Dynamische Psychiatrie

Begründet
von
Günter Ammon

30. Jahrgang
1.–4. Heft 1997
ISSN 0012–740 X

Dynamic Psychiatry

Heft 162–165

Zur Integration der Psychotherapie in die Psychiatrie

Maria Ammon
Dynamische Psychiatrie –
ein integratives psychiatrisch-psychotherapeutisches Konzept

Modest M. Kabanov
Rehabilitation of Mentally Ill and Dynamic Psychiatry

Ernst Federn
Einfühlung und Mitgefühl in der Psychotherapie

Raymond Battegay
Borderline Personality Disorders, Psychodynamics and Psychotherapy
in an Outpatient Setting

»Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH München

Dynamische Psychiatrie / Dynamic Psychiatry

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

30. Jahrgang, 1.-4. Heft 1997, Nr. 162-166

Begründet von Günter Ammon,
herausgegeben von Maria 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 – A. Garma, Buenos Aires – F. Hansen, Oslo – I. Jakab, Pittsburgh – M.M. Kabanow, St. Petersburg – M. Knobel, Campinas – A. Lambertino, Parma – U. Mahlendorf, Santa Barbara – A. Mercurio, Rom – L. Miller de Paiva, Sao Paulo – K. Okonogi, Tokio – M. Orwid, Krakau – J.F. Pawlik, Warschau – V.S. Rotenberg, Tel Aviv – D. Shaskan, Los Angeles – J.B.P. Sinha, Patna – Y. Tokuda, Tokio – H. Volger, Berlin – T. Yamaguchi, Tokio – Wu Zheng-Yi †, Shantou

Inhalt/Contents

Maria Ammon (Berlin/München)
Dynamische Psychiatrie – ein integratives psychiatrisch-psychotherapeutisches Konzept 3
Dynamic Psychiatry – An Integrative Psychiatric-Psychotherapeutic Conception 13

Modest M. Kabanov (St. Petersburg)
Rehabilitation of Mentally Ill and Dynamic Psychiatry 19
Die Rehabilitation psychisch Kranker und die Dynamische Psychiatrie 24

Ernst Federn (Wien)
Einfühlung und Mitgefühl in der Psychotherapie 28
Empathy and Sympathy in Psychotherapy 33

Raymond Battegay (Basel)
Borderline Personality Disorders, Psychodynamics and Psychotherapy in an Outpatient Setting 35
Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Psychodynamiken und Psychotherapie in einem ambulanten Setting 52

Raoul Schindler (Wien)
Psychotherapie der Schizophrenie – mit oder entgegen den primären Selbst-Therapie-Tendenzen? 57
Psychotherapy of Schizophrenia – Use of the Patients' own Self-Healing Tendencies? 65

Rita R. Rogers (Los Angeles)
The Role of Memory and Identity in the Process of Change: Psychopolitical Perspectives 68
Die Rolle der Erinnerung und der Identität im Prozeß der Veränderung: psychopolitische Perspektiven 78

Mauricio Knobel (Campinas)
An Integration of Psychotherapy and Psychiatry Today: Treatment of Adolescents' Disturbances 82
Integration von Psychotherapie und Psychiatrie Heute: Behandlung von Störungen des Jugendalters 90

Amnon Carmi (Haifa)
The Role of Humor in Psychotherapy 91
Die Rolle des Humors in der Psychotherapie 94

Boris D. Karvasarsky, Ravil K. Nazyrov (St. Petersburg)
Ammon's Dynamic Psychiatry as Scientific-Methodological and Organizational Basis of the Humanistic Reform of Patient Services in Psychiatric Hospitals in Russia 96
Ammons Dynamische Psychiatrie als wissenschaftliche und organisatorische Grundlage der humanistischen Reform der stationären psychiatrischen Behandlung in Rußland 100

Robert Cancro (New York)
The Integration of the Mind and Brain into the Practice of Psychiatrie: An Uncompleted Task 102
Die Integration geistiger und hirnphysiologischer Prozesse in die klinische Psychiatrie – eine unvollendete Aufgabe 107

Shridhar Sharma (Dehli)
The Making of a Psychiatrist 109
Zur Identität des Psychiaters 113

Boris A. Kazakovtsev (Moskau)
Die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in Rußland 116
Psychiatric and Psychotherapeutic Care in Russia 121

Shmouel Tyanao (Tel Aviv)
Psychotherapy in Psychiatry 123
Psychotherapie in der Psychiatrie 128

John L. Carleton (Santa Barbara)
The Essence of Psychiatry 131
Psychotherapie als Kern der Psychiatrie 141

Ilse Burbiel (München)
Das Humanstrukturmodell 145
The Human Structure Model 153

Gerhard Wolfrum, Gisela Finke (München)
Der Ich-Struktur-Test nach Ammon (ISTA) - ein Verfahren zur Erfassung von Persönlichkeitsstruktur 156
The Ego-Structure-Test according to Ammon (ISTA) – A Psychometric Assess of Human Structure 168

Rolf Schmidts (München)
Die Integration von Untergruppen in die Kultur der Großgruppe der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige 183
The Integration of Subgroups into the Culture of the Plenary Group in the Dynamic-Psychiatric Hospital Menterschwaige 190

Astrid Thome, Gerhild Sandermann (München)
Zum Defizitbegriff bei Ammon 193
The Concept of Deficit in the Personality Theory of Günter Ammon 200

Egon Fabian (München)
Humor, Witz und ihre Bedeutung für die Psychotherapie 204
Humor, Joke and their Meaning in the Psychotherapy 213

Milos Francisek Kobal (Ljubljana)
Contribution of Dynamic Psychiatry to the Psychotherapeutic Use of Focus 217
Der Beitrag der Dynamischen Psychiatrie zur fokus-orientierten Psychotherapie 222

Jerzy W. Aleksandrowicz, Gustav Sikora (Cracow)
Psychotherapy as a Science 225
Psychotherapie als Wissenschaft 229

George B. Palermo (Wisconsin)
The Quick-Fix for Mental Illness: Its Pitfalls 232
Die Schnell-Behandlung in der Psychiatrie und ihre Gefahren 238

Nachrichten / News 241

Ankündigungen / Announcements 278

Dynamische Psychiatrie – ein integratives psychiatrisch-psychotherapeutisches Konzept**

Maria Ammon* (Berlin/München)

Seit dem 19. Jahrhundert haben sich Psychotherapie und Psychiatrie zunehmend auseinanderentwickelt. In den letzten 20 Jahren kam es jedoch zu Bemühungen, psychotherapeutische Verfahren neben biologischen und sozialpsychiatrischen Ansätzen in die psychiatrische Behandlung mit einzubeziehen. Die Autorin kritisiert dabei, daß durch das eklektische Aneinanderreihen von unterschiedlichen Verfahren vielen Patienten in ihrem Leiden letztlich nicht geholfen werden könne. Sie stellt die Dynamische Psychiatrie, wie sie von Günter Ammon entwickelt wurde, als ein holistisches Konzept dar, das Psychoanalyse, Psychotherapie und Gruppendynamik in eine humane Psychiatrie zu integrieren vermag, das neue Behandlungschancen insbesondere für die »archaischen Ich-Krankheiten«, d.h. Patienten mit Schizophrenie, Borderline-Störungen, Psychosomatik und Suchtpatienten eröffnet. Wesentlich integrative Momente sind: ein ganzheitliches, mehrdimensionales Menschenbild, ein Entwicklungskonzept, basierend auf der Humanstrukturologie als zentrales integrierendes Modell, ein kontinuierlicher diagnostischer Prozeß, der auch die gesunden Aspekte und Möglichkeiten einbezieht, ein individuelles, multidimensionales, gruppenzentriertes Therapiekonzept mit verbalen, nonverbalen, sowie Milieugruppen mit dem Ziel der Integration, ein therapeutisches Netz, das alle Mitarbeiter und Patienten mit einbezieht, indem die Primärgruppenerfahrung wiederholt, bearbeitet und eine nachholende Entwicklung ermöglicht werden kann. Durch die Reflexion der Gruppendynamik sowohl in der Patienten- als auch in der Supervisionsgruppe findet eine weitere Integration des Therapieprozesses statt.

Für die deutsche Entwicklung der Dynamischen Psychiatrie war im 19. Jahrhundert *Griesinger* bedeutsam, da er bereits psychische Prozesse unbewußt verstand, eine Einheit von Leib und Seele annahm und dementsprechend forderte, in die Behandlung beides einzubeziehen. Das ganze 19. Jahrhundert war bestimmt von einer ersten Dynamischen Psychiatrie mit einem Interesse für besondere Krankheitszustände, einer Dualitätsvorstellung der Seele, des Leib-Seele-Problems mit bewußtem und unbewußtem Ich, einem Verständnis von psychogenetischen Ursachen von psychischer Krankheit und der Anwendung von bestimmten psychotherapeutischen Verfahren. Hier sind *Charcot, Janet* und *Bernheim* zu nennen. Mit *Freud* kam die Entdeckung der Dynamik des Unbewußten hinzu. Es konnte sich die psychoanalytische Psychosenforschung mit Schülern von *Freud* wie *Paul Federn* und anderen und auch die psychoanalytische Milieutherapie mit *Ernst Simmel* weiterentwickeln.

In Amerika war es dann möglich, daß nach dem Exodus der Psychoanalytiker während des Faschismus die Psychoanalyse mit der Psychiatrie eine Verbindung einging. Hier wurde auch der Begriff der Dynamischen Psychiatrie zuerst geprägt. Die amerikanische Dynamische Psychiatrie

* Klinische Psychologin/Psychotherapeutin (BDP), Präsidentin der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), therapeutische Geschäftsführerin der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige

** Vortrag gehalten auf dem 11. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XXIV. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 4.-8. März 1997 an der Fachhochschule München-Pasing

blieb aber dem Triebverständnis verhaftet und konnte nicht die verschiedenen psychiatrischen Konzepte in die Psychoanalyse integrieren. In Deutschland haben sich historisch gesehen seit *Freud* Psychiatrie und Psychotherapie stark auseinanderentwickelt.

Erst die erschreckenden Ergebnisse der Psychiatrie-Enquête von 1975 über die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in der BRD lösten Reformbestrebungen aus. Forderungen des Expertenkomitees waren u.a. außer der Reduzierung der Klinikgrößen und dem Ausbau von ambulanten und Komplementäreinrichtungen eine stärker therapeutisch ausgerichtete Aus- und Weiterbildung für das gesamte psychiatrische Personal und eine verstärkte Einbeziehung von Psychologen und Sozialarbeitern in die psychosoziale Versorgung. *Ammon* fordert im Zusammenhang mit der Psychiatriereform eine Reduzierung unnötiger Bürokratie und eine Reduzierung von unnötig verschriebenen Psychopharmaka. Er stellt des weiteren an eine Behandlungswissenschaft folgende Forderungen: ein zugrundeliegendes Menschenbild, ein Krankheits- und Gesundheitsverständnis, eine Theorie und Methodik von verschiedenen verbalen und nonverbalen Psychotherapiemethoden, eine Theorie und Praxis der Fort- und Weiterbildung und eine psychologische Diagnostik mit Effizienzuntersuchung (*Ammon* 1991).

Zu der Durchführung der Psychiatriereform stellt *Keupp* 1988 fest: »Heute, mehr als 10 Jahre nach dem Einsetzen der Psychiatrie-Enquête, zeigt sich auch, daß die Reformepoche nur sehr begrenzte Wirkungen gezeitigt hat.«

In den letzten Jahren hat die Integration der Psychotherapie einen neuen Stellenwert bekommen. So schreibt *Kapfhammer* 1995, daß die psychiatrische Weiterbildung jetzt grundlegende theoretische und praktische Kenntnisse in unterschiedlichen Psychotherapieverfahren wie psychoanalytischen, kognitiven, verhaltensorientierten einschließen müsse. Nach *Mattke, Tschuschke, Greve, Rudnitzki, Wolpert* (1996) soll das interpersonelle Modell *Sullivans* für die Gruppenpsychotherapie in der Psychiatrie als theoretische Grundlage herangezogen werden, genauso wie verschiedene andere theoretische Perspektiven wie die biologischen, die individualpsychologischen, die interpersonellen und die soziologischen. Hier wird deutlich, daß die Gefahr besteht, verschiedene Therapiemethoden aneinanderzureihen. Der dadurch entstehende Eklektizismus stellt eine Schwierigkeit in der Verbindung Psychiatrie und Psychotherapie für die Behandlung von psychiatrisch kranken Patienten dar. So sagt *Ammon* 1994, daß gerade bei Borderline-Patienten ein symptomorientierter eklektisch methodenintegrativer Ansatz von Psychotherapie diesen Menschen in ihrem Leid nicht helfen könne. Denn die zusammengesetzte Psychotherapie mit ihren wechselnden Methoden entspricht genau dem, was diese Patienten symptomatisch anbieten, und ein Wechsel in der Methodik würde gerade ihrem unbewußten Widerstand dienen, der ihr zentrales Ich unberührt lasse und damit ihre eigentlichen Leiden, nämlich ihre innere Leere, ihre Verlassen-

heit und ihre Beziehungslosigkeit. Darauf weist auch *Scheidlinger* 1991 hin, daß im letzten Jahrzehnt der ideologischen Kontroverse ein theoretischer Pluralismus und ein praktischer Eklektizismus gefolgt seien.

Auch *Albeniz* und *Holmes* (1996) kritisieren an der Integration von Psychotherapie in die Psychiatrie, daß es ein »Regenschirmbegriff« sei, der eine weite Bedeutung hätte. Es würde eine eklektische Wahl von verschiedenen Methoden bedeuten. Hier ist eine Integration in der Praxis notwendig. Sie fordern, die therapeutischen Ansätze sollten zwar eng zusammenarbeiten, aber ihre eigene Identität bewahren. Geht *Karl Menninger* noch von einem integrativen Standpunkt der Verbindung Psychoanalyse und Psychiatrie aus, spricht *Ekstein* 1968 hier von einem sogenannten »melting pot« und sieht eine Gefährdung der Psychoanalyse durch die Integration der Psychiatrie.

Mit der Dynamischen Psychiatrie, wie *Günter Ammon* sie nach seiner Rückkehr aus Amerika 1965 entwickelt hat, geht *Ammon* eine Integration von einer weiter entwickelten psychoanalytisch-humanstrukturellen Konzeption mit Psychiatrie und Gruppendynamik ein. Zum Thema Integration sagt *Ammon* 1994 selbst: »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 und an die Stelle des topographischen Modells vom Ich, Es, Über-Ich das Humanstrukturmodell...« Des weiteren sagt er: »Auch ist es uns gelungen, in dieses Denkmodell die moderne Hirnhemisphärenforschung 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 Begabungen des Menschen anzusiedeln sind«.

Die Entwicklung eines eigenen theoretischen Konzeptes begann für *Ammon* mit der Neudefinition der Aggression, die er als konstruktive Kraft auffaßte, als Humanfunktion der Persönlichkeit, »als ein Vehikel allen menschlichen lebenden und schöpferischen Tuns« (*Ammon* 1970). In der weiteren Entwicklung verbindet er die Humanfunktion der Aggression immer mehr mit seinem gruppendynamischen Verständnis, so daß nach seiner Auffassung die ursprünglich konstruktive Aggression, die dem Menschen gegeben ist, durch Gruppeneinflüsse sich destruktiv oder defizitär verformen kann. Die Aggression wird so zu dem zentralen Moment in der Entwicklung der Persönlichkeit, die in Gesundheit und Krankheit von der umgebenden Gruppendynamik abhängt. Die konstruktive Aggression des kreativen ad gredi heißt nach *Ammon* auch, sich schuldfrei und angstfrei aus der frühkindlichen Symbiose der Primärgruppe abzugrenzen mit dem Bestreben nach eigener Identität. So ist auch immer die konstruktive Aggression im Zusammenhang mit der zentralen Humanfunktion der

Kreativität zu sehen (vgl. *Ammon* 1979). Das Unbewußte wurde ebenfalls in Loslösung von der *Freud*ianischen Vorstellung von *Ammon* als einem Ort der kreativen Kräfte des Menschen, in dem »das Potential der wachsenden und gewachsenen Ich-Funktionen der Persönlichkeit« (*Ammon* 1978, *Pohl* 1978) verankert ist, neu definiert.

Ausgehend von diesen neuen Ansätzen im Aggressions- und Kreativitätsverständnis und einer neuen Definition des Unbewußten im kreativen Sinne entwickelte *Ammon* sein eigenes Persönlichkeitsverständnis, das er als Humanstrukturmodell 1976 vorstellte. Dabei sieht er die Humanstrukturologie als eine Abstraktion von energetischen, dynamischen, strukturellen und genetischen Prozessen. Er definiert die Humanstruktur des Menschen als ein Geflecht von primären, sekundären und zentralen Humanfunktionen. Die primären Humanfunktionen umfassen alle biologischen und neurophysiologischen Bereiche des Menschen, wie das zentrale Nervensystem, die endokrinen Systeme, die Funktionen der Sinnesorgane. Die sekundären Humanfunktionen sind »die funktionellen Träger der Persönlichkeit« (*Ammon* 1995), sie bestimmen den Verhaltensbereich des Menschen und sind hauptsächlich auf das Bewußte zentriert. Den Kern der Persönlichkeit bilden die zentralen Humanfunktionen, die im Unbewußten verankert sind, wie Aggression, Kreativität, Sexualität, Narzißmus, Angst, Ich-Abgrenzung usw. Die Humanfunktion der Identität hat hier eine übergeordnete Bedeutung. Sie hat die Aufgabe, alle Humanfunktionen zu dynamisieren, zu integrieren und in Beziehung zueinander zu setzen und macht insgesamt die Persönlichkeit des Menschen aus.

Unter einem Menschen mit »konstruktiver Identität« versteht er einen Menschen, »der in sich selber ruht, der homöostatisch ausgewogen ist, der eine gute Beziehung zu seinem Unbewußten hat ... 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« (*Ammon* 1994). Ein Mensch mit konstruktiver Identität wird aber auch nach seinem Verständnis Rationales und Emotionales verbinden können, äußere und innere Wirklichkeiten in Bezug setzen können, er kann sich Ziele setzen und sie verwirklichen, genau so wie er alleine sein kann, ohne einsam zu sein, und wird für seine eigene Entwicklung auch Sozialenergie aus der Gruppe zurückbekommen. Die Identität ist in diesem Sinne die integrative zentrale Kraft des Ich. Sie ist sowohl als integrierende Funktion als auch als Gesamtstruktur zu verstehen. Sie ist generell das zentrale integrierende Moment der Dynamischen Psychiatrie *Günter Ammons*, sowohl in der theoretischen Konzeption, im Menschenbild, als auch in der Behandlungstheorie als Ziel jeglicher Entwicklung. Sie macht die augenblickliche Ganzheit der Persönlichkeit aus und befindet sich in ständiger Entwicklung.

Die Identität kann konstruktive, destruktive und defizitäre Tendenzen zeigen. Vom Humanstrukturverständnis her versteht *Ammon* Krankheit als eine Desintegration der Humanfunktionen mit defizitären und destruktiven Ausprägungen. *Ammon* hat dies auch an einer anderen Stelle als das »Loch im Ich« bezeichnet (*Ammon* 1974). Humanstrukturell gesehen hat er damit ein unitäres Krankheitsverständnis postuliert, d.h. alle schwereren vorödipalen psychischen Erkrankungen zeigen ein Defizit in der Humanstruktur, das mit unterschiedlicher Symptomatologie gefüllt wird. Gesundheit wird verstanden als Ausdruck der Humanfunktionen hin zu ihren konstruktiven lebensbejahenden Möglichkeiten. Krankheit und Gesundheit werden immer in einem prozeßhaften Geschehen gesehen und sind auf einem gleitenden Spektrum angeordnet. *Ammon* spricht hier von dem »gleitenden Spektrum der archaischen Ich-Krankheiten«, d.h. Diagnose und Krankheitsgeschehen sind immer auch veränderbar (*Ammon* 1979).

Wichtig ist hier das Gruppenverständnis *Ammons*, das ebenfalls ein integratives Moment, sowohl in der Theorie als auch in der Behandlungspraxis darstellt. Er bezieht sich auf die analytische Gruppendynamik, die das »natürliche Geschehen in Gruppen untersucht und nicht künstlich Interaktionen herstellt«. Jede menschliche Entwicklung, konstruktiv-kreative-, biologisch-physiologische, aber auch entstehende Krankheit versteht er gruppendynamisch bestimmt. Auch die Humanstrukturologie basiert auf dem gruppendynamischen Erkenntnisprinzip. Er hat sich hier von der *Freud*ianischen triebbestimmten Libidotheorie gelöst und ein eigenes gruppendynamisch-psychodynamisches Energiekonzept entwickelt – die Sozialenergie, die er als psychische Energie versteht, die immer in Abhängigkeit von zwischenmenschlichen und gruppendynamischen Bezügen steht.

Sozialenergie hat gewissermaßen Transmitterfunktion zwischen der Gruppendynamik einer Gruppe und den humanstrukturellen Entwicklungsprozessen der einzelnen Gruppenmitglieder. »Sozialenergie als psychische Energie ist damit als motivationaler Faktor im Entwicklungsprozeß von Individuen zu verstehen, wobei die Motivation sich sowohl auf das Sein wie auch auf das Verhalten des Menschen bezieht« (*Ammon* 1991). Für das Humanstrukturmodell bedeutet dies, daß die Sozialenergie verantwortlich ist für den Strukturaufbau, d.h. daß Humanstruktur sozusagen die »geronnene Sozialenergie« darstellt. Sozialenergie kann konstruktiv, destruktiv oder defizitär ausgeprägt sein.

Das gruppendynamische sozialenergetische Prinzip liegt auch dem Menschenbild der Dynamischen Psychiatrie zugrunde. *Ammon* hat ein mehrdimensional ganzheitliches Menschenbild, in dem Körper, Geist und Seele eine Einheit bilden. Der Mensch wird gesehen als individuelles Wesen mit einem Bedürfnis nach Identität und Selbstverwirklichung und in seiner ethischen und philosophischen Bedeutung. Nach *Ammon* hat das ganzheitliche Menschenbild viele Dimensionen: »nämlich Kreativität, Zeit und Zeiterleben, Krankheit, Arbeit und Tätigsein, Androgynität, Körper und

Psychiatern und Psychologen bis hin zur Verwaltung und zum Küchenpersonal in die Behandlung als sozialenergetisches Feld mit einbezogen wird. Die Behandlungsmethodik reicht von Einzeltherapie, Gruppenpsychotherapie, gruppendynamischer Milieutherapie mit der Arbeit über das dritte Objekt bis hin zu den nonverbalen Therapieformen wie Humanstrukturelle Tanztherapie, Theater-, Musik-, Mal- und Kunst-, Sport- und Reittherapie und speziellen Interessengruppen.

Ammon sieht die Milieutherapie besonders für diese Patienten indiziert, die gestörte Grenzen und Humanstrukturen zeigen, die sogenannten Humanstrukturkrankheiten wie die Borderline-Erkrankungen, die schizophrene und depressive Erkrankung, Psychosomatik und Sucht. Milieutherapiegruppen sind kleine therapeutische Lebensgemeinschaften auf Zeit. Hier werden Arbeitsprojekte, die sich die Gruppen selbst wählen, erarbeitet, wird gemeinsam der Tag gestaltet mit Essen und gemeinsamer Tagesplanung, die verschiedenen Arbeitsprojekte der jeweiligen Milieutherapiegruppen sollen eine sinnvolle und kreative Gestaltung ermöglichen, denn diese Projekte sollen über die Auseinandersetzung mit dem dritten Objekt kontaktschaffend wirken. »Die Milieutherapie hat die Aufgabe, den Patienten in einer Vielzahl von differenzierten Situationen Ausdrucksmöglichkeiten, korrespondierend zu seiner Problematik zur Verfügung zu stellen« (*Ammon* 1994). D.h., daß es gilt, seine konstruktiven Persönlichkeitsanteile zu entdecken und zu entwickeln. Dadurch bekommt der Patient eine Möglichkeit, seine Erfahrungen während der milieutherapeutischen Aktivitäten durchzuarbeiten und zu verbalisieren. Der Therapeut hilft ihm dabei, zwischen gesunden und kranken Teilen seiner Humanstruktur unterscheiden zu lernen. Denn zu Beginn der Therapie erlebt er seine Probleme als humanstrukturell synton. Während der Behandlung werden die Symptome humanstrukturell fremd und zu einem Gegenstand der Diskussion mit dem Therapeuten (vgl. *Ammon* 1994). So kann sich sein konkretes Denken langsam in ein reflektierendes abstraktes Denken verändern, was ein wichtiger Prozeß für die Gesundung des Patienten ist.

Die verbale Therapie besteht aus Einzel- und Gruppentherapie mit ein oder zwei Einzeltherapeuten und ein oder mehreren Haustherapeuten für Probleme des täglichen Lebens. Bei der Gruppenpsychotherapie ist wichtig, daß sie als ein feines Gewebe von unbewußten Dynamiken verstanden wird. In einer konstruktiv verlaufenden Gruppe wird jedes Mitglied einmal zentrale Figur sein, d.h. für den Gruppenprozeß integrierend und koordinierend gewirkt haben. Die Gruppenzusammensetzung der verschiedenen Gruppen sollte möglichst heterogen sein. Hierfür kann ein Gruppenhumanstrukturprofil mit dem Ich-Struktur-Test (ISTA) von großem Nutzen sein.

Für jeden Patienten wird ein individuelles spezifisches therapeutisches Programm erstellt, das seiner Persönlichkeit und seiner Humanstruktur entspricht. Für das gesamte Behandlungskonzept stellen die Case-Konferenzen, die Supervisionsarbeit mit den Therapeuten, die spezielle Kontroll-

arbeit mit dem Milieutherapeuten und die Großgruppe wichtige Integrationspunkte dar. In den Case-Konferenzen, die in gewissen Zeitabständen während des therapeutischen Prozesses eines jeden Patienten zusammentreten, werden die verschiedenen Therapeuten wie Maltherapeut, Reittherapeut, Milieutherapeut, aber auch der behandelnde Psychiater, Einzeltherapeut und Gruppentherapeut, des weiteren Sozialarbeiter und Psychologen aus der Diagnostik mit den laufenden Testuntersuchungen eine Zusammenführung der verschiedenen Entwicklungsbereiche im psychischen, körperlichen und geistigen Bereich, aber auch das Verständnis von Arretierungen im Bereich der Humanstruktur ermöglichen, um mit dem Patienten seine weiteren Therapieziele und Möglichkeiten zu diskutieren. Meistens bringt der Patient verschiedene Mitpatienten mit, die wiederum aus ihrer Sicht den Stand seiner Entwicklung vermitteln können.

Bei den täglichen Supervisionssitzungen in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik geht es nicht nur um die Bearbeitung von Gegenübertragungsphänomenen und Widerstand, sondern es werden die unterschiedlichen Aspekte des therapeutischen Spektrums der einzelnen Patienten zusammengeführt. Anliegen ist immer, die verschiedenen therapeutischen Strategien zu einem Ganzen zu integrieren, um immer wieder dem Patienten eine Integration der verschiedenen Erfahrungen zu ermöglichen. Dies ist eine Notwendigkeit, um einem Eklektizismus entgegenzuwirken, der gerade dem zersplitterten Ich der Patienten, die unter der sogenannten Borderline-Erkrankung leiden, entsprechen würde, wie ich dies weiter oben beschrieben habe.

Die Großgruppe von allen Patienten und Mitarbeitern repräsentiert das gesamte therapeutische Geflecht der Klinik und stellt dadurch einen weiteren Integrationspunkt im therapeutischen Geschehen eines einzelnen dar. Die therapeutische Effektivität hängt davon ab, wieviel Sozialenergie ein therapeutisches Team zur Verfügung stellen kann. Denn bei der Behandlung von humanstrukturkranken Patienten kann die Therapie nicht auf einen Therapeuten konzentriert sein, sondern verschiedene Therapeuten bilden ein sozialenergetisches Netz um den Patienten. Die therapeutische Aufgabe, das Ziel einer dynamisch-psychiatrischen Psychotherapie, ist immer Identitäts- und Humanisierungstherapie, d.h. daß der Mensch sich wieder kontaktfähig zu sich selbst und zu anderen Menschen entwickeln kann. Dies bedeutet, daß seine kreativen Kräfte und seine integrativen Kräfte zu stärken sind und daß in Auseinandersetzung mit den destruktiven und defizitären Persönlichkeitsausprägungen, insbesondere mit der destruktiven Aggression, der destruktiven Angst und dem destruktiven Narzißmus, die *Ammon* als das Widerstandsdreieck (*Ammon* 1982) beschreibt, zu treten ist.

Wichtig ist dabei immer, daß die Persönlichkeit und die Identität des Menschen im Mittelpunkt steht, d.h., welche Bedürfnisse, welche Ziele, welchen Sinn und welche Aufgaben er in seinem Leben finden und verwirklichen kann. Für die therapeutische Arbeit ist die partnerschaftliche

Haltung, das Sich-zur-Verfügung-Stellen des Therapeuten mit seiner ganzen Person und der therapeutischen Optimismus grundlegend. Es geht darum, den Menschen in seinem unbewußten Kern zu erreichen und defizitäre und destruktive Persönlichkeitsanteile zu einer konstruktiven Möglichkeit der Identität zu entwickeln. Die Ausbildung und Qualifikation des Teams ist dabei wesentlich. Durch die Ausbildungsinstitute der Deutschen Akademie für Psychoanalyse kann ein integriertes psychoanalytisches, gruppendynamisches und psychiatrisches Ausbildungsprogramm für alle Mitarbeiter angeboten werden, das ein Spektrum von theoretischer und praktischer Behandlungsmethodik, von neurotischer bis schwerer humanstruktureller archaischer Ich-Erkrankung erfaßt und immer die Gruppe als zentrales Moment sieht.

Bei der Entlassung des Patienten ist die Arbeit des Sozialarbeitsbereichs wichtig, wo es darum geht, nicht nur mit der Familie, den Partnern und den Angehörigen zu arbeiten, sondern auch eine bestmögliche Übergangssituation von der Klinik zur ambulanten Behandlung für den Patienten zu schaffen. Hier sei noch auf das dynamisch-psychiatrische Nachbehandlungsnetz hingewiesen, das sowohl die ambulante Psychotherapie in den Instituten und in der Klinik-Ambulanz als auch die therapeutischen und gruppendynamischen Wohngemeinschaften, Halbweghäuser, Tagesstätten und Kriseninterventionseinrichtungen, die gerade im Ausbau sind, umfaßt. Das Ziel der therapeutischen Nachbehandlung sollte auch hier wieder die Identität des Menschen sein und nicht eine Eingliederung in die Gesellschaft im Sinne einer Anpassung, wie dies *Kabanov* 1988 ebenfalls fordert.

Zum präventiven Bereich der dynamisch-psychiatrischen Konzeption gehören die psychoanalytischen Kindergärten mit ihrer gruppendynamischen Arbeit mit Kindern und Eltern, aber auch der gruppendynamische Studienbereich mit Selbsterfahrungs- und Balintarbeit.

Zusammenfassend können folgende Punkte für die Dynamische Psychiatrie als ein integratives Modell für psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung dargestellt werden:

1. Das Menschenbild. Es ist ein ganzheitliches Menschenbild, das den Menschen als ein primär »gruppendynamisch bestimmtes, individuelles Wesen« mit einem Bedürfnis nach Identität und Selbstverwirklichung versteht.

2. Die Theoriebildung. Es handelt sich um ein Entwicklungsmodell, das die Humanstrukturologie als ein zentrales integratives Konzept versteht. Hierzu gehört das Identitätsprinzip, die Humanstrukturologie, die Lehre von der Sozialenergie, die Spektraltheorie und das dynamische Denken und zentral das gruppendynamische Prinzip.

3. Im Bereich der Therapie handelt es sich um ein gruppendynamisches mehrdimensionales Behandlungsspektrum, das immer die Integration in den Mittelpunkt stellt.

4. die direkte therapeutische Intervention geschieht in einem Netz von behandelnden therapeutischen Teammitglieder und der Großgruppe genau-

so wie mit dem gruppendynamischen Prinzip der Supervision als Integrationsarbeit. Das Therapieziel dabei ist immer die Identität mit einem therapeutischen Bündnis zwischen Patient und Therapeut und einer partnerschaftlichen Haltung des Therapeuten dem Patienten gegenüber.

5. Die Dynamische Psychiatrie bezieht Erkenntnisse anderer Wissenschaftsdisziplinen mit ein wie die Psychiatrie, Psychoanalyse, die Psychologie, Neurophysiologie, Gruppendynamik, Psychosomatik, Philosophie, Pädagogik, Soziologie, Anthropologie und Rechtswissenschaft.

6. Das hauptsächliche integrative Moment der Dynamischen Psychiatrie ist der Mensch. Der Mensch steht im Mittelpunkt und wird sowohl als Teil wie auch als Diener der Gruppe angesehen, den die Gruppe aber auch fördert und heilt (vgl. *Ammon* 1991, 1994).

Die Dynamische Psychiatrie schließt sich hier den Forderungen der Deklaration von Madrid, der Weltgesellschaft für Psychiatrie, 1996, an, daß die Psychiatrie eine Disziplin sein soll, die die beste Behandlung von psychisch Kranken ermöglicht, immer mit dem Ziel nach geistiger Gesundheit. Die Patienten sollen mit der besten Therapie nach ethischen Prinzipien und wissenschaftlichem Wissen versorgt werden. Die Patienten sollen auch akzeptiert werden als Partner im eigenen Recht während des therapeutischen Prozesses. Es sollte keine Behandlung gegen den Willen des Patienten durchgeführt werden und eine größtmögliche Information dem Patienten zur Verfügung gestellt werden (Madrid 1996).

Dynamic Psychiatry – An Integrative Psychiatric-Psychotherapeutic Conception

Maria Ammon (Berlin/Munich)

In this papier the author lines out the history of Dynamic Psychiatry starting from the 19th century (*Griesinger, Charcot, Janet, Bernheim, Freud)* to the present integrative conception of *Günter Ammon.* In America, due to the exodus of psychoanalysts from Europe during the faschism, the psychoanalysis could come into contact with psychiatry, there the conception of Dynamic Psychiatry first was estabblished, but it failed to integrate the various psychiatric conceptions into the psychoanalysis. The startling results of the psychiatric enquete commission in Germany 1975 stimulated some reform efforts but up to now with poor results. In the last years new proposals were made aiming to include psychoanalytic, cognitive and behavioral methods of psychotherapy into psychiatric education and practice. By some authors the Interpersonal Psychotherapy (IPT) based on *Sullivan* is favoured in combination with other (biological and social) conceptions.

The author stresses the point that the eclecticistic addition of different therapeutic methods could be uneffective especially for borderline patients:

»The variation of methods corresponds to the various symptoms these patients offer. This is supporting their unconscious restistance, leaving the patients alone with their sufferings, their isolation and feeling of emptiness«.

Since his return from America in 1965, *Günter Ammon*'s developed his conception of an integration of his human-structural psychoanalytical approach with psychiatry and group dynamics. *Günter Ammon* development of his own theoretical conception started with his new definition of aggression as an primarily constructive human-function which can develop in a destructive or deficient way due to the influence of the surrounding group. In his view, constructive aggression means to be able to separate oneself from the symbiosis of the primary group which is seen as a crucial point of personality development and identity, in close connection to the human function of creativity. Leaving behind *Freud*, he developed his conception of the unconscious as creative »potential of the grown and ego-functions of the personality« leading to his conception of the human-structural-model of personality 1976 with primary (biological, neuro-physiological) human functions, with the mainly conscious secondary human functions which represents the abilities and skills and with its basically unconscious central human functions, being the core of personality such as aggression, creativity, sexuality, narcicissm, anxiety, ego-demarcation ect. and above all the identity with its dynamic and integrating potential for the whole personality and personality development. As all other human functions, it can manifest itself in a constructive, destructive or deficient way.

Humanstructurally, illness is seen as desintegration of the human functions with deficitary and destructive forms. In *Günter Ammon*'s unitarian view all severe, preoedipal psychic illness can be characterized by an human structural deficit (» hole in the ego«) which is compensated by the various symptoms. Health is seen as an expression of human functions in direction to their constructive, life supporting potentialities. Furthermore, health and illness are seen holistically, as an ongoing developmental process, within a »gliding spectrum«. In this context, *Günter Ammon* uses the term »gliding spectrum of archaic ego illnesses«.

The group dynamics approach also is a main integrative part in theory and practice in *Günter Ammon*'s conception, as the author points out. Every human development is seen as determined by the dynamics of the surrounding group. As a motivational factor for the development and behaviour of the individual *Günter Ammon* developed in contrary to *Freud* his conception of »social energy«, this means a psychic energy, which is depending from interpersonal and group dynamic relations and can be seen as a transmission function between the group dynamics and the processual, human structural development of its members. The social energy also can be described as constructive, destructive and deficitary.

In Dynamic Psychiatry, the author states, man is seen holistically as a unity of body, soul and spirit, as an individual striving towards identity and

self-realization. The holistic view of man includes many dimensions such as creativity, time and experience of time, illness, work and activity, androgynity, body and experience of body, experience of religion, the multidimensional sexuality, identity, expression of thinking and much more. According to *Günter Ammon*, the integration of the various dimensions into the core of the personality is the most important task.

The therapeutical conception of Dynamic Psychiatry is based on the processual understanding of health and illness . As the author emphasizes, it includes the process of diagnosis, the process of treatment, the psychic process of the patient and the learning process of the whole therapeutic staff. The diagnosing process reflects the spectral theory with its differentiated view of health and illness, that means it should not only be focused on the pathological symptoms but should also, in a holistic, multidimensional view cover the healthy aspects of the patients, his abilities, interests, life experiences and group relations, Besides of the conventional admittance examinations and interviews, including family members, also unconscious dimensions are of importance. In this context the autokonetic light test, the EEC-sleep polygraphy and the *Sperry* split-screen-test is applied.

The author points out that the principles of group dynamics are essential for the treatment process in the following aspects: 1. The analysis of the life history of the patient, 2. The analysis of the actual group relations at the situation of the outbreak of the illness, 3. The analysis of the unconscious dynamics of the patient's transference in the therapeutic field and its change within the treatment process, 4. The analysis of the unconscious mirroring process within the supervision of the therapeutic team, 5. The analysis of the unconscious group dynamics within the therapeutic team.

Considering these group dynamic aspects, a therapeutic social-energetic field can be structured which is essential for an integrated conception of treatment. Within this the whole personality of the patient with all his dimensions, for instance his body, body expression, his interests, emotionality, his needs, his disorders can be accepted, understood and, by integration of the different therapeutical possibilities, an individual treatment program according to the personality and the human structure of the patient can be established.

The whole social-energetic an milieutherapeutic field of the hospital or in an ambulant setting, including all staff members should be structured as a multidimensional therapeutic network which can serve as an integrative frame for a spectrum of verbal and non-verbal forms of therapies such as individual and group therapy, milieu-therapy, dance-, theatre-, music-, art-, sport-therapy and a variety of interest groups.

Following *Günter Ammon,* the author writes that milieu-therapy is indicated for all patients with severe human-structural disorders, such as borderline-patients, schizophrenic and depressive patients or addicts. Milieu-therapeutic groups can be understood as small therapeutic living

communities, with the possibility of useful creative working within a project chosen by the group itself. By means of confrontation with the third object new relations and new forms of contact can be experienced. There is a variety of differenciated situations which enables the patient to experience new constructive aspects of his personality according to his individual problems. Within the therapeutic situation the patient can verbalize his new experience and, supported by the therapist, learn to differenciate healthy form ill aspects of his personality structure, experiencing the latter more and more as »ego-dyston«, an important process towards health. The verbal group-therapy should be regarded as a dense network of unconscious dynamics, the structure of the groups be as heterogenous as possible.

In the author's opinion main points of the integration of the patient's individual therapeutic programme are: 1. The case conference, in which together with all concerned therapists the developmental process but also possible stagnations can be reflected and further therapeutic measures and goals be discussed. 2. The daily supervision sessions for the reflection of the occurring transference and counter-transference manifestations and also to integrate the various aspects of the therapeutic spectrum. This integration is regarded as essential to help the patient to integrate his new experiences and to support the integration of the different aspects of his splitted ego. A further integration point in therapy is the plenary meeting of all patients and the staff which represents the whole therapeutic network.

In general, the goal of dynamic-psychiatric therapy is a therapy towards identity and humanity, to strengthen the creativity and integrative factors and to enable the confrontation with his destructive and deficitary aspects of his human structure, especially with the destructive aggression, destructive anxiety and the destructive narcisissm, which is described by *Günter Ammon* as »triangle of resistance«. The role of the therapist should be characterized by an attitude of partnership, involving his personality as a whole. The discharge from hospital must be well prepared in cooperation with the social workers and all other persons concerned. The dynamic-psychiatric chain of post treatment (therapeutic living communities, half-way-houses ect.) is of great importance aiming to the further development of identity, not to a mere adaptation to society. To all therapists there should be offered an integrated education programme which encloses theoretical and practical training of psychoanalytic, psychiatric and group-dynamic topics.

In conclusion, the author gives the following points, being essential for Dynamic Psychiatry as an integrative modell for psychiatric-psychotherapeutic treatment: 1. A holistic view of man as a individual human being, influenced by the dynamics of the surrounded groups, with a needed to identity and self-actualization, 2. A theoretical conception of development, with the human structurology as a central integrative modell, 3. A therapeutic conception with a multidimensional group centered spectrum

focusing on integreation of personality, 4. The direct therapeutic intervention takes part within an network of the therapeutic staff and the general meeting, integrated by the reflection of the group-dynamics within the supervision group, 5. The Dynamic Psychiatry is integrating the results of other scientific disciplines, 6. The main integrative point and center of all efforts is the human being, he is as well part as servant of the group, by which he also can be promoted and healed. Finally, Dynamic Psychiatry supports the demands of the Madrid declaration of the World Psychiatric Association 1996 to ensure the best possible treatment for psychic ill people with the aim at psychic health and well-being.

Literatur

Albeniz, A. ; Holmes, J. (1996): Psychotherapy integration: Its implications for psychiatry. In: British Journal of Psychiatry (169) 563-570
Ammon, G. (1970): Gruppendynamik der Aggression (Berlin: Pinel)
– (1972): Gruppendynamik der Kreativität (Berlin: Pinel)
– (Hrsg.) (1979): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt)
– (1980): Dynamische Psychiatrie (München: Kindler)
– (1986): Der mehrdimensionale Mensch. Zur ganzheitlichen Schau von Mensch und Wissenschaft (Berlin: Pinel)
– (1994): The therapeutic concept of the Dynamic-Psychiatric Hospital Menterschwaige. In: Dyn. Psychiat. (27) 31-34
– (1994): Zur Methodenintegration in der Psychotherapie. In: Dyn. Psychiat. (27) 149-170
Ammon, M. (1996): Theory und Practice of Dynamic Psychiatry. In: Dyn. Psychiat. (29) 173-180
Andritzky, W. (1996): Unkonventionelle Heilweisen an psychiatrischen und psychotherapeutischen Einrichtungen in Deutschland. In: Gesundheitswesen (58) 21-30
Berger, M. (1995): Psychiatrie und Psychotherapie. Ein Rück- und Ausblick. In: Psychotherapeut (40) 146-154
Ellenberger, H.F. (1973): Die Entdeckung des Unbewußten (Bern, Stuttgart, Wien: Huber)
Heim, E. (1992): Integration oder Polarisierung der Psychiatrie. In: Nervenarzt (63) 143-148
Helbig, N. (1986): Die Psychiatriereform in der Bundesrepublik Deutschland im Zeitraum von 1970 bis 1985 (Berlin: Freie Universität)
Holzer, M.; Blaser, G.; Schuppel, R.; Kaechele, H. (1995): Der Unterricht in Psychosomatik/Psychotherapie an den Hochschulen der Bundesrepublik Deutschland: Eine kritische Bestandsaufnahme. In: Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie (45) 285-292
Janssen, P.-L. (1989): Aspekte der Integration von Psychiatrie und Psychotherapie. In: Sozialpsychiatrische Informationen (19) 7-11
Kapfhammer, H.-P. (1995): Psychotherapeutische Verfahren in der Psychiatrie. Ein einführender Text im Hinblick auf die neue Facharztweiterbildung zum »Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie«. In: Nervenarzt (66) 157-172
Katzenstein, A. (1981): Entwicklungstendenzen psychotherapeutischer Konzepte und Methoden. In: Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie (33) 112-117
Marenbach, J. (1986): Psychologische Beiträge zur Integration psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlungsformen (Bonn: Deutscher Psychologen Verlag) 65-69
Mattke, D.; Tschuschke, V.; Greve, W.; Rudnitzki, G.; Wolpert, E. (1996): Gruppenpsychotherapie in der Psychiatrie. Ergebnisse einer Pilotstudie und Perspektiven. In: Psychiatrische Praxis (23) 126-130
Mentzos, S. (1991): Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie (Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht)
Nahler, M. (1988): Die italienische Psychiatriereform – 20 Jahre Bewegung. In: Report Psychologie (13) 31-37

according to the Russian neurophysiologist *A.K. Anochin* (disciple of *I.R. Pavlov*), is a system-forming factor. The system itself is versatile and flexible depending on character and volume of the task (aim) to be achieved.

Among four principles of rehabilitation described by us (1969-1971) – though each of them had been well known before, we have just collected them together and tied up »the bouquet« of well known propositions with »our ribbon« (using *B. Pascal's* expression apropos another occasion), i.e. classified – two principles are especially distinguished: doctor-patient partnership, envisaged appeal to the personality of the latter, and the comprehensiveness (versatility) of efforts, influences, arrangements directed not only, and at certain stages of rehabilitation not so much, toward the organism but toward different aspects of patient's life functioning. Within them there are attitudes toward his/her »self«, his/her illness, profession, study, life future, surroundings (family, friends, society in general). Many specialists in the field of rehabilitation narrow its understanding bringing its essence to some complex of influences and arrangements, for instance, to optimization of treatment or to application of residual ability to work, training some disordered functions – speech, motor and other ones. All this waters down rehabilitation, as it was emphasized even by orthopedists, such as *D. Rask, P. Nichols.* In our opinion, a rehabilitation process without appeal toward personality is not as such, it will be only an instrument to fulfill some (sometimes very important) treatment-restoration tasks of limited range not bearing global character: the achievement of the final goal, i.e. retoration of personal and social status. Hence, rehabilitation without an analysis of personality psychology cannot be considered as genuine. It would be a substitution of rehabilitation and not the rehabilitation itself. For instance, rationally suitable life and work conditions of a patient in good and stable remission of schizophrenia or stroke but without understanding his personality traits and maintaning his spiritual life (axiological aspect) may drive a patient to committing suicide or an act of aggression, often being not motivated externally (for example, recently in Moscow a paralyzed invalid killed a woman-judge during court sitting). And only later it turns out (not always), that there was a self-conflict, a form of protest, anxiety for future, ideology fear and so on that would have demanded psychological analysis. That is why in doctor's (or psychologist's or social workers's) mode of influence on a patient there should be elements of co-action, presence of empathy, mutual confidence in interpersonal contacts during the process of individual and group work – psychotherapeutic, psychocorrective, including psychoanalytical, cognitive-behavioral therapy, application of group dynamics in different restorative treatment arrangements (psycho- and sociotherapy; milieu, occupational and labor treatment, arttherapy and others).

It is important to use mechanisms of »the unconscious« both in understanding the treatment influences on a patient which is conventional for psychoanalytic therapy and in forming a patient's inner picture of his/her

disease and a model of anticipated treatment outcomes, reinforcement or correction of »social energy« according to *G. Ammon.* As it is known, the consideration of the unconscious is closely connected with psychoanalysis which began to be of interest in Russia several years ago at the end of *Gorbachov's* »perestroika«. After several by-gone decades of interdiction of the doctrine of *S. Freud* and his disciples it seems at present as if the pendulum of public interest swang toward the »opposite side«. In June 1996 there appeared a Decree of President *B. Yeltsin* »On restoration of philosophical, clinical and applied psychoanalysis in Russia« which due to different reasons was ambiguously assessed by psychiatrists and psychotherapists. Nevertheless, during the first years of USSR, existing party authorities (*L.D. Trotsky, A.V. Lunacharsky* and others) paid much attention to psychoanalysis. In 1923 the Russian psychoanalytical society and Psychoanalytical institute (headed by *N.Y. Yermakov)* were founded, later on they were abolished when the so-called trotskism began to be persecuted. The famous Russian philosopher *A.I. Ilyin* – who was deported in 1923 – not being a psychoanalyst characterized psychoanalysis as »a method by which a person can both heal and clean the unconscious and encourage organic integrity, sensitiveness and flexibility« (*A.I. Ilyin* died in 1954 being an acknowledged ideologist of Russian emigration of those times). It should be mentioned that even before revolution in tsarist Russia psychoanalysis, approximately beginning from 1909, was rather widely acknowledged – just recall the names of *Lou Andreas-Salome, Sabina Spielrein, M. Wulff* who are forgotten in their mother country (but wellknown in the West). After a definitive rout of psychoanalysis in Russia in the beginning of the 1930's, the term »the unconscious« practically disappeared from scientific literature and everything connected with *Freud* and his disciples was declared to be a pseudo-science. Only at the end of the sixties there appeared works of *F.V. Bassin* which paid honours to the teaching of *Freud* and his disciples. Nevertheless, psychological analysis even in those cruel years of violation of our spiritual life – years of »father of peoples« and »coryphaeus of science. *I. Stalin* and his successors were disguised in Russian psychotherapy, in particular in the form of pathogenetic psychotherapy of *V.N. Myasishchev* and his school. In *V.N. Myasishchev's* book »Personality and Neuroses« published in 1960, one can distinctly observe importance and meaning of personality study for the knowledge of neurotic disorders, elaboration of theoretical grounds of a relationship psychology which are important for a pathogenetic therapy of mental disorders. Foreign methods to study it (for instance, projective, techniques) began to come back, non-directive psychotherapy superseded the suggestive one which was well embedded into totalitarian regime. Gradually contacts of our scientists with foreign psychoanalysts increased, with specialists from the USA and Germany in first place.

The commencement of acquaintance of Bekhterev Institute, the chief institute of Russia on medical psychology and psychotherapy, with dynamic

psychiatry is associated with the outstanding German psychiatrist and psychothrapist *Günter Ammon*. His doctrine stated in numerous works and materials of scientific congresses and symposia paved the way for partisans of rehabilitation concept suggested by us, our disciples and followers. The paradigm of the primacy of human »Self« – conscious and unconscious – underlies both our concept of rehabilitation and dynamic psychiatry. The essence of approach toward patients in dynamic psychiatry and, one can say, in the methodology of social-work rehabilitation is grounded on its principal propositions. We strive to bring closer the methods of practical work and research both at Bekhterev Institute and Munich Dynamic-Psychiatric Hospital Menterschwaige. Nevertheless, there exist still various differences in theoretical propositions; especially we use psychoanalytical psychotherapy to a less extent and apply the most various methods of psychosocial influences – individual and group ones.

One cannot assume that the situation of psychoanalysis and psychoanalytical psychotherapy in Russia is satisfying despite the fact that Bekhterev Institute carries out research in this field (the monograhpy of *V.D. Wied* »Psychoanalytical Psychotherapy in Schizophrenia« should be mentioned), and that a non-governmental East-European Institute of Psychoanalysis (headed by *M.M. Reshetnikov*) was founded in 1991 in St. Petersburg, and that psychoanalytical societies were established in Moscow and St. Petersburg. According to the decision of the Ministry of Health Care of the Russion Federation, in 1994 to 1996 the Federal Center on Psychotherapy and Medical Psychology (headed by *B.D. Karvasarsky)* was founded on the ground of Bekhterev Institute. This center has already begun to elaborate a program on clinical psychoanalysis in cooperation with the working group under the State Committee on science of the government of Russian Federation. They will elaborate other aspects of psychoanalysis: philosophical, psychological and applied ones (by specialists from corresponding institutions of Moscow and St. Petersburg). And we hope, for the first turn, on asssistance of our foreign colleagues in problems of standardization of methodical techniques and, this is of special importance, in training of qualified psychoanalysts with internationally accepted certificates. This is very important in view of the increasing number of »savage psychoanalysts« in our country. Sometimes the activity of such »specialists« represents a mixture of occultism with black magic and God knows what else (their activity being readily advertised by mass media).

In 1976 I met *Günter Ammon* for the first time at a scientific conference in Dresden. Prof. *Klaus Weise* from Leipzig University who as myself was not a psychoanalyst but understood the importance of psychoanalysis and dynamic psychiatry in forming a new thinking in knowledge of a personality, in human science, introduced me to Dr. *Ammon*. By that time we both have shown common viewpoints in the field of psychiatry and psychotherapy. It was useful for me to note that some propositions of *Freud*'s psychoanalysis were significantly revised and added by German Academy

of Psychoanalysis. *G. Ammon* elaborated a notion of »social energy« that can easily be embedded into our rehabilitation concept, much attention is paid to group dynamics in relationship »Self - the other« – one of the main propositions of psychology which for a long time was in different aspects elaborated by *M.M. Bakhtin, V.M. Myasishchev* and others in Russia. Social energy in *G. Ammon*'s understanding is one of the main postulates of theory and practice of dynamic psychiatry. It substitutes *Freud*'s intrain-dividual-biological libido by an energy interpersonally generated, dependent on particular groups.

The realization of this proposition (group psychotherapy, treatment by milieu, occupation) in psycho- and socio-therapeutic practice showed the high efficacy of this approach in treatment of various mental disorders including neuroses, psychosomatic diseases and schizophrenia. The essence of the latter widespread disease, as it is known, has not yet been disclosed. A biological model of schizophrenia is prevailed; so many psychiatrists, assuming psychoanalytic psychotherapy (or its elements) as a method of treatment practice, ignore psychoanalysis in the hospital of psychosis. From the viewpoint of the rehabilitation conception elaborated by us, practically any method of psychotherapeutic intervention is prescribed in different neuro-psychic diseases taken into account abovementioned principles, stages of rehabilitation as well as traits of patient's and doctor's personalities. Wrong application of psychotherapy (not only psychoanalytical one but this especially) can be more harmful than unreasoned application of medication treatment. This proposition must be an axiom for a doctor but, unfortunately, it is rarely kept. I do not know how points are getting on in other countries, but in Russia unreasoned or simply ignorant psychotherapy occurs very often even among professionals. From a dynamic psychiatric viewpoint in our present understanding, there is nothing forbidden in application of the whole spectrum of psychotherapeutic intervention including supportive psychotherapy, individual and group analysis and milieu influence.

The work of the dynamic psychiatric clinic Menterschwaige in Munich (I've been acquainted wit the work of many other psychotherapeutic and rehabilitation clinics in Europe and the USA in many fields) is an excellent example of practical realization of the theoretical propositions of its founder *Günter Ammon*. Its work has something in common with the activity of the Department of restorative treatment and rehabilitation of mentally ill (mainly so-called endogeneous psychoses) founded in St. Petersburg Bekhterev Institute in 1966. Now it is headed by *V.D. Wied.* In our plans of scientific cooperation there are further identification of mutual work methods, especially in the field of milieu therapy and assessment of treatment-restorative efficacy. During recent years another hospital of our Institute, the Department of neuroses and psychotherapy (headed by *B.D. Karvasarsky)* has much in common with the German colleagues. Elements of psychoanalytical psychotherapy, theoretical aspects of *V.N. Myasishchev*'s

teaching are embedded into the conception of integrative psychotherapy elaborated by it; contacts with psychotherapists of *G. Ammon*'s school are envisaged.

In conclusion I would like to say that in Russia (and in other countries) we can often observe a various understanding of some terms and notions. For instance, there are different interpretations, as I have already mentioned, of the notion »rehabilitation«. What is psychotherapy? Is it a particular medical or medical-psychologic-pedagogical science and a sphere of practical activity? The famous Polish psychotherapist *Stephen Leder* asked the audience this question at an international symposium in Prague in 1973. Are there any differences and what are they in »dynamic psychiatry« according to *F. Alexander, K. Menninger, Günter Ammon*? How do we understand or should understand it today? The glossary of terms and commentary of *G. Ammon*'s disciple *E. Fabian* as an appendix to *G. Ammon*'s book »Dynamic Psychiatry« published in Russian in 1996 can serve as an example of answer to this simple question which is not so much a terminological as a theoretical-methodological one.

Finding a common language and, mainly, understanding in argumentations and discussions, the skill to listen and to take the viewpoint of others and to look at yourself and your own activity by his/her eyes are inalienable conditions of success in further development of our common pursuit – dynamic psychiatry and engendered by its ideas a dynamic concept of rehabilitation.

Die Rehabilitation psychisch Kranker und die Dynamische Psychiatrie

Modest M. Kabanov (St. Petersburg)

Nach einem kurzen historischen Exkurs zum Verständnis psychischer Krankheit im 18. und 19. Jahrhundert bei *Pinel, Chiaruggi, Connolly, Tuke* und *Griesinger* stellt *Kabanov* das Konzept der Rehabilitation dar, das sich im wesentlichen während des Ersten Weltkriegs entwickelte. Beeinflußt davon waren Psychiater wie *Simon, Sivadon, Jones, Greenblat* und zu Unrecht vergessene und im Westen unbekannte russische Psychiater wie *Ilyon* und *Bugayski.* Er bezieht sich auch auf *von Bertalanffy* als Pionier der Systemtheorie, die das Paradigma der modernen Medizin weg von einem organismus-zentrierten zu einem »evolutions-populations-zentrierten« oder ökologischen Ansatz hin veränderte.

Rehabilitation ist als ein komplexes und dynamisches System miteinander verbundener Komponenten zu verstehen (medizinische, psychologische, soziale etc.), die auf die komplette oder partielle Wiederherstellung des persönlichen und sozialen Status des Patienten abzielen. Nach *Anochin*, einem Schüler *Pawlows*, ist jedes System flexibel und vielseitig abhängig von Art und Umfang der zu erreichenden Aufgabe. Unter den vier Prinzi-

pien der Rehabilitation, wie sie *Kabanov* (1969-1971) beschrieb, kommt den folgenden beiden besondere Bedeutung zu: Der Partnerschaft von Arzt und Patient und der Wechselseitigkeit von Anstrengungen und Einflüssen, die sich auf die verschiedenen »Lebensfunktionen« des Patienten richten. Dazu gehören unter anderem die Einstellungen zum Selbst, zur Krankheit, zum Beruf, zur Lebenszukunft und zur menschlichen Umgebung. Wenn Rehabilitation lediglich als Behandlung, Anwendung oder Training verbliebener Funktionen verstanden wird, wird sie verwässert. Die Analyse der Persönlichkeit gehört unabdingbar zur Rehabilitation. Wird sie vernachlässigt, kann dies zum Durchbruch auto- oder fremdaggressiver Handlungen führen, denen etwa ein Selbst-Konflikt, Zukunftsangst oder Protest zugrunde liegen kann. Ärzte, Psychologen und Sozialarbeiter sollten daher auf der Basis von gegenseitigem Vertrauen mit dem Patienten zusammenarbeiten, unabhängig von der speziellen Behandlungsform.

Das Unbewußte einzubeziehen ist wesentlich, sowohl um die Auswirkungen der Behandlung für den Patienten und sein inneres Bild der Erkrankung und des Behandlungserfolgs zu verstehen als auch, um die Sozialenergie (*Günter Ammon)* zu stärken. Bekanntlich ist der Begriff des Unbewußten eng gekoppelt mit der Psychoanalyse, die erst mit *Gorbatschows* Perestroika in Rußland wieder für die Öffentlichkeit interessant wurde. Zuvor war sie jahrzehntelang verboten, obwohl in den Anfangsjahren der UdSSR auch Parteiautoritäten wie *Trotzki* und *Lunacharsky* sie wohlwollend betrachteten. Mit der Verfolgung des Trotzkismus wurde auch die 1923 gegründete Russische Psychoanalytische Gesellschaft abgeschafft. Vor der Revolution war die Psychoanalyse in Rußland weithin anerkannt, man denke nur an Namen wie *Lou Andreas-Salome, Sabina Spielrein, M. Wulff*, die heute in ihrem Mutterland vergessen sind. Erst in den Sechziger Jahren zollt *F.W. Bassin* in seinen Arbeiten der Lehre *Freuds* Aufmerksamkeit. Während der *Stalin*-Ära existierten psychoanalytische Ideen nur versteckt in der »pathogenetischen Psychotherapie« von *V.N. Myasishchev* und seiner Schule.

Die Bekanntschaft des Bechterew Instituts, der führenden russischen Institution auf dem Gebiet der Medizinischen Psychologie und Psychotherapie, mit der Dynamischen Psychiatrie ist mit dem laut *Kabanov* herausragenden deutschen Psychiater und Psychotherapeuten *Günter Ammon* verbunden. Beiden Konzepten – der »social-work« Rehabilitation und der Dynamischen Psychiatrie – liegt das Primat des menschlichen (bewußten wie unbewußten) Selbst zugrunde. Auch die Haltung gegenüber dem Patienten ist nach *Kabanov* darauf gegründet. Die praktischen Methoden und theoretischen Aussagen unterscheiden sich jedoch; insbesondere wird im Bechterew-Institut weniger psychoanalytische Therapie angewandt, sondern sehr unterschiedliche Einzel- und Gruppen-Methoden psychosozialer Einflußnahme.

Die Situation der Psychoanalyse in Rußland ist nicht befriedigend trotz einiger Fortschritte in den letzten Jahren (Gründung eines regierungsunab-

hängigen Osteuropäischen Instituts für Psychoanalyse 1991 (Leiter *M.M. Reshetnikow)*, von Psychoanalytischen Gesellschaften in Moskau und St. Petersburg und des Bundeszentrums für Psychotherapie und Medizinische Psychologie 1994 bis 1996 (Leiter *B.D. Karvasarsky)*. Letzteres will ein Programm für Klinische Psychoanalyse und, mit Hilfe ausländischer Kollegen, eine qualifizierte Ausbildung von Psychoanalytikern erarbeiten.

Kabanov traf *Günter Ammon* zum ersten Mal 1976 in Dresden. Dieser versteht psychische Energie als zwischenmenschlich entstehende Sozialenergie und löste damit *Freuds* intraindividuell-biologische Trieblehre (Libido) ab. Dieses Sozialenergie-Konzept ließ sich leicht in *Kabanovs* Verständnis von Rehabilitation einarbeiten. Die praktische Umsetzung in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige in Form von Gruppenpsychotherapie, Milieutherapie und Tätigsein bewies hohe Effizienz für verschiedene psychische Erkrankungen einschließlich Psychosomatik und Schizophrenie. In diesem Zusammenhang warnt *Kabanov* vor unqualifizierter Anwendung von Psychotherapie.

Es ist vorgesehen, die wissenschaftliche Zusammenarbeit und den therapeutisch-methodischen Austausch zwischen der Klinik Menterschwaige und zwei inhaltlich entsprechenden Abteilungen des Bechterew-Instituts, der Psychosen-Abteilung von Prof. *Wied* und der Abteilung für Neurosen und Psychotherapie von Prof. *Karvasarsky,* zu intensivieren.

Literature

Ammon, G. (1979, 1982): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie. Band I und II. (München: Ernst Reinhard)
– (1996): Dinamicheskaya Psikhiatriya (Dynamische Psychiatry). (St. Petersburg: V.M. Bekhterev Institute)
Bassin, F.V. (1968): Problema »bessoznatelnogo« (The Problem of the »Unconscious«). (Moskau: Meditsina)
Bugaisky, Y.P. (1932): Kollektivno-trudovoi metod lecheniya nervno-psikhicheskikh bolnykh (Collective Labor Method of Treatment of Nervous and Mental patients) (Moskau)
Etkind, A. (cit.) (1993): Eros nevozmozhnogo. Istoriya psikhoanaliza v Rossii. (Eros of the Impossible. History of Psychoanalysis in Russia). (Sankt Petersburg)
Fabian, E. (1994): Glossar der Grundbegriffe der Dynamischen Psychiatrie. (München: Selbstverlag)
Ilyon, Y.G. (ed.) (1928): Voprosy nervno-psikhicheskogo ozdorovleniya naseleniya (The Issue of the Neuropsychical Sanitation of Population). (Kharkov)
Kabanov, M.M. (1985): Reabilitatsiya psikhicheski bolnykh (The Rehabilitation of Mentally Ill). (Leningrad)
Karvasarsky, B.D. (1985). Psikhoterapiya (Psychotherapy). (Moskau)
– (1990): Nevrozy (Neuroses). (Moskau)
Myasishchev, V.N. (1960): Lichnost i Nevrozy (The Personality and Neuroses). (Leningrad)
Wied, V.D. (1993): Psikhoanaliticheskaya Psikhoterapiya pri Shizofrenii (Psychoanalytical Psychotherapy in Schizophrenia). (Sankt Petersburg)

Address of the author:

Prof. Modest M. Kabanov, M. D.
V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute
ul. Bekhtereva 3
193019 St. Petersburg
Russia

Einfühlung und Mitgefühl in der Psychotherapie**

Ernst Federn (Wien)*

Der Autor untersucht die Begriffe Empathie und Sympathie vor dem Hintergrund eines psychoanalytischen Verständnisses, welches auf den Ich-psychologischen Konzepten von Paul Federn aufbaut. Er erläutert die Konzepte seines Vaters über Ichzustände, Ichgrenzen und Ichgefühl und entwickelt hieraus ein Verständnis des Begriffes Einfühlung. Er geht dabei auch auf Ansätze der Selbstpsychologie ein. Sehr anschaulich führt er aus, wie in der Behandlung bei verschiedenen psychischen Leiden die Einfühlung vom Therapeuten verschiedenen gehandhabt werden muß. Bei einem schwachen Ich des Patienten sollte man danach suchen, wo relativ größere Stärken vorhanden sind, um unter Umständen zu versuchen, von diesen aus das ganze Ich wieder aufzubauen. Ist das Körper-Ich stärker als das seelische Ich müssen körperliche Funktionen in der Behandlung betont und eingesetzt werden. Bei Assozialität sollte man versuchen, das Wir-Gefühl anzusprechen, bei Dissozialen die Betonung darauf legen, die Aggressionen in gesellschaftlich vertretbare Bahnen zu lenken. Einfühlung ist ganz entscheidend deshalb nötig, weil ohne diese das Ich des Patienten keine wirkliche Beziehung zum Therapeuten eingehen kann. Der Autor kommt zu dem Schluß, daß Mitgefühl beim neurotisch Erkrankten ausreichend sein kann, jedoch beim Ich-gestörten Patienten unabdingbar mit Empathie gearbeitet werden muß.

Die deutschen Worte für Empathie und Sympathie sind Einfühlung und Mitgefühl. Es gibt dann noch eine Antipathie, auf deutsch Ablehnung oder Abneigung, in dem merkwürdigerweise das Wort Gefühl nicht vorkommt. Ich will die ersten dieser beiden Worte von einem psychoanalytischen Standpunkt, der auf den Konzepten von *Paul Federn* aufbaut, betrachten und ihren Wert für die Psychotherapie einschätzen. Dazu muß ich aber kurz diese Ichkonzepte erläutern. *Paul Federn* hat es sich zur Aufgabe gemacht, das Wesen des Ichs zu studieren und nicht nur seine Funktionen, wie dies *Heinz Hartmann* getan hat. Er kam durch die Beobachtungen von geistig gestörten Menschen, aber auch durch seine Selbstanalyse zu dem Ergebnis, daß das Ich das Gefühl ist »Ich bin ich selbst«. Dies heißt, daß in Zeit und Raum eine Einheit mit dem eigenen Körper besteht. Daraus ergibt sich, daß es zwei Ichgefühle gibt, ein körperliches und ein seelisches. Beide sind psychologische Begriffe.

Diese Ichgefühle haben notwendigermaßen ihre Grenzen, die nicht unbedingt mit denen des Körpers übereinstimmen müssen. Diese Grenzen werden von den Trieben in den verschiedensten Formen besetzt und die Gefühle entstehen an ihren Besetzungsstellen. Das Ausmaß dieser Besetzungen, ihre Stärke und welche Triebe an welchen Stellen auftreten, nennt *Federn* einen Ichzustand.

In der Entwicklung des Menschen, wahrscheinlich schon vor der Geburt, sind diese Besetzungsenergien und Formen zuerst sehr schwach

* Professor, M.A. für Sozialarbeit, Psychotherapeut, Ehrenmitglied der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung

** Vortrag gehalten auf dem 11. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP / XXIV. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 4.–8. März 1997 an der Fachhochschule München-Pasing

und nach der Geburt völlig solidarisch oder symbiotisch mit denen der Mutter. Das heißt, bei der Geburt sind das Ich der Mutter und das des Kindes noch eine Einheit.

Allerdings gibt es Fälle, bereits bei den Menschenaffen beobachtbar, in denen die Ichgrenzen der Mutter gar nicht oder sogar feindlich, also mit aggressiven Trieben gegen das Kind besetzt sind. Es kommt dann ganz früh zu den ersten Störungen zwischen Mutter und Kind. Wo z.B. die Mutter keine Milch geben kann, wird selbst bei ausreichender Ernährung durch die Flasche ein gewisser Einfluß auf die Ichentwicklung stattfinden.

Vom Moment der Geburt an beginnen nun die Ichgefühle zu wachsen und sich fortlaufend zu verselbständigen. In anderen Worten, das Ich ist von der Geburt an vorhanden und entwickelt sich nicht, wie *Freud* meinte, erst als eine Art Abwehrregion aus dem Es. *Federn* leugnete nicht die verschiedenen Mechanismen des Ichs, sie beginnen aber erst später, während das Gefühl »Ich bin ich« von Anfang an vorhanden ist, wobei allerdings am Beginn die Mutter in diesem Ich miteingeschlossen ist. Es ist sehr wahrscheinlich, daß diese Entwicklung von Genen gelenkt wird, die zu finden eine Frage der Zukunft ist. Heute können wir nur annehmen, daß gewisse Gene eine sehr normale und ausgewogene Entwicklung veranlassen und ein Mangel an Genen diese Entwicklung verzögern, ja überhaupt verhindern kann. Das sind aber bloße Vermutungen und wir sind darauf angewiesen, zu beobachten und zu beurteilen, was wir sehen. Die moderne Babyforschung hat hier sehr interessante Ergebnisse gebracht.

Gleichzeitig mit dem Gefühl »Ich bin ich« entsteht aber durch die erste Symbiose mit der Mutter das Gefühl eines »Ich bin wir«, wobei das wir zuerst eine Dyade ist und daher auch als »Ich bin Du« bezeichnet werden kann. Es hängt nun ganz davon ab, mit wieviel Menschen ein Kind zusammen aufwächst, in welcher Nähe von ihnen und in welchen Zeiten: immer, oft oder selten. Wir dürfen aber annehmen, daß zusammen mit dem Ichgefühl sich ein Wirgefühl entwickelt, was bereits *Aristoteles* wußte, wenn er den Menschen ein zoon politikon, ein vergesellschaftlichtes Wesen nannte.

Was wir von der Entwicklung des Kindes wissen, ist, daß die Gesellschaft, also das Wirgefühl, bis zum 3. Lebensjahr normalerweise auf die Familie beschränkt bleibt und erst mit dem Eintreten in den Kindergarten sich mit der ganzen Welt auseinander zusetzen beginnt. Allerdings war die Mutter ja schon immer ein Teil der äußeren Welt, ebenso wie die Familie, woraus sich ergibt, daß im Grunde genommen das Kind von Geburt an ein soziales Wesen ist.

In der Mehrheit der Fälle entwickelt sich das Ich gleichmäßig mit seinem immer stärker werdenden Ichgefühl für das eigene Selbst und sehr verschiedenen Gefühlen für die äußere Welt. Es ist noch nötig, etwas zu dem Wort »Selbst« zu sagen. *Federn* benützte es nur viermal und definiert es als das ich als Objekt in »Ich bin ich selbst«. *Freud* benützt es noch seltener. Andere Autoren gebrauchen es anstelle des Wortes Ich. Die

Übersetzung des Wortes Ich ins Englische als »ego« war wahrscheinlich eine unglückliche Wahl, besser wäre »self« oder »me« gewesen. Jedenfalls hat bereits *Hartmann* zwischen Ego und Self unterschieden und *Heinz Kohut* hat dem Begriff einen besonderen Wert gegeben. Ins Deutsche wird »self« mit Selbst übersetzt und so haben wir heute eine Selbstpsychologie, wo man früher von Ichpsychologie gesprochen hat. Das bedeutet aber inhaltlich gar nichts.

Kohut hat fleißig abgeschrieben, ohne zu zitieren. Da wir durch die Forschung von Frau *Accerboni* wissen, daß *Kohut* an einem Seminar von *Edoardo Weiss* über *Federn* in Chicago teilgenommen hat, ist meine Behauptung mehr oder weniger bewiesen.

Nach diesen einleitenden Worten komme ich zum Thema: Einfühlung: Darüber erschien vor etwa einem halben Jahr ein ausgezeichnetes Buch von *Martina Emme.* »Der Versuch den Feind zu verstehen«, das sehr gründlich das Problem der Empathie bei *Ruth C. Cohen, Martin Buber* und *Heinz Kohut* behandelt. Ich werde mich auf das Gebiet der Psychotherapie begrenzen, über das ich ein Buch eben fertigstelle.

Vom Standpunkt der *Federn*schen Ichpsychologie ist Empathie immer dann gegeben, wenn die Ichgrenzen Besetzungen des Therapeuten oder Beraters mit denen des Patienten oder Beraters übereinstimmen. Das heißt, daß man, um mit einem anderen übereinzustimmen oder mitzufühlen, viel von ihm wissen muß. Ich möchte das an einem Beispiel erläutern. In meiner Tätigkeit als Berater und Therapeut in einem Gefängnis, habe ich wiederholt Bauern, die wegen Brandstiftung eingesperrt waren, beraten. Ich hatte damit viel Erfolg und konnte schnell eine Beziehung mit den Gefangenen eingehen. Das erscheint überraschend, wenn man meinen intellektuellen, städtischen Ursprung in Betracht zieht. Nun war es aber so, daß ich als Kind und später bis zu meinem 23. Lebensjahr jeden Sommer etwa zwei Monate auf dem Land bei Bauern verbracht habe. Besonders als Kind war ich den Sommer über im Stall beschäftigt und habe Kühe gehütet und Heu eingebracht. Mir war also das soziale Leben der Bauern wohl bekannt und sehr positiv besetzt, da ich Landwirt werden wollte. Dieser Zustand ermöglichte es mir, mit den Gefühlen des Bauern sehr schnell positiv übereinzustimmen, was dieser sofort merkte. Es waren wohl die Fragen, die ich an ihn richtete, die das erreichten. Mit anderen Worten, ich konnte sofort Empathie für den vor mir sitzenden Gefangenen empfinden.

Nun meine ich, daß bei allen Menschen, die unter Störungen in der Entwicklung ihres Ichs leiden, wenn ihnen geholfen werden soll, dieses Ich unterstützt werden muß. Von dem, was wir heute über die Entwicklung des Ichs wissen, das manche Autoren gerne »Selbst« nennen, können wir erkennen, daß es einer Reihe von Störungen ausgesetzt sein kann. Einige von ihnen werden wohl bei jedem Menschen auftreten. Von größter Wichtigkeit dabei ist, in welchem Alter diese Verletzungen stattfinden. Je erwachsener ein Ich ist, wenn eine Störung eintritt, desto eher ist es imstande, mit ihr fertig zu werden. Für den Therapeuten, der helfend ein-

greifen soll, ist es entscheidend zu lernen, wann die Störung der Ichentwicklung stattgefunden hat, was nur durch Befragung möglich ist. Wie nun dieses vor sich geht, erlaubt dem Befragten, ob Patient oder Betreuter, zu erkennen, ob der Therapeut seine Situation erfaßt hat. Ich gebe ein Beispiel: Als ich bei einer Frau, deren achtjähriger Sohn einzukoten begonnen hatte, die Daten aufnehmen wollte, erkannte ich beim Befragen ihrer Ehesituation, daß sie bei der Antwort unsicher war. Ich unterließ daher sofort das Vorgehen in der Aufnahme von Daten und begann nach der Situation ihrer Ehe zu fragen, ob es da Schwierigkeiten gäbe. Es stellte sich heraus, daß nicht das Einkoten des Sohnes, sondern Probleme mit der Ehe die Frau zu mir gebracht hatten. Ich konnte die Situation in Ordnung bringen und der Bub hörte auf, sich zu beschmutzen. Der um Hilfe Suchende fühlt sehr schnell an der Art, in welcher der Therapeut oder der Berater mit ihm spricht, ob dieser Empathie aufbringen kann oder nicht. Bereits der Empfang und die erste Fragestellung ist bei dem, der Empathie besitzt, verschieden von dem, der nur Sympathie oder gar keine Gefühle für den Hilfesuchenden besitzt.

Der weitere Schritt ist die Abspaltung eines Teiles des Ichs des Therapeuten oder Beraters während der Zeit der Behandlung. *Freud* entdeckte die Ichspaltung als Ursache der Perversionen. Ein Teil des Ichs bleibt in seinem sexuellen Verhalten auf der Stufe des kleinen Kindes, der andere Teil entwickelt sich normal. Ich nenne das eine horizontale Spaltung. Die Beobachtung menschlichen Verhaltens erlaubt aber auch anzunehmen, daß jeder Mensch, mit was immer für einem Ich er ausgestattet ist, vertikale Spaltungen vornehmen kann. Das heißt, in anderen Worten, daß er zwei, vielleicht sogar drei Ichs entwickeln kann, indem er sein Ich spaltet. So meine ich, daß Schauspieler, Politiker, auch Militärangehörige und ähnliche Berufe nur deswegen funktionieren können, weil sie ihr Ich spalten. Ein Teil funktioniert auf der Bühne oder in einem anderen Beruf, der andere Teil zu Hause.

Natürlich kann ich das nicht beweisen, aber wenn ich es als richtig annehme, erklärt es sehr viele Zustände im menschlichen Leben, die sonst unerklärlich wären. Eine solche vertikale Spaltung, meine ich, ist auch beim Therapeuten von ichgestörten Menschen nötig.

Ich komme damit zum Ende meiner Ausführungen: Bei schweren Ichstörungen muß der Therapeut zuerst imstande sein, die Besetzungen seiner Ichgrenzen an die Art der Besetzung seines Patienten oder Betreuten anzupassen, um dann für die Zeit der Therapie einen Teil seines Ichs mit diesen Besetzungen dem Ich des zu Behandelnden oder Betreuenden auszuborgen. Das ist eine Begabung, die ein Mensch haben kann oder auch nicht, sowie es bei Musikern oder Schauspielern oder anderen Berufen vor sich geht. Ohne Begabung gibt es keine Therapie. In der Tat, Psychotherapie ist eine Kunst und keine Wissenschaft. Der Patient glaubt natürlich, das Ich des Therapeuten auch zu besitzen, wenn er nicht gegenwärtig ist. Man wird nun sagen, daß nur sehr starke Ichs ein solches »Herborgen« zustande

bringen. Das ist aber nicht so. Auch ein im Grunde schwaches Ich kann sich spalten. Die Begabung braucht man nicht zum Spalten, sondern zur Fähigkeit, die Ichzustände der Patienten zu erkennen und die Spaltungen bewußt und nur auf Zeit vorzunehmen.

Das wird klarer werden, wenn wir statt von Empathie von Sympathie sprechen. Sie bedeutet von diesem Konzept des Ichs ausgehend nur, daß die Ichgrenzen, die mit dem Patienten oder wem auch sonst, zu tun haben, mit positiven Gefühlen besetzt sein müssen. Die Art der Besetzung ist unwichtig. Handelt es sich um negative Besetzungen, so bekommen wir eine Antipathie.

Den entscheidenden Unterschied zwischen Psychotherapie und Psychoanalyse hat bereits *Freud* in seinem Aufsatz »Über Psychotherapie« 1905 geschrieben. Er vergleicht die Psychoanalyse mit der Bildhauerei, die etwas wegnimmt, die Psychotherapie mit der Malerei, die immer etwas hinzufügt. Ich habe bereits 1957 darüber einen Vortrag gehalten, der 1960 in der »Schweizerischen Zeitschrift für Psychologie und ihre Anwendungen« erschienen ist. Heute kann ich darüber mehr aussagen: Ich meine, daß in der Psychoanalyse das Ich des Analytikers zusammen mit dem Ich des Analysanden dessen Unbewußtes durchleuchtet und durch die analytische Methode vergangene und verdrängte Konflikte an die Oberfläche und in die Gegenwart bringt, wo sie vom Ich des Analysanden als nicht mehr gültig aufgegeben werden können. Die Analyse besteht daher zu einem großen Teil in der Überwindung der Widerstände gegen diesen analytischen Prozeß. Befragt, was denn nach der Analyse mit der Synthese geschieht, meinte *Freud,* das sei kein Problem, denn die synthetische Funktion des normalen Ichs erledigt das selbst ohne Schwierigkeiten. Um den Widerstand zu überwinden, bedarf es allerdings der Übertragung, die herzustellen die erste wichtige Aufgabe der analytischen Therapie ist. Dazu bedarf es aber keiner Empathie. Sympathie, das heißt positive Besetzung der Ichgrenzen, die dem Analysanden zugewendet ist, genügt vollkommen. Es ist selbstverständlich, daß eine Antipathie eine solche Übertragung kaum herstellen können wird.

Ich habe versucht klar zu machen, daß in der Psychotherapie der Therapeut oder Betreuer dem Patienten etwas geben muß, da dessen Ich defizient oder verwundet ist. Ich meine, diese Auffassung erklärt, was *Hans Strotzka* (1975) so sehr betont hat: Um erfolgreich zu sein, ist die Theorie, nach der behandelt wird, nicht bedeutsam, sondern die Persönlichkeit des Therapeuten. Es gibt noch einen Unterschied: Zur Therapie kommt ein Individuum nur, wenn es Hilfe braucht. Diese Hilfe ist an das Ich gerichtet und muß gerne gegeben werden. Dadurch kommt es zur positiven Übertragung. Ist das Ich nun stark, so kann es den Werkvertrag, den die Analyse fordert, eingehen, und es kommt zur Zusammenarbeit zwischen dem Ich des Patienten und dem des Analytikers. Ist das Ich aber schwach oder verletzt, kann es keinen Vertrag machen, sondern ein Teil des Ichs des Therapeuten muß sich dem Ich des Patienten zugesellen, es muß ihm

geborgt werden, um stärker zu werden oder die Verletzungen zu überwinden. Daraus ergeben sich eine Reihe von Maßnahmen, die aber hier nicht behandelt werden können und demnächst als Buch erscheinen werden.

Empathy and Sympathy in Psychotherapy

Ernst Federn (Vienna)

The concepts of empathy and sympathy became part of the psychiatric discussion through the importance of ego-psychology. The concepts of the ego developed by the author's father, *Paul Federn,* give great importance to empathy, ego-states, ego-feelings and ego-boundaries. In contrast to *Freud Federn* assumes, that the ego of a child exists from birth on, but in the early symbiotic time it is unseparated from the mother. Disturbances between mother and child will occur, if the ego-boundaries of the mother do not exist or are hostile against the child. Under constructive developmental conditions in the continuing ego-development of the child, the »I am me« will develop into a »I am we« and finally into a we-feeling. In fact, *Aristoteles* described with the »zoon politikon« a social being. With increasing age of the child and the opening against the world of things and of human beings a stronger ego-feeling for the own self will develop. The author distinguishes between bodily ego-feeling and a mental ego. In psychotherapy, we talk about empathy, if the cathexis of the ego-boundaries of the therapist agree with the ego-boundaries of the patient. For the weak ego it is necessary to seek the relatively stronger sides of the personality and to build up the ego from there. When the bodily ego feelings are stronger than the mental ones, the body functions are used in the treatment. In the cases of antisocial behaviour it will be tried to develop a we-feeling, and with the dissocial disturbances the treatment will try to lead the aggressive impulses into social channels. The therapist must be able to adapt the cathexis of his ego-boundaries to those of the patient and he must be able to lend part of his ego to the patient. Therefore it is necessary to acknowledge the ego-states of the patient and to make a temporarily vertical splitting. Empathy is always important because without this no real relationship with the therapist or counsellor will ever develop. Sympathy may do with the neurotically disturbed patient, but the ego-disturbed person needs empathy in order to be reached.

Literatur

Emme, M. (1966): Der Versuch den Feind zu verstehen (Frankfurt: IKO)
Federn, E. (1990): Witnessing Psychoanalysis (London: Karnac)
Federn, P. (1952): Ichpsychologie und die Psychosen (dt. 1978 Frankfurt a.M.: Suhrkamp)

Kohut, H. (1971): The Analysis of the Self (New York: I.U.P.)
Strotzka, H. (1975): Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen (Wien: Urban und Schwarzenberg)

Adresse des Autors:

Prof. Ernst Federn
Kolingasse 20/11
A-1090 Wien
Österreich

Borderline Personality Disorders, Psychodynamics and Psychotherapy in an Outpatient Setting **

Raymond Battegay (Basel)*

Whereas Otto F. Kernberg (1975) and other authors primilary spoke of a borderline organization or a borderline syndrome, in DSM-III-R (1987) and DSM-IV (1994) there is registered a borderline personality disorder. In contrary to the narcissistic personality disorder only showing a self-pathology the borderline patients are characterized by a fragmentation prone ego, i.e. an ego-pathology. Furthermore, they are also disturbed in the realm of narcissism, since they were not able to experience their mother's love in their childhood or since out of anxieties always having to adapt to her demands they developed defense mechanisms against the affects they were given. Borderline patients, therefore, not only tend to narcissistic compensations as grandiose selves, fusion with a (self-) object and mirror-relationships or (in psychotherapy) transference, but especially also narcissistic injuries, rages and feelings or revenge. Because of their projective identifications, their corresponding transferences and their rigid defenses, they need on the one hand early interpretations and realitiy testing, and on the other hand an indestructible human presence and a consistent structure of the therapeutic situation.

Whereas in psychiatric classification systems such as DSM-III-R (1987) and DSM-IV (1994), as well as in ICD-10, borderline personality disorders are described in terms of symptomatological and syndromal aspects, psychoanalytically oriented authors like *Otto F. Kernberg* (1975, 1980 a, 1980 b), *Masterson* (1976), *Christa Rhode-Dachser* (1983) and others mainly consider structural and psychodynamic aspects of the people concerned. These authors describe patients with borderline conditions as suffering from a nosological entity with a varity of different clinical pictures with a common basis.

Borderline disorders are to be placed between neuroses and schizophrenias, along with depressions and other severe personality disorders. *Kernberg* speaks of a borderline organization and underlines that, in comparison to neurotics, a borderline patient's sense of identity is weak. Sexual identity, the impression of being a good or a bad person, aims in life, and religious and cultural values are uncertain and represent a source of insecurity and dissatisfaction to the borderline patient. According to *Kernberg*, self-identity is the factor, which distinguishes neuroses and borderline personality disorders. In contrast to psychotics, borderline personalities have the possibility of reality testing. Borderline personalities, however, often too greatly experience external reality as related to them, but in principle they are capable of perceiving this external reality as it is. In this way, borderline personalities remain in contact with their environment and it is possible for them to understand the points of view of others, whereas with schizophrenics such a dialogue is disturbed by their psychopathology.

* Chief Physician of the Psychiatric University Outpatient Department, Professor of Psychiatry at the University of Basel, Switzerland

** Paper presented at the 11th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XXIVth International Symposium of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) at the Fachhochschule München-Pasing, March 4-8, 1997

Borderline personalities tend towards all-or-nothing relationships, i.e. to a splitting (*Melanie Klein* 1948) into good and bad objects. In this way, for example, a mother may be experienced one moment as a saint, and the next as a witch. A borderline patient suffering from migraines idealized me at times, but then suddenly declared, that I was a very bad person. In my point of view, *Kernberg* does not adequately explain this phenomenon. I try to see it in the following way: the change from a good object into a bad one generally occurs, when one does not agree with the borderline patient immediately. He is disturbed primarily in the realm of his (fragmentation-prone) ego. Because of his incapacity to receive his mother's love as a child, or even as an infant, or because of his anxiety about loosing his independence, when he senses it, he has no clear object representation. Since his ego pathology made him unable to receive his mother's love, he is also disturbed in the realm of narcissism and has not been able to build up a healthy self-representation. The little narcissism he has at his disposal, he tends to extend to those objects which are expected to reinforce him in his meaning and significance. If an object corresponds to a borderline personality's fantasies, then it is a good one. If, however, that object is perceived as having, or beginning to have, its own ideas, which do not correspond to the borderline personality's fusional expectations, it becomes a bad one which has to be fought or from which it is necessary to flee. *Kernberg* further drew attention to the tendencies of borderline patients towards impulsiveness, low anxiety tolerance and a reduced capacity with regard to work and other activities. This author also characterized the borderline structure as relying on primitive, archaic defense mechanisms. Among other things, he refers to denial, devaluation, primitive idealization, feelings of omnipotence and the tendency towards projective identification.

Genetic and diagnostic aspects

In the early days of diagnosis of borderline personality disorders, the term was used for syndromes closely related to schizophrenia. Reference was even made to pseudo-neurotic schizophrenia. *Gunderson* (1989) stressed that, by considering family pedigree studies, an association can be found between borderline personality disorders and other forms of severe personality disorder – notably antisocial, histrionic and narcissistic types. In DSM-III-R (1987) and DSM-IV (1994), these forms of personality disorder constituting cluster B include patients who are »dramatic, emotional or erratic« (*Gunderson* 1989). It is generally acknowledged that borderline personality disorders are the result of genetic factors as well as of social learning. *Gunderson* and *Elliot* (1985), who surveyed the relevant literature, found a prevalence of affective disorders in borderline patients of between 14% and 83%. These widely differing findings make it impossible to decide which link borderline personality disorders may have with affective disorders. But they permit the assumption that there is a certain

genetic connection between manic-depressive disorders and borderline conditions. In a more recent publication, based on more than 9 000 hours of psychotherapeutic work and 500 psychotherapy consultations with borderline patients, plus relevant empirical studies and attachment theory (*Bowlby* 1973, 1980), *Gunderson* (1996) stated, that borderline personalities are incapable of tolerating loneliness. This deficit is seen to be associated with the borderline patients' typical clinging and attention-seeking behavior or dysfunctional forms of attachment. As I have described elsewhere (*Battegay* 1985), depressed patients suffer from a more or less pronounced depletion in the realm of narcissism. Consequently the ego can no longer (or only insufficiently) be invested narcissistically. In a depression, therefore, because of the narcissistic depletion, there is also an insufficient function of the ego. Given the depressed patient's tendency to undergo a fusion with the object in his or her fantasy, thereby expecting a reinforcement of their deficient narcissism, they resemble borderline patients in their poor tolerance of loneliness. Depressed patients also may experience the object as a good one, when it complies with their fusion demands, and as a bad one, if it does not correspond to their expectations.

In psychoanalytically oriented literature it is assumed, that 2% to 4% of the general population suffers from borderline conditions. However, such figures should be treated with caution, since, in spite of the standardized classifications such as DSM-III-R (1987), DSM-IV (1994) and ICD-10 (1992), the various authors often use this term for very different clinical pictures.

Gunderson and *Singer* (1975) characterized borderline patients according to five criteria: 1. lower-than-expected professional performances; 2. impulsiveness including a tendency towards manipulative suicidal gestures; 3. mild or brief psychotic episodes; 4. good socialization in non-intimate spheres; 5. in close relationships, disturbances characterized by a predominance of outbreaks of rage pushing emotional warmth into the background and reaction to the loss of a close relationship with depression, rage or suicidal tendencies. *Stone* (1993), however, feels that the criteria cited by *Gunderson* and *Singer* correspond more to a hospital population of borderline patients than to those who are treated on an ambulatory basis.

Standardized inventories have also been developed to verify the diagnosis of borderline personality disorder. For example, departing from the concept of *Kernberg,* a questionnaire (»borderline personality inventory« bpi) was developed which referred to the following realms: reality testing, identity diffusion, »early« defense mechanisms, disturbances of relationships, impulsive dyscontrol (*Leichsenring* 1994). A comparison was made between 20 borderline patients and 23 neurotic patients, all treated as inpatients, and – with a shortened form of the inventory – 200 healthy people and 20 hospitalized borderline patients. It was shown that this questionnaire was very consistent in differentiating between borderline patients and neurotics, as well as between healthy subjects and borderline

patients. On the basis of such standardized inquiries and research carried out mainly by psychoanalysts such as *Kernberg* (1975) and *Gunderson* and *Singer* (1975), »borderline personality disorder« was adopted into the American Standard Diagnostic System (DSM-III-R 1987, DSM-IV 1994) alongside others as a separate personality disorder.

The diagnostic criteria emphasize that no general medical condition or head injury provokes borderline personality disorders. However, *van Reekum* and co-workers (1996) tentatively identified a large sub-group of patients with borderline personality disorders with histories of developmental or acquired brain insults. Similarly, these studies indicated a possible biological correlation between the severity of borderline personality disorders and the number of previous brain insults. The possibility was raised of frontal system cognitive dysfunction in borderline personality disorders. In their single-blind, case control study, *van Reekum* and co-workers found that 13 out of 24 subjects with borderline personality disorders had suffered a brain insult. Correlations were noted between neuro-developmental/acquired brain injury score and the diagnostic interview for borderline (DIB) score ($r = 0.47$), and between frontal system cognitive functioning and DIB score ($r = -0.37$). Neuro-cognitive testing and comprison with subjects with traumatic brain injury (TBI) showed a pattern of similar cognitive functioning in the two groups, with the only differences in individual tests taking the direction of poorer functioning in the group with BPD in two tasks. In other words, this study – which, however, was made with a low number of subjects – indicated that at least a portion of borderline personality disorders may be due to neuro-developmental or acquired brain injuries.

Even *Kernberg* (1994), who explained borderline personality disorders exclusively in psychoanalytical terms, now thinks that the aggressiveness of these individuals is possibly due to a transmitter disturbance of the brain. We know for example that in the cerebrospinal fluid of suicidal, as well as of aggressive, people a lower concentration of 5-HIAA has been found. This somatic finding, however, does not exclude the psychoanalytical point of view, since individuals indicating a borderline personality disorder who have had negative experiences in their early childhood, always imply a somatic equivalent, and vice versa, a somatic condition always also manifestes itself as an experience.

In my further reflections I shall try to elucidate the theory and psychotherapeutic practice concerning borderline personality disorders from a psychoanalytical point of view. *Kernberg* (1975, 1978, 1980 a, 1980 b, 1981, 1984, 1987, 1994) *Gunderson* (1984, 1989), *Gunderson* and *Singer* (1975), *Masterson* (1976), *Arlene R. Wolberg* (1982) and other authors have primarily pointed out the fact that these individuals' disturbance of identity is above all due to a fragmentation-prone ego. It is therefore understandable that the proximity to schizophrenias was then emphasized. There is, however, more evidence that, as *Gunderson* (1989) recognized in his epide-

miological studies, the patients concerned – or some of them – are to be classified closer, or at least as close to, depressed patients as to schizophrenics. *Stone* (1991) sees relationships to both schizophrenia and manic-depressive illnesses. As already mentioned, one of the original definitions of borderline personality disorder concerned an attenuated form of psychotic disorder or, as *Spitzer* and co-workers (1979) called it, schizotypal borderline, but, as *Stone* formulates, »acceptance has been growing of the proposition that a significant percentage of patients diagnosed as borderline by *Kernberg, Dunderson* or *DSM-III* criteria may be viewed sumultaneously as borderline, in the spectrum sense, to the heredofamilial conditions subsumed under the heading of manic-depressive psychosis«.

Ego pathology

As already mentioned, borderline personality disorders are characterized by an ego pathology. The people concerned are in general not able to strictly combine the different parts of the ego into an entity and they therefore often give the impression of being different at different times. In DSM-IV we find the term dissociative identity disorders (300.14), formerly called multiple personality disorder. Two of the main characteristics of these disorders are described as follows: »The presence of two or more distinct identities or personality states (each with its own relatively enduring pattern of perceiving, relating to, and thinking about the environment and delf)«, and »at least two of these identities or personality states recurrently take control of the person's behavior«. I should like to state that this category of dissociative identity or multiple personality disorder seems to me to be unnecessary, since the presence of two or more personality states which take control of the patient's behavior for a certain time already characterizes up to a certain degree all individuals with borderline personality disorders with their fragmentation-prone ego. Also, these individuals often have difficulty in remembering a part of the ego which then moved into the background. In psychiatry, in the past we used to classify some of these states, which are summarized in DSM-IV under the classification of dissociative identity disorders, as hysteria, but certainly they mostly corresponded to borderline personality disorders characterized essentially by an ego pathology. With a certain group of borderline patients, however, we observe more phenomena of depersonalization, which may include an inability to feel their bodies. Besides the fragmentation tendency of their ego, there is a more or less total incapacity to invest the ego and the body narcissistically. This syndrome draws our attention to the fact that, given the ego pathology, there is always a more or less pronounced accompanying narcissistic deficiency in borderline patients. The typical borderline symptoms, such as impulsive dyscontrol, mini-psychoses, rigid defense etc., serve as differential diagnostic criteria for narcissistic personality disorders.

Impulsive dyscontrol, mini-psychoses and rigid defense

Since the ego of borderline patients is fragmentation-prone and occasionally no longer felt as belonging (depersonalization), the patient concerned suffers from manifold anxieties and also uses phobic or obsessive-compulsive dynamics for defense purposes. The magical fantasies linked to this are intended to save the patient from the danger of unconscious sexual or aggressive phantasies manifesting. The phobic phenomena allow us to understand on a symbolic level how much borderline patients are disturbed in their interpersonal contact, not only to members of the opposite sex, but also to other objects, as well as in other social situations.

Because of the fragmentation tendency of the ego and/or the lack of narcissistic investment of ego, mini-psychoses sometimes arise in which the borderline patient feels menaced by external or internal sensations. These may last only a few minutes or hours and generally disappear when the borderline patient feels that he or she is able to control the situation again. In an emotionally charged environment, such patients are also often unable to control their impulses sufficiently. We may observe a lack of regret about the resulting aggressive behavior which is not consistent with their narcissistically non-invested archaic super-ego. On the contrary, they may gain satisfaction by acting out their feelings and obtaining a secondary benefit as a result. Consequently they tend to repeat this behavior again and again and thus corrupt their super-ego.

In times of internal and external tension, a borderline patient's rigid defenses become fragile and he loses the capacity to control his impulses and affectivity. He is very vulnerable and prone to narcissistic injuries. Already in childhood, but also later in life, borderline personalities are not able to accept or experience the caring presence of other persons. This results in the cited narcissistic deficiency and the tendency to easily feel narcissistically injured, with subsequent feelings of rage and revenge.

Some years ago I gave a talk to a women's organization in the eastern part of Switzerland. There were several hundred people present. After my speech, a pleasant lady of about 50 came to me and told me she had four children who were now all adults. Her second child, a daughter, had become a medical doctor. From her early childhood on, this daughter had always felt at a disadvantage and tended towards outbreaks of rage. She reproached her mother for always having preferred her siblings. However, this lady declared that even after a thorough examination of her behavior, she had to say that she had loved all her children equally. Her daughter's reproaches troubled her deeply. Even after studying successfully and becoming a physician, this daughter was full of resentment for her mother. The lady asked me what I thought about this, and in which respect she had failed in the upbringing of this daughter. I told her that a human being's upbringing depended not only on the attitude of the mother and father and

of other important persons in this individual's environment, but also on the bio-psychological constitution of the person concerned. I tried to explain to her that a mother's love, even if it is the same for all her children, may be felt by one child but not by another, and that a child's feelings always depend on his or her readiness or capacity to experience that love. It seemed to me that, by my remarks, I was at least able to alleviate this lady's feelings of guilt to a certain extent.

I also remember a female patient I had to treat in the Basel University Psychiatric Inpatient Department. She had committed a large number of thefts, but appeared to the investigating authorities to be very depressive and therefore unsuitable to be put into prison. This woman had grown up in the countryside and was one of a large number of siblings. In the judgment of the village, all her sisters and brothers led a normal life, only this child had already stolen things at a very young age. Essentially, she was more or less unconsciously angry with her parents because she had to share their attention with so many siblings. Her family had a very religious background, as was the case with the family of her husband, with whom she had two children. Her husband, who had a very conservative background, was shocked by her criminal behavior and even persuaded the church to annul the marriage. In the Psychiatric Inpatient Department, this woman stole everything she could in the beginning, and she seemed to be incapable of entering into relations with others. She also had difficulty in motivating the nurses and doctors to enter into contact with her. We assumed that her insufficient capacity to mobilize others' attention formerly had probably already existed in her childhood and as a result she was unable to motivate her mother to give her love. Finally we tried placing her in the care of older people. Naturally we informed them and their families about her earlier life. After several attempts which more or less succeeded, she ended up with a retired scientist whom she looked after for many years until he died. He was very grateful that he could stay at home and did not have to be sent into a nursing home. It seemed that her work with him helped her invest feelings that she had not been able to give her parents because of the many forms of resentment she held for them. After the man died, however, his children no longer showed any interest in her. They checked the whole house to see if she had stolen anything. In spite of the fact that they could not find any evidence of misconduct, this woman never heard again from any of the sons and daughters of the old man. She felt more and more lonely and depressive and one day she committed suicide. At the welfare cemetery where she was buried according to her wishes, the only persons present were the hospital priest, the social worker, the psychiatrist who had treated her and her former husband. Even if her parents had given love to her, due to her borderline structure, this patient had never been able to experience it and therefore was not able to love her parents in turn, but she was able to be fond of this old man who respected her and her help.

this situation which caused him manifold anxieties and feelings of helplessness due to his fragmentation-prone ego, as well as feelings of opposition. Today he is a successful teacher and a good father to his son, However, he has meanwhile developed feelings of opposition towards his wife, which were originally directed against his mother, and this problem now has to be worked on.

This patient, who went to Africa in 1974 to liberate himself from his parental surroundings, regressed again when he returned, and he once again had to seek psychotherapeutic help. This lasted from 1978 to 1981 until he was again prepared to enter more into contact with social reality, especially with the opposite sex. Apparently he needed strong defenses for a longer period of time in order to hold together the different parts of his ego and receive the necessary attention until, through psychothreapy, his ego grew stronger and his self became more consistent. Only then did he feel capable of coping with the demands of external reality and a partnership (*Battegay* 1989, *Heim* 1988, *Lazarus* 1966).

In this psychotherapy, early interpretations of the projective identifications, but also the therapist's attitude showing the patient that he would accompany him as an »indestructible object« were, in addition to the reality testing, the essential factors which finally led to the patient's well-being and better social integration.

A decisive factor for better integration of borderline patients into social reality is often the participation of the patient at group psychotherapy alongside individual treatment. In 1983 we began to conduct a psychotherapeutic group with borderline patients in the Basel University Psychiatric Outpatent Department. The 80-minute sessions are moderated by two therapists. In this group it is important to focus not only on the intrapsychic processes, but also, as *Dugo* and *Beck* (1984) state, on the interactional processes. Furthermore, it must be considered that the behavior of the participants is not only due to individually determined reactions, but also to archaic behavior patterns arising in all human beings in a group environment. I described five phases which can be observed with each therapeutic group: 1. explorative contact, 2. regression, 3. catharsis, 4. insight, 5. social learning process (*Battegay* 1960). This development of the group in different phases also appeared with borderline patients, although the participants with their fragmentation-prone ego and rigid defenses tended to live more according to their intrapsychic design than to outside reality. On the one hand, the manifold interactions among the group members have an amplifying effect on their emotions (*Battegay* 1961) and their cognitive processes. And on the other hand there is a »high reality intensity«, as can never occur in an individual psychotherapy. Therefore, reality testing, as it became clear with Mr. R., can often better be carried out in groups than in a one-on-one situation as called for in classic psychotherapy.

During the first phase of the above-mentioned group psychotherapy, that of explorative contact, it was above all observed how much the parti-

cipants had difficulty in making contact with each other. As it is usual in all groups, the first session began with an extended period of silence. The participants seemed to be so tense and latently aggressive that something was bound to happen.

Therapist B: »How do you feel, Mrs. H.?«
Mrs. H.: »I feel a little bit unhappy«.
Silence.
Therapist K.: »Always a little bit unhappy in the beginning« (the patient already had group experience).
Silence.
Therapist B.: »As a teacher, Mr. R. (the above-mentioned patient), you are used to groups«.
Mr. R.: »Partly, yes, I remember a girl who came into a class 1 1/2 years ago and who has been an outsider until now«.
Therapist B.: »Mr. Ro., you as a nurse have experience in group situations«.
Mr. Ro.: »Yes, of course. As a nurse I sometimes did too much for my patients. For example, I allowed patients to listen to music if they wanted to. I was very exhausted, because I did everything the patients asked me to do«.
Mrs. V.: »I have been working in offices for years, but it became too much for me that I always had to work with the computer«.

After these initial difficulties to enter into contact with one another, a continuous discussion became possible. One of the most disturbed participants, Mrs. H., spoke about her apprenticeship as a cook where she had been together with male apprentices and male cools only. The described very aggressively and in a hostile and contemptuous manner how they treated her badly and that she had to fight against their sexual approaches. It was evident that, by her remarks, she was trying to find out whether the group members would behave in a similar way. Then her projective expectations proved to be unfounded, she stopped worrying, but from time to time she spoke about sexual themes when other topics were being discussed, and using them as defense.

The behavior of Mrs. H. is an example of borderline patients' tendency to project their internal reality onto the outside world and to try to form an external reality correspondingto their projections. This leads to anxiety and panic attacks on their part, and is one of the main reasons for their disturbance in communication. In group psychotherapy with these patients it is therefore important to transfer the attention of the participants from their proximity to the unconscious level to the conscious one.

The phase of explorative contact lasted approximately until the 10th session. Already in the initial stage of the group psychotherapy, it was evident that the participants, as always in their lives, felt they were outsiders. They projected their aggressiveness onto the social environment and were therefore often agitated. In the course of time they began to register what was going on in the other group participants, and they entered

into discussion with one another. The fact that they changed from dialect into high German when they observed that a participant had difficulty in understanding them could be taken as a sign that they were aware of the other participants as such.

The therapist's function in this phase of explorative contact consists in five points:

1. to act as facilitator concerning the interactions,
2. to give feedback concerning the patients' opinions and attitudes if they are far from the external reality,
3. to interpret the projective identifications and eliminate the anxieties that occur and evoke new crises,
4. to guide the patients towards a more empathetic approach to the other group participants and subsequently to other people,
5. to transfer their attention from the unconscious processes to more conscious ones.

Step by step, the patients entered into the phase of regression and developed regressive tendencies, for example rivalry conflicts with siblings, transferences (*Battegay* 1966) towards co-participants, father and/or mother transferences towards the therapist or the whole group. In this way, various anxieties manifested which had caused crises throughout their whole lives.

In the 13th session it became apparent that Mr. M., who displayed opposition towards his parents, showed a tendency to oppose the group leaders without realizing this himself. He stressed that he was glad that Mrs. V. was a member of this group because of her struggle with the reality of life, a struggle which was similar to his. Mrs. V. talked about her childhood and that she regretted that she was only now, at the age of 37, able to consider a professional education. Mr. M. then said that he had wanted to become a painter and he complained that his mother, who had come from an upperclass background, did not allow him to do so. Mr. R. reported that somebody in town had started a fire as a protest against the authorities. Mrs. V. reacted and lamented the sense of insecurity people of our town felt.

Therapist B. tried to calm Mrs. V. down, and responded that he lived in the same town and experienced it as very peaceful. He considered it also his task to interpret the exaggerated expectations of participants M. and R., who had not been able to go their own ways within the parental home. They were not capable of recognizing that, as a result of transference within the framework of the group, they were in opposition to the leaders and the social reality of the group, as well as to the whole of society. In crisis situations this fact always led to anxieties.

In this phase of regression the functions of the therapist are:

1. to give the group participants the possibility to develop multiple and multidimensional transferences (*Slavson* 1950) without the patients entering into a malign regression (*Balint* 1968);

2. to maintain the reality principle especially when the patients have narcissistic-fusional expectations or a misconception of the outside world because of projective identifications;
3. to ensure that none of the participants, nor the therapist himself, adopt the role of scapegoat or that of some kind of »Isaac« who actively and »benevolently« sacrifices himself for this role (*Battegay* 1983);
4. to recognize and analyze – at least for himself – the psychodynamics of each individual participant as well as the group dynamics. He has to interpret their early rigidly maintained and sonstantly recurring fusion tendencies, projective identifications, transferences and resistances.

Since the cited borderline patients' fusionary tendencies towards objects are always frustrated, they develop projective identifications which they confuse with external reality. It follows that they feel frustrated and express manifold aggressions against the therapists and the outside world. As a result, the group participants enter into the phase of catharsis.

In the 17th session of this group, Mrs. V. suddenly had an aggressive outbreak and said to therapist B.: »You look down on me because I am a woman«. It was important for this participant that the therapist and the whole group listened to her. But deviating from a purely analytic procedure, the therapist had to explain to her that she tended towards a fusional relationship with him and towards subsequent projective identifications when she felt frustrated. She seemed to understand this explanation concerning her aggressive feelings, which had arisen as a result of her feeling of not being understood and her anxiety provoking projections onto the therapist. From that time on, her integration into the therapy group was improved.

In this phase of catharsis the functions of the therapist are:

1. to be an attentive listener;
2. to give the patients feedback concerning their tendencies towards self-devaluation;
3. to take seriously their acting out and their acting in within the therapeutic situation;
4. to guide them carefully towards insight.

In this group, the next phase – the process of insight – was furthered by the interventions of the therapist as well as the co-participants who unofficially often performed the function of auxiliary therapists and gave one another reciprocal feedback, which helped them at least to recognize their behavior patterns.

A sequence from the record of the 28th session may elucidate the process of insight.

Mr. A.: »You, W., thought that the psychiatrist would not get any results with this treatment«.

Mr. W.: »I made progress, but this would have happened even without his help«.

Mrs. W.: »At the moment you are less negative about yourself«.

Mr. R.: »Perhaps Mr. W. only reduced his anxiety concerning this group«.
Therapist B.: »Is it possible that you, Mr. W., suffer from anxieties when you think about your progress?«
Mrs. V.: »That can really cause anxiety«.
Mr. R.: »You always want to make progress very quickly«.
Mr. A.: »In each session you say that you had not made any progress«.
Mr. R.: »You constantly say that we do not achieve our aim, but I realized, for example, why I had always come late. I became aware that it was an idea of grandiosity which provoked me to arrive late. Before I did so, I had not been able to accept this idea«.
Mr. W.: »I do not know where my problem lies. We should talk more about the question why I joined the group«.
Mr. A.: »What I consider as your problem is the fact that you always say that you behave in a neurotic way. In this way you give a label to your insecurity«.
Mr. W.: »I have to make a diagnosis of myself«.
Mr. A.: »You seemed to be relieved by observing the others who suffer from similar problems«.

In this phase of insight, the patients try to recognize similar traits in the other participants. They tend to return to their rigid defenses again when they feel threatened by the interpretations of the others and when they do not feel able to defend their ego boundaries.

The therapist's functions in this phase of group development are:

1. to encourage the participants through his interpretations to further their process of insight;
2. to stimulate them to help each other in the development of insight concerning their unconscious dynamics and their behavior patterns which have been leading them into critical situations throughout their whole lives.

Even when insight has evolved, borderline patients often maintain their pathological behavior patterns, since they gain pleasure through their acting out. In the next phase – that of social learning – through feedback from the others, negative reinforcement of aggressive outbreaks and positive reinforcement of a communicative behavior, they gradually become more socially adapted since they wish to be accepted by the group.

The record of a sequence of the 38th session may give an idea of what happened in this respect:

Therapist K.: »Are you still looking for a job, Mr. W.?«
Mr. W.: »I shall accept the first job I am acutally offered. I am still doubtful«.
Mrs. V.: »If you know about your doubts, you should work on getting rid of them«.

Therapist K.: »Do you also have such doubts concerning something within our group?«
Mr. W.: »Yes, I am always distrustful of other persons«.
Therapist K.: »Of whom are you distrustful?«
Mr. W.: »Of nobody in particular«.
Mr. V.: »My anxieties are gradually disappearing, and the situation is getting better. I forget that other people besides myself are present«.
Mr. R.: »I consciously get myself used to going to a place where I feel insecure and it gradually leads to tolerance«.
Mr. V.: »But certain limits should not be ignored«.
Mr. R.: »More tolerance makes it better, but I often feel weak inside. My old anxieties about my body functions seem to be bothering me. It must be my super ego causing this anxiety and preventing me from making further progress«.
Mr. M.: »I also have a terrible conscience, which causes many symptoms, particularly before I go to work«.

As this example shows, in this phase, the participants try to recognize their rigid stereotypes of objects, which arise from their fragmentration-prone ego and the resulting defenses. In the course of time, they become aware of their avoidance tendencies and of the necessity to exercise new and more adequate behavior patterns. This gives patients the opportunity to correct their self-representation as well as their object representations. Furthermore, the group gives them the opportunity to escape from their position as outsiders. They slowly learn to recognize and accept the unwritten rules and norms of a group.

The therapist's role in this phase is:

1. to help the participants to become sensitized to their stereotyped attitudes which no longer correspond to their intrapsychic development;
2. to support the members in the training of new behavior patterns and internalizing the insights they gain for life within the group.

Summary

Whereas *Otto F. Kernberg* (1975) and other authors primarily speak of a borderline organization or a borderline syndrome, in later work, borderline personality disorders were attaining the status of a more of less standardized diagnosis, first of all in DSM-III-R, then in DSM-IV. In families of borderline patients, there is not only a high prevalence of schizophrenia, but affective disorders also occur with greater frequency than in the normal population. The psychoanalytic literature about borderline personality disorders describes an ego pathology (tendency to fragmentation) as their basis, which gives rise to other symptoms. Borderline personality disorders are characterized by rigid defenses which are fragile and cause a tendency

towards impulsive dyscontrol. Multiple neurotic symptoms, which can be understood as defense mechanisms and reveal deep anxieties, come into the foreground. In contrast with borderline conditions, narcissistic personality disorders have a consistent ego which is not prone to fragmentation. Due to early deprivation (or deficit of affective attention, overprotection or value of a person being made contingent only upon satisfaction of the parents' ideals), they were not able to develop an adequate self, i.e. healthy narcissism. But borderline patients are also disturbed in the realm of narcissism, since even in their early childhood they are not able to bear the closeness of the mother of other caregivers, which they experience as threatening, or they are unable to recognize the love they are given for what it is. With borderline patients, narcissistic compensations in the form of ideas of grandiosity, fusion with a self-object and a mirror relationship (in psychotherapy, a mirror transference) are much more clearly pronounced, than in patients with narcissistic personality disorders and in general take on a quality of grotesqueness. Furthermore, individuals suffering from borderline personality disorders tend towards (narcissistic) injuries resulting in rage and desire for revenge far exceeding that observed in narcissistic personality disorders. As *Kernberg* (1975) showed, in the psychotherapy of borderline patients, free association and occasional interpretations are not of primary importance, but rather interpretation of patients' remarks immediately, particularly concerning projective identifications and corresponding transferences. It is important to explain the origins of these manifestations to them, and to confront them with external reality (reality testing). A borderline patient's rigid defenses also become appearent in therapy, and often persist a long time, until the patient is concinced of the therapist's indestructible human presence and participation. This does not mean that every destructive acting out is accepted. The therapeutic situation has to be structured so that the patient is aware of the limits on his acting out. Group psychotherapy in particular gives the participants the opportunity to help each other elucidate their expectations on the basis of transferences and projections, and to develop a more adequate way of communicating with others in the course of the therapy.

Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Psychodynamiken und Psychotherapie in einem ambulanten Setting

Raymond Battegay (Basel)

Borderline-Persönlichkeitsstörungen werden inzwischen vorwiegend mittels standardisierter Verfahren, z.B. DSM-III-R (1987) oder DSM-IV (1994) nach symptomatologischen und syndromalen Kriterien klassifiziert. Als zuverlässiges Diagnostikum gilt auch das »borderline personality inventory« (bpi), dem *Kernbergs* Konzept zugrundeliegt.

Kernberg (1975, 1980, 1994) und andere psychoanalytische Autoren, wie *Masterson* (1976), *Rhode-Dachser* (1983) sprechen von einer Borderline-Organisation oder dem Borderline-Syndrom und betrachten vor allem die strukturellen und psychodynamischen Aspekte dieser Ich-Störung. Hier ist der Borderline-Persönlichkeitsstörung eine Ich-Pathologie zugrundegelegt, d.h. es wird von einer Fragmentierungstendenz des Ichs ausgegangen.

Aus ätiologischer und differentialdiagnostischer Sicht wird die Borderline-Persönlichkeitsstörung zwischen Neurosen und Psychosen angesiedelt, wobei zunächst mehr die Nähe zur Schizophrenie angenommen wurde. Z.B. sprechen *Spitzer* et. al. (1979) vom schizotypischen Borderliner, der sich aber durch seine grundsätzliche Fähigkeit zur Realitätsprüfung vom Psychotiker unterscheidet und vom Neurotiker durch sein geschwächtes Identitätsgefühl abgegrenzt werden kann. Inzwischen wird eine mindestens ebenso große Nähe zu affektiven Störungen angenommen (*Gunderson* 1989; *Gunderson* und *Elliott* 1985). Die Nähe zur Depression zeigt sich beispielsweise darin (*Battegay* 1988), daß die mit der Ich-Störung einhergehende narzißtische Entleerung, ähnlich wie beim Borderline-Patienten, durch Verschmelzungstendenzen mit einem »gut« erlebten Objekt kompensatorisch abgewehrt wird und eine Frustration dieses Fusionswunsches das Objekt »böse« werden läßt (*Klein* 1948). *Stone* (1991) argumentiert deshalb, daß die Akzeptanz gegenüber der Annahme gewachsen ist, daß ein signifikanter Prozentsatz der Patienten, die nach *Kernbergs*, *Gundersons* oder DSM-III-Kriterien als »borderline« diagnostiziert werden, ebenso im Sinne eines Spektrums von heredofamiliären Bedingungen unter die Rubrik der manisch-depressiven Psychosen subsummiert werden kann.

Es wird weiter vermerkt, daß nach DSM-IV (1994) allgemeinmedizinische Ursachen oder Kopfverletzungen Ausschlußkriterien für die Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung darstellen, Untersuchungen von *van Reekum* und Mitarbeitern (1996) aber die Annahme stützen, daß mindestens ein Teil der Borderline-Persönlichkeitsstörungen auf neuronale Entwicklung oder erworbene Hirnverletzungen zurückgehen.

Bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen, die allgemein auf genetische und soziale Lernfaktoren zurückgeführt werden, schließen organische Funde eine psychoanalytische Betrachtungsweise keineswegs aus, weil Menschen, die diese Persönlichkeit aufweisen und negative Erfahrungen hatten, immer ein somatisches Äquivalent zeigen und vice versa eine somatische Bedingung sich immer auch selbst als Erfahrung manifestiert.

Die theoretische und praktische psychotherapeutische Reflektion der Borderline-Persönlichkeitsstörung unter psychoanalytischen Gesichtspunkten zentriert sich vor allem um das Verständnis und die Behandlung der Ich-Pathologie. Das zur Fragmentierung neigende Ich der Patienten, das neurotische, auch dissoziative und sogar psychotische Reaktionen, sowie vielfältige Ängste bedingt, führt zu starren, auch phobischen oder zwanghaften Dynamiken zu Abwehrzwecken. Mit der Ich-Pathologie geht

ein narzißtisches Defizit einher, weil Borderline-Patienten in der frühen Kindheit nicht in der Lage sind, die Nähe der Mutter oder anderer Bezugspersonen zu ertragen, sie verletzend erlebten oder nicht fähig waren, die Liebe, die ihnen entgegengebracht wurde, als das zu sehen, was sie war.

In Abgrenzung dazu ist das Ich bei narzißtischen Persönlichkeitsstörungen konsistent, aber das Selbst inkonsistent und aus diesem Grund kann hier kein gesunder Narzißmus entwickelt werden. Die Kompensationsversuche sind jedoch bei diesen Patienten im allgemeinen nicht so deutlich und grotesk übersteigert, wohingegen Borderline-Patienten auch aus der narzißtischen Verletzung heraus ungleich stärker mit Wut und Rachegefühlen reagieren.

Verschmelzung und Spaltung werden als generelle Grundformen menschlicher Beziehungen verstanden, so daß die damit einhergehende Phase der projektiven Identifikation und das Feststellen negativer Gefühle am Objekt eine Distanz ermöglicht. Beim Borderline-Patienten führt die projektive Identifikation je nach Übereinstimmung oder Nicht-Übereinstimmung mit dem Objekt jedoch zur Spaltung in ein »gutes« oder »böses« Objekt.

Die psychoanalytische Psychotherapie beim Borderline-Patienten basiert auf einer Modifizierung des klassischen Settings. Im Rahmen der Psychotherapieforschung an der Menninger Foundation, Kansas, konnte generell aufgezeigt werden, daß die anfängliche Ich-Stärke eines Patienten ein prognostisch günstiger Indikator für die gesamte Spannbreite psychoanalytischer Behandlungstechniken darstellt, bei Borderline-Patienten erwies sich jedoch die sogenannte »analytische expressive Psychotherapie« als besonders wirksam. Diese Methode berücksichtigt neben der Übertragung auch die starre Abwehr im Hier und Jetzt. In Abgrenzung zu *Kernberg* und Mitarbeitern (1972) wird die extreme Verschmelzungsneigung der Patienten als eine Übertragung auf ein Selbstobjekt (*Kohut* 1971, 1977) verstanden, wo das Objekt nicht getrennt vom Selbstobjekt wahrgenommen wird.

Als wesentliche Faktoren der Psychotherapie gelten die frühen Interpretationen der projektiven Identifikation. Die Ursprünge dieser Manifestationen sind zu klären, und der Patient ist mit der äußeren Realität zu konfrontieren. Die rigiden Abwehrmechanismen wiederholen sich in der Therapie oft lange Zeit, bis der Patient von der »unzerstörbaren« menschlichen Präsenz und Anteilnahme seines Therapeuten überzeugt ist. Dabei ist die therapeutische Situation so zu strukturieren, daß dem Patienten die Grenzen seines Ausagierens bewußt sind.

Als eine hilfreiche Behandlungsmethode hat sich die Gruppenpsychotherapie erwiesen, die eine bessere Integration des Borderline-Patienten in die soziale Realität ermöglichen kann. Die Teilnehmer übernehmen hier gegenseitige Hilfsfunktionen und können ihre Erwartungen auf der Basis von Übertragung und Projektion aufklären und so adäquatere Wege der Kommunikation mit anderen im Verlauf der Therapie ent-

wickeln. Wie in jeder Gruppe lassen sich hier fünf Phasen unterscheiden (*Battegay* 1960), nämlich explorativer Kontakt, Regression, Katharsis, Einsicht und sozialer Lernprozeß, die aufeinander folgen. Beispielhaft wird dies anhand von Gruppenprotokollauszügen verdeutlicht und es werden ebenfalls die phasentypischen Funktionen des Therapeuten differenziert anhand dieses ambulanten Settings für Borderline-Patienten beschrieben.

References

Balint, M. (1968): The Basic Fault. Therapeutic Aspects of Regression. (London: Travistock)

Battegay, R. (1960): Psychodynamische Verhältnisse bei der Gruppenpsychotherapie. In: Psychiatr. Neurol. Neurochir. (63) 333-342

– (1961): Die Verstärkerwirkung der therapeutischen Gruppe (The Amplifying Effect of the Therapeutic Group). In: Praxis Psychotherapie (6) 9-12

– (1966): Geschwisterrelationen als Funktionsmuster der (therapeutischen) Gruppen. In: Psychother. Psychosom. (14) 251-263

– (1983): The Phenomenon of the »Sacrifice of Isaac« in Therapeutic Groups. In: Group Analysis (16) 217

– (1988): Autodestruktion. (Bern/Stuttgart/Toronto: Huber)

– (1989): Das Ich - Abwehrmechanismen und Coping. In: Psychosom. Med. Psychoanal. (3) 220-249

– (1991): Depression, psychophysische und soziale Dimension, Therapie. (Bern/Stuttgart/-Toronto: Hans Huber), 3. überarbeitete und ergänzte Aufl.

Bowlby, J. (1973): Attachment and Loss, Vol. II: Separation. Anxiety and Anger. (London: Hogarth Press) (Deutsch 1976: Tennung. Psychische Schäden als Folge der Trennung von Mutter und Kind. München: Kindler)

– (1980): Attachment and Loss, Vol. III: Loss, Sadness and Depression. (London: Hogarth Press) (Deutsch 1983: Verlust, Trauer und Depression. Frankfurt a.M.: Fischer)

DSM-III-R: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (Washington D.C.: American Psychiatric Association) 3rd ed. 1987.

DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (Washington D.C.: American Psychiatric Association) 4th ed. 1994.

Dugo J.M.; Beck, Adriadne P. (1984): A Therapist's Guide to Issues of Intimacy and Hostility. Viewed as Group Level Phenomena. In: International Journal of Group Psychotherapy (34) 25-45

Gunderson, J.G. (1984): Borderline Personality Disorder. (Washington D.C.: American Paychiatric Press)

– (1989): Borderline Personality Disorder. In: *Kaplan, H.I.; Sadock, B.J.:* Comprehensive Textbook of Psychiatry, Vol. II, 1387-1395, 5th ed. (Baltimore/Hong Kong/London/ Sidney: Williams & Wilkins)

– (1996): The borderline patient's intolerance of aloneness. Insecure atachments and therapist availability. In: American Journal of Psychiatry (153) 752-758

Gunderson, J.G.; Elliot, G.R. (1985): The Interface Between Borderline Personality Disorder and Affective Disorder. In: American Journal of Psychiatry (142) 277-288

Gunderson, J.G.; Singer, M.T. (1975): Defining Borderline Patients. In: American Jorunal of Psychiatry (132) 1-10

Heim, E. (1988): Coping and Adaptivität: Gibt es geeignets oder ungeeignets Coping? In: Psychother. Med. Psychol. (38) 8-18

Horney, K. (1939): New Ways in Psychoanalysis. (New York: W.W. Norton)

ICD-10: Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. (Geneva: World Health Organization) 1992. (Deutsch: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. (Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Hans Huber) 2. Aufl. 1993.

Kernberg, O.F., (1975): Borderline Conditions and Pathological Narcissism. (New York: Jason)

– (1980 a): Psychotherapy with Borderline Patients. (New York: Brunner/Mazel)

– (1980 b): International World and External Reality. Object Relations Theory Applied. (New York: Jason Aronson)
– (1981): Zur Behandlung bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In: Psyche (6) 497-526
– (1984): Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies. (New Haven/London: Yale University Press)
– (1987): Projective Identification, Countertransference, and Hospital Treatment. In: Psychiatric Clinics of North America (10) 257-272
– (1994): Aggression, Trauma and Hatred in the Treatment of Borderline Patients. In: *Share, I.A.* (Guest Ed.): Borderline Personality Disorder. A 25-Year Retrospective and Prospective. In: Psychiatric Clinics of North America. (17) 701-714

Kernberg, O.F.; Burstein, E.D.; Coyne, L.; Appelbaum, A. H.; Horwitz, L.; Voth, H. (1972): Psychotherapy and Psychoanalysis. Final Report of the Menninger Foundation's Psychotherapy Project. In: Bulletin of the Menninger Clinic, (36)

Kernberg, O.F.; Selzer, M.A.; Koenigsberg, H.W.; Carr, A.C.; Appelbaum, A. H. (1989): Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Patients. (New York: Basic Books).

Klein, Melanie (1948): Notes on Some Schizoid Mechanisms. In: Riviére, J. (Ed.): Developments in Psycho-Analysis 1921-1945, 377-390. (London: The Hogarth Press)

Kohut, H. (1971): The Analysis of the Self. (New York: Intern. Univ. Press)
– (1977): The Restoration of the Self. (New York: Intern. Univ. Press)

Lazarus, R.S. (1966): Psychological Stress and the Coping Process. (New York/Toronto/London: Mc Graw-Hill)

Leichsenring. F. (1994): Zur Erfassung der Borderline-Persönlichkeitsorganisation: Entwicklung und erste Überprüfung des »Borderline-Persönlichkeitsinventars« (BPI). In: Zeitschrift für Klinische Psychologie (23) 276-292

Masterson, J. F. (1976): Psychotherapy of the Borderline Adult. (New York: Brunner/Mazel)

Rohde-Dachser, Christa (1979): Das Borderline-Syndrom. (Bern/Stuttgart/Wien: Hans Huber) 3. Aufl. 1983.

Slavson, S. R. (1950): Analytical Group Psychotherapy with Children, Adolescents and Adults. (New York: Columbia University Press).

Spitzer, R.L.; Endicott, J.; Gibbon, M. (1979): Crossing the Border into Borderline Personality and Borderline Schizophrenia. In: Arch. Gen. Psychiatry (36) 17-24

Stone, M.H. (1991): Borderline Personality Disorder. In: *Michels, R.; Cooper, A.M.; Guze, S.B.; Judd, L.L.; Klerman, G.L.; Solnit, A.J.; Stunkard, A.J.:* Psychiatry, Vol. 1 revised Chapter 17. (Philadelphia/London/New York/Hagerstown: J.B. Lippincott Company).

van Reekum, R.; Links, P.S.; Finlayson, M.A.; Boyle, M.; Biago, I.; Ostrander, L.A.; Moustacalis, E. (1996): Repeat Neurobehavioral Study of Borderline Personality Disorder. In: Journal of Psychiatry and Neuroscience (21) 13-20.

Winnicott, D.W. (1965): Ego Distortion in Terms of True and False Self. In: The Maturational Process and Facilitating Environments. Studies in the Theory of Emotional Development. (London: Hogarth Press).

Wolberg, A. R. (1982): Psychoanalytic Psychotherapy of the Borderline Patient. (New York: Thieme-Stratton).

Adress of the author:

Prof. Dr. med. Raymond Battegay
University of Basel
Petersgraben 4
CH - 4031 Basel
Switzerland

Psychotherapie der Schizophrenie – mit oder entgegen den primären Selbst-Therapie-Tendenzen?**

Raoul Schindler* (Wien)

Der Autor zeigt auf, daß es wichtige Ansätze einer Psychotherapie der Psychosen gibt, wie z.B. die Dynamische Psychiatrie Günter Ammons, diese jedoch nicht systematisch auf breiter Basis genutzt werden und daß wir uns in einer Übergangsphase befinden, in der eine echte Weiterentwicklung möglich wird. Er sieht in der psychotischen Erkrankung den Versuch einer Wiederherstellung von Persönlichkeit in psychotischer Gestaltung und beschreibt verschiedene Arten der Persönlichkeitsabwandlung. Der Autor plädiert für die Nutzung der im Menschen selbst liegenden Entwicklungsmöglichkeiten durch konsequente Anwendung analytischer Prinzipien, durch Schaffung eines echten kommunikativen sozialen Bezuges und durch mehr Risiko- und Verantwortungsbereitschaft des Therapeuten für mehr Lebensqualität der Patienten.

Die Psychotherapie der Schizophrenie hat bis heute nur verfälschte Eingänge in die klinische Psychiatrie gefunden, obwohl gerade hier die Deutbarkeit der Wahninhalte geradezu provokant offenliegt. Schon *Freud* (1911) hatte unter Verweis auf den narzißtischen Rückzug der Patienten sich nur zu literarischer Bearbeitung wie im Fall Schreber bereit gefunden und damit seine Grenzziehung zu *Wagner-Jauregg* definiert. *Schilders* (1973) mutiger »Entwurf einer Psychiatrie auf psychoanalytischer Grundlage« fand bis heute keine systematische Ausarbeitung, wenngleich zahlreiche Psychoanalytiker technische Varianten oder theoretische Aspekte beisteuerten. Hervorzuheben davon sind *Paul Federns* Ich-Psychologie (1927) und der umfassende Ansatz von *Günter Ammon* (1975).

Dabei verlagerte sich die Suche nach dem »Primär-Trauma« in die nur mehr spekulativ zugänglichen vorsprachlichen Vorgänge des ersten Lebensjahrs, was schon *Rümcke* kritisch vermerkte und zum Verweis auf das »Praecox-Gefühl« veranlaßte, also einer Information aus der Gegenübertragung. Die Anregung fand ihre Fortsetzung in der Beziehungspsychologie und Familientherapie. Experimentelle Ergebnisse für eine psychodynamische Psychosentheorie hat allerdings auch die moderne Säuglingsforschung bisher nicht erbringen können.

Hingegen hat sich die Anerkennung therapeutischer Erfolge seit dem Durchbruch der sehr vorsichtig berichtenden *Sechehaye* (1955) deutlich erhöht, und der ausschließende Streit von Psychotherapie versus Somatotherapie hat nach dem Höhepunkt der sogenannten »Anti-Psychiatrie« und dem Scheitern der einfachen Analogie von gesellschaftlicher Ausgrenzung und schizophrenem Autismus aufgehört.

* Dr. med., Privatdozent, Psychotherapeut und Psychoanalytiker

** Vortrag gehalten auf dem 11. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP / XXIV. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 4.–8. März 1997 an der Fachhochschule München-Pasing.

Unterschied zur klassischen Psychiatrie kann ich darin nicht den Abbau einem »Defekt« (*Kraepelin* 1896) erkennen, sondern vielmehr den Auf- einer abgewandelten Persönlichkeit. Die Stabilisierung dieses Aufbaus ät allerdings meist in einen verkürzten Wirklichkeitsbezug, der für einen geengten Bereich eine »überoptimale Anpassung« gewährleistet. Für en Bereich produziert das Leben dann laufende Bestätigung, nennen ihn daher, in Übereinstimmung mit dem Jargon der Rehabilitations- chiatrie, den »geschützten Bereich«.

Ohne therapeutische Störung, also im Spontanverlauf, dauert die chtung einer solcherart »stabilen Persönlichkeitsabwandlung« drei bis Jahre. In dieser Zeit vollziehen sich noch Veränderungen, Wahnver- zungen und auch Umstellungen in neuerlichen, vielfach subklinisch ufenden kurzen Schüben, nachher nicht mehr. Wir können diese Zeit lie Phase der »labilen Persönlichkeitswandlung« bezeichnen. Und wir sen sie therapeutisch nützen.

Wie Kraftlinien zeichnen sich dafür vier unterscheidbare Weisen der itanen, gewissermaßen »natürlichen« Persönlichkeitsabwandlung ab: . Die »Ausgliederung«. Hierbei wird der Problembereich abgespalten mit Hilfe totaler Verdrängung der Krisenvorgänge und der darin ent- nen Deckfiguren (Auslöser) aus dem Selbst ausgeschieden. Ähnliche gänge werden in Zukunft dann unpersönlich begriffen, nicht das nten-Selbst betreffend. Diese Weise der Bewältigung findet sich am gsten bei akut erregten, katatonen Verläufen. Die symbolhafte Verall- inerung mit unter Umständen tödlichem Verlauf ist in der »Welt- gangsstimmung« ausgedrückt. Der Untergang nur einer Teilwelt wird klinischen Beobachter dagegen meist gar nicht wahrgenommen, bleibt at«. Der stabile Ausgang erscheint daher sozial günstig.

Die »Wahnfixierung« ist die häufigste Abwandlungsform in ihrem l-prognostischen Effekt von der Wahngestalt abhängig. Diese ermög- Anpassung in Gestalt einer Machtordnung, die vom Konflikt ablenkt ihn in symbolhafte Abläufe eingrenzt. Die Anpassung bedarf des ielens der Welt. Wenn sehr rasch stabilisiert wird, engt sie sich unter änden nur auf die »geschützten Bereiche« ein, die eben zum Mit- n vorbereitet und leichter bereit sind. Es entsteht eine überoptimale s-, Werkstätten- oder Familien-Anpassung, bei der es zu Störeffekten it, wenn darüber hinauszugehen versucht wird.

Ähnliches gilt von der »Rollenfixierung«. Sie ist auf eine bestimmte sgruppe abgestellt, in der eben eine »Rolle« gefunden worden ist. Oft aber auch eine regressiv vorgestellte Bezugsgruppe, wodurch die sierte Rollengestalt skurril und auffällig wirkt.

Die regressivste Abwandlungsform läßt das Leben zu starren A- shaltungen gerinnen, die bisweilen Drohgesten entsprechen ckungen darstellen, die eine Berührung mit der Außenwelt ab- rmalisieren. Die Selbst-Bestätigung wird dabei auf eine narz- nung mit dem Körper-Selbst zurückgenommen. Wir sprech

auch von »Ver-körperung«. Diese Abwandlung tritt vor allem bei prozeßhaften, schleichenden Verläufen auf oder nach einem Scheitern der anderen Abwandlungsversuche. Sie ist auffällig und prognostisch ungünstig.

Als Beispiel für diese, weniger geläufige, Abwandlungsform möge ein Brüderpaar von 26 bzw. 28 Jahren stehen, das mit seiner Mutter zusammenlebte. Beide Brüder waren seit Jahren schizophren erkrankt, boten aber ein völlig ungleiches Bild: Der Ältere, gut einen Kopf größer als die Mutter, von breiter, kräftiger Statur, kam stets in der höchst bedrohlichen Haltung eines Orang-Utans auf den Betrachter zu, langsam-verhalten, mit vorgezogenen Schultern, geöffneten Armen, fixierendem Blick und auf das »Opfer« herabgeneigtem Kopf. Im Gegensatz zu dieser Drohgestik ohne Sprache, tat er nie jemanden etwas an und war total aggressionsgehemmt. Der Jüngere hingegen war deutlich kleiner als die Mutter, drahtig-schmächtig anzusehen, eloquent-faselig und von Zeit zu Zeit unvermittelt aggressiv, wobei er das Opfer, meist die Mutter, plötzlich anzuspringen und gefährlich zu würgen pflegte. Solche Attacken ereigneten sich gerade dann, wenn Mutter und Sohn ihre paranoid-mißtrauische Distanzierung des Alltags in einer der seltenen zärtlichen Anwandlungen zu unterschreiten versuchten. Da er dies aber auch bei mütterlichen Übertragungspersonen seines Umfelds tat, war seine Pflege und Entlassung von der Station riskant. Ziemlich im Kontrast zu den Meinungen juristischer Kommissionen, die sich wiederum gerade von der Erscheinung des sozial harmlosen, älteren Bruders beeindruckt zeigten.

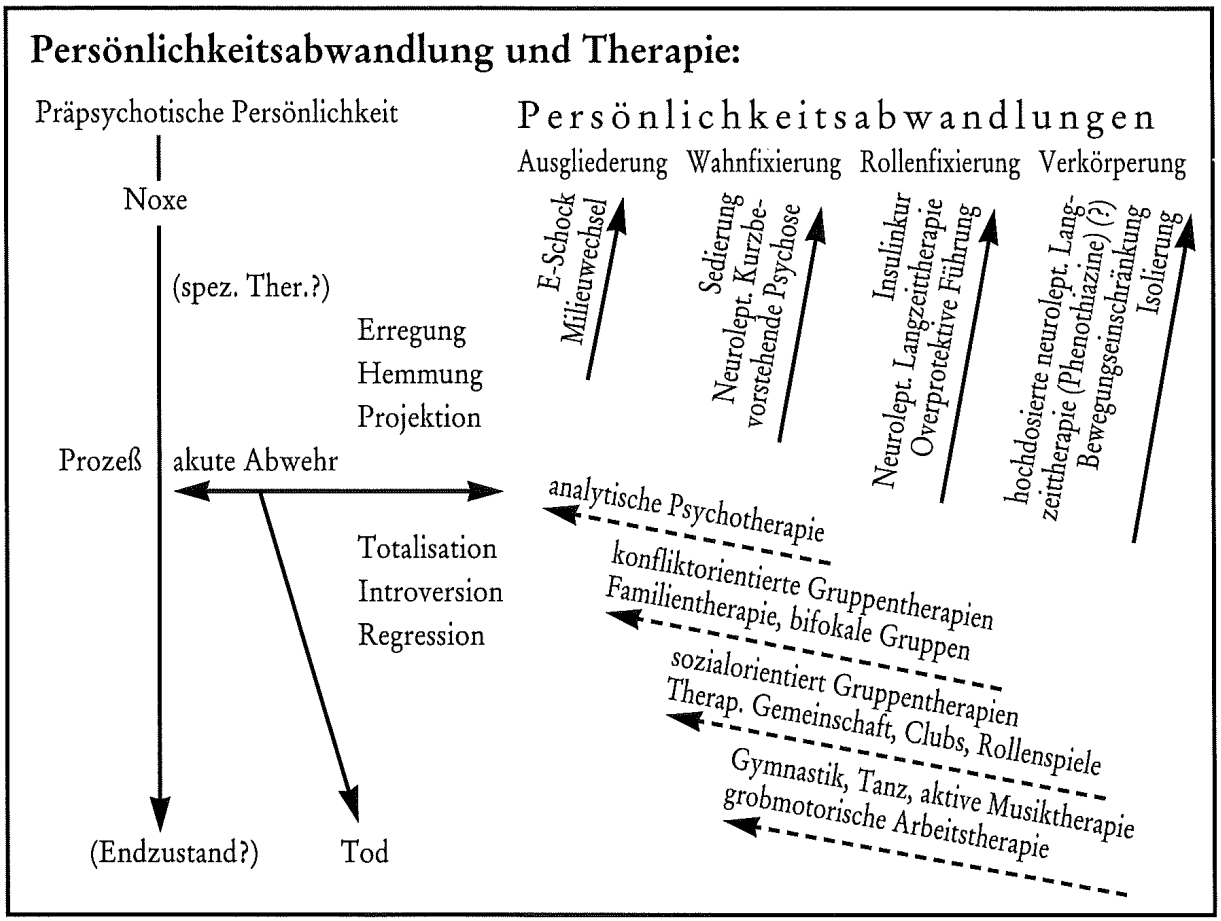


Abb. 1: Rezidierverhütung im Zeitalter von Depotneuroleptika und sozialer Psychiatrie (*Schindler* 1976)

Vergleicht man Spontanverläufe mit den uns heute geläufigen, therapeutisch beeinflußten Abläufen, so fällt vor allem die Verkürzung der Zeit in den beiden mittleren Abschnitten bis zum Erreichen der stabilen Abwandlung auf. Die akute Krise kann mit modernen Neuroleptika auf drei bis fünf Tage verkürzt werden. Danach ist juristisch betrachtet eine unfreiwillige stationäre Anhaltung eigentlich nicht mehr zulässig, wenngleich medizinisch zur Herstellung der Rehabilitations-Vorbereitung und Compliance vielfach erforderlich. Gefährlichkeit liegt nicht mehr im Zustandsbild, sondern in der hohen Rückfallgefahr, also in einer Vorwegnahme von Zukunft,.

Soziale Anpassung und Einsicht in die Notwendigkeit weiterer Therapie klaffen in der labilen Phase der Persönlichkeitsabwandlung weit auseinander – aber nicht nur bei den Patienten. So ist es zwar begreiflich, daß alles auf eine rasche Stabilisierung hintreibt – aber ist es auch wünschenswert? Das möchte ich abschließend zur Diskussion stellen. Drei Positionen sind hier zu überprüfen:

1. Die Annahme, daß der wesentliche Krankheits- und Therapieverlauf mit der stationären Behandlungsphase sich deckt, ist schlicht falsch. Diese Position bezieht sich auf eine Zeit therapeutischen Unvermögens, in der die Psychiatrie nur diagnostisch – prognostische Potenz besaß und ihre Wirkung auf den beiderseitigen Schutz der Gesellschaft vor der Willkür der Kranken und der Kranken vor der Reaktion der Gesellschaft abstellte. Heute erhält sich diese Vorstellung im gemeinsamen Bedürfnis, das Krankheitsgeschehen sozial zu verdrängen, gewissermaßen als übertragenes Fortsetzen kustodialen Psychiatrieverständnisses in einer Zeit der offenen Türen und Übergänge.

Die stätionäre Behandlungsphase steht in direktem Bezug zur sozialen Krise. Erregung und Hemmung entsprechen dem Bemühen, das Mißverhältnis zwischen Ausdruck und Verstandenwerden durch Nachdruck und Einengung (eben auf das »Wichtige«) zu überwinden. Die Station trennt das Beziehungspatt durch »Unwichtiges«, durch unpersönlichen Alltag. Dazu kommt der affektive Reizschutz der neuroleptischen Therapie und früher, heute nur mehr selten, die Zerreißung der Erinnerungskontinuität durch Schocktherapien.

Das ist unmittelbar wirksam zur Beruhigung und spezifisch wirksam in der Tendenz zur Ausgliederung des Problembereichs. Dieser Effekt wird allerdings mit der Rückkehr ins Milieu und bereits durch die Besuchstätigkeit extrem gefährdet, freilich auch durch konfliktorientierte Psychotherapie. Das erklärt vielleicht den Widerstand klinischer Stationen gegen analytische Psychotherapie, die ja in die Probleme zurückführt, nicht aber gegen Stationsgruppen der therapeutischen Gemeinschaft oder gegen trainierende Verfahren zur Kommunikation. Die Übernahme der Kosten solcher »Kommunikationsgruppen« (inklusive fachlich begleiteter Selbsthilfegruppen) durch die Krankenkasse ist daher in den Forderungskatalog an die Gesundheitsverwaltung m.E. aufzunehmen. Es geht nicht an, solche

Leistungen nur von Laienverbänden (wie Österreich von der Gesellschaft »Pro mente«) organisieren zu lassen und im Subventionswege willkürlich zu unterstützen. Noch weniger freilich geht an, daß der Neuaufbau nur neuroleptisch abgeschirmt wird und den bisherigen Kräften (Familien) überlassen bleibt, was einem Anerkennen des Scheiterns der versuchten Emanzipation gleichkommt und zumeist auf eine Ritualisierung der Krankheitsrolle hinausläuft.

2. Zweitens ist die Annahme zu überprüfen, die meint, daß für die postakute Phase der labilen Persönlichkeitsabwandlung weiterhin die gleichen Hilfen zweckmäßig wären, die sich akut bewährt haben. Gemeint ist vor allem die neuroleptische Basiseinstellung als Dauertherapie. Denn angesichts der Tatsache, daß nur etwa ein Fünftel der Patienten von der Ausgliederung überhaupt Gebrauch machen können und für diese die verpönte Elektroschocktherapie spezifisch hilfreicher wäre, fragt sich, welche Bedeutung der Kompromiß einer dosisverminderten Weiterführung neuroleptischer Akuttherapie als »Basiseinstellung« überhaupt hat. Nach meinen Erfahrungen dient es dem Vorantreiben von Wahnfixierung und Rollenfixierung. Wahnbildung wird durch hypnagog-herabgesetzte Bewußtseinslage gefördert, z.B. durch Verlängerung der Einschlaf- und Aufwachvorgänge mittels unterschwelliger Sedierung. Es entsteht dabei eine vermehrte Traumtätigkeit und herabgesetzte Traumzensur, was den psychotischen Träumen ihre oft entwaffnend-direkte Wunscherfüllung verleiht. Das führt im incipienten Stadium zu vorzeitigem Erwachen, also Schlafstörung, postakut aber zur Ausweitung des Morgenschlafs bis gegen Mittag. Die Traumbilder repräsentieren Lebensentwürfe, deren Nichtbearbeitung zur Monotonie tendiert, analog etwa der Triebabfuhr in präpubertären Pollutionen oder täglicher Onanie.

Das Bedeutet einerseits latente Rückfallgefahr durch ungeordnete Realisierungsversuche und andererseits Resignationstraining im Bewußtwerden des Scheiterns. Das wird nicht nur medikamentös durch Herabsetzen der Affektstärke erreicht, sondern auch durch die drohende Verbindung von Rückfall und stationärer Behandlung. Die solcherart vorgezogene Stabilisierung beendet Veränderungen. Sie sind dann nur mehr unter dramatischen Umstellungen des Umfeldes (am häufigsten des Todes einer dominanten Bezugsperson) oder bzw. und durch neuerlichen Krankheitsschub möglich. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang die häufige Verbindung von Impotenzklagen und Gewichtszunahme bei neurologischer Dauertherapie, für die zumeist keine pharmakologische Erklärung besteht, wohl aber eine psychodynamische, nämlich das Suchen nach einer »Verkörperung« resignativer Abwehr, für die sich das Bild *Reich*'s vom »Körper als Panzer« aufdrängt. Parallel dazu versiegen die Träume.

3. Drittens eröffnet psychodynamisches Psychoseverständnis eine Neubewertung des produktiven Krankheitsschubes. Handelt es sich hier nicht um einen irreversiblen Abbau von Ich-Leistungsfähigkeit im Sinne *Kraeplin*'s,

sondern um einen konstruktiven Umbau der Selbst-Objekt-Repräsentanz zugunsten verbesserter Anpassung (und damit verminderter Konflikt-Basisspannung), dann sollte die These von der absoluten Vermeidung von Rückfällen neu überdacht werden. Natürlich wollen wir die Patienten nicht der sinnlosen Wiederholung verstiegener Ansätze und damit verbundener Niederlagen aussetzen. Doch indem wir deren Verarbeitung überspringen und das Spital zu einem Drohgestus zusammenfassen, dessen Inanspruchnahme als Symbol des Scheiterns gilt, nehmen wir den negativen Ausgang vorweg und machen uns als Psychiater zu seinem Werkzeug. Ist es nicht an der Zeit für die Psychiatrie ein therapiebewußtes Risikoverständnis einzumahnen und uns zu besinnen, daß wir heute über ganz andere therapeutische Strategien verfügen, als vor 100 Jahren? – Strategien, die uns und unsere Patienten in die Lage versetzen, Zonen erregter Verwirrtheit pharmakotherapeutisch einzugrenzen und ihren Ausdruck psychotherapeutisch einem gemeinsamen Verständnis zuzuführen. Das Spital wäre dann weniger der Ort einer fragwürdigen Sicherheit, sondern ein Zeit-Raum für die benötigte empathische und kognitive Kommunikation mit einem entwicklungsfähigen Umfeld, das die konfliktvermeidende Distanzierung in bestätigende Beziehung verwandeln läßt.

Im Sprachgebrauch *Kraepelins* muß man formulieren, daß psychiatrische Therapie den Patienten heute vor allem beschleunigt in seinen »Defekt« hineinzutreiben versteht. Die Verkürzung des labilen Abschnitts der Persönlichkeitsabwandlung zugunsten möglichst rascher Stabilisierung produziert verkürzte, überoptimal verabsolutierte Anpassungsformen und schöpft das Potential der labilen Aufbauphase noch wenig aus. Für alle Patienten, denen die »Ausgliederung« ihres Problemfeldes konstitutionell oder aus der Konstellation ihres Lebensfeldes heraus nicht gelingt – und hier finden sich jene 80% Rückfallsbedrohten der Drehtür-Psychiatrie – muß daher verstärkt gefordert werden, daß ihre labile Aufbauphase psychotherapeutisch begleitet und die Gestaltungshilfe in diesem Zeitraum nicht verabsäumt wird.

Hier liegt das Einsatzgebiet für analytische Psychotherapie mit der Entwicklung des Träumens und der Emanzipation aus resignierender Beengung der Bezugsgruppenkultur, auch auf das Risiko hin einer möglichen Verzögerung der Stabilisierung zugunsten der Lebensqualität. Denn nur dann, wenn die Lebensqualität der Patienten nicht im Komfort der Spitäler gesehen wird, sondern im Selbst-gestaltenden Aufbau eines möglichst breiten sozialen Bezuges, wenn gleichzeitig das Selbst-Bewußtsein der Psychotherapeuten die Angst vor dem Versagen verliert und die Verantwortung für die therapeutische Planung in gleichgewichteter Kommunikation mit den medizinischen stationären Angeboten übernimmt, und wenn das Risiko möglicher neuer, kurzer Krisendurchgänge von allen mitgetragen, begrenzt und zur Entwicklungschance im Rahmen der offenen Labilität genutzt wird, nur dann werden echte Angebote psychodynamisch

geführter Stationen und Kliniken ihren »exotischen Charakter« verlieren und selbst zu Modellen der Therapieführung werden, wie es ihnen zukommt.

Psychotherapy of Schizophrenia – Use of the Patients' own Self-Healing Tendencies?

Raoul Schindler (Vienna)

Meaningful approaches in the field of psychotherapy of psychoses like *Paul Federn's* ego-psychology and *Günter Ammon's* Dynamic Psychiatry did not lead to a systematic elaboration in clinical psychotherapy in our times. The author emphasizes the tendency to socially accepted compromises in form of social psychiatric rehabilitation combined with communication groups for family members. New developmental tendencies show that we are now in a phase of change: the problem of psychosis has yet not been solved, but a space for succesful theapy has been opened. Possibilities of development are now to be seen in the nature of illness itself.

The author understands psychoses as forms of modification of the self in the understanding of *Kohut.* That means, delusions are attempts to reestablish a holistic relationship towards reality. Delusions are wide spread phenomena which become a psychotic quality only by fixation processes. During the process of illness an modified personality is reconstructed with a shortened reference to reality however. The author describes four forms of personality modification:
– elimination, i.e. the innerpsychic problem is separated and eliminated from the self,
- delusion fixation, which will be usually supported by the surrounding group like families, hospitals, etc.,
– roll fixation, and
- embodiment as the most regressive form of modification, there exists no longer contact to the outer world.

In modern days by using neuroleptic medication, the acute crisis can be reduced to 3–5 days compared to the spontaneous illnes process in former times which. The author asks if it is really desireable that a quick stabilisation shall take place rather than using this labile state for preparing compliance and rehabilitation? Social adaptation is far from realizing the need for therapy in the unstable phase of personality modification.

Concluding, *Schindler* discusses three positions:
1. The assumption that the main process of illness coincides with the inpatient treatment is not true, the process of illness is far more.
2. The assumption has to be proofed, if the same help is necessary during the acute state of psychosis and during the phase of the unstable process of personality modification. That means, it has to be proofed, whether neuro-

leptic medication is really helpful during the process of modification. Medication supports delusion fixation and roll fixation. Possible creative aspects as shown in dreams are not integrated, dreams dry up. Such a kind of early stabilisation stops changes.
3. A psychodynamic understanding of psychosis leeds to a new assessment of the productive illness relapse in the sense of a conctructive modification of the self-object-representative. The author emphasizes a new understanding of psychiatry as a therapy aware understanding of risk which means that nowadays we have more therapeutic strategies than 100 years ago. He stresses the use of analytic psychotherapy in psychiatry, the use of dreams and emancipation out of resigned limitations with the risk of a possible delay in favour of more quality of life. If the therapist takes more risk and responsibility to create more possibilities of development in the frame of open lability, it will be possible to set up true psychodynamically leaded wards and modells of a new form of therapy.

Literatur

Ammon, Günter (1975): (Hrsg.): Psychotherapie der Psychosen (München: Kindler)
Bäuml, J. u. M. (1994): Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis. Ratgeber für Patienten und Angehörige (Springer)
Binswanger, L. (1956): Drei Formen mißglückten Daseins (Tübingen)
Bleuler, E. u. M. (1966) (Hrsg.): Lehrbuch der Psychiatrie, X. Aufl. ...
Bleuler, E. (1914): Frühe Entlassungen. Wr. med. Wschr. (64) 2499–2504
Ciompi, L; Müller. C. (1976): Lebensweg und Alter der Schizophrenen (Springer)
Ciompi, L.; Dauwalder; Aebi; Hubschmied (1984, 1991): Ein Forschungsprogramm zur Rehabilitation psychisch Kranker. In: Nervenarzt (55) 257–264 und Nervenarzt (62) 428–435
Federn, Paul (1936): Ich-Psychologie und die Psychosen.
Freud, Sigmund (1911): Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia. Ges. Werke Bd. VIII
Gabriel, E. (1997): The concept of the Ractive Psychosis and its Position in Modern Classification. Vortrag, gehalten auf dem 11. Weltkongreß der World Association for Dynmic Psychiatry WADP/XXIV. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) in München, 4.–8. März 1997
Jones, Maxwell (1976): Prinzipien der Therapeutischen Gemeinschaft (Bern: Huber)
Kernberg, Otto (1988): Borderline Störungen und pathologischer Narzissmus (Frankfurt: Suhrkamp)
Kohut, H. (1979): Die Heilung des Selbst (Frankfurt: Suhrkamp)
Kraepelin, E. (1896): Allgemeine Psychiatrie.
Mosher, L.R. et al. (1978): Soteria. Evaluation of a home-based treatment for schizophrenia. Two year follow-up. In: Hosp. Comm. Psychiatry (29) 715–723
Müller, M. (1936): Prognose und Therapie der Geisteskrankheiten. (Leipzig: Thieme)
Schilder, Paul (1973): Entwurf einer Psychiatrie auf psychoanalytischer Grundlage. Neuauflage. (Frankfurt: Suhrkamp)
Schindler, Raoul (1960): Klinische Psychotherapie von Psychosen. In: *Hoff, H.* (Hrsg.): Therapeutische Fortschritte in Neurologie und Psychiatrie (Wien)
– (1975): Das »Endogene« in psychodynamischer Deutung. In: Therapiewoche (25) 143–145
– (1976): Recidivverhütung im Zeitalter von Depot-Neuroleptika und sozialer Psychiatrie. In: Nervenarzt (47) 147–150
– (1978): Bifokale Familientherapie. In: *Richter, H.E.; Strotzka, H.; Willi, J.* (Hrsg.): Familie und seelische Krankheit (Hamburg: Rowohlt)
– (1980): Die Veränderung psychotischer Langzeitverläufe nach Psychotherapie. In: Psychiatrica clinica (13) 205–216

Sechehaye, M.A. (1955): Symbolische Wunscherfüllung (Bern: Huber)
Thome, A.; Schmidts, R. (1997): Group Psychotherapy with the Parents of Schizophrenic Adults. Vortrag, gehalten auf dem 11. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XXIV. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) in München, 4.–8. März 1997
Weizsäcker, V. v. (1996): Der Gestaltkreis. Neuauflage: (Frankfurt: Suhrkamp)

Adresse des Autors:

Dr. med. Raoul Schindler
Bennogasse 8
A-1080 Wien
Österreich

The Role of Memory and Identity in the Process of Change: Psychopolitical Perspectives**

Rita R. Rogers (Los Angeles)*

The author describes psychopolitically the inter- and intranational changes since the collpase of the Soviet Empire. Collective identity (national consciousness) is discussed from the perspective of an »imagined community« (*Anderson* 1991), a cultural artifact invented by few but irrationally powerful to many. Two samples of the creation of a collective community are used for illustration: a) the strategically designed foundation of the Solidarity movement in Poland in 1981, which is contrasted with b) the creation of the politically conscious Turkish minority in Bulgaria which resulted due to the imposition of Bulgarian name changes on the Turkish minority. The role of memory in the foundation of personal and collective identity is examined. The skillful inflammation of hurtful memories can be a dangerous tool in the hands of political merchants of hatred.

Current tensions and changes in the post-Soviet Union and its satellites represent different stages in identity formation and transformation. Stressing sovereignty as a symbol of independence is a transitory signal of insecurity, while acknowledgment of interdependence represents realistic adjustment to time and space.

In times of crisis (especially identity crisis) the individual falls back on earlier patterns of adjustment. In psychiatric terminology, the individual regresses to old behaviors with which he is familiar and which protects him from the difficulties of adjustment to new situations. In assessing the identity of an individual, one needs to evaluate the gap which exists between the individual's perceptions of his identity and his aspired identity (in psychiatric terminology, ego ideal).

Current Dilemmas in the Post-Soviet Empire

The inter- and intranational changes which have occured during the last seven years have been difficult to absorb. They have challenged established patterns of adjustment in Eastern and Central Europe, as well as in the Western European and American international equilibrium. *Istvan Rev* states that Eastern soldiers who patrolled the Brandenburger Tor guarded the identity of the West as much as they guarded the rule of the Communist regime. From a psychopolitical perspective, one has to consider the current tensions as a collective identity crisis which forces the countries from the former Soviet Union and its satellites to redefine themselves, their institutions, their beliefs, and their relationships with each other. Until the

* M.D., Clinical Professor of Psychiatry, University of California, Los Angeles, U.S.A.

** Paper presented at the 11th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XXIVth International Symposium of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse at the Fachhochschule München-Pasing, March 4-8, 1997

Copyright © David Carlton and Paul Ingram 1997. Reproduced by permission of Ashgate Publishing Limited, Gower House, Croft Road, Aldershot, Hants, GU11 3 HR, England

collapse of the Soviet Empire, the satellites of the former Soviet Union identified themselves with the paradigm of the »prisoner« which permitted Western Europeans and Americans to identify themselves with the paradigm of the »missionary« (*Hankins* 1994). Both sides have lost their identity paradigms but are acting as if the past were the present, because of the insecurity created by the current chaos. Since chaos increases uncertainty, one attempts to combat such insecurity by regression and falling back on old patterns of adjustments, patterns which do not fit current realities. As long as the satellites of the former Soviet Empire saw themselves as prisoners, their focus was on the jailer; now the jailer is gone, and one needs to look for other scapegoats: other ethnic groups, Jews, Gypsies, villains, which divert attention from oneself, one's own abilities and strengths, and one's own shortcomings. Insecurity of identity increases the craving for exhibitionistic sovereignty. The Western Europeans and Americans cannot see themselves any longer as »missionaries«. The West, but especially the U.S.A., has become the world gendarme. The U.S. is now the sole superpower. The world policeman has turned into the world instructor (*Medish* 1994).

Reform in Russia will never fit the American model (*Lukin* 1994). The attempts to turn Central and Eastern European countries into the perceptual models of Western European and American countries increases the craving for exaggerated sovereignty and demonstrative independence. The Eastern and Central European nations' craving for independence is in profound discord with current interdependence due to globalization and instant connectedness through e-mail, faxes, mergers, etc.

The countries which previously belonged to the Soviet Empire are undergoing a profound change in their collective identities. Previously, that identity was determined for nearly fifty years by the nature of their relationship with the Soviet Union (*Judt* 1994). It is now tempting for Eastern and Central European countries to erase from the public record any reference to the Communist era, as though it had been but an unhappy and transient interlude in their existence. In its place we find an older past substituted and viewed as a source of identity and reference (*Judt* 1994).

The romanticized view of the long-term past and the discontinuity with the immediate past prevents newly established, independent countries from realistic adjustment to current realities and precipitates the emergence of cults, feverish religions, and unassimilated caricatures of the »imagined« West. In chaos, one searches for answers and avoids questions: most of all, questioning oneself, who we are, what is in us from our recent past, and what part does that, as well as our long-term past, play in our current identity?

The Western European and American paradigm of »missionary turned instructor« demands the imposition of democracy in Central and Eastern European countries without questioning whether democracy can be imposed on people who are not democrats. *Schopflin* (1994) compares

imposing democracy on non-democrats with the failed attempt by Communists to impose a proletarian revolution without a working class.

The West has to learn to see the Central and Eastern European countries through those countries' lenses rather than through its own. It can achieve this only through a thorough knowledge of history and geography and by discarding the rose-colored, romantic glasses through which it sees itself and others.

The perception of the »otherness« of another group is only possible when one's own identity is embedded as a continuing, stable point of reference. For the West, that continuous, stable point of reference for almost 50 years was the Cold War.

Currently, one also witnesses the re-emergence of old fault lines: societies which have had the Western experience of Reformation, Renaissance, Enlightenment, and Revolution, the Europe of Protestantism and Catholicism – progenitors of the West and Europe – versus the Europe of Orthodox Christianity and Islam. The profound change in identity in Eastern and Central Europe has indeed provoked insecurity in identity in the West (it is analogous to how the colonized always colonized the colonizer). Plans by the West to turn the Western fringe of Central Europe (Poland, Czech Republic, Hungary) into Euro-suburbs will leave Byzantine Europe to stew in its provincial juices. It re-awakens in Orthodox Christians in the former satellite countries the hurtful memories of feeling ostracized from Europe by the West. It precipitates a fall-back on old intra- and interethnic rivalries and prevents adjustments to current realities and tasks. The power of ethnic legends increases sharply hand in hand with tendencies to scapegoating.

Identity

Identity is a conscious sense of self. The self here is viewed as a conscious mind and body agency (*Horowitz* 1996). The concept of identity has persisted over eight decades. Its origins are traced to the earliest interplay of the infant's temperament with the mother's attitude (*Akhtar* 1995). Throughout his growth, the infant takes in attributes of others, identifies with others, and its identity acquires its final shape by integrating contradictory identifications.

Psychiatrically, one considers a person as having a cohesive identity when one possesses a realistic body image, constant attitude, gender authenticity, and ethnicity and a feeling of subjective sameness. Identity arises both from intrapsychic and environmental factors. The term of »identity« was introduced by *Tausk* (1919); identity is a continuous process, a process through which people experience themselves anew while possessing a persistent feeling of sameness. This ability of flexibility in adjustment while feeling a continuum in one's basic personality is an essential feature of identity.

Erikson (1958, 1959a, 1959b, 1962) in the 1950's reselected the term and used the term »ego identity« to denote both a persistent sameness within oneself (self-sameness) and a persistent sharing of some kind of essential character with others. In assessing the identity of the individual, one needs to assess the gap between an individual's ego identity and his or her ego ideal (namely, the way the person sees himself versus the way he would like to see himself). Identity issues and struggles arise in adolescence. There is a turmoll involving both progressive and regressive trends. Regressive trends overwhelm the individual during times of crisis. In late middle age, individuals tend to re-evaluate whether they have been true to their innermost desires (*Kernberg* 1995). The paradox that individuals with a consolidated identity change so much and yet in many ways remain the same is attributed to *Emde* (1983). (It is an ever-present affective continuity in the psychic life). Individuals with a crystallized identity are authentic. They also have a sense of generational continuity.

Collective Identity and its Roots

National consciousness is a cultural artifact of a particular kind (*Anderson* 1991). Such cultural artifacts change over time and under particular situations and circumstances. They command particularly profound emotional legitimacy. The philosophical poverty, indeed incoherence, of national consciousness, increases the irrational power of nationalism.

Nationalism is not the awakening of nations to self-consciousness. Nationalism invents nations where they do not exist. A nation is born when a few people decide that it should exist. While religion is a matter of pure feeling, one can think a nation or a radical separation between past and present. *Anderson* traces the cultural roots of imagined communities to the development of print. *Hegel*, quoted in *Anderson* (1991), observed that newspapers serve modern man as a substitute for morning prayers. Newspapers create the extraordinary mass ceremony, the almost precisely simultaneous consumption (imagining) of the newspaper as a fiction. What would *Hegel* have thought and written about CNN, which spreads instantaneously, repeatedly, and transglobally the news from around the world, news which affects and is perceived through different cultural lenses, often increasing the gab between existing realities and aspirations.

Print capitalism gave a new fixity to language which in the long run helped build the image of antiquity so central to the subjective idea of the nation (*Anderson* 1991). Another vernacular of the printed page to which *Anderson* assigns the birth of a nation is the musical score. He mentions *Smetana, Dvorak, Janacek, Grieg, Bela Bartok.* The accumulated memory of print is what is one of the sources of nation-building.

The Solidarity Movement: An Example of a Strategically Designed Collective Identity

Collective identity can be fabricated through the utilization of collective memory. An example of an anticipatory strategy, for creating a collective community is the formation of the organization of Solidarity (Solidarnosc) which was begotten in 1980 and was implanted into the hearts of Poles as a unified mass movement in possession of the truth about Poland (*Evans* 1992). It attempted and succeeded to create an imagined community of Poland. Solidarity used images in stamps to oppose government discourse in several ways. First, it created satirical images to expose the absurdities of government language, and thus attempted to undermine governmental authority. Second, it tried to establish its own authoritative discourse of images, one that constructed a counter-hegemonic representation of national history and identity. Third, it transformed certain words into images in an effort to control meaning in the public domain and to resist linguistic co-optation and semantic impoverishment. The »argument of images« in which Solidarity was engaged was based upon a linguistic ideology prevalent in the opposition movement that based authority upon truth. In these images, Solidarity claimed to be the holder of the truth about Poland, Polish history and the nature of the Communist government, a truth expressed in the movement's use of language and imagery. It used stamps to present a view of the history of Poland which is based on a sacrificial and religious tradition. That placed Solidarity alongside other uprisings in that tradition. This historical representation not only counters official history propounded by the Communist government, but also protrays Solidarity as a unified mass movement in possession of the truth about Poland. In the 1980s, truth, especially truth in language, became an important basis for political discourse and opposition in Poland. The claim to truth was significant in Solidarity's claim to authority.

Through stamps, solidarity accorded itself authority by using the visual emblems of Polish nationalism. Underground Solidarnosc identified itself as an independent society of people who, like their forebears, were culturally Western (*Evans* 1992). *Mitchnik* (1985) insisted that a transformation of Polish society could be achieved only if the population acted as if they did, in fact, live in a free society. He recommended, and Solidarnosc instituted, the use of stamps featuring saints, Polish literary figures, Solidarity leaders, and events in Polish history. The stamps depicting historical events worked on memory, focusing on the history of oppression and Polish resistance, representing the Molotov-Ribbentropp pact and the Katyn Forest massacre by the Soviets. The stamps compared the Polish uprising of the 19th Century with the post-World War II workers' protests. There were also stamps portraying individuals (Polish writers, Marshal *Josef Pilsudski*'s defeat of the Soviet Union in 1920), thus linking present martyrs to past heroes. Other stamps depicted religious images (Pope *John Paul II,* the Madonna). Images of Chernobyl emphasized the catastrophes which came from the Soviet Union.

Solidarnosc also created the collective community through the use of language, namely it debunked governmental language such as official statements that a prisoner died at the hands of medical professionals when, indeed, he had been executed by security forces. It debunked further statements the government of normalization (in international relations) and identified that as »denormalization«. Solidarity considered the party's language as colonizing Polish language.

Another appeal to hurtful memory as a means of gluing a victimized community together has also been reported recently by ABC television. The settlers' pirate radio station, which broadcasts from a ship off the coast of Israel, was using Holocaust imagery to describe the peace accord with the Palestinians. A commentator, namely *Hillel Weiss,* said that the government was loading the settlers onto trains, thus evoking in the memory of Israelis the trains that carried Jews to Nazi camps.

Transforming an Invisible Minority Into a Political Action Group: The Turks in Bulgaria

In his paper, »What's In A Name?«, *Daniel Bates* (1991) describes how a persecuted minority can become a power broker. *Bates* warns against equating ethnic politics with ancient intractable animosities. Ethnicity can be initiated through selective utilization of hurtful shared memories. According to *Bell* (1975), collective identity and organizations raising the idea of ethnicity require a perceived interest in common, as well as an affectual bond. The most frequently utilized tool is the memory of collective suffering at the hands of an outsider.

Bates gives us an example of the minority population of Bulgaria, who, prior to 1990, had no public voice, no organizational structure. Between 1990 and 1994, the rise of politicized Turkish ethnicity constructed a sense of a national Muslim political community and transformed Turks in Bulgaria from persecuted minority to political power broker. *Bates* reports the events as follows (*Bates* 1991).

Contemporary ethnic population figures were somewhat in dispute, but according to a 1989 Ministry of the Interior source, ethnic Turks, including Tartars, numbered 847.584 or 9,5% of Bulgaria's 8,9 million population; Gypsies numbered 576.927, or 6,5%; Christians and Muslims numbered approximately equal, and Pomak, a term that refers to Bulgarian-speaking Muslims, 268.971, or 3%. In 1960, legislation in the form of the population registration law permitted Albanians, Armenians, Gypsies, Pomaks, and turks to take Bulgarian surnames (*Vilas* 1989). Few complied at that time. However, in 1962, Pomak names were forcibly changed in one region. When a mass demonstration occurred in 1964, this order was reversed. Beginning in 1962, Turkish language schools were in effect eliminated by virtue of being merged with Bulgarian schools, and all instruction was shifted to Bulgarian. Educational cadres were also integrated. Shortly there-

after, all Turkish language training programs, apart from the Turkology program at the University of Sofia, were closed. Turkish theater groups were merged with Bulgarian groups, and programs were no longer offered in Turkish. Between 1968 and 1978, the government followed an intermittent policy of encouraging emigration, and 120.000 people moved to Turkey. Around 1971, forced assimilation, referred to as the »process of rebirth« became the official party policy. There is scant documentation of a formal policy decision, and there is no legislation to this effect. In 1984 to 1985, there came a forced assimilation of the Turks, namely a name change program. Beginning with rural areas of the Rodopis in the Fall of 1984, Turkish speakers, including smaller numbers of Tartars, Allevians, Gypsies, who had not already done so were compelled to take Bulgarian names. At the same time, Islamic religious practice and education were curtailed, and the public use of the Turkish language was prohibited. The authorities in Bulgaria conducted a media campaign, including the publication of purportedly archeological and physical anthropological investigations, to show »evidence« that all Bulgarians were of one common racial stock, and that minorities were forced to conversion by the Ottomans. The Communist Bulgarian media insisted that these minorities were »grateful« for being allowed to assume Slavic names. In actuality, the namechange program was administered in a very harsh manner, and even though individuals were permitted to »choose« Slavic names, if these names bore some similarities to Islamic names, new names were arbitrarily assigned (*Konstantinov* 1991). The individuals were forced to sign the »petition« for name change. Thus, it was misrepresented as a »request« from the individual (this was perceived as an insult to the identiy of Muslims of the Turkish minority).

The enforced name change at gunpoint mobilized the ethnic Muslim community from invisibility in the 1960's to a heightened Turkish Muslim self-awareness. Their shared experience of injustice strengthened their communal ties. The attacks on their religion and language were perceived as a hurt to their identity and precipitated an increase in the search for their own social identity and intensified their clinging to their language and religion. From being an almost invisible minority, they became a political action group.

We do not possess personal interviews to examine the motivations of the Turkish minorities, or for that matter the Bulgarian authorities when they decreed the name changes. It probably was motivated by a drive to power of the authorities, since they expected this to appease and gratify the Bulgarian people. One can only speculate that lingering subconscious memories of the great Bulgarian empire of the Fifth and Sixth Century and its struggle with the Byzantine Empire might have been in the background. Our unconscious memories cannot differentiate between Constantinople and Istanbul when emotionally loaded with cravings for power, hatred, and jealousy.

Nations can exist in the collective memory of a people when the country doesn't exist. For example, Poland existed for 123 years in the memory of its people, and this painful memory has increased the collective identity of the polish people. »Yeste Polska ne Zginiela«, »Poland didn't go under yet«, had been the glue which had solidified the Polish people.

Collective identity in Central and Eastern Europe and the Balkans is linked to ethnicity and religion. Citizenships are exclusive and cannot be compromised. Independence to the nations of Eastern Europe is a powerful motor, because most of them have had less than a century of independent existence. Their intelligentsia had embellished for them their past glories with messages that these past glories had been stolen from them by the imperial overlords. The enemy is an organizing principle, and in times of uncertainty and chaos, there is an increased need to hold on to the enemy image. The certainty of East/West confrontation and animosity was a given, around which both East and West could organize their worlds. At present, the West is certain of its democracy, and Eastern and Central Europe are disappointed in democracy. Post-Communist countries tried to model their countries according to their visionary model of democracy at a time when this democracy was tarnished in the West. Democracy in Eastern and Central Europe meant (erroneously) total freedom and immediate access to Western levels of prosperity. The dream of rejoining Europe was particularly fervent in those »new countries«, countries which had feld themselves expelled from Europe since they had never felt quite accepted. Rejoining Europe was a feverish ambition tinged with disappointment. Ethnicity resounded in the cultural and affective sphere. Identity, because it is a product of imagination, is not open to compromise. The style in which citizens coped with Communism influenced how they adapted to capitalism.

The Role of Memory

Humiliating experiences to the collective self can become enshrined as cherished glories. Examples: The Serbs have incorporated in their identity their defeat of Kosovo in 1389 which has made Kosovo their Jerusalem. That memory, intergenerationally transmitted, has eclipsed current realities (for example, that today's Kosovo in inhabited 90% by Albanians). The Muslims of Bosnia have been transformed in the Serbs' emotional memories to the Turks of 1389 who defeated them. The Serbs' immersion and obsession with history is brilliantly manipulated by their political leaders. for example *Milosevic* and *Karadzic,* who like all decision-makers are intimately attuned to their constituencies' hurts and vulnerabilities.

The Psychopathology of Hatred

To fight for national aggrandizement, one needs:
a) The binding mortar of hatred for the perceived enemy; and

b) The fuel supplied by political arsonists, intellectuals, politicians and clergy, who stoke the real and imagined grievances to fan fear and intolerance.

The collective group is prone to embrace hatred as its molding link when a group has been exposed to humiliating experiences which have been perceived as injuries to the identity of the group. Hatred, as defined by *Otto Kernberg* (1989), is a complex affect derived from rage.

Lack of access or distortion of one's language is experienced as a threat to the survival of the group.

Wars, victories, defeats, catastrophes, pogroms, and hunger are differently embraced in our memory boxes than other quiescent events. Such »peak events« create »peak affective states«. These become seminal in molding a group's perception of its role, its self-perception, and position in the world. Memory structures acquired during »peak affective states« are different from those acquired during quiescent periods. Memories during »peak affective states« skew reality and promote assessment into primitive dichotomies, all good or all bad. With the help of hatred, the bad object is both needed and desired, and the destruction of this object is both needed and desired. This becomes a sure stepping-stone towards dehumanization.

Dehumanization is defined by *Viola Bernard* as »A defense against painful of overwhelming emotions which decreases a person's sense of his own individuality and his perception of the humanness of other people. The collective self under the impact of hatred propaganda is capable also of misperceiving others as subhuman or bad, viewing them as nonhumans, very inanimate items, or dispensable supplies. As such, their maltreatment or even their destruction can be carried out or acquiesced in the relative freedom from the restraints of conscience of feeling of brotherhood (*Bernard* et al. 1965). How else could we understand the denial of common humanity by the German nation produced during the Holocaust?

Historical enmity is transmitted intergenerationally much more easily in cultures dedicated to the oral versus written tradition (*Job* 1993).

Hatred, unlike rage, is chronic and lends itself to intergenerational transmission of enmity. When children pick up the hatred from their parents towards a parental enemy, they do not embrace the parental cause out of love for their parents. They do so in order to outshine their parents by proving themselves more powerful than their parents(*Rogers* 1990). These children shake off their own humiliation of having had a humiliated parent. Collective group hatred leads to violence in its craving for affirmation of one's identity.

Conclusions

In the former Soviet Union and Eastern European countries, there is increased tension. The unexpected, profound changes without previous development of institutions to absorb these changes, and the introduction

of democracy to non-democrats, has provoked chaotic changes in international relations, and especially in the collective identities of Eastern and Central European people. Such crisis catapults forward the temptation to erase the recent past and substitute the old past as a means of self-deception. It re-exacerbates old fault lines between Rome and Byzantine Europe. The changes which these countries have to undergo are profound and demand the incorporation and indeed assimilation of the past with the present. Russians have had to make the most profound changes, a) from dictatorship to democracy; b) from a central to a market economy; and c) from an empire to a nation-state. Most novel is the idea that individual rights override state rights. One can very well assume that the adjustment of citizens within Russia to the new realities is more difficult than that of Russians or Eastern Europeans who have emigrated to other countries. In their native countries, they must feel »lost in familiar places«, the title of a book by *Shapiro* (1991). Such chaos intensifies the search for scapegoats and boundaries to counterbalance fragmentation. Only people with secure identities develop an internalized interpretative stance which protects them from globally dichotomizing everything into good and bad. Insecurity promotes a fall-back on religion which caters simultaneously to the needs of dependency and irrationality. Both rationality and irrationality are necessary for people to explain themselves to themselves.

It is amazing that the profound change in Eastern and Central Europe has occurred without massive bloodshed. The waves of past patterns of adjustments conflicting with present realities has to be taken as a given. Eastern and Central European countries have had to undergo profound identity transformations since 1989. It could be expected that they would attempt imitational caricatures of their perception of Western democracies. It is understandable that they would introject, like foreign bodies, their images of the West, and that they would ride the waves of glorification of the long-term past, accept religious alien waves and cults, and vacillate between their own identities and those alien assumptions of the identities of the »Western democracies«. For countries which had excused themselves to themselves by considering themselves »colonized« by the Soviet empire, it will take some time until they stop looking for »who did it«, but instead will look at themselves and at their own strengths and shortcomings. Feeling enamored with independence is an exhibitionistic stance of bravado; it will hopefully make room for acceptance of interdependence. True independence means accepting one's need for connectedness, not only those like one's own ethnic group, but also with others, the different ones who enrich our existence by their otherness.

Security of one's identity in individuals and collective groups is achieved by accepting one's own personality, national characteristics, shortcomings, and strengths, and by assimilating those aspects of personal and collective models which fit one's identity while avoiding those which are alien to one's sense of selfworth, national consciousness, and cultural heritage.

Adjusting to current realities while maintaining one's core identity and culture demands a successful exercise in remembering and forgetting and a successful blend of past and present.

Die Rolle der Erinnerung und der Identität im Prozeß der Veränderung: psychopolitische Perspektiven

Rita R. Rogers (Los Angeles)

Die Autorin versucht, psychopolitisch die jetzigen Veränderungen in der ehemaligen Sowjetunion und ihren Satellitenstaaten in ihrem Verhältnis zu Westeuropa und Amerika zu beschreiben. Das Ende der kommunistischen Ära stellt eine besondere Herausforderung nicht nur an die Identität der Länder des sowjetischen Empires dar, sondern auch an die Länder der westlichen Welt, deren komplizierte Homöostase, an der der sog. Kalte Krieg einen großen Anteil hatte, sich ebenfalls verändert und verändern muß.

Wenn innerstaatliche Verunsicherung und Chaos ins Ungewisse wachsen, kommt es zum Rückfall in alte Verhaltens- und Anpassungsmuster, die den gegenwärtigen Realitätsanforderungen nicht gerecht werden. Nach dem Niedergang des sowjetischen Regimes kommt es nun in den Satellitenstaaten zu neuen Sündenbockbildungen: Andere ethnische Gruppen wie die Juden, Zigeuner lenken die Aufmerksamkeit von den eigenen Stärken und Schwächen ab.

Die USA, nunmehr einzige Supermacht, macht eine Wandlung vom Missionar über die Weltpolizei zum Unterweiser der Welt durch. Aber die Gesellschaften des ehemaligen sowjetischen Empires werden niemals das amerikanische Modell annehmen. Der Versuch, zentral- und osteuropäische Länder westeuropäischen und amerikanischen Ländern anzugleichen, hat das Bedürfnis nach einer übertriebenen Eigenstaatlichkeit und demonstrativen Unabhängigkeit erhöht. Diese Staaten sind nun auch bestrebt, jegliche Bezugnahme auf die kommunistische Ära aus der öffentlichen Erinnerung zu verbannen, als ob es sich nur um ein unerfreuliches und vorübergehendes Zwischenspiel gehandelt hätte. Im Gegenzug wird die weiterzurückliegende Vergangenheit verklärt, und als Wurzel nationaler Identität romantisiert, was die realitätsgerechte Herangehensweise an die gegenwärtigen Anforderungen verhindert und das Entstehen von Kulten, fieberhafter Religiösität und unassimilierter Karikaturen des idolisierten Westens fördert. Im Chaos sucht man nach Antworten und vermeidet Fragen.

Westeuropäer und Amerikaner ihrerseits fragen nicht danach, ob die Demokratie überhaupt eine Möglichkeit für Menschen sein kann, die keine Demokraten waren und sind. Der Westen muß lernen, diese Länder mit deren Augen zu sehen. Die Wahrnehmung der Andersheit einer anderen Gruppe ist nur möglich, wenn die eigene Identität als kontinuierliche und stabile Bezugsgröße gesichert ist. Dies war für den Westen der Kalte Krieg.

Traditionelle Grenzen sind zwischen Gesellschaften vorhanden, die in der westlichen Tradition von Reformation, Aufklärung und Revolution stehen und des Europas der orthodoxen Christenheit und des Islams. Bestrebungen des Westens, die westlichen Randzonen der zentraleuropäischen Länder zu europäisieren, lassen in orthodoxen Christen die Erinnerung lebendig werden, verfemt zu werden, und die Furcht vor einem Rückfall in alte inner- und interethnische Rivalitäten und Sündenbockdynamiken entstehen.

Nationalbewußtsein ist ein kulturelles Artefakt. Die geistige Armut des Nationalbewußtseins läßt die irrationale Macht des Nationalismus anwachsen. Der Nationalismus ist nicht das Erwachen von Nationen zu Selbstbewußtsein, er ist ein manipulativ hergestelltes Gemeinschaftsgefühl und steht in Beziehung zum Stand der Entwicklung der Printmedien. Als ein Beispiel für eine strategisch entworfene kollektive Identität beschreibt die Autorin die Solidarnosc-Bewegung in Polen. Seit ihrem Anfang 1980 benutzt die Solidarnosc einen ganz bestimmten Bilderkatalog, um sich als alleinig im Besitz der Wahrheit über Polen darzustellen (*Evans* 1992), um die herrschende Sprache zu decouvrieren und die staatliche Macht durch die antihegemoniale Darbietung nationaler Geschichte und Identität zu unterminieren.

Als zweites Beispiel führt die Autorin die Wandlung der Türken in Bulgarien von einer unsichtbaren Minorität in eine politische Aktionsgruppe an. Das Verbot der türkischen Sprache, Zusammenlegung von türkischen mit bulgarischen Schulen, eine rassistische Medienkampagne und erzwungene Namensänderungen – die Türken sollten bulgarische Namen annehmen – führten im Laufe der 80er Jahre zu einer Erhöhung türkisch-islamischen Selbstbewußtseins bei der türkischen Minorität in Bulgarien.

Demütigende Erfahrungen des kollektiven Selbst können zur gefährlichen Waffe in den Händen skrupelloser politischer Führer werden. So haben *Milosevic* und *Karadzic* z.B. dafür gesorgt, daß das durch die Generationen weitergegebene Ereignis der Schlacht von Kosovo 1389 im Bewußtsein der gegenwärtigen Serben die Bosnier zu den angreifenden Türken von 1389 werden ließ.

Kriege, Siege, Schlachten, Katastrophen, Pogrome, Hunger werden anders als ruhige Begebenheiten in unserer Erinnerung gespeichert. Solche extremen Ereignisse (»peak events«) erzeugen extreme affektive Zustände (»peak affective states«). Erinnerungen während extrem affektgeladener Zustände fördern das Denken in primitiven Dichotomien, entweder alles ist gut oder alles ist schlecht. Im Haß wird das schlechte Objekt gebraucht und gewünscht und seine Zerstörung wird gebraucht und ersehnt (*Kernberg* 1989), was ein erster Schritt hin zur Dehumanisierung ist. Das kollektive Selbst kann unter dem Einfluß einer Haß-Propaganda andere Menschen als Nicht-Menschen, als unbelebte Dinge auffassen. Dies erklärt das Fehlen von Schuldgefühlen oder Gefühlen von Brüderlichkeit bei Mißhandlung und Vernichtung. Haß, anders als Wut, ist chronisch und kann von Generation zu Generation als Feindschaft weitergeben werden.

Wirkliche Unabhängigkeit beinhaltet, das eigene Bedürfnis nach Verbundenheit zu akzeptieren, nicht nur mit der eigenen ethnischen Gruppe, auch mit anderen. Die Sicherheit der eigenen Identität, individuell und kollektiv, wird erreicht, indem man die eigene Persönlichkeit, nationale Eigenschaften, Stärken und Schwächen annimmt. In Anbetracht der gegenwärtigen Forderungen verlangt dies einen erfolgreichen Umgang mit Erinnern und Vergessen und eine erfolgreiche Mischung von Vergangenheit und Gegenwart.

References

Akhtar, S.; Samuel, S. (1995): The Concept of Identity, Development Origins, Phenomenology, Clinical Relevance, and Measurement. In: Harvard Review of Psychiatry (8) 264-267

Anderson, B. (1991): Imagined Communities: Reflections of the Origin and Spread of Nationalism. In: U.S. Library of Congress Cataloging in Publication Data, ISBO-86091-329-5 (USA Alpine Press), 4

Bates, D. (1991): What's in a Name? Minorities, Identity, and Politics in Bulgaria. In: Identity (23) 201-225

Bell, D. (1975): Ethnicity and Social Chance. In: *Glaser, N.* and *Moynlhan* (eds.): Ethnicity (23), 169 (Cambridge: University Harward Press)

Bernhard, V.; Ottenberg, P.; Redel, F. (1965): Dehumanization: A Composite Psychosocial, Psychologicial Defense in Telation to Modern War. In: Behaviorial Science and Human Survival. 64

Emde, R.N. (1983): The Representational Self and Its Affective Core. In: Psychoanalytic Study of the Child (38) 165-192

Erikson, E. (1958): Young Man Luther: A Study in Psychoanalysis and History (New York: Norton)

– (1959a): Growth and Crisis of the Healthy Personality. In: Identity and the Life Cycle, (New York: International University Press), 50-100

– (1959b): The Problem of Ego Identity. In: Identity and the Life Cycle. (New York: International University Press), 50-100

– (1962): Identity, Use and Crisis. (New York: Norton)

Evans, K.S. (1992): Arguments of Images: Historical Representation in Solidarity Underground Postage, 1981-1987. In: American Ethnologist (19) 749-767

Hankins, E. (1994): European Paradigms, East and West, 1945. In: Daedalus Journal of the American Academy of Arts and Science (123) 116

Horowitz, M. (1996): Self-Regard: a New Measure. In: The American Journal of Psychiatry (153) 382

Job, C. (1993): Yugoslavia's Ethnic Furies. In: Foreign Policy (92) 64-65

Judt, T. (1994): 1989: The End of Which European Era? In: Daedalus Journal of the American Academy of Arts and Science (123) 8

Kernberg, O.F. (1989): The Psychopathology of Hatred. Paper presented at the Symposium on Rage, Power and Aggression, sponsered by the Columbia University Center for Psychoanalysis Training and Research and the Association for Psychoanalytic Medicine (New York)

– (1995): Love Relations: Normality and Pathology. (New Haven: Yale University Press)

Lukin, V. (1994): No More Delusions. In: Washington Post, April 3

Medish, M. (1994): Russia Lost and Found. In: Daedalus Journal of the American Academy of Arts and Science (123) 87

Mitchnik, A. (1985): Letters from Prison and Other Essays. (Berkeley: University of California Press)

Konstantinov, J. et. al. (1991): Nation, State, and Minority Types of Discourse: Problems of Communication Between the Minority and the Islamic Minorities in Contemporary Bulgaria. In: Innovation in Social Science Research (5) 103-104

Petkov, K.; Fotev, G. (1990): Ethnic Conflict in Bulgaria, 1989. Sociological Archive in Bulgarian with English Summary (Sofia: Profizdat)
Rogers, R.R. (1990): The Intergeneral Relationships. (1) 91-96
Schopflin, G. (1994): Post Communism. The Problem of Democracy Construction. In: Daedalus Journal of the American Academy of Arts and Science (123) 129
Shapiro; Carr (1991): Lost in Familiar Places (New Haven: Yale University Press)
Shimshir, V. (1989): The Turks of Bulgaria, 1878-1985. (London: Rusten and Brother)
Tausk, V. (1919): Über die Entstehung des Beeinflussungsapparates in der Schizophrenie. In: Internationale Zeit. f. Psychoanalyse (5) 1-33
Vilas, S. (1989): The Turks of Bulgaria 1878-1985. (London: Rusten and Brother)

Address of the author:

Prof. Rita R. Rogers, M.D.
36 Malaga Cove-Suite 303
Palos Verdes Estates
California, U.S.A.

An Integration of Psychotherapy and Psychiatry Today: Treatment of Adolescents' Disturbances**

Mauricio Knobel (Campinas)*

In his article Knobel gives a brief introduction to history and development of psychiatry and outlines the way to nowaday's ecclectic methods. He points out how, in contrast Ammon's school offers a scientific frame for psychiatry and psychotherapy, integrating the bio-psycho-social approach. This leads to a way of treatment which is basically psychoanalytic, comprising also neurophysiologic ideas and abandoning the instinct theory for a group-dynamic understanding of ego-structures and -functions. Knobel emphasizes nonetheless the importance of knowing traditional psychiatry and some of its useful therapeutic tools in order to avoid scientific isolation and to open way to communication and development. He objects to dogmatism of any school, which prevents patients from being helped by any useful method available. Having dealt for 35 years now with disturbances in adolescence he has observed a great concordance with Ammon's theories and therapeutic concepts. According to the author's view, adolescence is a genuine developmental period of life. He calls a second symbiotic phase, the outcome of it being adult identity if supported by the surrounding groups or/and a therapeutic setting, which may even be individual psychotherapy.

For many years, and up till now, the concept of »psychiatry« was strongly linked to »medicine«. There is no wonder about it, since the »crazy« person was not even considered as a sick human being. It was through the pioneers of this area of »psychic« problems that the concept was accepted by the medical profession first and by the general public later on. The old »deposit« became »asylums« and afterwards, »mental hospitals«. But the stigma was not possible to overcome.

We still do have, in many places of the world, old and totally inhuman big establishments known as the above mentioned »mental hospitals«. I shall not enter now into history of psychiatry, but I do want to mention this fact in order to point out how prejudiced we are in regard to such a paramount human problem. We still witness fights and efforts to get away from this dilemma and we still encounter a lot of difficulties. The »anti-psychiatric« movement was an attempt to create a new model of dealing with psychic disturbances, but at the same time, it went into political approaches and the intention – still alive in many places – became distorted, especially by denying psychic illnesses altogether. Then so-called psychiatrists and psychologists – now »mental health workers« – became more sociologically minded without enough knowledge of sociology. This creates greater confusions. »Family therapists« took over in creating places and allied, at times, with these some sort of »social-psychiatrists-psychologists«, preten-

* Full Professor of Psychiatry and »Emeritus« Professor UNICAMP, State University of Campinas (UNICAMP), Campinas, Sao Paulo, Brazil, Vice President of the International Federation for Psychotherapy, Vice President of WADP, Chairman of the Brazilian Branch of WADP

** Paper presented at the 11th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XXIVth International Symposium of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) at the Fachhochschule München-Pasing, March 4-8, 1997

ded to solve the problems. More confusion and what I consider even worse, more distortions, improvising and dishonesty. People continue with more severe disturbances.

This is very briefly just pointed out. On the other hand, because of a lot of failures and misinterpretations, a turn back to »medicine« is now taking place with strong feelings and arguments. Nevertheless, to my understanding, not without also a lot of confusing concepts, improvising and misconceptions.

It again appears the dichotomy mind-body, now at a cerebral level. There is of course a tremendous progress in research and practical applications in the field of neurotransmitters, and no doubt about clinical applications of antidepressive and antipsychotic pharmacological products. Nonetheless, this is quite different from so-called »organic approaches« to psychiatry, or some sort of »neurolinguistics«, body treatments and the use of suggestion as a neuropsychiatric tool. Biological psychiatry is not necessarily pure psychopharmacology or convulsive-therapy.

There seems to be a tentative to return to pure neurobiological explanations for mental disturbances. From my point of view this can be explained because the failure of »psychotherapists« who try to do what they are understanding, or what these people think they understand, on psychic functioning. Nowadays, in many countries it is possible to find so many »schools« of »psychotherapy«, based just on »psychoanalysis« or »psychodynamics«, or in »neurobiology« or »pharmacology«, when not both together, and very often associated with family, social problems and political questioning.

Let me state that parts of what I mentioned above, is partially true. But the way it is put together, or just chosen as the unique and only valid approach is totally questionable. Improvising, dishonesty and dogmatism are enemies of any scientific approach to whatever branch of science.

That is why I do consider *Ammon*'s contribution to our field of paramount importance. He was able to give a true scientific frame to most of our nowadays comprehension of psychiatry and psychotherapy.

Since we are dealing with concepts that may be considered revolutionary in some way, it is important to be tautological in order to really emphasize the main points where we shall find point of integration of psychotherapy and psychiatry today. Thus, the concepts of *Ammon* in regard to »Dynamic Psychiatry«, must be carefully underlined for a better knowledge and clinical applications in our field (*Ammon* 1980, 1983).

That is why I consider that it is worthwhile quoting *Ammon* himself, eventhough more and more dynamically minded psychiatrists and psychologists are already familiar with our teacher's ideas.

Ammon wrote: »Dynamic Psychiatry sets out to make human life and suffering accessible to a new holistic understanding of man. Both orthodox psychiatry and psychoanalysis do not show a sympathetic understanding of human life and conduct«.

»Dynamic Psychiatry has a comprehensive concept of disease considering both the constructive processes of life and illness in the suffering person. Thus, Dynamic Psychiatry does not follow rules of categories and phenomenological nosology which understand and treat diseases on the basic of so-called endogenity or heredity. Dynamic Psychiatry calls for more than just a dynamic representation of psychiatry. Dynamic Psychiatry means psychiatry to be full of life in teaching, research and therapy«.

In this sense, »dynamics« has the meaning of establishing the relationship of processes within a person himself and his grown constructive and destructive structure of personality (ego-structures) which always inludes a mutual process of exchange with the environment, i.e. the groups and their dynamics around him. The introjection of these processes in early childhood is – in our understanding – the essential part of the unconscious of man. Dynamic Psychiatry regards the unconscious not as consisting of repressed sexual or aggressive conflict material, but mainly as the domain of grown personality structures« (*Ammon* 1983).

I could not restrain myself from quoting directly *Ammon*'s words, because in just a few paragraphs he pointed out the criterion which guides today's psychiatry, and of course, orients our therapeutic endeavor. His position is against the libido model of psychoanalytic psychotherapy. As I mentioned in another paper, he is not alone in this revolutionary standpoint (*Knobel* 1983). I stated that with *Ammon*'s considerations and serious studies, as well as clinical practice, »a nosographic point of view is being replaced by a true nosologic criterion integrating the already too popular ideas of a bio-psycho-social approach. Treatment is basically psychoanalytic, without ignoring neuro-physiological contributions and departing (abandoning) from a too strict instinctual theory, it is possible to understand a formulation of ego-structures and ego-functions where »instincts« are really questioned, at least for the human being« (*Knobel* 1993).

With all these elements, it is possible to accept that today we deal at least with two basic psychiatric concepts: the »traditional psychiatry«, even with some nosological attempts and socio-economic considerations, and the »dynamic psychiatry« with its human structurology, group dynamics, ego-deficits, symbiotic-complexes, etc. To my present understanding I shall recommend to keep in mind both concepts for communication purposes. It is important that when discussing in congresses, reunions, symposiums, we could understand what do they mean, and thus, we could introduce our dynamic concepts which, after all is our objective. If not, we shall remain isolated and working out our ideas very slowly. Two languages will exist for a long time and it is necessary to accept this reality. DSM IV and ICD 10 will continue to be used in our field. Eventhough, as we think, we do have a better understanding of the human being in health and disease, we should not give away our knowledge in order to introduce, with less resistance, the human structurology concepts.

At least a basic knowledge of today's progresses in neurophysiology and neuropharmacology are absolutely necessary, eventhough we use all the tolls dynamic psychiatry is offering us, and whose good results were already proved in our practice, because nowadays, and really following *Ammon*, we can not ignore absolutely some therapeutic instruments with proved efficiency in certain mental illnesses.

As an example I shall briefly present a case I recently treated: A young woman, 28 years old, was brought to my consultation with a severe depressive state, very sad, weeping plenty of tears and repetitive complaints. She would not answer any question and her parents, present during part of the interview, were just desperate and of no help at all. The »medical model« in its traditional meaning was the only situation thereby detectable. Then I decided to accept what was presented and demanded from me. I told the patient and her parents that I do have some medication which could just help a little bit, but I shall use it as a walking stick with their agreement to allow me to continue treatment with psychotherapy and other measures which I shall recommend as soon as the patient will show some improvement, and that, for the time being, some friends and the parents should also have »some talks« with me or with some of my co-workers in regard to this problem. This was eagerly accepted and I prescribed one of today's well known antidepressant (a Selective Serotonin Re-uptake Inhibitor). After two weeks, and with environmental cooperation, the young lady calmed down, and became somewhat accessible. It was then that our dynamic procedure really started and it was possible to overcome the depressive episode.

According to my experience, without this knowledge and my personal experience with psychotic patients, in such a case, I would have lost the patient and she would have consulted a more traditional psychiatrist who would have tried all new medications, perhaps with slight periods of improvement and falling back into depression becoming a psychopharmacological dependent and with a distructured family and her total environment certainly damaged. I shall repeat that dogmatism is not only anti-scientific but it is against human approaches which can be used for the sake of the person who for some reason does consult us. Knowledge of our local social culture, or perhaps I should say, our mini-culture, obliges us to have more flexibility, empathy, and a better »therapeutic« disposition« as I mentioned it in a previous paper in regard to a therapist's training and toold at his/her disposition, as well as personality and experience (*Knobel* 1990). I do point out this question because we still have psychiatrists, psychologists, psychotherapists, who still insist in putting themselves in some very rigid pigeon-holes and say they only practice »psychoanalysis« or »Jungian therapy«, and so on, and I do not wonder if we may find someone in our world, who may be saying he is the truly *Ammon*ian psychopractitioner!

We are already considering psychotherapy, which within this frame of reference, must also be a »Dynamic Psychotherapy« where all what can be

done to just help should be welcomed. Of course, we are considering this »all« if it is used within strong ethic principles and serious knowledge. Flexibility and empathy must be guiding our actions.

Ammon liked to »stress the fact that Dynamic Psychiatry is concerned with a man as a whole, with aspects in his personality of disease as well as of health, whereby processual and dynamic relations between man's individual personality structures are investigated. Phenomenological psychiatry studying the symptoms of the suffering person and carrying out treatment predominantly on a psycho-pharmacological basis can be regarded as an useful support to human-structural psychiatry and vice versa (*Ammon* 1993).

If I am tautological in stressing this position of integrating psychiatry – which to us is really Dynamic Psychiatry – with psychotherapy, it is because I still worry about the possibilities that the followers of Dynamic Psychiatry can – consciously or even more probably unconsciously – become also indoctrinated and, because of intense practice and good experiences, might put aside some more traditional therapeutic tools that are, especially nowadays, much developed. sophisticated, and appropriate for therapy.

This concern is a product of my own identification with most of the concepts of »human structurology« and the broad therapeutic approach of »dynamic psychotherapy«. We continue practising and researching, as well as validating and re-evaluating what is being practiced at the Dynamic Psychiatric Hospital Menterschwaige in Munich, that followed the ideas, theories and practices of the first Dynamic Psychiatric Hospital in Germany, founded by *Günter Ammon.*

No doubt about therapeutic tools which were – and in many places – still are considered as »alternative« procedures, that are now fully incorporated in dynamic psychotherapy. Accepting that our main aim is to help building up a strong and healthy group dynamics, overcoming the »symbiotic phase« within a positive parental environment (which in disease shall be worked-through in and with a therapeutic environment) and creating or recreating a positive social energy, we can really assist those in need of help. I do consider that what was taught, learned, practiced and investigated in Menterschwaige can be understood with the theoretical basis of dynamic psychiatry we are using now. Individual therapy (with the aid of psychopharmacology when strictly necessary), group dynamically oriented psychotherapy, milieu therapy and therapies through dance, theater, music and whatever interpersonal ethic interaction acquire a relevant meaning when we enter into these conceptions of the human being as whole person integrated in a positive human exchange of constructive experiences.

It is necessary to call on *Ammon* again: »Therapy in this context means being concerned with deficient and destructive human-parts on the basis of a therapeutic alliance with the healthy parts of personality. Most important is the therapeutic work with the destructive and deficient part of the human-

structure mainly such as destructive aggression, destructive narcissism and destructive anxiety. These three structures: aggression, narcissism and anxiety with their interrelationship are forming the main resistance during the treatment process« (*Ammon* 1993).

The very process of treatment is, even in individual psychotherapy, a group process. Nobody can, normally, live in total isolation. We are who we are because we are recognized as a particular person in many different situations. In order this to happen we need the »other« or the »others«. The person who seeks our assistance is already identifying ourselves (therapists) and him/herself (I need help). Our encounter is decided and arranged. At this time and space we meet. In our culture we usually shake hands (first body contacts), we sit and look at each other (the real interview started). Transference and countertransference are already in action (empathy, acceptance or rejection, diverse feelings, paranoid thoughts). We both are present with all our inner figures plus the real persons of our environment who come into the session verbally or by means of fantasies. The apparently clean and isolated consulting room becomes full of human representations. Social energy appears as it really is. Constructiveness, destructiveness and deficiency will be present. With adequate training the therapist would have already dealt with these problems of his own, and would also be more able to still deal with them as they will show up again with this or the other patient. Basically he/she will provide the consulting persons with corrections, when needed, of their human structure and will start creating, even in such an »individual« therapy (which as pointed out is very relatively individual) a very special interaction that shall begin to create a positive social energy.

Dynamic Psychotherapy requires a humble dynamic attitude, firm theoretical conviction with an open mind to all what is going on in our field, empathy, and to my understanding, a true »therapeutic disposition«, being prepared to help, but also accepting how much we can learn and also being helped by the consulting persons. Thus, to me, dynamic psychotherapy really integrates our human beings' conditions. Psychiatry and psychotherapy interlock so strongly that as a result a truly holistic human being shall be created and consolidated , who will be able to contribute to a more healthy society, without racial or religious discriminations and more economic justice.

This statement may sound as a megalomaniac or demagogic dream. But, we shall remember that from many dreams came out the most unbelievable facts. Present day technology, neurophysiology, physics and biological advances, are a vivid reality which was a dream or even a mere fantasy.

Perhaps my optimistic position stems from my familiarity with treating and studying adolescents for many years, and because, according to this experience I find myself able to state that it is such a contact with normal and disturbed adolescents that allows me to say that in this stage of life *Ammon*'s theories and therapeutic concepts, find a very serious and solid confirmation, both in health and disease.

Many publications on this subject will just permit me to refer to the bibliography of this presentation and skip other books and scientific papers (*Knobel* 1968, 1985, 1990b, 1991, 1992, 1995).

I am repeating, once again for many years, that adolescence is a true and special phase or stage of our developmental process. It is at least curious, the resistance found in recognizing this fact in many health organizations. Once, the WHO as well as the Pan-American Health Organization, did accept this process. Now, in other more recent publications, generalizations such as »youth« or »juvenile« appear as substitutes for »adolescence«. I shall repeat now, that discussions on this word may take the time of health bureaucrats, while I... I will continue trying to help adolescents in health and illness, through understanding them more and more.

As I stated before, and after more than 35 years of studies, I am able to confirm that adolescence is a true developmental period of life with its own characteristics and dynamics as well as physical components.

It is not necessary here and now to go about puberal changes and so on. What I do want to stress is that due to physical, hormonal, ego-structural and ego-functional rapid and evident changes the adolescent goes through, at times, painful processes of re-structuring at regressive levels. This brings about – according to the familiy-group-social history of the person – destructive or constructive manifestations of narcissism, anxiety and aggression. Today, perhaps it is possible to see more of the negative aspects of human structurology during adolescence. This is what guided me to investigate interactions and human relationships during this period of life, and I concluded that if we do follow those manifestations, we may be able to state that during adolescence we can see a second symbiotic phase, with the same characteristics as the earlier one, and which through the group, family and society will allow for development into an adult identity.

Not very few times we may see that what happens is the appearance of a »symbiotic complex« with all the components of psychopathology and the difficulties to really grow up. No wonder that we describe »depression«, »psychopathy«, »destructive narcissism«, »violent behavior« and some related pathology as typical of adolescents in today's society. Suicide becomes more and more frequent, drug addiction is many times accepted as absolutely normal, the same as alcoholism and some other psychotic – like behavior manifestations.

Can this be changed? The answer is certainly yes. It is necessary to become more familiar with adolescence itself. It is useful to look back to our own adolescent period and how it was dealt with by our parents, our family, our groups. Then establish our encounter. With a bit of paranoia, resentments, doubts, an honest, cordial and respectful therapeutic relationship begins. I do want to stress that in spite of the »friendly« and »empathic atmosphere« it is convenient to maintain roles and our helping purpose, as well as we do require cooperation, so much as we ourselves are offering it.

I mentioned before the transference-countertransference feelings. But I do agree that »transference interpretations« perhaps are a truly partnership endeavor where comprehension is a very important tool. Some times theatralization may be more meaningful than theoretical considerations. A 16-years-old boy was in treatment with me for family disturbances, rejection of studying, and poor peer relationships. He used to get mad, furious, and often shouted and was verbally aggressive. Our relationship went through uneven periods. Once, he came into the consulting room with a great deal of anxiety, shouting furiously... It was difficult to follow him. He was complaining bitterly about his mother's attitude that very morning, because when he just passed by her room she asked him to bring her a cup of water. This was considered insulting and degrading: What does she think? Does she consider me her servant?... etc...etc. Whenever I tried to interrupt his shouting, interminable communication, he stopped me: »Wait!«, »Listen!«, and I had no chance to have a dialogue. I interpreted to myself that this was a sort of »reaction formation« he assuming the authoritarian role attributed to his mother. Then I decided to use a theatrical acting-out. At one moment of his shouting and when he ordered me to shut-up, I rose from my chair where I was sitting, stood up seriously and made a military salute saying aloud: »Yes sir!«. He became surprised and stopped his aggressive monologue, he looked at me for an instance, calmed down, and later on we were able to continue our therapeutic session.

This type of therapeutic intervention – which I did use many times – I called »Adolescent-Play Interpretation«. I considered it very useful in many cases of adolescents's psychotherapy.

Acting-out, body contacts, and some physical contact may also be extremely useful if the therapist knows adolescent's normal behaviour. We should not consider as »sexual« all kind of physical contacts. We must distinguish what can be friendly, sympathetic, (erotic in a very broad sense), from sexual genitalization, in what I consider an extreme overstatement of an excessive extension of *Freud*ian »pan-sexualism«.

With these considerations about psychiatry (from now on Dynamic Psychiatry only) and psychotherapy (Dynamic Psychotherapy indeed), as applied in treatment of adolescents' disturbances we can have a clinical view of a true integration of psychiatry with psychotherapy. I do consider that this matter needs more research, more studies and basically more clinical practice, accepting adolescense as a true developmental phase deserving more understanding and looking more carefully to it as a Second Symbiotic phase.

Integration von Psychotherapie und Psychiatrie Heute: Behandlung von Störungen des Jugendalters

Mauricio Knobel (Campinas)

Nach einem kurzen Überblick über die Geschichte der Psychiatrie zeigt der Autor auf, wie sehr heutzutage ein Eklektizismus der verschiedenen Methoden und Schulen überhand genommen hat ohne einen verbindlichen wissenschaftlichen Rahmen für Psychiatrie und Psychotherapie. Diesen sieht er in *Ammon*'s Theorie und Praxis verwirklicht, die sich auf die Psychoanalyse gründet, jedoch die Triebtheorie ersetzt durch ein gruppendynamisches Verständnis der Ich-Strukturen und -Funktionen, neurophysiologische Aspekte einbezieht und den zum Modebegriff verkommenen bio-psycho-sozialen Ansatz verwirklicht.

Der Autor betont die Notwendigkeit, die Ansätze der klassischen Psychiatrie zu beherrschen, um eine gemeinsame neue Sprache zu schaffen und um bewährte klassische Instrumente der Therapie nicht beiseite zu lassen, und er warnt vor Dogmatismus gleich welcher Richtung und Schule.

Knobel selbst hat sich 35 Jahre lang mit den psychischen Problemen in Pubertät und Jugendalter beschäftigt und findet hier *Ammon*'s Theorie und therapeutisches Konzept als sehr treffend und hilfreich. *Knobel* ist der Meinung, daß die Adoleszenz als eigenständige Entwicklungsperiode anzuerkennen ist und in den Kanon der internationalen Gesundheitsorganisationen aufgenommen werden sollte, da es sich seiner Erfahrung nach um eine zweite symbiotische Phase handelt, die die Unterstützung der umgebenden Gruppen und/oder der Therapie erfordert bei der Entwicklung der Identität das Erwachsenen. Das wird nach *Knobels* Ansicht auch in der Einzelanalyse verwirklicht und muß nicht notwendigerweise eine Gruppenpsychotherapie sein. *Knobel* hat eine eigene Form der Intervention in der Einzeltherapie geschaffen, die er »Adolescent-Play-Interpretation« nennt (er führt dabei dem Jugendlichen theatralisch vor, wie dieser selbst sich gerade verhält), und verwendet auch gezielt das Ausagieren des jugendlichen Patienten und spontanen körperlichen Kontakt mit diesem.

References at the author

Address of the author:

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

The Role of Humor in Psychotherapy **

Amnon Carmi (Haifa)*

In his article the author states that the capacity to create humor, to laugh and to make others laugh, is a sign of mental health. Humor has important psychological and physiological effects on life and therefore a significant therapeutic value. As a diagnosis tool humor opens the way to an understanding of the patient. The cohesive effects of humor and its humanizing effect may assist the rapport between therapist and patient. The psychogenesis of humor encompasses the growing pleasure in the ego's power. The article touches the use of humor in psychotherapy for various mental diseases. Humor can lead to insight into causes of conflict and emotional disturbances, so that patients may achieve a more flexible and hopeful outlook on life. The author warns of the negative therapeutic implications of destructive humour.

While attending a conference on humor and psychotherapy, *Harold Greenwald* started his speech, saying: »There are very few things as absurd, in my opinion, as this conference. We sit around and grimly talk about humor. I am very concerned about psychologists becoming interested in humor. It is almost as bad as the fact that the Church has become interested in sex. They will begin to take the pleasure out of that«. *Mark Twain*, in »Tom Sawyer« wrote about the old man that laughed loud and joyously, saying that such a laugh was money in a man's pocket, because it cut down the doctor's bills like anything. The ability to laugh is one of the most characteristic features of man. Man seems to be the only creature that has a sense of humor.

The capacity to create humor, to laugh and to make others laughing is a sign of mental health. Humor is a basic mechanism of defense, just as neuroses and psychoses are defenses. The essential difference is that humor alone is not pathological.

Humor has important psychological and physiological effects on life, and can help in many mental disorders. Humor as therapy can effect many things. Laughter and mirth are beneficial to the therapeutic process. Laughter, confidence and hope have significant therapeutic value. Humorous statements introduced at the appropriate time in a therapeutic process can move the therapy into a positive channel. Happy patients respond more favorably to treatment and recover faster.

Humor includes a spectrum of activities from a wistful smile to contrived jokes and anecdotes, and techniques may vary within therapies. Humor therapy does not consist of telling a patient jokes or of getting him to laugh at them, but in helping him to be able to have a humorous perspective on life. Patients may cope with problems by perceiving their ironic

* 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 WADP

** Paper presented at the 11th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XXIVth International Symposium of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) at the Fachhochschule München-Pasing, March 4-8, 1997

dimensions and their own absurdity. Humor can lead to insight into causes of conflict and emotional disturbances. Patients who perceive the irony and absurdity of their predicaments may achieve a more flexible and uplifting outlook on life.

R.A. Haig, reports in his work on »The Anatomy of Humor« (1988) about a pilot study of humor and therapy. *Haig* examined the acceptability of humor to patients who had been treated in an acute psychiatric unit, and the attitude of a range of therapists to humor in therapy.

96% of the patients felt better if they saw a humorous side to their problem, and 94% found that humor helped if they were »feeling down«. There was an overwhelming preference for the thrapist to have a sense of humor. However, when discussing the patients' personal problems, the majority of respondents expected and prefered their therapist to be serious some of the time. The therapist survey showed that 90% of respondents used humor in treatment sessions. Humor was introduced with anxious patients, followed by obsessional, personality disordered and depressed patients.

As a diagnosis tool humor opens the way to an understanding of the patient. It was *G.C. Lichtenberg* who said that »a person reveals his character by nothing so clearly as the joke he resents«.

The capacity for humor is sometimes regarded as one sign of the achievement of an effective psychoanalysis. In a different situation, the explosion of laughter in a dynamic therapy group may represent an angry outburst against the therapist, or the denial of the pain of loss of a group member, or any other occurrence that can be appropriately interpreted by the therapist.

The cohesive effects of humor and the humanizing effect of humor may assist the rapport between therapist and patient. »Laughter is the shortest distance between two people«. A natural intimacy and contact with another person may be fostered by humor. Humor encourages communication on sensitive matters.

Humor is therapeutic because of the way it gives pleasure. Sometimes it provides the most acceptable way of enjoying something that is forbidden. Humor may also be conceived as being due to the sudden feeling of triumph that comes with the perception of superiority in us by the comparison with the inferiority of others. The psychogenesis of humor encompasses the growing pleasure in the ego's power.

Freud indicated that humor signifies not only the triumph of the ego but also the pleasure principle, which is able to assert itself against the unkindness of the real circumstances.

Worry and anxiety are the most widespread causes of distress. Humor may assist the patient to express emotions. It may provide an outlet for otherwise unacceptable feelings. In a patient who has repressed his conflicts, a catharsis may be obtained following humorous remarks by the therapist. Aggression may be mitigated by humor, and provide an acceptable outlet for the patients's hostility.

Humor has the power to reduce tension and anxiety, and to create a relaxed atmosphere. Especially in a hospital setting, the problems of enforced intimacy with other patients, and the hierarchical structures need »ventilation«. Humorist approach may enable patients to live with each other more comfortably, and to cope better with their difficulties. Humor may also be of value to the staff, by distancing themselves from the acute distress of their work.

A sense of humor therapy could be a useful adjunct to the chemotherapy of schizophrenia, as it could at least partially placate the mind's fears or worries that are unaffected by antipsychotic drugs.

The paranoiac's world of delusions is a world of fears. The psychiatrist may explain in a humorous way, that it is silly to be resentful that society will not permit the patient to have a grandiose life, based on excessive egomania, at its expense.

Hypochondriasis is mainly caused by excessive self-concern and by exaggerated idea of self-appreciation. Humorous teasing may replace the mirror that a hypochondriac carries in front of him, with an open window to the external world. How would these patients react if you smile and tell them that a hypochondriac is a person who enjoys poor health, or a person who has all the symptoms but not the disease, or a person who feels well only when he feels ill, or a person who won't kiss a girl unless her lipstick has penicillin in it?

The American National Institute of Mental Health reports each year that millions of patients suffer from depression that is severe enough to be classified as medically significant, not to mention minor depressions that trouble almost everyone from time to time. Thus, more than half of the population experience mid-life depression.

Depression is a state of distress. The symptoms of a depressive personality are gloominess, pessimism and incapactiy to have fun or pleasure. Humor can provide perspective, and a good way to cure depression would be to reduce aspirations that are beyond the ability to achieve by taking them humorously. Humor as treatment for the depressed individual may help to relieve feelings of disappointment, guilt and lack of self-worth. A sense of hopelessness can only be reached with excessive hopefulness. By developing a sense of self-ridicule, one may emerge from a hopeless situation.

»Experience is not what happens to you; it is what you do with what happens to you«, emphasizes *Aldous Huxley.* Humor can play a valuable role in the process of accepting loss.

Thus, an individual who suffers the shock of bereavement, may find it helpful to share humorous recollections of the deceased. Similarly, humor may be used to gain control over pain by distracting attention, as a laughing patient may pay little attention to the source of discomfort, and by reducing tensions, since laughter causes muscle relaxation and is effective when tension exists.

However, it is essential to understand that jokes are not magic pills, and that laughter does not replace other medical techniques, but should be used to supplement them. Therapists should always appreciate the potentially constructive and destructive implications of the use of humor. Laughing with someone is very different than laughing at someone. Specific form of humor which is of benefit for some patients under certain conditions, may be detrimental to other patients under different conditions. Therapists should posses some qualities that answer the needs of the patient and the patient has to possess qualities which enable him to work within the structure of that therapy. Jokes have to be very carefully timed so that they are made at the most opportune moment in treatment. In light of many contra-indications to the use of humor therapy, a practical way of assessing individual response to humor should be developed.

Humor should not be abused. Therapists should not use sarcasm towards their patients, and should not use humor which belittles their patients as persons. Excessive use of humor may lead the patients to doubt whether they are being taken seriously.

Die Rolle des Humors in der Psychotherapie

Amnon Carmi (Haifa)

Die Fähigkeit zu lachen, stellt der Autor zu Beginn seines Beitrages fest, ist eine der charakteristischsten Eigenschaften des Menschen. Humor, lachen und andere zum Lachen zu bringen, ist ein Zeichen von psychischer Gesundheit. Humor ist ein grundlegender, nicht pathologischer Abwehrmechanismus und kann bei vielen psychischen Störungen therapeutisch wirksam werden. Als diagnostisches Werkzeug eröffnet er einen Weg zum Verständnis des Patienten. Humor in der Psychotherapie einzusetzen bedeutet, dem Patienten zu helfen, eine humorvolle Sicht auf sein Leben haben zu können, Probleme zu bewältigen, indem er ihre ironischen und absurden Dimensionen wahrnimmt.

Der Autor zitiert eine Studie von *R.A. Haig* von 1988, nach der 96% der Patienten angaben, daß sie sich besser fühlten, wenn sie ihre Probleme humorvoll betrachten konnten. Die Fähigkeit zum Humor gilt auch als ein Zeichen für eine erfolgreiche Psychotherapie.

Die Psychogenese des Humors schließt die wachsende Freude an der Macht des Ichs ein. *Freud* meinte, daß der Humor nicht nur den Triumph des Ichs anzeigt, sondern ebenso des Lustprinzips, das sich gegen die Unfreundlichkeiten der realen Umstände zu behaupten vermag.

Humor kann dem Patienten helfen, Gefühle auszudrücken, auch sonst unakzeptierte Gefühle wie Feindseligkeit. Humor kann einen kathartischen Effekt haben bei Patienten mit unterdrückten Konflikten. Spannung und Angst können durch Humor reduziert werden. Auch für das

Team einer psychiatrischen Klinik ist Humor wesentlich, um einen Abstand zu gewinnen vom akuten Arbeitsstress.

Der Autor reißt die Bedeutung des Humors für schizophrene, paranoide, hypochondrische und vor allem depressive Patienten an: Humor kann eine Hilfe sein, Wege aus Perspektiv- und Hoffnungslosigkeit zu finden. Bei der Trauerarbeit nach einem Verlust kann es hilfreich sein, humorvolle Erinnerungen an den Verstorbenen mit anderen zu teilen.

Zum Schluß seiner Arbeit betont der Autor, wie wichtig es ist, die konstruktiven wie auch mögliche destruktive Implikationen des Humors einzuschätzen. Mit jemandem zu lachen ist etwas sehr anderes als über jemanden zu lachen oder gar Sarkasmus. Zu exzessiver Gebrauch von Humor wird im Patienten Zweifel aufkommen lassen, ob er ernst genommen wird.

References at the author

Address of the author:

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

Ammon's Dynamic Psychiatry as Scientific-Methodological and Organizational Basis of the Humanistic Reform of Patient Services in Psychiatric Hospitals in Russia***

Boris D. Karvasarsky*, Ravil K. Nazyrov** (St. Petersburg)

The authors emphasize the wide range of the reform of mental health services in Russia during the last decades. The essence of these changes is a transition from the directive, drug-oriented psychiatric care to a comprehensive, humanistic and psychotherapeutic approach in Russian psychiatry. The analysis of the authors shows that new models for the integration of psychotherapy and medical psychology in psychiatry can only work with new organizational structures such as specialized psychotherapeutic departments and consulting-rooms. An adequate comprehensive and integrative treatment model for mental disorders of the psychotic spectrum could be found in the conception of Günter Ammon's Dynamic Psychiatry. The Russian Psychotherapeutic Association has begun to introduce the concept of the Dynamic Psychiatric Hospital Menterschwaige in three great Russian psychiatric hospitals. At the first stage, three psychotherapeutic departments in these hospitals in different parts of the country and preliminary selection and training of specialists for this work are in preparation. The practical issues of this project are being resolved jointly by the Russsian Psychotherapeutic Association and the German Academy for Psychoanalysis.

The present stage of the development of psychiatry in Russia is characterized by a consequent humanisation on the basis of the Law of Russian Federation »On Psychiatric Care and Guarantees of Citzens' Rights«.

Through more activities in territorial services of mental health care and prevention a change of the service structures took place, from a decreasing contingent towards an increasing consulting in dispensaries. The organization of psychotherapeutic consulting rooms and psychotherapeutic centers offers care to patients with borderline disorders. Especially there is more attention now for the early stages of mental disorders.

The last decade was characterized by a large improvement of the medical technologies and the psychiatric care itself, more differentiated specialization, more cooperation of the population with the psychotherapeutic services. The transformation of psychotherapy and medical psychology to general medical specialties is proceeding. One main effect of the changes in Russian psychiatry by applying more techniques of modern biopsychosocial researches of mental disorders is a spreading of the psychotherapeutic, psychological and social net. The increasing attention for psychological and social aspects of neuro-physic disorders along with the biological ones and the growth of the importance of therapists and

* M.D., Professor of Psychotherapy, Chief Psychotherapist of the Ministry for Public Health in Russia, Head of the Federal Scientific Methodological Center at the Ministry for Public Health in Russia, President of the Russian Psychotherapeutic Association

** M.D., Psychiatrist, Deputy Director of the Psychotherapeutic Center of the City of Tyumen, Executive Director of the Russian Psychotherapeutic Association

*** Paper presented at the 11th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP / XXXIVth International Symposium of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP), at the Fachhochschule München-Pasing, March 4–8, 1997

medical psychologists in psychiatry demands a wide cooperation with the social workers. Recent orders of the Health Care Ministry of the Russian Federation contributed much to the development of psychotherapy and medical psychology, outlined organizational borders of their active application in the work of mental health care and offered facilities for elaboration of educational, organizational and expert approaches for these specialties. Strict reglementation of the health care management in Russian regions showed to be not as effective due to the fact that the majority of the subjects of Russian Federation Health Care Management were run at municipal level with refusal of centralism.

There is more active participation of the Russian Psychotherapeutic Association and Federal Scientific Methodical Center of Psychoterapy and Medical Psychology of the Ministry of Health Care of Russia. Their elaboration and development is of great interest for specialists in the field of science and practice. There are professional examinations of draft texts at scientific conferences. Ways of further development are determined by professional communities – they are allowed to point out the most significant task to and ways of the solution for prospective actions.

Demands to establish psychotherapeutic consulting rooms for the various treatment prevention institutions are significantly increasing. As a matter of fact it is a latent psychotherapeutic 'revolution' in medicine because consulting-rooms are established both in territorial policlinics (1 consultingroom for 25 thousands of population) and in specialized centers of psychoneurological, cardiological, gastroenterological, pulmonological, oncological, neurological and other profiles, in departments of HIV-infection as well as in more than 200-bed-hospitals. Thus, psychotherapy penetrates all fields of medicine. Medical psychology is integrated into the wide medical network and specialized treatment prevention institutions, because a medical psychologist and a social worker belong to the staff of each psychotherapeutic consulting-room.

This new form of psychotherapeutic consulting-rooms and psychotherapeutic departments is very important. They are more attractive for the population and in clinically difficult cases mor effective than the traditional departments of borderline psychiatry.

The specifity of psychotherapeutic departments is to be pointed out: one thing is to give instructions for psychotherapy on the basis of treatment activity and the organization of the psychotherapeutic milieu (coordination of all psychotherapeutic actions of the whole staff), the other is the organization of the therapeutic staff – another level of interaction between the personnel and the patients on the principles of partnership, authenticity and humanity. The establishment of such departments in psychiatric hospitals will both widen the sphere of services given and influence the specificity of relationship between personnel and patients forming more humanistic positions.

The first description of interaction among specialists in rendering psychiatric and psychotherapeutic help is an important element of the orders

of the Ministry of Health Care of the Russian Federation. Convincing experiences of native and foreign clinics are testifying the significant efficacy increase in treatment-rehabilitation arrangements in establishment of true partner interrelations between psychiatrist, therapist, medical psychologist and social worker.

Consisting of psychiatrist, therapist, medical psychologist, social worker and others (lawyer, worker of sheltered employment workshop) the main connected link in the work of a specialists' team is multidimensional diagnostics. Because psychiatric care has been oriented exclusively toward a psychiatrist's activity, in the opinion of some leading specialists it has practically not been used in native psychiatry. Besides, specificity of psychiatrists' training limited the possibilities for multidimensional and global view of a patient. In transition of psychiatric care toward team activity, multidimensional clinic diagnosis is an important element, which brings together different approaches. A team of an interaction psychiatrist, medical psychologist and social-worker considers clinical-therapeutic phenomena from the viewpoint of their specialties, which is complementary to each other. Multidimensional diagnostic embraces analysis of clinic-functional, professional-labour, social-life and psychological data and allows to formulate concrete schedules of treatment for each patient, consisting of a whole complex of necessary medical and social-rehabilitation arrangements as a final aim to restore a patient to society. Usually this complex can be realized only by joint efforts of all specialists mentioned above, who are now oriented toward an individual style of work.

Elaboration of organizational models of team services in mentally ill means that holistic ideas, to which *Ammon* much contributed, are now of great importance in Russia. Recognizing the importance of team care for patients with mental disorders practically means significant broadening of the 'therapeutic field' owing to enlisting technologies and approaches elaborated in scientific fields, which are at the interface of psychiatry. When a psychiatrist is in charge of a general therapeutic process, now he should both cooperate with other specialists and offer facilities for their professional activity. At the stage of remission the therapist and one of the team are the main patient's curator. The therapist works out the general strategy, creates an individual treatment program, includes different forms of psychotherapy, makes clinic analysis of efficacy of the whole arrangement complex. A medical psychologist of the team is responsible for the psychological aspects of the treatment process, participates in psychotherapeutic process, and to a large extent works with groups of different orientations. A social worker is a new figure participating in the work with patients. He/she is in charge for resocialization of a patient stage by stage. In the first turn these are organizations of therapeutic milieu and therapeutic community, involving patients into social interaction beyond therapeutic groups. Beside these specialists other medical and social personnel works in the team. This model is supposed to have several stages: the stage

of multidimensional diagnostics and elaboration of treatment strategy; the stage of primary biological therapy; the stage psychotherapy and beginning of rehabilitation; extramural rehabilitation and supportive therapy.

One of the important tasks, while mastering techniques of team interaction along with training, is the overcoming of stereotypes, which are an obstacle in learning perspective forms of care. Such stereotypes are believed to have manifested hierarchy of specialists in the first turn, where the psychiatrist is the main figure and other specialists are minor participants of the therapeutic process. Our experiments of possible variants of team interaction showed methodical disconnection of different specialists, insufficient application of professional language of each others, often competitive character of interrelationship, and striving for work without assistance to the detriment of cooperation. Such disconnection of specialists can mainly be explained by the fact that psychiatrists adhere to biocentered approach in the understanding of treatment tasks. On the other hand, there is a sceptical attitude of psychologists toward psychotherapeutic abilities of physicians. When social workers came into being they also confronted the medical psychologists. Beside these difficulties we are anticipating the emergence of innovation barriers which are typical for the present situation in the staff of psychiatric clinics: fear of physicians and medical psychologists, before oriented to traditional psychiatric care, to be incompetent; fear of loss of social status. We understand that these present model centers and special educational programs are necessary to offer facilities for team interaction, overcoming difficulties of inculcation of new forms of psychiatric care.

The competent analysis of necessity and possibilities for an integration of psychotherapy and medical psychology into psychiatry at a higher level was the consequence of approvement of several main organizational models. Among them there are psychiatric services of psychiatric hospitals (without establishing independent departments), involving therapists and medical psychologists into work of all psychotherapeutic departments as well as clinic departments of dynamic psychiatry (psychotherapy of mental disorders): the latter form seems to be more hopeful because it allows to establish highly specialized psychotherapeutic divisions. Nowadays it is hardly probable for the majority of psychiatric hospitals due to difficulties in organizing, absence of staff, insufficient material facilities of psychiatric hospitals. Along with regional complexes, which are oriented toward management of mental health system, there was a need to create an attractive model of mental disorder complex treatment. Here the experience of the Menterschwaige Hospital, founded by *Ammon,* having a holistic conception and a good realization into practice, can be used in full measure. The Russian Psychotherapeutic Association began to implement a prospective learning of the Menterschwaige methodical and organizational experience. A special division, which carries out coordinated actions of establishing on the first stage three departements in psychiatric hospitals in

large regions of Russia is organized: Great Novgorod in the European part of Russia, Voronezh in the South and Tchelyabinsk in Siberia. These clinics will be specific models of psychotherapy integration in the treatment of psychoses, research and training centers for specialists from other regions of Russia. To realize this project in all aspects, the Russian Psychotherapeutic Association intends to cooperate with the Menterschwaige Hospital, in the first turn to train specialists, to teach the working experience of this clinic in Russia as well as to hold joint research.

Organizational models (including economic ones) of the work of such departments are now created, talks with administrations of corresponding territories and preliminary selection and training of personnel are carried on. The medical administrations of these territories have already given their consent.

To conclude I would like to convey my hope that the theoretical, organizational-methodical and therapeutic experience of *Ammon* and his associates convincingly converted into life in the Menterschwaige Hospital will be one of the bases of the humanistic reform of psychiatric service in Russia.

Ammons Dynamische Psychiatrie als wissenschaftliche und organisatorische Grundlage der humanistischen Reform der stationären psychiatrischen Behandlung in Rußland

Boris D. Karvasarsky, Ravil K. Nazyrov (St. Petersburg)

Ausgehend von der Tatsache, daß die Entwicklung der russischen Psychiatriereform in den letzten Dekaden charakterisiert ist durch eine konsequente Humanisierung auf der Basis des Gesetzes »Über die psychiatrische Behandlung und die Wahrung der Menschenrechte bei ihrer Durchführung« beginnen die Autoren ihre Arbeit mit der Darstellung der organisatorischen und inhaltlichen Umorientierung in der psychiatrischen Versorgung der russischen Bevölkerung. Neben der Einführung moderner medizinischer Technologie und biopsychosozialer Methodik in die Therapie psychiatrischer Erkrankungen wurden auch psychologische und psychotherapeutische Behandlungsansätze eingeführt. Mit Unterstützung des russischen Gesundheitsministeriums werden nach und nach Spezialisten in diesen Bereichen ausgebildet, so daß nach Ansicht der Autoren die Integration der Psychotherapie in die russische Psychiatrie voranschreitet.

Die Einrichtung psychotherapeutischer Sprechstungen an psychiatrischen Polikliniken in Rußland und die zunehmende psychologisch-psychotherapeutische Spezialisierung in den großen allgemeinmedizinischen Behandlungszentren und Kliniken zeigt diese Entwicklung in der Praxis. Auch trägt die Zunahme von getrennten psychotherapeutischen Abteilungen

den Bedürfnissen der Bevölkerung Rechnung, die in einem psychotherapeutischen Milieu mit koordinierten therapeutischen Maßnahmen von einem Team von Spezialisten behandelt werden will. Aus den direktiven, medikamentenzentrierten psychiatrischen Stationen werden so allmählich psychotherapeutische Einheiten mit teamzentrierten, mehrdimensionalen, humanistischen Behandlungsmethoden.

Wie die Autoren ausführen, wurde im Zuge dieser Reform ein adäquates Konzept für die Therapie insbesondere psychotisch strukturierter Patienten gesucht, das gleichzeitig humanistisch und integrativ arbeitet und die verschiedenen Fachleute (Psychiater, Psychologen, Sozialarbeiter, Krankenpflegepersonal) in einem Team zusammenführt.

Die Russische Psychotherapeutische Gesellschaft hat in der therapeutischen Konzeption der Klinik für Dynamische Psychiatrie, gegründet von *Günter Ammon,* ein derartiges Modell gefunden und ist dabei, dieses Modell allmählich in die klinische Psychiatrie Rußlands einzuführen. Als einen ersten Schritt auf diesem Wege begannen drei große psychiatrische Krankenhäuser in Nowgorod im europäischen Teil Rußlands, Woronesch im Süden und Tcheljabinsk in Sibirien mit den Vorbereitungen zum Aufbau dynamisch-psychiatrischer Stationen. Die hierzu nötige Ausbildung von Fachpersonal soll teilweise in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige in München, teilweise durch Austauschprogramme in Rußland direkt stattfinden. Entsprechende Ausbildungsprogramme werden zur Zeit in Zusammenarbeit der russischen psychotherapeutischen Gesellschaft mit der Deutschen Akademie für Psychoanalyse erarbeitet und sollen demnächst in die Realität umgesetzt werden.

Address of the authors:

Prof. Boris D. Karvasarsky, M.D.
Ravil K. Nazyrov, M.D.
Bekhterev Institute
3, ul. Bekhtereva
193019 St. Petersburg
Russia

The Integration of the Mind and Brain into the Practice of Psychiatry: An Uncompleted Task**

Robert Cancro (New York)*

In the history of science we find a dualism between mind and brain. In the 20th century the two important revolutions in the fields of psychoanalysis and biology gave important contributions to psychiatric understanding. The need for meaningful integration is increasingly apparent. The author shows the entanglement of the two areas up to the level of genoms and personal meaning. He concludes that a true integration of developmental neurobiology and psychology into clinical psychiatry is not possible at this time. He emphasizes the demand for the psychiatrist to maintain a broad mastery of both psychological and biological understanding in a way that captures and approximates more perfectly the human organism.

The distinction between the mind and the brain has a long history in human thought. The mind traditionally has been seen in near spiritual or even mystical terms. The so-called higher functions of the human, i.e., mental, were even conceptualized in Western theology as manifestations of the soul rather than as derivative expressions of the body's physiologic activity. The approach therefore to the study of the mind and its functions was philosophical and/or theological for an extended period of time. This resulted in the use of the traditional tools of philosophy and theology, i.e. unaided pure reason and revealed truth. The methods of natural science based on empirical testing and rejecting of hypotheses drawn from theory were not applied to mental phenomena until relatively recently.

With the beginning of natural scientific inquiry particularly in the late 18th and 19th centuries a tension developed between the empirical methods of science and the traditional methods of philosophy and theology. Science recognized the limitations of unaided reason and emphasized the importance of experiments, data collection, and replication. Implicit in this approach was the possibility, in fact the necessity, of rejecting accepted beliefs. Science could not progress without rejection of accepted truths. This was a threat to the authority of still powerful religious groups.

Many forces and individuals contributed to the separation of the mind from the body. Any brief review must be highly selective. Nevertheless, the role of Descartes was critical. He established a truce between the developing but weak forces of natural science and the strong and evolved forces of religion.

The lower, more animal, functions belonged to natural science and the higher, more spiritual, functions belonged to religion. This division was

* M.D., Med.D.Sc., Director of the Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research, New York, USA

** Paper presented at the 11th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XXIVth International Symposium of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP), at the Fachhochschule München-Pasing, March 4–8, 1997

satisfactory to both sides because it allowed science to study mechanisms, i.e., questions of how, and left to philosophy and theology the metaphysical questions of why.

This extraordinary political partition served well for over a century. Unfortunately, it has served so well that it has become implicit in clinical thinking. The pseudoquestion of is it physical or psychological permeates psychiatric case discussion. If the patient responds to a pharmacologic agent, this supports a biologic hypothesis to many clinicians. If the patient responds spontaneously or through a psychological intervention, this supports a psychological hypothesis to these same clinicians. It is as if should your unwanted mental state respond positively to a drug, the origin of that state was biologic, but if it responds to a visit from a loved one it was psychologic. The partition goes on as strongly and as wrongly as ever.

There have been two great psychiatric revolutions during the 20th century – the psychoanalytic and biologic. The psychoanalytic is very much in the philosophical mentalist tradition. The question most often asked is why does the patient do this? The biologic revolution has been much more in the tradition of natural science. Its questions usually concern the mechanisms involved in the behavior, e.g., how have the receptors been regulated? Each of these two revolutionary approaches has made major contributions to psychiatric thought and understanding. Each has its adherents and unfortunately many of the adherents have become disciples and even zealots. The need for meaningful integration is increasingly apparent, as the residual effects of dualism are stifling the forward movement of the field of psychiatry.

The division into mind and body is not only arbitrary, it is false. It would be autistic to speak of a mind in the absence of a brain. The properties that are referred to as mind emerge from a relatively intact and functioning brain. When large populations of neurons are malfunctioning the mental expression of the neuronal activity is altered. All of the »mental« processes including consciousness, self-awareness, emotions, and abstract reasoning represent emergent properties of the nervous system. It is the integrated function of large portions or even the entire nervous system that creates these properties. These are novel properties whose presence could not be predicted adequately from a knowledge of the properties of the component subsystems involved. Nevertheless, it is only in the integration of these neural subsystems that the novel properties emerge.

A knowledge of developmental neurobiology is very helpful in understanding the limitations of dualism. Appropriate gene activation and expression as well as proper biologic development require appropriate developmental experiences. The licking of a newborn rat by its mother, for example, is essential for the normal development of that newborn. Not only are tactile experiences essential for normal growth and development in humans, but so are visual, auditory, and other sensory experiences. In addition to their presence, the timing of these sensory events is critical for

normal development. Development of the nervous system does not end with birth but rather with death.

A simple illustration of the role of nervous system inputs or experience in organ development is that of the newborn kitten whose eyelids are sewn shut at birth. The failure to input visual stimuli during this critical postpartum developmental period results in the failure of retinal cell development and permanent blindness. The visual system requires appropiate physiologic activity for its final anatomical and functional development. Similarly, if an infant is born with a severe cataract in one eye and the cataract is left in place for several years, that eye can become blind. The postnatal development of the eye requires proper signaling if it is not to lose too many nerve branches in the brain. The wiring diagram of the eye-brain system requires normal neural activity during this postpartum period for structure and function to be sustained.

Throughout life, experiences result in neural activity which very activity changes the brain. There is great plasticity even in structure, let alone function. Experience through neural activity changes nervous system function but more surprisingly it also changes nervous system anatomy. The nervous system is dynamic. The connections of yesterday are different than the connections of today and that difference is a function of the experience of meaningful life events. It is correct to say that the greatest manipulator of nervous system function and structure is not the group of psychoactive drugs but rather the group of life events. The experiences of living change the brain's function and structure for good or for bad, but change the brain they do.

Once you go beyond simple sensory inputs to the nervous system, the problem of understanding brain functioning becomes complicated by a unique property of the mind, i.e., personal meaning. It is this poperty that limits the generalizability of the behavioral approach. Different people experience the same event differently, not only because of individual differences in information processing styles, but because they attribute differential meaning and therefore differential importance to the same event. The attribution of great meaning to a single event can result in enduring neural change. Undoubtedly, most anatomical and functional change in the nervous system is a result of sensory input repetition. This simple model of brain change is confounded, however, by the problem of differential meaning. Rare or even unique experiences can have profound effects, because the infant learns quite early in its development that not all stimuli are equal and are not to be treated in the same way.

It is this feature of different valence that makes possible an additional remarkable property of the nervous system, that of unique self-organization. If the nervous system were unable to value inputs differentially, its development would be at the mercy of chance to a far greater degree. It would be chance that determines which signals are reinforced or inhibited. Not that chance does not operate in the development of the nervous system,

it does. Nevertheless, the capacity of the organism to assign different degrees of importance and unimportance to various stimuli, gives the organism far greater control of its ongoing and future organization and hence can be spoken of as the capacity necessary for the attribute of unique self-organization to emerge.

The major point to be understood is that the brain does not passively record events like a camcorder. It actively selects from an excessively rich stimulus field (that exceeds the brain's information input capacity) those stimuli that will be processed centrally. Each brain imposes a unique, developmentally determined filtering screen on the stimulus field to select which stimuli will cross the initial threshold and become actual as opposed to potential inputs. Furthermore, the brain is then altered, more or less permanently, by the very neural activity that constitutes processing. This alteration does not only take the form of memory but involves a variety of structural and functional changes that further alter future information selection and processing.

The nervous system actively mediates between sources of stimuli and response systems. It plays a functional role that is conceptually quite similar to that performed by the hypothetical system labeled by psychoanalysis with the term ego. The adaptive changes performed by the nervous system include neurochemical and other signaling changes in the internal milieu. These signaling changes have direct physiologic effects not only on effector systems but on the genome itself. Not only during gestation, but throughout life, experience and its transduction into physiologic activity changes the internal milieu in ways that reorchestrate the genome's expression.

Very small changes in genomic representation can have enormous consequences. This point can be illustrated clearly by the genomic overlap – estimated to be as high as 95% – between humans and chimpanzes. This relatively small difference in actual genome is associated with intuitively unlikely large differences in phenotypes. Furthermore, genes are normally activated and suppressed throughout the life of the organism by internal physiologic changes including those changes associated with neural activity. Even small changes in the activated array of genes, have potentially large effects on the phenotypes. This point can be illustrated by the post-pubertal activation of the dormant genotype necessary for the final stage of apoptosis in the brain.

Some actual examples may serve to illustrate the porosity of the boundaries between the environment and the genome. Three relatively inbred strains of mice were compared in terms of their adult aggressivity and were rank ordered from most to least aggressive. The rank ordering was consistent and reflected genetic differences among the strains. When the study was repeated in a second laboratory it was found that the most aggressive strain was the least aggressive in this laboratory with the other two strains maintaining their relative position to each other. Careful study

revealed that the two laboratories differed in their preweaning treatment of the mice with one laboratory handling the mice during the preweaning phase while the other laboratory did not. The postpubertal expression of aggressivity in one particular strain was changed by the presence of absence of preweaning handling. The phenotypic expression in the adult animal of the behavior was altered by the early developmental experiences of that animal.

The Telomian is a dog that is unable to learn inhibitory training. Beagles are dogs who acquire inhibitory training easily. The example of inhibitory training utilized in a particular study was that of the dog learning to sit-and-stay on command. Mating Telomians and beagles produced a generation which included some hybrid dogs who could learn to sit on command but could not learn to stay. This hybrid subtype was conceptualized by the experimenters as an animal model of hyperactivity. The particular hybrid dogs were given amphetamines. Half of the dogs who could sit but not stay improved on the amphetamines and were now able to sit-and-stay. This study was replicated in a second laboratory but replication failed in the laboratory from which the dogs originated. Further study revealed that in order to bring out this feature of some hybrids who could sit but not stay, it was necessary to remove the hybrid dogs from the home kennel and induce the effects of separation from the home kennel on the animals. In other words, the experience of separation from the home kennel was necessary to prime the animals so that the genotype could be expressed in this particular fashion.

A third example from the animal literature involves the expression of threat response in coyotes and dogs. Coyotes and dogs are genotypically very similar but show many phenotypic differences. The threat response in the dog involves snarling and baring of the teeth. In the coyote it involves arching of the back, gaping, and hissing. Hybrids of coyotes and beagles revealed several responses, including one group which when placed in a situation of inescapable aggression showed a postpubertal conversion from the dog to the coyote threat response. The activation of this dormant coyote genotype and the suppression of the previously activated dog phenotype required a setting in which the animal could not avoid being attacked by a more dominant animal.

All of these examples illustrate how phenotypic expression in different animals can be influenced by developmental experiences which create differences in the internal signaling milieu with the resultant suppression and activation of different genotypes from within the total genome. At the more clinical level, experience has shown that life events play a critical role in relapse and the prevention of relapse in psychoses. Life events play a role not only in initiating disease but in sustaining and suppressing it. It is in a way sad that it has taken science so long to recapture the insight of simple shepherds who understood intuitively the importance of life events.

A true integration of developmental neurobiology and psychology into clinical psychiatry is not possible at this time. We presently do not and

perhaps never will have the scientific language nor the scientific models to integrate these different approaches to the complexity of the human organism. We must, however, recognize that the organism is unitary and that it cannot be divided accurately along disciplinary lines. Disciplines reify aspects of unity and must thereby lose that very totality which is the defining characteristic of unity. In the absence of the models and mathematics that would make a proper integration possible, psychiatrists must maintain a broad mastery of both psychologic and biologic understanding so that they can shift from one to another misrepresentation of reality comfortably, and strive to unify their understanding, where possible, in a way that captures and approximates more perfectly the human organism.

Die Integration geistiger und hirnphysiologischer Prozesse in die klinische Psychiatrie – eine unvollendete Aufgabe

Robert Cancro (New York)

In der langen Geschichte menschlichen Denkens nimmt die Trennung von Geist und hirnphysiologischer Substanz einen zentralen Stellenwert ein. Auf der einen Seite wurde das Phänomen des Geistes mit den traditionellen geisteswissenschaftlichen Erkenntnismethoden vorgenommen, die Untersuchung des Gehirns mit streng naturwissenschaftlichen. Im späten 18. und 19. Jahrhundert trat zunehmend mehr eine Spannung zwischen beiden Wissenschaftsmethoden auf. Zunächst befriedigte diese geteilte Sichtweise beide Seiten und fand so auch ihren Niederschlag in das klinisch psychiatrische Denken. Die beiden großen Revolutionen des 20. Jahrhunderts, die biologische und die psychoanalytische haben, so der Autor, jeweils wesentliche Beiträge für die Psychiatrie geliefert. Die Notwendigkeit nach einer echten Integration werde zunehmend augenscheinlicher, da die Auswirkungen des Dualismus Fortschritte verhindern.

Cancro betont, daß diese Unterscheidung in Geist und Körper grundlegend unzulänglich und falsch sei. Die Eigenschaften, die dem Geist zugesprochen werden, entstehen durch ein relativ intaktes und funktionierendes Gehirn, alle mentalen Prozesse, so wie z.B. Bewußtheit, Selbstbewußtsein, Gefühle, abstraktes Denken, repräsentieren Eigenschaften des Nervensystems. Die integrierenden Funktionen des Nervensystems und die Erkenntnisse neurobiologischer Entwicklungsprozesse zeigen, daß das Nervensystem autonom und dynamisch ist und von Lebensereignissen bestimmt und beeinflußt wird. Da bestimmte Ereignisse eine ganz individuelle Bedeutung für den einzelnen Menschen besitzen, folgt daraus eine Beschränkung der Verallgemeinerbarkeit des Verhaltensansatzes. Es existiert eine einzigartige Selbstorganisation, wobei dem Gehirn eine aktive Rolle zukommt. Das Nervensystem als Vermittlungsinstanz zwischen Stimuli und Ruhesystemen besitzt ähnliche Funktionen wie das hypotheti-

sche System des Ich in der Psychoanalyse. Desweiteren wirken Veränderungsprozesse auch auf die Genome und das interne Milieu, dies wiederum beeinflußt den phänotypischen Ausdruck. Der Autor zeigt Wechselwirkungen an Beispielen aus der Tierforschung auf. Auf einem klinischen Niveau konnte gezeigt werden, daß Lebensereignisse eine zentrale Rolle beim Ausbruch einer Krankheit, aber auch bei Rückfällen oder als Prophylaxe spielen können.

Der Autor betont, daß zum momentanen Zeitpunkt eine echte Integration von Neurobiologie und Psychologie in die klinische Psychologie nicht möglich ist aufgrund einer fehlenden gemeinsamen wissenschaftlichen Sprache und gemeinsamer Modelle. Jedoch sollte erkannt werden, daß die menschliche Einzigartigkeit nicht in verschiedene Disziplinen zerlegt werden kann. Der Autor fordert vom Psychiater ein breites Wissen sowohl psychologischer als auch biologischer Erkenntnisse, um dem menschlichen Organismus mehr und mehr gerecht werden zu können.

References at the author

Address of the author:

Professor Robert Cancro, M.D., Med. D.Sc.
New York Medical Center, Department of Psychiatry
550 First Avenue
New York, N.Y. 10016
USA

The Making of a Psychiatrist **

Shridhar Sharma* (Delhi)

The author introduces his paper that in his opinion his subject is particularly important today because of the current changing health care environment, where practice of psychiatry like any other branch of medicine is being increasingly influenced by growth in science, technology, high costs, rising expectation of the people and various market forces as powerful factors, which have put psychiatric practice at cross roads. Due to the increasing shift in values, every one calls for a change and suggests introspection. Although science is an essential part of psychiatry it is not its essence. The essence lies in the relationship between psychiatrist and his patient and the quality of psychiatric practice may hinge on basic elements of humanism and our values. What is required is the commitment of psychiatrists to their profession, with qualities of compassion and sensitivity to appreciate, to feel and understand some of the fading qualities and values in this profession.

The subject of »The making of a psychiatrist« is particularly important today because of the current changing health care invironment, where practice of Psychiatry like any other branch of medicine is being increasingly influenced by growth in science, technology, high costs, rising expectation of the people and other powerful market forces as factors, which have put psychiatric practice at cross roads, once again. Acquainting with these powerful issues influencing the practice of psychiatry will help in understanding the problems faced by the profession. Further the scientific advances in science and medicine, in recent years, have presented us with extraordinary and unforeseen ethical dilemmas, posing problems that have ramifications far beyond medicine, to society and profession as a whole. *Robin Cook* (1977) reveals a whole series of ethical dilemmas that will face us in the coming years, as a result of the unmanageable advances we have achieved in the field of science and technology.

Due to increasing pressure arising from growth of science and shift in values every one is calling for a change and suggesting introspection. Today the need for introspection and for desirable change arises from a variety of factors and the ramifications of these influences are manifold and variegated since the subject is related to, and dependent on a large complex of other disciplines belonging to biological sciences, socio-economic and ethical issues as is in vogue in the present day society. In the beginning of this century, *William Osler*, father of the modern medicine, had stated that medicine is both science and art and later *John Ellard* (1985) said: »Although Science is an essential part of Psychiatry, it is not its 'essence'. The essence lies in the relationship between psychiatrist and his patient and he added that the quality of psychiatric practice may hinge on basic elements of humanism and our values«.

* M.D., Professor of Psychiatry, President-Elect of the World Association for Social Psychiatry

** Paper presented at the 11th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XXIVth. International Symposium of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) at the Fachhochschule München-Pasing, March 4-8, 1997

More recently, *Sims* (1994) and *Harari* (1994) expressed that there is no such thing as valueless psychiatry. »All of us, as we practice, carry our values, professional standards, aims and goals from the rest of life into our psychiatric practice and much more to the point, and so do our patients, whom psychiatrists care and cure«.

In psychiatric practice, like in other disciplines of medicine, science sustains and continually supplements our knowledge. However, it cannot provide the framework whereby sense is made of the data or the values with which to use the data ethically. In this context, *Leo Eisenberg* (1986) clarified the historical progression in American psychiatry from a field dominated by psychoanalysis till the post war period to the current situation of the biological supremacy. He has rightly cautioned in his penetrating paper against taking a position of either »mindlessness« or »brainlessness« in psychiatry and instead suggested that exclusively biological and psychological theories might stand in relation to one another, much as wave and particle theory do in subatomic physics. Like mind and brain in psychiatry, humanism and science are intimately linked and have a dynamic relationship. It seems obvious to many in the profession of psychiatry that in the context of the scientific paradigm, the essential misses much of the essence of psychiatric practice. To support this view, *Kaplan* et al. (1994) started that modern psychiatry must emphasize the human and compassionate aspects of medicine. If taught properly with quality and sensitivity, principles of psychiatry should be a dramatic and continuing reminder to all in medicine of its mission. But what are the human and compassionate aspects of medicine and what defines quality and sensitivity, is not made clear. There is no denying the fact that all the psychopharmacological drugs are essential parts in psychiatry, when we say the essence of psychiatry lies in the therapeutic relationship between the psychiatrist and the patient. Although the relationship between doctor and patient is of course an essential part of practice of all branches of medicine, it is more vital part in psychiatry.

Historically, the term psychiatry was coined by *Johann Christian Reil* (1759-1813), to refer to the use of the doctor's »Psyche« as the therapeutic agent. In the field of psychiatry, a physician uses the same tool i.e. his psyche to examine and explore his patients' »psyche«. This creates a special situation in the field of psychiatry, if the quality of the tool (mind) used is not superior, the assessment of another mind may be difficult. Even today, with all the available therapeutic agents ranging from the powerful psychopharmacological agents to various psychotherapeutic techniques, the doctor's »psyche« in relationship with his patient remains central to the successful use of these agents. *Ammon* (1993) understood man – holistically as a multidimensional being (with his psychic, physical and spiritual aspects –, striving for inner development.

Ammon was a messenger of humanism and holistic thinking. This aspect was recognized early by his mentor *Karl Menninger* (1963), who recog-

nized that Dynamic Psychiatry holds that from a diagnostic point of view, the psychic, psychosomatic and psychosociological aspects of the disturbance are moving on a complementary scale. Dynamic Psychiatry is basically »understanding of man«. Human beings are group beings and they have to be seen in their social and cultural context. Dynamic Psychiatry is an understanding psychiatry realizing man as a personality in his own right and it means the responsibility of psychiatrists to understand this part. Therapy is considered as a process.

The relief of suffering and pain is one of the main objectives of medicine. It is the person in its totality that we are interested in, both aspects in health and disease. Such a concept acquires a rejection of the historical dualism of body and mind. The mind body dichotomy has resulted in assigning the body to medicine and the person to something else, the mind. The suffering resulting from the pathology of the mind can be assessed and treated to some extent, but suffering resulting from defacement of values and principles is more complex and complicated to manage.

One of the reasons for such failure could be due to a lack of training of Repsychiatrists, perception and behaviour. There is no essential requirement to orient and expose to such sensitivity elements during the training and in the process of making a good psychiatrist, which emphasize moral and ethical values in psychiatric practice. Though there is some awareness on this aspect during training process, the fact remains that there is a obvious lack of emphasis on those elements during the process of the training program. On the one hand, the scientific content of training increases, which is essential, on the other hand essence is missing.

Today, there is a need to revive the cherished value systems in medicine which are embodied in the moral, ethical and cognitive precepts of a society, as measured in the individual attitudes, desires and needs of its members and which are relevant to the practice of psychiatry. The need to incorporate »value« and »compassion« in the care for our patients, in the schematization of the training program and the integration in daily psychiatric practice is very urgent. Ethical and value based approach must be regarded as a part of the therapeutic effort in any management endeavour. This dilemma in medicine is not new, in the past, it received attention by eminent thinkers of the century like *Russel* (1952) almost half a century earlier, who answered this moral dilemma: »Science can, if rulers so desire, create sentiments which will avert disaster and facilitate cooperation. At present, there are powerful rulers who have no such wish. But the possibility exists and science can be just as potent for good as for evil. It is not science, however, which will determine how science is used. Science by itself, cannot supply an ethics. It can show us, how to achieve a given end and it may show us that some ends cannot be achieved. But among ends that can be achieved, our choice must be decided by other than purely scientific considerations«.

In reality, the relief of suffering and the cure of disease must be seen as twin obligations of the profession, and it should contain a true dedication

to the cure of the sick. The cure of disease is influenced by our scientific knowledge and growth of science while the relief of suffering is guided by our compassion to the patient and sharing of his suffering and feelings. Our compassion to the patient cannot be sacrificed and made subservient to science, though it is also essential to the practice of Psychiatry. However, it is not intrinsic feature of Psychiatry. It is our responsibility to preserve the human values which are its essence. A healthy doctor-patient relationship based on ethical and moral principles is not only therapeutic but also inseparable. A lack of these values risks a further damage to the people in our practice.

As an analogy, it may be appropriate to mention a Greek mythological story which runs like this:

Prometheus was a Titan (half God) who according to Greek legend defied Zeus (the God of Gods) by providing man with protective and creative power. It was Prometheus who gave man wisdom and upright posture with its gift of vision and perspective. By this action, he annoyed Zeus. But he not only gave wisdom or foresight but also stole for man the God's secret of fire, thus further helped man's possibilities of knowledge, protection and creative ability. Zeus condemned this treason by charming Prometheus to a boulder, where eagles were to feast eternally upon his liver. This punishment was too severe and prolonged. But Prometheus maintained his compassion to man above his loyalty to Zeus.

This mythological story is very much relevant to the theme of the paper and conveys sufficiently and succinctly the implied meaning of this idea. The profession can take a lesson from this example so that we maintain our compassion to humanity and our loyalty to our professional values in offering human services to those receiving it. This analogy is deliberate, because psychiatrists as professionals, yield considerable authority and decision making power in matters of social and mental health problems linked wih ethical aspects of their patients' lives. But often human values that vitally concern the lives of patients are frequently kept apart. Patients expect their physicians not only to cure them but also to protect them against fear and despair. They expect reconstruction of their own microcosm, wherein, before the illness, they felt safe and happy. They look for the joy of recovery of lost harmony. They expect physician to help them to accept the change and painful reality (*Gryglewski* 1995).

At the same time, man as an individual is striving for identity, self realization and sense of his existence. Accordingly, illness is defined as a loss of the homeostasis of body, mind and spirit, a restriction of multidimensionality and a development arrest. Thus the aim of treatment consists not merely of symptom alleviation by drugs alone but rather of enabling the patient to develop his disturbed identity as a man, while working with the healthy parts of the personality. This holistic approach to patient's care is the essence.

Commonly, decisions on ailments of risks and uncertainty in patients life are made unilaterally by psychiatrists, and too often patients are given

inadequate knowledge about their problems. Even if they have some knowledge, they are seldom permitted to participate completely in the decision making process. There is no conscious action by the professionals to keep the patients ignorant and dependent, yet we as professionals are not conscious of this reality. As professionals, our effort should be to reduce the disillusionment with the widening gap between science and humanism.

Probably, the present day Olympians in the profession are carrying the tradition they were taught; they do what they know. All professionals act mainly benevolent rulers in all their actions and decisions. Surprisingly, it is a rare occassion when the same challenges are made to their decisions and actions.

Learning and updating the science is essential part of medical profession but is not always its essence. The essence includes the qualities of humanism and compassion to our patients. There is an urgent need to introduce these elements in training programs to educate a psychiatrist, as this aspect of training is vital for effective professional functioning and growth of Psychiatry as a discipline and as a specialty of medicine. The professionals in the field of Psychiatry could usefully play an important role, as an advocate for the humanitarian side of medicine and also help in the shaping of medicine as a valued profession in a changing materialistic environment. What is required is commitment of the professionals to the profession, with qualities of compassion and sensitivity, like legendary Prometheus, and to appreciate, to feel and understand some of the fading qualities and values in the profession. There is an old saying »who is not a good man, shall not make a good Physician« (*Bieganski* 1908).

As psychiatrists, we have to concentrate on patients, as human beings, on their needs, wishes, feelings and anxieties. In this context the therapeutic significance of the new paradigm is a consequence of *Ammon*'s therapeutic optimism »only the one can heal, who believes in healing man« (1992).

Zur Identität des Psychiaters

Shridar Sharma (Delhi)

Die Frage der Identität des Psychiaters ist heutzutage von Bedeutung, da sich die Psychiatrie und das Gesundheitswesen insgesamt durch die Entwicklung der Wissenschaft und Technologie, die steigenden Kosten, die wachsenden Erwartungen der Menschen und anderen Faktoren schnell verändern. Der wissenschaftliche Fortschritt hat zu ungewöhnlichen und unvorhergesehenen ethischen Problemen geführt. *John Ellard* (1985) meinte; daß die Wissenschaft, »obwohl sie ein wesentlicher Teil der Psychiatrie ist, nicht ihr Wesen ausmacht«. Das Wesen liegt in der Beziehung zwischen dem Psychiater und seinem Patienten. Da sowohl der Psychiater als auch

der Patient seine Werte und Ziele in die Behandlung mit einfließen lassen, kann es keine wertfreie Psychiatrie geben.

In der Nachkriegszeit hat sich die Psychiatrie vor allem in Amerika von einer mehr psychoanalytisch orientierten zu einer nun mehr biologischen Psychiatrie entwickelt. Es sollte aber nicht so sein, daß entweder nur das Gehirn oder der Geist von Interesse sind, da biologische und psychische Theorien in Verbindung stehen. *Kaplan* et. al (1994) meint, daß die moderne Psychiatrie die menschlich-humanistischen und mitfühlenden Aspekte der Medizin hervorheben muß.

Ammon (1993) versteht den Menschen mit seinen psychischen, physischen und geistigen Anteilen als mehrdimensionales Wesen, das nach innerer Entwicklung strebt. Er wollte humanistisches und ganzheitliches Denken vermitteln. In der dynamisch-psychiatrischen Diagnostik bewegen sich die psychischen Störungen in Hinsicht auf ihre psychischen, psychosomatischen und psychosozialen Aspekte auf einem gleitenden Spektrum. Der Mensch sollte in seiner Ganzheit mit seinen gesunden und kranken Anteilen gesehen werden.

Die heutige Psychiatrie beschäftigt sich zu sehr mit der Pathologie und berücksichtigt zu wenig die Werte und Prinzipien eines Menschen. Schon in der Ausbildung zum Psychiater gibt es zu wenig Möglichkeiten, sich mit ethischen und moralischen Fragen auseinanderzusetzen. Doch kommt heute vermehrt das Bedürfnis auf, die verlorengegangenen Werte wieder in die Medizin zu integrieren und die individuellen Bedürfnisse, Wünsche und Einstellungen mehr zu berücksichtigen. Die Heilung von Krankheiten basiert mehr auf wissenschaftlichem Wissen, während die Linderung von Leiden von der Einfühlung in den Patienten und der Anteilnahme an seinem Leid und an seinen Gefühlen herbeigeführt wird. Ein Behandlungserfolg hängt nicht nur von einer wissenschaftlich fundierten Technik sondern auch von dem Einfühlungsvermögen des Psychiaters ab. Eine gute Arzt/Patient-Beziehung muß menschliche Werte mitberücksichtigen, ein Mangel an diesen Werten und an menschlichen Qualitäten kann zu einer weiteren Schädigung des Patienten in der Behandlung führen.

Die Geschichte von Prometheus, der dafür, daß er den Menschen das Wissen vom Feuer gebracht hat, von Zeus bestraft wird, indem er an einen Felsen gefesselt wird und täglich von einem Adler angegriffen wird, der an seiner Leber frißt, und der trotzdem sein Interesse und Mitgefühl für die Menschen aufrechterhält, ist eine gute Analogie. Die Psychiater sollten sich dies zum Beispiel nehmen und sich für humanistisches Denken und Mitgefühl einsetzen, da sie durchaus Einfluß und Entscheidungsmöglichkeiten bei sozialen und Gesundheitsfragen haben

Ziel einer Behandlung sollte nicht allein die Symptombeseitigung durch Medikamente sein, sondern sollte die Wiederherstellung der Homöostase zwischen Körper, Geist und Seele und die Entwicklung der gestörten Identität eines Patienten anstreben, indem auch seine gesunden Anteile miteinbezogen werden. auch sollten Patienten mehr über ihre Probleme

erfahren und an den wesentlichen Entscheidungen im Behandlungsprozeß teilhaben, doch halten Psychiater sie oft unbewußt in Unwissenheit und Abhängigkeit. Dabei handeln die Psychiater wahrscheinlich einfach nach ihrem derzeitigen Wissen. Deshalb ist es unbedingt notwendig, diese Aspekte mit in die Ausbildung zu integrieren, so daß sich Psychiater wieder mehr mit ganzheitlichem humanistischen Denken, Wertvorstellungen und wirklicher Empathie beschäftigen müssen. In diesem Zusammenhang ist *Ammon*'s therapeutischer Optimismus von Bedeutung, da »nur der heilen kann, der an die Heilung des Menschen glaubt«.

Literature

Ammon, G. (1992): Basic Features of Clinical Human Structural Psychotherapy. In: Dyn. Psychiat. (25) 18-21.
– (1993). Dynamic Psychiatry and Human Structurology. In: Dynamic Psychiatry (26) 279-289.
Bieganski. W. (1908): Logica medycyny wyd E. Wende (Warszawa)
Eisenberg. L. (1986): Mindlessness and Brainlessness in Psychiatry. In: Brit J. of Psychiatry (148) 497-508.
Ellard, J. (1985): The music of Psychiatry. In: The Australian and New Zealand journal of Psychiatry (19) 153-156
Gryglewsky, J. (1995): Medicine: How much Science, How much Art (Jagiellonian Medical Research Centre, Cracow, Poland).
Harari, E.G.; Rant D.(1994): Psychiatry in search of self. In: New Zealand Journal of Psychiatry (28) 4-6
Kaplan et al.: Synposis of Psychiatry P. (7) (Williams and Wilkins)
Menninger, K.; Maymann, M.; Pruyser, P. (1963): The Vital Balance. The life process in mental health and illness (New York: Wiking Press).
Robin Cook (1977): Coma. (Boston: Little Brown)
Russel, B. (1952): Dictionary of the Mind. Plennum 66
Sims, A. (1994): Psyche-spirit as well as Mind? In: British Journal of Psychiatry (165) 441-446.

Adress of the author:

Prof. Shridhar Sharma, M.D.
D- 127, Areet Vihar
Delhi - 110092
India

Die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in Rußland**

Boris A. Kazakovtsev (Moskau)*

Der Autor zeigt anhand gesicherten statistischen Datenmaterials die derzeitige psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungslage der Russischen Föderation auf. Er setzt die Häufigkeiten psychischer Erkrankungen mit psychosozialen und demographischen Daten in Beziehung, wobei bereits eingeleitetete Präventivmaßnahmen ihren Niederschlag noch nicht in die vorliegenden Daten gefunden haben. Mittlerweile wurden staatliche Förderprogramme für eine deutliche Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung eingeleitet, welche vor allem die Aus- und Weiterbildung von qualifiziertem Fachpersonal festschreibt. Das Ministerium für die Gesundheit der Russischen Föderation hat hierzu Anfang 1995 sowohl die Planstellen-Quoten für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung neu festgelegt als auch verbindliche Richtlinien für die Ausbildung und Spezialisierung von Psychiatern, Psychotherapeuten und Medizinpsychologen herausgegeben. Im Hinblick auf die weitere Qualifikation von spezialisiertem Fachpersonal weist der Autor auf die fruchtbare Zusammenarbeit mit Ammons Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie hin und verspricht sich von der Kooperation Verbesserungs- und Erweiterungsmöglichkeiten sowohl für die theoretische Ausbildung als auch für praktisch-psychiatrische Arbeit mit Patienten.

Die Auswirkungen der psychosozialen Faktoren auf das Niveau der Invalidität der Bevölkerung in Rußland kann man aufgrund der Analyse der Verteilung auf dem Landesterritorium anhand der Größe der zwei wichtigsten statistischen Kennziffern aufzeigen: der Morbidität der Bevölkerung mit psychischen Störungen und der Primärinvalidität infolge psychischer Erkrankungen.

Die Kartogramme zeigen, daß die Durchschnittsgrößen der Morbititätswerte (Abb. 1, oben) fast gleichmäßig auf das große Landterritorium Rußlands verteilt sind. Dies kann, in erster Linie, mit größtenteils biologischen Ursachen (unter Berücksichtigung genetischer Faktoren) der Morbidität psychischer Erkrankungen erklärt werden.

Im Gegensatz hierzu zeigen sich deutliche Korrelationen der Größe der Invaliditätswerte der Bevölkerung mit solchen demographischen Kennziffern, wie etwa Bevölkerungsdichte (Abb. 1, unten). Hier zeigt sich der enge Zusammenhang von Invalidität infolge psychischer Erkrankungen vor allem mit soziokulturellen und psychosozialen Faktoren.

Die Einleitung von Präventivmaßnahmen gegen Invalidität durch die Verbesserung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung in einigen Landesregionen hat sich in ihrer Wirksamkeit noch nicht in statistischen Befunden niedergeschlagen (Abb. 1, Mitte).

Das Organisationsniveau der externen und internen psychiatrischen Dienste unterliegt in unserem Lande großen Schwankungen, die von den geographischen und demographischen Bedingungen abhängig sind.

* Dr. med., Chefpsychiater des Ministeriums für das Gesundheitswesen der Russischen Föderation, Moskau, Rußland

** Vortrag gehalten auf dem 11. Weltkongress der World Association for Dynamic Psychiatry (WADP) / XXIV. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 4.–8. März 1997 an der Fachhochschule München-Pasing

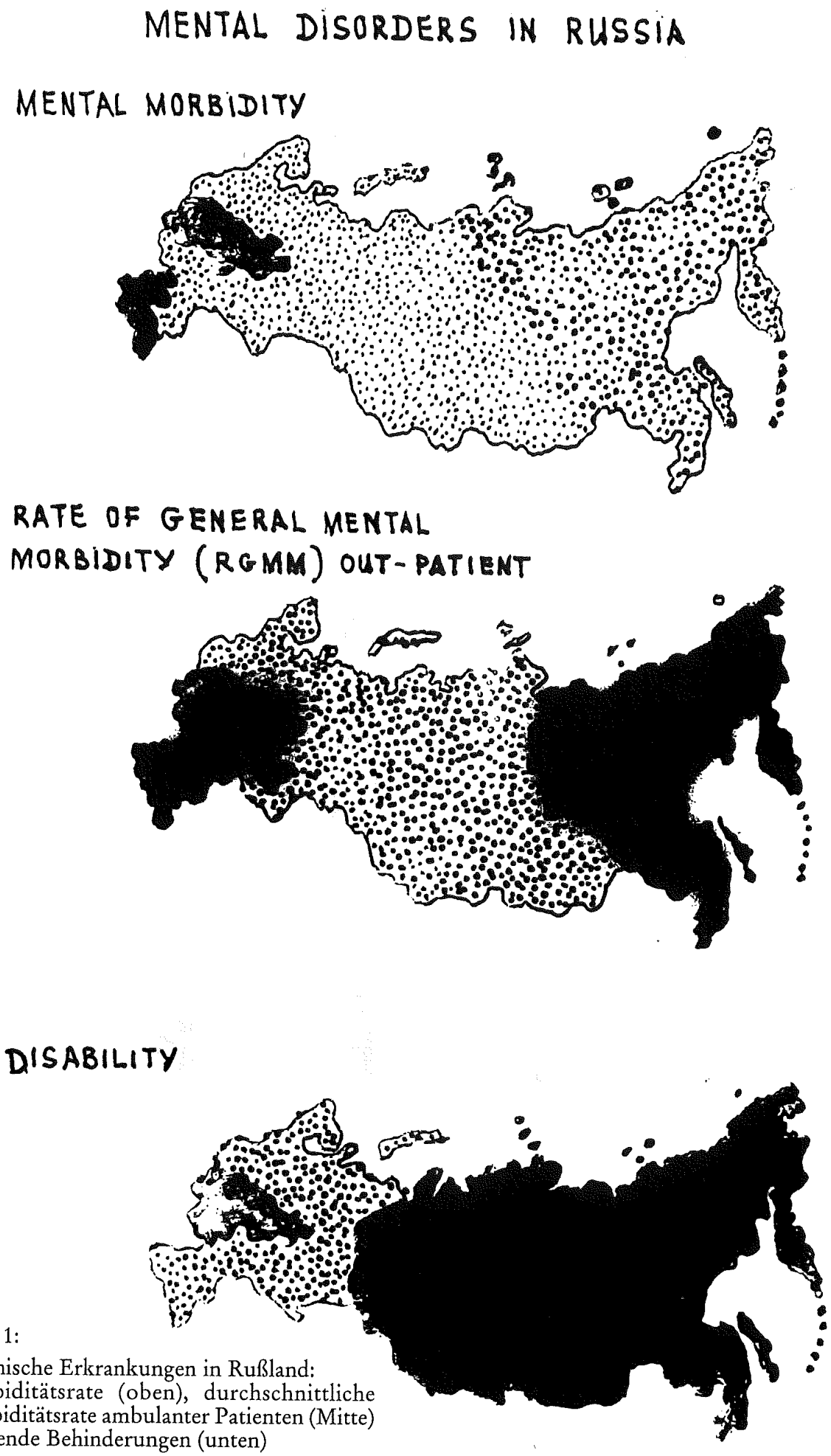


Abb. 1:
Psychische Erkrankungen in Rußland:
Morbiditätsrate (oben), durchschnittliche Morbiditätsrate ambulanter Patienten (Mitte) bleibende Behinderungen (unten)

Durch Krisensituationen im Land (Kampfhandlungen, Naturkatastrophen, Havarien, Notfälle, Arbeitslosigkeit, das hohe Tempo der Bevölkerungsumschichtung, was einen großen Teil der Bevölkerung in Elend und Armut führt, Flüchtlingsprobleme, erzwungene Emigration und Übersiedlung) zeigen die drei genannten Kennziffern von Morbitität, Gesamtzahl der psychiatrischen Patienten und von Invalidität im Laufe eines Jahres einen statistisch abgesicherten Zuwachs (Abb. 2).

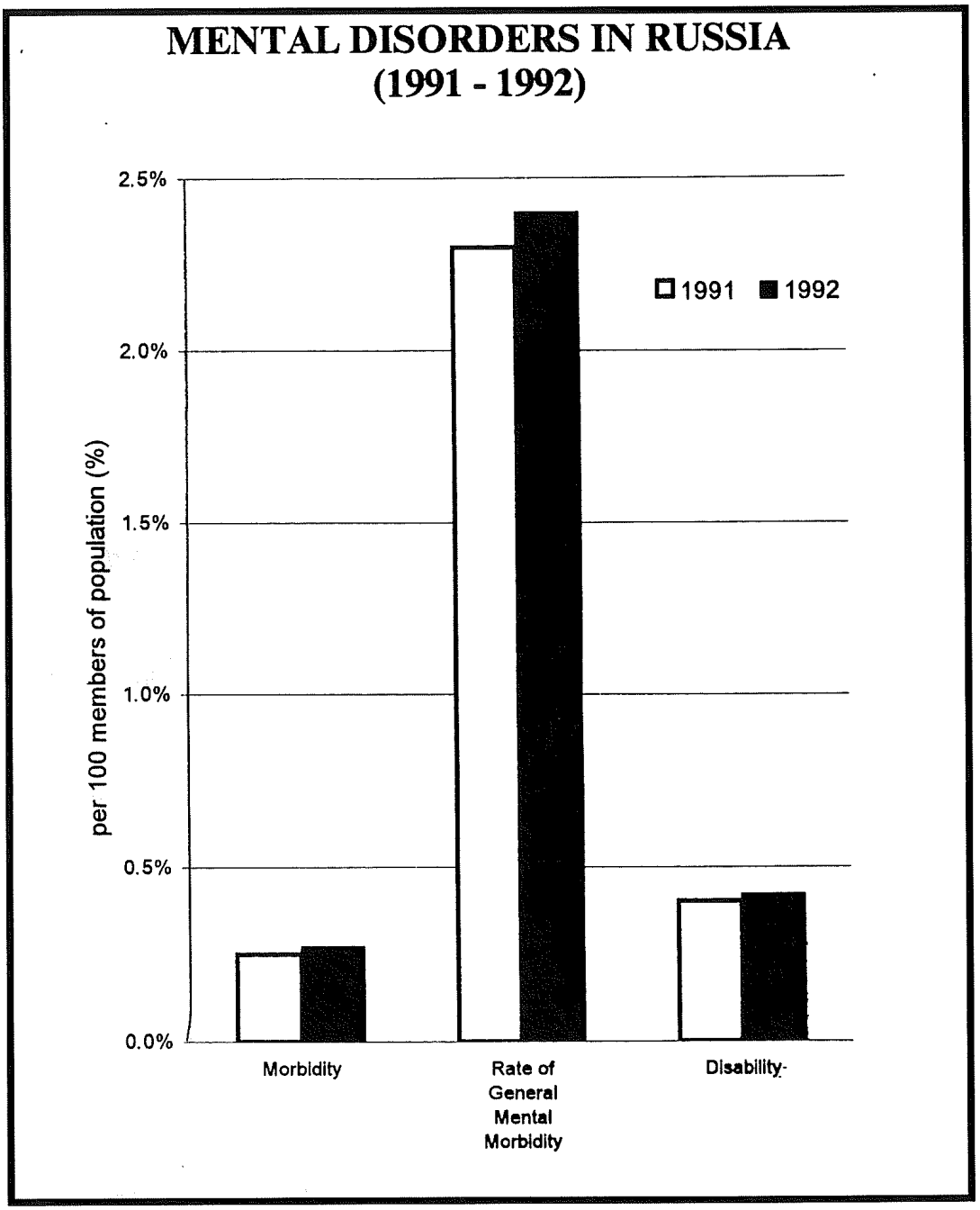


Abb. 2: Psychische Erkrankungen in Rußland (1991–1992)

Unter Berücksichtigung der gegenwärtigen Situation wurden staatliche Förderprogramme für die dringendsten Maßnahmen der Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung in den Jahren 1995 bis 1997 eingeleitet. Darunter sind Maßnahmen zur Ausbildung entsprechender Spezialisten vorgesehen.

Im Rahmen der Verwirklichung des Programmes des Ministeriums für das Gesundheitswesen wurden Anfang 1995 die Planstellennormen für psychiatrische Einrichtungen, einschließlich der Stationen, Tagesstationen und Beratungsstellen (Dispensaire) neu festgesetzt. Es stellte sich heraus, daß die Belastung der Spezialisten auf jeder Planstelle vom Typ der psychiatrischen Einrichtung und seiner Orientierung auf die stationäre, tagesstationäre oder ambulante Betreuung jener oder anderer Altersgruppen der Bevölkerung abhängt (s. Abb. 3).

STANDARD NORMS OF SPECIALISTS' POSITIONS IN PROPORTION TO THE NUMBER OF PATIENTS IN MEDICAL CLINICS

Specialists	In-patient	Semi-in-patient	Out-patient
Psychiatrists	15-20 beds	25 places	20 000 adults 15 000 children
Psychotherapists	50 beds	50 places	100 000 children
Medical psychologists	50 beds	50 places	75 000 persons
Social workers (with higher education)	***	***	75 000 persons
Lawyers	800 beds (or one clinic)	***	one per clinic

Abb. 3: Standardnormen qualifizierter Fachkräfte in Relation zur Patientenzahl in psychiatrischen Einrichtungen

So liegt die Plannorm des Psychiaters in der Station oder Tagesklinik bei 15 bis 35 Patienten. Für die ambulante Betreuung kommt eine Planstelle eines Psychiaters auf fünfundzwanzigtausend erwachsene Einwohner oder fünfzehntausend Kinder und Jugendliche.

Festgelegt wurde die Notwendigkeit des Verhältnisses der Planstelle eines Arztes bzw. Psychotherapeuten für 50 Betten in den Klinikstationen bzw. Tageskliniken, in der ambulanten Versorgung ein Arzt für Hunderttausend Einwohner. Dabei entspricht die Belastung des Medizinpsychologen auf den Stationen und Tagesstationen der Belastung des Psychotherapeuten. Sie wird im ambulanten Dienst jedoch mit 1:75 Tausend Einwohner festgelegt, ebenso wie die Belastung für die hoch ausgebildeten Spezialisten in Sozialarbeit. Die Planstellen für Sozialarbeiter mit einer speziellen Mittelausbildung sind nicht nur auf 50 Betten in den Stationen und Tagesstationen festgelegt, sondern auch für 25 Tausend der erwachsenen Einwohner und 15 Tausend Kinder und Jugendliche in ambulanter Betreuung.

Auch eine Planstelle für einen Juristen ist für jede psychiatrische Einrichtung vorgesehen (Abb. 4)

THE NEEDS FOR SPECIALISTS WHO WORK AT MEDICAL CLINICS			
Specialists	Needed	total (abs.)	%
Psychiatrists	19 493	15 993	82
Psychotherapists	3 900	1 578	40.5
Medical psychologists	3 600	136	3.8
Social workers (with higher education)	2 000	30	1.8
Social workers (with secondary education)	7 500	2 383*	31.8
Lawyers	400	20	5
* Nurses – social workers			

Abb. 4: Der Bedarf an Fachkräften in medizinischen Einrichtungen

Somit werden die Bedürfnisse nach Ausbildung von Spezialisten im Bereich von Medizinpsychologen, Sozialarbeitern, Psychotherapeuten und Juristen, die im System psychiatrischer und psychotherapeutischer Hilfe mitarbeiten, deutlich (Abb. 5).

PROGRAMME OF CONTINUOS TRAINING OF PSYCHOTHERAPISTS AND MEDICAL PSYCHOLOGISTS IN MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL SCHOOLS		
Steps of training	Psychotherapy	Medical psychology
- medical students	64 hours	240 hours (optinal)
- medical psychology faculties students	150 hours	2 156 hours
POSTGRADUATE:		
- residency in psychiatry	482 hours	***
- specialization for psychiatry with 3 years of experience	576 hours	
- retaining for psychologists who graduated from faculties of psychology and medical psychology	***	1 296 - 3 452 hours
- thematic cycles of training for psychotherapists and medical psychologists by their speciality (once in 5 years)	180 - 720 hours	180 - 720 hours

Abb. 5: Programm kontinuierlicher Aus- uns Weiterbildung von Psychotherapeuten und Medizinpsychologen in medizinischen und psychologischen Ausbildungseinrichtungen

Für die Deckung der Bedürfnisse nach Fachkräften, die im System der psychiatrischen, psychotherapeutischen und medizinpsychologischen Betreuung mitarbeiten, hat das Ministerium für das Russische Gesundheitswesen in den Jahren 1995 bis 1996 Richtlinien festgelegt, die die fortlaufende etappenweise Ausbildung der Ärzte bzw. Psychotherapeuten und Medizinpsychologen reglementieren.

Die Studenten der medizinischen Hochschulen sollen obligatorisch Psychotherapie mit 64 Stunden und nach Wahl Medizinpsychologie mit 240 Stunden belegen. Die Studenten der medizinpsychologischen Fakultäten der Universitäten und Medizinhochschulen haben Lehrstudien in der Psychotherapie im Umfang von 150 Stunden, in der Medizinpsychologie von 2 156 Stunden zu absolvieren.

Auf der Ebene der Postdiplom-Ausbildung (»Internatur in der Psychiatrie«) absolviert der Arzt Unterricht mit 482 Stunden. Nach drei Jahren der beruflichen Tätigkeit soll der Arzt, der sich auf Psychotherapie spezialisieren will, noch 576 Stunden des entsprechenden Lehrstudiums absolvieren.

Auf der gleichen Ebene haben die Absolventen der psychologischen Fakultäten der Universitäten, der medizinischen und pädagogischen Hochschulen die medizin-psychologischen Zyklen der Weiterbildungs mit 1296 bis 3452 Lehrstunden zu absolvieren in Abhängigkeit davon, welche Ausbildung in diesem Fach sie auf früheren Ausbildungsebenen hatten.

Später sollen die Fachkräfte, die Zertifikate in Psychiatrie oder Medizinpsychologie bekommen hatten, spezielle Lehrzyklen der Weiterbildung in diesen Fächern mindestens einmal in fünf Jahren besuchen.

Die basispsychotherapeutischen Theorien, die den medizinischen und psychologischen Modellen der Psychotherapie zugrunde liegen, sind: psychodynamische, behavioristische und existentiell-humanistische Modelle.

Das Ministerium für das Gesundheitswesen der Russischen Föderation begrüßt die Zusammenarbeit der wissenschaftlichen Forschungeinrichtungen Rußlands und der Weltgesellschaft für Dynamische Psychiatrie. Wahrscheinlich kann man bereits jetzt über die Umsetzung dieser Zusammenarbeit in die Ausbildung in Psychiatrie und Medizinpsychologie nachdenken, entsprechend den Bedürfnissen der praktischen psychiatrischen Einrichtungen Rußlands.

Psychiatric and Psychotherapeutic Care in Russia

Boris A. Kazakovtsev (Moscow)

On the basis of statistical material about the morbidity of Russian population with psychic disturbances and the primary invalidity, caused by psychic diseases, the author shows the consequences of psychosocial factors for mental care in Russia. The nearly equal distribution of the rate of morbidity for the whole territory of Russia can be explained mostly with

biological and genetic factors. In opposite, we see significant correlations of the rate of invalidity with the demographic facts, for example the density of the population (fig. 1, below). Here the author finds out the close connection of invalidity as a result of psychic diseases especially with socio-cultural and psycho-social factors. Introduced preventive activities by improvement of the psychiatric and psychotherapeutic care did not prove the efficacy in statistical data (fig. 1, m). The level of organization of the psychiatric services varies enormously, depending on the geographic and demographic conditions. Simultaneously, statistical rates for the psychic health in Russia increased significantly by general psychotraumatic and psychogenic events (war, unemployment, lowering of standard of living of the population, fig. 3). Especially by this reasons, governmental promotion-programmes for the most important steps of the further development of psychiatric and psychotherapeutic care have started, with the help of the differentiated qualification of specialists. The Ministry for the Health of the Russian Foederation has released new rates for employment both for the clinical departments and the semi-in-patient-departments and the out-patient-care. A programme of further training was prepared, one of the most important duties of the post-graduate training is to acknowledge the methodological aspects of psychodynamic, behavioural and cognitive psychotherapy in different forms (individual, group-therapy, long- and short-term therapy, family and partner therapy etc.). Under the aspects of further qualification of specialists, the Ministry for the Health of the Russian Foederation appreciates the cooperation with *Ammon's* Berlin school of Dynamic Psychiatry and expects improvement and possibilites for further development for the theoretical education and the practical training for the work with the patients.

Adresse des Autors:

Dr. med. Boris A. Kazakovtsev
Ministerium für das Gesundheitswesen der Russischen Föderation
Abteilung Internationale Beziehungen
Rakhmanovsky per., 3
101431 Moskau
Rußland

Psychotherapy in Psychiatry**

Shmouel Tyano* (Tel Aviv)

The author examines from various standpoints the topic of abolishing the splitting between biological and psychological phenomena in psychiatry: Freud's hope and question that in future psychological phenomena might prove to be definitely biophysiological, led him to the new infant research findings and their insights into the development of perception as well as to the physiological findings of brain research including the techniques of PET and SPECT. The concept of »representation« to him becomes a model for explaining the changes in the patient's personality effected by the therapeutic relationship between physician and patient. This concept means: perceiving and experiencing the environment and other persons can be realized and responded to from birth on in different ways. In addition the author refers to new research work showing that psychotherapy leads to the same physiological changes as psychopharmacological treatments.

Psychotherapy is the oldest treatment method in our profession. It is the only type of treatment which accompanies all others and can function exclusively, or combined with other methods, but no other treatment can function without it. It relies on a fundamental understanding of the way it operates. Beyond this understanding, there exist different methods of implementation, which vary according to the symptoms on which they focus, but none diverge from the fundamental principles.

Psychotherapy's modi operandi are essentially identical to those of drugs, even though both treatments lead through a different path to mental health. Its advantages are the longer duration of its effectivity and its relative lack of side-effects. This is shown by the identical results obtained by both pharmacological and psychotherapeutic treatments given to depressive patients. The most significant finding is that the laboratory results were also identical in both cases.

Since psychotherapy is an integral part of psychiatry, it has to be included in the training programs, both in general and in child and adolescent psychiatry. Psychotherapy must be an integral part of the young graduate's training, and just as important, it must be stressed that it also must be a part of the final examinations in psychiatry.

Psychotherapy is a general term for different psychotherapies. It consists of a whole set of treatment methods, from dynamic psychotherapeutic treatment to psychodrama or art therapy. It consists of different forms of relating between therapist and patient, which operate on an identical basis, which is the essence of the relationship established between both sides.

* M.D., Professor of Child and Adolescent Psychiatry, President of the Israel Psychiatric Association, Chairman of the National Council for Mental Health in Israel

** Paper presented at the 11th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XXIVth International Symposium of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) at the Fachhochschule München-Pasing, March 4–8, 1997

Since the therapist-patient relationship is the essential factor, we can conclude that

a) this treatment is at the core of every contact between therapist and patient, as we've been taught by the late Professor L. Israel. Hence the importance of groups and all the contact with primary medicine.

b) Each drug is meaningful, and its effect is also dependent on the relationship between doctor and patient.

The first theoretical conceptualization of psychoanalysis was in *Freud*'s metapsychological model, constructed initially from metaphores for parts of the brain. It is true that later on, he and *Breuer* tried to distance themselves from this model, and I quote from »Studies on Hysteria« – »In this lecture of mine«, writes Freud, »there will be no room for the brain or molecules. In order to talk about psychological phenomena, we shall be using psychological terminology. How could we do otherwise?« However, what is left of that principle, if only after a few pages in *Freud*'s book we see him use terms such as »the perception system«, or »unusual stimulus threshold of the nervous system« or »endocerebellic tonic stimulus«?

In his essay written in 1915, »Instincts and their Vicissitudes«, *Freud* emphasizes the role both languages – psychological and physiological – have to play in the theory of instincts: »Not only do we apply to our experimental material certain conventions in the form of principal concepts, we also use many complicated presumptions which will guide us in processing the world of psychological phenomena«. The most important of these presumptions is biological in its nature. The nervous system is a system whose function it is to keep stimuli away from it each time they reach it. The instinctual stimuli put unique demands on the nervous system. Obviously, it is possible to describe the phenomenon in psychological terms, but its source must be looked for elsewhere, and I still quote from the same essay: »Eventually, I doubt if one day, on the basis of our processing of psychological material, it will become possible to collect decisive indications which will help us to separate the different instincts and to categorize them«. Hence, we must turn to a different source for our hypotheses – biology. I would like to stress the fact, that substituting neurological for psychological language does not change *Freud*'s monistic stance. In his essay on the unconscious from 1915, he writes: »*At this stage,* our mental discourse has nothing to do with anatomy; it refers to areas of mental life wherever they might be located in the body, and not to a specific anatomic locus«. And, of course, he leaves the question open – will there *one day* be a different physiological explanation for the conscious, the preconscious and the unconscious, or will the identity between the mental event and the cerebral event simply be established without the physiological explanation endevouring to replace the psychological one?

Psychiatrists have looked for – and maybe found recently – the uniqueness of the psychiatric view of psychotherapy. I assert that psychotherapy done by a doctor-psychiatrist is fundamentally different from

others done by colleagues in the complementary professions. As I intend to show you, biology and the body play an important part in therapy, and discussing it through the therapeutic process is uniquely significant.

Working psychotherapeutically with infants and young children, I understood one day that, somewhere, there has to be an equlibrium between the word and physiology. Biology brings about the word and by a different process, the word can change physiological processes if it is indeed significant. How, then, is it combined with psychotherapy?

In order to answer the question, we will try to be aided by *Daniel Stern*'s theory, and please allow me to diverge for a moment and explore the first two years of our development. The new research field called self psychology offers a novel point of view which enables us to understand interpersonal psychology, and object-relations theory. I am speaking mainly about the work of *Daniel Stern* presented in a book called »The Interpersonal World of the Infant«, published in 1985. In his attempt to describe how the most archaic structures of the mind are constructed, he refers, for example, to the role played by esthetical functions. In the first perception of form, there lie allusions to the way in which art objects will be significant in the infant's pre-verbal postures, and in his manner of relating to the caretaker one can see the roots of pantomime, dance and interpersonal music.

The basic conception of development according to *Daniel Stern* might also help us to understand the principles of psychotherapy. There are those who assume that sensory experience begins with birth. However, once the baby is born, it shows itself capable of translating what it *sees* into what it *does.* If we hold an infant so that it can see your whole face and you stick out your tongue, it will respond by sticking out its own. This is an important phenomenon. The infant is capable of seeing and arranging his facial muscles so that it can respond like a mirror image. How can it locate my face in relation to my body and his face in space? Where has it learned to do so? It didn't learn it of course. It was preprogrammed. The question now is how will this programming be implemented – what is the inner mental planning? *Stern* assumes that we are born capable of abstracting elements of experience into a realm that is not sensory at all. From the moment we start to be, we are capable of hightening our sensory abilities and grasp (hold) the core of the perceptual experience in an amodal fashion. Once we have grasped it, we can reexpress it motorically as action, or in any other sensory fashion.

Many experiments have shown that an infant will indentify visually a pacifier that was in its mouth without having seen it before – it is therefore capable of translating the sensory experience of touch and feeling into visual recognition. There also exists an ability to translate degrees of brightness into degrees of loudness. The infant is able to control and coordinate the sensory and the motor at a high level. This is what we call amodal perception. These perceptions are the starting points of *organizers,* and an

organizer is the key to the birth of self as a separate entity. Once the infant begins to integrate systems of prediction into its inner world, while collecting memories, and combines sensory capability with cognition, with memory, it begins to construct inner isles of coherent combinations. It takes weeks before these isles become mainland. This transformation is accompanied by pleasure, and the buds of this pleasure will reappear in the future during creation or any other activity that substitutes one inner image with another or transforming it into a system of external symbols. It will form the basis for metaphores in the future. It substitutes one internal process for another internal process related to but also different from it. It makes it possible to create symbols and is basic to the possibility to translate an idea or an affect to ryhtmical structure or a sequence of sounds; those very sounds which will later bring about the same affect.

In brief, the equation is as follows: the innate capability of amodal perception creates a convergence point among different sensations. This convergence in turn brings about the emergence of change activities. Once the change occurs, it becomes an action of signalling, which is now being recorded as a momentary sense of selfhood.

This change is being maintained through the developmental process, and we encounter it during psychotherapeutic treatment in all ages. From the patient's point of view, it finds its expression in different potential reactions to the same stimulus, and from the therapist's, in the identical effectivity of different therapeutic approaches, that all stem from different types of perceptions, so long as they are based on the patient-therapist relationship in its symbolic meaning.

I shall now offer two examples for the biological base of psychotherapy. We have all read last June in the AJP about the research carried out in Clark Hospital in Toronto on depressed patients. This study has demonstrated the equal effectiveness of cognitive psychotherapy and antidepressive drugs. This fact has been known to us for many years now. However, the most striking result obtained in the recent study was the discovery of parallel changes in T4 nd TSH levels in the blood as a consequence of both treatments. Cognitive therapy has not only improved the patients' clinical picture and affect, but has also caused physiological change – a correction of hormone levels in the patients' blood.

The second example concerns the investigation of behavioral-cognitive psychotherapy in OCD. Drug treatments of OCD patients have been shown through PET and SPECT scans to cause changes in the blood flow in the Caudate area. Similar results have been reached, using the same scans, with OCD patients who've received cognitive psychotherapy.

Different research, with normal subjects, points to a possible explanation for the equal-effectiveness phenomenon, through the investigation of imagery and its biological manifestations. When we make a movement, for example, we can follow it through the blood flow in the cortex. If we don't move, but just imagine our movement, we observe blood flowing through

the same area as before, albeit in reduced levels. Actually moving and imagining the movement activate the same mechanism in the brain.

Considerable research has been carried out in the last few years with the purpose of understanding the assimilation of music in the brain and its recall from memory, and recent findings in this area shed further light on the present discussion. For instance, we let a student listen to a music cassette with his eyes covered, while he concentrates on the music, we observe on the PET an activation of the audio center in the temporal lobe. Four seconds later, we observe the same phenomenon in the visual center, in the occipital lobe. We understand better now what the term representation actually means. One can either hear or see, or even represent the same event, namely, reconstruct it in one's mind, and the same effect results in one's brain.

Once we've discovered this process, it is left to us to find out the nature of the relationship between it and affect. Let's return to music. Playing scales is represented in our left hemisphere, namely the dominant one. But playing *Bach* causes an activation of the right hemisphere, namely the non-dominant one. We now understand the difference between these two manifestations of musical activity, and the role played by affect in hearing music, but also in recalling a piece played or heard before.

Hence, music and affect are intertwined. Since music is based on rhythm, which is itself rooted prenatal or foetal life, rhythm, warmth and maternal containment are linked together and play a role in psychotherapy.

A linkage has therefore been demonstrated between hearing, seeing, affect and memory. All those functions converge in the Lymbic system. If a subject tries only to *imagine,* to recall something heard once in the past, we can observe the same blood flow in the same cortical regions as if he were hearing that same thing in actual fact, albeit lower in intensity.

John Hadeley was the one who showed how the term *imagery* mechanism can be understood in both the analytic and the biological languages. An image, or »Vorstellung« in *Freud*ian usage, means the awareness of a missing object or event; the image reconstructs features of the object or event. Neurologically speaking, we refer to an electrical transmission of those features from one neuron to another, but this also tells us what are the neurophysiological events needed in order to reconstruct the missing object and turn it into information. And why have I chosen to discuss images? Because they are an example of unconscious activity which can be identified only through *indirect* data. We have here a mental act which can be identified through its influence on conscious speech, or in a dream, on its manifest content. The laws of imagery are identical to those of secondary thinking. And this is mainly so because an image means satisfying the desire for »hallucinatory realization«, which is similar to perception, but independent in its activity, and attached to the mnemonic remnants from which it is created. The neurophysiological description of the unconscious can only be a description of the sequence of activities, but it cannot reveal to us their

meaning, just as computer hardware cannot discuss the language written on the screen. It follows then, that we need a third language informed by the knowledge of the machine and transformable to the viewer's language according to certain relational rules. A language that will connect the amodal perception, which is basically biological, with the abstract-verbal experience. In the abstract world, each expression is a word and each word is an experience, and it is no less real than the neuron in the biological world.

How does all this relate to psychotherapy? Answering another question will enable me to make my final point. What is it, I now ask, that we communicate to the therapist during the psychotherapeutic session? In the context of our previous discussion, I would say that we express verbally internal representations and through the same pathways make the therapist participate in our inner experience. The answer we get, or, rather, the reflection we receive of our transmission can be experienced through many equivalent ways: music, movement, dreaming, prose or silence. Silence does not mean discommunication. As we know from the mother-child relationship, silence can sometimes contain a lot more than words. It depends on the intention expressed through the representation, or, rather, the mutual representation. Mutual representation means the ability to participate in one's described representation and to assimilate the meaning of the sequence from the outside. The representation can be assimilated by each and every sense, not nesessarily the auditory one, because although it is being transferred through verbal communication, it represents several senses participating in the message. That's why we can respond to the same message with different therapeutic techniques focusing on different systems.

Psychotherapie in der Psychiatrie

Shmouel Tyano (Tel Aviv)

Der Autor trifft einleitend folgende Aussagen: Psychotherapie begleitet jede andere Behandlungsmethode, insofern die Arzt-Patient-Beziehung einer der entscheidendsten Wirkfaktoren ist. Die Vorteile der Psychotherapie gegenüber der psychopharmakologischen Behandlung liegen darin, daß ihre Wirksamkeit ohne Nebenwirkungen vonstatten geht und länger Bestand hat. In jedem Fall sollte Psychotherapie Bestandteil einer jeden psychiatrischen Ausbildung sein. Verschiedentlich gab immer wieder Freud der Hoffnung Ausdruck, es möge eines Tages die physiologischen Prozesse, die an der Basis jeden psychischen Erlebens ablaufen, erkennbar werden. Er ließ die Frage offen, ob es wahrscheinlich sei, daß die Physiologie die psychologischen Erklärungsweisen ersetzen werde oder körperliche und seelische Prozesse als identisch angesehen würden. Der Verfasser zeigt im folgenden von unterschiedlichen Standorten aus die Verbindung von körperlichen und seelischen Prozessen auf, wie sie dem psychothera-

peutisch wirksamen Geschehen unterliegen. In der psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, kann man direkt sehen, daß ein Gleichgewicht zwischen Wort und Biologie besteht, das Wort wird biologisch erzeugt, und das Wort kann physiologische Prozesse verändern, wenn es bedeutsam ist.

Den Zusammenhang zwischen Psychotherapie und Physiologie zu erhellen, zieht der Autor die jüngere Säuglingsforschung heran, insbesondere das Werk von *Daniel Stern,* der versucht, den Geist in seinen archaischen Strukturen und deren Ontogenese zu beschreiben. *Stern* kommt in seinen Forschungen zu dem Schluß, daß die Fähigkleit des Menschen, vom sensorischen Erleben weg zu abstrahierenden Elementen der Erfahrung zu kommen, angeboren ist. Mit der Geburt ist der Mensch in der Lage, den Kern der Erfahrung in unspezifischer Weise zu erfassen und auf einem hohen Niveau, die sensorischen und motorischen Systeme zu kontrollieren und zu koordinieren. Das »amodale« Auffassungsvermögen – mit verschiedenen Systemen kann auf den gleichen Reiz reagiert werden – bildet die Basis der inneren Welt, der Variabilität von Verknüpfungen von Gedächtnis, Gefühlen, Erlebnissen, Handeln und Symbolbildung. Und an diesem Punkt setzt die Möglichkeit zur Veränderung in der Psychotherapie an. Als Beispiele dafür, daß die Psychotherapie eine biologische Basis hat, führt der Autor Untersuchungen mit depressiven Patienten (Clark Hospital in Toronto) an, die zeigten, daß kognitive Psychotherapie die gleichen physiologischen Veränderungen wie Antidepressiva bewirken. Ähnliches gilt für Patienten mit schwerer Zwangserkrankung, deren Blutfluß sich in bestimmten Hirnarealen sowohl durch Medikamente als auch durch Psychotherapie veränderte.

Handeln und die Vorstellung des Handelns erzeugen im Gehirn die gleichen Reaktionen, wenn auch in unterschiedlich starker Ausprägung. Mechanismen der Vorstellung (imagery) können in der analytischen und biologischen Sprache verstanden werden. Im Freudianischen Gebrauch meint Bild oder Vorstellung die Vergegenwärtigung des fehlenden Objekts oder des Ereignisses; die Vorstellung rekonstruiert Bilder des Objekts oder des Ereignisses. Neurologisch handelt es sich um elektrische Transmission von einem Neuron zum anderen. Die Vorstellung befriedigt das Bedürfnis nach »halluzinatorischer Realisierung«, sie ist ähnlich der Wahrnehmung, aber unabhängig in ihrer Aktivität und gebunden an Erinnerungen, die sie erzeugen. Neben der mentalen und der neurophysiologischen bräuchten wir noch eine dritte Sprache, die die amodale Wahrnehmung (amodal perception), die biologisch begründet ist, mit der abstrakt-verblaen Erfahrung verbindet. In der abstrakten Welt ist jeder Ausdruck ein Wort und jedes Wort eine Erfahrung, was nicht weniger real ist als das Neuron in der biologischen Welt.

In der Psychotherapie drücken wir verbal innere Representationen aus und lassen den Therapeuten an unserer inneren Erfahrung teilhaben. Die Representation kann von jedem Sinnesorgan aufgenommen werden, nicht notwendigerweise nur vom Gehör, denn, obwohl sie verbal kommuniziert

wird, haben an einer Botschaft unterschiedliche Sinne Anteil. Deshalb können wir auf dieselbe Botschaft mit unterschiedlichen therapeutischen Techniken antworten.

References at the author

Address of the author:

Prof. Shmouel Tyano, M.D.
Gehah Psychiatric Hospital
P.O.B. 102
49100 Petah-Tiqva
Israel

The Essence of Psychiatry**

John L. Carleton* (Santa Barbara)

Psychiatry is the medical specialty which deals with the determining factors of brain function manifested as vicissitudes of emotion, mind and human behavior. The holistic and operational concepts of biodynamic psychiatry and biodynamic psychotherapy transcend any limits previously suggested by the word »psychotherapy«. It is axiomatic that »psychiatry« is at once an integration of biodynamic psychotherapeutic service and all other forms and modalities of our science employed for the purpose of aligning human behavior with optimal personal and social goals. Recently accumulated hard scientific data have confirmed previous psychiatric belief that social influence structures brain anatomy and function. Therefore psychotherapy must continue to be the essence of psychiatry.

The thesis of this paper contends that psychiatry, as a specialty of the profession of medicine, does not exist unless there is an integration of all relevant scientific data, clinical practical experience and the fundamental principles of biodynamic psychiatric therapy and practice. Support for this thesis comes from recent extensive scientific research into the nature of the human brain and the importance from preconception forward of the social context as a structuring force of the neurophysiological realities which we refer to as emotion, mind and behavior. In addition, there is a vast accumulation of clinical experience which justifies this thesis.

With the human brain as the central coordinating organ, the seat of the decider subsystem, the human organism exists for the biological purpose of preserving and perpetuating the existence of its genes. So constructed, human existence is inevitably a social experience. And so the adventure begins.

The brain receives messages from within itself and its attached body and from the surrounding social and physical environments. The brain processes these messages, uses some to determine immediate responses, stores some as memory and discards some without further ado. Having been charged with the responsibility of directing the course of its person, as that person navigates the sea of life, the brain is concerned about a person's physical safety, emotional tranquility and social satisfaction. These words are metaphors for real neurophysiological events which are, »parts« of a whole, a total life experience. That experience can be intellectually (mindfully) addressed only in verbal generalities. However, with benefit of scientific study and accumulation of scientific fact, these generalities can be as meaningfully real as anything else of which we are aware.

Egotistical habit has led us to believe that mind is the dominant reality of existence. Actually, the brain is the power behind that which we call

* M.D., Psychiatrist, Past President of the World Association for Social Psychiatry

** Paper presented at the 11th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XXIVth International Symposium of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) at the Fachhochschule München-Pasing, March 4-8, 1997

mind as well as »the will« and »the consciousness«. We can be aware, consciously, of only a tiny fraction of our brain's activity at any given time. The way our brains operate determines that which we can become aware of. When overwhelmed with fear or panic, our capacity to be aware suffers greatly. Brain processes run amok when life event stressors place excessive demand upon a brain's capacity to maintain its integration. Disintegration, disregulation, diffusion of the decider subsystem occurs. If diffusion continues or reaches a critical level, death of the organism will follow. The same holds true if diffusion of the decider subsystem occurs at any of the seven hierarchical levels of living systems.

Brain, not our conscious minds, »decides« that which we will remember and that which will be delegated to amnestic status. By definition, that is true. Mary's mother left the family home on November 16th of 1989. She moved out and into a house of her own. There was no discussion about her leaving. She just left. Mary was 16, a senior in high school at the time. In her diary she writes as the last line of four pages devoted to other events of that day, »Also, mommy moved out«. Nothing more. She wrote one more entry in her diary on December 27, 1989. Thereafter she stopped writing in the diary. Mary doesn't know yet why she stopped writing.

The human brain, the most complex of organ systems, develops in a progressively more complex manner from conception forward. In this process, more or less effective coping styles are established for the purpose of meeting the demands of life. Mind knows there will be a future, but brain doesn't. Brain responds to the immediate moment. One immediate moment of experience may start a process involving billions of associated neuronal firings which may go on and on and on. How long we don't know, but we do know that a brain will work intensely all night long seeking the answer to a problem of the day before. By early morning, the answer may explode into consciousness. If a brain is repeatedly confounded with contradictory messages and repeatedly forced into double bind situations, that brain will progressively fail to find, let alone act upon a constructive cognitive awareness. When frustrated in its efforts to reach homeostasis, to function effectively, creatively and constructively, a brain may generate with great energy, anger, physical activity, dysfunctions of the autonomic nervous system and acting-out behaviors. If stifled in its attempt to solve the problems of social adaptation, it will develop devious ways as it attempts to achieve its fundamental purpose. The hormonal, physiologic and somatic reactions of stress may develop. Multiple organ and somatic functions may go awry. Headaches, stomach ulcers, muscle spasms and mental confusion may develop. Anxiety, phobias, decreased capacity to concentrate, to read, to enjoy life, a sense of helplessness and hopelessness, sleep disturbances, delusions, hallucinations, obsessions, temper tantrums, rebelliousness, delinquency, chemical abuses and multiple other self-defeating acting-out behaviors may occur.

A brain must dissipate the energy it generates as it strives to direct the course of the personality for which it is responsible. The signs and symp-

toms of psychiatric conditions or disorders are manifestations of the brain's attempt to dissipate and reduce the stress energy which arises within it. The brain attempts to reach homeostasis and to pass on its genes, simultaneously.

Common sense does not dictate how a brain will respond. Social experience conditions a brain to respond in certain ways. An infant doesn't have common sense. An infant has no sense/mind at all. A preverbal brain cannot think, hence, it has no mind. Under the best circumstances it takes years to acquire a brainmind which will govern and control a person so that it is apparent to the casual or well-acquainted observer that a person is exercising common sense. It doesn't make common sense to become so anxious before a school examination that one just can't think of answers to questions easily recited the night before at a review session. Certainly a woman doesn't, out of common sense, repeatedly choose to marry in succession three men who become alcoholic and physically abusive to her. Certainly it isn't a matter of choice that a person is so crushed by a minor disappointment that suicide becomes the only exercised behavioral option. People do not reach a fork in the road and consciously that fork which leads to pain and failure simply because they consciously want to experience pain and failure. People travel a road leading to self-defeat and multiple failures because their brains have been programmed by the social experiences of their developmental years.

Daniel L. Alkon (1992), a psychiatrist and Chief of the Neural Systems Laboratory at the National Institute of Mental Health in Bethesda, Maryland, USA, describes his scientific journey to find how brains store memories. Reading the book, I was impressed with his and its great integrity. Early in his scientific career, *Alkon* became intensely committed to an understanding of the nature of memory storage in the brain. He knew that genetic defect and organic changes could contribute to mental illness. He was more intrigued, however, by how mental disease could arise out of human interaction. He notes, »Among all the variables, socioeconomic status, birth order, physical endowment, intelligence, ethnic background, family lineage – there seemed to be a factor that was comparatively constant. My observation, antecedal and certainly not original, was that trauma can produce long-lasting changes in behavior« (*Alkon* 1992).

Alkon determined that memory is a process which involves molecular change in neuronal structure. These changes have to be relatively permanent. Neuronal protein's changes »triggered the neuron's structural change« (*Alkon* 1992). The protein altered the flow of potassium across the neuronal membrane, altered the arrangement of its branches, and seemed to change the transport of particles within axon and its branches (*Alkon* 1992).

Alkon also described throughout his book the life history of a childhood playmate. This girl experienced enormous physical, sexual and emotional abuse at the hands of her father and others. In a fascinating and poignant manner, *Alkon* develops a clinical formulation consistent with his discove-

ries of molecular level memory storage brain mechanisms. Yet he never loses his empathetic human style. He reflects honestly and unashamedly his feelings in the face of Michelle's unbelievable tragedy.

Alkon's scientific findings are among a rapidly accumulating number of sound scientific facts and data which confirm a statement from a recent paper written by *Allen Shore* (1995). *Shore* writes: »The maturation of corticolimbic systems that neurobiologically mediate essential affective and social regulatory functions is experience-dependent. Over the first and second years of life, the infant's affective experience, especially those imbedded in the relationship with the primary caregiver, elicit patterns of psychological alterations that influence the activity of subcortically produced trophic and bioamines, peptides and steroids that regulate the critical period growth and organization of the developing neocortex«.

I am utterly convinced of the validity of this statement. It is the most exciting statement and fact that I have experienced in the past almost 52 years since I attended Dr. *Ackerly* 's psychiatric lectures during my first year in medical school.

What meaning does *Shore*'s paper have for those of us who spend our professional lives as dynamically-oriented psychotherapists? It means that our long-cherished belief concerning the importance of the caregiver-child symbiotic dyadic relationships are true. Of all the experiences and relationships that a person may have in life, the mother-child relationshops are, by far, the most important. It means, if we want to make the world a better place to live in, we must accept that, of all relationships, we must cherish the mother-child relationship. It means that that fact should become the guiding fundamental principle for all human activity. Nothing in this world is more important than the way we cultivate and foster the development of the mother-child relationship.

Today we are attending a World Congress organized by the World Association for Dynamic Psychiatry. Under the leadership of *Günter Ammon,* The World Association for Dynamic Psychiatry was organized in 1980. *Ammon*'s passion for the truth, his passion for humanitarian causes, his passion for the development of the most effective psychiatric treatments for those who suffer can never be doubted. Daily, for decades, he placed his life on the line for what he believed. There was never any doubt about what *Günter Ammon* stood for. He stood in the front row of the world's leaders and humanitarian fighters. We can rejoice today because of what he did and because he was able to be a leader for the rest of us as we joined him in the most noble of all professional pursuits. We followed him as we strove to become healers in the service of the most stigmatized of all people, those who suffer psychobiological agony, regardless of the cause.

In the supreme novel »War and Peace«, *Tolstoy* (1869/1952) writes of Kutuzov's agony as he endured his own commitment to adhere to a strategy for defeating the Napoleonic armies which had blasted their way into the very heart of Russia. Upon hearing of »the insane, convulsive stampede

of *Napoleon*'s army during its first eleven days after leaving Moscow; a stampede which made possible what Kutuzov had not yet even dared to think of – the complete extermination of the French«. Kutozov »checked him. He (Kutozov) tried to say something, but his face suddenly puckered and wrinkled; he waved his arm at Toll (the messenger) and turned to the corner darkened by the icons that hung there.

'O Lord, my Creator, Thou has heard our prayer...' said he in a tremulous voice with folded hands. 'Russia is saved. I thank Thee, O Lord!' and he wept.» (*Tolstoy* 1952)

I am sure that *Ammon* felt a similar agony as he stood steadfastly committed to his goals to ameliorate the suffering of all those whose maladaptive behaviors caused them so much grief in this world.

At this congress, we seek peace at all living systems levels of human existence. The peace of mind and soul for one individual is inextricably tied to peaceful supranational co-existence and peaceful co-existence at all other systems levels. The violent manifestations of one individual are simply a reflection of the sociocultural violence which permeates our world. If we truly seek peace for one patient, we must truly seek worldwide sociocultural peace in every human transaction, in every human relationship. If we truly seek to reduce the panic or depression or obsessions of one of us, we must truly seek to organize and conduct every form of family, group, organizational, national and supranational systems so that all promote a nurturing human environment.

Shakespeare's Macbeth reflects the nature of human mental agony:

»Macbeth: I'll figth til from my bones my flesh he hack'd.
Give me my armor.
Seyton: 'Tis not needed yet.
Macbeth: I'll put it on. Send out more horses; skirr the country round;
Hang those who talk of fear. Give me mine armor.
How does your patient, doctor?
Seyton: Not so sick my lord.
As she is troubled with thick-coming fantasies,
that keep her from the rest.
Macbeth: Cure her of that.
Canst thou not minister to a mind diseased,
Pluck from the memory a rooted sorrow,
Raze out of the written troubles of the brain,
And with some sweet oblivious antidote
Cleanse the stuff'd bosom of that perilous stuff
Which weighs upon the heart?« (*Shakespeare*, Macbeth, Act V, Scene 3).

The human brain is a self-organizing system whose development occurs in the context of relationships with other brains, that of the primary caregiver is the most important (*Shore* 1995).

Scientific studies (*Shore*) have confirmed that within the hierarchical apex of the limbic system, the right orbital frontal cortex is the location where

interactive attachment experiences are imprinted. It is a psychiatric axiom that there is no greater influence upon the human brain and behavior of one person than that of another. Herein lies the justification for insisting that psychiatry does not exist absent an integration with psychotherapy. Chemical modification of the chemical reactions at synaptic sites is not psychiatry. It is simply a chemical process. Granted, one can study the activity of a single synapse and conclusions from such a study can be generalized to the activity at millions of other synapses. However, if we were to document all of the chemical reactions occuring in a single human organism at a single moment, we would have only a chemical representation of a human being. Chemical medicine helps, in some cases, to regulate brain functioning and simultaneously promote more adaptive intrapsychic and interpsychic behaviors. I have no argument with that reality. I have no argument with the science of brain pharmacology.

The science and art of psychiatry include chemistry, pharmacology and, in fact, information from all of the basic sciences. The science and art of psychiatry include all of the modalities, procedures and transactions of all forms of ameliorative services practiced anywhere in the world. The science and art of psychiatry is an integration of all of these for the purpose of synthesizing a psychotherapy which reflects to a greater or lesser extent each and all of the separate parts but which becomes a whole which is greater than the sum of these parts. That is the meaning of the integration which equals psychiatry. Psychiatry is a holistic organization, a speciality of the medical profession which is effectively and constructively greater than the totality of its individual parts.

Participating as we are in this congress, we are seeking an ever-evolving whole of greater complexity and greater meaning. Simultaneously, in the words of *George Vasilliou* (personal communications) we are committed to keeping our hearts always together. Corticolimbic circuits mediate regulatory, homeostatic and attachment functions of the human brainperson. »From the moment of birth the primary caregiver plays an essential role in the regulating her infant's psychobiological states« (*Shore* 1995). The caregiver's own emotional state is transmitted to the infant through facial expression, olfactory-gustatory and tactile thermal sensory modalities. The infant's emotional state mirrors that of its caregiver. The infant's developing brain »feels« what mother feels and to a significant degreee responds as mother responds. Bathed in the nurturing glow of mother's acceptance, the infant is secure and trouble-free. Having the freedom to alternatively meet and to look away from the caregiver's eyes, the infant's brain progressively receives joyful stimulation from the caregiver and begins to initiate a sense of joy as it experiences progressively evolving self-determination in its relationship with the outside world. In return, the nurturing caregiver experiences true joy as the pleasure experienced by the infant is expressed. The shared mutual reward from this dyadic interchange encourages critical psychobiological changes in the developing infant's brain. *Shore* quotes

Field (1985): »Psychobiological atunement is now thought to be the mechanism that mediates attachment bond formation«. Positive affects are encouraged, negative affects are discouraged in this blissful state of joyful involvement which occurs during the early part of the first year of life. Attachment to the caregiver is literally a built-in reality for the infant and the caregiver. The potential for lifelong attachments are similarly built into the infant's brain. *Shore* (1995) reports that *Travarthen's* work (1993) underscores the principle that the baby's brain growth requires brain-brain interactions which occur in the context of positive relationships between mother and infant. There is a specific use of »the output of the mother's emotional regulationg right cortex as a template for the imprinting, the hardwiring of circuits in (the infant's) own right cortex that will come to mediate his expanding affective capacities«.

A mother's face can trigger levels of endogenous opiates which are responsible for the baby's pleasure and social interaction, social affects and attachment. Dopamine is released from the anterior regions of the reticular formation and the ventral tegmental area, thereby triggering an elevation of dopaminergic-driven energy-mobilizing sympathetic-dominant ergotropic arousal and dopamine elation.

The symbiotic entertainment which can occur between a mother and her child, between the mother's mature and the infant's immature nervous systems, heightens sympathetic activity in the stimulated brain of the child, resulting in positive affect, alert activity and behavioral activation. Inhibition of brain activity is an underlying component of depression (*Carleton* 1989). It is easily apparent how a positive mother-child dyad can have an antidepressant effect upon the brain of a developing child. By the same token, negativity in the dyad can produce depression or can imprint the developing child's brain circuitry for a later depression.

In addition, *Shore* (1995) states that the mother's right brain »regulates the infant's production of neurohormones and hormones which influence the activity of gene-action systems which program the structural growth of brain regions that are essential to the future socioemotional and development of the child.«

A View of Psychotherapy

The essence of psychiatry is psychotherapy. The essence of psychotherapy is a specific kind of authentic emotional feeling which a therapist holds for a patient and the ameliorative intrapsychic response to that affectivity within the patient. It is, therefore, a reciprocating affectivity. The capacity of the therapist to have what *Seguin* (1966) calls »psychotherapy Eros« is essential to the process. I find a similarity between the psychotherapeutic Eros of *Seguin* and the writings of *Paul* as recorded in Corinthians 1-13 where *Paul* speaks of love: »Love is patient; love is kind and envies no one. Love is never boastful, nor conceited, nor rude; never selfish

never quick to take offense. Love keeps no score of wrongs; does not gloat over other men's sins, but delights in the truth. There is nothing love cannot face; there is no limit to its faith, its hope, and its endurance.«

Seguin (1966) describes his psychotherapeutic Eros as »a unique kind of love, distinct from all others;... free from a) authority or any tendency to possession; b) identification; c) dogma; d) imposition of values, rules or knowledge; and e) sexual attraction.« It is »a) love for the patient or, for the person of the patient. This means that it is not a form of 'humanitarian' love that physicians must feel toward the sick as sick, but it is an authentic movement toward the unique individual who is before him – who is this one and not another – who is not a 'sick man', but a man; b) it is indestructible.«

Ferenzi, in his last therapeutic theory stated: »the indispensable healing power in the therapeutic gift is love. When this love is offered with openness and honesty, in the service of expert skill, it works as leaven: a leaven which lightens and effectively dissipates the burden of neurotic suffering and brings renewal of integrity and health.« (quoted by *de Forest* 1965)

There is reason to believe that the central integration of two people is the affectivity between them we call love. Love is the equivalent metaphor of homeostasis; one referring to an interpersonal dyad, the other to a state of relative intraorganism tranquility. The recognition that the autonomic nervous system processes we call emotions never exist in isolation from a social context. This recognition is crucial to our understanding of psychotherapy. Thus, to treat the chemistry of synaptic activity without relating psychotherapeutically to the social context is professionally abusive.

For many years we have used various metaphors to communicate our understanding of phenomena which occur in psychotherapeutic and other social interactions. Among these, transference, countertransference, resistance, amnesia, dissociation and others. Dynamic psychotherapeutic principles have been developed to facilitate treatment in the light of these metaphors. Many of these, *Alkon* (1992) writes, »parts of *Freud*ian theory and treatment can be readily translated into terms of conditioned emotional responses. Early emotional experiences, if traumatic, are preceding chapters for minimizing attention, or distracting. Painful memories are avoided by compulsive behavior, fantasizing or dulling the senses.«

Hard scientific data now confirm the rationality and the efficacy of these earlier concepts founded upon intuitive and clinical experiences. We now have scientific data, neurophysiological and neurochemical, which records the reciprocal responsivity of orbital frontal cortexes, corticolimbic tracts and of connections between the limbic system and the entire brainbody. These phenomena exist as social living system integrations which can be most fully understood as such. Classification systems are not diagnostic systems. Diagnostic systems seek the fullest form and extent of available knowledge, understanding and wisdom. It is suggestion that a diagnostic tag represents a concrete reality. Diagnostic formulations contri-

bute to and facilitate dynamic interpersonal psychotherapy and are consistent with the scientific facts as we know them to be today.

Psychotherapy is a process which occurs when two or more people get together for the purpose or promoting the wellbeing of a designated patient. Actually, both patient and therapist must experience an improvement in their wellbeing, else the therapeutic process will not occur. *Hudolin* (personal communications) suggests that the two or more people so involved are actually cotherapists in a mutual process.

Harold Eist, current president of the American Psychiatric Association wrote: »We have solidly established over years of successful practice the high value of psychotherapy as a core psychiatric discipline, in spite of those who dismiss psychotherapeutic interest as a mere fascination with the idiosyncratic« (*Eist* 1997).

The process is interpersonal. There is an inevitable dynamic which occurs when people are together and are associating with each other. That dynamic is intensified when the togetherness is structured to occur in a limited and relatively confined space for the specific purpose of relieving symptoms of emotional, including psychosomatic distress. Inevitably, when people are together they exert a dynamic influence on each other. When two brains come together, they send and receive meaningful messages to and from each other. The prototype and the most powerful therapeutic relationship is the original caregiver-infant/child interaction. A healthy mother is thrilled, overjoyed with the arrival of her wet smegma-covered screaming infant. Her somatosensory and prosodic messages are immediately received by the infant whose total brainbody response furthers the mother's joy. A healthy psychotherapist must experience empathetically the pain and sadness of an emotionally troubled and discouraged patient. The therapist must experience joy as that patient's symptoms become less intense and the patient experiences personality growth and development.

Selye (1976) wrote: »For my stress stems from the urge to help and not to judge. (...) I cannot, and should not, be cured of my stress but merely taught to enjoy it.« If you have the urge to help, if the pain of another is emphatically painful to you and causes you stress, teach yourself to enjoy it through the therapeutic interpersonal relationship with others of a similar ilk.

While writing about schizophrenia, *Sullivan* (1962) wrote: »Everyone and anyone is much more simply human than otherwise, more like everyone else than different and the data of interpersonal phenomena which may be derived in participant observation with him are relevant.« With a similar understanding of interpersonal relationships, *Thoreau* wrote: »You cannot receive a shock unless you have an electrical affinity for that which shocks you. He who receives an injury is to some extent an accomplice of the wrongdoer.« (quoted by *Sullivan* 1962).

Neurophysiological research has demonstrated that the exchange of facial expressions between mother and infant can stimulate the production

of neurochemicals including endorphins and dopamine and these chemicals inititate a neurochemical turn on of the genes which initiates important developments in the frontal limbic neurocircuitry of the incompletely formed infant brain. Fortunately, a psychotherapeutic experience can occur at any age of life. It can initiate neurophysiological and healthy neurochemical changes in the frontal limbic, hypothalamic and pituitary brain systems and in the entire brainbody unity.

A positive psychotherapy service should be a part of every patient-therapist relationship regardless of the discipline or speciality of the caregiver. Just as mothers, fathers, sisters and brothers, grandparents, aunts, uncles, cousins and close friends play a health-promoting part in the process involved in stimulating the healthy growth of an infant's brain capacity. Other patients, ward staff on a psychiatric hospital, janitors, volunteers and town mayors can also play meaningful roles in the promotion of symptom disappearence and positive healthy personality growth and development.

Hudolin (1981) found that the degree of success for any of the Clubs for Treated Alcoholics was directly dependent upon the quantity and quality of the support which a club received from its contextual, professional, social, industrial, media and governmental involvement. *Hudolin* encouraged mayors of Yugoslovakian towns to sponsor meetings, picnics and social events, specifically for one or more clubs of treated alcoholics. *Hudolin* organized yearly national meetings attented by as many as 1500 club members. He developed a newspaper, publications and other forms of communication. Club members were encouraged to actively concern themselves meeting. He encouraged spouses of club members to support each other and to visit each other's homes in the spirit of neighbourly goodwill. The most fully supported clubs were 80% effective in promoting alcohol abstinence among club members.

In Santa Barbara we have organized the *Caboodle House* therapeutic group in conjunction with a legal entity, the Psychiatric Foundation of Santa Barbara. For almost 28 years it has operated as a primary group extened therapeutic family process for the treatment of emotionally disabling brainbody systems and the encouragement of healthy, constructive and positive biopsychosocial behaviors. Some members of the care group live together in a self-governend, self-sustained house located in a substantial upper-middle class neighborhood of Santa Barbara, California. Members of the group meet seven days a week for »breakfast group« and eat family-style dinners prepared by alternating members of the cooking cycle five nights a week. A weekly progress report from each member and the mechanics of the every day operations of the group house are reviewed at a house meeting every Sunday afternoon which begins at 5 p.m. House jobs are completed before the house meeting. A potluck dinner and foundation meeting attended by between 20 to 30 people from Santa Barbara and as far away as Los Angeles begins at 6.30 p.m. the first Friday of

every month. Spontaneous interchange at any time of the day or night is fostered by the mutually inter-responsible commitment of the members. Members participate in individual and group dynamic psychotherapy. Everyone involved in our community is there to get and give help. The overarching value of goodwill and acceptance of all that is human is a central principle of our therapeutic orientation.

Every effort is made to encourage all of those of us who are involved to focus on the existing moment of an interpersonal relationship, to address today's reality as best we can and to refrain from worrying about tomorrow or the next year. We delibarately refuse to set time limits for the therapeutic process. The setting of economically based time limits and frequencies of therapeutic interaction is anti-therapeutic and not predicated upon the neurophysiologic nature of the human brain. If a human interaction process does not stimulate the healthy production of endorphins and other healthy neurophysiologic responses, it is not therapeutic. Psychotherapy cannot be predicated upon, controlled, dictated or authorized treatments which are based upon economically contrived actuarial statistics. Psychotherapeutic consorting with such procedures is tantamount to selling one's soul to the devil.

It is in this light that we who are part of the Caboodle House therapeutic community come together and work together to find ways to ameliorate our human pain and to cultivate more joyful ways of relating to ourselves and to others.

This orientation works on a small scale in Santa Barbara. Perhaps it could work on a worldwide scale. After all, we all share the same brainbody realities and every mother's joyful smile is the source of her infant's euphoria.

Psychotherapie als Kern der Psychiatrie

John L. Carleton (Santa Barbara)

In seinem Aufsatz über das Wesentliche der Psychiatrie betont der Autor, daß Psychotherapie der Kern der psychiatrischen Wissenschaft sei. *Carleton* versteht Psychotherapie als eine biodynamische Wissenschaft. Biodynamisch meint hier die Verbindung von psychischen, sozialen, emotionalen und physiologischen Aspekten. Psychotherapie wird in dem Sinne ganzheitlich verstanden, als sie nicht nur Auswirkungen auf Verhalten und Erleben des Patienten hat, sondern auch auf neurophysiologische Prozesse und den Gehirnaufbau.

Psychiatrie als wissenschaftliche Disziplin verlangt eine Integration verschiedener Ansätze. Neben der Wichtigkeit neurophsychologischer und chemischer Grundlagenforschung und ihrer klinischen Anwendungswissenschaften betont der Autor, daß Psychiatrie auch eine Metatheorie benötigt, bei der ein humanistisches Menschenbild im Vordergrund steht.

Carleton beginnt seine Ausführungen mit einer Beschreibung von hirnphysiologischen Vorgängen, die die Grundlage für die körperliche Intaktheit, aber auch für soziales Verhalten, kognitive Prozesse und emotionales Erleben bilden. Das Gehirn ist die Kraft, die hinter dem Verstand und dem Bewußtsein wirkt. Die Verknüpfungen und Verschaltungen des Gehirns beeinflussen unser Bewußtsein, ohne daß sie selbst bewußt sind. Im Gehirn wird auf vorbewußter Ebene Information aufgenommen und dann entweder gespeichert und ins Bewußtsein gebracht oder ausgefiltert. Gründe, warum manche Informationen nicht in das Bewußtsein gelangen, beruhen im Inhalt und in der Menge dieser Informationen.

Das Gehirn strebt stets einen Zustand der Homöostase an. Gelangen zu viele oder überwältigende Informationen in das Gehirn, die seine Verarbeitungskapazität übersteigen, wird Information ausgefiltert. Amnesien können die Folge eines traumatischen Zustandes sein. Ungelöste Probleme beschäftigen das Gehirn auch im Schlaf, so daß einem Schläfer beim Erwachen die Lösung seines Problems einfällt. Widersprüchliche Informationen führen zu einer gesteigerten Aktivität, was bei längerem Anhalten zu Streßsymptomen führen kann, die dann das ganze Individuum betreffen.

Wie ein Individuum reagiert, bildet sich über seine sozialen Erfahrungen heraus. Das Gehirn lernt, auf bestimmte Situationen in bestimmter Weise zu reagieren. Dies hinterläßt im Gehirn Spuren, es werden gleichsam Wege gebahnt, in denen das Gehirn gelernt hat, sich zu bewegen und zu reagieren. Dieser Prozeß geschieht über jahrelange Lernprozesse, die in der frühesten Kindheit ihren Ursprung haben. Gerade die ersten zwei Lebensjahre, in denen sich das Wachstum und die Organisation des Neocortex vollzieht, sind von entscheidender Bedeutung für die spätere Persönlichkeitsstruktur und Verhaltensweisen.

Der Autor sieht dieses Ergebnis neurophsychologischer Forschung als Beweis für die langgehegte Überzeugung von Psychotherapeuten, daß die ersten zwei Lebensjahre und die dyadische Beziehung zwischen Mutter und Kind entscheidend zur späteren Persönlichkeit des Kindes beitragen. Von dem Moment der Geburt an spielt die Mutter oder eine andere Primärperson eine wesentliche Rolle bei kindlichen Regulationsvorgängen. Der mütterliche Gesichtsaussdruck, olfaktorische, gustatorische, thermische und taktile Reize bilden die unmittelbare Umgebung des Kindes, die seine Entwicklung fördern oder behindern. Dies geschieht über eine unmittelbare Korrespondenz von Umweltreizen und den neurophysiologischen Prozessen, mit denen das Kind auf diese Umweltreize antwortet. Das sich entwickelnde kindliche Gehirn »fühlt« quasi was die Mutter fühlt. Der mütterliche Gesichtsausdruck löst im kindlichen Gehirn die Ausschüttung bestimmter Endorphine und Neurotransmitter aus, so daß der emotionale Zustand des Kindes gleichsam den Spiegel der mütterlichen Verfassung bildet.

Umgeben von der Fürsorge und Akzeptanz der Mutter, fühlt sich das Kind geborgen und spannungsfrei. Dies ist die Basis, von der aus das Kind

die Welt erkundet. Begleitet von dem mütterlichen Blick beginnt es sich selbständig mit Reizen der Außenwelt zu beschäftigen, wobei es sich immer mit Blicken rückversichert und auf das freudige Mitgehen der mütterlichen Empfindungen angewiesen ist. Die Mutter-Kind-Dyade legt den Grundstein für lebenslange Beziehungsmuster, da diese Beziehung eng mit der kindlichen Entwicklung des Gehirns verknüpft ist. Das kindliche Erleben bildet neuronale Strukturen im Gehirn aus, die für spätere Erlebnisweisen verantwortlich sind. *Carleton* sieht schon in dieser frühen Phase den Grundstein gelegt, für eine spätere Neigung des Individuums, mit Deperssionen zu reagieren oder nicht. Die Rolle der Mutter liegt in der Unterstützung des unreifen kindlichen Gehirns. Positive Affekte regen die kindliche Hirnaktivität an, die für das Wachstum und die Organisation des Neocortex verantwortlich ist. *Carleton* bezieht sich bei diesen Ausführungen auf Autoren wie *Shore, Travarthen* und *Field.*

Carleton versteht Psychotherapie als interpersonellen Prozeß, bei dem sowohl der Patient als auch der Therapeut zu einem Zustand besseren Wohlbefindens gelangen. In einer Gruppe fungieren Gruppenmitglieder als Kotherapeuten. Die Mutter-Kind-Beziehung mit ihren spezifischen Themen der Fürsorge und des Nährens versteht *Carleton* als Prototyp jeder therapeutischen Situation. Das wechselseitige Aufeinandereingehen und die Bemühung der Mutter, die Botschaften des Kindes zu entschlüsseln und adäquat darauf einzugehen, sind wichtige Themen der Psychotherapie. Eine gelungene Verständigung erfüllt sowohl Mutter wie auch Kind mit Freude. So wie die Mutter muß auch der Therapeut mit Freude erfüllt sein, wenn die Symtome des Patienten langsam verschwinden und der Patient beginnt, eigene Entwicklungsschritte zu unternehmen. Die Entwicklung des Patienten wird durch die empathische Einfühlung des Therapeuten erreicht. Auch in der Psychotherapie werden durch die empathische Einfühlung des Therapeuten neurochemische Prozesse in Gang gesetzt, die die neuronalen Verknüpfungen im Gehirn des Patienten verändern und ihn zu anderen sozioemotionalen Erfahrungen befähigen. Diese neurophysiologischen Veränderungen können nach *Carletons* Ansicht nicht durch die Gabe von Psychopharmaka erreicht werden. Medikamente können höchstens unterstützende Wirkung zeigen, nie aber die hirnstrukturierende Wirkung eines empathsichen Kontaktes ersetzen. Psychotherapie bleibt für ihn das Herzstück der Psychiatrie.

Am Ende seiner Arbeit beschreibt der Autor ein Beispiel einer therapeutischen Wohngemeinschaft in Santa Barbara, Kalifornien. Dieses sozialpsychiatrische Projekt hat die Aufgabe, psychisch Kranken eine Primärgruppenerfahrung zu ermöglichen, die sie in einer positiven biopsychischen Entwicklung unterstützt. In dem seit fast 28 Jahren bestehenden Projekt leben hier Menschen in einer Art Familienverband zusammen. Sie organisieren ihr Zusammenleben selbständig. Einmal wöchentlich findet eine gemeinsame Sitzung statt, bei der die Probleme des Zusammenlebens besprochen werden. Die Dienste, die erledigt werden müssen, rotieren innerhalb

der Gruppe. Außerdem werden Berichte über den Verlauf geschrieben. Alle Mitglieder nehmen darüber hinaus an einer Gruppen- oder Einzeltherapie teil. Das gemeinsame Zusammenleben steht unter dem Ziel und der Aufgabe gegenseitiger Fürsorge und Akzeptanz. In dieser Umgebung sollen die Bewohner zu einer größeren Lebensfreunde gelangen, die nicht therapeutisch verordnet werden kann, sondern nur durch soziale Kontakte entsteht. *Carleton* versteht die Arbeit in dieser Gemeinschaft als einen kleinen Beitrag zu einem humaneren Zusammenleben, das nicht nur in dieser kleinen Gruppe verwirklicht werden sollte, sondern, als utopisches Fernziel, auch auf einer globalen internationalen Ebene.

References

Alkon, D.L. (1992): Memory's Voice: Deciphering the Mind-Brain Code (New York: Harper Collins)
Carleton, J. (1989): Social psychiatry and affective disorders. In *J.G. Howell:* (Ed.): Modern Perspectives in the Psychiatry of the affective disorders (New York: Brunner/Mazel)
de Forest, I. (1965). The Haven of Love. (Hamden: Archon Books)
Eist, H.I. (1997): On Psychotherapy. In: Psychiatric News (22)
Field, T. (1985): Attachment as psychobiologic attunement; being on the same wavelength. In: Kiete, M. and Field, T. (Eds.): The psychobiology of attachment and separation (Orlando: Academic Press)
Hudolin, V. (1981): Alcohilism. In: Hudolin, V., Carleton, J. (Eds.) Social Psychiatry (New York: Plenum Press)
Paul (1961): The New English Bible, New Testament (Oxford: University Press)
Seguin, C.A. (1966): Human Values in Psychotherapy. Procedings of the IV World Congress of Psychiatry, Madrid, September 5-11, 1966
Selye, H. (1976): Stress in Health and Disease (Boston: Butterworth's)
Shakespeare, W. (1952): Macbeth. In: Great Books of the Western World (Encyclopedia Britannica, Inc.)
Shore, A.N. (1995): The Experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex in the origin of development psychopathology. In: Development and Psychopathology (in press)
Sullivan, H.S. (1962): Schizophrenia as a Human Process (New York: W.N. Norton & Company)
Tolstoy, L. (1952): War and Peace. In: Great Books of the Western World (Encyclopaedia Britannica, Inc.)
Travarthen, C. (1993): The self born in intersubjectivity: The psychology of an infant communication. In: U. Heissen (Ed.) The perceived self. Ecological and interpersonal sources of self-knowledge (New York: Cambridge University Press)

Address of the author:

John L. Carleton, M.D.
656 Romero Canyon Road
Santa Barbara, California 93108
USA

Das Humanstrukturmodell**

Ilse Burbiel (München)*

Anliegen der Autorin ist es, das Persönlichkeitsmodell der Dynamischen Psychiatrie Günter Ammons, das Humanstrukturmodell, in seiner strukturell-systemischen, gruppendynamischen, energetischen und prozessualen Formulierung vorzustellen und aufzuzeigen, wie sich diese Formulierungen konsequenterweise aus den Grundstrukturen des dynamisch psychiatrischen Menschenbildes ableiten lassen: a) die konstruktive Aggression als eine wesensimmanente auf die Umwelt gerichtete Aktivität des Menschen, b) Identität und Gruppe, die dialektisch aufeinander bezogen sind, c) Sozialenergie als der Transmitter zwischen Individuum und Gruppe, d) das Unbewußte als der dynamische Kern der Identitätsentwicklung. Nach Ammon ist Identität unter dem Entwicklungsaspekt betrachtet ein fortwährendes Suchen, eine fortwährende Entwicklung, die gruppendynamisch bedingt, auch gestört ablaufen kann. Die Autorin diskutiert die grundlegenden Formulierungen des Modells und die daraus abgeleiteten Implikation für die praktische therapeutische Arbeit. Die Studie geht dann kurz auf die Konsequenzen dieses Modells für Diagnostik und Forschung ein.

Dynamische Psychiatrie bedeutet zunächst die Verbindung von Psychoanalyse und Psychiatrie. *Günter Ammon* hat darüber hinaus nicht nur die psychoanalytischen Konzepte weiterentwickelt bzw. neu formuliert, sondern wesentlich das gruppendynamische und sozialenergetische Denken in das psychoanalytische Persönlichkeits- und Therapieverständnis seiner Dynamisch-Psychiatrischen Schule integriert. Der erste entscheidende Schritt auf diesem Weg geschah durch die Neuformulierung des Aggressionskonzeptes in den späten sechziger Jahren. In Loslösung von der *Freud*ianischen Theorie des Aggressionstriebes nahm *Ammon* die Aggression im Sinne des »ad gredi« als eine primär konstruktive Entwicklungskraft des Menschen an, die sich lebensgeschichtlich erst durch spezifische destruktive Gruppendynamiken zu dem entwickelt, was gemeinhin unter Aggression im Sinne einer zerstörerischen Kraft verstanden wird (*Ammon* 1970). Diese Entwicklung entsprach *Ammons* positivem Menschenbild und war kohärent mit seinem Glauben an die Entwickelbarkeit des Menschen in und durch die Gruppe im Sinne einer Kreativierung bzw. Rekreativierung der menschlichen Persönlichkeit. Durch die Einbeziehung der Aggression in die zwischenmenschlichen Beziehungen wurde der Weg frei, nicht nur für die Integration gruppendynamischen Denkens als einem zentralen Theoriebestandteil für menschliche Entwicklung überhaupt, sondern auch für das Verständnis von gesunder und kranker Persönlichkeit im Rahmen des von ihm im Jahre 1976 neuformulierten Persönlichkeitsmodells, des Humanstrukturmodells.

* Dr. phil., Dipl.-Psych., Klin.-Psychologin/Psychotherapeutin (BDP), Leiterin der Psychologisch-Diagnostischen Abteilung der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige, Lehranalytikerin und wissenschaftliche Leiterin des Münchner Lehr- und Forschungsinstitutes der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP)

** Vortrag gehalten auf dem 11. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XXIV. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) an der Fachhochschule München-Pasing, vom 4.-8. März 1997.

Das Humanstrukturmodell entstand aus der Notwendigkeit heraus, die Borderline-Patienten mit ihrer Vielfalt an Symptomen, pathologischen Erlebens- und Verhaltensweisen in der Tiefe zu verstehen und das psychopathologische Syndrom als ein eigenständiges einheitliches Krankheitsbild zu fassen. Diese Entwicklung bedeutete eine endgültige Abkehr vom *Freud*ianischen Schichtenmodell hin zu einem Strukturmodell der Persönlichkeit und die Ablösung von der Ich- und Objektpsychologie hin zu einer Identitätspsychologie. Diese Entwicklung war so bedeutsam, daß danach *Ammon*s Psychoanalyse den Namen Humanstrukturologie erhielt.

Die vorliegende Arbeit soll das Humanstrukturmodell *Günter Ammon*s in seiner strukturell systemischen, gruppendynamischen, energetischen und prozessualen Formulierung sowie das Gesundheits- und Krankheitsverständnis vorstellen und aufzeigen, wie sich diese Formulierungen konsequenterweise aus den Grundstrukturen des Dynamisch-Psychiatrischen Menschenbildes ableiten lassen. Abschließend soll kurz auf die Konsequenzen dieses Modells für Diagnostik, Therapie und Forschung eingegangen werden.

Das Humanstrukturmodell basiert auf dem von *Ammon* explizit formulierten Menschenbild, an dem auch Diagnostik, Therapie, Prophylaxe, Theorieentwicklung, Ausbildung, Wissenschaft und Forschung der Dynamischen Psychiatrie orientiert sind (vgl. Abb. 1):

1. Der Mensch ist in seinem Wesen konstruktiv, d.h. er ist von Geburt an mit einer konstruktiven Aggression, d.h. einer auf die Umwelt gerichteten Aktivität, ausgestattet, die »im Sinne des ad gredi, des Herangehens an Menschen und Dinge... als Vehikel allen menschlichen, liebenden und schöpferischen Tuns« aufgefaßt wird. »Ad gredi ermöglicht Leistung, Liebe und damit Selbstverwirklichung« (*Ammon* 1970). Unter dem Einfluß pathologischer Gruppendynamiken der früheren Lebensgruppen des Kindes, insbesondere der Primärgruppe kann es zur pathologischen Verformung, d.h. destruktiven und/oder defizitären Verformung, der Aggression kommen. Interessant ist, daß auch die moderne Evolutions- und die Bindungstheorie von einer »biologischen Ausstattung des Säuglings zur Orientierung und Interaktionsbereitschaft« sprechen, dessen »Verhaltensorganisation... aber einer sozialen externen Regulation« bedarf *(Grossmann* 1994). Ist Aggression der Ausgangspunkt des Dynamisch-Psychiatrischen Menschenbildes, so ist

2. Identität sein zentraler Kern. *Ammon* hat im Identitätskonzept ein Bild vom Menschen entwickelt, der nach Selbstverwirklichung und einem Sinn im Leben strebt und »dessen Bedürfnisse in ihrer Einzigartigkeit anerkannt, bestätigt und befriedigt werden sollen« (*Ammon* 1970). Identität macht Aussagen über die Ganzheitlichkeit, Mehrdimensionalität, Gruppenbezogenheit und Prozesshaftigkeit des menschlichen Wesens. Der Mensch ist ganzheitlich in seinen seelischen, geistigen und körperlichen Seiten und mehrdimensional in seinen Bedürfnissen, Interessen, Fähigkeiten, Fertigkeiten, in seinen gesunden und kranken Anteilen, entscheidend auch

Dynamisch-Psychiatrisches Menschenbild	Humanstruktur Formulierungen	+ Gesundheits- und – Krankheitsverständnis
1. Konstruktive Aggression		
2. Identität Einzigartigkeit Ganzheitlichkeit Mehrdimensionalität	**Strukturdynamisch** Humanstruktur als eine ganzheitliche und mehrdimensionale, hierarchisch gegliederte Struktur, deren Elemente (Humanfunktionen) in einem synergistischen, sich wechselseitig regulierenden und dynamischen Zusammenhang stehen (= System).	+ Hier vorwiegend konstruktive mehrdimensionale und integrierte Humanstruktur – vorwiegend destruktive und defizitäre dimensional reduzierte und brüchige integrierte Humanstruktur
3. Gruppe Gruppendynamik Sozialenergie	**Gruppendynamisch** Humanstruktur als der strukturelle Niederschlag der vom Individuum gemachten gruppendynamischen Erfahrungen	+ verinnerlichte vorwiegend konstruktive Gruppendynamiken – verinnerlichte vorwiegend destruktive und defizitäre Gruppendynamiken
4. Unbewußtes	**Energetisch** Humanstruktur als manifestierte Sozialenergie	+ Umwandlung von Sozialenergie in Humanstruktur durch sozialenergetischen Austausch zwischen Individuum und Gruppe – gestörte Umwandlung von Sozialenergie und Humanstruktur durch blockierte sozialenergetische Austauschprozesse zwischen Individuum und Gruppe
5. Entwicklung	**Prozessual** Humanstruktur als offenes System in ständigem sozialenergetischem Austausch mit den umgebenden Guppen	+ Ständige Entwicklung: Erweiterung und Differenzierung der Humanstruktur – Arretierte Entwicklung

Abb.1: Humanstrukturkonzept, Gesundheits- und Krankheitsverständnis formuliert auf der Grundlage des Dynamisch-Psychiatrischen Menschenbildes

in seinen menschlichen Möglichkeiten und Potentialen. Identität macht also die augenblickliche Ganzheit der Persönlichkeit aus. Sie ist gleichzeitig die seelisch-geistige Kraft, die die Mehrdimensionalität des Menschen integriert. Ganzheitlichkeit, Mehrdimensionalität und Integration sind in dem *Ammon*schen Menschenverständnis drei aufeinander bezogene Begriffe: eine strukturierte Ganzheitlichkeit impliziert Mehrdimensionalität, die ihrerseits wiederum integriert sein muß, damit Ganzheitlichkeit gegeben ist.

3. Identität ist nur in Beziehung zur Gruppe zu denken. Der Mensch ist ein Beziehungswesen, d.h. er wird in ein Feld von Beziehungen und Gruppendynamiken hineingeboren, lebt und entwickelt sich ein Leben lang in den verschiedensten Gruppen. Der Mensch kann in Gruppen gesund, aber auch krank werden, in seiner Identität sich konstruktiv entfalten, aber auch behindert oder destruktiv verformt werden. *Ammon* analysiert und bewertete die Gruppe immer im Hinblick auf die Entwicklung und Veränderung menschlicher Identität, die untrennbar an ein Beziehungsgeflecht zu anderen Menschen gebunden ist. Er hebt somit die Trennung von Individuum und Gruppe auf. Er betont die Unteilbarkeit von Mensch und Beziehung im Sinne eines synergistisch-dialektischen Prinzips: »Der Mensch entwickelt seine Identität in der Gruppe. Der Gruppenbezug integriert ihn, die Identität differenziert ihn aus der Gruppe heraus« (*Ammon* et al. 1982).

Dabei stellt die Sozialenergie (*Ammon* et al. 1981, *Ammon* 1982), d.h. die psychische Energie, die durch zwischenmenschliche Kontakte entsteht, den »Vermittler zwischen dem Einzelnen und der Gruppe dar. Sozialenergie ist die Kraft, die Struktur, Dynamik und Prozeß von Identität und Gruppe trägt. Mittels der Identität jedes Einzelnen wird eine Auseinandersetzung in der Gruppe eingeleitet, die Kontakte innerhalb der Gruppe herstellt und Sozialenergie entstehen läßt« (*Ammon* et al. 1981). In der Einheit von psychischer und sozialer Energie wird formuliert, was zwischen den Menschen geschieht, was Beziehung ist und was den Menschen zu einem aktiven und lebensgestaltenden Wesen macht.

4. 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 bezeichnet *Ammon* als den »dynamischen Kern der Identitätsentwicklung« (*Ammon* 1979). Es ist durch die gruppendynamischen, sozialenergetischen Erfahrungen qualitativ strukturiert und energetisiert sowohl in konstruktiver, destruktiver als auch in defizitärer Hinsicht. Das Unbewußte ist außerdem der Ort der menschlichen Möglichkeiten und Potentiale und enthält somit die Dimension der Zukunft (*Ammon* 1982c).

5. 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).

Aus diesen Grundstrukturen des Menschenbildes folgt konsequenterweise, daß das Persönlichkeitsmodell der Dynamischen Psychiatrie

1. ein ganzheitliches und mehrdimensionales Modell ist. Die körperlichen, seelischen und geistigen Funktionen des Menschen sind untrennbar miteinander verbunden. Sie bilden eine Einheit und stehen in einem ganzheitlichen synergistischen Zusammenhang, d.h. in jedem Erleben und Verhalten wirken körperliche, seelische und geistige Persönlichkeitsfunktionen oder in *Ammons* Terminologie Humanfunktionen zusammen. Dabei kann es nicht um einen monokausalen oder multikausalen Zusammenhang der Funktionen untereinander gehen, sondern immer um ein wechselseitig sich bedingendes mehrdimensionales Beziehungsnetz der Funktionen untereinander.

2. In den Begriffen der Ganzheit und Mehrdimensionalität des Bedingungsgefüges der Humanfunktionen untereinander ist implizit formuliert, daß das Persönlichkeitsmodell ein Strukturmodell sein muß. Ganzheit wird definiert als ein Gebilde, das nicht durch seine Bestandteile, sondern erst durch deren gefügehaften Zusammenhang, nämlich die Struktur, bedingt ist. Struktur ist definiert als eine Menge von Elementen, die untereinander in Beziehung stehen. Die Humanstruktur ist eine mehrdimensionale Struktur, deren Elemente die Humanfunktionen sind. Die Humanfunktionen stehen in einem synergistischen, sich wechselseitig regulierenden und dynamischen Zusammenhang und können drei verschiedenen Substrukturen der Persönlichkeit zugeordnet werden: Den von *Ammon* beschriebenen primären, zentralen und sekundären Teilbereichen der Persönlichkeit. Die primäre Humanstruktur umfaßt den gesamten körperlich-biologischen Bereich des Menschen mit dem zentralen und peripheren Nervensystem, den endokrinologischen, physiologischen, immunologischen und neurophysiologischen Systemen der Motorik, Wahrnehmung usw. Zu der zentralen, vorwiegend unbewußten Substruktur der Persönlichkeit gehören beispielsweise die Aggression, Angst, Abgrenzung, Narzißmus, Kreativität, Körper-Ich, Sexualität, Gruppenfähigkeit u.a. Die zentrale unbewußte Substruktur der Persönlichkeit bildet die Basis für menschliches Gesund- und Kranksein. Das Unbewußte koordiniert, reguliert und integriert unter dem Primat der Identität die Gesamtpersönlichkeitsstruktur des Menschen. Der sekundären Substruktur ordnet *Ammon* Fähigkeiten und Fertigkeiten zu, die den Kontakt zur Realität herstellen und vorwiegend unbewußt sind. Die drei Substrukturen sind ebenso wie das Bewußte und Unbewußte synergistisch miteinander verbunden.

Struktur impliziert zunächst eine statische Vorstellung von Persönlichkeit. Bei dynamischer Betrachtungweise sind Humanstrukturen Systeme, deren Elemente, hier also die Humanfunktionen, nicht nur innerhalb des Systems, sondern auch zwischen dem System und seiner Umgebung in dynamischen, bei *Ammon* sozialenergetischen Austauschprozessen stehen.

Die von *Ammon* postulierte Untrennbarkeit von Persönlichkeit und Gruppe führt zu einer gruppendynamischen Formulierung der Persönlichkeit: Persönlichkeit ist der strukturelle Niederschlag der vom Individuum gemachten gruppendynamischen Erfahrungen, insbesondere in den frühesten Lebensgruppen. »Alle Ich-Funktionen sind gruppenabhängig zu betrachten, d.h. die Entwicklung der Ich-Struktur, auch der primären und organischen Funktionen, steht im Zusammenhang mit dem lebensgeschichtlich erfahrenen gruppendynamischen Geschehen des Menschen« (*Ammon* 1980, 1981).

Die Qualität der zwischenmenschlichen Kontakte und gruppendynamischen Felder auf dem gleitenden Spektrum von konstruktiv, d.h. kontakt- und entwicklungsfördernd, destruktiv, d.h. kontaktzerstörend und damit entwicklungsarretierend und defizitär, d.h. kontaktlos und damit ohne Entwicklung, bedingt die Qualität der Persönlichkeitsentwicklung auf dem Spektrum zwischen gesund und krank.

Dafür stellt die von *Ammon* postulierte Sozialenergie (*Ammon* 1982), d.h. die Energie, die durch zwischenmenschlichen Kontakt entsteht, den Transmitter zwischen der Persönlichkeit und der Gruppe dar. Für *Ammon* ist es die Sozialenergie, die von Geburt an das körperlich-seelisch-geistige Potential eines Menschen ganzheitlich strukturiert und dynamisiert. Wir kommen somit zur energetischen Formulierung der Persönlichkeit. Persönlichkeit ist die zur Struktur manifestierte Sozialenergie.

»Die Strukturwerdung gruppendynamischen Geschehens... verstehe ich als sozialenergetischen Prozeß, sozusagen als Niederschlag von Sozialenergie in Ich-Struktur. Neben diesem sozialenergetischen Moment umfaßt die Identität auch den entgegengesetzten Prozeß: den der Veräußerlichung und Realisierung von Struktur in der Gruppe, das neue sozialenergetische und damit ich-strukturbildende Prozesse in Gang setzt« (*Ammon* 1983). Der Prozeß der Umwandlung von Sozialenergie in Struktur geschieht bei *Ammon* über Interiorisationsvorgänge. »Interiorisation wie ich sie verstehe, bedeutet die Strukturwerdung gruppendynamischen Geschehens, d.h. die Manifestation sozialen Gruppengeschehens in der individuellen Psyche. Diese Interiorisation verstehe ich als sozialenergetischen Prozeß, sozusagen als Niederschlag von Sozialenergie in Ich-Struktur« (*Ammon* 1982, 94).

Dabei sind diese Strukturierungsprozesse sowohl im positiven als auch im negativen Sinne um so wirkungsvoller, je früher sie lebensgeschichtlich und je stärker das interpersonelle Geschehen emotional besetzt ist. Bei einer vorwiegend konstruktiven Gruppendynamik entwickeln sich vorwiegend konstruktive sozialenergetische Austauschprozesse zwischen Persönlichkeit und Gruppe, die sich ihrerseits vorwiegend in eine konstruktive Persönlichkeitstruktur manifestiert, die ihrerseits mehrdimensional entwickelt und als Gesamtsystem nach innen und außen reguliert und integriert ist. Entsprechend kommt es bei vorwiegend pathogenen Beziehungserfahrungen, insbesondere in der frühesten Kindheit, zu einer mehr destruktiv-defizitären sozialenergetischen Strukturierung der Persön-

lichkeit. Bei den sog. archaischen Identitätserkrankungen wie beispielsweise dem Borderline-Syndrom, den Psychosen, schweren Psychosomatiken und Sucht kommt es zu einer frühen Identitätsschädigung, zu einem strukturellen Defizit im zentralen Kern der Humanstruktur. Verbunden ist damit eine Reduzierung der Mehrdimensionalität und Integrationskraft der menschlichen Persönlichkeit. Krankheitssymptome sind in diesem Verständnis als Kompensation des strukturellen Defizits und als ein Regulations- und Integrationsersatz zu verstehen. Sie füllen gewissermaßen das »Loch im Ich« (*Ammon* 1972) und verhindern damit den Zusammenbruch der Gesamtpersönlichkeit. Damit haben die Symptome eine wichtige Funktion für die Humanstruktur des Menschen, unabhängig davon, ob sie sich mehr im körperlichen, seelischen oder geistigen Bereich des Menschen zeigen.

Das Humanstrukturmodell ist ein Entwicklungsmodell. Es ist ein in die Zukunft offen konzipiertes Modell, das die Persönlichkeit sowohl ontogenetisch als auch phylogenetisch als ein ständig sich weiterentwickelndes System betrachtet, als ein offenes System, das im sozialenergetischen Austausch mit der Umwelt ständig Neues erfährt, sich verändert, seine Grenzen erweitert und überschreitet. Entwicklung und Veränderung wird als ein fortwährender Prozeß von Strukturveränderung und damit Überschreitung passager manifester Struktur gekennzeichnet. Durch wiedergutmachende sozialenergetische Erfahrungen kann der Mensch Strukturdefizite »nachentwickeln«, arretierte Entwicklungen lösen, bislang ungenutzte Potentiale wecken, seine Persönlichkeit erweitern und strukturell differenzieren. Destruktiv-defizitäre sozialenergetische Felder blockieren die für die Entwicklung notwendigen Differenzierungs- und Integrationsprozesse der unbewußten zentralen Persönlichkeitsstruktur. Kranksein bedeutet unter diesem Aspekt eine Störung der Regulation der strukturbildenden und verändernden sozialenergetischen Austauschprozesse zwischen dem Einzelnen und der Gruppe.

Aus den obigen Ausführungen wird deutlich, daß eine Symptomreduzierung allein nicht das Behandlungsziel der Dynamischen Psychiatrie sein kann, sondern daß es darum geht, den Menschen wieder entwicklungsfähig zu machen, d.h. Humanstruktur nachzuentwickeln und destruktive zu konstruktiven Strukturen hin zu verändern. Dabei muß diese Entwicklung an der Basis der Persönlichkeit, dem nicht bewußten Kern der Persönlichkeit ansetzen, um nicht nur vorübergehende Besserungen in der Befindlichkeit des Menschen, sondern grundlegendere Strukturveränderungen der Persönlichkeit zu erreichen. Aufgrund jahrelanger klinischer Erfahrungen konnten wir beobachten, daß die Symptome dann verschwinden, wenn eine solche strukturelle Entwicklung stattgefunden hat.

Humanstrukturelle Therapie muß also immer eine Therapie der Identität sein, die durch identitätsfordernde und -fördernde sozialenergetische Austauschprozesse in Gruppen erreicht werden kann. Dafür hat die Dynamische Psychiatrie ein Spektrum an verbalen und nonverbalen Thera-

piemethoden entwickelt und integriert, wie sie auf diesem Kongreß in zahlreichen Beiträgen vorgestellt und diskutiert werden. Entscheidend für den Behandlungserfolg ist dabei immer, daß die in den verschiedenen therapeutischen Gruppen stattfindenden Erfahrungen integriert werden.

Eine differenzierte Beschreibung der individuellen Humanstruktur, wie es Anliegen der Dynamisch-Psychiatrischen Diagnostik ist, bildet die Voraussetzung für die Aufstellung eines gezielten individuellen Behandlungsprogrammes. Für eine individuelle Charakterisierung der Humanstruktur erachten wir daher folgende Strukturmerkmale für zentral:

1. Umfang und Qualität an bereits entwickelter (konstruktiver), nicht entwickelter (defizitärer) bzw. arretierter (destruktiver) Struktur.
2. Ausmaß und Grad der Differenzierung der Gesamtstruktur, einzelner Teilstrukturen und Funktionen.
3. Grad der Integration der Humanstruktur und einzelner Teilstrukturen im Sinne des Grades an flexibler Regulation und Verbundenheit der Humanfunktionen untereinander sowie zwischen der Humanstruktur und Gruppe in Verbindung mit der Ausgestaltung der Grenzen der Struktur.
4. Ausmaß der sozialenergetischen Kraft und dem Grad der Gerichtetheit dieser Kraft auf die Erreichung von Zielen im Sinne der Weiterentwicklung und Erweiterung der Identität.

Die Humanstrukturmerkmale sind im höchsten Grade voneinander abhängig. Ein reales Defizit in der entwickelten Struktur, wie wir dies bei allen archaischen Identitätskrankheiten beobachten können – *Ammon* spricht hier vom Krankheitskonzept der Unitarität (1988) – bedeutet gleichzeitig eine tiefe Störung in all den oben dargestellten Merkmalen.

Im Rahmen der Identitätstherapie geben diese Beschreibungen dem Therapeutenteam Orientierungen, welche konstruktiven Persönlichkeitsentwicklungen als Kontaktbrücke in der Therapie gewählt werden können und wie der humanstrukturelle Persönlichkeitsaufbau sukzessive durch humanstrukturelles Arbeiten an spezifischen Funktionen eingeleitet werden kann. Ausführliche Verlaufs- und Abschlußuntersuchungen geben Hinweise auf das therapeutisch Erreichte. Was die Forschung anbelangt, wurde durch die Entwicklung des Humanstrukturmodells die Voraussetzung für die empirische Forschung in der Dynamischen Psychiatrie gegeben. In diesem Zusammenhang wurden spezielle Untersuchungsmethoden konstruiert, wie beispielsweise der Ich-Struktur-Test nach *Ammon* (ISTA), der in seiner zweiten revidierten Fassung demnächst veröffentlicht wird.

The Human Structure Model

Ilse Burbiel (Munich)

In the first part of her work the author outlines the historical development of the human-structure concept as the personality model of Dynamic Psychiatry. Departing from the *Freud*ian drive concept, *Günter Ammon* developed on the basis of a new formulation of the aggression concept a structural, groupdynamic and social-energetic personality model resulting from the necessity to »understand borderline patients with their variety of symptoms, pathological ways of experience and behavior in its depth« (*Ammon* 1976, 1979).

Aim of the author is to demonstrate how the human-structure model in its different theoretical formulations as the understanding of health and disease can consequently be derived from basic structures of the image of man of Dynamic Psychiatry. The basic structures are as follows:

Man is by nature endowed with constructive aggression which in the sense of ad gredi is the vehicle for all human and creative acting. Aggression being the starting point of the concept of man in Dynamic Psychiatry, identity is its central core.

Identity allows conclusions with regard to holistic, multidimensional, group-related and processual dimensions of the human existence.

Man is holistic in his psychic, spiritual and physical aspects and multidimensional in his needs, interests, capacities, abilities, in his human possibilities and potentialities. So identity constitutes the present wholeness of personality. At the same time identity is the psychic-spiritual power, which integrates man's multidimensionality.

Identity can only be visualized in relation to a group. Man can become healthy in groups but he can also become ill in groups. He may develop his identity constructively, but may also be obstructed or destructively deformed. So identity develops in cooperation with the groupdynamic principle, which also has to be visualized as a social-energetic principle.

Social energy (*Ammon* et al. 1981, *Ammon* 1982) has to be understood as that energy which develops from interpersonal contacts. The unity of psychic and social energy formulates the meaning of relation and also the developing of man to an active and creative human being.

Identity is rooted in the unconscious which *Ammon* describes as the dynamic core of identity development.

According to *Ammon* the unconscious is the basis for human health or disease, because in the unconscious particularly those groupdynamics are structurally reflected which were experienced early in life. Besides, the unconscious is the place of human possibilities and potentialities and by this contains the dimension of future (*Ammon* 1982). Hence, the author relates these basic structures of the image of man to the structural-systemic, energetic and processual formulation of the human-structure model. She analyzes that consequently the structure model of the personality theory

of Dynamic Psychiatry can be derived from the holistic and multidimensional consideration of the identity concept.

Structure is defined as an amount of elements which are interrelated. The humanstructure is a multidimensional structure. Its elements are the human functions, which are in a holistic, i.e. synergistic connection, regulating each other reciprocally. They can be assigned to the three sub-structures of personality: the primary, central and secondary human structure. In a dynamic approach human structures are systems, of which their elements, the human functions, are, according to *Ammon,* in dynamic in social-energetic-exchange processes not only within the system but also between the system and its surroundings.

The inseparability of personality and group as postulated by *Ammon* leads to a groupdynamic formulation of personality. Personality is the structural expression of the groupdynamic experiences made by the individual, in particular in the earliest groups in life. The quality of interpersonal contacts and groupdynamic fields – on a gliding spectrum from constructive, i.e. supporting contact and development, destructive, i.e. destroying contact and by that arresting development, and deficient, i.e. without contact and therefore without development – determines the quality of the development of personality on the spectrum between healthy and ill.

For this quality, social energy as postulated by *Ammon* (1982), i.e. energy caused by interpersonal contact, is the transmitter between personality and the group. According to *Ammon*, social energy holistically structures and dynamizes the physical-psychic-spiritual potential of a human being from birth. Hence, the author formulates the energetic formulation of personality. Personality is social energy manifested as structure. A constructive identity development occurs if in the history of life predominantly constructive groupdynamics with mostly constructive social-energetic exchange processes were given. Respectively, predominantly pathologic relations in the childhood lead to destructive-deficient social energy and development of personality structure.

This early identity damage, leading to a structural deficit in the central core of the human structure (»hole in the ego«, *Ammon* 1972) can be observed in all so-called archaic identity diseases (borderline-syndrome, psychoses, psychosomatics and addictions). The symptoms fill the »hole in the ego«, thus preventing the break-down of the personality.

The human-structure model is a developmental model. It is designed as being open towards future, considering personality as a system, which ontogenetically as well as phylogenetically is developing continuously, as an open system, which in the social-energetic exchange with the environment always experiences news, changes, which extends and exceeds its limits. Development and change are characterized as a continuous process of alteration of structure and by that exceeding temporarily manifest structures. By compensating social-energetic experiences a human being

can »redevelop« structure deficits, solve arrested developments, rouse potentials which were not used until now, extend his personality and differentiate structurally.

Destructive-deficient social-energetic fields block processes of differentiation and integration of the unconscious central personality structure which are necessary for the development. Under this aspect, being ill means a disturbance of the regulation of social-energetic exchange processes which establish structure and change between the individual and the group.

On the basis of the view, that man develops and changes all his life, the central goal of treatment in Dynamic Psychiatry is to make a person again capable to develop, i.e. to develop destructive human functions into constructive human functions. As a consequence, reduction of symptoms cannot be the only goal of treatment in this view.

Human-structural therapy as identity therapy always starts at the unconscious core of the personality and is possible by means of social-energetic exchange processes in groups demanding identity.

In summarizing, the author presents in the last part of her paper the essential structural features as basis for the establishment of an individual dynamic-psychiatric plan of treatment. These features are:

1. The extent and quality of constructive, destructive and deficient structure
2. The dimension and degree of the differentiation of the entire structure
3. The degree of the intergration of human structure within the degree of flexible regulation and interrelatedness.
4. The dimension of social-energetic power and the degree of coursing this power to reach aims within the expansion of identity.

These structure features give an orientation to the therapeutic team towards the possibility to get into contact through the constructive personality features of the patient and to get started a retrieving personality development by human-structural work with deficient and destructive functions. The author emphasizes the importance of efficacy and outcome research with the help of specific test methods such as the revised version of the Ego-Structure-test according to *Ammon.*

Literatur beim Verfasser

Adresse der Autorin:

Dipl. Psych. Dr. phil. Ilse Burbiel
Schwindstraße 1
D - 80798 München

Der Ich-Struktur-Test nach Ammon (ISTA) - ein Verfahren zur Erfassung von Persönlichkeitsstruktur***

Gerhard Wolfrum *, Gisela Finke **(München)

Der Ich-Struktur-Test nach Ammon dient der Persönlichkeitsdiagnostik im klinischen und allgemeinpsychologischen Bereich. Der Test ist tiefenpsychologisch/psychoanalytisch orientiert und basiert auf der humanstrukturellen Persönlichkeitstheorie der Dynamischen Psychiatrie Günter Ammons. Er erfaßt den momentanen psychischen Entwicklungsstand eines Menschen in konstruktiven, destruktiven und defizitären Strukturanteilen. Er ermöglicht neben der Identifizierung von pathologischen Bereichen auch eine Gesundheitsdiagnose als Ansatzpunkt für eine psychotherapeutische Verbündung im Sinne einer nachholenden Ich-Entwicklung. Als Instrument für die psychiatrische und Persönlichkeitsdiagnostik liefert der ISTA Hinweise für die Planung der Therapie, die Indikation bestimmter Therapieformen, die Zusammensetzung von Therapie- und gruppendynamischen Gruppen. Er unterstützt differentialdiagnostisch die Zuordnung zu psychiatrischen Krankheitsbildern und ist zur Verlaufs- und Ergebnismessung im therapeutischen Prozeß geeignet.

Der Ich-Struktur-Test nach *Ammon* (ISTA) wurde als ein psychoanalytisch orientierter Persönlichkeits-Fragebogen konzipiert, der auf der humanstrukturellen Theorie der Dynamischen Psychiatrie *Günter Ammons* basiert. Er erfaßt die Persönlichkeitsbereiche (Humanfunktionen) von Aggression, Angst, Abgrenzung nach außen und innen, Narzißmus und Sexualität auf 18 Skalen mit insgesamt 220 Items. Gemessen werden jeweils die konstruktiven, destruktiven und defizitären Ausprägungen dieser Humanfunktionen.

Theoretische Grundlagen

Die Grundidee zum ISTA entwickelte *Ammon* bereits relativ früh – zum einen auf der Basis seiner Aggressionstheorie (1969, 1970), zum anderen im Rahmen der Diskussion um ein strukturelles Verständnis des Krankheitsbildes des Borderline-Syndroms (*Ammon* 1976). Aufgrund klinischer Erfahrung und Beobachtung postulierte er im Sinne eines neugierig-aktiven adgredi eine primär konstruktive Aggression des Menschen, die sich erst lebensgeschichtlich durch destruktive Gruppendynamiken zu dem entwickeln kann, was gemeinhin unter Aggression im Sinne einer zerstörerischen Kraft verstanden wird. Mit dieser Neuformulierung des Aggressionskonzeptes grenzte sich *Ammon* entschieden vom Dogma des *Freud*schen angeborenen Destruktionstriebes ab und

* Dipl.-Psych., Klin. Psychologe/Psychotherapeut (BDP), Psychoanalytiker, Gruppenpsychotherapeut (DAP), Mitarbeiter der Psychologisch-Diagnostischen Abteilung der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige München

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

*** Vortrag gehalten auf dem 11. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XXIV. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 4.-8. März 1997 in der Fachhochschule München-Pasing.

eröffnete damit den Weg für ein gruppendynamisches Verständnis menschlicher Entwicklung. In diesem Entwicklungsmodell stellen zwischenmenschlicher Kontakt und zwischenmenschliche Beziehung die entscheidenden Beziehungsgrößen dar. Die Persönlichkeitsstruktur eines Menschen – bei *Ammon* Humanstruktur genannt – ist somit Ergebnis aller verinnerlichten bewußten und unbewußten Beziehungserfahrungen in Gruppen, d.h. jede lebensgeschichtlich bedeutsame Erfahrung findet ihren Niederschlag in einer Facette der Humanstruktur, deren Entwicklung sich an der Grenze von Individuum, Gruppe und Gesellschaft vollzieht.

Im Rahmen der Neuformulierung des Borderline-Konzeptes entwickelte *Ammon* das Ich-Struktur-Modell als ein grundlegend neues Modell von Funktion und Struktur der Persönlichkeit. Der einzelne gewinnt dabei seine Identität in der Auseinandersetzung mit der Gruppe, wobei *Ammon* die diesen Persönlichkeitsstruktur-Aufbau bewirkenden Energie als zwischenmenschliche Kraft konzeptualisiert hat und als Sozialenergie (*Ammon* 1981, 1982) bezeichnet.

Das Nichtentwickeltsein von Humanfunktionen kann als Ausdruck von Feindseligkeit der umgebenden Gruppe gesehen werden, Gesundung eines psychisch kranken Menschen verstanden werden als eine Entwicklung von Struktur, die krankmachende Erfahrungen als nicht mehr bedeutsam erscheinen läßt bzw. aufhebt. Psychische Krankheit wird als ich-strukturelles Defizit im Sinne des Fehlens konstruktiv entwickelter Humanfunktionen verstanden.

Anliegen der Testentwicklung

Ammons Anliegen bei der Entwicklung des ISTA lag darin, für seine Persönlichkeitstheorie mit dem ihr zugrundeliegenden Menschenbild und einer daraus abgeleiteten Gesundheits- und Krankheits-Vorstellung auch ein darauf abgestimmtes und empirisch abgesichertes Testverfahren zur Verfügung zu haben, welches den momentanen psychischen Entwicklungsstand in einigen zentralen Funktionen erfassen kann, Rückschlüsse auf die dem Verhalten zugrunde liegenden Strukturen im Kern der Persönlichkeit zuläßt und damit eine möglichst differenzierte Repräsentation der Humanstruktur erlaubt. Der Test sollte auch die in der neu entwickelten Humanstruktur-Theorie formulierten Zusammenhänge zwischen den einzelnen Humanfunktionen untersuchen helfen und damit zu einer »Objektivierung der Theorie« beitragen.

Ein weiteres wesentliches Anliegen der Testentwicklung lag darin, ein Testverfahren mit Behandlungsrelevanz und damit einer therapeutischen Funktion zu entwickeln: Die Ergebnisse sollen dem Therapeuten helfen, den Entwicklungsstand des Patienten zu erkennen, Ansatzpunkte für eine therapeutische Verbündung im Sinne einer »nachholenden Ich-Entwicklung« zu finden oder »Schlüssel-Funktionen« ausfindig zu machen, deren Bearbeitung therapeutisch vorrangig ist. Die Testergebnisse sollen auch

eine Therapieverlaufs-Kontrolle ermöglichen und in der unmittelbaren Auseinandersetzung mit dem Patienten in den therapeutischen Prozeß mit einbezogen werden können.

Mittlerweile ist der Test in verschiedenen Vorläufer-Versionen in der Klinik Menterschwaige (München), den Lehr- und Forschungsinstituten der DAP und in vielen freien Praxen in Deutschland seit langem im Einsatz. Darüberhinaus ist seit mehreren Jahren sowohl eine russische als auch ungarische Version in den jeweiligen Ländern in Gebrauch, Interesse an weiteren Test-Versionen wurde u.a. vom indischen und israelischen Zweig der WADP angemeldet.

Viele empirische Untersuchungen mit den verschiedenen Entwicklungs-Versionen des ISTA und der jetzt vorliegenden Fassung haben gezeigt, daß der Test hinsichtlich der internen Konsistenz und Reliabilität befriedigende bis hohe Werte aufweist. Hinsichtlich der Validität trennt der ISTA signifikant und in erwarteter Richtung zwischen klinischen Gruppen und gesunden Probanden, er bildet Veränderungen im therapeutischen Prozeß (Verlaufsmessungen) sensitiv ab (*Burbiel* et al. 1989, 1990, 1992). Korrelationen mit dem MMPI, dem Gießen-Test, dem Life-Style-Index sowie der Symptom Check List bestätigen die Konstrukt-Validität der Skalen. Faktorenanalysen belegen übergeordnete Strukturmerkmale im Sinne der Theorie – die empirischen Daten im einzelnen finden sich im Anhang.

Der ISTA erweist sich in der jetzt veröffentlichten Version als ein reliables und valides Instrument in der psychiatrischen und der Persönlichkeitsdiagnostik und bewährt sich in der praktischen diagnostischen Arbeit sowohl im ambulanten Bereich als auch in der stationären klinischen Arbeit.

Die einzelnen Skalen des ISTA

Der ISTA umfaßt die Humanfunktionen

- der Aggression als Qualität des neugierig-aktiven Herangehens an Dinge und Menschen sowie des generellen Energie-Potentials eines Menschen
- der Angst als Qualität des Umgangs mit identitätsanfordernden Situationen und der zugehörigen Energie-Regulation
- der Ich-Abgrenzung nach außen und innen als primärer Beziehungsregulation des Ichs zu verinnerlichten und umgebenden Gruppen
- des Narzißmus als Qualität der Beziehung einer Person zu sich selbst sowie
- der Sexualität als primärer und konfliktfrei gegebener Potentialität zu Beziehungs- und Liebesfähigkeit auf körperlicher, geistiger und seelischer Ebene (s. Abb. 1).

- **Aggression** als Qualität des neugierig-aktiven Herangehens an Dinge und Menschen sowie des generellen Energie-Potentials eines Menschen
- **Angst** als Qualität des Umgangs mit identitätsanfordernden Situationen und der zugehörigen Energie-Regulation
- **Ich-Abgrenzung nach außen und innen** als primäre Beziehungsregulation des Ichs zu verinnerlichten und umgebenden Gruppen
- **Narzißmus** als Qualität der Beziehung einer Person zu sich selbst
- **Sexualität** als primär und konfliktfrei gegebene Potentialität zu Beziehungs- und Liebesfähigkeit auf körperlicher, geistiger und seelischer Ebene

Abb. 1: Durch den ISTA erfaßte zentrale Humanfunktionen

Diese fünf Humanfunktionen werden vom ISTA in ihren jeweiligen konstruktiven, destruktiven oder defizitären Ausprägungen erfaßt, wobei sich die genannten Qualitäten immer auf die Identitätsentwicklung eines Menschen beziehen (siehe Abb. 2).

»konstruktiv« als
kontaktherstellend, beziehungsstiftend, verstehend, weiterentwickelnd, abgrenzend und integrierend, aufbauend, realitätsbezogen

»destruktiv« als
kontaktabbrechend, fehlentwickelt, arretiert, desintegrierend, zerstörend im Sinne psychisch-geistig-körperlicher Gewaltausübung, verzerrter Realitätsbezug

»defizitär« als
kontakt- und beziehungslos, nicht entwickelt, leer, energielos, »Lebensverbot«, fehlender Realitätsbezug

Abb. 2: Qualitative Ausprägungen der Humanfunktionen

Als konstruktiv gelten im Verständnis der Theorie und des Tests jene Erlebens- und Verhaltensweisen, die Kontakt zu anderen Menschen und zur Umwelt herstellen und somit Persönlichkeits- und Identitäts-Entwicklung ermöglichen. Destruktiv sind Ausprägungen, die Kontakt und Beziehung abwehren, andere Menschen und die eigene Person verletzten, den Kontakt zu Zielen und Aufgaben abbrechen und letztendlich zu einer psychischen Fehlentwicklung führen. Ein Defizit liegt vor, wenn psychisches Potential mangels Aufmerksamkeit und Zuwendung, also mangels »Sozialenergie« nicht oder nur rudimentär entwickelt ist.

Der ISTA soll auf dem Weg der Selbsteinschätzung des eignen Verhaltens und der eigenen Einstellung in durch die Test-Items vorgegebenen gruppendynamischen Situationen Aufschluß geben über die Entwicklung der zentralen Human-Funktionen, die im nicht-bewußten Kern der Persönlichkeit angesiedelt sind.

Die Operationalisierungen bzw. Kurzbeschreibungen der Skalen sind in Abb. 3 zusammengefaßt.

Kurzbeschreibung der ISTA-Skalen

Qualität:	konstruktiv	destruktiv	defizitär
	○	△	□
allgemeine Bedeutung:	kontakt- und beziehungsstiftend, weiterentwickelnd, integrierend, aufbauend. Adäquater Realitätsbezug	kontaktabbrechend, arretiert, fehlentwickelt, desintegrierend, zerstörerisch. Verzerrter Realitätsbezug	kontakt- und beziehungslos, nicht entwickelt. Fehlender Realitätsbezug, inneres »Lebensverbot«
Humanfunktion:			
Aggression	Zielgerichtete und kontaktherstellende Aktivität gegenüber anderen Menschen, Dingen u. geistigen Inhalten. Fähigkeit, Beziehungen und Aufgaben durchzuhalten, Standpunkt zu beziehen. Aktive Lebensgestaltung.	Fehlgerichtete, kontaktabbrechende, zerstörerische Aktivitäten gegenüber sich selbst, anderen Menschen, Dingen, geistigen Aufgaben. Gestörte Aggressions-Regulation. Destruktive Durchbrüche, Entwertung anderer, Rache	Generell fehlende Aktivität, keine Kontaktaufnahme zu sich selbst, andern Menschen, Dingen, geistigen Inhalten. Passiv, zurückgezogen, teilnahmslos, leer. Rivalitäts- und auseinandersetzungsvermeidend
Angst	Fähigkeit, Angst zu spüren, zu verarbeiten und situationsentsprechend zu handeln. Gesamtaktivierung der Persönlichkeit, realistische Gefahreneinschätzung	Überflutende Todes-, Verlassenheits-Angst, handlungs- und beziehungsverbietend. Vermeidung neuer Erfahrungen mit der Folge einer Entwicklungsarretierung. Dysregulation	Unfähigkeit, Angst bei sich und anderen wahrzunehmen und zu spüren. Keine Schutzfunktion u. Regulation durch Gefahrensignale.
Ich-Abgrenzung nach außen	Flexibler Zugang zu Gefühlen und Interessen anderer, Fähigkeit, zwischen Ich und Nicht-Ich zu unterscheiden. Gelungene Beziehungsregulation zwischen Personen und Umwelt, Regulation von Nähe und Distanz	Starre Abgrenzung gegenüber den Gefühlen und Interessen anderer Menschen. Mangelnde emotionale Anteilnahme, fehlende Kompromiß-Bereitschaft, Unsensibilität, Selbst-Isolation	Unfähigkeit, Nein zu sagen, zwischen sich und anderen zu differenzieren. Chamäleonhafte Übernahme der Gefühle u. Standpunkte anderer; soziale Überangepaßtheit, Angst vor Vereinnahmung
Ich-Abgrenzung nach innen	Flexibler, situationsbezogener Zugang zum eigenen Unbewußten, zu eigenen Gefühlen, Bedürfnissen. Traum-Fähigkeit. Phantasie ohne Realitätsverlust. Fähigkeit zwischen Gegenwart u. Vergangenheit unterscheiden zu können.	Fehlender Zugang zum eigenen Unbewußten, starre Barriere gegenüber eigenen Gefühlen, Bedürfnissen. Mangelnde Traumfähigkeit, Phantasie- und Gefühls-Armut, fehlender Bezug zur eigenen Geschichte	Fehlende Grenze zum Unbewußten. Überschwemmung mit unbewußten Inhalten. Ausgeliefertsein an Gefühle, Träume u. Phantasien. Konzentrations- und Schlafstörungen
Narzißmus	Freundliche und realitätsgerechte Einstellung zu sich selbst, positives Gefühl der eigenen Bedeutung u. Wichtigkeit, liebevoller Umgang mit eigenen Bedürfnissen, Fähigkeiten und Interessen, dem eigenen Körper und Schwächen	Unrealistische Selbsteinschätzung, privatistische Wahrnehmungswelt, Negativismus, häufiges Gekränktsein, Gefühl nicht verstanden zu werden. Unfähigkeit, Kritik oder Zuwendung (»Sozialenergie«) anzunehmen	Fehlender Bezug zu sich selbst, fehlende Selbstliebe. Gefühl der eigenen Bedeutungslosigkeit, Austauschbarkeit. Zurücknahme von eigenen Interessen und Bedürfnissen. Wird häufig übersehen, vergessen
Sexualität	Beziehung u. echter Kontakt zwischen Sexual-Partnern auf körperlicher, geistiger u. seelischer Ebene. Empfinden von Freude und Wärme über den anderen u. sich selbst, Fähigkeit zu Güte, Hingabe u. Fürsorge, Verspieltheit, Fähigkeit zu erotischer Phantasie	Instrumentalisierung des anderen zur eigenen Bedürfnisbefriedigung. Sexualität als »gegenseitige Onanie« ohne Freude an der Freude des anderen. Einem von beiden Partnern wird geschadet, Desinteresse an genitaler Sexualität, Kontakt- und Beziehungsloskeit	Weitgehender Verzicht auf gelebte Sexualität, verinnerlichtes Sexual-Verbot. Verbunden mit starker Berührungsangst, Libidoverlust, Impotenz, Frigidität. Ohne Freude am eigenen oder Körper des anderen; Menschenscheu

Abb.3: Kurzbeschreibung der ISTA-Skalen

Zur Einordnung des ISTAs in das diagnostische Spektrum wollen wir hier auf das Modell der humanstrukturellen Persönlichkeitsmessung hinweisen, wie es von *Burbiel* und Mitarbeitern 1990 veröffentlicht wurde.

Dementsprechend wird die unbewußte Struktur psychologisch gesehen als ein »hypothetisches Konstrukt« verstanden, das nicht unmittelbar beobachtbar ist, sondern nur indirekt erschlossen werden kann (vgl. Abb.4).

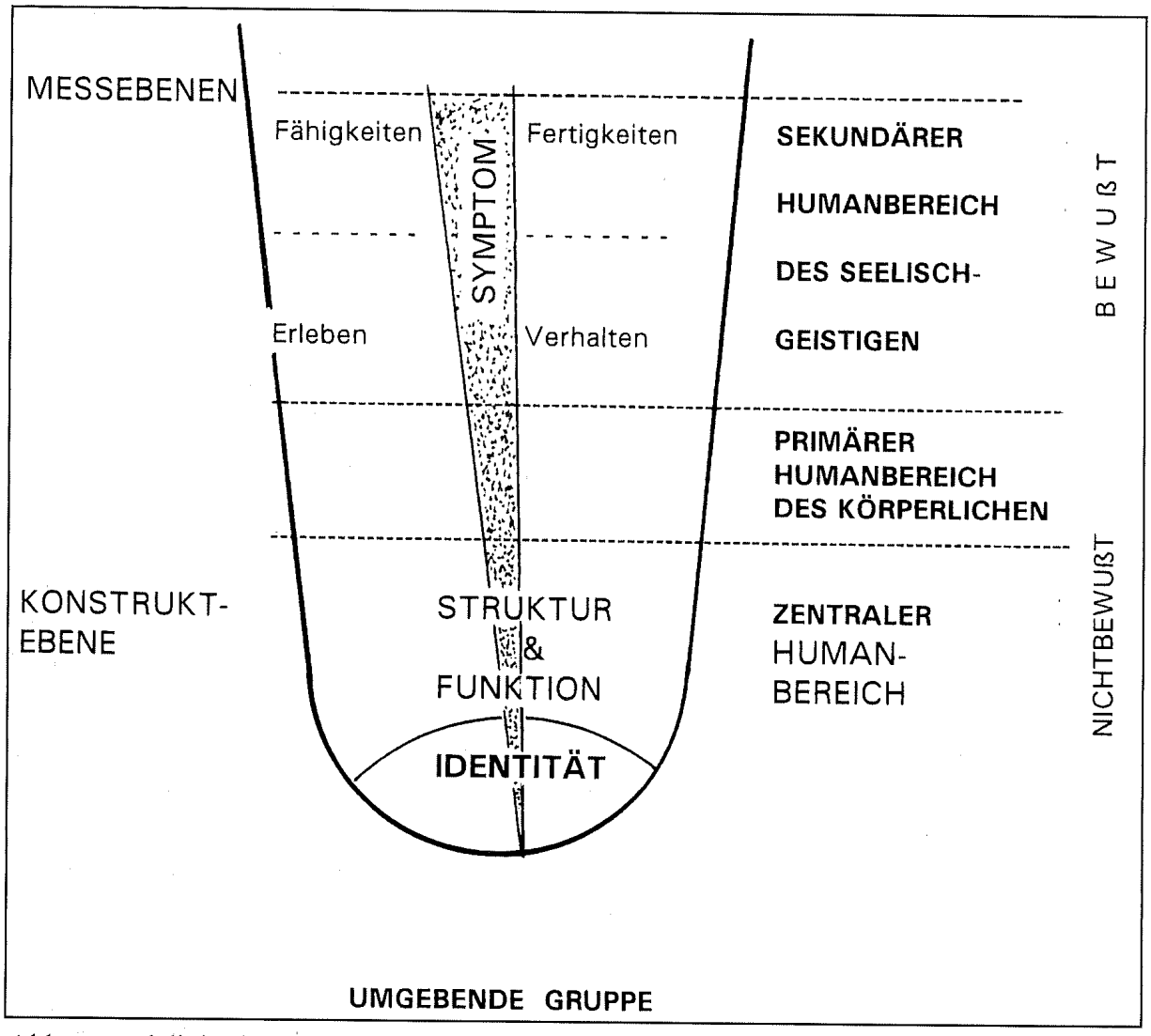


Abb.4: Modell der humanstrukturellen Persönlichkeitsmessung

Die verschiedenen Meßmethoden können dabei den verschiedenen Meßebenen der Persönlichkeit zugeordnet werden: Dem primären, neurophysiologisch-biologischen Bereich z.B. Verfahren der neurophysiologischen und biochemischen Messung, dem Bereich des subjektiven Erlebens und Verhaltens alle psychologischen Testverfahren, Beobachtungsschemata, Interviews etc., der Erfassung der Symptomatologie die bekannten psychiatrischen Fragebögen wie MMPI, Depressionsskalen etc.

Da sich in jeder Äußerungsform eines Menschen auch sein Unbewußtes ausdrückt, können von den Ergebnissen auf den verschiedenen Meßebenen über eine humanstrukturelle Interpretation Hinweise auf den momentanen Entwicklungsstand der unbewußten Humanstruktur eines Menschen gewonnen werden.

Beispiele aus der klinischen Psychodiagnostik

Abbildung 5 zeigt das ISTA-Profil eines Borderline-Patienten aus einer ambulanten Gruppenpsychotherapie. Die Problematik dieses Patienten äußert sich in erster Linie in seiner ödipalen Unterwerfungs-Dynamik, der damit verbundenen weitgehenden Abgrenzungs-Unfähigkeit und vor allem im Fehlen jeglicher destruktiver Äußerungen. Im ISTA zeigt sich dies im weitgehenden Fehlen destruktiver Qualitäten – ausgenommen der destruktiven Angst als Folge seiner inneren und äußeren Unfreiheit und in der defizitären Abgrenzung nach außen, die sein Ausgeliefertsein und die fehlende Identitäts-Entwicklung deutlich werden läßt.

Abbildung 6 zeigt eine Patientin, die aus einer ambulanten orthodoxen Einzelanalyse kommend sich in der Ambulanz der Klinik Menterschwaige mit der Bitte um stationäre Aufnahme vorgestellt hatte. Im Erstgespräch gab sie an, aufgrund der dreimal wöchentlich stattfindenden analytischen Sitzungen immer mehr in »regressive Zustände« zu geraten, in der Realität zunehmend zu versagen und jeglichen Halt und den Boden unter den Füßen zu verlieren. Der unmittelbar nach dem Erstgespräch durchgeführte ISTA zeigt die eklatanten strukturellen Defizite der Patientin, vor allem die massive Abgrenzungsschwäche, die ein »Überleben« auf Dauer in der Realität nahezu unmöglich machen. Das Profil unterscheidet sich deutlich von Abb. 5 und konnte mit als Entscheidungshilfe für die Aufnahme in die stationäre Therapie herangezogen werden.

Abbildung 7 zeigt das Profil eines psychotisch strukturierten Patienten aus der laufenden stationären Therapie mit massiven Defiziten und nur minimal konstruktiv entwickelten Qualitäten. Der Patient wurde auffällig durch sexuell destruktives Agieren und darausfolgender Straffälligkeit. Erstaunlich an diesem Profil ist die scheinbar gesunde Struktur der Sexualität, wohingegen alle anderen Humanfunktionen sich extrem arretiert darstellen, was auf eine Abspaltung der Sexualität als einziger und pathologischer Kontaktbrücke hinweist.

Betont werden soll an dieser Stelle, daß der ISTA in der dynamisch-psychiatrischen Diagnostik nur eine – wenn auch wichtige – Informationsquelle innerhalb einer ganzen Reihe von Verfahren darstellt und natürlich diagnostische und therapeutische Entscheidungen nie auf der Grundlage einer einzigen Methode getroffen werden (»Ein Test ist kein Test.«).

Für die Interpretation von ISTA-Profilen sollen an dieser Stelle beispielshaft zwei Dimensionen herausgegriffen werden: die Abgrenzung nach innen und die Sexualität.

Die Abgrenzung nach innen umfaßt den Zugang zu den verinnerlichten Beziehungserfahrungen, die – gemäß der Theorie – entscheidend die Persönlichkeit strukturiert haben. Abgrenzung ist entscheidend für die Trennung aus der Symbiose und damit die Entwicklung eigener Identität. Wenn die Abgrenzung nach innen destruktiv ist, hat der Mensch wenig Zugang zu seinem Unbewußten, ist sie defizitär, so wird er mit unbewußten Inhalten überflutet, Strukturgewinn kann in beiden Fällen kaum stattfinden.

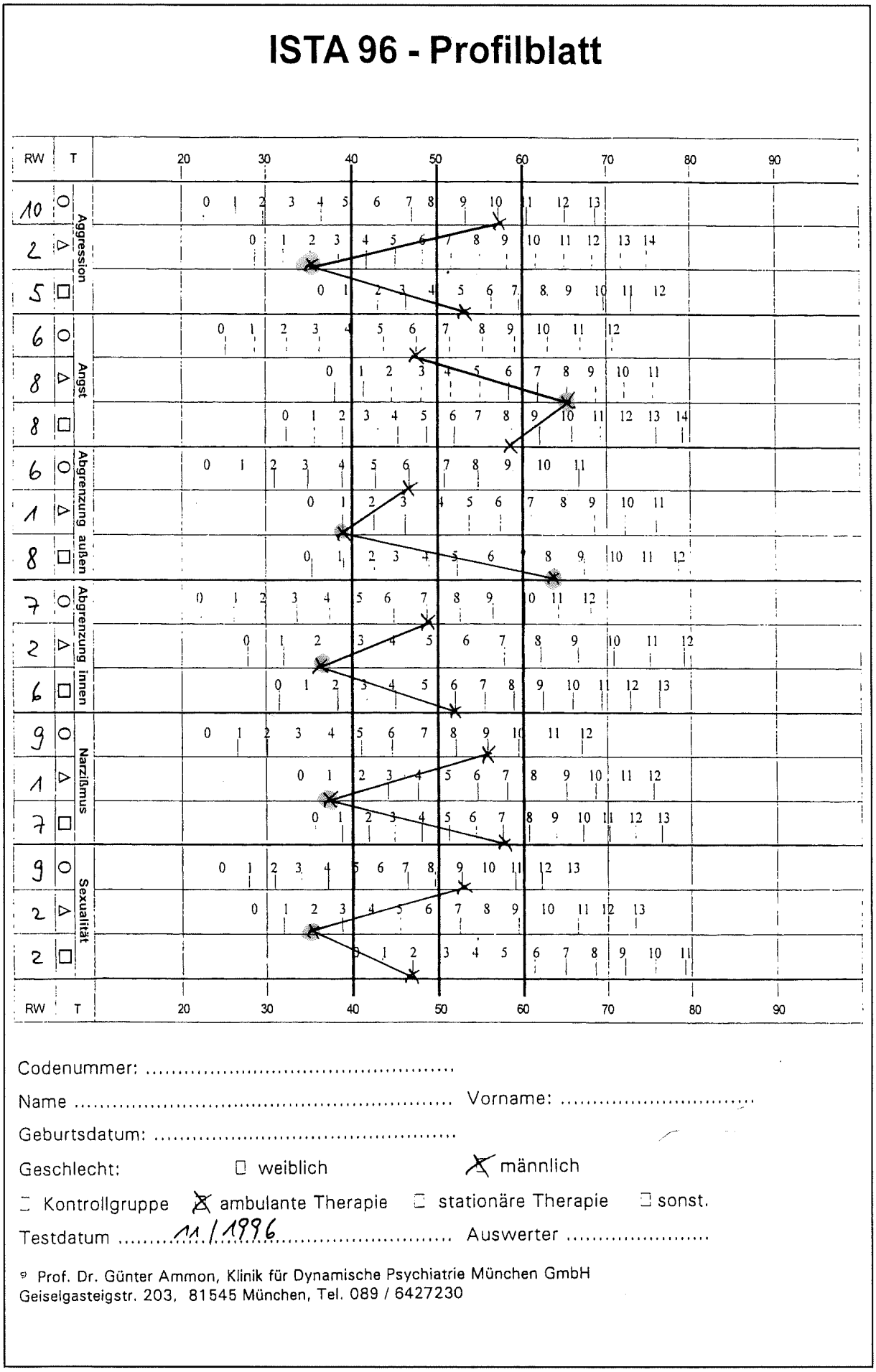


Abb. 5: ISTA-Profil, ambulanter Boderline-Patient

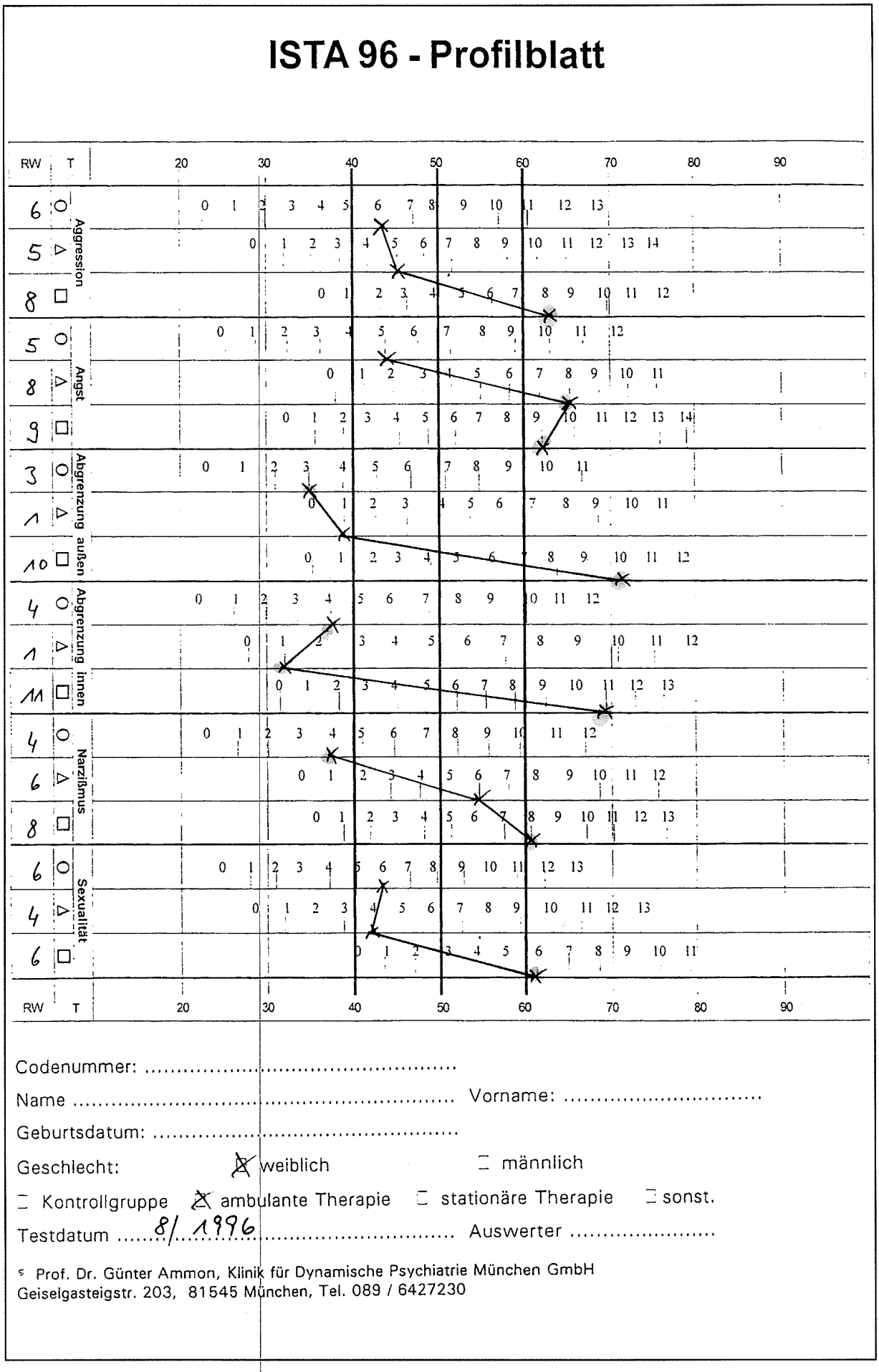


Abb. 6: ISTA-Profil, unmittelbar vor der Klinikaufnahme

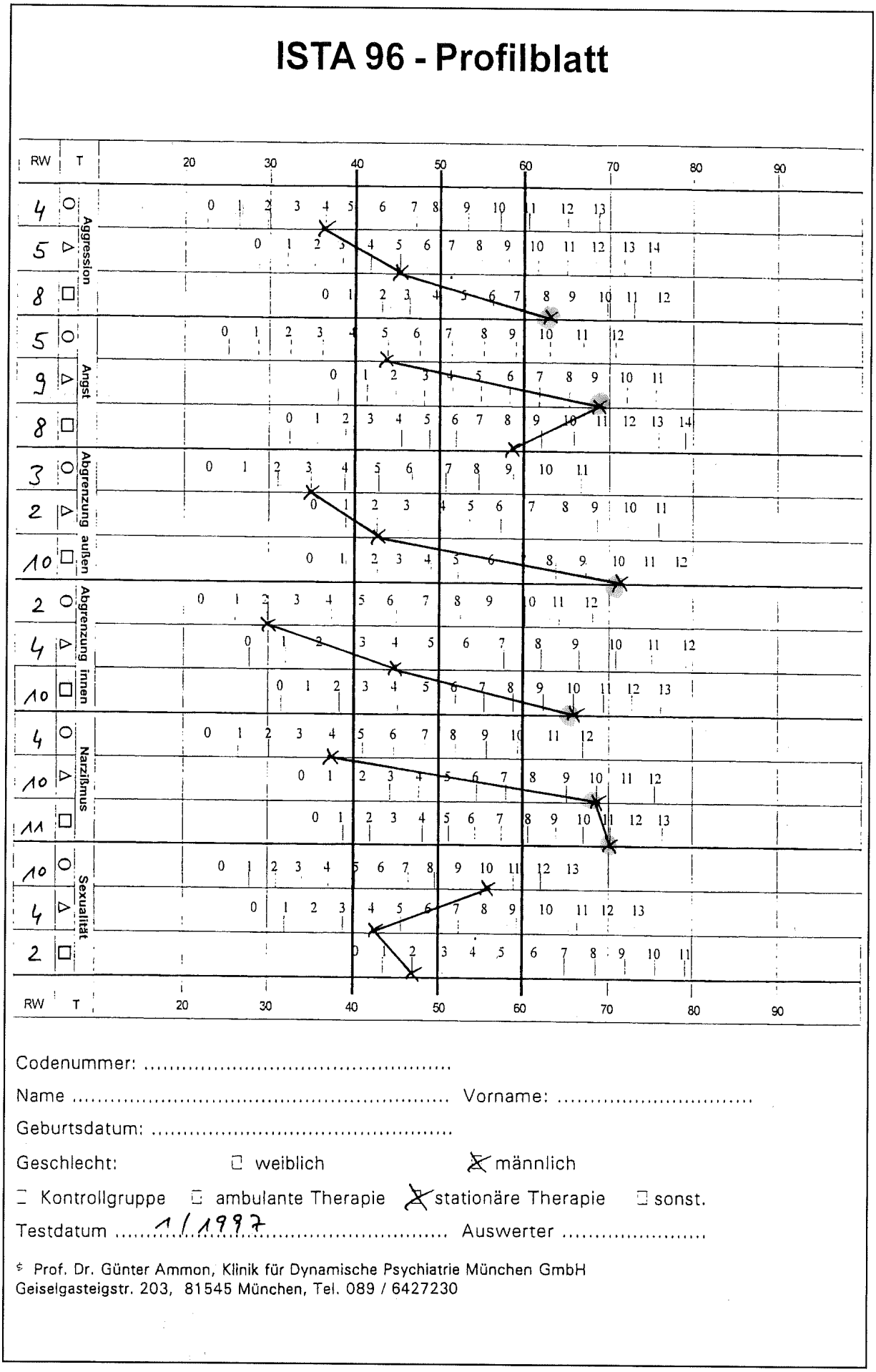


Abb. 7: ISTA-Profil eines psychotisch strukturierten Klinikpatienten

Ein Testprofil bei einer überdurchschnittlich hohen destruktiven Abgrenzung nach innen ist u.U. nur eingeschränkt interpretierbar. Gelegentlich haben wir es hier auch mit dem im Borderline-Bereich häufig anzutreffenden Phänomen eines sogenannten »Anpassungs-Profils« zu tun, wo der Proband sich überkonstruktiv darstellt und keinerlei Schwächen oder Störungen zuläßt. Unsere Untersuchungen zeigen, daß Patienten mit einer hoch defizitären Abgrenzung nach innen auch in fast allen anderen Skalen extreme Defizite und destruktive Anteile aufzeigen.

Bei der Interpretation eines Tests muß immer das Gesamtbild betrachtet werden, dies gilt besonders auch für die Sexualitätsskalen des ISTAs. Um sie zu interpretieren, müssen die anderen Skalen mit herangezogen werden. Eine beziehungsvolle, konstruktiv gelebte Sexualität setzt voraus, daß die Beziehungsfähigkeit der Person zu anderen und zu sich selbst relativ intakt ist, was sich z.B. in konstruktiver Aggression und konstruktivem Narzißmus ausdrückt (s. Abb. 7). Hinsichtlich der Interpretation der Skalen zur Sexualität zeigt die klinische Erfahrung, daß unterschieden werden muß zwischen real gelebter, erfahrener Sexualität und phantasierter, erwünschter Sexualität, was in der Anamnese deutlich wird.

Generell empfiehlt es sich, alle Testergebnisse mit den Patienten zu besprechen, wie wir dies sowohl im klinischen wie ambulanten Bereich tun. Hier wird der ISTA zusammen mit den anderen verwendeten Verfahren in Beziehung gesetzt und zusammen mit dem Patienten vor dem Hintergrund seiner Lebensgeschichte interpretiert. Vor allem bei sehr mißtrauischen Patienten sind diese »objektiven Befunde« oft sehr hilfreich für die weitere therapeutische Arbeit.

Der ISTA im Vergleich zu anderen Persönlichkeitstests

Das ungewöhnliche und neue am ISTA ist, daß er Aussagen auch über Persönlichkeitsbereiche ermöglicht, für die es kaum andere standardisierte psychometrische Testverfahren gibt. Hier sind besonders die Persönlichkeitsbereiche konstruktiver und defizitärer Ich-Entwicklung angesprochen sowie die beiden Humanfunktionen der Ich-Abgrenzung und der Sexualität, für die es bislang auf struktureller Ebene keine vergleichbaren Verfahren gibt.

Herkömmliche Testverfahren suchen vorrangig nach pathologischen Ausprägungen des Erlebens und Verhaltens unter der Annahme, daß gesunde Anteile einer Persönlichkeit nicht behandlungsbedürftig sind. Die Wichtigkeit der konstruktiven Seiten eines Menschen, mit denen sich der Therapeut im Behandlungsprozeß verbünden könnte, spielt bei üblichen Testverfahren keine Rolle. Ebensowenig gibt es psychologische Tests, welche defizitäre Erlebens- und Verhaltensqualitäten erfassen oder über eine explizit ausformulierte Persönlichkeitstheorie mit einem Menschenbild sowie einer Gesundheits- und Krankheitsvorstellung verfügen, wie dies beim ISTA der Fall ist. Damit können neben der Erfassung destrukti-

ver Persönlichkeitsanteile auch Aussagen über die Ausprägung kontaktherstellender und persönlichkeitserweiternder Qualitäten von Humanfunktionen getroffen, aber auch symptomatologisch unauffällige Formen von Erkrankungen erfaßt und Aussagen über vorhandene Defizite gemacht werden, d.h. über nicht oder noch nicht entwickelte Bereiche der Persönlichkeit eines Menschen.

Ungewöhnlich und neu ist das Konzept der Abgrenzung als entscheidende Dimension für die Persönlichkeits-Entwicklung. Eine gewisse inhaltliche Nähe weist zwar die Skala »Durchlässigkeit« des Gießen-Tests auf, unterscheidet aber nicht nach innen und außen und basiert nicht auf einem Entwicklungsverständnis. Das »Boundary Questionaire« von *Hartmann* (1989), das zwischen »dünnen« und »dicken Ich-Grenzen« unterscheidet, hat weder ein klares theoretisches Konzept noch ist es validiert. Im Sinne eines psychologischen Entwicklungsverständnisses ist also weder im psychiatrischen noch psychologischen Bereich ein dem ISTA vergleichbares psychometrisches Messungsverfahren zu finden.

Gleiches gilt auch für die Skalen zur Sexualität. Zwar verfügt vor allem der amerikanische Markt über eine Vielzahl von Tests, jedoch fehlt allen Verfahren ein tiefergehendes Verständnis für Sexualität als eines im Unbewußten verankerten Potentials, das zu seiner Entfaltung freundliche gruppendynamische Bedingungen braucht.

Eine weitere Besonderheit des ISTA ist sein Meßbereich: Er hat Gültigkeit für gesunde (wie die Eichstichprobe belegt) wie auch für psychisch schwer kranke Menschen. D.h. er mißt im Spektrum von gesund über Neurose, Borderline-Störung bis hin zum psychotischen Bereich archaischer Ich-Erkrankungen.

Der ISTA ermöglicht damit neben der Diagnose von pathologischen Fehl- und Nicht-Entwicklungen eine Gesundheitsdiagnose als Ansatz für eine therapeutische Verbündung im Sinne einer »nachholenden Ich-Entwicklung« mit den gesunden Seiten eines Menschen. Er versucht das gängige statische Denken in Kategorien von »krank« und »gesund« aufzuheben zugunsten eines Verständnisses von Persönlichkeits-Struktur sowie einer grundsätzlichen Entwicklungsfähigkeit von psychischen Strukturen. Ein Mensch ist dementsprechend psychisch umso kränker, je mehr Anteile seiner Humanstruktur geschädigt sind und umso tiefgreifender diese Schäden sind.

Zusammenfassung und Ausblick

Der ISTA als reliables und valides Instrument der psychiatrischen und der Persönlichkeits-Diagnostik hat sich in der praktischen diagnostischen Arbeit sowohl im ambulanten therapeutischen Bereich als auch in der stationären klinischen Arbeit bewährt:

– Er kann wichtige Ansatzpunkte liefern für eine therapeutische Strategie, d.h. für den Therapeuten die Frage klären helfen, auf welcher Ebene sinn-

vollerweise eine therapeutische Verbündung mit dem Patienten beginnen sollte.
– Er hat sich als hilfreich erwiesen in der Diagnostik der Zusammensetzung sowohl gruppendynamischer Gruppen – zum Beispiel auf gruppendynamischen Klausurtagungen – als auch in der Frage der Zusammensetzung von Milieugruppen der Klinik.
– Er erlaubt wertvolle Rückschlüsse auf die Kontakt- und Arbeitsfähigkeit mehrerer in Auseinandersetzung befindlicher Personen: Er kann Hinweise geben z.B. in der Frage, inwieweit Therapeut und Patient von ihren Strukturen her betrachtet, zusammenarbeiten können, zur Frage der Zusammensetzung von Therapiegruppen im Hinblick auf ihre Arbeitsfähigkeit. Auf diese Weise läßt sich auch Gruppendiagnostik hinsichtlich der qualitativen Zusammensetzung ihrer Mitglieder durchführen.

In zukünftigen Untersuchungen ist der ISTA wegen seines breiten Meßbereichs in vielen Feldern einsetzbar, so etwa in der Diagnostik von Unfäller-Persönlichkeiten (Ausmaß an defizitärer Angst) oder in der forensischen Psychiatrie bei der Beurteilung des Rückfallrisikos und der Gewaltbereitschaft (destruktive Aggression und defizitäre Angst) von Straftätern. Er kann Therapeuten wertvolle Hinweise für die Behandlung und Diagnostik von Paaren (Problematik der Abgrenzung nach außen, siehe Eichstichproben-Untersuchung) hinsichtlich ihrer Persönlichkeits-Strukturen geben. Der Test wäre auch geeignet für die Beurteilung generell aller, die Verantwortung für andere haben (destruktive Aggression, defizitäre Angst, destruktiver Narzißmus) – insofern hat der Test Zukunft und wir sind gespannt auf weitere Forschungsergebnisse mit diesem Verfahren.

Mit der diesjährigen Veröffentlichung realisiert sich ein von *Ammon* lange forciertes Projekt, für dessen Abschluß und Publikation er sich bis kurz vor seinem Tod noch sehr engagiert hatte.

Im Anhang findet sich eine Zusammenstellung der wichtigsten bisher vorliegenden empirischen Daten und Ergebnisse zum Test.

The Ego-Structure-Test according to Ammon (ISTA) – A Psychometric Assess of Human Structure

Gerhard Wolfrum, Gisela Finke (Munich)

The concept of the ISTA as a psychoanalytic personality questionaire is based on the human structural theory of Dynamic Psychiatry by *Günter Ammon*. It records the humanfunctions of aggression, anxiety, ego demarcation inside and outside, narcissism and sexuality on 18 scales with 220 items. The constructive, destructive and deficient qualities of these humanfunctions will be measured.

The ISTA has been developed on the basis of the understanding of theory and development like it is explained in both main lectures of *Maria*

Ammon and *Ilse Burbiel* about the concept of Dynamic Psychiatry and the human-structure-model. Therefore we point out the theory only as far as it will be needed for better understanding toward this test. The basic ideas for the ISTA have been developed by *Ammon* relatively early – on one side based on his understanding of aggression (1969, 1970), on the other side in the course of a discussion about a structural understanding of the borderline-disease (*Ammon* 1976).

Through clinical experience and observation he postulated in the sense of a curios and active adgredi a primarily constructive aggression of the human being. Under the impact of destructive group dynamics it can develop towards aggression in the sense of a destructive force. With this new formulation *Ammon* is firmly drawing the line between his concept of constructive aggression an *Freuds* drive of destruction by birth and started the way for a group dynamic understanding of human development. For this model of development is the relation and the contact between beings of great importance. The structure of personality of man – so called Humanstructure by *Ammon* – is a result of all concious and unconcious experiences of relationships in groups, which means: Every important experience made through life history showes up in one of the facets of humanstructure – it's development takes place at the border of individual, group and society.

In the course of reformulating the borderline-concept *Ammon* developed the Ego-Structure-Model as a basic new model of function and structure of personality. The individual is getting his identity through interaction and in relation with the group. *Ammon* conceptuated this construction of personality-structure as energy-forming power for interpersonal rapport – known as social energy (*Ammon* 1981, 1982).

A deficit in development of humanfunction can be seen as a hostility of the surrounding group, becoming health of the psychic disordered can be seen as developing structure, where illmaking experiences have no longer importance. Psychic disordered can be seen as deficient ego structure in the sense of non existent constructively developed humanfunctions.

During the development of the ISTA it was *Ammons* concern to be equipped with safe testprocedures matching his personality theory based on its view of man and impression of illness and health which can register the actual point of psychic development in their central functions allowing reflections towards the underlying structure in the core of the personality and enables to come to a most possible differenciated representation of humanstructure. This test should help to analyse the particular humanfunctions and in addition help for objectivising the theory.

Another essential concern of the test is to develop a testprocedure with treatment-relevance and with therapeutic function. The result shall help the therapist to recognize the patients level of development, to find out starting points for a therapeutic alliance in the sense of a retrieval ego development or to find key functions which have priority in therapy. The

test result should make it possible to control the course of therapy and can be included into the therapeutic process through immediate interaction.

Numerous empiric investigations with different versions of the ISTA and it's actual form showed, that the scales have satisfying up to high values in internal consistency and reliability. Concerning validity the ISTA significantly and in expected directions separates between clinical groups and healthy persons. The ISTA reflects sensitively the changes in the course of psychotherapy (see *Burbiel* et. al 1989, 1990, 1992).

Corrrelations with the MMPI, the Gießen Test, the Life Style Index and with the Symptom Check List are confirming construct validity of the scales. Factoranalysis proofs a superior structure in the sense of the theory (data are shown in the appendix). The ISTA so proofs to be a reliable and valid instrument in psychiatric and personality diagnostics in in- and outpatient settings as well as in other social fields.

The ISTA includes the human functions of

- aggression as a quality of active and curious discovering and approaching of things and people
- anxiety as a quality of coping with situations of identity challenges
- inner and outer demarcation of the ego as a primary regulation of relationship to the unconscious inner and the outer world
- narcissism as a quality of relationship of a person to himself and of
- sexuality as primarily and free of conflicts given potency towards relationship and love on the levels of body, mind and soul.

These five human functions are assessed in their constructive, destructive and deficient qualities, whereas the mentioned qualities always relate to the identity development of human being. According to the human structural theory the term constructive describes emotions, cognitions and behaviour that enable the person to establish contact to the environment and to develope identity and personality. Destructive is standing for markations rejecting contact and relationship – to hurt others and oneself – to break up contact towards goals and challenges – which finally leads to a psychic maladjustment. A deficit is seen when psychic potential is not developed due to a lack of attention and warmth, a lack of social energy. By selfreporting the own behavior and attitudes in the test items the ISTA is showing the group dynamic situation of a person, the state of development of the central human functions which are settled in the unconscious core of personality.

We suppose that each form of expression of a human being expresses unconsciousness, and so the results of the different methods of measurement can as a whole, by human structural interpretation, make a reflection on the present state of development of the human structure. The ISTA assesses specific sections of personality which we think to be relevant for the understanding of personality. A human structural diagnosis is based on these different levels of measurements.

Two dimensions seem to be of special significance: The ego-demarcation inside is of central interest. It includes an entry to the internalized

experiences of relationship which – according to the theory – decisively structurized personality. Demarcation is decisive for separation out of symbiosis and therefore for development of identity. If the inner demarcation is destructive, the person has almost no contact to his unconscious. If the inner demarcation is deficient, he will be flooded with unconcious material. In both cases there will be little growth of structure. A test-profile which an extraordinary high score in destructive inner demarcation can be only partially interpreted. Here and then we have to deal with a so called desirability – or over-adjustment profile – often found in borderline patients, where the proband is demonstrating himself overconstructively denying any weakness or disturbances. Our research shows that patients with a high deficit in inner demarcation often have extreme deficits in almost all the other scales, too, as well as in the destructive ones p.e. on overflooding with destructive anxiety.

For the interpretation of the sexuality scales it's a necessity to look at the other scales. Sexuality full of relationship, constructively lived out, anticipates that the ability of relationships of a person to others and to himself is relative intact. Clinical experience shows, that there has to be made a difference between lived, real experienced sexuality and phantasized, desired sexuality.

In general it is recommended to speak with the patient about his test results – like we are doing this as well in our hospital and in the ambulatory section. Here the ISTA is connected with all the other diagnostic procedures that the patient completed like psychiatric scales and projective techniques, and is related to the background of his life history. Especially for distrusting patients those objective results are very helpful for the further therapeutic work.

The ISTA gives information about areas of personality which hardly another psychometric test can give. This is concerning especially the areas of constructive and deficient ego-development and of sexuality, where no comparable tests on a structural level are available.

Commonly inventories are focussing on for pathological signs of feeling and behavior, estimating that healthy parts of personality show no need to be treated. The importance of the constructive parts of a person, with which the therapist can form an alliance during the process of therapy is playing hardly no role in usual tests. Also, there are no other psychological tests to assesss any qualities of deficient development, nor are they usually based on an explicit formulated personality theory and a theory about illness and health, as the ISTA is.

Another special quality of the ISTA is it's validity as well for healthy persons as also for serious ill patients. It assesses a spectrum leading from health over neurosis, the Borderline disorder up to the psychotic domain of archaic ego diseases. Besides diagnosing pathological mal- and non-development the ISTA provides a diagnosis of psychic health as a basis for a therapeutic alliance in the sense of a retrieval of ego development with the

healthy parts of a person. The ISTA tries to overcome the static way of thinking in categories of illness and health for a better understanding of personality structure and it's possible future change. The amount of parts of human functions, that are disturbed and the depth of these damages leads to the psychodiagnostic description of the individual.

Anhang

Historischer Überblick

Mit der Entwicklung des ISTA wurde bereits 1977 begonnen. Es entstand eine erste Version des Ich-Struktur-Tests der konstruktiven, destruktiven und defizitären Aggression (*Beck* et al. 1978; *Burbiel, Vogelbusch* 1981) mit 83 Items. 1980 folgten die Skalen zur konstruktiven, destruktiven und defizitären Angst (56 Items) und zur Ich-Abgrenzung nach innen und außen (32 Items; *Ammon* et al. 1982); 1982 wurden die Skalen zum konstruktiven, destruktiven und defizitären Narzißmus (71 Items) entwickelt (*Burbiel* et al. 1983).

Die ISTA-Skalen wurden in der Folgezeit verschiedenen, vor allem klinischen Gruppen vorgegeben und gemäß den Gütekriterien der klassischen Testtheorie mehrfach revidiert (vgl. *Burbiel, Wagner* 1984; *Kull* 1985; *Wagner, Gemmer* 1985). Seit 1983 war eine vorläufige Endversion des ISTA in Gebrauch. Sie bestand aus 196 Items, die vom Probanden mit »stimmt« bzw. »stimmt nicht« beantwortet wurden.

1993 wurde damit begonnen, den ISTA um Skalen zur konstruktiven, destruktiven und defizitären Sexualität zu erweitern. Die Skalen zur Abgrenzung nach innen und außen wurden zudem in eine konstruktive, destruktive und defizitäre Ausprägung differenziert. Im Zuge dieser Erweiterungen wurden auch die Skalen zu Aggression und Angst und zum Narzißmus auf der Basis der Tests von 493 Probanden überarbeitet.

Itementwicklung und -selektion

Die Formulierung der Items erfolgte unter der Leitung von *Günter Ammon* durch ein Expertenteam, das sich aus Psychoanalytikern und Diplompsychologen der Klinik Menterschwaige und der Lehr- und Forschungsinstitute der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (LFI) in München und Berlin zusammensetzte. Die Testitems stellen dabei Operationalisierungen dar von für eine jeweilige Human-Funktion (z.B. destruktiver Aggression) typischen Einstellungen, Gefühlen, Motiven und Verhaltensweisen, wie sie in der Theorie des Humanstrukturmodells von *Günter Ammon* beschrieben sind und in der therapeutischen Arbeit erfahren werden. Diese typischen Erlebens- und Verhaltensweisen sollen sich zudem auf verschiedene relevante Lebensbereiche erstrecken bzw. ein möglichst breites Spektrum abdecken.

Es entstand ein Itempool von über tausend Testfragen. Diese wurden »blind«, d.h. ohne Kenntnis der ihnen zugedachten Zugehörigkeit zu einer Skala, von einem weiteren Expertenteam zu Skalen zugeordnet. Items, die nicht eindeutig zuzuordnen waren, wurden gestrichen. Es verblieb eine erste Version-R mit 18 Skalen und 353 Fragen. Diese wurde im Sommer 1994 insgesamt 292 Probanden vorgegeben.

Item- und Skalenanalysen sowie auch inhaltliche Überlegungen ergaben die Notwendigkeit, für die Abgrenzungs- und Sexualitätsskalen neue Items zu formulieren bzw. Items umzuformulieren. Bei den Abgrenzungsskalen bestand die Schwierigkeit darin, Innen- und Außen-Abgrenzung eindeutig zu differenzieren. Die Items der destruktiven und defizitären Sexualität erwiesen sich v.a. für die Kontrollgruppe als zu schwierig, d.h. hier wurden Verhaltensweisen und Einstellung gefragt, die in der Bevölkerung selten anzutreffen sind bzw. geleugnet werden. Es entstand eine Version mit 279 Items (ISTA-W), die nach weiteren Studien auf 220 Items reduziert werden konnte (ISTA 96). Der ISTA 96 mit 220 Items wurde auch in die Eichstichprobenstudie gegeben, die an 1001 Probanden in den alten und neuen Bundesländern vom Infas-Institut (München) Ende 1995 durchgeführt wurde. Die demographische und klinische Beschreibung der Untersuchungsgruppen findet sich in Abbildung. 8, 9 und 10 sowie in Tabelle 8.

Merkmal	Klinikpatienten (N= 100)		ambulante Patienten (N= 54)		Eichstichprobe (N= 1001)	
Alter						
bis 30 Jahre	43	(43%)	13	(24,3%)	225	(22,5%)
30 bis unter 40	35	(35%)	24	(44,8%)	163	(16,3%)
40 bis unter 50	16	(16%)	11	(20,5%)	212	(21,2%)
über 50	6	(6%)	6	(10,4%)	400	(40,0%)
Geschlecht						
männlich	48	(48%)	20	(36,5%)	474	(47,4%)
weiblich	52	(52%)	34	(64,5%)	527	(52,7%)
Familienstand						
ledig	74	(74%)	36	(66,7%)	284	(28,4%)
verheiratet	12	(12%)	5	(9,2%)	519	(51,9%)
geschieden/getrennt/ verwitwet	14	(14%)	13	(24,1%)	198	(19,8%)
Partnersituation						
kein fester Partner	68	(68%)	29	(53,3%)	381	(38,1%)
fester Partner	32	(32%)	25	(46,7%)	620	(62,0%)
Schulabschluß						
keiner/Sonderschule	6	(6%)	1	(1,6%)	–	
Hauptschule	30	(30%)	5	(9,8%)	394	(39,4%)
Real/Mittl. R.	21	(21%)	9	(16,3%)	400	(40,0%)
Abitur	26	(26%)	16	(29,3%)	142	(14,2%)
Hochschule	17	(17%)	23	(42,9%)	65	(6,5%)
Psychopharmakol. Medikation						
ja	42	(42%)	3	(5,6%)	76	(7,6%)
nein	58	(58%)	51	(95,4%)	925	(92,5%)

Abb. 8: Demographische Beschreibung der Untersuchungsgruppen

Humanstrukturelle Diagnose:	Anzahl	(%)
Borderline-Struktur	60	(60%)
Psychotische Struktur	28	(28%)
Narzißtische Depression/ Psychosomatische Struktur	12	(12%)

Abb.9: Zuordnung der Klinikpatienten zu Humanstrukturellen Diagnosen

Diagnose an 1. Stelle	N (=%)	Zusatzdiagnosen:
F 002	1	F 10.21, F 12.1
F 20.0	2	F 19.0, F 19.2
F 20.3	11	F 25.0, F 32.1
F 20.4	7	F 32.2, F 33.1
F 21	2	F 33.2, F 40.0
F 25.2	2	F 40.2, F 40.5
F 31.3	2	F 50, F 50.1
F 31.4	1	F 54, F 60.1
F 32.1	3	F 60.3, F 60.4
F 32.2	8	F 60.6, F 60.7
F 33.2	3	F 61.0, F 66.0
F 41.0	2	
F 60.2	5	
F 60.31	49	
F 60.7	2	

Abb.10: Zuordnung der Klinikpatienten zu ICD-10

Skala	Klinikpat. (N= 100)		ambulante Pat. (N= 54)		Eichstichprobe (N= 600)		
	X	s	X	s	X	s	p
konstr. Aggression	6,2	2,8	7,7	2,7	8,0	2,9	.01*
destr. Aggression	5,7	3,2	4,6	3,5	6,7	3,1	.01****
defizit. Aggression	6,9	3,1	4,5	3,1	4,3	3,1	.01*
konstruktive Angst	5,8	2,9	6,8	2,4	6,8	2,7	.05*
destruktive Angst	6,3	3,1	3,5	2,6	3,7	3,0	.01*
defizitäre Angst	6,3	2,8	3,5	2,5	5,5	3,0	.01**
konstr. Abgr. außen	4,6	2,4	5,5	2,8	7,0	2,6	.05**
destr. Abgr. außen	5,5	2,8	2,8	2,3	4,2	2,8	.01***
defizit. Abgr. außen	6,4	2,6	4,8	3,0	4,5	2,8	.01*
konstr. Abgr. innen	6,0	2,8	7,1	2,4	7,4	2,7	.01*
destr. Abgr. innen	5,2	2,1	3,7	2,1	5,4	2,4	.05****
defizit. Abgr. innen	8,5	2,7	6,4	3,3	5,6	3,1	.01*
konstr. Narzißmus	6,3	3,1	7,3	3,9	7,6	2,8	.05*
destr. Narzißmus	6,2	2,9	4,2	3,1	4,8	2,9	.05*
defizit. Narzißmus	6,3	3,4	4,4	3,6	4,7	3,3	.01*
konstr. Sexualität	6,2	3,1	8,6	2,7	8,5	3,3	.01*
destr. Sexualität	4,5	2,8	4,2	2,9	6,5	3,1	.05**
defizit Sexualität	3,7	2,9	1,7	2,4	3,1	3,1	.01****
Summe 220 Items							

Erläuterung zur Signifikanz:
* = Klinik vs. Ambulant / Eichstichprobe
** = Klinik vs. Eichstichprobe
*** = Klinik vs. Ambulant vs. Eichstichprobe
**** = Ambulant vs. Klinik / Eichstichprobe

Tab. 8: Mittelwerte und Standardabweichungen der ISTA-Skalen in der Eichstichprobe (N= 600; unter 50 Jahren), bei N= 100 Klinikpatienten (Aufnahmewerte) und bei N= 54 Patienten in ambulanter Psychotherapie

Faktorielle Validität des ISTA

a) Eichstichprobe

Zur Bestimmung der Binnenstruktur des ISTA wurden für die Eichstichprobe (N= 1001) Faktorenanalysen auf Skalenebene berechnet. Es wurden unrotierte Lösungen sowie drei bis sechs-faktorielle Varimax-Lösungen berechnet. In der Tabelle 1 sind die Ergebnisse dargestellt.

Skala	unrotiert		Varimax drei Faktoren			
	F1	F2	F1	F2	F3	Kommunalität
konstr. Aggress.	-.06	**.84**	-.03	**.73**	.43	.72
destr. Aggress.	.45	**.55**	.37	.24	**.66**	.63
defizit. Aggress.	**.89**	-.06	**.86**	-.18	.14	.79
konstr. Angst	-.11	**.80**	-.02	**.81**	.21	.69
destr. Angst	**.88**	-.06	**.84**	-.19	.17	.78
defizit. Angst	**.79**	.28	**.70**	-.01	.54	.78
konstr. Abgr. außen	-.22	**.71**	-.08	**.85**	-.03	.72
destr. Abgr. außen	**.81**	-.04	**.84**	-.06	-.04	.71
defizit. Abgr. außen	**.81**	.02	**.82**	-.05	.08	.68
konstr. Abgr. innen	-.22	**.73**	-.07	**.88**	-.05	.77
destr. Abgr. innen	**.65**	.26	**.65**	.15	.23	.49
defizit. Abgr. innen	**.80**	.09	**.82**	.02	.08	.67
konstr. Narzißmus	-.17	**.80**	-.10	**.77**	.27	.68
destr. Narzißmus	**.84**	.08	**.82**	-.08	.20	.72
defizit. Narzißmus	**.86**	-.04	**.86**	-.12	.06	.72
konstr. Sex.	-.19	**.78**	-.23	.56	**.59**	.72
destr. Sex.	.36	**.60**	.22	.19	**.85**	.81
defizit. Sex.	**.75**	-.13	**.78**	-.12	-.11	.64

Tab. 1: Faktorenladungen in der Eichstichprobe

Die beiden ersten unrotierten Faktoren zeigen an, daß die Hauptvarianzquellen des ISTA psychische Gesundheit versus psychische Krankheit darstellen. Der erste Faktor wird vor allem durch die defizitäre Aggression, destruktive Angst und destruktiven und defizitären Narzißmus markiert. Destruktive Aggression und destruktive Sexualität liegen nicht auf diesem Faktor, sondern höher auf dem 2. Faktor, wobei die destruktive Aggression annähernd gleich hoch auf beiden Faktoren lädt, also nicht eindeutig zuzuordnen ist. Den zweiten Faktor könnte man als »Psychische Gesundheit« umschreiben. Hier ist die konstruktive Aggression mit einer Ladung von .84 die valideste Teilkomponente. Die beiden Faktoren erklärten insgesamt 64,4 Prozent der Varianz.

Die Varimax-Rotation bietet ein drei-faktorielles Modell an. Wir finden einen Pathologie-Faktor, den man als »Psychische Krankheit« bezeichnen kann, auf dem alle Defizitär-Skalen liegen sowie die destruktive Angst, destruktive Abgrenzung nach außen und innen und der destruktive Narzißmus. Auf dem zweiten Faktor liegen alle Konstruktiv-Skalen mit Ausnahme der Sexualität.

Der dritte Faktor wird gebildet durch destruktive Sexualität und destruktive Aggression. Die konstruktive Sexualität lädt fast gleich stark auf dem zweiten und dem dritten Faktor. Die dreifaktorielle Varimax-Lösung klärt 71% der Varianz auf, was man so verstehen kann, daß Unterschiede zwischen den Probanden zu 71% durch unterschiedliche Ausprägungen in diesen Dimensionen zu erklären sind.

b) Klinikpatienten; Aufnahmewerte zu Therapiebeginn (N= 100)

Skala	unrotiert			Varimax drei Faktoren			
	F1	F2	F3	F1	F2	F3	Kommunalität
konstr. Aggress.	-.50	**.66**	.27	-.07	**.82**	.28	.76
destr. Aggress.	.59	**.61**	-.20	**.73**	-.03	.47	.75
defizit. Aggress.	**.92**	-.07	.10	**.78**	-.44	-.23	.87
konstr. Angst	-.68	.36	**.37**	-.33	**.78**	.03	.73
destr. Angst	**.80**	.15	.31	**.83**	-.11	-.23	.76
defizit. Angst	**.69**	.31	.11	**.75**	-.08	.03	.58
konstr. Abgr. außen	-.70	.06	**.49**	-.46	**.68**	-.24	.74
destr. Abgr. außen	**.77**	.02	.27	**.74**	-.19	-.28	.66
defizit. Abgr. außen	**.83**	.16	.22	**.84**	-.17	-.16	.76
konstr. Abgr. innen	-.49	**.13**	**.59**	-.22	**.68**	-.30	.61
destr. Abgr. innen	**.71**	.00	.02	**.61**	-.35	-.06	.50
defizit. Abgr. innen	**.80**	.29	.00	**.82**	-.21	.08	.72
konstr. Narzißmus	-.51	**.71**	.19	-.08	**.81**	.36	.80
destr. Narzißmus	**.81**	.32	.01	**.84**	-.18	.10	.76
defizit Narzißmus	**.77**	-.12	.09	**.63**	-.40	-.23	.62
konstr. Sex.	-.37	**.58**	-.52	-.18	.23	**.82**	.75
destr. Sex.	.17	**.76**	-.14	.45	.30	.58	.63
defizit. Sex.	.26	-.17	**.74**	.32	.21	**-.80**	.71

Tab. 2: Faktorenladungen in der Klinikgruppe

Im Unterschied zur Eichstichprobe wird bei den Klinikpatienten der dritte Faktor aus der konstruktiven und der defizitären Sexualität gebildet, die komplementär zueinander sind.

Insgesamt verweist die Faktorenanalyse auf die Sonderrolle der Skalen zur Humanfunktion der Sexualität i.S. einer relativen Unabhängigkeit von den anderen Skalen – ein Ergebnis, dem noch weiter nachgegangen werden muß.

In der Patientengruppe und der durchschnittlicheren Bevölkerung (Eichstichprobe) erklären die Faktoren unterschiedliche Varianzanteile (s. Tab. 1, 2). Bei psychisch eher gesunden Menschen hat der Faktor 2 (»Gesundheit«; konstruktive Ausprägungen) einen größeren Einfluß als bei der Gruppe der Klinikpatienten (s. Tab. 3 und Abb. 11)

Faktor 1	**Faktor 2**	**Faktor 3**
defizit. Aggression 86	konstr. Abgrenzg. innen 88	destr. Sexualität 85
defizit. Narzißmus 86	konstr. Abgrenzg. außen 85	destr. Aggress. 66
destr. Angst 84	konstr. Angst 81	
destr. Abgrenzg. außen 84	konstr. Narzißmus 77	konstr. Sexualität 59
defizit. Abgrenzg. außen 82	konstr. Aggression 73	
destrukt. Narzißmus 82	(konstr. Sexualität) 56	
defizit. Abgrenzg. innen 82		
defizit. Abgrenzg. außen 82		
defizit. Sexualität 78		
defizit. Angst 70		
destr. Abgrenzg. innen 65		

Tab. 3: Zuordnung der ISTA-Skalen zu drei Faktoren, geordnet nach absteigender Ladung (Varimax-Rotation)

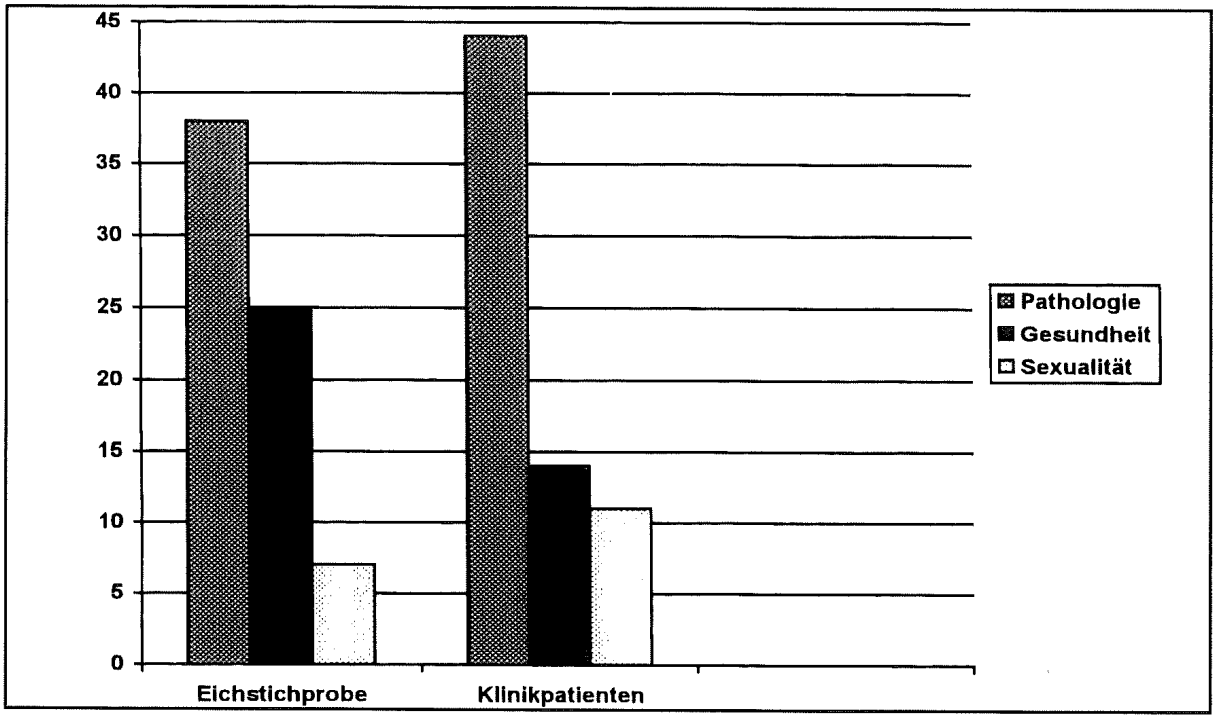


Abb. 11: Faktorenstruktur in der Eichstichprobe (N= 1001) und bei N= 100 Klinikpatienten.

Korrelation des ISTA mit anderen Verfahren

Zur Überprüfung der korrelativen Validität wurde der ISTA von N=78 Klinikpatienten (Aufnahmewerte) mit den zum gleichen Zeitpunkt erhobenen Werten im MMPI, Gießen-Test, der Symptom Check List (SCL 90) und dem Life Style Index (LSI) korreliert. Die jeweils signifikanten Korrelationen sind in den ff. Tabellen 4 bis 7 dargestellt.

Skala	Soziale Resonanz	Dominanz	Kontrolle	Grund-stimmung	Durch-lässigkeit	Soziale Potenz
Konstr. Aggr.	.45				–.38	–.35
Destr. Aggr.	–.34			*.34*		
Defiz. Aggr.	–.49			**.59**	**.53**	*.30*
Konstr. Angst	.46			*–.30*	–.50	–.39
Destr. Angst	–.42			.54	.42	*.27*
Defiz. Angst	*–.31*			.40		
Konstr. Außen	.47			–.40	*–.27*	*–.29*
Destr. Außen	–.49			.33	.48	*.27*
Defiz. Außen	–.48			.47	.38	*.25*
Konstr. Innen	.49			–.37	*–.34*	*–.33*
Destr. Innen	–.37			*.27*	.44	*.26*
Defiz. Innen	*–.32*			.53	.37	
Konstr. Narz.	.51			*–.26*	**–.54**	**–.47**
Destr. Narz.	–.42			.36	.33	
Defiz. Narz.	**–.56**			.36	.46	*.30*
Konstr. Sex.	*.30*				–.36	
Destr. Sex.						
Defiz. Sex.						*.32*

kursiv:	*p < .05*
fett:	p <.01
schraffiert:	jeweils höchste Korrelation(en)

Tab. 4: Korrelation des ISTA mit dem Gießen-Test (GT)

Skala	Psycho-somatik	Zwang	Unsicher-heit	Depression	Angst	Aggression	Phobie	Paranoia	Psychoti-zismus
konstr. Aggr.		-.39		*-.38*					
destr. Aggr.		.41	.41	.38	.35	**.42**	.38	*.31*	*.31*
defiz. Aggr.		.45	.44	.49					.52
konstr. Angst		*-.32*		*-.30*					-.40
destr. Angst		**.50**	**.54**	.44	.40		**.49**		.49
defiz. Angst		.36		*.32*					*.33*
konstr. Außen		-.41	*-.31*	-.37					-.48
destr. Außen		.42	.39	.41			*.30*		.49
defiz. Außen		.48	.47	.43	*.30*		*.30*		.43
konstr. Innen		-.40		-.37					-.39
destr. Innen									.34
defiz. Innen	*.29*	**.56**	.42	**.52**	**.44**	*.27*	*.27*		**.60**
konstr Narz.		*-.27*		-.38					*-.31*
destr. Narz.		.48	**.50**	.47	.34		*.32*	**.35**	.49
defiz. Narz.		*.28*	.36	.41		*.27*			.42
konstr. Sex.									*-.29*
destr. Sex.									
defiz. Sex.									*.28*

kursiv: $p < .05$
fett: $p < .01$
schraffiert: jeweils höchste Korrelation(en)

Tab. 5: Korrelation des ISTA mit der Symptom Check List (SCL 90)

Skala	Leugnen denial	Verdrän-gung repression	Regression regression	Kompensa-tion/com-pensation	Projektion projection	Verschie-bung/dis-placement	Intellektu-alisierung intellectual.	Reaktions-bildung/ reacform.
konstr. Aggr.		**-.46**						
destr. Aggr.			.47		*.29*	**.52**		
defiz. Aggr.		.35	**.51**	.49	*.31*	*.41*		
konstr. Angst		**-.49**						
destr. Angst		*.28*	.42	*.39*	*.33*	.36		*.27*
defiz. Angst			*.31*			*.31*		
konstr. Außen			-.41					
destr. Außen		.42	.40			*.28*	*.34*	
defiz. Außen			**.51**	**.58**	*.31*	.38		
konstr. Innen		-.38						
destr. Innen		*.30*						
defiz. Innen			.36	*.39*	**.37**	.39		
konstr Narz.	**.37**	*-.33*						
destr. Narz.		**.48**	**.51**	.47	**.37**	.37	**.42**	*.30*
defiz. Narz.		.36	.40		*.26*			
konstr. Sex.								
destr. Sex.								
defiz. Sex.								

kursiv: $p < .05$
fett: $p < .01$
schraffiert: jeweils höchste Korrelation(en)

Tab. 6: Korrelation des ISTA mit dem Life Style Index (LSI)

Skala	Hypochon-drie	Depression	Hysterie	Psychopa-thie	Paranoia	Psychas-thenie	Schizoidie	Manie	Soziale Extra-version
konstr. Aggr.		-.45	*-.34*			*-.34*			-.50
destr. Aggr.		.50	*.33*	*.31*	.55	.48	.46	.40	.39
defiz. Aggr.		**.58**	.42		.38	**.54**	*.34*		**.58**
konstr. Angst		-.38	*-.30*			*-.31*			-.48
destr. Angst	*.28*	**.61**	.43	.38	.52	**.59**	**.49**		.51
defiz. Angst		.44	.36		.39	.48	.44		.39
konstr. Außen		-.45	*-.33*		*-.28*	*-.34*			-.43
destr. Außen		.47	.38	*.30*	.40	.46	.37		.56
defiz. Außen		.55	.47		.42	.50	.43	*.31*	**.57**
konstr. Innen		-.48	*-.32*			-.36			-.39
destr. Innen					*.33*	*.28*			*.32*
defiz. Innen	*.31*	**.65**	**.54**	*.33*	.53	**.54**	**.51**	*.31*	.55
konstr. Narz.		-.36				*-.30*			-.51
destr. Narz.	*.35*	.57	.41	**.48**	**.62**	.49	**.48**	**.44**	**.59**
defiz. Narz.		.42		.38	.39	.39	*.35*		.47
konstr. Sex.									*-.28*
destr. Sex.									
defiz. Sex.									.37

kursiv:	$p < .05$
fett:	$p < .01$
schraffiert:	**jeweils höchste Korrelation(en)**

Tab. 7: Korrelation des ISTA mit dem MMPI

Insgesamt bestätigen die Ergebnisse die korrelative Validität des ISTA. Die ISTA-Skalen korrelieren signifikant und in erwarteter Richtung mit anderen klinisch-psychologischen Testskalen. Die Korrelationen liegen dabei im mittleren Bereich, was darauf hinweist, daß der ISTA eigenständige Konstrukte hat, die so in keinem der anderen Verfahren erfaßt werden.

Korrelation des ISTA mit dem HAWIE (Hamburg Wechsler Intelligenztest für Erwachsene)

Der ISTA erweist sich als unabhängig vom Intelligenzniveau der Probanden. Es fanden sich weder signifikante Korrelation der ISTA-Skalen mit den Subtests im HAWIE, noch mit dem Gesamt-IQ. Eine Ausnahme bildet jedoch die HAWIE-Skala »Bilderordnen«. Diese korreliert signifikant negativ mit destruktiver Aggression, destruktiver und defizitärer Angst, defizitärer Abgrenzung nach außen und innen sowie destruktivem Narzißmus. Die Skala »Bilderordnen« wird in der Literatur als Maß für soziale Intelligenz betrachtet.

Die Reliabilität der Skalen ist insgesamt als gut zu bezeichnen. Sie liegt bei den Klinikpatienten im Mittel höher als in der Eichstichprobe. Zu bedenken ist, daß bei komplexen Konstrukten, die viele Ebenen und Bereiche des Erlebens und Verhaltens erfassen, die Interkorrelationen notwendigerweise niedriger ausfallen als bei trivialeren Konstrukten (vgl. *Kline* 1993)

Retest-Reliabilität

Die Studien zur Retest-Reliabilität (zeitliche Stabilität) sind noch nicht abgeschlossen. Erste Schätzungen auf der Basis von 31 Meßwiederholungen bei Probanden, die nicht in psychotherapeutischer Behandlung sind, mit einem Meßintervall von 4 bis 6 Wochen ergeben Werte von .75 bis .85. Falls sich diese Resultate in einer größeren Stichprobe konsolisierden, kann davon ausgegangen werden, daß der ISTA zeitlich stabile Merkmale der Persönlichkeit erfaßt, die nur zu einem geringeren Teil von variierenden situativen Bedingungen und Stimmungslagen abhängen und sich nur in längeren Zeiträumen ändern.

Cronbach Alpha der ISTA-Skalen in der Eichstichprobe (N= 1001) und bei N= 100 Klinikpatienten (Aufnahmewerte)

Skala	Itemzahl	Klinipat. (N= 100)	Eichstichprobe (N= 1001)
konstr. Aggression	13	.75	.70
destr. Aggression	14	.72	.70
defizit. Aggression	12	.79	.78
konstruktive Angst	12	.76	.66
destruktive Angst	11	.83	.80
defizitäre Angst	14	.72	.71
konstr. Abgrenzung	23	.84	.80
destr. Abgrenzung	23	.83	.77
defizit. Abgrenzung	24	.88	.83
konstr. Abgr. außen	11	.74	.67
destr. Abgr. außen	11	.78	.71
defizit. Abgr. außen	11	.81	.72
konstr. Abgr. innen	12	.71	.67
destr. Abgr. innen	12	.69	.57
defizit. Abgr. innen	13	.76	.71
konstr. Narzißmus	12	.77	.70
destr. Narzißmus	12	.75	.72
defizit. Narzißmus	13	.84	.78
konstr. Sexualität	13	.81	.83
destr. Sexualität	13	.70	.77
defizit. Sexualität	11	.80	.80
Summe 220 Items			

Tab. 9: Reliabilität der Skalen

Literatur

Ammon, G. (1970): Gruppendynamik der Aggression. Beiträge zur psychoanalytischen Theorie (Berlin: Pinel-Publikationen)
- (Hrsg.) (1972): Gruppendynamik der Kreativität (Berlin: Pinel-Publikationen)
- (1973): Die Psychodynamik der Psychosen, der Symbiosekomplex und das Spekturm der archaischen Ich-Krankheit. In: Dyn. Psychiat. (6)
- (1976): Das Borderline-Syndrom – ein neues Krankheitsbild. In: Dyn. Psychiat. (9) 317-348
- (1978): Das Verständnis eines Entwicklungsdefizits von Ich-Strukturen in Persönlichkeit und umgebender Gruppe als Grundlage für Wissenschaft und Praxis einer Dynamischen Psychiatrie. In: Dyn. Psychiat. (11) 120-140
- (1979a): Entwurf eines Dynamisch-Psychiatrischen Ich-Struktur-Konzeptes – Zur Integration von funktional-struktureller Ich-Psychologie, analytischer Gruppendynamik und Narzißmußtheorie. In: *Ammon, Günter* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt)
- (1979b): unter Mitarbeit von *Ammon, Gisela* und *Marsen, Brigitte:* Das Borderline-Syndrom und das ich-strukturelle Arbeiten. In: *Ammon, Günter* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt)
- (1982): Das sozialenergetische Prinzip in der Dynamischen Psychiatrie. In: *Ammon, Günter* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt)
- (1983): Das Prinzip der Sozialenergie im holistischen Denken der Dynamischen Psychiatrie. In: Dyn. Psychiat. (16)

– (1984): Das Borderline-Syndrom – ein neues Krankheitsbild in Abgrenzung zur Schizophrenie (diagnostische, klinische und therapeutische Aspekte). In: Dyn. Pschiat. (17) 357-380
– (1987): Das Borderline-Syndrom – ein neues Krankheitsbild. In: Dyn. Psychiat. (20) 339-368
– (1989): Das Borderline-Syndrom, eine humanstrukturelle Erkrankung: Zur Weiterentwicklung der Ergebnisse des DAP-Borderline-Symposiums 1976. In: Dyn. Psychiat. (22) 1-15
– (1991): Dynamic Human Structural Psychiatry Today. In: Dyn. Psychiat. (24) 21-33
– (1993): Dynamic Psychiatry and Human-Structurology. In: Dyn. Psychiat. (26) 279-287

Ammon, G.; Burbiel, I. (1992): Grundzüge der klinischen Humanstrukturellen Psychotherapie. In: Dyn. Psychiat. (25) 1-22

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

Ammon, G.; Rock, W. (1979): Über die unbewußte Strukturierung und gruppenabhängige Entwicklung der Persönlichkeit. In: Dyn. Psychiat. (12) 377-394

Ammon, G.; Finke, G.; Wolfrum, G. (1994): The Revised Form of ISTA and ISTA-Sexuality. Unveröffentl. Manuskript, Vortrag gehalten auf dem 10. Weltkongreß der WADP / 23. Internat. Symposium der DAP vom 25. bis 29. Oktober 1994 am Psychoneurologischen Institut W.M. Bechterew, St. Petersburg / Rußland

Beck, B.; Bott, C.; Rock, W.; Wiehl-Volbehr, A. (1978): Methodische Ansätze zu einer objektivierenden Ich-strukturellen Diagnostik im Rahmen des Ammon'schen Ich-Struktur-Modelles am Beispiel der zentralen Ich-Funktion der Aggression. In: Dyn. Psychiat. (11) 152-164

Burbiel, I.; Bott, C.; Finke, G. (1982): Wissenschaftstheoretische Grundlagen und Forschungsmethodik der Dynamischen Psychiatrie. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt) 531-671

Burbiel, I.; Vogelbusch, W. (1981): Die Persönlichkeitstheorie Günter Ammons als Grundlage psychometrischer Untersuchungen. In: Dyn. Psychiat. (14) 16-37

Burbiel, I.; Wagner, H.; Finke, G. (1983): Der Ich-Struktur-Test des Narzißmus. In: Dyn. Psychiat. (16) 221-253

Burbiel, I.; Wagner, H. (1984): Einige Ergebnisse Dynamisch-Psychiatrischer Effizienzforschung. In: Dyn. Psychiat. (17) 468-500

Burbiel, I.; Fabian, E.; Emmert, C.; Wolfrum, G. (1989): Klinisch-psychologische Effizienzuntersuchungen bei der stationären Behandlung von Borderline-Patienten in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige. In: Dyn. Psychiat. (22) 343-266

Burbiel, I.; Apfelthaler, R.; Fabian, E.; Schanné, U.; Seidler, G.; Wolfrum, G. (1990): Die Effizienz stationärer Psychosentherapie in der Klinik Menterschwaige – Klinisch-psychologische Untersuchungen. In: Dyn. Psychiat. (23) 247-301

Burbiel, I.; Apfelthaler, R.; Fabian, E.; Schanné, U.; Wolfrum, G. (1992): Stationäre Psychotherapie der Pschosen. Eine testpsychologische katamnestische Untersuchung. In: Dyn. Psychiat. (25) 214-276

Burbiel, I.; Apfelthaler, R.; Fabian, E.; Schanné, U.; Wolfrum, G. (1993): Inpatient Psychotherapy of Psychoses: A Pre/Post and Follow-up Psychological Outcome Study. In: Dyn. Psychiat. (26) 316-325

Gemmer, I. (1989): Über den Zusammenhang von Sozialenergie, Lernen und Identitätsentwicklung am Beispiel der sog. Lernbehinderung. Eine empirische Grundlagenstudie über psychische Erkrankungen als Hintergrund schwerer Lernstörungen. In: Dyn. Psychiat. (22) 74-103

Kline, P. (1993): Personality. The psychometric view (London, New York: Routledge)

Kull, W. (1985): Multiple Sklerose – eine psychosomatische Erkrankung? Kasuistik und Ergebnisse im Ich-Struktur-Test nach Ammon (ISTA) bei MS-Patienten. In: Dyn. Psychiat. (18) 211-221

Nesnanow, N. G.; Solowjewa, S. L. (1994): Testpsychologische Untersuchungen von verschiedenen Formen aggressiven Verhaltens. In: Dyn. Psychiat. (27) 202-205

Reitz, G. (1991): Der therapeutische Prozeß eines Borderline-Patienten im Feld einer ambulanten Gruppen- und Tanztherapie – Ein kasuistischer Beitrag. In: Dyn. Psychiat. (24) 56-69

Tupizin, J.; Alkazova, T.V.; Bocharov, V.V.; Kamorina, T.V.; Tsetkova, M.V. (1992): Results of the Russian-Language Ego-Structure Test by Ammon (ISTA) – Psychometrical Peculiarities Investigation. In: Dyn. Psychiat. (25) 332-346

Adresse der Autoren:

Dipl.-Psych. Gerhard Wolfrum
Kapuzinerstraße 48
D 80469 München

Dipl.-Psych. Gisela Finke
Münchnerstraße 3
D 81379 München

Lit: -> Janssen, 1987
L. Kreeger, 1977

Die Integration von Untergruppen in die Kultur der Großgruppe der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige**

Rolf Schmidts (München)*

Die Arbeit erläutert die Gruppendynamik und die damit verbundenen geistigen und emotionalen Prozesse in Großgruppen. Die Großgruppentherapie ist charakterisiert durch eine Multidimensionalität, die den Raum der Gruppe schafft durch die Beziehungen innerhalb der Gruppe, durch die vorgegebene Zeitstruktur mit den spezifischen Möglichkeiten des Treffens eines Jeden mit dem Anderen, durch die Erörterung von Themen innerhalb der Gruppe, durch den Realitätsbezug zur Klinik insgesamt, zu ihren Normen und Grenzen ebenso wie durch die Präsenz von allgemein interessierenden Ereignissen und Festen. Die Großgruppe ist so eine Gruppe innerhalb der Klinik, die gleichermaßen einen hohen Grad von Spontaneität und Direktheit ermöglicht und auch informelle Untergruppen und Bündnisse zuläßt und unterstützt. Die Bildung von Untergruppen zu den unterschiedlichen Themen und Inhalten trägt dann wiederum zu einer weiteren Differenzierung der Großgruppe bei. Letztlich stellt die Großgruppentherapie eine spezielle Form der Kulturtherapie dar und bestimmt in entscheidendem Maße das geistige und emotionale Klima einer Klinik.

Mit *Paul Schilders* Buch von 1920 »Psychiatrie auf psychoanalytischer Grundlage« waren Impulse gesetzt, die in der Geschichte der Psychoanalyse zumeist keimhaft enthalten, gelegentlich auch expressis verbis hervortraten und sie konsequent zur Erforschung der stationären klinischen Arbeit auch mit nichtneurotischen, schwerer narzißtisch gestörten Patienten vorantrieben. Bedeutende Namen auf dem Weg einer solchen Forschung waren *Sandor Ferenczi, Karl Abraham, Victor Tausk, Georg Groddeck, Carl Gustav Jung* und *Paul Federn.* Die Reihe der Namen ließe sich durch die Erwähnung späterer Forscher fast beliebig vermehren.

Ernst Simmel unternahm 1927 den ersten Versuch, im Humboldt-Schlößchen in Berlin-Tegel eine psychoanalytische Klinik aufzubauen. Ihr Schirmherr war *Sigmund Freud*, der die Klinik jährlich für einige Wochen besuchte, sie beriet und sie darüberhinaus auch finanziell mit beträchtlichen Summen unterstützte. Das Experiment mußte wegen finanzieller Schwierigkeiten und der Ausbreitung nationalsozialistischer Vorstellungen 1931 beendet werden. *Simmels* »bahnbrechende Idee einer Behandlung im Team« (*Janssen* 1987) und seine Erwartung, der Neigung der Patienten zum Agieren und Reinszenieren ihrer infantilen Dynamik durch Analyse wirksam entgegenzusteuern, fanden ihre Fortsetzung im Konzept der Menninger Klinik in Topeka, Kansas, deren Mitarbeiter *Ammon* zehn Jahre lang gewesen ist.

* Dr. med., Arzt für Psychiatrie und Neurologie, Facharzt für psychotherapeutische Medizin, Psychoanalyse, Chefarzt der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige, Vizepräsident der WADP, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGDM)

** Vortrag gehalten auf dem 11. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XXIV. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 4.-8. März 1997 an der Fachhochschule München-Pasing.

Die Menninger Klinik machte sich *Janssen* zufolge den Gedanken *Tom Mains* zueigen, die »therapeutische Gemeinschaft... zu einem wesentlichen Moment in der Organisationsform institutioneller Therapie psychisch kranker Menschen« zu machen (*Janssen* 1987). Dieses Konzept verdankt sie den Erfahrungen *Mains* und *Siegmund H. Foulkes* mit großen Gruppen bei der britischen Armee. Sie übertrugen diese Erfahrungen auf eine ganze psychiatrische Klinik. Die Organisationsform dieser Großgruppe sollte »positive zwischenmenschliche Beziehungsstrukturen... » fördern. (*Krüger* 1984).

In der Tat hat diese Entwicklung, wie *Janssen* (1987) feststellt, »die therapeutische Institution Krankenhaus... verändert«. Als eine Folge davon mußte sich auch der nach dem Modell der Anatomie individualistische und biologische Krankheitsbegriff, wie er sich gemäß dem Paradigma des *Andreas Vesalius* »De corporis humani fabrica« (1543) historisch für Jahrhunderte herausgebildet hat, ändern. Bereits *Kurt Lewin* und im Gefolge die bedeutendsten Gruppenanalytiker haben aus der neuen gruppendynamischen Sicht, vielleicht dem bedeutendsten modernen Paradigma, die Konsequenz gezogen, daß sich die Krankheit des Patienten im gruppendynamischen Kontext »als Phänomen der Gruppe darstellt«. Auch *Patrick de Maré* hebt in seiner Arbeit »Die Politik großer Gruppen« (1977) diese paradigmatische Bedeutung hervor: »Wenn wir überhaupt überleben wollen, können wir den Tag nicht weiter hinausschieben, an dem die psychologische, politisch-ökonomische und die soziokulturelle Betrachtungsweise in einem gemeinsamen Feld operational zusammenfinden. Was dringend notwendig ist, ist ein Großgruppendenken«.

Main formuliert demgemäß 1946 das Ziel seiner Therapie, in dem er die soziale Dimension hervorhebt, folgendermaßen: »Die Sozialisation neurotischer Antriebe, ihre Umformung auf soziale Erfordernisse innerhalb eines realistischen Bezugrahmens, die Stärkung des Ichs, die zunehmende Fähigkeit, echte, selbstverständliche soziale Beziehungen einzugehen, die Umformung von Über-Ich-Forderungen, alles das stattet das Individuum mit der Fähigkeit aus, in seiner Lebenswirklichkeit einen sinnvollen Platz einzunehmen und sein Leben zu meistern« (zitiert nach *Janssen* 1987).

Die Einsicht der ätiologischen Bedeutung sozialer Gegebenheiten für die Genese psychischer und psychosomatischer Erkrankungen führte von seiten der Soziologie vor allem des *Maxwell Jones*schen »sozialtherapeutischen Begriffs« der »therapeutischen Gemeinschaft« zu einer Einführung demokratischer Entscheidungsprozesse in die institutionsdynamische Struktur der Klinik.

Mit dieser rechtlich demokratischen Verfaßtheit der »therapeutischen Gemeinschaft« aber sind naturgemäß kreative Entscheidungsprozesse verbunden, die eine Kreativierung des Einzelnen und der Gruppe als Ganzer zur Voraussetzung haben. In der Betriebssoziologie ist dies seit langem eine feststehende wissenschaftliche Erkenntnis. Daß die Kreativität in Abhängigkeit von der Freiheit und Würde der Person im gruppendynamischen Prozeß von großer Bedeutung ist, ist auch einhellige Meinung wohl der

meisten bedeutenden Gruppendynamiker. Meines Wissens hat aber vor allem *Ammon* z.B. in »Gruppendynamik der Kreativität« (1972) die Kreativität zu einer zentralen Funktion und zu einem Wesensmerkmal der Gruppe gemacht. Während die Bestimmung der eigenen Identität schon durch *Victor Tausk* für die Ideengeschichte der Psychoanalyse bedeutsam wurde, hat *Ammon* ihre Verklammerung mit der Gruppe im Sinne einer dialektischen Vermittlung des polaren Gegensatzpaares Identität und Gruppe zu einem zentralen Paradigma der Dynamischen Psychiatrie gemacht.

Die Klinik als Ganzes wurde so zu einem »milieutherapeutischen und sozialenergetischen Feld« (*Ammon* 1982), dessen therapeutische Bedeutung er 1956 entfaltet hat. Hier wird die psychoanalytische Kulturtheorie als Kulturtherapie wirksam. In der Großgruppenarbeit erfahrene Therapeuten und Gruppendynamiker wie z.B. *Ruth Cohn* oder *Josef Rattner* haben deshalb stets großes Gewicht auf die kulturschaffende Bedeutung der Gruppe und vor allem der Großgruppe gelegt.

Von daher gesehen mußte das Problem der Leitung und Führung in solchen demokratisch-strukturierten, einer »weltoffenen Kultur« (*Krüger* 1984) verpflichteten »therapeutischen Gemeinschaften« gruppendynamisch neu formuliert werden. Die Aufgabe des Leiters war es danach, wie *Janssen* formuliert, fortan, die Integrität der klinischen Organisation nach innen, ihre Realität in der weiteren, durchaus nicht nur freundlich gesonnenen gesellschaftlichen Umwelt nach außen zu vertreten, die therapeutische Zielsetzung, in deren Rahmen sog. regressive reinszenierende therapeutische Prozesse möglich sind, zu behaupten, deren therapeutische Bearbeitung und die damit verbundenen Lernprozesse auch des Teams durchzusetzen und die Sicherheit gebende und damit Veränderung ermöglichende Kontinuität zu gewährleisten. In seiner Arbeit »Was macht eine Gruppe zur Gruppe« sieht *Ammon* damit übereinstimmend bereits 1976 die Aufgabe des Leiters deshalb vor allem darin, die aggressive Auseinandersetzung der Gruppe mit dem Leiter auf sich zu ziehen und auf diese Weise »denjenigen Gruppeninnenraum zu eröffnen, in dem sich die kreativen Beiträge des Einzelnen entfalten können« (*Ammon* 1976). Wie empirische Forschungen unserer psychologisch-diagnostischen Abteilung belegt haben, ist demgemäß in einem effektiven therapeutischen Prozeß die destruktive Aggression der Patienten gleichbleibend hoch und so gleichsam der Dreh- und Angelpunkt der Veränderung.

Seit der Eröffnung der ersten »Tagesklinik für intensive Gruppentherapie« in Stelzerreut 1970/1971, der Entwicklung der Obermenzinger »Klinik für stationäre Psychotherapie und Psychosomatik« 1975 sowie dem Aufbau der »Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige, Klinik für stationäre Psychiatrie, Psychotherapie, Psychoanalyse und Psychosomatik« 1979 gehört daher die von *Ammon* entwickelte stationäre Psychotherapie von vornherein zu einem integrativen Modell »stationärer Arbeit«. Während, wie *Janssen* ausführt, das ursprünglichere duale Modell versuchte, einerseits einen Realraum auf den Stationen im Zusammenleben der Patienten mit den Schwestern aufrechtzuerhalten und den therapeutischen

Raum, in dem Manifestationen des Unbewußten zugelassen sind, auf institutionalisierte therapeutische Sitzungen einzugrenzen, ist im »integrativen Modell« diese Spaltung aufgehoben, zumal sie sich ohnehin nicht durchhalten läßt. Übertragungsprozesse und Gegenübertragungsreaktionen sind demnach sowohl in strukturierten Räumen einer Klinik wie in informellen Situationen und spontanen Gruppenbildungen gleichermaßen zu erwarten.

Obwohl es danach naheliegt, mit *Witley* die »therapeutische Gemeinschaft wie eine fortlaufende Großgruppe« zu verstehen, erhält diese nur wenig eigene wissenschaftliche Aufmerksamkeit. Mit Ausnahme des außerordentlich verdienstvollen, inzwischen vergriffenen Werks von *Lionel Kreeger* über »Die Großgruppe« von 1977, wurde das Thema nur wenig bearbeitet. *Raoul Schindlers* Forschungen über die typischen Rollen und ihre Dynamik in Gruppen und Institutionen, derjenigen des Leiters, des Fachmannes, des Mitläufers, des Sündenbocks, gehören zwar zum Repertoire des Wissensstandes eines jeden Gruppendynamikers und Gruppenpsychotherapeuten, sie werden aber meist mit dem Hinweis auf die Gefahr regressiver Prozesse, der Manifestation primitiver Abwehrmechanismen, wie z.B. der Spaltung oder der Projektion, argwöhnisch umgangen. Allerdings sind in den Workshops der »Nonverbal Groupanalytic Society« und in den Workshops der Weiterbildungseinrichtung für Gruppenanalyse in Altaussee/Österreich Großgruppen eingeplant. Aber auch hier scheint die Befürchtung regressiver Prozesse durch Aufarbeitung der Ereignisse der Großgruppe in den weniger regressionfördernden Kleingruppen eine Art Ausweg.

Wir würden den Akzent umgekehrt vertreten. Zwar setzt die Großgruppe sicherlich auf einem tieferen Persönlichkeitsniveau und damit in früheren Manifestationen der Persönlichkeitsentwicklung ein, indem sie Spaltungsprozesse, paranoische Projektionen, Verlassenheits- sowie Verschlingungsphantasien zuläßt. Sie nicht zuzulassen aber heißt nicht, daß sie sich nicht trotzdem manifestieren und dann eben nicht therapeutische Konsequenzen für die Betroffenen zur Folge haben. Die progressiven und entwicklungsfördernden Potenzen aber werden von vorneherein auf jedem Persönlichkeitsniveau wirksam. Schon *Hofstetter* hat in den sechziger Jahren anhand von Wahrnehmungsexperimenten nachweisen können, daß die Treffsicherheit von Einschätzungen in Gruppen, diejenige Einzelner aus dem Bereich reiner Zufälligkeit in den Bereich realitätsentsprechender Schätzungen erhebt. Man könnte sinnbildlich sagen, daß eine Klinikgruppe von etwa 60 Patienten und zehn Mitarbeitern, also etwa 70 Personen, bei einem durchschnittlichen Lebensalter von 32 Jahren eine Lebenserfahrung von 2240 Jahren auf diagnostische, den Einzelnen und die Gruppe selbst betreffende Wahrnehmungen bündelt und sie oft für komplexe Entscheidungsprozesse zur Verfügung stellt. Es gibt demgemäß wohl keine therapeutische Situation von größerer Integrationsfähigkeit und Kompetenz, zumal ihre Integrationskraft in alle institutionalisierten therapeutischen Situationen hineinwirkt.

Was ist also eine Großgruppe?

1. Ihre Struktur und Qualität läßt sich nicht durch ihre numerische Größe bestimmen, obwohl ihre Vielfalt mit der Anzahl und der Unterschiedlichkeit der versammelten Personen wächst und umgekehrt numerische Grenzen sich aus der Überschaubarkeit einer solch großen Gruppe für den Leiter bzw. den mit ihm gruppendynamisch gut vernetzten Leiterstab ergeben. Immerhin läßt sich sagen, daß es sich nach unserer Erfahrung in einer Großgruppe mit 80 Mitgliedern durchaus erfolgreich psychotherapeutisch und auch in beträchtlicher Tiefe arbeiten läßt. Dazu muß sie eine verläßliche kontinuierliche Institution sein. In unserer Klinik tagt sie deshalb zweimal wöchentlich, wobei die Akzentuierung in der ersten Wochensitzung auf die Bedürfnisse und unbewußten Phantasien gerichtet ist, die zweite Sitzung mehr auf die Strukturierung der Wochenendgestaltung.

2. Schon im Beginn des Sich-versammelns konstituiert sich mit den Teilnehmern eine Raumgestalt der Gruppe. Während bereits zu Anfang ein Prozeß wechselseitiger Kontaktaufnahme in Gang ist, Einzelne zueinanderfinden, sich Plätze in der Nähe bestimmter Personen aussuchen oder von anderen abrücken, wird bewußt, wer noch nicht da ist, wer die anfängliche Spannung nicht erträgt. Die Abwesenheit bestimmter Mitarbeiter fällt auf, damit die Vertretung oder Nichtvertretung gewisser Arbeitsbereich, z.B. der Verwaltung mit ihren Realitätsaufgaben, oder der Küche, die als Ort ursprünglicher Bedürfnisbefriedigung von hoher gruppendynamischer Bedeutung ist. Zumindest erscheinen Vertreter der Verwaltung regelmäßig bei den, die ganze Klinikgruppe betreffenden Veränderungen baulicher oder administrativer Art, die Küche bei der Vorbereitung von Festen. Bereits das Zusammenkommen läßt so Kohärenz oder zentrifugale Tendenzen der Institution selbst, der Großgruppe, aber auch der anderen kleineren Gruppen erkennen.

3. In diesem integrativen Prozeß konstituiert sich die Gruppe also als ein Raum mit Bedeutungsgehalt. Schon visuell vermittelt die Runde eine bestimmte Atmosphäre, etwa diejenige der Lückenhaftigkeit, oder harmonischen Geschlossenheit, eines angstvollen Gedränges, oder einer löcherigen Weite, der Asymmetrie mit Einrückungen und Zurücksetzungen, der fluchtermöglichenden Versammlung an der Ausgangstüre oder eines Platzes hinter den Leitern, schließlich auch der Bildung von Satellitengruppen außerhalb des Runds. Es hat sich daher bei den Untersuchungen über die Großgruppe als sinnvoll erwiesen, Raumprotokolle zu fertigen und sie auf die Zeitstruktur, die in eigenen Ereignisprotokollen aufgezeichnet wird, zu beziehen.

4. Das so sichtbar werdende Raum-Bedeutungs-Zeit-Kontinuum läßt Verhalten und Reaktion Einzelner und die Bildung spontaner Koalitionen im Sinne eines dynamisch veränderlichen Soziogramms wahrnehmen. In der Öffentlichkeit einer solchen Gruppe, in der jedermann und jedwedes

Thema Einzelner, der verschiedenen anderen institutionalisierten oder informellen spontanen Gruppen sowie der Großgruppe selbst, ihren Platz haben können, findet daher eine außerordentlich dichte Information über Vorkommnisse im Tagesablauf, Schwierigkeiten unterschiedlicher Gruppen und auch der verschiedenen Arbeitsbereiche, über Beschwerden oder Sorgen, auch der Mitarbeiter, über Wünsche und Bedürfnisse statt. In diesem Prozeß manifestiert sich daher Wandlung und Veränderung. Die Zeit wird in einem ursprünglichen Sinne von Begegnungen direkt erlebbar. Darum ist die Großgruppe der Ort, an dem sich Neuankömmlinge vorstellen, Patienten, die die Klinik verlassen, sich trennen, an dem Geburtstage gefeiert, Projektabschlüsse der Milieugruppen gebührend gewürdigt, Ausstellungen von Patienten eröffnet, Feste vorbereitet, Großgruppenausflüge geplant, extramurale therapeutische Fahrten vorbereitet werden und etwa jetzt für den Kongreß die Erarbeitung von Stellwänden mit dem Ziel der Selbstdarstellung und die Fertigung von Transparenten stattfindet, an dem aber auch Gäste und Wissenschaftler aus aller Welt empfangen und begrüßt werden.

5. Auch allgemeininteressierende Ereignisse außerhalb der Klinik, politische Nachrichten, öffentliche Ausstellungen und Veranstaltungen haben hier ihren Platz. Auf diese Weise entsteht eine Raum-Bedeutungs-Zeit- und Themenstruktur im Hier und Jetzt der Gruppe, die sich im Sinne einer Erweiterung des Bewußtseins auswirkt, »ist doch das Bewußtsein selbst seinem Ursprung nach ein Erkenntnisprozeß, der sich im Umgang mit anderen vollzieht« (*de Maré* 1977). In einem thematischen Protokoll wird daher der Gesprächsverlauf in der Großgruppe festgehalten.

Bezieht man die Themenentwicklung und die raumzeitlichen Gegebenheiten, sowie deren unmittelbar erfahrbare Bedeutung aufeinander, so erhält man ein sehr präzises gruppendynamisches Bild von der Großgruppe selbst, den institutionalisierten und informellen Gruppen, den spontanen Koalitionen oft von Widerstandscharakter, den subkulturellen Kumpaneien und den Reaktionsweisen des Einzelnen mitsamt seinen Schwierigkeiten, aber auch seinen Begabungen und Fähigkeiten sowie den Lösungsmöglichkeiten. So erscheinen bsp. ängstliche Patienten erst, wenn ihre unbewußten Befürchtungen in der Gruppe eine gewisse Integration erfahren haben und sich als unbegründet erweisen. Andere verlassen den Raum bei den sie berührenden peinlichen Themen und erlauben es, gerade aufgrund der persönlichen Problematik das Thema weiter zu präzisieren. Meist kehren sie dann spontan zurück oder werden auch von ihren befreundeten Gruppenmitgliedern verständnisvoll wieder einbezogen. Die Großgruppe ist daher ein Raum-Bedeutungs-Zeit-Themen- und Identitätskontinuum, in der abgespaltene Wünsche und Befürchtungen Einzelner eine Integration erfahren können, in der Koalitionen von Widerstandscharakter sichtbar und auf dem Hintergrund des Themas integriert werden können.

Ein plastisches Beispiel war vor kurzem die Bildung einer neunköpfigen Satellitengruppen an den Eßtischen des größten Klinikraumes, außerhalb, aber in lockerer Anbindung an das Rund der Großgruppe. Protagonisten

waren zwei schwere Borderline-Patienten, die beide ihre Therapie, der eine drogenabhängig, sogar durch Erzwingung disziplinarischer Maßnahmen, abbrachen. Während der erste einen großen Teil der Klinikpatienten zu einer Verlobung mit einer Mitpatientin außerhalb der Klinik einlud, die dann aber nicht zustande kam, und damit die typische Widerstandsmanifestation der Bildung eines phantasierten idealen Paares sichtbar machte, konnte der phantasierte Liebespartner des zweiten Patienten ihr Agieren in der Gruppe erfolgreich analysieren. Erst jetzt wurde der Abbruch der Beziehung zweier Teammitglieder und die neue Liebesbindung des einen mit einem anderen Mitarbeiter offen besprochen. Die Großgruppe wurde wieder kohärenter. Ein schizophrener Patient, der die ganze Zeit über in der Satellitengruppe pornographische Zeichnungen mit maschinenartigen Menschen gefertigt hatte, kehrte in die Großgruppe zurück und konnte sich auch auf außerordentlich berührende Weise verabschieden. Er spielte ängstlich eine unruhig flirrende Tonfolge auf der Gitarre und beendete mit einer akkordischen Kadenz. Seine Einführung in der Klinik war im Gegensatz dazu eine Art Performance, wie bei einem Pop-Star drängte sich einem seinerzeit das Bild einer tausendköpfigen tosenden Fangemeinde auf. In der Folge löste sich die Satellitengruppe auf. Ein anderer Borderline-Patient dieser Gruppe kam nach einem versuchten Therapieabbruch wieder zurück. Der traumatisierende Abbruch der ersten beiden Patienten wurde so wiedergutgemacht. Das therapeutische Ziel der Emanzipation im eigenen Recht war teilhaft wiedererreichbar.

6. In einer früheren Arbeit über die »gelebte Gerechtigkeit in der Großgruppe der Klinik Menterschwaige« (*Schmidts, v. Hammerstein* 1985) führten wir aus, daß nichts im Verhalten der Großgruppe an Sanktionen erinnert, daß es in keiner Weise um die Formalisierung sozialer Kontrolle menschlichen Verhaltens oder gar um die Zuschreibung eines Unwertteils geht, daß vielmehr ein – nicht billigendes, aber annehmendes Verstehen – die Haltung der Großgruppe bestimmt. Gerade dieses annehmende Verstehen erschien uns als Kernpunkt der »Wiedergutmachung«, wie sie *Ammon* als zentrales Moment einer Persönlichkeitsentwicklung und -veränderung beschrieben hat. Es ermöglicht eine werthafte und sinnhafte Erfahrung der eigenen Person und der Gruppe als Ganzer. Es schafft Vertrauen in die Kommunizierbarkeit von Konflikten, in der Erwartung, daß sie nicht durch Eliminierung eines Sündenbocks ausgegrenzt werden müssen, sondern trotz der Gefährdung durch destruktives Agieren werthafte und sinnhafte Erfahrungen eröffnen. Gerade diese schlagen sich nieder in der Struktur der Persönlichkeit und derjenigen der gesamten Gruppe im Sinne einer Großgruppenkultur, die sich selbst tradiert, auch nachdem ihre einzelnen Mitglieder durch andere abgelöst wurden. Strukturierend erscheint grundsätzlich eine personale Erfahrung, in der dem Einzelnen Gerechtigkeit widerfährt. Auch die Normen und jeweiligen notwendigen Grenzen der Großgruppe bemessen sich so an Erfahrungen von Menschen mit Menschen. Sie stellen flexible Grenzen dar, die erweiterungs- und ent-

wicklungsfähig sind, ohne jedoch außer Kraft gesetzt zu werden. Denn, wie *Ammon* 1982 schreibt: »Der kreative Prozeß ist ohne Grenzen undenkbar«. Dementsprechend ist die Großgruppe als Raum-Bedeutungs-Zeit-Thema und ethisch rechtliche Struktur bestimmbar. Gerade so ermöglicht sie eine individuelle Entfaltung der eigenen Persönlichkeit in der Gruppe, entwickelt geistige und rechtlich-gesellschaftliche Kultur, weil sie integriert und individualisiert.

Demgemäß haben unsere Großgruppenuntersuchungen gezeigt, daß die kreativen Potentiale informeller spontaner Gruppenbildung, illegitimer subkultureller Koalitionen und Kontraproduktionen asozialer Kumpaneien im Großgruppenprozess eine Umwandlung erfahren und zur Neugründung legitimierter, schuldgefühlfreier Untergruppen führt. Viele sog. »Interessengruppen« und Neubildungen von Gruppen verdanken solchen Prozessen in der Großgruppe ihre Entstehung. Beispielsweise entstand die Videogruppe durch Nutzung der Fähigkeit eines paranoisch-schizophrenen Patienten, genau zu beobachten. Diese Erfahrung war insofern identitätsbildend, als sie ihm einen neuen Berufshorizont als Fotograf eröffnete, für die Gruppe kulturbildend, weil sie der visuellen Dokumentation in der Klinik einen adäquaten Platz zuwies. Ein anderes Beispiel ist die Percussiongruppe, die ihre Entstehung einem musikalisch begabten, zwangskranken Patienten verdankte und zu seiner eigenen schuldgefühlfreien Entwicklung beitrug sowie Bestandteil der sich selbst tradierten Klinikkultur wurde.

Unsere noch vorerst zu belegende Behauptung lautet daher: Die Integration von Untergruppen, spontaner Koalitionen und subkultureller Kumpaneien in die Großgruppe bringt durch den Rechtssetzungsprozeß der Großgruppe legimitierte Untergruppen zum Vorschein, die ein Eigenleben beanspruchen können und die Kultur einer Klinik bereichern. Die Integration von Untergruppen in die Kultur der Großgruppe erscheint daher als ein wesentlicher Prozeß der Entwicklung einer therapeutischen Kultur in der Großgruppe selbst und der Entwicklung einzelner Patienten in der Großgruppe.

The Integration of Subgroups into the Culture of the Plenary Group in the Dynamic-Psychiatric Hospital Menterschwaige

Rolf Schmidts (Munich)

First efforts to integrate psychiatry and psychoanalysis were untertaken in the late twenties of this century. Treating psychically ill patients by a team and the dynamic understanding of illness and therapy were at the center of this new approach. In the Menninger Foundation, this concept was taken up by the so-called »therapeutic community«. In doing so, democratic decision-making processes were integrated into the institution's

dynamic structure. The concept of identity and group as interwoven factors led the founder of the Berlin school of Dynamic Psychiatry, *Günter Ammon*, to develop a new understanding of creativity. Continuing on from this concept, he defined dynamic-psychiatric hospitals as a »milieu therapeutic and social energetic field«.

On the basis of the group dynamic conception, the author elaborates that the aggressive disputes groups experience with their therapists serve to form a group interior. In a therapeutic process, all change hinges on dealing with destructive aggression. The hospital's plenary group, which includes the members of the team and the patients, participates in this creative and democratic process. On this basis, *Günter Ammon* developed an integrative modell of clinical psychotherapy which is being implemented in Germany since 1970.

Following a historical survey on the development of plenary groups or hospital groups on a psychoanalytical basis, where the author stresses the merits of *Ernst Simmel, Kurt Lewin, Tom Main, Günter Ammon* and others, he considers the question of the typical characteristics of a plenary group and underlines the following prerequisites and special features:

- Successful psychotherapeutic work with a plenary group of approximately 80 members is guaranteed if it meets on a continnous and reliable basis.
- Already at the beginning of the meeting a certain structure and arrangement in the room is developing.
- From this structure »the group is developing as a space of significance« for instance as an expression of incompleteness and fragmentaryness or harmonious compactness.
- As a further step time can be experienced in the sense of an encounter for all members of the group through a dynamic presentation of the behaviour and the reaction of the plenary group according to a structure-significance-time-continuity.
- But also topics of a general interest (for instance on politics and events) not concerning the hospital are discussed, from which emerges a space-significance-time-and-topics-structure in the here-and-now of the group. Within this group-dynamic framework of the plenary group, a lot of identity-building processes of the plenary group itself as well as of individuals are taking place so that the plenary group develops as a structure-significance-time-topics-and-identity-continuity where split-off wishes and fears of individual group members may be integrated against the background of the topic.
- To conclude the author deals in detail with the ethical-legal aspect of a plenary group. In this context sub-groups are authorized and/or changed through the group process and, finally, can enrich the culture of a hospital.

Numerous examples illustrate the explanations of the author concerning the integration of sub-groups into the plenary at the different levels and with different meanings.

Literatur beim Verfasser

Adresse des Autors:

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

Zum Defizitbegriff bei Ammon***

Astrid Thome*, Gerhild Sandermann** (München)

Die vorliegende Arbeit befaßt sich mit dem Defizitbegriff im Persönlichkeitsmodell *Günter Ammons*. In Auseinandersetzung mit Konfliktmodellen und anderen Defizitmodellen wird das spezifische Verständnis des Defizits in der Dynamischen Psychiatrie herausgearbeitet. Frühe Mängel in der Fürsorge und Kommunikation führen zu einer individuell und gruppenbedingt unterschiedlicher Ausbildung von Defiziten, die sich als Defizite in den Humanfunktionen, besonders der Aggression, Angst, Abgrenzung und deren Regulation niederschlagen. An zwei Fallbeispielen wird die Ätiologie zweier unterschiedlich entwickelter Defizite – im Bereich Angst und in dem der Aggression – mit Hilfe von testdiagnostischen Untersuchungen, Interviews und Anamnese rekonstruiert.

Sich mit Konzepten zum psychischen Defizit zu befassen, erscheint uns als sinnvoll und notwendig, weil es dem sogenannten gesunden Menschenverstand weniger eingängig ist, die Möglichkeit nicht-entwickelter psychischer Funktionen in Betracht zu ziehen als deren dysfunktionale Verformungen. Der Zusammenhang zwischen Defizit und destruktivem Agieren wird in den psychosozialen Bereichen wie Einrichtungen der Justiz und der Pädagogik nicht angemessen erkannt. So ist jedem eine Gewalttat im Affekt verständlich, aber nicht das emotionslose, abgespaltene und traumartige gewalttätige Handeln, das von den Tätern oft als »Black-out« oder »Aussetzer« beschrieben wird. Nur bei Ansätzen, die sich um ein psychoanalytisch-strukturelles Verständnis menschlicher Entwicklung bemühen, wird die Vorstellung psychischen Defizits in die Diskussion aufgenommen. Das *Freud*ianische Konflikt-Modell als Erklärung der Ätiologie neurotischer Erkrankungen ist unzulänglich, desintegrative Prozesse wie die Psychose zu verstehen. Deshalb kommt es seit *Freuds* Arbeit zum Narzißmus (1914) entweder zu davon abweichenden Vorstellungen einer grundlegenden Ich-Schwäche des Psychotikers aufgrund der mangelnden Besetzung seiner Ich-Grenzen (*Federn* 1927) und Modifikationen dieses Defizienz-Begriffs, oder aber es wird die Konflikttheorie für die Genese schwerer psychiatrischer Erkrankungen abgewandelt. Im folgenden wollen wir den Defizit-Begriff bei *Ammon* in Abgrenzung zu anderen Defizienz-Modellen und in Abgrenzung zur Konflikttheorie darstellen und ihn anhand von zwei Fallbeispielen erörtern.

Der Begriff des narzißtischen Defizits meint eine reale Schädigung des Ichs, die das Kind in der Phase des primären Narzißmus dadurch erleidet, daß die Mutter aufgrund eigener psychischer Beeinträchtigung nur mangel-

* Klinische Psychologin/Psychotherapeutin (BDP), Psychoanalytikerin, Gruppenpsychotherapeutin (DAP), Mitarbeiterin der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige
** Psychologin, Mitarbeiterin der Diagnostischen Abteilung der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige
*** Vortrag gehalten auf dem 11. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XXIV. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) an der Fachhochschule München-Pasing, vom 4.-8. März 1997.

haft die Äußerungen und Bedürfnisse des Säuglings beantworten kann. »Das gemeinsame Kennzeichen dieser Krankheitsbilder ist nach meiner Erfahrung eine in der frühen Kindheit im Rahmen der präödipalen Symbiose von Mutter und Kind erfolgte Arretierung und Verstümmelung der Ich- und Identitätsentwicklung, die dazu führte, daß das Kind im Aufbau seiner Ich-Grenzen und in der Entfaltung seiner primär gegebenen Ich-Funktionen, hier insbesondere der konstruktiven Aggression, nicht adäquat unterstützt wurde und aufgrund früher traumatischer Trennungs- und Vernichtungsängste an der Ausbildung einer kohärenten und flexiblen Ich-Struktur gehindert wurde« (*Ammon* 1974). Die Symptomatiken bei den archaischen Ich-Krankheiten werden nicht als Resultate von Konflikten eines kohärenten Ichs wie bei der Neurose angesehen, sondern als Kompensation eines strukturellen Mangels des Ichs, der selbst strukturelle Bedeutung zukommt. Symptome sind insofern nicht einfach zu vermeidende, zu heilende oder wegzutherapierende Momente der Persönlichkeit.

Zur Geschichte des Begriffs ist folgendes zu sagen: Ob man in der Ätiologie schwerer psychiatrischer Störungen von einem Defizit ausgehen muß, wird verstärkt etwa seit Ende der sechziger Jahre in der psychoanalytischen Literatur diskutiert. Verglichen mit anderen Themengebieten gibt es hierzu wenig Arbeiten. Obwohl es insbesondere bei Vertretern der Objektschulen, wie z. B. *Winnicott* oder *Mahler*, schon frühzeitig zu Vorstellungen psychisch-struktureller Mängel im Menschen durch mangelnde elterliche Fürsorge und mangelnde mütterliche Empathie kommt, wird von *Wallenstein* (1992) *Kohut* als ein bahnbrechender Vertreter eines Defizit-Verständnisses in Anspruch genommen. *Kohut* (1971) erwägt für die Ätiologie schwerer narzißtischer Störungen die reale frühkindliche Deprivation, d.h. das Ausbleiben für die Entwicklung notwendiger Unterstützung, was dann zum strukturellen Defizit in der Persönlichkeit des Menschen führt. Allerdings beschreibt er diesen Mangel als unzureichende Spiegelung des Kindes durch die Eltern und als Mangel an Möglichkeit, die Eltern zu bewundern. *Fred Pine* merkt dazu an, daß bei *Kohut* nur ein Bereich der Persönlichkeitsentwicklung angesprochen sei, nämlich der narzißtische Sektor. Dem Begriff eines strukturellen Defizits entgegengesetzt bleibt die Konflikttheorie, die aus unterschiedlichen Gründen und unterschiedlich modifiziert auch für psychiatrische Erkrankungen beibehalten wird: Als Krankheitsursache wird in der Ätiologie der Neurosen ein intrapsychischer Konflikt angenommen, bzw. diese Vorstellung modifiziert, um der Schwere der jeweiligen Erkrankung gerecht zu werden.

Ein moderner Vertreter der Konflikt-Theorie ist *Stavros Mentzos*: Er versucht einerseits entsprechend dem Schweregrad der psychischen Beeinträchtigung der Schizophrenie »strukturelle Mängel« zuzugestehen, hält andererseits aber die Konflikt-Konzeption als Ursache der Erkrankung aufrecht. Der später schizophren erkrankte Mensch konnte in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres (*Mentzos* 1982) die »erste und wohl wichtigste Aufgabe in der psychischen Entwicklung, die es zu lösen gilt, (...) diejenige

der Selbstkonstituierung und der Selbst-Objektdifferenzierung« – nicht lösen (*Mentzos* 1991). In ihm bleibt dann der Konflikt als der »Zusammenprall von gegensätzlichen Motivationen weiterhin wirksam«, nämlich der Tendenzen in Richtung einer Individuation im Gegensatz zu den Tendenzen in Richtung einer Beibehaltung der Symbiose. Für diese pathologische Aufrechterhaltung des Konflikts macht *Mentzos* eine mangelhafte Unterstützung des Kleinkindes durch seine primären Bezugspersonen und »die Auswirkungen pathologischer Grundstrukturen dieser Bezugspersonen sowie der unter diesen Umständen entstehenden Beziehungen« verantwortlich, auch anerkennt er die Möglichkeit, daß das Kind durch seine Eltern narzißtisch ausgebeutet wurde (*Mentzos* 1991). Auch kommt bei *Mentzos* den Symptomatiken strukturelle Bedeutung zu, allerdings nur als Abwehrmechanismen und Kompensationsversuche bezogen auf den Grundkonflikt. Die Symptomatiken werden dann als regressives, entdifferenziertes Geschehen verstanden. Es sei an dieser Stelle auf *Ammons* Erwiderung auf ähnliche frühere Argumentationen verwiesen: »Nach meiner Auffassung bezeichnet die symbiotische Übertragungsdynamik nicht eine Stufe der Regression, was voraussetzen würde, daß eine bereits erreichte, weitergehende Entwicklung und Differenzierung der psychischen Instanzen und Funktionen regressiv entdifferenziert worden wäre. Nach meiner Erfahrung bezeichnet die symbiotische Übertragungsdynamik vielmehr, daß ein frühkindlich erworbenes narzißtisches Defizit bereits die gesamte psychische Entwicklung arretiert hat. Der Ich-kranke Patient ist nicht regrediert, er hat sich vielmehr gar nicht erst im Sinne einer psychischen Progression entwickeln dürfen« (*Ammon* 1974). Stellt man diese beiden Positionen einander gegenüber, so zielt die Hauptfrage daraufhin ab, was primär ist und was sekundär ist: Ist das Primäre ein ungelöster Konflikt bzw. eine ungelöste psychische Aufgabe, die dann zu massiven strukturellen Defiziten führt, oder ist am Grunde das Defizit als nicht ermöglichte Entwicklung, was dann zur Unfähigkeit der Persönlichkeit führt, Identitätsanforderungen begegnen zu können, Konflikte zu bestehen oder sie zu lösen. Bei *Ammon* trifft der Konflikt auf ein wegen eines früh erlebten Mangels von Desintegration bedrohtes Ich, er kann aufgrund dieses strukturellen Defizits nicht integriert oder bewältigt werden. Die Symptomatik wird als strukturelle Notwendigkeit verstanden und als Abwehr von archaischen Trennungs-, Verlassenheits- und Vernichtungsängsten.

Ähnlich wie *Ammon* beantwortet der amerikanische Psychoanalytiker *Fred Pine* (1994) diese Frage: Für ihn ist das Defizit ein zwischenmenschlicher Mangel in der Beziehung, der sich dann als Defekt in den Ich-Funktionen niederschlägt. Das Defizit wird hervorgerufen durch eine unaufhörliche Traumatisierung, durch Vernachlässigung, demütigende Verhaltensweisen der primären Bezugspersonen und mangelnde Empathie. Auch er beschreibt ähnlich wie *Ammon* unterschiedliche Stadien psychischer Organisation. Eine psychische Traumatisierung mit anderen wieder zu inszenieren beispielsweise, bedarf schon eines gewissen Grades von Ich-

Organisation und Ich-Differenzierung, die, wenn sie fehlt, die frühe Erfahrung als Wunde lebendig bleiben läßt.

Das narzißtische Defizit

Auch die Humanwissenschaften nehmen am ehesten für sich ein biologisches Modell menschlicher Entwicklung in Anspruch, insofern immer mehr oder weniger die Vorstellung von naturwüchsigen Reifungsvorgängen diesen Modellen unterliegt: Wenn der Mensch nicht in seiner Entwicklung gestört wird, entfalten sich die ihm genetisch mitgegebenen menschlichen Möglichkeiten von alleine. Im Gegensatz dazu nimmt *Ammon* an, daß, ob ein Mensch überhaupt geboren wird, wie er geboren wird, ob, wie und welche Möglichkeiten er entwickeln kann, abhängt von der Qualität der ontogenetisch frühen menschlichen Beziehungen zu ihm, der Qualität des sozialenergetischen Austauschs in der Primärgruppe. Die Entwicklung des Individuums versteht sich in diesem Konzept in keiner Weise von selbst, sondern es ist bis hin in die Bildung von Synapsen, Hirnstrukturen, bis hin in die Biologie des Menschen abhängig von der Gruppendynamik der umgebenden Gruppe, in die ein Mensch hineingeboren wurde. Dieser Einfluß der Gruppe auf die Entwicklung des Menschen ist vorgeburtlich und im frühesten Lebensabschnitt am entscheidensten, weil sich in dieser Zeit die Grundstrukturen im biologischen und im zentralen unbewußten Kern der Persönlichkeit herausbilden. So können hospitalisierte Kinder nicht die altersentsprechenden Fähigkeiten wie Auge-Hand-Koordination, das unspezifische Lächeln und anderes entwickeln (*Provence* und *Lipton* 1962), wenn sie ohne menschlichen Kontakt bzw. nur einem minimalisierten Kontakt haben auskommen müssen. Ist der Säugling Mißachtung, Vernachlässigung, Verwahrlosung, mangelnder Empathie, aber auch dem narzißtischen Mißbrauch durch die umgebende Gruppe ausgesetzt, entwickeln sich Teile der Persönlichkeit gar nicht, nur rudimentär oder nur als unzuverlässig verfügbare Strukturen und Funktionen. Nach *Ammon* bilden sich dort Defizite in der Persönlichkeit aus, wo der Kontakt und die Kommunikation und insbesondere die nonverbale Kommunikation über Bedürfnisse, Wünsche ausblieb und das Kind in zentralen Anliegen seiner Persönlichkeit auf kein oder nur ein mangelndes Interesse stieß. Bezogen auf die Psychosomatik sagt *Ammon:* »Die Zerreißung des psychosomatischen Simultangeschehens im Individuum beruht... auf einer Zerreißung des interpersonellen Simultangeschehens in der Gruppe, in der der Einzelne lebt bzw. aufgewachsen ist« (*Ammon* 1972). Diese Kommunikations- und Kontaktlöcher in der Gruppe können auch über Generationen hinweg weitergegeben werden. So mag ein Sprach- und Wahrnehmungsverbot in Familien aufrechterhalten bleiben, oder das Erleben bestimmter Gefühle wie zum Beispiel der Angst wird nicht zugelassen, kann nicht artikuliert werden und wird von daher auch nicht ins Erleben aufgenommen. Es gibt unendlich viele Möglichkeiten der Ausbildung defizitärer Momente in der

Persönlichkeit in unendlich vielen Variationen mit destruktiv und konstruktiv ausgebildeten Funktionen. Für schwere psychiatrische Erkrankungen nimmt *Ammon* ein entwicklungsarretierendes Defizit an.

Mit den folgenden zwei Fall-Vignetten wollen wir zwei unterschiedliche Möglichkeiten von defizitären Entwicklungen vorstellen, beide Male liegen schwere psychiatrische Erkrankungen vor, das eine mal handelt es sich um einen Borderline-Patienten mit schwerer Paranoia, kriminellem Ausagieren und Unfallneigung, das andere Mal um eine narzißtische Depression.

Zwei Fallvignetten

In diesen Vignetten stützen wir uns auf das Interview mit den Patienten zu den psychologisch-diagnostischen Testergebnissen im ISTA (Ich-Struktur-Test nach *Ammon)*, MMPI, Gießen-Test, *Wartegg*-Zeichentest, STL-90, dem Life-Style Index (LSI), HAWIE und der psychiatrischen Anamnese. Beide Patienten waren zur stationären Psychotherapie in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige. Am hervorstechendsten bei Herrn H., einem 35 Jahre alten Handwerker, war anamnestisch ein äußerst massives Ausagieren, das ihn in Unfällen schon häufiger an die Grenze des Todes brachte. Er agierte auch kriminell und war u.a. Hauptperson eines schweren Bankraubs mit Geißelnahme. Es bestand auch eine Alkoholproblematik, und er litt immer wieder unter psychosomatischen Erkrankungen wie Arthritis, Störungen in den Blutgefäßen, Kopfschmerzen und Beschwerden in der Skelettmuskulatur. Dazu im Kontrast stand ein fast gänzlich fehlender Leidensdruck, es fehlte dem Patienten auch an Introspektionsfähigkeit, er war lediglich auf Geheiß der Freundin in die Klinik gekommen, um die Beziehung zu retten. Im ISTA, dem Ich-Struktur-Test nach *Ammon*, der ein Testverfahren analog zum Humanstrukturmodell *Ammons* darstellt, fiel insbesondere das große Angstdefizit auf, das heißt der Patient hatte weitaus höher als der Durchschnitt der anderen Patienten einen hohen Wert im Bereich der defizitären Angst. Dem Patienten wird in einem großen Ausmaß Angst nicht erlebbar. Dem entsprach die Befragung, in der der Patient angab, überhaupt keine Angst zu empfinden, nicht einmal in den gewalttätigen Grenzsituationen, die er erlebt hatte. Der Patient zeigte sich in diesem Testverfahren nach innen destruktiv abgegrenzt, Bedürfnisse, Wünsche und Vorstellungen aus dem Inneren werden abrupt abgewehrt, isoliert und verleugnet, der Patient hatte keine Traumerinnerungen. Der destruktive Narzißmus war in diesem Test hoch, wohingegen die destruktive Aggression sich im ISTA nicht niederschlug, dafür aber in einem weit erhöhten Psychopathiewert im MMPI und in einem hohen Dominanzwert im GT. Den Zeichentest bearbeitete dieser Patient nicht, er gab an, daß ihm nichts einfiele, daß er nur Leere gegenüber dieser Anforderung empfinde. Im Interview hatte der Patient Mühe oder war kaum in der Lage, sich dazu differenziert zu äußern. Auch war er sehr

Angstproblematik mit Aggression abgewehrt

distanzlos. Der Patient ist das älteste Kind von insgesamt 5 Geschwistern, dem vonseiten der Eltern immer wieder der Vorwurf gemacht wurde, daß sie nur wegen ihm geheiratet hätten. Der Patient erlebte sich schon sehr früh als nicht gewollt; er empfand große Eifersucht auf die Geschwister, die ihm vorgezogen wurden. Von den Gemeinsamkeiten der Familie hat er sich immer ausgeschlossen gefühlt, er wurde zu gemeinsamen Aktivitäten des Vaters mit den anderen Geschwistern nicht hinzugezogen, die Eltern und Geschwister feierten mit ihm nicht den Abschluß seiner Lehre. Es herrschte offene Destruktion in der Familie vor, die Eltern stritten sich sehr häufig und die Kinder wurden geschlagen, besonders unser Patient wurde massiv geschlagen. Angst und »weiche Gefühle« wurden in der Familie tabuisiert, bei Weinen wurde er verlacht oder es wurde ihm mit Schlägen gedroht. Forderungen an die Entwicklung wurden vonseiten der Eltern an die Kinder nicht gestellt. Distanzlosigkeit und Mangel an sprachlicher Differenziertheit einerseits dürften der Verleugnung von Angst in der Familie und dem daraus erwachsenen Angstdefizit in der Persönlichkeitsstruktur des Patienten entsprechen. Da die Angst auch als strukturierende und wahrnehmungsschärfende Instanz keinerlei Geltung beanspruchen konnte, obwohl der Patient in der Familie von Gewalt bedroht war und eigentlich in einem großen Ausmaß Angst hätte spüren müssen, ist sie als erlebbare Empfindung bei ihm nicht vorhanden. Man kann vermuten, daß das destruktive Ausagieren des Patienten dem letztlich großen Ausmaß von Angst in der Familie entsprechen müßte und auch dem letztlich großen Ausmaß von Bedrohung im Patienten selbst, die abgewehrt wird durch Distanzlosigkeit, Sucht und das destruktive Ausagieren. Insofern er sich über Unfälle immer wieder an die Grenze zum Tod gebracht hat, dürfte der Patient reinszenieren, daß er sich als nicht gewollt von seinen Eltern empfunden hat. Nur wenn der Patient krank war, konnte sich ihm die Mutter einigermaßen freundlich zuwenden. Von daher dürften die psychosomatischen Erkrankungen eher noch einem freundlichen Aspekt der Familie entsprechen. Das große Angstdefizit, das der ISTA ausweist, ist sehr häufig bei Menschen beobachtbar, die zum kriminellen Ausagieren neigen, das heißt aber auch, daß die nicht erlebte Angst bei diesen Menschen im Zentrum der Person steht und nicht die Aggressionsproblematik, die eher vordergründig ist, denn über die offene Aggression dürfte die Möglichkeit von Angst abgewehrt werden. Sozialenergetisch dürfte das Familienklima eine große Energie gekennzeichnet haben, die zu einem Großteil aber destruktiven Ausdruck fand.

Anders von der energetischen Basis aus gesehen dürfte die Familienatmosphäre bei der Patientin Frau B. gewesen sein. Frau B. kam unter dem Bild einer sehr schweren Depression in die Klinik, massiver Initiativelähmung, extremen Depersonalisationszuständen, mehrfach sagte sie, sie fühle sich absolut tot, und sie hielt das Alleinsein nicht aus. Die Familiendynamik einschneidend prägend war die sehr schwere psychiatrische Erkrankung der Mutter der Patientin, sie war häufig wegen manisch-

depressiver Zustände hospitalisiert. Erschwerend kam hinzu, daß die Familie in einem Dorf lebte, in dem die Krankheit der Mutter als Stigma der ganzen Familie galt. Infolge dieser Stigmatisierung geriet die Patientin immer in die Außenseiterposition im sozialen Leben von Kindergarten, Schule u.a. Frau B. war das älteste Kind, sie hatte noch einen Bruder und eine Schwester, an ihnen hatte sie Mutterstelle zu vertreten, da die Mutter über lange Zeitstrecken ausfiel bzw. kaum mütterliche Qualitäten besaß. Für sich selbst konnte die Patientin keine Erwartungen entwickeln, sie lebte und suchte Stimulation und Frieden in der Natur. Trotz hoher Intelligenz und guter schulischer Leistungen war sie nicht imstande, für sich selbst eine Berufsausbildung in Betracht zu ziehen. Sie konnte sich ebenfalls überhaupt nicht vorstellen, jemals mit einem Mann eine nähere Beziehung eingehen zu können. Es dürfte für die Patientin in ihrer Kindheit sehr schwer gewesen sein, irgendeine Wut auf die Mutter zu empfinden, da diese ja immer krank war. Die Wut, die es macht, unaufhörlich überfordert zu werden, da sie die Mutter für die anderen Geschwister und den Vater ersetzen mußte, und den Verzicht auf eigene Entwicklung zu leisten, war der Patientin nicht erlebbar. Analog zu dieser Selbstwahrnehmung konnten während der Therapie auch die Therapeuten selten aggressive Gefühle der Patientin gegenüber empfinden. Im Ich-Struktur-Test zeigt die Patientin als höchsten Wert ein großes Aggressionsdefizit. Hierin und in einem hohen Ausmaß destruktiver Angst, mangelnder Abgrenzung nach innen und außen und einem großen destruktiven und defizitären Narzißmus zeigt sich das typische Ich-Strukturbild eines schwer depressiven Menschen. Dem destruktiven Narzißmus, der sich in den Testungen erst zum gegenwärtigen Zeitpunkt abbildet, dürfte ein zunehmend bewußteres Erleben von Eifersucht entsprechen. Nach nunmehr einem längeren Zeitraum von Psychotherapie – die Patientin ist zum zweiten Mal stationär in der Klinik – erleben erstmalig andere Patienten und auch die Therapeuten zunehmend Wut auf die Patientin, dem dürfte auf ihrer Seite das Anwachsen des Dominanzwertes im GT entsprechen, der zum ersten Mal in Erscheinung tritt. Die Patientin erlebt selbst an sich zunehmend aggressive Gefühle.

Das Defizit, dem die Patientin ausgesetzt war, war ein Mangel an einem eigenen kindgemäßen Platz in der Familie und ein Defizit an Aggression. Die Familie war von der psychiatrischen Erkrankung der Mutter dominiert, der Vater war emotional abwesend. Die Patientin konnte sich nur in Anpassung an diese Gegebenheiten entwickeln, d.h. sie dürfte schon sehr früh Impulse eigenständiger Kontaktaufnahme nach außen, Impulse von Lebensfreude und Neugierde und eigene Bedürfnisse zurückgenommen haben.

Im Gegensatz zu der Therapie des zuerst vorgestellten Patienten geht es bei dieser Patientin um das zunehmende Erlebbarmachen von Aggression, die einerseits nicht erlebt, andererseits wenn erlebt, dann verleugnet werden bzw. hier über destruktive Angst abgewehrt werden mußte. Das heißt, es dürfte bei dieser Patientin eher eine massive Aggressionsproblematik vor-

liegen, wohingegen der nach außen destruktiv aggressiv agierende Patient bestimmt ist durch ein Angstdefizit.

Abschließend soll hier gesagt werden, daß unterschiedliche Vorstellungen zur Ätiologie psychiatrischer Erkrankungen auch unterschiedliche Behandlungsmethoden zeitigen. Geht man davon aus, daß neben dysregulierten Funktionen in schwerer psychiatrischer Erkrankungen auch defizitäre Strukturen wirksam sind, so heißt dies, daß die therapeutische Behandlung in erster Linie wiedergutmachende Prozesse erforderlich macht, die eine Nachentwicklung ermöglichen aus der defizitären Arretierung heraus. Priorität hat dann die Psychotherapie in Gruppen, die die Atmosphäre und Gruppendynamik der Primärgruppe für einen Patienten wiedererlebbar machen können und als Matrix vielfältiger und komplexer Beziehungen einen psychisch nährenden Boden darstellen.

The Concept of Deficit in the Personality Theory of Günter Ammon

Astrid Thome, Gerhild Sandermann (Munich)

This paper deals with the special understanding of the deficit concept in *Günter Ammon*'s personality model. The authors try to discuss some conflict and deficit models by other scientists. They describe *Ammon*'s deficit concept in demarcation to these models and demonstrate *Ammon*'s concept with two case studies.

The *Freud*ian conflict model for the etiology of psychic disorders has not been sufficient to understand desintegrative processes as psychosis. The discussion of a deficit in the etiology of severe psychiatric disordered started in the late 60ies though, as the authors point out, there are only very few studies on this topic compared to other subjects. Although representatives of the object school as *Winnicott* and *Mahler* had already concepts of psychic-structural deficits caused by a lack of parental care and a lack of maternal empathy, *Wallerstein* (1992) claims *Kohut* as a pioneering representative of a deficit concept. *Kohut* (1971) considers deprivation in early childhood as responsible for the etiology of severe narcissistic disorders, i.e. lack of support, leading to a structural deficit in man's personality.

Stavros Mentzos is presented as modern representative of the conflict-theory. He tries to do justice to the severe negative effects by »structural defects« in schizophrenia, but on the other hand he also attempts to maintain the conflict conception as cause of the disease. The person who later becomes schizophrenic, could not solve in his infancy the first and most important task in the psychic development, the self-constitution and the self-differentiation. The conflict remains effective as a »crash of opposite motivations, namely the tendencies in direction towards individuation in opposite to the direction towards maintaining symbiosis.

For this pathological maintainance of the conflict, the primary caretakers are blamed of giving unsufficient support and having an impact on the child's development by their own pathological structures. In *Mentzos'* view, symptoms have structural importance but only as defense mechanisms and as attempts to compensate the basic conflict. The symptoms thus are understood as being regressive and de-differentiated.

The author emphasize *Ammon's* different view on development and regression.

For *Ammon*, symbiotic transference dynamics do not mean a stage of regression which would assume that development and differentiation of the psychic functions have already occurred. In *Ammon's* view, the narcissistic deficit, acquired in early childhood, has already arrested the whole psychic development. The patient with an ego-disorder is not regressed but not able to develop. The characteristics of severe disorders are an arrest and a mutilation of the ego and identity development. The child is not able to build up ego-boundaries and to develop his ego-functions, in particular constructive aggression. On the basis of early traumatic fears of separation and extermination the child is impeded to develop a coherent and flexible ego-structure. In this view, symptoms are of structural importance and are not only moments of the personality which have to be cured in therapy.

Ammon's view of development thus differs strongly from biological models of human development, which are based mostly on the assumption of natural maturation processes. A child will develop his human potentialities which he owns genetically, by himself. In *Ammon's* view, as the authors point out, man's development strongly depends on the group and his early relations, starting already in a prenatal stage of development. The dependence on the early group-dynamics is even true for the formation of synapses, brain structures and the entire biology of man.

In cases in which infants are exposed to neglect and misuse by the surrounding group, parts of the personality do not develop at all, only rudimentarily or as functions and structures which are unsufficiently available. According to *Ammon*, deficits are developed in those cases, in which contact and communication, particularly on a nonverbal level, did not occur or did occur in a wrong distorted manner. These holes of communication can be transmitted from generation to generation. There are many possibilities of developing deficient moments in the personality with variations in destructive, constructive and deficient functions.

The authors describe two case-studies which demonstrate two different possibilities of deficient development, one mostly in the area of lack of anxiety, the other in the area of lack of aggression. Both cases are severe psychiatric disorders which were treated in the Clinic for Dynamic Psychiatry, Menterschwaige Munich.

The patients were examined with psychological tests (Ego-structure-test according to *Ammon,* MMPI, Gießen-tests, drawing tests), interviews and life stories were also interpreted.

Case A. is a male borderline patient, aged 35, with severe paranoia, criminal acting out, alcohol abuse, psychosomatics and the tendency to get involved into dangerous, sometimes almost fatal accidents. He is the oldest son in a lower middle class family, accused by his parents to have forced them to get married when his mother became pregnant with him at an early age.

The dynamics of this family are characterized by emotional indifference, sometimes open aggression (battering and screaming) and a total lack of open fear. Soft feelings were not allowed or laughed at. The mother showed kindness only when the patient was sick.

The patient's ISTA shows extremely high scores in deficient anxiety, i.e. the patient is not able to experience fear. High destructive inner demarcation is also obvious in the test, which demonstrates the rejection, isolation and denial of needs, wishes and fantasies. His destructive aggression (not shown in the test-score of the ISTA) can be interpreted as an acting out of his rejected anxiety. It is also turned against himself in his frequent involvement in accidents and psychosomatic reactions.

Though the patient's aggression is so obvious in his behaviour, core of his unconscious personality is the strong anxiety which cannot be experienced.

The second patient, case B, is a middle-aged woman of 45, with strong depression, feelings of emotional numbness, depersonalization and isolation and a total lack of initiative.

She was raised on a farm in a small village. The eldest of three siblings, she had to take care of her family as a child, because her mother was mentally ill and often hospitalized. The father was emotionally absent. The patient could not develop expectations for her own life as for an education, vocation or marriage. In her family there was no space and no possibilities for the development of vital needs, wishes and expectations.

In the atmosphere of the family characterized by low social energy, lack of feelings, curiosity, interests and communication, the patient was not able to develop her potentialities. Feelings of rage and aggression could not be expressed and had to be denied. The highest score in the ISTA was in the scale of deficient aggression and in destructive anxiety. Aggression was defended by destructive fear and finally turned into a severe depression.

In considering these cases, the authors conclude that the different concepts of the etiology of psychiatric diseases call for different therapy methods.

In assuming deficient structures in the disorder, the therapy has to establish the retrieval of ego-development which has to take place predominantly in a group, in which the patient's dynamics become transparent and can be corrected.

Literatur

Ammon, Günter (1972): Zur Genese und Struktur psychosomatischer Syndrome unter Berücksichtigung psychoanalytischer Technik. In: Dyn. Psychiat. (5) 223-251
– (1974): Das narzißtische Defizit als Problem der psychoanalytischen Behandlungstechnik – Ein Beitrag zur Theorie und Praxis der nachholenden Ich-Entwicklung. In: Dyn. Psychiat. (7) 201-215
Federn, Paul (1927): Narzißmus im Ichgefüge. In: Int. Zschr. f. PsA. (13) 420-438
Freud, Sigmund (1914): Zur Einführung des Narzißmus, Gesammelte Werke, Bd. 10, (Frankfurt a.M.: S. Fischer, 4. Aufl. 1967) S. 138-170
Kohut, Heinz (1971): The Analysis of the Self (New York: Intern. Univ. Press). Dt.: Narzißmus (Frankfurt a.M. 1973: Suhrkamp)
Mentzos, Stavros (1982): Neurotische Konfliktverarbeitung. Einführung in die psychoanalytische Neurosenlehre unter Berücksichtigung neuer Perspektiven (München: Kindler)
– (1991): Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie (Göttingen, Zürich: Vandenhoeck und Ruprecht)
Pine, Fred (1994): Some impressions regarding conflict, defect, and deficit. In: The Psychoanalytic Study of the Child (49) 222-240
Provence, S.; Lipton, R. (1962): Infants in Institutions (New York: Int. Univ. Press), zit. nach *Pine* (1994)
Wallerstein, Robert S. (1992): One Psychoanalysis or Many. In: *Wallerstein, Robert S.* (ed.): The common ground of psychoanalysis (Northvale, New Jersey, London: Jason Aronson Inc.)
Willick, Martin S. (1993): The deficit syndrome in schizophrenia: psychoanalytic and neurobiological perspectives. In: Journal of the American Psychoanalytic Association (41) 1135-1159

Adresse der Autoren:

Dipl. Psych. Astrid Thome M.A.
Dipl. Psych. Gerhild Sandermann
Dynamisch-Psychiatrische Klinik Menterschwaige
Geiselgasteigstraße 203
D - 81545 München

Humor, Witz und ihre Bedeutung für die Psychotherapie**

Egon Fabian (München)*

In der in den letzten Jahren erheblich angewachsenen Literatur über die Anwendung des Humors in der Psychotherapie herrscht noch immer eine gewisse Begriffskonfusion, die gutartigen und zynischen, verbalen und nicht-verbalen Humor selten voneinander unterscheidet. Der Autor definiert den Humor als eine elementare, kulturunabhängige zwischenmenschliche Kontaktform, während er den Witz als eine komplexe, vornehmlich verbale und kulturbedingte Form des Humors betrachtet. Deshalb ist das Verständnis des Witzes bei Kindern und bei archaisch ich-kranken Patienten mit konkretistischen Denkstörungen beeinträchtigt oder unmöglich. Der Autor versteht den Humorsinn, innerhalb des Ammon'schen Humanstrukturmodells, als eine Ich-Funktion, die besonders mit den Ich-Funktionen der Aggression und der Ich-Abgrenzung zusammenhängt. Er leitet aus diesen Betrachtungen einige Überlegungen zur differenzierten Anwendung des Humors und des Witzes in der Psychotherapie ab, die hauptsächlich auf der kontaktschaffenden und relativierenden Eigenschaft des Humors, als Grundeinstellung des Therapeuten, basieren.

Die Diskussion über die Anwendung und Wirkung des Humors in der Psychotherapie, besonders in der Psychoanalyse, verläuft noch kontrovers. Wenn auch die Legitimität des Gebrauchs von Humor in der Psychotherapie heute allgemein als akzeptiert gilt (*Grotjahn* 1957, *Pasquali* 1986, *Poland* 1990, *Rose* 1992, *Baker* 1993, *Christie* 1994, *Frings* 1996 u.a.), gehen die Meinungen über Art, Zeitpunkt, Gefahren, Indikation usw. weit auseinander. Einer der frühen Kritiker, *Lawrence Kubie*, schloß seinen Artikel über »The Destructive Potential of Humor in Psychotherapy« von 1971 mit den Worten: »Humor has its place in life. Let us keep it there by acknowledging that one place where it has a very limited role, if any, is in psychotherapy«. *Kubies* Hinweis, der Humor zwischen Therapeuten und Patienten könne die Aggression und die Feindseligkeit des Patienten »hinter einer falschen Fassade von Kameradschaft« verschleiern, als ein Mittel der Verführung oder der Bagatellisierung dienen, ist ohne Zweifel richtig.

Zweifellos richtig ist auch seine Warnung vor der Anwendung des Humors – und besonders des bösartigen Humors auf Kosten des Patienten – seitens des Therapeuten dann, wenn damit eine Übertragungssituation unbemerkt verschärft und eine paranoische Reaktion des Patienten hervorgerufen wird, und vor allem seine Warnung vor dem Humor in den Händen des unerfahrenen Therapeuten. Doch seine Bemerkungen, daß der Humor »das notwendige Inkognito des Therapeuten beeinträchtigt« und »den freien Fluß der Assoziationen nur unter bestimmten Bedingungen erleichtert«, lassen erkennen, daß *Kubie* hier die Psychotherapie der Neu-

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

** Vortrag gehalten auf dem 11. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XXIV. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 4.-8. März 1997 an der Fachhochschule München-Pasing.

rotiker mit der Standardmethode der Couchanalyse meint. Sollte sich die Warnung auch auf die Psychotherapie anderer psychischer Erkrankungen, beispielsweise der Schizophrenie, erstrecken?

Manche Autoren unterscheiden jedoch nur wenig oder gar nicht zwischen gutartigem und zynischem, sarkastischem Humor, oder halten schlicht jeden Humor für bösartig. *Sarah Kofman* (1986) geht auf den Spuren *Freuds* in ihrem Buch »Die lachenden Dritten«, und ihr zentraler Satz ist: »Man braucht immer jemanden, der kleiner ist als man selbst«.

Hobbes (zit. von *Zillmann* 1983) sah im Humor die Reaktion eines schwachen oder unvollkommenen Menschen auf einen anderen, der noch schwächer oder unvollkommener ist. Für den Philosophen *Henri Bergson* (1900/1940) ist Humor in einem solchen Maße mit dem verletzenden, spöttischen Humor gleichbedeutend, daß er sein Buch »Das Lachen« vielmehr »Das Auslachen« hätte nennen sollen. Wiederum zeigt ein kritisches Lesen vieler Arbeiten (z. B. *Kotthoff* 1993, *Baker* 1993 u.a.), daß die Begriffe Humor und Witz abwechselnd und synonym verwendet werden. *Freuds* Unterscheidung von Witz, Komik und Humor aufgrund des »ersparten emotionalen Aufwands« (*Freud* 1905) war spekulativ und blieb ohne therapeutische Konsequenzen. Diese und andere Beispiele von Ungenauigkeit oder Begriffskonfusion erklären größtenteils die verschiedenen Ansichten über die Bedeutung des Humors in der Psychotherapie und lassen die Notwendigkeit einer exakteren Definition von Humor und Witz bzw. deren Varianten erkennen.

Die vorliegende Arbeit versucht, zu einer klaren Differenzierung von Humor und Witz beizutragen, um damit zu einer differenzierteren Position hinsichtlich des Stellenwertes des Humors bzw. des Witzes in der psychoanalytischen Psychotherapie zu gelangen.

Humor ist, laut *Brockhaus* (1969), »die vom Gedanken nicht unbeschwerte Heiterkeit. Sie vermag... in der Distanz der ästhetischen Haltung wie im Spiel einen harmonischen Ausgleich des sonst Unversöhnbaren zu vollziehen. Den menschlichen Schwächen und Widerwärtigkeiten des Daseins bringt der Humor ein wohlwollend-verständnisvolles Lächeln entgegen«.

Der Sinn für Humor ist, nach meinem Verständnis, die Fähigkeit, auf komische Situationen mit (hörbarem oder stummem) Lachen zu reagieren – oder solche Situationen selber herzustellen. Ob die komischen Situationen real oder imaginär sind, spielt dabei keine Rolle. Nicht jede Humorart bringt jedoch »wohlwollend-verständnisvolles Lächeln«. Erst der Mensch mit einem reifen Humorsinn vermag es, über sich selbst, über seine eigenen, menschlichen Schwächen und Unzulänglichkeiten zu lachen und sich folglich von diesen zu distanzieren, indem er sie auf einer höheren Ebene begreift und relativiert. Humorsinn setzt also eine gewisse Fähigkeit zum konzeptionellen Denken voraus. Er ist eine in ihrem Wesen averbale Fähigkeit, deren Wurzeln schon bei gesunden Kindern zu finden sind. Schon im Alter von wenigen Wochen lacht das Kind, wenn jemand sein

Gesicht alternierend versteckt und aufdeckt. Hätte *Freud* mehr mit seinen eigenen Kindern gespielt, hätte er den Satz »dem Kinde geht das Gefühl für Komik ab« nicht geschrieben (*Freud* 1905). Humor ist eine ursprüngliche und universelle Form des zwischenmenschlichen Kontaktes, die keine kulturellen Grenzen kennt. Humorvolle Einstellung oder Verhalten sind deshalb allgemein verständlich. Ein humorvoller Mensch erkennt einen anderen. Humor hat mit Verspieltheit und Kreativität zu tun (*Koestler* 1966, zitiert von *Frings* 1996, assoziiert die Fähigkeit für Humor mit Wissenschaft, Entdeckung und kreativen Akten). *Poland* (1990) schreibt: »The capacity for humor linked to wisdom about the world is available in varying degrees to all of us«.

Wieso gibt es also humorlose Menschen und sogar solche, die sich durch Humor verletzt oder beleidigt fühlen?

Mehrere in den letzten Jahren erschienene Arbeiten (*Martin, Lefcourt* 1983, *Korotkov* 1991, *Deckers* 1992, *Kuiper* et al. 1992, *Ruch* 1996, *Craik* et al. 1996 u.a.) versuchen, den Humorsinn als Persönlichkeitsmerkmal zu definieren, seinen Stellenwert als stress-coping-Faktor zu klären und ihn testpsychologisch zu erfassen und zu messen. Der Begriff ist jedoch nicht in einem Persönlichkeitsmodell verankert, so daß »Humorsinn« als beliebiges psychisches Merkmal neben vielen anderen gleichsam im Raum steht. M.E. muß der Sinn für Humor im Rahmen eines Persönlichkeitsmodells – wie z.B. des *Ammon*schen Humanstrukturmodells – mit anderen, strukturellen Merkmalen (z.B. Ich-Funktionen) korreliert bzw. von ihnen abgegrenzt werden, um ein organisches Verständnis seiner psychischen Bedeutung und seiner Anwendung in der Psychotherapie abzuleiten. Ferner müssen die Begriffe »Humor« und »Witz« voneinander getrennt und mit ihren verschiedenen Varianten genauer definiert und charakterisiert werden.

In einer früheren Arbeit haben wir (*Fabian, v. Bülow* 1994) den Humor als eine Ich-Funktion beschrieben, die mit der Ich-Funktion der Aggression (wie *G. Ammon* sie versteht, im Sinne des ad gredi) – und der Ich-Abgrenzung eng zusammenhängt. Mit aggressiver Neugier, Verspieltheit und oft mit kindlichem Humor erforscht das Kleinkind seine Umgebung – wenn diese Art der Erforschung, die auch eine allmähliche Ich-Abgrenzung von der Mutter und der Familie impliziert, von der Familie schuldfrei gestattet wird. Erlaubt die Familiengruppe aus eigener Identitätsangst die schuldfreie Abgrenzung nicht, so wird die Aggression destruktiv verformt, oder, im Extremfall, defizitär (vgl. *Ammon* 1970, 1973, 1979).

Humor dient der spielerischen Abgrenzung und ist gleichzeitig eine kreative Leistung. In einer depressiven, ängstlichen, zwanghaften, paranoischen oder symbiotisch verschmolzenen Familiengruppe, deren defizitäre Identität nur durch eine – nach außen oft als gesund imponierende – pathologische Homöostase aufrechterhalten werden kann, hat konstruktiver Humor keinen Platz. Destruktiv verformter Humor (Sarkasmus, Zynismus, bösartige Ironie) ist eine Ausdrucksform destruktiver Aggression

und destruktiver Abgrenzung – ein Ausdruck davon, daß man keine innere Distanz hat. Der Humor kann also kontaktzerstörend, verletzend und beleidigend wirken – wie z.B. das bösartige Karikieren, Nachäffen oder Sich-Mokieren körperlicher oder geistiger Mängel anderer. (*Stein* 1985 unterscheidet zwischen »situationaler« und »verbaler Ironie«).

In Familien mit defizitärem Humor verkümmert auch der Humor des Kindes, wenn ihm kein kreativer, wohlwollender, humorvoller Kontakt – auch außerhalb der Familie im engeren Sinne– zur Verfügung steht. Es kann z.B. ein Angehöriger sein – wie in *Jacques Tatis* genialem Film »Mon oncle« – der das Kind durch seine empathische Verspieltheit und seinen Humor das Kind buchstäblich »rettet« (vgl. *Ammon* 1975, 1979). Humorlosigkeit ist immer pathologisch. Sie ist ein Symptom von Depression und gestörter Kontaktfähigkeit (vgl. *Grotjahn* 1957, *Stein* 1985) – und nicht, wie *Freud* (1927) und *M. Grotjahn* (1957) meinen, das einfache Fehlen einer natürlichen Begabung (*Grotjahn* bemerkt lakonisch: »Humor: man hat ihn oder man hat ihn nicht«).

Der Witz ist eine verbale Form des Humors. Der moderne Begriff des Witzes als erzählte, mehr oder weniger kurze, pointierte »Geschichte« (im Italienischen »storiella«, d.h. Kurzgeschichte) leitet sich vom ursprünglichen Sinn des Wortes ab, dem Witz (französisch esprit, englisch wit oder witticism), d.h. einem Attribut des Geistes. Indem er verbal ist, entwickelt sich der Witz später als der allgemeine Humor und ist nicht nur den Einflüssen der Primärgruppe, sondern auch kulturellen Einflüssen unterworfen. Der Witz ist eine hochentwickelte und komplexe Humorform, die sprachliche Subtilität erreichen kann. Es ist demnach falsch zu behaupten, der Humor der Engländer oder der Amerikaner sei, beispielsweise, anders als der jüdische, ungarische oder russische Humor. Wohl ist aber deren Witz sehr unterschiedlich, so daß der eine über den »besten« Witz des anderen oft gar nicht lachen kann, weil er ihn nicht versteht – oder weil er ihn versteht.

So ist z.B. der osteuropäische jüdische Witz, der im frühen 19. Jahrhundert entstand, eine hochspezifische, geistig komplexe Gattung, in der die Selbstironie als Abgrenzung von Leid, Schuldgefühl und Ambivalenz, vor allem aber die durch den Konkretismus repräsentierte jüdische Identitätsproblematik (vgl. *Fabian* 1996) eine zentrale Rolle spielen.

Auch beim Witz finden wir, wie allgemein beim Humor, konstruktive, destruktive oder defizitäre Formen, diese beinhalten aber auch den Umgang mit der Sprache des Witzes. Als sprachbedingtes Kulturprodukt des Humors setzt der Witz voraus: a) Humor(sinn) im allgemeinen und b) eine gewisse Vertrautheit mit den Finessen der Sprache und der Kultur, in denen der Witz entstanden ist. Hier kann man analog zu den Ausführungen über den Humor Familien unterscheiden, die einen konstruktiven oder destruktiven Witz pflegen, oder solche, denen der Umgang mit dem Witz (und meistens, wenn auch nicht immer, mit Humor im allgemeinen) fremd ist.

Freilich gibt es keine scharfe Trennlinie: Witz ist nicht gleich Witz. Es liegen Welten zwischen dem einfachen Wortwitz, beispielsweise dem von

Freud zitierten über »eine im öffentlichen Leben stehende Persönlichkeit,... sie haben eine große Zukunft hinter sich«, und einem jüdischen Witz aus der Blütezeit dieser geistigen Gattung, wie z.B. (ebenfalls von *Freud* 1905 zitiert) von der assimilierten reichen Wiener Jüdin, die in den Klagen ihrer Geburtsschmerzen immer tiefere Schichten ihrer Identität erreicht. (Mon Dieu, quelles douleurs!«, »Mein Gott, welche Schmerzen«, und schließlich »Oj weh, oj weh!«).

Wenden wir uns zunächst dem Phänomen zu, daß kleinere Kinder auf einen Witz im allgemeinen verunsichert, beleidigt, ja beängstigt reagieren (*Fónagy* 1970, *Nemes* 1994). Das Denken des Kindes ist konkretistisch, genauer gesagt magisch-konkretistisch, wie jenes der ursprünglichen Völker und Kulturen. Kinder beherrschen nicht die Nuancen der abstrakten Sprache und die Subtilitäten des double entendu, die im Witz sehr verbreitet sind (vgl. *Freud* 1905). Wie bereits am Beispiel des jüdischen Witzes erwähnt (*Fabian* 1996), besteht eines der Hauptcharakteristika des Witzes im Wechselspiel zwischen konkretistischem und konzeptionellem Denken. Kein Wunder also, daß das Kind auf betont verbale Witze aufgrund seines noch konkretistischen Denkens paranoisch (vgl. *Wolfenstein* 1951) oder sogar verletzt reagiert. Dies wird noch mehr der Fall sein, wenn der Witz destruktiv ist, d.h. bösartig-ironisch oder zynisch. Der ironische Witz nutzt noch mehr als der Witz im allgemeinen den humorvollen Kontrast zwischen dem wortwörtlich, d.h. konkret Gesagten, und dem eigentlich, d.h. im übertragenen Sinn Gemeinten, indem er eine Kritik, Aggression oder eine Ablehnung durch das Gegenteil ausdrückt (»Sinn-Version« nach *Stein* 1985). Dadurch beansprucht die Ironie in noch höherem Maße die Fähigkeit zur verbalen Differenzierung, aber auch zum abstrakt-konzeptionellen Denken. Es liegt also auf der Hand, daß Kinder, oder Kranke mit psychotischer bzw. psychosomatischer Struktur, deren Denken konkretistisch gestört ist, die verbale Ironie als verletzend erleben. *Th. Reik* (1913, 1926) hat sich ausführlich mit dem aggressiven Inhalt des zynischen Witzes beschäftigt. Viele Hirnforscher stimmen überein, daß der Humor, wie auch die übrigen bildhaften oder doppeldeutigen Symbolisierungsmöglichkeiten, von der rechten Hemisphäre, genauer vom Synergismus der beiden Hemisphären, abhängig ist (*McGhee, Goldstein* 1983; *Tucker* 1981; *Wapner, Hamby, Gardner* 1981; *Rotenberg* 1993, 1994). Das Kind kann zwar einen ironischen Witz nicht verstehen, kann aber durch seine Intuition und sein Verständnis des Nichtverbalen, d.h. des Tonfalls und der Körpersprache, wohl dessen aggressiven Inhalt erkennen. Dieselben Kinder können u.U. nicht-verbalen Humor durchaus gut »verstehen« – es sei denn, ihr Sinn für Humor ist bereits defizitär verformt. Entwickelt man mit ihnen ein humorvolles Spiel, das beispielsweise auf der Komik der Körpersprache basiert (etwa imitatorische Elemente beinhaltet), wird man über den hergestellten Kontakt überrascht sein können.

Ähnlich wird der nicht-verbale, konstruktive Humor von den meisten psychisch Kranken, d.h. auch von schwer archaisch (präödipal) ich-kranken

Patienten (Schizophrenie-, Borderline-, psychosomatisch oder Suchtkranken bzw. Kranken mit sogenannten sexuellen Perversionen) »verstanden«, und sie werden sich davon im allgemeinen nicht verletzt oder verpottet fühlen. Solcher Humor unterläuft den mangelnden Sinn für sprachlichen Witz und kann eine therapeutische Wirkung entfalten, eine Wirkung, die sie mit anderen archaischen Bildsprachen – dem Gleichnis, der Metapher, dem Märchen – gemeinsam hat. Die kränksten Patienten sind eines solchen Humors fähig.

Eine schwer kranke, schizophrene Patientin, die einen Liebeswahn zum Autor hatte, kam in die Großgruppe, in der alle etwa 60 Patienten und die meisten Therapeuten der Klinik versammelt waren, mit einigen Rosen, die sie »für den schönsten Arzt der Klinik« gekauft hatte, und gab dem Autor eine schöne, lange Rose. Als sie merkte, daß der neben diesem sitzende (und die Großgruppe leitende) Chefarzt einen etwas »betrübten« Gesichtsausdruck bekam, schenkte sie auch ihm, zum Trost, eine Rose, allerdings eine kleine und gebogene. Nun saßen inmitten der Großgruppe der Autor mit der langen und geraden und der Chefarzt mit der kurzen und gebogenen Rose in der Hand; die gesamte Großgruppe einschließlich der Patientin brach in ein minutenlanges, schallendes Gelächter aus. Die kränksten schizophrenen oder depressiven Patienten lachten mit. Ob sie die sexuelle Implikation der Szene verstanden haben, ist zweifelhaft. (Hier merkt man im übrigen, daß man wohl nur in Gruppen richtig lachen kann – und zwar nicht nur »auf Kosten eines anderen«).

Vorsicht ist bei der Verwendung des (verbalen) Witzes geboten, denn dieser setzt – je nach seiner Komplexität und Subtilität – ein Mindestmaß von konzeptionellem Denken voraus, d.h. eine nicht zu schwere konkretistische Denkstörung. Zweitens ist zu berücksichtigen, daß bei den meisten, ja wahrscheinlich bei allen archaisch Ich-Kranken die Sprache ein in der Kindheit verletztes Gebiet darstellt. Entweder befand sich die Sprache (wie oft bei schizophrenen Patienten) im Widerspruch zur emotionellen Kommunikation i.S. der double-bind-Kommunikation, oder (häufig bei psychosomatisch Kranken) war sie rein funktional, ohne jedes Gefühlselement, oder aber, in vielen destruktiv aggressiven Familien (bei schizophrenen oder Borderline-Kranken) zynisch, spöttisch, verletzend. Deshalb ist bei der Verwendung des Witzes in der Psychotherapie darauf zu achten, daß er im wesentlichen konstruktiv ist und daß er in seiner sprachlichen Subtilität die konkretistische Denkstörung des Patienten nicht überfordert, d.h. eher die paranoische Abwehr (oder eine paranoische Übertragung – z.B. bei einem Patienten, dessen Vater seine Aggression durch ironische oder zynische Witze ausdrückte) fördert als den therapeutischen Kontakt und das Vertrauen.

Hier ist auch auf Patienten aus anderen Kulturkreisen zu achten, denen oft die europäische, besser gesagt die ost- oder mitteleuropäische Art des Witzes schon per se fremd ist. Wichtig ist auch, sich in diesem Zusammenhang immer die Frage zu stellen, wie tragfähig und vertrauensvoll die bereits

bestehende therapeutische Beziehung zwischen dem Therapeuten und dem Patienten ist, eine Frage die natürlich auch die Abschätzung der jeweiligen Übertragungssituation beinhaltet. Überraschenderweise wird gerade der Aspekt der therapeutischen Beziehung in der Literatur über den Humor in der Psychotherapie wenig beachtet. Zurecht betonen *Frings* (1996) und einige andere Autoren in diesem Zusammenhang die Bedeutung der Arbeit des Psychotherapeuten mit seiner eigenen Gegenübertragung.

Gerade der nicht-verbale Humor fördert die therapeutische Beziehung und das Vertrauen. Humor und Verspieltheit sind deshalb unerläßlich bei jeder Psychosentherapie und müssen Teil der Persönlichkeit eines Psychosentherapeuten und auch eines Kinder- oder Jugendtherapeuten bilden. Die in der Literatur verbreitete Ansicht, schizophrene Patienten hätten keinen Humor (vgl. *Sands* 1984), basiert ausschließlich auf der Reaktion dieser Patienten auf den verbalen Witz. Aus den genannten Gründen ist die Verwendung des (Sprach-)Witzes individuell und je nach dem jeweiligen therapeutischen Prozeß abzuwägen. Hier ist der Gebrauch des jüdischen Witzes – unter Beachtung des oben Gesagten – empfehlenswert, denn in ihm ist oft das Element der gutartigen, relativierenden Selbstironie zentral.

Goldberg spaziert gelassen auf dem Deck eines sinkenden Schiffes. Ein Bekannter sieht ihn und schreit: »*Goldberg*, sehen Sie nicht, daß das Schiff sinkt?« »Nu, ist es mein Schiff?« (nach *G. Ammon)*

Das zentrale therapeutische Agens des Witzes ist die Relativierung: die Relativierung von Leid, von menschlichen, allzu menschlichen Schwächen, vom sogenannten Schicksal. Schon *Freud* wies auf diesen Aspekt des Witzes hin, gerade in der Absurdität des sogenannten Galgenhumors (»Na, diese Woche fängt gut an«); für *Freud* ist ja der Humor »ein Triumph des Narzißmus«. *George Tabori* betonte, daß jeder gute Witz auch eine Katastrophe beinhaltet, freilich eine meist, aber nicht immer abgewendete Katastrophe, und erzählte den Witz über die jüdische Großmutter aus Florida, die beim von Gott aus dem Tod wieder zum Leben gerufenen Enkel die fehlende Mütze moniert (*Tabori*, Fernsehsendung 1996). Die Beispiele sind zahlreich. *Bergson* zitiert den Witz über die Schiffbrüchigen, die, gerettet am Hafen von den Zöllnern mit der Frage empfangen werden, ob sie etwas zum Deklarieren haben (*Bergson* 1900/1940); *Grotjahn* erzählt: Ein Tiefseetaucher war auf dem Grund des Ozeans hinabgetaucht, und während er dort unten seine Arbeit verrichtete, hörte er die Stimme seines Kapitäns im Kopfhöhrer: »Kommen Sie schnell rauf – wir sinken« (*Grotjahn* 1957, 1974). Auch *Chaplin* weist daraufhin, daß sogar in Trauerfällen komische Situationen auftauchen können, wenn man dafür sensibel ist (*Chaplin* 1977, 1994). Der große französische Karikaturist *Jean Jacques Sempé* sagt: »Für mich ist alles Ernste lustig und alles Lustige ernst. Humor ist meine Waffe gegen alles Unerträgliche im Leben (*Sempé* 1987, 1994). Die Methode der Relativierung im Witz liegt im ad absurdum geführten Konkretismus.

Zusammenfassung

Der Humor muß in der Psychotherapie differenziert eingesetzt werden, unter Berücksichtigung der Art des Humors, der Diagnose des Patienten und des Kontaktes zwischen Patienten und Therapeuten. Folgende Punkte sind von Bedeutung:
1) Nicht-verbaler, konstruktiver Humor ist kontaktschaffend und dadurch therapeutisch. Dies gilt vor allem für die humorvolle, verspielte Einstellung bzw. Haltung des Therapeuten, insbesondere bei der Therapie Schwerkranker und in der Kinder- und Jugendpsychotherapie (vgl. *Strotzka* 1957, *Schimel* 1978, *Salameh* 1983, *Lewis* 1987, *Baker* 1993, *Bader* 1993);
2) Es ist darauf zu achten, daß kein destruktiver Humor und besonders destruktiver (ironischer oder zynischer) Witz angewendet wird (vgl. *Salameh* 1983), da viele Patienten in ihrer Kindheit dem Sarkasmus und Spott ausgesetzt waren und darunter leiden mußten, so daß sie gegen solche Humorart sensibilisiert sind. Therapeutisch ist, was Kontakt schafft, relativiert und Übertragung bzw. Projektion abgrenzt;
3) Überprüfung der eigenen Gegenübertragung (*Bader* 1993, *Baker* 1993, *Frings* 1996);
4) Gute Kenntnis des Patienten und seiner Geschichte ist notwendig, bevor der Therapeut Humor, und noch mehr bevor er Witz anwendet;
5) Diagnose bzw. Struktur des Patienten. Seit *Freud* hat sich der Schwerpunkt der psychoanalytischen Arbeit auf die Behandlung der präödipalen, d.h. auch präverbalen Erkrankungen und Persönlichkeitsstörungen verlagert. Nur die Behandlung der Neurose läßt den Wortwitz zu; bei Patienten mit Borderline-Erkrankung (besonders mit narzißtischer Persönlichkeitsstörung, aufgrund ihrer Kränkbarkeit), mit Psychosomatik oder Psychose sind Bildsprache und nicht-verbaler Humor therapeutisch. Wenn Witz verwendet wird, dann vorsichtig, unter Beachtung aller hier geäußerten Einschränkungen (s.u.a. *Levine, Redlich* 1955; *Rose* 1969, *Baker* 1993);
6) Der Therapeut muß auf das Ausmaß der verbalen Gewandheit und der konkretistischen Denkstörung des Patienten achten, ebenso auf seinen kulturellen Hintergrund. Aufgrund seiner gutartigen, relativierenden Selbstironie ist der jüdische Witz meist therapeutisch (*Fabian* 1996);
7) Überprüfung des jeweiligen therapeutischen Kontaktes und der Vertrauensbasis (*Frings* 1996).

Wenn der Therapeut und seine Einstellung verspielt, spontan, humorvoll sind und er den Humor und den Witz mit Rücksicht auf diese Bedingungen anwendet, dann ermöglicht er, den Patienten eher emotional zu erreichen, die Relativierung (auf der Metaebene) des Krankheitsgeschehens und damit auch eine Distanzierung und Reflexion über die Krankheit und ihre Symptome (besonders der Angst, der Aggression und der Schuldgefühle). (Ein Patient, der am Anfang seiner Therapie schwer depressiv war, hat mir später wörtlich gesagt: »Der Humor hat mein Leben gerettet«. Er erinnerte sich, daß er damals in einer Sitzung gesagt hatte: »Nichts hilft mir.

Vielleicht sollte ich nach Lourdes gehen« – worauf ich geantwortet hatte: »Gehen Sie, aber zu Fuß. Dann werden Sie sich mehrere Jahre Therapie ersparen«.) Weiterhin ermöglicht der Humor:

- die Verstärkung des Kontaktes und des Vertrauens jenseits der Übertragung; die positive Identifikation mit dem Therapeuten;
- die unbewußte Metakommunikation zwischen Therapeut und Patient (s.z.B. *Bader* 1993, *Pasquali* 1986);
- eine bessere Regulierung von Nähe und Distanz – dank der antisymbiotischen und antiparanoischen Wirkung des Humors (wenn mit und nicht über den Patienten gelacht wird) (*Kennedy* 1991, *Ehrenberg* 1991);
- die Einschätzung der Intensität von Übertragung und Gegenübertragung von Seiten des Therapeuten;
- die Balance zwischen Primär- und Sekundärprozeßhaftem (*Ietswaart* 1988).

Ähnlich dem Traum und der Metapher integriert auch der Humor Bewußtes und Unbewußtes, Konkretes und Symbolisches, Freud und Leid, Individuum und Gruppe. Hirnphysiologisch basiert er auf dem Synergismus beider Hirnhemisphären (*McGhee, Goldstein* 1983, *Rotenberg* 1993 u.a.). Ebenso vermag die Anwendung von Humor Lebendigkeit und Optimismus zu verstärken (*Baker* 1993).

Schließlich sind der Humorsinn beim Patienten oder seine Entwicklung während der Therapie ein wichtiger prognostischer Faktor. Ein entwickelter reifer Humorsinn spricht für eine erfolgreiche Therapie (*Harrelson, Stroud* 1967, zit. in *Lewis* 1987; *Sands* 1984; *Poland* 1990; *Kennedy* 1991).

Die oft in der Literatur erwähnten Gefahren des Humors in der Psychotherapie, die aber besonders diejenigen des verbalen Witzes sind (»Kumpeln«, Verführung, Verschleiern der Aggression, der Rivalität usw.) müssen bewußt bleiben. Sie stellen aber die Anwendung und den hohen Wert des Humors nicht in Frage. Wie *Ehrenberg* (1991) und *Friedman* (1994) betonen, kann die Vorsicht bezüglich der Anwendung des Humors letztendlich auf alle Interventionen des Therapeuten bezogen werden – auch auf sein Schweigen. Nicht so sehr vor den Gefahren des Humors muß m.E. gewarnt werden – eher vor den Gefahren des humorlosen Therapeuten. *Ammon* schreibt: »Eine wichtige Qualität des Therapeuten (ist): Er muß verspielt sein, playfulness besitzen, frei sein von moralischem Denken, frei von psychiatrischem Kategoriendenken; er muß fähig sein, frei und ganzheitlich konzeptionell zu denken und auch danach leben, einen Lebensstil besitzen« (*Ammon* 1984).

Der Humor ist nur eine der kontaktschaffenden Möglichkeiten in der Psychotherapie, aber vielleicht die erstaunlichste und wunderbarste Möglichkeit. Wir sollten nicht darauf verzichten.

Humour, Joke and their Meaning in Psychotherapy

Egon Fabian (Munich)

Humour in psychotherapy is discussed controversially. *Kubie* (1971) mentioned that aggression and hostility of the patient may be hidden behind a false facade of humour and that (especially malicious) humour might increase a patient's transference and paranoic reaction. But nowadays the use of humour in psychotherapy is widely accepted (*Grotjahn* 1957, *Pasquali* 1986, *Poland* 1990, *Baker* 1993, *Christie* 1994, *Frings* 1996 among others). First *Freud* (1905) tried to differentiate joke, comic effects and humour, but without therapeutic consequences.

Humour means – in the author's opinion – the »capability to react with a (loud or silent) laughter to comic situations, whether real or imaginary«. He sees the sense of humour as a capacity of a nonverbal, genuine and universal form of interpersonal contact. It is related to playfulness and creativity as well as to the ego-functions of aggression and ego-demarcation as described by *Ammon* (1970, 1973, 1979). Like other ego-functions also humour may be deformed in a destructive or deficient wa, if the family does not allow a guilt-free demarcation of the child. Destructive humour (cynicism, sarcasm, malicious irony) results of destructive aggression and ego-demarcation, it hurts and insults and therefore destroys contact. A deficient sense of humour is always pathological and a symptom of depression and disturbed capability of contact.

Joke or wit is a verbal form of humour. It therefore develops later than humour and is influenced not only by the family, but also by culture. Analogous to humour in general, one may speak of constructive, destructive and deficient wit. Brain researchers like *McGhee, Goldstein* (1983), *Tucker* (1981), *Wapner* et al. (1981), *Rotenberg* (1993, 1994) agree, that humour is related to the synergism of both hemispheres. A child, who is not able to understand an ironic joke, may realize its aggressive components in sound and body language and dislike it, while he reacts positively to humourous playing. In a similar manner persons, who think in a concretistic way (like psychotic or psychosomatic ill people) will often react paranoically, especially to destructive jokes, but not be hurt by constructive humour.

The author reports an example: A severely ill schizophrenic female patient, in love-mania with the author, entered the plenary group in the dynamic-psychiatric hospital, where most of the patients and therapists were assembled. She had bought some roses »for the most beautiful doctor of the hospital« and handed over a long and beautiful rose to the author. When realizing the somewhat gloomy face of the head physician, who was sitting next to the author and leading the plenary group, she gave him a rose, too, but a small and bent one. Now there were sitting the author with his long and straight rose and the head physician with his short and bent one in their hands. The whole plenary group (including the patient) roared with laughter lasting for minutes. Even the sickest patients, depressive or

schizophrenic, laughed also. Whether they had got the sexual implication of the scene, may be doubted.

A psychotherapist should be careful when using verbal jokes, because they assume a certain amount of conceptual thinking to be understood, i.e. a not too severe concretistic disturbance of thinking. Moreover, for most of the patients language in general was used in a hurting way during their childhood, like in a double-bind communication or without any feelings or cynically. Jokes therefore should be generally constructive.

Especially the nonverbal humour enhances the therapeutic relationship and confidence. Playfulness and humour are crucial in psychotherapy of psychoses. Joke as a therapeutic means may give more distance and reflexion to suffering, fate and weakness. The author cites a patient of his, who told him at the end of his therapy: »Humour has saved my life«. The therapist should know his patient well and control his counter-transference before using humour and joke. Only constructive humour should be applied. Then humour may integrate – similar to dreams and metaphers – conscious and unconscious. A patient's sense of humour or its development during therapy is an important prognostic factor.

Literatur

Ammon, G. (1970): Gruppendynamik der Aggression (Berlin: Pinel)
– (1973): Dynamische Psychiatrie (Darmstadt, Neuwied: Hermann Luchterhand)
– (Hrsg.) (1975): Psychotherapie der Psychosen (München: Kindler)
– (Hrsg.) (1979): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt)
– (1984): Die Unerreichten – Zur Behandlungsproblematik des Urnarzißmus. In: Dyn. Psychiat. (17) 145-164
Bader, M.J. (1993): The Analyst's Use of Humour. In: The Psychoanal. Quarterly (62) 23-51
Baker, R. (1993): Some Reflections on Humour in Psychoanalysis. In: J. Psycho-Anal (74) 951-960
Bergson, H. (1900/1940): Le rire (Paris: Presses Universitaires de France)
Chaplin, Ch. (1977/1994): Die Geschichte meines Lebens (Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag)
Christie, G.L. (1994): Some Psychoanalytic Aspects of Humour. In: Int. J. Psychoanal. (75) 479-489
Craik, K.H.; Lampert, M.D.; Nelson, A.J. (1996): Sense of humor and styles of everyday humorous conduct. In: Humor (9) 273-302
Deckers, L.; Ruch, W. (1992): The Situational Humor Response Questionnaire (SHRQ) as a test of »sense of humour«: A validity study in the field of humour appreciation. In: Personality and Individual Differences (13) 1149-1152
Ehrenberg, D.B. (1991): Playfulness and Humor in the Psychoanalytic Relationship. In: Group (15) 225-233
Fabian, E. (1996): Concretism and Identity Aspects in the Jewish Joke. Unveröffentlichtes Manuskript
Fabian, E.; von Bülow, G. (1994): The Significance of Humour in Psychotherapy. In: Dyn. Psychiat. (27) 245-251
Fónagy, I. (1970): Viccel a bácsi. In: Magyar Nyelvör (1) 16-43
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)

Friedmann, R. (1994): Using Humor to Resolve Intellectual Resistances. In: *Strean, H.* (Hrsg.) (1994): The Use of Humor in Psychotherapy (Northvale, New Jersey, London: Jason Aronson)
Frings, W. (1996): Humor in der Psychoanalyse: eine Einführung in die Möglichkeiten humorvoller Intervention (Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer)
Grotjahn, M. (1957): Beyond Laughter (New York: Mc Graw-Hill). Dtsch. (1974): Vom Sinn des Lachens. Psychoanalytische Betrachtungen über den Witz, das Komische und den Humor (München: Kindler)
Ietswaart, W.L. (1988): Humor and the Psychoanalyst. In: Zeitschr. f. psychoanal. Theorie und Praxis (3) 187-198
Kennedy, L.R. (1991): Humor in Group Psychotherapy. In: Group (15) 234-240
Koestler, A. (1966): Der Göttliche Funke. Der schöpferische Akt in Kunst und Wissenschaft. (Bern: Scherz)
Kofman, S. (1986): Pourquoi rit-on? Freud et le mot d'esprit (Paris: Editions Galilée). Dtsch. (1990): Die lachenden Dritten: Freud und der Witz (München, Wien: Verlag Internationale Psychoanalyse)
Korotkov, D. (1991): An exploratory factor analysis of the sense of humour personality construct: A pilot project. In: Personality and Individual Differences (12) 395-397
Kotthoff, H. (1993): Humor – eine ernste Angelegenheit. Zur Geschlechtsspezifik von Humor, Witz und Gelächter. In: Integrative Therapie (1-2) 43-61
Kubie, L.S. (1971): The Destructive Potential of Humor in Psychotherapy. In: Amer. J. Psychiat. (127) 861-866
Kuiper, N.A.; Martin, R.A.; Dance, K.A. (1992): Sense of humour and enhanced quality of life. In: Personality and Individual Differences (13) 1273-1283
Levine, J.; Redlich, F.C. (1955): Failure to Understand Humor. In: The Psychoanal. Quarterly (24) 560-572
Lewis, P. (1987): Laughter and Humour – Does it Have a Place in Group Analysis? In: Group Analysis (20) 367-378
McGhee, P.E.; Goldstein, J.H. (1983): Handbook of Humor Research, Vol. I (New York, Berlin, Heidelberg, Tokyo: Springer Verlag)
Martin, R.A.; Lefcourt, H.M. (1983): Sense of humor as a moderator of the relation between stressors and moods. In: J. Personality and Social Psychology (45) 1313-1324
Nemes, L. (1994): A vicc és viszonya a viccelöhöz. In: Magyar Pszichológiai Szemle (5-6) 397-400
Pasquali, G. (1986): Some Notes on Humor in Psychoanalysis. In: Int. Rev. Psycho-Anal. (14) 231-236
Poland, W.S. (1990): The Gift of Laughter: on the Development of a Sense of Humor in Clinical Analysis. In: The Psychoanal. Quarterly (59) 197-225
Reik, Th. (1913): Psychoanalytische Bemerkungen über den zynischen Witz. In: Imago (2) 573-588
– (1926): Zur Psychoanalyse des jüdischen Witzes. In: Imago (12) 14-25
Rose, G.J. (1969): King Lear and the Use of Humor in Treatment. In: J. Amer. Psychoanal. Ass. (17) 927-940
Rotenberg, V. (1993): Richness Against Freedom: Two Hemisphere Functions and the Problem of Creativity. In: Europ. J. for High Ability (4) 11-19
– (1994): An Integrative Psychophysiological Approach to Brain Hemisphere Functions in Schizophrenia. In: Neuroscience and Behavioral Reviews (18) 487-495
Ruch, W. (1996): Measurement approaches to the sense of humor: Introduction and overview. In: Humor (9) 239-250
Salameh, W.A. (1983): Humor in Psychotherapy. In: *Mc.Ghee, P.E.; Goldstein, J.H.* (1983): Handbook of Humor Research, Vol. II (New York, Berlin, Heidelberg, Tokyo: Springer)
Sands, S. (1984): The Use of Humor in Psychotherapy. In: Psychoanal. Review (71) 441-460
Schimel, J.L. (1978): The Function of Wit and Humor in Psychoanalysis. In: J. Amer. Acad. Psychoanal. (6) 369-379
Sempé, J.J. (1987): Luxe, calme et volupté (Paris: Denoël). Dtsch. (1994): Stille, Sinnenlust und Pracht (Zürich: Diogenes)
Stein, M.H. (1985): Irony in Psychoanalysis. In: J. Amer. Psychoanal. Ass. (33) 35-58
Strean, H. (Hrsg.) (1994): The Use of Humor in Psychotherapy (Northvale, N.J.; London: Jason Aronson)

Tucker, D.M. (1981): Lateral Brain Function, Emotion and Conceptualization: In: Psychological Bulletin (89) 19-46
Wapner, W.; Hamby, S.; Gardner, H. (1981): The Role of the Right Hemisphere in the Apprehension of Complex Linguistic Material. In: Brain and Language (14) 15-33
Wolfenstein, M. (1951): A Phase in the Development of Children's Sense of Humor: In: The Psychoanal. Study of the Child (6) 336-350
Zillmann, D. (1983): Disparagement Humor. In: *McGhee, P.E.; Goldstein, J.H.:* Handbook of Humor Research, Vol. I (New York, Berlin, Heidelberg, Tokyo: Springer Verlag)

Adresse des Autors

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

Contribution of Dynamic Psychiatry to the Psychotherapeutic Use of Focus**

Milos Francisek Kobal (Ljubljana)*

The author points out that integrative psychotherapy is necessary on different levels. Coming from the focus-oriented psychotherapy, he emphasizes the integrative contribution of Dynamic Psychiatry. Here the important otherwise often denied integration of neurobiological findings and psychological/psychoanalytical considerations of the healthy and ill development of the personality is already achieved through the connection between structure and function and its multidimensionality. As an example for a possible integration the author shows Erikson's table of psychosocial development and how it could be completed with Ammon's concept of ego integration and his interpersonal social energetic principle. The social energetic principle and the conception of group dependency of individual development the author considers as an important integrative factor for focus-oriented psychotherapy; both lead to an attention on creative and healthy foci besides the normally emphasized desaster-prone foci. A case study shows that the focus-oriented psychotherapy has to deal with primary as well as with actual group and social constellations. Last but not least according to the author any integration begins on the personal level of the psychotherapist himself.

A remarkable survey of *Mayersburg* and *Post* (1979), displaying the connection between neurobiological findings and psychoanalysis, was disposed for further studies. Added to the table enclosed to their article, on the cycles of myelinisation (*Yakovlev* and *Lecours* 1967) are the periods of psychosexual and psychosocial development, as postulated by *Freud, Spitz, Mahler* and *Erikson.*

In analytically oriented psychotherapy we frequently through our shoulders even before absolutely reliable facts, objectively existing with child neuromotor development from tonic neck's reflexes to the skipping, which happens at six years of child's age. The same underestimation is sometimes ascribed to the observations of usual child behavior and to subjective capacities in the complex of his developing mentality, based already and for the time being on *Piaget* or *Gessel.* In psychotherapies where psychological orientation is (too much) accentuated, one can get along without the brain functioning and its biological development. There is an impression that within the scope of Dynamic Psychiatry such an orientation is not prevailing. Its humanistic »kulturwissenschaft« orientation is otherwise undisputed, but its »naturwissenschaft« orientation is noticeable, even under the common idea of soma (*Ammon* 1979, *Marsen* 1983). Only the facts of finishing myelinisation of the limbic system after five years of age, of the great commisusures after ten years and of the reticular formation in the second decade of human life will be mentioned

* M.D., Ph.D., Former Professor and Chair Psychiatry of University of Ljubljana, Slovenia

** Paper presented at the 11th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XXIVth International Symposium of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) at the Fachhochschule München-Pasing, March 4-8, 1997

(*Yakovlev, Lecours* 1967). It is not possible to avoid the episodes of development for the unconscious and the cognitive sphere and for human self-awareness.

The special value of Dynamic Psychiatry – in my opinion – is in the underlined connection between structure and function and their multi-dimensionality. That should be useful, when we follow the ideas of integration in psychotherapy. The endeavors in that direction are not easy. We come across a redundance of theories. For such reason we decide only for the comparison between *Erikson* and *Ammon* et. al., to make clear what we declare as the steps of integration. The comparison will be easier because *Griepenstroh* and von *Wallenberg-Pachaly* (1979) used *Erikson*'s table to demonstrate the psychosocial developmental crises and phases of psychosexual development. An important fulfilment of the facts (ef. tab. 1) shall be the corroboration that the unconscious functionings up to self-awareness are group-dependent (*Ammon* 1993), from the primary group to those achieved in subsequent phases of life.

<table>
<tr><th>Erikson</th><th>Ammon</th></tr>
<tr><td>Oral-Respiratory Sensory:
TRUST vs MISTRUST</td><td>Primary/Sec. ORALITY</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Muscular Anal:
AUTONOMY vs SHAME AND DOUBT</td><td>MOTHER-CHILD SYMBIOSIS</td></tr>
<tr><td>Primary NARCISSISM</td></tr>
<tr><td>Locomotor - Genital:
INITIATIVE vs GUILT</td><td rowspan="2">AGGRESSION</td></tr>
<tr><td>Latency:
INDUSTRY vs INFERIORITY</td></tr>
<tr><td>Puberty and Adolescence:
IDENTITY vs ROLE CONFUSION</td><td>Secondary NARCISSISM</td></tr>
<tr><td>Young Adulthood:
INTIMACY vs ISOLATION
(True Genitality)</td><td rowspan="2">IDENTITY</td></tr>
<tr><td>Adulthood Maturity:
INTEGRITY vs DESPAIR</td></tr>
</table>

Tab. 1: Psychosocial development according to *Erikson* and *Ammon* et al.

Erikson's scheme demonstrates in the proper way the integration of sensomotoric, cognitive and behavioral components of the developing personality. Dynamic Psychiatry represents a useful completion in ego integration with its group dependency in the formation of unconscious and conscious components. Mutual influence (»Auseinandersetzung«) is a sign of conveying or deprivation of psychic energy. The energy is not under-

stood as a metabolic process but as an interactive force with psychosomatic consequences. The energetic principle in Dynamic Psychiatry is not presumed to be an abstraction, but as real and rational activity of Mentality and Soma. That shall be the step forward to the psychotherapies operating with focus.

The notion of focus was developed by various representatives of short term (dynamic) psychotherapies (*Crits, Cristoph, Barber* 1991). Their definitions differ in details. In that very paper the focus will be presented as the dynamic centre of activity, by unconsious-conscious nature, which produces conflicts and complexes with its energetic organisation, forming syndromes and even diseases and disasters in the human society.

Reviewing many authors using the focus in (short-term) psychotherapies I am aware of general countertransference and of our disaster-prone orientation: Usually or even prevalently the crisis or diseased connotation is given to the focus. On the contrary: the positive fields, synonymous to the »foci« of energy, are formed simultaneously and their unconscious-conscious influence will constitute the creative elements of ego and society in their mutual coexistence. As a matter of fact, however, the focus in psychotherapy is defined as formed in the development crisis or in the incomplete socialisation, spreading its energy on the ego organisation as a whole and in therapeutically demanding living situations.

The structure of a particular focus is defined by appropriate interview in its circumscription. The discovery of productive, but uncomplete manoeuvre is still prevailing. Here the help of Dynamic Psychiatry will be applicable. The sketched boundaries of focus, which in pathology represent borderline, incomplete, even holed (»holed Ego«) psychic material, partially socialised or even unsocialised pieces of unconscious-conscious life, are formed by human beings as individual as well as in his interactions with the groups.

The enumeration and denomination of foci will be different, regarding the particular author's definition (*Davaloo:* widened focus, *Malan:* various foci, *Sifneos:* oedipal conflict focus).

The foci arising logically from findings and experiences of Dynamic Psychiatry should be also denominated. Here we are limited by time and knowledge. At several points (*Kobal* 1995) we emphasized the importance of that very school for the processes of integration: all facts, based on experiences, observations and experiments must be taken in consideration. In Dynamic Psychiatry we detect the connections between focal psychotherapy and primary and secondary narcissism, primary and secondary orality, aggression, symbiotic complex and archaic ego organisation predominantly.

Let us demonstrate the mentioned tendencies describing the concrete therapeutic work:

M.K., 38 years old married woman, financial clerk with high school education, of average intelligence, mother of two children ,visited again the

psychotherapist because of persistent insomnia and panic attacks. The panic attacks appeared prevalently in the absence of her husband, especially during the night, combined with absolute insomnia. Her husband is a professional driver employed with the municipal public utility service. In the firm a permanent night duty exists and that is a compulsory part of her husband's service once of week. In the cases of extreme situations like snowing the night duty of drivers is permanent.

That was not the first time the patient needed psychotherapeutic help. Three years ago she had experienced increased feelings of anxiety in open places, typically in the church and in social contacts. During the interviews using the technique of past-present link the separation anxiety was centered, arising from traumatic disorders of her relations with her mother and consequently with her father, who was evidently an alcohol addict. During the first period of psychotherapy she got married, reached high insight into the psychogenesis of her troubles, additonally followed a shortened version of autogenic trainig for relaxation and lived without any symptoms.

Her symptomatology returned when her life situation seemingly changed in favorable way. She and her family transfered to her husband's native house with a small farm. Her marriage was firm, the children healthy and governable, she was appreciated in her job. In reality her position was vulnerable: the house was quite isolated from the neighbors and offered only few contacts with acquaintances in comparison with her previous dwelling. Her husband's occupation requested quite frequent absence, even during the night. All her husband's free time was dedicated to cultivating his farm. He was a pleasant man, but too rational, without understanding for his wife's problems or underestimating them. He accompanied his wife in the treatment, but did not accept the possibilty of any change in his life style. On the other hand he was always affectionate and expecting the positive turn of his wife's life with frequent sexual contacts.

The problem of separation anxiety, which repeatedly and pervasively mastered a part of the patient's life was clear to her and to the therapist. But the insight only was not sufficient because the energetic influence from the (well circumscribed) focus, formed in symbiotic deficiency, was too strong for the cognitive and emotional modification. The working through of all parts of the symbiotic problem was planned, very difficult to solve in the face of defence mechanisms and complicated secondary group/family, neighbors, parents, relatives, colleagues situations.

The therapist might have been restricted in his planning of therapy and in the understanding of the patient's situation as a whole, remaining at focus definition only. In addition he incorporated the heuristic comprehension of energetic principle in the focus, understanding its permanence and strength. On the other hand there were important influences from the surrounding group(s), expressing her unconscious fight for her husband with the »farm«, since it was her husband's real attachment (she »as clerk« was not working on that farm!).

First of all we can reach an integration on the personal level. After thorough investigation it will be possible to answer what in that therapy is really integrative and what is possibly only eclecticism in practical therapeutic work (*Albeniz, Holmes* 1996). Although the eclectic accession in psychotherapy can be highly evaluated, corresponding many times to various needs of the patients, the deciding endeavor, however, must be dedicated to real integration in that domain. We join the authors mentioned above, in their implications, that »many effective psychotherapeutic treatments in psychiatry depend on integration«.

Integrative psychotherapy was a matter of our deliberations and practical tryouts for a long time. It was posed as a therapeutical model with an autonomous theory, with its dominantly carrying method and evaluation of its efficacy. It was presented on the last common Yugoslav psychotherapeutic congress (Sarajevo 1987). The well-known catastrophe of men and their living together obstructed the continuation of common efforts in that direction.

In the worldwide psychiatric literature a number of articles is dedicated to integration in psychotherapy (the above mentioned authors quoted over 250 articles on psychotherapy integration!). I strongly believe that the idea of integration must be based on the autonomous theory.

Psychotherapy is arising from the theory of personality: A fantastic amount of knowledge is accumulated in the theory with many facts, representing independentely or in mutual relations the reliable. »Archimedean« points of the personality's are psycho- and sociodynamics. The definition of focus offers in the same way a good opportunity for determining the »Archimedean« points. The focus must be clearly accompanied in its circumscription by the history in early childhood until the cognitive and behavioral period of life. Its formation is always to be built in the group, and is therefore group dependent.

Our propositions are, to be sure, only in the frame of illusionary expectations. A gap could exist between the purity and integration, which may be inseperable. Eclecticism itself, however, is not sufficient to pass into an autonomous theory.

Integration offers the possibility to reach a higher degree of therapeutic maturity on the practical level. This can be formulated as »the capacity to integrate a particular therapeutic approach within a unique personal style« (*Albeniz, Holmes*). The authors warn against the danger of those procedures, which need to be a specific focus of supervision. On the other hand the authors enumerate such »mature personal style« especially in the psychotherapeutic treatment of schizophrenia, affective disorders, substance misuse, anxiety disorders and posttraumatic stress disorders, crisis intervention and liaison psychiatry.

Regarding integration of personal style and therapeutic maturity large possibilities in the frame of Dynamic Psychiatry are given. Including our strivings, the emphasis on the theoretical basis is predominant. We can propose a memento of good agreement between the conception of focus and data which are collected in the table of symbiotic disorders arising from primary child group (*Ammon* et al. 1979). Especially with the borderline personality disorder and the borderline organisation of personality we find the possibilities for mutual compositions and flows of the facts which describe the »Archimedean points« in the theory of personality.

In the time of spiritual barriers between the West and the East, Dynamic Psychiatry had built the bridges with the psychotherapists of that part of the world, in spite of many theoretical and practical differences between them. Accordingly the realistic contribution of Dynamic Psychiatry to the integration in the theory of personality and in the psychotherapy can be expected.

Der Beitrag der Dynamischen Psychiatrie zur fokus-orientierten Psychotherapie

Milos Francisek Kobal (Ljubljana)

Der Autor spricht sich in dieser Arbeit für die Bereitschaft zur Integration in der psychotherapeutischen Arbeit aus. Er gibt Beispiele, auf welchen verschiedenen Ebenen diese Integration stattfinden und wie sie die therapeutische Effektivität positiv beeinflussen kann. Von der fokus-orientierten Psychotherapie herkommend, führt er an, welchen spezifischen Beitrag die Dynamische Psychiatrie nach *Ammon* zur integrativen Betrachtung der Persönlichkeitsentwicklung des Menschen – im Gesunden wie im Kranken – leistet.

Zunächst betont er die Wichtigkeit, neurobiologische und psychologisch-psychotherapeutische Erkenntnisse hinsichtlich der Reifungsprozesse miteinander in Beziehung zu setzen – so daß beispielsweise ein »Tic« um das 6. Lebensjahr in ein anderes Licht gerät, wenn bekannt ist, daß sich in der kindlichen neuromotorischen Entwicklung in diesem Alter tonische Nackenreflexe ausbilden. Die Dynamische Psychiatrie vereinigt beide Betrachtungsweisen durch ihre theoretisch fundierte Verbindung zwischen Struktur und Funktion, deren gegenseitige Bedingtheit und Mehrdimensionalität.

Das dynamisch-psychiatrische Sozialenergiekonzept und das gruppendynamische Verständnis leistet nach Ansicht des Autors einen weiteren Beitrag zum integrativen Verständnis des Menschen in seiner gesunden und kranken Persönlichkeitsentwicklung. Wenn *Erikson* in seinem bekannten Schema der psychosozialen Entwicklungskrisen sensomotorische, psychosexuelle, kognitive und Verhaltenselemente der Persönlichkeitsentwicklung

integriert und zusammengeführt hat, so wird dieses Verständnis durch das energetische und gruppendynamische Konzept der Dynamischen Psychiatrie noch ergänzt.

Das Wissen um die Gruppenabhängigkeit der bewußten und unbewußten Komponenten der Persönlichkeit und die Bedeutung des energetischen Austausches für die menschliche Entwicklung, ermöglicht eine Erweiterung der z.T. nur auf das Krankhafte fixierten Auffassung von Fokus in den entsprechenden psychotherapeutischen Verfahren (meist Kurzzeittherapie). Als eine der Definitionen von Fokus möchte der Autor diesen als ein dynamisches Aktivitätszentrum von bewußt-unbewußter Natur verstanden haben, das mit seiner energetischen Organisation Syndrome und Leiden in der menschlichen Gemeinschaft produziert. Wichtig ist dabei, daß nicht nur die kranken Elemente, sondern auch positive Entwicklungsfelder, sog. »Energie-Foci« mit kreativen Komponenten, in die Behandlungskonzeption einbezogen werden.

Anhand eines Beispieles aus der praktischen therapeutischen Arbeit zeigt der Autor, wie die klassische Auffassung des Fokus, die in erster Linie dem Erkennen der zentralen individuellen Problematik dienlich ist, durch Integration des Gruppenkonzeptes effektiv erweitert werden kann. Eine Patientin, die sich zum wiederholten Mal wegen Angststörungen in psychotherapeutische Hilfe begeben hatte, erkannte mit Hilfe des Therapeuten zwar bald die archaische Trennungsangst als den Fokus ihrer Störungen; ein therapeutischer Fortschritt konnte aber erst dann stattfinden, als erkannt wurde, daß die aktuelle Gruppendynamik diese Ängste im Sinne eines unbewußten Wiederholungszwanges dauerhaft unterhielt. Das Verständnis des Fokus, so wie es vom Autor vertreten wird, ist in der Lage, die »Archimedischen Punkte« der Sozio- und Psychodynamik eines Menschen zu beschreiben. Der Fokus zieht sich dann vom Ausgangspunkt in der frühen Kindheit bis in die kognitiven und Verhaltensebenen späterer Lebensphasen und ist immer an die Entwicklung in Gruppen gebunden.

Für den Autor beginnt die Integration in der Psychotherapie auf der persönlichen Ebene des praktizierenden Therapeuten. Dabei bietet die integrierte Psychotherapie die Möglichkeit, zu einem höheren Grad an therapeutischer Reife zu gelangen. Für den Therapeuten bedeutet es, die Fähigkeit zu entwickeln, »bestimmte therapeutische Herangehensweisen in seinen einzigartigen persönlichen Stil zu integrieren« (*Albenitz, Holmes* 1996). Da dies die Gefahr des Eklektizismus birgt, der den Patienten mehr schadet als nützt, ist eine sorgfältige Supervision notwendig. Der sog. »reife persönliche Stil« ist besonders bei der Schizophrenie, bei affektiven Störungen, Drogenmißbrauch, Angststörungen, posttraumatischen Streßzuständen, Krisenintervention und in der Liaison-Psychiatrie anzuwenden.

Eine integrierte Psychotherapie muß nach Ansicht des Autors auf einer autonomen Theorie basieren, die vor allen Dingen eine eigene Theorie der Persönlichkeit bzw. ein Persönlichkeitsmodell beinhaltet.

Zum Schluß seiner Arbeit zieht der Autor ein Resümee der langjährigen wissenschaftlichen Kontakte zwischen West und Ost innerhalb der Dynamischen Psychiatrie und betont ihren integrativen Charakter trotz zahlreicher Unterschiede in Theorie und Praxis.

Literatur

Albeniz, A; Holmes J. (1996): Psychotherapy Integration: Its Implications for Psychiatry. In: British J. Psychiatry (169) 563-570.

Ammon, G. (ed.) (1979): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1 (München: E. Reinhardt)

– (1993): Dynamic Psychiatry and Human-Structurology. In: Dyn Psychiat. (26) 279-287

Ammon, G.; Ammon Gi.; Marsen B. (1972). Das Borderline Syndrom und das ich-strukturelle Arbeiten. In: *Ammon, G.* (ed.) (1979): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1 (München: E. Reinhardt)

Crits-Christoph, P.; Barber, J.P. (eds.) (1991): Handbook of Short-term Dynamic Psychotherapy (London: Basic Books).

Griepenstroh, D.; Wallenberg Pachaly, v. A. (1979): Das energetische Prinzip bei Freud und Ammon. In: *Ammon, G.* (ed.) (1979): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1 (München: E. Reinhardt)

Kobal, M. (1995): Metarepresentations (Representations of Second Order) as the Essential Part of Mentality in the Holistic Approach to Health and Illnes. In: Dyn. Psychiat. (28) 8-18.

Marsen, B. (1983): Zum ganzheitlichen Verständnis von Psyche und Soma. In: Dyn. Psychiat. (16) 407-428.

Mayersburg, H.A.; Post, R.M. (1979): A Holistic Developmental View of Neural and Psychological Process: A Neurobiologic-Psychoanalytic Integration. In: British J. Psychiatry (185) 139-155.

Yakovlev, P.I.; Lecours, A.R. (1967): The myelogenetic cycles of regional maturation of the brain. In: *Minkowski A.* (ed.) (1967): Regional Development of the Brain in Early Life. (Philadelphia: F.A. Davis) 62-67.

Address of the author:

Prof. Milos F. Kobal, M.D., Ph.D.
University of Ljubljana, Faculty of Medicine
Chair for Psychiatry
Zaloska c. 29
1105 Ljubljana
Slovenia

Psychotherapy as a Science ***

Jerzy W. Aleksandrowicz*, Gustaw Sikora (Cracow) **

The knowledge of psychotherapy is interpreted here in the terms of systemic ontology and – consecutively – systemic theory of sciences as structured wholes. From this point of view, as well as using Kuhn's criteria of science and art, psychotherapy presents all traits of science. The practice of psychotherapy is a set of skills, basing on this scientific knowledge. Some theories of psychological help, communly but unjustifiably named also »psychotherapies«, reveal rather certain traits of religion than science or art.

The question: »Is psychotherapy a science or an art?« resembles an equation with two unknown quantities – the answer to it depends to the same extent on the definition of »psychotherapy« and the definition of »science« and »art« (assuming that »science« is definable at all, *Rorty* 1980).

However, even if we assume that there is a chance of answering the question, what is a science and what is not (referring, e.g., to the neo-positivist or systems theories, or to *Kuhn*'s 1977 conception), it will be much more difficult to answer the question »what is psychotherapy« in a way convincing to all concerned.

The name »psychotherapy« is commonly given to various procedures, which sometimes are not – despite the name – aimed at treatment, but are, e.g., merely a psychological help – helping the clients in their personal growth; activating the unspecific treating factors (*H. Frank)*, etc. Yet, there are no reasons why these – though very valuable – actions should be considered as psychotherapy.

The term psychotherapy should cover only those psychosocial influences exerted on an individual, which are aimed at removing psychic disturbances (and certain personality traits being their sources), and are based on the present knowledge about the psychosocial, psychodynamic pathomechanisms of certain disorders. They require highly individualized actions adjusted to the specific character of the disturbances detected in the patient and limited exclusively to removal of those psychic and/or personality disturbances, which cause the occurence of disease symptoms.

The answer to the question whether psychotherapy understood in this way is a science, art, or, e.g., a skill, may be achieved through investigating to what extent the statements expressed by various theories of psychotherapy assume the form of »Protokollsätze« (descriptive statements), and whether they can be empirically verified or falsified (*Popper* 1974). So far,

* M.D., Professor and Chair of Psychiatry, Psychotherapy Department, Medical College Jagiellonian University, Centre of Treatment of Neurotic Disorders, Cracow, Poland
** M.D., Psychotherapy Department, Medical College Jagiellonian University, Cracow, Poland
*** Paper presented at the 11th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XXIVth International Symposium of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) at the Fachhochschule München-Pasing, March 4-8, 1997

however, only a small part of psychotherapeutic knowledge has been included within the frames of (even so fragmentary) theories regarding psychopathology and the mechanisms of treating the disorders. Thus, it is impossible to use this methodology consistently.

This is one of the sources of the opinion that psychotherapy is merely a skill, techne, though, as can be often heard, intuitive to a large extent. This is supported by the prevalence of interest in the psychotherapeutic techniques of influencing people, which give an illusion of being effective by themselves. On the other hand, those techniques frequently refer to art (art-therapy, music-therapy, psycho-drama), and this, in turn, suggests a connection between psychotherapy and art.

These procedures, being not psychotherapy as such, but merely psychotherapeutic techniques, actually often resemble technologies based on not very reliably justified convictions. Even if they refer to theories, these theories are a sort of psychological conceptions that generally assume the character of specific ideologies or »faith in science«, and usually apply highly mechanically the explanations offered by those theories. Such theories, e.g., connected with the domain of »humanistic psychology«, are, in general, sets of theses of anthropological character, loaded with valuative and normative statements. Therefore, they do not satisfy the criterion of science (*Horkheimer* 1967, *Jaspers* 1956). Attempts at their verification prove to be striving for justification of the adopted theses rather than constructing an appropriate description of reality. Since the »treatment procedures« based on these theories do not require acquiring knowledge or skills, we frequently meet the conviction that the effectiveness of their application issues, to a larger extent, from specific predispositions, e.g., particular personality traits. This, however, does not regard the theory and practice of psychotherapy in the strict sense.

Such psychotherapy refers to the present state of theoretical knowledge – both medical and psychological, as well as to empirical data collected in the course of a patient's treatment, which constitute the basis for the »individual« theories of his disturbances. It also refers to constant verification of the knowledge about the patient and the specific character of his reacting to stimuli that are to induce the desired change. Thus, it is by no means a mere technique; it is also the knowledge supporting the practical skills. Neither is it art, at least in the sense of the distinction between science and art offered by *Kuhn* (1977).

Avoiding the controversy about the rights of idiographic science and being convinced that also the knowledge concerning one person – a case study – can be treated as a science (*Windelbrandt),* we shall consider the scientific character of the knowledge about psychotherapy.

In treatment, and in psychotherapy too, it is necessary to give priority to the analysis and understanding of processes (e.g., learning or transference processes, etc.) and not automatic participation in them. This practice is based on sets of specific statements about reality, constituting their own

theories created by the psychotherapy itself, and remaining in various relations – also in feedback – with the general knowledge about health disorders and with the clinical practice.

Despite all limitations and weak points of these theories, the history of their occurrence and development induces us to recognize subsequent approaches as particular stages of development of one science. Their occurrence was usually a result of growth of knowledge about different varieties and aspects of disorders and expansion of the area of described reality. By way of example we can quote here, i.a., *Adler*'s or *Lacan*'s »schisms« from psychoanalytical »orthodoxy«, as well as subsequent theories regarding the formation of phobias, borderline personality, etc. Each of them caused re-formation of the statements of the previous theories. Also, these new approaches aspire to achieve the status of obligatory general knowledge. The tendencies to substitute certain theories with new ones (processes specific for science) are equalized by the attempts of various earlier theories (e.g., *Reich*'s) to survive and revive –which frequently leads to loss of scientific character and makes them resemble systems of beliefs (*Lowen).*

The process of formation of new theories, in form of attempts at integration of elements of existing knowledge or at construction of eclectic approaches frequently being sets of descriptive statements, is still continuing (*Dollard, Miller* 1950; *Prochaska* 1984). It is accompanied by a tendency to reject the conviction about the universal character of any other theory. This shows that we have to do with one science in constant development rather than with a number of independent theories, with a structured system of knowledge in which a constant exchange of elements (subsystems), a constant dynamics (mostly steered by feedbacks). And this all is characteristic of science and not of art.

Science is a system of descriptive statements, based on observation, forming a structured whole that, thanks to this structure, acquires a new quality. It is knowledge, the ability to describe the world in a way that makes it possible to execute operations within this reality, and foreseeing the results of these operations. Due to the constant inflow of information and feedback, particular theories constituting elements of this structured whole – the system may, or even must be constantly substituted by new ones, thus causing transformation of the whole system. »Downfall« of one theory and occurrence of new ones does not destroy the system of science. Just the opposite, it makes the system more compact and adequate in describing reality (*Piaget* 1968). The fate of *Newton*'s physics and its place in modern physises are the best example of such a process.

This does not regard art. The aesthetic values created by it are constant and unchangeable. Various forms and trends – in painting, music, etc. – coexist having equal rights. Thus, in opposition to »science« that is a system, art is a set of elements which are not connected as a whole by an existing structure. Including some human activity in this class causes that verification of the rules of action become unnecessary or even impossible.

This is possibly why many of us would be highly satisfied being told that they »dealt with art«. Yet, first of all, today we think that an artist is a creator, someone endowed with a special talent, almost devine power. The more is power »inborn« and comes from some sort of »anointing« instead of learning, the more it is valuable. Is this why we are so eager to speak of »medical art«? Yet, neither medicine nor psychotherapy are art. Although reception of psychotherapists' actions somehow resembles reception of works of art – e.g., it depends to some extent on the public tastes, it also resembles the social situation of art (*Ackermann, Haffner, Kuhn)*, yet these analogies seem incidental.

The goal of art is to produce aesthetic objects, while the goal of science is – as *Kuhn* put it – »solving puzzles«. Science deals not with the world of values, but with the world of facts. And this is so in the case of psychotherapy, whose theory and practice are a permanent solving of subsequent puzzles. Its »product« is not a work of art, and its goal is not the aesthetics of effects (though sometimes we are said to achieve »beautiful results«). Axiological approach to psychotherapy, characteristic of the one actions which prove to be »psychological help«, deprives it of therapeutic value.

Thus, psychotherapy is a science rather than an art. Both its theory and its individual practice possess all features of puzzle solving – and this is its basic goal. At the same time, as instruments used by clinicians, theories of psychotherapy serve solving particular problems, sometimes regarding groups of persons and sometimes individuals. Yet, the theories of psychotherapy themselves and their constitution, are not the goal of existence and development of this domain of knowledge.

Besides, this development is achieved through subsequent crises. The present striving for integration of various theoretical approaches, accompanied by rejection of some hitherto existing theories (or, at least of that, which proves to be artefact in them), is another such crisis, characteristic of the development of science. Empirical verification of truth or falsity of statements, which in psychotherapy is called »a clinician's experience«, decides what will remain an element of knowledge and what will cease to be an object of interest for psychotherapists. The paradigms concerning both the occurrence of disorders and the actions aimed at their curing undergo changes. This takes place in the discussion in relatively closed academic circles, and in the atmosphere of the public rejecting the signals about such attempts (e.g. criticism of the humanistic or bioenergetic conceptions). This happens precisely as *Kuhn* (1977) desribed it defining the attributes of science.

Thus, no matter whether we use the approach offered by *Kuhn* or apply the distinction between science as a dynamically developing, structured system of statements, and art constituting a set of unrelated elements (each of which, independently, is a source of aesthetic qualities), psychotherapy understood as knowledge about disorders conditioned, first of all, in a psycho-social way, and about psycho-social codes of correcting these dis-

orders, proves to be a science, and, what is more, an empirical science. This cannot be said, however, about other forms of activity, nowadays called »psychotherapy«, but being of purely ideological and/or technical character.

Psychotherapie als Wissenschaft

Jerzy W. Aleksandrowicz, Gustaw Sikora (Krakau)

Die Autoren gehen der Frage nach, unter welchen Voraussetzungen Psychotherapie eine Wissenschaft ist. Sie beziehen sich dabei auf die neopositivistische Theorie von *K.R. Popper,* die Systemtheorie und die Konzeption von *T.S. Kuhn.*

Die Frage, ob Psychotherapie eine Wissenschaft oder Kunst ist, hängt von der Definition der Begriffe »Wissenschaft« und »Kunst« ab. Der Name »Psychotherapie« wird für verschiedene Vorgehensweisen verwendet, die manchmal trotz des Namens nicht auf Behandlung abzielen, sondern den Klienten Hilfen anbieten für persönliches Wachstum, Entwicklung persönlicher Fähigkeiten usw. Obwohl diese Verfahren an sich wertvoll sind, legen die Autoren großen Wert darauf, sie nicht als Psychotherapie zu bezeichnen. Der Begriff Psychotherapie sollte nur solche psychosozialen Einflüsse auf eine Person umfassen, die auf die Beseitigung psychischer Störungen abzielen und auf dem gegenwärtigen Wissensstand über psychosoziale, psychodynamische und pathogene Mechanismen bestimmter Störungen beruhen. Sie erfordern ein spezifisches Handeln bezogen auf die Störung des Patienten und begrenzt auf die Beseitigung dieser Persönlichkeitsstörungen.

Die Frage nach dem Wissenschaftscharakter von Psychotherapie kann durch Forschungen erreicht werden, deren Aussagen die Form von Protokollsätzen annehmen und durch empirische Überprüfung im Sinne *Popper*'s verifiziert oder falsifiziert werden. Bisher sind nur wenige Bereiche psychotherapeutischen Wissens einem theoretischen Rahmen zugeordnet, sowohl bezüglich der Psychopathologie als auch der Behandlung. Das ist eine der Ursachen für die Meinung, daß Psychotherapie eher eine Fertigkeit, eine Technik ist, zum großen Teil auf Intuition beruht, in den Bereich der Kunst gehört, der Ideologie bis hin zur Religion.

Im folgenden betrachten die Autoren den Wissenschaftscharakter der Psychotherapie. Dabei ist es erforderlich, der Analyse und dem Verständnis von Prozessen, z.B. beim Lernen, die Priorität zu geben, ohne daran automatisch teilzuhaben. Diese Praxis basiert auf einem Set spezifischer Statements über die Realität, die ihre eigenen Theorien konstituiert, geschaffen durch die Psychotherapie selber. Sie stehen in Verbindung mit verschiedenen Beziehungen, ebenso im Feedback mit dem allgemeinen Wissen über gesundheitliche Störungen und mit der klinischen Praxis. Trotz aller

Begrenzungen und Schwachstellen dieser Theorien, der Geschichte ihrer Entwicklung, führen sie uns dazu, Zugang zu den Entwicklungsstufen einer Wissenschaft zu bekommen. Die Autoren führen als Beispiel *Adlers* oder *Lacans* »Schisma« von der orthodoxen Psychoanalyse an. Sie hatten Einfluß auf die bisherigen Theorien. Diese Tendenz, bestimmte Theorien durch neue zu ersetzen, ist ein für die Wissenschaft typisches Vorgehen. Andererseits kann dieses Vorgehen auch dazu führen, daß sie den Charakter der Wissenschaftlichkeit verlieren und Glaubenssätzen ähneln. Als Beispiele führen die Autoren *Reich* und *Lowen* an.

Der Prozeß der Theoriebildung zeigt, daß wir es mit einer Wissenschaft zu tun haben, die sich in ständiger Entwicklung befindet und nicht mit einer Anzahl unabhängiger Theorien. Es findet ein stetiger Austausch der Subsysteme untereinander statt. Dies alles ist charakteristisch für die Wissenschaft und nicht für die Kunst. Wissenschaft ist ein System beschreibender Sätze, auf Beobachtung beruhend, die ein strukturiertes Ganzes bilden und durch diese Strukturierung eine neue Qualität erhalten. Wissen ist, die Fähigkeit die Welt auf die Weise zu beschreiben, die es ermöglicht, Handlungen zu verfolgen in dieser Realität und die Ergebnisse dieser Handlungen vorauszusehen. Gemäß dem ständigen Fluß von Information und Feedback wird das System ständig durch neue Teiltheorien ergänzt, wodurch eine Änderung des gesamten Systems erreicht wird. Der »Zusammenbruch« einer Theorie und das Erscheinen einer neuen, zerstört nicht das System der Wissenschaft. Im Gegenteil verstärkt es das System entsprechend der beschriebenen Realität im Sinne *Piagets*. Das Schicksal von *Newtons* Physik und sein Platz in der modernen Physik ist das beste Beispiel für einen solchen Prozeß.

Die beschriebenen Prozesse treffen nicht auf die Kunst zu. Die ästhetischen Werte, die geschaffen werden, sind konstant und unveränderbar. Die verschiedenen Strömungen in der Malerei, Musik usw. existieren nebeneinander mit der jeweils eigenen Berechtigung. Im Gegensatz zur Wissenschaft, die ein System ist, ist Kunst ein Bündel unverbundener Elemente, die kein strukturiertes Ganzes bilden. Eine Verifikation der Handlungsabläufe ist unnötig, ja sogar unmöglich.

Das Ziel der Kunst ist es, ein ästhetisches Objekt herzustellen, während es das Ziel der Wissenschaft ist, wie *Kuhn* es ausführt, ein »Puzzle« zu lösen. Die Wissenschaft handelt nicht mit einer Welt von Werten, sondern mit einer Welt der Tatsachen. So ist es auch in der Psychotherapie, deren Theorie und Praxis ein permanentes Lösen aufeinanderfolgender »Puzzles« ist. Ebenso wie Instrumente von Klinikern benutzt werden, dienen psychotherapeutische Theorien dazu, einzelne Probleme von Gruppen oder Individuen zu lösen. Jedoch sind die psychotherapeutischen Theorien an sich nicht das eigentliche Ziel. Die Entwicklung wird durch aufeinanderfolgende »Krisen« erreicht. Das gegenwärtige Bemühen, verschiedene theoretische Ansätze zu integrieren, wird begleitet von der Ablehnung einiger bisheriger Theorien. Die Paradigmen, sowohl bezüglich der Störun-

gen als auch ihrer Versuche zur Heilung, unterliegen Veränderungen. Diskussionen darüber finden in relativ geschlossenen akademischen Zirkeln statt, aber auch begleitet von öffentlicher Kritik solcher Versuche (z.B. die Kritik an humanistischen oder bioenergetischen Konzepten). Genauso wie *Kuhn* es bei seiner Definition von Wissenschaft beschrieben hat.

Nach dem Ansatz von *Kuhn* oder der Sicht der Wissenschaft als »strukturiertes Ganzes« wird Psychotherapie verstanden als die Kenntnis von Störungen, auf psychosozialem Wege entstanden und behandelbar durch psychosoziale Behandlungsmethoden. Das beweist, daß Psychotherapie eine Wissenschaft, ja sogar eine empirische Wissenschaft ist.

References

Aleksandrowicz, J.W. (1996): Psychoterapia medyczna (Warszawa: WL PZWL)
Dollard, J.; Miller, N.E. (1950): Personality and Psychotherapy (New York: Mc Graw. Polish Translation, Warszawa: WN)
Prochaska, J.O. (1984): Systems of Psychotherapy (Chicago: The Dorsey Press)
Horkheimer, M. (1967): Kritische Theorie (Frankfurt: Fischer. Polish Translation 1987, Warszawa: PIW)
Jaspers, K. (1956): Existenzphilosophie (Berlin: Walter de Gruyter. Polish Translation 1990, Warszawa: PIW)
Kuhn, T.S. (1977): The Essential Tension (University of Chicago. Polish Translation 1985, Warszawa: PIW)
Piaget, J. (1968): Le structuralisme (PUF. Polish Translation 1992, Warszawa: WP)
Popper, K.R. (1974): The Logic of Scientific Discovery (London: Hutchinson Publ. Group. Polish Translation 1977, Warszawa: PWN)
Rorty, R. (1980): Philosophy and the Mirror of Nature (London: Blackwell. Polish Translation 1994, Warszawa: Aletheia)

Adress of the authors:

Prof. Jerzy W. Aleksandrowicz, M.D.
Gustaw Sikora, M.D.
Medical College Jagiellonian University,
Centre of Treatment of Neurotic Disorders
14 Lenartowiczastreet
Cracow
Poland

The Quick-Fix for Mental Illness: Its Pitfalls **

George B. Palermo (Wisconsin)*

After briefly discussing the cyclical century-long dichotomous approach to emotional disorders – psyche versus soma – the author presents a holistic view of mental disorders. The importance of a psychosomatic approach to the uniqueness and complexity of humans is stressed. He supports the tenet of the interdependence of psyche and soma, and – contrary to the present-day »quick-fix« pharmacotherapeutic approach to psychiatric entities – he subscribes to at least a dual intervention: pharmacological and psychotherapeutic. The latter obviously also involves environmental or milieu therapy. He believes that present-day quick-fix pharmacological therapies, to the exclusion of psychotherapy, cannot achieve a total cure of the ill person, but are a temporary relief given by an abortive type of psychiatry which treats only the outward manifestations of mental illness. The above approach, the author claims, is a reflection not only of economic considerations, but of a pragmatic and superficial view of life in an historical period in which the pendulum has shifted toward a primarily biological explanation of mental illness.

The young lady who, brandishing a kitchen knife and with visible signs of distress, erupted into a corner store and demanded money from the frightened owner, or the young man who, holding a gun, entered a service station threatening to shoot the attendant if he were not given the money from the cash drawer, are both examples of sudden, unpredictable antisocial behavior in contemporary society. Both of these young people needed money to buy crack cocaine, needed money for a quick-fix to their distress. They had just come down from a drug-induced high and the suffering was painful. That disappearance of the high from the previous cocaine/crack consumption had created an intolerable low.

The above example should make one reflect on not only the present-day social situation, but also refocus our attention on some of the basic conceptual tenets of existence: pain and pleasure, and an individual's capacity to withstand the first and postpone the gratification that is brought about by the second. Both, I believe, are ingredients of our daily lives and are frequently involved in the dynamics of psychological/psychiatric illness. »The pleasure principle follows from the principle of constancy: actually the latter principle was inferred from the facts which forced us to adopt the pleasure principle... The most that can be said, therefore, is that there exists in the mind a strong tendency towards the pleasure principle, but that that tendency is opposed by certain other forces or circumstances, so that the final outcome cannot always be in harmony with the tendency towards pleasure« (*Freud* 1961). I do not believe I am wrong when I say

* M.D., Clinical Professor of Psychiatry and Neurology, Medical College of Wisconsin, Milwaukee, and Lecturer in Bioethics, Department of Humanities, Loyola University, Stritch School of Medicine, Chicago, USA

** Paper presented at the 11th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XXIV International Symposium of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) at the Fachhochschule München-Pasing, March 4-8, 1997

that the emotions and feelings of pain and pleasure are present are present throughout human growth and development, and in a sense catalyze the development of the personality of an individual in the process of becoming 'Dasein'.

In the process of living 'Umwelt, namely, »the world of objects about us... biological needs, drives, instincts... natural law and natural cycles, of sleep and awakeness, of being born and dying, desire and relief, the world of finiteness and biological determinism, the »thrown world« to which each of us must in some way adjust, interacts with 'Mitwelt', the world of interrelationships with human beings and 'Eigenwelt', the mode of relationship to one's self, is thus achieved (*May* et al. 1958). »Eigenwelt presupposes self-awareness, self-relatedness, and is uniquely present in human beings... the basis on which we relate... It should be clear that these three modes of world are always interrelated and always condition each other« (*May* et al. 1958).

Pain more than pleasure has motivated people to search for a solution not only to their at times uncomfortable habitat, but to their inner discomfort. Through reflection, self-analysis and objectification of their environmental input, feelings of discomfort and desires, people have created and continue to create innumerable devices useful not only against unbearable pain and disease, but also to prolong their lives. That is wonderful, and it must be recognized that we readily accept all these technological advances as of great utility to humankind. However, the human mind has obviously become overwhelmed and confused in the recent past, and people seem to heave lost their resiliency, that same resiliency that helped them overcome their environmental discomfort and some of the major diseases. In the ascendancy out of the depth of obscurantism, people have become progressively more pleasure-oriented, fearful of pain, and emotionally in continuous anxiety 'Angst'. It almost seems that they are afraid of their success. Certainly, both technological advances and a social culture of mechanization and robotization have contributed to the lessening of people's capacity to withstand stress.

This is not a panagyric of masochism or stoicism, but a modicum of pain in a person's life has a worthwhile and creative power; it is part of each person's life at some time. The disappearance of the capacity to withstand it, because of an ever-invasive pleasure principle, has not only reduced the individual to a state of slavery to gadgets, but at times to his being dominated by illicit substances such as opiates or crack cocaine, or by excessive amounts of thymoleptics and psychotropics prescribed by physicians, medications also dispensed to non-psychotic individuals in today's society. While one should not be against the properly indicated use of drugs in psychiatry, it seems logical to assume that if the brain can be manipulated by drugs, the mind should certainly be dealt with words or logos.

This leads to a discussion of the quick-fix approach to the problems of human existence in contemporary society, both at an individual personal

approach to psychiatric/psychological illness or emotional discomfort that some people experience during the course of their lifetime, and of course into the dichotomy of pharmacotherapy and psychotherapy.

For centuries, religious figures, philosophers and doctors have debated the origin of mental illness or grave emotional disorders, attributing the 'locus mali' alternately to the body or to the soul. The pendulum swung between organicistic and psychogenetic views. Eventually, the body and the mind became the new targets for explaining mental illness. During the early twentieth century, after the advent and implementation of psychological theories which attempted to explain and treat the troubles of the mind, psychotherapy was born. We have witnessed the birth of the unconscious and the preconscious, the psychology of the unconscious, the ego psychology, the behavioral therapies, the here and now therapy, and various forms of counseling, 'Dasein' analysis, and – summing them all up – the psychodynamic eclectic approach. Various somatic treatments of mental diseases have flourished: insulin coma, metrazol therapy, and EST – all pioneering present somatic therapies – have attempted to exchange madness for sanity.

The advent of neuroleptics and thymoleptics in the 1950s slowly created a deeper rift between the two major types of approach to emotional disturbances or mental illness – psychotherapy and somatic therapy. At first, both survived and in some cases complemented one another, at times even tolerating the presence of religious counseling. Then, with the reinforcement of the already existing pragmatic culture, and further moved by economics and practicality and the fact that long lasting psychotherapeutic intervention slowly became unaffordable, this dual approach was rejected and man in his pseudo-omnipotence began to think that the answer to emotional/mental disturbances lay in chemistry alone.

The fascinating discovery of neurotransmitters (*Cerletti*'s acroagonine) seems to offer a never-ending number of psychotropic and thymoleptic medications. The plethora of these medications is proof of the thus-far unsuccessful search for the ultimate solution to mental illness through pharmacotherapy. This is well-illustrated in a recent book in which the author describes the numerous psychotherapies his mentally ill brother underwent during his lifetime and then adds: »He was schizophrenic when enormous doses of Thorazine and Stelazine calmed him; he was manic-depressive (bipolar) when lithium worked; he was manic-depressive-with-psychotic-symptoms, or hypomanic, when Tegretol or Depakote... or some new antipsychotic or antidepressant – Trifalon, Adapin, Mellaril, Haldol, Klonopin, risperidone – showed promise of making him cooperative« (*Neugeboren*, cited in *Busch* 1997). The author also writes of the various medications given to his brother for possible side effects from the above medications.

It should be clear that medications are helpful, but they are not the complete answer to the problems of the mind. This is not surprising to the humanistically oriented professional. Pharmacotherapy can alter the affect

connected with thoughts, and even reorganize them syntactically, but it cannot alter man's thinking process and basic beliefs. In other words, therapeutic drugs, as we have observed, can modify the word-salad of the schizophrenic into understandable speech, but the speech will continue to be the product of the individual's mind and the cognitive expression of his/her perceptions and feelings, which, even though free from elated or depressive affectivity, will continue to be present. In order for a person to achieve modification of his thinking, if he so desires, he needs willful reflection and, when necessary, he may recur to psychotherapy. At times, in certain emotional disorders, there is an also need for pharmacotherapy.

Dysthymia, a reactive depression, is a typical case. It is a non-psychotic condition and may be long-standing. It is handicapping to those who suffer from it, and even though they may continue to carry on their usual activities, their anhedonia is not conducive to good relationships. Dysthymia benefits from antidepressant therapy, but in such cases psychotherapy is essential if one intends to help the sufferer overcome his discomfort, his view of life, people, and himself. His perceptions, his reactions, his gloomy outlook can only be changed with reflection, cathartic reliving of his conflictual experiences, and a better understanding of himself and others leading to the acquisition of a more objective self-concept. What, then, will the thymoleptic do? It will change his basic mood and allow the patient to look at his own problems, aided by the psychotherapist.

The same approach is necessary and useful for the paranoid personality, for the paranoid delusional disorder, for schizophrenia, and bipolar illness. In most of the above individuals, one observes basic feelings of distrust, withdrawal, distance, and compensating moods. These persons need human contact, that human contact they are so ambivalent about, that human contact they seem to reject. Indeed, one of the basic and useful features of psychotherapy is just that: human contact – the possibility of someone being there, someone with whom they can confide without fear and slowly discuss their perceptions, reflect on their life vicissitudes, someone, a member of the larger human circle, whose help will possibly enable them to acquire the trust they are lacking. »The empathic understanding, the understanding with a person, not about him, can bring about major changes in personality: Through attentive and sympathetic listening, psychiatrists are able to bring forth the deepest secrets of a patient's mind«, says *Carmi* (1996). Drugs do not do that, but can certainly contribute to it.

But let us return to the quick-fix approach to mental illness. During the past ten to fifteen years there has been a progressive under-utilization of psychotherapies by the medical profession. This is mainly due to the invasion of the psychiatric field by the new mind-altering therapeutic drugs in the belief that medication by itself would solve and resolve the psychiatric manifestation of illness. In the United States, recent changes in health care provisions leading to the approach of more service for less money have almost extruded psychiatrists from the practice of psycho-

therapy (*Sales* 1993). They are often asked for consultation only when there is a possible indication for psychotropics or minor tranquilizers, or when an incorrect diagnosis is suspected. Already in 1970, *Slettin* and collaborators, challenging the diagnostic skills of psychiatrists, stated that a comparable agreement had been found between the statistical method and the psychiatrists. In 1983, *Greist,* believing that the computer does not have the variability of the clinician's judgement, knowledge or conceptual ideas, questioned the diagnostic accuracy of clinicians and claimed that computer interview and diagnosis possible offered greater presicion and accuracy than that achieved by an unassisted clinician. More recently, *Whittington*, of Managed Health Network, went even further when overstating: »I have no doubt that an expert computer system could do a better job of arriving at a diagnosis and treatment than the average mental health professional« (*Thompson* 1993).

No doubt some persons would be more comfortable responding to a computer, especially when questions are of an intimate or embarrassing nature. However, this technical approach completely disregards the importance of the interaction between doctor and patient which is traditionally considered to be essential and the most natural way to objective diagnostic assessment and treatment. Doctors and patients would both be cheated by the economics behind this approach and their interaction would be basically a sterile one without that human and humane contact necessary for the resolution of human conflicts. There, one would not find that therapeutic listening essential to the analysis of patients' communications. As *Carmi* (1996) stated, »listening means not only feeling for others but attempting to commune with them. It requires entering actively and immaginatively into their situation. The effectiveness of listening depends also on the comprehension, the understanding of what is heard«.

In the United States, in 1995, based on the total 1995 population of 262 million, »approximately 5.6 million people ages 9 or older had a severe mental illness. According to the National Advisory Mental Health Council (an arm of the National Institute of Mental Health), the cost of their care was $ 27 billion for direct treatment costs and $ 74 billion if indirect costs such as maintenance and lost productivity are included. These numbers do not include people with a primary diagnosis of alcohol or drug addiction, although many severely mentally ill people also abuse alcohol or drugs« (*Torrey* 1997). In addition to the above, the United States is still ambivalently struggling with the consequences of the deinstitutionalization and non-institutionalization policies of the sixties, such as the homeless mentally ill and the great number of mentally ill social offenders that is flooding the judicial system (*Palermo* et al. 1991; *Palermo* et al. 1992). In addition, these psychiatric patients, abandoned to themselves, seem to engage in significantly more violent behavior than the community residents (*Torrey* 1997).

In »The Social Transformation of American Medicine« (*Starr* 1982), suggesting the necessity for change, stated, in regard to the health care

system in the United States, that regardless of financial circumstances, most Americans are not well served by the obsolete and overstrained medical system that has grown up around them helter-skelter. *Herzlinger* (1989) anticipated what has taken place when he clearly stated: »The American health care industry is sick«. In the future we will witness health care, including that in the mental health field, undergoing rationing due to high technological costs. That is where we are now: rationing mental health care.

Health care is undergoing fundamental changes not only in the United States, but also in other Western countries as an adaptational process to widespread economic fluctuations and social changes, and is leading to increasing discontent on the part of both recipients and dispensers of care. In the field of mental health care delivery, the dissatisfaction and frustrations of the involved parties have reached climactic levels, so much so that in Italy a reform of the 1978 mental health reform has already been adopted (*P & M* 1991). In England, after the 1983 management inquiry regarding the suboptimal dispensation of care on a national basis, the Prime Minister Review set a new agenda from 1989 onwards, »for better implementation of the National Health System« (*Griffith* 1992).

The non-empathic approach that has become so much a part of the so-called present-day therapeutic interaction is well-illustrated by the following: The patient had been interviewed for over thirty minutes. He had come for consultation as a transfer from another psychiatrist in order to assess his need for medication. As the interview proceeded, he looked a bit confused. Curiosity prompted the author to ask him why he had such a facial expression. His answer was, »I don't understand why you spend so much time with me. The previous doctor never looked at me. He was usually writing in the chart, and he never kept me in his office longer than three or four minutes«. He added that he was very happy pleased by the interest the author had shown in him and thanked him.

The so-called HMOs (health maintenance organizations) – the managed care programs so prevalent in the United States today – have rules that are, unfortunately, too easily accepted by psychiatrists, and other medical professionals. These HMOs establish the length of time that should be allotted by the examiner for a given interview or treatment session. For example, in the case of medication management (and not patient management!) it ranges up to a maximum of 15 minutes. »You can certainly do it in five minutes«, I was recently told by a colleague who, strangely enough, practices psychoanalytic oriented psychotherapy in his private office.

Man must be viewed holistically and in his own habitat, continuously developing the Self in a dynamic way, searching for those spiritual connections to the cosmos in which he lives in. But it seems that the holistic approach to the psychiatric patient is non-existent and that people are today viewed only as a biological unit that is checked on a monthly basis by a robotized professional. And not as well as the expert mechanics check our automobiles! This trend toward a quick-fix approach to the treatment

of the mentally ill reflects contemporary developments in the pragmatic culture of this late period of the twentieth century. It is imperative, then, to ask what will be the treatment of the mentally ill in the twenty-first century? A great deal of research in the field of medicine is devoted to the indications for treatment and to quantifying the effect of medication on the quality of a person's life. Most probably brain chemistry and neuropharmaceutical products will further support the idea of a one-dimensional man, truncated from his psychological self, and increasingly viewed as an *Orwell*ian automaton, who will be expected to respond like a tin man to stimuli from a highly confused environment. It appears that the disregard for the Self as a composite of mind and body, experience and inborn tendencies – present, past and future, is increasing. It is conceivable that in the near future, even though this may sound extreme, psychiatric diagnosis and treatment indications, as well as dispensation of medication will be performed by computerized equipment, upon a patient's insertion of a filled-out questionnaire into a slot. Is the computer – the next enemy of the mentally ill – just around the corner? That would represent the death of man as a total human being. It is necessary to take a stance against this depersonalization of our patients and of our own professionality.

Gabbard and colleagues recently wrote: »Psychotherapy appears to have a beneficial impact on a variety of costs when used in the treatment of the most severe psychiatric disorders, including schizophrenia, bipolar affective disorder, and borderline personality disorder. Much of that impact accrues from reductions in inpatient treatment and decreases in work impairment« (*Gabbard* et al. 1997). But economic considerations aside, reality oriented psychotherapy as a human exchange is the best possible way for man to delve into himself in a search for his own solutions to his existential problems. And that should occur within a social human interaction in a community setting where, as *Ammon* stated, the individuals's ego can make use of the social energy which is part of any interactive encounter (*Ammon* 1996). Therapeutic drugs even though helpful, cannot do this. However, even psychotherapy may not be sufficient in itself and may necessitate the adjunct of pharmacotherapy.

Die Schnell-Behandlung in der Psychiatrie und ihre Gefahren

Georg B. Palermo (Wisconsin)

Der Autor diskutiert zunächst aktuelle soziokulturelle Entwicklungen im westlichen Kulturkreis. Er charakterisiert die gesellschaftliche Entwicklung seit den 50er Jahren durch ein Vorherrschen »eines alles durchdringenden Lustprinzips« und durch ein Zurückdrängen von Gefühlen, von Schmerz und Leid als existentielle Dimensionen des psychischen Wachstums des Menschen. Er spricht von einer »gesellschaftlichen Kultur der

Mechanisierung«, in der die Fähigkeit des Menschen, Frustrationen und Streß zu tolerieren, erheblich abgenommen hat.

In der Psychiatrie haben diese soziokulturelle Entwicklung und die großen medizinischen Fortschritte, wie z.B. die Entdeckung der Neurotransmitter in den 50er Jahren, zu einem immer größer werdenden Konsum von Psychopharmaka und Drogen sowohl bei leichten als auch bei schweren psychischen Erkrankungen geführt. Die damit einhergehende Einstellung bezeichnet der Autor als einen »quick-fix«-Umgang, d.h. als eine Haltung, die auf sofortiges schnelles Beheben der Symptome mit Hilfe von Psychopharmaka und ohne Auseinandersetzung mit den dahinterliegenden Konflikten beruht. Besonders im Bereich der schweren emotionalen Erkrankungen, wie bei Schizophrenien, bipolaren Psychosen und paranoiden Persönlichkeitsstörungen, habe diese »quick-fix« Methode zu einer Vernachlässigung der Bedeutung der Psychotherapie geführt. Dieses Phänomen wird vom Autor als rückschrittlich und entmenschlichend angesehen gegenüber den ersten Jahrzehnten unseres Jahrhunderts, in denen ja die wissenschaftlich begründete Psychotherapie entstanden ist und Versuche unternommen wurden zu einer Annäherung der Somato- und Psychotherapie im Bereich der Psychiatrie.

Die fehlende psychosomatische, d.h. ganzheitliche Herangehensweise an schwerere psychische Störungen kennzeichnet nicht nur unser Jahrhundert, sondern die seit mehreren Jahrhunderten bestehenden ärztlichen, aber auch philosophischen und religiösen Debatten über die Ursachen der psychischen Erkrankungen. In diesen Debatten wurden die psychischen und die somatischen Ätiologien im wesentlichen als alternative, d.h. sich ausschließende Sichtweisen diskutiert.

Ausgehend von dieser besonders im Bereich der Psychiatrie als sehr negativ beurteilten Entwicklung mit ihrer »depersonalisierten« Einstellung psychischem Leid gegenüber wird die Notwendigkeit einer ganzheitlichen Sicht und Behandlung der schweren psychischen Störungen gefordert. Das bedeutet eine Integration von psychotherapeutischen und psychopharmakologisch-biologischen Therapieformen.

Gerade die psychisch schwerer erkrankten Patienten seien ganz besonders stark auf Psychotherapie und hierbei vor allem auf das empathische Verständnis des Therapeuten angewiesen. Nur durch die Betonung des zwischenmenschlichen Kontaktes als zentralem Agens der Psychotherapie und durch die Überwindung der biologisch-eindimensionalen Behandlung kann diesen Menschen geholfen werden, eigene Lösungen für ihre existentiellen Probleme zu finden.

References

Ammon, M. (1996): Theory and Practice of Dynamic Psychiarty. In: Dyn. Psychiat. (29) 173-180

Andersen, S. M., Harthorn, B.H. (1989): The Recognition, Diagnosis and Treatment of mental disorders by primary care physicians. In: Medical Care (9) 869-886

Busch, F. (1997): My brother myself. A book review of: *Neugeborn, J.:* Imagining Robert. My Brother, Madness, and Survival: a Memoir. In: The New York Times Book Review (February 9)

Carmi, A. (1996): Listening as a dynamic component of psychiatric interview. In: Dyn. Psychiat. (29) 184-191

Favazza, A. (1993): Psychiatrists' forum. In: Clinical Psychiatry News (21) 9

Freud, S. (1991): Beyond the Pleasure Principle. Edited by *J. Strachey.* (New York: W.W. Norton)

Gabbard, G.O.; Lazar, S.G.; Hornberger, J.; Spiegel, D. (1997): The economic impact of Psychotherapy: a Review. In: American Journal of Psychiatry (154) 147-155

Greist, J.H.; Klein, M.H.; Erdmann, H.P.; Jefferson, J.W. (1983): Computers and psychiatric diagnosis. In: Psychiatric Annals (13) 785-792

Griffith, R. (1992): Who cares? Management and the Caring Services. In: Journal of the Royal Society of Medicine (85) 663-668

Herzlinger, R.E. (1989): The American health care industry is sick. In: Harvard Business Review 95-103

May, R.; Angel, E.; Ellenberger, H.F. (1958): Existence: A New Dimension in Psychiatry and Psychology. (New York: Basic Books)

P & M (1991): La riforma della legge 180: nuove norme sulla tutela della salute mentale. In: Attualitá in Neuroscienze, Psicogeriatria e Psicologia Medica (Septembre 8-11)

Palermo, G.B.; Gumz, E.J.; Liska, F.J. (1992): Mental illness and criminal behavior revisited. In: International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology (36) 53-61

Palermo, G.B.; Smith, M.B.; Liska, F.J. (1991): Jails versus mental hospitals. A social dilemma. In: International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology (35) 97-106

Sales, C.N. (1993): Psychiatrists' forum. In: Clinical Psychiatry News (21) 9

Slettin, I.W.; Ulett, G.; Altman, H.; Sundland, D. (1979): The Missouri Standard system of psychiatry (SSOP computer generated diagnosis). In: Archives of General Psychiarty (23) 73-79

Starr, P. (1982): The Social Transformation of American Medicine. (New York: Basic Books)

Thompson, T.L. (1993): Special report: computers in Psychiatry. Psychiatry on-line for the future. In: Psychiatric Times (10) 17-19

Torrey, E.F. (1997): Out of the Shadows: Confronting America's Mental Illness Crisis. (New York: Wiley)

Address of the author:

Prof. George B. Palermo, M.D.
Clinical Professor of Psychiatry and Neurology
Medical College of Wisconsin
925 East Wells Street
53202 Milwaukee
Wisconsin
USA

Nachrichten / News

»Dynamische Psychiatrie heute. Zur Integration der Psychotherapie in die Psychiatrie«
Bericht über den 11. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XXIV. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) an der Fachhochschule München-Pasing vom 4.–8. März 1997

Nachdem sich der vorherige Weltkongreß der WADP 1994 in St. Petersburg mit einem ganzheitlichen Ansatz zur Gesundheit und Krankheit in Medizin und Psychologie befaßt hatte, stand die Integration der Psychotherapie in die Psychiatrie im Mittelpunkt des 11. Weltkongresses der WADP und des XXIV. Symposiums der DAP.

Wenn man von Integration der Psychotherapie in die Psychiatrie spricht, sollte es sich dabei nicht nur um die bloße Hinzunahme von psychotherapeutischen Verfahren in die sonst unveränderte psychiatrische Regelpraxis handeln. Mit seiner Thematik fällt der Kongreß in eine Phase umfangreicher Bemühungen und Auseinandersetzungen um die Lösung dieser Frage. Sowohl in verschiedenen Ländern und Kulturen als auch in einzelnen Bereichen des psychiatrischen Behandlungsspektrums ist die Integration sehr unterschiedlich realisiert, obwohl sie inzwischen von den meisten praktizierenden Behandlern angestrebt wird.

Am Kongreß beteiligten sich mehr als 200 Referenten aus 24 Ländern, die mit über 150 Beiträgen vor mehr als 400 Teilnehmern die Fragen der Integration von Psychotherapie und Psychiatrie in der Welt hinsichtlich einzelner Krankheitsbilder sowie hinsichtlich Diagnostik und Therapieverfahren erörterten. Der Kongreß fand statt unter der Schirmherrschaft der International Health Society, der World Association for Social Psychiatry (WASP), vertreten durch ihren amtierenden Präsidenten Eliot Sorel und den President Elect Shridhar Sharma, sowie der World Psychiatric Association (WPA), vertreten durch ihren Generalsekretär Juan Mezzich und ihren Bereichsleitern Robert Cancro (Psychiatrische Rehabilitation), Eberhard Gabriel (Psychopathologie), Amnon Carmi (Psychiatrie, Gesetz und Ethik), sowie Eliot Sorel (Konfliktmanagement).

Charakteristisch für die Kongreßstruktur waren Symposia zu Schwerpunktthemen des Kongresses wie den großen psychiatrischen Krankheitsbildern- Psychotherapie des Borderline-Syndroms, der psychosomatischen Erkrankungen, der Schizophrenie –, der Diagnostik und ethischen Fragen, den Behandlungsformen – das weite Spektrum der nonverbalen Therapieformen in der Dynamischen Psychiatrie, Milieutherapie und therapeutische Wohngemeinschaften –, sowie die psychoanalytische Pädagogik in Prävention und Therapie.

In ihrem Eröffnungsvortrag »Dynamische Psychiatrie – ein integratives psychiatrisch-psychotherapeutisches Konzept« führte *Maria Ammon,*

Präsident in der DAP, Secretary General der WADP und gemeinsam mit *Modest M. Kabanov,* Scientific Chair des Kongresses, aus, daß sich in Deutschland seit dem erzwungenen Exodus der Psychoanalytiker in den dreißiger Jahren, im Gegensatz zu den USA, Psychiatrie und Psychotherapie stark auseinander entwickelt haben. »Erst die erschreckenden Ergebnisse der Psychiatrie-Enquete von 1975 über die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in der BRD lösten Reformbestrebungen aus.« Die Dynamische Psychiatrie, ursprünglich in den USA konzipiert, wurde von *Günter Ammon* vor 30 Jahren in Deutschland eingeführt und im Sinne einer Integration von Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychiatrie und Gruppendynamik weiterentwickelt, so daß auch Patienten mit schweren psychiatrischen Krankheitsbildern verstanden und psychotherapeutisch behandelt werden können. Dieses Verständnis basiert auf einem humanstrukturellen Konzept der Persönlichkeit, des Unbewußten als Ort der kreativen und konstruktiven Möglichkeiten eines Menschen, des Konzeptes der Sozialenergie und der Mehrdimensionalität und Androgynität des Menschen. Die Behandlung integriert das gesamte gruppendynamische Feld des Patienten, indem ihm eine Vielzahl von verbalen, nonverbalen und milieutherapeutischen Behandlungsformen zur Verfügung gestellt werden. Dabei hob *Maria Ammon* hervor, daß es sich hier nicht um eine eklektische Ansammlung von Einzelverfahren handelt, sondern um einen integrativen Ansatz, wobei die Integration in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik geleistet wird durch Kommunikationsstrukturen wie die Case-Konferenz, Supervisionsgruppen des Teams, die Großgruppe aller Patienten und Mitarbeiter. Die Arbeit in und mit der Gruppe ist das zentrale Agens, sowohl in Bezug auf die Patienten als auch auf das gesamte Klinikteam.

In seinem Eröffnungsvortrag betonte *Modest M. Kabanov,* Direktor des Psychoneurologischen Forschungsinstituts Bechterew und Präsident der WADP, daß in der ehemaligen Sowjetunion die Einbeziehung der *Freud*schen Psychoanalyse in Konzeption der Behandlung und Rehabilitation strafbar war. Besonders schwer psychisch Erkrankte wurden in den Bereichen der Psychotherapie gegenüber den leichter Gestörten benachteiligt. Dennoch habe das Bechterew-Institut in St. Petersburg bereits vor 25 Jahren Konzepte entwickelt, die fortschrittliche Wege aufzeigten. Dabei standen von Anfang an die Persönlichkeit des Patienten und die Wiederherstellung bzw. Erhaltung seines sozialen Status im Vordergrund. *Kabanov* betonte die Gemeinsamkeiten mit den Auffassungen der Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie *Günter Ammons*, insbesondere mit seinem Konzept der Sozialenergie. Diese Gemeinsamkeiten haben sich in den letzten Jahren bereits in einer intensiven Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Klinik und Diagnostik zwischen dem Bechterew-Institut und der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige niedergeschlagen.

Während der Eröffnungszeremonie wurde in einem Grußwort von *Jorge Costa e Silva,* Leiter der Mental Health Abteilung der WHO, die alarmierende Situation der Psychiatrie in der Welt am Ende dieses Jahr-

hunderts, indem sich einerseits die Behandlungsmöglichkeiten für körperliche Erkrankungen erheblich verbessert haben und die Lebenserwartung der Weltbevölkerung gestiegen ist und andererseits aber rund 70% der Menschen keinen Zugang zu einer angemessenen psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung haben, deutlich.

Die russische Delegation unter Leitung von *Modest M. Kabanov, Boris A. Kazakovtsev* und *Juri A. Aleksandrowski* war auf dem Kongreß von den ausländischen Delegationen am zahlreichsten vertreten. Die Beiträge machten deutlich, daß in den letzten Jahren nach den politischen Umwälzungen ein großer Aufbruch in der Psychiatrie Rußlands stattfand. Ausdruck dieser Veränderungen war der Erlaß des Präsidenten der Russischen Föderation *Boris Jelzin* »über die Wiedereinführung und Entwicklung der philosophischen, klinischen und angewandten Psychoanalyse« im Sommer 1996. *Kabanov* wurde vom russischen Gesundheitsministerium beauftragt, das Komitee zu leiten, das die Bedingungen für die Durchführung dieses Erlasses erarbeitet.

Der Chefpsychiater des Gesundheitsministeriums der Russischen Föderation *Kazakovtsev,* der als Vertreter der Gesundheitsministerin *Tatjana Dimitriewa* sprach, hob in seiner Begrüßungsrede zum diesjährigen Weltkongreß der WADP als besonderen Erfolg der russischen Psychiatrie die Gründung einer Psychotherapeutischen Assoziation unter der Präsidentschaft von *Boris D. Karvasarski,* dem Chefpsychotherapeuten des russischen Gesundheitsministeriums, mit zahlreichen Mitgliedern hervor. Diese hat zusammen mit anderen Vereinigungen vielfältige Aktivitäten entfaltet, die sich sowohl in Form von Kongressen und Tagungen niederschlugen als auch in der praktischen Umsetzung in staatlichen und privaten Einrichtungen. *Kazakovtsev* formulierte als Ziel dieser Aktivitäten die Förderung des humanen und ganzheitlichen Zugangs bei der Behandlung der Patienten. Die Psychotherapeutische Assoziation war mit einer großen Delegation auf dem Kongreß vertreten. Die russische Delegation brachte zum Ausdruck, daß die Erfahrungen in den Einrichtungen der Dynamischen Psychiatrie von modellhaftem Charakter für Rußland seien. Während des Kongresses wurde eine weiterführende Zusammenarbeit mit dem Bechterew-Institut beschlossen im Sinne der Ausbildung von Ärzten und Psychologen in humanstruktureller Psychoanalyse, sowie der Unterstützung durch die Deutsche Akademie für Psychoanalyse bei dem Aufbau einer milieutherapeutischen Abteilung im Bechterew-Institut. Zwischen der Russischen Psychotherapeutischen Assoziation und der WADP wurde ein Vertrag über Ausbildung und Zusammenarbeit geschlossen, der die Einrichtung von Dynamisch-Psychiatrischen Abteilungen in Rußland beinhaltet.

Einer der Höhepunkte des Kongresses war die Key-Lecture von *Ernst Federn* (Wien) zum Thema »Empathie und Sympathie in der Psychotherapie«. *Ernst Federn* brachte zum Ausdruck, daß – ausgehend von der Ich-Psychologie seines Vaters *Paul Federn* – die beständige empathische Haltung des Therapeuten das wesentliche therapeutische Agens bei schwer

Ich-gestörten Patienten sei, während für neurotische Störungen eine Haltung der Sympathie ausreiche.

Wichtige integrative Foren für den wissenschaftlichen Austausch bildeten die täglich stattfindenden Key-Lectures, die die Auseinandersetzung mit zentralen Themen der Symposia und des Kongresses vertieften und erweiterten: *Raymond Battegay* (Basel) gab in seiner Key-Lecture eine detaillierte phänomenologische Beschreibung der Borderline-Persönlichkeit, ihrer Psychodynamik und der therapeutischen Handhabung im ambulanten Rahmen. Als wesentliche Merkmale der Borderline-Therapie nannte Battegey die kontinuierliche und »unzerstörbare menschliche Präsenz« des Therapeuten und die »beständige Struktur der therapeutischen Situation«, sowie die zentrale Bedeutung der Gruppentherapie. *Raoul Schindler* (Wien) stellte seine neuen Erkenntnisse in der Schizophrenie-Therapie vor. Er setzte sich mit den einzelnen Phasen der psychotischen Episode sehr detailliert auseinander und erörterte Chancen und Risiken therapeutischer Interventionen in diesen Phasen. Anhand von Langzeitergebnissen der bifokalen Familientherapie, die auch die Selbstheilungstendenzen der schizophrenen Patienten einbezieht, nannte *Raoul Schindler* Kriterien für diese therapeutische Indikation.

Psychische Krankheit beinhaltet im Sinne der Dynamischen Psychiatrie immer eine Desintegration der verschiedenen Dimensionen des Menschen. Daraus ergibt sich die Bedeutung integrativer Konzepte für das Verständnis und die Behandlung schwerer psychischer Krankheiten. Spezielle Symposia des Kongresses befaßten sich mit den psychosomatischen Erkrankungen, dem Borderline-Syndrom und der Schizophrenie, die von *Günter Ammon* den archaischen Ich-Krankheiten zugeordnet werden. Im Eröffnungsvortrag des Borderline-Symposiums (Leitung: *Ilse Burbiel,* München, *Yuri Aleksandrovsky,* Moskau, und *George Palermo,* Milwaukee) referierte *Ilse Burbiel* über das Borderline-Syndrom als humanstrukturelle Erkrankung, deren Wesen in Störungen im zentralen Humanbereich besteht. Das Ich-Struktur-Defizit wird durch eine mehr oder weniger intakte Fassade von sekundären Human- und Abwehrfunktionen kompensiert. Da die Borderline-Erkrankungen als Störungen der Identität und der Integration angesehen werden, steht die Frage der Identität im Zentrum des therapeutischen Arbeitens. Es geht darum, den Patienten zu sich selbst und zu seiner Umgebung beziehungsfähig zu machen. In der Therapie dieser Patienten stehen neben den verbalen Behandlungsformen auch die zum nonverbalen Spektrum gehörenden Methoden, wie besonders die Milieutherapie sowie die Theater-, Mal-, Musik-, Reittherapie und die Humanstrukturelle Tanztherapie im Mittelpunkt der Behandlung. *George B. Palermo* charakterisierte in seinem Vortrag unter dem pointierten Titel, »The 'Quick Fix' for Mental Illness« die gesellschaftliche Entwicklung seit den fünfziger Jahren im westlichen Kulturkreis durch ein zunehmendes Vorherrschen des Lustprinzips und eine fortschreitende Tabuisierung von psychischem Schmerz und damit eine Tendenz zum sofortigen Beheben der Symptome mit Hilfe von

Psychopharmaka. Im Vortrag von *Gabriele von Bülow* und *Rita Primbas* (Berlin) wurde betont, daß Leid und Trauer mit allen Trennungs- und Identitätsschritten verbunden sind. Erst das Zulassen und Durcharbeiten dieser Gefühle im therapeutischen Prozeß ermöglicht die Aufhebung von vielen schweren Entwicklungsarretierungen. Weitere Themen zur Borderline-Erkrankung waren Agieren im Rahmen der analytischen Gruppenspychotherapie (*Bianca Schütz, Heide Dotzauer,* Berlin) und die Frage der Suizi-dalität (*Thomas Abel,* Berlin). Von allen Teilnehmern wurde die Notwendigkeit therapeutisch-integrativer Ansätze in der Borderline-Therapie hervorgehoben.

Im Symposium »Psychotherapie der Schizophrenie« unter der Leitung von *Maria Ammon* und *Jerzy Aleksandrowicz* (Krakau) wurden wesentliche Grundzüge und Probleme der ambulanten und stationären Schizophreniepsychotherapie vorgestellt. *Maria Ammon* legte die Grundprinzipien der Schizophreniepsychotherapie im Rahmen der Humanstrukturologie *Günter Ammons* dar. Diese versteht die schizophrene Erkrankung als psychogentisch entstanden auf dem Hintergrund einer mißglückten Abgrenzung von der frühen präödialen Symbiose des Kindes sowie einer sozialenergetisch-gruppendynamischen Störung innerhalb der primären Familiengruppe. Es hat sich gezeigt, daß gerade bei der Schizophrenie das klassische gruppendynamisch-sozialenergetische Feld erweitert werden muß. Dem dient in der stationären Behandlung insbesondere die Gruppentherapie sowie die Integration verbaler und nonverbaler Therapieformen, hier an zentraler Stelle die Milieutherapie. *Brigitte Schwinert* (München) sprach über die Ängste, psychotische Patienten tiefenpsychologisch oder analytisch zu behandeln. Anhand illustrativer Fallbeispiele erörterte sie die Notwendigkeit eines flexiblen therapeutischen Umgangs mit den Grenzüberschreitungen archaisch Ich-kranker Patienten. *Eberhard Gabriel* (Wien) stellte das Konzept der reaktiven Psychosen im modernen psychiatrischen Klassifikationssystem ICD-10 vor, das sich vom nosologischen Klassifikationssystem wegbewegt hin zu einer syndromorientierten und multidimensionalen Klassifikation. *Astrid Thome* und *Rolf Schmidts* (München) hoben in ihrem Beitrag die Bedeutung der Psychotherapie der Eltern von psychotischen Patienten für die Identitätsentwicklung der an Schizophrenie Erkrankten hervor. *Victor Wied* und *N. Lutowa* (St. Petersburg) untersuchten die Wechselwirkung zwischen psychotherapeutischer und psychopharmakologischer Behandlung bei psychotischen Patienten.

Das Symposium »Psychotherapie und Psychosomatik« unter der Chairmenship von *Rolf Schmidts* (München), *Eberhard Gabriel* (Wien) und *Bernhard Richarz* (München) zeigte, daß nicht nur die klassischen psychosomatischen Erkrankungen, sondern auch andere sich körperlich niederschlagende Erkrankungen in ihrer psychodynamischen Gewordenheit betrachtet werden können, woraus sich neue therapeutische Implikationen ergeben. *Rolf Schmidts* reihte in seinem Vortrag »Die psychosomatische Erkrankung aus der ganzheitlichen Sicht Günter Ammons« die Psychoso-

matik in das gleitende Spektrum der archaischen Ich-Krankheiten ein, denen allen ein schweres Defizit im zentralen nichtbewußten Kern der Persönlichkeit zugrundeliegt und die nur durch eine nachholende Ich-Entwicklung in der Tiefe zu therapieren sind. Werden dem Patienten die körperlichen Symptome genommen, droht der häufig zu beobachtende Symptomwechsel von der Psychosomatik zur Psychose, die *Egon Fabian* (München) in seiner Fallstudie anhand der humanstrukturellen Verwobenheit beider Erkrankungen erklärte. Beiden gemeinsam ist die defizitäre Identität mit einer gravierenden Störung der zentralen Humanfunktion der Aggression, wobei der Integrationsversuch des »Lochs im Ich« durch körperliche Symptome oder durch psychotischen Realitätsverlust geschieht. *Bernhard Richarz* untersuchte in seiner Studie »Überlegungen zur Psychosomatik der Alzheimer-Demenz« die praemorbide Persönlichkeitsstruktur von an Alzheimer-Demenz leidenden Patienten. Er fand sie ähnlich dem Persönlichkeitsprofil, das *Ammon* als charakteristisch für die Psychosomatik herausstellte, und warf die Frage eines psychosomatischen Ursprungs dieser schweren Erkrankung auf. *Petrus A. Botha* (Pretoria) stellte in seinen Arbeiten über »Psychotherapy as a Viable Treatment Option for the Burning Mouth Syndrome« und »Psychodynamic and Psychiatric Factors involved in the Burning Mouth Syndrome« den Ausbruch dieses Krankheitsbildes in den Zusammenhang mit aktuellen und reaktivierten früheren Objektverlusten. *Willy-Friedbert Lohoff* (Berlin) äußerte sich zur »Psychosomatik in der Augenheilkunde«, wobei er Sehstörungen als Wahrnehmungskrankheiten im Rahmen komplexer psychischer Erkrankungen versteht. Als Beispiel dafür, wie psychotherapeutisches und psychiatrisches Denken in die Praktische Medizin reintegriert werden kann, stellte *Andrzej Guzek* (Warschau) liaisonale Konsultationpsychiatrie vor.

In einem weiter gefaßten Sinne waren auch die an anderer Stelle gehaltenen Vorträge wichtige Beiträge zum Thema der »Psycho-Somatik«. *John Carleton* (Santa Barbara) betonte in seinem Vortrag »The Essence of Psychiatry« das sog. biodynamische Denken, das über die Begrenzungen der neurobiologisch orientierten Psychiatrie wie auch der rein psychologischen Psychotherapie hinausgeht und eine Integration zwischen beiden schafft. Das biodynamische Denken bezieht sich auf ein altes psychiatrisches Wissen, das erst durch neuere wissenschaftliche Daten untermauert werden konnte, daß nämlich interpersoneller Kontakt bzw. soziale Einflüsse die Anatomie und Funktion des Gehirns beeinflussen. Im selben Sinne – als eine Herausforderung für die Zukunft – wies *Robert Cancro* (New York) darauf hin, daß erst die Integration der »Neurobiologischen Entwicklungslehre« und der Psychologie in die klinische Psychiatrie zu einem ganzheitlichen Verständnis des Patienten in seinen biologischen und psychologischen Dimensionen führen kann.

Die Auswirkungen der psychodynamischen und gruppendynamischen Entwicklung eines Menschen auf das Zusammenspiel neurobiologischer Funktionen behandelten Beiträge der Schlafforschung: *Vadim S. Rotenberg*

(Tel Aviv) sprach über »Sleep in Positive vs. Negative Schizophrenia: The Analysis According to the Search Activity Concept«. *Ulrich Köppen* (München) stellte eine klinische Verlaufsuntersuchung über »Veränderungen der Schlafstruktur von depressiven Patienten« vor.

Zwei Symposia beschäftigten sich mit dem Thema der psychiatrischen und psychologischen Diagnostik. Das eine, unter der Leitung von *Ilse Burbiel* und *Gisela Finke* (München), widmete sich der Psychodiagnostik in der Psychotherapie, das andere einem verstehenden diagnostischen Ansatz in der Psychiatrie in Verbindung mit Aspekten von Lebensqualität und Ethik (Leitung: *Juan E. Mezzich,* New York und *Margit Schmolke,* München). »Die integrative, mehrdimensionale Diagnostik in der Dynamischen Psychiatrie« wurde von *Ilse Burbiel* dargestellt. Ausgehend von den grundlegenden theoretischen Positionen von *Ammons* Humanstrukturologie zeigte sie auf, wie sich diese in der klinischen Diagnostik niederschlagen. Als ein zentrales Element der Integration aller diagnostischen Befunde und therapeutischen Prozesse wurde die Case-Konfernez beschrieben. Es geht hier nicht nur um eine Einschätzung der pathologischen Symptomatologie eines Patienten, sondern auch um die Beurteilung der gesunden Funktionen und kreativen Persönlichkeitsanteile. Sie dient der Differenzierung der Diagnose des Patienten sowie seines therapeutischen Programmes, aber auch dem Entwurf künftiger Perspektiven für den Menschen. *Gerhard Wolfrum* und *Gisela Finke* (München) stellten den anhand einer deutschen Repräsentativstichprobe standardisierten und normierten Ich-Struktur-Test nach *Ammon* (ISTA) erstmals der Fachöffentlichkeit vor. Er stellt ein statistisch gesichertes Meßinstrument unbewußter Humanfunktionen dar. Gemessen werden die klinisch besonders relevanten Funktionen der Aggression, Angst, Außen- und Innenabgrenzung, des Narzißmus und der Sexualität. Der ISTA ist ein Versuch, die verinnerlichte Gruppendynamik eines Menschen psychometrisch zugänglich zu machen, wie sie sich in den zentralen Humanfunktionen widerspiegelt. *Modest M. Kabanov* und Mitarbeiter stellten eine Studie vor, in der der Index zur Messung der Lebensqualität der WHO, der WHO-QOL, auf Rußland adapiert wurde. In der Studie wurde eine Gruppe von depressiven und schizophrenen Patienten, bei denen eine klassische, biologisch-psychiatrische Behandlung durchgeführt wurde, verglichen mit einer anderen Gruppe, die ein spezielles Rehabilitationsprogramm am St. Petersburger Bechterew-Institut durchlaufen haben. Um die Lebensqualität ging es auch im Beitrag von *Juan E. Mezzich.* Eine verstehende Diagnostik sollte die Geschichte des Patienten, seine Lebensperspektiven, Rechte, Bedürfnisse und Erwartungen, aber auch seine persönliche und geistige Erfüllung berücksichtigen. Dabei handelt es sich für *Mezzich* um einen ethischen Ansatz beim Zugang zur einmaligen Persönlichkeit eines Menschen. Hierdurch müßten die standardisierten, diagnostischen Systeme ihre ideografische Ergänzung erfahren. *Amnon Carmi* (Haifa) erläuterte die Bedeutung des Zuhörens beim psychiatrischen Interview. Durch aufmerksames und zugewandtes Zuhören ist der Psychiater in der

Lage, tiefere Geheimnisse des Patienten zu ergründen. Beim Zuhören sollte eine Atmosphäre entstehen, in der sich der Patient verstanden fühlt und die ihn zum Reden anregt. *Eberhard Gabriel* befaßte sich mit der Frage, wie sich die psychiatrische Diagnostik weiterentwickeln sollte. Er forderte kompatible diagnostische Systeme, die von Symptomen und Syndromen und deren Verlauf ausgehen und sich zu einer multidimensionalen Sicht der Ätologie öffnen. Als ethische Grundhaltung wurde von *Margit Schmolke* der therapeutische Optimismus herausgearbeitet. Sie bezeichnete den Patienten als den eigentlichen Experten für ein aktives Verstehen seiner Krankheit, sowie seiner Bedürfnisse und Werte. *Matthias C. Angermeyer* und *Reinhold Kilian* (Leipzig) berichteten über das neue psychiatrische Forschungsgebiet der Messung von Lebensqualität. Hiervon versprachen sich die Referenten wichtige Impulse für neue Behandlungskonzepte, nicht zuletzt bei Patienten mit chronischen psychischen Störungen.

Einen weiteren Themenschwerpunkt des Kongresses bildete das Spektrum nonverbaler Therapieformen. Da Patienten mit schweren psychiatrischen Krankheitsbildern ihre erlebten Traumata kaum verbal äußern können, wurde in der Dynamischen Psychiatrie ein Spektrum nonverbaler Therapieformen entwickelt, wie die Milieu-, Tanz-, Musik-, Theater-, Mal- und Reittherapie. Entscheidend für den Erfolg der Behandlung ist aber, wie in allen Beiträgen deutlich herausgestellt wurde, die Integration aller verbalen und nonverbalen Behandlungsmethoden auf dem Boden einer Behandlungstheorie und eines individuellen Therapieplanes.

Im Symposium über Milieutherapie unter der Chairmenship von *Rolf Schmidts* und *Ulrike Winkelmann* (München) wurden in mehreren Beiträgen wesentliche Aspekte der stationären Milieutherapie in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige und der ambulanten Milieutherapie vorgestellt. Zu den Grundprinzipien gehören die Herstellung einer heilenden Atmosphäre durch ein förderndes sozialenergetisches gruppendynamisches Feld, die Arbeit an einem dritten Objekt, d.h. an einem Gruppenprojekt, das Ausagieren der Konflikte als Übergangsstadium zur Introspektion, die Ermöglichung von neuen Internalisierungs- und Integrationsprozessen durch Verbalisierung. Es wurden auch Themen wie extramurale stationäre Mileutherapie, Gruppendiagnostik als therapeutisches Agens und Kasuistiken im Rahmen der Milieutherapie behandelt sowie das Konzept der Soziotherapie.

Bei allen Therapieformen kommt es darauf an, eine gemeinsame Sprache mit dem Patienten zu finden – sei sie nun verbal oder nonverbal. Hier kommt dem Humor eine ganz besondere Bedeutung zu: Der Humor erleichtert es, das emotionale Unbewußte des Patienten zu erreichen, ähnlich wie eine bildhafte Sprache, die mit Gleichnissen, Metaphern, Geschichten und Märchen arbeitet. Wie *Egon Fabian* in dem von ihm und *Amnon Carmi* geleiteten Humorsymposium ausführte, ermöglicht ein gutartiger, konstruktiver Humor dem Patienten Abstand zu seiner kranken Innenwelt zu finden. Das gemeinsame Lachen von Therapeut und Patient fördert die

Vertrauensbeziehung. Auch *Carmi* betonte, daß die Fähigkeit, Humor zu entwickeln, zu lachen und andere zum Lachen zu bringen ein Zeichen psychischer Gesundheit und daher von hohem therapeutischen Wert ist. *Bela Buda* (Budapest) wies darauf hin, daß der Humor bei psychoanalytischen Interpretationen dem Patienten helfen kann, die angebotenen Deutungen auf einem für ihn akzeptablen Wege anzunehmen. Auch er warnte, wie die anderen Referenten, vor einer unreflektierten Anwendung des Humors, da dies für den Patienten sehr verletzend sein kann. Die besondere Bedeutung des Humors für die Aktivierung der rechten Hirnhemisphäre wurde auch in dem Beitrag von *Vadim S. Rotenberg* über den Humor als ein polysemantischer Beitrag zum Problem der Hirnlateralität herausgearbeitet. *Guy Roux* (Pau) stellte die Zeichnungen eines Borderline-Kranken Humoristen vor.

Innerhalb des Spektrums von kreativierenden nonverbalen Therapieformen in der Dynamischen Psychiatrie kommt dem Tanz eine besondere Bedeutung zu. So war der Tanztherapie auch ein eigenes Symposium gewidmet, unter der Leitung von *Maria Ammon, Gertraud Reitz* (München) und *Mauricio Knobel* (Campinas). In ihrem einführenden Referat führte *Maria Ammon* aus, daß der humanstrukturelle Tanz zunächst von *Günter Ammon* für die im Kern ihrer Persönlichkeit unerreichbaren Patienten entwickelt wurde, die bis dahin nur wenig Nutzen aus verbalen Therapien ziehen konnten. In einer empirisch-psychologischen Studie kam sie zu dem Ergebnis, daß der humanstrukturelle Tanz Veränderungen im Körpererleben, dem Zugang zu den eigenen Gefühlen und der Gruppe, sowie der Fähigkeit, Gefühle zu verbalisieren zeitigt. *Gertraud Reitz* diskutierte Fragen der Indikation für die ambulante humanstrukturelle Tanztherapie. Eine entscheidende Voraussetzung ist dabei die Fähigkeit des Patienten, an einem sozialenergetischen Austauschprozeß in der Tanzgruppe teilzuhaben. Die Bedeutung des Tanzes für die gesamte Persönlichkeitsentwicklung des Patienten wurde anhand von Videos demonstriert. *Mauricio Knobel* (Campinas) sprach über die körperliche Kommunikation als ein therapeutisches Hilfsmittel. *Miran Mozina, Mojea Lorbeck* und *Bernhard Stritih* (Ljubljana) schilderten die Einführung des humanstrukturellen Tanzes in Slovenien seit 1985 und demonstrierten ihre Arbeit anhand von Videos, die den Prozeß der Ich-Entwicklung eines ihrer Patienten aufzeigten. *Gabriele von Bülow* (Berlin) und *Bernd Mützel* (München) stellten erste Erfahrungen mit dem Tanztheater als einer neuen Form gruppendynamischer Selbsterfahrung vor.

Ein von *Ingeborg Urspruch* und *Egon Fabian* (München) geleitetes Symposium über nonverbale Therapieformen umfaßte die therapeutische Wirksamkeit von Musik-, Mal- und Theatertherapie sowie der Reittherapie. *Rolf Schmidts* und *Egon Fabian* befaßten sich mit den Indikationen und dem therapeutischen Effekt der humanstrukturellen stationären Musiktherapie. Die freie Improvisation eignet sich besonders, um die aktuelle Gruppendynamik hörbar zu machen, Angst zu vermindern und zwischen-

menschliche Beziehungen herzustellen. Eine spezifische Indikation für die Musiktherapie besteht bei symbiotischen, angstgestörten, autistischen und paranoiden Patienten. *Ingeborg Urspruch* reflektierte die kreativ-künstlerische Dimension der ambulanten Theatertherapie und deren therapeutische Bedeutung auf dem Hintergrund der Beziehung zwischen Psychoanalyse und Kunst. Aus der stationären Maltherapie stellten *Georg Kress* und *Harald Krüger* (München) Diastudien vor, in denen der Prozeß vom Unbewußten zum Bewußten von Patienten veranschaulicht wurde. Der »Ausdruck des Unbewußten« war auch das Leitthema der Ausstellung von Bildern aus der Maltherapie der dynamisch-psychiatrischen Klinik Menterschwaige. Schließlich wurde die Reittherapie als eine immer bedeutsamer werdende nonverbale Therapieform von *Claudia Friedsam* (München) vorgestellt. Sie befaßte sich in ihrem Beitrag mit den kommunikativen und körperorientierten Aspekten sowie der therapeutischen Indikation dieser Behandlungsmethode. Durch zahlreiche Workshops wurde den Kongreßteilnehmern anhand von Videos und Selbsterfahrungsmöglichkeiten die nonverbalen Therapien nahegebracht. *Nossrat Peseschkian* (Wiesbaden) veranschaulichte in einer Arbeitsgruppe die Anwendung von orientalischen Geschichten und Lebensweisheiten sowie imaginativen Verfahren im Rahmen der Psychiatrie und der von ihm entwickelten Positiven Psychotherapie. In einem Theoriebeitrag führte er die interkulturellen Aspekte der Positiven Psychotherapie aus.

Das Symposium »Therapeutische Wohngemeinschaften« trug die Arbeit mehrerer Einrichtungen in verschiedenen Städten Deutschlands zusammen. *Gertraud Reitz* und *Thomas Hessel* (München), Leiter des Symposiums, stellten das Konzept der »Wohngemeinschaften im Behandlungsspektrum der Dynamischen Psychiatrie *Günter Ammons*« vor und betonten die Aspekte der Prävention wie auch der klinischen Nachsorge für psychisch Kranke. *Gabriele Koch* (München) referierte »Die Konzeption der Wohngemeinschaften des Sozialpsychiatrischen Zentrums München«. Andere Referenten legten ihre Schwerpunkte auf die Eingliederung psychisch Kranker in die Gesellschaft (*Martin Urban,* Esslingen) und die psychoanalytische Gruppendynamik (*Ruth Lautenschläger* und *Andrea Riedel,* Berlin, und *Renate Splete,* München).

Das Symposium »Psychoanalytische Pädagogik: Prävention und Therapie« umfaßte ein vielfältiges Spektrum. Ausgehend von der Darstellung der historischen Entwicklung der Psychoanalytischen Pädagogik durch *Gertraud Reitz* und *Dorothee Doldinger* (München) beschäftigten sich die Vorträge durchgehend mit der Bedeutung von Gruppen für die gesunde Entwicklung von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen. Die Interdependenz von Kinder-, Eltern- und Erziehergruppen wurde betont. Es wurden Besonderheiten in der Gruppenarbeit mit Flüchtlingskindern und Familien aus unterschiedlichen Herkunftsländern, familiendynamische Hintergründe der Legasthenie, die stationäre Arbeit mit drogengefährdeten Jugendlichen und die Arbeit in Eltern- und Säuglingsgruppen vorgestellt.

Die Besonderheiten der aktuellen gesellschaftlichen Situation in Rußland standen im Mittelpunkt der Beiträge von *Boris A. Kasakovtsev, Boris Poloshij* (Moskau), *Juri Y. Tupitsyn, August Shereshewsky* und *Victor Wied* (St. Petersburg), die sich mit der historischen Entwicklung von Psychiatrie und Psychotherapie in Rußland, den Eigenheiten der russischen Mentalität, die bei Ätiologie und Therapie sozialer Streßstörungen zu berücksichtigen sind, sowie mit den psychischen Folgen der aktuellen, sozialökonomischen Krise des Landes befaßten. *Juri A. Aleksandrovski* (Moskau) berichtete über umfangreiche Forschungsergebnisse der psychischen Folgen durch soziale Streßeinwirkungen, die zur Zeit in Rußland in großem Umfang zu beobachten sind. Als solche nannte er u.a. Veränderungen der sozialen Wertesysteme und soziale Verunsicherungen. Es wurden auch Untersuchungsergebnisse zu psychischen Folgen bei Katastrophenopfern, wie z.B. in Tschernobyl und von Kriegsfolgen in Afghanistan vorgestellt.

Durch den intensiven Austausch der Wissenschaftler aus vielen Ländern bildeten Fragen der Transkulturellen Psychiatrie einen Schwerpunkt des Kongresses. *Vijoy K. Varma* aus Chandigarh (Indien) verwies darauf, wie die *Freud*sche Psychanalyse zu einer ganz bestimmten Zeit in einem ganz bestimmten kulturellen Kontext entstanden ist. Die Umsetzung ihrer Ergebnisse in andere Kulturkreise und in eine andere Zeit erfordert eine Modifikation, z.B. hinsichtlich der Arzt-Patient-Beziehung, des Wertes von therapeutischen »Techniken« versus der Beziehungsdimension, der sozialen Definition des Heilers, etc. Eine weitere diskutierte Frage betraf die Verbindung zwischen traditionellen Heilweisen und der modernen Psychiatrie / Psychotherapie in der sogenannten Dritten Welt. Dabei wurde deutlich, daß die Psychiatrie in Gefahr ist, den Fehler der Medizin zu wiederholen, die traditionellen Heilweisen abzuschaffen, deren Integration von Nöten wäre. Leider zählt zu den zentralen Fragen in den Entwicklungsländern oft noch das physische Überleben von Menschen. Transkulturelle Psychiatrie setzt deshalb bereits bei den elementaren Menschenrechten an und kann damit Ausgangspunkt für internationale Friedensbemühungen sein.

Neben diesen internationalen Aspekten wurde die Grundfrage der Integration von Psychotherapie in die Psychiatrie hinsichtlich der Diagnostik, einzelner Krankheitsbilder und der Indikation und Anwendung von Therapiemethoden erörtert. Dies ist nur leistbar auf der Grundlage eines ausgearbeiteten, wissenschaftlich fundierten Menschenbildes.

Ilse Burbiel befaßte sich in ihrem Beitrag mit dem Humanstrukturmodell, das der Persönlichkeitstheorie der Dynamischen Psychiatrie zugrunde liegt. Es ermöglicht ein psychoanalytisch-gruppendynamisches Verständnis der gesunden und kranken Persönlichkeit. Das Humanstrukturmodell wurde darüberhinaus in seinen strukturellen, funktionalen, systemischen, energetischen und prozeßhaften Aspekten dargestellt und es wurden Konsequenzen für Diagnostik, Therapie und Forschung erörtert.

Diese Integration beginnt bereits bei der Diagnostik: Weder eine einseitig körperliche, noch eine einseitig psychologische Diagnostik wird

dem Menschen gerecht, genauso wenig wie ein eklektisches Aneinanderreihen von Befunden oder eine Reduktion des Patienten auf seine Pathologie. In diesem Zusammenhang führte *Mauricio Knobel* am Beispiel der Jugendlichentherapie aus, daß weder das ICD-10 noch das DSM-IV imstande sind, das Spektrum der Probleme dieser Entwicklungsphase zu erfassen. In dieser Lebensphase ist die Differenzierung zwischen Gesundheit und Krankheit besonders schwierig und kann nur auf dem Hintergrund des gesamten Lebenskontextes getroffen werden. Im diagnostischen Prozeß muß der Mensch in seinen Gruppenbezügen betrachtet werden.

In der wissenschaftlichen Diskussion des Kongresses wurde eine Übereinstimmung darin erzielt, daß gerade bei schwer Ich-kranken Patienten das psychotherapeutische Behandlungsspektrum häufig durch eine medikamentöse Behandlung ergänzt werden muß. Psychotherapie, Psychopharmakologie und das therapeutische Bündnis sind, wie *Eliot Sorel* (Washington) ausführte, essentielle, zusammenwirkende Elemente für eine erfolgreiche Behandlung. Innerhalb der Medizin ist es nach *Sam Tyano* (Tel Aviv) zu einer scharfen Dichotomisierung zwischen biologischen und psychosozialen Konzepten gekommen. Die klinische Praxis erfordere allerdings eine Integration von ätiologischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Dimensionen. Wie in vielen anderen Disziplinen der Medizin hat auch in der Psychiatrie eine Technisierung und Ökonomisierung Einzug gehalten. *Sridhar Sharma* betonte, daß die Wissenschaft ein Teil der Psychiatrie sei, jedoch nicht ihre Essenz. Die Essenz liege vielmehr in der Beziehung zwischen dem Psychiater und seinem Patienten. *Jerzy Aleksandrowicz* legte den Fokus seiner Beiträge auf die Unterscheidung von Psychotherapie und psychologischer Hilfe in der Psychiatrie. Psychotherapie versteht er als eine Behandlungsform für psychisch Kranke mit einer psychodynamisch klar definierten Diagnose, während psychologische Hilfe z.B. eine Komponente von Rehabilitätationsmaßnahmen sein kann, oder aber eine Unterstützung bei der Persönlichkeitserweiterung bei Gesunden. *Marius Erdreich* (Haifa) warf die Frage auf, ob eine Medizin ohne Psychotherapie überhaupt denkbar sei. In jeder erfolgreichen medizinischen Behandlung finden Begegnungen zwischen dem Arzt und dem Patienten statt, die eine positive Wirkung auf den Patienten haben. Für die Ausübung einer Psychotherapie im eigentlichen Sinne ist jedoch eine spezielle Ausbildung erforderlich. Integration von Psychotherapie in die Psychiatrie bedeutet für *Maria Orwid* und Mitarbeiter (Krakau), daß eine psychotherapeutische Einstellung bereits in jedem psychiatrischen Gespräch enthalten sein sollte, nicht nur in der Psychotherapie an sich. Es geht dabei nicht nur um die Beschreibung des psychopathologischen Syndroms, sondern das Erkennen des Lebenskontextes des Patienten. Sie beschrieben ihren systematischen Arbeitsansatz anhand der stationären, ambulanten und aufsuchenden Arbeit.

Im Abschlußpanel »Integration von Psychotherapie in die Psychiatrie« war die sozialenergetische Atmosphäre des gesamten Kongresses spürbar und wurde von mehreren Wissenschaftlern in ihren Beiträgen ausdrücklich

angesprochen. Viele von ihnen bezogen sich darauf, daß dieser Kongreß der erste Weltkongreß der WADP nach dem Tod von *Günter Ammon* war. In berührenden Worten erinnerten sie sich an persönliche Begegnungen mit ihm und würdigten seine immense menschliche und wissenschaftliche Leistung für die psychisch Kranken, sowie sein gesamtes humanistisches Lebenswerk. *Ammons* Geist, so empfanden es viele, war auf dem Kongreß präsent.

Resümierend wurde die Bedeutung der Sozialenergie für die Behandlung der Patienten wie auch den Behandler selbst hervorgehoben. Insbesondere archaisch Ich-Kranke können nicht durch einen Therapeuten allein behandelt werden, sondern nur in einer Gruppe von Mitpatienten und durch eine Gruppe von Therapeuten, eingebettet in ein konstruktives sozialenergetisches Feld. Die Mehrzahl der anwesenden Wissenschaftler stimmte darin überein, daß die menschliche, von Empathie getragene Beziehung zwischen Therapeut und Patient das eigentlich wirksame therapeutische Agens für den Heilungsprozeß ist. »We must speak from the heart – without this, the patient will not respond«, wie es *John Carleton* formulierte.

Gabriele von Bülow, Thomas Abel, Rita Primbas, Heide Dotzauer, Bianca Schütz
(Berlin)

Grußwort des Ministerialdirigenten Dr. Dr. Christoph Hölzel im Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit

Sehr geehrter Herr Professor Kazakovtsev,
als Vertreter Ihrer Exzellenz der russischen Gesundheitsministerin Frau Prof. Dimitrieva,
sehr geehrte Präsidenten und Vorsitzende der teilnehmenden Gesellschaften,
verehrte Ehrengäste,
sehr geehrte Kongreßteilnehmer, meine Damen und Herren,

ich darf Sie an dieser Stelle im Namen der Gesundheits- und Sozialministerin Barbara Stamm des Freistaats Bayern – als dem Gastgeberland – auf das Herzlichste begrüßen.

Es freut mich besonders, daß der Weltkongreß in dieser Präsidentschaftsperiode München zu seinem Tagungsort gewählt hat. Sicher war Ihnen bewußt, daß München zu allen Jahreszeiten – also auch in diesem Vorfrühling – eine gute Standortwahl ist. Die am vergangenen Donnerstag begonnene Starkbierzeit wird ja in München als eine Art fünfte Jahreszeit begangen. Ursprünglich sollte die Fastenzeit eigentlich zu einem Jungbrunnen für Leib und Seele führen. Unsere Wohlstandsgesellschaft hat daraus eher einen verlängerten Karneval gemacht. Die Wahl München ist aber auch ein besonderer Akt der Wertschätzung gegenüber der hiesigen Klinik für Dynamische Psychiatrie und der Deutschen Akademie für Psychoanalyse, denen ich dazu meinen Glückwunsch aussprechen darf. Die Liste der prominenten und bedeutenden Teilnehmer aus vilen Ländern der Welt



Abb. 1:
Eröffnung des Kongresses
in der Aula der Fachhochschule
München-Pasing

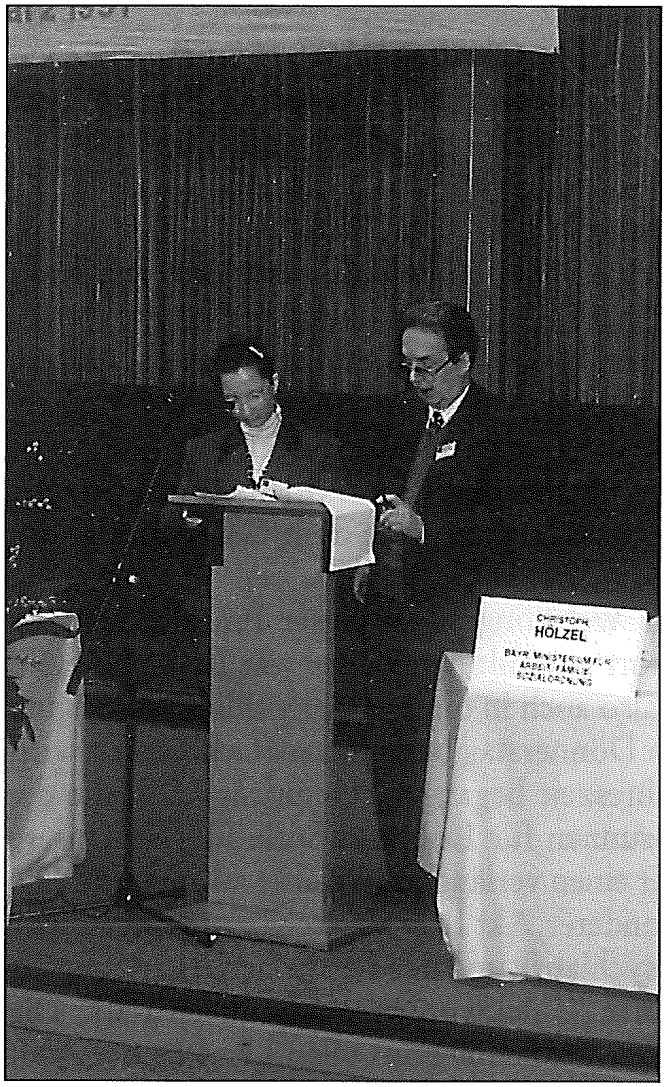


Abb. 2:
Prof. Dr. Modest M. Kabanow
(St. Petersburg), Präsident der WADP
und Direktor des W.M. Bechterew-
Instituts, bei der Eröffnung des

ist beachtlich – sie ergibt einen kompletten Mikrokosmos der Dynamischen Psychiatrie hier in diesem Raum. Die angekündigten Veranstaltungen umfassen Ihr gesamtes Fachgebiet, so daß sich ein thematisch schier unbegrenzter Gedankenaustausch ergeben kann.

Zentrales Anliegen der Weltgesellschaft für Dynamische Psychiatrie und somit auch dieses Kongresses ist nach wie vor die Integration von klassischer Psychiatrie, Gruppendynamik und der Psychoanalyse. Dieses Anliegen verfolgt die Weltgesellschaft in international vielgestaltigen Formen seit geraumer Zeit. Auch hierzulande gehört sie mit diesem besonderen Ziel zu den Vorreitern – und daher mögen Sie es jetzt mit Genugtuung sehen, daß ein Trend zur Integration von psychotherapeutischen Elementen und Methoden in die Psychiatrie nunmehr ganz allgemein an Boden gewinnt, ja schon in die amtlichen Ausbildungsordnungen hineinwirkt. Derartige Bestrebungen, mögen sie auch zentripedal auf ein großes gemeinsames Rahmenziel zulaufen, geben aber natürlich erst recht den Grund ab für neue Standortbestimmungen und Präzisierungen, für Richtungsdiskussionen oder neue Verhaltensstrategien. In dieser Vielfalt der Standpunkte und Wege zu dem angestrebten Ziel – der psychischen Gesundheit oder Heilung – liegt das Innovationspotential der Wissenschaft an sich.

Wir von der amtlichen Gesundheitspolitik wollen uns bewußt aus jedem wissenschaftlichen Schulenstreit heraushalten. Seriöse Wissenschaft muß selbst klären, welche Ergebnisse als gesichert gelten können, welche Verfahren erfolgreich sind und welche wirtschaftlich eingesetzt werden können. Der Staat hat darüber hinaus keine weiterreichenden Erkenntnisse. Dies macht Entscheidungen nicht immer einfach, besonders in Gebieten wie der Psychiatrie und Psychotherapie, in denen subjektive Überzeugungen bei Forschern und Patienten eine so große Rolle spielen. Konkret werden wir in der Bundesrepublik dann vor einer solchen Entscheidungssituation stehen, wenn bei Verabschiedung eines vorgesehenen Psychotherapeutengesetzes über die Anerkennung »wissenschaftlich fundierter« Psychotherapieverfahren zu befinden ist. Die wissenschaftlichen Verbände und Gesellschaften wären gut beraten, wenn sie in diesen essentiellen Fragen selbst zu konsensfähigen Standpunkten finden könnten.

Weltkongresse wie dieser, der heute hier beginnt, sind nicht nur ein Forum der weltweiten Solidarisierung Gleichgesinnter. Die kulturelle und gedankliche Vielfalt der internationalen Teilnehmerschaft kann auch Öffnungen und neue Weichenstellungen ermöglichen in einer Zeit, die neue Ideen und Erkenntnisse dringend braucht.

Ich freue mich besonders, daß Ihr Gedankengut auch in Gegenden dieser Welt rasche Aufnahme gefunden hat, wo ideologische Vorbehalte die Psychiatrie auf einen sehr eng begrenzten Sektor menschlicher Existenz eingeschränkt haben. Für eine Weiterentwicklung in diesem Sinne wünsche ich Ihrem Weltkongreß und allen seinen Teilnehmern

– viele interessante Impulse und neue Eindrücke,
– fruchtbare Diskussionen und anregende Begegnungen
– und einen angenehmen Aufenthalt hier in München.

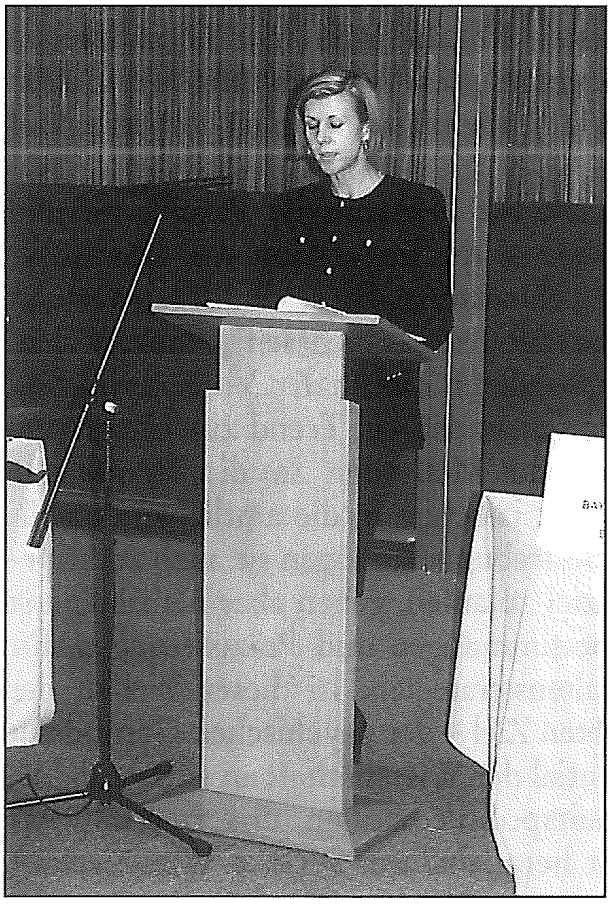


Abb. 3: Dipl. Psych. Maria Ammon (Berlin/München), Präsidentin der DAP, bei der Eröffnung des Kongresses

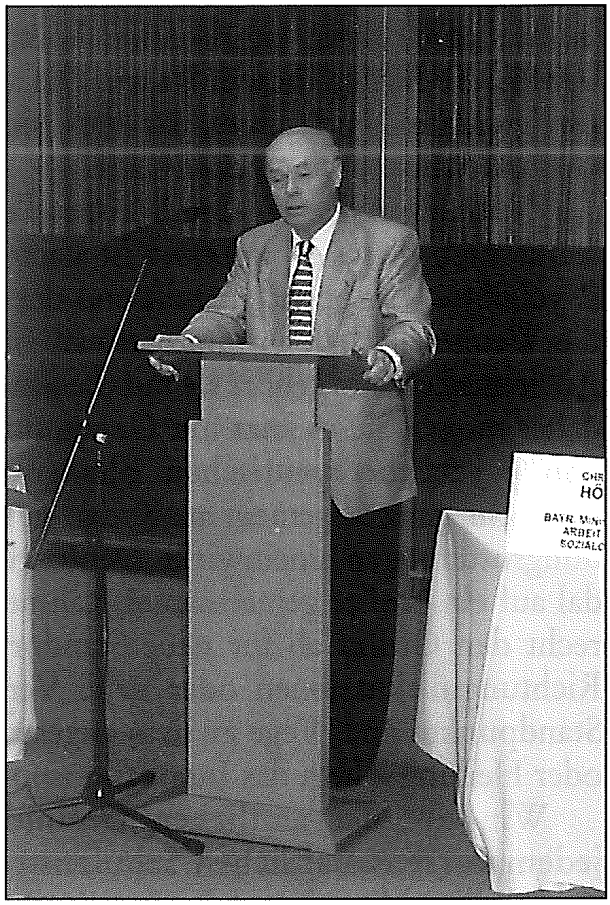


Abb. 4: Dr. Dr. Christoph Hölzel (München) vom Bayerischen Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit bei der Begrüßung derKongreßteilnehmer

Abb. 5: Dipl. Psych. Maria Ammon im Gespräch mit Prof. Dr. med. Robert Cancro (New York), Vize-Präsident der WADP (re.), und Dr. med. Raoul Schindler (Wien) (li.)



Grußwort des Bezirkstagsvizepräsidenten von Oberbayern Herbert Mayr

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

ich habe die Ehre, Sie meine Damen und Herren Kongreßteilnehmer, für den kurzfristig verhinderten Bezirkstagspräsidenten Hermann Schuster in Oberbayern und München begrüßen zu dürfen. Der Bezirkstag ist ein gewähltes Kommunalparlament. Es gibt ihn übrigens nur in Bayern. Zuständig für Oberbayern von Garmisch-Partenkirchen bis Eichstätt und von Landsberg am Lech bis Altötting einschließlich der Stadt München. Eine der wichtigsten Aufgaben der Bezirke ist die Sicherstellung der stationären und neuerdings auch ambulanten Versorgung psychisch Kranker.

Bis in die 60er Jahre hinein waren die großen Bezirkskrankenhäuser neben den der Forschung dienenden Unikliniken das einzige Angebot für oft weit entfernt wohnende Patienten. Ich möchte nur am Rande bemerken, daß sich diese Situation z.Z. rasant ändert. Neben diesen offiziellen öffentlich betriebenen Kliniken haben sich kleine »exotische« Einrichtungen wie auch die 1979 gegründete Klinik Menterschwaige installiert. Oft standen und stehen sich diese öffentlichen Krankenhäuser mit dem Auftrag, alle Patienten aufzunehmen, und die kleinen Häuser, die ihre Patienten nach ihren Bedürfnissen und Möglichkeiten auswählen, zumindest sehr skeptisch gegenüber. Ich denke, es ist ein gutes Zeichen, wenn bei Ihrem Kongreß ein Vertreter des Trägers der Bezirkskrankenhäuser ein Grußwort spricht. Dies ist ein Zeichen, daß wir uns aufeinander zubewegt haben.

Ich kann der Klinik Menterschwaige bestätigen, daß sie sich sehr um Zusammenarbeit in der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft und in gemeindepsychiatrischen Verbünden bemüht, wobei sie ihren eigenen analytischen Ansatz natürlich nicht aufgibt, sondern befruchtend für alle anderen Einrichtungen mit einbringt. Die psychisch Kranken haben immer noch gegenüber den somatisch Kranken einen großen Nachholbedarf, trotz aller Fortschritte. Für weitere Fortschritte ist die Zusammenarbeit aller eine Notwendigkeit. Ich wünsche Ihrem Kongreß einen guten Verlauf.

Begrüßungsrede von Boris A. Kazakovtsev,
dem Chefpsychiater des Gesundheitsminsteriums der Russischen Föderation

Sehr geehrte Damen und Herren,

in der Zeit, die seit dem 10. Kongreß der WADP, der in Rußland veranstaltet wurde, vergangen ist, haben in unserem Lande Veränderungen stattgefunden, die sich auf das Thema beziehen, zu dessen Diskussion wir hierhergekommen sind.

Die Einführung der Psychotherapie in die Psychiatrie in Rußland wurde so aktiv durchgeführt wie niemals zuvor. Ja, in unserem Lande ist eine psychotherapeutische Vereinigung mit ziemlich vielen Mitgliedern gegründet worden, die die Ideen insbesondere der WADP verwirklicht. Wie be-



Abb. 6: Prof. Ernst Federn (Wien) mit seiner Ehefrau und Dipl. Psych. Maria Ammon



Abb. 7: v.l.n.r.: Dr. med Alexander A. Churkin (Moskau), Dipl. Psych. Maria Ammon, Prof. Dr. med. Boris Poloshij (Moskau), Dipl. Psych. Dr. phil. Ilse Burbiel (München), Chairwoman des deutschen Zweiges der WADP, und Prof. Dr. med. Boris A. Kazakovtsev (Moskau), Chefpsychiater des Russischen Gesundheitsministeriums

kannt ist, wurden diese Ideen in der letzten Zeit besonders klar formuliert. Darauf aufbauend, beginnen viele Psychiater zu verstehen, daß es bei der Therapie psychisch Kranker sehr wichtig ist, nicht nur psychopathologische Störungen zu betrachten, sondern auch zuförderst die Dynamik und Statik der Persönlichkeit des Patienten in seiner menschlichen Entwicklung, dazu gehören seine starken und schwachen Seiten, zu berücksichtigen. Wenn man die Aktivitäten der verschiedenen Vereinigungen miteinander vergleicht, so zeigen sie sich nicht nur durch verschiedene Kongresse und Konferenezen, sondern hauptsächlich darin, wie die Ideen umgesetzt werden. Es spielt keine Rolle, daß sich diese Aktivitäten unter verschiedenen Bedingungen abspielen, sei es in Privatpraxen oder staatlichen Einrichtungen.

Für Rußland ist die bereits in anderen Ländern vorhandene Erfahrung der psychotherapeutischen Hilfe wichtig. In diesem Zusammenhang ist die Zusammenarbeit zwischen den wissenschaftlichen Forschungseinrichtungen und den professionellen Psychotherapeuten-Vereinigungen von besonderem Interesse. In Deutschland ist das die DAP und die Gesellschaft für Dynamische Psychiatrie, in Rußland das Bechterew-Institut und die Assoziation der Psychotherapeuten. Eine so geartete Zusammenarbeit ist, wie die Praxis zeigt, am effektivsten.

Gestatten Sie mir, im Namen des Gesundheitsministeriums von Rußland, im Namen der Gesundheitsministerin Frau *Dimitriewa,* alle Teilnehmer an diesem Kongreß herzlich zu begrüßen. Erlauben Sie mir als einen der Organisatoren der psychiatrischen Hilfe in Rußland, der Überzeugung Ausdruck zu verleihen, daß alles, was in diesen Tagen auf dem Kongreß gesagt und gezeigt wird, einen entsprechenden Widerhall bei den Psychiatern in Rußland finden wird. Damit meine ich in erster Linie den humanen und komplexen Zugang bei der Behandlung unserer Patienten. Die Verbreitung dieser Ideen erfordert jedoch große Anstrengungen bei der Umsetzung, hat aber auch eine große Zukunft.

Pressespiegel zum 11. Weltkongreß der WADP

Weltkongreß der Dynamischen Psychiatrie
Fundierte, integrative Psychotherapie hilft Kosten einsparen

Im März 1997 war München fünf Tage lang Forum für den wissenschaftlichen Erfahrungsaustausch und für persönliche Begegnungen von mehr als 200 Referenten aus 24 Ländern und von über 400 TeilnehmerInnen des 11. Weltkongresses der Weltgesellschaft für Dynamische Psychiatrie (WADP) und des 24. Symposiums der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.

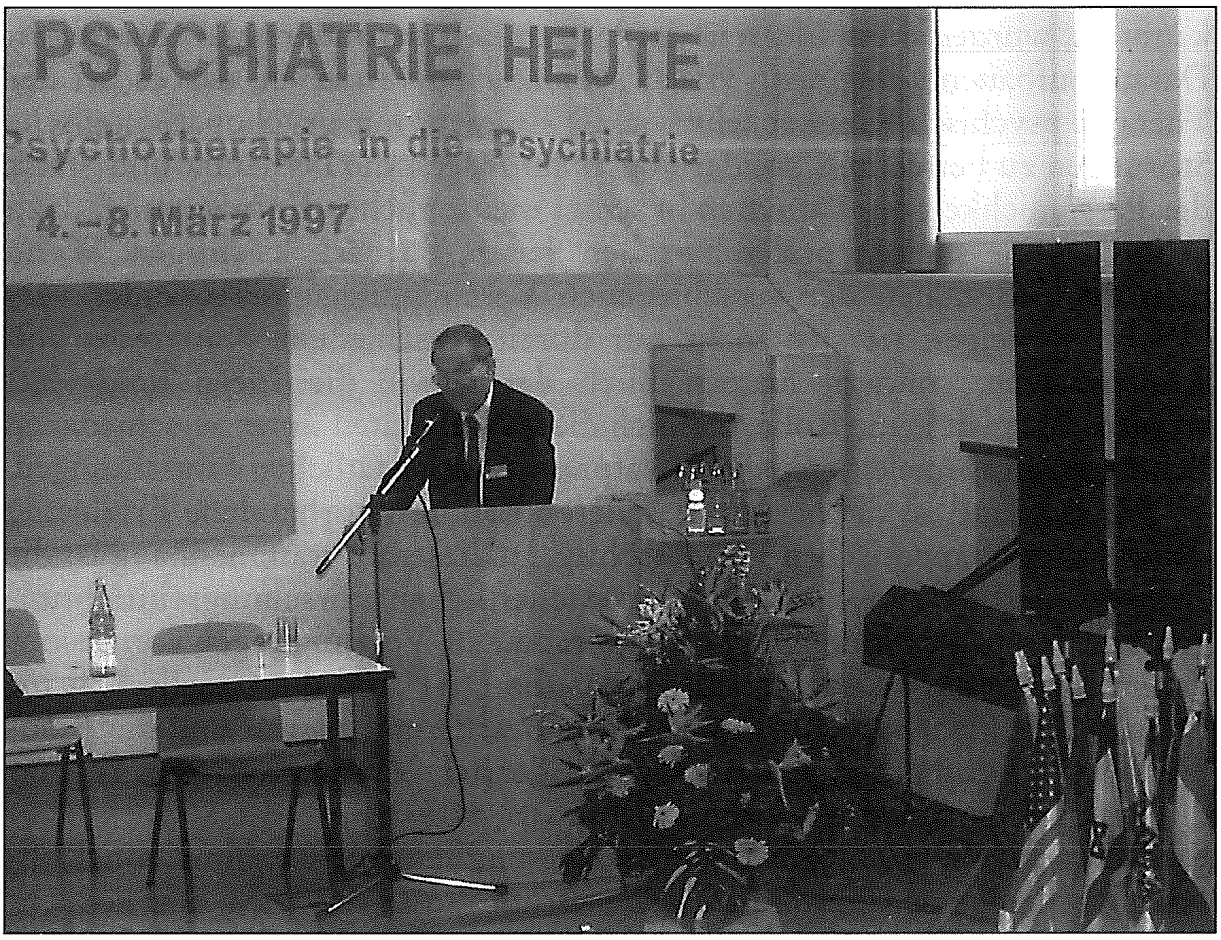


Abb. 8: Prof. Dr. med. Raymond Battegay (Basel) bei seiner Key-Lecture

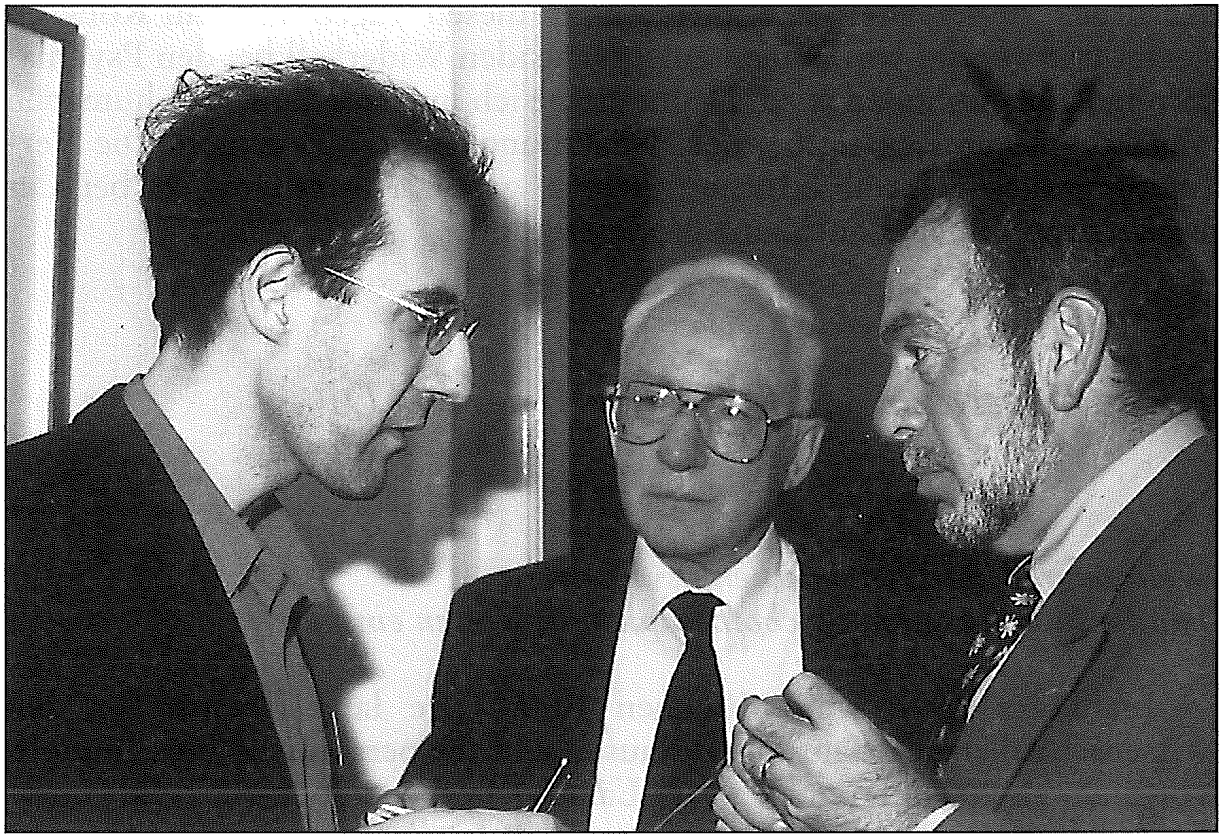


Abb. 9: v.l.n.r.: Dr. med. Bernhard Richarz (München), Prof. Amnon Carmi (Haifa), Präsident der World Association for Medical Law und Präsident des israelischen Zweiges der WADP, Prof. Dr. med. Shmouel Tyano (Tel Aviv)

Zusammengefunden hatten sich Vertreter der großen Psychiatrie- und Psychotherapieorganisationen der Welt, beispielsweise die World Psychiatric Association (WPA) und der World Association für Social Psychiatry (WASP) Wissenschaftler, Psychotherapeuten zahlreicher internationaler und nationaler Fachverbände, um die Fragen und Probleme vergangener, gegenwärtiger und zukünftiger Entwicklungen auf dem Gebiet der Integration der Psychotherapie in die Psychiatrie zu diskutieren. Die Veranstalter des Kongresses, WADP und DAP, arbeiten seit vielen Jahren an der wissenschaftlichen, therapeutischen und organisatorischen Verwirklichung der Dynamischen Psychiatrie, die seit den sechziger Jahren durch *Günter Ammon* zu einem ganzheitlichen und integrativen Behandlungskonzept weiterentwickelt wurde. Bei der Dynamischen Psychiatrie sind Psychiatrie, Psychoanalyse und als zentraler Punkt die zwischenmenschliche Beziehungsdimension – die Gruppendynamik – eine einheitliche und untrennbare Verbindung eingegangen.

Die Wissenschaftler betonten, daß jeder psychisch Kranke Anspruch auf Psychotherapie hat. Psychopharmaka sollten nur dann gegeben werden, wenn der Kontakt und damit die psychotherapeutische Beeinflußbarkeit der Patienten vorübergehend durch eine zu große Angstentwicklung unterbrochen ist. Es wurde eindringlich vor der Gefahr eines bunt durcheinandergewürfelten Einsatzes verschiedener Therapieverfahren gewarnt. Eine solche desintegrierte Behandlung würde dem ohnehin schon an einer brüchigen und zersplitterten Identität leidenden Patienten nur schaden. Gefordert wurde eine wissenschaftlich begründete und auf den ganzen Menschen in seiner körperlichen, seelischen, geistigen und sozialen untrennbaren Einheit bezogene integrative Behandlungskonzeption.

Eine fundierte psychotherapeutische Behandlung bringe letztendlich der Gesundheitspolitik und den Krankenkassen Geld – zu diesem Ergebnis kamen großangelegte Untersuchungen im Rahmen der Psychotherapieforschung. So gingen in der Bundesrepublik Deutschland 1989 über zehn Millionen Arbeitstage durch Krankschreibungen bei Patienten verloren, bei denen eine Psychotherapie indiziert gewesen wäre. Was die Schizophreniebehandlung angeht, so behaupten methodisch sorgfältige Studien übereinstimmend: Psychotherapie behandelte PatientInnen befanden sich in einem wesentlich besseren psychosozialen Zustand als die nur medikamentös therapierten, sie kamen mit signifikant weniger Medikamenten aus, erlitten seltenere und weniger schwere Rückfälle und insgesamt reduzierten sich die Rückfälle um durchschnittlich 32%.

Die Weltgesundheits-Organisation WHO wandte sich mit der Bitte um Unterstützung ihres »Nations for Mental Health«–Programmes an die WissenschaftlerInnen. Jeder vierte Mensch leidet laut WHO irgendwann in seinem Leben an psychiatrischen Krankheitsbildern und benötigt psychotherapeutische Hilfe. Dabei haben 70% der Weltbevölkerung keinen Zugang zu einer angemessenen psychiatrischen Behandlung.



Abb. 10: v.l.n.r.: Dr. med. Marius Erdreich (Haifa), Vize-Präsident der WADP und Chairman ihres israelischen Zweiges, Prof. Dr. med. Vijoy K. Varma (Chandigarh), Prof. Dr. med. Milos F. Kobal (Ljubljana), Prof. Dr. med. Maria Orwid (Krakau), Chairwoman des polnischen Zweiges der WADP, Prof. Dr. med. Eliot Sorel (Washington D.C.), Präsident der World Association for Social Psychiatry WASP



Abb. 11: v.l.n.r.: Dr. med. Raoul Schindler, Dr. med. John Carleton (Santa Barbara), Prof. Dr. med. Maria Orwid

Die TeilnehmerInnen waren sich einig, daß das Ziel eine internationale Zusammenarbeit sein muß, so wie sie *Günter Ammon,* der 1995 verstorben ist, stets praktiziert hat. So führte zum Beispiel die langjährige Zusammenarbeit zwischen der DAP und VertreterInnen der russischen Psychiater zum Erlaß eines Dekrets durch *Boris Jelzin* im Juni 1996, das die offizielle Wiedereinführung der »philosophischen, klinischen und angewandten Psychoanalyse als einer Richtung der modernen Wissenschaft« festlegte. Auf dem diesjährigen Kongreß wurden weitere Verträge über die wissenschaftliche Zusammenarbeit und Ausbildung mit der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) und der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige, München, abgeschlossen. Des weiteren soll eine allmähliche Umstrukturierung verschiedener Krankenhausabteilungen russischer Städte in dynamisch-psychiatrisch arbeitende Stationen erreicht werden.

Die Veranstalter des Kongresses informierten darüber, daß die WADP einen Günter-Ammon-Preis eingeführt hat, der an junge Kollegen und Kolleginnen für hervorragende wissenschaftliche Beiträge zu Theorie, Praxis und Forschung der Dynamischen Psychiatrie vergeben wird.

(*raum & zeit* 88/97)

Individuelle Behandlung statt Psychopharmaka

München (epd): Über 300 Ärzte, Psychiater, Psychologen und Psychotherapeuten aus 24 Ländern treffen sich vom 4. bis 8. März zum 11. Weltkongreß der »Weltgesellschaft für Dynamische Psychiatrie« in München. Im Rahmen von über 150 Vorträgen wollen die Wissenschaftler der Frage nachgehen, wie eine Psychotherapie gestaltet sein muß, um seelisch kranken Menschen wirklich helfen zu können, teilten die Veranstalter mit.

Die Dynamische Psychiatrie setzt sich für eine integrative Behandlung von Menschen ein, die an schweren seelischen Störungen wie Schizophrenie oder Psychosen leiden. »Wenn diese Menschen auf eine psychiatrische Station kommen, werden sie in der Regel zuerst mit starken Medikamenten behandelt«, sagte die Pressesprecherin des Weltkongresses, Diplompsychologin *Margit Schmolke,* auf epd-Anfrage. Erst danach werde, wenn überhaupt, eine Psychotherapie »angehängt«.

Die Dynamische Psychiatrie lehnt dagegen eine einseitige Behandlung seelisch kranker Menschen mit Psychopharmaka ab. Sie legt das Schwergewicht auf individuelle Behandlungspläne, in denen Gesprächstherapien, aber auch Tanz-, Musik-, Theater-, Mal- und Reittherapien eng aufeinander abgestimmt sind. »Eine medikamentöse Behandlung sollte die Ausnahme sein und immer parallel zu den Therapien erfolgen«, sagte *Schmolke.*

(*Evangelischer Pressedienst, epd,* 28.2.97)



Abb. 12: v.l.n.r.: Prof. Dr. med. Guilherme Ferreira (Lissabon), Chairman des portugiesischen Zweiges der WADP, Prof. Dr. med. Vijoy K. Varma, Prof. Dr. med. Jerzey Aleksandrowicz (Krakau), Dr. med. Rolf Schmidts (München), Vize-Präsident der WADP, Dr. med. Bela Buda (Budapest), Vize-Präsident der WADP und Chairman ihres ungarischen Zweiges



Abb. 13: v.l.n.r.: Dr. med. Nossrat Peseschkian (Wiesbaden), Prof. Dr. med. Boris Poloshij, Prof. Dr. med. Boris Kazakovtsev, Dipl. Psych. Martin Urban (Esslingen)

Psychisch Kranke haben Anspruch auf Maltherapie

München (dpa/lby) – Seelenkranke Menschen sollten nach Ansicht von Teilnehmern eines Münchner Kongresses neben psychiatrischer Behandlung auch Anspruch auf Psychotherapie haben. Bei schweren psychischen Störungen reichten einzeltherapeutische Behandlungen nicht aus, erklärten Experten zur Eröffnung des 11. Weltkongresses für Dynamische Psychiatrie am Dienstag in München. Diese schwer kontaktgestörten Menschen sollten in Gruppen »wiedergutmachende Erfahrungen« erleben. Dazu gehörten Tanz-, Musik-, Theater-, Mal- und Reittherapie. Entscheidend für den Erfolg einer Behandlung sei jedoch die Verknüpfung von Psychiatrie und Psychotherapie.

Zu dem Kongreß sind Ärzte, Psychiater, Psychologen, Psychotherapeuten und Analytiker aus 24 Ländern zusammengekommen. In mehr als 150 Vorträgen und Posterbeiträgen wollen sie die Erfolge und Möglichkeiten eines integrativen Behandlungskonzepts für Psychosen, Schizophrenie und Bewußtseinsstörungen (Borderline) debattieren. Entscheidend dafür sei ein »gruppendynamisches Denken«. Nach Auffasssung der Dynamischen Psychiatrie kann der Mensch durch zwischenmenschliche Beziehungen sowohl krank als auch gesund werden. Der Kongreß dauert bis Samstag (8. März).

(*dpa-Landesstelle Bayern,* 5.3.97)

70 Prozent der Menschheit ohne psychiatrische Versorgung

München (dpa/lby) – Die Versorgung psychisch Kranker muß weltweit verbessert werden. Über 70 Prozent der Weltbevölkerung haben keinen Zugang zu einer angemessenen psychiatrischen Behandlung, erklärte Prof. *Jorge Costa e Silva* (Genf) von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beim Weltkongreß der Dynamischen Psychiatrie in München.

Er forderte die Regierungen der einzelnen Staaten auf, der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mehr Aufmerksamkeit zukommen zu lassen. Gegenwärtig sei eine Behandlung in psychiatrischen Kliniken in vielen Ländern der Welt nicht gegeben. Dazu gehörten auch eine Sicherstellung der Patientenversorgung mit Arzneimitteln und der Schutz der Menschenrechte von psychisch Kranken. Jeder vierte Mensch leide einmal in seinem Leben an einem psychiatrischen Krankheitsbild.

(*dpa-Landesstelle Bayern,* 7.3. 97)



Abb. 14: v.l.n.r.: Prof. Dr. med. Shridhar Sharma (Delhi), zukünftiger Präsident der WASP, Prof. Dr. med. Eberhard Gabriel (Wien), Prof. Dr. med. Juan Mezzich (New York), Generalsekretär der Weltgesellschaft für Psychiatrie WPA, Dr. med. Marius Erdreich



Abb. 15: v.l.n.r.: Dr. med. J. P. Mishra (Chandil), Dipl. Psych. Maria Ammon, Prof. Dr. med. Mauricio Knobel (Campinas), Vize-Präsident der WADP und Chairman ihres brasilianischen Zweiges, Prof. Dr. med. Vadim S. Rotenberg (Tel Aviv) bei einer Pressekonferenz

Mit Wortwitz gegen Neurosen kämpfen
Humor als Mittel in der Psychotherapie – Gemeinsames Lachen verbessert die Beziehungen zwischen Patienten und Therapeut

Berlin – Ein schizophren reagierender Patient, der in seinem Wahn seinen Psychiater für eine asiatische Gottheit hielt, begrüßte den Arzt, in dem er sich devot tief verbeugte. Daraufhin verbeugte sich der Psychiater noch tiefer. Der Patient wiederum verbeugte sich nochmals tiefer – bis schließlich beide auf dem Boden lagen und schallend lachen mußten.

Damit war ein realer zwischenmenschlicher Kontakt jenseits der psychotischen Übertragung hergestellt. Der Therapeut grenzte durch diese verspielt-humorvolle Reaktion die Verrücktheit des Patienten auf eine freundliche, nicht verletzende Weise ab, die es diesem ermöglichte, Abstand von seiner kranken Innenwelt zu gewinnen.

Bei allen therapeutischen Interventionen kommt es darauf an, eine gemeinsame Sprache mit dem Patienten zu finden – sei sie nun verbal oder nichtverbal. Hier kommt nun dem Humor eine ganz besondere Bedeutung zu.

Der Humor erleichtert es, das emotionale Unbewußte des Patienten zu erreichen, ähnlich wie eine bildhafte Sprache, die mit Gleichnissen, Metaphern, Geschichten und Märchen arbeitet. Gutartiger Humor, das gemeinsame Lachen von Therapeut und Patient, fördert das Vertrauen.

Der Sinn für Humor ist die Fähigkeit, auf komische Situationen mit Lachen zu reagieren – oder solche Situationen selber herzustellen. Nicht jede Humorart bringt jedoch »wohlwollend-verständnisvolles Lächeln« (Brockhaus 1969). Erst der Mensch mit einem reifen Humorsinn vermag es, über sich selbst, über seine eigenen, menschlichen Schwächen und Unzulänglichkeiten zu lachen und sich folglich von diesen zu distanzieren, indem er sie auf einer höheren Ebene begreift und relativiert. Humor ist eine ursprüngliche und universelle Form des zwischenmenschlichen Kontakts, die keine kulturellen Grenzen kennt.

Humor dient der spielerischen Abgrenzung und ist gleichzeitig eine kreative Leistung. In einer depressiven, ängstlichen, zwanghaften, paranoischen oder symbiotisch verschmolzenen Familiengruppe, die nur durch ein – nach außen oft als gesund erscheinendes – krankhaftes Gleichgewicht zusammengehalten werden kann, hat freundlicher Humor keinen Platz. Destruktiv verformter Humor (Sarkasmus, Zynismus, bösartige Ironie) ist eine Form destruktiver Aggression und ein Ausdruck davon, daß man keine innere Distanz hat. Diese Art von Humor kann kontaktzerstörend, verletzend und beleidigend wirken – wie zum Beispiel das bösartige Karikieren oder Nachäffen körperlicher oder geistiger Mängel. Eine depressive Familiendynamik äußert sich hingegen durch den Mangel an Humor.

Da viele Patienten in ihrer Kindheit dem Sarkasmus und Spott ausgesetzt waren und darunter leiden mußten, sollte der Therapeut peinlichst darauf achten, nur bei einer freundlichen Einstellung dem Patienten gegen



v.l.n.r.: Dr. med. Rolf Schmidts, Chefarzt der Klinik Menterschwaige, Dr. phil. Ilse Burbiel, Waldemar Dziakonski (München), Geschäftsführer der Klinik Menterschwaige beim klinischen Nachkongreß

über und bei einer genauen Kenntnis von dessen verwundbaren Stellen humorvolle Kommunikation einzusetzen.

Im Gegensatz zum Humor ist der Witz auf die verbale Sprache angewiesen. Als sprachbedingtes Kulturprodukt setzt der Witz eine gewisse Vertrautheit mit den Finessen der Sprache und der Kultur, in denen er entstanden ist, voraus. Der ironische Witz nutzt noch mehr als der Witz im allgemeinen den humorvollen Kontrast zwischen dem wortwörtlich Gesagten und dem eigentlichen, im übertragenen Sinn gemeinten, indem er Kritik, Aggression oder eine Ablehnung durch das Gegenteil ausdrückt. Dadurch beansprucht die Ironie in noch höherem Maße die Fähigkeit zur verbalen Differenzierung, aber auch zum abstraktkonzeptionellen Denken. Kinder, aber auch Kranke mit psychotischer oder psychosomatischer Persönlichkeitsstruktur, erleben die verbale Ironie als verletzend.

Das zentrale therapeutische Agens des Witzes ist die Relativierung vom Leid. Schon *Freud* wies in seiner klassischen Arbeit von 1905 »Der Witz und seine Beziehung zum Unbewußten« auf diesen Aspekt hin, gerade in der Absurdität des sogenannten Galgenhumors. Nur die Behandlung neurotischer Patienten läßt eigentlich den Wortwitz zu. Bei schwereren Er-

krankungen, die immer auch in die Zeit vor der Sprachentwicklung zurückreichen, sind Bildsprache und nichtverbaler Humor therapeutisch. Eine wesentliche Qualität des Therapeuten ist daher seiner Verspieltheit. Besitzt er selbst Humor, so ist dieser eine der wunderbarsten Möglichkeiten des Kontaktes in der Psychotherapie.

(*Maria Ammon* und *Egon Fabian.* Die Autoren arbeiten in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik in München.)

(*Die Welt,* 4.3.97)

Briefe zum Kongreß

Prof. Shridhar Sharma
Vikas Marg., Delhi (India)

Dear Mrs. Ammon March 15, 1997

I was pleased and honoured to have the opportunity to participate in the XI World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry. The Congress was scientifically very enriching and socially rewarding. It also provided me an opportunity to pay my personal tributes to the memory of Günter Ammon. He was the messenger of humanism and known for his high quality of care to the mentally sick. During the congress, I could witness the ubiquitous presence of his spirit and feel the warm feelings, which he had left in plenty, not only in Germany but throughout the world. Please accept my heartiest congratulations to you and your team for making the Congress such a success. Please also convey thanks to all the members who made our stay very comfortable. I hope there will be some opportunity to meet you soon again in the near future.

With kind regards,
Yours sincerely
S. D. Sharma

International Federation for Medical Psychotherapy
Cep: 13075 Campinas SP Brasil

Dear Maria, Campinas, April 14, 1997

I do apologize for my delay in answering you, and also my delay in thanking you for your kindness and the friendly reception you and your co-workers gave me in Munich. The Congress was a wonderful success and a great homage to our beloved Günter, who certainly deserved it. I wrote

to the Argentine colleague who wanted to join our WADP, but I received no answer as yet. I do hope you are doing well, working as usual and planing more and more activities as usual. Please give my best regards, and many thanks to Ilse (who was overwhelmingly busy), to Dr. Richarz, Dr. Hessel and all the wonderful people of our organization. I feel really at home with all of you. –

With Clara's and my best regards, I reamin,
affectionately yours,

Prof. Dr. Mauricio Knobel

Psychiatrische Universitätspoliklinik
Kantonsspital Basel
Universitätskliniken

Sehr geehrte Frau Ammon, Basel, 10. April 1997

für Ihren Brief vom 26.3.1997 danke ich Ihnen. Der Münchner Kongreß war sehr interessant, und ich konnte davon viele Anregungen mitnehmen. Da ich am 31.8.1997 emeritiert werde und am 15.9.1997 eine eigene Praxis eröffnen werde, wird es mir allerdings nicht möglich sein, im Herbst dieses Jahres und im Frühjahr nächsten Jahres eine zusätzliche Verpflichtung zu den bereits eingegangenen anzunehmen. Hingegen bin ich gerne bereit, im Frühjahr 1999 in Berlin mitzuwirken. Ich müßte dann zu gegebener Zeit das Thema des Kongresses erfahren.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. R. Battegay

John L. Carleton, M.D., L.F.A.P.A.
656 Romero Canyon Road
Santa Barbara, California 93108

Dear Maria, June 5, 1997

We were thrilled to attend the 11th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry (WADP). It was in my opinion an outstanding success. I was most pleased to participate. My congratulations to you, to Professor Kabanov and to all who were involved in the planing and execution of the Congress.

Enclosed please find an English translation of the Ammon Ego Structure Test. We should be most happy to proceed in any way to help you publish this test in English. Please let me know if I can be of any further help in this regard.

With all love and best regards

Sincerly, John L. Carleton, M.D.

Dear Maria,

My family and I wish to thank you so much for the marvelous experience we had in Germany with you and our many friends from all over the world. We were pleased to see old friends and make new friends in Germany. Thank you so very much for all your hospitality – the wonderful dinners and companionship and, most of all, for the day in Menterschwaige, the memory of which we will always treasure. We realized that Kip and Ty were most comfortable at Menterschwaige, running everywhere, talking with everyone, and obviously right at home in that setting, which seemend to all of us simply a larger Caboodle House. I have been joking with my nonpsychiatric friends that we have brought our children up to be comfortable in psychiatric hospitals! Those with sense have told me that it's a very good thing. Seriously, we feel such an affinity for the work you are doing in psychiatry, in Munich, that we were quite at home there and sorry to leave. I shall consider Munich my home away from home and you and your collegues as our extended family.

Please extend all our best wishes and thanks to the staff and patients at Menterschwaige, and to all the people who did so much work to put on the Congress. Thank the patients for letting us interrupt their lives and wish them all the best for success in all they do.

Dear Maria, we hope to be back in Munich soon, and send you our love and gratitude,

Ellen, Jack, Kip and Ty Carleton

The Gehah Psychiatric Hospital
The Beilinson Medical Center
Tel Aviv University Medical School

Dear Maria and Prof. Kabanov, March 20, 1997

I came back from Munich, with a very strong feeling of a real experience I got during the week we spent together. I am very grateful to you for having invited me to a very interesting scientific meeting and have given to me the opportunity to know you and meet with all the members of your group. I hope we will get further occasions for a fruitful collaboration.

Sincerly yours,
Prof. S. Tyano

Wiesbadener Weiterbildungskreis für Psychotherapie
und Familientherapie (WIPF)

Sehr geehrte Frau Ammon, 7. Mai 1997

herzlichen Dank für Ihr Schreiben. Es war mir eine große Freude, im Rahmen Ihrer Veranstaltung in München mitzuwirken. Es ist Ihnen in der Tat gelungen, eine großartige Konferenz mit interessanten Themen zu organisieren. Die Arbeit mit Ihnen und Ihren Kollegen hat mich sehr motiviert und es freut mich, daß wir eine positive Gruppenarbeit erreicht haben. Es freut mich, daß es Ihnen gesundheitlich wieder besser geht. Ich werde Sie über den Verlauf unserer 1. Weltkonferenz für Positive Psychotherapie in Moskau und St. Petersburg informieren. Viele Grüße an Ihre Kolleginnen und Kollegen. Ihre Gastfreundschaft habe ich sehr genossen.

Mit freundlichen Grüßen
Dr. med. Nossrat Peseschkian

Fundatio Internationala Pentru Copil si Familie

Sehr geehrte Frau Maria Ammon,

Unsere Teilnahme an dem Kongreß Dynamic Psychiatry Today (The Integration of Psychotherapy in Psychiatry, march 4-8, 1997, Munich, Germany) als Folge Ihrer Einladung hat uns stark beeindruckt durch den Kontakt mit einem noch unbekannten Bereich der Psychiatrie in Rumänien – der dynamischen Psychiatrie. Wir waren sehr beeindruckt, nachdem wir

die Klinik Menterschwaige besucht haben und konkret die Ergebnisse der integrativen Therapie, die in dieser Klinik durchgeführt wird, gesehen haben. Wie ich Ihnen bereits mitgeteilt habe, ist die dynamische Psychiatrie noch unbekannt in unserem Land. Wir wären sehr interessiert, wenn Sie, im Rahmen eines informativen Symposions Ihre Ideen und Methoden den rumänischen Kollegen vorstellen könnten, das um so mehr, weil Sie der direkte Nachfolger und beste Kenner des Werkes von Prof. Günter Ammon sind. Die rumänische Liga für geistige Gesundheit und die Internationale Stiftung für Kind und Familie sind besonders interessiert an der Förderung Ihrer therapeutischen Methoden und sie wollen die Organisatoren dieses Treffens sein. Wir sind uns einig, daß dieses Symposion der Anfang einer erfolgreichen Zusammenarbeit wäre. Falls Sie und Ihre Mitarbeiter uns besuchen würden, glauben wir, daß wir ein Treffen mit der rumänischen Gesellschaft für Psychiatrie organisieren könnten. Wenn Sie unserer Initiative interessant finden und wenn die Zeit Ihnen einen Aufenthalt in unserem Land erlaubt, könnten wir in Zukunft die Details dieses Treffens besprechen.

Mit freundlichen Grüßen
Dr. Bogdana Tudorache
Dr. Florin Tudose

Dr. Körmendy György
H-1046 Budapest Urgro Gyula u. 17.

Sehr verehrte und liebe Frau Ammon! 30. März 1997

Ich möchte Ihnen zum sehr schön gelungenen Kongreß gratulieren! Es war alles sehr gut organisiert, und die Kollegen, mit denen ich gesprochen hatte, waren alle vollkommen zufrieden. Ich hoffe, daß das Auftreten dieser jungen ungarischen Kolleginnen auch bei Ihnen Beachtung gefunden hatte. Es war sehr schön! An diesen schönen, Frühlings-Festtagen wünsche ich Ihnen und jedem Kollegen viel Kraft, Energie, Erfolge in Arbeit und im Leben.

Mit herzlichsten Grüßen
Györgyi Körmendy

Kooperations-Vorvertrag zwischen Russicher Psychotherapeutischer Assoziation, Klinik Menterschwaige und Deutscher Akademie für Psychoanalyse

Während die Zusammenarbeit zwischen Klinik Menterschwaige und Deutscher Akademie für Psychoanalyse mit den russischen Kollegen bislang auf die Hauptstädte St. Petersburg und Moskau konzentriert war, zeichnet sich nun eine weitere »flächendeckende« Zusammenarbeit ab. Mit dem Bechterew-Institut in St. Petersburg unter seinem Leiter Prof. *Modest M. Kabanov* besteht bereits seit mehreren Jahren ein fruchtbares wissenschaftliches Kooperationsabkommen, vor einem Jahr wurde ein weiterer Kooperationsvertrag mit dem Serbski-Institut Moskau abgeschlossen. Die Gelegenheit des 11. Weltkongresses der WADP haben nun Vertreter der Russischen Psychotherapeutischen Assoziation aus St. Petersburg, Novgorod, Tscheliabinsk und Voronesh genutzt, eine Woche länger in München zu bleiben, um die Arbeit der Klinik Menterschwaige näher kennenzulernen und Fragen einer wissenschaftlich-therapeutischen Kooperation zu besprechen. Während dieser intensiven Arbeitswoche wurde ein Vorvertrag unterzeichnet, der die Zusammenarbeit der Russischen Psychotherapeutischen Assoziation (RPA) mit der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige bzw. der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vertraglich festlegt.

Zweck der Zusammenarbeit ist der Aufbau von dynamisch-psychiatrischen Stationen in verschiedenen Kliniken Rußlands sowie die Ausbildung von Mitarbeitern in Dynamischer Psychiatrie und Psychoanalyse. Die Zusammenarbeit umfaßt die Entwicklung und die praktische Hilfe bei der Durchführung von Konzepten zur Einführung der Dynamischen Psychiatrie. Die entwickelten Konzepte und Erfahrungen sollen weiteren Kliniken in Rußland zur Verfügung gestellt werden. Angestrebt wird eine Zusammenarbeit aller dynamisch-psychiatrisch arbeitenden Kliniken unter der Leitung und Supervision der Russischen Psychotherapeutischen Assoziation (Präsident: Prof. Dr. *Boris Karwasarski)* sowie Vertretern der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige.

Die neu aufzubauenden dynamisch-psychiatrischen Abteilungen sollen eingeführt werden im Psychiatrischen Bezirks-Krankenhaus von Novgorod (Chefarzt Dr. *Valerie Tscherniagov),* in der Klinisch-Psychiatrischen Stadtheilanstalt in Voronez (Chefarzt Dr. *S.V. Chestakov,* Projektleiterin Dipl.-Psych. *Elena Volodyna),* im Klinisch-Psychiatrischen Bezirkskrankenhaus Tscheliabinsk (Chefarzt Dr. *N. Movchtan,* Projektleiter Prof. Dr. *V.S. Grigorievskich).*

In anderen Regionen sollen weitere Dynamisch-Psychiatrische Abteilungen zu einem späteren Zeitpunkt aufgebaut werden. Dies wird in einem weiteren, neuen Vertragsentwurf geregelt werden.

Der vorgelegte Vertragsentwurf, das zu entwickelnde Programm sowie ein Jahresplan wird innerhalb der nächsten 2 bis 3 Monate fertiggestellt sein.

Die regionalen Leiter des Gesundheitswesens werden in Zusammenarbeit mit dem Ministerium für Gesundheit der Russischen Föderation unter der Ministerin Frau Prof. Dr. *T. Dimitrieva,* die gleichzeitig auch Direktorin des Serbski-Instituts ist, sowie dem Chefpsychiater des Ministeriums Prof. Dr. *Boris Kazakovtsev* innerhalb der nächsten zwei bis drei Monate eine verbindliche Zusage der Bezirke für die Teilnahme an dem vorgesehenen Projekt abgeben, damit ein Vertragsentwurf, ein Programm und ein Jahresplan für die Durchführung mit der Russischen Psychotherapeutischen Assoziation abgeschlossen werden kann.

Die Russische Psychotherapeutische Assoziation und die Deutsche Akademie für Psychoanalyse entwickeln ein Programm für die Ausbildung in Dynamischer Psychiatrie und Psychoanalyse.

Der Vorvertrag wurde unterzeichnet von Dr. *Ravil Nazyrov* als Vertreter von Prof. *Boris Karwasarski,* dem Chefpsychotherapeuten Rußlands und Präsidenten der Russischen Psychotherapeutischen Assoziation (RPA) sowie für die deutsche Seite von Frau Dipl.-Psych. *Maria Ammon,* Geschäftsführerin für den therapeutischen Bereich der Klinik Menterschwaige und Präsidentin der DAP am 14.3.1997 in München.

Gerhard Wolfrum (München)

Symposium zum 100. Geburtstag von Margaret Mahler
Sopron/Ungarn vom 9.-11. Mai 1997 zum Thema:
Das »rekonstruierte Kind« und das »beobachtete Kind«

Eine Delegation der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG), bestehend aus Dr. *Gertraud Reitz,* Dr. *Dorothee Doldinger,* Dr. *Alfred Doldinger* und *Thomas Hessel,* nahmen an dem Symposion teil. Veranstalter waren die ungarische und die Wiener Psychoanalytische Vereinigung.

Frau *Anni Bergmann,* Mitarbeiterin und Nachfolgerin im Lebenswerk von *Margaret Mahler,* berichtete über das New Yorker Forschungszentrum, in dem umfassende Studien der frühen Mutter-Kind-Beziehung über einen Zeitraum von 20 Jahren mit Follow-up Studien gemacht werden. Der bekannte Bindungsforscher der Universität Regensburg *Klaus Grossmann* stellte die Ergebnisse seiner auf *John Bowlbys* Bindungstheorie fußenden Forschungen dar. Der Münchener Psychoanalytiker *Ross Lazar* berichtet von einem Forschungsprojekt der Säuglings- und Kleinkindbeobachtung über einen Zeitraum von 2 Jahren. Die teilnehmende Beobachtung in den Familien stellt einen Baustein für psychoanalytische Ausbildungskandidaten dar.

Neben anderen Beiträgen wurden von *Gertraud Reitz* und *Dorothee Doldinger* die Arbeit des Psychoanalytischen Kindergartens mit dem besonderen Schwerpunkt der Prävention dargestellt. Besonders anregend

für die Arbeit im psychoanalytischen Kindergarten war die Diskussion mit Professor *Grossmann,* um verstärkt Forschungsergebnisse aus der Kleinkindbeobachtung in die eigene Arbeit zu integrieren.

Professor *Martin Dornes,* bekannt durch sein Buch »der kompetente Säugling«, versuchte eine theoretische Neubestimmung des Symbiosebegriffs *Margaret Mahlers* in Anlehnung an *Fred Pine,* den Begriff der symbiotischen Phase durch den Begriff des »symbiotischen Moments« zu ersetzen.

Zum Abschluß wurden die Konsequenzen dieser Tagung diskutiert. Beide Forschungsansätze, die Rekonstruktion der psychoanalytischen Methode und die Beobachtung im Sinne der Bindungsforschung müssen zu einer verstärkten Diskussion und zu einer Beachtung der jeweiligen Forschungsergebnisse führen. Der Kongreß fand in einer freundschaftlichen und den Anlaß würdigenden Atmosphäre statt, dessen Höhepunkt die Enthüllung einer Gedenktafel am Geburtshaus *Margaret Mahlers* und ein Besuch ihrer letzten Ruhestätte war.

Gertraud Reitz, Thomas Hessel (München)



Dr. med. D. Doldinger, Dr. med. A. Doldinger, Dr. phil. G. Reitz und T. Hessel vor dem Geburtshaus Margaret Mahlers in Sopron/Ungarn

IFA Institut für Alkoholerkrankung an der Universität Witten/Herdecke
Namhafte Experten für wissenschaftlichen Beirat des IFA gewonnen

Das im letzten Jahre gegründete Institut für Alkoholerkrankung an der Universität Witten/Herdecke (IFA) wird nunmehr von einem wissenschaftlichen Beirat unterstützt. Obwohl die Zahl der Alkoholkranken in der Bundesrepublik Deutschland auf 2,5 bis 3 Millionen geschätzt wird, führt deren Behandlung neben anderen Suchterkrankungen, wie zum Beispiel der Drogenabhängigkeit, immer noch ein Schattendasein. Aus diesem Grund hat sich IFA unter anderem zum Ziel gesetzt, wissenschaftliche Forschungsprojekte auf dem Gebiet der Alkoholerkrankung durchzuführen sowie die Öffentlichkeit über dieses »Tabuthema« aufzuklären.

Die Arbeit des Instituts wird zukünftig von einem wissenschaftlichen Beirat, dem namhafte und erfahrene Experten auf dem Gebiet der Alkoholerkrankung angehören, unterstützt: Dr. rer. nat. Wilma Funke, leitende Psychologin der Kliniken Wied und Vorstandsmitglied der Deutschen Geselleschaft für Suchtforschung und Suchttherapie; Dr. med. Dipl.-Psych. *Ulrich Hutschenreuther,* Vorsitzender des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte Landesverband Saarland; Prof. Dr. phil *Ulrich John,* Med. Universität zu Lübeck, Klinik für Psychiatrie; Dr. med. *Volker Kielstein,* Leiter der Tagesklinik für Abhängigkeitsprobleme und psychosomatische Störungen in Magdeburg; Prof. Dr. med. *Heinrich Kunze,* Ärztlicher Direktor des Psychiatrischen Krankenhauses Merxhausen in Bad Emstal/Kassel; Dr. med. *Brigitte Mugele,* Leiterin des Bereiches Sucht und psychotherapeutische Medizin des Bezirkskrankenhauses Erlangen; PD Dr. med. *Gudrun Richter,* Chefärztin der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie des Krankenhauses Angermünde, sowie Prof. Dr. med. *Henning Saß,* Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der RWTH Aachen.

»Wir sind hocherfreut über das Engagement derart hochkarätiger Spezialisten«, sagt *Sylvia Schumacher,* Leiterin des IFA, »sie werden uns wertvolle Impulsgeber für unsere wissenschaftliche Arbeit sein.«

Ankündigungen / Announcements

8th Congress of the International Psychogeriatric Association (IPA)

Organizer:	International Psychogeriatric Association (IPA)
Title:	Aging in a world of change
Location:	Jerusalem, Israel
Date:	August 17 - 22, 1997
Information:	congress secretariat, P.O. Box 50006, Tel Aviv 61500, Israel, Tel.: 972 3 5140000, Fax: 972 3 5175674 / 5140077

The Brain and Self Conference

Organizer:	The University of Arizona Extended University
Title:	The Brain and Self Conference
Location:	Copenhagen, Denmark
Date:	August 18 - 24, 1997
Information:	Jim Laukes, Consciousness Studies, the University of Arizona Extended University, P.O. Box 210158, Tucson, AZ 85721-0158, USA. Tel.: 520 626 9061, Fax: 520 621 3269

102. Gruppendynamische Tagung der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.

Veranstalter:	Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.
Leitung:	Dipl. Psych. Maria Ammon
Ort:	Tagungszentrum der DAP in Paestum (bei Salerno/Süditalien)
Zeit:	20. bis 30. August 1997
Information:	Lehr- und Forschungsinstitute der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V., LFI Berlin, Kantstraße 120/121, 10625 Berlin, Tel.: 030 / 3132698, Fax: 030 / 3136959; LFI München, Goethestraße 54, 80336 München, Tel.: 089 / 539674, Fax: 089 / 5328837

Gruppendynamisches Trainings-Seminar

Veranstalter:	Österreichischer Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG)
Leitung:	Univ. Doz. Dr. Raoul Schindler und Manfred Kohlheimer
Thema:	Rangdynamik in Anwendung
Ort:	Seminardorf Königsleitn/Waldviertel, A - 3874 Litschau
Zeit:	25. bis 30. August 1997
Information:	Manfred Kohlheimer, A - 1030 Wien, Beatrixgasse 14a Tel. und Fax: + 43 / 17 15 16 62

6th World Congress on Rehabilitation in Psychiatry

Organization: Juko, World Psychiatric Association (WPA), sava centar (SC)
Title: Rehabilitation of the Mentally Ill in a Changing World
Location: Belgrade, Yugoslavia
Date: August 27 - 30, 1997
Information: Sava Centar, Congress Departement, Milentija Popovica str. 9, 11070 Beograd, Yugoslavia
Tel.: (+ 381 11) 135 919; 139 617; 139 840
Fax: (+ 381 11) 135 919; 455 785; 605 578

4. Psychotherapie Tage NRW

Leitung: Prof. Dr. Dr. W. Tress
Ort: Bad Salzuflen
Rahmenthema: Wege und Irrwege der Sexualität
Zeit: 14. bis 21. September 1997
Information: Tagungsbüro, Psychotherapietage NRW,
Prof. Dr. Dr. W. Tress, Postfach 221280, 41435 Neuss
Tel.: 02182 / 69643

3. Bonner Symposium zur angewandten Körperpsychotherapie

Veranstalter: Institut für tiefenpsychologische / psychoanalytische Bewegungstherapie – angewandte Körperpsychotherapie – im DITAT e.V.
Thema: Behandlungsverständnis und Methodenintegration – Perspektiven bewegter Psychotherapie
Ort: Bonn, Deutschland
Zeit: 3. bis 4. Oktober 1997
Information: DITAT e.V., Dr. B. Voigt, Rilkestraße 103, 53225 Bonn, Sekretariat, Tel.: 0228 / 467900, Fax: 0228 / 460679

XVth International Congress on the Psychopathology of Expression and Art-Therapy

Organization: International Society of Art and Psychopathology
Title: Humour
Location: Biarritz, France
Date: October 8 - 12, 1997
Information: Dr. Guy Roux, 27 rue du Marechal Joffre, 64000 Pau, France
Tel. / Fax: 59 27 96 74

8. Internationale Fachkonferenz für Humanistische Medizin: Psychosomatische Medizin

Ort:	Kongreßzentrum Garmisch-Partenkirchen
Zeit:	28. Oktober bis 1. November 1997
Information:	ZIST e.V. und Reichert Organisation & Verlag, Achstr. 63, 82386 Oberhausen, Tel.: 08802 / 1250, Fax: 08802 / 1255

World Psychiatric Association Thematic Conference

Organization:	World Psychiatric Association (WPA)
Title:	The Synthesis between Psychopharmacology and Psychotherapy
Location:	Jerusalem, Israel
Date:	November 16 - 21, 1997
Information:	The Secretariat WPA Thematic Conference, P.O. Box 50006, Tel Aviv 61500, Israel Tel.: 972 3 5140000, Fax: 972 3 5175674 / 972 3 5140077

103. Gruppendynamische Tagung der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.

Veranstalter:	Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.
Leitung:	Dr. med. Rolf Schmidts
Ort:	Tagungszentrum der DAP in Paestum (bei Salerno/Süditalien)
Zeit:	26. Dezember 1997 bis 5. Januar 1998
Information:	Lehr- und Forschungsinstitute der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V., LFI München, Goethestraße 54, 80336 München, Tel.: 089 / 539674, Fax: 089 / 5328837; LFI Berlin, Kantstraße 120/121, 10625 Berlin Tel: 030 / 3132698, Fax: 030 / 3136959

Impressum

Verlag, Sitz und Geschäftsstelle/Publishing House, seat and office:
»Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH München, Goethestraße 54, D-80336 München, Tel. (089) 53 96 74, Fax (089) 5 32 88 37
Verlagsleitung und Hauptgeschäftsstelle/Head Office:
Kantstraße 120/121, D-10625 Berlin, Tel. (030) 3 13 28 93, Fax (089) 3 13 69 59

Gesellschafter des Verlages (mit Einlagen über 5% des Stammkapitals):
Dipl. Psych. Maria Ammon, Berlin (14%); RA Thomas Hessel, München (7%); Dr. med. Rolf Schmidts, München (6%)
Geschäftsführer des Verlages: Dipl. Ing. Werner Schütz, Kantstraße 120/121, D-10625 Berlin
Druck: Alfa-Druck GmbH, Buch- und Offsetdruckerei, Levinstraße 9a, D-37079 Göttingen
Umschlaggestaltung: Konturwerk, Rainald Schwarz, Jagdstraße 3, 80639 München
Herausgeber/Editor: Dipl. Psych. Maria Ammon, Meierottostraße 1, D-10719 Berlin (verantwortlich für den wissenschaftlichen Teil)
Buchbesprechungen/Book reviews: Dr. med. (Univ. Tel Aviv) Egon Fabian, Asamstraße 18, D-81541 München
Nachrichtenteil/News: Verantwortlich Dr. phil. Ilse Burbiel, Presse- und Informationsreferentin im Executive Council der World Association for Dynamic Psychiatry WADP, Schwindstraße 1, D-80798 München;
Rechtsanwalt Thomas Hessel, Justitiar und Schatzmeister im Executive Council der World Association for Dynamic Psychiatry WADP, Arcisstraße 59, D-80799 München
Anzeigen/Advertising Manager: Renate Drechsler, Amalienstraße 49a, D-80779 München (verantwortlich)
Abonnentenabteilung/Subscription management: Dipl. Ing. Werner Schütz, Kantstraße 120/121, D-10625 Berlin
Manuskripte nimmt die Redaktion/Manuscripts should be sent to:

Hauptschriftleitung/Address of the editorial staff:
Dipl. Psych. Maria Ammon, Kantstraße 120/121, D-10625 Berlin

Mitglieder der Redaktion/Members of the editorial staff:
Dipl. Psych. Maria Ammon, Dr. med. Anette Binder, 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. med. Ulrike Fabian, Dr. phil. Gertraud Reitz, Dr. med. Bernhard Richarz, Dipl. Psych. Sylvelin Römisch, Dipl. Psych. Gerhild Sandermann, Dipl. Psych. Margit Schmolke, Dipl. Psych. Astrid Thome, Dipl. Psych. Gerhard Wolfrum.

Die veröffentlichten Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Manuskripte werden in Deutsch und Englisch 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 nicht 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 German and English. 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 acceptance of the manuscript and its publication, the »Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH München reserves the copyrights in all countries and languages. This journal, or parts thereof, may not be reproduced in any form, by photocopy or any means without written permission from the publisher. We do not undertake any liability for manuscripts, photos etc. which were not asked for by us.
Dynamic Psychiatry is published bi-monthly. Annual subscription rate $ 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, Berliner Volksbank (BLZ 100 900 00), Kto.-Nr. 24 011 208.

Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.
Goethestraße 54, 80336 München
Tel.: 089/539674, Fax: 089/5328837

102. Gruppendynamische Klausurtagung:

Sozialenergie - Lebensenergie

20. 8. - 30. 8. 1997

Gruppendynamische Selbsterfahrung
in Paestum/Süditalien

Gesamtleitung: Dipl.- Psych. Maria Ammon

---

103. Gruppendynamische Klausurtagung:

26. 12. 1997 - 5. 1. 1998

Gruppendynamische Selbsterfahrung
in Paestum/Süditalien

Gesamtleitung: Dr. med. Rolf Schmidts

DYNAMISCH-PSYCHIATRISCHE KLINIK MENTERSCHWAIGE



Fachkrankenhaus für
stationäre Psychiatrie, Psychotherapie,
Psychoanalyse und Psychosomatik
mit Ambulanzbetrieb

DYNAMISCH-PSYCHIATRISCHE KLINIK
MENTERSCHWAIGE
Geiselgasteigstraße 203, 81545 München
Tel.: (089) 642723-0, Fax: (089) 642723-95