Dynamische Psychiatrie

Begründet von Günter Ammon

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse

30. Jahrgang
5./6. Heft 1997
ISSN 0012–740 X

Dynamic Psychiatry

Heft 166/167

Zur Integration der Psychotherapie in die Psychiatrie

Aus dem Inhalt:

Maria Ammon
Schizophreniepsychotherapie aus Dynamisch-Psychiatrischer Sicht

Ilse Burbiel
Günter Ammon's Conception of the Borderline Syndrom

Yuri A. Aleksandrovsky
Social Stress Disorders

Béla Buda
Humor as Therapeutic Communication. The Uses of Humor in Psychotherapy

»Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH Berlin

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, 5./6. Heft 1997, Nr. 166/167

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

Inhalt/Contents

Maria Ammon (Berlin/München)
Schizophrenipsychotherapie aus Dynamisch-Psychiatrischer Sicht 283
Psychotherapy of Schizophrenia from the View of Dynamic Psychiaty 289

Ilse Burbiel (Munich)
Günter Ammon's Conception of the Borderline-Syndrome 292
Das Borderlinekonzept von Günter Ammon 297

Yuri A. Aleksandrovsky (Moscow)
Social Stress Disorders 300
Soziale Stress-Erkrankungen 303

Béla Buda (Budapest)
Humor as Therapeutic Communication. The Uses of Humor in Psychotherapy 305
Humor als therapeutische Kommunikation. Über die Anwendung von Humor in der Psychotherapie 315

Vadim S. Rotenberger (Tel Aviv)
Humor and Brain Laterality 320
Humor und Hirnlateralität 324

Maria Orwid, Kinga Widelska, Maciej Pilecki (Cracow)
Integration of Psychiatry and Psychotherapy 326
Integration von Psychiatrie und Psychotherapie 328

Gabriele von Bülow, Rita Primbas (Berlin)
Trauer und Identitätsentwicklung im psychotherapeutischen Prozess von Borderline-Patienten 330
Bereavement and Development of Identity in the Psychotherapeutic Process
Experienced by Borderline-Patients 336

Bernhard Richarz (München)

Überlegungen zur Psychosomatik der Alzheimer-Demenz 340
Considerations to the Psychosomatics of Alzheimer's Disease 352

Maria Rettenberger (München)

Psychodynamische Schizophreniekonzepte im Vergleich: Günter Ammon und Stavros Mentzos 356
A Comparison between Günter Ammon's and Stavros Mentzos' Psychodynamic Concept of Schizophrenie 362

Marinal Muchnik, Eugeni Raizmann (Tomsk)

Group Psychotherapy with Schizophrenic Patients 366
Gruppenpsychotherapie mit schizophrenen Patienten 370

Astrid Thome, Rolf Schmidts (Munich)

Group Psychotherapy with the Parents of Schizophrenic Adults 372
Gruppenpsychotherapie mit den Eltern schizophrener Erwachsener 378

Buchbesprechungen / Book Reviews 380

Nachrichten / News 391

Ankündigungen / Announcements 398

Schizophreniepsychotherapie aus Dynamisch-Psychiatrischer Sicht**

Maria Ammon (Berlin/München)*

In ihrer Arbeit referiert die Autorin die Essentials von Ammons dynamisch-psychiatrischer Behandlungseise der Schizophrenie. Ausgehen von seinem Persönlichkeitsverständnis, dem Humanstrukturmodell, beschreibt sie die wichtigsten Störungen als Defizite und destruktive Verformungen. Sie leitet daraus die therapeutischen Grundsätze und Methoden ab. Wesentlich dabei ist das Gruppenkonzept, d.h. daß der Patient selbst Mitglied mehrerer Gruppen ist und von einer Gruppe verschiedener Therapeuten umgeben ist. Sie schließt mit dem fundamentalen Ziel Ammons in der Psychotherapie der Schizophrenie, den Menschen aus seinen Abhängigkeiten zu befreien hin zur Entwicklung seiner eigenen Identität.

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

Wenn mehrere von den im folgenden aufgeführten Aspekten auf das Kind einwirken, kann man von einer schizophren machenden Familiendynamik sprechen:

- Verweigerung von Körperkontakt;
- Verweigerung, mit dem Kind zu sprechen;
- dem Kind keine Zeit zu geben;
- wenn die Atmosphäre in der familiären Gruppe feindselig und gespannt ist;
- wenn das Kind für die Angst, Wut und Schuldgefühle der Eltern zur Verantwortung gezogen wird (typisch dafür sind Anklagen wie »Du

* Psychoanalytikerin (DAP), Gruppenpsychotherapeutin (DGG), Klinische Psychologin/Psychotherapeutin (BDP), Präsidentin der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), therapeutische Geschäftsführerin der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige, Lehranalytikerin und Leiterin des Berliner Lehr- und Forschungsinstituts für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik

** 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

treibst mich in den Tod«; das Kind wird dadurch zum Sündenbock der Familie gemacht);
- wenn das heranwachsende Kind mit Verlassenheitsdrohungen und Schuldgefühlen erzogen wird. Das Kind soll dann die Gefühle der Eltern tragen und wird auch damit zum Sündenbock der Familie gemacht;
- wenn dem Kind eine ambivalente Haltung entgegengebracht wird. Das geschieht, wenn dem Kind gesagt wird, daß man es liebt, während man es in Wirklichkeit kaum beachtet und sich kaum um es kümmert;
- wenn dem Kind Kontakte außerhalb der Familie indirekt verboten werden;
- wenn nur die Wahrnehmung innerhalb der Familienideologie gelten darf;
- wenn es zu einer weitgehenden Verweigerung kommt, die konstruktiven Lebensschritte des Kindes wahrzunehmen und zu unterstützen

Entsprechend unseren Erkenntnissen steht die Entwicklung von Humanstrukturen in gruppendynamischer Abhängigkeit zum sozialen Umfeld. So sprechen wir treffender von der Familiengruppendynamik statt nur von Familie. Ergänzend möchte ich sagen, daß die Familienmitglieder, die diese verrückt machende Situation herstellen, ebenfalls bestimmt werden durch die in ihrer eigenen Kindheit erlebte Familiendynamik (*Ammon* 1991).

Ammon (1980) nennt die schizophrene Erkrankung auch »schizophrene Reaktion«, um auf die Veränderbarkeit und Verstehbarkeit dieser Krankheit hinzuweisen, denn die Diagnose Schizophrenie bedeutet immer noch ein soziales Todesurteil. Er sieht sie als eine archaische Ich-Krankheit, die wie oben ausgeführt, in der sehr frühen präödipalen Phase entsteht. In diesem Sinne versteht er sie als eine Identitätserkrankung, d.h. die zentralen Humanfunktionen des schizophren Reagierenden sind stark defizitär und destruktiv, ebenfalls sind die sekundären Humanfunktionen stark defizitär ausgeprägt. Bei der akuten psychotischen Reaktion bricht das Verhaltens-Ich fast vollständig zusammen. Das Humanstrukturkonzept *Ammons* erfaßt die Persönlichkeit in den Bereichen der primären Humanstruktur mit der gesamten biologischen Struktur; der zentralen Humanstruktur mit dem unbewußten Kern der Persönlichkeit und der sekundären Humanstruktur mit dem gesamten bewußten Verhaltens-Ich.

Bei der schizophrenen Erkrankung handelt es sich um eine Grundstörung im zentralen Persönlichkeitskern mit Störungen der Funktionen von Identität, Ich-Abgrenzung, Aggression, Angst, Narzißmus, Wahrnehmung, Denken und Körper-Ich, die einhergeht mit einem Defizit im Verhaltens-Ich, das vollkommen zusammenbrechen kann bei der offenen psychotischen Reaktion. In der Psychose tritt des weiteren ein Fehlen von Schmerzfähigkeit und von Träumen auf.

Die Störung des Körper-Ichs beim schizophren Reagierenden drückt sich im Fehlen von Körpergrenzen aus; es bestehen nur unstete und mangelhafte Konturen. Um die Grenzen seines Körpers zu spüren, fügt sich der Patient oft schmerzhafte Verletzungen zu wie Schnittwunden, Verbren-

nungen usw. Der Verlust der Körpergrenzen geht oft einher mit einem Todesangst machenden ich-losen Zustand. Für die Therapie bedeutet dies, daß das Körper-Ich mit einbezogen werden muß durch Massage und Schwimmtherapie, Reit-, Tanz- und Theatertherapie.

Die Humanfunktion der Ich-Abgrenzung ist beim schizophren Kranken schwer gestört, seine Ich-Grenzen sind gegenüber der Umwelt entweder zu weit geöffnet, wodurch er sehr verwundbar wird oder zu stark geschlossen, so daß er kontaktunfähig erscheint (vgl. *Ammon* 1980). Katatonie und Wahn sind gewissermaßen Abgrenzungsversuche gegenüber der verrückt machenden Gruppe.

Eine realitätsgerechte Wahrnehmung und ein entsprechendes Umgehen mit der Realität ist dem schizophren reagierenden Patienten verwehrt worden, denn diese hätte die Familiensymbiose bedroht. Genauso ist die Humanfunktion der Aggression destruktiv verformt und gegen den eigenen Körper, die eigene Psyche und das soziale Umfeld gerichtet, mit einer großen destruktiven Aggression aufgrund der Verweigerung der eigenen Identität.

Der zentrale Moment einer Schizophrenietherapie wird deswegen die Durcharbeitung der destruktiven Aggression sein. Hinter der destruktiven Aggression liegen die enormen Todes- und Vernichtungsängste des Patienten, entstanden durch die Verlassenheitssituation in der Primärgruppe. Die destruktiven Ängste treten bei jeder Identitätsanforderung auf. Für die Therapie ist wichtig, daß diese Angst getragen wird.

Bei der Störung des Narzißmus zeigt sich, daß der schizophrene Patient nie narzißtische Bestätigung für selbständige Entwicklung erfahren hat, sondern nur der narzißtischen Bestätigung der Familiengruppe diente. Es wurde ihm durch ständige Verführung und gleichzeitiges Verbot nie eine eigene Identitätsentwicklung gestattet. Es wurden entweder zu hohe Forderungen oder gar keine gestellt. Der destruktive Narzißmus drückt sich aus durch ständige Forderung des Kranken nach narzißtischer Zuwendung, die ihn aber immer unbefriedigt und unzufrieden sein läßt. In der Therapie geht es darum, die Existenzangst und das Leiden des Patienten ernst zu nehmen und auf diesem therapeutischen Bündnis Zuwendung und Abgrenzung im Sinne von Sozialenergie zu regulieren.

Bei der schizophrenen Denkstörung, die nach wie vor als Leitsymptom in der Diagnostik der Schizophrenie gilt, handelt es sich um ein autistisches Denken, das als Rückzug aus der als kränkend erlebten Realität zu verstehen ist. Der Patient denkt assoziativ, er spricht eine eigene Sprache, seine Verknüpfungen sind meist nur ihm verständlich. In der Therapie gilt es, diesen schizophrenen Denkcode zu entschlüsseln, sein Leid zu verstehen, um dann dem Patienten zu ermöglichen, langsam den Weg aus dem Wahn heraus zu finden. Der schizophren reagierende Mensch braucht, um die Realität bewältigen zu können, immer symbiotische Beziehungen, die für ihn Hilfs-Ich-Funktionen übernehmen.

Die psychotische Reaktion ist als ein Versuch zu verstehen, den »totalen Ich- und Identitätsverlust« (*Ammon* 1987) abzuwehren. Sie stellt eine

»scheinbare Befreiung« von seiner Angst dar, der er hilflos ausgeliefert zu sein scheint und an der er ständig leidet.

Humanstrukturell gesehen dient das Symptom als Ersatz für eine fehlende psychische Struktur und der Kompensation eines narzißtischen Defizits und einer strukturellen Schädigung, des sogenannten »Lochs im Ich«, wie *Ammon* (1974) dies genannt hat, sowie der Abwehr von archaischen Trennungs- und Vernichtungsängsten (vgl. *Ammon* 1992). Das Symptom wird als ich-synton erlebt und ermöglicht eine sogenannte »Pseudo-Identität«.

Bei der diagnostischen Durchuntersuchung des schizophren reagierenden Patienten sind neben der anamnestischen Erhebung und der testpsychologischen Untersuchung ausführliche Interviews auch mit den Familienangehörigen und Symbiosepartnern des Patienten sowohl von den Psychotherapeuten als auch von den psychiatrischen Sozialarbeitern durchzuführen. Durch den Ich-Struktur-Test (ISTA) können die Humanfunktionen Angst, Ich-Abgrenzung, Sexualität, Narzißmus und Aggression in ihrer konstruktiven, destruktiven und defizitären Ausprägung erfaßt werden. Durch die zusätzliche Einschätzung des Patienten von Psychotherapeuten und Supervisionsgruppe und durch die Analyse der Gegenübertragung kann schließlich ein eigenes Humanstruktur-Profil des Patienten erstellt werden mit seinen gesunden und kranken Tendenzen. Ausgehend davon kann ein individuelles Behandlungsprogramm für den Patienten erstellt werden mit den aktuellen und potentiellen Möglichkeiten und den Zukunftsperspektiven.

»Die Therapie des schizophrenen Patienten ist Identitätstherapie« (*Ammon* 1987), d.h. nicht die Symptome sind zu behandeln, sondern der Mensch in seinen Vernichtungs- und Verlassenheitsängsten ist zu verstehen, und es ist ihm eine nachholende Ich- und Persönlichkeitsentwicklung zu ermöglichen. Während der Initialphase hat die Therapie den »Charakter einer stabilisierenden Notfalltherapie« (*Ammon* 1992). Der Therapeut muß hier als ergänzendes Hilfs-Ich des Patienten eintreten. Wichtig ist für das therapeutische Bündnis, daß der Therapeut nicht die analytische Interpretation anwendet, denn sie würde die unentbehrliche Abwehrformation für das extrem bedrohte Ich wegnehmen und noch stärkere Ängste auslösen. Es gilt, alle konstruktiv-kreativen und aktiven Humanfunktionen des Patienten zu unterstützen. Im Sinne einer echten nachholenden Ich-Entwicklung geht es darum, die destruktiven und defizitären Humanfunktionen, die die Leere im zentralen und sekundären Ich bilden, aufzubauen. Dies bedeutet, die extremen Verlassenheitsängste des Patienten zu erreichen. Zu Beginn der humanstrukturellen Therapie werden in der Regel nonverbale Behandlungsmethoden eingesetzt. Nach *Ammon* ist hier das Konzept des sozialenergetischen Feldes im gruppendynamischen Milieu der Klinik, das besonders durch die Beziehung der Patienten untereinander entsteht, von besonderer Bedeutung. Desweiteren sind eine oder zwei feste Beziehungspersonen im Team und das gesamte integrierte therapeutische gruppendynamische Behandlungsprogramm wie Mal-, Musik-, Theater-, Tanz-,

Sport- und Milieutherapie sowie Interessengruppen wie Literaturseminare, Film- und Sprachlerngruppen, desweiteren die wöchentlich stattfindenden Großgruppen und die Einzel- und Gruppenpsychotherapie, geleitet durch psychoanalytisch geschulte Mitarbeiter, von Bedeutung. Nicht mehr ein einzelner Therapeut leistet die Behandlung, sondern bei archaisch-ichkranken Patienten hat *Ammon* die Notwendigkeit eines gesamten sozialenergetisch-gruppendynamischen Therapiefeldes als zentral für eine erfolgreiche Behandlung herausgearbeitet.

Wichtig ist dabei für die therapeutische Arbeit die Kontroll- und Supervisionsbesprechung mit dem Team und die enge Zusammenarbeit von Sozialarbeitern und behandelndem Team mit den Familienmitgliedern des Patienten, seinem Arbeitsfeld und seinen Lebensgruppen. Für die Integration der verschiedenen Entwicklungsfelder sind die in regelmäßigen Abständen stattfindenden Case-Konferenzen wichtig. Die Arbeit mit der Familie sollte in Richtung Familientherapie gehen; dies bedeutet, der Patient nimmt am Familiengespräch aktiv teil, oftmals begleitet von befreundeten Mitpatienten.

Ammon sagt: »Die Grundtendenz der Behandlungsmethodik ist, dem Patienten die Möglichkeit zu geben, in ein kontrolliertes und überschaubares Feld hinein zu agieren.« (*Ammon* 1990)

Durch die verschiedenen Gruppen und verschiedenen therapeutischen Beziehungen kann der Patient seine angstmachenden Übertragungen und Projektionen aufsplittern und abschwächen und können die Schwierigkeiten erkannt und bearbeitet werden. Es geht immer darum, dem Patienten zu helfen, sich Schritt um Schritt mehr der äußeren Welt und der Realität zuzuwenden und immer weniger Interesse für die innere bedrohliche Welt zu haben; dies geschieht über die Beziehung zum Therapeuten und die Vielfalt der therapeutischen Beziehungsmöglichkeiten. Z.B. kann sich der verbal gehemmte Mensch in der humanstrukturellen Tanztherapie durch Körper- und Bewegungssprache ausdrücken, mit Bewegungen wie Drehen und Sprüngen zum Beispiel, kann er sich Raum nehmen und gestatten und anschließend darüber sprechen. In der Theatertherapie können die Patienten in den Rollen ihre eigene Pathologie spielen, z.B. bei entfremdenden Rollen wie Tieren, Pflanzen, verzauberten Wesen usw. Der Wendepunkt in der Therapie ist dann, wenn sie diese Rollen als krank und fremd empfinden. Nach und nach sollen sie lernen, in den Einzel- und Gruppentherapien über ihr Erleben in den nonverbalen Therapien sprechen zu können. Bei den nonverbalen Therapien ist die Arbeit mit der sogenannten Bildersprache und die Konzentration auf die kreativen Möglichkeiten des Patienten wichtig.

Der Milieutherapie kommt ein besonderer Stellenwert zu. Es handelt sich hier um kleine therapeutische Lebensgemeinschaften auf Zeit mit einem gemeinsamen Arbeitsprojekt. Die Milieutherapiegruppe begleitet den Patienten den ganzen Tag, die Patienten essen zusammen, planen Ausflüge und Familien- und Freundschaftsbesuche, tägliche Probleme wer-

den besprochen, und sie gestalten ihr Projekt selbst. Projektleiter werden aus der Gruppe gewählt. Die therapeutische Arbeit geschieht hier über das sogenannte dritte Objekt.

Im Zentrum der Schizophrenietherapie steht die Ich- und Identitätsentwicklung; im Sinne der nachholenden Entwicklung heißt dies, daß das Symptomverhalten des Patienten durch neu entwickelte psychische Strukturen und Funktionen ersetzt wird. Hat *Freud* (1914) für die Neurosentherapie das Ziel »Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten« gesetzt, so muß es nach *Ammon* für die Schizophrenietherapie »Wiederholen, Wiedergutmachen, Erinnern und Durcharbeiten« heißen.

Die symbiotische Übertragung und der damit einhergehende symbiotische Widerstand sind grundlegende Dynamiken in der Schizophreniebehandlung. Darum steht die Bearbeitung der Widerstandsdynamik mit dem paranoisch-narzißtischen Widerstand im Mittelpunkt. Verfolgungsangst und Größenvorstellungen verbunden mit Verlassenheits- und Todesängsten bis hin zum Suizid bilden hier den Kern. Dabei wird jedes Kontaktangebot und jede Leistungsforderung als Bedrohung erlebt (vergl. *Ammon* 1992). Behandlungsmethodisch sind nach *Ammon* hier zwei Punkte wichtig, nämlich die Vermeidung von jeglicher Konfrontation auf konkreter Ebene und ein empathisches Verständnis für die Angst, verbunden mit einer Hilfe für den Patienten, die Angst zu ertragen und durchzustehen. Die Bearbeitung der Widerstandsdynamik geht auch einher mit destruktiver Aggression, die auch defizitär sein kann und sich durch Schweigen ausdrückt. Die Wut kann als Kehrseite der Angst gesehen werden, sie muß deshalb ähnlich gehandhabt werden. *Ammon* versteht die schizophrene Reaktion auch als einen destruktiven Widerstand gegen Kontakt und Identitätsentwicklung. Eine therapeutische Möglichkeit ist hier das Einsteigen in die Psychose, d.h. im Wahn selbst Kontakt aufzunehmen und dann den Patienten in die Realität zurückzuführen (*Ammon* 1992). Eine Strukturnachentwicklung kann man an einer Veränderung in der Widerstandsdynamik erkennen.

Als einen »turning point« in der Therapie kann man dann verstehen, wenn es dem Patienten gelingt, sein pathologisches ich-syntones Verhalten als ich-fremd zu erkennen (vgl. *Ammon* 1992). Dies ist gleichzeitig ein wichtiger Schritt in der Ich-Abgrenzung und damit Strukturgewinnung. Nach der Bearbeitung des Symbiosekomplexes und des symbiotischen Widerstandes steht in der Schizophrenietherapie die Bearbeitung der ödipalen Problematik an, dies hat *Ammon* 1992 bei seiner Beschäftigung mit Schizophrenie und Neurose herausgearbeitet. Wichtig in der Therapie wird aber immer sein, den Patienten aus seinen Abhängigkeiten zu befreien und ihm eine Entwicklung zu eigener Identität zu ermöglichen.

Psychotherapy of Schizophrenia in Dynamic Psychiatric View

Maria Ammon (Berlin/Munich)

The essentials of *Günter Ammon*'s school of Dynamic Psychiatry are reported. Schizophrenia according to *Ammon* (1979) has its origin »in an unsuccessful demarcation from infantile symbiosis with socialenergetic groupdynamic disturbances within the primary group« (translation by the redaction), so that the child was not supported but behindered in the development of his ego-demarcation and human functions by his mother and social environment. The child was rejected openly or unconsciously.

Family dynamics were characterized by a refusal of body contact, of giving time and of talking with the child, by an hostile and double-bind atmosphere, the child being made responsible for the parents' feelings like anxiety, rage and guilt, by forbidding contacts and relationships outside the family. The development of human structure is seen in a groupdynamic dependency of social environment. The members of the family group themselves are determined by their childhood families' dynamics (*Ammon* 1991).

In his concept of human structure *Ammon* (1980) speaks of »schizophrenic reaction« in order to emphasize that this illness can be understood and changed. He describes it as an archaic ego-disease, where the central (mostly unconscious) human functions are severely deficient and destructive; the secondary human functions (i.e. behaviour) are severely deficient, too, even breaking down in acute psychosis. By his psychotic reaction the patient tries to avert his anxiety and to compensate his structural deficits, the »hole in the ego«, as *Ammon* (1974) called it.

The most affected human functions are:

Body Ego: it has no or only crumbling borders; often the patient feels no pain or hurts himself (e.g. burning, cutting). One may even speak of an »ego-less« condition, which causes fear of death. Therapy must include the body by riding, cance, theatre and swimming therapy etc.

Aggression: is destructively deformed and directed against the own body and soul and social environment. The crucial point in therapy is to work it through and to bear the patient's enormous fear of death and desertedness.

Ego-demarcation: is either wide open or too closed, both making the patient unable for adequate contact.

Perception: is not adapted to reality.

Narcissism: The patient never received narcissistic gratification for own independent development and was not demanded in a proper way. Unless he demands continously for narcissistic confirmation he stays unsatisfied.

Thinking: the classical leading symptom for diagnosis of schizophrenia; it means an autistic thinking associated with retreat from reality.

For diagnosis a well-founded anamnesis, psychological tests and interviews with the patient' partners of symbiosis are necessary. It is essential to

evaluate the whole humanstructure profile with its healthy as well as ill tendencies, so that it is possible to treat the patient individually and to take into account his actual and future potentials.

Treatment should emphasize ego-development and build up deficient and destructive functions. In the beginning it will be a »stabilizing crisis therapy« (*Ammon* 1992) and, above all, use nonverbal methods. Although one or two team members, whom the patient can rely on, are important, therapy is done by the entire socialenergetic and groupdynamic field. Intensive cooperation, supervision and case-conferences, in which all therapists concerned meet and the patient himself is involved, are necessary for the integration of treatment, as well as conversations with family members, in which the patient participates actively. »The patient should be given a possibility to act out into a controlled and manageable field« (*Ammon* 1990).

By the different therapeutic relations and groups the patient can split his transferences and projections causing fear. It is aimed to enable him more and more to get in contact with reality and to be interested less and less in his inner threatening world. Nonverbal therapies like dance or theatre offer him a possibility to express himself in movement or to play his own pathology and to leave it behind. Milieu therapy in this context means an all-day-long living community; the patients work together on self-designed projects, eat together, plan excursions, visits and celebrations; everyday problems are discussed. Symbiotic transference and resistance, especially the paranoic-narcissistic one, are basic dynamics in psychotherapy of schizophrenia; offered contacts and any demands of carrying out are experienced as threatening. It is important to avoid any concrete confrontation, to give empathic understanding and to help the patient to stand his anxiety.

It is the turning point, when the patient recognizes his pathological behaviour not ego-syntone anymore, but ego-dystone. This means demarcation and gaining of new structure, which is the aim in *Ammon*'s therapy. To liberate the patient from his dependencies and to give him way to develop his own identity is most important. When *Freud* (1914) spoke of »repeat, remember, work through«, *Ammon* puts »repeat, repair, remember, work through« for the psychotherapy of schizophrenia.

Literatur

Ammon, Günter (1974): Psychoanalyse und Psychosomatik. (München: R. Piper & Co.)
- (1979): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie. Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt)
- (1980): Dynamische Psychiatrie. (München: Kindler)
- (1987): Schizophrenie – ein ganzheitliches Geschehen. In: Dyn. Psychiat. 20 (1-23)
- (1991): Psychotherapie der Schizophrenie – Paradigmenwechsel in Psychiatrie und Psychoanalyse. In: Dyn. Psychiat. (24)
- (1992): Neurose und Schizophrenie – Theoretische und klinische Erfahrungen und Konsequenzen. In: Dyn. Psychiat. 25 (147-164)

Freud, Sigmund (1914): Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten. Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse. Freud-Studienausgabe, Ergänzungsband, S. 205-215 (Frankfurt: S. Fischer)

Adresse der Autorin:

Dipl.-Psych. Maria Ammon
Meierottostraße 1
D - 10719 Berlin

Günter Ammon's Conception of the Borderline Syndrom**

Ilse Burbiel (Munich)*

The borderline syndrome in Günter Ammon's conception is regarded as a structural deficit in the central, primarily unconscious part of the personality (human structure) where above all the functions of demarcation and identity are disturbed. The structural deficit is the result of experienced and internalized destructive and deficient group dynamics within the proeoedipal and preverbal developmental phase. This deficit of identity is frequently compensated by well developed secondary personality functions, i.e. abilities and capacities that enable the borderline-structured person to cope with reality demands. Borderline therapy primarily aims at considering the entire personality including his destructive, deficient but especially his constructive parts whereby the question for the patient's identity as well as subsequent identity development is decisive. At least in the first phase of therapy formal analysis by interpreting transference and resistance should be replaced by a therapy of a direct contact with the therapist or the group, whereby the inclusion of nonverbal therapeutical methods is useful. Important in this context is that the various psychotherapeutical methods such as dance, music, painting, and above all milieu therapy are related to each other and integrated by a common treatment conception.

When *Ammon* designed in 1976 a structural formulation of the borderline phenomenon for the first time, several theoretical discussions and in particular a great number of psychotherapeutic experiences had preceded this formulation.

Starting with the understanding of the borderline disorder as a disturbance of the ego-autonomy, which he had already formulated in 1959 during his stay of ten years at the Menninger Foundation – and which he had presented later in a lecture at the IInd International Symposium of the DAP in Paestum – he, already at the end of his time in the United States, thought (and discussed this with *Otto Kernberg* who then had come to the Menninger Foundation as a young man) about the idea to describe the various phenomena of this disorder as an entity and to formulate deeper structural conditions, which can be brought into connection with the personality organization of the individual.

Before this first theoretical version of the borderline-concept could be formulated, the aggression-concept had to be »peeled off« the roots of the drive theory, in order to bring the therapeutic work with aggression – which is part of every psychotherapeutic treatment in *Ammon*'s view – into an interpersonal context.

* Ph. D., Psychoanalyst (DAP), Grouppsychotherapist (DGG), Clinical Psychologist/ Psychotherapist (BDP), Psychological Director of the Dynamic Psychiatric Hospital Menterschwaige, Training Analyst and Scientific Chair of the Munich Training and Research Institute of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP), Chairwoman of the German 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

In Düsseldorf, 1976, *Ammon* gave for the first time a lecture on his borderline concept, on the basis of a newly formulated personality concept. He still called his concept of personality »ego-structure-model«; later on he called it the »human-structure-model«, in order to demarcate it from ego-psychological concepts.

The model of ego, id and super-ego of orthodox psychoanalysis as well as the structure-model of ego-psychology are given up in favour of a structuremodel which tries to understand the development and interdependence of personality and human functions (ego functions) as a mirror of internalized group dynamics, i.e. interpersonal experiences, which can be specifically influenced by the various relations to the therapist and the therapeutic groups.

In *Ammon's* personality model the human structure is formulated as a holistic and multidimensional structure, of which the human functions are elements. The human functions have a synergistic and dynamic interconnection regulating each other and can be assigned to three different substructures of the personality, which form themselves an entity;

1. The primary human structure contains the whole physical-biological area of the person with the central and peripheral nervous system, the endocrinological, physiological systems, the motor activity, perception etc.

2. The central, mostly unconcious area of the personality contains the central human functions, for example aggression, anxiety, ego-demarcation, narcissism, creativity, body-ego, sexuality, group ability etc.

In *Ammon's* view the central unconsious part of personality is the basis for psychic health or illness, because in this area the early experienced group dynamics find their structural expression.

The quality of these interpersonal experiences in contacts, at an early time, but also in later contacts, is to be seen as a gliding spectrum: from constructive, i.e. supporting contact and development, to destructrive, i.e. destroying contact and thus arresting development, and deficient, i.e. without contact and thus without development. Therefore, the quality of human development, too, has that gliding spectrum of constructive, destructive and deficient character.

Ammon describes the unconscious as the »dynamic core of identity development« (*Ammon* 1979), which under the primacy of identity coordinates, regulates and integrates the whole personality.

3. To the secondary part of human structure *Ammon* assigns capacities and skills, which produce the contact to reality and which are mostly conscious.

In a dynamic view, human structures are holistic systems. Their elements, the human functions, stand in dynamic and, according to *Ammon*, social-energetic exchange processes not only within the system, but also between its environment and itself. Social energy (*Ammon* 1982), the energy which is produced by interpersonal contacts has either constructive, destructive or deficient influence on the human structure development, depending on the quality of contact experiences.

All so-called archaic identiy disorders, to which belongs – besides psychoses, severe depressions, psychosomatics and addiction – esspecially the borderline disorder, have in common very severe early identity damages and a structural deficit in the central core of the human structure. Together with this unitarian concept of disease, *Ammon* (1988) describes basic structural differences between the different groups of disorders, though there are gliding transitions between them.

In contrast to the schizophrenic patient (*Ammon* 1984), a borderline patient will show besides the severe disturbance of identity a well developed secondary area of behaviour, which however is split off from the central core of personality and sometimes has an over-compensatory function. The human functions directed towards reality are mostly well developed and let the borderline patient seem often »healthier than healthy«. »The disorders in the central human area are covered by a more or less intact façade of secondary human functions and defense functions, which compensates the human structure deficit« (*Ammon* 1976).

As further possibilities of compensation the borderline patient often uses a variety of different symptoms, which can change antagonistically and let him appear schizophrenic, hysterical, compulsive, depressive, normal or psychosomatic. According to *Ammon,* this variety of symptoms and richness of facets characterizes this disease as an independent disorder.

The outbreak of the disease can be produced by situations representing claims on the patient's identity – as for example examinations, pregnancy, separation and loss of important contacts. This can lead to a break down of the secondary behavioural area and bring to surface – often in the form of depressions and sucidale ideas – the severe structural deficit with accompanying great fears and aggression.

This structural deficit develops from traumatic disturbances in the archaic communication between the family group and the child, particularly in the time before the third year of life, in which demarcation from the symbiosis is important for identity. Unconscious identity conflicts and fears of the central caretaker do not enable the child to separate from the symbiosis or only separate with guilt feelings.

This identity problem is repeated in various forms in the developing human structure, so that we can formulate for all borderline-patients as follows:

1. All borderline-disorders are disorders of identity and therefore disorders of regulation and integration of the human structure. These patients often feel empty in their inner world, they do not know who they are, are fleeing permanently from themselves, from the great fear of being themselves, i.e. of having their own identity. Their contacts are often superficial and not continuous; there are many break-offs in partnership and work.

»All emotional relations repeat to a smaller or larger extent the symbiosis conflict, so that the borderline patient is not able to develop relationships in

which he could cope emotionally with the other person and learn emotionally. For him there is only a pseudo-solution of his archaic ambivalence conflict, in which he rejects the conflict by substitute identities, vague identities or not integrated ego-states. As actor of life he will embody different roles and form an »as-if-personality« (*Ammon* 1979).

The behaviour or appearance of the person can change from one hour to another, extreme as a »multiple personality«. Just as a chameleon changes its colour, he changes his identity under the pressure of adjustment.

2. According to the extent of the unsolved demarcation problems from early symbiosis, all disorders concern the demarcation ability of the borderline-patient. He is neither able to demarcate himself flexibly from his inner world of feelings and fantasies nor from the outer environment and other persons, groups, demands etc. Phenomenologically, this can show in various ways; either the patient has no access to his feelings, dreams and fantasies or he is flooded by his feelings, this causing intermittent psychotic reactions. Towards the environment he either adjusts to any claim or he does not show any willingsness to adjust to group and social exspectations and norms.

3. Meanwhile, the relation between pathological narcissism and borderline states is widely accepted. A severe damage of self-esteem lets the patient vacillate between omnipotence and very deep feelings of inferiority up to practical self-punishment. The pathologically narcissistic person feels his fellow persons as nuisance, on the other hand he is longing for attention and approval.

4. Furthermore, one can observe a deformation of the human function of aggression in the form of derstruction directed towards the inner or outer world, with occasional outbursts of destructive aggression. The aggression directed towards the environment distinguishes the borderline-patient from the neurotic. In contrast to the neurotic patient, who suffers himself from his symptoms, in borderline patients it is the environment which suffers, because the borderline patient shows little repression. Besides, there are disturbances of affectivity, frustration regulation, sexuality and thinking: formal disorders as the concretistic thinking, thinking blockades, magical thinking; the contents of thinking are disturbed by compulsions, forms of ideological thinking and consequent idealization.

5. All borderline patients also have in common the problem of coming to terms with fear and anxiety. The core of all anxiety of the borderline patient is fear of death and identity. To have identity means to live a life in its own right, to rest in oneself. The claim for identity is experienced as a mortal danger. The borderline patient is dominated by fear of loss, as a fear to leave symbiosis, fear of demarcation, fear to say no. Each step out of the symbiosis towards his own identity is always connected with fear and anxiety. This form of destructive and deficient anxiety can be indicated by overwhelming feeling of fear at night, but feeling no fear during the day, because it is covered by secondary functioning.

Therapy

All we have said so far on the disintegrated structure of the borderline patient makes clear that the central aspect of therapy is to include the total personality of the patient, all his gifts, interests and capacities.

The constructive human functions serve as contact bond and offer identity. Here starts *Ammon's* method of humanstructural working which he also calls identity therapy. It makes it necessary that the therapist shows himself as a whole person. In working with severe borderline disorders, the therapist must be capable to remain firmely at the side of the ill patient and to support him for a longer period of time.

The question of identity is the centre of therapeutic work with the borderline patient. Yet the main task is not to get rid of symptoms; the therapeutic goal should be making him capable of relations to himself and to other persons. In a human-structural understanding this means to reach him emotionally in his unconsious core of personality and to develop destructive and deficient parts of personality into a constructiv identity. The consequence for therapy is to ignore the behavioural symptoms of the patient and to concentrate on the fear and aggression of the borderline-patient concealed behind the symptoms.

At least in the first phase of therapy the formal analysis with interpretations of transference and resistance must be replaced by a therapy with direct contact: group therapy and more nonverbal methods which reach the fantasy world of the patient – as for example the human-structural dance–, theatre, music, painting and horse riding therapy and especially milieu therapy. That means that contact through the third object, the work projects, is successful in treating this group of patients.

In this it is essential for a positive treatment outcome that these various treatment facets should not take place ecclectically, but should be integrated. In the inpatient treatment, as for instance in the Dynamic Psychiatric Hospital Menterschwaige in Munich, this happens by means of control groups, held twice a week, with all treating therapists and team members; also by means of case-conferences and of the whole hospital plenary group twice a week. In the outpatient treatment the integration must be given by a close cooperation of all treating therapists. The theoretical integration of the complete therapeutic work occurs in Dynamic Psychiatry on the basis of *Ammon's* model of personality.

In the case of severe forms of destructive and deficient narcissism, paranoia and anxiety, a group-psychotherapeutic treatment is not possible in the initial phase of therapy. As these persons cannot share a therapist with other people because of jealousy, there must be built up a structuring individual therapy before group-therapy.

During the entire process of human-structural working, the excessive destructive fear of the patient must be taken into account. We have to work with him to find out what frightens him and how he learns to bear his

anxiety. In this therapeutic work the therapist should be an empathic ally against this fear. If the suffering patient succeeds in standing this fear, he will feel more and more contact with himself, with the therapist and with fellow persons and objects, and the fear will decrease. It will then become possible to reach growing insight, to reduce step by step paranoic tendencies and privatistic perceptions of reality.

As with each identity disease, the working on destructive and deficient aggression is the pivot of each successful psychotherapy with borderline patients. Aggression is so to speak the reverse of fear and must be handled methodologically that way. As a rule the aggression is directed towards the person, from whom contact is offered and demands for achievement are coming. Each concretistic co-acting of aggression has to be avoided; instead the therapist must dare the direct confronting in the her-and-now-situation. The patient's relations from the past or present have to be considered in the therapeutic relation.

Each borderline therapy focusses on solving the identity splitting by an understanding of the existential fear of contact and identity.

Thereby the personality of the therapist plays an important role; with an attitude based on partnership – in keeping the necessary therapeutic distance – the therapist should show himself totally in his personality, be himself able to engage in contacts and confrontation, have kindness and warmth, put himself into question, be without prejudices against human absurdities and own the ability of caring for his fellow people.

Das Borderline-Konzept von Günter Ammon

Ilse Burbiel (München)

Ammons Verständnis der Borderline-Erkrankung geschieht auf der theoretischen Basis seines Persönlichkeitskonzepts, dem Humanstrukturmodell. Das Borderline–Syndrom wird als archaische Identitätsstörung begriffen, von der zentrale Persönlichkeitsanteile bzw. Humanfunktionen betroffen sind. Dieses Persönlichkeitsmodell vereint dynamische und strukturelle Aspekte, indem es versucht, die Ausbildung und Interdependenz der Persönlichkeits- oder Humanfunktionen als Spiegel internalisierter Gruppendynamiken, d.h. zwischenmenschlicher Erfahrungen zu verstehen. Die Humanstruktur setzt sich aus verschiedenen Humanfunktionen zusammen, die in drei Substrukturen gebündelt werden, wobei alle Humanfunktionen und die drei Subsysteme in einem synergistischen, sich wechselseitig regulierenden und dynamischen Zusammenhang stehen:

1. Die primäre Humanstruktur umfaßt den gesamten körperlich-biologischen Bereich des Menschen.
2. Zu dem zentralen, vorwiegend unbewußten Teilbereich der Persönlichkeit gehören die zentralen Humanfunktionen wie Aggression, Angst,

Abgrenzung, Narzißmus, Kreativität, Sexualität, Körper-Ich, Gruppenfähigkeit usw.

3. Dem sekundären Humanstrukturbereich ordnet *Ammon* Fähigkeiten und Fertigkeiten zu, die den Kontakt zur Realität herstellen und vorwiegend bewußt sind.

Alle Humanfunktionen können auf einem Spektrum von konstruktiv, destruktiv und defizitär ausgebildet sein. Hier spiegelt sich die Beziehungserfahrung wider, die der einzelne in den verschiedenen Bereichen gesammelt hat.

Die Borderline-Erkrankung wird in der Konzeption *Ammons* als strukturelles Defizit im zentralen Kern der Humanstruktur verstanden. Anders als bei den schizophren Erkrankten haben Borderline-Patienten aber oft gut ausgebildete sekundäre Humanfunktionen, die als kompensatorische Fassade für das dahinterliegende Strukturdefizit dienen. In Zeiten persönlicher Anforderungen kann diese Fassade zusammenbrechen, so daß das große Identitätsdefizit deutlich wird. Dabei zeigen Borderline-Patienten verschiedene Symptomatiken, die sich oft auch abwechseln. Gerade dieses Wechseln von Symptomen ist typisch für das Erscheinungsbild der Störung. Auf der Ebene des persönlichen Erlebens äußert sich die Erkrankung häufig als Gefühl der Leere und Sinnlosigkeit. Die Kontakte sind brüchig und oberflächlich. Emotionale identitätsstiftende Auseinandersetzung findet nicht statt, da die unbewußte Identitätsangst zu groß ist. Alle Kontakte spiegeln mehr oder weniger den archaischen Symbiosekonflikt wider.

Für die Therapie ist daher die Bearbeitung der Abgrenzungsproblematik von entscheidender Wichtigkeit. Dazu gehört der Aufbau echter Kontakte, die eine realistische Selbst- und Fremdeinschätzung beinhalten. Die existentielle Angst und destruktive Aggression, die bei der Bearbeitung dieser Problematik von den Patienten gespürt und auch ausagiert wird, verlangt vom Therapeuten ein hohes Maß an Integrationskraft. Die Forderung nach Identität wird von den Borderline-Erkrankten als Todesgefahr erlebt, so daß der Therapeut fähig sein muß, über längere Zeit standhaft an der Seite des Patienten zu bleiben und ihn zu tragen.

Vorrangiges Ziel der Therapie ist nicht so sehr die Beseitigung der Symptomatologie, sondern den Patienten zu sich und zu seiner Umgebung beziehungsfähig zu machen, seinen unbewußten Persönlichkeitskern zu erreichen und so die destruktiv und defizitär entwickelten Persönlichkeitsanteile hin zu einer konstruktiven Identität zu entwickeln. Als Kontaktbrüche dienen die konstruktiv entwickelten Humanfunktionen.

In der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige steht ein breites Spektrum von verbalen und nonverbalen Therapiemethoden zur Verfügung wie Gruppenpsychotherapie, Tanz-, Theater-, Musik-, Mal-, Reit- und insbesondere Milieutherapie. Sie erreichen die unbewußte Phantasiewelt der Patienten unmittelbar und zeigen gute Erfolge. Wichtig ist, daß diese verschiedenen Behandlungsfacetten nicht eklektizistisch betrachtet werden, sondern im Sinne eines integrierenden Gesamtfeldes zu

sammengeführt werden, um der Spaltungstendenz dieser Patienten entgegenzuwirken. Dies geschieht theoretisch durch das ganzheitliche Persönlichkeitsmodell *Günter Ammons*, praktisch u.a. durch die zweimal wöchentlich stattfindenden Kontrollgruppen, sowie durch die Case-Konferenzen und die zweimal wöchentlich stattfindenden Großgruppen.

References at the author

Address of the author:

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

Social Stress Disorders**

Yuri A. Alexandrovsky (Moscow)*

Social Stress-Disorders (SSD) are worldwide predictable for people who are exposed to a change of conditions, life-styles, customs and way of life etc. which are rooted in the consciousness. SSD can manifest itself through premorbid conditions, adjustment disorder and neurotic and psychosomatic disorders. This dramatic phase lasts for quite a while and is necessary in order to work over events and to develop an individual plan for psychological adjustment. One's own experiences, in care for patients with SSD, show above all that a patient-orientated (reconstructable) individual and group-psychotherapy is efficient. The applications of the principles and methods of Dynamic Psychiatry have proven to be successful. Physicians are not called on to solve basic social questions, even if the social surroundings cause a rise in psychogenia. However, physicians can actively help to recognize and balance out these psychogenias. SSD can lead to a break-down of life aims and future plans. There is a great lack of hope and trust in authorities. The following subdivision can be made: the nonpathologic psychophysiologic adaptation-reaction, the emotional adaptation-disorder and SSD senso stricto. A stable social situation is needed for success of the therapy.

The necessity to provide psychiatric and medico-psychological care to the victims of national disasters, catastrophes, military actions as well as of macrosocial conflicts has become the objective basis for developing a doctrine about reactive states during recent decades. It resulted in the introduction of diagnostic and syndromal evaluations, not practically used prior to the middle of the twentieth century, to classify different mental diseases. Among them are posttraumatic stress disorders (PTSD), socio-stress disorders (SSD), premorbid neurotic manifestations, reactions to acute stress, maladjustment, fighting (battle) stress, fighting exhaustion etc.

Are the enumerated disorders »new« diseases of this century? Answers to this question in the existing literature are dissimilar. From our viewpoint, the speech is only about placing accents of psychopathological disturbances, first of all generated by expenses of the modern civilization and social conflicts, in human cohorts. These disturbances in the phenomenological plan were already discribed in the past, however they were not specially generalized and distinguished. It was due mainly to the fact that society was not ready to perceive social reasons, deteriorating mental health, and to realize the necessity of corresponding preventive and rehabilitation measures.

The analysis of mental health state in Russia during recent years is significative of a growth of non-psychotic, so-called borderline mental disorders, first of all neurotic and somatoform disorders and reactions of adaptation, directly connected with negative changes of life most of the population. The number of patients with the primary diagnosis of »neurosis«,

* Prof. M. D., Vice-Director of the Serbsky National Research Center of Social and Forensic Psychiatry, Head of the Center for Borderline Psychiatry, Moscow, Russia

** 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

»psychopathy«, »reactive states« and »psychosomatic disorders« correspondingly increased in Russia in 1995 in comparison with 1991 on 32%, 15%, 46% and 92%. During the last decade the number of the disabled due to mental disorders grew on 30,6% in Russia. And the examination of individual, selected groups of the population showed, that a considerable part of the patients, especially with not marked neurotic disorders, has remained outside expert attention.

Specialists of the Serbsky Centre in Moscow have paid, during recent years, much attention to medico-psychological and psychiatric care of large groups of the population, suffering from socially conditioned stress affects. More than 5000 persons with neurotic and somatoform disorders, who visited the clinics of neuroses and general somatic institutions, as well as the dynamically examined after natural disasters and catastrophes, including victims of the Chernobyl accident, refugees, victims of national conflicts, were under observation. And the analysis of psychogenesis and development of morbid disorders in the majority of the examined allowed to discover a direct relation of macrosocial changes of life conditions with the character of mental disorders. In its turn, it gave grounds at the 7th PTSD Congress in Washington, D. C. (1991) to make a supposition about the expediency, from the viewpoint of etiology and mainly the rehabilitation tactics, to distinguish sociostress disorders in the group of neurotic and somatoform disorders. The experience gained during the following years allows to give a more detailed characteristic of sociostress disorders. Criteria fo SSD diagnosis and main clinical and diagnostic parameters of SSD as well as principal differences from PTSD are shown in the following tables:

Diagnostic Criteria for SSD:

A) Conditions and Peculiarities of Individual's Experience

- basic changes in social relations outstanding ordinary knowledge of life
- changes of cultural, ideological, moral and religious notions; changes of standards and values that were considered for the life of previous generations
- changes of social relations and life plans
- instability and uncertainty of life conditions

B) Behavioral Peculiarities

- sharping of personality peculiarities
- development of hyperstenia (right up to autodestructive tendencies), hypostenia, panic reactions, depressive, histrionic and other disorders
- loss of adaptational abilities on condition of perservation of purposful acting
- development of cynicism and inclinantion to antisocial behaviour

Main Causes and Dynamics of SSD

- macrosocial common traumatic events changing life patterns of large groups of people
- chronic, prolonged social-stress circumstances; their dynamic directly determines reduction or deterioration of neurotic disorders
- worsening of somatic condition
- increasing of neurotic and personality disorders under »biogenic« influence of harmful ecology

The Main Morbid Manifestations of SSD:
- autonomic nervous system disturbances
- sleep disorders
- histrionic disorders
- depressive disorders
- panic disorders
- other neurotic or personality disorders

All mental and behavioral disorders associated with SSD are non-specific. They are determined by common patterns of psychic disadaptation onset

Main Types of SSD:

1. Non-Pathological (Psychophysiological) Reactions

Main Manifestations:
- sense of emotional tension
- decompensation of personal accentuations
- autonomic nervous system disfunctions
- hypostenia
- hyperstenia
- insomnia

All manifestations are transient and strictly connected with reactions emerged under social-stress circumstances

2. Psychogenic Reactions of Adaptation

Neurotic Disorders with Predominance of:
- neurasthenia
- depression
- hysteria
- other disorders

Clinical manifestations of reactions appear as a response to individually significant traumatic event but social changes form their particular background and determine individual's predisposition for reaction's offset

3. Neurotic Conditions (Neurosis) with Predominance of:
- depression
- phobic-anxiety disorders
- histrionic disorders
- senesto-hyochondriasis
- other disorders

Chronification of neurotic disorders under condition of unsolved social problems causing the disorders may lead to:
- pathological development of personality
- psychosomatic disorders
- abuse of alcohol and/or substances
- reactions of social rebel associated with law-breaking actions

4. Acute Stress Reactions
- acute emotional shock reactions
- dissociative impairment of consciousness with:
  - motor agitation
  - motor retardation
  - delirium
  - pseudodementia
  - other disorders

SSD'S Duration

- non-pathological (psychophysiological) reactions - within several days
- psychogenic reactions of adaptations - within 3-5 month
- neurotic and somatoform disorders - within 3-5 years
- pathological personality development - in 3-5 years of hard neurotic disorders

Main Differences between SSD and PTSD

SSD	PTSD
occur not only in those who experienced life dangerous event but also macrosocial common psychological trauma	occur in those who experienced life dangerous event

SSD may be considered as a special group of severe stress reactions and derangements of adaptation (ICD 10: Section F-43)

SSD are conditioned by general causes and develop in a large number of people. According to their phenomenology they don't principally differ from other disturbances of the neurotic level, observed in usual and extreme conditions; however their incidence in sociostress increases greatly, as it is shown by Russia experience. It gives ground to distinguish SSD as a special group of disorders in item F-4 of ICD and elaborate differentiated definitions, preventive and curative methods.

Soziale Stress-Erkrankungen

Yuri A. Alexandrovsky (Moskau)

Die Veränderungen, die in den letzten 10 Jahren in Rußland stattgefunden haben, erschütterten die Identität und die sozialen Werte von Millionen von Menschen. Soziale Stress-Erkrankungen (Social Stress Disease – SSD) entwickeln sich bei Menschen, die außergewöhnlichen sozialen Veränderungen ausgesetzt sind. Der Autor betrachtet das totalitäre Regime, das über Generationen geherrscht hat, als den hauptsächlichen Verursacher von sozialem Stress. Die undemokratische Ideologie führte zu einem geistigen und gesellschaftlichen Zerfall. Weitere Auslöser von SSD sind das wirtschaftliche und politische Chaos, das ethnische Zerbrechen mit Bürgerkrieg und hunderttausenden von Flüchtlingen sowie zunehmende Kriminalität und Anarchie. Diese Faktoren führen zu einer Infragestellung der Lebensziele, Zukunftspläne und des Rollenverhaltens der Menschen. Hoffnungslosigkeit und Mißtrauen den Autoritäten gegenüber machen sich breit.

Der Autor unterscheidet folgende Untertypen von SSD:

1. Nichtpathologische psychophysische Reaktion: Sie zeigt sich in gesteigerter emotionaler Erregung, Schlaflosigkeit, Fehlfunktionen des autonomen Nervensystems, Zuspitzung von Charakterzügen und depressiver Stimmungslage. Diese Störungen sind bei den meisten russischen Bür-

gern sichtbar. Da sie vorübergehend sind, benötigen sie keine therapeutische Behandlung. Sie entstehen allein durch den sozialen Stress.
2. Emotionale Anpassungkrankheit: Diese psychische Störung kann durch individuelle Traumen ausgelöst werden, wobei die Schwelle durch den sozialen Stress vermindert wird. Die häufigste klinisch sichtbare Störung ist die Depression. Unterstützende Psychotherapie ist hilfreich, wenn sie auf Lebensziele und -werte ausgerichtet ist.
3. SSD sensu stricto: Die auslösenden Faktoren werden jeden Tag neu und machtlos erlebt. Dies führt zu einer Gier nach Neuigkeiten. Daraus entsteht eine Gerüchteküche mit apokalyptischen Erwartungen. Da man den Stressoren nicht ausweichen kann, werden die Betroffenen gegenüber den Zuständen blind und verdrängen ihre Gefühle. Zynismus und schwarzer Humor machen sich breit. Die sozialen Stressoren sind lang anhaltend. Daraus entwickelt sich ein Erregungszustand, der mit Erschöpfung verbunden ist, im Gegensatz zum Post-traumatic Stress Disorder (PTSD), der akut auftritt und durch einen ansteigenden Erregungszustand gekennzeichnet ist. SSD ist eine chronische Krankheit, die von Mattigkeit, Angst, Melancholie und psychosomatischen Beschwerden begleitet ist. Die ganze Persönlichkeit wird durch die Erkrankung verändert.

Der Autor ist der Meinung, daß therapeutische Erfolge bei gleichbleibenden sozialen Auslösern kaum zu erreichen sind. Der Zusammenbruch der Identität bei sozial ausgelösten Erkrankungen führt zu einer negativen Haltung und zu einem deutlichen Anstieg von Suiziden. Für eine erfolgreiche therapeutische Tätigkeit müssen die Betroffenen das Gefühl einer verläßlichen sozialen Situation erhalten und wieder Vertrauen in ihre Autoritäten erlangen können. Da dies wahrscheinlich in nächster Zeit nicht möglich sein wird, rechnet der Autor mit einem Anwachsen von SSD. Der Autor und seine Kollegen vom Zentrum für Borderline-Erkrankungen setzen alles daran, die medizinisch-psychologischen Ressourcen zu mobilisieren. Sie arbeiten mit Menschen aus Tschernobyl und Flüchtlingen und versuchen ihr Behandlungsprogramm auch in Industriegebieten einzuführen. Dafür ist die internationale Beratung und Mithilfe von Kollegen herzlich willkommen.

Literature at the author

Adress of the author:

Prof. Yuri A. Alexandrovsky, M.D.
Kropotkinsky per. 23
119839 Moscow
Russia

Humor as Therapeutic Communication. The Uses of Humor in Psychotherapy**

Béla Buda (Budapest)*

The author gives a survey on the subject of humor in science and research. Initiated by Bergson in the last century and further dealt with by Freud, humor in psychology became a distinct field of research in various schools and disciplines, mostly in the context of communication theory. The special role of humor in therapy has been studied in the last two decades and has also entered psychoanalytical therapy. Ammon's concept of social energy and the human-functions also contain the notion of humor in constructive, destructive and deficient degrees. The autor describes humor as useful tool in psychotherapy, either in individual or group therapy, demanding in his view a high degree of empathy and therapeutical skills on the one side as well as careful supervision.

Since the last century humor has increasing become a subject of scientific scrutiny. It was initiated by the well-known treatise of *Bergson* which defined humor as a complex stimulus which is eliciting laughter and which postulated that humor is always connected with human or social events and is thereby of social nature. The milestone in the flow of theorizing and researching humor was *Freud*'s famous book »The Wit and Its Relations to Unconscious« of 1905. The introduction of the concept of the unconscious gave new significance to former observations and could locate the site of the experience of humor. Some unconscious meaning is emerging during this experience and it is melting with the conscious meaning of the issue and psychic energy is being thereby liberated, eliciting laughter and exhilaration. The unconscious meaning is connected with repressed material: sexuality, aggression, defense mechanisms etc. The theory fitted into *Freud*'s energetic model of psyche and humor seemed to be the result of outfoxing the repressive forces of the superego and liberating libido and aggression in social situation where their expression is forbidden. *Freud* also pointed out that in the social process of humorous communication, in the forms of jokes and anecdotes, humor is interpersonally transmitted and shared.

After *Freud*'s seminal thoughts the study of humor was continued in different frames. Laughter has been investigated by neurophysiologists and neuropsychologists as well as child psychologists and it has been demonstrated that it is a »prewired« evolutionary reaction expressing inner comfort and activation and has different primal forms, such as the »Duchenne smile« in the human infant expressing physiologicall pleasure or the »smiling response«, an innate reaction to the perception of human

* M.D., Psychiatrist, Head of the Psychotherapeutic Department of the National Institute for Nervous and Mental Diseases, Director of the Hungarian National Institute for Public Health Care, Vice President of the WADP, Chairman of the Hungarian Branch of the WADP

** Papier 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

face (which has an obvious evolutionary value eliciting and reinforcing early bonding with the significant adults), and the loud vocalization and mimical movements of laughter which are manifested even by small children experiencing pleasant surprizes and satisfactions in simple games of hiding or throwing things away. Smile and laughter are thus opposed behaviors to crying and other distress signals and thereby everything causing them in human psyche is a positive input for the individual. But also humor has been researched, mainly in personality and social psychology (e.g. as creativity, as trait, communication, as consequence of different cognitive and emotional states, etc.). Since the 1950's humor can be considered as a distinct field of research, a sort of discipline with its own scientific journals and monographs and as a topic of international and national congresses and conferences (*Chapman, Foot* 1976, 1977; *Gruner* 1978; *Ruch* 1993). Arousal and relief, discharge of tension, cognitive mechanisms, emotional energies, etc. continue to be the basic conceptual elements in these kinds or researches which still go on, mainly in the behavioristic and cognitive tradition.

Neglected or unperceived by the mainstream academic research of humor, a new approach has been evolved in the framework of communication theory of *Bateson* and his followers (often called the »Palo Alto school«). First the communicative setting of humor was explored, it was *Bateson* who demonstrated, that metacommunicative signals (usually of nonverbal nature) are regulating the playful, nonserious character of interaction (this is manifested even in dogs, bears or monkeys and by these signals serious fights are avoided) and such signals are present in humorous communication. These signals are defining the situation and tuning the partner to humor. Already *Freud* wrote about the importance of the situation and the readiness of the other person in the communication of jokes. Later the referential system was stressed in the communication of humor. Man lives in complex sets of meanings, rules, premises; frames of reference are the basis of understanding. Communication is always dependent on contexts, and contexts are evoked and created by the interactive persons. This is the so-called interactive paradigm in social psychology (represented first by *Mead* and later by the symbolic interactionist school) taken over by the communication theory (e.g. *Fry* 1963) and elaborated later by such disciplines as ethnomethodology (*Garfinkel* and followers), ethogenity (*Secord* and *Harré*), social constructionism, or contextualism.

In these theories humor is a way of communication where the frame is created (often according to traditions and culturally or socially defined occasions and relationships) by persons and where contexts are evoked by hinting, by using metaphers, nonverbal signals, mimic and gestures, role playing, or imitation etc. Humor is bound to double contexts. The real meaning of the humorous message lies in a context which is in contrast with the manifest contexts of the narrative. When a Soviet citizen shouting in the Red Square that »Brezhnev is an idiot« – in the old joke circulating in the Communist countries – is sentenced to 10 and half years of imprisonment

with the declaration that half years of prison is given for insulting the head of state and ten years for divulgating state secrets, the paranoid context of the Communist society is evoked. It is probable that a couple of years later young people who did not live in this period of history will not understand this joke at all, while those who experienced the repressions and the prohibition of free talk at this era will burst in laughter hearing this story. The liberation of psychic energy emphasized by *Freud* arises by the sudden and unexpected merging of an obvious and a hidden context of meaning and by the sudden inclusion of new connections, dimensions of meaning into the communication. Insight is created, and to experience this insight intelligence (i.e. cognitive ability) is needed and some readiness from the part of the receiver's personality – this can be a trait characteristic, like the »sense of humor« and a state one, like being in a good mood, or at least not incapacitated by illness, pain, mourning or other kind of loss, lack of time, etc. Humor is thus sharing a hidden context which contains surprise, opposition contrast, outwitting different kinds of prohibitions, etc.

Contextual analysis of humor is promising, especially for applications of humorous communication. But even in this appraoch humor still needs study. Humor has different manifestations. It has a gliding a scale of variations from daring symbols and metaphors and witty expressions to the explosive jokes, where laughter is shaking and mobilizing not only the psychic functions but also the whole organism. Analogies, paraboles, playful exaggerations, sarcasm, irony, communication as caricature, anecdotes, stories depicting humorous events, etc. belong to the category of humor and their distinction might be important from the point of view of the use of humor, since in some situations mild forms of humor are appropriate while in others stronger effects are needed such as jokes can evoke.

Concerning the »use« of humor there are two distinct modalities. Wit, anecdote, joke, etc. serve social exhilaration, beneficial change of mood, transmission of joy and satisfaction between people. Sarcasm, irony, derisive or mocking mode of communication, portraying the other persons as fools, etc. are manifestations of aggression. If aggression is directed towards the powerful, the politically repressive agent, the bureaucratic institutions, etc. the aggression is a tension release, a reinforcement of solidarity between the teller and the receiver of the joke, an act of freedom, in totalitarian regimes the telling of a political joke might result in imprisonments or severe beating. In an interpersonal situation directed toward somebody present or absent, toward a social category, such as a minority, it can be an offence, a manifest aggression, a verbal or nonverbal injury. This second kind of humor can be called »destructive« (using *Ammon*'s category applied in his theories to ego functions, as differentiated from »constructive« or »deficient« manifestations) or »abusive«, since it can be permitted only for those who have more power (*Fabian* and *Bülow* 1994). Aggressive jokes or mocking are usually used by superiors, in situa-

tions in which the more strong person is preparing physical aggression, or in which a group is making somebody ridiculous, and this is clearly an abuse, an assault against the principle of equity or the integrity of the person. *Freud* already pointed out the dangers of this kind of humor.

In the last two decades, the role of humor in psychotherapy was also investigated, beside the continuous psychoanalytic interest in humor and jokes as psychological phenomena along the *Freud*ian tradition. Just because of the aggression content of humor and the danger of its personal directedness the prevailing stance of psychoanalysts was for a long time the avoidance of humor in therapy or the extreme caution with it. This was illustrated by *Lawrence Kubie* (1971) who said that the patient was always very sensitive to aggression coming from the paternal figure of the therapist and might be easily hurt by the use of humor. The humorous tone of therapeutic communication might signify for the patient that his or her problem is not taken seriously enough by the therapist. The use of humor can contribute to resistance or negative transference, while the therapist might be influenced by negative countertransferential reactions. The use of humor in therapy therefore has to be subordinated to the »Nil nocere« principle.

Later this prohibitive view has changed, and even some psychoanalysts have accepted some possibilities of application of humor in psychotherapy (e.g. *Grotjahn* 1957, *Rosenheim* 1974 etc.), especially in group psychotherapy (*Bloch* 1983). But the main advocates of use of humor were psychotherapists who departed from psychoanalytic principles (e.g. *Berne* whose transactional analysis used humor profusely in definition and denomination of games and scripts), or devised methods of brief therapy. One of them is *Farelly*, whose »provocative psychotherapy« is emphasising humorous confrontation, i.e. breaking through resistance quickly by humor or eliciting negative transference by it and working actively on analysing this transference reaction (*Farelly, Matthews* 1981, *Farelly, Lynch* 1987). Most therapists adopted the communication framework and learned to appreciate humor through the use of metaphors and stories, mainly stories with a clearcut lesson or with humorous twist. Such stories usually have referential frameworks including two or more sets of context and its effect is thus similar to that of humor. The metaphor is a more simple structure where the conscious – or obvious – meaning lies on a high level of abstraction but there is an underlying content of some simple event, image of human feeling and where the two levels of content are connected through similarity, analogy or symbolism. Metaphors are widely used in folk tales, anecdotes and especially Eastern cultures operate frequently with such communication structures. Oriental stories e.g. are full of metaphors. Metapors and stories therefore condense meanings and make communication more intensive by transmitting these complex meanings. The analogical and pictorial elements in these meanings stimulate also primary processes and fantasy, might elicit dreams, etc.

Sometimes metaphors and stories induce attitude and behaviour change, while they almost always facilitate therapeutic communication. This is why the school of positive psychotherapy of *Nossrat Peseschk*ian is operating with oriental stories and wisdom and why one of the most original methods of communication therapy, the Ericsonian school is using mainly stories and metaphors (e.g. *Zeig, Gilligan* 1990, *Zeig* 1994).

Metaphors are found very useful in psychotherapy and their application has attracted also the interest of psychoanalytically trained therapists and some of them investigated their effects in important books (e.g. *Cox, Theilgaard* 1983, *Barker* 1985, *Berlin* et al 1991). The complex structure of meaning and the wide referential content of metaphors are enabling the therapist to reach an important impact, a frequent aim in psychotherapy, reframing, i.e. to put a problem in a different view, to change the approach to a problem, to get insight into the personal involvement or into the subjective premises of a problem. Reframing is a central mechanism in the methodology of the neurolinguistic programming (NLP), as described by its founders (*Bandler, Grinder* 1992).

Due to the present day's integrative tendencies, the use of humor in psychotherapy spread over the boundaries of psychotherapeutic orientations and it is now almost everywhere accepted. There are attempts to define the rules of this use and its limitations. The overall picture is that some dose of humor might be benefitial and therapeutic in general, and specific application of humor can reach specific therapeutic goals (*Goldstein, McGhee* 1972; *McGhee, Goldstein* 1983; *Fry, Salameh* 1987; *Chapman, Foot* 1996, etc.). There are proposals to base therapy entirely on humorous interactions, too (*Bokan* 1986).

It has to be added that communication theory and research deal with more general application of humor in human interactions and relations. Humor is considered as a basic communication skill. The capability to use humor in interaction is really a complex interpersonal skill, since it is involving a series of psychological performances, such as empathy, listening, self-disclosure, answering, reinforcement, assertivity, etc., capacities listed among interpersonal skills by training manuals e.g. of sensitivity or communication development. The application of humor is a trait characteristic of personality and is related to such domains as creativity, emotional maturity, interpersonal experience, self-efficacy in the interpersonal field, overall mental health, self-esteem, etc. The communicative use of humor can be enhanced and improved by appropriate methods of training and exercise (*Hargie, Saunders, Dickson* 1994; *Hargie* 1997; *Foot* 1997).

In this line of reasoning the person who is capable to use humor in interpersonal situations is usually regarded as a positive element in the group atmosphere and is more liked than others and has a better sociometric position (*Wilson* 1979, *Norrick* 1993). Humor has been found as a positive ingredient in self-help groups and in voluntary helping and as an overall feature of communication, considered as a core factor in a type

of interaction where the needs and sensitivities of a person experiencing some problem of disability are fulfilled and supported in order to make her or him more strong and self-confident, more active and motivated to problem solving. This kind of interaction and its goal are called empowerment. This expression is nowadays frequently found in the literature of community psychology, health psychology, health promotion and related field (e.g. *Ramaran* et al. 1997).

The thoughts about everday use of humor in human interactions has also important implications from the point of view of psychotherapy. The appropriate and helpful use of humor, the empowerment might be basic nonspecific factors in every sort or orientation of psychotherapy and might be variables of therapists which enhance effectivity. *Ammon*'s seminal concept of social energy implies also humor and the group framework, considered essential by *Ammon* in the treatment of archaic ego disturbances such as schizophrenia and borderline syndrome in a setting where humor can be generated and used (*Ammon* 1979, 1982). Humor can be a component in several ego functions (as described and defined by *Ammon*) and thus deficient or destructive capacity of humor used in communication might be an expression of severe ego pathology. In the theories of group psychotherapy several experts emphasize the multiplicative and helpful effects of humor (e.g. *Yalom* 1985, *Bloch* 1987, etc.).

On the basic of the literature outlined above and of the author's experiences in individual, group and family psychotherapy in 35 years of practice the use of humor in psychotherapy can be summarized in the following way:

1. Humor as conceptualized on a gliding scale or in a spectrum of different communicative manifestations is a powerful tool in psychotherapy. As every kind of powerful tools it has its limitations and dangers of use and has to be dealt with carefully. The use must be guided by empathy (*Buda* 1994) and in more general terms it must be based on a careful scrutiny of the therapeutic situation and the personality and pathology of the person involved, or the system state and level of group or family. If humor is a tool, its use has to have indications and contraindications and caveats. Since the use of humor in therapy is usually intuitive and the literature does not contain specific suggestions and rules concerning it, psychotherapy research should study processes and effects of use of humor in different kinds and settings of psychotherapy.

2. The use of humor in therapy presupposes self-knowledge, self-experience, self-restraint from the part of the therapist and a continuous capacity of being aware of countertransferential impulses and motivations, as well as an individual or team supervision where the use of humor by the therapist is put into the focus of work. To tell jokes, to be humorous, to utilize opportunities in interaction to generate humor in different therapeutic settings are a challenge for the therapist, quick decisions have to be made and it might be difficult to check own aggressive impulses, urges of

libidinal satisfaction or regressive tendencies. The use of humor has to be conscious from the part of the therapist or at least accessible to awareness and professional explanation later, especially concerning therapeutic indications, targets and goals. Using again *Ammon*'s terminology aggression is allowed only in this framework and in its constructive form. Destructive aggression, i.e. negative labels, putting the other person in a ridiculous position, hurting his or her ego or self-esteem, questioning the other's self-image in a depreciating, negative way, frustrating the other in some constructive endeavor by humor, etc. are absolute contraindications in any therapy but especially in psychoanalysis and related techniques. Humor – and this might be an important feature from the part of psychotherapy in general – can be regarded as a sort of »lacmus paper« in quality assessment and quality control of therapeutic activities.

3. At the beginning of the therapy humor has to be used parsimoniously and carefully, and mainly in its mildest forms. The first phase of therapy is more or less a test phase where resistance, transferential reactions and cognitive-emotional distortions of the patients or the group have to be explored and therefore this period does not need interference from the therapist. Some elements of humor, however, can play a part even in this time. Optimism and self-confidence of the therapist as a strength or readiness to enter in some regressions, be creative or use an open and hilarious, cheerful tone of communication might be expressed. Formulations of the therapist might be witty and colorful, implying or using metaphors and symbols might be helpful, because they can convey metacommunicative messages reinforcing compley reality testing. As *Rogers* and the proponent of the person-centered therapy school point out, the first formulations in the therapy are usually reformulations of what the patient has said in a more complex, more abstract or general way, or implying new elements, e.g. hints to hidden contexts or meanings. Especially the initial phases of the analytic therapy are not essentially different from this conceptualization of the formulation of the therapeutic communication in the Rogerian school and the stress on empathy and the reflection of empathically perceived materials might be a useful guiding principle a sort of compass for any therapist.

4. After the initial period it is advisable to observe the use of humor by the patient, client, group or family and to deal with it. Constructive humor of the patient can be an asset, a manifestation of healthy parts of the ego or the ego functions, as capacities of creativity, or »right-hemisphere« thinking and here the principle of utilization comes to the foreground. Unfortunalety the spontaneous use of humor by patients is usually destructive, self-depreciating, openly aggressive or serving resistance, directed against the therapeutic situation or boundaries or against the therapist. These manifestations need early interventions. Mildly counteracting, reformulating and reframing, constructive labeling and interpretation of such manifestations are necessary. Especially in case of archaic ego disturbances

the therapist has to count with such destructive use of humor by the patients (this is pointed out also in the theory of practice of *Linehan* 1993). Putting humor of patients into focus of early therapeutic work is recommended by several authors (e.g. *Rosenheim* 1974; *Fry, Salameh* 1987; *Kegues, Allen* 1987). In narcissistic personalities intelligent and effective use of humor as a defense mechanism might pose a difficult therapeutic problem, because thereby the therapeutic situation is seriously disturbed, insight is made impossible and the patient can manoeuvre to distance or to avoid interpretations (e.g. *Marcus* 1990). Sometimes therapeutic groups can cope with such kinds of behavior (e.g. *Bloch* 1983, 1987). To deal with manifestations and problems of humor is thus a tactical task for the therapist but it has also strategic significance, since some important rules are set, tones of communication and symbolic boundaries established and all this can constitute an important framework of communication, a context or matrix of meanings which enable the therapist to make strategic interpretations or to reach levels of intimacy or relevance otherwise unattained.

5. In the course of the therapy humor can be a nonspecific facilitating agent or means of the therapeutic work. The empowerment principle can be here a guideline for the therapist. Mild cognitive and emotional challange might be conveyed to the patient, emotional sharing can be developed, humor can facilitate communication, it can enhance helpful disclosure of some emotional experiences of the therapist concerning the therapeutic situation of the patient, reality testing might be made more easy, meta-communicative elements of playful and humorous communication might enhance the distancing and observing of some problems and feelings, behaviour and relations for the patient by reducing their dangerousness for the self or their capacity of anxiety generation. Anxiety in the therapy might be a blocking force, an inhibitor of communication, a fuel for pathological manifestations. Although the signal character of anxiety makes these reactions targets for diagnostic and therapeutic scrutiny and therefore anxiety reduction is not an overall goal in therapy, inhibiting and destructive levels of anxiety have to be dealt with and humor can be a tool for this. Repetitive, gamelike manifestations of restistance can often be dissolved by the appropriate use of humor and most experts studying the use of humor mention this as the main function of the application of humor in psychotherapy (e.g. *Haig* 1986; *Rosenheim, Golan* 1986; *Shapman, Foot* 1996). The empowering side of the use of humor lays a greater role in group activities which are adjuncts to psychotherapy or are parts of a therapeutic system, such as a dynamic-psychiatric clinic or a therapeutic community (e.g. milieu therapy, art and expressive groups, theater groups, etc.) where the social energy creation and effect are an important issue and where frames and processes of interaction have to be kept in motion. Here the alertness of the therapist to humor, the transparency of his or her behavior, the ability to emotional resonance and the helpful, supportive and optimistic relating to the patient, the model effect of the empowering communicative efforts made for the

sake of the most weak or regressed members of the group are very important elements and reflect the real quality of the therapist's work both in a trait and a state aspect – the dispositional problems and ad hoc difficulties of the therapists restricting their helping capacities temporarily are neglected topics in the literature of psychotherapy. Co-therapy is beneficial just to help the therapist to maintain the constant flow of such effects in the different kinds and settings of the therapy. Respect, appreciation, positive acceptance, and other prosocial feelings and affects in respect of patients are important factors here, in the appropriate dose and »contingency« of sharing and manifestation which only good training, intensive supervision and good teams are able to build and develop in the therapist and in her or his work. All these phenomena are sources of social energy and this energy is taken over and multiplied by the group (and in a lesser extent, also by the individual patient in the individual counseling or therapy). Laughter, mirth, hilarious tone, the metaphorical or symbolic content of the verbal interaction, etc. might be the indicators of the empowering atmosphere of the therapy.

6. The use of humor enables the therapist to reach some important therapeutic effects. This may be called the specific use of humor in psychotherapy. In this category initiating and maintaning appropriate therapeutic communication and transactions with difficult patients can be mentioned as well as approaching, taming or dissolving resistances in severely disturbed cases. In difficult cases establishing and maintaining good therapeutic relationship can be counted to this category (*Haig* 1986; *Kegues, Allen* 1987). Especially in the group setting, but also in individual therapy, the great amount of destructive aggression and/or high level of open hostility can be channeled and directed outward by encouraging some forms of humor use or offering some kinds of jokes (*Haig* 1986). This can decompress the tension of the therapy and can be regarded as a sort of affect release. In groups of schizophrenic patients the reduction of anxiety can be an important tactical goal in itself and can be accomplished by the use of humor, e.g. of allusions, symbols, caricatures, metaphors or jokes. But the most important use is to achieve positive results, such as encouraging the self-disclosure of the patients, to enhance risk taking in respect of exercising assertivity and activity and experiencing and rehearsing new forms of behavior, or to improve self-observing capacity. The most important use is to open up new perspectives, to increase the awareness of new contexts, to enabel the patients to see their problems through the eyes of others, to be able to share new forms of problem solving with fellow patients or with the group. Since the essence of humor is complexity, multiplicity of levels and contexts of meaning, an ability to change perspectives and frames of mind, to understand emotional issues and phenomena of self presentation and self experience, the use of humor can be a continuous driving force towards corrective experiences, self-mastery and self efficacy and identity formation and development. The use of humor is therefore important in the

middle course, in the working phase of the therapy and then it can be a catalytic agent in the creating of a good therapeutic atmosphere and a systemic context of meaning which is identical with the therapeutic (especially the group) boundaries, with the holding environment and with a surface of projective identification with the therapy. Therapeutic communication is thereby made intensive and in this phase significant therapeutic effects can be reached.

7. Humor can contribute to brief psychotherapy and to the achievement of significant effects, too. Here wit and jokes, powerful metaphors and stories with a point play a great role. This territory is dealt with frequently in the literature of the communicative psychotherapies and some other new orientations of therapy. One line of thought here is characterized by the use of stories and humorous anecdotes and jokes or cultural tradition and the everyday communication. Folk and fairy tales, anecdotes, historical stories represent common contexts for the patient and the therapist, some of these tales include archetypical patterns of problem solution. Current jokes and wits again are able to activate common complex contexts in communication. Some forms of therapy rely heavily upon such tales, e.g. *Peseschkian*'s Positive Psychotherapy. The other line of thought is to use jokes of explosive character to achieve quick distancing, attitude change, change of perspective of the self, activation and empowerment. This kind of use of humor is implicated in the metaphor, story or joke approaches of psychotherapy, especially in such schools as the Ericksonian psychotherapy or the NLP. This way of using humor intensively can be effective, and some therapists *(e.g. M. H. Erickson)* can be very skillful in using this methods. But like energy in a car, the powerful emotional content of humor can be really beneficial and safely useful in a complex structure which holds and channels its forces, otherwise the explosion might be harmful. To keep jokes, anecdotes and stories effective either a specific process of building up structures of communication is necessary, or it belongs to the late middle phase of the therapy or to the end phase, where the context of the group interaction is capable to contain and to utilize the forces set free (e.g. can face the tension and to utilize underlying patterns of meanings and problem solution). This use of humor is in essence interpretation and if applied properly, it can have significant effects, e.g. it can change the course of therapy, resolve impasses and achieve cognitive-emotional and behavioral changes in positive direction.

A word of caution is to be said here: in some new therapy the construction of good stories, of humorous paradoxes and fireworks of metaphors seem often to be self-serving and express mainly the excellence and the creativity of therapist. Therapeutic experience shows that there is no good joke, no core or master story, no mutative (see *Cox, Theilgaard* 1987) metaphor in itself, it is always the process and context of the therapy which is determining the effect – or even the appropriateness – of the use of humor in psychotherapy. The use of humor must fit into the situation, like inter-

pretation in general, and this presupposes a long constructing activity of the therapist and is bound to opportunities (to »Chairos« - emphasized by *Michael Bálint* and *David Malan* in respect of short-time therapy). Patients – as empirical investigations show – are often not responding to the humor of the therapist (e.g. *Rosenheim, Golan* 1987), thus the structure of humor used must imply dense loops of communicative feedbacks which enable operational manifestations. Of course, some jokes, some stories or metaphors are suitable to the use in psychotherapy and the good experiences with their use make them applicable in many instances. The interpretative use of humor is usually proceeded, embedded in and developed by the use of the vast array of manifestations of the mentioned spectrum of humorous communications.

At present the use of humor in psychotherapy is more an art than a science. It needs further collection and evaluation of experiences, study and research. We have to make it a science.*

Humor als therapeutische Kommunikation. Über die Anwendung von Humor in der Psychotherapie

Béla Buda (Budapest)

Der Autor gibt einen detaillierten Überblick über die Erforschung des Humors, die nach seiner Meinung im letzten Jahrhundert mit *Bergson* begann, welcher den Humor als soziales Phänomen beschrieb. Als Meilenstein jedoch betrachtet der Autor *Freuds* »Der Witz und seine Beziehungen zum Unbewußten« (1905). Das Konzept des Unbewußten führte zu einem speziellen Konzept des Humors, der den Zensor des Unbewußten überlistet und Verdrängtes im Witz ins Bewußtsein treten läßt.

Freuds Gedanken zeitigten Folgen: Lachen und Humor wurde von Neurophysiologen, Neuro- und Kinderpsychologen untersucht. Aber auch Persönlichkeits- und Sozialpsychologie nahmen sich des Humors als Thema an, etwa in der Untersuchung von Charakterzügen, im Zusammenhang mit Kreativität, als Folge von verschiedenen emotionalen Zuständen u.ä.

Seit den 50er Jahren stellt die Erforschung des Humors ein abgegrenztes Feld dar mit eigenen Zeitschriften und Monographien, als Thema von Kongressen und Konferenzen – ein Trend, der sich bis heute fortsetzt, hauptsächlich in der behavioristischen und kognitiven Tradition (*Chapman, Foot* 1976, (1977); *Gruner* 1978; *Ruch* 1993). *Bateson* und die Palo Alto School gaben einen neuen Zugang zum Thema im Rahmen ihrer

* The present text is a part of a larger study of humor in psychotherapy and in helping activities. Only a fraction of available literature is quoted, the author is willing to share the collected literature with those interested. Works of *Freud* and *Ammon* are presupposed to be known and are not cited here.

nikationstheorie. Humor enthält metakommunikative Signale, meist nichtverbaler Natur, die Interaktionen regulieren, indem sie die Teilnehmer der Situation auf Humor einstimmen und die Lage damit entschärfen und etwa Aggressionen verhindern.

In der Entwicklung der Humor-Forschung wurde die Bedeutung des Bezugssystems immer wichtiger. Kommunikation ist immer abhängig vom Kontext, welcher von den interagierenden Menschen geschaffen wird. Man spricht etwa vom interaktiven Paradigma in der Sozialpsychologie, zunächst beschrieben von *Mead*, später von der Symbolischen Interaktionsschule, z.B. von *Fry* (1963), danach ausgearbeitet von Disziplinen wie Ethnomethodologie (*Garfinkel* und Nachfolger), Ethnogenie *(Secord* und *Larre)*, sozialem Konstruktivismus oder Kontextualismus. Humor ist dabei immer im doppelten Kontext zu sehen, wobei die humorvolle Botschaft in einem Kontext liegt, der dem manifesten entgegengesetzt ist. Der Autor gibt ein Beispiel dieser Kontextbezogenheit: Ein Sowjetbürger ruft auf dem Roten Platz aus, daß Breschnew ein Idiot sei. Er bekommt dafür 10 1/2 Jahre Haft, 1/2 Jahr für Beleidigung des Staatsoberhauptes, 10 Jahre für den Verrat von Staatsgeheimnissen.

Der Autor beschreibt die verschiedenen Manifestationen von Humor auf einem gleitenden Spektrum von Symbolen und Metaphern, witzigen Ausdrücken auf der einen und derbem Witz, der zu lauthalsem Gelächter mit Erschütterung des ganzen Körpers führen kann, auf der anderen Seite des Spektrums. Das ergibt zwei Modalitäten von Humor, einmal die, welche guttut, die Stimmung hebt und Freude und Zufriedenheit schenkt, und die andere, die verächtlich niedermacht, verletzt und sehr aggressiv ist.

Aggression im Humor dient der Spannungsabfuhr, so stellen die zahlreichen Witze in autoritären Systemen einen Akt der Befreiung dar. Im persönlichen Bereich jedoch und angewandt gegen Minoritäten und Schwächere bedeutet diese Spielart des Humors Verletzung und Beleidigung. Der Autor weist in diesem Zusammenhang auf *Ammon* und dessen Beschreibung destruktiver Ausprägungen von Humanfunktionen hin. Die beschriebene aggressive Weise des Humors würde destruktiven Humor bedeuten (*Fabian, von Bülow* 1994).

In den letzten zwei Jahrzehnten begann man mit der Erforschung des Humors in der Psychotherapie. Die Psychoanalyse war lange Zeit sehr vorsichtig damit umgegangen bzw. hatte Humor in der Therapie überhaupt nicht angewandt, da die Gefahr besteht, daß der Patient sich nicht ernstgenommen fühlt, Humor ferner zu Widerstand und negativen Übertragungen und Gegenübertragungen führen könne. Diese Haltung hat sich jedoch nach und nach geändert. *Grotjahn* 1957, *Rosenheim* 1974 u.a. beschreiben, wie Humor Eingang in die Psychoanalyse fand, besonders in die Gruppentherapie (*Bloch* 1983). Mehr jedoch wandte man Humor in nichtanalytischen Schulen an wie in der *Berne*´schen Transaktionsanalyse oder in Kurztherapien, etwa der Provokativen Psychotherapie von *Farelly (Farelly, Matthews* 1981; *Farelly, Lynch* 1987).

Die meisten der Therapeuten arbeiteten gemäß der Kommunikationslehre. Besonders der Gebrauch von Metaphern mit ihren mehrschichtigen Bedeutungen und einer witzigen Pointe wurde ein gebräuchliches Verfahren. Orientalische Geschichten sind nach Meinung des Autors besonders geeignet, Primärprozesse und Phantasien anzuregen. In diesem Zusammenhang nennt der Autor die Postive Psychotherapie von *Nossrat Peseschkian* sowie die *Erickson*'sche Schule (*Zeig, Gilligan* 1990; *Zeig* 1994). Der bezugsreiche Inhalt von Metaphern kann zu dem führen, was die Methode der Neurolinguistischen Programmierung (NLP) »reframing« nennt, welches ein Problem unter einem anderen Gesichtswinkel erscheinen läßt (*Bandler, Grinder* 1992). Gemäß der integrativen Tendenzen in der Psychotherapie wurde der Gebrauch von Humor in fast allen Schulen akzeptiert.

In der heutigen Forschung gilt der Humor als eine Grundfähigkeit in der Kommunikation, verwandt mit Kreativität, emotionaler Reife, Selbstbewußtsein, allgemeiner psychischer Gesundheit u.ä., das auch trainiert werden kann. Humor wird damit eine Variable, die die Effektivität der Psychotherapie zu steigern vermag.

Der Autor weist darauf hin, daß *Ammons* Konzept der Sozialenergie Humor als Faktor enthält und destruktiver und defizitärer Humor als Anteil verschiedener Humanfunktionen Ausdruck schwerer Ich-Pathologie darstellen kann, andererseits die Anwendung von Humor im Gruppensetting der *Ammon*'schen Schule nützlich werden kann (*Ammon* 1979, 1982).

Anhand der beschriebenen Literatur und seiner 35jährigen Praxis als Einzel-, Gruppen- und Familientherapeut faßt der Autor in sieben Punkten die Bedeutung des Humors in der Psychotherapie zusammen:

1. Humor ist ein wirkungsvolles Werkzeug in der Psychotherapie mit Gefahren und Begrenzungen und kann auch kontraindiziert sein. Bei einer sinnvollen Verwendung ist Empathie ganz besonders wichtig (*Buda* 1994). Psychotherapieforschung sollte Prozesse und Effekte von Humor in verschiedenen Weisen und Settings von Psychotherapie untersuchen.
2. Einsatz von Humor in der Psychotherapie verlangt von Seiten des Therapeuten Selbsterfahrung und Selbsterkenntnis und muß unbedingt supervidiert werden, damit es nicht zur Gegenübertragung kommt und eigene aggressive Impulse des Therapeuten einfließen. Destruktiver Humor mit Beleidigungen, Lächerlichmachen usw. ist absolut kontraindiziert. Aggression im Humor sollte im Sinne *Ammon*'s konstruktiv sein.
3. In der Anfangsphase der Therapie sollte besonders vorsichtig mit Humor umgegangen werden, nur mit seiner »milden Form«. Optimismus und Selbstsicherheit des Therapeuten, witzige Formulierungen u.ä. könnten von Nutzen sein.
4. Nach der Anfangsphase sollte beobachtet werden, wie der Patient selber mit Humor umgeht, ob er im Humor selber gesunde Anteile seiner Persönlichkeit ausdrückt. Der Humor des Patienten ist oft destruktiv, besonders bei archaisch-ichkranken Menschen und wird als Widerstand eingesetzt. Auch der narzißtische Mensch benutzt Humor als Abwehrmechanismus.

5. Im Verlauf des therapeutischen Prozesses kann sich der Einsatz von Humor als erleichterndes Agens herausstellen in der Bearbeitung von Angst, im emotionalen Austausch, in der Kommunikation, im Testen der Realität. Sich wiederholende Abwehrstrategien können durch Humor gelöst werden, eine Hauptfunktion der Anwendung von Humor nach Meinung vieler Autoren (*Haig* 1986; *Rosenheim, Golan* 1986; *Shapman, Foot* 1996 usw.).
6. Eine wichtige Rolle spielt Humor im Umgang mit sehr gestörten Patienten, deren Aggressionen kanalisiert werden können. Ein allgemeiner Spannungsabbau kann erreicht werden. Die wichtigste Funktion jedoch ist, neue Perspektiven und Kontexte zu eröffnen, neue Problemlösungsstrategien zu erarbeiten. In dieser mittleren Arbeitsphase können wichtige therapeutische Wirkungen erzielt werden.
7. Im letzten Punkt seiner Zusammenfassung weist der Autor darauf hin, daß der Einsatz von Humor auch in Kurztherapien sehr nützlich sein kann. Volksmärchen, Anekdoten, Geschichten usw. stellen gebräuchliche Methoden dar. Einige enthalten archetypische Muster von Problemlösungen und führen zu Einsicht und Veränderung.

Abschließend weist der Autor darauf hin, daß es nicht der Witz, die Geschichte, die Pointe usw. an sich sind, nicht die Kreativität des Therapeuten auf diesem Gebiet, sondern Prozeß und Kontext der Therapie, die deren Erfolg determinieren. Der Autor resümiert schließlich, daß der Einsatz von Humor mehr Kunst als Wissenschaft sei und es weiterer Evaluation von Erfahrungen und Forschung bedarf, um das Gebiet zu einer wahren Wissenschaft zu machen.

References

Ammon, G. (Hrsg.) (1979): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie. Band 1. (München: Ernst Reinhardt)
– (Hrsg.) (1982): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie. Band 2. (München: Ernst Reinhardt)
Barker, P. (1985): Using Metaphors in Psychotherapy. (New York: Brunner, Mazel)
Bandler, R.; Grinder J. (1992): Reframing. Ein ökologischer Ansatz in der Psychotherapie. NLP. 5. Auflage. (Paderborn: Junfermann).
Berlin, R.M. et al. (1991): Metaphor and Psychotherapy. In: American Journal of Psychotherapy (45) 359-367
Bloch, S. (1983): Humor in Group Psychotherapy. In: British Journal of Medical Psychology (56) 89-98
– (1987): Humor in Group Therapy. In: *Fry, Salameh* (1987) op. cit.
Bokun, B. (1986): Humour Therapy. (London: Vita Books)
Buda, B. (1994): Empátia - a beleélés lélektana. (In Hungarian: Empathy - the Psychology of Taking Over the View of the Other.) (Budapest: Ego School Bt.)
Chapmann, A.J.; Foot, H.C. (1976): Humor and Laughter: Theory, Research and Applications (Chichester: J. Wiley)
– (1977): It's Funny Thing, Humour (Oxford: Pergamon Press)
– (1996): Humor and Laughter: Theory, Research and Applications. New revised edition. (Chichester, New York, Brisbane: J. Wiley)
Cox, M.; Theilgaard, A. (1987): Mutative Metaphors in Psychotherapy. The Aiolian Mode (London, New York: Tavistock Publications)

Farelly, F.; Lynch, M. (1987): Humour in Provocative Therapy. In: *Fry, Salameh* (1987) op. cit.
Farelly, F.; Matthews, S. (1981): Provocative Therapy. In: *Corsini, R.*: Handbook of Innovative Psychotherapies (New York: J. Wiley)
Foot, H.C. (1997): Humor and Laughter. In: *Hargie* (1997) op.cit.
Fry, W.F. (1963): Sweet Madness: A Study of Humor (Palo Alto: Pacific Books)
Fry, W.F.; Salameh, W.A. (1987): Handbook of Humor and Psychotherapy. Professional Resource Exchange (Florida: Sarasota)
Goldstein, J.H.; Mc Ghee, P.E. (1972): The Psychology of Humor (New York: Academic Press)
Grotjahn, M. (1957): Beyond Laughter: Humor and the Subconscious (New York: Mc Graw-Hill)
Gruner, C.R. (1978): Understanding Laughter: The Working of Wit and Humor (Chicago: Nelson-Hall)
Haig, R.A. (1986): Therapeutic Uses of Humor. In: American Journal of Psychotherapy (40) 543-553
Hargie, O.D.W. (1997): The Handbook of Communication Skills. 2nd edition. (London, New York: Routledge)
Hargie, O.D.W.; Saunders, C.; Dickson, D. (1994): Social Skills in Interpersonal Communication. 3rd edition. (London, New York: Routledge)
Kegues, R.I.; Allen, A. (1987): Humor in Psychotherapy: A View. In: American Journal of Psychotherapy (41) 260-270
Kubie, L. (1971): The Destructive Potential of Humor in Psychotherapy. In: American Journal of Psychiatry (128) 861-886
Linehan, M.M. (1993): Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder (New York, London: The Guilford Press)
Marcus, N.N. (1990): Treating Those Who Fail to Take Themselves Seriously: Pathological Aspects of Humor. In: American Journal of Psychotherapy (44) 423-432
McGhee, P.E. (1979): Humor. Its Origin and Development (San Francisco: Freeman)
McGhee, P.E.; Goldstein, J.H. (1983): Handbook of Humor Research, Vol. I (New York, Berlin, Heidelberg, Tokyo: Springer)
Norrick, N. R. (1993): Conversational Joking: Humor in Everyday Life. (Bloomington, Ind.: Indiana University Press)
Peseschkian, N. (1991): Psychosomatik and positive Psychotherapie, transkultureller und interdisziplinärer Ansatz am Beispiel von 40 Krankheitsbildern (Berlin, Heidelberg, New York, London: Springer)
Ramcharan, P. et al. (1997): Empowerment in Everyday Life. Learning Disability (London, Bristol, Pennsylvania: Jessica Kingsley)
Rosenheim, E. (1974): Humor in Psychotherapy: An Interactive Experience. In: American Journal of Psychotherapy (28) 584-591
Rosenheim, E.; Golan, G. (1986): Patient's Reactions to Humorous Interventions in Psychotherapy. In: American Journal of Psychotherapy (40) 110-124
Ruch. W. (1993): Introduction: Current Issues in Psychological Humor Research. In: International Journal of Humor Research (6) 1-7
Segerstrale, U.; Molnár, P. (1997): Nonverbal Communication: Where Nature Meets Culture (New J., Mahwah: Lawrence Erlbaum)
Wilson, C.P. (1979): Jokes: Form, Content, Use and Function (London, New York: Academic Press)
Yalom, I.D. (1985): The Theory and Practice of Group Psychotherapy. Revised edition. (New York: Brunner, Mazel)
Zeig, J.K.. (1994): Ericksonian Methods. The Essence of the Story (New York: Brunner, Mazel)
Zeig, J.K.; Gilligan, S.G. (1990): Brief Therapy. Myths, Methods and Metaphors (New York: Brunner, Mazel)

Address of the author:

Béla Buda, M.D.
Ostrom u. 6
H - 1015 Budapest
Hungary

Humor and Brain Laterality**

Vadim S. Rotenberg (Tel Aviv)*

The autor discusses the sense of humor as a complicated form of mental activity in the context of the modern concept of brain laterality. Some investigations with right-hemisphere damaged persons, which confirm the important role of the right hemisphere for the sense of humor, are presented. According to the concept of two strategies of thinking related to the richt and left hemisphere, the sense of humor is described as the ability to grasp simultaneously meanings, objects and events in a holistic manner, thus accepting and producing polysemantic contexts. Sense of humor is also related to creativity. As a practical conclusion the author proposes to use humor in the process of psychotherapy in order to stimulate and to restore right hemisphere functions.

The detection of the precise brain mechanisms of the complicated forms of mental activity like sense of humor is the most fascinating and attractive, however, also the most difficult task of psychophysiology. Sense of humor is very difficult to analyze in isolation from other forms of psychic activity, and only the integrative brain mechanisms can be responsible for such complicated brain functions. It is worthwhile to discuss the nature of the sense of humor in the context of the modern concept of brain laterality because right and left hemispheres represent these most integrative brain mechanisms.

Up to now, there are only few investigations which confirm the exclusive role of the right hemisphere in the sense of humor (*Gardner* et al. 1975, *Wapner* et al. 1981): It was shown that right-hemisphere damaged patients have difficulties in processing humorous material and performed poorly on the test of humor. Patients were incapable of relating the body of the joke, designet to »sest up« the ending, with the actual punchline. They not only failed to appreciate the humor of funny pictures but did not even realized that the series was supposed to be funny. Their reactions were serious and critical. Left-hemisphere damaged patients, even with aphasia, demonstrated correct reactions on the test of humor. However, the sense of humor was not a single psychic function destroyed in right-hemisphere damaged patients in the above mentioned investigations. They also had difficulties inferring the correct point or moral of a story and they were insensive to metaphors. They seemed uncertain about the difference between what could happen in the presented test story and what actually did happen, and they produced many sheer confabulations, which reflected the difficulties experienced by these patients in separating out the actual plot from their own inventions.

* Prof., M.D., Ph. D., Tel Aviv University, Senior Scientist of the Abarbanel Mental Health Center, Tel Aviv, Israel

** Papier 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

Right-hemisphere damaged patients displayed also difficulties in mastering emotional elements of the presented story of presented pictures. At the same time they recalled better than normal controls and left-hemisphere damaged patients the noncanoncical (or bizarre) story elements. Right-hemisphere damaged patients were insensive to the bizarreness of these elements and their discrepancy to the context of story, and they frequently added explanations to justify their inclusion in the story.

All the above mentioned peculiarities of the mental activity of the right-hemisphere damaged patients correspond to my previous description of the difference between the richt and left brain hemisphere functions (*Rotenberg* 1979, 1982, 1993, 1994; *Rotenberg, Arshavsky* 1991, 1995, 1997).

I have suggested in these publications that in its most general form the difference between the two strategies of thinking related to the left and right hemisphere is reduced to opposite modes of organizing the contextual connection between elements of information. »Left-Hemisphere« or formal logical thinking so organizes any sign material (whether symbolic or iconic) as to create a strictly ordered and unambiguously understood context. Its formations requires an active choice, from the many real and potential connections between the multiform objects and phenomena of a few definite connections which would not create internal contradictions and would facilitate an ordered analysis. Such a strategy of thinking makes it possible to build a pragmatically convernient but simplified model of reality. It is based on probability forecasting and a search for concrete cause-and-effect relations, and it is precisely for this model that the vector of time orientation exists.

In contrast, the function of right-hemispheric or »image« thinking is a simultaneous »capture« of an infinite number of connections and the formation due to this capture of an integral but ambiguous context. In such a context, the whole is not determined by its components since all specific features of the whole are determined only by interconnections between these parts. On the contrary, any concrete element of such a context bears a determining stamp of the whole. A new experience is incorporated in this holistic pictue of the world. Individual façets of images interact with each other on many semantic levels simultaneously. Examples of such contextual connections are the connections between images in sleep dreams or in work of art. The advantages of this strategy of thinking manifest themselves only when the information itself is complex, internally contradictory and basically irreducible to an unambiguous context.

The organization of the monosemantic left hemispheric context required the additional nonspecific activation of the brain from the reticular formation. The formation of the polysemantic context does not require such additional activation in subjects who are initially prepared for such activity for instace in crative persons (*Martindale* 1975, *Alexander* et al.

1996). The flexibility of image thinking makes this mode of thinking very important in task solutions and esspecially in resolutions of contradictions.

According to this concept, it is possible to explain the peculiarity of mental activity of the right-hemisphere damaged patients as well as a special role of the right hemisphere in the sense of humor. In order to grasp the correct point or moral of a story, the subject has to perceive the story in a holistic way, on the whole, with all interrelationships between elements, and it is exactly the function of the damaged right hemisphere. Metaphors are polysemantic in its nature, integrating different images and notions, that is why right-hemisphere damaged patients became insensive to metaphors. The orientation of the right hemisphere on the reality provides the subject with the ability to discriminate between real events and subject's fantasies about such events, thus protecting the subject from the confabulations. The sensitivity of the right hemisphere to the emotional elements of information is related to the polysemantic nature of emotions – it is impossible to explain our emotional relationships in words exhaustively, if it is not a poem.

A special explanation needs for the ability of the right-hemisphere damaged patients to recall bizarre and noncanonical story elements as correct as they recall canonical elements, and much better than normal control subjects do. The latter looked puzzled when they heard the non-canonical sentences, and when recalling they characteristically onmitted, regularized and challenged the jarring elements (*Wapner* et al. 1981). On the first glance, it looks as if right-hemisphere damaged patients are more sensitive to the subtle nontypical aspects of reality, to the weak relationships between the elements of information, and may imitate high originality and creativity of such patients. However, exactly for creativity is responsible the functionally sufficient right hemisphere. I suggest that the ability of right-hemisphere damaged patients to accept bizarre elements of reality reality the inability of these patients to discriminate between canonical and noncanoncical, bizarre and nonbizarre elements. (The same is true for schizophrenic patients with the functional insufficiency of the right hemisphere – *Rotenberg* 1994). Thus, it is also a sign of the inability to perceive the reality in a correct way. Bizarre and nonbizarre elements of reality are equally bizarre (or equally nonbizarre) for these patients and it reduces the chance for creative thinking instead of increasing this chance. Creative people are equally high sensitive to the unlikely and likely probabilities and to the weak as well as strong relations between objects and events, and they are excited by these relationships, while patients with the organic or functional insufficiency of the right hemisphere are equally non-excited by bizarre and non-bizarre, canonical and noncanonical elements.

Sense of humor is very strongly related to the ability to grasp simultaneously different (and very often even opposite) meanings of objects and events, it means, to the ability to accept and to produce a polysemantic context. A central point of the best anecdotes and jokes is a double meaning of notions which requires a person to keep in his mind both meanings at

once. More sophisticated jokes are based on the multiplication of images interconnected on many different »façets«.

Only for example, I am going to present and to explain my own joke. »What is Israel? Israel is a Weizmir Republic.« In Idish – language of European Jews – »weiz mir« means: O, so much troubles, terrible things happens. This joke is polysemantic: »Weiz mir« sounds like Weimar, and everybody knows how terrible was for Jews the outcome of Weimar Republic. It was really a »weiz mir«. This connotation of Weimar Republic is multiplicated unconsciously with the direct connation of the expression »weiz mir«, and being related to Israel, with all problems and troubles of this state, produces a polysemantic joke.

It is not surprising that according to some psychological investigations the sense of humor is related to creativity, and not only the creativity of a person but even to the creativity of a population. I suggest that it must be a correlation between the very special, internationally recognized Jewish sense of humor which regularly exploits the polysemantic nature of objects, words and expressions, and the astonishing number of Nobel Price winners among Jews (the percentage of these winners among Jews is forty times higher than the percentage of Jews among other nations). Creativity depends on the ability of the right hemisphere to perceive and produce a polysemantic context (*Rotenberg* 1985, 1993). Thus it is a common basic for creativity and sense of humor. It is also understandable why schizophrenic patients as wll as psychosomatic patients usually do not have any sense of humor: the functional deficiency of the right hemisphere is a common feature of these two categories of patients (*Rotenberg* 1994, 1996). Concretism of schizophrenic patients is so strange and funny for normal people because it reflects the inability to recognize the polysemantic nature of the reality. And what often looks like metaphors in the speech of schizophrenic patients are for them not metaphors and have for them only one meaning.

Many anecdotes are based on the contradiction between the normal ability of the listener to grasp simultaneously different meanings of the same subject or expression, and the total inability of the »stupid« hero of the ancedote to do the same and his attitude to perceive the metaphor in a direct way. According to *Wapner* et al. 1981, patiens with damaged right hemisphere are as stupid as this hero, and it is possible to suggest that the same deficiency in mentally ill patients is also related to the functional disability of the right hemisphere.

The practical conclusion from the present approach is that by training the sense of humor it is possible to stimulate and to restore right hemisphere functions. The latter is a very important task of psychotherapy, and humor must be used in a polydimensional way in the process of psychotherapy.

Humor und Hirnlateralität

Vadim S. Rotenberg (Tel Aviv)

Im vorliegenden Beitrag wird der Sinn für humor als komplexe geistige Aktivität im Kontext moderner Konzepte der Hirnhemisphärenforschung diskutiert.

Aus den wenigen Untersuchungen, die es über die Rolle der rechten Hirnhemisphäre im Zusammenhang mit Humor gibt, werden Ergebnisse dargestellt. So konnte an rechtshemisphärisch verletzten Personen demonstriert werden, daß sie humorvolles Material schlecht bewältigten und auch in Tests, die Sinn für Humor betrafen, schlechte Fähigkeiten zeigten. Linkshemisphärisch verletzte Personen dagegen zeigten auf diesem Gebiet keine verschlechterten Leistungen.

Rechtshemisphärisch verletzte Personen hatten gleichzeitig Schwierigkeiten, die Pointe oder Moral einer Geschichte, deren emotionale Aspekte und auch den Sinn von Metaphern zu begreifen. Nach Auffassung des Autors korrespondieren diese Ergebnisse mit seinen bisher beschriebenen Unterschieden zwischen links- und rechtshemisphärischer Hirnaktivität (*Rotenberg* 1979, 1982, 1993, 1994; *Rotenberg, Arshavsky* 1991, 1995, 1997). Der Autor beschreibt die Unterschiede der Denkweisen der jeweiligen Hemisphären als gegensätzliche Weisen des Organisierens von Informationselementen. Das linkshemisphärische oder formal-logische Denken ordnet alle Zeichen in geradliniger Ordnung ohne Widersprüchlichkeiten und Mehrdeutigkeiten und erhält damit ein pragmatisches, jedoch vereinfachtes Modell der Realität.

Im Gegensatz dazu ist das rechtshemisphärische Denken ganzheitlich, die einzelnen Elemente sind jeweils vom Ganzen geprägt. Die Einzelelemente arbeiten auf verschiedenen Ebenen zur gleichen Zeit miteinander. Ein solches Denken ist wichtig beim Problemlösen und bei Auflösung von Widersprüchen.

In dieser Sicht unterschiedlicher Denkvorgänge der beiden Hemisphären wird nach Meinung des Autors der Sinn für Humor als Funktion der rechten Hemisphäre verständlich und damit das Versagen der oben beschriebenen rechtshemispärisch verletzten Personen in Untersuchungen erklärbar. Der Sinn für Humor ist der Fähigkeit sehr ähnlich, gleichzeitig verschiedene und sogar widersprüchliche Bedeutungen von Objekten und Ereignissen zu erfassen. In guten Anekdoten und Witzen geht es um Doppelbedeutungen und einer Vielzahl von Bildern, die auf verschiedene Weise miteinander verbunden sind. Somit ist der Sinn für Humor auch mit der Kreativität verwandt und nach Meinung des Autors nicht nur mit der Kreativität einer Person, sondern ganzer Bevölkerungsgruppen.

Der Autor sieht etwa einen Zusammenhang des international anerkannten jüdischen Humors, der die Mehrdeutigkeit von Objekten, Wörtern und Ausdrücken ausschöpft, mit der erstaunlich hohen Anzahl von Nobelpreisen unter jüdischen Wissenschaftlern. Die Fähigkeit der rechten

Hemisphäre, mehrdeutige Kontexte wahrzunehmen und zu gestalten (*Rotenberg* 1985, 1993) ist wesentlich sowohl für die Kreativität als auch für den Sinn für Humor.

Psychosomatisch erkrankte und schizophrene Patienten haben in der Regel wenig Sinn für Humor (*Rotenberg* 1994, 1996), was der Autor auf Defizite in der rechten Hirnhemisphäre zurückführt. Als praktische Schlußfolgerung des vorgestellten Ansatzes sollte nach Meinung des Autors im Prozeß der Psychotherapie mit Humor gearbeitet werden, um die Funktionen der rechten Hirnhemisphäre anzuregen oder gar wiederherzustellen.

References

Alexander, J.E.; O'Boyle, M.W., Benbow C.P. (1996): Developmentally advanced EEG alpha power in gifted male and female adeolescents. In: International Journal of Psychophysiology (23) 25-32

Gardner, H.; Ling K.; Flamm, L.; Silverman J. (1975): Comprehension and appreciation of humor in brain damaged patients. In: Brain (98) 399-412

Martindale, C. (1975): What makes creative people different? In: Psychol. Today (7) 44-47.

Rotenberg, V.S. (1979): Word and image: The problem of context. In: Dynamische Psychiatrie (1) 494-498

– (1982): Funktionale Dichotomie der Gehirnhemisphären und die Bedeutung der Suchaktivität für physiologische und psychopathologische Prozesse. In: *Ammon G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie. Band 2. (München: Ernst Reinhardt)

– (1985): Sleep dreams, cerebral dominance and creation. In: Pavlov. J. Biolog. Sci. (20) 53-58

– (1993): Richness against freedom: Two hemisphere functions and the problem of creativity. In: Eur. J. High Ability (4) 11-19.

– (1994): An integrative psychophysiological approach to brain hemisphere functions in schizophrenia. In: Neuroscience and Biobehavioral Reviews (18) 487-495

Rotenberg, V.S.; Arshavsky, V.V. (1991): Psychophysiology of hemispheric asymmetry. The »entropy« of right hemisphere activity. In: Integrative Physiol. Behav. Sci. (26) 183-188.

– (1995): The »entropy« of right hemisphere activity and the restorative capacity of image thinking. In: Journal of Mental Imagery (19) 151-160.

– (1997): Right and left brain hemisphere activation in the representatives of two different cultures. Homeostasis (in press).

Wapner, W.; Hamby, S.; Gardner, H. (1981): The role of the right hemispehre in the apprehension of complex linguistic materials. In: Brain and Language (14) 15-33

Address of the author:

Vadim S. Rotenberg, M.D., Ph. D.
Abarbanel Mental Health Center
Y. Hanassi Street
61396 Bat-Yam
Israel

Integration of Psychiatry and Psychotherapy***

Maria Orwid*, Kinga Widelska**, Maciej Pilecki** (Cracow)

In Poland the distinction between biological psychiatry and psychotherapy still exists. In opposition to that model, the aauthors' psychiatric philosophy comes from understanding the human being as a psycho-bio-social entity. In that holistic model all various methods of treatment are composed into one proposal and addressed towards all these platforms. Because of that integrative approach there is no opposition between biological treatment or psychotherapeutic treatment. As an example of this kind of thinking the authors describe the therapeutic work of the interdisciplinary teams in the inpatient, outpatient and in-home hospitalisation units of their department.

From Antonie Kępiński to Günter Ammon

In Poland, like in many other countries, the distinction between biological psychiatry and psychotherapy still exists. Formally you can be a psychiatrist without using any psychotherapeutic methods and on the other hand there are some therapists who try to forget the biological perspective of the human being (*Bomba, Barbaro* 1995).

Our psychiatric philosophy comes from the integrative concept of *Antoni Kępiński* (1984), which we find very close to some principles developed by *Günter Ammon (Schmidts* 1996). From that point of view we understand the human being as a holistic entity, which means that psychological, biological and social platforms are interchanged. The way of thinking about psychiatry and psychotherapy should also be holistic or systemic. Because of the psycho-bio-social specificity of the growing-up process, it is crucial to address psychotherapeutic efforts towards all these platforms.

According to that theoretical assumption, psychiatric and psychotherapeutic thinking and practice should go together. From the very beginning of each contact we should try to understand and recognize not only the given psychopathological syndrome, but also the entire context of a patient's life. By the context here we understand: the ontogenetic development of the index patient, the present family situation, the between-generation transmission and social situation including school, kindergarten etc.

The way we work

As an example of this kind of thinking we would like to describe the therapeutic work of the interdisciplinary teams in the inpatient, outpatient and in-home hospitalisation units of our department. The subject of our

* Prof. M.D., Psychiatrist, Head of the Department of Child and Adolescent Psychiatry, Collegium Medicum, Jagellonian University, Cracow, Poland, Chairwoman of the Polish Branch of the WADP

** M.D., Psychiatrists, Assistants of the Department of Child and Adolescent Psychiatry, Collegium Medicum, Jagellonian 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), Fachhochschule München-Pasing, March 4–8, 1997

Department of Child and Adolescent Psychiatry of the Jagellonian University in Cracow is to work with patients with a different spectrum of psychopathology. We try to address our therapeutic efforts to the whole complex conditions connected with the patient and his/her family and the decision regarding the therapeutic programme applied is based on the understanding of all these complicated factors (*Orwid, Pietruszewski* 1996).

The basic theoretical assumption organising our in-patient treatment is to minimize the negative effects of the hospitalisation and to offer a variety of methods, including biological treatment (if necessary), various forms of psychotherapy, including at least one family diagnostic session. Different professionals take part in the course of treatment, offering not only specific methods but trying to communicate on the basis of consensus and common language. We don't oppose setting biological treatment against a psychotherapeutic one, but plead for composing these various methods of treatment into one proposal. We remember how important it is for an adolescent to look for his/her place in the social group, how important the social mirror and sharing responsibility for the life of the group are. These influence the process of treatment. Both professionals and patients become a part of the therapeutic community. They participate in making decisions and share responsibility, they must try to find consensus (*Bachura-Madej, Bomba, Orwid* 1981).

In the case of outpatient treatment, psychotherapy has different contexts. Therapeutic work with the family seems to be crucial for the therapeutic process. Motivation of all family members, including children, is very important. If the family is disorganized or not sufficiently motivated to treatment, the in-home treatment staff visit them at home and invite all family members to the therapeutic sessions. Since the very first contact with the patient or the family, the psychotherapeutic attitude should be incorporated. It means that we do not distinguish very sharply between the psychotherapeutic attitude while exploring and in further, qualified psychotherapy (*Bomba* 1989).

Paradigm of our work

Our psychotherapeutic paradigm leads from the eclectic towards the integrative approaches. Psychotherapeutic concepts are based on different forms of systemic between-generation family approaches, psychodynamic theories and elements of behavioural and cognitive methods. It is difficult to say which kind of psychotherapy is the best for the adolescent. It depends on the psychopathology, the access to the family, the ability to create the psychotherapeutic group, and the preferences of the therapist. It is also impossible to understand individual psychopathology and dynamics of development without familial frames of references. We cannot understand a patient's intrapsychical world without an individual contact. We cannot improve social relations without group therapy.

Being strong enough...

This approach has got many advantages and disadvantages. The development of the integrative approach is connected with the difficulty of reconciliation of different theoretical backgrounds and languages. The traditional way of thinking about the competence of the specialist in this model has to be redefined. The traditional way of thinking is rooted in medical, biological and pathological thinking, which means linear understanding of causality in pathology. The integrative model is less clear and creates more difficulties and more uncertainty. Some elements of the paradigm and the therapy are not so precisely defined and therapists could get confused. It is very often the case that the model induces emotional problems in the staff which manifests itself in trying to escape to dogmatism of one school of thinking or desperately trying to keep the professional role.

The integrative model of psychiatry, if somebody is strong enough to survive it, is fascinating and opens a new intellectual and professional perspective, but in postmodern psychiatry, like in the postmodern democratic society, it is impossible to keep one way of thinking and acting.

Integration von Psychiatrie und Psychotherapie

Maria Orwid, Kinga Widelska, Maciej Pilecki (Krakau)

In Polen wird eine deutliche Unterscheidung zwischen biologischer Psychiatrie und Psychotherapie vorgenommen. Die Autorinnen dieses Artikels stellen dieser traditionellen Einstellung ein integratives Modell gegenüber, das an der Krakauer Universitätsklinik praktiziert wird und die Aufhebung des Gegensatzes zwischen biologischer und psychotherapeutischer Behandlung in der Psychiatrie anstrebt.

Das dort praktizierte Modell wird von den Autorinnen als eine ganzheitliche Auffassung beschrieben, die im psychiatrischen Verständnis von *Antoni Kepinski* (1984) ihre Wurzeln hat und die deutliche Parallelen zu einigen Prinzipien der Schule *Günter Ammons* aufweist.

Die Autorinnen stellen diese integrative Ausrichtung als die Grundlage der therapeutischen Arbeit ihrer Abteilung dar. Als charakteristisch für diese Behandlungsrichtung heben sie folgende Merkmale hervor: das Verständnis des Menschen als Einheit, in der psychologische, biologische und soziale Dimensionen in kontinuierlicher Wechselwirkung zueinander stehen, die theoretische und praktische Verbindung von Psychiatrie und Psychotherapie und die Berücksichtigung der Lebensgeschichte und der aktuellen familiären und sozialen Situation des Patienten als Grundlage für das Verständnis seiner Persönlichkeit.

Große Bedeutung haben weiterhin die partnerschaftliche Kommunikation zwischen Patienten und Therapeuten, der zwischenmenschliche Kon-

takt im therapeutischen Prozeß und der intensive Austausch zwischen den Therapeuten, die verschiedenen Behandlungsschulen angehören. Die Erarbeitung von individuellen Therapieprogrammen ist eine weiter Hauptsäule des integrativen Therapiekonzeptes, das an der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universitätsklinik Krakau angewandt wird.

Die Autorinnen nennen zum Abschluß einige Schwierigkeiten, die der integrative Ansatz immer wieder aufwirft. Als größtes Hindernis wird genannt, daß immer noch eine Versöhnung zwischen den verschiedenen therapeutischen Schulen fehlt. Dem integrativen Modell steht weiterhin das traditionelle Denken in der Medizin entgegen, das sich über lineare Kausalitätsbegriffe definiert. Schwierigkeiten ergeben sich auch dadurch, daß das integrative Modell die Rolle des Therapeuten neu definiert.

References

Badura-Madej, W., Bomba, J., Orwid, M. (1981): Psychotherapy. In: *Orwid, M.* (Ed.): Psychical Disturbances in Children and Adolescents (Warszawa PZWL) (In Polish).

Bomba, J.; Barbaro, B. (1995): Is it possible to portray psychiatry. In: American Psychiatry in the Nineties (Kraków, CMUJ) (In Polish).

Bomba, J. (1989): Adolescent psychotherapy. In: *Popielarska, A.* (Ed.) Developmental Psychiatry (Warszawa: PZWL) (In Polish).

Kępiński, A. (1983): Rhythm of life (Rytm zycia). (Kraków: Wydawnictwo Literackie) (In Polish).

Orwid, M.; Pietruszewski, K. (1996): Child and adolescent psychiatry (Psychiatria Dzieci i Mlodziezy) (Kraków: Wydawnietwo CM UJ) (In Polish).

Schmidts, R. (1996): The Holistic Principle in the Human-Structural Psychoanalysis of Günter Ammon. In: Dynamische Psychiatrie (29) 317–345

Address of the authors:

Prof. Maria Orwid, M.D.
Kinga Widelska, M.D.
Maciej Pilecki, M.D.
Jagellonian University, Medical College,
Department of Child and Adolescent Pschiatry
ul. Kopernika 21b
PL 31-501 Cracow
Poland

Trauer und Identitätsentwicklung im psychotherapeutischen Prozeß von Borderline-Patienten***

Gabriele von Bülow*, Rita Primbas** (Berlin)

Die Autorinnen diskutieren anhand des Therapieverlaufs einer Borderline-Patientin die besondere Bedeutung der Trennungs- und Trauerarbeit für die Identitätsentwicklung des Menschen. In Ammons Verständnis setzt Identitäts-Entwicklung die Bereitschaft des Individuums zu Trennungsschritten voraus, die Trennung aus der Abhängigkeit der Kindheit und aus pathologischen Beziehungs-Dynamiken. Damit ist in der Regel immer auch psychischer Schmerz und Trauerarbeit verbunden, wobei diese Trauerarbeit nur geleistet werden, wo Beziehungserfahrung stattgefunden hat und diese auch zugelassen wird. Die Autorinnen berichten aus der praktisch-klinischen Arbeit mit Borderline-Patienten, die im Sinne der Vermeidung notwendiger Trennung und Abwehr von Trauergefühlen Beziehungen mit ihnen emotional wichtigen Beziehungspersonen verleugnen und die Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensgrenze zu vermeiden suchen. Anhand einer Fallvignette zeigen die Autorinnen, wie in einem gruppenpsychotherapeutischen Prozeß der verleugnete Tod des Vaters und die damit verbundenen Gefühle im Schutz einer Gruppe nacherlebt und durchgearbeitet werden können.

Zentrales Anliegen jedes psychotherapeutischen Prozesses im Sinne der humanstrukturellen Psychoanalyse ist die Ermöglichung von Identität. Identität setzt immer Trennungsschritte voraus: Trennung aus ungelösten Abhängigkeiten von frühen Bezugspersonen, Trennung von pathogenen Beziehungsdynamiken, von alten lebenseinschränkenden Erlebens- und Verhaltensweisen. Alle von *Günter Ammon* so bezeichneten archaischen Ich-Krankheiten, so auch das Borderline-Syndrom, sind in seinem Verständnis Identitätserkrankungen, deren Psychodynamik er als einen Verzicht auf Selbstverwirklichung und Identität charakterisiert. Pathogentische Faktoren sind das frühe emotionale Verlassenwerden in der Familiengruppe, die Ich-Abgrenzung sowie konstruktive Aggression und die Entwicklung und Abgrenzung einer eigenen Identität verbietet. Dies formulierte *Ammon* explizit 1980 für die Depression, die psychische Krankheit bei mißlungener Trauerarbeit schlechthin.

Alle archaischen Ich-Krankheiten sind chrakterisiert durch das primärgruppendynamische Phänomen des Trennungsverbotes. Trennungen sind mit intensiven menschlichen Gefühlen von Trauer, Leid und Schmerz verbunden. »Schmerz und Leiden sind existentielle Dimensionen menschlicher Identität. Immer wieder habe ich feststellen können, daß dort, wo die Identitätsfurcht eines Menschen das Leben bestimmt, wo er gewissermaßen dem Leben ausweicht und die Vermeidungsexistenz eines ungelebten Lebens führt, auch Schmerz und Leiden vermieden werden sollen. *Paul Federn* (1952) hat geschrieben, welche Rolle das Schmerzerleiden für den Aufbau

* M.A., Dipl.-Psych., Klinische Psychologin/Psychotherapeutin (BDP), Lehranalytikerin am Berliner Lehr- und Forschungsinstitut der DAP
** Ärztin, Psychoanalytikerin am Berliner Lehr- und Forschungsinstitut der DAP
*** 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

von Ich-Grenzen spielt. Ich bin der Ansicht, daß es auch die gesamte Ich-Identität bestimmt. Der Schmerz hat m. E. eine ähnliche Funktion wie die Angst. Schmerz und Angst zu erleben bedeutet, die eigene Identität erfahren zu können, es bedeutet, Grenzen zu verinnerlichen und in die Identität zu integrieren« (*Ammon* 1979).

In unserer hedonistischen, auf Freisein von Unlust und Schmerz orientierten Leistungsgesellschaft, die *Ammon* auch als »Borderline-Gesellschaft charakterisierte (vgl. *Ammon* 1986), in der ohnehin wenig Raum für Gefühle ist, gehören Trauer und Traurigkeit zu den verpöntesten, verpönter noch als der Ausdruck von Wut und Aggression, vergleichsweise gesellschaftsfähigeren Gefühlen, die ebenfalls mit Trennungsschritten einhergehen. Es gibt kaum geschützte Räume für das Erleben und den Ausdruck von Trauer und Traurigkeit, die im besonderen Maße verletzlich machen. Bezeichnenderweise erscheint das Stichwort »Trauer« in Meyers Enzyklopädie von 1979 überhaupt nicht, wohl aber »Glück«. Die Abwehr des mit der Trauer verbundenen seelischen Schmerzes führt nicht nur zur Depression und Psychosomatik, sondern liegt letztlich allen schweren psychischen Erkrankungen zugrunde und allem destruktiven Agieren nach außen und gegen sich selbst. Sie bedeutet eine Flucht vor der Auseinandersetzung mit der eigenen Identität.

In seiner klassischen Arbeit »Trauer und Melancholie« von 1917 hat *Freud* den Versuch unternommen, »das Wesen der Melancholie durch die Vergleichung mit dem Normalaffekt der Trauer zu erhellen«. Er vermutete die Ursache der Depression in einem »dem Bewußtsein entzogenen Objektverlust«, der dem Kranken jedoch als »Verrat an seinem Ich« erscheine. In dieser Ich-Verarmung und der damit verbundenen Herabsetzung des Selbstwertgefühls sah er das zentrale psychodynamische Problem der Depression. *Freud* nimmt dabei als Ausgangspunkt der Psychodynamik den Verlust eines stark ambivalent erlebten Objektes an, den das Ich nicht zu verarbeiten vermag. Die Person regrediert auf die Ebene der narzißtischen Identifikation, die dem Hineinnehmen des Objektes ins Ich dient; dadurch entsteht im Ich, d.h. durch die Hineinnahme der Ambivalenz, die »offene Wunde« des melancholischen Komplexes, die eine stark destruktive Dynamik entfaltet.

Edith Jakobson legte in ihrem Verständnis der Genese der Depression den Schwerpunkt auf den Mechanismus der Abwertung. Diese erfolgt nach ihr in der präödipalen Phase als Reaktion auf als enttäuschend erlebte Elternfiguren. Da in dieser frühen Lebenszeit Selbst- und Fremdvorstellungen noch nicht getrennt seien, treffe diese Abwertung auch das eigene Selbst.

Trauer ist, wie schon *Freud* mit seinem Konzept der Trauerarbeit ausgeführt hat, ein höchst aktiver Auseinandersetzungs- und Verarbeitungsprozeß, der zur Überwindung des erlittenen Verlustes führt und damit den Menschen freisetzt für neue Beziehungserfahrungen, Entwicklungsschritte und Lebensfreude. (Das deutsche Wort »leiden« hängt etymologisch mit

»leiten« zusammen und bedeutet ursprünglich: »durch etwas hindurchgehen«! Das Erleben und Hindurchgehen durch tiefen Schmerz und Trauer kann aber nur gelingen innerhalb einer schützenden Begegnung, die Grenzen zur Verfügung stellt in einer psychischen Situation großer Grenzöffnung nach innen zu der Welt der Gefühle und des Unbewußten. Jeder Psychotherapeut weiß um die heilende Kraft des Weinens als authentischen Ausdruck von Traurigkeit im Kontakt zwischen dem Patienten und seinem Therapeuten. Dies setzt den Boden einer tragfähigen zwischenmenschlichen Beziehung voraus, einen Boden, der in vielen, manchmal jahrelangen Begegnungen und Auseinandersetzungen gewachsen ist. Dies macht deutlich, warum es gerade bei der Behandlung von schwer psychisch Kranken so wesentlich ist, einen direkten menschlichen Kontakt jenseits von Übertragung herzustellen als ein zentrales Agens der Psychotherapie. Gerade bei diesen Patienten mit sehr frühen narzißtischen Wunden wie bei den Borderline-Patienten, stellt das Zulassen von mit frühen menschlichen Enttäuschungen verbundenen Gefühlen ein existentielles Wagnis dar, eine Grenzerfahrung, wo es buchstäblich um Leben und Tod geht. Die narzißtischen Verwundungen, das narzißtische Defizit, wie es *Ammon* (1974) nennt, resultiert aus dem Erleben emotionalen Verlassenseins, dem Nicht-gesehen und Angenommenwerden in den eigenen Gefühlen und Identitätsäußerungen in der Kindheit. Wir stellen immer wieder fest, daß gerade das Ausdrücken von Verlassenheits- und Verlustängsten, von Traurigkeit, zu den Gefühlen gehören, die am wenigsten von den Eltern zugelassen und adäquat beantwortet werden konnten, letztlich aufgrund eigener abgewehrter Verlassenheitsängste.

Die Unfähigkeit zur Trauer erleben wir besonders häufig bei Borderline-Patienten, bei denen wir regelmäßig, neben der Störung des Narzißmus, eine ausgeprägte Abgrenzungsschwäche antreffen. Grenzen jeder Art werden als Kränkung erlebt. Dazu gehört häufig auch ein grenzenloses, ozeanisches Zeiterleben, das dem gelebten Augenblick seine Bedeutung nimmt. Dahinter steht die unbewußte omnipotente Wunschphantasie, die Beendigung von etwas dadurch zu verhindern, daß es erst gar nicht beginnt: »Wenn ich keine Beziehung aufnehme, sie nicht beginne bzw. sie nicht spüre, geht sie nicht zu Ende, muß ich keine Verlassenheitsängste durchstehen, brauche ich mich nicht zu trennen, bleibe ich frei von Trauer und Schmerz.«

Die schärfste Grenze im Leben eines jeden Menschen ist der eigene Tod, die Begrenztheit des eigenen Lebens und der Tod von Menschen, die einem wichtig sind. Die innere Verbindung zwischen Trennung und Tod ist Teil der conditio humana, weil beides auf eine existentielle Art mit Begrenzung zu tun hat. Jeder Abschied, jede Trennungssituation gibt das Thema vor, das letztlich in die große Auseinandersetzung mit dem endgültigen Abschied, mit dem eigenen Tod bzw. dem Tod von nahestehenden Menschen mündet. Deswegen wird die Auseinandersetzung mit Trennung, Verlust und Trauerarbeit häufig so stark abgewehrt. Abwehr von Trauer ist beim einzelnen

Menschen wie in der Gesellschaft immer auch eine Abwehr der Auseinandersetzung mit dem Tod. Er ist zugleich »die tiefste Kränkung, die einem widerfahren kann. Hat er (der Mensch) sein ganzes Leben daran gesetzt, in der grenzenlosen, omnipotenten Vorstellung eines ewigen Lebens existieren zu können, wird er den Schritt zur Konfrontation mit der Trennung im Tod zu vermeiden suchen... Die Angst vor dem Tod ist gleichbedeutend mit der vor der Identität bzw. mit der Angst vor dem Leben« (*Ammon* 1979).

Trauer, seelischer Schmerz über einen Verlust, kann nur da empfunden werden, wo vorher eine wirkliche Begegnung stattgefunden hat. In der klinischen Arbeit treffen wir immer wieder auf Patienten, die im Sinne einer Trennungsvermeidung und Trauerabwehr Beziehungen zu emotional bedeutsamen Menschen verleugnen bzw. einseitig nur Gefühle von Wut erleben können.

Im folgenden stellen wir die Fallvignette einer Patientin mit der Eingangsdiagnose »Borderline-Persönlichkeitsstörung« dar, die als Jugendliche ihren Vater durch Tod verlor. Lange vor diesem äußeren Verlusterlebnis hatte bereits ein weitgehender innerer Verlust der Beziehung mit ihren freundlichen Aspekten stattgefunden.

Die Patientin befindet sich seit mehreren Jahren sowohl in einzel- als auch in gruppenpsychotherapeutischer Behandlung. Die 30jährige Frau, älteste Tochter von drei Geschwistern, erlebte den Tod des Vaters als sie 15 Jahre alt war. Zu diesem Zeitpunkt war ihre Beziehung zum Vater von einer distanzierten mißtrauischen Haltung und von Wut geprägt. Dies war nicht immer so gewesen. Bis zum dritten Lebensjahr war die Beziehung überwiegend durch Zuneigung, Wärme und körperliche Nähe charakterisiert. Später berichtete die Mutter, sie habe in dieser Zeit befürchtet, die Tochter würde »Papas Kind« werden. Nach dem dritten Lebensjahr unternahm der Vater erstmalig eine längere Geschäftsreise. Auf seine mehrwöchige Abwesenheit reagierte sie mit einem abrupten emotionalen Rückzug vom Vater, dieser blieb über Jahre bestehen und vertiefte sich in der Pubertät. Die Mutter ihrerseits vermittelte ihr ein sehr problematisches Vaterbild; so wurde der Vater in seiner Abwesenheit oft kritisiert: er sei selten da, bleibe dem Familiengeschehen fern, sei überhaupt innerhalb der Familie zu inaktiv, gleichgültig und andererseits unangemessen fordernd. Dadurch konnte sie die Beziehung der Patientin zum Vater kontrollieren und entscheidend behindern. Vor diesem Hintergrund war der Patientin ein Kontakt nur zur Mutter und zu ihren Geschwistern wirklich möglich. Gegenüber ihrem Vater waren ihr nur Gefühle von Wut und Verachtung zugänglich. Dadurch war eine Identifikation mit den konstruktiven Seiten des Vaters, die besonders im geistig-beruflichen Bereich lagen, nicht möglich, was eine Entwicklungsarretierung gerade auf beruflicher Ebene zur Folge hatte.

Der Vater, ein sehr erfolgreicher Ingenieur, verstarb an den Folgen innerer Blutungen bei Leberzirrhose nach langjährigem Alkoholmißbrauch von circa 20 Jahren. Sowohl über die Alkoholkrankheit als auch über das Fortschreiten der organischen Folgeschäden wurde in der Familie nicht

geredet, obwohl der Vater in alkoholisiertem Zustand häufig aggressive Kontrollverluste hatte, in denen er jährzornig und querulatorisch agierte. Nach außen mußte mit allen Mitteln das Bild einer heilen, konfliktfreien Familie aufrechterhalten werden. Ein Jahr vor Eintritt des Todes bekam der Vater die ärztliche Mitteilung, daß seine Lebenserwartung nur ein bis höchstens drei Jahre betragen würde. Auch zu diesem Zeitpunkt wurde in der Familie über die schlechte Prognose nicht gesprochen. Als circa fünf Monate vor dem Tod der Vater äußerte, daß er das intensive Gefühl habe, das Ende des Jahres nicht mehr zu erleben, reagierte die Mutter ungläubig und fassungslos, »wollte sich damit lieber nicht befassen«, wie die Patientin sagte. Sie selbst hielt sich die ganze Zeit an der Hoffnung fest, »daß sich alles nochmal zum Guten wenden würde.« Sie hatte niemanden, dem sie ihre Ängste und Hoffnungen hätte mitteilen können, ihre Geschwister hatten genauso Teil an der Verleugnung der tödlichen Erkrankung des Vaters durch die Mutter. Selbst als vier Monate später der Vater wegen massivem nächtlichen Bluterbrechen von der Mutter ins Krankenhaus gebracht wurde, herrschte in der Familie über Wochen Stillschweigen über den Ernst des Zustandes. Die Mutter erzählte der Patientin nichts genaues über den Gesundheitszustand des Vaters, sondern nur beschwichtigendes. Die Mutter tat sogar alles, um zu verhindern, daß die Patientin ihren Vater im Krankenhaus besuchte. Sie tat es mit Aussagen wie »Der Vater möchte keinen Besuch, die Ärzte sagen nichts Konkretes über die Krankheit« und schließlich, daß es für die Tochter im Todesfalle des Vaters besser wäre, ihn so in Erinnerung zu behalten, wie er vor dem Krankenhausaufenthalt war.

Nach sechs Wochen starb der Vater. Für Gefühle und Gedanken über den Verstorbenen gab es auch jetzt keinen Raum. Die Mutter reagierte sehr bald nach dem Tod mit dem Satz »Das Leben geht weiter, wir müssen nach vorne sehen.« Die Reaktion der Patientin war zunächst ohnmächtige Wut und Ratlosigkeit sowie Resignation, aber keine Trauer. Sie ging schon am übernächsten Tag wieder zur Schule, wo ihr, wie ihr die Lehrer sagten, keine Traurigkeit anzumerken gewesen sei. Über zehn Jahre blieb die Patientin diesen Gefühlen verhaftet, Gefühle von Trauer wurden nicht zugelassen.

Im Laufe ihrer mehrjährigen Psychotherapie wurde der Patientin zunehmend die Dynamik in ihrer Familiengruppe einsichtig. Mit Erschütterung und Betroffenheit erkannte sie, wie stark das feindliche Vaterbild und die tiefe Abhängigkeitsbeziehung zu ihrer Mutter sie an einem entspannteren und eigenständigen Kontakt zum Vater gehindert hatten. Die Voraussetzung dafür waren die Entwicklung von tragfähigen therapeutischen Beziehungen in Gruppe und Einzeltherapie, die ihr eine allmähliche Ablösung aus der Symbiose mit der Mutter ermöglicht hatten. In dem Maße, wie sie sich von der gruppendynamischen Falle ihrer Familie distanzieren konnte, war es ihr möglich, auch einen freundlicheren Kontakt zu ihrem männlichen Gruppentherapeuten aufzunehmen. Durch sein Interesse und seine kontinuierliche Bemühung um sie erlebte sie eine wiedergutmachende Be-

gegnung mit einer positiv empfundenen Vaterfigur. Auf eine humorvolle und warme Art konnte der Therapeut mit ihrer zeitweisen massiven negativen Vaterübertragung umgehen. Mitten in dieser freundlichen Annäherungsphase verstarb der Therapeut der Gruppe. Die Gruppe reagierte mit Bestürzung, offen ausgedrückter Trauer und über Monate hinweg mit einer tiefen Auseinandersetzung darüber, was der verstorbene Therapeut dem einzelnen bedeutete und noch bedeutet. Die Patientin erlebte in ihrer Therapiegruppe erstmalig einen völlig anderen Umgang mit Tod und Trennung als in ihrer Primärgruppe. Sie selbst hatte unmittelbar nach dem Tod ihres Therapeuten in der Gruppe ihre Traurigkeit sehr gespürt und ausgedrückt, in derselben Sitzung konnte sie zum ersten Mal den Tod ihres Vaters erleben und darüber heftig weinen. Die Gruppe reagierte sehr anteilnehmend und liebevoll und gab ihr viel Raum für ihre Gefühle, wie umgekehrt sie der Gruppe ganz viel gab: Gruppendynamisch war ihre Bedeutung die eines Klageweibes, das sich inmitten einer trauernden Dorfgemeinschaft ganz der Trauer und dem Schmerz hingibt und dadurch die Trauer der anderen mitträgt, ausdrückt und ermöglicht, ihr einen Raum gibt.

Der Prozeß der Trauerarbeit um ihren Vater konnte somit bei der Patientin einsetzen – nach über Zehn Jahren. Erstmalig tauchten Gefühle von Sympathie und Achtung für den Vater auf. Durch das Durchleben und Durcharbeiten der Trauer wurde ihr eine innere Begegnung mit dem Vater möglich, die so in der Realität in der Vergangenheit nie hatte stattfinden dürfen. Dies führte zu einer beginnenden Identifizierung mit den konstruktiven Seiten des Vaters und, geradezu wie in einem Quantensprung, zu einer Aufhebung der Entwicklungsarretierung im beruflichen Bereich. Die Patientin konnte jetzt mit Elan und Erfolg ihr Studium vorantreiben, weil die tiefe Ambivalenz gegenüber dem gewählten Fach, das sich an den Beruf des Vaters anlehnte, überwunden war. Darüberhinaus wurde die Patientin spürbar lebendiger, kontaktfreudiger und verbaler. Es war, als ob sie sich aus einer langen Erstarrung befreit hätte. Die Befreiung ihrer lange abgewehren Gefühle von Trauer und Liebe zum Vater hatten auch viele andere Ausdrucksmöglichkeiten und Lebensäußerungen freigesetzt.

In diesem Fallbeispiel wird deutlich, wie sehr die Verleugnung einer Beziehung, hier der freundlichen Seiten einer Beziehung, zu einer Unfähigkeit zu trauern und damit zu einer Unfähigkeit, sich zu trennen mit allen arretierenden Konsequenzen für die Identitätsentwicklung geführt hatte. Die Beziehungsverleugnung wird nur verständlich auf dem Hintergrund der gruppendynamischen Konstellation der Familiengruppe. Diese verunmöglichte es dem Kind, zu beiden Eltern eine annähernd gleichwertige emotionale Beziehung zu entwickeln. Dazu gehörte, daß die Mutter die Beziehung zwischen der Tochter und dem Vater eifersüchtig kontrollierte. Eine Möglichkeit, dies zu erreichen, war die Abwertung des Ehepartners in den Augen der Tochter. Aus Angst, den »erlaubten« Elternteil auch noch zu verlieren, identifizierte sie sich mit dem abwertenden Vaterbild der Mutter und dem unausgesprochenen, aber atmosphärisch spürbaren Kontaktverbot.

Bei Borderline-Patienten treffen wir fast regelmäßig auf die oben geschilderte Konstellation, häufig verbundenen mit quasi mythologischen Festschreibungen wie »diese Tochter versteht sich sowieso nicht mit dem Vater «, starren Zuordnungen wie »Papas Kind«, »Mamas Kind«. So wird das Kind gezwungen, eine pathogene Entweder-Oder-Entscheidung zu treffen. Ein weiterer Aspekt der pathogenen, zur Beziehungsverleugnung führenden Gruppendynamik ist im Falle der Patientin die reale Abwesenheit des Vaters, die bei ihre tiefe Enttäuschung und emotionale Verlassenheit auslöste. Diese narzißtische Verletzung führte zum emotionalen Rückzug vom Vater, dessen Abwertung durch die Mutter dadurch auf fruchtbaren Boden fallen konnte. Erst im Laufe ihres psychotherapeutischen Prozesses, der ihr einen Abstand und Einsicht in die Verstrickung in diese Dynamik ihrer Familiengruppe ermöglichte, gelang es der Patientin, in der positiven Vaterübertragung zu ihrem Gruppenpsychotherapeuten, das feindliche Vaterbild durch ein freundlicheres zu ersetzen. Entscheidend für ihre weitere Entwicklung war die wiedergutmachende Erfahrung eines nicht verleugnenden, Trauer zulassenden Umgangs mit dem Tod des Therapeuten in ihrer Therapiegruppe. Erst dieses Erlebnis ermöglichte der Patientin, dem Vater als ganzem Menschen wiederzubegegnen und über seinen Tod zu trauern, wodurch sie auch frei wurde, sich mit den positiven Seiten des Vaters zu identifizieren. Damit konnte sie eine ihr Leben wesentlich blockierende Arretierung ihrer Identitätsentwicklung überwinden.

Bereavement and Development of Identity in the Psychotherapeutic Process Experienced by Borderline Patients

Gabriele von Bülow, Rita Primbas (Berlin)

Basically the objective of humanstructural psychoanalysis of *Günter Ammon* is to enable patients to develop an identity of their own. The prerequisites for such development are always formed by steps of separation. All archaic ego-illnesses, as *Günter Ammon* has termed them, and among them the Borderline Syndrome, are in his view illnesses of identity, and he characterized their psychodynamics as the renunciation of self-development and identity. The pathogenetic factors in this context are constituted by the patient's early emotional abandonment within their familiy group.

All archaic ego-illnesses are marked by one characteristic phenomenon in the primary groups: the prohibition of separation. Steps of separations are connected with intense feelings of bereavement, sadness and pain. In our hedonistic society oriented toward freedom from displeasure and pain, which *Ammon* also referred to as a »borderline society« (cf. *Ammon* 1986), in which there is only little space for emotions. This taboo is stronger than the expression of anger and aggression, socially relatively more acceptable affects, which are also accompanied by steps of separation. There are hardly any protected areas for the experience and the expression of bereavement

and sadness – emotions which render people especially vulnerable. The rejection of all emotional pain connected to bereavement forms the basis for all serious psychic illness, as well as for destructive acting-out in the exterior world and against oneself.

In his classic work »Bereavement and Melancholia« (1917), *Freud* undertook to »illuminate the essence of melancholia by comparing it with the normal effect of bereavement«. He felt the cause of depression in an »object loss removed from conscious« which seemed to patients, however, to be a »betrayal of their ego«. In this flattening of the ego and the diminishment of selfesteem concurrent with it, he saw the central psycho-dynamic problem of depression. He has already shown with his concept of working through bereavement, it is a highly active process of dealing and coping with bereavement. It eventually leads to the overcoming of the loss suffered and thus sets the person free for new experiences in relationships, developmental steps, and joy in life.

The experience and transcendentation of deep pain and bereavement can only be successful in the context of a protective encounter. Every psychotherapist knows of the healing power of tears as an authentic expression of sadness in the contact between patient and therapist. Its prerequisite is a strong interpersonal relationship, a basis which has grown in many encounters, sometimes over the course of many years and many disputes. This clarifies why, especially in the treatment of seriously ill psychic patients, it is so important to establish direct human contact outside of all transference to serve as a central agent in psychotherapy. Especially with patients who received narcissistic wounds very early in their lives, as borderline patients did, permitting feelings connected to these early disappointment to be felt represents an existential gamble, an experience of boundaries where life and death are literally at stake. The narcissistic wounds – the narcissistic deficit, as *Ammon* termed it in 1974 – stem from the experience of abandonment, of not being seen and not being accepted in one's own feelings and expressions of identity during childhood. We often find that it is the expression of anxiety of abandonment, loss, or sadness which form those feelings which can be least adequitely permitted by and reacted to the parents – to quite a certain extent, this is a result of their own defences against all fears of abandoment.

We experience the inability to suffer bereavement especially often in borderline patients. In addition to a disturbance of their narcissism, we regularly perceive a distinct demarcation weakness. Boundaries of all kind are experienced as an offence. This often also encompasses a sheer boundless, oceanic psychological time which robs any lived moment of its meaning. Behind this, we have the unconcious omnipotent wish fantasy to be able to prevent the end of something by not even letting it begin in the first place. The strongest demarcation in everyone's life is one's own death and the death of people who are important to oneself.

In our clinical work, we see patients very often who deny themselves relationships to emotionally important persons in the sense of avoiding

separation and defending themselves against bereavement, or patients who can only experience feelings on one level: on that of anger.

We present a case study of a female patient with the initial diagnosis »borderline personality disorder«. The patient has been undergoing psychotherapeutic treatment as an individual patient as well as in a group. The thirty-year old woman, the eldest of three siblings, experienced her fathers's death at the age of fifteen. At that time, her relationship to her father was characterized by a distanced, suspicious stance and marked by anger. But this had not always been the case. Until her third birthday, the relationship had been one of affection, warmth, and bodily closeness. Later, the mother recounted the anxiety she experienced at the time: that the daughter might turn into father's favorite. After the patient turned three, her father went away on a longer business trip. She violently reacted, abruptly withdrawing emotionally from her father. This withdrawal continued over several years and deepened during puberty. The mother conveyed a highly problematic father image to her; thus, she was able to control the patient's relationship to her father – and to impede it decisively. Thus, no identification with the constructive aspects of her father was possible to her, causing a development block for her in her professional life.

The father, an extremly successful engineer, died from cirrhosis of the liver because of alcohol abuse. The family spoke never about it, though the father often experienced aggressive losses of control in which he acted irascibly and was querulous. However, the image of a sound family free of all conflicts whatsoever had to be upheld at all costs. After the death of the father no space was given to feelings for and remembrance of the deceased. The mother reacted with the statement »life goes on, we must look forward«. The patient's reaction initially was that of impotent rage and helplessness as well as resignation, but never bereavement. For more than ten years, the patient remained rooted in these feelings; no feelings of bereavement were permissible to her.

In the course of her several years of psychotherapy, the patient became aware of the dynamics in her own family group to an increasing degree. It was a great shock and perplexity that she realized to what extent the hostile father image and deep relationship of dependency to her mother had prevented her from experiencing a more relaxed and independent contact to her father. The prerequisite for this recognition was the development of strong therapeutic relationships within the group and individual therapies, which had enabled her gradually to disengage herself from the symbiosis with the mother. To the extent to which she could distance herself from her family's trap of group dynamics, she was able to also develop a friendly contact to her male group psychotherapist. By his interest and continued efforts for her, she gained a reparatory encounter with a father figure she experienced as positive.

In the midst of this friendly phase of approach, the group's therapist passed away. The group reacted with dismay and openly expressed sorrow. Over months, the meaning of the therapist to each individual member of the group, in the past and in present, was deeply worked through. For the first

time, the patient experienced a new way of dealing with death and separation in her therapy group, a way that was completely different from what she had experienced in her primary group. She herself had felt her sadness very strongly in the group directly after the therapist's death and had expressed it there; in the same time, she was able to experience her bereavement at the death of her father for the first time, crying fiercely. The group reacted with sincere sympathy and very lovingly, giving her considerable space for her feelings, as she gave very much to the group in return: on the level of group dynamics, she took on the importance of a professional mourner within a bereaved village community who gives herself over entirely to sorrow and pain, thus bearing the others' sorrow, expressing it, and enabling it to exist, giving it space.

After more than ten years, the process of working through her bereavement for her father could thus begin for the patient. For the first time, feelings of affection and respect for her father awoke in her. Now she was able to encounter her father spiritually – an encounter which in the past had never been permitted to take place. This led to a beginning identification with the constructive aspects of the father, and, almost as if it were a quantum leap, the developmental block in her professional life was lifted. The patient was now able to devote herself with energy and drive to her university education after overcoming her previous ambivalence towards her major subject which was related to her father's profession. Furthermore, the patient became noticeable livelier, more sociable and expressing herself more verbaly – it was as if she had liberated herself from the long spell of numbness. The freedom from her defence against feelings of sorrow and love for her father over so many years had set many other forms of expression and utterances of life free.

In this case study, it becomes obvious to what extent the denial of a relationship, in this case: of the friendly aspects of a relationship, will lead to an inability to suffer bereavement and thus to an inability to separate oneself with all the blocking consequences for the development of an identity.

Literatur

Ammon, G. (Hrsg.) (1979): Tod und Identität. In: *Ammon, G.* (Hrsg.) Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt)
– (1980): Dynamische Psychiatrie (München: Kindler)
– (1986): Der mehrdimensionale Mensch (München: Pinel)
Federn, E. (1952): Ego-Psychology and the Psychoses (New York: Basic Books)
Freud, S. (1917): Trauer und Melancholie. In: Freud-Studienausgabe (1978): Bd. III (Frankfurt am Main: Fischer)
Jakobsen, E. (1983): Depression (Frankfurt am Main: Suhrkamp)

Adresse der Autorinnen:

Dipl. Psych. Gabriele von Bülow
Bregenzer Straße 51
D-10713 Berlin

Rita Primbas
Körnerstraße 25
D-10785 Berlin

Überlegungen zur Psychosomatik der Alzheimer-Demenz**

Bernhard Richarz (München)*

In der Arbeit werden zuerst die neurophysiologischen Veränderungen im Gehirn von Alzheimer-Patienten nach der Literatur in ihrer funktionellen Bedeutung und in Hinblick auf psychosoziale Bedingungen dargestellt. An Hand des Humanstrukturmodells Günter Ammons werden dann gemeinsame Merkmale der prämorbiden Persönlichkeitsstruktur von drei Patienten, die in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige psychotherapeutisch behandelt worden sind, herausgearbeitet. Ihr Persönlichkeitsprofil entspricht nach Ansicht des Autors weitgehend der Struktur schwerer psychosomatischer Erkrankung, wie sie Ammon beschrieben hat. Der Autor vermutet, daß bei der Entstehung der Alzheimer-Demenz die unbewußte Angst vor dem Tod und vor der Identitätsforderung des Lebensendes einen wesentlichen Anteil hat. Gruppendynamische Aspekte und soziale Faktoren werden in die Überlegungen miteinbezogen.

Immer häufiger wird in den westlichen Industrieländern bei alten Menschen eine Form geistiger Verwirrung festgestellt, die nach ihrem Erstbeschreiber als Alzheimer-Demenz bezeichnet und den neurologisch-psychiatrischen Krankheitsbildern zugeordnet wird. Während bei Völkern, die einer traditionellen Lebensweise verbunden sind, wie den Cree-Indianern in Nordamerika kaum oder bei Nigerianern keine Erkrankungen festgestellt werden, sind es in industrialisierten Ländern wie Schweden, Italien oder Großbritannien etwa 10% aller über 80jährigen, bei denen eine Alzheimer-Demenz diagnostiziert wird (*Handerson* 1994, *Kay* 1991). Bei den alten und hochbetagten Menschen führt die Erkrankung am Ende ihres Lebens zu Pflegebedürftigkeit und Siechtum, ohne daß die Medizin den Betroffenen und ihren Angehörigen viel zu helfen vermag. Therapeutische Maßnahmen, so die Lehrmeinung, können nach gegenwärtigem Wissensstand zwar Symptome lindern, aber nicht die Krankheit heilen, da die weltweite Forschung nach den Ursachen der Demenz bisher keine hinreichenden Ergebnisse erbracht habe.

Den seit vielen Jahren immer wieder gemachten Beobachtungen, die auf einen psychosomatischen Zusammenhang bei der Krankheitsentstehung hinweisen (Literaturübersicht in *Bauer* 1994), mißt die überwiegend naturwissenschaftlich ausgerichtete Forschung bis jetzt nur wenig Bedeutung bei. So werden z.B. bei den später erkrankten Personen psychische Auffälligkeiten beschrieben, die schon lange Jahre vor dem Auftreten erster neuropsychologischer Symptome bestanden haben, oder es wird berichtet, daß die Betroffenen vor Beginn ihrer Erkrankung schweren äußeren Belastungen ausgesetzt gewesen seien. *Bauer* et al. (1994) zeigen, daß alle von ihnen untersuchten Patienten von selbstunsicherer und anlehnungsbedürftiger

* Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychoanalyse, Dynamisch-Psychiatrische 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 an der Fachhochschule München-Pasing

Primärpersönlichkeit sind und bereits vor Ausbruch der Erkrankung in extremer Abhängigkeit von ihren dominanten Partnern gelebt haben.

Bevor die Annahme einer möglichen psychosomatischen Genese der Alzheimer-Demenz aufgrund eigener klinischer Befunde weiter ausgeführt wird, sollen einige Ergebnisse der somatischen Forschung dargestellt werden, die ebenfalls auf einen psychosomatischen Zusammenhang hinweisen könnten. Funktionell gesehen stellt die Alzheimer-Demenz ein Diskonnektionssyndrom dar. Ausgehend von den Pyramidenzellen der Hippocampusformation breitet sich die Schädigung entlang der corticocorticalen Projektionsbahnen über den gesamten Neocortex aus (*DeLacoste, White* 1993; *Leuchter* et al. 1992). Es kommt zu den Krankheitssymptomen, wenn wesentliche Teile des Gehirns aufgrund der Unterbrechung der Projektionsbahnen nicht mehr miteinander verbunden sind. Das klinische Bild, dem zufolge Alzheimer-Patienten gegenwärtiges Erleben und Fühlen einerseits und frühere Erfahrungen andererseits nicht mehr oder nicht mehr stimmig aufeinander beziehen können und deshalb in ihren Handlungen erheblich beeinträchtigt sind, entspricht dem neurophysiologischen Befund, daß die Projektionen zwischen entorhinalem Cortex, Hippocampus, Amygdala und präfrontalem Cortex unterbrochen sind (*Hyman* et al. 1990). Auf die funktionelle Bedeutung dieser Hirnareale soll im folgenden weiter eingegangen werden.

Die krankhaften Veränderungen beginnen im Temporallappen im entorhinalen Cortex (Brodmann Areal 28) (*Braak, Braak* 1990). Er stellt ein komplexes supramodales Assoziationsfeld dar, in dem zahlreiche Informationen vor allem aus den auditorischen und visuellen Assoziationsgebieten zusammenfließen. Von dort werden die Informationen weitergeleitet zur Amygdala und zum Hippocampus, die funktionell miteinander verbunden sind. Die Amygdala ist ein Teil des limbischen Systems; ihre Reizung führt zu Angstgefühlen und anderen unangenehmen Empfindungen wie Wut, Haß oder Schuldgefühlen. Hier werden sensorische Reize mit affektiven Eigenschaften verbunden, die vermutlich sowohl aus dem gegenwärtigen Erleben als auch aus der Erinnerung stammen, so daß die Funktion der Amygdala die affektive Qualität des Erkenntnisprozesses zu bestimmen scheint (*LeDoux* 1993). Die Amygdala ihrerseits projiziert direkt und indirekt zum Hypothalamus, dem Steuerzentrum für hormonale Prozesse.

Der Hippocampus weist ebenfalls kennzeichnende Veränderungen im Frühstadium der Alzheimer-Demenz auf. Seine Aufgabe besteht nach derzeitigem Forschungsstand darin, eingehende Informationen in einen zuvor erlebten räumlich-zeitlichen Zusammenhang einzuordnen und bewußte Erinnerung von früherer Erfahrung zu ermöglichen (*Teylor, Di Scenna* 1988; *Squire* 1992; *Pollmann* et al. 1993). Er bezieht seine wesentlichen Afferenzen aus dem entorhinalen Cortex und dem contralateralen Hippocampus. Im Hippocampus werden bereits komplex verarbeitete Reize mit früheren verglichen, über ihn können neue Informationen gespeichert und alte Informationen abgerufen werden. Wie durch die Funktion der Amygdala aktuelle Wahrnehmung affektiv gefärbt wird, wird durch die Funktion des Hippo-

campus dem gegenwärtigen Erleben die Zeitdimension der Vergangenheit hinzugefügt. Dabei laufen die Prozesse in der linken und rechten Hirnhemisphäre parallel, d.h. in stetem Abgleich von linearem und ganzheitlichen Erleben und Erinnern. Vom Hippocampus aus gehen direkt und indirekt Projektionen zum dorsolateralen Cortex im Frontallappen (Brodmann Areale 9 und 46), in dem Ideen und Vorstellungen von zukünftigem Handeln entworfen werden.

Der Hippocampus steht also am Ende der funktionellen Einheit (*Luria* 1992) zur Aufnahme, Verarbeitung und Speicherung von Information und am Anfang der funktionellen Einheit für die Programmierung, Steuerung und Kontrolle von Tätigkeiten. Durch seine Schädigung werden Erleben und Handeln zeitlos. Mit dem Erlöschen der Vergangenheit verbunden ist der Verlust der Zukunft, bis sich schließlich ein grenzenloses Dasein im ewigwährenden Augenblick ergibt, wie es bei Patienten mit fortgeschrittener Alzheimer-Demenz zu beobachten ist. Bereits bei Patienten mit einer mäßigen Ausprägung der Demenz konnte eine signifikante Beeinträchtigung des Zeitempfindens festgestellt werden (*Grewal* 1995).

Die kennzeichnende Schädigung, die im Hippocampus von Alzheimer-Patienten auszumachen ist, ist der Synapsenverlust. Er findet sich im ganzen Neocortex, doch ist er am stärksten im Hippocampus (*Honer* et al. 1992), und seine Ausprägung entspricht am meisten dem Schweregrad des klinischen Bildes mit seinen kognitiven Beeinträchtigungen (*Terry* et al. 1991; *DeKosky, Scheff* 1990; *Scheff, Price* 1993). Der Synapsenverlust ist Ausdruck einer allgemeinen gestörten neuronalen Plastizität des Gehirns, d.h. daß bei Alzheimer-Patienten der Umbauprozeß, in dem sich das Gehirn jedes Menschen zeitlebens entsprechend der jeweiligen funktionellen Beanspruchung befindet, erheblich beeinträchtigt ist. Während der normale Prozeß des Alterns auf neuronaler Ebene durch einen Verlust von Nervenzellen bei gleichzeitigem Aussprossen der verbleibenden Dendriten zu einem dichten Geflecht neuronaler Verbindungen gekennzeichnet ist, verkümmern bei ihnen die terminalen Abschnitte der Dendritenbäume mitunter bis zu kurzen Stummeln, so daß die Vernetzung der einzelnen Nervenzellen nicht mehr gewährleistet ist (*Buell, Coleman* 1979).

Der Synapsenverlust im Hippocampus kann nach derzeitigem Wissen folgendermaßen erklärt werden: Zum einen wird er auf die Beobachtung zurückgeführt, daß Synapsen, die funktionell nicht mehr genügend beansprucht werden, zurückgebildet werden (*Swaab* 1991). Für die Entstehung der Alzheimer-Demenz würde das bedeuten, daß aus irgendeinem Anlaß die Funktion des Hippocampus nicht mehr in Anspruch genommen wird, also gegenwärtiges Erleben nicht mehr mit früheren Erfahrungen in Beziehung gesetzt wird. Zum anderen gibt es Hinweise darauf, daß die neuronale Plastizität durch psychosozialen Streß beeinflußt wird.

Der Hippocampus weist eine besonders hohe Rate an Rezeptoren für Glucocorticoide auf, also für die Hormone, die bei Streß über die Aktivierung des Hypothalamus freigesetzt werden. Das bedeutet, daß die Funktion des Hippocampus in besonders hohem Maße durch Stressoren

beeinflußt wird. Die Glucocorticoide ihrerseits wirken sich hemmend auf die neuronale Aktivität aus (*Vidal* et al. 1986; *Aldenhoff, Henning* 1988). Anhaltende Glucocorticoid-Exposition führt dazu, daß sich die apikalen Enden der Dendriten von Pyramidenzellen des Hippocampus gegenüber einer Kontrollgruppe signifikant verkürzen und weniger verzweigen (*Watanabe* et al. 1992), ähnlich wie es bei Alzheimer-Patienten festgestellt wurde. Bei weiterer Exposition kommt es schließlich zu einem irreversiblen Verlust von Neuronen mit einer beidseitigen Hippocampus-Atrophie (*Sapolsky* 1996). Es ist durchaus möglich, daß das streßhafte Geschehen schon sehr früh im Leben erfolgt ist, wie z.B. durch Traumen der Kindheit in Form von Mißbrauch, Vernachlässigung oder früher Trennung von der Mutter, welches im Hippocampus eine »biologische Narbe« hinterlassen hat, die über Jahre unbemerkt bleiben kann (*Aldenhoff* 1997). Länger wirkende Stressoren mit anhaltend erhöhter Glucocorticoid-Exposition beeinträchtigen neben der neuronalen Plastizität auf jeden Fall auch die Gedächtnisfunktion (*Luine* et al. 1994).

Bei den beschriebenen Befunden bleiben m.E. zwei wesentliche Fragen offen, die auf eine psychosomatische Genese der Alzheimer-Demenz hinweisen könnten:

1. Was für eine Art von Streß wirkt auf den Hippocampus ein?
2. Gibt es eine Vorschädigung des Hippocampus, die einem möglichen Stressor eine besondere Wirksamkeit verleiht?

Um weiter herauszufinden, was die Dekompensation der Gehirntätigkeit bedingen könnte, erscheint es mir sinnvoll, zum einen das gruppendynamische Feld zu untersuchen, in dem sich spätere Alzheimer-Patienten vor Ausbruch ihrer Erkrankung befinden (*Richarz* 1996), zum anderen zu versuchen, ihre prämorbide Persönlichkeitsstruktur zu erfassen. Bei der Erörterung der Befunde beziehe ich mich auf das Krankheitsverständnis der Dynamischen Psychiatrie (*Ammon, Burbiel* 1992) und auf das Humanstrukturmodell *Günter Ammons* (*Ammon* 1976, *Burbiel* 1997). Da dabei die Psyche eines Menschen, seine Gehirnstruktur, seine Fähigkeiten und Fertigkeiten und seine zwischenmenschlichen Beziehungen erfaßt und aufeinander bezogen sind, kann gerade unter dem Gesichtspunkt der psychosomatischen Genese die Alzheimer-Demenz ganzheitlich betrachtet werden.

Das Humanstrukturmodell ist getragen von einem Menschenbild, das die Vorstellung beinhaltet, daß ein Mensch sich und seine Identität von der Geburt bis zum Tod in Auseinandersetzung mit den umgebenden Gruppen entwickelt und verändert. Jeder Mensch befindet sich zeitlebens in energetischen Austausch mit seiner Umgebung, wobei die Energie als zwischenmenschliche, d.h. als Sozialenergie, verstanden wird, die die Menschen sich durch Kontakt und Beziehung geben oder verweigern. Die Humanstruktur eines Menschen ist Niederschlag der erlebten und verinnerlichten Gruppendynamik; je nach ihrer Ausprägung vermag sie wiederum sozialenergetische Prozesse in Gruppen in Gang zu setzen. Das Humanstrukturmodell umfaßt primäre, sekundäre und zentrale Humanfunktionen, die ineinander

integriert und aufeinander bezogen sind. Die primären Humanfunktionen meinen die Körperlichkeit eines Menschen, die sekundären seine Fähigkeiten und Fertigkeiten, mit denen er mit seiner Umgebung in Kontakt tritt, während die zentralen Humanfunktionen den unbewußten Kern der Persönlichkeit ausmachen. Zu ihnen gehören u.a. Identität, Ich-Autonomie, Aggression, Angst, Abgrenzung nach innen, Abgrenzung nach außen, Narzißmus und Sexualität. Struktur, Funktion und Energie können entsprechend ihrer Qualität als konstruktiv, d.h. kontakt- und entwicklungsfördernd, als destruktiv, d.h. kontaktzerstörend und entwicklungshemmend, oder als defizitär, d.h. kontaktlos und damit ohne Entwicklung, näher beschrieben werden. Nach dem Humanstrukturmodell weisen Krankheitssymptome auf eine beeinträchtigte Humanstruktur hin, und sie sind Ausdruck einer gestörten Identitätsentwicklung in der Gruppe. Für die Therapie eines Patienten ergibt sich die Forderung, daß die Therapie strukturverändernd zu wirken hat, d.h. Patienten brauchen zu ihrer Genesung ein gruppendynamisches Feld mit überwiegend konstruktiver Sozialenergie.

Patient	Alter (Jahre)	Diagnose (ICD 10)	Behandlungsdauer (Monate)	MMS	ADL
Herr L.	86	F 00.13	7,0	2/30	14/28
Frau S.	75	F 00.11	4,0	0/30	9/28
Herr T.	78	F 00.13	5,7	0/30	4/28

Tab. 1: Klinische Angaben zu den beschriebenen Patienten
(MMS: Minimal Mental State; ADL: Activity of Daily Living)

Die drei Patienten, auf die ich bei meinen Überlegungen zurückgreife und die ich im folgenden als Herr L., Herr T. und Frau S. bezeichnen möchte (s. Tab. 1), sind mir aus einer mehrmonatigen einzelpsychotherapeutischen Behandlung im milieutherapeutischen Feld der psychoanalytisch ausgerichteten Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige bekannt. Da die Patienten aufgrund ihrer fortgeschrittenen Erkrankung nicht mehr in der Lage waren, sich selbst sprachlich mitzuteilen, wandten wir uns an die Angehörigen, um Angaben zu ihrem Lebensstil und zu ihrer Persönlichkeit vor Beginn der Erkrankung zu erhalten. Wir stellten dabei fest, daß die sich daraus ergebende prämorbide Psychodynamik weitgehend derjenigen entsprach, die wir aus dem Verhalten der Patienten in den therapeutischen Gruppen, aus der Gegenübertragung der beteiligten Therapeuten und aus den Widerspiegelungsphänomenen der Kontrollgruppe analysiert hatten.

Unsere Alzheimer-Patienten lebten vor Ausbruch ihrer Erkrankung in einer Gruppe, die durch Starre und fehlende Lebendigkeit gekennzeichnet war. Auffallend war ein starker Zwiespalt zwischen äußerem Schein und innerer Wirklichkeit. Nach außen zeigte sich die Familie geordnet und

wohlanständig, innerhalb der Gruppe bestanden jedoch erhebliche Spannungen zwischen den einzelnen Mitgliedern, vor allem von den Eltern zu den Kindern, die oft schon viele Jahre währten, ohne beigelegt worden zu sein. Ebenso erschienen die späteren Alzheimer-Patienten nach außen als diejenigen in der Familiengruppe, die das Sagen hatten, in Wirklichkeit waren sie von einem dominanten Partner abhängig, nämlich von ihren Ehefrauen bzw. bei der Patientin von der Mutter. Dabei war die Abhängigkeitsbeziehung ein Übereinkommen von wechselseitigem Vorteil. Der spätere Patient erhielt von seinem Partner Schutz vor seinen Kontakt- und Beziehungsängsten und gab diesem seinerseits die soziale Anerkennung, die er sonst nicht erhalten hätte. Die späteren Alzheimer-Patienten waren beruflich stark engagiert, dabei auch erfolgreich, hatten aber kaum persönliche Beziehungen. Auch innerhalb der Familie traten sie nur wenig in Erscheinung und überließen ihre Beziehungen sowohl in der Familie als auch zu Personen außerhalb der Familie ihrem Partner. Auffallenderweise waren die Beziehungen der späteren Alzheimer-Patienten und ihrer Partner zu den Kindern merkwürdig gespalten. Eines der Kinder galt als das »gute Kind«, schien nach früheren Schwierigkeiten jetzt alle Erwartungen zu erfüllen und treu an der Seite der Eltern zu stehen, während ein anders das »böse Kind« war, das schwere Enttäuschung bereitet hatte und für dessen Verhalten kein Verständnis aufzubringen war. Innerhalb der Familiengruppe wurden Gefühle vermieden und kaum gezeigt, stattdessen galten die Sekundärtugenden wie Fleiß, Leistung und Anstand als die höchsten Werte. Die späteren Patienten waren selbst in hohem Maße bereit, sie zu erfüllen, da sie auf diese Weise ihren Platz in der Gruppe erhielten. Insgesamt war die Gruppendynamik sozialenergetisch verarmt, die einzelnen Mitglieder nahmen sich als eigenständige Personen nur wenig wahr und forderten sich wechselseitig kaum. Es war ein Zustand oberflächlichen Funktionierens erreicht, der in der Tiefe aber nicht integriert war.

Der Beginn der Erkrankung fiel in eine Zeit, als sich die symbiotische Lebensgemeinschaft der in wechselseitiger Abhängigkeit aufeinander bezogenen Partner nicht mehr länger aufrechterhalten ließ. Bei unseren Patienten waren einschneidende Lebensereignisse zu verzeichnen, die eine Umstellung der gewohnten Lebensweise erforderten. Bei Frau S. verstarb die Mutter, die ihre engste Bezugsperson war, bei Herrn L. war es sein freiwilliger Verzicht auf öffentliche Aufgaben, die bisher seinen Lebensinhalt ausgemacht hatten, und eine schwere körperliche Erkrankung, und bei Herrn T. die Versetzung in den Ruhestand nach langjähriger Berufstätigkeit. Auch bei anderen Alzheimer-Patienten konnte festgestellt werden, daß es bei ihnen Monate bis Jahre vor dem Auftreten erster neuropsychologischer Symptome zu tiefgreifenden Trennungserlebnissen und schwerwiegenden Auseinandersetzungen in der Partnerschaft gekommen war (*Bauer* et al. 1994).

Diese Ereignisse, die der Erkrankung vorausgingen und die an sich nicht ungewöhnlich sind und in jedem Leben vorkommen, das sich dem Ende

zuneigt, trafen mit Herrn L., Herrn T. und Frau S. Menschen, die schon vor ihrer Erkrankung auffallende Persönlichkeitszüge aufgewiesen hatten. Bei unseren Alzheimer-Patienten ließ sich durch die Angabe der Angehörigen rückblickend eine prämorbide Persönlichkeitsstruktur rekonstruieren, die auf eine schwere, jedoch kompensierte Beeinträchtigung vor Erkrankungsbeginn hinwies.

Bezogen auf das Humanstrukturmodell *Ammons* ergab sich im einzelnen die folgende Ausprägung zentraler Humanfunktionen:

– Destruktive Identität:

Allen drei Patienten gemeinsam war, daß sie kaum über Identität verfügten und deshalb in der eigenständigen Ausgestaltung all ihrer inneren und äußeren Lebensbereiche erheblich beeinträchtigt waren. In ihrem Leben handelten sie nur selten aus eigenem Antrieb, vielmehr waren sie bereit, von außen an sie gerichtete Erwartungen bestmöglich zu erfüllen. Bei wesentlichen Entscheidungen ihres Lebens gaben sie eigene Vorstellungen preis und ordneten sich anderen Menschen unter, um nicht deren Zuwendung zu verlieren. Frau S. durfte den Beruf der Kinderkrankenschwester nicht erlernen, da er ihrer Familie nicht vornehm genug gewesen war und vor allem ihr Vater sich dagegen ausgesprochen hatte, daß sie anderer Leute Kinder betreuen würde. In ihrer Ehe gab sie auf Drängen ihres Ehemanns ihren Wunsch nach vielen Kindern auf und ließ sogar seinetwegen eines ihrer Kinder abtreiben. Herr T. mußte auf den Druck seines Vaters der Familientradition entsprechend Jura studieren, obwohl er sich mehr zur Medizin oder zur Schauspielerei hingezogen fühlte. Seine Karriere in einem Beruf, den er freiwillig gewählt hatte, erfolgte wesentlich, um den Ansprüchen seiner Ehefrau zu genügen, die seinetwegen eigene Identitätswünsche zurückgestellt hatte.

– Defizitäre Abgrenzung nach außen:

Statt Identität fand sich bei den Patienten Anpassung und eine starke Hinwendung zu äußeren Aufgaben, persönliche Beziehungen hatten wenig Bedeutung. So ging Herr L. völlig in seiner beruflichen Tätigkeit auf, ihr galt sein ganzer Einsatz. Selbst wenn er am Wochenende einmal zu Hause war, hatte er keine Zeit für seine Familie, sondern er bereitete seine nächsten öffentlichen Auftritte vor und war mit dem Abfassen von Reden beschäftigt. Ein Privatleben war ihm weitgehend unbekannt, den Jahresurlaub ließ er seine Frau allein mit den Kindern verbringen. Bereitwillig übernahm er immer wieder Aufgaben, die ihn auf lange Dienstreisen führten.

– Destruktive Abgrenzung nach innen:

Gegenüber ihren eigenen Gefühlen und Wünschen, ihren Phantasien und Träumen, kurz gegenüber ihrem Unbewußten, waren unsere Patienten bereits prämorbid starr abgegrenzt. Sie hatten keinen Bezug zu ihren inneren Welten und sprachen auch zu ihren nächsten Angehörigen nicht über ihr persönliches Erleben. Frau S. habe den Worten ihres Sohnes zufolge sogar erst durch ihre Erkrankung Zugang zu ihren Gefühlen gewonnen, vorher

habe man überhaupt nicht mitbekommen, was sie beschäftigte. Herr L. konnte seiner Frau nur in Briefen seine Verbundenheit mitteilen. Zu weiten Bereichen seines Lebens wie zu seiner schwierigen Kindheit, zu gescheiterten Beziehungen und zu seinen eigenen unehelichen Kindern schien er keinen emotionalen Bezug zu haben. Herr T. seinerseits hielt Gefühle nicht aus, und seine Kinder wurden für ihre Gefühlsäußerungen bestraft.

– Defizitäre Ich-Autonomie:

Vor Beginn der Erkrankung lebten die späteren Patienten bereits in Abhängigkeit von einer dominanten Bezugsperson. Ihr kam große Bedeutung zu z.B. hinsichtlich der Regulation von Nähe und Distanz in Beziehungen. Ebenfalls übernahm sie die Ausführung wichtiger Lebensveränderungen, die der spätere Patient verweigerte. Herr T., der aufgrund von Beförderungen häufig versetzt wurde, überließ die damit verbundenen Umzüge stillschweigend seiner Ehefrau, indem er bei solchen Ereignissen wiederholt für mehrere Tage spurlos verschwand oder durch Krankheit handlungsunfähig war. Ebenso war es bei Herrn L. die Ehefrau, die zur Stärkung ihres eigenen Selbstwertgefühls ihrerseits gerne mit den Abhängigkeitswünschen ihres Ehemannes einverstanden war. Bei Frau S. war es die Mutter, von der sie sich auch während ihrer Ehe nie gelöst hatte und mit der sie nach der Scheidung von ihrem Ehemann ein eheähnliches Verhältnis eingegangen war.

– Destruktive Sexualität:

Die Sexualität schien für die späteren Patienten ein stark belasteter Bereich ihres Lebens gewesen zu sein, sexuelle Wünsche waren verleugnet oder abgespalten. In den Gesprächen mit den Ehefrauen von Herrn L. und Herrn T. wurde das Thema Sexualität vermieden. Dabei ließen beiläufige Bemerkungen ihrer Ehefrauen vermuten, daß sexuelle Schwierigkeiten verleugnet wurden und daß Eifersucht und Befürchtungen der Untreue häufig vorkamen,denn beide galten als sehr charmant gegenüber Mitarbeiterinnen. Am deutlichsten war die Abwehr der Sexualität bei Frau S. festzustellen. Ihr Sohn meinte: Sie habe immer viele Verehrer gehabt, für sie sei Sexualität mit Männern jedoch nur zum Kinderkriegen dagewesen, sie habe lieber mit ihm als ihrem Sohn gekuschelt. Nach ihrer Scheidung habe sie keinen Mann mehr angeschaut, und die Werbungen eines Mannes habe sie in reiferem Alter mit den Worten: » Der spinnt ja so herumzumachen« kommentiert.

– Defizitäre Angst:

Alle drei Patienten waren nicht in der Lage, Angst zu spüren. Von allen wurden Begebenheiten erzählt, die durch die fehlende Wahrnehmung möglicher Gefahr gekennzeichnet waren. Herr T. war als Kampfflieger im Zweiten Weltkrieg wiederholt in Lebensgefahr und wurde wegen seiner Tapferkeit ausgezeichnet; später, so wurde berichtet, habe er ohne Furcht einem Einbrecher aufgelauert und ihn allein in die Flucht geschlagen. Frau S. unternahm mit ihren kleinen Kindern bereits in den fünfziger Jahren lange Reisen in abgelegene Teile des Orients, auch ohne daß ihre Angehörigen wußten, wo sie sich aufhielt.

– Destruktiv-defizitäre Aggression:
Die Fähigkeit, neugierig auf Menschen und Dinge zuzugehen, war bei den späteren Patienten gering ausgeprägt. Ihre destruktive Aggression wurde von ihnen und ihren Angehörigen verleugnet, obwohl sie in ihrem Verhalten anderen gegenüber oft sehr herrisch sein konnten. Sie reagierten gereizt bis jähzornig, wenn ihren Anweisungen nicht Folge geleistet wurde. Bei allen gab es jeweils ein Kind, das die Aggression offen destruktiv austrug, indem es sich unversöhnlich gegen den später erkrankten Elternteil stellte; einen Bezug zu ihrem eigenem Verhalten konnten unsere Patienten dabei nicht herstellen. Ihre Aggression war oft auch gegen den eigenen Körper gerichtet. Bei Herrn L. und Herrn T. kam es immer wieder zu körperlichen Erkrankungen, die Krankenhausaufenthalte und Operationen erforderlich machten, während von Frau S. Unfälle bis hin zu Frakturen berichtet wurden.

Diese prämorbide Persönlichkeitsstruktur, die sich nach den fremdanamnestischen Angaben für unsere Alzheimer-Patienten ergab, entspricht weitgehend derjenigen, die *Ammon* (1974, 1993) bei psychosomatischen Erkrankungen beschrieb. Daß es bei ihnen nicht früher zu einer schweren manifesten Erkrankung gekommen ist, liegt meines Erachtens daran, daß bei ihnen das »Loch im Ich« durch die enge Symbiose mit einer Bezugsperson abgedeckt war, welche hilfsweise die fehlenden Humanfunktionen zur Verfügung gestellt hatte.

Wie wir aus den Lebensgeschichten unserer Patienten wissen, fielen ihnen Trennungsschritte stets äußerst schwer. Trennung schien für sie völlige Verlassenheit zu bedeuten und mit so starker Angst besetzt gewesen zu sein, daß sie Zeit ihres Lebens bemüht waren, durch enge Bindungen an einen Partner Trennungssituationen nicht erleben zu müssen. Bereits die in der stationären Behandlung notwendig gewordene Trennung von ihrem Partner machte unseren Patienten heftige Gefühle von Angst und Wut oder ließ sie depressiv reagieren. Die wenigen Sätze, die Herr T. noch sprechen konnte, waren verzweifelte Fragen nach seiner Frau; Frau S. ihrerseits kommandierte mit kräftig dröhnender Stimme ihre abwesende Tochter oder ihre längst verstorbene Mutter zu sich; Herr L. verfiel in Apathie, sobald seine Frau weggegangen war, und lange konnte ihn nichts bewegen, sein Zimmer zu verlassen, wo er auf ihr Wiederkommen wartete.

Leider erhielten wir nur wenig Anhaltspunkte zur Kindheit unserer Patienten, die uns darüber hätten Aufschluß geben können, inwieweit hier früheste Erfahrungen mit den ersten Bezugspersonen wiederholt wurden. Am deutlichsten waren die Hinweise auf ein früheres Trauma bei Herrn L., dessen leibliche Mutter ihn gleich nach der Geburt verlassen hatte. Auffallend war jedoch, daß alle unsere Patienten immer wieder Verlassenheitssituationen bei ihren Kindern herstellten. Frau S. war auch nach ihrer Scheidung regelmäßig mehrere Wochen im Jahr beruflich unterwegs, wobei sie ihre Kinder in der Obhut der wenig geliebten Großmutter zurückließ; Herr L. begab sich nach der Geburt seines ersten unehelichen Sohnes für

mehrere Jahre nach Südafrika, später war er auch für seine ehelichen Kinder als Vater unerreichbar, und Herr T., der kriegsbedingt in den ersten Lebensjahren seiner Kinder abwesend war, nahm später vor allem über Leistungsforderungen zu ihnen Kontakt auf. Es ist deshalb zu vermuten, daß unsere Patienten hier gegenüber ihren Kindern unbewußt eine Beziehungsdynamik wiederholten, die sie selbst als Kinder erfahren und nie bewältigt hatten.

Unbewußte Verlassenheits- und Trennungsängste, die möglicherweise auf traumatische Kindheitserlebnisse zurückzuführen sind, eine prämorbide Persönlichkeitsstruktur, die zu psychosomatischen Erkrankungen disponiert, und eine erstarrte Gruppendynamik scheinen zumindest bei unseren Patienten die Entstehung einer Alzheimer-Demenz mitzubedingen. Diese Vermutung aus der klinischen Beobachtung steht in keinem Wiederspruch zu den somatischen Befunden zur Krankheitsentstehung, läßt sich sogar gut mit ihnen in Einklang bringen: Die unbewußte Verlassenheitsangst könnte der Stressor sein, der auf das Gehirn von Alzheimer-Patienten einwirkt, und die beeinträchtigte prämorbide Persönlichkeitsstruktur könnte die Vorschädigung darstellen, in deren beider Zusammenwirken es zum dementiellen Prozeß kommt.

Bekanntermaßen unterbleibt bei starker Angst der Abgleich von gegenwärtigem Erleben mit früheren Erfahrungen, und das Verhalten eines Menschen wird verstärkt von Übertragungsprozessen bestimmt. Aus der klinischen Beobachtung ergibt sich die Vermutung, daß bei späteren Alzheimer-Patienten das Erinnern und damit der Vergleich von gegenwertigen und früheren Erfahrungen unterbleibt, weil ihre unbewußte Angst und die der Gruppe, in der sie leben, so groß ist, und daß dadurch die Funktion des Hippocampus nicht mehr beansprucht wird.

Für die Unterhaltung des dementiellen Prozesses scheint es wesentlich zu sein, daß bei Alzheimer-Patienten die regulatorische Funktion von Gruppen fehlt. Gesunde Gruppen können hilfsweise Funktionen zur Verfügung stellen, die ein einzelner nicht hat, und sie schaffen die Gegenwart des Erlebens, indem sie Übertragungsprozesse unmittelbar abgrenzen. Die prämorbid beeinträchtigte Persönlichkeitsstruktur von Alzheimer-Patienten scheint sich erst deshalb so verhängnisvoll auszuwirken, weil die umgebende Gruppe erstarrt ist und weder bereit noch fähig, die Verlassenheitsangst des Patienten mitzutragen. Der Prozeß beginnt dementsprechend zu einem Zeitpunkt, an dem die bisherige Angstbewältigung des späteren Patienten durch die symbiotische Lebensgemeinschaft mit einem dominanten Partner nicht mehr möglich ist.

Es ist zu bedenken, daß die Angst, verlassen zu werden, immer auch Angst vor Identität bedeutet. Gerade archaisch ich-kranke Menschen, zu denen auch Alzheimer-Patienten aufgrund ihrer Persönlichkeitsstruktur zu zählen sind, sind ein Leben lang bemüht, ihre Identitätsangst abzuwehren (*Ammon, Hameister* 1975). Die entscheidende Identitätsforderung des älteren Menschen ist die Auseinandersetzung mit seiner begrenzten Lebenszeit und dem näherkommenden Tod. Die Alzheimer-Demenz enthebt

einen Menschen dieser Aufgabe, da er durch die Verwirrung sich nicht mehr zu erinneren vermag und ebensowenig über sein Leben Bilanz ziehen und sich von seinen Nächsten verabschieden kann. Auffallend wenig wird auch in den Angehörigengruppen von Alzheimer-Patienten über dessen möglichen Tod gesprochen (*Hepburn, Waswa* 1986), so daß zu vermuten ist, daß gerade dieses Thema in der gesamten Gruppe um einen Alzheimer-Patienten besonders angstbesetzt ist. Der Alzheimer-Demenz scheint die Bedeutung zuzukommen, durch geistige Verwirrung die unbewußte Todes- und Identitätsangst am Lebensende abzuwehren, ebenso wie sie einen Versuch darstellen mag, sie zu bewältigen.

Welchen Einfluß frühkindliche Erfahrungen auf die Entstehung eine Alzheimer-Demenz haben, ist heute nicht zu sagen, da zu wenig Material über die Kindheit späterer Patienten vorliegt. Traumatische Erfahrungen der frühen Kindheit könnten es sein, die die Persönlichkeitsentwicklung beeinträchtigt und zu der beschriebenen pathologischen Persönlichkeitsstruktur geführt haben. Möglicherweise ist dadurch eine »biologische Narbe« entstanden, die sich erst am Lebensende auswirkt, wenn sie nicht länger gruppendynamisch kompensiert werden kann.

Unter energetischen Gesichtspunkten ließe sich die Alzheimer-Demenz durch einen Mangel an konstruktiver Sozialenergie erklären. *Ammon* (1982) vermutete, daß sich Gruppendynamiken und die damit verbundene Sozialenergie nicht nur auf das Unbewußte eines Menschen, sondern auch auf dessen Hirnstrukturen auswirken. Bei der Alzheimer-Demenz geht eine starre Gruppendynamik mit Vorherrschen symbiotischer Beziehungsqualitäten einher mit neurophysiologischen Veränderungen, die sich in ihrer funktionellen Bedeutung entsprechen könnten, nämlich der emotionalen Abspaltung und der fehlenden zeitlichen Strukturierung des Erlebens in Vergangenes und Gegenwärtiges.

In Hinblick auf die Behandlung bedeuten diese Überlegungen, daß Alzheimer-Patienten ein reichhaltiges sozialenergetisches Feld mit lebendiger Gruppendynamik benötigen. Das vielfach empfohlene Training kognitiver Funktionen ist m.E. ebensowenig eine ausreichende Therapie für Alzheimer-Patienten wie die ausschließliche Gabe von Medikamenten. Wir konnten bei unseren Patienten beobachten, daß sie sich gut in ein psychotherapeutisches Behandlungssetting mit Patienten unterschiedlicher psychiatrischer Diagnosen integrieren ließen. Sie waren in der Regel bei ihren Mitpatienten beliebt, und diese übernahmen für sie auch gerne Hilfsfunktionen im Alltag. Unsere Alzheimer-Patienten waren Mitglied einer Milieutherapiegruppe und nahmen in unterschiedlichem Ausmaß an weiteren Gruppentherapien teil, wobei besonders nonverbale Therapieformen wie Theatertherapie, Musiktherapie und Tanztherapie Bedeutung hatten. Regelmäßig besuchten sie auch die zweimal wöchentlich tagende Großgruppe aller Patienten und Therapeuten, wobei sie sich situationsgerecht mit nichtsprachlichen Äußerungen am Gruppenprozeß beteiligten. Wichtig war die Annahme ihrer Aggression, die immer wieder Einzelkontakte wie Gruppen-

situationen zu sprengen drohte, sich letztlich aber jedes Mal verständnisvoll abgrenzen ließ. In allen Situationen ließ sich ihrem Verhalten als Ausagieren unbewußter Bedürfnisse einen Sinn geben. Es war dabei zu merken, daß sie sich auf ihre Weise stark mit dem Thema Tod auseinandersetzten.

Aus unseren Erfahrungen ist es unbedingt erforderlich, die Angehörigen mit in die Behandlung der Alzheimer-Demenz als einer psychosomatischen Erkrankung einzubeziehen (vgl. *Bauer* 1997). Bei aller gezeigten Bereitwilligkeit schienen sie gleichzeitig überhaupt nicht in der Lage zu sein, den Patienten aus seiner gruppendynamischen Position als Krankheitsträger zu entlassen. In unseren Gesprächen mit den Angehörigen entstand der Eindruck, daß bei fast allen Beteiligten eigene Identitätsängste so ausgeprägt waren, daß sie hartnäckig abgewehrt werden mußten. Auffallenderweise besserte sich in anderen Behandlungszentren das Befinden der Patienten, wenn es in den Angehörigengruppen gelang, die Einstellung der Angehörigen zu verändern (*Schmidt, Keynes* 1985).

In der Gegenübertragung lösten unsere Alzheimer-Patienten bei ihren Therapeuten regelmäßig heftige Gefühle von Resignation aus. Wiederholt wurde die Meinung geäußert, daß Psychotherapie bei ihnen keinen Sinn ergebe und Gespräche völlig überflüssig seien, da die Patienten sowieso nicht mehr sprechen könnten. Im Gegensatz dazu bestanden gleichzeitig überzogene Erwartungen, was in ihrem Befinden alles gebessert werden könne. Überfürsorgliche Verhaltensweisen, bei denen den Patienten nichts mehr zugetraut wurde, waren ebenso zu beobachten wie Vernachlässigungen, die die Versorgung auf das Allernotwendigste begrenzten. Die Patienten machten wütend, galten als anspruchsvoll und undankbar, und man wollte sie loshaben. Es wurde öfters gefragt, wann sie endlich entlassen würden, aber als der Entlassungstag näherrückte, die Meinung vertreten, an einem anderen Ort als unserer Klinik könne es ihnen nur schlechter gehen. Da Alzheimer-Patienten, verallgemeinert gesagt, gleichzeitig Todeswünsche und Schuldgefühle zu wecken scheinen, ist bei ihrer Behandlung auf eine sorgfältige Handhabung der Gegenübertragung zu achten. Die Trostlosigkeit von manchen gerontopsychiatrischen Abteilungen und Pflegestationen in Altenheimen, deren Atmosphäre an Wartesäle des Todes erinnert, kann in diesem Zusammenhang als ein unreflektiertes Ausagieren der Gegenübertragung gesehen werden.

Es ist auch zu bedenken, daß sich die Demenzerkrankung eines Einzelnen vor einem gesellschaftlichen Hintergrund ereignet, der dadurch gekennzeichnet ist, daß sich der Umgang mit Alter und Tod grundlegend ändert. Bis vor wenigen Jahrzehnten war es üblich, daß Menschen unterschiedlichen Lebensalters zusammenlebten und die älteren die lebendige Erinnerung an vergangene Zeiten verkörperten. Sie hatten dadurch ihren Platz in der Gesellschaft, und ihr Sterben war ein Geschehen, das die ganze Gruppe betraf und dementsprechend öffentlich vollzogen wurde. Heute dagegen, obwohl immer mehr Menschen immer älter werden, sind Lebensgemeinschaften, die mehrere Generationen umfassen, eine Ausnahme, und

die Mehrzahl der Menschen stirbt alleine im Krankenhaus. Sich der Begrenzung der Lebenszeit und der damit verbundenen Forderung an die Identität zu stellen, wird zu einer Angelegenheit derjenigen, die aus dem Leben scheiden, an der diejenigen, die im Leben stehen, keinen Anteil nehmen. Es fehlen auch gemeinschaftlich begangene und sinnstiftende Rituale am Lebensende, die früher von den Religionen praktiziert wurden und ihren Ausdruck in Musik und Kunst fanden. Die Ratlosigkeit einer Gesellschaft, die als ganzes nicht mehr weiß, wie dem Tod zu begegnen ist und die deshalb das Sterben solange wie möglich zu verleugnen trachtet, wird auf den einzelnen Menschen abgewälzt, der damit hoffnungslos überfordert ist, wenn er nicht im Verlauf seines Lebens eine starke Identität entwickelt hat und von gesunden Gruppen umgeben ist.

Die hier vorgebrachten Überlegungen zur psychosomatischen Genese der Alzheimer-Demenz sind in vielem nur vorläufig und bedürfen der Abänderung und Ergänzung. Sie sollen dazu anregen, eine Erkrankung, die viele Menschen bedroht und verunsichert, besser verstehen zu lernen.

Considerations to the Psychosomatics of Alzheimer's Disease

Bernhard Richarz (Munich)

Concerning the clinical picture, patients suffering from Alzheimer's disease appear increasingly unable to refer their present experiences and feelings to former experiences. The illness ends in need of constant care and invalidity. Up to now, somatic research for the reasons of Alzheimer's disease has not yet led to any sufficient results, and only little importance is attached to those observations that hint at a psychosomatic connection.

Somatic research reveals Alzheimer's disease as a disconnection syndrome corresponding to an interruption of the projections tracts. Of all brain areas mainly the hippocampus is affected. The decrease of the synaptic density that can be seen in this supramodal association field might be caused by stress (*Sapolsky* 1996).

Following the results from research studies the author sees two crucial questions that might point to a psychosomatic genesis of Alzheimer's disease:

1. What kind of stress influences the hippocampus?
2. Does a previous injury of the hippocampus exist, which might render a special effectiveness to a possible stressor?

In order to trace possible reasons for a decompensation of brain activity, the author deals with three clinical examples of patients treated in the Dynamic-Psychiatric Hospital Menterschwaige in Munich, examining a possible correlation between psychosomatics and the genesis of Alzheimer's disease. In doing so, the author refers to the understanding of illness in

Dynamic Psychiatry (*Ammon, Burbiel* 1992) and to *Günter Ammon*'s humanstructure model (*Ammon* 1976).

The patients lived, before the outbreak of the disease, in family-groups, which were characterized by rigidity and by lacking liveliness. They were extremely dependent on their partners who were dominating them. There existed a strong descrepancy between outward appearence and inward reality in the patients' families. The family groups avoided emotions, the supreme values were efficiency and diligence. The later patients had almost no personal relationships, whether in the family nor outside the family.

The outbreak of illness happended at a time of drastic events of separation and decisive differences in partnership: for example death of the mother as the most important reference person, beginning of retirement, abandonment of important professional tasks.

Following *Ammon*'s model of human structure the author found the following qualities of central human functions: All three patients hardly showed any identity. They rarely acted from own motivation, but mostly tried to fulfill other peoples' expectations to them. Their ego-autonomy was deficitary, which means that they all lived in highly dependent relationships. They delegated many realms of their ego-regulation to the family members. Their outer demarcation was deficitary. Even in their families they generally avoided personal contacts. At the same time they were absorbed in the work, never having time for private matters. Furthermore they were unable to feel afraid, which is an expression of deficitary anxiety. This inability also concerned emotions, wishes, phantasies and dreams. This means a destructive inner demarcation. The human function of sexuality was highly disturbed, but they denied these problems. They also denied their aggression, but turned it against their own body.

The author summarizes that the following factors are important for the genesis of Alzheimer's disease: unconscions fears of separation (possibly due to traumatic experience from childhood), a premorbid personality structure disposing to psychosomatic diseases, and a rigid group-dynamic. For the maintainance of the dementiell process it seems crucial that healthy groups with their regulatory functions are absent. The author suspects that in the three given cases, Alzheimer's disease is the result of the failed effort to master the unconscious fear of identity and dying. Some remarks are made about the psychotherapy of patients suffering from Alzheimer's disease as it was done in Menterschwaige Hospital.

For better understanding Alzheimer's disease it should also be considered that nowadays an individual's dementia occurs in a period where death is denied as long as possible. The perplexity of a society that no longer knows how to approach death is handed over to the individual. The author supposes that a person must be overwhelmed by this task if he has not managed to develop a sturdy identity and to surround himself with healthy groups.

Literatur

Aldenhoff, J. (1997): Überlegungen zur Psychobiologie der Depression. In: Nervenarzt (68) 379–389

Aldenhoff, J.; Henning, S. (1988): Corticosterone hyperpolarizes pyramidal neurons of the hippocampus in vitro. In: Soc. Neuroscience Abstr. (178) 4

Ammon, G. (1974): Psychoanalyse und Psychosomatik (München: Piper)

– (1976): Entwurf eines Dynamisch-Psychiatrischen Ich-Struktur-Konzeptes – Zur Integration von funktional-struktureller Ich-Psychologie, analytischer Gruppendynamik und Narzißmus-Theorie. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt)

– (1982): Hirnstrukturen, Unbewußtes und Ich-Strukturologie. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt)

– (1993): Psychosomatik im ganzheitlichen Verständnis der Dynamischen Psychiatrie. In: Dyn. Psychiat. (26) 6–22

Ammon, G.; Burbiel, I. (1992): Grundzüge der klinischen Humanstrukturellen Psychotherapie. In: Dyn. Psychiat. (25) 1–22

Ammon, G.; Hameister, H.J. (1975): Tod und Sterben als Identitätsproblem: Ich-psychologische und gruppendynamische Aspekte. In: Dyn. Psychiat. (8) 129–142

Bauer, J. (1994): Die Alzheimer-Krankheit (Stuttgart-New York: Schattauer)

– (1997): Möglichkeiten einer psychotherapeutischen Behandlung bei Alzheimer-Patienten im Frühstadium der Erkrankung. In: Nervenarzt (68) ...

Bauer, J.; Bauer, H.; Teising, M. (1994): Psychosomatische Aspekte der Alzheimer-Demenz. In: *Hirsch, R.* (Hrsg.): Psychotherapie bei Demenzen (Darmstadt: Steinkopff)

Braak, H.; Braak, E. (1990): Neurofibrillary changes confined to the entorhinal region and abundance of cortical amyloid in cases of presenile and senile dementia. In: Acta Neuropathol. (80) 479–486

Buell, S. J.; Coleman, P.D. (1979): Denditic growth in the aged human brain and failure of growth in senile dementia. In: Science (206) 854–856

Burbiel, I. (1997): Das Humanstrukturmodell. In: Dyn. Psychiat. (30) 145–155

DeKosky, S.T.; Scheff, S.W. (1990): Synapse loss in frontal cortex biopsies in Alzheimer's disease: correlation with cognitive severity. In: Ann. Neurol. (27) 457–464

DeLacoste, M.C.; White, C.L. (1993): The role of cortical connectivity in Alzheimer's disease pathogenesis: A review and model system. In: Neurobiol. Aging (14) 1–16

Grewal, R.P. (1995): Awareness of time in dementia of the Alzheimer type. In: Psychol. Reports (76) 717–718

Henderson, A.S. (1994): Epidemiology of mental disorders and psychosocial problems: Dementia. WHO

Hepburn, K.; Waswa, M. (1986): Support groups for family caregivers of dementia victims: questions, directions and research. The elderly and chronic mental illness new directions for mental health services (San Francisco: Jossey Bass)

Honer, W.G.; Dickson, D.W.; Gleeson, J.; Davies, P. (1992): Regional synaptic plasticity in Alzheimer's disease. In: Neurobiol. Aging (13) 375–382

Hyman, B.T.; Van Hoesen, G.W.; Damasio, A.R. (1990): Memory-related systems in Alzheimer's disease. In: Neurology (40) 1721–1730

Kay, D.W. (1991): The epidemiology of dementia: A review of recent work. In: Rev. Clin. Gerontolog. (1) 55–66

LeDoux, J.E. (1993): Emotional memory systems in the brain. In: Behav. Brain Res. (58) 69–79

Leuchter, A.F.; Newton, T.F.; Cook, I.A.; Walter, D.O.; Rosenberg-Thompson, S.; Lachenbruch, P.A. (1992): Changes in brain functional connectivity in Alzheimer-type and multi-infarct dementia. In: Brain (115) 1543–1561

Luine, V.; Villegas, M.; Marinez, C.; McEwen, B.S. (1994): Repeated stress causes reversible impairments of spatial memory performance. In: Brain Res. (639) 167–170

Luria, A.R. (1992): Das Gehirn in Aktion (Reinbek: Rowohlt)

Pollmann, S.; Haupt, M.; Romero, B.; Kurz, A. (1993): Is impaired recall in dementia of the Alzheimer type a consequence of a contextual retrieval deficit? In: Dementia (4) 102–108

Richarz, B. (1996): Psychodynamische und gruppendynamische Aspekte einer Alzheimer Demenz. In: Dyn. Psychiat. (29) 101–115

Sapolsky, R. M. (1996): Why stress is bad for your brain. In: Science (273) 749–750

Scheff, S.W.; Price, D.A. (1993): Synapse loss in the temporal lobe in Alzheimer's disease. In: Ann. Neurol. (33) 190–199
Schmidt, G.L.; Keynes, B. (1985): Group Psychotherapy with Family Caregivers of Demented Patients. In: Gerontologist (25) 347–350
Squire, L.R. (1992): Memory and the hippocampus: A synthesis from findings with rats, monkeys and humans. In: Psychol. Rev. (99) 195–231
Swaab, D.F. (1991): Brain aging and Alzheimer's disease, »wear and tear« versus »use it or lose it«. In: Neurobiol. Aging (12) 317–324
Teylor, T.J.; DiScenna, P. (1986): The hippocampal memory indexing system. In: Behav. Neurosci. (100) 147–154
Terry, R.D.; Masliah, E.; Salom, D.P.; Butters, N.; DeTeresa, R.; Hill, R.; Hansen, L.A.; Katzman, R. (1991): Physical basis of cognitive alterations in Alzheimer's disease: Synapse loss is the major correlate of cognitive impairment. In: Ann. Neurol. (30) 572-580
Vidal, C.; Jordan, W.; Ziegelgänsberger, W. (1986): Corticosterone reduces the excitability of hippocampal pyramidal cells in vitro. In: Brain Res. (383) 54–59
Watanabe, Y.; Gould, E.; McEwen, B.S. (1992): Stress induces atrophy of apical dendrites of hippocampal CA3 pyramidal neurons. In: Brain Res. (588) 341–345

Adresse des Autors:

Dr. med. Bernhard Richarz
Orleansstraße 53
D-81667 München

Psychodynamische Schizophreniekonzepte im Vergleich: Günter Ammon und Stavros Mentzos**

Maria Rettenberger (München)*

In der Arbeit werden Günter Ammons und Stavros Mentzos' psychodynamische Schizophreniekonzepte dargestellt und unter besonderer Berücksichtigung der Genese der Erkrankung verglichen. Den beiden Autoren ist ein empathisches Verständnis der schizophrenen Patienten gemeinsam, sie unterscheiden sich jedoch in den theoretischen Konzepten, die diesem Verständnis zugrunde liegen. Mentzos bezieht sich auf ein psychodynamisches Konfliktmodell, während Ammon die Erkrankung als Identitätsstörung sieht und sie mit der Persönlichkeitsstruktur eines Menschen und seiner Entwicklung in Gruppen in Zusammenhang bringt.

Psychodynamische Theorien haben in den letzten Jahren in der Literatur einen zentralen Stellenwert eingenommen. Das Anliegen dieser Arbeit ist es, anhand von zwei ausgewählten Theorien das Verständnis der Schizophrenie, deren Ursachen und das dem jeweiligen Konzept zugrundeliegende Menschenbild auf gemeinsame und unterschiedliche Aspekte hin zu untersuchen. Dies scheint mir insofern von Bedeutung, als ein Krankheitsverständnis und der Ursprung einer Krankheit nicht losgelöst von einer Vorstellung vom Menschen an sich betrachtet werden können. Geht es darum, den Menschen in seiner Ganzheit, auf allen Ebenen des Seins, einschließlich seiner Krankheit und deren Ursprung zu verstehen oder betrachtet man die Krankheit als eigenständige Einheit, die den Menschen von außen oder innen her befällt aber mit dem Wesen des Menschen nicht verbunden ist? Solche Überlegungen müssen auch im Hinblick auf gesellschaftliche Auswirkungen angestellt werden. Sieht man den Schizophrenen als ein in die Gesellschaft integrierbares Wesen, als einen Menschen unter Menschen, oder betrachtet man ihn aufgrund seiner Krankheit als ein dem Menschen fernes unverständliches Wesen, wie *Freud* es einmal beschrieben hat. »Ich mag diese Patienten nicht..., ich ärgere mich über sie... Ich finde sie so weit entfernt von mir und allem Menschlichen...« (*Freud,* zitiert nach *Frieda Fromm-Reichmann* 1978).

Die Vertreter der hier dargestellten Theorien weisen ohne Ausnahme ein besonderes Engagement für den schizophrenen Menschen und ein kontinuierliches Ringen um ein besseres Verständnis der schizophrenen Erkrankung auf.

Mentzos betrachtet die Schizophrenie als einen rigiden Konflikt innerhalb der Bipolarität von selbstbezogenen und objektbezogenen Tendenzen. Dieser Grundkonflikt, wie er ihn nennt, läßt nur zwei »Lösungen« zu, »den extremen narzißtischen Rückzug oder die Auflösung der Ich-Grenzen und die Fusion mit dem Objekt« (*Mentzos* 1992).

* Dipl. Psych., Milieutherapeutin 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

»Der Drang zum Objekt hin wird als eine elementare Bedrohung der Selbstidentität, Kohärenz und Integrität erfahren. Auf der anderen Seite aber wird die Entfernung vom Objekt, die Gleichgültigkeit des Objektes, die antizipierte Objektlosigkeit als eine noch schlimmere Bedrohung (Selbstverlust) erlebt« (*Mentzos* 1992).

Mentzos führt diesen Konflikt darauf zurück, daß die erste wichtige Entwicklungsaufgabe, die Subjekt-Objekt-Differenzierung, nicht gelungen ist. Als Ursache für dieses Mißlingen vermutet er ein Zusammenspiel mehrerer Faktoren, teils biologisch-somatischer, teils traumatischer Natur. Zu letzterem rechnet er unempathische oder fehlende Begleitung durch das Primärobjekt, narzißtische Ausnutzung des Kindes für eigene Zwecke und mehrdeutige Erfahrungen mit diesem Objekt, die das Kleinstkind bereits in seiner Entwicklung verunsichern.

Die Differenzierung vom Objekt mißlingt nicht nur, weil dem Kind die psychische Zuwendung durch die Mutter verwehrt wird, sondern auch, »...weil es der Möglichkeit beraubt wird, die Mutter aktiv zu lieben. Abweisendes und frustrierendes Verhalten der primären Bezugspersonen macht es dem Kind schwer oder unmöglich, seine heterophilen Tendenzen, seine aktive Liebe zu entwickeln und zu erleben. Dadurch wird es der Möglichkeit einer dialektischen Überwindung und Aufhebung des vorgegebenen intrapsychischen Gegensatzes zwischen autophilen und heterophilen Tendenzen beraubt. Zweitens wird ihm dadurch eine der wichtigsten Quellen zur Selbststabilisierung, Erweiterung und Differenzierung entzogen« (*Mentzos* 1992).

Mentzos betrachtet die Symptome der Schizophrenie nicht als Defekt, sonder als Abwehr des Grundkonfliktes, als Kompensationsmechanismus, als eine dem Patienten mögliche Reaktionsweise zur Aufrechterhaltung seines psychischen Gleichgewichtes. Das Symptom dient der Externalisierung intrapsychischer Konflikte und der Konkretisierung extremer Desintegrationsängste.

Mentzos betont, daß die Schizophrenie neben Traumen, mangelhafter Bemutterung etc. durchaus auch somatogene Ursachen haben kann, daß diese Komponenten aber nicht ausreichen, um das Kontradiktorische, die Widersprüchlichkeit im Erleben und das Verhalten des Psychotikers, zu erfassen. Dazu bedarf es seiner Meinung nach eines Konfliktmodells.

Konfliktbewältigung im Rahmen universeller Entwicklungsstufen betreffen nicht nur den psychisch Kranken, sondern auch den Gesunden. Es gilt die vorgegebenen Bipolaritäten zwischen narzißtischen und objektbezogenen Tendenzen zu integrieren. Die erste Aufgabe in der psychischen Ontogenese eines Menschen ist die Selbstkonstituierung und die Selbst-Objekt-Differenzierung. Der potentielle Konflikt, der sich hinter dieser Aufgabe verbirgt, besteht in der Tendenz zur Individuation und der entgegengesetzten Tendenz zur Beibehaltung der Symbiose bzw. zur Fusion. Im günstigsten Fall wird diese Aufgabe konstruktiv gelöst. Die nächste Aufgabe besteht in der Integration von positiven und negativen Anteilen im

Selbst und im Weltbild. In einem weiteren Entwicklungsschritt geht es dann um die Überwindung des Gegensatzes von Autonomie und Abhängigkeit. Versagen die primären Objekte bei der Unterstützung für eine konstruktive Lösung der Gegensätze, so entstehen schwach ausgeprägte Selbst- und Objektrepräsentanzen, die sich als »strukturelle Mängel« niederschlagen. Der Konflikt zwischen dem Wunsch nach Fusion mit dem Objekt und der gleichzeitigen Angst, sich dabei aufzulösen, bleibt bis ins Erwachsenenalter bestehen und wird immer wieder neu aktualisiert.

Die schizophrene Erkrankung hat nach *Ammon* ihre Wurzeln in der frühen Kindheit. *Ammon* spricht von einer »Arretierung der Identitätsentwicklung« innerhalb der präödipalen Symbiose mit der Mutter und der Familiengruppe. Er meidet den Begriff »Schizophrenie«, weil dieser seiner Meinung nach immer noch ein soziales Todesurteil enthält. *Ammon* versteht die Schizophrenie als Identitätserkrankung. Er weist darauf hin, daß »... Identitätsverweigerung methodisch in der Geschichte als Psycho-Folter eingesetzt worden (ist), als Zerstörung eines Menschen, wie *Carl Zuckmayer* es so deutlich in seinem Theaterstück 'Des Teufels General' beschreibt, in dem ein Mensch durch systematische Verweigerung seiner Identität in den Wahnsinn getrieben wird« (*Ammon* 1988).

Das gruppendynamische, sozialenergetische Konzept von *Günter Ammon* bezieht sich nicht allein auf die schizophrene Erkrankung, sondern auf psychische Krankheiten überhaupt.

Bevor ich auf das Wesen und die Genese der Schizophrenie eingehe, möchte ich zunächst den Begriff der Sozialenergie und damit verbunden den Begriff der Humanstruktur bei *Ammon* näher erläutern.

Anders als bei *Freud,* der als psychische Energie die Triebenergie annahm, und anders als die Ich-Psychologen, die von einem »unspezifischen Energiereservoir« ausgehen, entsteht nach *Ammon* Sozialenergie durch zwischenmenschlichen Kontakt. Sie unterliegt »gruppendynamischen Gesetzmäßigkeiten«. *Ammon* spricht von einem »sozialenergetischen Feld«. Kontakt ist nicht zu verstehen als ein linearer Ablauf zwischen »Sender« und »Empfänger«, wie es das Interaktionsmodell beinhaltet, sondern als Ausdruck von tatsächlichen und latenten Beziehungen im Feld einer Gruppe. So gesehen entsteht psychische Energie auf dem Boden von Verständnis und Interesse am anderen Menschen; das bedeutet, sich auf den anderen einzulassen, sich mit ihm auseinanderzusetzen, ihn ernstzunehmen und Gefühle wie Angst und Aggression auszuhalten und in die Auseinandersetzung mit einzubeziehen.

Sozialenergie manifestiert sich in der Humanstruktur eines Menschen, die seine Persönlichkeit ausmacht, wobei die Qualität der Energie konstruktiv, destruktiv oder defizitär sein kann. Als konstruktive Sozialenergie bezeichnen wir es, wenn der Kontakt in der umgebenden Gruppe der Entwicklung des Einzelnen förderlich ist. Durch destruktive Sozialenergie wird der Mensch an seiner Entwicklung gehindert. Sie ist defizitär, wenn Kontakt und Auseinandersetzung vollends verweigert werden.

Die Humanstruktur wird verstanden als ein komplexes System von Ich- bzw. Humanfunktionen, die sich gegenseitig beeinflussen, integrieren oder desintegrieren und die sich im Prozeß entwickeln. Der Begriff der »Ich-Funktionen« wurde ersetzt durch den Begriff »Humanfunktionen«, um einer Verwechselung mit der Ich-Psychologie vorzubeugen. Entsprechend wurde der Begriff der »Ich-Struktur« zu »Human-Struktur« umgewandelt. Das Konzept der Humanstruktur unterscheidet sich somit von der orthodoxen psychoanalytischen Persönlichkeitstheorie, die von den Instanzen Ich, Es und Über-Ich ausgeht.

Die Humanfunktionen unterteilen sich in die primären Funktionen, das ist die biologische Struktur des Menschen, in die zentralen nicht bewußten Funktionen wie z.B. Angst, Aggression, Identität, und in die sekundären bewußten Funktionen wie analytisches Denken, Gedächtnis, Intelligenz. Die Identität zählt einerseits zu den zentralen Humanfunktionen und macht andererseits gleichzeitig die Gesamtheit des Menschen aus. Die spezifische Humanstruktur eines Menschen bildet sich als Ausdruck seiner Erfahrungen in der Gruppe, die ihn besonders in den ersten Lebensjahren umgibt.

Was *Ammon* unter Identität versteht, beschreibt er folgendermaßen: »Identität ist das Bleibende in einer Persönlichkeit, und sie ist gleichzeitig nichts Bleibendes. Identität ist ein Prozeß, ein fortwährendes Suchen, eine fortwährende Entwicklung, die aber jeweils Spuren hinterläßt. (...) Identität wird nicht in einem bestimmten Augenblick oder in einer bestimmten Lebensphase endgültig gefunden, sondern sie muß immer wieder neu gefunden werden. So gehört zur Identität immer das Fragen, die Frage nach den anderen Menschen und die Frage an sich selbst. Identität und Gruppe sind nicht voneinander zu trennen, denn erst durch Erleben und Erfahren der eigenen Persönlichkeit im Spiegel der anderen Menschen und durch Wahrnehmung, Ernstnehmen und Erkennen der anderen in der Gruppe kann Ich- und Identitätsentwicklung stattfinden« (*Ammon* 1982).

Die schizophrene Reaktion ist nach *Ammon* der »Zusammenbruch des niemals richtig entwickelten Persönlichkeitskerns des Menschen...« (*Ammon* 1988).

Im Unterschied zu den Theorien von *Bateson, Jackson, Laing u.a.* (1969), die von der »schizophren machenden Mutter« als Ursache für die Entstehung der Schizophrenie ausgehen, kann nach *Ammon* der Grund dafür nicht ausschließlich bei der Mutter gesucht werden. Die gesamte Konstellation der Familiengruppe, ihre Dynamik und ihr Zusammenwirken erzeugen ein schizophren machendes Milieu ohne zwischenmenschlichen Kontakt. Typisch für solche Familien ist ihre Isolation und Abgeschlossenheit nach außen.

Der Mensch wird nicht nur in der Gruppe krank, er wird darüber hinaus in diesem Status gehalten, um das Gleichgewicht der Familie nicht zu gefährden. Verändert sich ein schizophren reagierender Patient in der Therapie, so kann es passieren, daß ein anderes Familienmitglied psychisch oder somatisch erkrankt.

In der Geschichte hat es häufig das Phänomen der Spontanheilung gegeben, d.h. daß ein schizophren reagierender Mensch aus seiner Psychose auftaucht und in gesellschaftlichen Gruppen leben und arbeiten kann. Nach *Ammon* ist eine solche Spontanheilung das »Ergebnis eines Gruppenprozesses, der über oft lange Zeit von Einfluß war und schrittweise ich-strukturelle Veränderungen verursacht hat« (*Ammon* 1988). Lebt ein schizophren strukturierter Mensch in einer gesellschaftlichen Gruppe, die ihn ernstnimmt, sich mit ihm auseinandersetzt und ein Milieu herstellt, in dem soziale Energie fließt, so kann ein solcher Mensch sich trotz seiner Struktur verändern und gesunden.

Nach dynamisch-psychiatrischem Verständnis ist Gesundheit nicht einfach das Gegenteil von Kranksein im Sinne fehlender Krankheitssymptome, wie umgekehrt Kranksein nicht den Verlust von Gesundheit bedeutet. Nach *Ammon* hat jeder Mensch gesunde und kranke Anteile in seiner Persönlichkeit, zwischen beiden gibt es gleitende Übergänge. Gesundheit beinhaltet die Möglichkeit, sich zu einer eigenen Identität hin zu entwickeln und entwicklungsfähig zu bleiben. »Krankheit bedeutet Stillstand von Entwicklung, eine Arretierung und ständige Wiederholung von Dynamiken, die keine strukturverändernde Sozialenergieaufnahme zulassen« (*Burbiel* et al. 1992).

Der für die Entwicklung notwendige Differenzierungs- und Integrationsprozeß ist damit gestört. Krankheitssymptome werden als strukturelles Defizit im Kern der Persönlichkeit und als Regulations- und Integrationsersatz verstanden (vgl. *Burbiel* et al. 1992). »Das Symptom zeigt daher nicht eine konfliktuöse Behinderung des Ich (...) an, es dient vielemehr als Ersatz für die fehlende psychische Struktur, (...) (als) Abwehr der mit einem solchen 'Loch im Ich' verbundenen archaischen Trennungs- und Vernichtungsangst« (*Ammon* 1992).

Diskussion

Beide Autoren sehen die Genese der Schizophrenie in erster Linie im familiären Umfeld begründet. *Mentzos* spricht von gestörten primären Objektbeziehungen und destabilisierten Familien; *Ammon* sieht die Ursachen in der Dynamik der Primärgruppe.

Was die Auswirkungen dieser Ursachen auf den Menschen betrifft, so haben die Autoren unterschiedliche Auffassungen, wobei das jeweils angewandte Persönlichkeitsmodell ausschlaggebend ist. *Mentzos* verwendet einen erweiterten Konfliktbegriff, der über die im *Freud*schen Instanzenmodell enthaltene Konfliktvorstellung hinausgeht. *Ammon* verwendet das Humanstrukturmodell zur Erklärung der Persönlichkeit des Menschen. Die Schizophrenie drückt sich in einer destruktiv-defizitären Humanstruktur aus.

Sowohl *Ammon* als auch *Mentzos* haben die Vorstellung eines zu Beginn unstrukturierten Ichs, das sich im Entwicklungsprozeß strukturiert. In der Schizophrenie wird eine solche Strukturierung in höchstem Maße

erschwert. Wenn Mentzos von der Entwicklungsaufgabe der Subjekt-Objekt-Differenzierung spricht, so kann man davon ausgehen, daß das Subjekt zunächst undifferenziert und unstrukturiert mit dem Objekt verschmolzen ist.

Ammon betrachtet die schizophrene Reaktion als »Zusammenbruch des niemals richtig entwickelten Persönlichkeitskerns des Menschen... (*Ammon* 1988).

Ähnlichkeiten lassen sich auch im Hinblick auf die Kritik an den Richtlinien der DSM und ICD finden, in denen psychische Erkrankungen als voneinander unabhängige Krankheitseinheiten beschrieben und klassifiziert werden. Beide Autoren betrachten die psychische Erkrankung als ein mit dem Menschen verbundenes Geschehen. In *Ammons* Spektraltheorie sind psychische Krankheiten auf einem gleitenden Spektrum angesiedelt. Die Krankheitssymptome können sich innerhalb eines Entwicklungsprozesses verändern. Dies kann im Behandlungsprozeß geschehen, aber auch im Gruppenprozeß der umgebenden Lebens- und/oder Arbeitsgruppe. Zu letzterem möchte ich ein Beispiel anführen, das der Autor in Bezug auf den Tänzer *Nijinsky* erwähnt, der »... nach 30 Jahren plötzlich aus schizophren-katatonem Zustand auftauchte, beruflich wieder aktiv wurde und dann an Herzversagen in Verbindung mit einer Nierenerkrankung starb« (*Ammon* 1988).

Dem Konzept des gleitenden Spektrums psychischer Krankheiten ist der Entwicklungsgedanke und damit die Vorstellung einer strukturellen Veränderung auf allen menschlichen Ebenen immanent. Auch *Mentzos* sieht psychische Krankheiten nicht als voneinander unabhängige Einheiten an, die als Symptome unverbunden mit dem Menschen in ihm existieren. Er betrachtet aufeinanderfolgende oder alternierende Krankheitssymptome als Abwehr des Grundkonfliktes. Das Symptom verlagert den Konflikt nach außen. Die Desintegrationsangst, die der Konflikt auslöst, wird durch das Symptom gebunden und greifbar, z.B. in Gestalt eines Verfolgers beim Verfolgungswahn oder eines körperlichen Symptoms wie beim Asthma bronchiale.

So gesehen ist das Symptom je nach innerer oder äußerer Situation eine mögliche Reaktionsweise zur Aufrechterhaltung von Gleichgewichtszuständen, die sich mal mehr und mal weniger pathologisch äußern können. Obwohl diese sogenannten reiferen oder unreiferen Verarbeitungsmodi die Veränderbarkeit des Menschen in sich bergen, so wie man auch davon ausgehen kann, daß der Grundkonflikt auf immer wieder neuen Entwicklungsstufen überwunden werden muß, so liegt dem Gedanken der Konflikttheorie in erster Linie der Abwehrmechanismus und die Reaktionsweise zugrunde, als die das Krankheitssymptom betrachtet wird. Die Betonung liegt auf der Aufrechterhaltung des Gleichgewichts.

Das Prinzip der psychischen Energie zum Verständnis der Schizophrenie wird nur von *Ammon* als wesentlich betrachtet. Sozialenergie ist ausschlaggebend für das Wachstum der Persönlichkeit, wenn sie konstruktiv ist, und für Entwicklungsstillstand, wenn sie destruktiv-defizitär ist.

In *Mentzos* Schizophreniekonzept hat die dem Konfliktmodell zugrundeliegende Triebenergie keinen besonderen Stellenwert.

Der wesentliche Unterschied zwischen den beiden Theorien liegt in der Auffassung der Persönlichkeitsstörung begründet. *Mentzos* sieht die Störung im Konflikt, *Ammon* in der menschlichen Struktur. Auch dynamisch-psychiatrisches Denken beinhaltet Konfliktbewältigung. Die Störung liegt jedoch entwicklungsmäßig noch vor dem Konflikt bzw. der Konflikt ist Ausdruck einer tieferliegenden Störung in der Identität. In *Ammons* Denken ist bereits die Basis des Menschen, d.h. seine Struktur nicht ausgebildet, auf der sich ein Konflikt bilden kann. Der Konflikt bewegt sich bereits auf der Ebene des Erlebens, zu der es beim schizophrenen Menschen aber erst kommen muß. Wenn der Patient in der Lage ist, im therapeutischen Prozeß Verlassenheitsangst, Aggression etc. zu spüren, hat er bereits an Struktur gewonnen. Dazu bedarf es, vereinfacht ausgedrückt, zwischenmenschlicher sozialenergetischer Austauschprozesse. Hier setzt das Prinzip der Gruppendynamik ein. Nach *Ammon* kann ein Mensch, der in der Gruppe krank wird, auch nur in der Gruppe wieder gesund werden. Die zwischenmenschliche Energie, wenn sie konstruktiv ist, so wie es z.B. in einer Gruppentherapie möglich ist, führt zur Veränderung von Struktur. Menschliche Erfahrungen in einer Gruppe werden verinnerlicht. Je früher sie verinnerlicht werden, desto tiefgreifender wirken sie. Deshalb ist es so schwer, der frühen krankmachenden defizitär-destruktiven Primärgruppenerfahrung schizophrener Patienten konstruktive Sozialenergie durch konstruktive Gruppenerfahrung entgegenzusetzen. *Ammon* spricht von verinnerlichter Gruppendynamik.

Die beiden Autoren unterscheiden sich also auch im Hinblick auf Individuum bzw. Gruppe. *Mentzos* betont mehr das Intrapsychische des Individuums, während *Ammon* die Gruppe hervorhebt. Dies wird vermutlich unterschiedliche Behandlungskonsequenzen haben.

A Comparison between Günter Ammon's and Stavros Mentzos' Psychodynamic Concepts of Schizophrenia

Maria Rettenberger (Munich)

The concern in this paper is to investigate common and different aspects of two chosen theories with regard to the understanding of schizophrenia, its roots and the viewpoint of man underlying the corresponding theories. This is in so far important as an understanding of disease and its roots cannot be considered without a vision of man. Do we understand man in his entirety on all levels of his existence including his disease and its origin or do we consider disease as an individual entity, which strikes man from outside, but which has nothing to do with the nature of man? Such considerations are also necessary with regard to social impacts. Can the schizo-

phrenic person be integrated into society as a human being among other human beings or is he an alien.

According to *Mentzos* schizophrenia is a rigid conflict between the bipolarities of self-referred and object-referred (autophile and heterophile) tendencies. This basic conflict as he calls it, only admits two »solutions«, an »extreme schizophrenic retreat or a disintegration of ego boundaries and a merging with the object« (*Mentzos* 1992).

The conflict is caused by the persons's failure to solve the first important developmental task in life, which is the differentiation between subject and object. *Mentzos* assumes that somatic factors as well as traumatas are responsible for this failure. In his opinion traumatic experiences imply a lack of empathy by the primary objects, narcissistic exploitation by the object for his own purposes and ambiguous experiences with the object which affects the developing child already at an early age.

Mentzos does not regard the symptoms of schizophrenia as defects; to him they are applied to defend the basic conflict, they are a possible form of reaction to maintain the patients' psychic balance. The symptom serves to externalize intrapsychic conflicts and to make comprehensible extreme fears of disintegration.

According to *Ammon* the schizophrenic disease is rooted in the early childhood. Ammon speaks of an »arrested development of identity« within the early symbiosis with the child's mother and his family group. He avoids the notion of »schizophrenia« because in his opinion it still entails a social sentence of death. Schizophrenia in his view is a disease of a person's identity. The group dynamic social energetic concept of *Günter Ammon* not only referes to schizophrenic disease, but to psychic disease on the whole. Unlike *Freud,* who assumed drive energy as the psychic energy of man, and unlike the ego-psychologists, who talk of an unspecific »energy reservoir«, *Ammon* proceeds from social energy arising from interpersonal contact. Social energy is subject to »group dynamic laws«. *Ammon* speaks of a »social energetic field«. Psychic energy arises on the basis of understanding and interest in other people. Social energy is manifested in a person's human structure, which constitutes his personality, whereby the quality of the energy may be constructive, destructive or deficient.

Unlike the theorie of *Bateson, Jackson, Laing* and others (1969), who proceed from a »schizophrenia causing mother«, *Ammon* does not exclusively regard the mother as the only one causing the child's schizophrenic disease. The entire constellation of the family group and its dynamics produce a schizophrenia causing milieu without interpersonal contact. Typical for such families is their isolated situation with regard to their environment.

According to the dynamic psychiatric way of thinking health is not simply the contrary of disease in the sense of lack of symptoms; in the same way disease does not simply mean the loss of health. In *Ammons* view every man has sound and sick parts in his personality; they can pass from one to the

other. Healthfulness contains the possibility to develop an own identity and to remain capable of development. Disease means stagnation of development.

Both authors proceed from the assumption that schizophrenia generates in the patient's family. *Mentzos* speaks of disturbed primary object relationships and destabilized families. To *Ammon* schizophrenia is caused by the dynamics of the primary group. *Mentzos* uses an extended term of conflict, which goes beyond Freud's idea of conflict. *Ammon* uses the human structural model to explain man's personality. Schizophrenia is expressed in a destructive resp. deficient human structure.

The concept of the passing spectrum of psychic diseases entails the idea of development and thus the idea of a structural change on all human levels. Also according to *Mentzos* psychic diseases do not simply exist in man as independent units or symptoms. He regards successive or altering symptoms of disease as a defence of the basic conflict.

The principle of psychic energy for understanding schizophrenia is regarded as essential only by *Ammon.* Social energy leads to a growth of personality when it is constructive and it causes a stagnation of development when it is destructive or deficient.

Drive energy in *Mentzos'* model of conflict underlying his concept of schizophrenia is not regarded as essential.

The main difference between the two theories lies in the different viewpoints of personality disturbance. According to *Mentzos* the disturbance is caused by a conflict and according to *Ammon* the disturbance lies in the human structure. Dynamic psychiatric ways of thinking also contain the idea of conflict, however the conflict is an expression of a deeper situated disturbance of identity. In *Ammon's* concept the basis of man on which the conflict can be built up, has not yet been formed. The conflict is situated on the level of human experience, a level which the schizophrenic person has not yet reached.

According to *Ammon* a person whose disease is caused by a group can recover again in a group. The earlier in life this happens, the deeper is their impact on man. Therefore it is so difficult to oppose to the schizophrenic person's early expierenced disease causing deficient or destructive primary group dynamics, constructive social energy through constructive group experience. *Ammon* speaks in this connection of internalized group dynamics. Here we see that the two authors also differ in view of the individual resp. group. *Mentzos* stresses the intrapsychic occurrences of the individual whereas *Ammon* places the centre on the group. This will presumably have different consequences in treatment.

Literatur

Ammon, G. (Hrsg.) (1979): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1. (München: Ernst Reinhardt)
– (Hrsg.) (1982): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt)
– (1986): Der mehrdimensionale Mensch (München: Pinel)
– (1988): Vorträge 1969–1988 (München: Pinel)
– (1992): Neurose und Schizophrenie – Theoretische und klinische Erfahrungen und Konsequenzen. In: Dyn. Psych. (25) 147–164
Apfelthaler, R.; Fabian, E.; Schanné, U.; Wolfrum, G., Burbiel, I. (1992): Stationäre Psychotherapie der Psychosen. Eine testpsychologische katamnestische Untersuchung. In: Dyn. Psych. (25) 214–287
Fromm-Reichmann, F. (1978): Psychoanalyse und Psychotherapie. (Stuttgart: Klett-Cotta)
Mentzos, S. (1991): Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie (Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht)
(1992): Vorwort. In: *Mentzos, S.* (Hrsg.): Psychose und Konflikt (Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht)
– (1992): Der Syndromwechsel und seine Bedeutung für die Psychosentherapie. In ebd. (Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht)

Adresse der Autorin:

Dipl. Psych. Maria Rettenberger
Schmellerstraße 17
D-80337 München

Group Psychotherapy with Schizophrenic Patients***

Marina Muchnik*, Eugeni Raizmann** (Tomsk)

The authors study the interrelations between schizophrenic and non-schizophrenic patients in group psychotherapy. They use short-term group psychotherapy (40-50 hours), often combined with psychopharmacotherapy. As a result they find out that relations between schizophrenics and non-schizophrenics condition the specific dynamics of psychotherapeutical progress. Interaction with non-schizophrenics promotes socialization of schizophrenic patients, strengthening the feeling of reality in them, and consequently reinforcement of self. The work with individual and group's transference is of special significance. Schizophrenic patients validly often provoke problems of group xenophobia and become its victims. Working through this problem is socially relevant in Russia. Dynamics of group's xenophobic relations to schizophrenic patients can be considered as model of social xenophobic relations to minority.

The present report is based on the summary of our own experience of psychoanalytical therapy of schizophrenic inpatients which was conducted from 1989 to 1997. The short-term analytical group therapy was conducted in groups of eight to ten patients; the course lasting between 40 to 50 hours. The total number of patients comprised 217 people.

The basic aim of the undertaken investigation was the study of therapeutical dynamics in groups with participation of schizophrenic and non-schizophrenic patients, evaluation of the therapeutical potential of their group interaction, and the effectiveness of different psychotherapeutical intervention in the specific situation of such mixed groups. According to this composition of mixed groups 107 patients with schizophrenic spectrum disorders were included (30 patients with paranoid schizophrenia in the stage of remission, 42 with simple and residual schizophrenia and 34 with schizotypical disorders) and 110 non-schizophrenic patients with non-psychotic rank of disorders.

In the course of therapy a complex of psychological methods were used (MMPI, thought disturbance evaluation tests, projective methods) as well as elaborated psychotherapeutic dynamics scale and psychotherapy effectiveness scale. In 53% psychotherapy was combined with pharmacotherapy.

The peculiarities of interaction of schizophrenic and non-schizophrenic patients and (conditioned by them) features of therapeutical dynamics were exposed. These features, in their turn, determined changes of therapeutical tactics and transference of accents from one kind of interventions to another. The effecitveness of accepted changes was assessed. The proposed

* M.D., Mental Health Research Institute, Member of the Russian Academy of Medical Sciences, Tomsk, Russia
** M.D., Sibirian State Medical University, Tomsk, Russia
*** 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

model had two important dimensions – static which reflects the whole complex of the most effective interventions, and dynamic which reflects the history of group conflicts which influences the selection of the relevant techniques.

The first paradigm assuming the possibility of integration of methods from an arsenal of different psychotherapeutical directions: human, psychoanalytical, behavioral, cognitive therapy according to the needs of patients and situation occuring in the group. So, towards the patients with apathy disorders to the greater extent the behavioral techniques were used, in the case of depressive symptoms methods from cognitive psychotherapy were used. We strove »to taught by the patients« (*P. Caesement)* preferring the needs of the client to the correctness of the method. We tried using our own experience to extract the most important and effective interventions in the work with schizophrenic patients.

Below it will be shown how peculiarities of therapeutical dynamics in the mixed groups have led to the necessity of increase of specific weight of psychoanalytical interventions. By this the maximum effectiveness of psychoanalytical approaches was reached along with keeping of broad postmodern context (integrity, group heterogeneity, appeal to the neurotic and psychotic structures of personality, transference of the goal of concrete analytical techniques from in-depth analysis to symptom correction and so on).

Most important in therapeutical and theoretical relation was the simultaneous inclusion into the groups of schizophrenic and non-schizophrenic patients. The group heterogeneity provided the facilitation of group interaction which was difficult in the groups including only schizophrenic patients. Autism, decreased need for contacts, speech and thought disorders hinder communications in groups. The presence of non-schizophrenics in the group facilitated the processes of communication and promoted the socialization of schizophrenics, solution of their psychological problems in conditions near to real ones. However, these evident positions appeared as insufficient for the understanding of the surprising level of aggression in the mixed groups and for the explanation of the mechanisms of therapeutical dynamics.

The phenomena discovered during research was interpreted within the humanistic paradigm. Schizophrenic patients evoked xenophobic reactions in other group participants which was explained by their difference, inability to take part in the group mythocreation, group consolidation and pseudoconsolidation. The work with group xenophobia allowed to broaden the semantic field of non-schizophrenics, to understand the value of different »self«. On the other hand, the working-through of xenophobic reactions allowed schizophrenics to understand that they evoked aggression, to determine the real measures of this agression and to be aware of their own part of the responsibiltiy for it. The work with xenophobic reactions had also special value in connection with relevant situations in Russia where in a condition of crisis unconscious xenophobic aggression is an extremely important social problem.

Further, the obtained facts made the necessity of psychoanalytical interpretation of intergroup aggression and anger evident.

The psychopathology of schizophrenics connected with early preoedipal disorders has accentuated the »psychotic« features in non-schizophrenics. Primitiveness of defense mechanisms of schizophrenic patients (denial, splitting and so on) put into doubt more mature defenses of neurotics, promoted the quick regressing of the group and fixation of its members on the oral stage. Aggressiveness sometimes became however excessive, the work with this aggression promoted the overcoming of the paranoid-schizoid position both in schizophrenics and non-schizophrenics. The passive position of the psychotherapist also promoted the regression to the oral stage.

The next field where important data were obtained is namely the position of the therapist and connected with it the system of patient-therapist relations.

The neutral position of the therapist had crucial value for therapeutical dynamics in most schizophrenic patients. Partly the effectiveness of such position was explained within the humanistic concept of non-directiveness. The non-directiveness of the therapist promoted the spontaneous development of the group relations. It is important that by the passivity of the psychotherapist the patients were forced to accept their responsibility for the activities in the group. It has large significance for Russian patients, some generations of whom are brought up in the conditions of the cult of mass externality, combining in itself the unconditional dependence of idols and mythological ideology and, accordingly, the personal lack of responsibility.

However, clinical facts justified that human categories of freedom and acceptance of the responsibility for the interaction were insufficient for the explanation of the improvement of the contact with the reality of schizophrenic patients. The work with transference had the principal meaning here.

The pecularities of the transference in relation to the female psychotherapists were the basic specific factor of the effectiveness, exposed in the result of the investigation. We marked that problems of transference in our groups had an extreme intense character. Its dynamics significantly differed from famous discriptions in the western literature.

The value, which in psychoanalysis is attributed to the work with transference has exceeded all expectations in our practice. It was established, from all used interventions the work with transference had the most important effect both for schizophrenics and other patients.

The phase of passive aggressiveness carried a protracted character, groups regressed to this phase several times. The need for powerful leadership was combined with paranoic fears, anxiety, aggression often carried not latent, exposed only by the character of interpretations, but manifested in the kind of rectilinear accusations and expressions of hate. The positive phase of transference in some patients carried eroticized character, in some patients manifested in primitve idealisation, but in most patients in the projection of image feeding mother. We believe, that this intensity had three reasons: psychoanalysis was

conducted by women; cultural pecularities of the relations to women (especially maternal figures) in Russia; presence of schizophrenics in the group.

In psychoanalysis, symbiotic relations with the mother and difficulties in separation are considered as the precondition of the occurence of schizophrenia. The weakness of ego arises as a result of disturbance of reciprocal relations between mother and infant and of the impossibility of separation from the mother. An extremely close connection with the mother does not allow the development of other object relations, it evokes feelings of danger towards the outside world.

The duality of the symbiotic dependence is reflected by the structure of the whole mental apparatus. Unseparations lead to weakness and not-integrity of ego, which influences the interpretation of reality and the control of internal processes. Accordingly, the unconscious parts of the mental apparatus are reinforced and this leads to the loss of connection with reality.

The work with transference in the attitudes towards the female psychotherapists helped out of the symbiotic circuit into the world of reality.

At the eroticized transference, understanding of the patients' feelings was of special value. The restoration of object relations, the occurrence of sympathy and the tenderness to the psychotherapist had great significance for the schizophrenics . The rule of abstinence toward these patients at the definite stage should be complemented by refusal from the mild traumatization and frustration. The rigid observance of the rule of abstinence should only be used in the psychotic variants of eroticized transference (unwanted in group therapy).

At negative transference the ability of the therapist to cope with this and the control of own counter-transference played an essential role. However, the appeal to the sense of reality has the most value. It was important to show, that the patient sees two psychoanalytics in front of him: one as a result of the transference, another as a real person. And here humanistic principles »here and now«, empathic acceptance and nondirectivenss were integrated into the psychoanalytical procedure.

The abstinence of the psychotherapist was not meeting the schizophrenic's need of symbiosis; if being combined with empathic acceptance of the patient, it had significant effect. Improvements of the relations of the patients with their mothers, the increase of the patients' activity and the improvement of their nearest contacts were marked.

The work with transference towards female psychotherapists has specific features in Russia, where relations to women have cultural peculiarity. In Russian culture, the duality of the relation to the mother has an especially morbid character: the image of the mother is idealized with figuratively concepts »native-mother«, »earth-mother« and so on. At the same time you find a marking sadistic relation of the Russians towards the mothers (*Rancour-Laferriere* 1995). The most unseemly oath is the verbal profanation of the mother. The Russian woman loads a double burden on herself (finan-

cially she contains her family and serves its members), the »ideal« mother has to suffer the irresponsible bebaviour of her husband (alcoholism, aggression) etc. Own long term research of the patients with projective methods had shown the idealization of the mother image. In the »unfinished sentence« most men use »I love my mother, but...« and finish with »but«, and it is combined with sadistic fantasies in the drawings. The relation towards the mothers differs by combination of evident not latent aggressiveness (when the physical violence is preserved without social blame) and dependance. There is the parallel between passive-aggressive behaviour of Russian majority and behaviour of »Ivan-fool« (favourite person of our fairy-tales).

These cultural peculiarities manifested in the groups conducted by us, where dual relation to the psychotherapist as a maternal figure corresponded to the individual history of each patient and is accepted in the society stereotype. And so, we assume, that the work with transference to adress female psychotherapists has special significance not only for schizophrenics but for Russian patients irrespective of nosological belonging.

Thus, the analysis of the group-analytical therapy of schizophrenic patients has revealed an exclusive peculiarity of the therapeutical dynamics connected with two specific factors. Firstly, the high therapeutical potential between group interaction unfolds in the schizophrenic and non-schizophrenic patients, manifesting in the xenophobic aggression towards schizophrenics and quick regression of the group to the oral phase. Secondly, intensity and relevance of the transference to the female-therapists of schizophrenic patients of both genders was connected with the peculiarities of forming symbiotic relationships with the mother. This made the work with transference the most relevant technique and enabled with these patients an intense work with resistance and defenses.

Both trends – regression with xenophobic aggression and symbiotic-sadistic relationships towards the maternal figure – have striking parallels in the national culture and tend to grow in the modern conditions. One can assume, that dynamics in the mixed groups are a model allowing to discuss social and cultural phenomena.

Gruppenpsychotherapie mit schizophrenen Patienten

Marina Muchnik, Eugeni Raizman (Tomsk)

Ziel des vorliegenden Artikels ist die Untersuchung der spezifischen Psychodynamik in Therapiegruppen mit schizophrenen und nicht-schizophrenen Patienten, die Evaluation des therapeutischen Potentials sowie die Effektivität verschiedener psychotherapeutischer Interventionen in diesen Gruppen. Als Methode wurde eine Kurzzeit-Gruppentherapie in Gruppen von acht bis zehn stationären Patienten angewandt. Psychotherapie wurde bei der Hälfte der Teilnehmer mit Pharmakotherapie kombiniert. Die Dauer

der Therapie betrug 40 bis 50 Stunden. Die Gruppen waren zusammengesetzt aus schizophrenen Patienten (n = 107) und Patienten mit anderen, nicht-psychotischen Krankheitsbildern (n = 110).

Im Mittelpunkt standen die durch die Beziehungen zwischen schizophrenen und nicht schizophrenen Patienten bedingten spezifischen Dynamiken des psychotherapeutischen Prozesses. Dabei förderte die Interaktion mit nicht-schizophrenen Teilnehmern die Sozialisation der schizophrenen Patienten, was das Realitätsgefühl verbesserte und in der Folge zu einer Stärkung des Selbst führte.

Daneben provozierten schizophrene Patienten häufig xenophobische Reaktionen bei den Gruppenteilnehmern. Die therapeutische Bearbeitung dieser Dynamik ermöglichte den schizophrenen Patienten eine Einsicht in den Eigenanteil der bei anderen ausgelösten Aggressionen.

Die Arbeit mit der individuellen Übertragung sowie der Übertragung der gesamten Gruppe hatte eine besondere Bedeutung. In der direkten therapeutischen Arbeit mit schizophrenen Patienten nahmen Sympathie und zärtliche Übertragungsgefühle für die weiblichen Therapeuten einen zentralen Stellenwert hinsichtlich des Wiederaufbaus von Objektbeziehungen ein. Dabei wurden humanistische Prinzipien (empathische Akzeptanz, Nicht-Direktivität und die Betonung des Hier- und Jetzt-Prinzips) effektiv in die psychoanalytische Herangehensweise integriert. Darüber hinaus fiel hinsichtlich der Haltung der Therapeuten auf, daß eine abstinente, nicht-direktive Haltung die spontane Entwicklung von Gruppenbeziehungen förderte, was zu einem verstärkten Verantwortungsgefühl der Patienten führte.

Die Autoren beschreiben in diesem Zusammenhang die besondere Stellung, die die Übertragungsbearbeitung gegenüber weiblichen Gruppentherapeuten innerhalb des russischen Kulturkreises einnimmt. Dort zeigt sich nämlich eine deutliche Dualität in einer starken Idealisierung der Mutter in Verbindung mit sadistischen Phantasien ihr gegenüber.

Zusammenfassend ist festzustellen, daß die beiden dargestellten Dynamiken – xenophobische Reaktionen in Verbindung mit Aggression sowie die symbiotisch-sadistische Mutterbeziehung – als Modell für die Diskussion von sozialen und kulturellen Phänomenen in Rußland dienen können.

References at the author

Addresses of the authors:

Marina Muchnik, M.D.
Mental Health Research Institute
Sosnovy Bor
634014 Tomsk
Russia

Eugeni Raizman, M.D.
Sibirian State Medical University
Kirova Str., 39–17
634041 Tomsk
Russia

Group Psychotherapy with the Parents of Schizophrenic Adults**

Astrid Thome*, Rolf Schmidts** (Munich)

The authors work for several years with parents of schizophrenic adult patients who are motivated for psychotherapy for themselves. The treatment of these patients is rooted in the experience that the psychotherapy of schizophrenic patients is often hindered by the still maintained unconscious pathological symbiosis between mother and child or father and child or primary group and child. Central themes of the therapeutic work are: separation and the break off the separation process, the separation from the internalized symbiosis with the primary group, the separation from the irreality of dream-like acting out towards the real life with own responsibility. The psychodynamics of these »parent-patients« show often the extreme extent of confusion, unconscious identifications and fusions with their schizophrenic children. If the »parent-patients« succeed in stepping off their internalized symbiosis (with their own parents), it is possible that consequently their schizophrenic children – often dramatically arrested in pathology – develop steps towards an own identity.

The decision to include parents of schizophrenic adults in an existing outpatient group-therapy program was based on our experience with schizophrenic structured patients in stationary psychotherapy. Here we often encountered patients who remained in an arrested state of development, resisting all further personal growth. In integrated discussions with family members we learned to understand the renunciation of development as a demand by the patient that the parents initiate the first step to separate themselves from the symbiosis with the family.

We would like to describe the institutional structure that constitutes the background to this therapeutic work with the aid of the following diagram (Figure 1).

In our work with the parental members of our pschoanalytic kindergarten, we realized that fixed group-dynamic status of a child only changed once fruitful discussion took place between parents and other members of the group, or between caretakers and parent-group leaders. The change was the result of the group's participation in an open discussion of feelings of resignation, anger, fear, or helplessness, rather than the attempt at an intellectual analysis or definition of a parent-child problem. Such unconscious, synergistic co-operation between parent- and child-groups can have immediate effects. In the days following a successful parent-group meeting it was often possible to observe a change in atmosphere amongst the children, and in the relationship the children had with their parents and caretakers.

* M.A., Clinical Psychologist/Psychotherapist (BDP), Psychoanalyst and Group Psychotherapist (DAP)

** M.D., Psychiatrist and Neurologist, Psychoanalyst, Medical Chairman of the Munich Training and Research Institute ot the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP), Chief Physician of the Dynamic-Psychiatric Hospital Menterschwaige, Vice-President 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 Fachhochschule München-Pasing, March 4–8, 1997

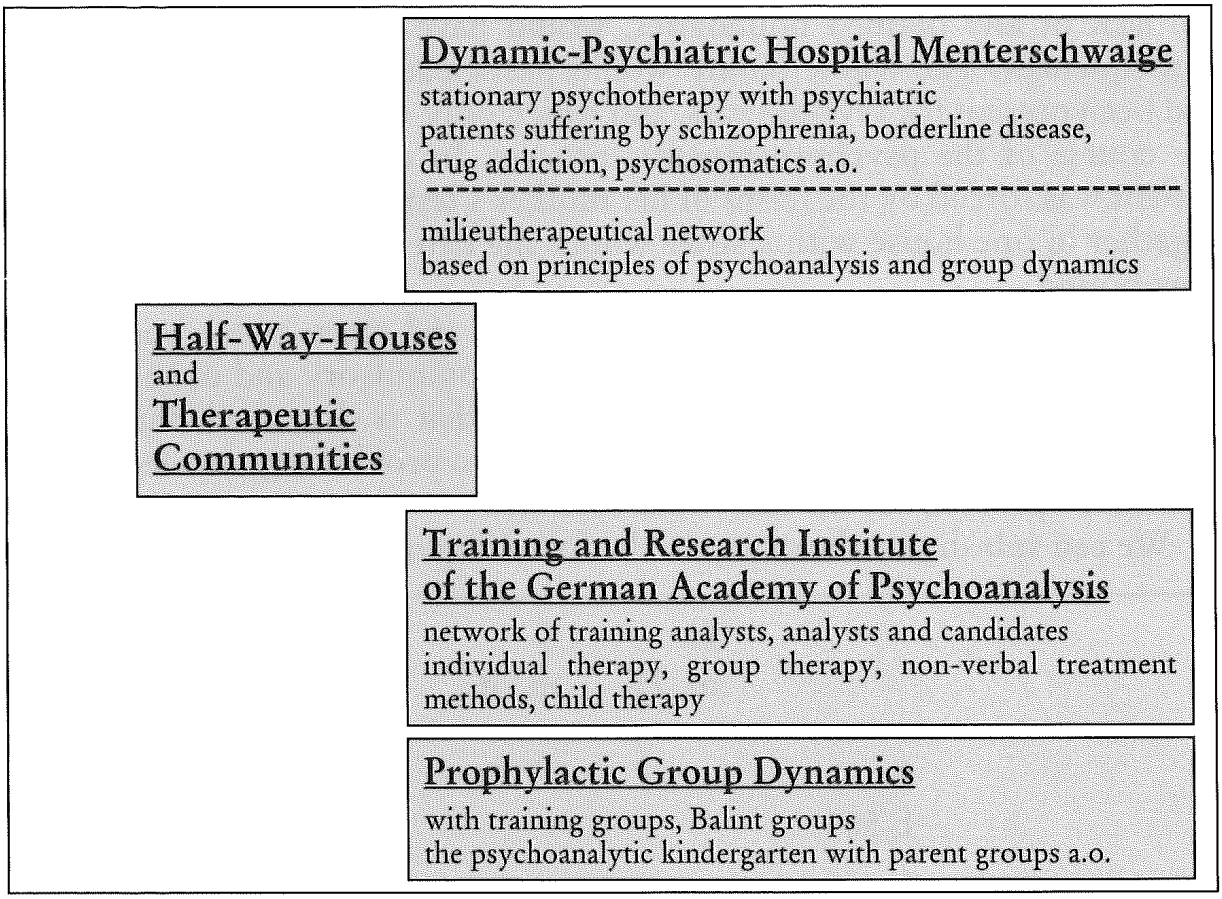


Fig. 1: Network of Dynamic Psychiatry according to the Berlin School of Günter Ammon

Family members of schizophrenic patients are far more influenced by such unconscious symbiotic synergisms, and far longer periods, than members of healthy families. Such considerations have led us to counsel parents of schizophrenic patients to undergo therapy themselves. As a rule, any suggestion of undergoing separate therapy is declined or not taken seriously. In those few cases where parents are willing to partake in separate therapy sessions, they do so in order to help their children, not themselves.

At this point we want to make a few general remarks about the work of a psychotherapeutic group which has been meeting over the course of several years with the parents of adult schizophrenic patients. The important, and at the same time, expansive topic of separation – that is, the separation from an internalized symbiosis with the past family group, the sepraration from an unreal, dreamlike state of action, to that of independent activity in the real world – was within the group. There were a variety of attempts to reverse this separation: points of view were misrepresented, differences were ignored; there were threats, more often in this group than in others, to break-off treatment altogether or to stay away from treatment.

Qualitative interviews with parents of schizophrenics conducted by *Maria Berger* in 1993 have shown that families were not sufficiently separated from the grandparent group. During our participation in long-term psycho-therapeutic group-therapy sessions with parents of schizophrenics, we observed, time and again, that prohibitions on separation or

the lack of any defined boundaries, would have serious, even grotesque consequences. The whole family would participate in hiding injuries that had been present for several years, and which only now came to light during the course of the psychotherapeutic process. In one case, for example, a patient was forced by the terms of her mother's testament to continue living together in one house with a sister whom she hated, and to whom she was now bound.

The group itself has a semi-open structure, and meets twice weekly for sessions of two hours. Regular attendance is compulsory and members are required to maintain the confidentiality of what is discussed during the sessions. Members of the group are also asked to provide a group-fee and to maintain a protocol of the individual sessions.

We can sub-divide the group in the following manner (see Figure 2):

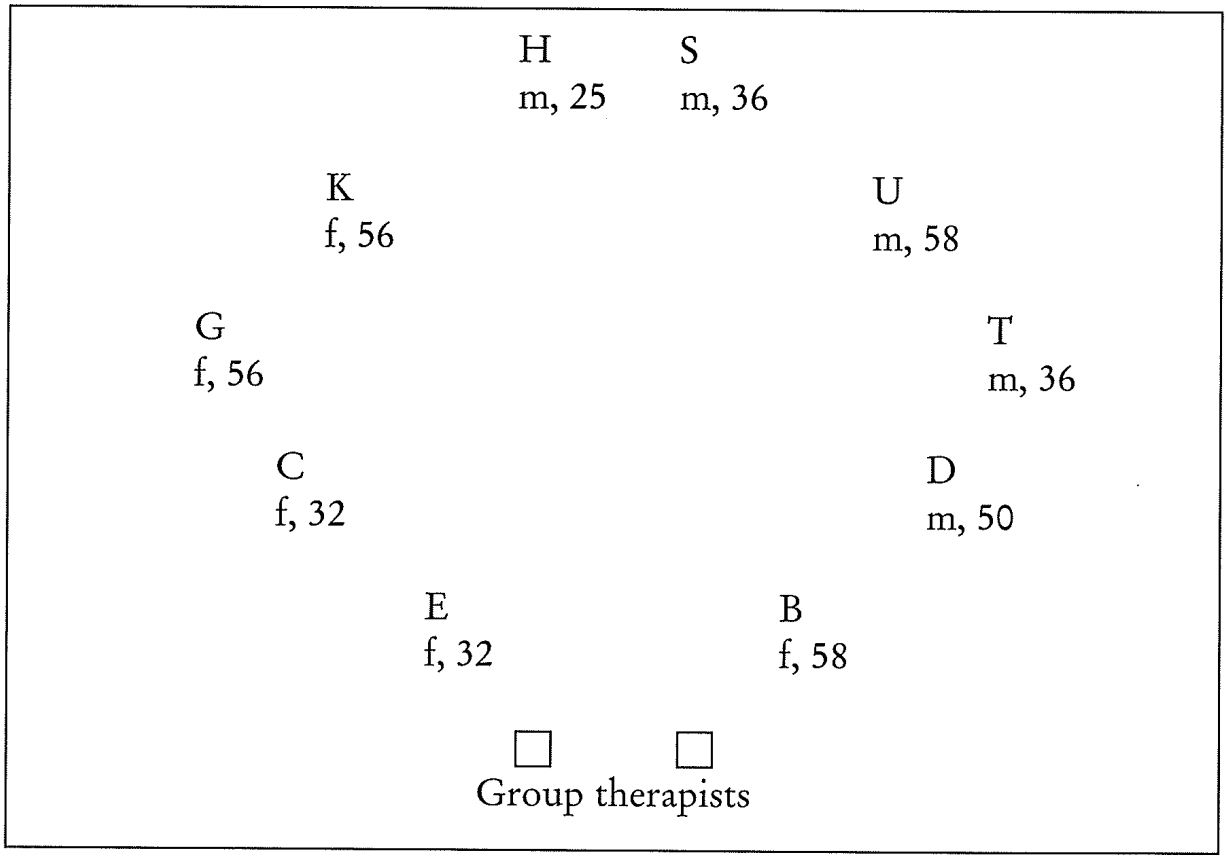


Fig. 2: Psychoanalytic group therapy (f = female, m = male, number = age)
G, U, K = »parent-patients«
H, S, C, D = borderline patients
E = schizophrenic structured patient
B, T = neurotic patients

- a group of young, well motivated former patients of the clinic (2 women and 2 men: H, E, C, S)
- a group of patients who have requested ambulant therapy without any psychiatric or psychotherapeutic pre-treatment (2 men, 1 woman: D, T, B)
- a group made up of the parents of schizophrenic adults (2 women, 1 man: G, K, U)

The group is directed by a senior psychoanalyst with extensive experience in group therapy as well as a psychiatrist, and a younger psychoanalyst and group therapist.

The older patients in the group regard the younger members almost like their own children, and in return, the younger patients live through aspects of their parental relationship with the older patients. The arrangement reproduces the original pathological dynamics between the parents and the children. Reproducing and re-living such experiences makes them amenable to therapy, but can also cause them to be acted out under conditions of sometimes extreme tension. This can be illustrated by means of a specific example:

Mr. H. is a 25 year old borderline patient. He grew up alone with a monopolizing mother, on the edges of a criminal and red-light milieu of a large city. He dealt in cocaine and prostitution and had often been involved in violent confrontations before he began stationary psychotherapy in the Menterschwaige clinic. At this time he has successfully completed a trade apprenticeship, is living with a permanent girlfriend and has recently become a father. He has been in group-therapy for 1.5 years. His progress in therapy has been endangered by a tendency to react violently in situations which could place demands on his identity. He tends towards idealizing or romanticizing personal relationships, to sentimentality, denial and de-emphasization. His relationship to the other members of the group and the therapists can best be described as guileless, so that this trait, and his ability to charm the other members of the group, can easily lead one to forget his violence and brutality.

Some time ago this patient came to the group under a great deal of pressure on account of legal proceedings in his own home town, at which he was expected to testify. Several years ago he had been the witness to a brutal beating of a person by fellow addicts. The date of the proceedings had already been repeatedly delayed because of his treatment in the clinic. In the group the patient expressed his fear of his former companions. But the group was able to resolve that it would be better for the patient if he stopped attempting to avoid this issue and insisted that he appear as a witness during the court proceedings. At the same time, it became clear that the whole topic had been inadequately discussed within the group and it was decided that he should seek the support of a lawyer to assist him in the matter.

Because of the urgency of this particular situation it was also decided that he should receive assistance from Mr. U. Usually however, group members abide by a rule forbidding them to meet with each other outside of the group setting.

Mr. U. is circa 56 years old, from a well-to-do family. He has been in the group for about a year. His presence in the group is on account of one of his sons, who is severely schizophrenic and remains under permanent hospitalization. At this time he lives separately from his wife, and supports

four homes – a house for him and a son, a house for his wife and two further homes for the two remaining sons. Following the re-structuring of the corporation for which he worked and in which he had held a leading position with responsibility for over 200 employees, he was sent into early retirement.

The following now took place after the group session:

Instead of meeting as arranged with Mr. U. after the session, the patient Mr. U., instead spent the evening with Mrs. G., another member of the group. Mrs. G. in turn has been a member of the group for circa 3.5 years. She joined the group on account of her schizophrenic son, who had previously received psychotherapeutic treatment at Menterschwaige for several years, but had proven unable to maintain any form of therapy after being released from the clinic. Mrs. G. is the member of the group most similar to Mr. H. in her prepossession for sentimentality and idealization. She is the first member to counter any attempts towards separation or differentiation, smooths over differences, and who believes she must quickly repair any rifts that may have opened between persons in the group. She has always shown great concern for patient H., who has the most affinities to her own son. Mrs. G. now undertook all that was possible to ensure that Mr. H. received the services of the best criminal lawyers in the city and that he only be allowed to travel to the court hearings under police protection. This was only discovered by the group therapists after Mr. U. called them repeatedly to complain bitterly of the »folie a deux« between Mr. H. and M. G. These calls imparted the impression of a degreee of anger and panic, common to both members, which was taking place in the background. These emotions can even be said to have taken on psychotic features. Mrs. G. developed a level of fear akin to sheer panic for the safety of Mr. H., while Mr. U. was clearly furious at the existing »folie a deux« and refused, as had been arranged earlier, to accompany Mr. H. to his lawyer.

It should be added that Mrs. G. had already been partaking in a long and intensive therapeutic process which repeatedly brought her into contact with borderline situations which threatened to undo the progress she had already made. She has questioned the efficacy of her therapy quite vehemently on several occasions. Furthermore, she has become more aware of her loneliness and suffering. The necessity to change her own life has also become increasingly clear to her. Concurrent to the therapeutic development of Mrs. G., her own son was able to overcome the greatest part of his illness. He no longer displays psychotic reactions, has a steady-girlfriend, lives in his own apartment and was recently able to successfully complete his high-school diploma.

Following a heated argument between Mr. U. and Mrs. G. and after the resolution of the general chaos accompanying this situation, the following was established: Mrs. G. was able to understand that her concern for the safety of Mr. H. had been excessive and that this expressed a repetition of her relationship to her own son. In the attempt to avoid a honest confron-

tation with her own identity, she threw herself into the task of caring for Mr. H., wishing, if this could have been possible, to free him of all responsibilities and arrange everything for him, just like with her son. Previously, her son had in fact attacked his mother in an attempt to free himself of her influence. Our young patient, Mr. H. was able to re-live his mother in the form of Mrs. G., from whom he had hardly been able to distance himself before and on account of which he had become involved in a number of violent confrontations. Mr. U. and Mrs. G. were able to recognize themselves in the roles of their respective spouses. In the past Mr. U.'s wife had often closeted herself off with their sons in a »folie a deux« constellation, which led Mr. U. to refuse his role as father, rejecting them instead and leaving them to their mother.

Between the sessions Mrs. G. kept in contact with the therapist by telephone, as she was hardly able to bear her inner pain and tension, and was also drinking too much alcohol. For the first time, she was able to speak quite openly of her fear that the group was trying to take her son away from her. The patient was also able to bring her experiences in contact with her feelings for her deceased mother, with whom she did not maintain as close a relationship after the birth of her son. In the months before, Mrs. G. often mentioned that, as a child, she had often become suddenly frightened in moments of happiness, in the fear that something would happen to her mother, that the mother would perhaps die as a result of her own happiness. Several weeks ago, during a pleasant, and happy holiday with her husband, the patient dreamt that her sister was a beautiful bride, but suddenly, all the joy was removed from the situation, because something terrible was going to happen to her mother. During roughly the same period, Mrs. K., who had been in the group for several months on account of her schizophrenic daughter, dreamt that her mother was leaving her house, completely sick and worn down. This was related to the fact that, for the first time in her life, she had failed to pay a visit to her mother on Mother's Day.

In the case of Mrs. G. we were able to see how she first stubbornly held on to her son unconsciously, a fact, which, through the medium of group-therapy, was eventually revealed. It also became obvious that the patient had not yet resolved the symbiotic complex linking her to her mother and primary-group. It was only now that she became able to work through her separation to her long deceased mother. According to *Ammon* (1989), in the language of pathological symbiosis, separation means, »mit der Sprache des Unbewußten, Morden, d.h. die Mutter vergeht in Einsamkeit, Armut und Tod, wenn ich mich von ihr trenne.« ›In the language of the unconscious, [separation] is murder; that is to say, the mother passes away in loneliness, poverty and death, when I separate myself from her‹.

A fear of loneliness or jealousy between the spouses is never articulated and can, in some circumstances, transform itself into a condition of immobility. The patient is kept in a close unchanging relationship to the parent, who then binds his parent's outdated fear of abandonment by means of his own illness.

Our own experiences match those collected by *Maria Berger* in an exhaustive series of interviews with families of schizophrenic patients and which, using a somewhat different terminology, *Mara Selvini-Palazzoli* and her co-workers have described in »Die psychotischen Spiele in der Familie« (1992).

To the degreee to which parents were able to become aware of their own suffering, presumably their children, in turn, were released, and became free to continue their own development. In this group, the greatest resumption of suffering took place on the part of Mrs. G., whose son has in fact been able to afford himself his own personal development, free of any psychotic events. Mr. U. has also changed, in a relatively short period of time, from a comparatively well-adjusted person, to someone who is increasingly disintegrated and prepsychotic, whose actions are often accompanied by signs of anger and helplessness. It is only in acting, that what had been denied before becomes visible, and the group makes an effort to understand this and set-up boundaries which had been missing before or had simply been overrun by the family. In the terms of the boundaries set by the group, the patient is able to, as it were, hold up a mirror to himself to see his own suffering, helplessness and fear.

Up to now, we have not yet investigated unconscious reciprocal processes between the therapeutic processes of the parents and the development of the children, which we were able to observe directly in our kindergarten in a form suitable for a comprehensive research design.

Gruppenpsychotherapie mit den Etern schizophrener Erwachsener

Astrid Thome, Rolf Schmidts (München)

Die Autoren beschreiben wichtige Aspekte ihrer gruppenpschotherapeutischen Arbeit mit Eltern von schizophrenen Erwachsenen. Zunächst gehen sie auf die Gründe ein, weshalb diese Eltern in laufende ambulante Therapiegruppen aufgenommen werden. Dieses Vorgehen folgt den Erfahrungen aus der stationären Psychotherapie mit schizophren strukturierten Patienten, die Entwicklung verweigern. Hier werden Arretierungen und Verweigerung als Signal des Patienten verstanden, daß die Eltern ihn erst aus der Position des Krankheitsträgers entlassen und eigene Therapien machen sollen.

Allerdings gelingt es meistens nicht, die Eltern von schizophrenen Erwachsenen zu einer eigenen Therapie zu bewegen. In den wenigen Fällen, in denen sie sich dazu bereit erklären, tun sie es nur, um ihren Kindern zu helfen und nicht aus eigenem Leidensdruck. Dabei sind sie länger und stärker als Angehörige anderer Familien von symbiotischem Synergismus bestimmt und meist noch symbiotisch mit ihrer früheren Familiengruppe verbunden. Die Autoren weisen auf Untersuchungen hin, die belegen, daß

die Eltern von Schizophrenen in der Regel nicht genügend von der Großelterngruppe getrennt sind.

Das wichtigste Thema in der Therapie der Eltern von Schizophrenen ist daher die Trennung aus diesem symbiotischen Komplex. Die Auseinandersetzung mit dem internalisierten Trennungsverbot, dem sie selbst verfangen sind und das sie unbewußt an ihre Kinder weitergeben, führt in der Therapie meist zu heftigen Reaktionen. Häufiger als bei anderen Patienten drohen hier Behandlungsabbruch und gewalttätige Reaktionen.

Die Autoren veranschaulichen anhand eines Beispiels aus ihrer ambulanten psychotherapeutischen Praxis die Prozesse, mit denen die Eltern die pathologische Dynamik ihrer Familiengruppe wiederherstellen, ausagieren und dem therapeutischen Einfluß zugänglich machen. Wenn die Eltern die Gefühle zulassen, die diese Prozesse in ihnen hervorrufen, wird ihnen Schritt für Schritt ihr eigenes Leid bewußt und sie können sich von den pathologischen Aspekten ihrer verinnerlichten Symbiose befreien. Erst dann können sie auch ihre Kinder loslassen und für die eigene Entwicklung freigeben.

Die Autoren lenken mit ihrem Beitrag die Aufmerksamkeit auf die unbewußten reziproken Prozesse in der Therapie von Eltern und in der Entwicklung der Kinder, deren Erforschung noch ganz am Anfang steht.

References

Ammon, G. (1989): Gesellschaft, Kultur und Schuldgefühl. In: Dyn. Psychiat. (22) 307–319

Berger, M. (1993): Kindheit und Pubertät bei schizophren strukturierten Patienten – eine qualitative Analyse von Patienten und deren Familien. In: Dyn. Psychiat. (26) 49–72

Selvini Palazzoli, M.; Cirillo, S.; Selvini, M.; Sorrentino, A.M. (1992): Die psychotischen Spiele in der Familie (Stuttgart: Klett-Cotta)

Address of the authors:

Dipl. Psych. Astrid Thome
Lindwurmstraße 95 A
D-80337 München

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

Buchbesprechungen / Book Reviews

Werner Greve, Jeanette Roos
Der Untergang des Ödipuskomplexes. Argumente gegen einen Mythos

Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 1996, 169 Seiten

Das Anliegen beider Autoren ist von Anfang an klar: Der Ödipus-Komplex, das Kernstück der Psychoanalyse sei ein Mythos, und ein schädlicher dazu, denn er sollte, laut Widmung, »Susanna und Maximilian erspart bleiben«. Nicht nur die »fast beispiellose Karriere«, die »allgemeine Konjunktur« des zum trivialen Schlagwort gewordenen Ödipuskomplexes sei zu bedauern, sondern auch das Mißverständnis, infolgedessen die These eines ödipalen Entwicklungsstadiums selbstverständlicher Bestandteil entwicklungspsychologischer Lehrbücher geworden ist. Der etwas polemische Ton der Einführung wird aber zunehmend sachlicher und weicht dem Versuch, sich einer wissenschaftlichen Objektivität soweit wie möglich zu nähern. Denn beide Seiten, die Anhänger der klassischen Psychoanalyse wie auch deren Gegner, seien erstaunlich unkritisch mit dem derart zentralen Begriff umgegangen, wie *Greve* und *Roos* ausführen: In der psychoanalytischen Literatur hat sich hauptsächlich der »einfache« oder »positive« und viel weniger der »negative« Komplex durchgesetzt, wobei die »Darstellung des 'vollständigen' Ödipuskomplexes in referierenden, insbesondere kritischen Arbeiten häufig kaum benannt und nicht selten unterschlagen (wird); dies gilt oft auch dann, wenn die wissenschaftliche Glaubwürdigkeit des Konzeptes zur Debatte steht«. Ähnlich problematisch seien der weibliche Ödipuskomplex und die Datierungsversuche der ödipalen Entwicklungsstufe innerhalb der psychoanalytischen Literatur. Auch weisen die Autoren zurecht auf die lange Vernachlässigung der präödipalen Entwicklungsphasen hin, die »einen ebenso hohen Grad an Komplexität aufweisen wie die ödipale selbst«. Andererseits argumentieren die Gegner der Psychoanalyse oft aus der Position einer Befangenheit oder a-priori-Ablehnung heraus, ihre »Kritiken an psychoanalytischen Konzepten (sind) durchaus nicht immer so intellektuell solide und wissenschaftlich fundiert gewesen, wie es diese Kritiker so gerne von der Psychoanalyse fordern«. Insgesamt seien fundierte kontroverse Diskussionen selten und empirische Untersuchungen noch seltener, und auch durch die Unterschiedlichkeit des Instrumentariums zwischen einem Konzept des Unbewußten, das seine Daten hauptsächlich aus Analysen und Träumen schöpft, einerseits, und der psychologischen Empirie mit ihren Meßmethoden auf der Verhaltensebene andererseits erschwert. Konsequent untersuchen *Greve* und *Roos* die wissenschaftstheoretischen Einwände und die prinzipiellen Probleme einer empirischen Testbarkeit.

Die Autoren setzten sich entsprechend das Ziel, nach einer ausgewogenen theoretischen Diskussion »eine möglichst faire empirische

Prüfung des Ödipuskomplexes« durchzuführen, mit der Fragestellung, ob der Komplex in der Tat ein »universelles Phänomen der menschlichen Ontogenese« sei. Vorausgeht die Auseinandersetzung mit den geeigneten Testmethoden überhaupt, denn »in der Tat hat eine sorgfältige empirische Auseinandersetzung mit einer Theorie auch ihre Vorbehalte gegen bestimmte Methoden ihrer Testung zu berücksichtigen«.

Um dem Einwand zu begegnen, die psychoanalytischen Daten über den Ödipuskomplex stammen vornehmlich aus der Analyse Erwachsener und deren Erinnerungen über ihre Kindheit, wurden 130 Kinder im Alter von drei bis neun Jahren mit projektiven bzw. semiprojektiven Tests untersucht und ihre Eltern mit Fragebögen und halbstrukturierten Interviews zum Verhalten ihrer Kinder befragt. Mit diesem »differenzierten Multimethodenansatz« unter dem »fast vollständigen« Verzicht auf die Berücksichtigung »emotionaler Präferenzen bzw. Tendenzen« sollten emotionale Verzerrungen der Befunde vermieden werden; kritisch muß man hier aber einwenden, daß es sich bei den ödipalen Konflikten gerade um Gefühlsreaktionen handelt, die durch Ambivalenz gekennzeichnet sind und deshalb u.U. mit erheblichen Schuldgefühlen verbunden sein können. Diesen meist unbewußten Schuldgefühlen wird durch Fragen wie »Hier auf dem Blatt stehst Du in der Mitte. In welche Richtung willst Du gehen? Zu Mutti oder zu Vati?« nicht mehr Rechnung getragen als etwa der Frage, wen das Kind von den Eltern bevorzugen würde. Die Frage, inwieweit solche unbewußten Konflikte, oder diejenigen der befragten Eltern, die ihrerseits oft Schuldgefühle hinter angepaßten oder »erwarteten« Antworten kaschieren, die Ergebnisse verfälschen könnten, bleibt offen (Die Autoren sprechen von einem »relativ hohen Anteil fehlender Elterndaten« aufgrund »organisatorischer Schwierigkeiten und der Weigerung einiger Eltern, selbst einen Fragebogen auszufüllen«).

Deshalb sind auch nach einer ausführlichen kritischen Diskussion die Ergebnisse der empirisch-statistischen Studie zu relativieren, was die Autoren selber tun, wenn sie (wohl im allgemeinen) schreiben: »Und auch wenn sie nicht unmittelbar bezweifelt werden, sind Folgerungen meist nur mit äußerster Vorsicht zu ziehen«. Trotzdem gelangen sie zum Rückschluß, daß »die Annahme einer universellen ödipalen Phase tatsächlich ein Irrtum war«, allerdings räumen sie ein, daß der Ödipuskomplex »eher als Analogie oder als Metapher denn als Theorie im engeren Sinne aufzufassen wäre«, daraus folge »das Plädoyer, die psychoanalytische Entwicklungstheorie, mindestens in Bezug auf die phallische Phase, dort einzuordnen, wo sie hingehört: in die Vitrine des Theoriemuseums der Psychologie«.

Das Lesen des Buches von *Greve* und *Roos* hinterläßt trotz der großen wissenschaftlichen Integrität in der Diskussion von Theorie und empirischen Daten Zweifel zumindest dahingehend, ob nicht die Kritik der Autoren, die Komplexität des Themas, die Vielschichtigkeit des Gesamtphänomens »Ödipuskomplex« mit seinen Varianten und die methodischen Schwierigkeiten in der Erfassung der unbewußten Aspekte des ödipalen Konfliktes

seien in der Literatur zu wenig berücksichtigt, auch für ihr Werk gültig bleibt. Es geht auch m.E. in der Zeit, in der die Bedeutung der prä-ödipalen Phase schon längst erkannt und mit der bewußten und unbewußten Familiendynamik in Zusammenhang gebracht wurde, nicht mehr darum, ob der Ödipuskomplex eine obligatorische ontologische Entwicklungsphase darstellt, sondern vielmehr darum zu klären, in welchen Fällen, wann, in welcher Form und besonders wodurch, d.h. durch welche Primärgruppendynamik bedingt, ein Ödipuskomplex auftritt, in seiner positiven, negativen oder gemischten Form, und vielleicht als latenter Komplex lebenswichtige psychologische Relevanz gewinnt. In diesen Zusammenhang fällt auch die im Buch zwar erwähnte, aber nicht weiter diskutierte Auffassung, der Ödipuskomplex könnte »geradezu eine Projektion elterlicher Aggression« sein (Zitat von *van Heeden*); die Bedeutung des Laioskomplexes wird lediglich angedeutet, wenn auch die Karikatur auf Seite 24, »Der einfache Ödipuskomplex«, bezeichnenderweise nicht den Knaben, sondern den Vater mit einem Messer in der Hand darstellt!

In seiner informativen und ausführlichen Art und gerade wegen seiner kontroversen Auseinandersetzung mit einem der zentralen Themen der Psychoanalyse, das in seiner neuen Aktualität auch die Frage ihrer Weiterentwicklung und die Integrationsmöglichkeit von Psychoanalyse, Entwicklungs- und Experimentalpsychologie und Gruppendynamik beinhaltet, bleibt das Buch ein wichtiger und notwendiger Denkanstoß.

Egon Fabian (München)

Brett Kahr
D.W. Winnicott: A Biographical Portrait

International Universities Press, Madison/Connecticut 1996, 189 Seiten

Der kleinen, geradezu liebevoll geschriebenen Biographie von *Brett Kahr*, Dozent für Psychotherapie in London und Mitarbeiter der Tavistock Clinic, merkt man durchaus an, daß der Autor seinem Sujet sehr verbunden ist – was wir sicherlich nicht zuletzt dem Menschen *Donald Woods Winnicott* zu verdanken haben.

So gelingt es dem Autor, in vielen Details und aktuellen Gesprächsnotizen aus den 90er Jahren, den Menschen *Winnicott* in vielen Facetten zu zeigen, die selbst engen Mitarbeitern und Freunden bis dahin unbekannt geblieben waren. Dies trifft insbesondere auf die Schilderung seiner Kindheit und Jugend in der westenglischen Hafenstadt Plymouth zu. Die Darstellung seines Lebens ist charakterisiert durch lange »Latenzperioden«, in welchen vieles reift, ehe es endgültig zur Blüte kommt. Es ist *Freuds* Werk »Die Traumdeutung«, welches einen ersten Funken der Begeisterung in dem jungen Arzt zündet für ein tieferes psychologisches Verständnis des Kindes, mit dem er sich als angehender Pädiater beschäftigt.

Sehr sympathisch ist, wie *Winnicott* in diesem Buch in eigenen Worten darlegt, er sei letztlich zur Psychoanalyse gekommen nicht als interessierter Arzt, sondern als leidender Patient, der wegen seiner Eheprobleme nicht mehr ein noch aus wußte. Es ist übrigens eine große Stärke des Buches, daß es sehr empfindsam und ohne falsche Scham *Winnicotts* zwei Ehen und das Leben seiner beiden Frauen vollständig skizziert. Die gegenseitige Befruchtung seiner 10jährigen Analyse bei *James Strachey* mit seiner pädiatrischen Arbeit wird angedeutet, doch zeigt sich hier eine erste Schwäche des Buches, denn bedauerlicherweise stellt der Autor nicht dar, wie seine Arbeit mit den Kindern und der Einfluß seiner Analyse darauf aussahen. dies soll im nächsten, weitaus umfassenderen Werk des Autors über *Winnicotts* Wirken der Fall sein. Sein schon im Titel angedeutetes Ziel ist, ein Porträt des Menschen zu zeichnen, was dazu führt, daß sehr stark der Analysand *Winnicott* beschrieben wird (der sich einer zweiten fünfjährigen, sehr schwierigen Analyse bei *M. Kleins* Mitarbeiterin *Joan Rivière* unterzieht). *Winnicott* als Analytiker und Lehranalytiker findet demgegenüber kaum Erwähnung. Ebenso zu kurz kommen der Lehrer und der Wissenschaftler, gut dargestellt ist der öffentliche Redner, dessen Vorträge stets überfüllt sind und dessen Radiosendungen nationale Berühmtheit erlangen, als auch der Gesundheitsbeauftragte, der in den Zeiten des Zweiten Weltkrieges viel für die öffentliche Gesundheit leistet. Sehr gut dargestellt ist seine persönliche Stellung zwischen den beiden verfeindeten Schulen, jener von *M. Klein* und derer von *A. Freud*, so daß er, ohne dies ausdrücklich zu wollen, zum Begründer der mittleren Schule (heute unabhängige Schule) wird, wobei er unwiderruflich den Zorn der kleinianischen Schule auf sich zieht. Sehr berührend ist die Schilderung seiner letzten Jahre, des alten berühmten, unkonventionellen Mannes, dem es, selbst kinderlos geblieben, immer wichtig war, seine Schüler um sich zu versammeln.

Bleibt noch zu sagen, daß die gepflegte Ausgabe eine sehr lesenswerte Einleitung der ehemaligen Mitarbeiterin *Susanna Isaacs Elmhirst* enthält sowie einen interessanten Adnex mit *Winnicotts* letztem Willen. Das einzige, was hierbei bedauerlich ist, ist das Fehlen von Bildern. Allein ein – bis dato allerdings unveröffentlichtes – Bild wird dem Leser in gewissermaßen stilvoller Selbstbeschränkung anvertraut. Somit läßt sich sagen, daß das geschmackvolle Buch dem biographisch interessierten Leser ein freundliches, tiefes Verständnis für den Menschen *Donald Woods Winnicott* vermittelt und Lust auf mehr von diesem Autor und seinem Sujet macht.

Bernhard Wiefel (Berlin)

Heinz Schepank
Zwillingsschicksale. Gesundheit und psychische Erkrankungen bei 100 Zwillingen im Verlauf von drei Jahrzehnten

Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1996, 256 Seiten

Was psychische Krankheit bedingt, ob Anlage oder Umwelt, ist eine Streitfrage der Psychiatrie, die zu klären durch aufwendige Untersuchungen seit vielen Jahrzehnten versucht wird. Was als zutreffend befunden wird, wirkt sich unmittelbar auf die Therapie und Prävention psychischer Krankheit aus. Insofern kommt der Untersuchung von *Heinz Schepank*, ob und inwieweit psychogene Erkrankungen – also Psychoneurosen, Persönlichkeitsstörungen und psychosomatische Erkrankungen – erblich determiniert sind, eine besondere ethische Bedeutung zu. Immerhin führte die Annahme der Vererbung endogener Psychosen zur Sterilisierung von mehr als hunderttausend psychisch kranken Menschen während des deutschen Faschismus.

Im vorliegenden Buch faßt *Schepank*, Psychiater, Psychoanalytiker und Epidemiologe am Mannheimer Zentralinstitut für seelische Gesundheit, die Ergebnisse einer sich über mehr als 30 Jahre erstreckenden Untersuchung zusammen, über die im einzelnen bereits mehrfach publiziert worden ist. Aus den 26 799 Menschen, die in den Jahren 1950 bis 1969 das Zentralinstitut für psychogene Erkrankungen in Berlin in Anspruch genommen haben, wurden nach zuvor festgelegten Einschluß- und Ausschlußkriterien 50 Zwillingspaare ausgesucht, die in ihrem weiteren Krankheits- und Gesundheitsverlauf über 25 bis 35 Jahre hinweg beobachtet wurden. Es entstand daraus eine beeindruckende Untersuchung, die durch ihre methodische Sorgfalt besticht. Berührend ist die ausführliche Beschreibung des Schicksals der 100 Zwillinge, welche die früh-kindliche Entwicklung und Lebenssituation, die Entwicklung von Beruf und Partnerschaft sowie von Gesundheit und Krankheit umfaßt und den Schwerpunkt des Buches bildet. Sie ist als einzigartig zu bezeichnen, zumal die ältesten Probanden aus dem Jahrgang 1904 stammen und somit sich in den Lebensgeschichten fast ein Jahrhundert wechselvoller deutscher Geschichte widerspiegelt.

Schepank sieht durch die Langzeituntersuchung bestätigt, was er bereits 1964 als Ergebnis der ersten Datenerhebung festgestellt hat: Erbfaktoren seien grundsätzlich bei der Entwicklung und Manifestation psychogener Erkrankungen als Determinanten zu berücksichtigen. Als Beleg führt er die signifikanten Ergebnisse der Intrapaardifferenzmethode und des Konkordanzratenvergleichs an. Bei der Intrapaardifferenzmethode wird mit Hilfe eines Neurosenschwerescores die individuelle Schweregradgewichtung ermittelt, wobei die Differenz bei eineiigen Zwillingen signifikant niedriger war als bei den zweieiigen. Der Vergleich der Konkordanzraten hinsichtlich psychogener Erkrankungen hatte dementsprechend ergeben, daß die Konkordanzrate bei eineiigen Zwillingen beinahe doppelt so hoch war wie bei zweieiigen Zwillingen, nämlich 32,76% gegenüber 16,7%.

So eindeutig die Ergebnisse sind, so zweifelhaft erscheint der Ansatz *Schepanks*, daraus die erbliche Determinierung psychogener Erkrankung ableiten zu wollen. Immerhin sind zwei von drei Zwillingspaaren trotz identischen Erbguts diskordant hinsichtlich ihrer psychogenen Symptomatik. Wie groß der Einfluß der Umwelt sein kann, zeigt sich bei einem eineiigen Zwillingspaar, wo trotz identischen Erbgutes nur einer der Zwillinge eine manifeste schizophrene Psychose entwickelte. Für *Schepank* bleibt die Ursache der Diskordanz hinsichtlich der Psychose rätselhaft, obwohl sich für einen psychodynamisch denkenden Leser selbst aus der kurzen Schilderung der Lebensgeschichte genügend Hinweise auf eine mögliche Psychogenese der Psychose bei dem einen Zwilling ergeben. Es entsteht dadurch der Eindruck, daß für den Autor nicht sein kann, was nicht sein darf. Vorschnell scheint es mir auch zu sein, aus der Konkordanz psychischer Symptome eine erbliche Determinierung ableiten zu wollen. Obwohl der Autor Psychoanalytiker ist, läßt er hier m.E. außer acht, wie prägend die unbewußte Einstellung der Eltern auf ihre Kinder sein kann. Die zitierten Ergebnisse könnten auch besagen, daß Eltern ihre eineiigen Zwillinge viel häufiger unbewußt als eine Einheit sehen und in ihrer Einstellung ihnen gegenüber viel weniger Unterschiede bestehen, als es bei zweieiigen Zwillingen der Fall ist. Hier könnten weitere Untersuchungen ansetzen.

Die Frage, ob Anlage oder Umwelt psychische Krankheit bedingt, kann meiner Meinung nach auch *Schepank* mit seiner Untersuchung nicht schlüssig beantworten.

Bernhard Richarz (München)

George R. Palermo, Edward M. Scott
The Paranoid in and out of Prison

American Series in Behavioral Science and Law (1093)
Charles C. Thomas, Springfield, Illinois, USA 1997, 186 Seiten

Das vorliegende Buch ist das Gemeinschaftswerk zweier Praktiker aus der forensischen Psychiatrie, die beide eine immense Erfahrung auf diesem Gebiet besitzen und somit vor allem mit einer Fülle sehr anschaulicher Fallbeispiele aufwarten können. Das Buch wendet sich jedoch nicht nur an Fachleute, sondern will interessierte Laien und ein allgemeines Publikum über ein Phänomen, eben die Paranoia, aufklären, das fast als eine Grundkondition menschlichen Seins angesehen werden kann und dessen Auswirkungen in der heutigen Gesellschaft mit ihren losen Strukturen nach Ansicht der Autoren zunehmen.

So, wie die amerikanische Gesellschaft – im vorliegenden Buch beschrieben – ihre Horrorschlagworte in Bezug auf paranoide verbrecherische Akte hat, etwa Bombardierung in Oklahoma City oder Attentate des Una-

Bombers, können alle westlichen Gesellschaften mit ähnlichem aufwarten – wie Anschläge in U-Bahnen in Japan, Massenselbstmorde von Sektenmitgliedern u.ä.

In dieser Hinsicht ist das Buch gesellschaftlich aktuell und will aufklären. Um nun genügend Leser anzusprechen, bedarf es einer gewissen Unterhaltsamkeit im Stil, was den Autoren durchaus gelingt. Sie bringen viele Bezüge der Geschichte des Begriffs, zu seiner Etymologie, zu Mythen und Legenden, zur Kunst – ein Muster, das *Palermo* schon in seinem 1994 in der gleichen Reihe erschienen Buches »On violence« verwendet hatte, ein Muster, das diese Bücher auch für den Laien lesbar macht trotz ihres ernsten Hintergrundes und wissenschaftlichen Anspruches.

Aus dem erwähnten Buch über die Gewalt tauchen sogar die gleichen Personen auf. Damals als Inkarnationen gewalttätiger Monstren der Weltgeschichte vorgestellt, werden sie jetzt als Paranoiker des stärksten Kalibers vorgeführt, etwa *Hitler, Stalin, Nero, Caligula* und *Iwan* der Schreckliche.

Heißt das, daß alle Paranoiker gewalttätig sind? Die Frage verneint sich, wenn man sich die im vorliegenden Werk ebenfalls erwähnten Paranoiker, die Geschichte geschrieben haben, betrachtet: *Paul Gauguin* und *Leo Tolstoi, Ezra Pound* und *Frank Lloyd Wright, Edvard Munch* und *August Strindberg* und andere, und pikanterweise auch *Sigmund Freud*, der mit seinen sieben Ring-Trägern als seinen Prätorianern, einer Phalanx gegen Häresie, Verrat und Andersdenkende, vorgeführt wird.

Die Autoren sehen die Paranoia angesiedelt auf einem Spektrum, das mit mildem Mißtrauen beginnt und bei den gewalttätigen Formen von Massenmördern und grausamen Despoten endet, das aber auch Kreativität, phantastische (positive) Ideen, Überzeugungskraft und manchmal prophetische Gaben und Visionen beinhalten kann. 10 bis 30 Prozent der Populationen in psychiatrischen Krankenhäusern und Gefängnissen gehören zu diesem Kreis, wobei die Autoren das klinische Spektrum von der paranoiden Persönlichkeitsstörung bis zur paranoiden Schizophrenie beschreiben (und sie von der antisozialen Persönlichkeit abgrenzen).

Waffen des Paranoikers gegen die vermeintlich böse Welt sind Projektion und Verleugnung, Verschiebung und Querulantentum. Ein Gefühl von Einsamkeit, Hyperalertness und Hypersensitivität kommen hinzu, desgleichen oft eine gute bis hohe Intelligenz. Die von *Freud* aufgezeigten Bezüge von Paranoia zur Homosexualität haben sich – wie die Autoren nach Durchsicht der Literatur der letzten Jahrzehnte und nach ihren eigenen Erfahrungen – nicht halten lassen.

Im historischen Überblick von *Plato* bis zur dynamischen Betrachtungsweise, auch in den verschiedenen diagnostischen Klassifikationssystemen, zeigt sich hinsichtlich der Paranoia ein stabiles Konzept mit einer nosologischen Autonomie.

Ein sehr interessantes Kapitel ist akustischen Halluzinationen gewidmet, die oft auch auf entsprechende Wahninhalte bezogen sind. Beides, Halluzination und Wahn, sind keine fremdartigen Phänomene, sondern

Ausdruck gradueller Abweichungen von den Normen spezieller Funktionen, auf einem Spektrum von Wahrnehmungs- und Vorstellungsäußerungen verschiedener Stärke und Ausprägung. Experimentelle Untersuchungen zu akustischen Halluzinationen werden beschrieben, hinsichtlich Form und Inhalt, Art und Dauer, deren Ergebnisse diagnostisch und prognostisch verwendet werden können.

Beide Phänomene, Halluzinationen und Wahn, sind nicht hauptsächlich schizophren Erkrankten eigen, sondern werden für andere Krankheitsbilder beschrieben. In milder Form werden paranoische Phänomene auch für Randgruppen, politische Flüchtlinge, ethnische Minderheiten, die sich diskriminiert fühlen, beschrieben, wiederum als Ausdruck der spektralen Betrachtungsweise der Autoren.

Ein großes Problem im Bereich der Forensik stellt das Simulieren dieser Phänomene, besonders des Stimmenhörens, dar, mit dem sich die Autoren in einem Kapitel auseinandersetzen und nach praktischen Lösungen des Erkennens des Simulierens suchen. Erschwerend ist, daß die Gemeinschaft in den Gefängnissen eine Paranoia-fördernde Pseudogemeinschaft darstellt, in der sich der Insasse ohnehin mißtrauisch verhält und sich als Opfer betrachtet.

Dieses führt aber nicht zu einem therapeutischen Pessimismus, vielmehr beschreiben die Autoren in einem großen Kapitel verschiedene Therapieansätze, mit denen bessere Menschen, nicht bessere Gefangene, entstehen sollen, die vor allem Scham und Einsicht entwickeln sollen. Als beste Methode wird die Gruppentherapie angesehen (und in Beispielen beschrieben), die in »Übungen für das Selbst« einmal im Hier und Jetzt im Üben von sozialen Interaktionen, aber auch im Dort und Damals an der frühen Geschichte, an Träumen usw. arbeitet. Auf den Mangel an konstruktiver Sozialenergie im Sinne *Ammons* in der psychischen Geschichte dieser Menschen wird ausdrücklich hingewiesen.

Das Buch gibt somit viele Anregungen, sowohl für Kliniker und Praktiker als auch für interessierte Laien. Es geht mehr in die Breite mit all seinen Bezügen, Zitaten und Fallbeispielen, denn in die Tiefe im Sinne von Ausführlichkeit. Eine sehr humanistische Haltung hinsichtlich der Verantwortung für psychisch kranke Menschen, zu denen die Gefängnisinsassen sehr häufig gehören, wird spürbar und läßt dieses Buch einmal mehr als lesenswert einstufen.

Gerhild Sandermann (München)

Klaus Liebmann, Dieter Riemann, Mathias Berger (Hrsg.)
Biologisch-psychiatrische Forschung - Ein Überblick

Gustav Fischer Verlag, Stuttgart 1995, 236 Seiten

Das vorliegende Buch ist aus einer Tagung der Studienstiftung Cusanuswerk entstanden. Fast ausschließlich deutsche Wissenschaftler geben in elf Kapiteln einen umfassenden Überblick über den neuesten Stand der biologisch-psychiatrischen Forschung wie z.B. in den Bereichen der Molekulargenetik, der Neuroendokrinologie, der Schlafforschung oder der elektrophysiologischen Forschung. Ziel der Autoren ist es, in das Forschungsgebiet der Biologischen Psychiatrie einzuführen. Die Herausgeber wenden sich vor allem an interessierte Studenten und an wissenschaftlich tätige Ärzte und Naturwissenschaftler und hoffen, daß das Buch zu einer besseren Verständigung der in diesem Forschungsgebiet Tätigen beiträgt.

Das Buch beginnt mit einem kurzen, aber inhaltlich umfassenden Überblick von *J. Fritze* (Frankfurt) und *M. Lanczik* (Würzburg) über die historische Entwicklung der Biologischen Psychiatrie. In diesem Kapitel wird auch auf den Konflikt zwischen Biologischer Psychiatrie und sozialer und psychodynamischer Psychiatrie Bezug genommen, der auf historische und weltanschauliche Gründe zurückgeführt wird, »hinter denen sich das nicht mit objektiven Methoden zu lösende Problem des Leib-Seele Dualismus verbirgt«. Die Autoren weisen auf historisch bedingte Vorurteile und deren mögliche Konsequenzen hin. Sie gehen auf die Degenerationslehre und die daraus im Faschismus entstandene Euthanasie ein.

Besonders erwähnt sei auch das Kapitel von *W.E. Müller* (Mannheim) über Transmitter-Systeme und Psychopharmaka, das eine knappe gute Einführung in die wesentlichen Funktionsprinzipien der chemischen Neurotransmission und einen Überblick über den neuesten Forschungsstand der drei wichtigsten Psychopharmakagruppen (Antidepressiva, Neuroleptika und Benzodiazepine) gibt. Der Autor nimmt kritisch Stellung zu den verschiedenen Hypothesen in diesem Gebiet, wie z.B. daß eine Störung der dopaminergen Neurotransmission ursächlich für die Schizophrenie sein soll, was er nach den heutigen Erkenntnissen eher ausschließt. Er fordert, daß trotz aller Erfolge bei der Aufklärung von pharmakologischen Wirkungsmechanismen noch vertiefte Kenntnisse erarbeitet werden müssen, da darüber auch die pathogenetischen Ursachen von psychiatrischen Erkrankungen besser verstanden und behandelt werden könnten.

Das Kapitel über Psychiatrische Genetik von *H.W. Moises* (Kiel) regt zur Diskussion an. Nachdem ein konzentrierter Überblick über die neuesten Ergebnisse der Forschung, die über die Methoden der klassischen Genetik wie Familien-, Zwillings-, Adoptionsstudien und die Segregationsanalyse erarbeitet wurden, gegeben wurde, wird bei allem Enthusiasmus über die Möglichkeiten der Molekulargenetik doch auch auf ihre Grenzen und möglichen Folgen hingewiesen.

Insgesamt angenehm bei allen Autoren ist die kritische Distanz, mit der sie den Stand ihres jeweiligen Forschungsgebietes darstellen. Alle geben auch in einem Ausblick am Ende ihres Kapitels Anregungen zu weiteren interessanten Forschungsfragen.

Das Buch wird durch die in jedem Kapitel dargestellen Grundlagen der verschiedenen Bereiche, die zahlreichen Forschungsergebnisse, die guten Zusammenfassungen und auch die sehr umfangreichen Literaturangaben seinem Ziel gerecht, eine Einführung in die Biologische Psychiatrie zu geben.

Nataly Hoffmann (München)

Herbert Strean (Ed.)
The Use of Humor in Psychotherapy

Jason Aronson Inc., Northvale, New Jersey, London 1994, 232 Seiten

Das von *Herbert Strean* herausgegebene Buch beinhaltet 21 Artikel zum Thema, die in den letzten 30 Jahren zum großen Teil in verschiedenen Zeitschriften publiziert wurden und ist eine der seltenen, der Bedeutung des Humors in der Psychotherapie gewidmeten Monographien. Im Vorwort begründet der Herausgeber den Band mit der unverständlichen Seltenheit diesgbezüglicher Publikationen: »Obwohl Lachen und Weinen zwei wesentliche, eingeborene emotionale Reaktionen sind, sind Psychoanalytiker und Psychotherapeuten viel mehr am Phänomen des Weinens als an dem des Lachens interessiert. Im Gegensatz zu vielen klinischen Arbeiten in der Fachliteratur, die sich mit der Unfähigkeit des Patienten zu weinen und zu trauern befassen, gibt es nur sehr wenige, die die Dynamik der Unfähigkeit des Patienten zu lachen diskutieren«.

Entsprechend, so *Strean,* warnten noch bis vor kurzem viele Autoren insgesamt vor dem Gebrauch des Humors in der Psychotherapie – ein Beispiel, die inzwischen klassische Arbeit von *Lawrence Kubie,* »The Destructive Potential of Humor in Psychotherapy« von 1971 leitet den mittleren Teil des Bandes ein. Demgegenüber stehen mehrere Artikel, vor allem die von *Warren Poland, Michael Bader* und von *Margot Tallmer* und *Joseph Richman,* die mit Fallbeispielen die positive, in manchen Analysen richtunggebende Wirkung der humorvollen Deutung an der richtigen Stelle illustrieren, und eher vor einer durchgehend ernsten Analyse – und besonders vor einem humorlosen Therapeuten (*Bader*) warnen. Eine Reihe von Arbeiten beschäftigt sich mit dem Humor als Vehikel des unbewußten Kontaktes zwischen Therapeut und Patient, mit seiner metaphorischen, traumähnlichen Qualität, mit seinem Platz in der Übertragung und Gegenübertragung, aber auch mit seinem Mißbrauch, wenn nicht die dahinter oft verborgene Aggression und Verführung von seiten des Patienten (aber auch des Therapeuten) reflektiert wird. Weiterführend in dieser Hinsicht ist m.E. *Bernard Sapers* Versuch, zwischen therapeutisch wirksamem und schädlichem, destruktivem Humor zu unterscheiden.

Das Lesen des Buches ist bereichernd für die praktische psychotherapeutische Arbeit, die kritische Auseinandersetzung nicht weniger als die überzeugenden klinischen Beispiele von der Bedeutung des gemeinsamen Lachens in der Therapie. Eine erfolgreiche Analyse, darin sind sich die Mehrzahl der Autoren einig, drückt sich nicht zuletzt durch die Fähigkeit des Patienten aus, über sich und die Welt zu lachen, d.h. durch einen reifen Humorsinn, der ihn zu einer philosophischen, relativierenden Distanz zu sich selbst führen kann.

Egon Fabian (München)

Nachrichten / News

Einführung von humanstruktureller Milieutherapie am Bechterew-Institut in St. Petersburg

In einem Vertrag zwischen der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) und dem Psychoneurologischen Institut W.M. Bechterew in St. Petersburg unter Leitung von Professor *Modest M. Kabanow* war vorgesehen, eine Abteilung des Instituts zu einer dynamisch-psychiatrischen Abteilung umzugestalten. Als grundlegendes Konzept sollte in einem ersten Schritt die humanstrukturelle Milieutherapie eingeführt werden, die auf der Grundlage gruppendynamischen Arbeitens über ein drittes Objekt, dem Projekt, das sozialenergetisch-therapeutische Feld aufspannt, in dem neue Erfahrungen für die Patienten möglich werden. Zur Vorbereitung dieses ersten Schrittes besuchten Frau Dr. *Swetlana Bashenowa*, die Chefärztin der Station 2 des Bechterew-Institutes, sowie Frau Dr. *Natalia Lutowa*, eine Psychiaterin dieser Station, in der Zeit vom 25.6.-13.7.1997 die Dynamisch-Psychiatrische Klinik Menterschwaige zu einer intensiven Hospitation.

Vom 9. bis 28. September 1997 hielten sich zwei Milieutherapeutinnen der Klinik Menterschwaige, Frau Dipl.-Psych. *Monika Dworschak*, Leiterin der milieutherapeutischen Abteilung, und Frau Dipl.-Psych. *Malgorzata Borusiak* im Bechterew-Institut auf, um gemeinsam mit den russischen Kollegen die humanstrukturelle Milieutherapie aufzubauen. Die ausgewählte Station 2 des Bechterew-Institutes, die von Professor *Victor V. Wied* geleitet wird, ist die psychotherapeutische Station des Instituts. Sie umfaßt bis zu 60 Patienten mit Diagnosen vorwiegend aus dem psychotischen Bereich. Die Patienten sind sind durchschnittlich 2 - 3 Monate in stationärer Therapie. Eine Gruppe von 15 Patienten, die bereits einige Zeit auf der Station verbracht hatten und keine akute Symptomatik mehr aufwiesen, formierte sich zu der ersten russischen Milieugruppe unter der Leitung von Frau *Dr. Lutowa* und ihrer Kollegin, Frau *Salutskaja.*

Über die Festlegung des Projektes, das Errichten eines Volleyballfeldes im Garten des Bechterew-Instituts, die tägliche körperliche Arbeit mit Jäten und Umgraben und über die Forderung an die Patienten, sorgfältige Arbeit zur Zufriedenheit aller zu leisten, schloß sich die Gruppe. Es entstand ein Gruppengefühl, das die Patienten als wohltuend und zum Kontakt hin öffnend erleben konnten. Die Milieugruppe nannte sich »Schwalben« als Symbol für Freiheit und Entwicklung, aber auch als Symbol für Schutz und Wärme. Ausgedrückt wurde dies von den Patienten durch das Modellieren eines Nestes aus Knetmasse mit einigen Schwalben. Zur Schließung der Gruppe trug insbesondere die Forderung nach konkreter Arbeit bei und die darüber geführte Auseinandersetzung der Patienten mit der Leitung. Der Aufbau der Milieugruppe war ein klassisches Beispiel für



Abb.: Therapeuten und Patienten bei der Projektarbeit (oben) und der Abschlußfeier (unten) während der ersten Milieutherapie am St. Petersburger Bechterew-Institut



den gruppendynamischen Anfangsprozeß einer Gruppe im Sinne von »Was macht eine Gruppe zur Gruppe« (vgl. *Ammon* 1976).

Im Gesamtzusammenhang der Station zeigte sich bei den Patienten der Milieugruppe eine deutliche Abnahme an Schlafstörungen, was in den morgendlichen Übergaben der Krankenschwestern bestätigt wurde. Seitens der Mitarbeiter der Station, insbesondere der nicht an dem Projekt beteiligten, waren immer wieder Widerstände bezüglich der Veränderung zu erkennen. So konnten bestimmte Patienten wegen therapeutischer Sitzungen in der Zeit der Milieutherapie nicht an der Milieugruppe teilnehmen. Wichtig war in Abgrenzung zur Arbeitstherapie, in der das gruppendynamische Geschehen und Gruppengefühl unberücksichtigt bleibt, daß sich unter den Patienten ein echtes Zusammengehörigkeitsgefühl und Vertrauen untereinander einstellte.

In einer abschließenden Darstellung der Gruppe in einem öffentlichen und feierlichen Akt auf der Station, zu der alle Mitarbeiter und Patienten eingeladen waren, wurden die Ergebnisse des begonnenen Projektes vorgestellt. Sowohl Frau Dr. *Bashenowa* als Chefärztin der Station, Frau Dr. *Lutowa* als Leiterin der Milieugruppe, Frau Dipl.-Psych. *Dworschak* als Vertreterin der Klinik Menterschwaige als auch Vertreter der Patienten sprachen in diesem öffentlichen Rahmen über die bedeutsame gemeinsame Arbeit und die freundschaftliche Zusammenarbeit zwischen der Station 2 des Bechterew-Institutes und der Klinik Menterschwaige. Als Zeichen der Verbundenheit wurden Geschenke der deutschen und der russischen Patientengruppen ausgetauscht. Interessant war auch zu sehen, daß von anderen Stationen des Bechterew-Institutes, sowohl von Seiten der Patienten als auch von Seiten der Mitarbeiter, ein reges Interesse an den milieutherapeutischen Aktivitäten zu vermerken war.

Abschließend fand am 26. September 1997 in der medizinischen Fakultät der Universität Nowgorod ein fünfstündiges Seminar zum Thema »Milieutherapie – Theorie und Praxis« statt, das von der Russischen Psychotherapeutischen Gesellschaft organisiert wurde. Begrüßende und einführende Worte sprachen der Abgeordnete des Gesundheitswesens des Bezirks Nowgorod und Dr. *Ravil K. Nazyrow* von der Russischen Psychotherapeutischen Gesellschaft. Frau *Dworschak* sprach über die Konzeption stationärer dynamisch-psychiatrischer Psychotherapie mit dem Schwerpunkt humanstrukturelle Milieutherapie und über die ersten Ergebnisse des gemeinsamen Projektes auf der Station 2 des Bechterew-Instituts. Dr. *Podsany* stellte ein zweiwöchiges Projekt mit Patienten einer somatischen Rehabilitationseinrichtung vor, in dem er versuchte, seine Erfahrungen einer einwöchigen Hospitation in der Klinik Menterschwaige umzusetzen. Des weiteren führte das Seminar zur Planung eines Kooperationsvertrages zwischen dem Gesundheitswesen Nowgorods, dem psychiatrischen Krankenhaus in Nowgorod unter Leitung des Chefarztes Dr. *Cherniagow*, der Russischen Psychotherapeutischen Gesellschaft (Präsident: Professor *Boris D. Karwarsarsky*) und der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) unter der Präsidentschaft von Frau Dipl.-Psych. *Maria Ammon.*

Monika Dworschak (München)

Kongreß über transkulturelle Psychiatrie in Ischevsk

In die Udmurtische Landeshauptstadt Ischevsk, zwei Flugstunden östlich von Moskau und dem Ural nicht mehr fern, waren die Vertreter der Deutschen Akademie für Psychoanalyse und der Klinik Menterschwaige vom Moskauer Serbski-Institut eingeladen worden. Unter der Schirmherrschaft der Professoren *Jury Alexandrovsky, Boris Poloshij* und *Alexander Churkin* fand Ende September 1997 dort im »Land der silbernen Quellen« der zweite vom Serbski-Institut ausgerichtete transkulturelle Kongreß zum Thema »Ethnische und kulturelle Fragen in der Psychiatrie« statt. Es kamen etwa 250 Wissenschaftler und praktizierende Psychiater aus ganz Rußland sowie Vertreter der örtlichen Politik, um spezifische Probleme des Landes, aber auch Rußlands insgesamt zu erörtern. Das Hauptproblem Udmurtiens – eines Landes von der Größe Dänemarks mit 1,6 Millionen Einwohnern – beschäftigte die Mehrzahl der Kongreßreferenten, nämlich die Frage, weshalb die mit 30% Anteil vertretene Urbevölkerung der Udmurten – eine finno-ugrische Volksgruppe – eine weit über dem Durchschnitt liegende Suizidrate aufweist.

In den Kongreß- und Diskussions-Beiträgen wurden zwei Richtungen erkennbar: Zum einen wurden die schwierigen sozio-ökonomischen Lebensbedingungen der dort lebenden Menschen sichtbar, zum anderen fragte man nach den tradierten ethnischen und kulturellen Besonderheiten dieser Minderheitengruppe. Das vorgelegte akribisch gesammelte und demografisch wertvolle Zahlenmaterial zeigte die ethno-kulturellen Probleme des russischen Vielvölkerstaates, die zunehmend wichtiger werdende Rolle einer transkulturellen Psychiatrie und die Notwendigkeit einer verstehenden Psychiatrie, die auch gruppendynamische Gesichtspunkte nicht unberücksichtigt läßt.

Als Vertreter aus Deutschland referierten die Diplom-Psychologen *Gisela Finke* und *Gerhard Wolfrum* eine Grundsatzarbeit von *Maria Ammon* über Theorie und Praxis der Dynamischen Psychiatrie sowie eine gemeinsame Arbeit über Risikofaktoren für psychische Krankheit in Deutschland. Offene Diskussionen und gemeinsame Bemühungen, den ungelösten Fragen weiter nachzugehen und daraus Konsequenzen für die betroffenen Menschen abzuleiten, verbanden die Kongreßteilnehmer zu einem intensiven Erfahrungsaustausch. Im abendlichen Rahmenprogramm zeigte eine udmurtische Volkstanzgruppe ihre Künste und Besonderheiten in voller Farbenpracht, ein abschließendes Abendbuffet mit kulinarischen Köstlichkeiten, Live-Musik und ausgelassenem Tanz ließ die Kongreßteilnehmer die herzliche Gastfreundschaft und intensive Lebensfreude der Gastgeber erleben. Ein Ausflug nach Votkinsk, dem Geburtsort von *Tschaikowski*, rundete das Programm ab. Die Notwendigkeit eines weiteren Kongresses zu Fragen einer transkulturellen Psychiatrie wurde von allen Teilnehmern bekräftigt.

Gisela Finke, Gerhard Wolfrum (München)

Der Kongreß der International Society for the Psychopathology of Expression and Art Therapy

Der Kongreß der Internationalen Gesellschaft für die Psychopathologie des Ausdrucks und Kunsttherapie, der 45 Länder angehören, fand vom 8. bis 12. Oktober 1997 in Biarritz zum Thema »Humor: Geschichte, Soziologie, Ethnologie, Kultur, Psychopathologie, Kunsttherapie« statt.

In ihrem Eröffnungsvortrag »Humor in Psychoanalysis« betonte die Präsidentin der Gesellschaft, Prof. *Irene Jakab* von der Universität Harvard, daß dem Gebrauch des Humors eine besondere Bedeutung in der Psychoanalyse zukommt, wenn der freundliche, bejahende Humor des Therapeuten von verletzenden Humorarten wie Ironie, Zynismus oder Sarkasmus abgegrenzt wird. Auch andere Beiträge – von *Moussong-Kovács* (Budapest), *Verdeau-Paillès* (Limoux), *Gabriella Ba* und Mitarbeiter (Mailand), *Jean-Paul Klein* (Paris), *Manfred Heuser* (München), *Egon Fabian* (München) u.a. – beschäftigten sich mit therapeutischen Aspekten des Humors wie der Relativierung und dem Abstand von der eigenen Pathologie, dem kontaktschaffenden Charakter des Humors in der Einzel- und Gruppentherapie sowie dem Humor als Kommunikationsmittel und als prognostischer Indikator in der Psychotherapie. Die philosophische, literarische, pädagogische und politische Bedeutung aller Varianten des Humors – so u.a. in der Karikatur und der Satire, aber auch in Kinderbüchern – stand im Mittelpunkt vieler Beiträge.

Besonders zu erwähnen ist die warme, kreative Atmosphäre des Kongresses, die nicht zuletzt der freundlichen, ja humorvollen Organisation von Dr. *Guy Roux,* dem Generalsekretär der Internationalen Gesellschaft, zu verdanken war und in der viele persönliche Kontakte entstehen konnten.

Egon Fabian (München)

Bericht über ein Symposium »Psychotherapie der Psychosen« auf dem 4. Deutschen Psychologentag

Zum Thema »Psychotherapie der Psychosen« gibt es zahlreiche Bücher, auch viele Tagungen sind darüber abgehalten worden. Dennoch besteht eine große Kluft zwischen dem, was in diesen Büchern zu lesen ist, und der Realität im Alltag der psychiatrischen Versorgung. Und das, obwohl der Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken der Aktion Psychisch Kranke (1996) »die Psychotherapie als festen Bestandteil psychiatrischer Behandlung in allen Behandlungsbereichen« einfordert – also auch für psychotische Patienten. Von wenigen rühmlichen Ausnahmen abgesehen, ist die Praxis davon noch weit entfernt.

Mit dieser Diskrepanz vor allem beschäftigte sich das Symposium »Psychotherapie der Psychosen« auf dem 4. Deutschen Psychologentag am

namhaften Vertretern verschiedener Therapieansätze der Diskussion über deren praktische Umsetzung genügend Raum geboten werden. Aus diesem Grunde waren zusätzlich zu den Referenten weitere elf Fachleute zu einer Expertenrunde eingeladen worden, in der die Diskussion nach den Vorträgen hauptsächlich geführt wurde. Das Publikum – in einem großen Hörsaal der Würzburger Neuen Universität – zählte bis zu 150 Teilnehmern.

Teilnehmer der »Expertenrunde« waren außer den Referenten Leitende Ärzte und Psychologen aus Psychiatrischen Kliniken oder Einrichtungen, ferner Vertreter der Aktion Psychisch Kranke, der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP), der Norddeutschen Arbeitsgemeinschaft Psychodynamische Psychiatrie (NAPP) und – was den Veranstaltern besonders am Herzen lag – des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener, die sich sehr engagiert einbrachten und ja gewiß »Experten« in besonderem Sinne waren. Zwei von ihnen waren zugleich Diplom-Psychologen, eine war Sozialpädagogin. Moderiert wurde die Runde von Dipl.-Psych. *Martin Urban*, dem Leiter des Arbeitskreises Psychiatrie im Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP).

Das Symposium wurde eröffnet durch einen Vortrag von Frau Dr. biol. hum. *Evelyne Steimer-Krause:* »Beiträge emotionspsychologischer und entwicklungspsychologischer Forschung zum Verständnis psychotischer Erkrankungen«. Verglichen mit der immensen Flut gegenwärtiger biomedizinischer Forschung zu den hirnphysiologischen Faktoren (oder »Ursachen«?) bei psychotischen Erkrankungen steht die psychologische Grundlagenforschung zu dem immer noch rätselhaften Geschehen einer Psychose quantitativ sehr bescheiden da. Aber es gibt diese Forschung, z.B. von seiten der Forschungsgruppe Dyadisches, interaktives Verhalten von Schizophrenen an der Universität des Saarlandes, worüber die Autorin berichtete. Hier wurden Dialoge zwischen je einem (nicht-akuten) Schizophrenen und einem »gesunden« Gesprächspartner videographisch aufgezeichnet und auf ihre mimische Interaktion untersucht. Die Ergebnisse – in Beziehung gesetzt zu einem ähnlichen Forschungszweig in der Säuglingsforschung – waren äußerst spannend und ließen das Konzept der »Frühen Störungen«, näherhin der schizoiden Kontaktstörung, quasi unter der Lupe des Experiments beobachtbar und verstehbar werden. In der nachfolgenden lebhaften Diskussion stand denn auch der Aufbau einer tragfähigen Beziehung als wichtigstes Agens einer Therapie psychotisch erkrankter Menschen im Vordergrund. (Frau *Steimer-Krause* hat zum Thema auch ein Buch veröffentlicht: Übertragung, Affekt und Beziehung. Peter Lang-Verlag, Bern 1996.)

An nächster Stelle wurden die drei wichtigsten Grundrichtungen in der Psychosentherapie unmittelbar hintereinander von namhaften Vertretern dieser Richtungen vorgestellt:

Dr. med. *Günter Lempa* vertrat die psychoanalytische Richtung. Er ist Psychoanalytiker und langjähriger Mitarbeiter von Prof. *Stavros Mentzos*

als Mitbegründer des Frankfurter Psychose-Projekts, jetzt Dozent eines Münchner Weiterbildungskreises für Psychoanalytische Psychosentherapie. Als konstitutiv für psychotische Erkrankungen sieht er (mit *Mentzos)* den unlösbar erscheinenden Konflikt zwischen dem Wunsch nach Nähe und der Angst vor einer Fusion mit den befürchteten Folgen von Ich-Auflösung oder Selbstwertverlust.

Dipl.-Psych. *Norbert Kienzle* vertrat die Verhaltenstherapie mit ihren in sich sehr unterschiedlichen Ansätzen, namentlich die klassischen Trainingsprogramme zur Verbesserung der »social skills« (der Referent hat in der Berner Forschungsgruppe zusammen mit *H.D. Brenner* und *V. Roder* das »Integrierte psychologische Therapieprogramm für schizophrene Patienten« entwickelt), aber auch neuere Ansätze behavioristischer Familientherapie und psychoedukativer Methoden.

Dr. med. *Arnold Retzer* vertrat den Systemischen Therapieansatz. Er ist Arzt und Diplom-Psychologe und kommt aus der Heidelberger Familientherapeutischen Schule um *Helm Stierlin*; er ist Autor eines Buches »Familie und Psychose«. Im Mittelpunkt steht hier die Beobachtung und Veränderung des (familiären) Interaktionssystems, wobei dem Prinzip der Autonomie und Gleichwertigkeit aller Personen einschließlich des Patienten größte Bedeutung zukommt. Vom Stichwort »Wiedereinführung des Exkommunizierten in Kommunikation« führt ein Spannungsbogen zurück zum Konzept der primär gestörten Kontaktfähigkeit im Sinne *Steimer-Krauses.*

In der anschließenden Diskussion wurden diese unterschiedlichen Ansätze vor allem unter dem Aspekt ihrer theoretischen wie praktischen Kompatibilität erörtert, wobei die Gegensätze deutlich artikuliert wurden. Auch die Psychose-Erfahrenen (die zugleich Therapie-Erfahrene sind) vertraten sehr unterschiedliche Standpunkte. Es scheint so zu sein, daß je nach Krankheitsphase und Schweregrad unterschiedlichen therapeutischen Methoden der Vorzug zu geben ist. Das Problem einer Methodenintegration – zwischen Eklektizismus und Hyper-Theorie – wurden heiß umstritten. Der Diskussionsleiter wagte die vorsichtige Hypothese, daß eine »asymptotische Annäherung« der Schulen möglich sein könnte, wenn jede der Schulrichtungen, durchaus ihre Ausgangsposition als besondere »Perspektive« beibehaltend, bereit ist, neue Erfahrungsbereiche einzubeziehen und ihr System zu erweitern – so wie beispielsweise die Verhaltenstherapie in jüngster Zeit den Bereich der Emotionen und sozialen Beziehungen stärker fokussiert. Dennoch: von der Vision einer »Allgemeinen Psychotherapie« sind wir in diesem Bereich noch weit entfernt.

Das Nachmittagsprogramm stand mehr unter dem Aspekt der praktischen Umsetzbarkeit im psychiatrischen Alltag, zunächst im stationären Setting, sodann im Rahmen der außerstationären Versorgung.

Dr. med. *Matthias Krisor* ist Arzt und Diplom-Psychologe und war als Klinikleiter seit langem ein Vorkämpfer sozialpsychiatrischer Reformen im

psychiatrischen Krankenhaus Herne, wobei er sich vom französischen Konzept der psychothérapie institutionelle inspirieren ließ. »Das Konzept der französischen psychothérapie institutionelle und das Herner Modell offener Gemeindepsychiatrie«, lautete der Titel seines Referats. Dabei geht es darum, das gesamte Klinikmilieu so zu gestalten, daß es, anstatt kontratherapeutisch zu wirken, zu einem therapeutischen Instrument wird. Schulenspezifische Konzepte spielen dabei offenkundig eine weitaus geringere Rolle.

Frau Dr. phil *Ilse Burbiel* hielt das nächste Referat: »Stationäre Psychotherapie der Psychosen im Konzept der Dynamischen Psychiatrie nach Günter Ammon«. Dieser Ansatz dürfte den Lesern dieser Zeitschrift vertraut sein. Die Autorin konnte aufzeigen, wie in der Klinik Menterschwaige in München aus *G. Ammons* Synthese psychoanalytischer und gruppendynamischer Ansätze ein geschlossenes Konzept für die stationäre Behandlung psychotischer Patienten entwickelt wurde. Beide Vorträge wurden lebhaft diskutiert, zumal sie für viele Zuhörer neu waren.

Die beiden letzten Vorträge befaßten sich mit den Möglichkeiten und Schwierigkeiten psychotherapeutischer Arbeit im außerstationären Bereich. Frau Dipl.-Psych. *Susanne Bode* stellte die Arbeit des »KommRum« (Kommunikations-Zentrum Berlin-Friedenau) vor, die aus einer eher antipsychiatrisch inspirierten Initiative engagierter Mitarbeiter entstanden ist. Die Nähe zur Lebenswelt der Patienten und die Aufhebung von Ausgrenzungen erscheinen ihr von besonderer Bedeutung und als unverzichtbare Grundlage psychotherapeutischen Arbeitens, das dort sowohl in ambulanter Psychotherapie als auch im Rahmen des Betreuten Wohnens angeboten wird.

Der letzte Referent, Dipl.-Psych. *Andreas von Wallenberg-Pachaly* ist Psychoanalytiker und Leiter einer »Freien gemeinnützigen Beratungsstelle für Psychotherapie« in Düsseldorf, der mehrere Wohngemeinschaften angeschlossen sind. In seinem Beitrag »Visionen in der Psychosentherapie: Betreutes Wohnen als therapeutische Gemeinschaft in der Gemeinde« stellte er dar, wie er in seiner Arbeit sozialpsychiatrische und psychoanalytische Behandlungsansätze zu verbinden und – in Anlehnung an *Ammon* – vor allem das Gruppenkonzept therapeutisch nutzbar zu machen sucht.

So kontrovers die unterschiedlichen Beiträge und auch die lebhaften Diskussionen verliefen – eines ist deutlich geworden: Wir wissen eigentlich genug über verschiedene Ansatzmöglichkeiten zu psychotherapeutischer Arbeit im psychiatrischen Alltag. Gefragt ist die beherztere Umsetzung dieser Konzepte! (Die Vorträge und Diskussionen sollen demnächst veröffentlicht werden unter dem Titel: »Psychotherapie der Psychosen und psychiatrischer Alltag«, hrsg. von *Martin Urban*, im Verlag Pabst Science Publishers, Lengerich.)

Martin Urban (Esslingen)

Ankündigungen / Announcements

9. Bundestagung Hilfe für das autistische Kind e.V.

Titel:	Mit Autismus leben – Kommunikation und Kooperation
Veranstalter:	Bundesverband Hilfe für das autistische Kind
Ort:	Hotel Maritim Magdeburg
Zeit:	27.2. – 1.3.1998
Information:	Bundesverband »Hilfe für das autistische Kind«, Bebelallee 141, 22297 Hamburg, Tel.: 040-5115604, Fax: 040-5110813

104. Gruppendynamische Tagung der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP)

Veranstalter:	Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.
Leitung:	Dr. med. Rolf Schmidts
Ort:	Tagungszentrum der DAP in Paestum (bei Salerno/Süditalien)
Zeit:	6. – 16. April 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

6th World Congress of the World Association for Psychosocial Rehabilitation

Title:	Challenges and Demands of Psychosocial Rehabilitation in a Changing World
Location:	Hamburg
Time:	May, 2–5, 1998
Information:	Congress Centrum Hamburg, Congress Organisation, Postfach 302480, 20308 Hamburg, Tel.: 040-35692341, Fax: 040-35692343

Ethik in der Dynamischen Psychiatrie

Veranstalter:	Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.
Ort:	Haus der Kirche, Goethestraße 26-30, 10625 Berlin
Zeit:	9. Mai 1998
Information:	Berliner Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V., Kantstraße 120/121, 10625 Berlin, Tel.: 030-3132893, Fax: 030-3136959

Legal and Ethical Aspects of Medical Experimentation

Organizer:	Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) in Cooperation with the Section of Psychiatry, Law & Ethics of the World Psychiatric Association (WPA)
Location:	Training and Research Institute of the DAP
Time:	May 10, 1998
Information:	Berlin Training and Research Institute of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V., Kantstraße 120/121, 10625 Berlin, Tel.: 030-3132698, Fax: 030-3136959;

Xth World Family Therapy Congress

Organizer:	IFTA, »The International Family Therapy Association«
Location:	Congress Center Düsseldorf
Time:	15.5. – 20.5.1998
Information:	Christine Schneider, Ohe 17, 24790 Ohe/Schülldorf, Tel. 04330-9722

5th World Congress on Innovations in Psychiatry – 1998

Location:	Westminster Central Hall London
Time:	May, 19–22, 1998
Information:	International Institute of Psychiatry, P.O.Box B 135, Huddersfield HD 1 1YG, United Kingdom, Tel.: ++44-14844-532102, Fax: ++44-1484-425699

105. Gruppendynamische Tagung der Deutschen Akademie für Psychoanalyse

Veranstalter:	Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.
Leitung:	Dipl. Psych. Maria Ammon
Ort:	Tagungszentrum der DAP in Paestum (Süditalien)
Zeit:	2. –12. Juni 1998
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

106. Gruppendynamische Tagung der Deutschen Akademie für Psychoanalyse

Veranstalter:	Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.
Leitung:	Dipl. Psych. Maria Ammon
Ort:	Tagungszentrum der DAP in Paestum (Süditalien)
Zeit:	3. – 13. August 1998
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

Meeting of WASP

Organizer:	World Association for Social Psychiatry
Location:	Vancouver
Time:	August, 17 – 21, 1998
Information:	Information Technology Assisted by Computer Scrl. Countrylaan 13, B-1932 St. Stevens Woluwe, Belgien, Tel.: 0032-2-7213232, Fax: 0032-2-7213232

13th International Congress of Group Psychotherapy

Location:	Queen Elizabeth II Conference Centre London
Time:	August, 24 – 28, 1998
Information:	Conference Associates & Services International Ltd., c/o Congress House, 4 Cavendish Square, London W1M OBX; Great Britain Tel.: 0044-171-4990900, Fax: 0044-171-6293223

***

12th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP/ XXVth International Symposium of the German Academy for Psychoanalysis (DAP) e.V. Munich

Schizophrenia and Borderline Disorder
A Challenge for Science and Society

Main topics of the congress will be:
- Borderline disease – the illness of our time?
- Comprehension and treatment of schizophrenic diseases in the context of scientific and social developments
- Etiological understanding of borderline disorders and schizophrenia as disorders of relationship and development
- Multidimensional developments in diagnostics

- Borderline disorders on a gliding spectrum of neurosis and schizophrenia
- Developments of psychotherapeutic treatment methodology in case of schizophrenia and borderline disorder
- The importance of biological aspects in the holistic comprehension of illness
- The importance of the holistic view of man in Dynamic Psychiatry for a comprehension of illness and health
- Investigation of the efficiency of psychotherapy, problems of the research in therapy processes
- The interdependence between mental health and illness and social structures
- Problems of jurisdiction and ethics
- Integration of new findings of interdisciplinary research in the fields of cultural anthropology, sociology, philosophy, pedagogics, and others, transcultural research

Organizer:	World Association for Dynamic Psychiatry WADP Inc. Bern and German Academy for Psychoanalysis (DAP) e.V.
Location:	Humboldt Universität zu Berlin
Time:	March, 17 – 21, 1999
Information:	G. v. Bülow, B. Schütz, M.D.; Training and Resarch Institute of the German Academy for Psychanalysis, Kantstraße 120/121, 10625 Berlin, Tel.: 49-30-3132698, Fax: 49-030-3136959

Impressum

Verlag, Sitz und Geschäftsstelle/Publishing House, Seat and Office:
»Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH Berlin, Kantstraße 120/121, D-10625 Berlin, Tel. (030) 3 13 28 93, Fax (089) 3 13 69 59, Amtsgericht Charlottenburg HRB 64279

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, Tel. 05 51 - 50 51 5-0, Fax 05 51 - 50 51 5 44
Umschlaggestaltung: Konturwerk, Rainald Schwarz, Jagdstraße 3, D-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, Laufzornerstraße 32, D-82031 Grünwald
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, Linprunstraße 7 D-80335 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.

edition psychosozial



Hertha Richter-Appelt (Hg.)

Verführung – Trauma – Mißbrauch (1896 - 1996)

Erscheinungstermin: Okt. 1997
ca. 220 Seiten
38,– DM, sFr 35,–, öS 277,–
ISBN 3-932133-06-4

Ausgehend von der ersten empirischen Arbeit zum Thema »Sexueller Mißbrauch«, die Freud 1896 unter dem Titel »Zur Ätiologie der Hysterie« veröffentlicht hatte und in der er die Hypothese formulierte, konversionsneurotische Symptome seien auf reale sexuelle Verführung im Kindesalter zurückzuführen (später als Verführungstheorie bekannt), wird die moderne Diskussion 100 Jahre später unter historischen und theoretischen Gesichtspunkten beleuchtet.

Insbesondere werden Aspekte der Therapie mit Erwachsenen, die in der Kindheit sexuell traumatisierenden Erfahrungen ausgesetzt waren, zur Diskussion gestellt. Dabei liegen die Schwerpunkte auf der Auseinandersetzung mit den Begriffen Trauma und Grenzüberschreitung.

PSV

Psychosozial-Verlag · Friedrichstraße 35 · 35392 Gießen
Telefon: 06 41/7 78 19 · Telefax: 06 41/7 77 42