dipl. Psych., Klinische Psychologin/Psychotherapeutin (BDP), Lehr- und Kontrollanalytikerin der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP)

Dr. med. (Univ. Tel Aviv), Arzt für Psychiatrie und Neurologie, Oberarzt der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige, München

we still recognize Freud's basically pessimistic attitude in the above quotation. Already Theodor Reik (1948) has recognized humour as an aptitude, important in therapeutic work, to become aware of, and thereby to achieve distance and relativization of one's own pathology, without being narcissistically hurt. We told a patient, who persisted in her infantile passivity, the joke about Moshe, who repeatedly begs God to allow him to win in lottery at least once in his life; he fasts and prays for weeks, to soften God's heart till God loses his patience and one day calls to him: »Moshe, give me a chance. Buy yourself a lottery ticket!« The laughter of the patient had a liberating effect similar to that elicited by the interpretation of an important dream, or by other metaphoric messages, like parables, tales, or myths. Being able to laugh about oneself, to show self-irony – by the way another typical feature of East-European Jewish wit – means possessing humour. Freud calls it a »precious and rare (in neurotics?!) – note of the authors) gift; many people are even without the capacity to enjoy humourous pleasure that is presented to them« (Freud 1927). And Martin Grotjahn puts it laconically: »Sense of humour. One has it or one has it not« (Grotjahn 1957).

It is my conviction that humour is far more than a rare gift, enabling one to cope with suffering. We find it (even though Freud denied this) in children, even in many animals. In man, it implies a highly integrative capacity to command over the gamut linking earnest and play. It is an expression of the homo ludens, of the playfulness manifested in so many verbal and non-verbal ways, inherent to human being and closely related to the constructive aggression he possesses at birth. As Ammon teaches us, constructive aggression is at its roots the inborn and crucial capability to explore the surroundings, and it becomes destructive or deficient under the influence of repressing, hostile, symbiotically denying dynamics of the primary group (Ammon 1970).

It is our aim in the present paper to attract attention to another essential feature of humour: to consider it from the perspective of human contact and relationship. This aspect has been neglected in the whole of Freud's work. Freud's book on the joke and his paper on humour contain the nucleus of interpersonality, but he and most of his pupils were primarily interested in the complexity of the inner-psychic world, in the intrapersonal conflicts involved in the unconscious. Even the epochal discovery of transfer and counter-transfer did not widen the scope of Freudian interest in psychogenesis and therapy. Stressing the interpersonal side of the relationship of the child to mother and father, and of the patient to the therapist, is the merit of the Hungarian school of psychoanalysis founded by Ferenczi and Balint, of Fairbairn, Sullivan and Searles.

Humour is only seemingly a strictly personal aptitude. It is eminently social insofar as it establishes contact. A child who possesses it is appreciated in school, and the adult achieves a high degree of popularity by using it. To a patient, humour give the possibility not only to benevolently dissociate himself from his pathology, to find it ego-alien, but also to achieve *real**

contact to his therapist, i.e. beyond the transferential level. A therapist with a sence of playfulness and humour – and he must have it, in order to be a good therapist – appears to the patient detached from his impersonal aspect of being merely a container for the infantile phantasies, whishes, projections and transferences of the patient. In dealing with severely, archaically ill patients, like those suffering from psychosis or psychosomatics, it revals itself as an invaluable therapeutic tool. Therapeutic contact is the essence, the bearing element of psychosis therapy, just as it is in the treatment of borderline or psychosomatic patients, of children or of juveniles. If necassary, the therapist must seek the contact even in the schizophrenic world of the patient, and in order to later enable the patient to gradually detach himself from his schizophrenic world and dare to face reality under his guidance.

In this crucial process, humour is helpful in a triple manner. It helps establish contact and constructive identification with the therapist, since it avoids anxiety and paranoia, and since it operates on an archaic, primarily non-verbal and pre-verbal level. Second, it leads the patient out of his ill, »absurd« world by benevolently mobilizing the healthy, constructive aspects forming part of every personality; thus, it subtly achieves a separational step from pathology and symbiosis. Thirdly, it avoids the trap of concretistic thinking disturbance implicit in every archaical ego deasease (and we may point out that a very significant part of jokes, particularly in Jewish humour, achieve hilarity just on account of their derision of concretism, which is sometimes carried ad absurdum). For humour to be therapeutically efficient, it must of course be deeply human, empathic, so-to-say earnest (*Tucholsky* must have meant this by saying that nothing can be more earnest than humour); every kind of malignant, derogatory or sarcastic humour can only deepen the mistrust, hurt the patient and lead to an antitherapeutic effect.

Ammon gives a good example of the surprising therapeutic effect of (in this case non-verbal) humour in the therapy of psychosis. A schizophrenic patient greeted him at the gate of the hospital by bowing deeply. Ammon returned the gesture by bowing even more deeply than the patient. Thereupon, the patient followed suit and this went on, till both were lying on their bellies. Now, the patient recognized the comical nature of the situation and both burst into a loud laughter. The contact was established by laughing together. The patient could now feel liberated by laughing about his own symptom, for he had not been laughed at. Humour may "reach" patients whose anxiety, paranoia or narcissism render them otherwise unresponsive. Ammon called such patients "the Unreached" (Ammon 1984) on account of their inaccessibility, above all to verbal therapy.

In Ammon's conception of Human Structurology, the unconscious core of personality contains the central human functions of aggression, anxiety, narcissism, sexuality, inner and outer ego-demarcation, contact and group ability, dream ability and creativity. All these functions are constructive in the infant, and only pathological, unconsciously (or even consciously) restrictive and hostile group dynamics of the primary group give them their

later destructive or deficient quality. It is our conviction that humour constitutes a further central human function, which is, as we pointed out above, closely related to that of aggression. The child disposes of an originally constructive humour, enabling him to play, to joke, and to laugh in contact with other children, adults or animals. In the adult, constructive humour helps relativizing, keeping flexible ego boundaries, coping with problematic inner and outer situations, establishing non-symbiotic contact, giving and taking social energy by laughter, wit, and reacting upon the comical in and outside himself. Conversely, destructive humour is related to destructive aggression: it is characterized by biting, hostile wit, hurting irony, sarcasm, and pessimistic cynicism. It implies a malicoius, sadistic pleasure in inflicting psychic pain, destroys human contact and my lead to social isolation. Deficient humour is what could also be described as lack of sense of humour; it is associated with concretism, depression, boredom, excessive narcissism, inability to take up contact, and a symbiotic lack of flexibiltiy of one's own ego boundaries. Deficient humour is what could also be described as lack of sense of humour; it is associated with concretism, depression, boredom, excessive narcissism, inability to take up contact, and a symbiotic lack of flexibility of one's own ego boundaries. Deficient humour carries deficient social energy and renders relationships uncreative and sterile. In a patient, it constitutes a negative prognostic factor frequently present in severe narcissistic depression. In contrast, therapeutic experience supports the claim that sense of humour, i.e. constructive humour, carries a favorable prognostic value. We mean sense of humour in both patient and therapist. For, as we have stressed above, a psychotherapist, and particularly a psychotherapist of psychotic patients, must possess enough playfulness, humour and creativity to counteract suffering and resignation in his patients. They are indispensable qualities of inner freedom and a strong personality. They encourage the patient's positive identification with the therapist beyond transferential processes and constitute an important positive factor influencing the success of psychotherapy.

Die Bedeutung des Humor für die Psychotherapie

Egon E. Fabian (München), Gabriele von Bülow (Berlin)

Erstaunlich viele psychoanalytische Arbeiten beschäftigen sich mit Humor. So schrieb Freud fünf Jahre nach seiner Traumdeutung eine Abhandlung über den Witz (1905) und später eine Arbeit über den Humor (1928). Darin wird besonders dessen Beziehung zum Unbewußten hervorgehoben, sein Traumcharakter, wodurch unterdrückte Gefühle, vor allem die der Aggression, ihren Ausdruck finden würden unter Umgehung des kontrollierenden Über-Ichs. Dies habe eine ökonomische Funktion im Dienste des Lustprinzips. Die Zurückweisung der Realitätsforderungen im

Humor rücke diesen in die Nähe von Regression und Reaktionsbildung, andererseits sei Humor aber auch eine Möglichkeit, Leiden, Unterdrückung und Angst zu bewältigen.

Die Autoren kritisieren diese im Grunde pessimistische Sichtweise von Freud. Während Freud die therapeutische Bedeutung von Humor im Wesentlichen als einen narzißtischen »Triumph des Ichs« ansah, war für Theodor Reik (1948) Humor ein wichtiges therapeutisches Mittel, um beim Patienten eine Bewußtwerdung sowie eine Distanzierung und Relativierung der eigenen Pathologie ohne narzißtische Kränkung zu erreichen. Anhand eines jüdischen Witzes verdeutlichen die Autoren, daß das Lachen des Patienten eine ähnlich befreiende Wirkung hat wie die Interpretation eines bedeutsamen Traumes, oder wie Parabeln, Sagen oder Mythen. Im Gegensatz zu Freud und auch Grotjahn betrachten die Autoren Humor nicht als eine seltene Eigenschaft, sondern als ein Ausdruck der spielerischen Natur des Menschen, des »homo ludens« mit einer hochintegrativen Fähigkeit, die gesamte Bandbreite zwischen Ernst und Spiel auszuschöpfen. Die Verspieltheit, wie sie im Menschen angelegt ist und die sich auf vielerlei Weise, verbal oder nonverbal ausdrücken kann, sehen die Autoren in einem engen Zusammenhang zur konstruktiven Aggression, die dem Menschen von Geburt an als Fähigkeit zur aktiven Umwelterforschung gegeben ist, die sich aber unter dem Einfluß einer repressiven, feindlichen oder symbiotisch verweigernden Primärgruppendynamik zu einer destruktiven oder defizitären Aggression entwickeln kann (Ammon 1970).

Im Gegensatz zu Freud, der die Bedeutung des Humours vorwiegend in seiner Beziehung zu intrapsychischen Konflikten und zum Unbewußten untersuchte, ist es das Anliegen der Autoren in diesem Beitrag, den Humor unter interpersonellen Aspekten zu betrachten:

Humor ist von eminenter sozialer Bedeutung, indem Kontakt hergestellt wird. Ein Mensch mit Humor gewinnt Anerkennung und Popularität. Für einen Patienten gelingt es durch Humor, Abstand zu seiner Pathologie zu gewinnen und diese als ich-fremd zu erleben, aber auch, einen realen Kontakt zu seinem Therapeuten zu erreichen - jenseits der Übertragungsebene. Ein guter Therapeut, der Verspieltheit und Humor besitzt, ist so nicht mehr nur ein unpersönliches Objekt der infantilen Phantasien, Wünsche, Projektionen und Übertragungen des Patienten. Humor ist damit von eminenter therapeutischer Bedeutung gerade für archaisch ich-kranke Patienten, um einen guten therapeutischen Kontakt herzustellen, der gerade in der Psychosentherapie, aber auch bei Borderlinekranken, psychosomatischen Patienten sowie bei Kindern und Jugendlichen essential ist. Beim schizophrenen Patienten muß der Therapeut notfalls den Kontakt innerhalb der schizophrenen Welt suchen, um ihn zu erreichen, eine Vertrauensebene zu dem ängstlichen und mißtrauischen Patienten aufzubauen und ihn schrittweise zur Realität zu führen.

Humor ist im therapeutischen Prozess unter drei Aspekten hilfreich:

- 1. Humor schafft Kontakt und ermöglicht eine konstruktive Identifikation mit dem Therapeuten, da Angst und Paranoia vermieden und vor allem archaische, non-verbale und präverbale Ebenen angesprochen werden.
- 2. Humor mobilisiert die gesunden, konstruktiven Seiten der Persönlichkeit, hilft dem Patienten, sich von der Pathologie und der Symbiose zu trennen und wirkt der Resignation entgegen.
- 3. Er hilft, das gerade bei archaisch ich-kranken Menschen häufige konkretistische Denken zu überwinden. (Gerade im jüdischen Witz wird das konkretistische Denken gerne ad absurdum geführt.)

Therapeutischer Humor sollte immer von menschlicher Tiefe und Empathie getragen sein. Abfälliger oder sarkastischer Humor verletzt den Patienten und ist antitherapeutisch. Die Autoren berichten in einem Beispiel, wie ein Patient und Ammon sich immer tiefer voreinander verbeugten, bis schließlich beide lachend am Boden lagen. Der Kontakt war hergestellt und der Patient konnte so auch über sein eigenes Symptom lachen. Humor kann auch solche Patienten erreichen, die wegen ihrer großen Paranoia und ihres Narzißmus bisher zu den »Unerreichten« (Ammon 1984) zählten.

Im Rahmen des Humanstrukturmodells nach Ammon führen die Autoren den Humor als weitere zentrale Humanfunktion ein, die ebenfalls ursprünglich konstruktiv angelegt ist und die in dieser Form dem Kind Spiel, Witz und Lachen im Kontakt mit anderen Kindern, Erwachsenen oder Tieren ermöglicht. Beim Erwachsenen hilft konstruktiver Humor, eigenes Erleben zu relativieren, die Ich-Grenzen flexibel zu halten, mit schwierigen Situationen umzugehen, nicht-symbiotischen Kontakt herzustellen und Sozialenergie anzunehmen und zu geben. Destruktiver Humor ist eng verbunden mit destruktiver Aggression und äußert sich in feindseligem Witz, verletzender Ironie, Sarkasmus, pessimistischem Zynismus und kann zu sozialer Isolation führen. Defizitärer bzw. fehlender Humor geht schließlich einher mit Konkretismus, Depression, Langeweile und symbiotisch unflexiblen Ich-Grenzen. Es resultieren eine defizitäre Sozialenergie und unkreative, sterile Beziehungen.

Defizitärer Humor, wie er häufig bei schwerer narzißtischer Depression vorkommt, ist nach Ansicht der Autoren ein ungünstiger prognostischer Faktor, während konstruktiver Humor, bei Patient und Therapeut, eine günstige Prognose für die Therapie erwarten lasse.

Literature

Ammon, G. (1970): Gruppendynamik der Aggression (Berlin: Pinel)

– (1984): Die Unerreichten. Zur Behandlungsproblematik des Urnarzißmus. In: Dyn. Psychiat. (17) 145–164

Freud, S. (1905): Der Witz und seine Beziehung zum Unbewußten. Ges. Werke Bd. VI. (Frankfurt: S. Fischer)

- (1927): Der Humor. Ges. Werke, Bd. XIV (Frankfurt: S. Fischer)

Grotjahn, M. (1957): Beyond Laughter. (New York: Mc Grawhill)
Reik, Th. (1948): Listening with the Third Ear. (New York: Forrar Straus & Giroux)

Adresse der Autoren:

Dr. med. (Univ. Tel Aviv) Egon Fabian Asamstraße 18 D-81541 München

Dipl. Psych. Gabriele von Bülow, M.A. Bregenzer Straße 4 D-10707 Berlin

Das Unsagbare sagen oder: Die Sprache des Pathos

Rolf Kühn (Tuttlingen)*

In der Tradition der Phänomenologie Edmund Husserls und Max Schelers sowie der Existenzanalyse Victor E. Frankls stehend, reflektiert der Autor in seinem philosophischen Essay über
das Verhältnis von Vorstellung und Leben, über die Unmittelbarkeit des Fühlens, wie es uns in
den Grundaffekten von Freude und Schmerz begegnet. Im Sinne einer Weiterentwicklung der
phänomenologischen Methode intendiert der Autor eine »lebensphänomenologische« Fundierung einer »subjektiv-existenzanalytisch« orientierten Psychotherapie. In deren Zentrum stellt
er das Gefühl mit seiner unverwechselbaren, unwiederholbaren Subjektivität, das ihm in einem
ontologischen Sinne zum Grunde des Seins wird, in dem sich das Leben selbst in seiner
Ursprünglichkeit offenbart und ausspricht. Der Autor fordert eine neue »Kultur des Gefühls«,
in welcher der Gegensatz von Gefühl und Vernunft, von Subjektivität und Objektivität aufgehoben ist.

1. Zum Verhältnis von Vorstellung und Leben

Auf der Ebene des intentionalen Bewußtseins ist seit Husserl (1976, 120ff.) die Vorstellung als Idee, Wert, Norm oder sonstige Idealisation des immanent Erlebten die Weise des objektiven Transzendierens oder eben des Sich-gegenüber-Stellens. Alltägliches und philosophisches Bewußtsein unterscheiden sich nur darin, daß naiv die Vorstellung als unmittelbar und realitätsabbildend gilt, während die philosophische Anschauung im aufgeklärten Begriff die Objektivität in ihrem subjektiven Entstehungsgrund zu erfassen versucht. Beide Vorstellungsformen bleiben aber Re-präsentationen, das heißt ursprünglich Affektives oder »Urimpressionales« wird einem erwarteten »Sinn« entgegengeführt, dessen tatsächliche Erfüllung im Horizont der Welt zugleich evidente Wahrnehmung ist. In der Vorstellung als einem Sich-Vorstellen wird also nicht nur etwas von mir ent-äußernd vor mich hin-gestellt, damit es Gegen-stand werden kann. Es wird vielmehr auch etwas wieder-vergegenwärtigt oder re-präsentiert, was bereits in einer ersten Präsentation unbezweifelbar als Präsenz gegeben war: nämlich ein Ursinnliches als Affektion (cognitatio bei Descartes und Husserl).

Der grüne Baum dort »vor« meinen Augen, den ich sicherlich intentional in jenem »Dort« vor mir erreiche, ist »Baum« als dieser Farbeindruck, als dieser Raum- wie Tiefeneindruck, mit dieser harten oder weichen Rinde, wenn ich mich dem Baum nähere, um ihn – mich bewegend – zu ertasten. Die wiedervergegenwärtigte Affektion der Farbe, des Harten, der Distanz usw. in der Vorstellung hingegen ist wesenhaft idealisiert oder abstrakt, anders gesagt: Sie sind Index oder Hinweis auf die allgemeine Transzendenz« Baum«, deren Wesen bzw. Kern ich als Identitätspol der verschiedenen Wahrnehmungsabschattungen mitschaue. Im objektiv-transzendenten Wesen eines Gegenstands, der reelles Korrelat meiner Intentionalität ist, geht mithin jeweils das lebendige Eigenwesen der Affektion als mein reales

sinnliches Empfinden oder »Gefühl« verloren. Der gesehene Baum ist prinzipiell allen vorweisbar; er ist – außer in der Phantasie oder Halluzination – Phänomen im wiederholbaren Sichzeigen. Meine Affektionen hingegen sind niemals verallgemeinerungsfähig, sondern als unverwechselbare Subjektivität sind sie unwiederbringlich an ein absolutes »Jetzt« gebunden, das so nicht mehr wiederkehren wird – auch in keiner Erinnerung bzw. in keinem Traum mehr. Das lebendige Gefühl als Empfinden, Eindruck, Emotion oder Leidenschaft »ist« streng phänomenologisch gesehen folglich nur im »Übergang« – in diesem jedoch ist es absolut, das heißt weder substituierbar noch

vergleichbar.

Wenn die Vorstellung demgegenüber die Irrealisierung dieses ontologisch absoluten Lebens ist, insofern die Affektion dem allgemein zugänglichen Wesen einer »Sache selbst« in der reflektierenden Wahrnehmung oder in der phänomenologischen Schau geopfert wird, dann schließt dies natürlich nicht aus, daß ich mir mein Leben als Gefühl vorstellen kann (Henry 1992) Nur ist dann ein vorgestelltes Leben und nicht das absolut subjektive Leben der immanenten Selbstaffektion als Bedingung jeder sinnlichen Affektion. Denn es ist diese Lebensselbstaffektion, die alle Welt- wie Selbstwahrnehmung trägt: auch jene des »gelebten Lebens« als angeschautes oder empirisch verspürtes. So ist nicht nur das »vergangene Leben« oder das »ungelebte Leben« in bestimmter Weise »tot«, sondern auch das »jetzt gelebte«, wo immer es in die distanzierende Wahrnehmung gerät. Wo ich in der Tat den Blick vor-stellend auf »mich selbst« lenke (und der Blick oder die Schau sind das buchstäbliche Vor-sich-Hinstellen als »Sich-Vorstellen«), da werde ich in meinem Personsein unwiederbringlich zum Ob-jekt. Die einklammernde Reduktion bzw. Epoché im Husserlschen Sinne auf das Erscheinende als Phänomen selbst ist streng genommen die Vorstellung in ihrer formalen wie materialen Reinheit, denn ich schaffe die Bedingung in methodologischer Hinsicht dafür, das etwas rein-gegeben in seiner Phänomenologie als »Methode« mit ihrer Übernahme in verschiedenen Psychotherapieformen wie u.a. der Existenzanalyse die Auslöschung des Lebens als solchen, das an sich immer wieder beschworen wird. Ist daher die von dieser Methode gesuchte »Sache selbst« als »Gegenstand« mein Lebensgefühl, so hilft also gerade auch diese Phänomenologie (die durchaus das neuzeitliche Denken mit revolutionierte, was die Erscheinungsvielfalt in ihrer Typologie betrifft) nicht, dieses Leben in seinem reinen Ursprung zu fassen. Sie kann nur verhüten, indem sozusagen die Grammatik der Erscheinungen weiter gefaßt wird, daß keine objektivistischen Verkürzungen aus dem methodischen Zwang eines jeglichen Positivismus heraus stattfinden. Für eine subjektiv-existenzanalytisch orientierte Psychotherapie ist die phänomenologische Haltung infolgedessen nicht wenig, aber auch sie läßt das »wirkliche Leben« entgleiten, weshalb es einer weiteren kopernikanischen Wende bedarf.

2. Die Grundgewißheit affektiv-lebendigen Fühlens

Auf zweifache oder gar dreifache Weise entgleitet das selbstaffektive Leben: a) als Frage nach dem augenblicklichen Gefühl; b) als damit eingeleitete Überführung in den »bergenden Sinn« und c) sodann als Integrierung

Rolf Kühn

in die äußere Handlung mit einem Entscheidungsziel.

»Was fühlst Du?«, heißt im Grunde: Bemühe dich, Dir Dein Gefühl in einer distanzierenden Vorstellung zu vergegenwärtigen, damit auch ich es verstehen (wenn nicht gar deuten) kann. Abgesehen von den möglichen normativen Täuschungen durch die Sprache als einem sekundären Rationalisierungssystem (Titze 1988) besteht – lebensphänomenologisch gesehen – der Grundirrtum darin, die Aufmerksamkeit auf etwas zu lenken, was anstelle des Gefühls in seiner tatsächlich unmittelbaren Selbstaffektion als Leben gilt: meine Angst »über...«, meine Freude »an...«, mein Schmerz »hier« und »da« usw. Die Husserlsche Epoché ist daher nochmals zu radikalisieren und – ohne »etwas« zu sehen oder zu spüren – die Realität der reinen Selbstaffektion als absolutes Leben das ich unaufhebbar bin, gelten zu lassen. Denn diese Lebensselbstaffektion ist die Möglichkeit des Empfindenkönnens in jedem Empfinden überhaupt, und zwar ohne jede distanzierende Ausflucht, von der noch die Rede sein wird.

Die Uberführung der vital-geistigen Gefühlsphänomenologie in die hierarchisierten Sinnmöglichkeiten wie bei Max Scheler etwa (1980) verstärkt die Illusion, das Leben könne woanders eher erfüllt sein als in sich selbst, wo es mich nie verläßt. Dies bedeutet keineswegs, es gäbe nichts »Sinnvolles« mehr zu tun. Jedoch fällt der ideologische Anspruch dahin, in diesem Sinnvollen »das Leben« zu finden, das nur immanent und selbstaffektiv in sich ruhen kann und einen »Sinn« stets als Steigerung seiner selbst »werthaft« erlebt und nicht als werthaft-intentionales Sollen. Die Handlungsanweisung als Entscheidung schließlich verkennt, wenn sie ausschließlich als Wahlentscheidung gehandhabt wird, daß das Wesen des Handelns nicht das Tun einer Vor-schrift gemäß ist. Vielmehr lebt alles Handeln zunächst von der inneren »subjektiven Praxis« als solcher, wo ich in und mit der Kraft meiner leibhaft-lebendigen Potentialitäten unmittelbar als »Ich« ohne Denken ergriffen bin in der Unsagbarkeit des Eingetauchtseins in dieses Pathos (Kühn 1992b).

In diesem rein inneren Wesen des Handelns als einem durch nichts ersetzbaren« Gefühl«, in dem das phänomenologische Leben in seiner ihm eigenen Ankünftigkeit konkret »wird«, liegen Freude und Schmerz als die beiden Grundaffekte der transzendentalen Lebendigkeit oder Affektivität beschlossen. Lebenspathos in diesem streng lebensphänomenologischen Sinne ist Sicherfahren des Lebens in dessen Sicherfreuen über sein sichselbst-empfangendes Verspüren als »Lust«. Leben als Sichgeben wie Sichempfangen in ein und demselben Akt ist nicht voneinander abspaltbar, weshalb Freude und Schmerz das Selbe umschließen: nämlich den nirgendwo in der »Welt« sonst antreffbaren »Geschmack« als Lebende zu leben, um es

tautologisch zu sagen. Unser »Sein« als Leben in allem, dem wir begegnen, ist dieser »Geschmack«: vom flüchtigsten Eindruck bis hin zur höchsten genialen oder ethischen Tat. Die einfachste und verkürzte »therapeutische Formel« hierfür könnte deshalb heißen: den langsamen Übergang von Schmerz in Freude »werden« lassen. Dies ist insofern das Schwierigste, weil es die radikale Epoché auf die unsichtbare Lebensrealität hin verlangt; mit anderen Worten: diesen Wandel als Gewißheit ohne wissende Vorstellung zu wissen und deshalb nicht herbeizwingen zu wollen. Wir sprechen wohlgemerkt vom transzendentalen, rein phänomenologischen Leben hier; nicht davon, daß der Schmerz nicht auch zu begleiten, zu verstehen und vielleicht »anzunehmen« sei, so wie die Freude des sinnvoll Erlebten auf die Grundaffektion des Lebens als Ermöglichung zurückverweist. Aber dieses transzendentale Leben hat eben seine spezifische »Urgewißheit«, die wesensmäßig zu seiner lebendigen Struktur als Leben gehört und nie an einer äußeren »E-videnz« (videre: sehen) festgemacht werden kann: Daß nämlich die Freude aus demselben affektiven »Fleisch« wie der Schmerz besteht und deshalb das ihr eigene innere Werden als affektives Sichereignen im Sinne des absolut gewissen Gefühlsübergangs kennt. Gerade weil das Gefühl das Flüchtigste unter allen Erscheinungen ist, aber keine Erscheinung ohne solche Sinnlichkeit sein kann, ist es das absolute Erscheinen selbst.

3. Distanzierung und »Bergung der Gefühle«

Wie steht es dann um die »affektive Überschwemmung« und die Selbstdistanzierung davon? Im rückhaltlos hereinbrechenden Pathos wirkt die Kraft der Affektivität in der Gefühlsdichte so stark, daß sie nur noch die Flucht vor sich selbst zu kennen scheint: nach innen in die nahezu völlig »gehemmte« Handlungsunfähigkeit oder nach außen in die »hemmungslose« Selbstübereignung an jegliche denkbare Gegenstandsverlorenheit wie Sucht, Aktivismus, Fremdgläubigkeit usw. So rollt sich das Tier in der Angst vor Gefahr zu einem fast Unsichtbaren zusammen oder setzt in der Flucht seine Angst in Bewegung um. Das Paradox ist also nicht, daß existentiell Intimität und Transzendenz zusammengehören, sondern daß das Leben vor sich selbst flieht, um sich zu entkommen. Es versucht, seiner eigenen Unerträglichkeit zu entgehen, was aber von seinem Wesen her nicht möglich ist. Da im immanent selbstaffektiven Leben überhaupt keine Distanz als Ausflucht aufbrechen kann, wie etwa in der transzendenten Zeit als erster Ek-stase des Seins, sucht es die »Distanz« in Form von »Welt« auf, um sich darin zu vergessen (Henry 1992). Die existenzanalytische »Selbstdistanzierung« wäre also gar nicht möglich und würde vom Subjekt auf Dauer auch gar nicht ersehnt, wenn das Leben nicht von sich selbst her diese Distanz wollte, und zwar weil seine Last in der pathischen Wucht der reinen Affektivität untragbar zu werden scheint. Und dies kann bis zur suizidalen Selbstzerstörung als Wollen des Lebens selbst führen, da - wie Nietzsche sagt (1973) - das Leben »lieber das Nichts will, als nicht wollen«.

256 Rolf Kühn

Die »Selbstdistanzierung« ist daher letztlich nicht mit der Absicht zu handhaben, zur Welt hinzuführen, um durch sie vom »Leid« als Leben zu lösen, sondern um das Leben im Pathos sein eigenes unwandelbar weiterbestehendes Glück nicht verkennen zu lassen, welches es allein erlaubt, auch die Affektion im Schmerz auszutragen.

Auf dieser Ebene gewänne die Existenzanalyse mit ihrem Sprechen vom »Sinn im Leid« ihre letzte lebensphänomenologische Berechtigung, die nie irgendwelche Idealisierung von Leid sein kann, sondern die transzendentale Einsicht, daß Leben ohne Leid als immanentes Sich-Entgegennehmen des Lebens nicht möglich ist. Die existentiellen (und dazu gehören die religiösen) Deutungen des Leids können diese urphänomenologische Tatsache nicht ersetzen, die an sich als lebendige Gewißheit genügt, indem die entsprechende Epoché (Einklammerung) gelingt. Wie schwer sie ist, zeigt Freud, wenn er sagt, daß der Affekt an sich nie unbewußt ist – diesen aber dann, weil er ihn mit der Vorstellung als Affektrepräsentanten verschränkt, von der Bewußtwerdung des Unbewußten her verstanden haben will ([1913] 1946). Was nichts anderes heißt, als daß seine Theorie des Unbewußten nur die Umkehr der klassischen Bewußtseinsphilosophie seit Descartes und Kant beinhaltet und keineswegs eine Revolution für den phänomenologisch selbständigen Bereich des Affekts als »Trieb« bedeutet.

Will man für »Bergung der Gefühle« diese Abhängigkeit von lang tradierten Denkmustern vermeiden, so ist in lebensphänomenologischer Hinsicht jene radikale Umkehrung eben zu vollziehen, die als unser vorgängiges, ursprüngliches »Geborgensein in den Gefühlen« angesprochen werden kann. Ursprünglich heißt hier, daß die Gefühle als sinnliche Uraffektivität das »Sein« des Lebens selbst sind, hinter dem kein anderes Sein mehr auszumachen ist. Insofern sind wir dann - und zwar jeder unverwechselbar in unserern Gefühlen als im »Grund des Seins« geborgen. Da wir von diesem Grund als Lebendige gezeugt oder geboren werden und ihn nicht selbst setzen können, läßt er sich als Geborgenheit im ständig lebendigen Affiziertsein auch nicht erzwingen. Nur indem wir die Schalen der sozialen Vorurteile und der angelernten Scham, Gefühle zu haben und zu zeigen, nach und nach einklammern, gelangen wir an einen Kern, der nicht vor sich selbst und vor anderen zu rechtfertigen ist, weil er das Leben selbst ist. Dies schließt weiterhin ein, daß alle theoretisch-ideologischen Einteilungen in gute und schlechte, in hohe und niedrige sowie in echte und falsche Gefühle abgestreift werden. Denn jedes Gefühl ist, indem es mich ergreift, absolut; das heißt ohne dinglichen Vergleichsmaßstab sowie ohne irgendeine Einsatzmöglichkeit. Das Absolute an einem solchen Gefühl ist nicht, wie eingangs ausgeführt wurde, die Vorstellung, mit der ich ein solches Gefühl belegen kann, sondern die Lebensselbstoffenbarung im Gefühl und als Gefühl. Mich frei von allen Urteilen in es hineinbegeben, mich in es »hineinbergen«, ist dann identisch mit einer je neuen Geburt im Leben und durch das Leben selbst - und zwar stets hier und jetzt, in dieser Sekunde. Und dies gilt von der Angst wie von der Liebe und vom Haß, wobei untereinander nur die »Regel« des Mitpathos gilt: mich dem anderen in seinem Gefühl nicht substituieren zu wollen, sondern ihn anzuerkennen, weil er ebenso unverwechselbar fühlend in das Leben eingetaucht ist wie ich.

Es gehört zu den massivsten Vorurteilen unserer Kultur, Gefühle seien chaotisch und allein die Vernunft - das Allgemeine - würde versöhnen. Neu zu lernen, daß Gefühl und Vernunft, Subjektivität und Objektivität nicht zwei verschiedene Gegenstandsbereiche sind, sondern zwei unterschiedliche Erscheinungsweisen absoluter Natur, gehört sicher noch zu den epochalen Erkenntnisleistungen, die tiefgreifend kulturell zu vollziehen sind. Bis daraus eine »Kultur des Gefühls« entsteht – nicht die eines bestimmten Gefühls, sondern die Anerkennung eines jeden Gefühls als Kultur bereits in sich bleibt die bescheidene Hoffnung, zumindest schon durch das Gefühl sich wieder zum Geborgensein im Leben leiten zu lassen. Dazu bedarf es keiner Worte, als die des Gefühls und des Tuns eben besitzt. Sucht man trotzdem nach einem Ausdruck, der diesen phänomenologischen Sachverhalt angemessen »beschriebe«, ohne in irgendeine »Schwärmerei« (Kant) des Denkens und Fühlens zu verfallen, dann ließe sich aus der »Dunklen Nacht« des Johannes vom Kreuz (1956) Folgendes anführen:

»Und wenn die Seele auch den innigsten Wunsch hatte, sich auszudrücken und noch soviele Bezeichnungen anführen wollte, so bliebe immer für ihre Sprachweise etwas Verborgenes, denn jene innere Weisheit ist ein so einfacher, allgemeiner und geistiger Begriff, daß er in keine Vorstellung gefasst noch als Sinnenbild in den Verstand eingetreten ist. Und da sie durch die Sinne und die Einbildungskraft noch niemals aufgenommen wurde und diese ihre Form und ihr Wesen nicht wahrgenommen haben, so vermögen sie auch darüber keine Auskunft zu geben, noch auch sich eine Vorstellung davon zu machen, um sich richtig auszudrücken, wenn auch die Seele ganz deutlich erkennt, daß sie jene wonnevolle und ungewöhnliche Weisheit

empfinde und koste.«

Da Gott seit altersher das Leben schlechthin ist, gilt dieser Satz auch unbedingt vom Leben. Und das Höchstmögliche an menschlicher Erfahrung wie die Mystik, die Kunst und die Liebe usw. ist gerade gut genug, um das »Alltäglichste« in seiner Unersetzbarkeit zu bezeugen, nämlich jenes zarte Erregen durch all unser Tun und Denken hindurch, welches das stumme Ankünftigwerden des Lebens in uns selbst ist und uns aus dem Nichtsein ununterbrochen entreißt. Wer diesen »Geschmack« ohne Verminderung kosten kann, ist in allen Gefühlen geborgen.

To Say the Unspeakable or: The Language of Pathos

Rolf Kühn (Tuttlingen)

In the tradition of the phenomenology of Edmund Husserl and Max Scheler and of the existential analysis of Viktor E. Frankl, the author reflects in his philosophical essay on the relationship between conception and life, on Rolf Kühn

the directness of feeling as we encounter it in the basic effects of joy and sorrow. In further developing the phenomenological method, the author intends to create a »life phenomenological« basis for a »subjective-exestential analytical« oriented psychotherapy, in the centre of which he places the feeling with its non-interchangeable, non-reproducible subjectivity, which becomes for him – in an ontological sense – the reason for existence in which life as such manifestes and expresses itself in its originality. In conclusion, the author demands a new »culture of feeling«, where the contradiction between feeling and reason, between subjectivity and objectivity does no longer exist.

Literatur

Freud, Sigmund, (1913): Das Unbewußte. Ges. Werke X. (Frankfurt: Fischer 1946, 246–303)

Henry, Michel (1992): Radikale Lebensphänomenologie. Ausgewählte Studien zur Phänomenologie. (Freiburg/München: Alber)

Husserl, Edmund (1976): Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen

Philosophie (Husserliana III/I). (Den Haag: Nijhoff)

Kühn, Rolf (1992a): Leiblichkeit als Lebendigkeit. (Freiburg/München: Alber)

 (1992b): Sinn – Sein – Sollen. Ein Beitrag zur Existenzanalyse in Auseinandersetzung mit dem Denken V. E. Frankls. (Cuxhaven: Junghans)

Nietzsche, Friedrich (1973): Genealogie der Moral. Werke II (Hg. K. Schlechta). (München: Hanser) 7. Aufl. 761–900.

Scheler, Max (1980): Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik. Werke 2. (Bern/München: Francke)

Titze, Michael (1988): Beziehung und Deutung in der Individualpsychologie – oder reziprokes Verstehen und dialogischer Perspektivenwandel. In: R. Reinelt/W. Datler (Hrsg.): Beziehung und Deutung im psychotherapeutischen Prozeß. (Berlin u.a.: Springer) S. 39–56.

Adresse des Autors:

Dr. phil. Rolf Kühn Hattinger Weg 5/1 D 78532 Tuttlingen

The New Russian Law on Psychiatric Care

Ammon Carmi (Haifa)*

The author critically comments on the new Russian law on psychiatric care and the safeguarding of citizens' rights in the dispensing of such care. Because of the former abuse of psychiatry for nonmedical purposes, the law emphasizes the need of keeping human rights as recognized by the international community. The author wants to check whether the law can fulfill its good intentions. Although he lists some missing and obscure rules, criticizes some definitions as vague, for instance in social treatment and in compulsive care as far as patients' rights are concerned, in his opinion the law is a large step towards international humanitarian ideas and conceptions. He is convinced that it prevents Russian citizens from becoming victims of totalitarian regime through psychiatric methods.

The Purpose

The new Russian law on »Psychiatric care and the safeguarding of citizens' rights in the dispensing of such care« (Vedomosti S' ezda Narodnyh Deputatov Rossijskoj Federacii i Verhovnogo Soveta Rossijsko Federacii) has been enacted in the Russian Federation on July 2, 1992 (published: 20. 8. 1992, no. 33, text no. 1913, pp. 2470-2489), hereinafter: the law.

The main reason for the enactment of the law, and the positive intentions of the legislature, might be found in the title of the law and in its preamble, which indicates the formal need to reflect the rights and the freedom of man as recognized by the international community. The legislature admits and emphasizes that the absence of appropriate legislation to regulate psychiatric care may be one of the reasons of former abuse of psychiatry for nonmedical purposes, and for loss of human rights and degradation of human dignity.

The purpose of this work is to check whether the law has been able to

fulfill such good intentions and noble wishes.

However, one should not disregard a secondary reason for this enactment. Due to certain unethical behavior, Russian psychiatrists were expelled from international psychiatry for several decades. The law strives to gain international recognition, and to raise the State prestige, as is explicitly stated in the preamble.

Missing Rules, Obscure Rules

The first observations refer to several missing rules or obscure definitions. The law lacks full and clear definitions for various concepts and terms. One cannot disregard the difficulty of laying down clear and obvious crite-

^{*} Professor, President of the Society for Medicine and Law in Israel, President of the World Association of Medical Law, President of the Israeli Branch of the World Assocition for Dynamic Psychiatry WADP

ria for certain notions or idioms, but legislators are bound to use clear terminology in order to be correctly understood.

The law deals with »mental disorders«. The idiom »mental illness« has caused a lot of embarrassment to many jurists who tried to interpret it in courts of law. The substitute idiom covers a much wider field of ailments which may bring about indistinct picture.

The law specifies certain psychiatric commissions, and grants them farreaching authority and power. However, the law does not specify the formal body which establishes the commissions and appoints their members. Neither does it refer to the criteria for such appointments. It is needless to say that wrong nominations may let the best intentions down.

The law authorizes the taking of mental coercive measures by court decision with regard to persons suffering from mental disorders, who have committed "acts that endanger society". What kind of acts do "endanger society"? The law refers us to the Russian Penal Code. But the criminal code covers a wide range of offenses from the insignificant misdemeanors up to serious felonies. It will not come to mind that coercive measurements will be taken with regard to every minor crime, and the expression "endanger society" should be better prescribed. By the way, if the coercive measurements are taken by court towards criminals, as part of the punishing process, one may wonder whether physicians, who are bound by ethical rules, should cooperate in such a procedure.

The law provides that patients the right to information on their rights. The law does not specify these rights. Hospitals and psychiatrists should be guided with regard to the contents of the message which should be delivered to the patients, and the delivery system: Who should advise the patients? Should it be done orally or in writing?

The law attaches great importance to the international community in general and to the international community of psychiatrists in particular. The preamble of the law refers to the need of keeping human rights as recognized by the international community. The law itself provides that the diagnosis of mental disorders shall be made in accordance with »generally recognized international standards«. The Russian legislature should be praised for such a positive approach, but one would expect more focused and specified guidelines, taking into account the lack of internationally accepted views in various psychiatric regions.

The law grants many rights to patients, but ignores their substantial right of being actively involved in the whole therapeutic process, apart from receiving information and giving informed consent.

Another matter which deserves consideration refers to the right of hospitalized patients to go on keeping and managing their property.

Psychiatric Care

The second part of this work will deal with various medicolegal aspects of psychiatric care, by referring to those rules of the law concerning »social«

treatment, methods of treatment, compulsive care, and special comunities: minors, incompetent persons and aliens.

Social Treatment

The old socialistic concepts still found their way into the modern legislation by emphasizing the paternalistic responsibility of »educating« the citizens. The role of psychiatry is not to punish ill people, or to educate them.

The Russian legislature should therefore reconsider the function of the »Federal psychoneurological establishments for social welfare«, and the justification for admission of persons suffering from mental disorders to such centers. The very definition of »psychiatric care« in this law, while refering to »medicosocial rehabilitation«, should also be re-examined in this context.

Methods of Treatments

The law provides that the diagnosis of a person suffering from mental disorders should be carried out using the »medical means and methods« authorized in accordance with the procedures laid down by the health legislation of the Russian Federation. The law does nor specify any diagnostic procedures, and one may wonder whether the Federal legislation refers to such procedures at all. Strange enough, the law provides that the diagnosis of mental disorders should be made in accordance with »generally recognized international standards«.

In other words: Russian psychiatrists are expected to use, for diagnostic purposes, international »standards« and local »methods«. One may wonder if any psychiatrist will be able to distinguish between standards and methods and form or apply such a combined procedure.

The law provides that medical means and methods may only be used for therapeutical purposes, and shall not be used for the interest of other persons. While applying such a positive rule, one should be reminded of the need to protect the life, the health and the rights of other people, who might be harmed by the patients.

Compulsive Care

The law authorizes psychiatric compulsive examination in case of immediate danger to the patient or to those around him. The law does not specify if it refers to bodily danger only. It is needless to say that a severe economic harm might be much more dangerous than a slight bodily harm.

The law provides that »the taking of decisions to provide compulsory medical care«, be the exclusive right of the psychiatrist. This rule contradicts other rules by which the law obliges psychiatrists, who wish to treat persons 262 Amnon Carmi

The law deals with compulsory treatment of persons suffering from mental disorders, and provides that the use of surgery and other methods entailing irreversible effects shall be prohibited. One may wonder whether such an order is not far-reaching by preventing crucial treatment from patients who need it badly.

The law authorizes the court to examine the application for compulsory commitment to psychiatric hospital. The person concerned shall be entitled to attend the court hearing on his commitment. If the mental state of the patient precludes his personal attendance at the court hearing on his commitment, the hearing will take place on the premises of the psychiatric establishment.

This hearing will be attended by the public prosecutor, a representative of the psychiatric establishment, the person requesting commitment, and a representative of the person whose commitment is requested.

As a matter of fact, the only reason for holding the judicial hearing on the hospital premises is to enable the attendance of the patient. The question is, therefore, why did the legislature disregard the right of the patient to attend the hearing on his commitment, at least when his mental state does not prevent him from doing so.

The law authorizes a judge to extend each year the commitment of a person who was compulsorily committed to a psychiatric hospital. The law does not specify the procedure which should be kept by the judge, and who should take part and attend the hearing, if at all.

The law provides that physical constraint and isolation, in the event of compulsory commitment and stay in a psychiatric hospital, shall be applied only in cases where in accordance with »certain procedures and for certain periods«, the psychiatrist reckons that no other methods could prevent the acts of the patient from constituting an immediate danger to himself or to others. The law does not specify the relevant procedures, nor does it lay out any time limits. The lack of such needed guidelines throws shadows up on the proper implementations of the above mentioned rule.

Minors

Two sets of different rules refer to minors of up to 15 years of age, and to minors of up to 18 years of age. Doubts may arise with regard to adolescents of the second group, their status, their rights and their authority to give informed consent.

The law provides that the guardianship body will be advised by the hospital administration of any abuses committed by the legal representatives of minors up to 15 years of age, during the course of hospitalization. This rule brings up two reservations. Firstly, abuses should be dealt with also if made in a former stage, mainly by undue commitment to the hospital. Secondly, severe cases of abuse should be turned over also to the prescoutor or to the police.

Incompetent persons

Particular regulations refer to incompetent persons. The law does not define this term, contenting itself by turning it over to the general legal procedures dealing with incompetent persons. One may wonder whether the general law and definition of incompetency always suits the severe rules of the present law, which govern compulsory treatment and commitment to psychiatric hospitals.

The law provides that the defence of rights and interests of incompetent persons shall be provided – if they do not have legal representatives by the administration of the hospital. One may anticipate conflict of interests, in this case or another, between the care takers and the patient. Patients should be represented in such cases by an external factor, such as **the service for the protection of patients' rights".

Aliens

The law provides that alien and stateless persons on the territory of the Russian Federation enjoy, when they are provided with psychiatric care, the same rights as those laid down for citizens of the Russian Federation.

The law does not indicate, when and subject to what conditions aliens are entitled to be provided with psychiatric care, or whether they are subjected to any duties or restrictions.

Patients' Rights

The law provides that the rights and freedoms of patients shall not be restricted »solely« on the basis of psychiatric diagnosis, or as the result of medical findings. Apparently, the purpose of this rule was to avoid the domination of medical tyranny. However, the phrasing of the rule may bring about a wrong interpretation, namely that non-medical factors like political or economic ones may affect the patients' rights and freedoms.

The law provides that any patient may be deemed temporarily unfit to carry out certain types of professional activities or high-risk activities. Taking into account the hard impact of this rule, with regard to the basic human right of free occupation, the interest of the individual should be protected by requesting the presence of the representative of the service for the pretection of patients' rights at any relevant hearing or discussion.

The law provides that requests to receive information on the state of a citizen's mental health shall only be authorized according to the Russian Federation's legislation. The legislature should have specified the cases which allow the release and the transfer of privileged information. The rule in its present wording is in vain and useless.

The law provides that patients may request information on their state of health and on the psychiatric care provided to them. Subject to this rule medical information should be kept in confidence.

264 Amnon Carmi

Attention should be drawn to the question whether psychiatrists are entitled to divulge information to patient's relatives, as this is the case in various legal systems.

Summation

Careful study of the law demonstrates that the Russian psychiatry made a large step towards international psychiatry and towards international humanitarian ideas and conceptions. This step, which is reflected in the law, was made possible thanks to the legislatures understanding, wisdom, good will and courage. The law ensures that Russian citizens will not become victims of totalitarian regime through psychiatric machinery.

The purpose of the above mentioned observations is not to lessen the significance of this accomplishment, but to improve and add a few ideas for the benefit of patients and doctors who are involved in the process of psychiatric care.

Das neue russische Gesetz zur psychiatrischen Versorgung

Amnon Carmi (Haifa)

Das neue russische Gesetz über die psychiatrische Versorgung und die Gewährleistung der Bürgerrechte bei seiner Anwendung ist am 2. Juli 1992 in Kraft getreten. Der Gesetzgeber räumt in der Präambel ein, daß das Fehlen eines solchen Gesetzes zu früherem Mißbrauch der Psychiatrie zu nicht-medizinischen Zwecken und damit zu einem Verlust an Menschenwürde geführt haben könnte. Durch das Gesetz soll versucht werden, der russischen Psychiatrie ihr internationales Ansehen wiederzugeben. Das Anliegen des Autors ist es, zu überprüfen, ob das Gesetz seinen Anspruch erfüllen kann.

Der Autor vermerkt, daß das Gesetz einige unscharfe Formulierungen aufweist, die Anlaß zu Mißverständnissen sein könnten. So verwendet das Gesetz den weiter gefaßten Begriff der psychischen Störung anstelle des ansonsten üblichen der psychischen Krankheit. Ferner ist im Gesetz vorgesehen, daß psychiatrische Erziehungsmaßnahmen durch Gerichtsentscheid angeordnet werden können bei – jedoch nicht näher definierten – Taten, die die Gesellschaft gefährden. Nur erwähnt, aber nicht näher ausgeführt werden in diesem Abschnitt die Rechte der Patienten.

Der zweite Teil des Gesetzes befaßt sich mit den unterschiedlichen Methoden psychiatrischer Behandlung. Der Autor sieht hier manche der Darlegungen noch vom alten Geist des Sozialismus gezeichnet, der die Notwendigkeit der Erziehung der Bürger stark betonte. Beim Abschnitt über Zwangsbehandlungen kritisiert er, daß einige Ausführungsbestimmungen nicht genau beschrieben sind, was sich zum Schaden der Patienten auswirken könnte.

Zusammenfassend würdigt der Autor das Gesetz jedoch als einen großen Schritt hin zum Standard der internationalen Psychiatrie und zur Verwirklichung humanistischer Vorstellungen. Er ist davon überzeugt, daß das Gesetz verhindern kann, daß russische Bürger in einem totalitären Regime durch psychiatrische Maßnahmen zu Schaden kommen werden.

Address of the author:

Prof. Amnon Carmi P.O. Box 6451 Haifa 31063 Israel

Gesellschaftliche Prozesse und Ideologiebildung**

Helmut Volger (Berlin)*

Der Verfasser untersucht die sozialpsychologische und gruppendynamische Funktion von ideologischen Systemen in gesellschaftlichen Großgruppen. Ideologien sind Deutungsmuster der sozialen, kulturellen und politischen Strukturen und Prozesse in Gesellschaften, welche die Gesellschaftsstrukturen mit bestimmten Sinndeutungen und Wertmustern versehen, Entwicklungsvarianten prognostizieren und Handlungsoptionen für die Zukunft aufzeigen. Ideologien sind in allen Gesellschaften anzutreffen, sie haben eine integrierende Funktion nach innen und eine Abgrenzungsfunktion nach außen. Je nach dem Grad ihrer Offenheit und Toleranz gegenüber anderen Ideologien bzw. Starrheit und Repression können sie mehr konstruktive oder destruktive Ausprägungen aufweisen. Ideologien spiegeln den jeweiligen Zustand gesellschaftlicher Systeme wider: So greifen die im Umbruch befindlichen osteuropäischen Gesellschaften mit massiven sozialen Problemen auf nationalstaatliche Ideologien zurück, die eine Integration der Gesellschaften zu ermöglichen scheinen, während die westeuropäischen Staaten mit ihren stabileren sozioökonomischen Systemen sich allmählich von nationalen Ideologien lösen und sich Konzepten mit größerer Reichweite, Europa-Konzepten, zuwenden. Wissenschaftler unterliegen in ihrer Forschung grundsätzlich – auch in den Naturwissenschaften – dem Einfluß von Ideologien, »subjektiven« Faktoren, schon bei der Auswahl ihrer Forschungsthemen und der Formulierung ihrer Forschungsziele. Sie können jedoch ideologisch bedingte Einengungen in der Wahrnehmung und im Denken durch möglichst offene, »gleitende Begriffe« (Karl Mannheim) und durch den Vergleich ihrer Theorien mit anderen Theorien weitgehend vermeiden. Die ausdrückliche Nennung ihrer wissenschaftstheoretischen Prämissen, ihres Menschenbildes und Wertesystems erleichtert die Klärung des jeweiligen »subjektiven« Standortes der wissenschaftlichen Richtung und den Dialog mit anderen wissenschaftlichen Richtungen bzw. Schulen.

Mein Aufsatz hat zum Anliegen, zur Klärung des Paradigmenwechsels, wie er sich im politischen Denken und der politischen Wahrnehmung vollzogen hat, beizutragen durch die Analyse der Bedeutung ideologischer Systeme.

Den Hintergrund meines Aufsatzes bilden die dramatischen Veränderungen in den Wahrnehmungsweisen in den osteuropäischen Gesellschaften, nämlich der Zusammenbruch der dortigen ideologischen Systeme, mit denen die Menschen mehr als vierzig Jahre existiert oder besser ko-existiert hatten. Auf unserer Seite, im Westen, haben wir es eher mit dem entgegengesetzten Problem zu tun: der Verleugnung jeglicher Ideologie. Man sagt: »Wir haben eigentlich gar keine Ideologie.« Tatsächlich gibt es aber auch in den westlichen Gesellschaften Denksysteme und Wahrnehmungsmuster, die man durchaus als Ideologie bezeichnen kann, und zwar sowohl im Bereich der Politik als auch in den Wissenschaften.

Der Unterschied zu den kommunistischen ideologischen Systemen besteht m.E. jedoch in einer geringeren Starre und Verbindlichkeit des ideologischen Systems für die Gesellschaftsmitglieder; wird die Ideologie von Gesellschaftsmitgliedern nicht akzeptiert, führt dies nicht zu negativen

* Dr. phil., Studiendirektor, Lehrbeauftragter an der Freien Universität Berlin

^{**} Vortrag gehalten auf dem 8. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP / XXI. Internationales Symposium der deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 5.–8. Oktober 1990 an der Hochschule der Künste Berlin

sozialen Folgen. Andererseits macht aber erst eine Anerkennung der Existenz ideologischer Systeme im Westen deren Analyse und Wandel durch die kritische Diskussion der zugrundeliegenden Wert- und Denksysteme möglich.

Ideologie ist eine Grundkategorie des wissenschaftlichen und politischen Denkens, wobei die Eigentümlichkeit und Schwierigkeit darin besteht, daß der Begriff Ideologie in seiner Entwicklungsgeschichte stets eine Doppelnatur hatte und auch hat. Er ist zum einen ein polemischer Begriff – man wirft dem politischen oder wissenschaftlichen Gegner häufig Ideologie vor und qualifiziert ihn damit ab –, zum anderen ist er ein emanzipatorischer Begriff, ein Begriff der Aufklärung, ein Begriff, der auch heute noch, wenn man ihn richtig versteht, Aufklärung leisten kann und auch Grenzen von wissenschaftlichen Denkschemata überschreiten kann. Insofern soll der Aufsatz dazu beitragen, Argumente zu liefern, um wissenschaftliche Kategorien und Urteile zu relativieren und für die Synthese geistes- und naturwissenschaftlichen Denkens, wie sie Günter Ammon in seinem gruppendynamischen und sozialenergetischen Denken in der Dynamischen Psychiatrie vollzogen hat, zu plädieren.

Meine zentrale Hypothese, die ich in diesem Aufsatz belegen möchte, ist, daß Ideologiebildung eigentlich eine Spiegelung von gesellschaftlichen Strukturen auf der Ebene der Wahrnehmung und der Stereotypenbildung darstellt. Sie ist also insofern auch eine Art Seismograph für den politischen Wandel, und zwar bevor die eigentlichen politischen Strukturveränderungen eintreten.

Der Begriff der Ideologie wurde geprägt vom französischen Philosophen de Tracy, der darunter die Wissenschaft von der Entstehung von Ideen in Zusammenhang mit den sinnlichen Empfindungen des Menschen verstand. Man wollte die Frage klären, wie entstehen überhaupt Ideen und geistige Vorstellungen. Das richtete sich gegen die Vorherrschaft etablierter, quasi unveränderlicher Vorstellungen über Wesen und Sinn der gesellschaftlichen Ordnung, wie sie der Monarch, der privilegierte Adel und die Kirche im Absolutismus vermittelten und zur Legitimierung ihrer Herrschaft verwandten. Ziel dieser aufklärerischen Wissenschaft war es, durch die systematische Untersuchung der Prozesse, wie Ideen entstehen und sich verändern, zu den sogenannten wahren Ideen vorzustoßen, d.h. zu denjenigen gesellschaftlichen Werten, Strukturen und Ordnungsmustern, die man im Sinne natürlicher Ordnungen des Naturrechts an die Stelle der schon längst funktionsunfähigen und nicht mehr zu rechtfertigenden Strukturen der absolutistischen Gesellschaft setzen konnte. Ideologie hatte hier einen eminent emanzipatorischen Charakter, sie entlarvte erstarrte und nicht mehr begründete, fossile Herrschaft. So nimmt es nicht wunder, daß die »Ideologen«, wie sie Napoleon I. abschätzig und polemisch nannte, bald von ihm, der erneut den zentralistischen Machtanspruch verkörperte und die emanzipatorische Bewegung im Innern Frankreichs zugunsten außenpolitischer Expansion endgültig für eine lange Zeit zum Stillstand brachte, politisch verfolgt wurden: Die Abteilung der Universität in Paris, die sich mit der Ideologie beschäftigte und charakteristischerweise Abteilung für moralische und politische Wissenschaften hieß,

268 Helmut Volger

wurde von Napoleon geschlossen, weil er sie als eine Gefahr für den Staat und als ein Element der Unruhe ansah, was sie ja objektiv für sein monarchistisch-konservatives System mit gewissen liberalen Zügen auch waren. Anstatt der Aufklärung in Europa zum Siege zu verhelfen, exportierte er die Idee, wir würden sagen, die Ideologie von der Überlegenheit der französischen Kultur mit militärischen und diplomatischen Mitteln nach ganz Europa, bis sich die betroffenen Völker – nicht die Regierungen – durch das Entstehen starker nationaler Ideologien – im konstruktiven Sinne – wehrten. Ideologielehre war damals ein Instrument der geistigen Auseinandersetzung mit dem Machtapparat des Absolutismus und dem bürokratischen, antiaufklärerischen Denken. Dies ist ein wichtiger Traditionsstrang des Ideologiebegriffs, der bis heute nichts von seiner Bedeutung eingebüßt hat.

Gegenüber dieser aufklärerischen Dimension - Ideologie als die Lehre von der Entstehung der Ideen - bekam der Begriff Ideologie im einseitig naturwissenschaftlich, szientistisch orientierten Positivismus eine gänzlich andere Bedeutung: Ideologie als die unwissenschaftlichen, theoriefremden, subjektiven Elemente in der Wissenschaft. Man war und ist im positivistischen Denken der Auffassung, daß man Ideologien auffinden und auch vermeiden kann, indem man eine rein empirische, streng methodisch gefaßte Wissenschaft betreibt, und daß man wissenschaftliche Tatsachen durch rationales Denken von Werturteilen und von subjektiven Empfindungen trennen kann, daß es also nur darauf ankommt, eine konsequente Methodik anzuwenden. Ideologie ist für sie die Trübung theoretisch möglicher objektiver Wahrnehmung durch subjektive Empfindungen. Ideologiekritik ist in diesem Sinne, um einen Ausdruck von Prätorius zu verwenden, innerwissenschaftliche »Hygiene« - erstrebt wird ein steriler, klinisch wertfreier Bezug der formalisierten Aussagenzusammenhänge auf die Faktizität der Außenwelt. Man leugnet damit den subjektiven Faktor in der Wissenschaft und schafft stattdessen einen Mythos von den »reinen Tatsachen«, die ja dann auch - und da wird Wissenschaft eminent politisch bedeutsam - die Grundlagen für sehr weitreichende politische und soziale Entscheidungen bilden. Man denke nur an die Atomphysik und ihre Bedeutung für die Rüstung, die ihre Forschung gehabt hat. So drückt sich die Wissenschaft vor ihrer ethischen und politischen Verantwortung.

In dieser Tradition des positivistischen Ideologiebegriffs, die es ja nach wie vor heute gibt und in den Naturwissenschaften, aber auch den Geisteswissenschaften stark verbreitet ist, steckt die implizite Gegnerschaft zur Subjektivität, zu Gefühlen und Empfindungen überhaupt in der Wissenschaft, die man durch Ideologiekritik eliminieren muß. Man läßt damit die Intentionen und Bedürfnisse des Wissenschaftlers, seine Ethik und Empathie unberücksichtigt ebenso wie die Befindlichkeit, die Gefühle der Menschen, mit denen und für die geforscht wird: »Nicht die soziale Wirklichkeit, noch die sich auf sie beziehende Bewußtseinsstruktur ist Wissenschaftsgegenstand, sondern nur der Zusammenhang zwischen wissenschaftlichem Einzelurteil und empirisch-erfaßbarer raumzeitlicher Wirklichkeit.« (Lenk 1984).

Zugleich ist es der Ausdruck der Verabsolutierung einer Methode, einer Methodengläubigkeit: Man wählt eine formale, logische Methode, um Urteile zu überprüfen, die Ideologiekritik; nach den inhaltlichen, impliziten Prämissen der Forschung, z.B. dem Menschenbild, der Deutung evolutionärer Prozesse etc. wird nicht gefragt, sie sind angeblich aus der Forschung eliminiert, spielen keine Rolle. Wenn ich streng die Methode anwende, bin ich im Verständnis der Positivisten irrtumsfrei, stehe ich »über den Dingen« auf einer neutralen Position.

In der Praxis bedeutet gerade das Vertrauen in die Methodik, Ideologiefreiheit herstellen zu können, den unkontrollierten Einbruch massiver ideologischer Verzerrungen in die Wissenschaft, die dann nicht mehr hinterfragt werden können, weil sie ja theoretisch nicht existieren.

Die dritte Position in der Ideologiediskussion, die ich als die realistische bezeichen möchte, geht davon aus, daß Ideologiebildung, d.h. die subjektiv gefärbte und interessengebundene Wahrnehmung der Umwelt bei jedem Menschen anzutreffen und auch unvermeidbar ist. Ideologiebildung ist für sie ein ubiquitäres Phänomen, das wir in der Wissenschaft und Politik überall vorfinden. Sie bemühen sich nicht wie die Positivisten um die Eliminierung der Ideologie durch formal-logische Methoden, sondern für sie kommt es entscheidend darauf an, wie man mit dem Ideologieproblem umgeht, daß man bei der Forschung analysiert, was die vorfindliche Ideologie für das wissenschaftliche Arbeiten und für die politische Praxis bedeutet.

Großen Einfluß hat innerhalb der realisitischen Richtung des Ideologiebegriffs das Ideologiekonzept von Karl Marx gehabt. Der frühe Marx ging von einem sehr weiten Ideologiebegriff aus, der wie bei den französischen Aufklärern humanistischer, radikaler, kulturrevolutionärer Aufklärung über die Herrschaft des Menschen über den Menschen dienen sollte, - und zwar in Marx' Konzept durch die Aufdeckung von verdeckter Herrschaft durch wirtschaftliche Machtverhältnisse, die die Menschen nicht zu durchschauen vermögen: Ideologie ist daher für Marx' das Resultat materieller Produktionsverhältnisse. Die zunehmende Arbeitsteilung führt zur Auflösung der Identität von Denken und Handeln, Bewußtsein und Handeln treten auseinander, das von den Produktionsverhältnissen geformte ideologische Bewußtsein kann die Entfremdung des Menschen nicht mehr erfassen. Dennoch enthalten - so Marx - alle Ideologien auch vernünftig-emanzipatorische Momente der Wahrheit: »Es zeigt sich, daß die Welt längst den Traum von einer Sache besitzt, von der sie nur das Bewußtsein besitzen muß, um sie wirklich zu besitzen« (Marx 1953). Die Ideologien enthalten somit eine utopische Dimension. Kulturelle Systeme besitzen ein Innovationspotential, das auf die Produktionsverhältnisse zurückwirken kann, wenn die Deutungen der Ideologie nicht mehr genügend die gesellschaftliche Wirklichkeit decken. Für den Handelnden bieten sie dann subjektiv und objektiv unbefriedigende Situationsinterpretationen und Handlungsmöglichkeiten. Marx bejaht damit ausdrücklich die Möglichkeit, daß man aus der Gesellschaft und ihrer Ideologie die kritischen Momente ableiten kann.

270 Helmut Volger

Sah der frühe Marx also noch eine Wandlungsmöglichkeit in den Ideologien selber durch die Diskrepanz zur sozialen Realität und maß dem Bewußtsein des ausgebeuteten Proletariats große Bedeutung bei, gelangte er in seinem Spätwerk zu einer deterministischen Sicht des Ideologieproblems: Ideologie kann nur durch die revolutionäre Praxis überwunden werden, durch die Beseitigung der antagonistischen gesellschaftlichen Widersprüche, da das Bewußtsein individuell wie gesellschaftlich als Teil des Überbaus von der sozioökonomischen Basis bestimmt wird, also sich nicht selbstständig fortentwickeln kann. Im übrigen ist für ihn das individuelle Bewußtsein auch nicht mehr bedeutsam, sondern die Gesetze der Geschichte gelten für das Proletariat, es kommt nur darauf an, »was es (das Proletariat, H.V.) ist und was es dem Sein gemäß geschichtlich zu tun gezwungen wird« (Marx 1952).

Vertritt der frühe Marx eher aufklärerische Positionen, findet sich in seinem Spätwerk ein sehr deterministisches Denken, das individuelle Handlungsmöglichkeiten und Willensfreiheit leugnet, und prinzipiell zwischen »richtigem« und »falschem« Bewußtsein, je nach Klassenstandpunkt unterscheidet. In dieser axiomatischen Definition »richtigen« und »falschen« Bewußtseins, das Berührungspunkte aufweist zum einen mit dem Positivismus - man kann richtig, d.h. ideologiefrei denken, sagen die Positivisten -, zum anderen mit Dogmen, die man nicht in Zweifel ziehen kann und darf wie hier die Dichotomie der Denkweisen, da das Bewußtsein ja durch die soziale Position bestimmt ist, liegt die Wurzel der ideologischen Erstarrung des Marxismus zur inhumanen Herrschaftsideologie privilegierter Eliten. Sie zerstörten den humanistischen Kern des Marxismus völlig und machten den Ideologiebegriff in den westlichen Gesellschaften zum Synonym von undemokratischer Herrschaft und Bewußtseinsmanipulation. Das ist eine historische Hypothek, die es schwer macht, die notwendige emanzipatorische Ideologiekritik in den Staaten des Westens zu leisten, wie sie im Sinne des alten aufklärerischen Ideologiebegriffs stets notwendig ist zum Abbau nicht notwendiger, bürokratischer Herrschaft und ungerechtfertigter Privilegien.

Als zweite realistische Position, die von überall vorhandenen Ideologien ausgeht, findet sich die Kritische Theorie, die am weitesten in ihrem Ideologiekonzept geht: Ideologeme sind Teil eines umfassenden Verschleierungszusammenhanges, der gesellschaftsstrukturell bedingt ist; die entfremdete Warengesellschaft unterdrückt die Entfaltungskräfte der menschlichen Vernunft. Sie befestigt über die Kulturindustrie die bestehenden gesellschaftlichen Strukturen, indem sie die Menschen durch die Widerspiegelung der materiellen Konsumwelt in den Medien blendet. Ideologiebildung ist somit unvermeidbar und im Grunde genommen auch kaum aufhebbar, weil die Kulturindustrie und die Massenmedien dazu beitragen, daß sich die Menschen der Ideologiebildung überhaupt nicht mehr bewußt werden. Nur die kleine Schicht der Intelligenz kann – im Verständnis der Kritischen Theorie – diesen Zusammenhang transzendieren, die Ideologie durchschauen.

Insofern handelt es sich um eine sehr pessimistische Position und zugleich sehr elitäre Position in Bezug auf die Rolle der Intelligenz, die – wie es sich in der von der Kritischen Theorie angeleiteten Studienbewegung der 60er Jahre widerspiegelte – für die »wissende« aufgeklärte Minderheit nur die negativen Alternativen der Resignation oder des Protests gegen die bewußtseinsgetrübte Mehrheit übrig ließ.

Und drittens, als eher optimistische Position, die Richtung der Wissenssoziologie: Auch sie geht davon aus, daß wir Ideologie überall antreffen. Sie ist allerdings - im Gegensatz zur marxistischen Position und der Kritischen Theorie - der Meinung, daß man durch Interessenanalyse, d.h. durch die Gegenüberstellung der Ideologieproduzenten und ihrer jeweiligen Interessen mit den Ideologien, sog. Partialwahrheiten, d.h. Teilwahrheiten, herausfinden kann und durch den Vergleich dieser zu relativierenden, begrenzten und subjektiv eingefärbten »Gruppen-Weltanschauungen« zu vorläufig gültigen Wahrheiten und Erkenntnissen kommen kann, sofern man sich auch in einem Akt der fortwährenden Selbstkritik - stets der Relativität der Erkenntnis bewußt ist. Alle Aussagen über Mensch, Gesellschaft und Geschichte haben ihren historischen und sozialen Ort und müssen als relativ zu einer Wahrheit bezeichnet werden, die sich aus der Gesamtheit aller in der Geschichte der Menschheit möglichen Standorte erschließen läßt. Dieser relativierende, realistische und beschränkt optimistische Ideologiebegriff entspricht auch meinem eigenen Zugang zum Ideologieproblem, wobei ich dieses Konzept um eine gruppendynamische Dimension erweitern möchte. Ich will damit die Bedeutung der Ideologiebildung für die Prozesse in Klein- und Großgruppen ansprechen. In diesem Verständnis ist Ideologiebildung eine geistig-kulturelle Reaktion auf grundlegende soziale Gruppenprozesse in gesellschaftlichen Großgruppen. Historisch war sie zuerst die Reaktion auf die Auflösung der vorindustriellen, geschlossenen Gesellschaften mit einer einheitlichen durch die Kirche vermittelten Weltanschauung, und mit einem sehr einheitlichen, geschlossenen Sozialsystem. Ideologiebildung kann in diesem Sinne verstanden werden als das geistige Korrelat der Bildung von sozialen Großgruppen und Parteien, die sich in sozialen Konflikten gegenüberstehen, wo die Ideologie nach innen als Instrument der Mobilisierung und nach außen der organisierten sozialen und politischen Auseinandersetzung dient, als Richtungssymbol, das die Großgruppen notwendig zur Abgrenzung nach außen und zur inneren Integration benötigen, um handlungsfähig zu werden und für politische Ziele kämpfen zu können; dagegen »sorgten« im Mittelalter der Fürst und der Grundherr patriarchalisch für die einzelnen Untertanen, und die Bürger bewegten sich nur in überschaubaren sozialen Organisationen wie der Zunft etc.

Ideologien können in diesem Verständnis grundsätzlich konstruktive oder destruktive Aspekte aufweisen: Die konstruktive Funktion liegt darin, daß sie dazu beitragen können, wie z.B. bei der Entstehung der Bewegung des Sozialismus im Zusammenhang mit der Entwicklung der industriellen 272 Helmut Volger

Gesellschaften in Europa, die sozialen Gruppen zu integrieren, ihnen Handlungsorientierung zu geben, sie zu einer Wertgemeinschaft zu machen und die Komplexität der sozialen und politischen Informationen soweit zu reduzieren, daß sie für alle verständlich werden. Damit verringert die Ideologie Unsicherheit und Angst vor einer schwierigen Umwelt.

Konstruktiv bleibt die Funktion der Ideologie für die Gruppe jedoch nur dann, wenn sie Öffentlichkeit gegenüber neuen Informationen und Toleranz gegenüber anderen Anschauungen bewahrt und die Fähigkeit in der ideologieproduzierenden Gruppe zur kritischen Diskussion ihrer eigenen Ideologie in Bezug auf Ziele, Mittel und Wert behielt.

Destruktive Elemente einer Ideologie sind andererseits die starre Abgrenzung gegenüber anderen Denksystemen und vor allem die moralische Abwertung der Andersdenkenden, der Mangel an offener Diskussion innerhalb der Gruppen der Ideologieproduzenten und Ideologieaddressaten, die Unterdrückung von Minderheiten, die Rechtfertigung exzessiven Machtgebrauchs sowie die Verdeckung realer Konflikte in der Gesellschaft und der realen Interessen und sozialen Privilegien der Ideologieproduzenten.

Das bedeutet, man muß konkret bei jeder Ideologie die konstruktiven und/oder destruktiven Elemente analysieren und dann ethisch und politisch werten: Viele Ideologien enthalten humanistische Kerne. Die Frage ist oft nur, wieweit der destruktive, machtorientierte, kontrollierende, abwehrende Anteil dieses Konstruktive »überwuchert« oder »zerstört« hat oder ob dieser destruktive Anteil der Ideologie durch basisdemokratische Kritik veränderbar ist.

Der dritte Teil des Aufsatzes stellt die Konsequenzen dar, die man aus diesen Erkenntnissen über die Ideologiebildung als gesellschaftlichen Prozeß bzw. als dessen geistiger Widerspiegelung ziehen kann:

- 1. Wenn man die These der dritten Richtung, der realistischen Ideologietheoretiker, akzeptiert, daß Ideologiebildung als Systematisierung und
 soziale Prägung von Wahrnehmung ein überall anzutreffendes Phänomen
 ist, dann muß man sie bei jeder wissenschaftlichen und politischen Aussage
 berücksichtigen; man muß Aussagen grundsätzlich relativieren oder, wie es
 Karl Mannheim 1929) nennt, mit »gleitenden Begriffen« arbeiten, mit
 Kategorien, die offen sind, die nicht Absolutheitswert beanspruchen.
- 2. Man muß systemnotwendig zur Aufklärung ideologischer Fixierungen andere, konkurrierende Aussagen und Ansichten über einen Tatbestand mitheranziehen, weil man nur über den Vergleich der unterschiedlichen Theorien so die Position der Wissenssoziologen die ideologische Fixierung bei der Wahrnehmung aufdecken kann.
- 3. Den »außersystemischen Gruppen«, d.h. denjenigen, die nicht unmittelbar an der Ideologiebildung beteiligt sind, kommt eine große Bedeutung zu. Das sind in der Politik häufig die Randgruppen und/oder sozial Unterprivilegierte der Gesellschaft, die von den Ideologieproduzenten wegen ihrer kritischen Distanz zum Macht- und Ressourcenverteilungssystem der

Gesellschaft, die von den Ideologieproduzenten wegen ihrer kritischen Distanz zum Macht- und Ressourcenverteilungssystem der Gesellschaft nicht in den Kreis der Ideologieadressaten aufgenommen werden konnten. Sie bilden einen latenten Widerspruch zur dominierenden Ideologie, der wie ein »Ferment« zum Ideologiewandel beitragen kann.

Dennoch kommt es – da diese kritischen Gruppen sehr klein sind – oft zu einem geschlossenen ideologischen System der Wahrnehmung, das eigentlich nur durchbrochen werden kann, wenn man genügend Kontakt mit den Angehörigen anderer Nationen hält. Ein Beispiel ist die Überwindung der massiven Feinbildstereotype zwischen Deutschland und Frankreich, das auf konkurrierende wirtschaftlichen und machtpolitischen Interessen in Bezug auf Westeuropa beruhte, durch die intensiven Kontakte auf vielen Ebenen, initiiert durch die Politik Adenauers und de Gaulles. Ein weiteres, aktuelles Beispiel ist die Überwindung nationaler Rüstungs-, Handels- oder Umweltideologien durch die Diskussion und Auseinandersetzung im Rahmen der UNO, wo es zunehmend gelingt – so legen es z.B. die Ergebnisse meiner Promotion und anderer Veröffentlichungen der letzten Jahre über die Bedeutung der UNO nahe –, nationale ideologische Muster aufzulösen und supra-nationale Denkweisen zu fördern.

Welche Gliederungsprinzipien der Gesellschaft fördern die Bildung destruktiver Ideologien, welche begünstigen die Entstehung offener, kon-

struktiver ideologischer Systeme?

1. Eine starke Staatsorientierung der Gesellschaft mit großen Bürokratien und Regelsystem provoziert regelhaft starre Ideologien, dezentrale Systeme mit Privatinitiative und ungeregelten Freiräumen erzeugen eo ipso weniger

destruktive Ideologien, sie bleiben flexibler und unbestimmter.

2. Nationalstaatliche Gliederung der Großräume der Welt – wenn sie auch zur Zeit noch unverzichtbar erscheint – produziert systemnotwendig gegeneinander starr abgegrenzte Ideologien, um die Existenz der so definierten politischen Einheiten zu rechtfertigen. Nicht zufällig wird in Zusammenhang mit den gewaltigen Veränderungen auf der politischen Landkarte Europas die Bildung einer gesamteuropäischen Organisation, des »europäischen Hauses« gefordert, um den Rückfall in nationale Ideologien zu verhindern.

Andererseits werden – so zeigt das Beispiel der wiederentstehenden Nationalismen in der ehemaligen UdSSR in dem Moment, wo die zuvor integrierende sozialistische Ideologie durch die Perestroijka ihre Bindungskraft verliert – solange nationale Ideologien produziert und von der Bevölkerung rezipiert, wie nur ein solch übersichtlicher Bezugsrahmen psychische und soziale Stabilität verspricht und andere soziale, kulturelle und politische Erfahrungen noch nicht genügend Stärke und Kontinuität gewonnen haben. Ebenso spielt natürlich die Art der gewachsenen historischen kulturellen und sozioökonomischen Beziehungsmuster eine Rolle, die Nähe oder Distanz zu anderen Völker bzw. Volksgruppen mitbeeinflußt.

Bei der Produktion der Ideologien bzw. ihrer Vermittlung spielen die Medien eine große Rolle. Sie setzen gängige ideologische Orientierungsmuster »ins Bild«, machen sie sinnfällig und »anschaulich«. Zugleich können sie aber auch die Grundlage liefern zur Überwindung ideologischer Wahrnehmen. Erinnert sei hier nur an die Rolle des Fernsehens in den USA beim Meinungswandel in der amerikanischen Bevölkerung über den Vietnam-Krieg oder – uns wohl am nächsten und anschaulichsten – die Rolle des Fernsehens bei der revolutionären Ereignissen in der DDR 1989.

Angesichts der vielen sozialen, ökonomischen und kulturellen Faktoren, die die Herausbildung und das Fortbestehen ideologischer Systeme begünstigen, stellt sich die Frage nach der Möglichkeit, nach den Bedingungen zum Ideologiewandel, zur Offenheit der ideologischen Systeme: Perpetuieren sich Ideologien nicht immer weiter?

Sie können es über längere Zeiträume nur dann erreichen, wenn die gesellschaftlichen Grundbedürfnisse hinreichend erfüllt sind und sich die Gesellschaftsmitglieder ausreichend mit dem politischen System und ihren Werten identifizieren. Wenn ideologische Deutungen jedoch die gesellschaftliche Realität zunehmend weniger treffen und durch private, gegenläufige Deutungen der Gesellschaftsmitglieder unterlaufen werden, die sie dann zunehmend auch anderen kommunizieren und schließlich der Öffentlichkeit zugänglich machen, dann werden ideologische Systeme von innen aufgelöst. Hier liegt ein wesentlicher Unterschied zwischen dem ideologischen System des Faschismus, das nicht von innen heraus im Dritten Reich von der Bevölkerungsmehrheit überwunden wurde, sondern nach der militärischen Niederlage mühsam-zäh abgelegt oder verdrängt wurde, und der Auflösung der sozialistischen Ideologie in der DDR in den 80er Jahren durch einen allmählichen Erosionsprozeß in Verbindung mit einer Revolution von außen aus den Nachbarländern, v.a. in Ungarn.

Insgesamt ist in der Welt ein Nachlassen der Wirkung nationaler Ideologien zum ersten Mal auf breiterer Ebene zu beobachten, wenn auch reaktiv dadurch in vielen Ländern reaktionärer Bewegungen sich dagegen zu formieren versuchen.

Die Überwindung starrer, lebensfeindlicher ideologischer Systeme, so zeigt das Beispiel DDR aber auch, muß aber nicht notwendig zur freieren, offeneren Wahrnehmung und einem System konkurrierender ideologischer Systeme führen. Es gibt Anzeichen, daß die Menschen in der ehemaligen DDR aufgrund ihrer vierzigjährigen Gewöhnung an feste Deutungsmuster sich relativ unkritisch und ängstlich die Wohlstands- und Marktwirtschaftsideologie der Bundesrepublik der fünfziger Jahre, wie sie z.Zt.. die Bundesregierung vertritt, übernimmt, statt sich ambivalenten Deutungsmöglichkeiten und Wertkonflikten auszusetzen.

Die Übernahme ideologischer Systeme, das heißt gesamtgesellschaftlicher Deutungsmuster und Wertorientierungen, aus anderen Ländern und Kulturen, in denen sie in bestimmten historisch spezifischen politischen, ökonomischen und sozialen Bedingungen als Korrelat des jeweiligen Ge-

sellschaftssystems entstanden sind, ist nicht nur für die ehemalige DDR ein Problem, die eine vierzigjährige eigene Geschichte und soziale Strukturen aufweist, die sie von der BRD unterscheiden. Noch viel größer waren die Diskrepanzen in den neuen Staaten der Dritten Welt: Sie haben fremde Ideologien übernommen und ausprobiert, häufig sogar mehrere nacheinander, nämlich die westliche Ideologie der freien Marktwirtschaft mit dem parlamentarischen Demokratiemodell à la Großbritannien oder Frankreich, dann sozialistische Ideologie-Modelle à la China, Kuba oder UdSSR. Beide Muster haben ihre Bewährungsprobe nicht bestanden, z.Zt. befinden sich daher viele Staaten der Dritten Welt in einem ideologischen Vakuum, das ernste Probleme für die soziale und politische Integration der Staaten aufwirft. Die Gesellschaften sind von innerer sozialer und politischer Desintegration bedroht, die Menschen ziehen sich in kleinere soziale Bezugseinheiten wie die Stämme oder Clans zurück, oder versuchen die Integration über aggressive Außenpolitik und expansive Ideologien zu erreichen. Notwendig wäre hier die Entwicklung autochthoner Deutungs- und Ordnungsmuster für die Gesellschaftsorganisation, die ihnen das notwendige kulturelle Selbstbewußtsein vermitteln und zugleich Raum für die notwendige überstaatliche Kooperation bieten.

Ideologien im konstruktiven Sinne müssen – das wird an diesen Beispielen deutlich –, um gesellschaftliche Realität für die Wahrnehmung dergestalt strukturieren zu können, daß sie Mobilisierungs-, Integrations- und Orientierungsfunktionen in einer Gesellschaft zu übernehmen vermögen, auf dem Boden dieser Gesellschaft und Kultur gewachsen sein. Andernfalls werden sie auf lange Sicht destruktiv und desintegrierend wirken.

Die Beschäftigung mit Prozessen der Ideologiebildung macht sichtbar, daß es im Bereich der Politik und der Wissenschaft stets um relative Aussagen, relative Wahrheiten geht. Man sollte bei jeder Aussage darauf achen, wer sie sagt, welche eigene Position und damit verbundene eigene Interessen er hat, aber auch die eigene Überzeugung auf latente Interessen befragen. Es fordert die Bereitschaft zum Vergleich der Aussagen und Deutungen, um im *Mannheim*schen Sinne zu Partialwahrheiten und wandlungsfähigen, »gleitenden« Begriffen und Erkenntnismodellen zu gelangen. Es fordert Verständnis und Toleranz für andere Standpunkte, die andere Menschen im Rahmen ihres historischen Hintergrundes und ihrer kulturellen Erfahrungsmuster in ihrer aktuellen sozialen und machtpolitischen Situation einnehmen, um schrittweise zu einem umfassenderen, globalen Denken unter Einbeziehung der Denkmuster und Vorstellungen anderer Nationen und Kulturen zu gelangen.

276 Helmut Volger

Dynamic Processes in Society and the Formation of Ideologies
Helmut Volger (Berlin)

At present we are witnessing the collapse of ideological systems in Eastern Europe. The western industrial countries comment on this development by pointing out to the non-existence of ideologies in their own societies. This is already an ideological fixation, a deception, because ideologies are an ubiquitous phenomenon, which can be found in any society. The French philosopher de Tracy was the first to coin the term »ideology«. With the help of this »theory about the development of ideas« in connection with the processes of sensual perception he wanted to analyze the fixations and errors in the established system of ideas of absolutism in order to get to the so-called »true ideas«: a system of natural order and natural law, which should replace the rigid and dysfunctional system of absolutism. Ideology thus was at its beginning an instrument for criticizing absolutism and had a strong undercurrent of enlightenment and democracy.

But ideology also developed in its very early stage a second meaning and function. Within the framework of the positivism of French sociology of Auguste Comte and others ideology got another significance. It was understood as the unscientific, subjective elements in science, the blurring of the theoretically possible scientific perception through subjective feelings. The positivists strive for a »clean«, value-free relationship between scientific statements and the facts of the outside world, that means the denial of the subjective factor. Karl Marx saw ideology as an inevitable and ubiquitous phenomenon, being the product of the material economic conditions, the organization production. Thus the participants in the economic production process are not able to perceive the real situation of alienation and exploitation, they are prone to ideological deceptions. While the young Marx still believed in the utopian potential in any ideology, containing a »dream« of a better world, Marx later saw ideology as a mere reflection of the economic situation. He regarded ideology as the consciousness of the classes: the proletarians have the »right« ideology, the capitalists the »wrong« one. In his understanding only the change of the economic system can overcome the

While the Critical Theory (Adorno, Horckheimer) regards ideology as part of a comprehensive social process of camouflage by the economy, the mass media and culture industry, which can only be overcome by the critical attitude of the intellectual, who is able to understand this camouflage, Karl Mannheim starts from the assumption, that the influence of ideologies in science can be minimized by the analysis of interests. By comparing the ideologies, the »group philosophies of life« of different social groups or scientific schools, one can reach scientific knowledge of provisional validity, if one keeps its relativity in mind.

ideological system of capitalism.

The author agrees with this theory of ideology and stresses the significance of open, »gliding« terms (Mannheim) and of the comparison of scien-

tific theories in order to minimize ideological fixations. He underlines the important critical function of fringe groups and dissidents in society, which have a greater distance to the prevailing ideologies of society and are thus in a better position to perceive and criticize the ideological structures of society.

The author points out that ideologies in its present form are cultural reactions of the societies to the dissolution of the pre-industrial societies with its uniform philosophies of life supplied by the church and the monarchy. The ideologies are a correlate of the formation of large social groups within society during the Industrial Revolution. They allow the individuals a social identification and orientation, are an instrument for mobilizing the social groups in social conflicts and a means of demarcating the social group in relation to other groups.

As long as the structures of ideology are rather open and flexible and as long as it is tolerant towards other ideologies, its social function is constructive. But when it becomes rigid, when it is used as means for repression within society and as means of mobilisation in military conflicts with other societies, its function turns destructive. In their degree of constructivity or destructiveness ideologies are reflections of the present state of their societies: Thus the states in Eastern Europe return to ideologies of national states, because they want to cope with the large extent of social change and economic disarray and they hope that this ideology will provide them with a potential of integration. On the other hand the states in Western Europe with their rather stable economic systems slowly turn away from the ideology of the national state towards more comprehensive concepts, i.e. European concepts. Ideologies must reflect to a sufficient degreee the specific cultural roots and conditions of societies, when they are to fulfill constructive social functions. That is the reason why the African and Asian states were not successful in taking over the ideological systems of the West and of the Soviet version of Marxism-Leninism in the phase of decolonisation, because both systems did not fit sufficiently to the living conditions in the Third World, their cultural and economic traditions. The same problem is to be expected in Eastern Europe when the states take over the Western ideology of market economy.

When ideologies lose their constructive function because their are »out of date«, they have to be replaced by new ideas. Thus societies must be ready for a permanent discussion of their basic systems of convictions and values. The knowledge that all standpoints and theories are relative and are influenced by the history and cultural tradtion of a society, by its present social and political situation, should lead us to more tolerance and to a comprehensive »global« thinking, integrating the ideas of other nations and cultures.

Literatur

Comte, Auguste (1880): Einleitung in die positive Philosophie, deutsche Ausgabe. Leipzig ohne Verlagsangabe.

- (1907): Soziologie, Bd. I, deutsche Ausgabe. Jena ohne Verlagsangabe.

Geiger, Theodor (1953): Ideologie und Wahrheit. Stuttgart.

Habermas, Jürgen (1967): Erkenntnis und Interesse, 4. Aufl. (Frankfurt: Suhrkamp Verlag). Horckheimer, Max / Adorno, Theodor W. (1947): Dialektik der Aufklärung. Amsterdam. Lenk, Kurt (Hrsg.) (1984): Ideologie. Ideologiekritik undn Wissenssoziologie, 9. Aufl. Frankfurt/New York.

Mannheim, Karl (1929): Ideologie und Utopie. Bonn ohne Verlagsangabe.

Marx, Karl (1953): Die deutsche Ideologie, in: Die Frühschriften, hrsgg. v. S. Landauer. Stuttgart.

- Grundrisse der Kritik der politischen Ökonomie. Berlin (1952).

Adresse des Autors: Dr. phil. Helmut Volger Ludwigkirchstraße 2 D-10719 Berlin

Buchbesprechungen / Book Reviews

Christa Rohde-Dachser (Hrsg.): Zerstörter Spiegel. Psychoanalytische Zeitdiagnosen.

Sammlung Vandenhoeck, Verlag Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen, 2. Auflage 1992, 189 Seiten

Das von Christa Rohde-Dachser herausgegebene Buch entstand am Institut für Psychoanalyse der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt, an dem Alexander Mitscherlich wirkte. In seiner Tradition verstand sich die Psychoanalyse als Instrument einer Gesellschafts- und Kulturkritik, die nicht nur historische Rückschau hält, sondern die unbewußten Phantasien und Abwehrmechanismen, die zur Festigung repressiver und endfremdeter Gesellschaftsstrukturen beitragen, benennt und sichtbar macht. Die von herausragenden Psychoanalytikern wie Tobias Brocher, Mario Erdheim, Hannes Friedrich, Wulf-Volker Lindner, Renée Meyer zur Capellen, Margarete Mitscherlich, Dieter Ohlmeier, Horst Petri, Christa Rohde-Dachser und Léon Wurmser als Vorträge verfaßten Aufsätze nehmen allesamt zu Problemen der Gegenwart aus psychoanalytischer Perspektive Stellung. In ihrem Vorwort zitiert Christa Rohde-Dachser Thomas Mann (1929): »Der Weg, den die Psychoanalyse vorschreibt, ist der der Bewußtmachung, der Analyse, auf welchem es kein Halt und kein Zurück, keine Wiederherstellung des »Guten-Alten« gibt; das Ziel, das sie zeigt: eine neue, verdiente, durch Bewußtheit gesicherte, auf Freiheit und Wahrhaftigkeit berühende Lebensordnung«.

Im ersten Aufsatz von Mario Erdheim wird der Frage nachgegangen, ob das Unbewußte als Niederschlag gesellschaftlicher Verhältnisse verstanden werden kann oder vielmehr ein »Familiengrab« ist, in dem man bei der Analyse nur auf Vater und Mutter stößt.

Tobias Brocher umreißt im zweiten Beitrag »Kulturkritische Perspektiven in Vergangenheit und Gegenwart«, während in den folgenden Aufsätzen Léon Wurmser, Hannes Friedrich und Horst Petri auf unterschiedliche Weise darlegen, wie kollektiv erfahrene Belastungssituationen die unbewußten Phantasien des Einzelnen prägen, um sich in der Analyse häufig als individuelles Leid, als neurotisches Symptom, zu präsentieren.

Dabei sieht Wurmser das Ressentiment als tiefes Ungerechtigkeitsgefühl, das sich nicht nur in aus schweren Kränkungen herleitbaren Einzelschicksalen, sondern auch in den großen paranoiden Katastrophen (Hitler, Stalin, Mao) dieses Jahrhunderts manifestiert. Hannes Friedrich schreibt über den beschädigten Narzißmus des heutigen Menschen, der seine Unsterblichkeitsphantasien angesichts der Zukunftsbedrohungen unserer Welt revidieren muß. In einer emotional sehr bedrückenden Dokumentation stellt Horst Petri die Vergiftung der Eltern-Kind-Beziehung angesichts der nicht offen diskutierten Zukunftsängste der Kinder dar. Seiner Aussage nach erhält sich

unsere Zivilisation mittlerweile auf Kosten der Kinder (»durch ein Kinderopfer«) am Leben.

Auf die vielfältigen Verflechtungen zwischen der Aggression des Individuums und der in Institutionen gebundenen Aggression geht Wulf-Volker Lindner in seiner Arbeit ein. Er definiert dabei übrigens (ausgehend von Heigl-Evers und Heigl) eine Art von »friedlicher Aggression« im Sinne des adgredi, ohne sich jedoch begrifflich auf die von Ammon ausformulierte Aggressionskonzeption zu beziehen, als »die Fähigkeit, an alle Objekte der den Menschen umgebenen Welt, an die anderen Menschen, an die andere Lebewesen, an die unbelebten Gegenstände und Dinge aktiv gestaltend herangehen zu können, also Lebensgestaltung insgesamt als Voraussetzung zur Individuation.«

Dieter Ohlmeier und Margarete Mitscherlich schreiben jeweils aus einer geschlechtsspezifischen Perspektive – Ohlmeier über die »vaterlose Gesellschaft«, ein Begriff, den zuerst 1919, lange vor Alexander Mitscherlich, Paul Federn gebraucht hatte, und Margarete Mitscherlich über die Beziehung von Feminismus und Psychoanalyse, die sie letztlich als Geschichte des Mannes sieht.

Der letzte Beitrag des Buches, von Christa Rohde-Dachser und Renée Meyer zur Capellen, greift das Thema menschlicher Allmachtsphantasien erneut auf, die auch für die Naturzerstörung verantwortlich gemacht werden. Diese Entwicklung wird, anders als im Beitrag von Hannes, Friedrich, als »Hypertrophierung des männlichen Kulturwerks« verstanden. Die Autorinnen zeigen auch unbewußte Phantasien und Wünsche auf, die diese Entwicklung steuern.

Insgesamt lebt das Buch von der Spannung zwischen einem »tiefen Kulturpessimismus« (Rohde-Dachser) und einer möglichen aktiven Veränderung der Verhältnisse im Sinne eines Wertewandels, der durch das kulturund gesellschaftskritische Potential der Psychoanalyse gefördert werden könnte. Dabei wird jedoch weder Freuds Todestrieb-Theorie infragegestellt, noch wird ein positives psychoanalytisches Entwicklungsmodell des Menschen, wie es die von einer primär konstruktiven Aggression ausgehende Humanstrukturkonzeption Günter Ammons beispielhaft darstellt, entworfen. Bezeichnenderweise endet Christa Rohde-Dachsers Vorwort mit dem Zitat Freuds: »Das Leben zu ertragen, bleibt ja doch die erste Pflicht aller Lebenden. Die Illusion wird wertlos, wenn sie uns darin stört« (Freud 1915).

Ulrike Schanné (München)

Gesa Wunderlich Die Öffnung der Psychoanalyse von der elitären Privatwissenschaft zur anerkannten Behandlungsmethode.

Thieme Verlag, Stuttgart, New York 1991, 167 Seiten

Nachdem der Bundesrat am 10. Juni 1994 den Entwurf des Psychotherapeutengesetzes mit der Mehrheit der SPD-regierten Länder abgelehnt hat,
erlangt das Buch, das ich heute vorstellen möchte, eine besondere
Aktualität, obwohl es bereits 1991 erschienen ist. Die Autorin, eine Berliner
Ärztin, beschreibt den langen Weg, der bis zur Anerkennung tiefenpsychologischer und psychoanalytischer Therapien als Regelleistung der Krankenkassen gegangen werden mußte. Sie tut dies immer im Zusamenhang mit
den konkreten Personen, die sich dafür eingesetzt oder dagegen ausgesprochen haben. So erfahren wir fast nebenbei vieles über die Geschichte der
psychoanalytischen Bewegung in Deutschland, insbesondere in Berlin vom
Anfang unseres Jahrhunderts bis heute.

In den ersten Kapiteln geht es um die schwierige wirtschaftliche, jedoch sehr offene kulturelle und politische Situation im Berlin der zwanziger Jahre. Die Stadt war in jeder Hinsicht experimentierfreudig, es herrschte eine Atmosphäre der Aufgeschlossenheit für alles Neue, was sich für die Psychoanalyse mit ihrer Betonung der Sexualität als sehr günstig erweisen sollte. Auch auf dem Gebiet der Wissenschaft war die Stadt führend: Persönlichkeiten wie Albert Einstein, Otto Hahn, Lise Meitner, Walther Nernst oder Max Planck lehrten und arbeiteten an der Universität. In dieser Stadt gründeten nun Ernst Simmel, Karl Abraham und Max Eitingon 1920 das Berliner psychoanalytische Institut. Damit war das erste psychoanalytische Institut der Welt geschaffen worden. Es sollte dem wissenschaftlichen Austausch dienen, Möglichkeiten für eine Patientenbehandlug bieten und die Ausbildung zum Analytiker mit verbindlichen Kriterien übernehmen. Diese drei Schwerpunkte, v.a. die Ausbildungsordnung, hatten weltweiten Modellcharakter und blieben bis heute vorbildhaft für weitere Institutsgründungen. Schon in den ersten Jahren wirkten bekannte Analytiker am Institut. Die Autorin nennt u.a. Franz Alexander, Otto Fenichel, Karen Horney, Sandor Rado, Theodor Reik sowie Hanns Sachs. Kritisch betrachtet sie, daß sich das Institut sehr fern von den tobenden sozialpolitischen Kämpfen der Zeit hielt, v.a. von den Auseinandersetzungen zwischen den Kassenärzten und den Krankenversicherungen. Abgesehen von einigen, wenigen Ausnahmen setzte sich das Institut nämlich nicht dafür ein, die Psychoanalyse als Behandlung der großen Mehrheit der nicht zahlungskräftigen Neurotiker zugute kommen zu lassen. Die Arbeit mit reicheren Patienten, die eine Privatbehandlung finanzieren konnten, sieht sie als elitär an. Lediglich der 1892 geborene Harald Schultz-Hencke, der von 1922 bis 1923 seine Lehranalyse am Berliner Institut bei Boehm absolviert hatte, engagierte sich nach den Recherchen der Autorin für eine breite Anwendung der Psychoanalyse auch auf die ärmeren Volksschichten, was

eine Kostenübernahme der Krankenkassen voraussetzte. Davon war man allerdings damals noch weit entfernt. Interessant sind jedoch die Argumente für und gegen Psychotherapie zu lesen, die damals verwendet wurden. Wer nur ein bißchen das jahrzehntelange Ringen der psychologischen Psychotherapeuten in der Bundesrepublik um eine gesetzliche Regelung und Anerkennung durch die Kassen mitverfolgt hat, wird viele der Argumente wiedererkennen und sich nicht wenig wundern. Hierin liegt eben die eingangs erwähnte Bedeutsamkeit des Buches in unseren Tagen.

Weiter geht es im Buch mit der Zeit der großen Wirtschaftskrise, der ersten Auswanderungswelle von Analytikern in die USA, und danach mit der komplizierten Entwicklung des Instituts im Dritten Reich. Sehr genau wird anschließend der Wiederaufbau eines Institutes nach dem Zweiten Weltkrieg beschrieben. Im Mittelpunkt stehen die Bemühungen Schultz-Henckes um die Finanzierung des Institutes, die im März 1946 in der Gründung des Zentralinstitutes der damaligen Berliner Einheitssozialversicherung gipfelten. Hier brauchten nun die Patienten nichts mehr für ihre psychoanalytische Behandlung zu bezahlen, womit selbige aus ihrem elitären Winkel herausgetreten sei. Aber, so führt Gesa Wunderlich an, eben nur in Berlin und nur im Rahmen der Sozialversicherung. Jederzeit bestand die Gefahr, daß aus wirtschaftlichen Gründen wieder alles rückgängig gemacht würde. Tatsächlich stand das Zentralinstitut besonders ab Angang der fünfziger Jahre ständig unter dem Druck der Verwaltung der Versicherungsanstalt Berlin, die ständig Zahlen und »harte« Fakten über seine Rentabilität sehen wollten. So mußten Schultz-Hencke und nach seinem unerwarteten Tod 1953 Dührssen und Jorswieck permanent katamnestische und prognostische Statistiken vorlegen. Eben diese Statistiken führten 1967 zur Verabschiedung der »Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie in der kassenärztlichen Versorgung« - kurz Psychotherapie-Richtlinien genannt. An dieser Stelle ist eine Art Finale erreicht, das Buch endet ziemlich jäh. Es kommen zwar noch einige zusammenfassende Seiten und zwei Anhänge, aber keine inhaltliche Fortführung, obwohl doch seit 1967 mittlerweile 27 Jahre vergangen sind, in denen sich die Fragen, die das Buch behandelt, auf interessante Art weiterentwickelt haben. Genau hier setzen auch meine kritischen Bemerkungen an, mit denen ich schließen möchte.

1. Es ist eine wichtige Errungenschaft, daß jemand, der eine Behandlung benötigt, sie aber nicht bezahlen kann, eine von der Kasse finanzierte, umfangreiche Psychoanalyse machen kann. Dies gilt aber nur für den ambulanten Bereich und nur für neurotische Patienten. Die schwerer Kranken, in unserer Zeit vor allem die Borderline-Patienten, müssen oft stationär behandelt werden. Doch gerade im stationären psychiatrischen Bereich hat psychoanalytisches Denken bisher kaum Einzug gehalten, geschweige denn, daß es sich in den Landeskrankenhäusern institutionalisiert hätte. Nur wenige können sich private Luuxuskliniken leisten. Was ist mit diesen

Patienten? Hierzu erfahren wir leider nichts von der Autorin. Nur an einer Stelle spricht sie sich vage gegen eine Verwässerung der Psychoanalyse mit dem Denken aus, das ihrer Ansicht nach aus der Behandlung psychotischer Patienten erwächst. Zwischen neurotischen und psychotischen Patienten müsse man streng trennen. An einer anderen Stelle wird erwähnt, daß im Zentralinstitut 30,4% der Patienten, die sich vorgestellt hätten, aufgrund einer sehr ungünstigen Behandlungsprognose abgewiesen wurden. Welche Diagnose sie hatten, und v.a. was weiter mit ihnen geschah, bliebt offen. Psychoanalyse also doch nicht für alle? Glücklicherweise hat sich die Psychoanalyse andernorts eben gerade diesen schwerer gestörten Patienten zugewandt.

2. Drei Begriffe setzt Gesa Wunderlich in ihrem Text permanent gleich: Psychoanalyse = Neopsychoanalyse nach Schultz-Hencke = Psychotherapie überhaupt. Auf Seite 159 schreibt sie rundheraus, nicht-analytische Behandlungen ließen jeglichen Therapieerfolg vermissen, da sie zu keiner Strukturveränderung führten. Deshalb ist Psychoanalyse für sie die einzige Form von Psychotherapie. Obwohl ich auch ein Verfechter der Psychoanalyse bin, würde ich doch so weit niemals gehen wollen, anderen Therapieformen jeglichen Nutzen abzusprechen. Da es aber die Autorin tut, steht sie erst gar nicht vor der schwierigen, aber höchst interessanten Frage, ob es nicht an der Zeit wäre, auch andere Therapieverfahren als die bisher gültigen kassenärztlich anzuerkennen. Immerhin hat sich doch seit 1967

eine Menge getan.

3. Für Gesa Wunderlich als promovierte Ärztin steht natürlich die Tätigkeit des Arztes im Vordergrund. Die nicht-ärztlichen Therapeuten, zu denen sie auch ohne eigene Erwähnung die Psychologen zählt, werden nur an wenigen Stellen kurz genannt, unter dem Stichwort der Laienanalyse. Mit der Einführung des Delegationsverfahrens hätten die Ärzte den Psychologen doch ihre therapeutische Betätigungsmöglichkeit gerettet. Seit 1967 ist also auch hier die Welt in Ordnung. Daß sie das für die Psychologen hinsichtlich ihrer Kassenabrechung keineswegs ist, bleibt unerwähnt, ebenso wie der Kampf dieser Berufsgruppe gegen das Delegationsverfahren und für eine berufliche Gleichstellung mit den Ärzten durch ein Psychotherapeutengesetz. Diesen Kampf, der sich durch die letzten 27 Jahre seit Inkrafttreten der Psychotherapierichtlinien zieht, unterschlagen zu haben, gehört zu den Schwächen des Buches. Es ist seine Stärke, den Kampf um eine gleichwertige Anerkennung psychischer Krankheiten durch die Krankenkassen plastisch und detailliert geschildert zu haben.

Thomas Abel (Berlin)

Volker Tschuschke Wirkfaktoren stationärer Gruppenpsychotherapie – Prozeß-Ergebnis-Relationen

Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1993, 234 Seiten

Die Monografie von Volker Tschuschke zur »Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse« (Nr. 16) reiht sich ein in eine Reihe von Veröffentlichungen der letzten Jahre, die sich um die Analyse und prognostische Bedeutung der für den Erfolg verschiedener Psychotherapien bedeutsamen Wirkfaktoren bemühen. Auf der Grundlage der Daten von zwei langjährig von denselben Therapeuten unter gleichen Rahmenbedingungen durchgeführten analytischen Gruppenpsychotherapien in einer Stuttgarter psychotherapeutischen Klinik wird die Relevanz von fünf in der Literatur zur Gruppenpsychotherapie beschriebenen Wirkfaktoren für kurz-, mittel- und längerfristige Therapieergebnisse untersucht, ebenso ihre Wechselwirkungen, sowie die Zeitpunkte während des therapeutischen Prozesses, zu denen die einzelnen Wirkmechanismen besonders zum Tragen kommen.

Im einzelnen handelt es sich um folgende Wirkfaktoren: 1) Verhaltensänderungen (»interpersonal learning output«) wie z.B. der Aufbau von neuem, adäquaterem interpersonell wirksamen Verhalten, 2) Kohäsion (»cohesiveness« oder »cohesion«), d.h. die emotionale Bezogenheit zur Gruppe, 3) Rekapitulation der primären Familiengruppe (»familiy re-enactment«), d.h. die Reinszenierung früher familiärer Beziehungsmuster in der Gruppe und die dadurch gegebene Möglichkeit der Korrektur früher intrapsychischer Objekt- und Selbstrepräsentanzen, 4) Feedback (»interpersonal learning input«) d.h. Rückmeldungen aus der Gruppe an das Individuum, 5) Selbsterfüllung (self-disclosure«), d.h. die Bereitschaft des Gruppenmitglieds, sich zu öffnen. Die Untersuchung solcher Faktoren ist insofern für die Psychotherapieforschung von großer Relevanz, weil es für alle an dem therapeutischen Prozeß beteiligten Personen von größtem Interesse ist, herauszuarbeiten, wie die psychotherapeutische Veränderung zustandekommt.

Nach den Ergebnisssen von Tschuschke und Mitarbeitern stehen alle diese Wirkfaktoren in signifikanter Beziehung zum Therapieerfolg, insbesondere die Faktoren »Rekapitulation der Primärfamilie« und »Individuelle Kohäsion«. Dabei trägt jeder dieser Faktoren sehr unterschiedlich und zu ganz unterschiedlichen Zeitpunkten der Gruppenpsychotherapie zum Therapieergebnis bei. Die Faktoren hängen voneinander ab und der Autor vermutet, daß sie hierarchisch strukturiert sind. Die bereits in der Literatur für die Einzelpsychotherapie beschriebene hervorragende Bedeutung einer günstigen therapeutischen Beziehung für ein positives Therapieergebnis konnte von Tschuschke auch für die stationäre Gruppenpsychotherapie bestätigt werden, wobei für die erfolgreichen Patienten die wichtigsten Veränderungen bereits frühzeitig im Gruppenprozeß passieren. Dabei ist nach den Ergebnissen der Studie der »typisch erfolgreiche Gruppenpatient« eine Person, die die Gruppe mit einer deutlich hohen, positiven emotionalen

Bezogenheit beginnt und diese auch über die Therapie hinweg aufrechterhält. Der Patient öffnet sich in einer nicht überforderten Art frühzeitig und kontinuierlich in der Gruppe. Er ist in der Lage, aufgrund von erhaltenem und angenommenem Feedback klinisch ungünstige Selbst- und Objektpräsentanzen dauerhaft zu verändern, unangemessenes Verhalten zu reduzieren und neues adäquates Verhalten aufzubauen. Dabei weisen die Ergebnisse der Studie darauf hin, daß dem Gruppenleiter eine besondere Bedeutung zukommt, insbesondere was seine therapeutische Aktivität anbelangt. Gerade bei schwer gestörten Patienten im stationären Bereich muß die Beziehungsaufnahme und -gestaltung oberstes Prinzip psychotherapeutischer Arbeit sein.

Die vorgestellte Studie versteht sich als eine multiple Einzelfallanalyse. Das Problem der Aggregation von Einzelergebnissen mit dem Ziel, gesetzmäßige Vorgänge und Zusammenhänge in psychotherapeutischen Veränderungsprozessen zu erhalten, wird von dem Autor abschließend ausführlich diskutiert. Jedenfalls müssen die an detaillierten Einzelfalluntersuchungen gewonnenen Ergebnisse an anderen vergleichbaren Einzelfällen kreuzvalidiert bzw. bestätigt werden. Die Untersuchungen von Tschuschke und Mitarbeitern stehen hier beispielhaft für weitere Forschungsarbeit auf dem Gebiet der Gruppenpsychotherapie. Sie regen zu neuen Fragenstellungen an und machen auch dem Praktiker Mut, psychotherapeutische Forschungsfragen in die eigene Praxis zu integrieren und den praktischen Nutzen einer solchen Integration zu realisieren.

Ilse Burbiel (München)

Otto F. Kernberg, Michael A. Selzer, Harold W. Koenigsberg, Arthur C. Carr und Ann H. Appelbaum:

Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten

Verlag Hans Huber, Bern, Stuttgart, Toronto, 1993, 192 Seiten

Das im vorliegenden Handbuch dargestellte Behandlungsmodell für Borderline-Patienten basiert auf ichpsychologischen und objektbeziehungstheoretischen Konzepten, aus denen Kernberg sein integriertes theoretisches Modell der Borderline-Psychopathologie entwickelte. Hervorgegangen aus einem mehrjährigen Psychotherapieforschungsprojekt über Borderline-Patienten, will die Autorengruppe um Kernberg eine »detaillierte und klare Beschreibung einer Therapie« bieten, die in der täglichen thera-peutischen Praxis hilfreich ist. Um Hauptbestandteile therapeutischen Verhaltens zu identifizieren und eine einheitliche Ausbildung für Therapeuten zu gewährleisten, ist nach Ansicht der Autoren die detaillierte Darstellung von Behandlungsabläufen notwendig. Genau in diesem Aspekt liegt eine wesentliche Stärke des Buches, denn in jedem Kapitel werden ausführliche und illustrative Fallbeispiele und Behandlungslungssequenzen vorgestellt.

Ausgehend von der Diagnostik der Borderline-Pathologie werden zunächst die Grundlagen der Therapie, wie Behandlungsemethodik, Therapievertrag, Durchführung der Sitzungen und Gegenübertragungsphänomene beschrieben. Neben den Techniken der Klärung, Konfrontation und Deutung hält Kernberg eine ausführliche Analyse von Übertragungs- und besonders Gegenübertragungsprozessen für unabdingbar, um immer wieder die »technische Neutralität« des Therapeuten herzustellen und zu bewahren. Im Anfangsprozeß soll der Patient selber sein Therapieziel formulieren und eigene Motivation zur Zusammenarbeit mit dem Therapeuten entwikkeln. Die dabei entstehenden Widerstands- und Ausagier-Phänomene werden ausführlich beschrieben und analysiert.

Im zweiten Teil des Buches werden die Phasen der Behandlung nach Kernberg dargestellt und besonders die Trennung aus der Therapie in ihren intrapsychischen Aspekten berücksichtigt. In der frühen Behandlungsphase geht es im wesentlichen um die Integration von Teil-Selbst- und Teil-Objektrepräsentanzen, in der Mittelphase um die Arbeit mit reiferen Abwehrmechanismen und Übertragungen und in der Trennungsphase um die Durcharbeitung der Trauer und der Trennungsangst. In diesem Teil des Handbuchs wird Kernbergs Therapiekonzeption ausführlich mit praktischen Beispielen vorgestellt, wobei die spezifische Zentrierung auf eine reine Einzelbehandlung auffällt, die für Borderline-Patienten aus der Sicht der Dynamischen Psychiatrie zumindest problematisch erscheint.

Die häufigsten Komplikationen bei der Borderline-Therapie stellen die Autoren im letzten Teil des Buches dar. Hier werden auch, neben den bekannten Abbruchstendenzen, dem Ausagieren und schweren Formen des Widerstands, Suiziddrohungen und psychotische Reaktionen beschrieben und der Umgang mit diesen schweren Komplikationen dargestellt. Das Buch endet mit einem Abschnitt über »ausgedehntes Schweigen« als Widerstand und gibt auch hier Richtlinien für das Verhalten des Therapeuten.

Insgesamt geben Kernberg und Mitarbeiter eine strukturierte und didaktisch klar aufgebaute Darstellung der Borderline-Behandlung nach dem Modell der »Psychodynamischen Borderline-Therapie« Kernbergs. Die für den praktisch tätigen Therapeuten wichtige Verbindung von Theorie und Behandlungspraxis ist durch die Einbeziehung von Fallvignetten und Behandlungssequenzen gut gelöst. Jedoch vermißt man bereits in den ersten Kapiteln die Darstellung unbewußter Prozesse und Träume, die zwar als notwendig vorausgesetzt werden, aber letztlich nicht in die Falldarstellungen eingehen.

Völlig fehlt in Kernbergs Borderline-Konzeption eine gruppendynamische Dimension, da sein Modell rein intrapsychisch formuliert ist. Bei Einflüssen aus der Realsituation, der Berufswelt oder der Familie, sollte der Therapeut Krankenschwestern oder Sozialarbeiter einschalten, die den therapeutischen Prozeß von realen Gegebenheiten freihalten. Auf der Basis freudianischen Denkens zu verstehen ist wohl auch der immer wieder auftauchende Begriff der »technischen Neutralität« des Therapeuten, die Kernberg nur dann temporär auflöst, wenn dem Patienten Lebensgefahr droht oder der Therapieprozeß insgesamt gefährdet ist. »Technische Neutralität

verweist auf die gleichmäßig distante Haltung des Therapeuten zu den im Konflikt liegenden emotionalen Kräften des Patienten« – ... »Nur der Therapeut, der beides ist, Teilnehmer und neutraler Beobachter, der sich mit dem beobachtenden Ich des Patienten zusammenschließt, ist in der Lage, das vorherrschende Übertragungsmuster zu erkennen, zu klären und zu deuten. Neutralität bedeutet nicht Indifferenz; sie drückt vielmehr ein engagiertes, objektives und unparteiisches Interesse aus, ...«. Diese Konzeption steht der dynamisch-psychiatrischen Vorstellung eines Therapeuten gegenüber, der sich als Partner des Patienten versteht, mit all seinen menschlichen Potentialitäten und Fähigkeiten, der mit seinen persönlichen Stärken und seinen Schwächen frei und verspielt umgehen kann. Gerade für den Borderline-Patienten ist die Offenheit und Ehrlichkeit des Therapeuten Grundvoraussetzung für ein gelingendes therapeutisches Bündnis. Erst dann greifen überhaupt technische und methodische Parameter, und die Therapie wird zu einem echten nachholenden Entwicklungsprozeß für den Patienten.

Das aus dynamisch-psychiatrischer Sicht wesentliche Moment der Borderline-Behandlung, nämlich die Arbeit mit konstruktiven, jedoch zersplittert und inselhaft gebliebenen Fähigkeiten des Patienten mit dem Ziel einer Integration vorher diffus vorhandener Identitätsaspekte hin zu einer eigenen, entwicklungsfähigen Persönlichkeit, läßt sich in der Konzeption Kernbergs nicht finden. Das von Kernberg formulierte Therapieziel, nämlich dem Patienten »verbesserte Lebenserfahrungen und tiefere Beziehungen zu anderen Personen« zu ermöglichen und »Konflikte, normale Ängste und depressive Gefühle ... ohne Dekompensation ertragen ... (zu) können«, wobei eine »Analyse unrealistischer Erwartungen des Patienten« am Abschluß der Behandlung steht, zeigt diese unterschwellige pessimistische Einstellung deutlich. »Der Therapeut sollte erwarten und der Patient allmählich verstehen, daß das Ziel der Behandlung keine perfekte, sondern eine adäquate Lösung der strukturellen Verzerrungen der Identitätsdiffusion, der primitiven Objektbeziehungen und der Abwehrmechanismen ist.«

Der Mensch bleibt also nach der Therapie lebenslang ein Borderline-Patient mit mehr oder weniger gut ausgebildeten Kompensationsmöglichkeiten. In dieser Hinsicht ist die Borderline-Konzeption Kernbergs quasi unbewußt der alten, Schneiderschen Psychopathen-Lehre verhaftet, wobei die von Schneider postulierte Unbehandelbarkeit des Psychopathen (phänomenologisch dem Borderline-Patienten entsprechend) in eine begrenzte Behandelbarkeit ohne echte Identitätsentwicklung übergegangen zu sein scheint. Daß das Borderline-Konzept Kernbergs in dieser Form in aller Welt akzeptiert wird, verdeutlicht im Vergleich noch mehr, warum das Veränderungspotential, das der dynamisch-psychiatrischen Borderline-Konzeption Günter Ammons implizit ist, aus unbewußter Identitätsangst gerade vor dieser Veränderung in der psychoanalytisch-psychotherapeutischen Fachwelt zu wenig genutzt wird.

Jerome J. Kreisman, Hal Strauß Ich hasse Dich – verlaß mich nicht. Die schwarzweiße Welt der Borderline-Persönlichkeit

Kösel-Verlag, München 1992, 278 Seiten

Die vorliegende Monographie von Jerome Kreisman und Hal Strauß erschien 1989 im Original in Englisch mit dem Titel »I hate You – Don't leave me. Understanding the Borderline Personality«. Anliegen des vorliegenden Buches ist es, einer breiten Leserschaft von Laien, Angehörigen und Fachleuten ein umfassendes und allgemeinverständliches Bild dieser in unserer heutigen Zeit so weitverbreiteten Erkrankung zu geben und Aufklärungsarbeit zu leisten. Ziel der Autoren ist es, nicht nur ein intellektuelles Verständnis dieser Erkrankung zu vermitteln, sondern das Erleben und Fühlen borderlinekranker Menschen für den Leser emotional nachfühlbar und verstehbar zu machen.

Ausgehend von vielen verschiedenen Fallbeispielen wird in dem vorliegenden Buch eingeführt in das Denken und Fühlen der Erkrankten, in sozioökonomische Zusammenhänge, in diagnostische Fragen und in die Ätiologie der Borderline-Erkrankung. Für die Erkrankung unserer Zeit, die Autoren sprechen auch von »Borderline-Ära« und »Borderline-Gesellschaft«, wird neben gesellschaftlichen Faktoren auch die Frage nach der Therapie gestellt. Ziel verschiedener Therapiemethoden, so die Autoren, sei ein »effektiveres Funktionieren in einer Welt, die als weniger geheimnisvoll, weniger schädlich und damit als angenehmer wahrgenommen wird«. Der wichtigste Teil der Therapie liege in der Therapeut-Patient-Beziehung, wobei der Begriff des »Verstehens« eine zentrale Rolle spielt. Die beiden Autoren Kreismann und Strauß beziehen sich in ihrer Darstellung insbesondere auf die beiden bekannten amerikanischen Forscher John Gunderson und Otto Kernberg.

Im Anhang der Monographie findet sich ein Überblick über die verschiedenen Achsen des DSM-III-R sowie ein Abriß zur geschichtlichen Entwicklung und zu theoretischen Konzepten des Borderline-Syndroms. Die Stärke des vorliegenden Buches liegt in der allgemeinverständlichen Darstellung der Welt von Borderline-Erkrankten sowie in der Zusammenstellung des zur Zeit im amerikanischen Raum vorherrschenden Verständnisses dieser Erkrankung.

Monika Dworschak (München)

Harald Feldmann (unter Mitarbeit von Joachim Westenhöfer): Vergewaltigung und ihre psychischen Folgen. Ein Beitrag zur posttraumatischen Belastungsreaktion

Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1992, 160 Seiten

Dem Thema entsprechend ist dieses Buch nicht leicht lesbar, handelt es sich doch um eine der demütigendsten Erfahrungen, denen ein Mensch ausgesetzt sein kann. Verdienstvoll ist es, daß Feldmann das Thema Vergewaltigung, das lange vernachlässigt wurde, aus psychiatrischer und psychotherapeutischer Sicht angeht bis hin zur sehr seltenen Vergewaltigung von Männern. Er spannt dabei einen weiten Bogen von den rechtlichen und kriminologischen Aspekten über die gesellschaftlichen Perspektiven (sozialer Kontext, Vorurteile, Einstellungen zu Vergewaltigung) bis hin zur sozialen Stigmatisierung der Frauen, die sie erneut zum Opfer macht. Seiner eigenen empirischen Untersuchung von 75 Vergewaltigungsopfern geht die Bearbeitung der vorhandenen psychologischen und psychiatrischen Fachliteratur voraus. Der Autor spricht bereits im Vorwort von seiner »bewußten Parteinahme« und »begrenzten Identifikation mit den Opfern« und betont, daß die Interviews immer auch therapeutischen Zwecken dienten und daraus oft eine längere therapeutische Beziehung entstand.

Die Vergewaltigung ist ein »traumatisches Erlebnis«, das die Lebenskontinuität der Betroffenen unterbricht, zur »posttraumatischen Belastungsreaktion« und zu einer schweren psychischen Destabilisierung führt. Fast alle Frauen erlebten während der Tat größte Todesangst, z.T. mit Passivierung bis zum Stupor. Die schockartige Sofortreaktion klingt zwar nach etwa vier Wochen ab, die meisten Frauen leiden aber auch danach unter diffusen Ängsten, heftiger Sexualabwehr sowie tiefgreifenden Veränderungen ihres äußeren Lebensstils und ihres Selbstbilds. »Konstruktive Bewältigungsstrategien« wie das Aufrechterhalten einer positiven Lebensmoral, inneres Sich-Behaupten gegenüber den destruktiven Tendenzen der Tat ermöglichen die Integration des Geschehen in das »Lebensganze« und erleichtern einen Neuanfang. Dennoch wäre psychotherapeutische Hilfe nach Feldmanns Meinung für die meisten Frauen nötig, zumal zwei Drittel von ihnen auch vor der Tat unter neurotischen oder psychosomatischen Symptomen litten und ebensoviele Partner- oder Sexualprobleme berichteten. Allerdings erhielten nur zehn Prozent der untersuchten Frauen therapeutische Unterstützung. Aus dynamisch-psychiatrischer Sicht wäre ein humanstrukturelles Arbeiten notwendig, während der Autor lediglich gesprächs- und verhaltenstherapeutische Maßnahmen fordert.

Wer mit Opfern von Vergewaltigung zu tun hat oder sonst sich umfassend dazu informieren will, ist mit diesem Buch gut beraten. Dazu tragen auch die vielfältigen Statistiken und das ausführliche Literaturverzeichnis bei.

Raymond Battegay, Johann Glatzel, Walter Pöldinger, Udo Rauchfleisch (Hrsg.)

Handwörterbuch der Psychiatrie

Ferdinand Enke Verlag Stuttgart, 2. überarbeitete Auflage 1992, 729 Seiten

Die Vielfalt der zeitgenössischen Psychiatrie zu erfassen, gelingt dem Handwörterbuch der Psychiatrie in seiner zweiten Auflage in hervorragender Weise. Als Autoren für die einzelnen Beiträge konnten die Herausgeber jeweils zu den bedeutendsten Vertretern ihres Fachgebietes gehörende Wissenschaftler gewinnen. Die 156 Beiträge, die wohl keinen wichtigen Bereich der Psychiatrie außer acht lassen, sind anschaulich geschrieben und vermitteln einen das Wesentliche erfassenden Überblick. Den einzelnen Abschnitten beigefügte Literaturverzeichnisse erleichtern den Zugriff auf vertiefende Lektüre.

In mehreren Beiträgen werden psychotherapeutische Verfahren dargestellt, wie Hypnose und autogenes Training, Psychoanalyse, Individualpsychologie und analytische Psychologie, Gesprächs- und Verhaltenstherapie, Kunst- und Musiktherapie, um nur einige zu nennen. Der zunehmenden Bedeutung der Psychotherapie für die Behandlung psychiatrischer Patienten wird damit Rechnung getragen.

Der Konzeption des Buches entsprechend, vermeiden es die Herausgeber, die in der Psychiatrie bestehenden Brüche in Krankheitsverständnis oder Behandlungsmethodik zu glätten. Gerade weil das »Handwörterbuch der Psychiatrie« den Leser mitten in die unterschiedlichen Positionen, wie sie in der Psychiatrie vertreten werden, hineinführt, ist es ein empfehlenswertes Buch. Möglichkeiten, aber auch Grenzen und Gefahren des gegenwärtigen psychiatrischen Denkens werden dadurch klar veranschaulicht.

Bernhard Richarz (München)

A. Rifkin, M. Osterheider (Hrsg.) Schizophrenie – aktuelle Trends und Behandlungsstrategien

Springer Verlag Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong, Barcelona, Budapest 1992, 225 Seiten

Das vorliegende Buch ist eine Zusammenfassung der Beiträge eines Symposiums in Baden-Baden, das 1991 abgehalten wurde und der Behandlung und Erforschung schizophrener Störungen gewidmet war. Dabei standen die Behandlung mit Psychopharmaka, Langzeitbehandlungen, Dosierungsprobleme und die Rezidivprophylaxe im Vordergrund der Vorträge und der Diskussion. Psychotherapeutische und sozialpsychiatrische Aspekte wurden nur am Rande behandelt, die Arbeit mit Angehörigen und ein Trainingsprogramm wurden nur kurz vorgestellt. Es ist zu bedauern, daß ein Symposium, das sich mit einem so wichtigen Bereich psychischer Erkrankungen wie der

Schizophrenie befaßt, so einseitig seine Forschungen und Behandlungsstrategien auf die Psychopharmakologie beschränkt. Es wäre zu wünschen, auch psychologisch orientierte Therapieformen mit einzubeziehen und zu erforschen, um den Patienten alle Möglichkeiten effektiver Behandlung zur Verfügung stellen zu können. Dies ist auch das Anliegen Rifkins in seinem Schlußwort zum Symposium.

Dorothea Doldinger (München)

Monika Frank-Auth

Hörsturz. Auf der Suche nach den Ursachen. Psychotherapeutische und medizinische Behandlungsansätze

Trias - Thieme, Hippokrates, Enke, Stuttgart 1993, 110 Seiten

Das Buch stellt ein Kompendium des aktuellen Wissens über das Thema Hörsturz aus psychosomatischer Sicht dar. Die einfache Sprache, ergänzt durch Fallbeispiele, ein Glossar medizinischer Begriffe und ein ausführliches Literaturverzeichnis macht das Werk auch dem Laien leicht zugänglich. Die Auffassung seiner multifaktoriellen Genese, mit der entsprechenden Mannigfaltigkeit therapeutischer Annäherung hinterläßt jedoch, trotz des Ansatzes psychodynamischer Erklärung, Verwirrung und widerspiegelt das Fehlen eines integrierten Gesamtkonzeptes für das Verständnis und die Behandlung des Hörsturzes als psychosomatische Erkrankung.

Egon Fabian (München)

Thomas Brandt, Johannes Dichgans, Hans Christian Diener (Hrsg.) Therapie und Verlauf neurologischer Erkrankungen

Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln, 2. Auflage 1993, 1345 Seiten

Die zweite Auflage des 1987 erschienenen Bandes stellt die aktualisierte Bearbeitung eines durch Klarheit und Übersichtlichkeit ausgezeichneten, grundlegenden Kompendiums dar, das den gegenwärtigen Wissensstand der Behandlung neurologischer Krankheiten und Syndrome für Kliniker und Studenten zugänglich macht. Klare Gliederung der Kapitel, Knappheit des Textes und tabellarische Präsentation wesentlicher Daten erleichtern den praktischen Gebrauch.

Die Herausgeber drücken im Vorwort zur ersten Auflage ihre Überzeugung aus, daß aus der Neurologie, die »noch vor 20 Jahren ... eine Wissenschaft von interessanten, aber häufig unbehandelbaren Erkrankungen« war, welche durch die »Ästhetik der Diagnostik« einen »hohen intellektuellen Reiz« und – jedoch vom Leid des Kranken entfernte – »besondere Faszination« ausübte, erfreulicherweise eine Behandlungswissenschaft geworden

sei, die der Inneren Medizin nicht nachstehe. Andererseits fällt auf, daß den psychosomatischen Zusammenhängen bei solchen Erkrankungen wie beispielsweise der Migräne, der Multiplen Sklerose oder der Epilepsie höchstens eine nebensächliche Randbemerkung gewidmet wird; entsprechend wird z.B. apodiktisch und ohne Argumentation behauptet, »die Vermutung«, daß es sich bei der Migräne um »eine überwiegend oder ausschließlich psychosomatische Erkrankung handelt, ist nicht haltbar«. All dies zeigt, in welchem Maße die Neurologie, wie auch die übrige somatische Medizin, noch dem mechanistisch-kausalen Denken verhaftet bleibt, welches in der ausschließlich pathophysiologisch aufgefaßten Ätiologie die alleinige Ursache der Krankheit sucht und aus ihr rein kausal-lineare Behandlungsstrategien abzuleiten versucht. Gerade der modernen Neurologie, mit ihren beispielhaft psychosomatischen Erkrankungen, wäre eine geistige Öffnung den vielfältigen psychopathologischen und gruppendynamischen Zusammenhängen gegenüber zu wünschen.

Egon Fabian (München)

XIV. Weltkongreß für Sozialpsychiatrie vom 5. bis 10. Juni 1994 in Hamburg

Bemerkenswert bei diesem Kongreß war, daß erstmalig Betroffene und Angehörige und ihre Verbände führend und aktiv bei der Gestaltung und Durchführung des Kongresses beteiligt waren. Die Multidimensionalität der Beteiligten kam auch dadurch zum Ausdruck, daß Vertreter fast aller psychotherapeutischer Schulen und Richtungen auf diesem einmaligen Treffen anwesend waren und miteinander diskutieren konnten. Interessant war auch, daß transkulturelle und religiöse Aspekte wie auch ganz offen die Politik mit einbezogen wurden durch Vertreter wie die evangelische Bischöfin Maria Jepsen und die Hamburger Senatorin für Arbeit, Gesundheit und Soziales Helgrit Fischer-Mentzel. Prof. Jorge Costa e Silva (WHO, Genf), Vorsitzender der Weltgesellschaft für soziale Psychiatrie und Co-Präsident des Kongresses, trug das zentrale Anliegen der sozialen Psychiatrie eindringlich vor, was durchayus Aufrufcharakter für die anwesenden Psychiater hatte.

Multidimensional war auch der überraschende Beitrag eines Kybernetikers, von Foerster (USA), sowie die Einbeziehung von Musik, wobei der Canto General mit dem Text von Pablo Neruda besonders eindrucksvoll war, dirigiert von der Hamburger Künstlerin Irmgard Schleier, sowie eine Auseinandersetzung mit dem deutschen Nationalsozialismus durch Betroffene unter Leitung des bekannten amerikanischen Aggressionsforschers Professor Eliot Sorel (Washington).

Von Seiten unserer World Association for Dynamic Psychiatry waren fast alle führenden Mitarbeiter vertreten, wobei besonders die große Delegation unserer russischen Freunde unter Führung des prominenten Prof. Modest Kabanov (St. Petersburg) auffiel, wie auch zahlreiche Vertreter aus Polen unter Leitung von Prof. Adam Szymusik, Prof. Maria Orwid, Prof. Chechnicki (alle Krakau) aus Ungarn Dr. Béla Buda und Prof. Janós Füredi (beide Budapest) und viele andere.

Dr. Günter Ammon leitete ein Symposium über die Grundprinzipien der Dynamischen Psychiatrie und ihre innige Beziehung zur sozialen Psychiatrie, während Frau Dipl.-Psych. Maria Ammon den zentralen Vortrag eines Symposiums über Tanztherapie hielt, das von Prof. Karl Hörmann, dem Inhaber des ersten Lehrstuhls für Tanztherapie an der Universität Prag, geleitet wurde.

Wieder auf einem anderen Symposium referierte eine langjährige Mitarbeiterin von Dr. Ammon, Dipl.-Psych. Margit Schmolke, zusammen mit Prof. Juan Mezzich (Pittsburgh) über multiaxiale und ideographische Diagnostik und Therapieplanung, wobei auch das dynamisch-psychiatrische Prinzip der Multidimensionalität in Theorie und Praxis sehr klar herausgearbeitet wurde. Dr. Franz Peschke, Psychiater in der Klinik Menterschwaige, trug vor über Probleme der erzwungenen Migration.

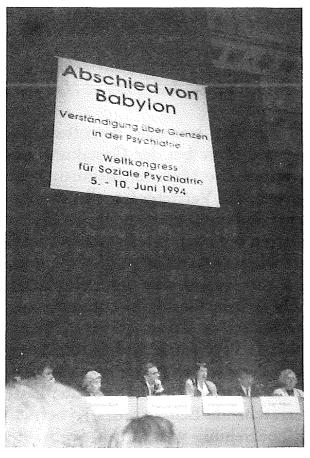


Abb. 1: Bei der Eröffnung des Weltkongresses für Soziale Psychiatrie in Hamburg

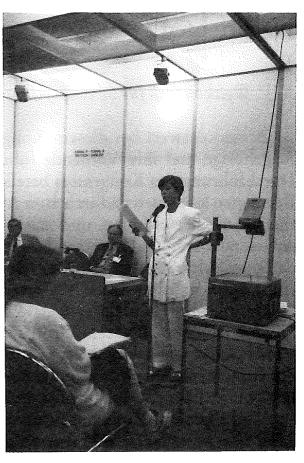


Abb. 2: Dipl. Psych. *Maria Ammon* bei ihrem Vortrag über humanstrukturelle Tanztherapie



Abb. 3.: Dr. med. Günter Ammon im Gespräch mit Teilnehmern des Kongresses

Von zentraler Bedeutung war für uns der Beitrag von Luc Ciompi (Bern) über Philosophie in der Sozialpsychiatrie, wo sein begrüßenswertes Bemühen, Psychoanalyse und Systemtheorie miteinander zu integrieren, deutlich wurde. Erfreulich war es, Prof. Klaus Dörner auf dem Kongreß mit einem hochqualifizierten wissenschaftlichen Vortrag zu hören zum Thema »Psychiatrischer Größenwahn in Deutschland – aus der Vergangenheit für die Zukunft lernen«, den er zusammen mit Dorothea Buck, der Vorsitzenden des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener, ausgearbeitet hatte und mit einer mutigen und fundierten Gesellschaftskritik vortrug.

Nicht zuletzt ist unbedingt zu erwähnen der prominente Vertreter einer sozialen Psychiatrie innerhalb der World Health Organization, Prof. Norman Sartorius (Genf), der Präsident-Elect der Weltgesellschaft für Psychiatrie, mit seinem Referat »Design einer kollaborativen Untersuchung der WHO zu psychologischen Problemen allgemeinärztlicher Versorgung«.

Was dem Kongreß eine besonder Note gab, war ein buntes Gemisch von Betroffenen, Therapeuten und Wissenschaftlern aus verschiedenen Kulturen und Fachrichtungen, wie es eigentlich bei der Dynamischen Psychiatrie seit Jahrzehnten üblich ist und den Geist des Humanismus trägt.

Maria Ammon (Berlin), Margit Schmolke (München)

Annual International Meeting 1994 of the Society of Psychotherapy Research (SPR) at the University of York, Great Britain

This year's annual meeting of the Society of Psychotherapy Research took place at the University of York, a beautiful medieval city in England, from June 28 to July 2. Similar to last year's conference in Pittsburgh (USA), all outstanding scientists in the field of psychotherapy research from all over the world met together to discuss their new discoveries. Prof. David Shapiro, the past president of SPR, started this year's conference with his opening address »Finding out how psychotherapies help people change«. Prof. Shapiro is the leading person of the Sheffield Psychotherapy Project of Sheffield University (Great Britain). This big project examines and compares the effectivity of behaviour therapy and psychodynamic psychotherapy. In his presidential address, Prof. Shapiro stressed central topics of now-a-days research: reciprocal complementation of qualitative and quantitative research strategies, an increasing interest in process research as well as the important topic of the quality of therapeutic relationships in more and more detail.

In a very comprehensive and varied programme there was a good chance to discover new interesting aspects and facets for further research, for example the ethical dimension in psychotherapy research, the phenomenon of rivalry between researcher and therapist, the influence of financial politics on research, and the value of research for clinicians. Very out-standing were

the new developments and results of the German psychotherapy researchers in Ulm, Stuttgart, Göttingen and Saarbrücken. New strategies, especially with various computerized methods, had been developed for a better differentiation and presentation of different aspects of processes of therapeutic relationship and interaction. The Dynamic Psychiatric Hospital Menterschwaige in Munich presented a poster on »Measuring Defense Mechanisms in Borderline Patients« by the authors Ilse Burbiel, and her colleagues Rita Apelthaler, Ms. Gisela Finke, and Ms. Margit Schmolke. For the first time two questionnaires on the meaning of defense mechanisms, i.e. the questionnaire on conflict coping mechanisms in its German adaptation by Hentschel, Kießling and Wiemers (FKBS) and the Life-Style-Index by Plutchik (in its German adaptation by the authors), are validated for a clinical sample of borderline patients. The CCRT (Core Conflict Relational Theme) method, developed by Prof. Lester Luborsky and colleagues to study the phenomenon of transference, had been further differentiated. Prof. Luborsky is planning to present a revised version of his excellent book »Understanding Transference« on the next year's conference. A highlight of the conference was the presentation of the fourth edition of the well-known »Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change«. The newest results in the area of psychotherapy research are published by the experienced editors Sol Garfield and Allan Bergin, unfortunately for the last time in this co-production. The first edition of this handbook had been already published in 1971.

Besides all important lectures and discussions, the organizers of the conference cared for relaxing in various social events in the evenings. One of the social highlights of the conference was the closing dinner in an old English castle. There, the wellknown scientist *Irene Elkin* was honoured with the SPR Senior Award for her merits in the field of psychotherapy research, as well as the younger researcher *Carla Moras* out of the school of *Hans Strupp* was honoured with the SPR Junior Award. *Clara Hill*, the new president of SPR for the next year ended this very interesting meeting in York and wished to all lecturers and participants a good-bye at the next year's conference in Vancouver.

Monika Dworschak (Munich)

Der Zehnte »World Congress on Medical Law« in Jerusalem

Auf Einladung von Professor Ammon Carmi, Präsident der World Association for Medical Law und Präsident des israelischen Zweiges der World Association for Dynamic Psychiatry WADP, nahm eine aus neun Teilnehmern bestehende Delegation der der WADP und der Deutschen Akademie für Psychoanalyse an diesem Kongreßteil, der vom 28. August bis 1. September 1994 in Jerusalem stattfand und von über 900 Wissenschaftlern aus aller Welt besucht wurde.

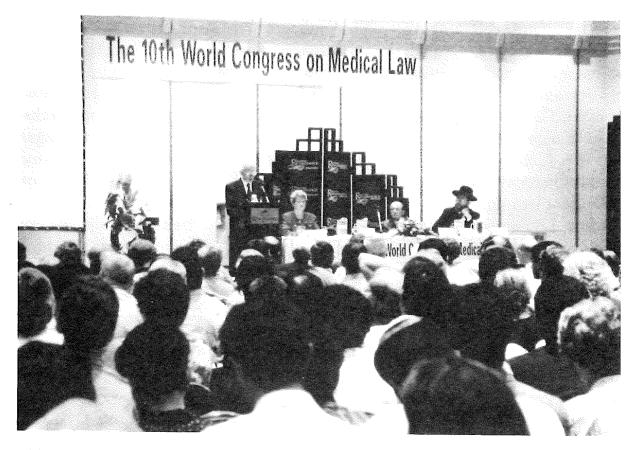


Abb. 1: Prof. Amnon Carmi bei seiner Ansprache zur Eröffnung des »World Congress on Medical Law«; neben ihm sitzend v.l.n.r.: P. Kokkonen (Finnland), R. Dierkens (Belgien), Oberrabiner Lau (Israel)



Abb. 2: Vertreter der World Association for Dynamic Psychiatry mit Freunden beim Farewell-Dinner. Dr. Marius Erdreich (1.v.l.), Dr. Rolf Schmidts (3.v.l.) Dipl. Psych. Astrid Thome (dahinter stehend), Dr. phil. Gertraud Reitz (4.v.l.), Thomas Hessel (5. v.l.)

In seinem Eröffnungsvortrag formulieerte Professor Carmi das Anliegen dieses Kongresses, nämlich die Diskussion ethischer und rechtlicher Fragen in einer Zeit starker Veränderungen von medizinischer Theorie und Praxis, in der auch immer mehr wirtschaftliche Interessen in den Vordergrund rücken. Carmi forderte, sich auf ethische Standards zu besinnen und rechtliche Konsequenzen zu ziehen. Die Schwerpunkte der 52 Sektionen lagen auf den Gebieten Gentechnik, Transplantationen, Gesundheitspolitik und Gesundheitsvorsorge, Behandlung von »Kunstfehlern« in der Medizin und Familienplanung.

Die Dynamische Psychiatrie bestritt mit ihren Beiträgen eine eigene Sektion unter dem Vorsitz von Dr. med. Rolf Schmidts und Dr. phil. Gertraud Reitz (München) mit dem Thema »Dynamic Psychiatry - Law and Ethics«. Nach einer Einführung in die Grundlagen der Dynamischen Psychiatrie Günter Ammons durch Rolf Schmidts wurden folgende Themen

referiert:

Rolf Schmidts: Legal, Ethical and Group Dynamic Aspects of the Conception of Guilt,

Thomas Hessel: Forensic Dynamic Psychiatry,

Astrid Thome: The Concept fo Freedom of Günter Ammon's Dynamic Psychiatry,

Marius Erdreich: An Alternative for Delinquent Responsibility Assess-

Gertraud Reitz: The Meaning of Living Communities.

Die Vorträge stießen auf reges Interesse auch im Zusammenhang mit dem bevorstehenden Zehnten Weltkongreß der WADP in St. Petersburg.

Die Teilnehmer hatten die Möglichkeit, das modernste und größte Kinderhospital des Mittleren Ostens in der Nähe von Tel Aviv zu besuchen. Außerdem wurden Führungen in der historischen Altstadt von Jerusalem und Rundfahrten durch den neuen Teil Jerusalems unternommen. Der Kongreß fand in einer herzlichen und angenehmen Atmosphäre statt, getragen von der Gastfreundschaft der veranstaltenden israelischen Kollegen und von dem anregenden geistigen Klima dieser historisch und kulturell bedeutsamen Stadt Jerusalem.

Gertraud Reitz, Thomas Hessel (München)

The Spanish Association of Analytic Psychotherapy named Dr. Ammon Honorary Member

Prof. Dr. Günter Ammon Kantstraße 120/121 10625 Berlin Germany Málaga, 20th April 1994

Dear Professor Ammon,

I am sorry about the delay in answering your letter, but I wished to inform the members of the Spanish Association of Analytic Psychotherapy of our collaboration with you and your colleagues. We agreed to name you Honorary Member of the Spanish Association of Analytic Psychotherapy (SAAP) and member of the Executive Committee of the III International Conference of Psychotherapy.

The III International Conference of Psychotherapy will be held on the 6th, 7th and 8th of October 1994, in Marbella, which is very near Málaga. We hope you are willing to give a conference and would like to know the title so that we can include it in our programme. If you are unable to travel to Spain in this occasion we will be very pleased to invite you to other future meetings.

With regards to the 10th World Congress of WADP, we could present a paper on »Ecological Psychiatry/Dynamic Psychiatry: Convergence/Divergence« and attend the congress along with some of my collaborators.

I have received up until now three copies of your journal which I find very interesting and many of your articles maintain very similar aims to those proposed by our school.

I would like to take this opportunity to send you my best wishes and to ask that you send a paper for publication in our journal as Honorary Member of SAAP.

Yours sincerely,

Prof. Dr. D. Manuel Ruiz Ruiz

Balint-Preis für den Bereich Gesundheits- und Krankenpflege

Auch 1995 werden zur Förderung einer beziehungsorientierten Pflege im Sinne des »Ascona-Modells« (WHO) Arbeiten ausgezeichnet. Dieses Modell hat seinen Ursprung in der Arbeit von Michael Balint, dem zu Ehren seit 1991 auch alljährlich ein Preis für den Bereich Gesundheits- und Krankenpflege in Ascona/Monte Verità verleihen wird. Der Preis ist mit Frs. 8'000,— dotiert und wird von der Stiftung für Psychosomatik und Sozialmedizin in Ascona und vom Schweizerischen Roten Kreuz gestiftet.

Die Arbeiten von max. 20 Seiten (30 Zeilen pro Seite und 60 Zeichen pro Zeile) werden nach folgenden Kriterien beurteilt:

1. In der vorgelegten Arbeit stellt der Autor eine persönlich erlebte Erfahrung innerhalb einer pflegerischen Beziehung mit ihrer allfälligen Entwicklung dar; im Zentrum stehen dabei sein Erleben und der Ausdruck seiner Empathie (Exposition).

2. Der Autor setzt sich mit den eigenen Verhaltensweisen und mit denjenigen des Patienten auseinander; zusätzlich berücksichtigt er die Beziehung zu den Mitarbeitern und zu den Bezugspersonen des Patienten (Reflexion). Bei der Situationsanalyse bezieht er auch die eigenen Gefühle, Phantasien und Empfindungen mit ein, die oft unterdrückt oder verdrängt werden.

3. Der Autor legt dar, welche Erkenntnisse er aus der Auseinandersetzung mit dieser Erfahrung gewonnen hat und zeigt, wie er diese in den pflegerischen Alltag integriert (Aktion und Progression)

Einsendeschluß: 31. Januar 1995.

Drei Exemplare jeder Arbeit in deutscher, französischer, italienischer oder englischer Sprache sind einzureichen an

Schweizerisches Rotes Kreuz

Abteilung Berufsbildung

Pro Balint

Postfach

Ch-3001 Bern

Die Preisverleihung findet am 8. April 1995 in Ascona, Centro Monte Verità, im Rahmen des 27. Internationalen Ascona-Gespräches zum Thema »Von der Kunst der Begegnung« statt.

Internationaler Balint-Preis 1995 für Medizinstudenten

Das »Ascona Modell« (WHO) verwirklicht Grundelemente der Ausbildung des zukünftigen Arztes. Es zeigt einen Weg, die Arzt-Patient-Beziehung in die Gesamtdiagnose und Gesamttherapie einmünden zu lassen und sie im Einzelfall entsprechend zu nutzen. Dieses Modell hat seinen Ursprung in der Arbeit von Michael Balint, dem zu Ehren der Preis 1979 gestiftet wurde und der alljährlich in Ascona/Monte Verità verliehen wird. Medizinstudenten(innen) werden eingeladen, eine Arbeit über ihre persönlichen Erfahrungen im Umgang mit Patienten vorzulegen. Preise von insgesamt SFr. 10 000.– zeichnen auch 1995 die Autoren der besten Beschreibungen aus.

Die Arbeiten werden nach folgenden Gesichtspunkten beurteilt:

1. Die vorgelegte Arbeit ist auf eine persönlich erlebte Erfahrung in der Student-Patient-Beziehung und deren professionellem Umfeld zentriert (Expositon).

2. Sie soll die Überlegungen des Autors/der Autorin zum dargestellten Beziehungserlebnis wiedergeben, auch die dazugehörigen Gefühle und Fantasien, die zumeist unterdrückt werden (Reflexion).

3. Die Arbeit soll aufzeigen, wie sich die Erfahrung im Rahmen der studen-

tischen Möglichkeiten weiterwirkend umsetzen läßt (Aktion).

4. Welche Perspektiven ergeben sich für die weitere Ausbildung? (Progression)

Drei Exemplare der Arbeiten mit kompletter Adresse des Absenders sind zu richten an:

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Boris Luban-Plozza, Stiftung Psychosomatik und Sozialmedizin, CH-6612 Ascona.

Einsendeschluß: 31. Januar 1995

Die Preisverleihung findet am 8. April 1995 in Ascona/Monte Verità statt. Die prämierten Studenten sind eingeladen.

Ankündigungen / Anouncements

93. Gruppendynamische Tagung der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.

Veranstalter: Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.

Leitung:

Dr. med. Günter Ammon

Ort:

Tagungszentrum der DAP in Paestum (bei Salerno/Süditalien)

Zeit:

22. Dezember 1994 – 1. Januar 1995

Information/

Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie

Anmeldung:

für Psychoanalyse (DAP) e.V.,

LFI Berlin, Kantstraße 120/121, 10625 Berlin,

Tel. 030/3132698, Fax 030/3132893;

LFI München, Goethestraße 54, 80336 München,

Tel. 089/539674, Fax 089/5328837

World Federation for Mental Health - 1995 World Congress

Title:

Time for Reflection

Location:

Dublin

Date:

August 13-18, 1995

Information:

WFMH World Congress, 10 Hagan Court, Lad Lane,

Dublin 2, Ireland, Tel. 353-1-661 8904, Fax 353-1-6785047

Baden-Badener Tage für Tiefenpsychologie

Leitung:

Dr. Thomas Kornbichler

Thema:

1895-1995: 100 Jahre Psychoanalyse

Ort:

Baden-Baden

Zeit.

21.–26. August 1995

Information:

AKM Congress Service GmbH, Obere Schanzstraße 16,

D 79576 Weil am Rhein, Tel. 07621-791964, Fax 07621-78714

12th International Congress of Group Psychotherapy

Title:

Groups on the Treshold of a New Century

Location:

Centro Cultural Gral, San Martin, Sarmiento 1551,

Buenos Aires, Argentina

Date:

August 27 - September 1, 1995

Information:

Paraguay 2475 (1121), Buenos Aires, Argentina,

Tel. 54-1-792-5986, Fax 54-1-963-5075

Im nächsten Heft erscheint...

Günter Ammon (Berlin/Munich)
Man as a Multidimensional Being in Health and Illness

Modest M. Kabanov (St. Petersburg) Changing the Paradigms in Modern Medicine

Raymond Battegay (Basel)
Away from the Psycho-Soma Dualism: Man as a Bio-Psycho-Social Entity

Jorge Costa e Silva (Rio de Janeiro)
The Holistic Understanding of Psychiatry and Treatment Methods of
Mental Patients

Felice Lieh Mak (Hong Kong) Social Psychiatry in the Changing World – the Asian Scene

T.B. Dmitrieva (Moscow) Social Psychiatry: History and Contemporaneity

Eward J. Dehné (Carson City)
The Role of the Health Professional in Occupational Health

Reiner W. Dahlbender, Horst Kächele, P. Buchheim (Ulm) Biography and Relationship in Psychodiagnostics

Ilse Burbiel, Rita Apfelthaler, Gerhild Sandermann (Munich) Inpatient Psychotherapy of Borderline-Patients: A Pre/Post- and Follow-Up-Study

Impressum

Verlag, Sitz und Geschäftsstelle/Publishing House, seat and office:

»Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH München, Goethestraße 54, 80336 München, Tel. (089) 53 96 74

Verlagsleitung und Hauptgeschäftsstelle/Head Office:

Kantstraße 120/121, 10625 Berlin, Telefon (030) 3 13 28 93

Geschäftsführer des Verlages: Dipl. Ing. Werner Schütz, Kantstraße 120/121 10625 Berlin

Druck: Alfa-Druck GmbH, Buch- und Offsetdruckerei, Levinstraße 9a, 37079 Göttingen

Herausgeber/Editor: Dr. med. Günter Ammon, Meierottostraße 1, 10719 Berlin (verantwortlich für den wissenschaftlichen Teil)

Buchbesprechungen/Book reviews: Dr. med. (Univ. Tel Aviv) Egon Fabian, Asamstraße 18, 81541 München

Nachrichtenteil/News: Verantwortlich Dr. phil. Ilse Burbiel, Presse- und Informationsreferentin im Executive Council der World Association for Dynamic Psychiatry WADP, Schwindstraße 1, 80798 München;

Rechtsanwalt Thomas Hessel, Justitiar und Schatzmeister im Executive Council der World Association for Dynamic Psychiatry WADP, Arcisstraße 59, 80799 München

Anzeigen/Advertising Manager: Petra Hieber, Schwindstraße 1, 80798 München (verantwortlich)

Abonnentenabteilung/Subscription management: Dipl. Ing. Werner Schütz, Kantstraße 120/121, 10625 Berlin

Manuskripte nehmen entgegen/Manuscripts should be sent to:

Hauptschriftleitung: Dr. med. Günter Ammon, Kantstraße 120/121, 10625 Berlin

Anschrift der Redaktion/Address of the editorial staff: Kantstraße 120/121, 10625 Berlin

Weitere Mitglieder der Redaktion/Members of the editorial staff: Dipl. Psych. Maria Ammon, 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 den »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 120,-, ÖS 880,-, SFr 108,- (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 95,-, ÖS 700,-, SFr 86,- (zzgl. Porto). Studenten DM 63,-, ÖS 480,-, SFr 59,- (zzgl. Porto). Einzelheft DM 20,-, ÖS 145,-, SFr 17,-. Das Abonnement verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn es vier Wochen vor Ablauf des Bezugsjahres gekündigt wird. Zahlung des Jahresabonnements bis zum 1.4. d.J. auf das folgende Konto: Berliner Volksbank (BLZ 100 900 00), Kto.-Nr. 24 011 208.

The authors's opinion does not necessarily reflect the opinons of the editiorial staff. Manuscripts (three copies), each limited to 20 double-spaced typed pages, will be accepted in all languages. All manuscripts must have a summary in either German or English (minimum two double-spaced typed pages). Literary reference should be adapted to those in the journal. There can be no remuneration for contributions. Pictures and graphic illustrations are printed at the author's own expense. The author receives 5 voucher copies of the journal.

Generelly, only unpublished manscripts will be accepted. Articles published in this

journal may not appear in any other publication.

With the asseptance 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 manscripts, photos etc. which were not

asked for by us.

Dynamic Psychiatry is published bi-monthly. Annual subscription rate \$ 78, for WADP-members \$ 62,—, for students 42,— (plus postage charge \$ 8,—), per individual copy \$ 13,—. 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.

Dor TriField Meter

Gesundheitsrisiko Elektrosmog. Sind Sie gefährdet? Der TriFieldMeter gibt die Antwort.

Sie brauchen keinen Fachmann zu bemühen. Denn der TriFieldMeter ist einfach in der Bedienung, auch wenn er ein technisch aufwendiges Innenleben besitzt. Er liefert auf der Stelle eine zuverlässige Elektrosmog-Diagnose. Und das zu einem außergewöhnlich günstigen Preis.



Der TriFieldMeter:

Elektrosmog-Diagnose

leicht gemacht

Der TriFieldMeter besitzt alle technischen Eigenschaften, die von einem Elektrosmog-Indikator erwartet werden müssen, der auch in der Hand des Laien aufschlußreiche Ergebnisse ermöglicht:

- Er erfaßt mannigfache Formen des Elektrosmog: Belastungen durch elektrische **und** magnetische Felder einschließlich hochfrequenter Wellenbereiche.
- Er arbeitet **Frequenz-gewichtet**. Das heißt, die unterschiedlichen Risikofaktoren des Elektrosmog (Feldstärke **und** Frequenz) werden gemeinsam erfaßt.
- Er zeigt das Meßergebnis als Index-Wert auf einer Risiko-Skala an. Das heißt, Sie erhalten keine isolierten physikalischen Größen, sondern konkrete Hinweise auf die vorhandenen gesundheitlichen Gefahren.
- Er arbeitet **dreidimensional**. Damit wird die Elektrosmog-Diagnose kinderleicht, auch wenn sich im Meßbereich mehrere Felder überlagern. Denn das Gerät faßt die einzelnen Werte automatisch in einem einzigen Index-Wert zusammen.

Doch das ist nicht alles.

Es gibt den TriFieldMeter zu einem wirklich sensationellen Preis. Mit nur DM 425,– (plus DM 8,60 Porto und Verpackung) liegt er trotz seines technisch aufwendigen Innenlebens im unteren Bereich aller auf dem Markt befindlichen Elektrosmog-Meßgeräte.

Bestellen Sie einfach

mit der beigefügten Karte bei:

MARKT-KOMMUNIKATION GmbH & Co KG, Postfach 26, D-83621 Dietramszell Tel. 08104/2372 · Fax 08104/2127