

# Dynamische Psychiatrie

Begründet  
von  
Günter Ammon

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse

31. Jahrgang  
1./2. Heft 1998  
ISSN 0012-740 X

# Dynamic Psychiatry

Heft 168/169

*Zur Integration der Psychotherapie in die Psychiatrie*

Aus dem Inhalt:

*Rolf Schmidts, Monika Dworschak*

Grundzüge stationärer humanstruktureller Milieuthérapie

Basic Principles of Inpatient Humanstructural Milieu Therapy

*Ulrike Winkelmann*

Ambulante Milieuthérapie

Outpatient Milieuthérapie

*Ingeborg Urspruch*

Die kreativ-künstlerische Dimension in der humanstrukturellen Theatertherapie

The Creative Artistic Dimension of the Human-Structural Theatre Therapy

– with ISTA (Ego-Structure-Test by Ammon) – Investigations

»Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH Berlin

# Grundzüge stationärer humanstruktureller Milieuthérapie\*\*\*

Rolf Schmidts\*, Monika Dworschak\*\* (München)

Ausgehend von ihren historischen Wurzeln werden die Grundzüge der von Günter Ammon entwickelten stationären humanstrukturellen Milieuthérapie dargestellt. Die stationäre humanstrukturelle Milieuthérapie ist die Anwendung psychoanalytischer Verfahren in der stationären Psychothérapie, sie bezieht sich grundsätzlich auf Gruppen und nutzt gruppensdynamische Prinzipien im Hier und Jetzt. Sie arbeitet mit den gesunden Ich-Anteilen der Patienten, den kreativen Potentialitäten der Gruppe und nutzt dabei die Möglichkeit eines dritten Objektes in Form eines milieuthérapeutischen Projektes. Integrationsprozesse auf verschiedenen Ebenen des Klinikfeldes sind dabei von zentraler Bedeutung.

## Zur Geschichte der Milieuthérapie

In den Jahren zwischen 1927 und 1931 baute *Ernst Simmel* im Berliner Schloß Tegel das erste psychoanalytische Sanatorium auf, in dem er versuchte, regressive Prozesse zu nutzen und Assoziationen und Phantasien mit Hilfe einer Bädertherapie zu fördern. Er entwickelte eine Form von »begleitender Beschäftigungstherapie« als Ventil für »destruktive Strebungen« (*Simmel* 1937). In dessen direkter Tradition befindet sich seit 1936 die C.F. Menninger Memorial Klinik in Topeka/Kansas. Um die Energien der Patienten in produktivere Richtungen zu lenken, stand hinter *William Menninger's* »activity therapy« die Philosophie »activity for a purpose« (*Appelbaum et al.* 1975). *Karl Menninger* nannte die verschiedenen Aktivitätstherapien »adjunctive therapies« und bezeichnete sie als »a school of practise living« (*Karl Menninger et al.* 1962). 1959 begründete *Günter Ammon* die psychoanalytische Milieuthérapie auf den Annahmen der *Lewinschen* Feldtheorie, den Prinzipien der Gestalttheorie, der psychoanalytischen Ich-Psychologie und der allgemeinen Systemtheorie von *Bertalanffy's*. *Ammon* betont die Bedeutung der Milieuthérapie für Patienten mit schweren Störungen der Selbstregulation und Problemen der Ich-Kontrolle. Mit der stationären Behandlung soll eine »healthy responding« Umgebung für den Patienten bereitgestellt werden, in der emotionale Lernprozesse eingeleitet werden können und das Verhalten des Patienten beobachtbar und bearbeitbar wird.

1946 prägt *Main* den Begriff der »therapeutic community«, der insbesondere auch durch die Arbeiten von *Maxwell Jones* (1953) bekannt wurde.

\* Dr. med., Arzt für Psychiatrie und Neurologie, Facharzt für psychothérapeutische Medizin, Psychoanalyse, Vizepräsident der WADP, Chefarzt der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM)

\*\* Dipl.-Psych., Klinische Psychologin / Psychothérapeutin (BDP), Leitung des Bereiches Milieuthérapie der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige, 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

*Jones* benutzte den Begriff im Sinne von Soziotherapie, wobei die bewußten Interaktionen im Vordergrund standen. Er sah die sozialen Faktoren als bedeutsame Determinanten an und erblickte in seinem Ansatz ein Modell für eine bessere Gesellschaft. Demgemäß setzte er sich für Demokratisierungsprozesse in hierarchisch geführten Kliniken ein. Ein besonderes Problem sah er in der Leitung und Führung einer solchen Gemeinschaft (*Janssen* 1987). Historisch gesehen ist es wichtig festzuhalten, daß «die Konzepte der therapeutischen Gemeinschaft wesentlich dazu beitragen, institutionelle Bedingungen herauszuarbeiten, die für die Entwicklung einer therapeutischen Kultur erforderlich sind und die psychoanalytische Therapie innerhalb einer Institution ermöglichen» (*Janssen* 1987).

In modernen Ansätzen therapeutischer Milieus gelten als zentrale Grundprinzipien:

- die Beteiligung der Patienten bei Entscheidungsprozessen,
- die Einbeziehung der Verantwortlichkeit der Patienten,
- die Notwendigkeit multidisziplinärer Teams und
- der Glaube an das rehabilitative Potential der Umgebung (vgl. *Gutheil* 1985).

Außerdem gelten als Wirkfaktoren klare und bedeutsame Ziele, Orientierung an den Bedürfnissen der Patienten sowie Mitentscheidung, Mitverantwortung und Autonomie, offene Kommunikation, soziales Lernen und Leben in einer Gemeinschaft (*Heim* 1988). Ein gemeinsamer Bestandteil therapeutischer Gemeinschaften sind die »community meetings« (*Swenson, Munich* 1989).

### *Verflechtung mit anderen Therapieformen in der Klinik*

Die stationäre humanstrukturelle Milieuthherapie wird seit 1975 in den dynamisch-psychiatrischen Kliniken als grundlegendes Therapiekonzept genutzt und befindet sich seither in kontinuierlicher Weiterentwicklung und Ausdifferenzierung. Das gesamte Feld der Klinik wird verstanden als sozialenergetisches Beziehungsgeflecht, in dem durch gruppodynamisches Arbeiten im Hier und Jetzt auf den verschiedenen Ebenen der Patienten- und Mitarbeitergruppen bis hin zur Großgruppe aller Mitarbeiter und Patienten ein lebendiges Feld entsteht, das die konstruktiven Seiten der Patienten nutzbar macht und unterstützt und somit zu einer nachholenden Ich-Entwicklung beiträgt. Die Patienten übernehmen gegenseitig füreinander Hilfs-Ich-Funktionen, sowie die Mitarbeiter vorübergehend für die Patienten, bis diese ihre Ich-Funktionen nachentwickelt haben. Die Stärkung von Kontaktfähigkeit und Freundschaft sowie von Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten und Stärken, aber auch der Umgang mit den eigenen Schwächen ist zentrales Ziel der humanstrukturellen Milieuthherapie.

Die stationäre humanstrukturelle Milieuthherapie ist als temporäre Lebensgruppe konstruiert. Sie beeinflusst das Zusammenleben der Patienten, bewältigt die täglichen Aufgaben zu der die milieutherapeutische

Projektarbeit gehört sowie Realitätsaufgaben wie Ämtergänge, Besuche von Angehörigen, finanzielle Fragen. Dies wird von den Milieuthérapeuten, meist Diplompsychologen aber auch Krankenschwestern und Krankenpflegern, die einen über die Pflege hinausgehenden pädagogisch-psychotherapeutischen Horizont ihrer Tätigkeit anstreben, verantwortet, ebenso wie das gemeinsame Essen in der Klinik, Umzüge innerhalb der Klinik aufgrund gruppenspezifischer Prozesse oder Neuaufnahmen und die gemeinsame Gestaltung von Freizeit. Die stationäre humanstrukturelle Milieuthherapie ist die Verwirklichung einer »living community«; sie ist eine analytische Milieuthherapie, weil sie die unbewußten gruppenspezifischen Prozesse mitsamt ihren Reinszenierungen im Blick hat, um daraus eine Zielvorstellung für die Gruppe als ganzer und dann für jeden einzelnen Patienten zu entwickeln. Sie arbeitet deshalb mit den gesunden Ich-Anteilen der Patienten, macht die konstruktiven Persönlichkeitsanteile für die Gruppe nutzbar, stärkt Selbstwertgefühl, Selbstachtung und die Erfahrung des Anderen in der Gruppe. Sämtliche Defizienzen und Konflikte manifestieren sich nonverbal im Arbeitsprozeß selbst. Eine weitere Konzentration auf die gesunden Kräfte im Menschen bildet die extramurale Milieuthherapie, die für unsere Klinik in Paestum/Südtalien durchgeführt wird. Dort gehen die Versorgungsleistungen, die in der stationären Therapie noch weitgehend die Klinik übernimmt wie Kochen, Einkaufen, Verwaltung, gänzlich in die Verantwortung der Patienten über. Übertragungsmanifestationen werden sehr viel geringer, so daß bisher nicht bewußte Fähigkeiten den Patienten erfahrbar und für die zukünftige Lebensgestaltung nutzbar gemacht werden können. Bei der Rückkehr in die Klinik wird dahingehend gearbeitet, daß die neuerworbenen Fähigkeiten und Fertigkeiten bewahrt und entgegen erneuten pathologischen Übertragungsmanifestationen verteidigt werden können (vgl. *Fabian, Dworschak, Borusiak* 1998).

In der stationären Milieuthherapie muß dabei neben gruppenspezifischen und milieuthérapeutischen Aspekten die Intergruppenspezifika Beachtung finden zumal die vielfältigen Verflechtungen und Rivalitäten zwischen den Gruppen lähmende, aber auch progressive Tendenzen in der Gruppe wirksam werden lassen. So ist die Milieuthherapie mit den anderen milieuthérapeutischen Gruppen, den verbalen und nonverbalen Therapieformen, den Interessengruppen der Patienten, den Kontrollebenen der Mitarbeiter sowie der Großgruppe auf vielfältige Weise verknüpft. Hierbei ist es in besonderem Maße möglich, in der Gruppe ein Gemeinschaftsgefühl und Identitätsgefühl zu entwickeln bei gleichzeitiger Erfahrung anderer Gruppenkonstellationen und der Entwicklung von Interesse am Andersartigen und Toleranz. Nicht zufällig geben sich daher Milieugruppen im Unterschied zu anderen Gruppenkonstellationen eigene Namen, wie z.B. Sarazengruppe, Parzivalgruppe etc. während Therapiegruppen z.B. nach dem Leiter benannt werden, andere Gruppen nach ihren Funktionen und ihrer thematischen Zentrierung wie Großgruppe, Malgruppe, Tanzgruppe, Musikgruppe, Reitgruppe oder Entlassungsgruppe und vieles andere mehr.

Eine solche, im wesentlichen nonverbale Therapieform, wie sie in der milieuthérapeutischen Gruppe verwirklicht ist, die das Agieren in ein Ziel umdeutet, welches die gesamte Gruppe verfolgt, muß im Rahmen der Organisationsform der Klinik vernetzt sein. Sie muß sowohl mit den anderen nonverbalen Therapieformen wie Mal-, Tanz-, Musik- und Reittherapie als auch mit den verbalen gruppen- als auch einzelnanalytischen Verfahren verbunden sein, wo im Hier und Jetzt der analytischen Situation das Einst und Damals des Patienten verstehbar und einsichtig wird. Die Integration findet auf drei verschiedenen Ebenen statt:

1. In der Supervision der Milieuthérapeuten unter Leitung eines Psychoanalytikers wird das gruppensdynamische Geschehen in der Milieugruppe mit besonderer Berücksichtigung des milieuthérapeutischen Projektes kontrolliert. Ebenso findet hier auch eine Auseinandersetzung über Kontakt, Zusammenarbeit und Rivalität der Milieuthérapeutengruppe statt, als eine Form der Widerspiegelung der Dynamik der Projektgruppe.

2. Die Entwicklung des einzelnen Patienten in der Milieuthérapie wird in der Gesamtkontrollgruppe aller Mitarbeiter mit den anderen Therapeuten ausgetauscht mit besonderer Gewichtung der verbalen Therapieformen. In der Widerspiegelung wird deutlich, daß die nonverbalen Therapien immer wieder bewußt und sichtbar gemacht werden müssen, da der Platz der Milieuthérapie in der Gesamtkontrollgruppe von den verbalen Therapieformen dominiert zu werden droht.

3. Die Integration der Milieuthérapie in der Großgruppe aller Patienten und Mitarbeiter verleiht den einzelnen Projekten und damit der gesamten Milieugruppe Gültigkeit. Durch die festlichen Projektabschlüsse mit einer Vorstellung des Gruppenprozesses und der Position der einzelnen Teilnehmer der Gruppe erhält das Projekt und somit die Gruppe einen Wert und eine Bedeutung. Hierbei werden kulturelle Werte für die Klinik, gleichzeitig aber auch eine Modellkultur für die Patienten geschaffen, in der zwischenmenschliche Prozesse eine wesentliche Rolle spielen. Die Lebenskultur wird dem Patienten erfahrbar, so daß dieser einen eigenen zukünftigen Lebensstil daraus entwickeln kann. Wichtig dabei ist, daß der Milieuthérapeut sich in besonderer Weise als reale Person mit eigenen Werten und Interessen zu Verfügung stellen muß und Vorbild sein sollte im Sinne echter Menschlichkeit. Eigene leidvolle Erfahrungen und therapeutische Selbst- und Gruppenerfahrungen sind für das Verständnis der Patienten in ihrem Leid, in ihren Wünschen und Sehnsüchten eine große Unterstützung.

*Basic Principles of Inpatient Humanstructural Milieu Therapy*

Rolf Schmidts, Monika Dworschak (Munich)

In 1927, *Ernst Simmel* built up the first psychoanalytic hospital in the Berlin castle Tegel. He tried to use regressive processes and support associations and phantasies with the help of bathing therapy. *Simmel* developed a kind of »accompagning occupational therapy« as valve for »destructive tendencies of the patients« (*Simmel* 1937). In this direct tradition is the C.F. Menninger Memorial Hospital in Topeka/Kansas, which tried to lead the patients' energies in more productive directions. *William Menninger* used the philosophy of »activity for a purpose« in »activity therapies«. *Karl Menninger* called different activity therapies »adjunctive therapies« and used them as »a school of practise living« (*Karl Menninger* 1962). In 1959, *Günter Ammon* founded the humanstructural milieu therapy on the basis of *Lewin's* field theory, the principles of Gestalt theory, psychoanalytic ego psychology and of the general system theory by *von Bertalanffy*. *Ammon* emphasized the importance of milieu therapy for patients with severe disturbances of self regulation and problems of ego control. He stressed the point of a »healthy responding« environment to help emotional learning processes to take part and to observe and work with the behavior of the patients.

In 1946, *Main* introduced the expression »therapeutic community« which became wellknown by *Maxwell Jones* (1953). *Jones* used the terme in the sense of sociotherapy and emphasized conscious interactions. He saw social factors as important determants, saw in his conception a model for a better society and stood up for democratisation processes in hierarchical lead hospitals. A special problem, so *Jones*, is the leading of a therapeutic community (comp. *Janssen* 1987). In a historical sense it is of great importance that approaches of therapeutic communities helped to define institutional conditions for developing a special therapeutic culture.

Modern approaches of therapeutic milieus emphasize as basic principles the participation of patients in decision processes, to take into account the patients' responsibility, the necessity of multidimensional teams and to trust the rehabilitative potential of the environment. Actually, clear and open aims, orientation towards the patients' needs as well as participation, autonomy, an open communication and social learning are effective.

Inpatient humanstructural milieu therapy is used in dynamic psychiatric hospitals in Munich since 1975. The whole field of the hospital is seen as a social energetic field of relationships of several groups of patients and team members. To work groupdynamically in the here and now situation and to support the constructive potentialities of the patients helps to create an atmosphere in which a retrieval of ego development becomes possible. The patients help each other in the sense of helping ego functions. The strengthening of communication abilities and the ability to make friends are central aims.

Inpatient humanstructural milieu therapy is a temporary group of living together. It influences the living together of the patients, solves daily tasks like the milieu therapeutic project work as well as reality tasks. Inpatient humanstructural milieu therapy is the realization of a living community, it is an analytic milieu therapy. It notices groupdynamic processes and processes of re-staging to develop out of it targets for the group as a whole as well as for the single patient. Humanstructural milieu therapy works with the healthy parts of the patients and strengthens self-esteem and self-respect and the experience of the other person within a group. Deficiencies and conflicts are manifested nonverbally within the working process itself. Further concentration onto the healthy parts of a person is essential in extramural milieutherapeutic activities.

Besides groupdynamic and milieutherapeutic aspects it is necessary to notice intergroupdynamics between several groups. So we find a great involvement to all verbal and nonverbal methods as well as the work on team level. It is of great importance to develop a community sense and a sense of identity. A group like this which gives a new interpretation to acting out processes of the patients' has to be embedded into the whole hospital network. So it will become possible to understand in the here-and-now of the analytical/ situation the former family dynamics of the patients. Integration has to take part on three levels:

1. In the supervision of the milieu therapists the groupdynamic processes of the patients and the team group is discussed with special importance of the project work. Here you find as well reflecting phenomena of the dynamics of the patients' project group. The chair of the supervision is an experienced psychoanalyst.

2. In the controll group of the team the development of the single patient is discussed with special consideration of reflecting processes.

3. The integration into the whole hospital group gives importance to the work of the patient group as well as cultural values for the whole hospital. It becomes possible for the patient to experience a culture of living and to develop an own life style. The milieu therapist has to present himself as a real person with values and interests and represents in that sense a model of honest humanity. Own suffering and therapeutic and self experiencing processes can help to deepen the understanding of the patients' pain, their wishes and longings.

## Literatur

- Ammon, G.* (1959): Theoretical Aspects of Milieu Therapy. The Menninger School of Psychiatry. Topeka, Kansas and Pinel Publ., Berlin 1977  
 – (1994): Milieu Therapy. In: *Dyn. Psychiat.* (27) 24-30  
*Appelbaum, A.* et al. (1975): Activity Therapy in Psychiatric Treatment. Dependency versus Autonomy: The Group Conference Method Applied to an Organizational Problem. In: *Bull. Menn. Clinic.* (39) 47-66

- Fabian, U.; Dworschak, M.; Borusiak, M.* (1998): Unbewusste Gruppenprozesse im Verlauf einer Extramuralen Stationären Milieuthherapie (ESMT) - mit ISTÄ-(Ich-Struktur-Test nach Ammon) Untersuchungen. In: *Dyn. Psychiat.* (31) 46-57
- Gutheil, T.G.* (1985): The Therapeutic Milieu: Changing Themes and Theories. In: *Hospital and Community Psychiatry* 36 (12) 1279-1285
- Heim, E.* (1988): Milieuthherapie - Auf Gedeih und Verderb. In: *Bender, W.; Dencker, S.; Kulhanek, F.* (1988): Schizophrene Erkrankungen. Therapie, Therapieesistenz - eine Standortbestimmung. (Braunschweig: Vieweg)
- Hermanns, L.M.; Schultz-Vendrath, U.* (Hrsg.) (1993): Ernst Simmel: Psychoanalyse und ihre Anwendungen. Ausgewählte Schriften. (Frankfurt: Fischer Taschenbuch)
- Janssen, P. L.* (1987): Psychoanalytische Therapie in der Klinik. (Stuttgart: Ernst Klett)
- Jones, H.* (1953): The Therapeutic Community. (New York: Basic Books)
- Main, T.F.* (1946): The Hospital as a Therapeutic Institution. In: *Bull. Menn. Clinic* (10) 66-70
- Menninger, K.; Maymann, M.; Pruyser, P.W.* (1962): A Manual for Psychiatric Case Study (2nd Edition). (New York: Grune & Stratton)
- Simmel, E.* (1928): Die psychoanalytische Behandlung in der Klinik. In: *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse* (14) 352-370
- Simmel, E.* (1937): The psychoanalytic sanitarium and the psychoanalytic movement. In: *Bull. Menn. Clinic* (1) 133-143
- Swenson C.R.; Munich R.L.* (1989): Types of large-group meetings in the therapeutic community: with special emphasis on the long-term unit. In: *Psychiatry* 52 (4) 437-445

Adresse der Autoren:

Dr. med. Rolf Schmidts  
 Dipl.-Psych. Monika Dworschak  
 Dynamisch-Psychiatrische Klinik Mengerschwaige  
 Geiseltalstraße 203  
 D - 81545 München

## Ambulante Milieuthérapie\*\*

Ulrike Winkelmann (München)\*

Im ersten Teil der Arbeit beschreibt die Autorin die verschiedenen Aspekte der ambulanten humanstrukturellen Milieuthérapie. Ambulante Milieuthérapie schafft einen Lebensraum, der räumlich, zeitlich und durch das Projekt begrenzt ist. Therapie-, Arbeits- und Lebenssituation fallen zusammen. Es entsteht ein ganzheitliches Beobachtungsfeld, auf dem die unbewußte Primärgruppendynamik agiert wird. Das milieuthérapeutische Feld setzt Grenzsituationen und bietet die Möglichkeit der Entwicklung konstruktiver Humanfunktionen. Die äußere Strukturierung bildet den Rahmen, in welchem schließlich auch die innere Strukturierung des Patienten im Sinne einer nachholenden Ich- und Identitätsentwicklung möglich wird. Therapeut und Gruppe stellen sich dem Patienten zur Verfügung, bieten Schutz und emotionale Wärme und helfen dem Teilnehmer, in der realen Situation mit ihren Anforderungen zu bestehen. Am Beispiel eines Projektes, an welchem eine depressiv strukturierte Patientengruppe beteiligt war, wird anhand von Fallbeschreibungen, psychologischen Untersuchungen, Soziogrammen und täglichen Eintragungen die Anfangs-, die Mittel- und die Trennungsphase eines gruppendynamischen Prozesses beschrieben, der für alle Teilnehmer ein Zugewinn an Identität bedeutet hat.

### *Milieuthérapie als örtlich, zeitlich und durch die Aufgabe begrenzter Lebensraum*

Ambulante humanstrukturelle Milieuthérapie wird in der Regel zwei bis dreimal im Jahr zusätzlich zur Gruppenpsychotherapie angeboten. Sie findet in einem alten Bauernhof statt, den die Patienten zu einem therapeutischen Zentrum ausbauen. Die Milieuthérapie ist zeitlich begrenzt auf eine bis vier Wochen, manchmal auch auf ein Wochenende. Das Projekt muß vom Schwierigkeitsgrad und vom Umfang her so bemessen sein, daß es in diesem Zeitraum fertiggestellt werden kann. Für die Zeit des milieuthérapeutischen Aufenthalts fallen also Therapie-, Arbeits- und Lebenssituation zusammen. Der Vorteil dieses Settings besteht darin, daß die Patienten sich übertragungsfreier einlassen können und in all ihren Wirklichkeiten und Möglichkeiten gesehen werden. Diese äußeren strukturbildenden Maßnahmen – Ort, Zeit, Projekt – bilden den Rahmen, in dem letztlich eine innere Strukturierung, d.h. die Identitätsentwicklung, der Patienten möglich ist.

### *Die Bedeutung der Gruppe*

Zentrale Bedeutung hat die Gruppe. Die Dynamische Psychiatrie geht davon aus, daß der Mensch ein Gruppenwesen ist. Er wird geprägt durch seine ersten Erfahrungen in der Primärgruppe bzw. von seinem frühkindlichen Umfeld. Ist die Beziehungsdynamik in der Primärgruppe defor-

\* Oberstudienrätin, Psychoanalytikerin, Leiterin des Fachbereiches Milieuthérapie am Münchner Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP)

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

miert, d.h. destruktiv oder defizitär, kann der Mensch psychisch krank werden. Die Erfahrungen haben gezeigt, daß er auch in einer Gruppe mit konstruktiver Dynamik wieder gesund werden kann. Die Beziehungen innerhalb der Gruppe sind das eigentlich heilende Element. Aus dieser Annahme heraus sind alle Therapieformen der Dynamischen Psychiatrie in jeder Hinsicht als Gruppentherapie konzipiert. Im Mittelpunkt jeder dieser Gruppentherapien, auch der Milieuthherapie, steht das bewußte und unbewußte Gesamtbeziehungsgeflecht der Patienten untereinander und die Beziehung zum Analytiker als zentraler Figur. Alles, was sich in den Gruppen einer Milieuthherapie an Begegnungen, Auseinandersetzungen, Träumen, Phantasien und den verschiedensten Gefühlen wie z.B. Angst, Ärger, Freude, Frustration und Trauer um das Arbeitsprojekt herum ereignet, bezeichnen wir als Sozialenergie, die den Gruppen zur Verfügung steht. In diesem Austauschprozeß von sozialem Geben und Nehmen entsteht ein Beziehungsgeflecht, das wiedergutmachenden und heilenden Charakter hat.

Die abendliche Großgruppe ist die wichtigste Gruppe, da

1. in ihr der sozialenergetische Austausch in konzentrierter Form stattfindet,
2. in ihr die Auseinandersetzungen über aktuelle Beziehungs- und Arbeitsprobleme geführt werden;
3. durch diese Auseinandersetzungen der unbewußte Zusammenhang zur verinnerlichten Primärgruppendynamik hergestellt werden und
4. auf diese Weise einerseits Integration und andererseits Abgrenzung von alten und neuen Erfahrungen erfolgen kann.

### *Die zentrale Bedeutung der Aufgabe*

Jeder Teilnehmer der Milieuthherapie entscheidet sich für ein Arbeitsprojekt. So entstehen die Projektgruppen, die die Zeit gemeinsam verbringen. Die Projekte dienen dem Aufbau eines gemeinsamen Therapiezentrums, das die Patienten über mehrere Jahre immer wieder besuchen und nutzen. Die Patienten entwickeln eine intensive Beziehung zu dem Geschaffenen, an das sie in weiteren Milieutherapien immer wieder anknüpfen können und das Teil ihrer eigenen Geschichte wird. Projekte können sein z.B. Einrichtung der Gemeinschaftsküche (Herstellung von Regalen, Sanitär- und Elektroinstallationen etc.), Bau eines Geräteschuppens oder auch der Ausbau des Gemeinschaftsraumes (Verlegen von Bodenfliesen, Einziehen einer Holzdecke, Verputzen und Streichen der Wände).

Die Projektwahl sowie auch die Partnerwahl erfolgt auf unbewußter Ebene. Im Verlauf der Milieuthherapie stellt sich heraus, welchen Sinn die Projektwahl hatte. So empfindet z.B. ein Patient den Betonboden, den er mit seiner Gruppe gießt, als den Boden, den er selbst gewinnt. Ein anderer pflanzt im Rahmen eines Gartenprojektes einen Baum und drückt damit unbewußt seinen eigenen Wunsch nach Verwurzelung und Wachstum aus. Was die unbewußte Partnerwahl angeht, finden sich oft Patienten mit ähn-

lichen Dynamiken in einer Projektgruppe wieder, ohne dies vorher geplant oder gewußt zu haben. Während der Arbeit stellen sich die gemeinsamen Schwächen oder auch Stärken heraus, über die man sich gegenseitig gut verstehen, auseinandersetzen und sich helfen kann. Z.B. haben sich in unbewußter Partnerwahl in einer Projektgruppe Patienten zusammengefunden, die unter starken Schuldgefühlen litten. Diese Gruppe hatte schwere, körperlich anstrengende Arbeit zu verrichten. Im Laufe der Projektarbeit stellte sich heraus, daß die Patienten über diese Tätigkeit ihre unbewußten Schuldgefühle abarbeiten wollten. Die schwere Arbeit löste tiefliegende Aggressionen über verinnerlichte Schuldzuweisungen aus, die so in der Gruppe bewußt und bearbeitet werden konnten.

Die Patienten sind gefordert, ihr Projekt konkret zu planen und durchzuführen, d.h. Berechnungen anzustellen, Einkäufe zu tätigen, sich Fachkenntnisse zur Bewältigung der einzelnen Arbeitsschritte anzueignen und gegebenenfalls Handwerker hinzuzuziehen. Jede Projektgruppe macht sich ein Bild, einen Entwurf vom Projekt, wie es am Ende aussehen soll. Über diesen Entwurf bringt sich jedes Mitglied in die Gruppe ein. Im Ringen und Kampf um seine Verwirklichung geraten die Patienten in Grenzsituationen (s.u.). Diese bestehen oft in einer Konfrontation mit frühen Verlassenheitsgefühlen wie Angst, narzißtischer Kränkung, Wut und Verzweiflung, die eine Auseinandersetzung mit der Projektgruppe und den Analytikern auslösen. Das ist der Moment, in dem die nachholende Ich-Entwicklung beginnen kann, wenn dabei der lebensgeschichtliche Hintergrund der Patienten verstanden wird. Die Patienten können teilweise erstmalig aus ihrer vereinsamten Beziehungslosigkeit in Beziehung zu anderen treten. Hier wird nachgeholt oder zurechtgerückt, was in der Kindheit an Arbeits- und Beziehungsfähigkeit deformiert wurde. Zusammenfassend kann man sagen, daß die Aufgabe das eigentlich grenzsetzende Element der Milieuthherapie sowie auch Vehikel für Identitäts- und Strukturentwicklung ist. Auf die Gesellschaft bezogen entwickelt sich die Basis für soziales Denken und Handeln.

### *Milieuthérapie als ganzheitliches Beobachtungsfeld*

Während einer humanstrukturellen ambulanten Milieuthérapie sind die Patienten den ganzen Tag in verschiedenen Situationen in Gruppen zusammen, z.B. in der Projektgruppe, Küchengruppe, Großgruppe. Auf diese Weise wird der Einzelne beim Essen, beim Sport, auf Ausflügen, bei der Küchenarbeit, beim Arbeiten etc. wahrgenommen. Dabei werden sein körperlicher Ausdruck, seine unbewußte Ausstrahlung, Gestik und Mimik, sein Umgang mit Kontakt, sein Verhalten im Gespräch, seine Fähigkeiten oder auch Schwächen und Marotten gesehen. Verborgene Arbeits- und Beziehungsfähigkeiten, aber auch -störungen werden offensichtlich. Konstruktive Fähigkeiten werden entdeckt, gefördert und unterstützt. Besonders bei archaisch ich-kranken Patienten bewirkt diese Sichtweise,

daß jene oft erstmalig Fähigkeiten an sich schätzen lernen. So entsteht ein erster Boden an Zutrauen, von dem aus weitere Humanfunktionen erworben werden. Destruktive Anteile können in konstruktive umgewandelt und abgespaltene integriert oder ich-fremde abgegrenzt werden. In gleicher Weise entsteht durch die Reaktion der anderen Gruppenmitglieder, durch Anerkennung der neu entdeckten Fähigkeiten, durch gegenseitige Wahrnehmung ein neues sozialenergetisches Feld, das sich positiv von der früheren krankmachenden Primärgruppendynamik unterscheidet.

### *Die Milieuthherapie als Agierfeld der unbewußten Primärgruppendynamik*

In das Feld, das durch das Projekt, durch Raum und Zeit und die Gruppe begrenzt wird, agieren die Patienten im Sinne des Wiederholungszwanges hinein. Der Therapeut und die Mitpatienten bekommen auf diese Weise Kenntnis und Zugang zu der unbewußten verinnerlichten Primärgruppendynamik. Auf diese Weise werden beispielsweise Geschwisterrivalitäten, Sündenbockdynamiken, Anpassungszwänge oder Vater- und Mutterübertragungen etc. in Szene gesetzt (repeat) und die Primärgruppendynamik in ihrer defizitären, destruktiven oder auch konstruktiven Ausprägung sichtbar. Therapeut und Gruppe spiegeln und kommentieren diese unbewußte Inszenierung, so daß dem Patienten sein Agieren gefühlsmäßig zugänglich wird. Gleichzeitig ist es hier wichtig, daß Gruppe und Therapeut konstruktiv identitätsfördernd und nicht im Sinne der alten in vielen Teilen lebensverbietenden Primärgruppendynamik reagieren. Dies ist die Wiedergutmachung (repair), die letztlich einen veränderten Umgang mit Menschen und Realitäten bewirkt.

### *Milieuthherapie als Feld der Grenzsituationen und der Identitätsentwicklung*

An dem oben geschilderten Punkt der Wiedergutmachung setzt die Identitätsentwicklung an. Identitätsschritte sind nur durch das Erleben von Grenzsituationen möglich. Material, Gruppe und Projekt als Ganzes provozieren Grenzsituationen. Wie Ammon (1982) sagt, sind diese Menschen nie gefordert worden, haben nicht gelernt, Zeit einzuteilen und ihre Fähigkeiten abzuschätzen. Sie können Phantasie und Realität nicht auseinanderhalten und fühlen sich nicht imstande, Angst und Frustration durchzustehen. Schizophren reagierende Patienten sind im Doublebind gebunden und daher nicht in der Lage, irgendeine Tätigkeit überhaupt anzupacken. Wenn diese Defizite nun in der Milieuthherapie in Konfrontation geraten, beispielsweise mit den Anforderungen des Projekts, der Beschaffenheit des Materials, der Forderung nach Kontakt, nach Zusammenarbeit, den Reaktionen der Mitpatienten und des Therapeuten, dann geraten diese Menschen in Grenzsituationen, die unmittelbar archaische narzißtische Kränkungen hervorrufen, die sich in überflutender Angst und Wut äußern. Anlässe für diese Grenzsituation können auch scheinbar geringfügige Kleinigkeiten sein.

Damit die Patienten sich einer Grenzsituation aussetzen können, benötigen sie freundlich strukturierende und verständnisvoll fordernde Unterstützung von außen, d.h. der Analytiker und die Gruppe stellen im wahrsten Sinne des Wortes ihre Human-Funktionen, hier vor allem konstruktive Aggression, Frustrationstoleranz und konstruktive Angst, zur Verfügung. Sie bleiben kontinuierlich an der Seite des Patienten, bis die reale Arbeit erfolgreich beendet ist. Indem der Analytiker der massiven Angst, der scheinbaren Aussichtslosigkeit und der Destruktivität des Patienten standhält, kann dieser durch das neue Erleben einer Anforderungssituation und durch den errungenen Arbeits- und Beziehungserfolg einen ersten Schritt hin zur Identitätsentwicklung machen. Identitätsschritte schlagen sich nieder (und sind auch meßbar, vergl. ISTA) in einem Anwachsen der konstruktiven Anteile der zentralen Humanfunktionen wie Angst, Aggression, Sexualität, Frustrationstoleranz, Narzißmus, Abgrenzung etc., d.h. die psychische Struktur verändert sich. Mit fortschreitender Therapie werden Anforderungssituationen weniger bedrohlich erlebt, bis sie schließlich ohne fremde Hilfe bewältigt werden können. Die oben gemachten Ausführungen stellen den Kern der Behandlungsmethodik der Milieuthherapie dar.

### *Milieuthherapie als Direkttherapie*

Der Analytiker ist die zentrale Figur des milieuthérapeutischen Prozesses. Im Unterschied zur analytischen Gruppenpsychotherapie muß er seine therapeutische Technik bei der Milieuthherapie verändern. Er wird zum aktiven Partner der Patienten in dieser begrenzten Lebenssituation, d.h. in erster Linie beantwortet er die Aktionen und Inszenierungen der Patienten durch sein Verhalten. Er steigt als aktiver Partner in die Lebenssituation des Patienten ein, reagiert mit eigenen Erfahrungen, arbeitet mit und hilft in den verschiedensten Situationen. Ebenso setzt er Grenzen, fordert und konfrontiert. Während der Milieuthherapie kann der Analytiker als Mensch erlebt werden in alltäglichen Situationen, in vielen Facetten seiner Persönlichkeit. In der analytischen Gruppenpsychotherapie neigt der Patient oft zur Idealisierung des Analytikers. In der Milieuthherapie tritt an diese Stelle die reale Beziehungserfahrung. Erst in zweiter Linie interpretiert und deutet der Analytiker, dies vor allem in der therapeutischen Großgruppensitzung am Abend. Der Analytiker ist den ganzen Tag bei den Gruppen und erlebt die sich wiederholenden Dynamiken der Patienten. Ihm muß altes und neues Verhalten und die sich wiederholende Primärgruppensituation jedes Patienten stets präsent sein, damit er in kritischen Situationen von Auseinandersetzungen und in Grenzsituationen angemessen reagieren kann, z.B. unterstützend, erklärend, in Beziehung setzend, abgrenzend usw. Als zentrale Figur gibt er damit Sicherheit und sorgt dafür, daß jeder Patient seinen Platz bei ihm findet, d.h. er darf sich die Menschen nicht vom Leibe halten. Der Analytiker muß bei der Therapie

archaisch ich-kranker Patienten im Unterschied zur Neurosen-therapie gefühlsmäßig direkt spürbar sein. Bei der Neurosen-therapie wäre dies ein Verstoß gegen die geforderte abstinente Haltung des Analytikers. Bei der analytischen Milieuthherapie dagegen geht es für den Patienten darum, die früher fehlende Beziehung unmittelbar erleben und allmählich verinnerlichen zu können. Der Analytiker muß sich jedoch während dieses Beziehungsgeschehens immer seiner Gegenübertragung bewußt sein. Auch die Mitpatienten übernehmen teilweise therapeutische Funktionen. Je fortgeschrittener die Patienten sind, um so differenziertere Kenntnisse haben sie gewonnen von den Stärken und Schwächen ihrer Mitpatienten, die sie in die Auseinandersetzung hineinbringen.

### *Milieuthherapie als Entwicklungsfeld konstruktiver Aggression*

Die Dynamische Psychiatrie versteht das Eroberungsverhalten des Kindes – Anfassen, Greifen, Betasten – und das Erforschen der Umwelt als Äußerungen konstruktiver Aggression. Sie ist ein von Geburt an vorhandenes Bedürfnis des Menschen. Sie ist im Sinne des ursprünglichen *ad gredi* als treibende Kraft eines lebenslangen Entwicklungsprozesses zu verstehen. Beim erwachsenen Menschen zeigt sich dies in seinen Fähigkeiten, seine Lebensbedingungen aktiv und neugierig zu gestalten, eigene Standpunkte und Ziele zu entwickeln, wissenschaftliche Erkenntnisse zu erarbeiten, Gefühle, Meinungen und Bedürfnisse, auch Autoritäten gegenüber zu vertreten und sich Lebensgruppen aufzubauen. Konstruktive Aggression ist somit Voraussetzung für die Lern- und Entwicklungsfähigkeit des Menschen. Im Zusammenspiel mit den anderen Humanfunktionen hat die konstruktive Aggression die besondere Aufgabe, jene zu dynamisieren und zu strukturieren. Zum Beispiel strukturiert die konstruktive Aggression die Angst, befähigt also den Menschen, Angst- und Konfliktsituationen zu meistern und dynamisiert z.B. die Sexualität, d.h. der Mensch setzt sich aktiv dafür ein, Kontakte und Beziehungen zu erlangen, zur Erfüllung der eigenen Bedürfnisse. Mit dieser Neuformulierung des Aggressionskonzeptes löst sich *Ammon* von der *Freudschen* Annahme einer angeborenen destruktiven Aggression im Sinne einer zerstörerischen Kraft und im Sinne des heutigen landläufigen Verständnisses. Diese entsteht seiner Meinung nach erst lebensgeschichtlich durch destruktive Gruppendynamiken, meistens in der Primärgruppe des Menschen. Wenn der Eroberungs- und Aktivitätsdrang des Kindes, der mit dem Greifen und Einverleiben beginnt, massiv und dauerhaft gestört wird, kommt es zu Verformungen der konstruktiven Aggression in destruktiver und/oder defizitärer Weise. »Destruktive Aggression wird verstanden als Ausdruck der verinnerlichten elterlichen Feindseligkeit und Gewalt, welche die Lebens- und Identitätsbedürfnisse des Kindes behindert und zurückschlägt (*Ammon* 1970). Die Folge im Erwachsenenleben ist ständiger Kontaktabbruch, das Aufgeben von Aufgaben und Zielen, wenig

Aggressionsregulierung und häufiges Ausagieren in schweren psychosomatischen Erkrankungen. Die defizitären Verformungen reichen je nach gruppensystemischem Einfluß von der Unfähigkeit, eigene Interessen zu vertreten, schwerem Beziehungsrückzug, innerer Leere und Angepaßtheit bis hin zu ständigen Schuldgefühlen und Lebensverbot. Sowohl destruktive wie auch defizitäre Aggression kommen in Mischformen vor, je nach Ausformung und Erscheinungsbild der Primärgruppensystemik. Bei der Behandlung von Aggressions- und somit von Beziehungsstörungen ist keine Methode so gut geeignet wie die Milieuthherapie. Daher ist sie sowohl grundlegende Therapieform in der stationären Behandlung der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaike, als auch unentbehrliche Begleit- und Ergänzungstherapie zur ambulanten Gruppenpsychotherapie.

### *Der gruppensystemische Prozeß der Pferdekoppelgruppe*

Im folgenden Abschnitt wird der gruppensystemische Prozeß der ambulanten milieutherapeutischen Pferdekoppelgruppe beschrieben. Die Projektgruppe bestand aus sieben Personen, zwei Männern und fünf Frauen im Alter von 30 bis 58 Jahren, mit verschiedenen Berufen und mit den unterschiedlichsten Arbeits- und Beziehungsschwierigkeiten. Ihre Aufgabe war es, einen Koppelzaun in Stand zu setzen und eine Pergola an der Seite des Pferdestalls zu bauen.

### *Spezielle Voraussetzungen der Koppelgruppe*

Die Dynamik der Gruppe war von verschiedenen grundlegenden Voraussetzungen gekennzeichnet:

1. Die Gruppe war depressiv strukturiert, die Krankheitsbilder reichten von neurotischer bis zu narzißtischer Depression; zwei der Teilnehmer waren psychotisch strukturiert. Verbunden damit waren starke Aggressionsdefizite, Kontakt- und Beziehungsängste, Angst vor Überforderung auch bei geringen Anforderungen und die Angst davor, daß diese Ängste die fragile Ich-Struktur überschwemmen und auflösen könnten.

2. Aufgrund der Schonungs- und Unterforderungsdynamik in der Primärgruppe wirkten die meisten Teilnehmer wenig belastbar und widerstandsfähig.

3. Der Kampf gegen die äußeren Unbilden wie Kälte, Wind und Regen war für die Gruppe eine große Herausforderung.

4. Die Gruppe hatte einen depressiven Projektleiter, der Schwierigkeiten hatte, Kontakt aufzunehmen, Entscheidungen zu treffen und sich Überblick zu verschaffen.

5. Wie aus den Interviewfragebögen hervorgeht, hatten die Gruppenmitglieder unbewußt ähnliche Motive, dieses spezielle Projekt zu wählen:

a) Wichtig war ihnen, daß sie nicht »in engen Räumen« arbeiten wollten. Sie hätten dann das Gefühl, nie wegzukommen, vor allem wenn es Krach in der Gruppe gäbe.

b) Die Mehrzahl der Gruppenmitglieder hatte dieses Projekt wegen der Einfachheit der Aufgabenstellung gewählt, weil dies ihre Angst vor Überforderung und Versagen minderte.

c) Ein weiterer Grund war auch die Liebe zu den Pferden, mit diesen ängstlichen Fluchttieren identifizierten sich die meisten der Teilnehmer.

6. Der schadhafte, neu aufzubauende Koppelzaun repräsentierte die fragilen Ich- und Gruppengrenzen.

### *Die Arbeit am Projekt*

#### Anfangsphase

Die Gruppenmitglieder stürzten sich mit Elan und Schwung in die Arbeit. Man begann mit dem Abbau sämtlicher Bretter und Deckpfosten sowie dem Versetzen und Erneuern der Pfähle, was scheinbar keine größere Planung verlangte. Die Arbeit schritt rasch voran, jeder beteiligte sich an allen Tätigkeiten. Aus Angst vor dem Kontakt zu den Gruppenmitgliedern und gleichzeitig aus Angst, nicht in die Gruppe hineinzukommen und dazuzugehören, schwangen alle übereifrig den großen Vorschlaghammer. Sie versuchten sich in den verschiedensten Techniken, entwickelten großen Ehrgeiz, und hatten Spaß, den Pfosten in dem sumpfigen Gelände Standfestigkeit zu verleihen. Frau J.: »Beim gemeinsamen Pfähleeinhauen kam richtig Spaß auf. Jeder kam mal dran – nicht nur die starken Männer«. \* Mit dem schnellen, schwungvollen Arbeitsanfang war verbunden, daß die Gruppe aus Angst, in eine Überforderungssituation zu geraten, gerade diese unbewußt wieder herstellte. Anstatt die noch brauchbaren Bretter und Deckbalken an den Stellen liegenzulassen, wo sie später wieder verwendet werden sollten, schichtete man sie in vermeintlichem Ordnungs- und Strukturbestreben auf Haufen. Als sie später wieder an den Pfosten befestigt werden sollten, entstand große Unsicherheit, ob sie überhaupt noch ausreichen, und an welcher Stelle von der Länge her passen würden. Viele überflüssige Arbeitsgänge wurden nötig, zahlreiche wirre Überlegungen angestellt; Chaos und Angst machten sich breit. Frau B. wollte unbedingt zusätzliche Bretter nachkaufen, Frau A. hingegen schlug vor, die vorhandenen Planken der Länge nach durchzusägen. Der Projektleiter äußerte sich nicht zu dem Problem, sowie auch kein Gruppenmitglied dafür sorgte, daß eine gemeinsame Lösung gefunden wurde. Nach drei Tagen der Angst und Sorge ergriffen Frau B. und Frau H. die Initiative. Sie schleppten die Bretter hin und her, paßten sie an und stellten am Ende eines mühevollen Tages erleichtert fest, daß die Bretter und Deckpfosten gerade so reichen würden.

\* Alle Zitate von Patienten stammen aus Projektstagebüchern, die im Sommer 1995 im Rahmen einer Feldstudie an sechs Projektgruppen während einer ambulanten psychotherapeutischen Milieuthherapie geführt wurden. In die Projektstagebücher trugen die Patienten täglich ihre Eindrücke ein.

Dies zeigt ein wichtiges Phänomen in der Koppelgruppe: Überforderung durch die Realitäten, die damit einhergehenden Ängste und den defizitären Umgang mit Aggressionen. Folgende Ängste waren vorrangig, auch wenn sie meistens nicht bewußt, kaum gespürt und oft nicht geäußert wurden: Einerseits fürchtete man, daß das Aussprechen eigener Gefühle, Meinungen oder Standpunkte von der Gruppe nicht angenommen, sondern vielmehr die Gruppe in ihrem Bestehen in Frage stellen würde. Genauso versetzten früher konstruktive, lebendige, aggressive Äußerungen des Kindes die Familiengruppe in Panik und drohten sie zu sprengen. Zum anderen fürchtete man, den realen Arbeitsanforderungen nicht entsprechen zu können und an einer Überforderungssituation zu scheitern. Dies resultiert aus einem Defizit an praktischen und emotionalen Erfahrungen. In seiner Primärgruppe durfte das Kind nicht lernen, daß es einer realen Anforderung gewachsen sein kann. Ein eigener konstruktiver Handlungsschritt wurde als Wagnis erlebt, war oftmals verboten oder wurde als falsch oder ungenügend zurückgewiesen. In den Kindheitsfamilien dieser Menschen war die Beziehungsdynamik gestört worden durch ein falsches Verhältnis von Förderung, Forderung und Zuwendung. Die kontaktarme, emotional überforderte Mutter (bzw. die primären Bezugspersonen) gestattete die Lebendigkeit des Kindes nicht. Diese durfte nur soweit gehen, wie die Mutter sich nicht bedroht fühlte. Das Kind wurde von gemeinsamen Aktivitäten ferngehalten, ein Erforschen seiner Welt wurde zurückgeschlagen. Die starke Ambivalenz im Verhalten der Mutter – scheinbar freundliches Annehmen und darunterliegendes rivalistisches Zunichtemachen der Lebensäußerungen und Bedürfnisse des Kindes – führte dazu, daß es nicht das Gefühl hatte, einen sicheren Platz in der Familie zu haben oder ständig versuchen mußte, sich diesen durch Anpassung und Leistung zu sichern. Kurz gesagt, hatte das Kind für die Mutter da zu sein und durfte kein Leben im eigenen Recht führen. Diese feindselige Beziehungsdynamik wird als Schuldhaftigkeit und Nichtgenügen verinnerlicht und äußert sich später in permanenten Selbstvorwürfen. Die kindliche Selbstentfaltung und die gesunde konstruktive Aggression, das *adgredi*, wurden dem Kind auf diese Weise »abgewöhnt«. Dies führt zu einer Stagnation der Identitätsentwicklung. Die Humanfunktionen der Aggression, der Kreativität, der Ich-Autonomie und insgesamt der Identität bleiben defizitär. Die Humanfunktion der Angst entwickelt sich destruktiv im Sinne einer Vernichtungsangst; sie wird gespürt als überflutende Angst und wirkt beziehungs- und handlungsverbietend. Die Depression zeigt sich als initiative Lähmung in Interesselosigkeit, Kontakt- und Motivationslosigkeit oder wird durch hektische Getriebenheit abgewehrt.

Jede Äußerung der Projektgruppenmitglieder innerhalb der Gruppe kann somit schon als konstruktiver Schritt aus der Depression verstanden werden. Das Wagnis, eigene Meinungen zu äußern und darüber in Kontakt zu treten, beinhaltet zwar die Gefahr, wie früher zurückgestoßen zu werden, aber ebenso die Chance, im Sinne der Wiedergutmachung zu erle-

ben, daß die eigenen Gefühle akzeptiert werden. Eine Auseinandersetzung muß so nicht als vernichtend, sondern kann als kontaktstiftend erlebt werden. Sind die vorgenannten Ängste zu groß, und werden Identitätsschritte als zu bedrohlich und nicht zu bewältigend erlebt, kommt es häufig zu psychosomatischen Reaktionen, sozusagen als innerer psychischer Reparationsversuch. Gelingt auch das nicht, auf dem passiven und selbstzerstörerischen Weg der psychosomatischen Äußerung Zuwendung zu erfahren, überfluten große Ängste den Menschen. Dies kann bis zur psychotischen Reaktion führen. Gleich zu Anfang bei der schweren Arbeit, die alten Pfähle einzuschlagen oder zu entfernen, zogen sich zwei Gruppenmitglieder eine Sehnenscheidenentzündung am Handgelenk zu, die sie während der ganzen Milieuthherapie beeinträchtigte.

Eine dieser Patientinnen war Frau J., die das erste Mal überhaupt dabei war und befürchten mußte, psychotisch zu reagieren.

Frau J., mit 30 Jahren das jüngste Mitglied der Projektgruppe, hat gerade nach langen Unterbrechungen durch verschiedene Klinikaufenthalte ihre Ausbildung zur Künstlerin abgeschlossen. Ihre psychiatrische Diagnose lautet manisch-depressiv, sie bekommt derzeit noch Medikamente. Körperlich wirkt sie zart, um nicht zu sagen durchscheinend und schonungsbedürftig. Ihre Eltern hatten sie schon sehr früh in ihrem beruflichen Werdegang festgelegt und keinen Spielraum für eine eigene Lebensgestaltung gelassen. Ob Frau J. die Milieuthherapie überhaupt durchstehen würde, war anfangs fraglich.

Der Therapeutin war von Anfang an bewußt, wie gefährdet Frau J. war. In den ersten Tagen spürte sie die horrende Angst der Patientin. Sie unterstützte sie in der Großgruppe dahingehend, daß sie ihre Gefühle ausdrücken konnte und in ihnen ernst genommen wurde. In den nächsten Tagen achtete sie besonders stark auf Frau J., kümmerte sich darum, daß sie regenfest und warm genug gekleidet war, schaute öfter nach ihr, unterhielt sich mit ihr und munterte sie insgesamt auf, sich aktiv an der Arbeit der Gruppe zu beteiligen. Sie versuchte so, einen Mittelweg zu finden zwischen isolierender Verwöhnung und Überforderung. Sie übernahm die der Patientin noch fehlende Ich-Regulation zwischen Manie und ängstlicher Depression. In ihrem Elternhaus war Frau J. vordergründig verwöhnt worden, im eigentlichen aber verlassen. So hat sie es bis heute nicht gelernt, das reale Maß an Anforderungen einzuschätzen. Seit Jahren leidet sie unter starken Verspannungen im Hals-Schulter-Bereich. Die Sehnenscheidenentzündung kann als Fortsetzung dieses somatischen Ausagierens verstanden werden. Frau J. konnte ihre starken Ängste vor Überforderung und den dringenden Wunsch nach Schutz- und Schonraum nur durch ihre Verletzung ausdrücken und mußte somit nicht psychotisch reagieren.

Einen Tag später zieht sich Frau R. ebenfalls eine Sehnenscheidenentzündung zu.

Die älteste in der Projektgruppe ist eine 58jährige zwanghafte Frau mit starker Psychosomatik. Ihre tiefsitzende Wut, Angst und Eifersucht spürt sie nicht. Auch ihre Körpergrenzen nimmt sie wenig wahr, reagiert stattdessen mit wechselnden körperlichen Beschwerden. Ursprünglich war Frau R. kaufmännische Angestellte, heute arbeitet sie als private Pflegerin.

Vor dem Hintergrund einer kalten und lieblosen Primärgruppensdynamik fordert Frau R. laufend Zuwendung und Aufmerksamkeit bei einer gleichzeitig bis ins Körperliche gehende, andere ablehnenden Ausstrahlung. Sie leidet permanent unter archaischen Eifersuchtsgefühlen mit den damit einhergehenden Verlassenheitsängsten, die im Handumdrehen aktualisiert werden, wenn andere Zuwendung erhalten. Ihre Verletzung kann so als Reaktion auf die freundliche Behandlung, die Frau J. erfahren hat, verstanden werden. Frau R.s beleidigt anspruchliche Haltung verhinderte, daß sie in freundlicher Weise in den Mittelpunkt geriet. Durch ihr hartnäckiges Nichtwahrnehmen der dennoch zum Teil freundlichen Kontaktangebote der Gruppe stellte sie her, daß sie die Projektgruppe so lieblos wie ihre Familie erlebte. Diesen Teufelskreis galt es während der Milieuthherapie sowohl von der Projektgruppe, als auch von der Großgruppe immer wieder zu durchbrechen.

Beide Patientinnen hatten in der Anfangsphase eine wichtige Funktion für die Projektgruppe. Auf dem Hintergrund der geschilderten Primärgruppensdynamik agierten beide die oben genannten Ängste der Überforderung, vor Platz- und Kontaktverlust sowie vor Passivität somatisch aus. Auf destruktivem Wege drückte Frau R. darüberhinaus die große Eifersucht und Rivalität der Gruppenmitglieder um Zuwendung und Aufmerksamkeit aus.

### Wetter und Materialschlacht

Die Methode der Wahl bei der Behandlung von schwerer depressiv Erkrankten beschreibt *Ammon* folgendermaßen: »Therapeutisch ist hierbei wichtig, Kontakt mit Leistungsanforderungen zu verbinden und bei der Anwendung der Milieuthherapie... ein antidepressives Programm, wie ich es hier einmal nennen will, zu entwerfen. Hiermit ist gemeint, daß die Leistungsanforderungen an diese Kranken die feindseligen Selbstvorwürfe der Patienten in ihrer Stärke und Härte übertreffen müssen.« (*Ammon* 1982, Handbuch 2, Seite 707). Im Falle dieser Projektgruppe waren es für einige das schlechte Wetter und das Material, die noch feindseliger erlebt wurden als die verinnerlichte Primärgruppensdynamik. Frau A. empfand die Arbeit im Regen als Zumutung.

Frau A. ist eine blonde, aktive, knabenhafte Frau von 40 Jahren, die sich offen äußert. Seit ihrem 17. Lebensjahr wurde sie mit der Diagnose paranoide Psychose häufig stationär behandelt. Nach zwei intensiven Aufenthalten in der Dynamisch Psychiatrischen Klinik Mengerschwaipe und einigen Jahren Gruppentherapie sowie der Teilnahme an zahlreichen Milieuthapien hat sie inzwischen ihr Leben in die eigenen Hände genommen. Sie studiert Betriebswirtschaft, finanziert ihr Studium selbst und hat einen Freundeskreis. Sie kann demnächst ihre Gruppentherapie abschließen. Die Teilnahme an Milieuthapien war für die Gesundung von Frau A. sehr ausschlaggebend. Sie besaß kaum eine Möglichkeit zur realen Lebensbewältigung, jegliche Art von Arbeit empfand sie als Qual. Ihre Beziehungsfähigkeit war sehr gestört. Heute nimmt sie mit großer Freude an Milieuthapien teil und hat Spaß, mit anderen tätig zu sein. Schwierig bleibt es für sie noch, sich auf eine Partnerschaft einzulassen.

Frau A. erlebte es als »Wahnsinn«, jetzt draußen bei der Kälte zu arbeiten. Sie schimpfte über das kalte Regenwetter, wollte sich zunächst lieber schonen und wünschte sich einen heißen Kakao von der Therapeutin. Früher war sie von der von früh bis spät schuftenden Mutter vermeintlich zur Schonung fern von Aktivitäten und Kontakten im Haus gehalten worden. Dort mußte sie alleingelassen putzen und Hausaufgaben machen, wobei sie nie die Anforderungen der Mutter erfüllen konnte. Sie galt als schwach und kränklich, jede Unmutsäußerung führte dazu, daß ihr die Arbeit aus der Hand genommen wurde. Auch als Erwachsene hatte sie sich in jeder Hinsicht von Widrigkeiten und auch Witterungsumständen von allen Aktivitäten abhalten lassen. Sie hatte, wie es generell bei depressiven Persönlichkeitsstörungen der Fall ist, das Haus kaum verlassen. Jetzt verlief die Auseinandersetzung anders. Die Therapeutin reagierte nicht wie erwartet. Sie akzeptierte Frau A.'s Ärger, es erfolgten keine Sanktionen, im Gegenteil, es entwickelte sich eine entspannte Unterhaltung, an der sich auch andere Gruppenmitglieder beteiligten. Nach dieser Situation spürte Frau A. erstmals den Ärger über die feindliche Schonung durch die Eltern. In der folgenden Zeit konnte Frau A. im Freien sein, bei der Gruppe sein, naß und trocken werden wie alle anderen, was sie mit Stolz und Freude erfüllte.

Wurde Frau A. als Kind vermeintlich geschont, erfuhr Frau B. offensichtliche Vernachlässigung.

Frau B. ist eine 32jährige hübsche und südländisch wirkende Frau; sie wirkt stabil, ist aber innerlich unsicher und ängstlich. Einerseits erscheint sie sehr vernünftig, andererseits wieder sehr kindlich. Von Beruf ist sie Sozialpädagogin und arbeitet als Vormund für unbegleitete Flüchtlingskinder, sie ist aber selbst eher ein unbegleitetes Kind. Sie besitzt viele konstruktive Fähigkeiten, auch praktischer Natur, hinter denen sich eine Borderline-Depression verbirgt. Sie kam mit dem Gefühl der Freude auf eine »lebendige Zeit mit vielen Menschen« und der Befürchtung »in ihren Aggressionen zu klemmen« zur Milieuthherapie.

Als Kind sollte Frau B. schon immer selbst wissen, was anzuziehen sei und zum Wetter passe. In solchen Dingen war sie sich immer selbst überlassen. So ließ sich Frau B. bei der Projektarbeit zunächst tagelang schicksalsergeben durchnässen. Jeden Morgen zog sie die noch nasse Kleidung vom Vortag wieder an. Erst durch Frau A.s tägliches Nörgeln und Schimpfen über die klammen Kleidungsstücke begann Frau B. sich über die frühere Vernachlässigung zu ärgern und innerlich zu rebellieren. Daraufhin besorgte sie sich trockene Kleider, was ihr bis dahin nicht in den Sinn gekommen war.

Mit dem Material ging es den Gruppenmitgliedern ähnlich wie mit dem Wetter. Die verschiedenen Materialien Nägel, Holz, Plexiglas und Metall provozierten einen Kampf gegen die eigenen Ohnmachts- und Minderwertigkeitsgefühle. Nachdem z.B. zunächst haufenweise die dicken, 12 cm langen Nägel krumm geschlagen worden waren, errang jedes Arbeitsgrüppchen seine eigene Methode, die Nägel senkrecht in die Seitenbretter einzuschlagen. Das schlechte Wetter und das Material setzte so die ersten

Aggressionen frei. Dies bewirkte ein schrittweises Heraustreten aus der alten verbotenden Welt. Ein erstes Äußern von eigenen Gefühlen, ein Standpunktbeziehen und Sich-Abgrenzen-Können wurde so erreicht. Dieses konstruktive Sich-Abgrenzen gelang Frau R. und Frau J. noch nicht. Bei diesen beiden Patientinnen richtete sich die Aggression gegen den eigenen Körper. Dennoch haben auch sie eine gewisse Abgrenzung erreicht und zwar gegen die sie bedrohende Überflutung ihrer inneren Ängste.

### Mittelphase

Die konkreten Arbeiten in der mittleren Phase des Projekts waren, den Koppelzaun zu schließen und zu streichen sowie die Pergola zu bauen. Über die Zusammenarbeit in wechselnden Zweier- und Dreiergruppchen arbeiteten sich die Projektteilnehmer vom Detail zum Ganzen. Als sich durch die Bewältigung der ersten Arbeitsschritte und freundliche Kontakte eine gewisse Sicherheit entwickelt hatte, fanden vermehrt kleinere konstruktive Auseinandersetzungen statt. Nach außen hin verliefen diese zwar nicht dramatisch, waren jedoch jedesmal ein Schritt aus der verinnerlichten, feindseligen Primärgruppendynamik heraus.

Nachdem der Projektleiter z.B. einen halben Tag lang alleine vergeblich versucht hatte, Pfähle einzuschlagen, deren Enden ständig zersplitterten, verlangte er schließlich Hilfe von Frau R. Gemeinsam hatten sie dann die gute Idee, die Pfosten oben fest mit Kordel zu umwickeln. Ebenso forderte Frau A. nach tagelanger Hilfsarbeitertätigkeit, daß ihre Arbeitspartnerin, Frau H. ihr endlich etwas zutrauen sollte. Zitat Frau A.: »Ich habe mich mit Frau H. gestritten, weil sie mich immer bevormundet und mir nichts zutraut, danach haben wir gut gearbeitet.« Frau A. fühlte sich danach »entspannter, keine Rückenschmerzen, tatkräftiger«.

Alle arbeiteten fleißig und unermüdlich. Innerhalb der Kleingruppen haben sich die Teilnehmer viel geholfen, sich gegenseitig gestützt und voneinander gelernt. Die positiven, gemeinsamen Erfahrungen, voneinander etwas fordern zu können, Hilfe zu erhalten und bei Frustrationen nicht aufgeben zu müssen, wirkten wiedergutmachend im Sinn des »repeat and repair«. Zitat Frau H.: »Die Zusammenarbeit mit Herrn M. hat mir gefallen – er hat mich auch gefragt, ob ich mit ihm arbeiten will. Ich will irgendwann mit der Motorsäge schneiden – Herr M. hat mir gut gezeigt, wie man sie saubermacht, ein erster Schritt (zu Hause fand es niemand nötig, mir trotz vieler vorhandener Geräte etwas beizubringen...)«

Frau H. ist eine 37jährige Ingenieurin mit hübschem, aber oft verhärmtten Gesicht. In ihrer Familie (protestantisch oberpfälzische Bauern) bestand der höchste Wert darin, den ganzen Tag fleißig zu sein. Persönliche Bedürfnisse wurden nicht beachtet und zum Teil brutal unterdrückt. Frau H. hat eine Borderlinestruktur. Hinter einer funktionierenden Arbeitsfassade verbergen sich in Form einer Depression die Defizite in den zentralen Ich-Funktionen, vor allen Dingen der Aggressivität, Sexualität und Identität.

Die Gruppenteilnehmer stellten sich gegenseitig ihre konstruktiven Humanfunktionen zur Verfügung. Anstelle der früheren feindseligen Leere zwischen Unterforderung und Überforderung konnte sich jetzt auf dem Hintergrund eines sozialenergetischen Beziehungsgeflechts ein Stück Human-Struktur entwickeln.

Mit der Fertigstellung des Koppelzaunes am siebten Tag konnte sich so parallel dazu auch die Gruppe schließen. Aus den Zweier- und Dreiergrüppchen war eine Gesamtgruppe geworden, die ihre Grenzen gefunden hatte. Man schaute mehr aufeinander, fühlte sich zusammengehörig, half einander aus und wechselte sich bei den verschiedenen Tätigkeiten ab. Zitat Frau R.: »Ich habe alle sehr freundlich und nett erlebt, gute Zusammenarbeit war ein besonderes Erlebnis, es ging Hand in Hand und es gab auch keine spürbare Eifersucht. Wir haben die letzten 1 1/2 Stunden zu fünf zusammengearbeitet und jeder hat dem anderen zugearbeitet – mit viel Spaß.« Die Gruppe war nun auch außerhalb der Arbeitszeit zusammen, beim gemeinsamen Essen und Schwimmengehen und bei den Ausflügen.

### Der Projektleiter

Der Projektleiter, Herr V., fürchtete zu Beginn der Milieuthherapie »rauszufallen und (innerlich) wegzudriften«. Er kam mit den Gefühlen der »verheerenden Angst vor Ablehnung, allein zu sein« zur Milieuthherapie. Im Verlauf der 14 Tage wirkte er seltsam zurückgezogen und ungreifbar. Er war ohne große Diskussion aus der Gruppe heraus bestimmt worden. In ihrer Angst vor Überforderung erschien den Gruppenmitgliedern ein Projektleiter, der selbst depressiv strukturiert war und wenig Forderungen stellte, als nicht so bedrohlich. Nur in dieser Konstellation konnte auch er sich die Projektleitung zutrauen.

Im Projektbuch beschreibt er selbst: »Es gelingt mir nur selten zu entscheiden, welche Arbeiten wann und wie gemacht werden sollen. Es fällt mir schwer zu delegieren und den Überblick zu behalten und rechtzeitig für Arbeit vorzusorgen«.

Herr V. ist ein 34-jähriger, vielseitig begabter Diplom-Chemiker mit blasser Gesichtsfarbe und unsportlicher Körperhaltung. Seine Bewegungen sind zögernd, zauderlich und umständlich. Seine Diagnose bei Beginn der Therapie lautete Zwangsstruktur und narzißtische Depression. Auf den ersten Blick wirkt er vertrauenserweckend und gutmütig, gleichzeitig aber auch unzufrieden und mürrisch, wie ein älterer Junggeselle.

Wenn Auseinandersetzungen über die Arbeit stattfinden sollten, z.B. schon bei den Morgenbesprechungen, wiegelt Herr V. jegliche Diskussion zu Beziehungs- und Sachklärungen ab. Die konstruktive Aggression der anderen unterließ er und blieb der Gruppe so ein Rätsel. Auf seine Defizite reagierten die Gruppenmitglieder, indem sie diese unbewußt ausglich und ersetzten, während Herr V. zum Gruppenmitglied wurde. Stillschweigend übernahmen einzelne Gruppenteilnehmer, je nach ihren Fähigkeiten,

abwechselnd die Leitung. Dies erklärt, daß die Gruppe sich, obwohl Herr V. als Projektleiter ausfiel, dennoch schließen konnte.

In den Soziogrammen zeigte sich, daß alle einen Groll auf den Rückzug des Projektleiters hatten. Er bekam zahlreiche Aufforderungspfeile, die er jedoch ignorierte. Erst nach der Milieuthherapie, in seiner Therapiegruppe, klärte sich, warum Herr V. sich so verhalten hatte. In der vorletzten Milieuthherapie hatte er sich in eine Mitpatientin verliebt und war von ihr schroff zurückgewiesen worden. Nun wollte er unter allen Umständen vermeiden, daß seine Gefühle der Wut, Enttäuschung und Kränkung über diese tiefe Ablehnung in der Öffentlichkeit der Großgruppe bekannt würden. Im Laufe seiner Gruppentherapie hatte er sich wiederholt in Mitpatientinnen unglücklich verliebt. Diese Ablehnung hatte ihn jedes Mal in die tiefste Finsternis der unartikulierbaren Verzweiflung gestürzt und er blieb über lange Monate schweigend und unerreichbar. Nach dieser Milieuthherapie konnte er in seiner Therapiegruppe erstmalig seine Wut und Verzweiflung äußern. Ein zentrales Lebensproblem von Herrn V. wurde endlich offen und damit der allmählichen Veränderung zugänglich.

### Trennungsphase

Nachdem der Koppelzaun fertiggestellt, d.h. die Gruppengrenzen geschlossen waren, wurden in der zweiten Woche die Arbeiten, angesichts der näher rückenden Trennung scheinbar spielerisch und entspannt in endloser Ruhe und Gelassenheit ausgeführt. So versanken die Gruppenteilnehmer in einem Zustand idyllischer Endlosigkeit, bei Sonnenschein, erotischem Geplänkel und freundschaftlichen Gesprächen. In der Wiederholung der Kindheitssituation, der grenzenlosen Symbiose, gab es keine realen Grenzen, keinen Anfang und kein Ende. Parallel dazu geriet ganz in Vergessenheit, was noch alles zu tun war. Dies war konkreter Ausdruck der unbewußten Trennungsvermeidung. Auch die daraus entstehende Hektik bei der Erledigung der restlichen Arbeiten am letzten Tag ist als weitere Abwehr der Trennung zu verstehen. Gefühle wie Wut, Trauer, Verlassenheit und Angst vor dem Alltag, aber auch Freude am Erfolg und Zukunftsperspektiven wurden damit überdeckt.

Die folgenden Beispiele sollen zeigen, wie es den einzelnen Teilnehmern letztlich doch gelang, kleine Trennungsschritte zu machen.

Herr M. darf sich aufgrund seiner Primärgruppendynamik gar keiner Trennung aussetzen, ohne vernichtet zu werden. Bei ihm zeigte sich am deutlichsten die Vermeidung depressiver Trennungsgefühle durch hektische Betriebssamkeit. Obwohl er einen praktischen Beruf erlernt hat und viele handwerkliche Fähigkeiten besitzt, war er jetzt nicht mehr in der Lage nachzudenken, zu koordinieren und sich zu erinnern.

Herr M. ist 36 Jahre alt und hat seit seinem 16. Lebensjahr eine lange Psychiatriekarriere hinter sich, bis vor drei Jahren bekam er Psychopharmaka aufgrund seiner Diagnose schizo-affektive Psychose. Er war lange Zeit wegen seiner verheerenden Angst nicht in der Lage, andere

Menschen wahrzunehmen. Er wechselte häufig seinen Arbeitsplatz und führte dies immer auf äußere Gründe zurück. Er ist gutaussehend und überschlank, obwohl er in der Regel aus Angst meist sehr viel isst. Seine Anspannung zeigt sich oft in seinem kantigen und verkniffenen Gesichtsausdruck. Bei Angstzuständen neigt er zu Ausbrüchen sowohl verbaler als auch handgreiflicher Art. Erst nach jahrelanger Psychotherapie war es ihm möglich, an einer Milieuthherapie teilzunehmen. Jetzt fühlt er sich schon zusehends angstfreier. Im Anfangsfragebogen beschrieb er seine Gefühle: »Im Gegensatz zu früheren Pruttingaufenthalten mit wenig Angst«. Zum Ende konnte er feststellen: »Ich fühle mich sehr am Boden gehaftet, einfach kompakter. Habe sicherlich zwei bis drei Kilo zugelegt«.

Schweißüberströmt vor Angst arbeitete er panisch, zerfahren, immer wieder alles verwerfend an der Pergola. Erst als Frau B. ihm beistand, indem sie mit ruhiger Überlegung seiner Hektik Einhalt gebot – ihm sozusagen stellvertretend ihre Humanfunktion der konstruktiven Angst zur Verfügung stellte – gelang es ihm, die Arbeit fertigzustellen.

Im Gegensatz dazu verabschiedete sich Frau J. aus der Milieuthherapie mit »leichter Wehmut und Angst vor dem kommenden Alltag, etwas mehr Hoffnung auf Veränderungsmöglichkeiten«. Für Frau J. war die Milieuthherapie ein großer Erfolg. Vor dem Hintergrund ihrer psychosomatischen Reaktion konnte sie sich, obwohl sie wegen ihrer großen Gruppenängste nur Einzeltherapie hat, auf diese Projektgruppe einlassen. Sie empfand, wie man aus dem Zitat entnehmen kann, Trennungsgefühle und hatte sogar berufliche Veränderungsmöglichkeiten ins Auge gefaßt. Alle diese neuen Erfahrungen lösten jedoch so große Ängste bei ihr aus, daß sie im Nachhinein versuchte, ihre positiven Erfahrungen zunichte zu machen. Im Vordergrund stand nur noch ihre Verletzung, die nicht ausheilen wollte.

Frau A. hatte sich die Trennung in verträglichen Dosen organisiert. Sie mußte in der zweiten Woche jeweils halbtags nach München zum Arbeiten fahren. Deutlich spürte sie zwar die Diskrepanz zwischen der Einsamkeit an ihrem Arbeitsplatz und dem vielfältigen, lebendigen Austausch in der Projektgruppe, aber dadurch, daß sie jeden Nachmittag wieder zurückkehrte, d.h. die Trennung schrittweise vollzog, wurde sie nicht wie sonst von Verlassenheitsgefühlen überschwemmt.

Bei Frau B. hatte in früheren Milieutherapien die Angst vor dem Kontakt und folglich die Anpassung im Vordergrund gestanden, während sie sich dieses Mal mehr im eigenen Recht einlassen konnte. Von daher spürte sie im Laufe dieser Milieuthherapie öfter Gefühle von Zorn und Ärger. Ihr großer Gewinn war, zu merken, daß das Äußern von Ärger und Wut nicht in Zerstörung und abgrundtiefer Verlassenheit endet, sondern dadurch erst Kontakt und Identitätsschritte möglich werden. So bemerkt sie im Projektbuch unter anderem: »wichtig war, daß ich Frau R. direkt meinen Ärger sagen konnte – dann war es wieder gut«.

### *Schlußbemerkung*

Bezugnehmend auf die anfangs beschriebenen Voraussetzungen kann man folgende Ergebnisse festhalten:

1. Alle Teilnehmer haben Fortschritte gemacht, besonders was ihre Aggressionsdefizite, Kontakt- und Beziehungsängste anging.
2. Entsprechend der Behandlungsmethode, Leistungsforderungen mit Kontakt zu verbinden und je nach dem, wie stark die einzelnen Gruppenmitglieder Forderung und Kontakt zulassen und damit aus der alten Familiendynamik aussteigen konnten, veränderte sich ihr körperliches Erscheinungsbild. Die anfangs schonungsbedürftig und zart wirkenden Gruppenteilnehmer erweisen sich jetzt als kräftig und ausdauernd.
3. Das schlechte Wetter und die Fülle des Materials wurden im Sinne von *Ammons* Behandlungskonzept noch feindseliger als die verinnerlichteten Selbstvorwürfe erlebt und setzten Aggressionen frei, die zu Auseinandersetzungen führten und dadurch Identitätsschritte ermöglichten.
4. Auch bei diesem einfachen Projekt sind die Gruppenmitglieder mit Überforderung und Versagen konfrontiert worden. Der leere Raum – »Loch im Ich« – (*Ammon* 1979) zwischen Verwöhnung und Überforderung konnte mit wiedergutmachenden Erfahrungen gefüllt werden. Somit entstanden psychische Strukturen im Sinne einer nachholenden Ich-Entwicklung.
5. Einige Gruppenteilnehmer konnten gewonnene Ich-Funktionen wie Aggressionsfähigkeit und Angstbewältigung in der Trennung und darüberhinaus als festen Bestandteil ihrer psychischen Struktur bewahren.

### *Outpatient Milieu-Therapy*

Ulrike Winkelmann (Munich)

The author describes outpatient milieu therapy in its different aspects:

1. As living space, which has its boundaries in place, time and task. Outpatient human-structural milieu therapy, as described by the author, is limited to a period of one to four weeks or even only to a week-end. It is offered in addition to outpatient psychotherapy twice or three times a year and takes place in an old farmhouse, which has been built up into a therapy center. The projects which are realized have to be accomplished within the respective period of time. In outpatient human-structural milieu therapy, therapy-, work- and life-situation coincide. Its external structure leads to an inner structuring of the patient's personality in the sense of identity development.

2. A central part of outpatient milieu therapy is the group. Man as a group being is formed by first experiences in his primary group. If these experiences have been destructive or deficient, they can cause mental illness.

Correspondingly, man can get healthy in a therapeutic group which offers him an unconscious and conscious net of relations, giving social energy. In the processes of social giving and taking repairing and healing processes will occur.

3. The task of the project is of central importance. Each member of the group chooses a project. The projects serve the building-up of a therapy center within the above mentioned farmhouse. The patient can visit and use the place for several times over a period of time during his life. By that it becomes part of his own history. The choice for a project occurs partly on an unconscious level. In fighting and working for the accomplishment of the project, the patient gets into border situations, in which the retrieval of ego-development, i.e. its repair, may begin. In this connection, the task is setting the limits and is by that the vehicle for identity and development of structure.

4. During the period of the human-structural outpatient milieu therapy, the patients are in a holistic field of observation, i.e. they are together the whole time in various situations and groups. The patient is seen in his total personality with all constructive, destructive and deficient abilities and functions. The milieu therapy creates a new social-energetic field, which differs positively from the field of the patient's primary group with its negative dynamics, which have caused the illness.

5. In this field, limited by project, time and space, the patients act and repeat, in the sense of the repetition compulsion, their unconscious introjected primary group dynamics – for example rivalry with siblings, scape-goat dynamics, transferences with mother, father etc. This staging is mirrored and commented on by the therapist and the group. By this, the patient can get an emotional access to himself. In this sense, retrieval and repair can occur.

6. Milieu therapy is a field of borderline situations and identity development. Material, group and project provoke border situations. Deficits get into confrontation, for example in the demands of the project, the quality of the material, in the reactions of the therapist and the group members. They offer their constructive human functions, in particularly constructive aggression and anxiety and frustration tolerance. They stay at the side of the patient during all situations and enable him to grow, demonstrated in the growing of his constructive functions, which can also be measured with tests.

7. The therapist is the central figure in the milieu-therapeutic process. He becomes a partner in daily situations, becomes a real experience in relationship and gives security. He must be felt emotionally, but always has to be conscious of his counter-transference.

8. Human-structural milieu therapy is a field for development, in particular for constructive aggression. By that, it is a basic therapy form in the clinical treatment in dynamic-psychiatric clinics as well as accompanying and complementary therapy for the outpatient group therapy.

In the second part of the contribution, a project is comprehensively described. A group of seven depressively structured patients aged 30 to 58, had repaired a fence around a paddock and constructed a pergola. With the aid of questionnaires and tests at the beginning, in the middle and at the end of the milieu therapy, with sociograms and daily records, the processes of the milieu therapy were examined and are individually described for the seven members. The depressively structured group had strong deficits in aggression, showed dynamics of indulgence and weakness and as a whole were not very able to take strains and to cope. The stages of the project are described in a starting, a middle and a separation phase and the particular development of the members and the group is demonstrated, which led to the development of certain constructive human functions, mostly aggression.

## Literatur

- Ammon, G.* (1970): Gruppendynamik der Aggression. (Berlin: Pines)
- (1979): Allgemeine Dynamische Psychiatrie. In *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie. Bd. 1. (München, Basel: Ernst Reinhardt)
  - (1982): Psychiatrie, Arbeit, Kreativität und Philosophie. In *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie. Bd. 2. (München, Basel: Ernst Reinhardt)

Anschrift der Autorin:

Ulrike Winkelmann  
Arcisstraße 59  
D - 80799 München

## Inpatient Humanstructural Milieu Therapy – Historical Roots and Essentials Aspects of Today's Practice\*\*

Monika Dworschak\* (Munich)

The history of psychoanalytically based hospital treatment is discussed. It starts with Ernst Simmel in Berlin. In the United States William and Karl Menninger were important representatives of psychoanalytically oriented clinical work including milieu therapy. Günter Ammon developed his human-structural milieu therapy in the first dynamic psychiatric hospital, established in 1975 in Munich. The whole hospital is seen as a milieu-therapeutic social-energetic field, in which group-dynamic principles are used for therapeutic aims. In human-structural inpatient milieu therapy the constructive parts and creative potentialities of the patients are supported in daily life. The milieu-therapeutic project work in the sense of a »third object« helps the patients to learn to develop relationships and friendships, to get more trust in their own possibilities and to gain more quality in life. The work with the team members is of great importance.

In the framework of psychoanalytic theory and treatment methods we find some approaches of hospital treatment especially for severe mentally ill patients. As *Freud* pointed out, the work with transference and counter-transference as well as processes of resistance, are the most crucial aspects of psychoanalytic practice. The importance of these unconscious processes as influencing human life and interaction is the basis for psychoanalytic thinking.

*Ernst Simmel* was one of the first pioneers, who tried to help patients acting out their conflicts rather than verbalizing them. He was interested in »early disturbances«, the so-called psychopathics, that means somatically ill patients, addicted patients, especially alcoholics, and forensic cases (*Simmel* 1928). For all those patients, *Simmel* founded the first psychoanalytic sanatorium in the castle of Tegel in Berlin/Germany. His opening address on April 10th, 1927, stressed »the clinical possibilities of psychoanalysis«. The aim of the hospital was to provide »an artificial limb, an apparatus of support for the patient, until he is able to start walking again extra muros« (*Simmel* 1928). Unfortunately, *Simmel's* psychoanalytic sanatorium had to be closed because of the worldwide economic crisis in 1931.

In his sanatorium, *Simmel* used the method of bath therapy to promote regressive processes as well as fantasies and associations. One of the central features was the regulation of the patient's environment in order to focus the transference field onto the patient-therapist relationship. The ambivalence of the patients and the phenomenon of disturbing the treatment process of other patients on the basis of unconscious reasons (i.e. jealousy,

\* Clinical Psychologist/Psychotherapist (BDP), Chair of the Milieutherapeutic Department of the Dynamic Psychiatric Hospital Mengerschwaige, Munich

\*\* Paper presented at the 10th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XXIIIrd International Symposium of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP), St. Petersburg, Russia, October 25–29, 1994

rivalry etc.) was difficult to handle. It was necessary to find a »socially acceptable outlet for those destructive tendencies« (*Simmel* 1928). On this background, *Simmel* created a new form for accompanying activity therapy under metapsychological aspects. *Freud* supported *Simmel's* efforts to establish a psychoanalytic hospital, gave financial help and lived up to three months a year in the Tegel sanatorium during the treatment of his palatal cancer, because of the healing atmosphere in the sanatorium. Therefore, *Freud* was the mentor of the first psychoanalytic sanatorium with 25–30 patients, 4 psychoanalysts and various psychoanalytically interested nurses.

In the tradition of *Simmel's* hospital, the C.F. Menninger Memorial Hospital in Topeka/Kansas, USA, founded in 1925 with 14 patients, used the psychoanalytic approach for the treatment of schizophrenic patients.

When *Simmel* visited the Menninger Memorial Hospital in 1937, he remarked: »Therefore I was deeply touched... to discover a psychoanalytic sanatorium working with those principles I had tried to realize in my own work in Tegel ...a truly, systematically clinical psychotherapy on psychoanalytic principles« (*Simmel* 1937).

The Menninger Hospital established a kind of activity therapy with »recreation, music, bibliotherapy, horticulture, physical therapy, and numerous individually prescribed programs called educational therapy, including foreign language study and community activities« (*Appelbaum et al.* 1975). *William Menninger* wrote in 1932: »The method consists in the establishment of an environment adapted to the individual patient's needs... and in the arrangement of a connected succession of personal contacts with understanding persons with whom the patient develops rapport in the course of a daily schedule of therapeutic activities«. *William Menninger's* theoretical thinking was deeply based on *Freud's* theory of the »two major instinctual drives – libido and aggression« (*Gabbard* 1990).

In 1962, when the Menninger Memorial Hospital had grown up to 130 patients, *Karl Menninger* became director of the hospital. He stressed the aspect of education and pointed out therapy as »a school of practice living« (*Menninger et al.* 1962). *Karl Menninger* supported the work with groups and emphasized the knowledge of group dynamics and the treatment of group psychotherapy. Under his leadership, the weekly institution of group supervision for all activity therapists was introduced.

Further developments in the Menninger Hospital stressed the aspect of acting out and the possibility of change in the secure field of the hospital (*Schlesinger, Holzman* 1970). The phenomenon of countertransference was pointed out in the years between 1960 and 1980 as integral part of the treatment process. The actual concept in the Menninger Hospital is dynamically informed hospital treatment (*Gabbard* 1990). *Gabbard* stresses the importance of a systematic study of transference and countertransference manifestations in therapeutic processes and interprets the occurrence of relationships in the hospital field as a reproduction of inner object

relationships in the milieufield of the hospital. This point of view is influenced by *Otto Kernberg's* theoretical position (*Kernberg 1973*).

After three years of studies at the C.F. Menninger Memorial Hospital, *Günter Ammon* published his central thesis in 1959 on »Theoretical Aspects of Milieu Therapy«. The basis principles of psychoanalytic milieu therapy are an integration of field theoretical, Gestalt psychological, psychoanalytic ego-psychological and systemtheoretical features. In his early work, *Ammon* emphasized the importance of a »healthy corresponding« environment to support an »emotional learning process ... in which the patient becomes increasingly aware of unsuccessful techniques of social encounter and initiates a process of introspection about inner-psychic conflict« (*Ammon 1959*).

In the tradition of *Simmel's* sanatorium and the C.F. Menninger Memorial Hospital, *Günter Ammon* founded the first Dynamic Psychiatric Hospital in Munich/Germany in 1975 with 25 patients. The second Dynamic Psychiatric Hospital Mengerschwaike was opened in 1979 with 35 patients which is grown up to 60 patients. On the basic principles of *Ammon's* humanstructurology, i.e. the importance of groupdynamics for health and illness, the basic assumption of a genuine constructive aggression, the concepts of social energy and identity, the understanding of the unconscious as potentially creative and constructive, and the possibility of real reparational and healing experiences in the treatment of severely archaic ego diseases (*Ammon 1979, 1982*). In form of a differentiated milieu therapeutic approach, the human-structural hospital treatment enables the patient to regain and rediscover creative potentials, helps him to strengthen healthy aspects of his personality and encourages him to rely upon human relationships.

*Ammon's* approach is a further development of psychoanalytic theory and practise. The concept of humanstructural milieu therapy bases on the assumption that every patient has become ill within a group (i.e. the early family group with it's special dynamics) and will regain health only in groups. The whole Hospital Mengerschwaike with it's 60 patients, 10 medical doctors, 20 clinical psychologists, all trained in psychoanalysis or in training as well as 10 nurses with group dynamic training, 3 social therapist and other therapists like the painting therapist, horseback-riding therapist, movie therapist, physio therapist. These members of the therapeutic staff and patients create a milieu therapeutic, social energetic and group dynamic field (*Ammon 1994*). In this field of various relationships, group processes and intercorrelations, the patients have the chance to act out their inner conflicts into the whole hospital field in order to find understanding and help to solve their problems.

The milieu therapeutic program »has the task of giving the patient possibilities of expression corresponding to the current problems in a variety of differentiated situations. This means to enable him to discover and develop the constructive parts of his personality« (*Ammon 1994*). The task of the hospital field is to give the chance to the patient to show his

different parts of his personality in different facets, i.e. constructive parts, destructive and deficient parts, in various groups and situations. The treatment situation becomes the life situation for the time of the hospital treatment (*Ammon* 1959). The abilities and healthy parts of the individual person as well as its difficulties and conflicts can be studied directly in the treatment situation. A special indication for milieu therapy exists for patients who are not able to verbalize their conflicts and with a lack of introspection ability.

Milieu therapy in a more narrow sense means, that every patient belongs to a group of about 15 patients with different diagnoses. Each of four milieu therapeutic groups in our hospital is conducted by 3 milieu therapists, mainly clinical psychologists or group dynamically trained nurses. All patients of a milieu therapeutic group spend and manage together their daily life.

The comprehensive task of a milieu therapeutic group is a common work, a so called »project« in the sense of *Winnicott's* »third object«. The patients choose a special task, such as restoring the hospital rooms, building a fountain in the garden, or creating a special object like a bench. The patients themselves decide together what to do, plan the project step by step, are responsible for costs and material and for the process of work until the event of finishing. For the patients it is very important, to finish the work together, to cope all difficulties and to experience their power and individual abilities. In the process of working and planning together their leisure time (*Ammon* 1982) there are many possibilities to get into contact with others (patients and staff members) and to establish human relationships. For many patients they experience friendship for the first time in their life, for others it is very important to be helpful for others or to loose gradually anxiety and distrust.

With the method of milieu-therapeutic project work the patients get the chance to relate their doing to themselves and to experience their own qualities. So, the process of presenting the finished project to the whole group of the hospital in a celebration, helps the patients to reflect and integrate the experience into their individual personalities. The particular project has a special unconscious meaning for the whole hospital, but also for the milieu group and for every individual patient. It is very important that »projects« integrate mental and intellectual aspects. Human-structural milieu therapy has nothing to do with simple occupational therapy.

The main principle of human-structural milieu therapy in a more narrow sense is the work in the actual situation of »here and now«. So, for the milieu therapists, the training in group dynamics is of great importance, as well as own experiences in groups to understand better group dynamic processes and the feelings of the patients. The patients analyze their experiences of the daily live situations in their individual therapies or in group psychotherapeutic sessions in which the aspects of former experiences are of special in interest.

The observations and feelings of staff members are analyzed and understood in team control groups and supervision groups with the aim of

a better understanding for the milieu-therapeutic group process and the individual patient. For team members it is very important to be able to understand the processes from a metapsychological point of view.

Central principles of human-structural milieu therapy are:

- human-structural milieu therapy emphasizes the actual situation of daily life,
- human-structural milieu therapy works with creative and constructive aspects of the patient,
- human-structural milieu therapy helps the patient to experience himself in a group and enables him to establish new relationships,
- the special project is the common work of all group members and has an unconscious meaning for the whole group,
- human-structural milieu therapy helps to understand better the individual with his special inner conflicts,
- human-structural milieu therapy integrates unconscious processes.

*Ammon* (1994) pointed out, »that there does not exist any isolated treatment method called milieu therapy; milieu therapy is a part of an interwoven therapeutic system«. *Ernst Simmel* expressed in the »International Journal of Psycho-Analysis« in 1928: »...that from the actual beginnings there will be growing a systematic clinical psychotherapy. It will qualify us to use this valuable instrument of psychoanalysis in the service of those most severe patients which were forced to live a dead life.«

### *Stationäre humanstrukturelle Milieuthérapie – geschichtliche Wurzeln und wesentliche Aspekte der heutigen Praxis*

Monika Dworschak (München)

*Ernst Simmel* war einer der ersten Pioniere, die auf psychoanalytischer Grundlage versuchten, schwer gestörten Patienten zu helfen, die ihre Konflikte ausagieren statt verbalisieren. Er gründete 1927 in Berlin-Tegel das erste psychoanalytische Sanatorium, das 25-30 Patienten aufnehmen konnte und in dem vier Psychoanalytiker und mehrere psychoanalytisch interessierte Krankenschwestern arbeiteten. Aufgrund destruktiver Tendenzen der Patienten, ausgelöst durch Eifersucht und Rivalität, führte *Simmel* eine neue Form von begleitender Aktivitätstherapie unter metapsychologischen Gesichtspunkten ein.

1925 wurde das C.F. Menninger Memorial Hospital in Topeka/Kansas mit 14 Patienten gegründet, das sich am *Simmelschen* Konzept orientierte und die Behandlung schizophrener Patienten in den Mittelpunkt stellte. *William Menninger* entwickelte eine Art Aktivitätstherapie, die den Versuch beinhaltete, die Umgebung des Patienten an dessen individuelle Bedürfnisse anzupassen. Täglich sollte eine Möglichkeit von persönlichen Kontakten zu verstehenden Personen bestehen. Das *Freudsche* Libido- und Aggressionskonzept stellte die Grundlage dar.

1962 wurde *Karl Menninger* Direktor der Klinik, die mittlerweile auf 140 Patienten angewachsen war. Er verstand Therapie als Schule praktizierten Lernens und betonte den Aspekt der Erziehung. Er unterstützte die therapeutische Arbeit mit Gruppen und Gruppendynamik und führte eine wöchentliche Supervision ein. In deren Nachfolge wurden Phänomene des Ausagierens, der Gegenübertragung und Übertragung insbesondere unter dem Blickwinkel der Objektbeziehungstheorie ins Zentrum der Weiterentwicklung der Menninger Klinik gerückt.

1959 veröffentlichte *Günter Ammon* seine Arbeit über die theoretischen Aspekte der Milieuthherapie. *Ammon* bezieht sich auf Grundprinzipien der Feldtheorie, der Gestaltpsychologie, der psychoanalytischen Ichpsychologie und der allgemeinen Systemtheorie. Er betont in dieser frühen Arbeit die Bedeutung einer gesund machenden Umgebung und die Unterstützung emotionaler Lernprozesse bei den Patienten. 1975 gründete *Ammon* in Deutschland eine erste Dynamisch-Psychiatrische Klinik mit 25 Patienten. Die zweite Dynamisch-Psychiatrische Klinik wurde 1979 mit 35 Patienten eröffnet und zählt heute 60 Patienten. Die humanstrukturelle Milieuthherapie basiert auf den Grundprinzipien der *Ammonschen* Humanstrukturologie, d.h. Einbezug der Gruppendynamik, Annahme einer genuinen konstruktiven Aggression in jedem Menschen, Sozialenergie- und Identitätskonzept und Vorstellung wiedergutmachender Erfahrungen im Verlauf einer therapeutischen Behandlung insbesondere bei schwer kranken, archaisch ichkranken Patienten sowie Unterstützung der konstruktiven Potentiale im Menschen. Zentral ist die Schaffung eines sozialenergetischen, milieuthérapeutischen Feldes unter gruppendynamischen Gesichtspunkten. Ziel ist somit, den Patienten in vielfältigen Gruppen die Möglichkeit zu geben, ihren Problemen und unbewußten Dynamiken Ausdruck zu geben und an der Differenzierung und Nutzung der in jedem Menschen vorhandenen konstruktiven Potentialitäten zu arbeiten. Die Behandlungssituation wird in der stationären Psychotherapie zur Lebenssituation für den Patienten.

In der humanstrukturellen Milieuthherapie wird die projektbezogene Milieuarbeit im Sinne eines dritten Objekts nach *Winnicott* genutzt. Über ein Arbeitsprojekt, das die Milieugruppe bestehend aus ca. 15 Patienten unter der Leitung von gruppendynamisch und psychoanalytisch ausgebildeten Diplompsychologen und Krankenpflegekräften gemeinsam plant, schließlich durchführt und zu Ende bringt, entsteht ein vielfältiges Kontakt- und Beziehungsgeflecht in der Gruppe. Die Mitarbeiter und Patienten übernehmen gegenseitig Hilfs-Ich-Funktionen. Über die Wahl des Projekts und über den jeweiligen Gruppenprozeß werden unbewußte Dimensionen sowohl der gesamten Milieugruppe als auch einzelner Patienten deutlich. In psychoanalytisch orientierten Einzel- und Gruppentherapien werden die in der Milieuthherapie gewonnenen Erfahrungen auf dem Hintergrund der individuellen Lebensgeschichte unter Einbeziehung von Übertragungs- und Gegenübertragungsmanifestationen bearbeitet. Auf der Mitarbeiterenebene werden in den verschiedenen Kontroll- und Supervisionsgruppen die Beobachtungen und Erkenntnisse integriert.

Zentrale Prinzipien der humanstrukturellen Milieuthherapie sind:

- Sie stellt die aktuelle Lebenssituation des Patienten in den Mittelpunkt,
- sie arbeitet mit den kreativen und konstruktiven Potentialen der Patienten,
- sie fördert Gruppenfähigkeit und den Aufbau von Beziehungen und Freundschaften,
- sie stellt eine gemeinsame Arbeitsaufgabe in den Mittelpunkt der Gruppe, die über ein unbewußte Gruppendimension verfügt,
- sie bietet ein Agierfeld für schwerere kranke Patienten zur nonverbalen Mitteilung innerer Konflikte,
- sie integriert unbewußte Prozesse.

*Ammon* (1994) betonte, daß es keine isolierte Behandlungsmethode gibt, die sich Mileuthherapie nennt, sondern daß Milieuthherapie immer einen Teil eines ineinander verwobenen therapeutischen Systems darstellt.

## References

- Ammon, G.* (1959): Theoretical Aspects of Milieu Therapy. The Menninger School of Psychiatry. Topeka, Kansas (Berlin 1977: Pinel Publ.)
- (1979): Psychoanalytische Mileuthérapie. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie (München, Basel: Ernst Reinhardt)
  - (1982): Arbeit und menschliche Existenz: In: *Ammon, G.* (Hrsg.) Handbuch der Dynamischen Psychiatrie (München, Basel: Ernst Reinhardt)
  - (1994): Milieu Therapy. In: *Dyn. Psychiat.* (27) 24–30
- Appelbaum, A.* et al. (1975): Activity Therapy in Psychiatric Treatment. Dependency versus Autonomy: The Group Conference Method Applied to an Organization Problem. In: *Bull. Menn. Clinic* (39) 47–66
- Gabbard, G.* (1990): Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice (Washington, London: American Psychiatric Press)
- Hermanns, L.; Schultz-Vernath, U.* (Hrsg.): Ernst Simmel: Psychoanalyse und ihre Anwendungen. Ausgewählte Schriften (Frankfurt: Fischer Taschenbuch)
- Menninger, K.; Mayman, M.; Pruyser, P. W.* (1962): A Manual for Psychiatric Case Study (2nd Edition) (New York: Grune & Stratton)
- Menninger, W. C.* (1936): Psychoanalytic Principles Applied to the Treatment of Hospitalized Patients. In: *Bull. Menn. Clinic* (1) 35–43
- (1939): The Menninger Hospital's Guide to the Order Sheet. In: *Bull. Menn. Clinic* (46) 1–112
- Kernberg, O.* (1973): Psychoanalytic object-relations theory, group processes and administration: Toward an integrative theory of hospital treatment. In: *Annual of Psychoanalysis* (1) 363–388
- Schlesinger, H. J.; Holzman, P. S.* (1970): The therapeutic aspects of the hospital milieu. In: *Bull. Menn. Clinic* (34) 1–11
- Simmel, E.* (1928): Die psychoanalytische Behandlung in der Klinik. In: *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse* (14) 352–370.
- (1937): The Psychoanalytic Sanitarium and the Psychoanalytic Movement: In: *Bull. Menn. Clinic* (1) 133–143: Das psychoanalytische Sanatorium und die psychoanalytische Bewegung.

Address of the author:

Dipl.-Psych. Monika Dworschak  
Asamstraße 9  
D-81541 München

## Gruppendiagnostik als therapeutisches Agens in der stationären Milieuthherapie\*\*\*

Sylvelin Römisch\*, Margit Schmolke\*\* (München)

Anliegen der Arbeit ist es, die Bedeutung des Ich-Struktur-Tests nach Ammon (ISTA) und des Soziogramms als Gruppenuntersuchungsmethoden und als Hilfe zum besseren Verstehen schwieriger Gruppenprozesse aufzuzeigen. Dabei liegt der Wert des ISTA in Gruppen darin, daß er die Verteilung der konstruktiven, destruktiven und defizitären Persönlichkeitsanteile aufzeigt und damit Aufschluß darüber gibt, inwieweit eine Gruppe homogen oder heterogen zusammengesetzt ist. Am Beispiel einer Milieutherapiegruppe der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menter-schwaige wird deutlich, daß die Ursachen der Arretierung des beschriebenen Gruppenprozesses sowohl in einer Untergruppenbildung als auch in der ungünstigen Leiterdynamik lagen.

Im therapeutischen Feld der Klinik haben neben der Großgruppe vor allem die Milieuthherapiegruppen eine wichtige integrierende Funktion. Die Milieuthherapiegruppen stellen für die Patienten das Lebensumfeld während ihrer gesamten Klinikzeit dar und haben somit Realcharakter. Im Hier und Jetzt werden die lebensgeschichtlich erworbenen Stärken und Schwächen der Patienten deutlich sichtbar und können auf dieser Ebene bearbeitet werden, während in der Einzel- und Gruppentherapie schwerpunktmäßig die frühkindliche Entstehungsgeschichte der destruktiven und defizitären Persönlichkeitsanteile bearbeitet wird (vgl. Ammon 1979a, 1979b).

Naturgemäß ergeben sich aus der hier beschriebenen Widerspiegelungs-dynamik im Klinikalltag schwer zu bewältigende Probleme, wie z.B. heftiges Ausagieren der Patienten oder komplette Arretierung eines Gruppenprozesses. Daher wird verständlich, wie wichtig eine enge therapeutische Vernetzung der Milieuthérapeuten mit dem übrigen therapeutischen Team ist. Im folgenden wird eine arretierte Gruppensituation und der Prozeß der Problemlösung beschrieben.

### *Gruppensituation*

Die betreffende Milieugruppe bestand aus sechs weiblichen und sechs männlichen Patienten. Die Diagnosen waren vorwiegend Borderline-Syndrome, Depressionen, Psychosen, Suchtproblematik (Drogen, Alkohol, Medikamente). Die Darstellung der Gruppe bezieht sich auf einen Zeitraum von ca. drei Monaten.

Die Gruppe wählte sich als Projekt die Neugestaltung des Haupteingangsbereiches der Klinik. Besondere Bedeutung gewann dieses Projekt

- \* Dipl.-Psych., Klin. Psychologin/Psychotherapeutin (BDP), Milieuthérapeutin der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menter-schwaige, München
- \*\* Dipl.-Psych., Klin. Psychologin/Psychotherapeutin (BDP), Psychoanalytikerin, Mitarbeiterin der Psychologisch-Diagnostischen Abteilung der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menter-schwaige, München
- \*\*\* Vortrag gehalten beim 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

dadurch, daß in dieser Zeit die 20-Jahr-Feier der Klinik stattfand, zu der viele Gäste eingeladen waren und das Foyer somit eine repräsentative Bedeutung hatte. Die Gruppe konnte sich weitgehend mit diesem zentral sichtbaren Projekt, das an der Grenze nach außen hin zur Öffentlichkeit stand, identifizieren und arbeitete mit vollem Einsatz an der Fertigstellung. Gleichzeitig war dieses Projekt technisch sehr anspruchsvoll und daher mit viel Angst verbunden. Denn die Gruppe zeigte sich täglich mit allen Schwierigkeiten und Schwächen, aber auch mit ihren Stärken vor allen anderen Mitpatienten und Therapeuten. Vor allem die Projektleiter fühlten sich zeitweise geradezu omnipotent, da sie den Eingangsbereich voll unter ihrer Kontrolle hatten (z.B. konnten sie entscheiden, wann und wie lange der Haupteingang »wegen Bauarbeiten« abgesperrt werden mußte). Der Zeitdruck von außen, gesetzt durch den Termin der 20-Jahr-Feier, hatte die Gruppe zunächst stark zusammengehalten und ermöglichte einen Zwischenabschluß. Neue Leitungen wurden verlegt, Wände, Fensterrahmen und Deckenbalken gestrichen und neue Lampen angebracht, wobei die Qualität der Arbeit unter dem Zeitdruck litt. Was für die Fertigstellung jedoch noch fehlte, war der neue Fliesenboden und die dekorative Ausgestaltung des Foyers, die der Gruppe am meisten Angst bereiteten. Es war geplant, die vorhandenen Schaukästen als Orchideenfenster umzugestalten eine Wand mit einem archaischen Labyrinth zu schmücken und den Raum mit selbstgebaute Bänke zu möblieren.

Kurz nach dem Jubiläum kritisierte der Hauseigentümer die nicht fachgerechte Ausführung der Malerarbeiten und bestand auf Nachbesserung. Die Gruppe erlebte diese Kritik als Entwertung ihres geleisteten Einsatzes. Die Projektleiter wechselten, es fehlte der Schwung für eine kreative Arbeitsatmosphäre. Gruppenprozeß und Projektarbeit stagnierten. Es herrschte ein Klima von Kontaktlosigkeit, Vereinzelung und Widerstand, was sich in mangelnder Kooperation am Projekt und in einer Spaltung in Untergruppen (Männer-Frauen, unverbundene Teilprojektgruppen) ausdrückte. Die borderline-artige Zersplitterungsdynamik der Gruppe wurde am Projekt direkt sichtbar. Die Labyrinth-Gruppe arbeitete abgekapselt für sich, ebenso die Orchideenfenster- und die Bankbaugruppe. Bei den Männern gab es eine feste Clique, die auch am Eßtisch stets zusammensaß und sich nach außen abschloß. Unter den Frauen gab es keinerlei Verbündung, eine Patientin wechselte in eine andere Milieugruppe, da sie sich in dem kontaktlosen Klima nicht mehr wohlfühlte, eine andere Frau erschien nicht mehr beim Projekt und schließlich – nachdem sich die Gruppe deswegen mit ihr auseinandersetzen wollte – nicht mehr zu den gruppensdynamischen Milieusitzungen.

In den Protokollen der Milieusitzungen wurde dieses Klima wie folgt skizzenhaft festgehalten: »Kampf zwischen Männern und Frauen, die Frauen suchen Kontakt und die Männer nehmen an oder schlagen ab«, der Protagonist der »Clique« wurde geschildert, »wie in einem Eispalast, wo er aber alle Fäden in der Hand hat«; als Dynamik der Gruppe wurde beschrieben: »Einer nach dem anderen verläßt die Gruppe«.

Die erwähnte »Clique« setzte sich aus drei Männern zusammen, die verbunden waren über ihre gemeinsame Sucht- und Aggressionsproblematik, welche sich in einer Unfähigkeit zeigte, konstruktiv mit ihren Aggressionen nach außen zu gehen. Statt sich aktiv in die Gruppe einzubringen und ihre Anliegen zu thematisieren, neigten alle drei zum Ausagieren aus Abwehr ihrer Angst vor einer Kontaktaufnahme, z.B. indem sie zusammen mit einem ähnlich strukturierten Mitglied einer anderen Milieugruppe ohne Absprache aus dem Haus gingen und stark alkoholisiert zurückkamen. Die »Clique« bestimmte das Klima in der Gruppe, ohne sie lief nichts. Da die Milieugruppe zu diesem Zeitpunkt relativ klein war, hatte diese Dreiergruppe einen um so größeren Einfluß auf den Gruppenprozeß.

Ein junger Patient, dem man seine langen und häufigen Psychiatrieaufenthalte in verschiedenen Kliniken bereits äußerlich ansah, war der »Seismograph« der Gruppe. Er sprach zentrale Themen wie z.B. die Untergruppenbildung, Drogengefährdung und die »Gruppenparanoia« an, was von den anderen zwar wohlwollend zur Kenntnis genommen, aber nicht ernsthaft aufgegriffen wurde. Dieser Patient nahm die gruppenspezifische Position der Grenzperson ein, d.h. er befand sich an der Grenze der Gruppe, wurde nicht von ihr integriert, sprach aber vieles für die Gruppe aus und zog passiv die Aggression auf sich. Im Grunde stellte er die Existenz der Gruppe in Frage. Es war die Aufgabe der Milieuthérapeuten, ihn zu schützen und in die Gruppe zu integrieren sowie die Kommunikation zwischen der Untergruppe und der Gesamtgruppe und zwischen den Männern und Frauen wieder herzustellen.

Neben den Schwierigkeiten am Projekt und innerhalb der Gruppe selbst trugen auch andere Einflüsse zu der problematischen Situation der Gruppe bei. Vier der Patienten waren gleichzeitig in Einzeltherapie bei zwei Milieuthérapeutinnen der Gruppe, die sich in fortgeschrittener psychoanalytischer Weiterbildung befanden. Durch diese Exklusivbeziehungen entstand Eifersucht in der Gruppe, die aber nicht offen geäußert wurde. Auch die Tatsache, daß die drei Milieuthérapeutinnen alleinerziehende Mütter sind, könnte eine unbewußte Wiederherstellung von bestimmten Familiendynamiken ausgelöst haben. Insbesondere waren vier Männer in der Gruppe ohne Vater aufgewachsen. Dieser Frage nachzugehen, bedürfte aber einer eigenen Untersuchung.

### *Supervision*

Mit den beschriebenen Schwierigkeiten der Gruppe kamen die Milieuthérapeuten in die wöchentliche Supervision, die von einer Psychoanalytikerin geleitet wird. Die Supervisionsarbeit hat die Aufgabe, daß die Milieuthérapeuten kontinuierlich ihre Arbeit reflektieren und deren übergeordnete Ziele im Auge behalten. Diese sind z.B. der Schwerpunkt der gruppenspezifischen Arbeit im Hier und Jetzt in Abgrenzung zur gruppentherapeutischen Arbeit im Dort und Damals, die Realitätsebene, die Projektarbeit als drittes Objekt und die realen Beziehungen der Mitglieder

untereinander. Das schwächste Mitglied gilt es zu schützen und ihm stützende und tragende Menschen («Hilf-Ichs«, *Ammon* 1979a) an die Seite zu stellen. Der Milieuthérapeute hat die gruppensdynamische Aufgabe, sich aktiv für Auseinandersetzungen zur Verfügung zu stellen und die Ziele der Gruppe zu vertreten. Die Supervision arbeitet mit Widerspiegelungsphänomenen (*Ekstein, Wallerstein* 1958) in dem Sinne, daß die Mitarbeitergruppe unbewußt ähnlich wie die Patientengruppe reagiert, wenn ein Milieuleiterteam über seine Gruppe berichtet. Ebenso werden im Rahmen der Supervision die Beziehungen der Teammitglieder untereinander und die in der Arbeit entstehenden Gefühle thematisiert.

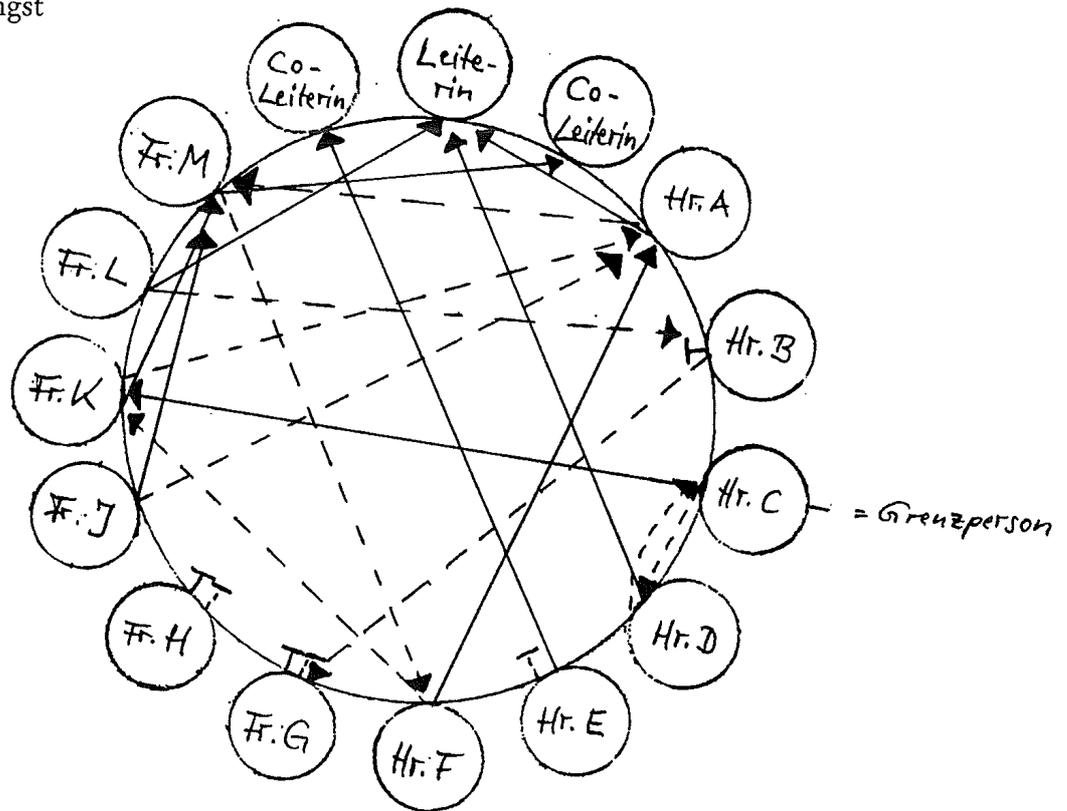
Als mögliche Ursache für den arretierten Prozeß der Milieugruppe wurde eine ungünstige Zusammensetzung der Patienten vermutet und angeregt, daß in allen Milieugruppen jeder Patient den ISTA (Ich-Struktur-Test nach *Ammon*) ausfüllt, um die Verteilung der einzelnen Persönlichkeitsanteile im Überblick festzustellen. Außerdem sollte in allen Gruppen ein Soziogramm durchgeführt werden, um die aktuellen Beziehungen untereinander studieren zu können. Auch alle Milieuthérapeuten sollten den ISTA ausfüllen, so daß die Persönlichkeitsstrukturen von Gruppenleitern und Patienten miteinander verglichen werden konnten.

### *Soziometrie*

*Moreno* hat in den fünfziger Jahren das empirische Verfahren des Soziogramms entwickelt, um interpersonelle Ablehnungs- und Zuwendungsnetze in Gruppe zu untersuchen (*Moreno* 1954). Es gibt Aufschluß über Struktur, Dynamik und Prozeß der jeweils erforschten Gruppe sowie über die humanstrukturelle und gruppensdynamische Position des Einzelnen in der Gruppe und seine Bedeutung für die Gruppe (vgl. *Ammon, Burbiel et al.* 1982). In der Gruppenforschung der Dynamischen Psychiatrie sowohl bei Selbsterfahrungs- als auch bei therapeutischen Gruppen erfaßt der soziometrische Fragebogen, an wen man sich wenden würde bei Angst bzw. an wen nicht, an wem man erotisch interessiert ist bzw. an wem nicht, mit wem man zusammenarbeiten möchte bzw. nicht und wen man zum Freund haben möchte bzw. nicht. Die Auswertung wird stets graphisch aufgezeichnet und in der Gruppe selbst besprochen. Die Anwendung der Soziometrie bot sich im Fall der von uns untersuchten Gruppe an, weil diese Methode zum einen die vorhandenen Gruppenstrukturen aufdeckt und zugleich durch die Besprechung in der Gruppe einen Ansatzpunkt für Veränderungen bietet.

Im Vergleich zu den Soziogrammen der anderen drei Milieugruppen wurde die schwierige Gruppensdynamik der hier beschriebenen Milieugruppe direkt sichtbar: z.B. im lückenhaften Beantworten der Fragen, in der Lieblosigkeit der Darstellung und in der zeichnerischen Aufspaltung in Männer- und Frauenseite. Einige beteiligten sich erst gar nicht am Soziogramm. Die Milieuthérapeuten wurden vorwiegend bei Angst gewählt, worin sich die therapeutischen Bedürfnisse ausdrücken, die in der schwierigen Gruppen-

Abb. 1: Angst



Soziogramm der Milieutherapiegruppe  
 Auswertung der positiven und negativen Wahlen  
 ————— = positive Wahl      - - - - - = negative Wahl

Abb. 2: Zusammenarbeit

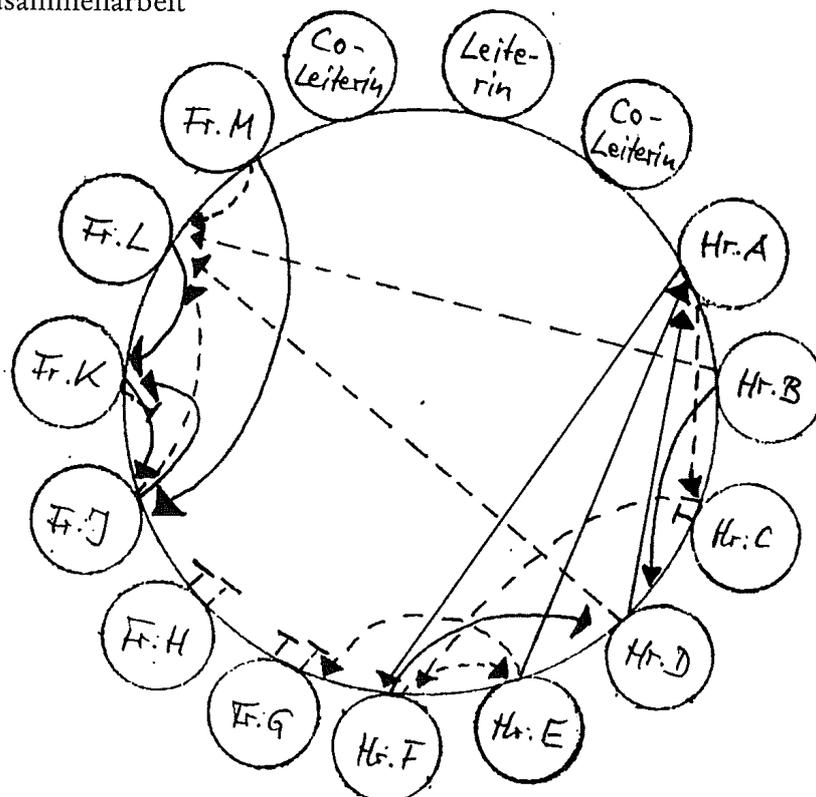
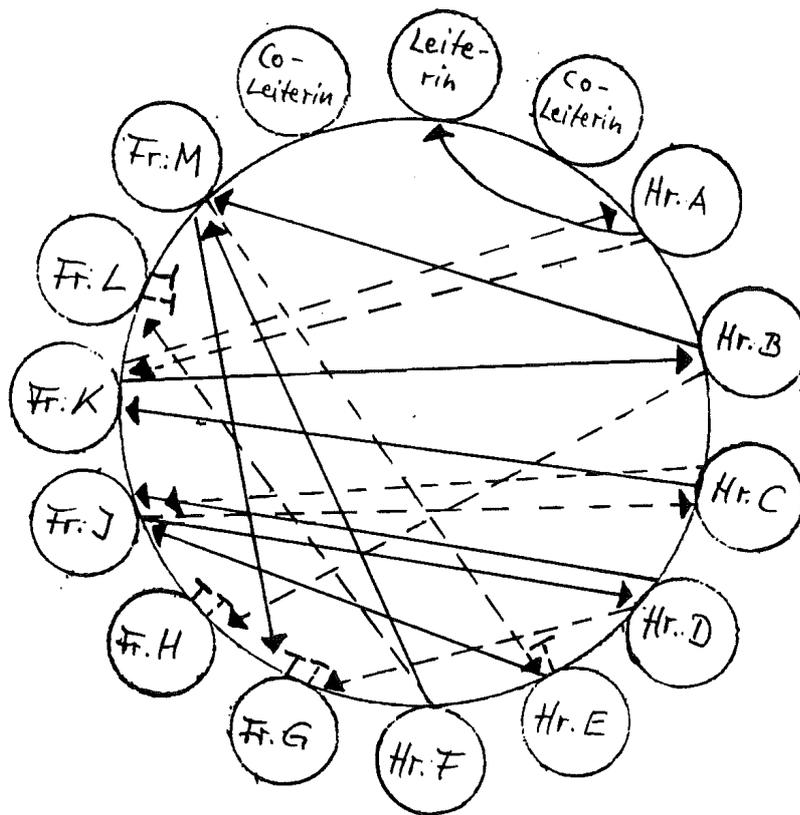
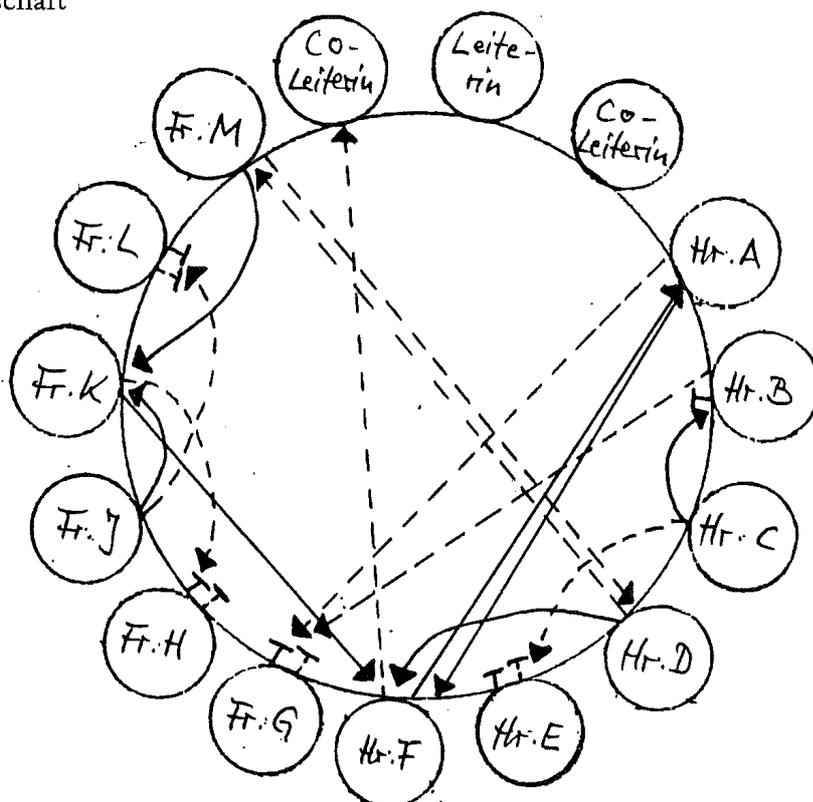


Abb. 3: Erotik



Soziogramm der Milieutherapiegruppe  
 Auswertung der positiven und negativen Wahlen  
 ————— = positive Wahl      - - - - - = negative Wahl

Abb. 4: Freundschaft



Insbesondere bei der Frage nach der Zusammenarbeit wurden die Leiter ignoriert (s. Abb.2). Gerade die Zusammenarbeit ist aber die zentrale Ebene einer Milieugruppe; man kann dieses Ergebnis so interpretieren, daß auf der Ebene der Zusammenarbeit die Gruppe die Leiter abgesetzt hat. Darüber hinaus war auffallend, daß auch bei den übrigen Fragen des Soziogramms (Erotik, Freundschaft; s. Abb. 3 und 4) kein ausgewogenes Gruppengeflecht zustandekam, wie es bei einer konstruktiv arbeitenden Gruppe der Fall wäre. Das heißt, die Wahlen wurden auf einzelne konzentriert, andere fielen tendenziell aus der Gruppe, indem sie nicht gewählt wurden. Die Tatsache, daß auch bei den Fragen nach Erotik und Freundschaft die Gruppenleiter ausgeklammert wurden, läßt vermuten, daß die Gruppenmitglieder entweder Angst vor den Gruppenleiterinnen und evtl. erotischen Wünschen an sie hatten oder der Auseinandersetzung mit ihnen auswichen.

Daß die Beschränkung der Wahlen auf die Gruppenmitglieder untereinander auch einen konstruktiven Aspekt haben kann, zeigte sich auch daran, daß sich die drei Frauen der Gruppe, die sich bei Zusammenarbeit gegenseitig positiv gewählt hatten, später verbündeten und einen entscheidenden Beitrag für die Fertigstellung des Projekts leisteten, indem sie den künstlerischen Teil des Projekts, d.h. das archaische Labyrinth, ausführten. (Zur Zeit der Soziogramm-Durchführung war der männliche Co-Leiter noch nicht in der Gruppe. Daher fehlt er in der Auswertung.)

### *Ergebnisse des ISTA*

Der Ich-Struktur-Test nach *Ammon* (ISTA) wurde seit 1976 von *Günter Ammon* und Mitarbeitern entwickelt. Er ist ein Persönlichkeitsfragebogen, der die subjektiv eingeschätzte individuelle Persönlichkeitsstruktur in den zentralen Humanfunktionen der Aggression, der Angst, Ich-Abgrenzung nach außen und nach innen, des Narzißmus und der Sexualität erfaßt (vgl. *Finke, Wolfrum* 1996). Wie oben bereits erwähnt wurde, interessierte uns hier, ob die untersuchte Gruppe in Bezug auf die Persönlichkeitsstrukturen ihrer Mitglieder zu homogen zusammengesetzt sein könnte. Erfahrungsgemäß kann eine zu homogen zusammengesetzte Gruppe den Gruppenprozeß blockieren oder in destruktivem Agieren auseinanderfallen; die Kohärenz der Gruppe ist gefährdet. In der vorliegenden Untersuchung wurden die ISTA-Profile der Gruppenmitglieder und -leiter in einer Grafik zusammengefaßt (vgl. Abb. 5 und 6). Die Grafik zeigt für alle 12 Patienten die jeweiligen Ausprägungen der einzelnen Humanfunktionen. Der ISTA zeigt entgegen unseren Erwartungen keine zu große Homogenität. D.h. die Werte für die einzelnen Humanfunktionen verteilen sich über die gesamte Breite der Skala. Zwar fallen ausgeprägt niedrige konstruktive Werte auf, insbesondere in den Bereichen Abgrenzung nach außen und nach innen, Aggression und Sexualität, hohe destruktive und defizitäre Ausprägungen werden in allen Bereichen (weniger im Bereich Sexualität) sichtbar. Diese Verteilung entspricht jedoch dem Bild, wie es in klinischen Gruppen anzutreffen ist. Die Ausgangshypothese, daß sich die Patienten dieser Gruppe

# ISTA 96 - Profilblatt

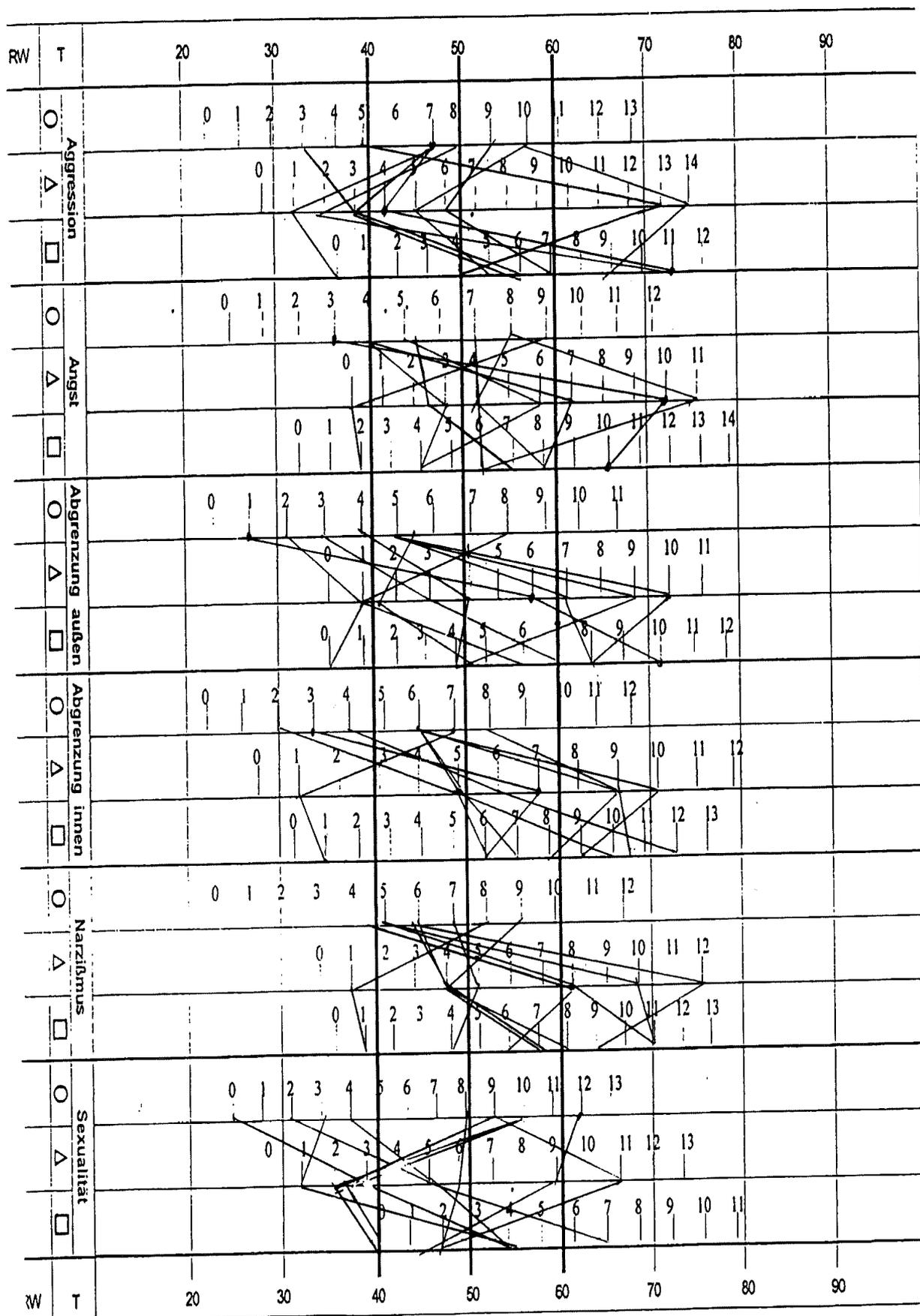


Abb. 5: Verteilung der ISTA-Profile der Gruppenmitglieder

# ISTA 96 - Profilblatt

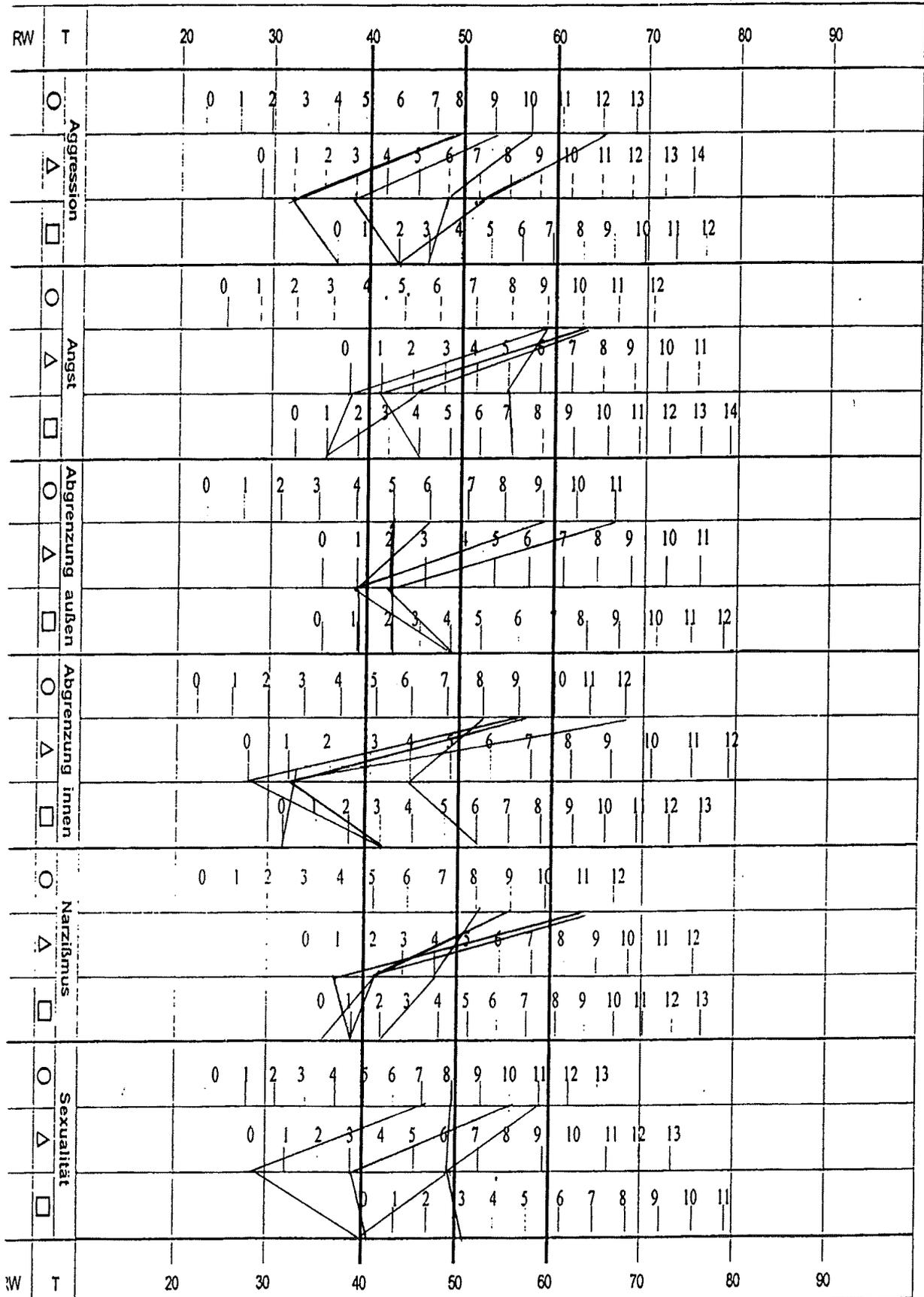


Abb. 6: Verteilung der ISTA-Profile der Milieuthérapeuten

ich-strukturell zu ähnlich seien oder zu wenig konstruktives Potential aufwiesen, mußte von uns verworfen werden. Im Vergleich der Persönlichkeitsprofile der Gruppenmitglieder und der Leiter zeigte sich, daß die Leiter in den meisten Persönlichkeitsbereichen höhere konstruktive und geringere defizitäre Werte aufwiesen. Man könnte mit *Ammon* sagen, daß keine scharfe Grenzlinie zwischen den »gesunden« Leitern und den Patienten existiert.

### *Konsequenzen aus der Gruppenuntersuchung und der Supervision*

- Die ISTA-Ergebnisse zeigten, daß eine Veränderung der Gruppenzusammensetzung nicht erforderlich war.
- Aus dem Soziogramm ergab sich eine Leitersturzdynamik und eine ausgeprägte Untergruppenbildung in eine Männer- und eine Frauengruppe, die stark miteinander rivalisierten.
- Die Auswertung der Gruppenprotokolle zeigte, daß der Patient, den man als »Grenzperson« dieser Gruppe bezeichnen konnte (vgl. *Ammon, Burbiel et al. 1982*) und der die schwierigen Punkte im Gruppenprozeß offenlegte, von den anderen Gruppenmitgliedern mehr oder weniger ignoriert und isoliert wurde.
- Erst die Arbeit in der Supervision, die die verschiedenen Ergebnisse der Untersuchung zusammentrug, machte deutlich, daß die beschriebene Gruppendynamik die Dynamik der Leitergruppe widerspiegelte. Es wurde eine ungelöste Rivalität zwischen den weiblichen Milieutherapeutinnen herausgearbeitet. Deutlich wurde, daß jede der drei Frauen isoliert für sich arbeitete und daß die Informationen untereinander unvollständig weitergegeben wurden. Einziges Verbindungsglied war der bisher sehr zurückhaltende, erst neu hinzugekommene männliche Milieutherapeut. Auf der Widerspiegelungsebene konnte der Widerstand der Milieugruppe als unbewußter Protest gegen die internen Konflikte der Mitarbeiter verstanden werden. Da der Gruppenprozeß seit längerer Zeit durch diesen Konflikt blockiert war, war es unumgänglich, die Zusammensetzung der Milieutherapeuten zu verändern. Zwei weibliche Leiter wechselten in andere Milieugruppen, eine andere Milieutherapeutin kam hinzu.

Nach der Umstrukturierung gewann der männliche Co-Leiter zunehmend emotionale Bedeutung für die Gruppe. Die Gruppe erlebte ihn sowie die Hauptleiterin zunehmend wie ein »gutes Elternpaar«. Die einzelnen Mitglieder der Gruppe reagierten entlastet von ihren Schuldgefühlen über das »Nichtfunktionieren« der Gruppe. Die Veränderung schlug sich in einem offeneren Gruppenklima und in einer ernsthafteren Zusammenarbeit am Projekt nieder. Drei Frauen konnten sich über die Arbeit am Labyrinth verbünden, die Aufspaltung zwischen Männern und Frauen löste sich allmählich. Die Grenzperson konnte in die Bankbaugruppe integriert werden. Die »Clique« hatte nicht mehr den maßgeblichen destruktiven Stellenwert in der Gruppe. Das Projekt konnte bald gut abgeschlossen werden. Der

Stolz auf die gemeinsam geleistete Arbeit schlug sich in einem amüsanten und freundlich gehaltenen Abschlußbericht nieder.

### *Diskussion*

Interessant war, daß durch das Herausarbeiten und Sichtbarmachen der gruppenspezifischen Prozesse in der Milieugruppe und in der entsprechenden Milieutherapeutengruppe festgefahrene Dynamiken und Arretierungen wieder »in Fluß« gebracht werden konnten. Die Gruppendiagnostik diente als objektives Kriterium, das einen Einblick von außen ermöglichte. Nach der Umbesetzung der Gruppenleiter erwies sich eine ursprünglich vorgesehene Umstrukturierung der Milieugruppe als nicht mehr erforderlich. Zusammenfassend kann gesagt werden, daß durch das gruppenspezifische Arbeiten latente Unzufriedenheiten der Therapeuten über die mangelnde Zusammenarbeit und Kommunikation und dadurch bedingte Wahrnehmungsdefizite aufgedeckt werden konnten. Man könnte vermuten, daß sich hinter dem sog. Burnout-Syndrom in sozialen Berufen ähnliche unerkannte und unausgesprochene Dynamiken in Arbeitsgruppen verbergen.

### *Group Diagnosis as Therapeutic Agent in Inpatient Milieu Therapy*

Sylvelin Römisch, Margit Schmolke (Munich)

In order to explore the cause of an arrested group process in a milieu-therapeutic group in the Dynamic Psychiatric Hospital Mengerschwaike the individual personality profiles of the patients and the milieu therapists as well as the intra-group relationships were investigated. Diagnostic instruments had been the ISTA (Ego Structure Test according to Ammon) and sociometric assessment. The authors describe the development of the milieu-therapeutic group and the difficulties that occurred. In the beginning the patients were motivated and engaged to complete their milieu-therapeutic project, i.e. to give the entrance of the hospital a better outlook. After a first success, they lost interest in the project and each other as well. Subgroups emerged and destructive rivalry between men and women took place. In the end, group dynamics were destructive and seemed to be arrested. The therapists had the impression that the group might have been structured in a wrong way, for instance, that there were too many patients with a similar personality structure.

The sociometric assessment showed that, indeed, there was little contact and relationship in the group. Some patients rejected answering the questions in the sociometric questionnaire. They often just positively chose the patients belonging to their own subgroup, and they often did not mention the therapists in any way. The latter can be interpreted as deposition of the leaders.

In the results of the ISTA investigation this group did not differ from other milieu-therapeutic groups; the scale values covered a wide range, and

the hypothesis, that the group members could be too homogeneous in their personality structure, could not be proved.

In the supervision the diagnostic results were related to the group-dynamic process of the patients' group and the group of the milieu therapists. It turned out that the subgroup formation of the patients reflected the dynamics among the milieu therapists. A practical result of the evaluation was to change the composition of the therapists. The latter resulted in a gradual change of the group atmosphere, indicated by several positive developments.

## Literatur

- Ammon, G.* (1979a): Psychoanalytische Milieuthherapie. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Band 1. (München: Ernst Reinhardt)
- (1979 b): Gruppendynamisches Prinzip. In: ebd.
- Ammon, G.; Burbiel, I.; Finke, G.; Wagner, H.* (1982): Ergebnisse Dynamisch-Psychiatrischer Forschung. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie. Band 2. (München: Ernst Reinhardt)
- Ekstein, R.; Wallerstein, R.S.* (1958): The Teaching and Learning of Psychotherapy. (New York: Basic Books)
- Finke, G.; Wolfrum, G.* (1996): Der Ich-Struktur-Test nach Ammon (ISTA) – erste Ergebnisse nach der Revision. In: *Dyn. Psychiat.* (29) 199-212
- Moreno, J.L.* (1954): Die Grundlagen der Soziometrie. Wege zur Neuordnung der Gesellschaft. (Köln-Opladen: Westdeutscher Verlag)

### Adressen der Autorinnen:

Dipl.-Psych. Sylvelin Römisch  
Fehwiesenstraße 14  
D - 81673 München

Dipl.-Psych. Margit Schmolke  
Tengstraße 20  
D - 80798 München

## Gruppendynamischer Prozeß und ISTA-Verlaufsuntersuchung bei einer Extramuralen Stationären Milieuthérapie\*\*\*\*

Ulrike Fabian\*, Monika Dworschak\*\*, Malgorzata Borusiak\*\*\* (München)

Anliegen der vorliegenden Arbeit ist die Darstellung des gruppendynamischen Prozesses einer Extramuralen Stationären Milieuthérapie (ESMT) mit Hilfe von Sitzungsprotokollen, Berichten der Gruppenleiter und psychologischen Testuntersuchungen mit dem Ich-Struktur-Test nach Ammon (ISTA). Indikationen für die ESMT, die Bedeutung des kulturellen Umfeldes und der Verlauf des Gruppenprozesses werden zusammenfassend dargestellt. Dabei wird die zentrale Bedeutung einer guten Vorbereitung und Strukturierung der Patienten- und Leitergruppe diskutiert. Die gemeinsamen Anliegen der Gruppe (milieuthérapeutische Projekte, das tägliche Zusammenleben, Ausflüge und Seminare) sowie die Wechselwirkungen der Beziehungsdynamiken von Gruppe und Leitern, von Gruppengrenzen und Traumfähigkeit, von Sicheinlassen und Trennen als unbewußte Themen werden herausgearbeitet. Gruppenuntersuchungen mit dem ISTA vor, während und nach der Milieuthérapie werden verglichen. Eine Zunahme der konstruktiven Skalenwerte bei gleichzeitiger Abnahme der destruktiven Werte im Vergleich der Untersuchungen vor und während der ESMT konnte festgestellt werden.

### *Die ESMT im Behandlungsspektrum der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik*

Die Extramurale Stationäre Milieuthérapie (ESMT) findet seit Bestehen der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige regelmäßig in einem Tagungszentrum in Paestum (Süditalien) statt und wird als Bestandteil der stationären Psychothérapie aus dem Tagespflegesatz der Krankenkassen finanziert. Als Erweiterung des stationären milieuthérapeutischen Settings setzt sie die Behandlung innerhalb der Klinik fort, indem sie die projektzentrierte Milieuthérapie in eine neue Umgebung verlagert und sie durch spezifische Charakteristika ergänzt, wie z.B. klare zeitliche Begrenzung auf drei Wochen, enger Gruppenbezug durch Zusammenleben vor Ort, größere Eigenverantwortung der Patienten, neue geistige und kulturelle Entwicklungsangebote sowie praktisch erfahrbare Aufhebung der pathogenen Spaltung von Arbeit und Freizeit (Fabian, Schanné 1993).

Nach Ammon (1973) ist die psychoanalytische Milieuthérapie generell zu verstehen als »ein Versuch, den Problemen jener Patienten gerecht zu werden, deren schwere Ich-Störung es ihnen unmöglich macht, das eigene Verhalten zum Gegenstand reflektierender Beobachtung zu machen. Die

- \* Dr. med., Ärztin für Psychiatrie und Psychothérapie, Psychoanalyse, Dynamisch-Psychiatrische Klinik Mengerschwaige, München
- \*\* Dipl. Psych., Klinische Psychologin/Psychothérapeutin (BDP), Leitung des Bereichs Milieuthérapie der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige, München
- \*\*\* Dipl.-Psych., Milieuthérapeutin der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige, München
- \*\*\*\* Vortrag gehalten auf dem 11. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XXIV. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 4.-8. März 1997 in der Fachhochschule München-Pasing

Therapie muß hier einen Schritt weiter gehen, von der symbolischen Darstellung der Lebenssituation durch die therapeutische Gruppe zur tatsächlichen Verwandlung der aktuellen Lebenssituation durch ihre Verpflanzung in ein therapeutisches Milieu, welches die Lebenssituation des Patienten zeitlich und örtlich vollkommen umschließt. Lebenssituation und Behandlungssituation werden identisch«. Im Unterschied zur Milieuthherapie innerhalb der Klinik leben und arbeiten bei der extramuralen Milieuthherapie Patienten und therapeutische Leiter (zwei Milieuthérapeuten/Diplompsychologen und ein Arzt) in einer Gruppe rund um die Uhr zusammen. Alltägliche Aufgaben und die Organisation der milieuthérapeutischen Projektarbeit, der Ausflüge und Seminare werden von der Patientengruppe unter Supervision der Leiter selbständig übernommen. Sowohl die abendlichen gruppendynamischen Sitzungen als auch die der theoretischen Vertiefung dienenden Seminare zu kulturellen, politisch-historischen und gruppenbezogenen Themen bewirken eine Integration des tagsüber Erlebten und ermöglichen Auseinandersetzungen gruppendynamischer und geistiger Art.

Das Tagungszentrum der Deutschen Akademie für Psychoanalyse in Paestum bietet eine historische Umgebung besonderer Art mit den nahegelegenen griechischen Tempeln und Ausgrabungen der griechisch-römischen Stadt Poseidonia. Das Tagungszentrum »Casa Ammon« befindet sich auf archäologischem Gelände und hat sich zu einer mediterranen Gartenlandschaft mit mehreren Gebäuden, die als Wohnräume der Milieugruppe dienen, entwickelt. Neben den Gruppenräumen und Gartenanlagen steht den Patienten auch eine reichhaltige Bibliothek zur Verfügung.

Die Forderungen an die Milieugruppe sind in dieser Situation im Ausland im Unterschied zur stationären Therapie konkreter und alltagsbezogener (vgl. Ammon 1971, 1973, Schmidts, Dworschak 1998, Dworschak 1998). Durch die notwendigen realen Aufgaben wie Einkaufen, Kochen und Ausflugsvorbereitungen werden Übertragungsarretierungen, wie sie im Klinikmilieu häufig auftreten, weitgehend abgegrenzt. Die fremde Sprache und das neuartige Lebensumfeld tragen mit dazu bei, die konstruktiven und gesunden Fähigkeiten der Patienten verstärkt zu mobilisieren. Indiziert ist daher die ESMT für alle Patienten, die kurz vor der geplanten Klinikentlassung stehen sowie bei Arretierung des stationär-therapeutischen Prozesses durch zu starke Übertragung auf die Gesamtklinik und bei Patienten, die mehr reale Forderungen im Verlauf ihres Therapieprozesses benötigen wie z.B. bei depressiv strukturierten Patienten. Kontraindikationen sind in erster Linie suizidale Tendenzen, starkes destruktives Agieren durch Weglaufen, Alkoholgefährdung u.a., sowie eine notwendige enge therapeutische Symbiose bei psychotisch strukturierten Patienten, die noch unter neuroleptischer Medikation stehen.

### *Darstellung des Gruppenprozesses*

In den ersten vorbereitenden Gruppensitzungen wurden die Motivation der einzelnen Patienten, ihre Anliegen sowie die therapeutischen Indikationen für die Paestumfahrt überprüft. Zur Gruppe gehörten 15 Patienten, für die die ESMT zur Entlassungsvorbereitung und zur Aktivierung arretierter Therapieprozesse indiziert war. Diagnostisch handelte es sich um acht Patienten mit Borderline-Struktur, drei Patienten mit schizophrener Struktur, zwei Patienten mit Suchtstruktur und zwei Patienten mit anorektischer Struktur.

Drei milieutherapeutische Projekte, die notwendig waren zur Instandhaltung des Tagungszentrums und auch für die Patienten sinnvoll erschienen, wurden ausgewählt: Streichen und Verschönern einer Dachterrasse, Renovieren und Katalogisieren der Bibliothek und das Anlegen eines Gemüsegartens.

In der Gruppe war Vorfremde und Neugier spürbar. Angst zeigten am deutlichsten zwei Patienten, die noch nie im Ausland waren. Vorbereitungen für die Projekte mußten bereits in Angriff genommen werden, was angstbindend wirkte, und ein Fest zur Finanzierung von Ausflügen konnte erfolgreich durchgeführt werden. Diese »Generalprobe« kurz vor der Abreise zeigte, daß die Gruppe fähig war, zusammenzuarbeiten, Angst gemeinsam zu bewältigen und Außenseiter zu integrieren.

Etwa ab der zehnten Vorbereitungssitzung wurden Ängste bezüglich der Trennung aus der Klinik thematisiert, wie z.B. den Platz in der Klinik bzw. den Kontakt zu zurückbleibenden Mitpatienten und Therapeuten zu verlieren. Es wurde auch Angst vor dem Verschlungenwerden durch die Gruppe geäußert und Angst, keinen Platz in der Gruppe zu finden. In dieser Phase des Gruppenprozesses tauchte der erste Gruppentraum auf. Einer der Männer träumte, mit der gesamten Gruppe auf Capri die Gärten des *Augustus* zu besuchen und den herrlichen Blick aufs Meer zu genießen. Diesen Initialtraum verstehen wir auf einer unbewußten Ebene als Zeichen dafür, daß die Gruppengrenzen soweit ausgebildet sind, um eine Öffnung zur Traumebene hin zuzulassen.

Die Ankunft in Paestum und die ersten Tage brachten mit Beginn der Projektarbeit neben Rivalitäten um die Projektleitung ein Austesten der Gruppengrenzen mit sich, was sich daran zeigte, daß einzelne das Gelände ohne Absprache verließen.

Eine in den Gruppensitzungen spürbare Traurigkeit löste sich erst auf, als eine der Leiterinnen über ihre Trauer um Prof. *Ammon* sprach, dessen Beisetzung auf Capri am Ende unseres Aufenthalts stattfinden würde. Im Protokoll vermerkte eine Patientin: »Auch die Therapeuten kommen an ihre Grenzen, genau wie wir.« Die Gruppe erlebte die Leiter direkter und menschlich näher als in der Klinik, was die Grenzen in dieser Anfangsphase schließen half.

Gruppendynamisch bedeutete dann der am vierten Tag stattfindende erste Ausflug eine erste Öffnung der Gruppe nach außen und wurde mit

entsprechenden Gefühlen von »Abenteuer« bis Angst erlebt. In der Sitzung danach wurde deutlich, daß einige Patienten den Leitern gegenüber mißtrauisch waren und insbesondere Kritik an der Organisation des Ausflugs übten. Widerstandsmechanismen wie Zuspätkommen und Verschlafen wurden danach häufiger; Arbeitsstörungen, Eifersucht und starke therapeutische Wünsche zeigten an, daß die Gruppe mehr Schutz und gleichzeitig aggressive Auseinandersetzung mit den Leitern suchte. Sogar für das Regenwetter wurden die Leiter verantwortlich gemacht. Die Stimmung verschlechterte sich, und die Gruppe drohte auseinanderzufallen. Ein Traum aus dieser Phase verdeutlicht den Konflikt der Gruppe: Ein Patient träumte, daß ein Mitpatient am Strand mit Fußbällen aggressiv und einsam um sich schoß, während er selbst gemeinsam mit Gruppenmitgliedern im Sand spielte und fröhlich herumsprang. Es ging offensichtlich um die Ambivalenz, sich auf den Gruppenprozeß einzulassen oder wütend, alleine und isoliert zu bleiben.

Die nicht gespürte und gefährlich agierte Angst eines Patienten – er balancierte freihändig auf der Dachterrasse – konnte durch die Aufmerksamkeit der Gruppe bewußt gemacht werden. Die Vorbereitung auf den Capri-Ausflug löste bei mehreren Patienten psychosomatische Reaktionen aus, die wir als Ausdruck der Trennungsangst, die der Ausflug mobilisierte, verstanden. Auf einer tieferen Ebene war unbewußt die bevorstehende Beisetzung Prof. *Ammons* am Ende des Milieutheraufenthalts Auslöser für Trennungs- und Todesängste. Eine Patientin war so traurig, daß sie sich kaum beruhigen konnte, bis ihr ein Traum einfiel: »Ich stand auf einer Blumenwiese. Da kam Prof. *Ammon* vorbei und forderte mich auf, mit ihm zu gehen«.

Der junge Mann mit dem ersten Traum dieser Milieugruppe über die *Augustus*-Gärten war auf Capri tatsächlich allein dorthin gegangen, was ihn danach sehr traurig machte. Sein Wunsch blieb vorerst unerfüllt, mit der ganzen Gruppe dort zu sein. In den auf den Capri-Ausflug folgenden Tagen ging es thematisch um Arbeitsstörungen und Existenzängste, aber auch konkret wieder mehr um die Arbeit an den Projekten, die mit viel Widerstand verbunden war. Der Abschied und das Ende der Paestumzeit kündigten sich schon an, viele äußerten, daß sie sich alleine fühlten. Eine Patientin träumte: »Die Gruppe und Prof. *Ammon* sitzen in einem großen Haus. Nur ich selbst bin draußen, schaue durch die Fenster herein und will hineingehen, kann das aber nicht.«

In der Mittelphase des Gruppenprozesses entstanden Verliebtheiten und erotische Wünsche, die ihren Höhepunkt auf dem Gruppenausflug nach Pompeji mit seinen erotischen Wandmalereien und Mysterienkulten fanden. Die unbewußten Thematik von »Leben und Tod« zog sich wie ein roter Faden durch die Gruppensitzungen und Seminare. Eine bisher eher am Rand der Gruppe stehende Patientin wählte aus eigener Initiative als Thema für das nächste abendliche Seminar »Tod und Identität«. Die Arbeit an ihrem Referat bedeutete für sie, daß sie zum ersten Mal seit vielen Monaten wieder konzentriert lesen konnte.

Wut entstand vermehrt, als nach intensiver Arbeit die Projekte abgeschlossen und damit die Trennung aus Paestum eingeläutet wurde. Vor allem die mehr psychotisch strukturierten Patienten drückten diese Wut aus, indem sie versuchten, das Erlebte wieder rückgängig zu machen. Aber beispielsweise der in guter Stimmung mit einem festlichen Nachmittags-Kaffee gefeierte Abschluß des Dachterassenprojekts macht deutlich, daß nicht alles rückgängig zu machen ist, denn die renovierte Dachterrasse mit ihren weißen Wänden und schönen Pflanzentöpfen würde auch nach der Abreise noch dasein.

Die gesamte Gruppe fuhr schließlich ein zweites Mal nach Capri zur Beisetzungsfeier Prof. *Ammons*. Durch dieses Ereignis konnte die Gruppe die Realität von Trennung und Tod im direkten Kontakt erleben und im Zuge der Trennungsbearbeitung aus Paestum umsetzen. Eine Patientin träumte in der Nacht davor, daß die Gruppe gemeinsam die Gärten des *Augustus* besichtigen würde. So schloß sich im Unbewußten der Kreis zum Initialtraum, der im Sinne einer Wunscherfüllung konkret umgesetzt wurde. Die Wanderung zu den Gärten des *Augustus* im Anschluß an die Friedhofszereemonie war einer der Höhepunkte der gesamten Milieuthherapie, denn angesichts der herrlichen Aussicht auf den Golf von Neapel und die Faraglioni-Felsen vor Capri hieß es für die Gruppe: »Das Leben geht weiter«.

Die letzte Gruppensitzung in Paestum war gekennzeichnet von Trauer und Trennungswut, aber auch von Dankbarkeit, so viel erlebt und erfahren zu haben. Eine Patientin sagte, sie sei an Gefühle bei sich herangekommen, zu denen sie seit vielen Jahren keinen Zugang mehr hatte und habe jetzt auch neuen Mut, nach der Rückkehr ihre Zukunftspläne in Angriff zu nehmen.

Die Trennung löste verstärkt psychosomatische Reaktionen aus, alte Verlassenheitsgefühle wurden mobilisiert. Die Gruppe fand es insgesamt schwer, im Klinikmilieu wieder Fuß zu fassen, vor allem aber sich allmählich aus der Paestum-Gruppe zu verabschieden, ohne die gewonnenen Kontakte aufzugeben. Mehrere Trennungsträume tauchten in den Nachsitzungen auf, bis schließlich alle Patienten sich mit persönlichen Worten von »ihrer Paestum-Gruppe« und von den Leitern verabschieden konnten.

### *Verlaufsuntersuchungen mit dem ISTA*

Im Verlauf der extramuralen Milieuthherapie wurden zu drei verschiedenen Meßzeitpunkten Untersuchungen mit dem Ich-Struktur-Test nach *Ammon* (ISTA) durchgeführt (*Wolfrum, Finke* 1997). Die Patientengruppe bestand aus 15 Patienten. Davon gehörten acht zur Diagnosegruppe »Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typus« (ICD 10: F 60.31), drei zur Diagnosegruppe »Schizophrenie« (ICD 10: F 20.0 und F 20.1), zwei zur diagnostischen Gruppe der Abhängigkeitssyndrome nach erfolgtem Entzug (ICD 10: F 1x.20 und F 1x.21) und zwei Patienten zum Diagnosebereich der Eßstörungen (ICD 10: F 50.0 und F 50.2).

Die erste ISTA-Untersuchung (t 1) fand zwei bis drei Tage vor Abfahrt nach Paestum statt. Die zweite Untersuchung (t 2) erfolgte am 13. Aufenthaltstag in Paestum, etwa am Ende der Mittelphase des Aufenthalts. Etwa vier Tage nach Rückkehr in die Klinik wurde die dritte ISTA-Untersuchung durchgeführt (t 3).

Betrachtet man die ISTA-Profile der Patientengruppe vor, während und nach dem milieutherapeutischen Aufenthalt in Paestum, so zeigt sich eine große Streubreite der Werte und damit eine heterogene Gruppenstruktur. Wir gehen davon aus, daß die Zusammensetzung der Gruppe und der Leiter für das Gelingen einer extramuralen Milieuthherapie wesentlich ist, wobei die Gruppe so heterogen wie möglich zusammengesetzt sein, aber jeder Patient auch ein Pendant in der Gruppe haben sollte. Auch die Leiter sollten sich voneinander unterscheiden und sich gegenseitig ergänzen.

### ISTA 96 - Profilblatt

(unter 50 Jahre)

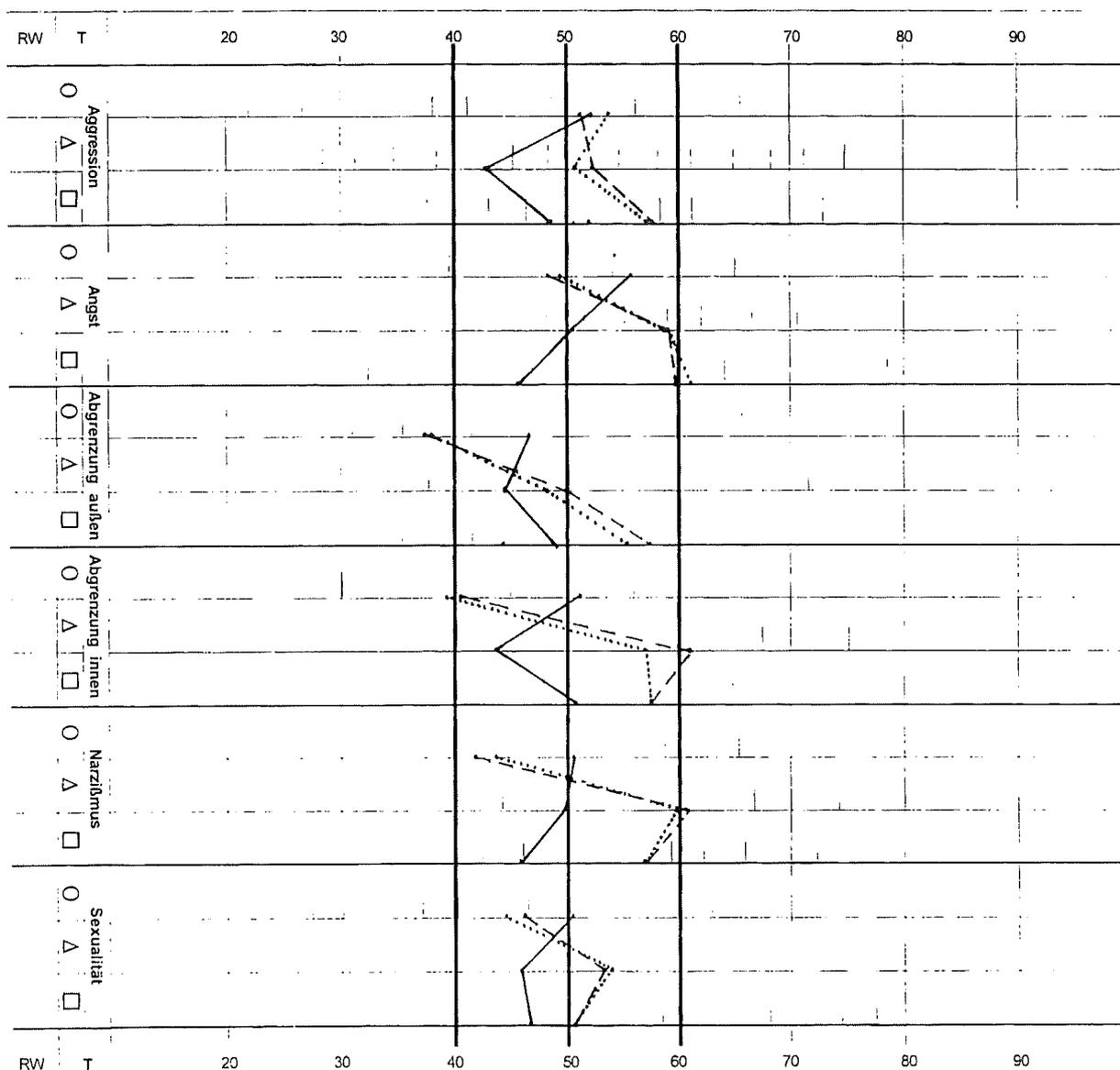


Abb. 1: Mittelwerte der ISTA-Untersuchungen vor (---) (N=15), während (—) (N=14) und nach (...) (N=15) der extramuralen stationären Milieuthherapie.

Unsere Frage war, ob sich im ISTA Veränderungen im Verlauf der extramuralen Milieuthérapie finden ließen. Aufgrund der bisherigen Erfahrungen nahmen wir an, daß im Verlauf der Milieuthérapiezeit die konstruktiven Werte zunehmen und die defizitären Werte insgesamt abnehmen. Ebenso erwarteten wir Verbesserungen der Werte zwischen den Meßzeitpunkten t1 und t3. Wir formulierten folgende Hypothesen:

Hypothese 1: Der Vergleich der Werte vor Paestum (t 1) mit den Werten in Paestum (t 2) wird eine Zunahme der konstruktiven Skalenwerte und eine Abnahme der defizitären Skalenwerte ergeben.

Hypothese 2: Der Vergleich der Werte vor Paestum (t 1) mit den Werten nach Paestum (t 3) wird ebenfalls Veränderungen in konstruktiver Richtung ergeben.

Mit dem t-Test wurde ein Mittelwertvergleich zwischen t 1 und t 2 sowie zwischen t 1 und t 3 vorgenommen. Folgende Ergebnisse konnten erzielt werden:

1. Der Vergleich der Werte zwischen t 1 und t 2 ergab für alle ISTA-Skalen signifikante Unterschiede mit Ausnahme der Skalen der konstruktiven Aggression und der destruktiven Abgrenzung nach außen (vgl. Tab. 1)

2. Der Vergleich der Werte zwischen t 1 und t 3 ergab für alle Skalen keinerlei signifikante Unterschiede (vgl. Tab. 1 und Abb. 1).

Skala	vor Paestum (N=15)		in Paestum (N=14)			nach Paestum (N=15)		
	X	sd	X	sd	p	X	sd	p
konstruktive Aggression	7.43	2.2	8.16	2.5	ns	8.01	2.4	ns
destruktive Aggression	4.37	2.7	1.68	2.9	.001	4.23	2.9	ns
defizitäre Aggression	4.54	3.6	2.36	3.2	.01	4.71	3.8	ns
konstruktive Angst	7.46	1.9	9.25	1.9	.02	7.56	3.1	ns
destruktive Angst	4.73	3.3	2.57	2.4	.01	4.38	2.8	ns
defizitäre Angst	3.86	3.2	1.3	1.7	.000	4.26	2.7	ns
konstruktive Abgrenzung außen	4.9	2.3	7.24	2.2	.001	5.3	2.8	ns
destruktive Abgrenzung außen	2.89	1.7	1.63	2.2	ns	2.59	2.2	ns
defizitäre Abgrenzung außen	4.63	3.2	2.31	2.9	.05	4.09	2.9	ns
konstruktive Abgrenzung innen	6.84	2.2	9.11	2.0	.001	6.67	1.7	ns
destruktive Abgrenzung innen	3.91	2.3	1.37	1.4	.001	3.49	2.1	ns
defizitäre Abgrenzung innen	6.57	3.4	4.64	3.4	.01	6.31	3.9	ns
konstruktiver Narzißmus	6.25	2.8	8.53	2.6	.01	6.99	2.9	ns
destruktiver Narzißmus	5.37	3.2	2.48	2.9	.000	5.28	3.1	ns
defizitärer Narzißmus	3.78	3.4	1.08	2.3	.001	3.79	3.3	ns
konstruktive Sexualität	6.76	3.4	7.20	3.0	.01	6.35	3.9	ns
destruktive Sexualität	3.36	2.5	1.64	2.4	.000	3.56	2.6	ns
defizitäre Sexualität	2.34	2.2	1.32	2.0d	.001	2.34	2.3	ns

Tab. 1: Mittelwerte und Standardabweichungen im ISTA der extramuralen Milieuthérapie März 1996 (N= 15) vor, in und nach Paestum (jeweils in Bezug auf »vor Paestum«)

### *Diskussion der Ergebnisse*

1. Der ISTA erfaßt die Persönlichkeitsstruktur in einigen wesentlichen zentralen Humanfunktionen. Er bildet aber auch als Selbsteinschätzungstest die Selbstwahrnehmung und das subjektive Empfinden der Testperson

ab. Das heißt für uns, daß aufgrund unserer Ergebnisse sich die Patienten während der Zeit in Paestum als gesünder wahrnehmen und einschätzen. Die täglichen Anforderungen tragen zur Förderung konstruktiver und gesunder Persönlichkeitsanteile bei, die auch mehr gebraucht werden, da alle lebensnotwendigen Aktivitäten selbständig durchgeführt werden müssen, wie Kochen, Einkaufen, Projektplanung und Kalkulation. Das Verhältnis zwischen Mitarbeitern und Patienten ist in Paestum unmittelbarer und direkter, der Alltag wird von allen gemeinsam bewältigt, so daß die Mitarbeiter menschlich näher und realer wahrgenommen werden. Übertragungsprozesse werden so weniger aktiviert und in der Gegenübertragung der Leiter werden die Patienten konstruktiver erlebt. Die Gesamtgruppe ist geschlossener aufgrund der Situation in einem fremden Land mit vermehrten Anforderungen; Ängste, Schwierigkeiten und Entdeckungen werden gemeinsam erfahren. Zur Integration des Erlebten sind die täglich stattfindenden gruppendynamischen Sitzungen von zentraler Bedeutung. Darüber hinaus entfallen möglicherweise Momente, die, wie z.B. formale Einzel- und Gruppentherapie, Angehörigengespräche, Realitätsanforderungen außerhalb des milieuthérapeutischen Feldes wie z.B. Wohnungsprobleme u.ä. vermehrt pathologische Persönlichkeitsanteile sichtbar machen. Man könnte sagen, daß in Paestum viel Therapie stattfindet, ohne daß es explizit »Therapie« genannt wird.

Die ISTA-Werte zeigen eine stärkere Öffnung zum Unbewußten und zur Welt der inneren Phantasien und kreativen Potentiale, aber auch hin zu anderen Menschen und zur Gruppe. In der besonderen Umgebung Paestums entsteht in einer klar begrenzten Zeit mit klar abgegrenzten Zielen und Projekten ein spezifisches sozialenergetisches Feld, das Identitätsforderungen beinhaltet und Wachstumsprozesse fördert. Durch die gezielte Auswahl der beteiligten Patienten und die klare Indikation ist primär bereits eine größere Motivation der Patienten zu erwarten mit der Bereitschaft, mehr Angst auszuhalten. Diese Bereitschaft ist die Voraussetzung für Identitätswachstum. Die nichtsignifikanten Unterschiede in den Bereichen der konstruktiven Aggression und der destruktiven Abgrenzung nach außen lassen sich darauf zurückführen, daß die ausgewählten Patienten bereits ein relativ hohes Ausgangsniveau in dieser Persönlichkeitsfunktion aufwiesen.

2. Wir verstehen die nichtsignifikanten Unterschiede zwischen t 1 und t 3 als Reaktion auf die Rückkehr in die Klinik und in die damit verbundene Übertragungssituation. Die Patienten müssen sich darüber hinaus aus der Paestumgruppe trennen, mit der sie vieles gemeinsam erlebt, erfahren und gelernt haben. Ein dauerhafter Strukturgewinn ist darüber hinaus erst längerfristig, unter Umständen erst nach der Entlassung aus der Klinik zu erwarten, wenn sich Integrationsprozesse durch die weitere Therapie fortsetzen.

### *Schlußzusammenfassung*

Aus unserer Darstellung des Gruppenprozesses einer extramuralen milieutherapeutischen Gruppe und der Ergebnisse der Verlaufsuntersuchungen mit dem ISTA geht hervor, daß die ESMT eine wesentliche Erweiterung der therapeutischen Möglichkeiten einer dynamisch-psychiatrischen Klinik bietet. Insbesondere anhand der in den gruppodynamischen Sitzungen berichteten Träume der Patienten und der ISTA-Verlaufswerte zeigt sich eine Öffnung hin zum Unbewußten und eine Veränderung zu mehr konstruktiven Fähigkeiten und Potentialen.

Das spezifische sozialenergetische Feld in Paestum und die mögliche Geschlossenheit der Gruppe in einer begrenzten Zeit lassen identitätserweiternde Erfahrungen zu, sowohl im Umgang mit der Projektarbeit als auch im zwischenmenschlichen Kontakt mit Therapeuten und Mitpatienten. Grenzerlebnisse und geistig-kulturelle Erfahrungen können direkt integriert werden durch die unmittelbar mögliche Bearbeitung in den gruppodynamischen Sitzungen und Seminaren.

Nach der Rückkehr in die Klinik fallen die ISTA-Werte nahezu auf das Ausgangsniveau zurück, entsprechend der gruppodynamisch erlebbaren Trennungsreaktionen, die wir als unbewußten Versuch verstehen, das Erfahrene wieder ungeschehen zu machen. Es ist zu vermuten, daß das identitätserweiternde Potential der in Paestum möglichen Öffnung erst im längerfristigen Therapieverlauf zum Tragen kommt und im Laufe von weiteren therapeutischen Integrationsschritten zur Strukturbildung beitragen kann.

### *Unconscious Group Processes and ISTA--Investigations during Extramural Clinical Milieu Therapy*

Ulrike Fabian, Monika Dworschak, Malgorzata Borusiak (Munich)

The present paper is introduced by an outline of the structure and indications of Extramural Clinical Milieu Therapy (ECMT) in the therapeutic conception of Dynamic Psychiatry, gives an example of the unconscious group dynamic process of a milieu group and examines the question whether the Ego-Structure-Test by *Ammon* (ISTA) can show changes in the self assessment of the group members due to the Extramural Milieu Therapy.

ECMT has its place in the therapeutic network since the foundation of the Dynamic Psychiatric Hospital Mengerschwaike in Munich, takes place in a Center at Paestum/South Italy and is paid by the health insurances as a part of the inpatient psychotherapeutic treatment. ECMT represents a widening of the therapeutic scope of clinical treatment by taking advantage of group-dynamic and therapeutic aspects outside the precincts of the hospital in a foreign country are: cleartime limits (three weeks),

narrow group feelings and contacts, higher personal responsibility of the patients, coping with reality in a foreign country and language, new possibilities of spiritual and cultural development of the patients and of overcoming the gap between work and leisure time.

Following *Ammon's* conception, the psychoanalytic milieu therapy generally renders the therapeutic situation identical with the actual life situation of the patient. Thus, milieu therapeutic groups constitute »time-bound communities, within which all life manifestations of the patients are rendered visible and assessable« (*Ammon* 1973). Milieu therapy is especially indicated for those patients who, while having weak identities, are unable to gain insight into their conflicts and instead act them out. Besides planning daily activities and structuring common time, preparing and shaping work on an own project constitutes the main aspect of milieu therapy.

In Extramural Clinical Milieu Therapy, patients and group leaders live together all the time in a center outside the hospital, shape the daily work, the organisation of project work and of journeys as well as the seminars in the evenings. The therapeutic setting is transferred to a center in South Italy, with constant possibility of communication by phone with the hospital. The center of the German Academy for Psychoanalysis is situated in an archeologically important site including the Greek temples of Paestum and consists of a central building complex in the middle of a landscape of terrace gardens.

The therapeutic indications for ECMT are: improvement of separation ability for patients at the end of their stay in the hospital, loosening of transference on the hospital if the therapeutic process is stagnating, improving reality coping especially for depressive patients. Not eligible for ECMT are suicidal or socially dangerous patients as well as patients with a pronounced acting out or runaway tendency.

The preparation sessions in the hospital are necessary to examine the motivation of the patients who are interested in the ECMT and to look for the therapeutic indications. In the examined group there were 15 members for whom ECMT was indicated. The diagnoses were: 8 borderline-structured patients, 3 patients with schizophrenic structure, 2 patients with dependent structure and 2 patients with severe eating disorders (anorectic structure).

Three milieu-therapeutic projects were chosen: the renovation of the roof terrace, the reorganisation of the library room and the digging of a vegetable's garden. In this phase of the group building processes the first dream was reported in a group session: one of the members dreamed that he would go with the whole group to the gardens of Augustus (a park on the island of Capri) and would enjoy the sea view. This initial dream can be understood as a sign for the closing of group boundaries. After an uneventful trip by train the first days in Paestum brought a testing of group boundaries by acting out of some group members, e.g. by leaving the center without communication with the leaders.

During the group session, a feeling of sadness was perceivable and disappeared after one of the leaders spoke about her own sadness about the decease of Prof. *Ammon*, whose funeral would take place at the end of our stay at the island of Capri. The group experienced the leaders more directly and as human beings, beyond any transference situation.

The excursion taking place on the fourth day was the first opening of the group boundaries and led to aggressive discussions between patients and leaders. The following days were difficult because of resistance against the project and an uneasy atmosphere in the group. A dream reported in this phase showed the ambivalence conflict of the group between isolation and readiness to go through the group process.

In an existential dimension, the planning of the excursion to Capri brought up psychosomatic reactions as equivalents of separation anxiety, because of the connection with the funeral of Prof. *Ammon* at the end of the stay and the resulting unconscious feeling of fear of death. This was also connected with the beginning of the separation process from Paestum for the whole time, and the theme of life and death in an unconscious sense was always present in the group. Finishing the milieu therapeutic projects was difficult for the patients and feelings of anger and wishes of »undoing« came up. A dream, taking place once again the »gardens of Augustus« was closing the circle to the beginning of the milieu therapy, and after the funeral the walk to this marvelous place symbolized for the group that life goes on.

The ISTA was filled out three times during the ECMT: The first ISTA was filled out before departure to Paestum (t 1). The second investigation was on the 13th day in Paestum (t 2), and the third ISTA was filled out four days after return to the hospital (t 3).

The question we raise with our investigation is whether the ISTA shows changes during the ECMT. We suppose that during the time in Paestum (from t 1 to t 2) the constructive scale values increase and the deficient scale values diminish. Also we suppose that the scale values will change between t 1 and t 3. The results were the following:

1. The comparison t 1 to t 2 showed for all ISTA-scales significant differences with exception of the scale for constructive aggression and for destructive outer demarcation
2. The comparison t 1 to t 3 showed no significant differences for any of the scales.

The following facts were discussed:

The ISTA can give a picture of the personality structure in some essential human functions as well as the self assessment of the patient's own feelings.

The results show that the patients in our investigation felt themselves healthier and more active during their stay in Paestum. We understand this by the fact that the daily work can strengthen the constructive abilities of their personality.

The therapists are experienced as more real persons and transference-countertransference processes are not so much activated as in the hospital.

For the integration of the new experiences, the daily group dynamic sessions as well as the theoretical seminars in the evenings are essential. We can summarize that much therapeutic work is done in Paestum without calling this work explicitly »therapy«.

The ISTA-investigations make it probable that an opening to the unconscious and to the world of inner phantasies and potentials, but also to other people and to the group may take place. In the special social energetic field in Paestum, in a defined time and a defined situation, identity processes can be enhanced. The selection of patients and the clear indication of the ECMT makes it clear that more motivated patients with a greater potentiality to cope with anxiety will go to Paestum.

The non-significant differences in the scale of constructive aggression and destructive outer demarcation in the ISTA could be understood as expression of the already high level of these scales before the beginning of ECMT.

The non-significant differences between t 1 and t 3 can be explained by the fact that the return to the hospital tends to impair severe separation reactions by nearly all of the patients. The old transference situation in the milieu of the hospital leads to defense mechanisms such as the »undoing« mechanism. We think that the effect of the ECMT can only be integrated by means of a longer therapeutic process.

## Literatur

- Ammon, G.* (1971): Freizeitgestaltung im Rahmen einer gruppendynamischen Arbeitstherapie. In: Praxis Psychother. (3) 152–161  
– (1973): Dynamische Psychiatrie (Hamburg Luchterhand)  
*Dworschak, M.* (1998): Inpatient Humanstructural Milieu Therapy – Historical Roots and Central Aspects. In: Dyn. Psychiat. (31) 27–33  
*Fabian, E., Schanné, U.* (1993): Die Extramurale Stationäre Milieuthérapie im Behandlungsspektrum der Dynamischen Psychiatrie. In: Dyn. Psychiat. (26) 183–200  
*Schmidts, R.; Dworschak, M.* (1998): Grundzüge stationärer Milieuthérapie. In: Dyn. Psychiat. (31) 1–7  
*Wolfrum, G.; Finke, G.* (1997): Der Ich-Struktur-Test nach Ammon (ISTA) – ein Verfahren zur Erfassung von Persönlichkeitsstruktur. In: Dyn. Psychiatr. (30) 156–182

Adresse der Autorinnen:

Dr. med. Ulrike Fabian  
Dipl. Psych. Monika Dworschak  
Dipl. Psych. Malgorzata Borusiak  
Klinik für Dynamische Psychiatrie  
Geiseltasteigstraße 203  
D-81545 München  
Germany

## Die kreativ-künstlerische Dimension der humanstrukturellen Theatertherapie\*\*

Ingeborg Urspruch (München)\*

Die Autorin geht davon aus, daß jeder Mensch kreativ sein kann, da Kreativität eine zentrale Ich-Funktion ist, über die jeder Mensch verfügt. Inwieweit ein Mensch sein kreatives Potential entfalten kann, hängt davon ab, wie er von seiner Familie oder anderen Gruppen gefördert worden ist, d.h. wie reich ein Austausch von Sozialenergie stattgefunden hat. Bezugnehmend auf Ammon's Kreativitätskonzept wird der therapeutische Prozeß als ein kreativer Prozeß beschrieben. Die Autorin stellt die wesentlichen Aspekte der humanstrukturellen Theatertherapie, basierend auf ihrer 15jährigen Erfahrung mit der ambulanten Theatertherapiegruppe Labyrinth, dar. Bedeutsam bei der theatertherapeutischen Arbeit in Hinsicht auf die kreativ-künstlerische Dimension ist, daß der Schauspieler bzw. das Gruppenmitglied selbst Gegenstand seiner künstlerischen Gestaltung ist. Schließlich arbeitet die Autorin die kreative Bedeutung eines besonderen Gruppenprozesses heraus, in dem die Theatergruppe erst über milieutherapeutische Kunstprojektarbeit zu einem neuen Theaterstück fand.

Kreativität und künstlerisches Gestalten werden allgemein häufig einem ausgewählten Personenkreis zugeschrieben. Als eigentliche Künstler gelten Maler, Bildhauer, Musiker, Dichter wie auch professionelle Schauspieler und Tänzer. So hat sich auch die Psychoanalyse – beginnend mit *S. Freud* (1856-1939) – zuerst damit befaßt, die schöpferischen Fähigkeiten bei bekannten Künstlern zu erforschen, naturgemäß mit dem besonderen Interesse am Zusammenhang von Kunstwerk und Lebensgeschichte des Künstlers. Erwähnt seien hier beispielhaft die Arbeiten von *Freud* über *Leonardo da Vinci* (1910), »Der Moses des Michelangelo« (1914) und seine Arbeit über die Novelle »Gravida« von *Wilhelm Jensen*. Darüberhinaus finden sich zahlreiche Literaturstellen zur Frage von Kunst, Künstlern und Kultur in seinem Gesamtwerk. Das psychobiographische Interesse an Künstlern wuchs erheblich nach *Freuds* Veröffentlichungen in der frühen Psychoanalyse, so daß bis 1960 etwa 300 biographische Studien über Dichter, Maler, Musiker und andere berühmte Persönlichkeiten erschienen waren.

Eine befriedigende Antwort auf die Frage nach der Herkunft künstlerisch-schöpferischer Fähigkeiten und deren Entwicklung ergab sich daraus nicht. Auch der Begriff der Kreativität existierte zu *Freuds* Zeiten noch nicht. Aber *Freud* hat den Grundstein gelegt, den Zusammenhang zwischen Kunst und Psychoanalyse zu sehen.

Nach *Ammon* ist schöpferische Kraft, also Kreativität eine zentrale Ich-Funktion, die jeder Mensch besitzt. Im weitesten Sinne kann man sagen, daß sich die gesamte Menschheit vom Urbeginn ihres Seins bis heute in einem

\* Ärztin für Psychiatrie und Neurologie, Psychotherapie, Psychoanalyse, Lehranalytikerin am Münchner Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP)

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

beeindruckenden und bedeutsamen kreativen Prozeß entwickelt hat und dabei sich selbst, die Erde und die sie umgebende kosmische Welt immer wieder neu zu begreifen versucht und dargestellt hat. Dabei hat Kunst immer eine große Rolle gespielt. Entstanden sind so die verschiedensten Kulturen seit Anbeginn unserer Geschichte und damit unsere gesamte kulturelle Existenz, die den ungeheueren Reichtum unseres Lebens ausmacht oder ausmachen kann für den, der sich diese Dimension erschließen und sich darin entfalten kann. Wie die Menschheit in ihrer Gesamtentwicklung, so entwickelt sich auch das Kind in einem differenzierten kreativen Prozeß, indem es beginnt, sich und seine Umwelt wahrzunehmen im Erleben und der Trennung aus der frühkindlichen Symbiose und sich im kommunikativen Miteinander im Interaktionsprozeß – wenn es die Familie gestattet und fördert – als kreative Person in seinen primär angelegten Möglichkeiten entfaltet und in seinem Leben verwirklichen kann.

*Ammon* schreibt: »Die Entwicklung der individuellen Kreativität hängt stark von der Gruppe ab, in der ein kreativer Mensch lebt. So läßt sich sehr genau angeben, unter welchen Familieneinflüssen eine kreative Anlage gefördert oder behindert wird. Dabei bedeutet Förderung den reichen Austausch von Sozialenergie zwischen Gruppe und Individuum. Dieser Austausch verhütet die Erstarrung persönlicher und sozialer Strukturen« (*Ammon* 1986). Wir kennen als Therapeuten die vielfältigen Behinderungen, die zum psychischen Kranksein bei unseren Patienten geführt haben. Und dabei ist in der Regel die Kreativität zentral betroffen. Symptomatisch sind hier die häufigen Klagen unserer Patienten über innere Leere, Hoffnungs- und Interesselosigkeit, fehlende Zukunftsperspektiven, mangelndes Selbstwertgefühl, fehlende Selbsteinschätzungsfähigkeit, Scheitern im Beruf und in ihren persönlichen Beziehungen.

Gesamtgesellschaftlich wird Kreativität behindert durch einengende Reglementierungen und Normen, starre Rollenfixierungen und Moralvorstellungen, Vorurteile und Abhängigkeiten und insgesamt Fehlen prozeßhaften und ganzheitlichen Denkens und Nichtberücksichtigung der unbewußten menschlichen Dimension. Entsprechend der existentiellen Bedeutsamkeit der Kreativität für menschliches Leben und Wirken haben sich neben Philosophen, Künstlern und Wissenschaftlern aus verschiedenen Bereichen auch besonders alle psychoanalytischen Schulen und Richtungen seit *S. Freud* – der Kreativität auf der Basis seiner Trieblehre als Ergebnis der Sublimierung sah – mit diesem Begriff befaßt und Definitionen erarbeitet. Es würde den Rahmen meiner Arbeit sprengen, den Weg der Kreativitätsforschung hier näher zu erläutern und auszuführen. Ich verweise hier auf zahlreich erschienene Fachliteratur zu diesem Thema. Allgemein kann man sagen, daß schwerpunktmäßig in der Geschichte der Psychoanalyse Kreativität als intrapsychischer Prozeß gesehen wurde.

Im Rahmen der Dynamischen Psychiatrie der Berliner Schule *Günter Ammons* ist Kreativität seit vielen Jahren Gegenstand der wissenschaftlichen Forschung. Bereits im August 1971 stand eine Tagung der DAP im

Tagungszentrum in Stelzerreut im Bayerischen Wald unter dem Thema: »Gruppe und Kreativität«. 1972 erschien im Pinel-Verlag, Berlin, das Buch: »Gruppendynamik der Kreativität«, herausgegeben von *Günter Ammon*. Im Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. II, sind diesem Thema viele Kapitel gewidmet wie auch bedeutsame Arbeiten im Buch von *Ammon* »Der mehrdimensionale Mensch« (1986). Das Besondere bei *Ammon* ist, daß er Kreativität entsprechend seinem ganzheitlichen Menschenbild und Krankheitsverständnis als ein zwischenmenschliches Geschehen sieht und begreift. Kreativ sein heißt für *Ammon*, neugierig an Menschen und Dinge heranzugehen mit der Möglichkeit, Neues für sich zu entdecken und sich anzueignen. Die Matrix hierfür ist das konstruktive Potential des Unbewußten mit seinen »human potentialities«. *Ammon* schreibt: »Dieses neue Denken und Tun bezieht sich nicht nur auf Wissenschaft und Kunst, sondern auf alle Lebensbereiche. Kreativität äußert sich hierbei nicht im einmaligen Erlebnis oder einem einmaligen Schöpfungsakt, sondern einem kreativen Lebensstil, d.h. einem permanenten Infragestellen von Altem und bislang Gewohntem und Üblichem, verbunden mit der Suche nach der Verwirklichung von diesen neuen Denk- und Lebensmöglichkeiten« (*Ammon* 1982). Im kreativen Akt und Prozeß sind nach *Ammon* die Ich-Grenzen nach innen und außen weit geöffnet. Impulse kommen aus der umgebenden Gruppe und Gesellschaft, sie werden mit eigenen Gedanken und Erfahrungen in Beziehung gesetzt und integriert. Kreativität kann man nicht willentlich herbeiführen. Sie entwickelt sich in einer stimulierenden Umgebung und nur im inneren und äußeren zwischenmenschlichen Kontakt. Kreativität ist damit nach *Ammon* kein intrapsychischer, sondern ein kommunikativer Prozeß.

Die Entwicklung von Kreativität ist damit in der theoretischen Erforschung und langjährigen praktischen Erfahrung der Dynamischen Psychiatrie immer verbunden mit der den Menschen umgebenden Gruppe bzw. den gesamten Gruppenbezügen, in denen ein Mensch lebt und im prozeßhaften interpersonellen Austausch steht. In konstruktiven Gruppen besteht ein tragender und toleranter, aber auch konfliktfähiger Kontakt, der die von *Ammon* definierte Sozialenergie entstehen und wirksam werden läßt und so insgesamt den Ich-Struktur-Aufbau bedingt und Voraussetzung ist für die gesunde Identitäts- und Persönlichkeitsentwicklung. Und *Ammon* schreibt weiter: »Da Kreativität immer mit Persönlichkeitsveränderung einhergeht, ist auch der therapeutische Prozeß ein kreativer« (*Ammon* 1986).

Vom Standpunkt der Kreativität aus muß in der psychoanalytisch-psychotherapeutischen Behandlung eine Reaktivierung des Patienten angestrebt und weitmöglichst erreicht werden. Dies kann aber nur dann geschehen, wenn der Patient sich öffnen kann, seine Begrenztheiten, Übertragungen und Konflikte, d.h. die defizitären und destruktiven Anteile seiner Persönlichkeit wie auch seine konstruktiven primären Potentialitäten, ursprünglichen Wünsche und Bedürfnisse in den kommunikativen Prozeß mit dem Therapeuten hineingeben kann. Und der Therapeut muß andererseits in der

Lage sein, sich mit den aus seiner eigenen Lebenserfahrung, seiner Ausbildung und seiner eigenen Lehranalyse erworbenen Möglichkeiten zwischenmenschlichen Verständnisses und zwischenmenschlicher Kommunikation und mit all den damit verbundenen Gefühlen und Phantasien im therapeutischen Gespräch und Prozeß dem Patienten gegenüber öffnen zu können. Aber immer muß er natürlich dieses Gespräch und diesen Prozeß reflektierend leiten. Hier gehen wir über das Stadium des Psychoanalytikers als Spiegel der Übertragungen in der Analyse auf der Couch weit hinaus. »Die Kommunikation ist das künstlerische Medium des Therapeuten« las ich vor kurzem in einer Abhandlung über Kunsttherapien (*Singer* 1991).

Künstler und Therapeuten haben vieles gemeinsam, sie suchen die hinter den Erscheinungen liegende Wahrheit und die in Symbolen bzw. Symptomen ausgedrückte komplexe Wirklichkeit. Um diese Komplexität zu erfassen und therapeutisch nutzbar zu machen, reichen die verbalen therapeutischen Situationen oft nicht aus. *Ammon* hat hier das Spektrum der stationären und ambulanten Milieuthérapie aufgebaut. Hierbei können nonverbale und unmittelbare Prozesse stattfinden, die unseren Spielraum sowohl diagnostisch als auch therapeutisch grundlegend erweitern. In diesem Rahmen sind die kunsttherapeutischen Ansätze wie Theater-, Tanz-, Musik- und Maltherapie entstanden.

In vielen psychotherapeutischen Schulen und Richtungen gehen die Therapeuten mit unterschiedlichem theoretischen Ansatz diesen kunsttherapeutischen Weg. Und wir greifen hierbei auf ursprüngliche Elemente früher Heilkunst zurück, die dramatische Inszenierungen, Tanz und Musik als therapeutisch wirksam schon lange kannte und anwendete.

Mein Element ist die humanstrukturelle Theatertherapie. In der humanstrukturellen Theatertherapie werden stationär und ambulant in einer halb-offenen Gruppe literarische Theaterstücke inszeniert und am Ende immer öffentlich aufgeführt. Meine ambulante Theatergruppe »Labyrinth« besteht seit 15 Jahren. Sie trifft sich 1 x wöchentlich für 3-4 Stunden. Jedes Gruppenmitglied hat parallel dazu eine verbale analytische Einzel- oder Gruppenpsychotherapie. Vielfältige kreative Entfaltungsmöglichkeiten ergeben sich dadurch, daß die Theatergruppe selbst das Theaterstück aussucht, Kostüme entwirft und gestaltet, das Bühnenbild fertigt, das Programmheft entwickelt wie auch die Plakate zur Aufführung.

Inhaltlich begegnen wir in der Theaterarbeit zuerst einem Kunstwerk, dem Theaterstück. In einem intensiven Prozeß müssen wir uns den dahinter liegenden Inhalt und die vom Autor oder Dichter beabsichtigten Aussagen erarbeiten. Hier hilft uns einerseits das Studium des Gesamtwerkes des Dichters oder Autors als erweiternde Möglichkeit, aber wir müssen uns selbst mit unserer Erfahrung, unserem Denken und Fühlen, unserer Phantasie und Auffassungsgabe hineinbegeben, wobei individuelle Auslegung und Gestaltung Raum hat. Die Rollen werden dann wechselnd ausprobiert und können gespielt und wieder abgelegt werden.

Ich habe in meiner Arbeit 1996 bereits – hier unter dem Aspekt des Zusammenwirkens von bewußter Theaterarbeit, d.h. Regiearbeit, mit unbewußten Prozessen bei der Rollenübernahme durch den Schauspieler oder Patienten ausgeführt, daß das Erobern der Rolle und das Spielen auf der Bühne ein kreativ-schöpferischer Prozeß ist: »Der Dichter, Autor oder Schriftsteller hat dem Schauspieler in seinem Stück und seiner Rolle ein künstlerisches Werk geschaffen, etwas völlig Neues, was nie gewesen ist und nie sein wird. Aber er hat Raum gelassen für die schöpferische Phantasie des Schauspielers. Er schreibt nicht alles, was vor dem Stück gewesen ist oder danach geschehen wird, woher genau die handelnde Person kommt, wenn sie auf die Bühne tritt, wohin sie geht, was sie in ihrem Leben insgesamt gedacht, gefühlt, erlebt hat und zukünftig erleben wird. Hier muß der Schauspieler sich hineinversetzen in diesen Menschen im Stück des Autors und ihn auf der Bühne dem Publikum erlebbar machen. Nur wenn es dem Schauspieler gelingt, in einem schöpferischen Prozeß die Rolle auf der Bühne zum Leben zu bringen, so daß er und die Rolle im Augenblick des Spielens eins sind, dann ermöglicht er dem Zuschauer ein schöpferisch-kathartisches Erleben. Bei der Aufführung sollen im besten Falle Schauspieler und Zuschauer gleichermaßen Raum und Zeit vergessen können und gebannt im Spiel auf der Bühne erleben« (*Urspruch* 1994).

In der Rolle spielt der Patient aber nicht nur sich selbst, denn: »Reale Wirklichkeit ist keine Kunst«, sagt *Stanislawski*, der Begründer des Künstlertheaters in Moskau (1898), das zu Recht als psychologisches Theater bezeichnet wurde. Das russische Theater seiner Zeit war stark beeinflusst durch die Psychoanalyse *S. Freuds*. So erdachte auch sein Zeitgenosse, *Nikolai Jewreinow* (1879-1953), einer der größten russischen Theaterautoren und – initiatoren seiner Zeit, den Begriff der Theatertherapie. Er vertrat die Ansicht, daß Menschen bekanntermaßen gesund werden, wenn ihr Leben eine Verwandlung erfährt. Er war der Meinung, daß gerade das Theater, das so ganz auf den Verwandlungsinstinkt setzt, und die uns seit *Aristoteles* vertraute Katharsis, hier am stärksten wirksam sein könne.

In Petrograd des Jahres 1920 erging *Jewreinows* Aufruf an alle Ärzte und gleichzeitig an alle Bühnenschaffenden, sich diese Heilmethode zunutze zu machen, in deren Händen seiner Ansicht nach ein wirksames Mittel zur Gesundung der Menschheit liege. Mit *Stanislawski* und *Jewreinows* Ansicht stimmt meine theatertherapeutische Arbeit und Erfahrung vielfach überein. Die heilende und kreative Kraft des Theaterspielens sehe ich besonders darin, daß der Schauspieler oder Patient in der Rolle die vom Autor oder Dichter gegebene künstlerische Gestalt finden muß, beseelt durch sein eigenes inneres Erleben, das er in die Rolle hineingibt. Die Rollengestalt ist somit künstlerische Gestalt, das Beleben ist die innere Selbstdarstellung bzw. Selbstverwirklichung des Patienten. Bedeutsam bei der theatertherapeutischen Rollengestaltung bezüglich kreativ-künstlerischer Dimensionen ist, daß allgemein der Künstler einen Gegenstand oder Material hat, das er gestaltet. In der Theaterrolle ist der Schauspieler bzw. Patient selbst der

Gegenstand seiner Gestaltung, wobei er sowohl Elemente seiner Person in die Rolle hineingibt, als auch selbst die künstlerische Gestalt verwirklichen muß. Dies geschieht immer im lebendigen Interaktionsprozeß mit der Inszenierung des Theaterstückes durch die gesamte Gruppe.

Ich habe mit der Theatergruppe jedoch nicht nur Theater gespielt, sondern habe auch, wenn es der Gruppenprozeß erforderte, zu milieuthérapeutischer Projektarbeit gewechselt. Ich möchte zum Abschluß hier einen Ausschnitt aus solch einem Wechsel und Übergang von Theaterarbeit zu milieuthérapeutischer Projektarbeit in seiner kreativen Bedeutung darstellen. Mit unserem letzten Theaterstück »Ein Engel kommt nach Babylon« von *F. Dürrenmatt* konnten wir uns in vielfältiger Hinsicht identifizieren und verwirklichen. In die Stadt Babylon, in der König Nebukadnezar grausam herrscht, kommt das Mädchen Kurrubi, von Gott soeben aus dem Nichts erschaffen, aus dem Andromedanebel von einem Engel auf die Erde gebracht. Sie vertritt die echte Menschlichkeit, aber die Babylonier versuchen nur, sich durch sie zu bereichern. Als Kurrubi sich weigert, an der Seite Nebukadnezars Königin zu werden, da er alle menschlichen Werte mißachtet und von ihr verlangt, Gott zu verleugnen, übergibt Nebukadnezar sie dem Henker. Sie wird dadurch gerettet, daß der Henker der verkleidete Bettler Akki ist, der einzig Weise in Babylon. Er flieht mit Kurrubi durch die Wüste in ein anderes Land voll neuen Lebens und neuer Verheißung, während Babylon untergeht.

In künstlerischer Gestaltung verbindet *Dürrenmatt* in diesem Stück Dimensionen früher Menschheitsgeschichte mit der immerwährenden kosmisch-religiösen Frage, um auf diesem Hintergrund die uns heute wie je bewegende Frage nach der menschlichen Potentialität zur Friedensfähigkeit und die sie störenden und verhindernden zwischenmenschlichen Problemkonstellationen darzustellen und erlebbar zu machen. Er hat in diesem Stück vielfach die real-zeitliche Dimension aufgehoben, um der zeitlosen Allgemeingültigkeit Ausdruck zu verleihen.

Als wir dieses Theaterstück mit mehreren Aufführungen abgeschlossen hatten, fiel es uns äußerst schwer, uns aus diesem komplexen Erlebnis, das bedeutsam für die Gruppe und individuell für jedes Mitglied war, zu lösen. Das Ergebnis war: Wir fanden kein neues Stück. In diesem Prozeß versuchte zuerst ein Mitglied willentlich, motiviert durch den aus Rivalität und Eifersucht geborenen narzißtischen Wunsch, auch einmal diejenige zu sein, die das nächste Stück gefunden hat, uns Theaterstücke vorzuschlagen. Sie investierte viel Zeit und Energie dafür; sie fand auch eine Reihe von Theaterstücken, die uns thematisch zusagten, aber wir konnten uns für keines entscheiden. Nun fühlte ich mich genötigt, bangend um den Fortbestand der Gruppe, selbst nach einem Theaterstück zu suchen, was ich in der Vergangenheit nie getan hatte und nie tun mußte, da immer aus dem Prozeß der Gruppe ein Mitglied das neue Stück mitbrachte. Ich arbeitete also 4 Stunden lang einen ganzen Schauspielführer durch. Ich war danach völlig erschöpft. Aber ein neues Stück hatte ich so auch nicht gefunden.

Wir hatten zu dieser Zeit gerade ein kleines Häuschen – von uns »villa piccola« genannt – in einem Münchner Hinterhof für unsere Proben angemietet, und ich beschloß mit der Gruppe, vorerst mit der Theaterarbeit auszusetzen und uns der Ausgestaltung des Hinterhofes zu widmen. Wir begannen mit der Bepflanzung, bei der jeder zuerst nach Neigung seine Pflanzen mitbrachte und einpflanzen konnte. Parallel dazu diskutierten wir ein Konzept für die Gesamtgestaltung und suchten die übergeordnete Idee, die wir hier verwirklichen wollten. Ideen kamen: Wasser, Wasserspiele, Klang- und Windspiele, Abbildung des Andromedanebels oder der Erde an der Hauswand vom All aus gesehen, entsprechend den Photographien in dem wunderbaren Buch »Der Heimatplanet«, in dem die ersten internationalen Astronauten die Erde beschrieben haben als buntes Kleinod im Dunkel des Alls. Dieses Buch hatte uns zusammen mit *Ammons* Aussagen zur Friedensfähigkeit inspiriert zu einem Friedenstheater auf dem Marienplatz in München zum Anlaß des Golfkrieges 1991.

Die kosmische Dimension des Engels aus *Dürrenmatts* Stück inspirierte uns ebenso, da wir uns in der Zeit der Inszenierung dieses Stückes mit der Arbeit über Religiosität von *Ammon* und *Dürrenmatts* Schriften beschäftigt hatten, denn das Theaterstück »Ein Engel kommt nach Babylon« wurde nur einmal in München 1953 professionell aufgeführt und *Dürrenmatt* war damals derart enttäuscht über die Darstellung seiner Engelsgestalt, daß er danach vorerst kein Bühnenstück mehr schrieb.

Eine weitere Dimension unserer Inspiration war die griechische Kunst und Mythologie, die wir uns ausgehend vom Erleben bei Klausurtagungen in Paestum in Süditalien im Zusammenhang mit der Inszenierung des Stückes »Lysistrate« von *Aristophanes* vertiefend angeeignet haben. So gerüstet nahmen wir das vorbereitete Modell unseres Hinterhofes wieder zu einem milieuthérapeutischen Wochenende mit. Gemeinsam trugen wir im Gruppengespräch – um das Modell herum –, verbunden mit gleichzeitigen zeichnerischen Entwürfen einzelner Mitglieder der Gruppe unsere Elemente zusammen: die Idee einer Rundbank zur Kommunikation und zum Verweilen, eine Bühne mit griechischen Masken, Masken aus aller Welt, kleine Mosaikbrunnen, die wir schon fertiggestellt hatten, wie auch einen Tänzerinnenbrunnen.

Wir blieben damit vorerst stehen auf der Ebene des schönen Ausgestaltens, bis dann für die Dimension des Kosmischen obeliskhafte Säulen entworfen wurden. Und plötzlich überspannten das Ganze kosmische Fäden aus Silberdraht. Und an Stelle der griechischen Masken oder Masken aus anderen Kulturbereichen entwarfen wir ursprüngliche Menschen- und Tierdarstellungen in Lebensgröße, in Anlehnung an archaische Höhlenmalereien. Die Umsetzung und Formgebung unseres Entwurfes war dann gar nicht einfach, besonders die Bearbeitung des Elementes Metall, was wir noch nie getan hatten. Aber eine Gruppe kann vieles. Es gelang uns, und die obeliskhaften Säulen verwandelten sich noch einmal zu einer überlebensgroßen stilisiert - angedeuteten Menschengestalt, was wir mit den darüber freischwebenden Silberdrahtfäden unser »Kosmisches Monument« nennen.

Kunst oder nicht Kunst ist für uns hier nicht die objektive Frage. Für uns ist es unser Kunstwerk, symbolhaft dargestellter innerer Erlebnisprozeß, in Form gegossene innere Wirklichkeit, verbunden mit all dem, was uns Inspiration war, bleibendes Gegenüber, zur Verfügung gestellt allen Menschen, die in diesem Hof verweilen oder uns hier zu unseren kleinen Festen, Flohmärkten, Proben oder Aufführungen besuchen als Symbol des Menschen, lebend aus der Quelle seines archaischen Seins bis hin zu seinen kosmischen Bezügen. Gleichzeitig war diese Gestaltung ein Akt der Trennung von Erlebtem und Gewesenem, und es nimmt nicht Wunder, daß wir kurz darauf unser neues Theaterstück »Saul« von *André Gide* fanden, das wir zur Zeit inszenieren.

Der kreative Prozeß der Gruppe nach Abschluß eines Theaterstückes, der fast abgebrochen wäre, fand hier seinen eigenen Weg und Ausdruck, Vergangenes abzuschließen, um sich dann Neuem öffnen zu können. Und dieser Prozeß hat bei meinen Patienten deutlich Spuren hinterlassen, die vertieft werden konnten in ihren parallel laufenden verbalen Therapie-situationen, und ich sehe, daß sie die Erfahrungen aus diesem Prozeß in ihrem Leben umsetzen können.

### *The Creative Artistic Dimension of the Human-Structural Theatre Therapy*

Ingeborg Urspruch (Munich)

Creativity and artistic expressions are often assigned to a selected circle of persons. According to *Ammon* creativity is a central ego function which is inherent in every human being. Creativity and art always played an important part in developing the various cultures in the world since the beginning of our history and thus of our entire cultural existence which makes our life rich.

In the same way as the entire development of mankind takes place a child undergoes a creative process by perceiving himself in contrast to his environment. He develops out of the symbiosis of early childhood and realizes himself in a communicative interaction process with others if this is permitted and promoted by the family. Creativity in the entire society is impeded by restrictive norms and regulations, fixed roles and moral thinking, prejudice etc.; the unconscious part of the personality is not considered.

In accordance to his holistic understanding of man and his diseases, *Ammon* regards creativity as an interpersonal act. In his view, creativity implies to approach the environment curiously thereby discovering and learning new things. The matrix is the constructive potential of the unconscious with its »human potentialities«. During the creative process man's ego boundaries are widely open. Impulses coming out of a group or the society are related to own thoughts and experiences and in this way

integrated. Creativity can not be forced. It develops in a stimulating surrounding which means in an internal or external interpersonal contact.

The aim of a psychoanalytic and/or psychotherapeutic treatment is to reactivate the patients's creativity. Artists and therapists have much in common, they are searching for the truth lying behind visions and for the complexe reality expressed in symbols resp. symptoms. In order to grasp this complexity und utilize it for the therapeutic process, the verbal therapeutic situations do not suffice. For this purpose *Ammon* built up milieu-therapy, in which non-verbal and direct processes can take place. On this background art-therapeutic approaches like theatre therapy have been developed.

The author has been working since 15 years with the ambulant theatre therapy group Labyrinth who is meeting for 3 to 4 hours once a week. In addition every group member undergoes verbal individual or group therapy. The group finds a play, the content of which as well as the writer's intended message are worked out in the course of an intense process.

Own experiences, thinking, feeling, phantasies are necessary to be able to play the various parts. The actors may try out different roles, may put aside a certain role and change to another. In the end, the actor must be able to put himself in the position of the person he is playing in the author's play so that the audience can experience this personality on the stage. If the actor in a creative process is capable to bring to life the personality he is playing on the stage, so that his self and his role are meeting together in the moment of playing, only then the audience will experience a creative catharsis. At best, actors and audience equally forget time and space, experiencing spell-bound the play on the stage. When playing a part, the actor does not only play his self, for as *Stanislawski* puts it: »Reality is not art«. The actor or patient himself is the object of shaping, whereby elements of his own personality as well as those of the art figure must be realized in the role. The author of this paper not only played theatre with her group but sometimes changed to milieu-therapeutic work if this was necessary.

She describes a process, where after the end of a certain play »An angle comes to Babylon« by *Dürrenmatt*, which was such an intense process for the group that they were unable to find a new play afterwards. At that time the group had rented a little house in a backyard, for rehearsals. Here they planted different plants in the garden and discussed a concept of design for garden and house. They had different ideas about it, worked into it elements of their last theatre play and started with the milieu-therapeutic project. At the end of this work the group was able to integrate and separate from the play: »An angle comes to Babylon« and find a new one »Saul« by *André Gide* which they are presently rehearsing.

The creative process of the group after terminating a theatre play which almost had been broken off now came to an end, so that new ways could be opened up.

## Literatur

- Ammon, G.* (Hrsg.) (1974): Gruppendynamik der Kreativität (München: Kindler)  
– (1986): Der mehrdimensionale Mensch (München: Pöhl)  
– ((Hrsg.) (1982): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 2 (München: Ernst Reinhard)
- Etkind, A.* (1996): Eros des Unmöglichen (Die Geschichte der Psychoanalyse in Rußland) (Leipzig: Gustav Kiepenhauer)
- Freud, S.* (Studienausgabe) (1969): Bildende Kunst und Literatur (Frankfurt am Main: S. Fischer)
- Kraft, H.* (Hrsg.) (1984): Psychoanalyse, Kunst und Kreativität heute (Köln: Du Mont)
- Kubns, D.* (1986): Psychoanalytische Theorie der Kunst (Frankfurt am Main: Suhrkamp)
- Petzold, H.; Orth, J.* (Hrsg.) (1991): Die neuen Kreativitätstheorien. Handbuch der Kunsttherapien, Bd. I (Paderborn: Jungfermann)
- Urspruch, I.* (1993): Theatertherapie – eine milieuthérapeutische Erweiterung ambulanter Psychotherapie. In: Dyn. Psychiat. (26) 73-89  
– (1996): Therapeutic Work with Actors at the Theatre Therapy of Dynamic Psychiatry and in the Russian Theatre Tradition by Stanislavsky. In: Dyn. Psychiat. (29) 69-77

Adresse der Autorin:

Ingeborg Urspruch  
Fraunhoferstraße 25  
D - 80469 München

## Theatertherapie in der Klinik Mengerschwaige – Beispiel eines Gruppenprozesses\*\*\*\*

Ulrich Köppen\*, Anette Binder\*\*, Nataly Hoffmann\*\*\* (München)

Die Autoren beschreiben am Beispiel des Stückes »Parzival« von Wolfram von Eschenbach die therapeutische Wirksamkeit der Theatertherapie der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige. Wichtig für den therapeutischen Effekt ist die Verbindung zwischen der Theatertherapie und anderen klinischen Prozessen wie Einzel-, Gruppen- und Milieuthherapie bis hin zur Großgruppe. Unbewusste Prozesse, die auf dem Hintergrund der individuellen Lebensgeschichte, d.h. auf der Ebene der Primärgruppendynamik entstanden sind, werden auf der gruppenspezifischen Ebene im Hier und Jetzt – insbesondere durch den spezifischen Prozeß der Rollenfindung – sichtbar und können damit therapeutisch durchgearbeitet werden. Durch die teilweise unbewusste Wahl des Stückes wird das innere Anliegen aller Beteiligten aufgenommen und spielerisch auf die Bühne gebracht, wie z.B. Trennung aus der Symbiose, eigene Identitätsschritte, Individualität und Gruppe. Die Autoren stellen spezifische Grenzsituationen im Gruppenprozeß dar, anhand derer Entwicklungsschritte der Patienten in der Therapie deutlich werden.

Die Theatertherapie der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige war nach der Begründung der Klinik 1979 die erste nonverbale Therapieform, die im Rahmen der von *Günter Ammon* entwickelten Milieuthherapie entstand.

Die Milieuthherapie ist ein zentraler Bestandteil des gesamttherapeutischen Settings der Klinik, das von Anfang an die verbalen Therapieangebote, wie Einzel- und Gruppenpsychotherapie, beinhaltete wie auch parallel zur milieuthérapeutischen Theatertherapie andere Milieutherapiegruppen, die sich selbständig unter gruppenspezifischer Leitung ein sinnvolles eigenes Projekt erarbeiten und durchführten. Dies war z.B. die erste Ausgestaltung der Patientenzimmer, der Gruppenräume, des zentralen Tagesraumes oder des schönen, von Wald umgebenen Klinikgeländes. Die Reittherapie als nonverbales Therapieangebot entwickelte sich bald nach dem Aufbau der Klinik, dann kamen die Mal- und Musiktherapie hinzu wie auch die von *Günter Ammon* begründete Tanztherapie. Außerdem wurde die wöchentlich stattfindende Großgruppe, an der alle Klinikpatienten teilnahmen, zu einem integrierenden Bestandteil, in der beginnend von anfallenden Realitätserklärungen über Aufnahme und Verabschiedung von Patienten, Vermittlung und Auseinandersetzung um konzeptionelle Grundlagen auch gesamttherapeutische Dimensionen erarbeitet wurden.

Das therapeutische Setting soll den stationären Patienten, für die eine ambulante Therapie nicht ausreichend ist, da sie, bedingt durch ihr psychi-

\* Arzt für Psychiatrie, Dynamisch-Psychiatrische Klinik Mengerschwaige, München

\*\* Dr. med., Assistenzärztin, Bezirkskrankenhaus Taufkirchen a.d. Vils

\*\*\* Dipl. Psych., Klinische Psychologin/Psychotherapeutin (BDP), Milieuthérapeutin der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige, 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. bis 8. März 1997 an der Fachhochschule München-Pasing

sches Kranksein, eine reale Lebenssituation alleine nicht mehr aufrecht erhalten können, die Möglichkeit geben, sich in ihrem Kranksein den Therapeuten und Mitpatienten wahrnehmbar zu machen, sich durch die individuelle Einbettung in die Therapieangebote eine Unterstützung und Förderung ihrer gesunden Persönlichkeitsanteile zu erobern und diese im Sinne einer nachholenden Ich- und Persönlichkeitsentwicklung zu nutzen. Vernetzt wird das therapeutische Feld durch die regelmäßig stattfindenden Kontrollsitzungen des Gruppenleiterteams wie auch durch die Kontrollsitzungen einzelner Teambereiche. Das Setting ist entstanden aus dem ganzheitlichen Krankheitsverständnis und Menschenbild des Begründers der Klinik, Prof. Dr. *Günter Ammon*.

Die Theatertherapie wurde im milieutherapeutischen Bereich aufgebaut durch das Gründungsteam der Klinik unter Leitung der damaligen Chefärztin *Ingeborg Urspruch*. Nach ihrem Weggang aus der Klinik zum Aufbau einer eigenen Praxis hat sie die Theatertherapie ambulant weitergeführt als »milieutherapeutische Erweiterung ambulanter Gruppen- und Einzelpsychotherapie« (*Urspruch* 1993). Sie führt in ihren Arbeiten über ambulante Theatertherapie aus, daß seit frühester Menschheitsgeschichte bis heute alle wesentlichen Bereiche menschlicher Konfliktkonstellationen zur Darstellung gebracht wurden. »Damit hat das Theater per se therapeutische Wirkung im weitesten Sinne. Der Zuschauer identifiziert sich mit dem Geschehen auf der Bühne und setzt sich mit der im Spiel gefundenen Lösung auseinander. Das Theaterspiel therapeutisch zu nutzen, ist eine logische Konsequenz« (*Urspruch* 1993, 1996). Das hat, wie sie schreibt, für beide eine kathartische Wirkung, wie es für das Publikum bereits schon im frühen griechischen Theater von *Aristoteles* und für den Schauspieler von *Moreno*, dem Begründer des Psychodramas, betont wurde.

Die Theatertherapie im Rahmen der Dynamischen Psychiatrie ist eng verbunden mit dem Kreativitätskonzept *Günter Ammons*. Bei *Ammon* bedeutet Kreativität, etwas ganz Neues, nie Gedachtes zu denken, zu tun und zu gestalten, und bedeutet auch, noch völlig unbekannte Möglichkeiten aus dem unbewußten Ich-Reservoir freizulegen. Kreativität ist die Neugierde und der Versuch, eingeschliffene Muster zu verlassen. Das Umgehen mit dieser naturgegebenen Neugierde ist der Dreh- und Angelpunkt der kreativen Entwicklungsmöglichkeiten des Menschen. Psychoanalytische Therapie ist von kreativer Entwicklung der Persönlichkeit nicht zu trennen (*Ammon* 1981).

Theatertherapie öffnet den Weg zum Unbewußten. Das Unbewußte ist dabei gefiltert durch die Struktur des Theaterstückes, das hier die Rolle eines dritten Objekts annimmt, so daß der Widerstandsmechanismus, der sonst sehr stark in der Therapie sein kann, unterlaufen wird (vgl. *Ammon* 1989). Die Patienten spielen unbewußt bzw. halbbewußt dabei sich selbst. Deswegen spielen sie so überzeugend. Wichtig ist das sozialenergetisch-gruppendynamische Feldverständnis, wonach die verschiedenen Therapieangebote ein sozialenergetisches Netz um den Patienten herum bilden, in dem Patienten in differenzierten Situationen Ausdrucksmöglichkeiten,

korrespondierend zu seiner Problematik zur Verfügung gestellt werden (Ammon, M. 1997).

In diesem anfangs beschriebenen therapeutischen Feld wird der Patient seine aus der Primärgruppe verinnerlichte Beziehungsdynamik wiederherstellen, wodurch sie ihm wiedergespiegelt werden kann, und er hat die Möglichkeit, bislang destruktiv-defizitär ausgebildete Humanfunktionen im Umfeld einer lebendigen Gruppe konstruktiv umzuwandeln. Bestimmte einzelne Humanfunktionen werden dabei nicht separat bearbeitet, sondern das entscheidende Medium ist die Spontaneität, dann wird nichts intellektuell gespielt, sondern man ist im Kontakt mit dem ganzen Menschen (vgl. Ammon 1989). Die Theatertherapie zählt zu den nonverbalen Therapieformen, da die Aktivitäten der Mitglieder handlungsorientiert sind, und das Wirken der Therapie sich über das gemeinsame Tun entwickelt. Es wird sozusagen kontrolliert ausagiert, wobei auch destruktive Seiten gefahrlos ausgelebt werden können. So kann z.B. ein Räuber hinterhältig und böse sein, ein König herrisch und arrogant, ein Trinker hoffnungslos der Sucht verfallen sein. Wichtig ist, daß alle ersten Äußerungen und Spielversuche zunächst freundlich angenommen werden, da das Auf-die-Bühne-treten per se sehr viel Angst macht. Gruppenmitglieder, denen die Bühne noch zu viel Angst macht, können als Souffleur, als Bühnenbildner o.ä. wertvolle Beiträge leisten. Ein besonders paranoischer, zwanghafter Patient kann z.B. die Videodokumentation machen. Damit hat die Theatertherapie durch die unterschiedlichen Betätigungsfelder wie Text-, Regie-, Bühnenbild-, Requisiten-, Kostüm-, Musik- und Beleuchtungsgruppe ein großes Integrationspotential. Grundsätzlich ist jedes Gruppenmitglied gleichzeitig in einer oder mehreren Projektgruppen beteiligt, womit Untergruppenbildungen, wie sie häufiger in Gruppen stattfinden, konstruktiv genutzt werden.

Ziel jeder Theatergruppe ist die öffentliche Aufführung, die ein integrierendes Geschehen ist und ein wichtiges Erlebnis für alle Gruppenmitglieder inklusive der Leiter darstellt. Eine Aufführung ist eine hohe Identitätsanforderung, denn sie verlangt viel Angsttoleranz, Kontakt untereinander, ein Sich-öffnen-Können vor anderen, z.T. fremden Menschen, und nicht zuletzt eine große narzißtische Bestätigung. Außerdem zeigen die Gruppenmitglieder ihren aktuellen Stand des Könnens und der Therapie, was ebenfalls heißt, noch vorhandene Einschränkungen sichtbar werden zu lassen.

Unsere Theatertherapiegruppe in der Klinik Mengerschwaige besteht derzeit aus 18 Patienten. Sie ist eine halboffene Gruppe unter der Leitung von vier Therapeuten. Die Gruppe tagt zweimal pro Woche jeweils zwei Stunden im Tagesraum der Klinik, womit sie einerseits einen zentralen Platz hat mit sehr viel Raum, andererseits aber auch von vielen Seiten her einsehbar ist und leicht Störungen durch andere Patienten, die manchmal in den Speisesaal kommen, zugänglich ist. Oft sind solche Störungen Ausdruck von Eifersucht, Rivalität und Neugier.

Eine Theatergruppensitzung läuft idealerweise so ab, daß zunächst der therapeutische Leiter die Gruppe eröffnet und zusammen mit der Regie-

gruppe besprochen wird, welche Szene gespielt wird. Nach dem Spiel bleiben die Schauspieler als Gruppe auf der Bühne und bekommen Rückmeldungen von den Leitern, den Gruppenmitgliedern, die zugeschaut hatten, und die Schauspieler geben sich gegenseitig Rückmeldungen über den konkreten Ablauf der gespielten Szene wie z.B. Text, Position auf der Bühne, Benutzung von Requisiten etc. Wesentlich ist die Diskussion über das eigene und gegenseitige Erleben in der Rolle und im Kontakt untereinander. Eine Deutung und Interpretation durch die Leiter erfolgt nur dann, wenn ansonsten kaum Kontakt der Spieler untereinander zustande kommt, das Spiel stagniert bzw. wesentliche Konflikte in der Gruppe deutlich werden.

Im Schnitt sind die Patienten ca. sechs Monate in der Theatertherapie. Wir achten auf die Gruppengrenzen durch Gespräche vor Eintritt in die Theatergruppe zur Überprüfung der Motivation unter Berücksichtigung individueller Bedürfnisse. Auch wird pünktliches, regelmäßiges Erscheinen gefordert. Bei Beginn nicht anwesende Mitglieder werden im Haus gesucht bzw. es wird eruiert, womit sie derzeit beschäftigt sind und ob dies gegenüber der Theatergruppe vertretbar ist. D.h. es wird die Frage nach der Gruppenidentität gestellt. Dabei können die Gruppengrenzen nicht immer starr eingehalten werden, da sich einerseits Widerstände aufbauen in Form von eigentlich vermeidbaren Terminvereinbarungen während der Gruppenzeiten, manche Aktivitäten sind aber nicht den Theaterzeiten anzupassen und die Gruppe muß damit umgehen lernen. Diese Flexibilität der Gruppengrenzen muß thematisiert werden, damit die Grenzen klar erhalten bleiben, d.h. die virtuelle Gruppe wird hergestellt.

Die Indikation zur Theatertherapie wird nicht starr an Diagnosen festgemacht. Grundsätzlich kann jeder Patient, sofern er nicht zu starke Gruppenängste hat und nicht akut psychotisch ist und positives Interesse am Theater hat, teilnehmen. Bei akut psychotischen Menschen kann durch das Theaterspielen zu viel unbewußtes Material mobilisiert werden, d.h. eine Psychose würde sich verstärken. Prinzipielles Ziel ist eine Stärkung der Kontakt-, Handlungs- und Gruppenfähigkeit. Wichtig ist – wie in allen Gruppen – die Heterogenität der Gruppenzusammensetzung. Oftmals ergibt sich die Indikation erst im Therapieverlauf. Ein Patient z.B., der sein Sprechen immer mit viel Gestik, Mimik und Pantomime untermalt, wird ermutigt, seine zweifellos vorhandenen Fähigkeiten in der Theatergruppe spielerisch einzusetzen und auszubauen. Oftmals finden dabei auch ungewöhnliche Ausdrucksformen der Patienten erstmals positive Zuwendung und werden konstruktiv genutzt.

Zentrales Thema einer Theatergruppe ist das zu spielende Stück. Die Theatergruppe der Klinik hat seit längerer Zeit nur hausinterne Werkstatt-aufführungen gemacht, was rückblickend sicherlich auch mit der Stückauswahl zu tun hat.

Lange Zeit war *Andersens* Märchen von der »Schneekönigin« gespielt worden, dessen Aussage darin bestand, daß die Erlösung aus der »eingefro-

renen«, verklärenden Symbiose mit der Schneekönigin-Mutter durch eine symbiotische Paarbeziehung erfolgt. Dies stellt jedoch nur eine Pseudolösung dar. Da kein neues Stück gefunden werden konnte, probierte die Gruppe einige kurze Stücke aus und wählte als Zwischenstück »An der Landstraße« von *Tschechow*, in dem u.a. die Destruktion in Form von Alkoholismus, Raub und Intrigen nach dem abrupten Scheitern einer Paarbeziehung zur Darstellung kommt. Auch dieses Stück kam nicht zu einer echten Aufführung, sondern mußte wegen zu starker destruktiver Aggression abgesetzt werden. In Fortsetzung der zuvor gespielten »Schneekönigin« könnte man sagen, daß die Symbiose keine Lösung darstellt, da beim Scheitern dieser der Mensch wieder auf sich selbst gestellt ist und er, solange er keine eigene Identität hat, die Wut darüber selbstdestruktiv ausagiert.

An dieser Stelle wurde von der Leitung die Tradition der Theatertherapie betont, indem die wiederkehrenden Themen von Freundschaft, Begegnung, Auseinandersetzung und Identität entlang der über Jahre gespielten Stücke – z.B. »Der kleine Prinz«, »Momo«, »Krabat« – aufgezeigt wurden. Es wurde der Gruppe ein Bedürfnis, ein Stück mit einer echten Aussage zu finden. Die Gruppe wollte zeigen, daß es auch unter schwierigen menschlichen Bedingungen möglich ist, sich zu entwickeln und zu einer im tieferen Sinn positiven Lösung von Konflikten zu kommen.

Nach vielen Diskussionen wurde vom Hauptleiter der Theatertherapie das Stück »Parzival« von *Wolfram von Eschenbach* (ca. 1170–1220) vorgeschlagen. Es handelt sich um einen Entwicklungsroman, der schnell von der Gruppe aufgegriffen wurde: Die Königin Herzeloide zieht sich aus Kummer über den Tod ihres Mannes Gachmuret und aus eigener Trennungsunfähigkeit in die Waldeinsamkeit zurück, wo sie ihren Sohn Parzival von allem Rittertum fernhalten möchte, um ihm das Schicksal seines Vaters zu ersparen. Natürlich trifft der Knabe dennoch beim Spielen auf Ritter, und es wird sein größter Wunsch, ein ebensolcher zu werden. Schweren Herzens entläßt ihn Herzeloide, in Lumpen gekleidet auf einem alten Gaul in der Hoffnung, daß er – als Narr verlacht – zu ihr zurückkehren wird. Parzival, innerlich noch sehr an die Mutter gebunden, begibt sich auf einen langen Weg. Dabei wird er nach einigen Abenteuern von König Artus zum Ritter geschlagen. Trotz dieses äußeren »Erfolgs« vergibt er aufgrund innerer Unreife die Möglichkeit, Gralskönig zu werden, da er dem dahinsiechenden Gralskönig Anfortas keinerlei einfühlsame, menschliche Frage stellt. Er muß die Gralsburg und – ausgelöst durch die Gralsbotin Kundrie – die Tafelrunde verlassen. Nach einer langen Zeit, in der wichtige menschliche Begegnungen stattfinden, erhält er erneut die Chance vor den Gralskönig zu treten und stellt ihm jetzt die entscheidende menschliche Frage: »Oheim, was fehlt Dir?«

Es entwickelte sich ein reger Austausch innerhalb der Gruppe über das Stück. Dabei wurde deutlich, daß zahlreiche Patienten massive, bislang nicht bemerkte Arbeitsstörungen haben, nur schwer Zugang zu Büchern haben und z.B. noch nie in einer Bibliothek waren. Die Gruppe beschloß in

Begleitung der Leiter in eine Bibliothek zu gehen, um Diskussionsmaterial zu besorgen. In dieser Phase stellten wir unsere Fähigkeiten und unser Wissen konkret als Hilfs-Ich zur Verfügung, indem wir Buchempfehlungen gaben, viel über den Inhalt des Stückes, aber auch den geschichtlichen Hintergrund und die mythologische Verflechtung erzählten.

Schnell entwickelte sich eine Diskussion um den Hauptinhalt des Stückes, nämlich die individuelle Bedeutung des Heiligen Grals als der eigenen Identität, die Suche nach eigenen Werten. Dabei geht es um die eigene Wahrnehmung, echtes Interesse am anderen, Empathie, aber auch Zweifel, Auseinandersetzung, darum, Gefühlen Raum zu geben statt einfach nur zu funktionieren. Voraussetzung dafür ist die Trennung von und die Auseinandersetzung mit falschen, d.h. die Entwicklung behindernden Lehrern bzw. Vorbildern. Frau W., eine rational-belesene Patientin, vertrat intellektuell das Stück. Zahlreiche Sitzungen wurden mit Diskussionen gefüllt. Damit fütterte sie einerseits die Gruppe, bekam aber auch sehr viel Eifersucht ab. Erst nachdem dies thematisiert war, wurde auch der Widerstandscharakter – nämlich ihr eigener im Sinne der Flucht nach vorne, aber auch der der anderen gegen das Spielen, d.h. gegen das Erleben von Beziehungen und Gefühlen, deutlich. Unsere Aufforderung zum Spielen wurde relativ prompt aufgegriffen, da die Gruppe durch die intellektuellen Vorarbeiten schon ein gewisses Gruppengefühl von Zusammengehörigkeit und Leistungsvermögen hatte. Unter Leitung von Frau W. kam eine Textgruppe zustande, die die erste Szene umsetzte, bei der es um die äußere Trennung aus der Symbiose von der innerlich trennungsunfähigen Mutter geht. Die Umsetzung vom Text ins Spiel erfolgte zunächst ebenso intellektuell und emotional wenig spürbar, bis eine Patientin – Frau O. – direkt beim Spiel in Tränen ausbrach und beim Wort »Narrenkleid« nicht mehr weiterspielen konnte.

Die Patientin hatte – selbst Mutter zweier Kinder, die beim Vater leben – gespürt, wie wenig sie ihre Kinder »loslassen« kann und wie sie ihrerseits von den Eltern noch ungelöst ist. Sie hatte durch eine frühe Heirat versucht, aus dem Elternhaus wegzukommen, hatte dann aber bei den Schwiegereltern das elterliche Trennungs- und Lebensverbot wiedererlebt, in dessen weiterer Folge sie nur Alkohol und räumliche Trennung vom Ehemann als Lösung sah, depressiv geworden war und deshalb in unsere Klinik gekommen war.

Erst nachdem die Gefühle, die ein solches Umgehen macht, beispielhaft von Frau O. in der Gruppe erlebbar waren, wurde eine Diskussion entfacht über das individuelle »Narrenkleid«, das man in eigener Unkenntnis angezogen bekommen hat, das es aber zu erkennen gilt und auszuziehen, d.h. innere Trennung von den Eltern. In der Gruppe entsteht eine emotional integrierte, tiefe Atmosphäre. Erst jetzt war die Gruppe in der Lage, zur nächsten Szene weiterzugehen, d.h. einen weiteren Identitätsschritt zu machen, nachdem diese erste Trennungsszene unverhältnismäßig lange wiederholt worden war. Bis inklusive der nächsten Szene am Artushof, wo Parzival die Ritterlehre versprochen wird, sobald er den roten Ritter besiegt, waren die Dialoge direkt aus dem Originaltext von Eschenbach übernom-

men und gespielt worden. Durch die extreme Anlehnung an unseren Originaltext drohte das Spiel zu einem reinen Nachspielen zu verflachen. Erst als das übergeordnete Thema der Identitätssuche von den Leitern wieder in Erinnerung gerufen wurde, konnte freier mit der Textvorlage umgegangen werden und selbstentworfenen Szenen entstanden.

Der nächsten Wendepunkt im Gruppenprozeß wurde ausgelöst durch das Spiel der Gralsszene, in der Parzival aufgrund der verinnerlichten Regeln der Mutter und seiner ersten Rittererfahrung menschlich eingeengt dem Gralskönig die erlösende Frage nach seinem Leiden nicht stellt. Ein junger, schizophrene strukturierter, aber derzeit nicht akut psychotischer Patient, der bislang den Parzival gespielt hatte, begann die erste Leiteraus-einandersetzung mit der Frage, ob die Leiter bereit sind, sein Leid zu sehen und sich damit auseinanderzusetzen. Damit war die Vertrauensfrage der Gruppe an die Leiter gestellt, was für das tiefere Einlassen der Gruppe auf das Stück von entscheidender Bedeutung war. Vom gruppenspezifischen Aspekt her gesehen wurden die Leiter zu omnipotenten Figuren idealisiert, denen die Macht zur Heilung bzw. Erlösung der Gruppe zugeschrieben wurde. Nachdem wir Leiter offen ansprachen, daß wir uns wie der personifizierte Heilige Gral fühlten, aus dem alle Entwicklung ohne eigenes Zutun geschöpft werden kann, gaben wir die Verantwortung für die eigene Entwicklung zurück in die Gruppe und das Spiel konnte fortgeführt werden.

Die Frage der Verantwortung löste auch innerhalb der Leitergruppe heftige Auseinandersetzungen aus. Es wurde deutlich, daß auch wir wesentliche Aufgaben nicht verantwortlich festgelegt hatten. Nachdem wir geklärt hatten, wer sich von uns z.B. für die Dokumentation in Form von Protokollen und Videoaufnahmen verantwortlich fühlt, wer die milieuthérapeutische Seite der Theatertherapie, in Form von Supervision der einzelnen Projektgruppen (Bühnenbild-, Kostüm- und Requisitengruppe) übernimmt etc., übernahmen die Patienten auch mehr Verantwortung für ihre Bereiche. Die Gruppe beginnt, sich außerhalb der eigentlichen Therapiezeit ohne die Leiter zu treffen und intensiv Projektarbeit zu machen. Die bisher gespielten Szenen – Trennung von der Mutter, Artushof und Gralsszene – werden dadurch mit Leben gefüllt. Die Gruppe erlebt sich geschlossener und geht freudiger ans Spiel. Die Gruppe macht sich spürbar von den Leitern unabhängiger und entwickelt eigene Wünsche und Ideen. Dadurch entsteht ein neues Gruppengefühl, d.h. Identität, und aus der Gruppe heraus entsteht der Wunsch, zu Weihnachten eine klinikinterne Werkstattaufführung zu machen.

Erwartungsgemäß löst diese Entscheidung sehr viel Angst aus, was sich im Widerstand, über die Szene mit dem leidenden Gralskönig Anfortas hinauszugehen, ausdrückt. Wieder und wieder wird das Leiden und die fehlende Erlösung aufgrund der mangelnden inneren Reife des Parzivals auf die Bühne gebracht. Die Gruppe droht in der Depression stecken zu bleiben. Mit Näherrücken der Werkstattaufführung war es notwendig, daß jeder Spieler sich klar für eine Rolle entscheidet. Bisher war die Rollen-

einteilung mehr oder weniger der Regie überlassen worden. Es kommt zu eifersüchtigen Auseinandersetzungen um die Rollen. Auch in den anderen Therapieformen wie Einzel- und Gruppentherapie wird die individuelle Rollenbesetzung Thema.

Warum habe ich genau diese Rolle? Was hat sie mit mir zu tun? Durch diese Vernetzung mit anderen Therapien und die Auseinandersetzungen innerhalb der Theatertherapiegruppe grenzt sich die Gruppe gegenüber der Depression ab und erarbeitet weitere Szenen. Es entsteht mehr und mehr Gefühl für die Gruppe als Ganzes. Die Mitglieder unterstützen sich gegenseitig, angstmachende Situationen werden einfühlsam gemeinsam durchlebt, wodurch die Gruppenidentität wächst.

Die nächste Szene stellt eine hohe Anforderung an die Gruppe, da es sich inhaltlich darum handelt, daß Parzival von der Gralsbotin verflucht wird, weil er mangels menschlicher Reife vor Anfortas versagt hat und jetzt zu Unrecht am Hofe König Artus zum Ritter geschlagen wird, womit er Fluch und Unwürde über die gesamte Tafelrunde bringt. Schwierig ist diese Szene deshalb, weil die einzige Frau – die Gralsbotin Kundrie – alleine der Ritterrunde entgegentreten muß und Parzival als Folge den Königshof verläßt, um die Suche nach dem Gral erneut aufzunehmen, d.h. er begibt sich auf den Weg, echte menschliche Werte zu erlangen, d.h. Identität zu gewinnen. Nach verschiedenen Versuchen kristallisiert sich heraus, daß Frau W., die oben erwähnte intellektuell belebte Patientin, die Kundrie spielt. Sie entstammt einer emotional leeren Familie. Die Mutter war depressiv zurückgezogen, der Vater war aggressiv, herrschsüchtig und alkoholabhängig und verstarb an den Folgen einer Leberzirrhose, als die Patientin 24 Jahre alt war. In der Schule hatte sie aufgrund ihrer intellektuellen Fähigkeiten Kontakt bekommen, ihre Beziehungsschwierigkeiten, v.a. Männern gegenüber, denen sie sich minderwertig fühlte, schnell unterordnete und ihre Gefühle nicht äußern konnte, hatten sie veranlaßt, Therapie zu machen.

Nachdem sie durch ihre Funktion der Regisseurin eine gesicherte, klare Position in der Gruppe gefunden hatte, konnte sie sich den Wunsch gestatten, die schwierige Rolle der Kundrie auszuprobieren. Hier konnte sie im Spiel den Männern ihre Meinung sagen, sie verfluchen und beschimpfen. Anfangs prallte sie gegen eine Mauer von Schweigen, Ignoranz und Nicht-ernstnehmen, zumal die Artusritter vornehmlich von Männern gespielt wurden, die ausschließlich bei der eher überforderten Mutter als Partnerersatz aufgewachsen waren, die ihnen jeden Trennungsschritt untersagt hatte. Die Wut darüber hatten sie mit Depression, Zwang bzw. psychotischen Episoden ausgedrückt. Erst nachdem in langen Diskussionen deutlich wurde, daß Kundrie die eigentlich im Tieferen mit Parzival verbündete Person ist, die ihn nicht auf seinem oberflächlichen Erfolg des Ritterdaseins sitzen läßt, sondern ihn wachrüttelt und anspricht, erneut aufzubrechen, um wahre menschliche Werte zu gewinnen, wird die Szene spielbar, weil der tiefere Sinn und Inhalt von den Theatergruppenmitgliedern verstanden wurde.

Immer wieder bauen sich als Ausdruck der Angst Widerstände gegen die eigentlich geplante Werkstattaufführung auf. Angesichts der sonstigen Weihnachtsvorbereitungen schien niemand Zeit zu haben, den Text auswendig zu lernen bzw. an den Kostümen, dem Bühnenbild oder den Requisiten zu arbeiten. Nachdem wir als Leitergruppe im Gesamtteam Unterstützung und Austausch für die auch bei uns bestehende Angst vor einer solchen Aufführung holen konnten, wurde auch den Gruppenmitgliedern einsehbar, daß alle diese angeblichen Widrigkeiten und Unmöglichkeiten nur der Angstabwehr dienen sollen.

Am ersten Weihnachtsfeiertag ist es dann soweit. Der Tagesraum ist festlich geschmückt, der Zuschauerraum gefüllt. Es wird deutlich, daß die Gruppe die Identitätsanforderung einer Werkstattaufführung ernst genommen hat. Durch intensive Projektarbeit sind erstaunlich kreative und passende Kostüme und Bühnenbilder entstanden. Requisiten und Schminke schaffen zusätzlich eine geschlossene Atmosphäre. Nach den einleitenden Worten des Hauptleiters, die den Bezug zur Tradition der Theatertherapie in der Klinik herstellen, beginnt das Spiel.

Herr O., ein jugendlich-pubertierender Patient, leitet das Spielen ein, indem er anhand eines selbstverfaßten Textes über den Inhalt das Anliegen des Stückes den Zuschauern nahe bringt. Die Gruppe hatte sich entschieden, daß sie nur zwei entscheidende Szenen zur Darstellung bringt: die Anfortas-Szene und die Aufnahme Parzivals in die Tafelrunde samt der anschließenden Vertreibung durch die Gralsbotin Kundrie. Anfortas wird durch einen bisher emotional eher abgeschotteten Patienten gespielt, der plötzlich laut und deutlich spricht und sein Leiden zum Ausdruck bringt.

Herr P., der zuvor am lautesten bekundet hatte, daß er keinen Text auswendig lernen könnte, verkündet dialektfrei und ohne Textblatt, als einer von vier Gralsrittern, wie unverständlich es ist, daß Parzival dem Anfortas keine menschlichen Fragen stellt, obwohl dieser leidend vor ihm liegt. Selbst als fünf Gralsjungfrauen den Heiligen Gral vor Anfortas und Parzival tragen, was unter der Anforderung der Aufführung das erste Mal mit tiefer menschlicher Würde geschieht.

Höhepunkt des Spiels ist das Auftreten von Frau W. als Kundrie, die sich sehr in die Rolle hineinbegeben hat, ausgedrückt durch Kostüm, Gestik, Mimik, Sprache und echter innerer Beteiligung. Es gelingt ihr durch ihre Impulsivität die sechs Ritter der Tafelrunde, König Artur und Parzival, aufzurütteln und menschlich betroffen zu machen.

Das gemeinsame Durchschreiten der Angst in der Gruppe hatte bei jedem Einzelnen erstaunliche Fähigkeiten mobilisiert, wodurch eine ausgesprochen geistige Atmosphäre bei der Werkstattaufführung entstanden war.

Die Gruppe hat sich um das Projekt geschlossen. Jedes Gruppenmitglied konnte durch die Öffnung nach innen und außen individuelle Identitätsschritte machen, womit jeder einzelne ein Stück Weg des Parzival gegangen ist.

*Theatre Therapy in the Hospital Mengerschwaige – An Example of a Group Process*

Ulrich Köppen, Anette Binder, Nataly Hoffmann (Munich)

Since mankind exists relationships and conflicts in relationships have been presented in theatre. The shown solutions have been regarded as kathartic for the spectators already by Aristoteles.

Based on *Ammon's* concept of creativity which implies to think completely new things, psychoanalytic therapy cannot be separated from the creative development of personality (*Ammon* 1989). Theatre therapy was the first nonverbal form of therapy besides milieu therapy initiated in the Dynamic-Psychiatric Hospital Mengerschwaige. Like all other nonverbal forms of therapy it is embedded in the social-energetic and group-dynamic field concept. In this way patients have the opportunity to reconstitute internalized dynamics of relationships which can be reflected in groups; destructive and deficient human functions can be changed constructively in the field of a constructive group. Theatre therapy is nonverbal since patients come into contact via common acting. They can act out also destructive parts of their personality, e.g. they can be as cruel as a robber or as dominant as a king. Patients have great stage fright and their trying out roles must be commented friendly. Theatre therapy also includes text directing, stage setting, costume, music and stage lightning groups which have an integrative effect. The aim of a theatre group is a public performance which helps to integrate the entire process. A performance requires a high amount of identity, fear tolerance, contact from the patient also towards unknown people, and it is last not least a great narcissistic gratification.

The authors present their theatre group consisting of 18 patients and four therapists. They meet twice a week for two hours. The group leader opens up the session and discusses together with the directing group the scene to be played. After the play the actors remain on the stage and receive feedback from the leaders and the spectators of group members. On average patients remain six months in theatre therapy. A diagnosis alone is no indication for theatre therapy. The interest and the capabilities one patient has is of more importance and finally the actual structure of the whole group. The aim of theatre therapy is to strengthen the patients capability for contact, for actions and for living in groups.

In the following the authors describe a group process by means of the novel of »Parzival« from *Wolfram von Eschenbach*. In this process it was possible for one patient who intellectually understood the play, to realize her resistance against development which represented the resistance of the whole group. By working through this resistance the patients were able to take over more responsibility and to meet also outside of regular therapy sessions. They became more independent from the leaders and developed own wishes and ideas. A new group feeling, that means group identity developed and the group decided to perform their play in the hospital at

Christmas. As was expected this decision triggered great fear expressed in numerous forms of resistance. The group threatened to stagnate in depression. Only by interlinking with other therapy groups working through this problem and by discussions within the theatre therapy group e.g. about fixed roles the group was able to emerge from depression and work through new scenes. At Christmas the group performed two decisive scenes which were very touching, stirring and deeply upset the spectators in a humane way. The fact that the group commonly underwent their fears mobilized astonishing capacities in each individual group member which created a spiritual atmosphere during the performance. The group developed a coherence via their project. Each group member was able to open up towards his unconscious as well as towards the outside world and in this way, by accompanying Parzival a part of his way, was able to make steps of identity.

## Literatur

- Ammon, G.* (1981): Kreativität, Therapie und künstlerische Gestaltung. In: *Dyn. Psychiat.* (14) 101–115  
– (1989): unveröffentlichtes Interview  
*Ammon, M.* (1997): Dynamische Psychiatrie – ein integratives psychiatrisch-psychotherapeutisches Konzept. In: *Dyn. Psychiat.* (30) 3–18  
*Doldinger, D.; Etschmann, U.* (1991): Die Bedeutung der Theatertherapie für die Psychotherapie der Psychosen – ein kasuistischer Beitrag. In: *Dyn. Psychiat.* (24) 189–205  
*Urspruch, I.* (1993): Theatertherapie – eine milieutheraeutische Erweiterung ambulanter Psychotherapie. In: *Dyn. Psychiat.* (26) 73–89  
– (1996): Therapeutic Work with Actors at the Theatre Therapy of Dynamic Psychiatry and in the Russian Theatre Tradition by Stanislavsky. In: *Dyn. Psychiat.* (29) 69–77

Adresse der Autoren:

Ulrich Köppen  
Terlanerstraße 16  
D-81547 München

Dr. med. Anette Binder  
Truderingerstraße 110  
D-81673 München

Dipl.-Psych. Nataly Hoffmann  
Linprunstraße 7  
D-80335 München

## Der Symbiosekomplex bei affektiven Psychosen im Spiegel des bildnerischen Symbols\*\*

Alfons Reiter (Salzburg)\*

Der Autor setzt Ammons Symbiosebegriff in Beziehung zu neueren entwicklungspsychologischen Konzepten und betont den klinischen Nutzen von Ammons Ansatz. Er vertritt die Meinung, daß es kein normales Entwicklungsstadium einer Symbiose gibt, sondern daß in eine Symbiose geflüchtet wird, wenn die psychischen Entwicklungsbedingungen zu belastend sind. Gerade unter diesem Gesichtspunkt bekommt Ammons Therapiekonzept von der nachholenden Ich- und Struktur-Entwicklung im Rahmen einer therapeutischen Gemeinschaft nach Ansicht des Autors eine große Bedeutung. Er verweist auf das kreativ-künstlerische Potential vieler psychotisch strukturierter Patienten und stellt Ausschnitte aus dem Behandlungsverlauf einer manisch-depressiven Patientin anhand ihres bildnerischen Ausdrucks dar. Dabei werden im Spiegel der Bilder Aspekte der Genese, der Dynamik und des Therapieverlaufs im Rahmen der Symbiose-Komplex-Problematik deutlich. Der Autor stellt abschließend ein alternatives Therapiemodell mit »temporären psychotherapeutischen Gemeinschaften« vor, das eine Psychosentherapie auch in einer psychotherapeutischen Praxis ermöglicht.

Seit *Stern* (1992) ist man mit dem Begriff der Symbiose vorsichtig geworden. Seine Ergebnisse machen deutlich, daß es die Symbiose als normales Entwicklungsstadium, wie es im klassisch psychoanalytischen Denken mit dem Begriff des Primärzustandes gemeint war und dann später von *Mahler* (1952) postuliert wurde, nicht gibt. Das Kind nimmt sich von Anfang an als getrennt von den anderen wahr. Darauf hat auch schon *Balint* (1969) mit seinem Begriff der »primären Liebe« verwiesen. Es bestehe von Anfang an eine Bezogenheit zwischen Mutter und Kind.

Sind die Bedingungen für die Differenzierung des »Kernselbstempfindens« (*Stern* 1992) nicht lebbar, können die Autonomiestrebungen zugunsten einer »Flucht in die Symbiose« (*Dornes* 1993) aufgegeben werden. Die Symbiose kann dann als »Zufluchtsort des überforderten Säuglings« (*Gedo* 1980) gesehen werden. In diesem Sinne behält der Symbiosebegriff seinen klinischen Nutzen, wenn er nicht als ein Stadium der normalen Entwicklung, sondern als eine Abwehr nicht lebbarer Realität betrachtet wird (*Dornes* 1993).

Diese berechtigte Richtigstellung des Symbiosekonzeptes tut dem Konzept des »Symbiosekomplexes« *Ammons* keinen Abbruch. Wichtig bei seinem Konzept sind nicht die entwicklungspsychologischen Aussagen, sondern die Psychodynamik des Symbiosekomplexes (*Ammon* 1979), wie er sie bei Psychosen herausgearbeitet hat. Seine Hauptaussage: Der Symbiosekomplex entstehe durch eine glücklos verlaufene frühe Mutter-Kind-Beziehung und sei »die Wurzel der meisten archaischen Ich-Krankheiten« (*Ammon* 1979).

\* Dr. phil., Psychotherapeut, Psychoanalytiker, a.o. Universitäts-Professor an der Universität Salzburg, Österreich

\*\* 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 in München-Pasing

Intuitiv erfaßt er damit, daß der Symbiosekomplex auf einem brüchig strukturellen Untergrund aufbaut. Die Kritik am Symbiosebegriff erhöht dessen klinischen Aussagewert. Er stellt fest, daß bei einem Symbiosekomplex nicht auf Strukturen zurückgegriffen werden kann, die in einem normalen »symbiotischen Entwicklungsstadium« aufgebaut hätten werden können.

Mit dieser Korrektur gewinnt eine weitere Säule von *Ammons* Psychosekonzept an Bedeutung, nämlich die nachholende Ich-Entwicklung in einer therapeutischen Gemeinschaft. Weil eine affektiv tragende Umwelt fehlte, flüchte der Betreffende in die Symbiose und tendiert später immer wieder dazu, der Realität durch die Flucht in Verschmelzungsphantasien zu entkommen. Strukturbildung kann hier nur wieder in einer »Lebensgruppe« (*Fabian, Fabian* 1996) erfolgen. So sieht *Ammon* die entscheidende Heilungsmöglichkeit solcher Störungen im Entwicklungsraum einer therapeutischen Gemeinschaft, wo durch soziale und polyästhetische Erfahrungsmöglichkeiten neue tragende Ich-Strukturen aufgebaut werden können.

Mit dem Konstrukt des »Symbiosekomplexes« kritisiert *Ammon* gleichzeitig die Dominanz des *Freudschen* Ödipuskomplexes. Die Weichen für ein Gelingen der ödipalen Aufgabe werden in der vorhergehenden Entwicklung gestellt. Etablierte sich ein Symbiosekomplex, wirft dieser die Schatten in die nachfolgende Entwicklung voraus. Mit dieser Aussage vollzieht *Ammon* wie die Nähe- und Narzißmusforscher (*Ferenczi, Balint, Grunberger, Winnicott, Bettelheim, Kohut* u.a.) den Paradigmawechsel, wie ihn erstmals explizit *Fairbairn* (1952) aussprach: Nicht das Streben nach Lust sei primär, sondern das Streben nach dem Objekt. Es wird damit auf die Polarität zwischen dem »narzißtischen« und dem libidinös-objektalen System verwiesen (*Argelander* 1971), wobei dem Narzißmus zu Beginn der Entwicklung die Dominanz zugesprochen wird. *Ammon* konzipiert das im Konstrukt des Symbiosekomplexes ich-psychologisch und objektbeziehungstheoretisch.

Sein Konzept des Symbiosekomplexes ist geöffnet für Erweiterungen, die sich aufgrund der neueren Forschung ergeben. Hier sei besonders auf die pränatale Forschung verwiesen (*Fedor-Freybergh* 1987, *Janus* 1989, *Blum* 1993). Man spricht heute nicht mehr nur vom »kompetenten Säugling« (*Dornes* 1993), sondern bereits vom kompetenten Föten und Embryonen. Wir haben heute gesicherte Erkenntnisse, daß das spätere Selbstwerterleben ganz entscheidend im vorgeburtlichen Entwicklungsraum grundgelegt wird (*Grunberger* 1979). Der Dialog, den das Kind in der primären Liebe (*Balint* 1969) nachgeburtlich mit der Mutter beginnt, hat längst schon vorgeburtlich begonnen. So ist anzunehmen, daß die Wurzeln des Symbiosekomplexes bzw. des Narzißmus (*Reiter* 1987) weit in den pränatalen Raum zurückreichen.

Die Hauptsäule von *Ammons* Denkens ruht auf der anthropologischen Sicht der Humanstrukturiertheit. Diese ermöglichte erst die »Dynamische Psychiatrie« mit dem Paradigma der »Verstehbarkeit und des therapeuti-

schen Optimismus« (*Ammon, Burbiel* 1992). Damit war sein Konzept auch offen für die Hauptaussagen der humanistischen Psychotherapie (*Maslow, Rogers* u.a.). Ein zentrales Wesen der Humanstruktur sei eine Tendenz zur Selbstverwirklichung. Wo sie nur eine positiv humanstrukturierte Begleitung bekommt, drängt das in der Entwicklungsgestalt im Menschen Angelegte mit elementarer Kraft zur Entfaltung.

Das Konzept der Selbstaktualisierung als Selbstverwirklichung (*Paulus* 1994) darf nach den Erkenntnissen der Selbstpsychologie (*Eagle* 1988) und der neueren Psychotherapieprozeßforschung noch erweitert werden. Unser Menschsein ist nicht nur auf seine Selbstaktualisierung in uns angelegt. Zur Humanstruktur gehört auch, daß wir ein konkretes Entwicklungswissen und Heilungswissen in uns tragen, zu dem wir in Träumen, im künstlerischen Tun, über unseren Körper, aber auch sehr direkt über unsere Introspektion Zugang bekommen können.

Die Annahme der Selbstaktualisierung ist besonders für die therapeutische Behandlung eines Symbiosekomplexes von besonderer Bedeutung. Das gibt dem Therapeuten trotz der gängigen Annahme – je früher die Störung, desto schlechter die Prognose – Hoffnung, auch hier eine kompensative Veränderung erreichen zu können. Und es ist gerade diese Erfahrung, die mich bei Psychosentherapien immer wieder faszinierte: Welches Ausmaß an Störung und Not wir in der psychotischen Dynamik auch vorfinden, begegnen wir gerade bei diesen Kranken dem »inneren Weisen«. Er schützt und begleitet den Klienten mit einem weisen Heilungswissen.

In der folgenden Kasuistik möchte ich Botschaften dieses »alten Weisen« in der Form des bildnerischen Ausdrucks illustrieren und methodisch nutzen. Wir können über diesen Weg einen sehr differenzierten Einblick in die Entstehung, Dynamik und Therapie des Symbiosekomplexes erhalten.

### *Kasuistik*

Für diese Kurzkasuistik wählte ich Ausschnitte aus einer psychoanalytisch orientierten Psychosentherapie aus, die seit einiger Zeit abgeschlossen ist. Die katamnestischen Daten lassen deshalb den Therapieverlauf und das Ergebnis fundierter beurteilen. Die Patientin, damals 24, mit 17 Jahren erstmals manisch-depressiv psychotisch, übernahm ich nach ihrem fünften psychiatrischen Aufenthalt. Die Psychosen schienen sich schon regelmäßig einzustellen. Es wurde bereits an eine Frühpensionierung gedacht.

Die Patientin hatte einen besonderen Zugang zur bildnerischen Ausdrucksgestaltung. Sie nutzte für sich schon seit früher Kindheit Zeichnen und Malen als gleichsam autodidakte Kunsttherapie. Besonders in krisenhaften Zeiten wurde sie innerlich zum Zeichnen gedrängt. Sie fragt auch gleich in der ersten Stunde, ob ich an Zeichnungen Interesse hätte. In der folgenden Therapie lernte ich den bildnerischen Ausdruck als wertvollen diagnostischen und therapeutischen Zugang gerade bei solchen

Störungen kennen, wo durch eine tiefe Regression die Wortsprache zurückbleibt und magisch-archaische Entwicklungsräume betreten werden.

Während der fünf Jahre dauernden Therapie brachte sie mir ca. 400 Zeichnungen in die Stunde mit. Ich arbeitete mit ihnen ähnlich wie mit Träumen. Indem diese Bilder den therapeutischen Prozeß wesentlich trugen und gleichzeitig im psychoanalytischen Bezugssystem eingebettet waren, ergab sich eine fundierte Objektivierungschance für die Valenz und Merkmalsbreite der Bildsymbole. Der bildnerische Ausdruck erwies sich von einer besonderen diagnostisch und therapeutischen Leistungsfähigkeit für frühe narzißtische Komplexe (Reiter 1985).

Die Patientin kam in Begleitung ihres Mannes. Sie stand damals noch stark unter Medikamenten. Die Psychose klang aus. Immer wieder wechselten noch euphorische mit depressiven Stimmungen. In der nächsten Stunde brachte sie mir Zeichnungen aus den letzten Tagen mit; aber auch solche, die damals entstanden, bevor sie mit 17 erstmals psychotisch wurde.

Die Bilder, die sie die Tage vor Therapiebeginn zeichnete, zeigten, daß die Ich-Struktur noch von der ausklingenden Psychose belastet ist. Sie beinhalten archaische Wut, globale Identifikationen mit gehaßten und idealisierten frühen Elternbildern und die Zuflucht in manische Größenvorstellungen. Ein Bild daraus ist besonders informativ. Es bringt die Problematik des »Symbiosekomplexes« ins Bild: Eine dürftige Baumreihe auf einer Bergsilhouette (Abb. 1). Die Bäume suchen vergebens im Boden Halt.

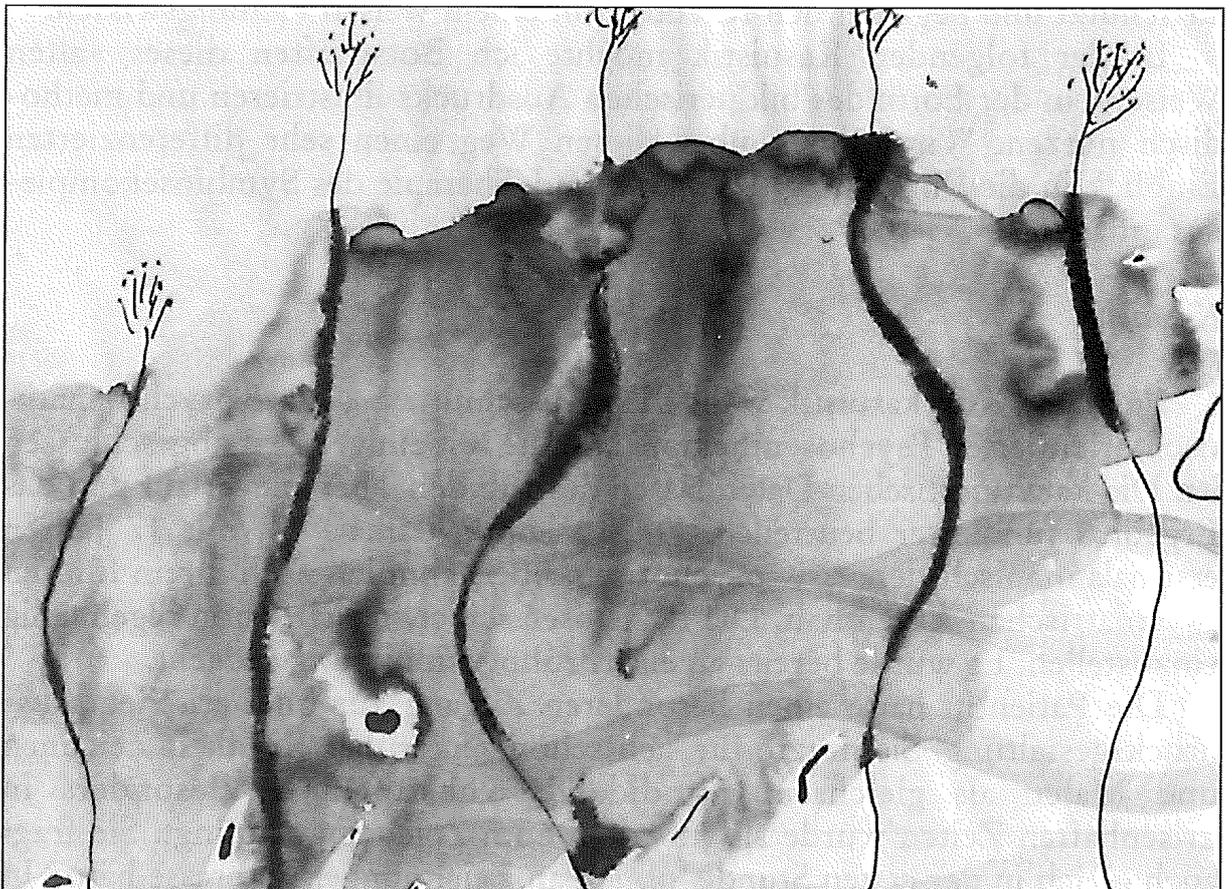


Abb. 1: Eine dürftige Baumreihe auf einer Bergsilhouette (DIN A4, Tusche und mit Wasserfarben braungelb koloriert)

Ihre Wurzeln gehen durch die ganze Scholle hindurch, können sich aber auch tief unten im Grundwasser nicht verwurzeln. Alle Kraft scheint in die Suche nach Verwurzelung aufgebraucht zu werden. Für das, was über der Erde sichtbar ist, bleibt wenig Entwicklungskraft übrig.

Entsprechend der Kritik am Symbiosekonzept könnte hier deutlich gemacht sein, daß die Klientin sich nie in der mütterlichen Geborgenheit verwurzeln konnte und ihre symbiotischen Verschmelzungswünsche eine Reaktion darauf sind. Weiter kann in diesem Bild auch zum Ausdruck kommen, daß die narzißtischen Wurzeln weit ins Vorgeburtliche zurückreichen. Diese Annahme konnte durch Bilder und Prozeßdaten aus der Therapie gestützt werden.

Besonders aufschlußreich waren die Bilder aus der Zeit, wo sie erstmals mit 17 Jahren psychotisch wurde. Im folgenden Bild (Abb. 2) erfaßt sie sensibel ihre Grundproblematik: Liebe als Wunsch regressiver Verschmelzung. Diese Verschmelzungswünsche versperren den Weg in eine autonome Beziehung. Das erzeugt Entwicklungsstillstand (Sie fühlt sich wie die Totenmaske) und Wut (Zacken im oberen rechten Quadranten).

Das Bild beinhaltet eine tiefgreifende Sicht um ihr primäres Defizit, aber auch den Weg, den sie zur Entwicklung gehen muß. Die Liebenden sind noch im symbiotischen Sog der Partnerschaft, was Wünsche nach regressiver Verschmelzung mißverstehen läßt und somit in der Realität die Enttäuschung programmiert. Darauf reagiert sie mit Wut und depressiver Versteinerung. Diese Position kann ihr archaisches Aggressionspotential wecken. Und das bedeutet dann Psychosegefahr. Die aufsteigende Diagonale mündet in aggressive Zacken. Das warnte mich früh, daß in dieser Therapie eine archaische Wut zum Durcharbeiten ansteht.



Abb. 2: Liebende mit Totenmaske  
(DIN A3, Bleistift)

In diesem Bild erfaßt sie intuitiv die funktionale Beziehung von Ödipus- und Symbiosekomplex. Liegt ein Symbiosekomplex vor, können die folgenden Entwicklungsschritte – und damit auch der Ödipus – nur strategisch genommen werden. Während der Adoleszenz fordern sich die Entwicklungsdefizite ein. Mit dem Wunsch nach einem Partner zeigt sich

die bisherige Entwicklung brüchig. Die Partnersehnsucht reaktiviert nicht nur die ödipale Rivalin, sondern auch die noch nicht bewältigte archaische Mutter.

Die bisherigen Psychosen wurden jeweils durch eine begonnene Freundschaft ausgelöst. So auch die erste mit 17 Jahren. Die Sehnsucht nach dem anderen nahm ihr diesen. Sie »schickte« ihn damit in eine idealisierende Distanz, bis sie merkte, daß er für sie wegen einer anderen verloren ist. Zur

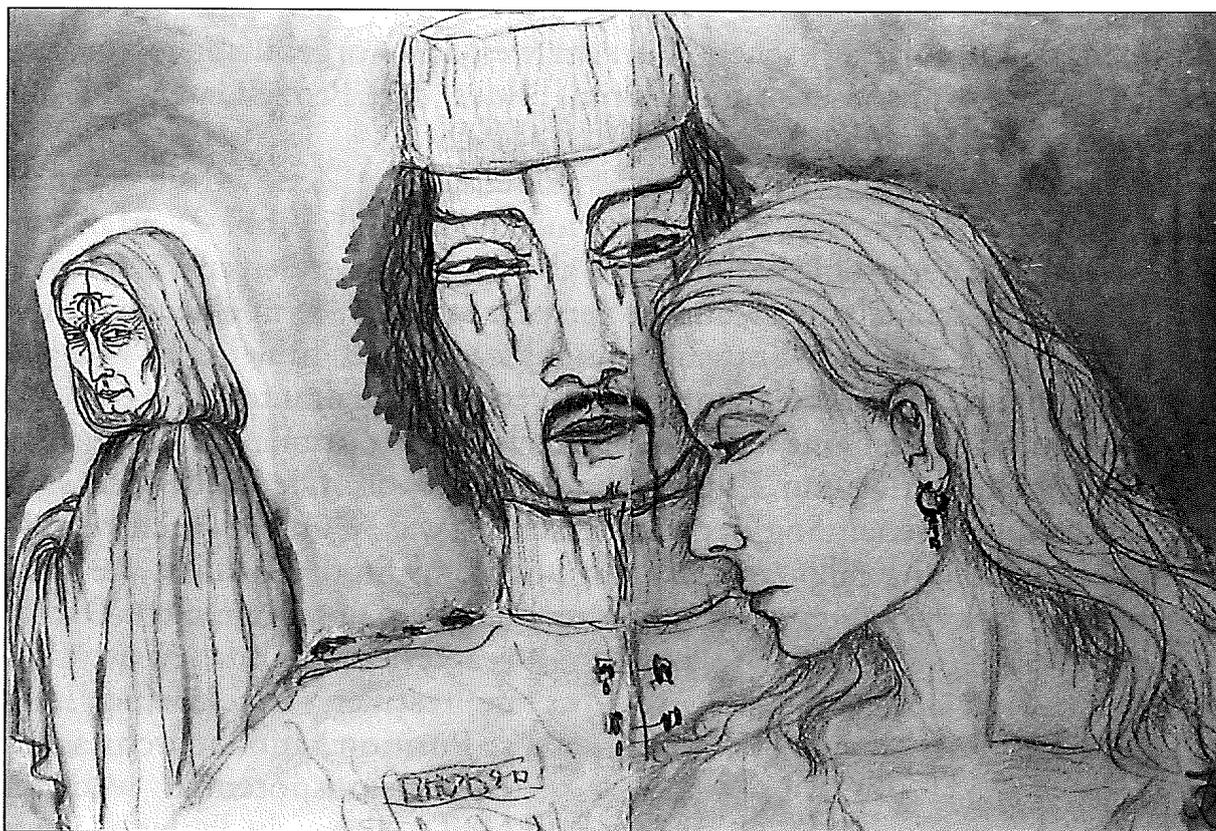


Abb. 3: Ohne Titel (DIN A3, Bleistift mit Wasserfarben koloriert)

gleichen Zeit reagierte sie paranoid auf Frauengestalten. Dann war jeweils die Gefahr einer pathologischen Regression groß. Das folgende Bild (Abb. 3) zeigt die hier zugrundeliegende Dynamik.

Hier ist ihr »Angebeteter« bereits zur unnahbaren Person geworden. Sie ist auf der rechten Seite mit einem verletzten, schon nach innen gewandten Blick. Auf der linken Seite geht eine Frau weg. Die Hexe schaut nochmals zurück. Sie kann zuversichtlich sein. Sie wird den jungen Mann nicht an die junge Frau rechts verlieren.

Sie objektiviert hier ihre innere Repräsentanzszenen. Der Wunsch nach einem Partner wird zur Wiederbelebung der ödipalen Szene. Hier wird sichtbar, daß die männliche Gestalt nicht als »Vorbild« für eine spätere reife Beziehung verinnerlicht werden konnte. Und das allem Anschein nach deshalb, weil die ödipale Mutter noch nicht von der defizitär erlebten archaischen Mutter gelöst war, geht deren Qualität auf den Mann über. Auf der Rückseite dieses Bildes – gleichsam wie eine Folge von diesem – zeichnet sie das nächste (Abb. 4).

Vom letzten zu diesem Bild ist etwas Gravierendes passiert. Es ist nicht mehr bunt, sondern nur noch Bleistift. Es hat Beschriftungen im Bild, die sonst nur in psychotischen Zuständen auftauchen. Das Formniveau ist aber noch hoch. Auch inhaltlich wird ein deutlicher Bruch zum Bild auf der Vorderseite deutlich: In Bild 3 tritt die Frau links als Hexe ab (Runenzeichen auf der Stirn). An dieser Stelle ist jetzt die Mutterlilie, wie sie diese bezeichnet.

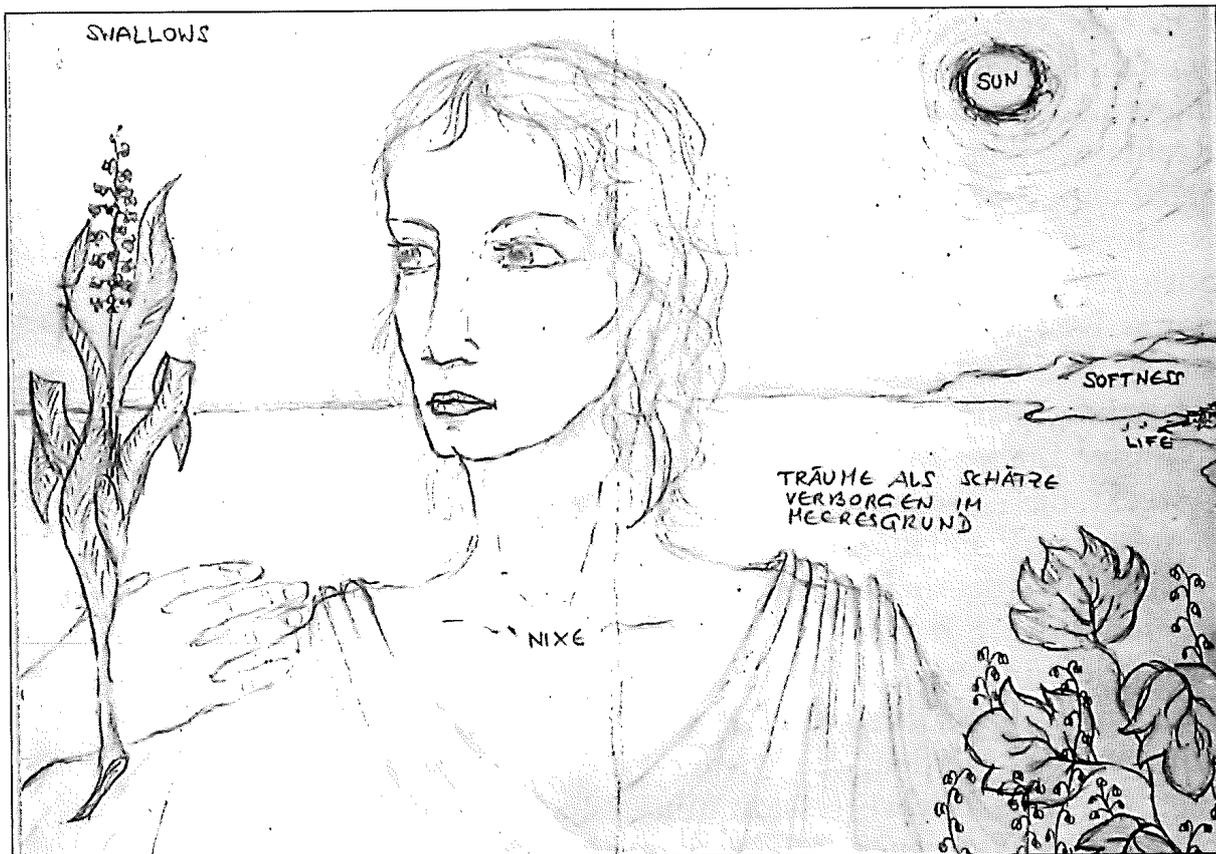


Abb. 4: Träume als Schätze verborgen im Meeresgrund (DIN A3, Bleistift)

In einer Bildserie, die sie mit neun Jahren zeichnete, erläutert sich dieses Bild jetzt (Reiter 1985). Ihre Sehnsucht geht zurück zur archaischen zu wenig geübten guten Mutter. Durch die Grundstörung ist die ödipale Auseinandersetzung in Bild 3 zum Scheitern verurteilt. Sie reaktiviert den Symbiosekomplex. Im ersten Schritt flüchtet sie in die Symbiose mit der archaischen guten Mutter (Kernberg 1979). Diese wird durch Abspaltungen von dem negativ besetzten geschützt. Bei einer Trieb- und Ichregression, wie sie hier angenommen werden kann, kann die Flucht in die Symbiose mit der guten Mutter nicht lange aufrechterhalten werden. Die Regression führt sie deshalb wieder zur archaisch negativ besetzten Mutter.

Noch vor dem Ausbruch der Psychose zeichnet sie das Bild einer Sphinx im Meer. In den Wellen steht das Wort »Mutter«. Das sinkende Strukturniveau in den darauffolgenden Bildern verdeutlicht, daß der psychotische Entstrukturierungsprozeß nicht mehr aufzuhalten war.

Wenn die Bilder, die sie zu Therapiebeginn mitbrachte, auch erst im Datenkontext der folgenden Therapie in seiner Merkmalsbreite und -spezi-

fität erfaßt werden konnten, so waren sie gerade jetzt eine wichtige Orientierungshilfe. Die Klientin befand sicherst in der Remission aus der Psychose, war medikamentös gedämpft und schwieg, wenn sie nicht gerade wieder manisch-euphorische Stimmungen belebten. Über die Bilder, die sie zu Hause zeichnete und in die Stunde mitbrachte, bekam ich Informationen, was zwischen den Therapiestunden in ihr vorging.

In Bild 2 war der Weg der Therapie vorgegeben. Die ungenügend erfahrene und verinnerlichte positive primäre Mütterlichkeit schuf keinen tragenden Grund, auf dem es zu einer Integration der gegensätzlichen Mutterbildern kommen konnte, führte zu einer »Grundstörung« (Balint 1969). Die Realität wird bedrohend erlebt und steigert die Sehnsucht nach der zuwenig gehaltenen primären Mutter.

Gegen dieses Streben stellen sich zwei Positionen. Erstens ist das positive Mutterbild ein idealisiertes, das nur in der Abspaltung vor den aggressiven Mutterbildern existieren kann. Der Sog zurück führt sie wieder zur Sphinx. Und zweitens stellt sich mit der Qualität ihrer Verschmelzungswünsche gegen die Realität und die progressiven Entwicklungstrebungen. In dieser Entwicklungssackgasse werden archaische Aggressionspotentiale geweckt, das – wie aus den mitgebrachten Bildern zu sehen war – zu einer depressiven Versteinerung oder einem manischem Größenselbst führte.

Bild 2 verdeutlichte, daß der therapeutische Weg eine Gratwanderung werden wird: Einerseits soll die Flucht in die Verschmelzungsphantasien vermieden und stückweise die Realität angenommen werden. Andererseits darf dabei aber nicht soviel Frustration geweckt werden, die wieder zu einer Ich- und Triebregrression führen könnte. Der Weg der Heilung geht nur über die Transformation der archaischen Aggressionspotentiale. Dies ist wieder nur zu erreichen, wenn das archaische Strukturdefizit kompensiert werden kann.

Die ersten Bilder aus der Therapie wurden durch diese Information aus den mitgebrachten Bildern verstehbar. Sie zeigten ihre Verschmelzungssehnsucht nach dem archaischen idealisierten Mutterbild. Die Remission aus der Manie zwangen sie wieder in die Realität. Sie reagierte mit Bildern von Wut und Trotz. Damit wurde immer wieder die Gefahr einer neuerlichen psychotischen Entstrukturierung heraufbeschworen. Das folgende Bild verdeutlicht dieses kritische Stadium. Sie

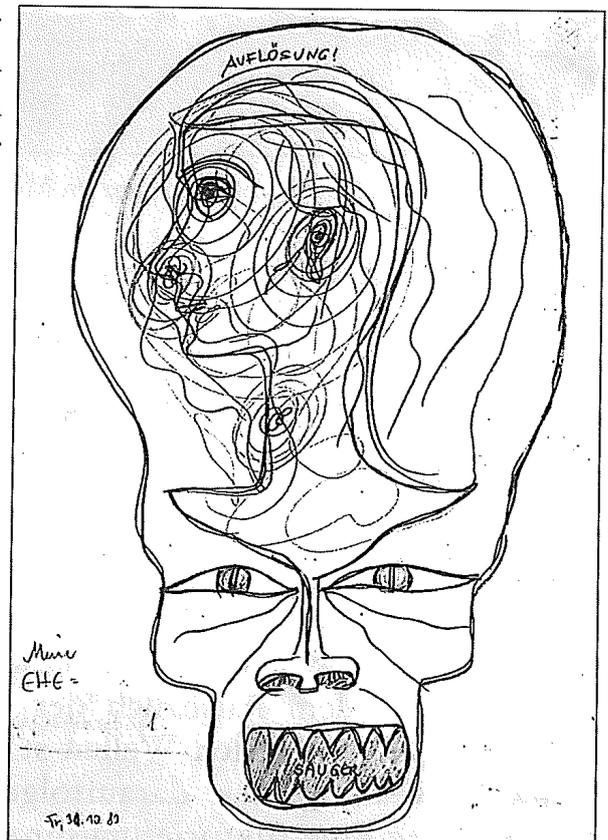


Abb. 5: Der Sauger / Hydrocephalon (DIN A4, Bleistift)

nennt es den »Sauger«. Ihre Ehe wurde durch die Psychosen sehr belastet. Ihr Mann möchte sich von ihr trennen. Das erfährt sie gerade jetzt, wo sie die Remission wieder mit der Realität konfrontiert.

Im »Hydrocephalon« (Abb. 5) sehen wir, wie die Wut zunehmend von der infantil narzißtischen Destruktivität überlagert wird. Eine Ich- und Triebregrression setzt ein. Das Strukturniveau kann nur noch mit Mühe gehalten werden. Sie saugt gleichsam den Partner ein und im aufgeblähten Kopf harret er der Exekution.

Wir werden bei diesem Bild an die kannibalische orale Position (*Abraham*) erinnert, wo das Objekt in dieser Manier inkorporiert wird. Die kannibalische Aggression bei gleichzeitiger Ichregression bedeutet akute Selbstgefährdung. Es folgen Zeichnungen, die die kritische Situation verdeutlichen, aus der sie aber mit einem progressiven Schritt herausgehen kann. Sie flüchtet zuerst in ein manisches Größenselbst, bremst die Aggression vorübergehend mit einer depressiven Versteinerung und setzt dann zu einer differenzierten Wiederannäherung, aber auch Abrechnung mit der Mutter an. Im folgenden Bild können wir miterleben, welche Kraft unser inneres Entwicklungs- und Heilungswissen jetzt in dem noch so labilen Zustand der Remission bereits hat. Es verweist aber auch auf die Leistungsfähigkeit des bildnerischen Symbols gerade ein solchen Prozessen.

Nach dem vorhergehenden Wüten im Sauger gegen das Objekt sind

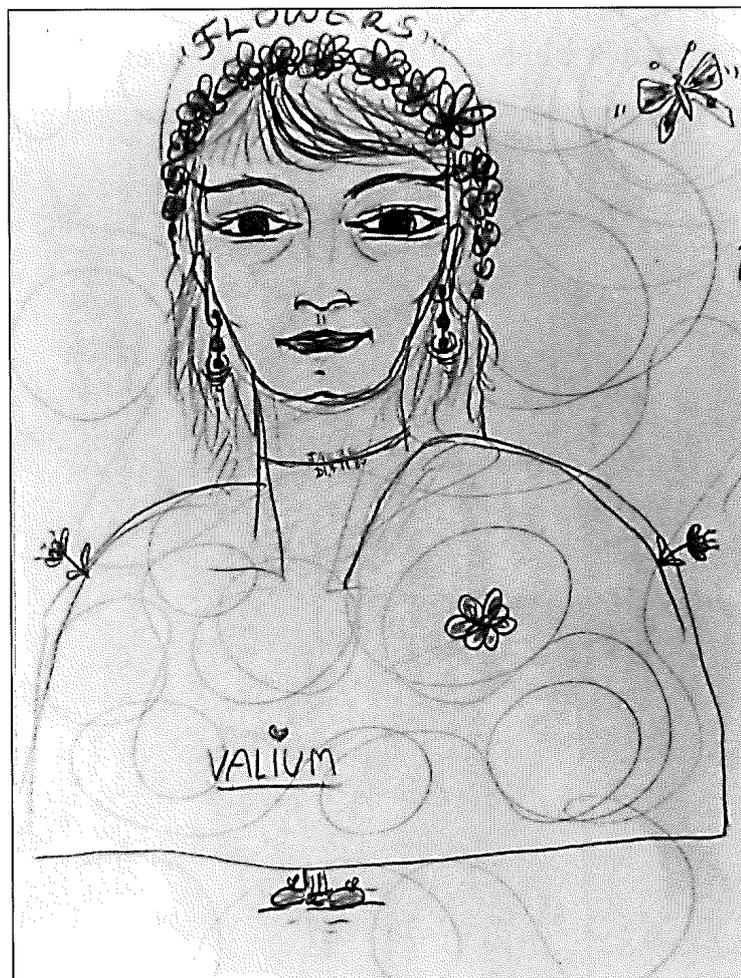


Abb. 6: Frauenbüste (DIN A4, Bleistift koloriert)

Ängste zu erwarten, dieses damit zerstört zu haben. Hier restauriert sie wieder das Mutterbild, idealisiert es, hält gleichzeitig damit Abrechnung und zudem gelingt es ihr durch eine phylogenetische Regression für sich Mutternahrung zu bekommen.

Das nächste Bild (Abb. 6) zeigt eine stolze Frauenbüste. Es sei die Mutter, die sich mit Schmuck bebing, aber nicht emotional tragend da war. Der Blick ist zwar lebendig, aber es ist nur eine Büste. Sie hat keine Hände, die sie halten, keine entsprechenden Beine, wodurch sie zu ihr kommen könnte. Sich selbst zeichnet sie als Schmetterling. Als solcher bekommt sie von den Blüten

Nahrung, die statt Herz und Hände gemalt sind und sich am Kopf befinden. Vielleicht ein Hinweis, daß in frühester Zeit Nahrung da war, aber später versiegte.

Nach der Remission (sechs Wochen, in denen sie drei – bis viermal pro Woche kam), folgte die sukzessive Durcharbeitung der archaischen Aggression. Der Weg, den sie autodidakt beschritt, ist eine kunstvolle Operationalisierung von magisch-animistischen Formen der aggressiven Selbst- und Objektbesetzungen (Reiter 1986). Das tat sie jeweils in einem progressiven Schritt und dann wieder in einem Rückzug auf gewohntes Terrain. (Es erinnert an die Entwicklungsfigur *Mablers* der Übungsphase und Wiederannäherung.)

Der Weg führt über Stadien, die uns seitens der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie vertraut sind. Zuerst war sie selbst Träger der aggressiven Selbst- und Objektbesetzung. So ist sie auch im Bild zuerst Täter, dann Opfer archaischer Aggressionen. Im nächsten Schritt verlagerte sie diese Aggression in die Übertragung und konnte zwischen Selbst und Objekt differenzieren und deren magische Qualität wahrnehmen. Dadurch wurde es ihr möglich, die spezifische aggressive Besetzung der archaischen Mutter zu erkennen und wie sie sich zur Verlustabwehr immer wieder mit dieser identifizierte.

In der psychotischen Gefährdung konnte sie das Vaterbild nicht vor der archaischen bösen Mutter retten. Sie erlebte dann beide als »vereintes böses Paar« (Kernberg). Mit dieser Hypothek blieb der Vater auch in ihrer ödipa-



Abb. 7: Vampir als Selbstportrait (DIN A3, Deckfarben)



Abb. 8: Die verdrängte aggressive und die bewußt sanftmütige Hälfte (DIN A3, Tusche und Bleistift)

len Entwicklung belastet und das scheint es auch verstehbar zu machen, warum später in der Adoleszenz – wie in Bild 3 – der Freund (Vaterübertragung) in die Macht der bösen Hexe kommt. Jetzt kann sie ihren Vater von dieser Hypothek befreien und den Triangulierungsschritt nachholen. Sie zeichnet Drakula persönlich und meint dazu: »Man ist stark, wenn man den zum Freund hat«. Sie darf es zulassen, daß diese Anteile auch in ihr sind und zeichnet sich lustvoll selbst als Vampir (Abb. 7).

Zunehmend kann sie aus den aggressiven Selbst- und Objektbesetzungen die archaisch-destruktive Qualität zurücknehmen. Sie erkennt Aggression als positive Kraft und kann zur Aggression in ihr stehen. Sie wandelt damit die aggressive Selbstbesetzung wieder in eine entwicklungsfördernde Kraft (Abb. 8). Beides darf jetzt sein: Die verdrängte aggressive und die bewußt sanftmütige Hälfte.

Dieser Verlauf stützt die Annahme *Ammons*, daß destruktive Aggression erst durch schwere Frustration entsteht und deren Rückwandlung in eine Kraft, die zu Gunsten der Entwicklung eingesetzt werden kann, den wichtigsten Inhalt einer Psychosentherapie darstellt. Nach fünf Monaten intensiver Therapie bat die Klientin um eine Therapiepause. Sie war jetzt psychisch stabil, ging ihrer Arbeit nach und schien wiederhergestellt zu sein.

### *Versuch eines alternativen Therapiemodells*

Daß der bisher erreichte Erfolg noch ungenügend strukturell abgesichert war, zeigte sich bereits nach einem halben Jahr. In den Sommerferien verliebte sie sich. Sie geriet dadurch wieder in eine psychotische Gefährdung und wurde erneut psychotisch.

Im akut psychotischen Zustand konnte ich nicht in der Praxis mit ihr arbeiten. Sie mußte wieder in die Psychiatrie aufgenommen werden. Ich behandelte sie dort weiter. Hier mußte ich die Erfahrung machen: wengleich die psychiatrische Institution für meine Arbeit aufgeschlossen war, für den manisch Euphorischen genügen schon wenige Mitpatienten, welchen auf ihn wie eine Induktion wirken. Ein Teufelskreis beginnt: Er muß wieder stärker medikamentös eingestellt werden. Dies reduziert wieder die eigene Heilungskraft und er selbst erlebt die Medikamente als Zwangsjacke, in der er trotz Ruhe nach außen innen wütet. Außerdem schien es, daß ein Patient, der einmal in seiner Selbstheilungskraft psychotherapeutisch begleitet wurde, für die Möglichkeiten, die eine gängige Psychiatrie bietet, »untauglich« wird. Sie erkennen die Inadäquatheit psychiatrischer Verwahrung als Therapieangebot. Eine alte Wunde wird damit berührt. Sie bekommen wieder verdinglichte Zuwendung (Medikamente) anstatt die Atmosphäre einer emotional tragenden therapeutischen Gruppe.

Die Patientin verfiel in wenigen Tagen in einen bedenklichen Zustand. Ich mußte handeln. In Absprache mit der Psychiatrie nahm ich die hoch psychotische Patientin heraus, um sie in einer therapeutischen Wohngemeinschaft weiterzubehandeln. Als Helfer suchte ich Freunde aus dem Bekanntenkreis der Patientin, damit rund um die Uhr jemand bei ihr war. Diese mußten für diesen Dienst kurz eingeschult werden. Das Patient-Helfer-Verhältnis war 1:6. Die Medikation wurde mit der Psychiatrie abgesprochen. In diesem Rahmen konnte ich die Psychotherapie, so weit dies möglich war, auch während der Psychose fortführen.

Nicht mehr möglich war das, wenn die archaisch-destruktive Wut projiziert werden mußte und sich auf mich richtete (psychotische Identifikation, *Jacobsen* 1978). Dann hatte ich für diese Zeit in den Betreuern Ersatz-Übertragungsmöglichkeiten. Der »Objektstoffwechsel« war in solchen Zeiten enorm. Zum Glück für die Crew klang dieses Verhalten jeweils vorher ab, bevor der letzte entwertet war. Die therapeutische Gruppe lenkte ich während solcher Zeit vom Hintergrund aus weiter. Beim ersten Versuch mit dieser »therapeutischen Gemeinschaft auf Zeit« dauerte die Manie fünf Tage und die darauf folgende Depression eine weitere Woche. Nach drei Wochen konnten wir die »Gemeinschaft« wieder auflösen. Die Klientin setzte nach weiteren 14 Tagen ihren Beruf wieder fort.

Das war erstaunlich. Die bisherigen psychiatrischen Aufenthalte dauerten vier bis sechs Wochen. Eine ebenso lange Erholungszeit mußte angeschlossen werden. Es konnte daraus geschlossen werden: Wenn in einer entsprechenden therapeutischen Gemeinschaft der psychotisch Kranke seine

Psychose zulassen darf, kann mit der Medikation sparsam umgegangen werden. Die Manie klingt sehr bald ab. Ebenso verkürzt sich die darauf üblich folgende Depression.

In den folgenden vier Jahren gab es noch drei psychotische Zustände, die in der beschriebenen Wohngemeinschaft verbracht wurden. Die Psychosen wurden immer schwächer und entsprechend kürzer auch die Dauer der »therapeutischen Gemeinschaften«. Zunehmend konnte ich beobachten, wie sie den Therapeuten verinnerlichte und sich selbst Strategien aneignete, um ein psychotische Gefährdung früh zu erkennen und gegenzusteuern. Es schienen sich neue tragende Strukturen gebildet zu haben, die den ehemals brüchigen Grund kompensativ überdecken.

Seit 12 Jahren ist die Patientin nicht mehr psychotisch. Sie geht weiter ihrem Beruf nach. Wie sehr sich der ehemals brüchige Grund archaischer Ich-Strukturen verändert hat, zeigt, wie sie Situationen, in denen sie früher gefährdet war, gemeistert hat. Wünsche nach Partnerschaft ziehen sie nicht mehr in illusionäre Verschmelzungswünsche. Sie kann sie realistischer sehen und das nützen, was in der Situation als reale Chance enthalten ist.

### *Schluß*

Eine bleibende Stabilisierung ist bei einem Manisch-Depressiven nur möglich, wenn die Tendenz, pathologische Wut zu produzieren, verändert werden kann. Das ist davon abhängig, ob sich der strukturelle Defekt im Selbst mit neuen Strukturen kompensativ festigen konnte. Die katamnestic Befunde sprechen dafür.

Die Bilder, die in diesem Prozeß entstanden sind, bringen es uns berührend nahe, welch ein schwieriger Weg hier zu gehen ist. Sie ermutigen uns und machen es uns deutlich, daß wir im inneren Heilungswissen des Patienten einen kompetenten Co-Therapeuten haben. Der Patient weiß um seinen Weg der Heilung. Wenn wir ihm eine entwicklungsfördernde Begleitung und die psychologische Freiheit des Ausdrucks zugestehen, bekommen wir eine weise Begleitung in unserer therapeutischen Begleitung.

In diesen Botschaften objektiviert sich das Entwicklungswissen, mit dem wir unsere Konzepte inhaltlich füllen und auf humanstrukturierte Weise erweitern können. Hier zeigte es sich, daß das bildnerische Symbol eine spezifische Leistungsfähigkeit für symbiotische Komplexe besitzt. Der »Symbiosekomplex« kann über diesen Zugang differenziert in seiner komplexen Genese und Dynamik erfaßt werden.

### *The Symbiosis-Complex in Affective Psychoses mirrored in Art Symbols*

Alfons Reiter (Salzburg)

With the concept of the »symbiosis complex« *Ammon* understands the development and dynamics of the »archaic ego disease«. *Stern's* criticism of

the »conception of symbiosis« does not belittle this concept, on the contrary it clarifies it for clinical use. A normal stage of development of symbiosis does not exist. One stays in such a stage, if the conditions for a psychic development are too much of a burden. This means: the symbiotic complex builds up on the basis of a structural deficiency. There is not such thing as a symbiotic stage on which structures can be built up. Because of this clarification *Ammon's* therapeutic concept of retrieval of ego-development in a therapeutic community is of even greater value. Besides the paradigm of the oedipal complex, *Ammon* offers hereby a model for understanding and therapy of very ill psychiatric patients.

Accordingly, in the sense of »retrieval of ego-development«, missing ego-structures and human functions can be developed in the frame of a therapeutic community, i.e. with the help of groups, and deficient and destructive areas can gradually be changed into constructive structural elements. With the construct of the symbiosis complex, *Ammon* emphasizes the ego-psychological aspects of psychic development which are relevant for attachment and relations: identity development and building-up of personality structure occur by interpersonal contact and exchange, by social energy.

With *Ammon's* concept of the symbiosis complex the spectrum for prenatal research is also opened, a view on the prenatal space for development as unconscious events of relations. Besides, concrete knowledge of development and healing seems to belong to the human structure. We may get access to it by means of dreams, in artistic work, with our own body and our introspection. The assumption of self-actualization as self-realization is of great importance for the therapeutic treatment of patients in the spectrum of the symbiosis complex. That is the point in the therapy of psychotic patients with severe disturbances in which one may come across an »inner wise man«, who accompanies the patient with a wise knowledge of healing, often in the special ability of creative expression. These talents are often used for the psychic stabilization in an autodidactic way and can be used in therapy diagnostically as well as therapeutically.

Parts of such a therapy are shown from a patient, who suffers from a manic-depressive psychosis with the first occurrence in her 17th year of life. She was five times in psychiatric treatment and the psychotic illness seems to be regular. The patient had a special access to creative production and had used since her earliest childhood painting and drawing as sort of autodidactic art therapy, as possibility to express and relieve herself. Already in her first therapy session she offered this medium. During her psychosis therapy of five years she brought about fourhundred pictures into the sessions. The creative expression was of special diagnostic and therapeutical efficiency for early narcissistic complexes (*Reiter* 1985), particularly in reflecting the dynamics and development in the frame of the symbiosis complex.

Archaic rage of being abandoned, the lack of maternal security and symbiotic desires of fusing were distinctly demonstrated and as conse-

quence the inability for autonomous relations and relations based on partnership became clear. The therapeutic process of the patient went through stages which are known from the psychoanalytic psychology of development. In dealing with the massive aggression of the patient, the vehement feelings are not only expressed in a creative way, but also in the transference on the therapist who offers himself for transference. Finally, the patient could begin to change destructive aggression into a constructive force, useful for her development. This case supports *Ammon's* assumption, that destructive aggression is caused by severe frustration and therefore its re-transformation into a positive force supporting development is possible.

After five months of intensive therapy, the patient asked for a break, went to work and seemed to be psychically stable. Little later she fell in love and again came in psychotic borderline conditions. In an acute psychotic state further outpatient work became impossible. So she had to be treated as an inpatient. It became clear very soon, that medication with psychopharmacological agents stabilized the patient but could not replace the necessary human contacts. Besides, they reduced drastically her forces of self-healing. Because the patient's condition strongly deteriorated, she was accommodated and further treated in accordance with the psychiatric hospital in a therapeutic community. Friends of hers were used as helpers who looked after her all day and night. So psychosis therapy could be continued with minimal medication. In the following four years there were three more psychotic states, during which the same procedure with the group of friends was applied successfully. By means of the »temporary psychotherapeutic community« an alternative way in the therapy of psychotic patients could be demonstrated, a way which is very promising.

## Literatur

- Ammon, G.* (Hrsg.) (1979): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie 1. (München: Ernst Reinhardt)
- Ammon, G., Burbiel, I.* (1992): Grundzüge der Humanstrukturellen Psychotherapie. In: *Dyn. Psychiat.* (25) 1–22
- Argelander, H.* (1971): Ein Versuch zur Neuformulierung des primären Narzißmus. In: *Psyche* (5) 358–373
- Balint, M.* (1969): Die Urform der Liebe und die Technik der Psychoanalyse (Stuttgart: Klett)
- Bettelheim, B.* (1983): Die Geburt des Selbst (Frankfurt/Main: Fischer)
- Blum, Th.* (Ed.) (1993): Prenatal perception learning and bonding (Berlin: Leonardo Publishers)
- Dornes, M.* (1993): Der kompetente Säugling. (Frankfurt/Main: Fischer)
- Eagle, M.N.* (1988): Neuere Entwicklungen in der Psychoanalyse (München: Internationale Psychoanalyse)
- Fabian, E.; Fabian, U.* (1996): Stationäre Schizophrenie-Psychotherapie in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaike (mit Kasuistik). In: *Dyn. Psychiat.* (29) 227–233
- Fairbairn, W.R.* (1952): Psychoanalytic studies of the personality (London: Tavistock Publications)
- Fedor-Freybergh, P.G.* (Hrsg.) (1987) Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin. Begegnung mit dem Ungeborenen. (München: Saphir)
- Gedo, J.* (1980): Reflections on some current controversies in psychoanalysis. In: *J. Amer. Psychoanal. Assn.* (28) 363–383
- Grunberger, B.* (1979): Vom Narzißmus zum Objekt (Frankfurt/Main: Suhrkamp)

- Jacobson, E.* (1978): Depression (Frankfurt/Main: Suhrkamp)
- Janus, L.* (1989): Die Psychoanalyse der vorgeburtlichen Lebenszeit und der Geburt (Pfaffenweiler)
- Kernberg, O.* (1979): Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus (Frankfurt/Main: Suhrkamp)
- Kohut, H.* (1979): Die Heilung des Selbst (Frankfurt/Main: Suhrkamp)
- (1993): Narzißmus. Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzißtischer Persönlichkeitsstörungen (Frankfurt/Main: Suhrkamp)
- Mahler, M.* (1952): Kindliche Psychose und Schizophrenie: Autistische und symbiotische kindliche Psychosen. In: *M. Mahler* (1985) 164–189
- Mentzos, St.* (1992): Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie (Göttingen: Vandenhoeck)
- Paulus, P.* (1994): Selbstverwirklichung und psychische Gesundheit (Göttingen: Hogrefe)
- Reiter, A.* (1985): Bildnerischer Ausdruck als methodischer, diagnostischer und therapeutischer Zugang zur Depression. Unveröff. Habilitationsschrift, Universität Salzburg
- (1987): Die pränatale Dimension des Narzißmus. In: *Fedor-Freybergh, P.* (Hrsg.) Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin (München: Saphir)
- Schuster, P.; Springer-Kremser, V.M.* (1992): Bausteine der Psychoanalyse (Wien: WUV)
- Stern, D.N.* (1992): Die Lebenserfahrung des Säuglings (Stuttgart: Klett)
- Winnicott, D.W.* (1965): Reifungsprozesse und fördernde Umwelt (Frankfurt/Main: Fischer)

Adresse des Autors:

Prof. Dr. Alfons Reiter  
Institut für Psychologie der Universität Salzburg  
Hellabrunner Straße 34  
A-5020 Salzburg  
Österreich

## Symbiosis and Separation in In-Patient Psychotherapy and Painting-Therapy – Case Study with Paintings\*\*\*\*

Georg Kress\*, Bernhard Richarz\*\*, Astrid Thome\*\*\* (Munich)

The authors describe painting-therapy as an integrated part of dynamic-psychiatric in-patient treatment. In their opinion, for the retrieval development of personality painting is of importance because it initiates contact by expressing the unconscious and because it strengthens the ego-demarcation and the integrative potential. In a case study the authors demonstrate as paintings can be seen as hints at the patient's unconscious and as a patient's development in painting therapy is woven into the whole therapeutic process, and they assign the paintings to different phases of creativity development. Painting-therapy as practised in the Dynamic Psychiatric Hospital Mengerschwaige intends the patients becoming able for separation from symbiotic entanglement and for the development of identity.

Painting therapy is an integrated part of the therapeutical setting in the Dynamic-Psychiatric Hospital Mengerschwaige. This setting intends to retrieve the development of the personality in its destructive and deficient parts. The patients, who are treated at the hospital, are suffering from severe psychiatric disorders which according to our understanding originate in destructive-deficient group dynamics during their early childhood (cf. *Ammon* 1978). The majority of these patients is not capable of introspection, and the verbal methods of therapy, if they are exclusively used, cannot reach them just because the basic defects are predominant in the preverbal area (*Ammon* 1984).

As all kinds of human expression originate in the symbiosis with the mother and the primary group, they always point to it and symbolize its quality. In its deficitary form it appears as simple adaptation, in its destructive form as revolt, in its constructive form as tertiary process of thinking as it is characteristic for creativity (*Ammon* 1972).

The non-verbal forms of therapy such as dancing-, theatre-, film-, music- and painting therapy are of great importance as they are serving for the patient as a main medium to express and show the different areas of his personality (*Ammon, Burbiel* 1991). Often they firstly give way to build up the contact between patient and therapist and also between patient and group, which later on enables analytical working through. *Jacob* (1968) emphasizes the importance of initiating contact through artistic expression when she says: »The unconscious feelings often break through in the graphic expression, while the verbal expression of conflicts and unconscious drives is not readily available to patients in certain stages of their illness. The communication between therapist and patient can be carried on, in a preverbal level, through the drawings« (*Jacob* 1968).

\* Painter, Sculptor, Art Therapist, Dynamic Psychiatric Hospital Mengerschwaige, Munich

\*\* M.D., Psychiatrist, Psychoanalyst, Dynamic Psychiatric Hospital Mengerschwaige, Munich

\*\*\* M.A., Clinical Psychologist/Psychotherapist (BDP), Psychoanalyst (DAP), Grouppsychotherapist (DDG), Dynamic Psychiatric Hospital Mengerschwaige, Munich

\*\*\*\* Paper presented at the 35th Annual Meeting of the International Society for Psychopathology of Expression and Art Therapy, Budapest/Hungary, October 4–8, 1995

We found it necessary to give all non-verbal forms of therapy an appropriate setting of language, which is made through commentaries by other patients as well by the therapist. For instance it means that each therapeutic session is introduced verbally by the therapist and finished by his verbal summary. Speech and talking implies demarcation and integration and can be used by the patient as an assisting function given by the therapist and co-patients. It can transmit to the patient the feeling of having been understood. The verbalisation of the non-verbal occurrences is the pivot at which the non-verbal becomes an interpersonal reality out of the ambiguity (*von Bülow* 1992).

By different ways the pictures of the painting-therapy are seen and discussed in the therapeutic milieu of the hospital. At the end of each session the pictures are discussed by the patients and the therapist. To further make aware the unconscious experience communicated through visual language, the patient may present his paintings at analytic group- and individual therapy. There, the picture – like a dream – is being honoured in its entirety or it is interpreted by free associations. At the case-conference whose aim it is to take an overview of the passed and further process of a patient's therapeutic development the paintings help to see him within his limitations and possibilities. Finally, a patient's personal process in painting-therapy may be demonstrated to staff and co-patients in an exhibition within the hospital that is opened at the plenary group in a ceremonial act.

In the painting-therapy at the dynamic-psychiatric hospital, painting means to dispose off feelings, experience, phantasies and destruction in the facilitating environment (*Winnicott* 1969) of the group. Painting itself carries great worth as *Ulman* (1971) states: »Experience of the artistic process itself is a momentary sample of living at its best, providing the patient with a vitally needed glimpse in the modes of thought and action which have wide application outside artistic realm.«

The painting-therapy has the following therapeutically efficient components:

1. The unconscious themes of the patient's history find expression.
2. The patient's personality can be seen in its structure, specially concerning ego-demarcation. The integrative potential in the dimension of artistic abilities and the changings of these and other structural moments become visible.
3. The painting-therapeutic group has its own group-dynamics. The picture can stand in relation to the therapist and to group-members. It can also mirror the momentary group-dynamics of the hospital and therefore it is of importance in the here and now. The group has a favourable synergistic and reintegrative effect on the split between the conscious and the unconscious all our patients suffer from.
4. Painting therapy supports the retrieval development of creativity. *Kress* (1987) named and described the process as the matrix of creativity in six phases.

In two case studies we will present the processes in painting therapy as they clarify important biographic themes and as the coming out of fixation and stagnation is revealed. Both patients were diagnosed as borderline-cases: One patient, Ms. D, showed a predomonantly depressive and compulsive syndrome,

the other patient, Ms. H, a hysteric syndrome close to psychosis. Their in-patient psychotherapy strives to remove early acquired deficits of symbiosis with the mother and the primary group, to solve the arrest in the destructive symbiosis and to initiate the separation process.

In the first case study of Ms. D we want to demonstrate as paintings can be seen as hints at the unconscious themes of a patient's life. In the second case study of Ms. H we want to show as development in painting therapy is woven into the whole therapeutic process.

Ms. D, a 32 year-old hotel administrator, came to the hospital in a state of total exhaustion. She had sacrificed herself over a long period of time for her female employer in order to keep her friendship. Unconsciously, she had repeated the deficient symbiosis with her mother: As a 10–12 year old girl she would come home from school to find notes from her working mother, telling her which chores and shopping had to be done. Her grandmother, who was the central figure in the household, always told her not to get angry at the mother. The symbiosis with the mother was pathogenously arrested, because of her father's death through accident when she was three years old.

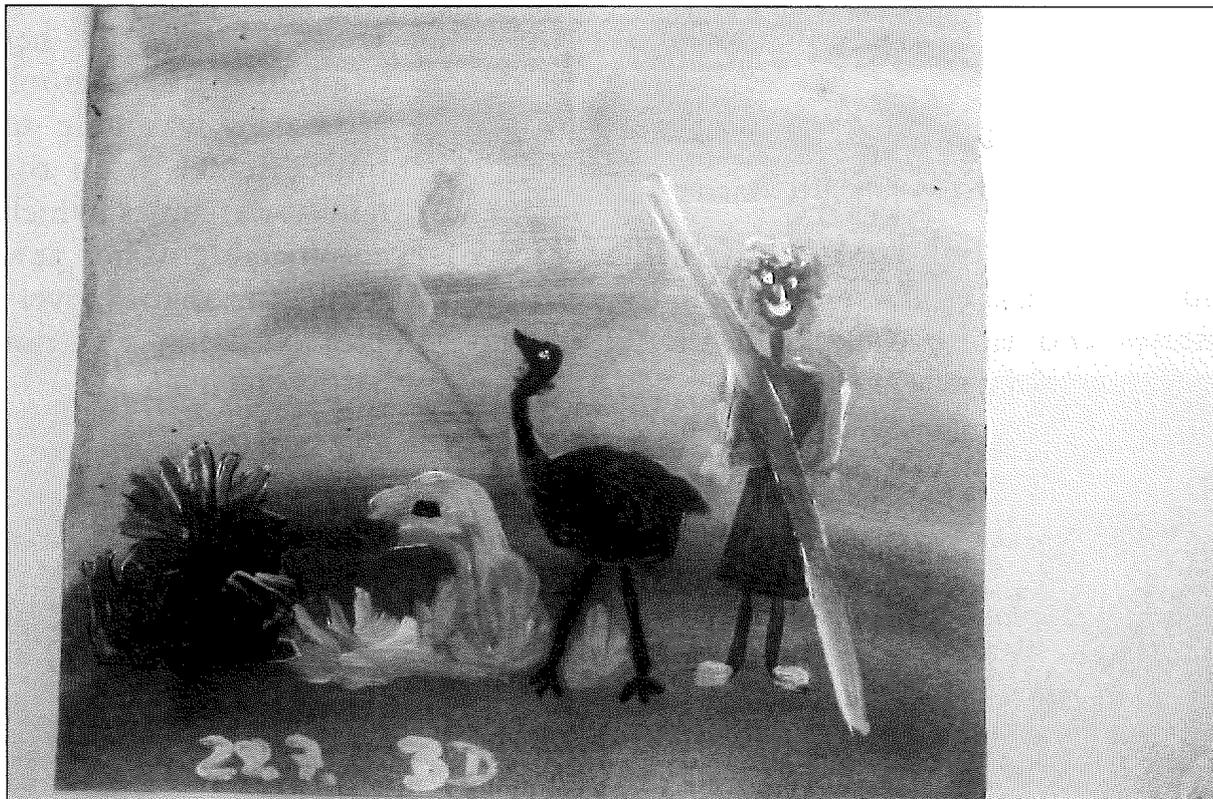


Fig. 1: Ms. D (Phase 1 – Surrealistic Imagination)

By the death of her father Ms. D lost her position in the family (see Fig. 1). Along with her two brothers she had to face his death all alone, her mother was not with them. She could not find stability as the relations among the family members remained unclear. The oldest brother replaced the father, the grandmother substituted the mother, yet there was no security. Only the faint memory of a father, who had liked and protected her, remained



Fig. 2: Ms. D (Phase 3 – Children Painting)

(see Fig. 2.). Ms. D became independent and selfrelying at an early age with sporadic support from her oldest brother. Her best friend was her dog, whereas contact to people barely existed, although she was liked by her classmates. She began to neglect herself during puberty and only her first boyfriend was able to give her some stability. With his help she managed to finish school. Shortly after her 17th birthday the Youth Welfare Office sent her to a reformatory school. Now she was able to find distance from the family-dynamics which threatened to pull her under (see Fig. 3). She felt comfortable in her new surroundings, established a friendly relationship with one of the governesses and finished her education (see Fig. 4). Her suffering was not

(see Fig. 2.). Ms. D became independent and selfrelying at an early age with sporadic support from her oldest brother. Her best friend was her dog, whereas contact to people barely existed, although she was liked by her classmates. She began to neglect herself during puberty and only her first boyfriend was able to give her some stability. With his help she managed to finish school. Shortly after her 17th birthday the Youth Welfare Office sent her to a reformatory school. Now she was able to find distance from the family-dynamics which

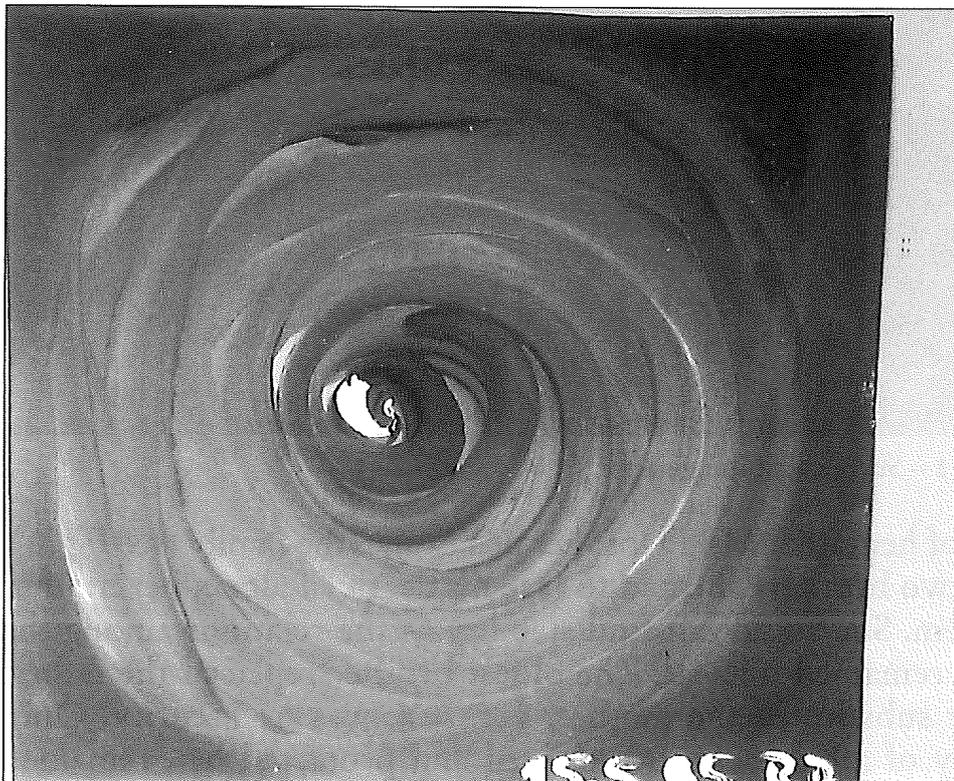


Fig. 3:  
Ms. D (Phase 5 –  
Psychogram)



Fig. 4: Ms. D (Phase 6 – Real Imagination)

overcome, but easier to cope with. She had successfully managed her life for some years till she was admitted to the hospital.

The patient acted out her internalized psychodynamics most directly in the analytical group therapy. For a long period of time she was unable to get anyone to listen to her. Whenever she tried to speak, other patients interrupted her or pulled the attention away from her. Only after repeated inquiries as to what she was experiencing in such moments, did she realize, that her mother had never paid serious attention to her and even her brothers had always pushed her away from the contact with her mother. She felt herself protected by her father, with whom she had a phantasized, idealized relationship beyond his death. An analytical working-through of her repeated transference-dynamics within the group-therapy initiating the separation process out from the pathogenous symbiosis was only possible after she had found her place in the non-verbal therapies.

The second patient, Ms. H, a 23 year-old student of architecture, was impaired in the development of her personality by a far-reaching deficit of symbiosis during her early childhood. Her unusual appearance with very short hair and some thin coloured pigtails and her wide flowing clothes made her stand out when she admitted to the hospital. She presented an intellectual understanding of their illness and made her therapists court and impress her. In this way she informed about her extremely strong anxiety to get in contact. The non-verbal methods of therapy became of great importance in her plan of treatment, specially milieu-, horse riding-, film-, dance- and painting-therapy.

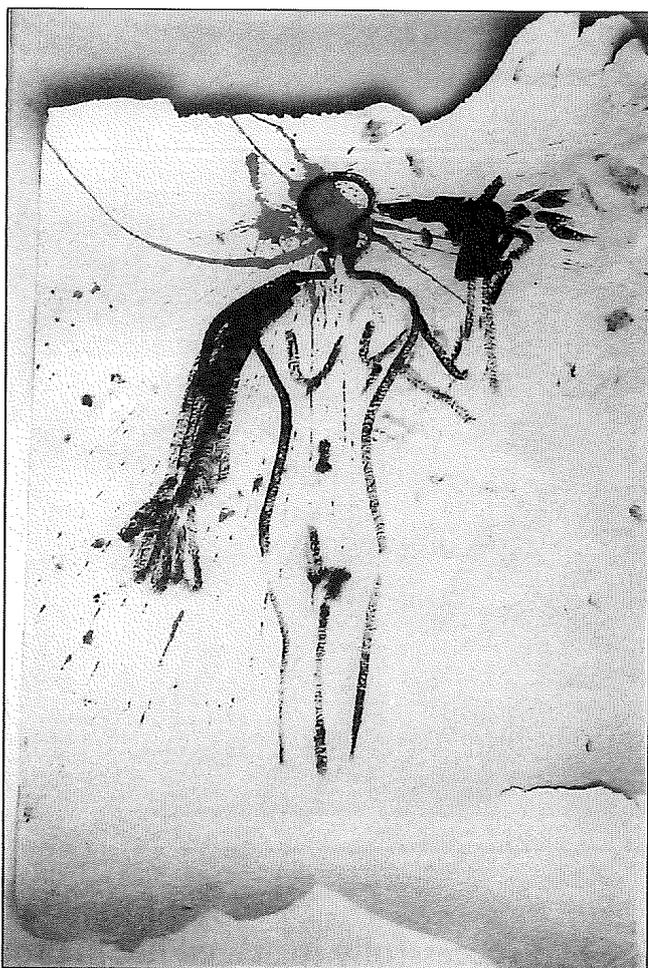


Fig. 5: Ms. H (Phase 1 – Surrealistic Imagination)

Fig. 6: Ms. H (Phase 2 – Diffuse Abstraction)

In one of her first paintings she showed her suffering, the destructive aggression against herself, a central disturbance of her identity and a destruction of feminity, especially in sexuality (see Fig. 5). In her everyday situation at the hospital she appeared adapted and unwanted. Although she felt very exhausted and suffered from physical ails, she never complained. By analyzing herself she tried to understand what was going on inside her and in her surroundings. Yet she was not able to find an access (see Fig. 6). She reminded lonely, as she had been in her family where she was the youngest of three girls and only good manners and good grades in school were expected of her. From the therapists she felt misunderstood and not seen in her being hurt. In dance-therapy she acted out her anger about this. While she was

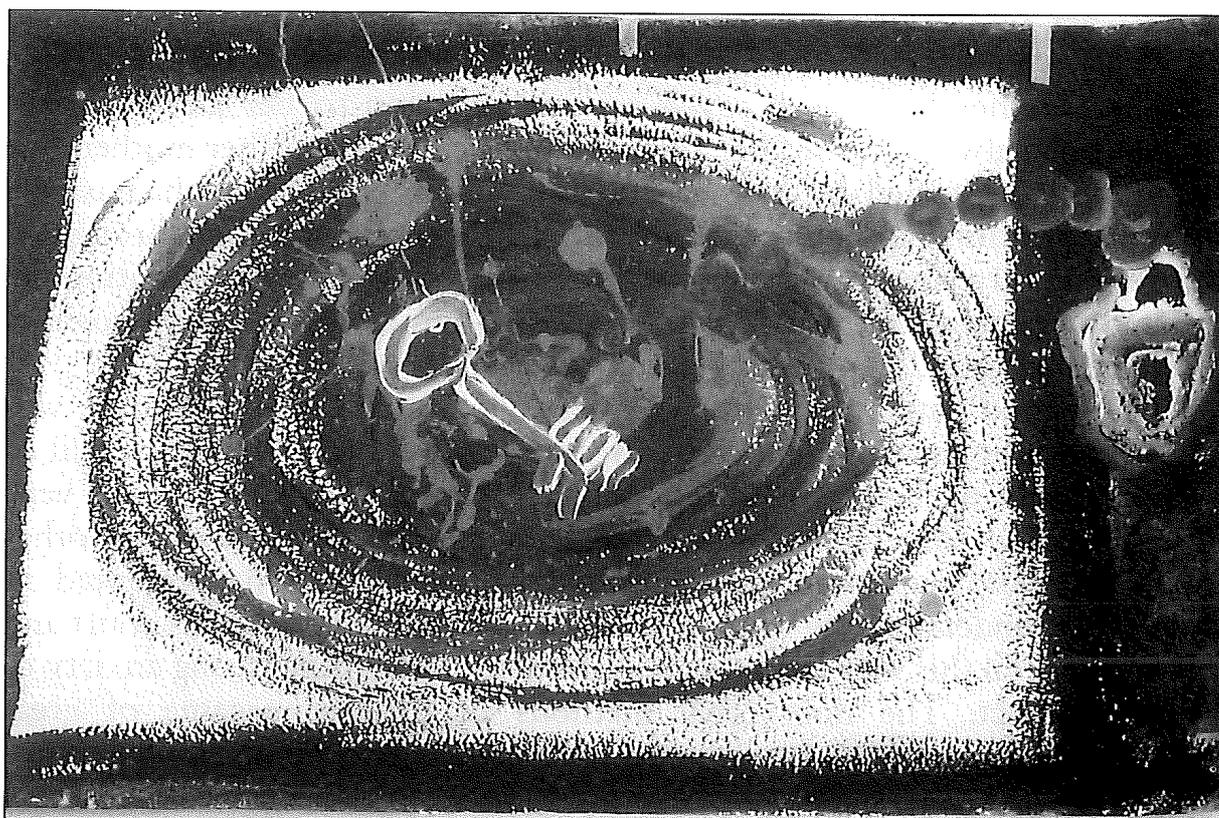




Fig. 7: Ms. H. (Phase 4 – Pure Abstraction)

dancing, she took off her clothes to become nude and began to paint her body with red colour. As during horse-riding therapy she felt herself being threatened by the friendly contact of the horses, it became clear to her how afraid she was of real encounter and sexuality and to which extent she always provoked conflicts. During a three-week-long extramural miletherapy in Southern Italy, far from the field of transference at the hospital, she experienced the safety of a group for the first time. She gained hope of one day emerging from the confusing labyrinth of her feeling (see Fig. 7). She

Fig. 8: Ms. H (Phase 6 – Real Imagination)



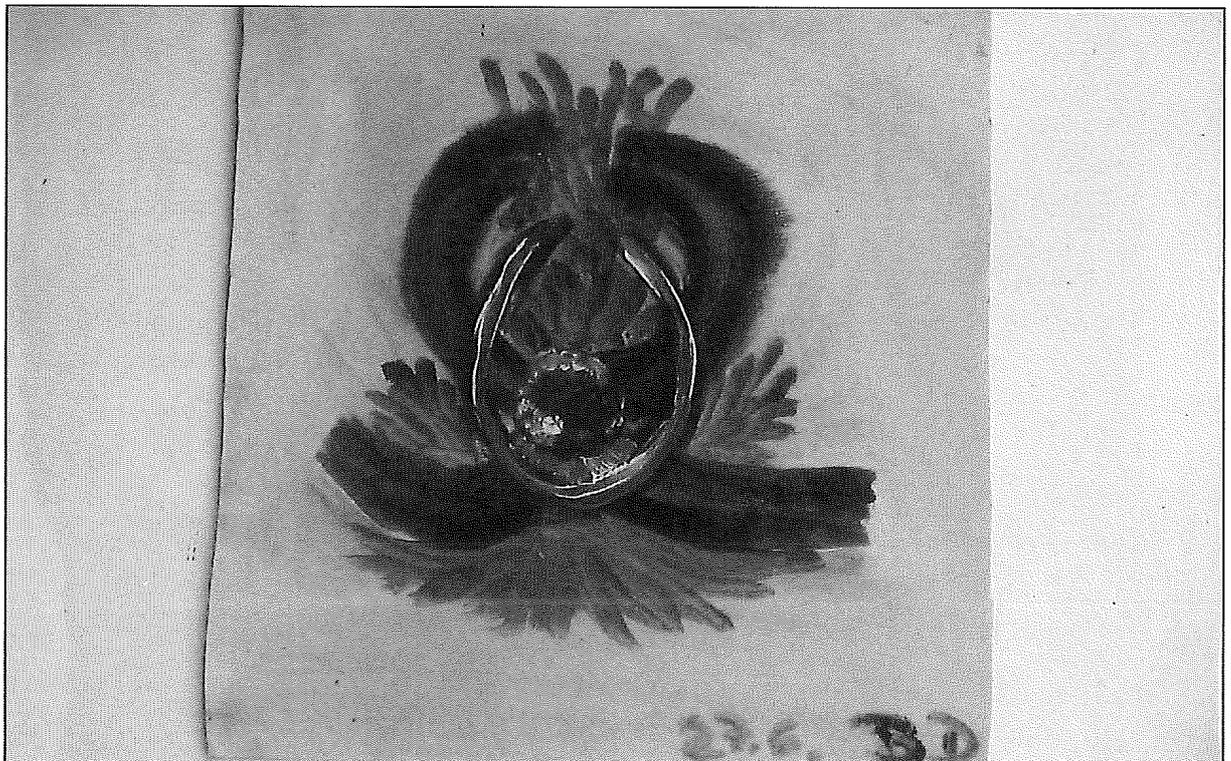
was able to let go rivalry with the therapists. After her return to the hospital she started to put herself and her suffering in perspective with the present and past relationships. Her intellectual resistance decreased, she painted more freely and her dance became more expressive. She felt her sadness and desparation and was able to have a kinder relationship to herself and her sexuality (see Fig. 8). Yet, she was not capable to use her potentials for herself. In the milieutheraPy she still refused to take on responsibility. When separation from the deficient symbiosis in her primary group was initiated, she realized more and more the aspects of transference in her relationships. She began to come to an understanding with the nature of her father. The in-patient treatment, which up till then had served to build up sturdy therapeutic relationships, had now turned over towards actual analysis of transference and resistance.

In order to illustrate the very process of the painting-therapy, in the following we will discuss a few selected paintings from Ms. D, placing the emphasis on contents, colours and shapes.

We will assign them to the different phases of creativity development, as *Kress* described them in 1987. This matrix allows to determine the structure of an illness and its changings with the help of the paintings. As well, a prognosis of further development can be made, taking into account the creative potentials expressed in the pictures. The matrix refers to the history of art and hereby it can help qualifying the patients' paintings.

Phase 1 on the matrix is called surrealistic imagination. Traumatic experiences, fears and injuries are presented in a symbolic and figurative way. At first glance this painting from Ms. D appears insignificant (see Fig. 9). A greyish-black pieced lopp winds itself through the greenish leafish

Fig. 9: Surrealistic Imagination (Ms. D)



center. In the middle of the composite there is a purple shape which symbolizes a flower. Ms. D remembers her deceased father. In the aspect of the matrix it is a central painting as symbiosis and separation are recognizable. It is comparable with *Joan Mirós* »La ruisellante luminaire«.

The next phase on the matrix is called diffuse abstraction. Deep feelings are shown in uncontroll-

ed painting. Ms. D leaves all her former dominating colours and her green variations behind and now reaches a multiplicity in colouration (see Fig. 10). All of the concrete forms from her early works are burst open. The symbiosis is broken, colours and forms gain a new level.

Phase 3 on the matrix is called children painting. Colours and shapes are used playfully and the creation of childhood-memories is employed. Ms. D reminds her once being left alone in the woods in her pram (see Fig. 11).

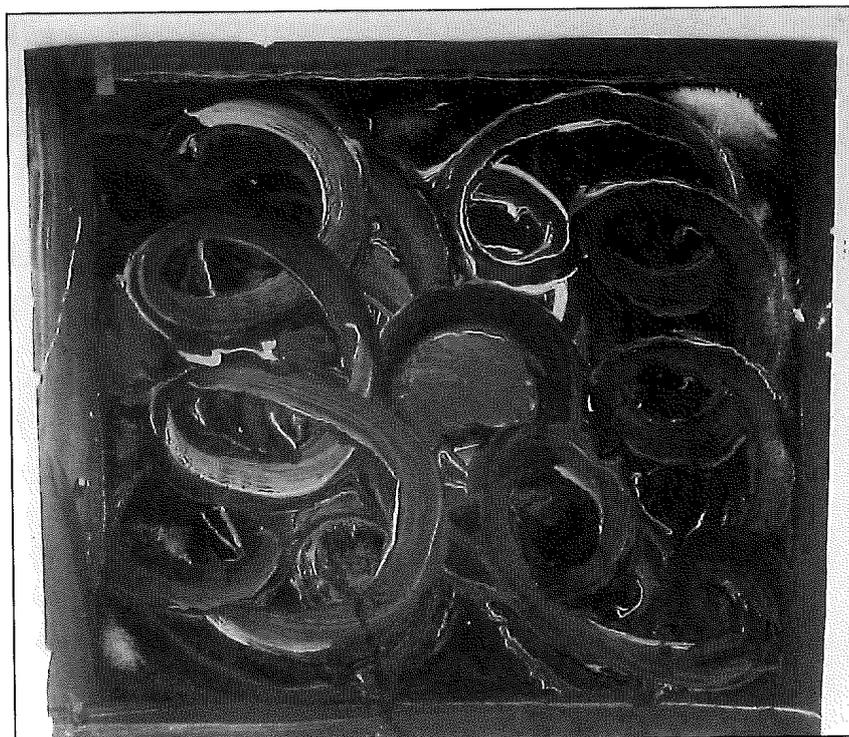


Fig. 10: Diffuse Abstraction (Ms. D)

Fig. 11: Children Painting (Ms. D)



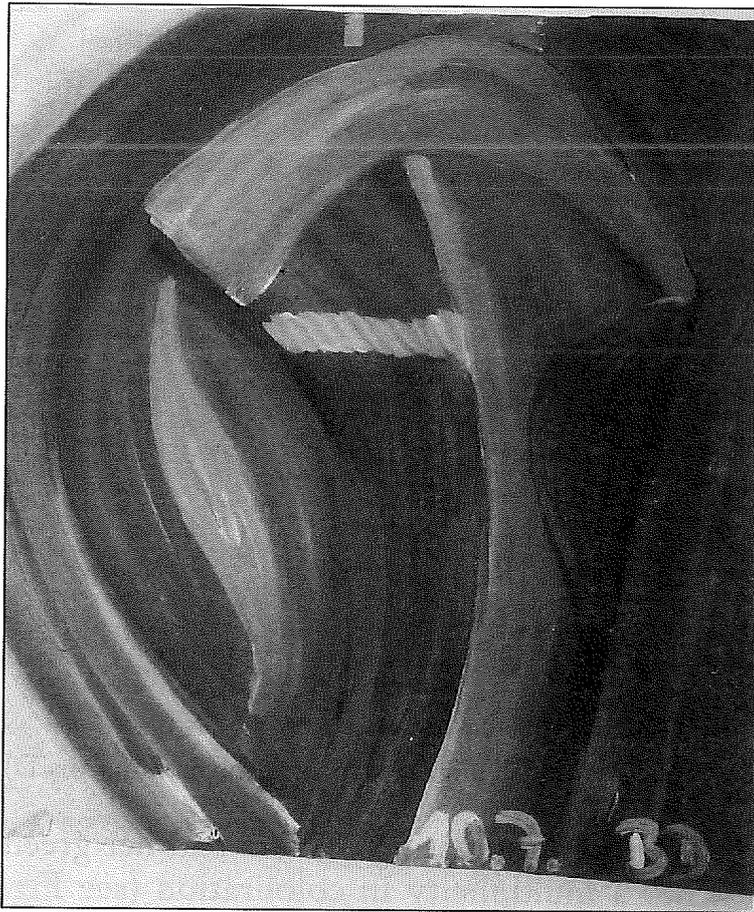


Fig. 12: Pure Abstraction (Ms. D)

Fig. 13: Psychogramm (Ms. D)



At that time her father had already been dead. Her childhood after his death is shown in idyllic colours of red, yellow, blue and green. The painting is comparable to modern art like *Paul Klee's* »Schicksal eines Kindes«.

The phase 4 on the matrix is called pure abstraction. Characteristic is the search for one own's style and the conscious differentiation of feelings. Even the colours still symbolize the pastoral scene of the earlier paintings from Ms. D, they are now broken up into abstract shapes (see Fig. 12). Ms. D separates herself through destruction and puts her imagination into new perspective by using the abstraction, so as to finally reach a separation from her father.

In the phase 5 on the matrix, the so-called psychogram, experience and feeling is presented in clear forms and shapes. The painting from Ms. D shows a surrealistic vision with bright colours of blue, green, yellow and red (see Fig. 13). It again stands for the pastoral scene. But her range about it becomes visible as she crosses out the scene with energetic blue lines. Separation from the past is initiated and cautiously realized.

The phase 6 on the matrix is called real imagination. Desires and phantasies in relation to other people are shown, the outer world is being perceived. When looking at this painting from Ms. D, Pippi Longstocking or a similarly self-confident person comes to mind (see Fig. 14). In her visual imagination she has performed separation and is now making steps towards a self-confident way of life for herself. Fittingly is a painting from *Paul Cézanne* »The Bathing«.



Fig. 14: Real Imagination (Ms. D)

*Leo Navratil* said about his patients at Gugging Hospital that they produced art during psychosis. By declaring the psychotic patients being artists, the creative potential remained of no use for individual separation and development. His patients were left in an ever lasting symbiosis as the therapeutic communication about their experiences and feelings, expressed in their paintings, was not taken up.

Painting therapy as we understand it intends the patients becoming able for separation from symbiotic entanglement and for the development of identity. As soon as a child takes a pencil and draws a line it is not bothered about its mother and her feelings, but deals with itself. In this way painting means separation from symbiosis and differentiation between Ego and not-Ego on a very early unconscious level. The separating and differentiating aspects of speech, being more complex in structure, cause much more anxiety.

The process of separation occurs on different levels of the psychic structure. In in-patient psychotherapy separation from symbiosis can be started by non-verbal forms of therapy. Later, the process must be completed and continued by the verbal analysis of transference and resistance.

*Symbiose und Trennung in der stationären Psychotherapie und Maltherapie  
– Kasuistik mit Bildern*

Georg Kress, Bernhard Richarz, Astrid Thome (München)

Die Maltherapie ist ein integrierter Bestandteil des therapeutischen Settings in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige, das in seiner Gesamtheit die nachholende Entwicklung der Persönlichkeit des erkrankten Menschen anstrebt. Da die Patienten wegen der Schwere der Erkrankung zur Introspektion größtenteils nicht fähig sind, können die verbalen Therapiemethoden, wenn sie ausschließlich gebraucht werden, die Patienten nicht erreichen, da ihre grundlegende Störungen auf destruktiv-defizitäre Gruppendynamiken im vorsprachlichen Bereich zurückzuführen sind.

Gerade nonverbale Therapieformen wie Tanz-, Theater-, Film-, Musik- und Maltherapie können einen Kontakt zwischen Patient und Therapeut und auch zwischen Patient und Gruppe einleiten, der später die verbale Aufarbeitung der pathogenen Psychodynamik möglich werden läßt. Dabei ist bereits allen nonverbalen Therapieformen ein sprachlicher Rahmen zu geben, denn Sprache und Sprechen bedeutet Abgrenzung, Integration und auch stellvertretendes Zuverfügungstellen von Sprache durch die Therapeuten und kann letztendlich erst einem Patienten das Gefühl vermitteln, verstanden worden zu sein.

Die Bilder aus der Maltherapie werden auf unterschiedliche Weise im therapeutischen Feld der Klinik gesehen, betrachtet und besprochen, damit der nonverbale Ausdruck der bildnerischen Gestaltung verbale Sprache erhält. Eine erste Besprechung der Bilder erfolgt in der Malgruppe am Ende jeder Sitzung, dann können die Patienten ihre Werke in die analytische Gruppen- und Einzeltherapie bringen, wo sie – wie ein Traum – in ihrer Gestaltung als ganzes gewürdigt oder mit freier Assoziation gedeutet werden können, und bei der Case-Konferenz, die alle bei der Therapie eines Patienten beteiligten Therapeuten zusammenführt, um den bisherigen und den weiteren Behandlungsverlauf zu besprechen, tragen die Bilder dazu bei, einen Patienten in seinen Grenzen und Möglichkeiten besser kennenzulernen; schließlich stellen einzelne Patienten in einer klinikinternen Ausstellung ihren maltherapeutischen Prozeß der Öffentlichkeit vor.

Die Maltherapie hat u.a. folgende therapeutisch wirksame Komponenten:

1. Die unbewußten Themen in der Geschichte des Patienten finden ihren Ausdruck.
2. Der Patient wird in strukturellen Momenten seiner Person sichtbar, insbesondere in der Offenheit bzw. Geschlossenheit seiner Ich-Grenzen, ferner im integrativen Potential seiner gestalterischen Fähigkeiten und auch in den Veränderungen während des therapeutischen Prozesses.
3. Die maltherapeutische Gruppe hat eine besondere Gruppendynamik; die Bilder können u.a. in Beziehung zum Leiter und zu anderen Gruppenmitgliedern stehen, es kann sich in ihnen aber auch die momentane Gruppen-

dynamik der Klinik insgesamt widerspiegeln, sie haben insofern auch eine Funktion im Hier und jetzt.

4. Die Maltherapie gibt den Raum für eine nachholende Kreativitätsentwicklung.

Anhand der Bilder von zwei Borderline-Patientinnen, die über mehrere Monate stationär in der Klinik Mengerschwaige behandelt worden sind, wird der prozeßhafte Verlauf der Maltherapie hinsichtlich der sich vertiefenden Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensgeschichte, hinsichtlich der Eingebundenheit in das gesamte therapeutische Milieu und hinsichtlich der Kreativitätsentwicklung dargestellt. Frau D. fand über ihre Bilder (Abb. 1–4) Zugang zu ihrer innerlichen Familiendynamik. Sie merkte allmählich, daß sie unbewußt in vielen Beziehungen die Erfahrung aus ihrer frühen Kindheit wiederholte, nämlich daß es keinen Platz mehr in ihrer Familie gegeben hatte, seitdem ihr Vater verstorben war, und daß sie sich nie von ihm getrennt hatte. Bei Frau H. waren die Bilder aus der Maltherapie (Abb. 5–8) Mitteilungen über ihr unbewußtes Erleben in der Therapie, für das sie noch keine verbale Sprache hatte und das sie mit den Ausdrucksmöglichkeiten verschiedener nonverbaler Therapiemethoden darstellte. Indem Therapeuten und Mitpatienten ihre Botschaften freundlich und verstehend annahmen, gewann sie mehr Bezug zu sich und ihrer Sexualität, was sich wiederum in ihrer Bildgestaltung ausdrückte.

Einige Bilder von Frau D. (Abb. 9–14), die unter den Gesichtspunkten von Inhalt, Form und Farbe kurz beschrieben werden, verdeutlichen den Prozeß der Kreativitätsentwicklung. Sie läßt sich mit *Kress* (1987) in folgende sechs Phasen einteilen:

- Surreale Phantasie: Traumatische Erfahrungen, Ängste und Verletzungen werden symbolisch und teilweise figurativ dargestellt.
- Diffuse Abstraktion: Tiefgehende Gefühle werden in einer unkontrollierten Malerei dargestellt.
- Kindermalerei: Es erfolgt ein spielerischer Umgang mit Farben und Formen und die Gestaltung von Kindheitserinnerungen.
- Reine Abstraktion: Kennzeichnend ist die Suche nach einem eigenen Stil und die bewußtere Differenzierung von Gefühlen.
- Psychogramm: Wünsche und Phantasien werden in Bezug zu anderen Menschen dargestellt, die äußere Welt wird wahrgenommen.
- Reale Phantasie: Wünsche und Phantasien werden in Bezug zu anderen Menschen dargestellt, die äußere Welt wird wahrgenommen.

Die Autoren grenzen sich davon ab, die Bilder von Patienten als Kunstwerke zu betrachten. Sie betonen vielmehr ihre Bedeutung für den therapeutischen Prozeß, die genutzt werden sollte, um den Patienten in ihrem Wunsch nach Trennung aus der pathogenen Symbiose und in ihrer Identitätsentwicklung zu unterstützen. Sie heben hervor, daß im weiteren Verlauf der stationären Psychotherapie die Mitteilungen der nonverbalen Therapieformen durch die sprachliche Analyse von Übertragung und Widerstand ergänzt werden sollten.

## References

- Ammon, G.* (1978): Das Verständnis eines Entwicklungsdefizits in Persönlichkeit und umgebender Gruppe als Grundlage für Wissenschaft und Praxis einer Dynamischen Psychiatrie. In: *Dyn. Psychiat.* (11) 120–139
- (1972): Kreativität und Ich-Entwicklung in der Gruppe. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): *Gruppendynamik der Kreativität* (Berlin: Pöhl)
  - (1984): Die Unerreichten – Zur Behandlungsmethode des Urnarzißmus. In: *Dyn. Psychiat.* (17) 145–163
- Ammon, G.; Burbiel, I.* (1992): Grundzüge der klinischen Humanstrukturellen Psychotherapie. In: *Dyn. Psychiat.* (25) 1–22
- Bülow, G. von* (1992): Die Rolle der Sprache in nonverbalen Therapieformen. In: *Dyn. Psychiat.* (25) 41–49
- Jakab, I.* (1968): Coordination of Verbal Psychotherapy and Art Therapy. In: *Jakab, I.* (Ed.): *Psychiatry and Art. Proc. IVth Int. Coll. Psychopathology of Expression*, Washington, D.C. 1966. (Basel/New York: S. Karger)
- Kress, G.* (1987): Kreativitätsentfaltung – Entwicklungsschritte des Patienten in der Maltherapie. In: *Dyn. Psychiat.* (20) 65–82
- Ulman, E.* (1971): The Power of Art in Therapy. In: *Jakab, I.* (Ed.): *Conscious and Unconscious Expressive Art*. (Basel/New York: S. Karger)
- Winnicott, D.W.* (1969): *Kind, Familie und Umwelt* (München: Ernst Reinhardt)

## Adressen der Autoren:

Georg Kress  
Laplacestraße 4  
D-81679 München

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

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

## Indications and Therapeutic Effect of Human-Structural Inpatient Music Therapy\*\*\*

Rolf Schmidts\*, Egon Fabian\*\* (Munich)

The present paper describes music therapy as practiced in the Dynamic Psychiatric Hospital Mengerschwaige in Munich. Following a short historical outline, the authors describe human-structural inpatient music therapy as a nonverbal therapy, characterized by specific features differentiating it from other forms of psychotherapy. It is particularly apt, by making use of free improvisation, to render group-dynamic processes »audible«, to diminish anxiety and to facilitate interpersonal contact and relationships in the here-and-now situation of the group. These features are of advantage in the therapy of symbiotic, anxious, autistic and paranoid patients. The therapeutic effect of human-structural music therapy can be deduced from the patients' own answers on questionnaires and from the therapists' interventions on several possible levels, taking into consideration the present unconscious group dynamics, as well as individual transfer and countertransfer phenomena, and using both metaphoric interpretations of the group atmosphere and music-theoretical interpretations. Thus, without using a specific technique for each diagnostic category, it allows therapeutic work with a wide range of pre-odipally disturbed patients, when integrated in the global therapeutic milieu of the hospital.

The following paper describes the human-structural music therapy as practiced in the Dynamic Psychiatric Hospital Mengerschwaige in Munich. A brief historical review should outline the present stand of music therapy in Germany.

We can trace back three different approaches as the roots of present music therapy:

- a) Music pedagogics with therapeutic indications for medical, psychosomatic or psychiatric disease. This approach has been mainly represented by Anthroposophy and by the *Gertrud Orff* school of music therapy, originally for children;
- b) Social-psychiatric and depth-psychological approach, represented mainly by American music therapy;
- c) European depth-psychological school, developed mainly by *Pontvik* in Sweden and including the English school founded by *Mary Priestley* and based on psychoanalysis.

Originally almost always meant as individual therapy, present music therapy frequently takes place in groups.

*Juliette Alvin* (1971) describes music therapy as the »controlled use of music in the therapy and rehabilitation of patients suffering from psychical or somatic illness«. Other music therapy schools follow on this line of a func-

\* Dr. med., Psychiatrist, Neurologist, Psychoanalyst, Specialist for Psychotherapeutic Medicine. Medical Director of the Dynamic Psychiatric Hospital Mengerschwaige, Munich, President of the Deutsche Gesellschaft für Psychodynamische Medizin (DGPM), Vice-President of the World Association for Dynamic Psychiatry (WADP).

\*\* Dr. med. (Univ. Tel-Aviv/Israel), Psychiatrist, Neurologist, Psychoanalyst. Deputy Medical Chief of the Dynamic Psychiatric Hospital Mengerschwaige, Munich.

\*\*\* Paper presented at the 11th 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

tional level of treatment, prescribing, as it were, music therapy as a drug or as an accompanying form of therapy to primary medical or psychiatric treatment.

Parallely to the great variety of depth-psychologically oriented methods based on free improvisation (cf. *Harrer* 1982, *Loos* 1986), psychoanalytically based music therapy has imposed itself more and more beginning with the early 70's. Conceived basically as individual therapy, it took over and adapted the main elements of psychoanalytical work, thus using music therapy as a non-verbal addition or alternative to verbal psychoanalysis. Its pioneer in England, *Mary Priestley* (1975, 1980) introduced the elements of resistance, transference and countertransference in the dialogical process of music-making, while emphasizing the specific character of the musical language as an affective therapeutic medium. Music therapy in groups, explicitly making use of the group dynamics of the musical process, has been seldom described, or, when applied, has mostly lacked a consistent psychoanalytical conception (cf. *Haardt* and *Klemm* 1982).

In the late 70's, *Verena Kellner* (1979), among others, introduced an »actively productive« form of music therapy making extensive use of free improvisation and aiming at eliciting emotions and impulses which should be eventually worked through in verbal therapy. The therapeutic dimensions of contact and mutual relationship are hereby of central importance; however, the group as a therapeutic agent is ignored.

In the present paper we attempt to contribute to the answer of the following questions:

Is there a specific indication for music therapy among the primarily non-verbal inpatient therapies? Does music therapy have a specific therapeutic effect? In which way? What changes through music therapy?

The human-structural inpatient music therapy in the Dynamic-Psychiatric Hospital Mengerschwaike can be differentiated from the music therapy of other schools by its group character, which enables the participants to experience themselves as individuals and in groups and by the musical and eventually the verbal consciousness of the unconscious group dynamics. –«In as far as it uses the medium of music in the sense of a »third object« as a committing communication level« – writes Schmidts 1994 – »it is sounding group dynamics«. Music therapy is not to be considered isolated and not in addition to other therapy forms, but bound and integrated in the global therapeutic milieu of the hospital (*Ammon* 1991, 1994; *Ammon, Burbiel* 1992). Next to the individual therapy, the group therapy and the project-centered milieu therapy, making up the therapeutic plan of each patient, each newly admitted patient in the hospital chooses already in his first interview one or several non-verbal therapies: music therapy, horse-riding therapy, dance therapy, theatre therapy, art therapy or film therapy.

The human-structural music therapy takes place in the hospital in groups of about 20 to 25 patients, seated in a half-circle. The patients improvise with different instruments or using their voice alone, in two, three

or in larger groups. Following the improvisation, the group – similarly to dance therapy – gives the player a verbal feedback, rendering the former experience committing through the medium of speech (*Schmidts* 1994, 1995; *v. Bülow* 1992). The group process, often showing already at the beginning of the section an unknown *leitmotiv*, begins in many cases with an amorphous musical material, which in the course of the session crystalizes in its various facets, expressing various group-dynamic positions and basic themes, which often reflect the global dynamics of the hospital at the same time. If the attempt to render destructive dynamics conscious and to demarcate them is successful, then the result will show itself in creative, musically interesting, sometimes unique improvisations.

In order to help answer the questions raised at the beginning of this paper, we developed a questionnaire, dealing with single aspects of the motivation to, and the possible therapeutic effect of, the music therapy. It contains questions about the relationship of the patient to music at present and in childhood, about the influence, the experience and the effect of music (i.e. in respect to the fear of certain instruments etc.). Furthermore we used the Basel assessment questionnaire (Basler Befindlichkeits Skala, BBS) to assess the feelings before and after each session.

### *Results*

12 patients filled out the questionnaire, most of them (10) participate in the music therapy since their admission. The reasons why patients chose music therapy were various, mostly because of interest or curiosity, to experience something new. All patients answered the question: »Do you like music?« with yes, most patients preferring classical music. Ten out of twelve patients had the habit to hear more or less regularly music since their childhood; music has a positive effect on all patients, but this effect is described in very different terms: »It helps me come away from silly thoughts«, it calms down, tranquilizes«, »Renders opener and freer«, deepens a mood or »encourages«. More than half of the patients were playing one or several instruments and almost all had the habit to sing on different occasions. Most fears among the instruments elicited the piano, the least fear was caused by the drums. However, questions about the effect of music therapy, or about the expectations related to it, could mostly not be concretely answered.

The Basler Assessment Score showed that 30 to 50% of the patients felt better after the music therapy session than before it.

### *Discussion*

The answers on the items of the questionnaire indicate that beyond the well-known physiological and psychological mechanisms on which the efficiency of music is based, such as the tranquilizing effect on pulse and breathing, also biographical aspects may play an important role in the choice

of music therapy by the patients, such as early contact to music, music as a »freed area« and others. However, a distinct assessment of the indication and the therapeutic effect of music therapy are not deductible only from the questionnaire, but rather from the observations of the therapists, from the specific characteristics of music therapy, and from the effect of therapeutic interventions as they are practised in the hospital Mengerschwaike. In the free improvising form within a group of patients, music allows a high degree of freedom of expression without preconditions; the patient himself chooses not only the instrument he plays, according to his present mood or necessities, but may also choose the co-patients to play together with and their instruments; it is up to him to play alone or in a duo, trio, quartet etc. Frequently he may express his loneliness in a moving way. A duo is chosen, for example, when a quarrel or a »discussion« is wished; the trio favours the musical »working through« of jealousy. Rivalry can be expressed in larger groups. In all these cases, in our experience musical expression of aggression is never hurting or insulting.

It is of utmost importance that in music therapy the contact anxiety can be dosed by the patient. One of the roots of modern music therapy is the therapeutic work with autistic children, to whom playing music together makes a relatively anxiety-free contact possible, especially if associated with repetitive improvisations, while verbal contact seems to be much more menacing. Autistic adults react in a similar way, the medium of music allows them a cautious establishing of contact. We can frequently observe such a patient in a group of other patients who take over auxiliary ego-functions: supporting, expecting, etc. After a certain time of monotonous, rhythmical, symbiotic play, one of the patients musically »leaves« the group by changing the rhythm, playing a syncopated or a dissonant theme or rhythm. The autistic patient, then, reacts with surprise. He changes his mimical expression and often establishes sight contact. One of the indications of music therapy is consequently the autistic syndrome. The autistic patient makes the experience of a group in every session, music therapy can open to him the experience of the Other.

Music therapy has a beneficial effect on the contact ability and group ability through the experience of interpersonal contact within the medium of music, the latter having no threatening, persecuting connotations. Hence it is indicated in the therapy of paranoid patients. It is a level of meta-communication through the »third object« (*Winnicott*) and thus a direct contact therapy, making possible »the development of guilt-free autonomous needs for relationships in the group as a »via regia «to the unconscious of the group and of the individual« (*Schmidts 1994*). The verbal interpretations of the therapists include, besides the possibility of analytical interpretations, the group-dynamic or the metaphorical level such as interpreting a common play as a dream, being accepted by the co-patients in the manner of a group-dream (*Ammon 1974*), or, again, music-theoretical commentaries related to major-minor scales, harmony, disharmony, cadence or rhythm. Thereby

interpretations can avoid paranoid fears, and can introduce the element of demarcation without the painful aspect inherent in such processes. For severely, symbiotically ill patients, even the pronounced time structure of music, taking place not in an abstract space, but rather in the interpersonal space of contact in the group, entails a distinct, separating and demarcating aspect. The patient has the possibility in music therapy to fulfill symbiotic wishes or to flee them by suddenly changing the scale, the mood or the rhythm of the common play, or by abruptly terminating it. It seems to be clearly established that hearing is one of the earliest perception modalities of the human being: the foetus hears and touches, before it can see. Through the experience of contact and the experience of playing together in the group, whose members provide the player with commentaries and feedbacks, music therapy supports self-feeling and self-esteem. Two patients wrote in their answers on one item of the questionnaire, that they experienced, that »one also has the ability to do something«. On the other hand, music and playing music together are associated, since the beginnings of human culture, with groups, with common tasks and with solidarity. In the human-structural music therapy, the presence of a group-dynamic field around the patient is essential. This group-dynamic field possesses the following characteristics:

1) Reflection of individual aspects: one patient, for instance, is repeatedly ousted by the group, is »overplayed« or »forgotten«, another repeatedly chooses rivalry or jealousy constellations. Thus dominance and submission, the need of harmony or symbiotic melting of the individual, are often directly expressed in the common musical play.

2) Transfer aspects: one patient insisted on playing a somewhat erotic »serenade« on his guitar to a small and slender patient (whom he experienced as his sister), while another (experienced as his brother) repeatedly intervened in the music with his own guitar, rendering his »rival« helpless.

3) Common reflection aspects: the music therapy session always reflects the present mood, the present group dynamics and the subconscious motives present in the hospital at a given time. Thus, for example, weeks before a congress in St. Petersburg, in which the music therapists were to participate, took place, several patients spontaneously expressed their subconscious fears of abandonment by singing or playing Russian melodies. Similarly we repeatedly made the experience that around the beginning of december, children songs and Christmas melodies are predominant in the music therapy sessions.

4) Processual character: in the group process of every music therapy session, one can follow up musical variations and modulations of a subconscious theme. The theme is usually exposed at the beginning of a session, similar to a musical motto at the beginning of a symphony by *Tschaikowsky*: it may be the theme of abandonment, of jealousy, of solidarity, of aggression, of mourning etc. Through modifications and alterings of this theme (the »leitmotiv«) or of several themes, and the interventions of the

therapists and the group, the subconscious theme goes from improvisation to improvisation through group-dynamic and energetic influences, just as the themes in a group therapy can alter between sadness at the beginning, and the feeling of more freedom and solidarity at the end of a session. Just as in a group therapy, in music therapy elements of »individual therapy in the group« or, »the group as a single individuum« (e.g. as a choir) or a combination of these methods can be elaborated. In music therapy, too, aspects, which »make a group to be a group« (*Ammon* 1976) are at work: The coping of the group with the central figure of the therapist, the flexible group boundaries, the common goal, the consideration of transference and countertransference phenomena and the subconscious group-dynamics.

As emphasized in earlier papers on music therapy (*Schmidts* 1994, 1995), the verbal feedbacks in the form of commentaries of the therapists and of the present group are essential. Only through this spoken word will the experience in the context of group process become committing. In terms of cerebral physiology, a connection and a synthesis of the perception qualities of the right (subconscious-symbolical) and the left (logical-verbal) hemispheres may be achieved. The interventions of the therapist(s) or of the group take place, as mentioned above, on several possible levels.

### *Conclusion*

The questions raised at the beginning of this paper, concerning the specific indication and the specific effect of the inpatient human-structural music therapy could be answered as follows: conclusions on the indications and therapeutic effects can be deduced from the experience of music therapists, from the questionnaires and from the variety of intervention modalities (analytical, group-dynamic, metaphoric or music-theoretical interpretations). Music therapy utilizes one of the earliest perception qualities and contact levels of the human being and is a medium belonging to the most archaic communication varieties of mankind. It possesses group character par excellence (cf. *Fabian* 1988). Music therapy also utilizes the atmospheric quality and the mood which are peculiar of dreams and of primary-process thinking, closely linked to the language of the subconscious. At the same time, it offers an anxiety-free possibility of interpersonal relationships and contacts and of group feeling, which are efficient in the therapeutic work with autistic and severely symbiotically ill patients. It makes possible a balance between symbiotic wishes and a flexible demarcation from the symbiosis without a feeling of guilt. The music-theoretical or metaphoric interpretations cause less anxiety to paranoid patients and enable them to establish contacts in the medium of music and feel integrated in the musical group. The medium of music itself is, as a rule, not or barely threatening, since the »persecuting organ« is the eye, not the ear. In contrast to theatre therapy, music therapy renounces the character of a project; in contrast to art therapy it renounces a concrete result; it has less intimately bodily

character than the dance therapy, and entails, therefore, less anxiety. It makes a flexible regulation of anxiety possible and supports thus the development or the improvement of contact ability and group ability.

The above mentioned flexible intervention possibilities making use of the subconscious level of present group dynamics, of several possible reflection levels, as well as of individual transfer and countertransfer levels and of music theoretical interpretations, make of the human-structural music therapy, as it is practiced in the hospital Mengerschwaige in Munich, a therapeutic instrument valuable in the treatment of a wide spectrum of pathological states. Therefore, its indication spectrum is very broad, since it does not include any technical method specific for a given illness. It makes use of the effect of music on a receptive level (also for the listener), as active reproduction of music and, finally, of free improvisation, sometimes extended by pantomimic, theatrical or dancing elements. Just as other non-verbal therapies, it enhances specific expressive possibilities and creativity and allows the therapeutic work with the constructive aspects of personality – especially in the case of severely pre-oedipal disturbances in the so-called »unreached« patients (Ammon 1984). It offers flexible possibilities for working through the feelings of rivalry and of jealousy in the group. The interpretations of the therapists, however, should always remain processual and bear in mind the group-dynamic situation and development within the music therapy group, but also, on the other hand, the multiple reflection phenomena described above.

To conclude, we must emphasize that human-structural inpatient music therapy represents only one form of therapy in the global therapeutic network of the inpatient setting of a Dynamic Psychiatric Hospital. It must always be completed and integrated with other verbal and non-verbal therapeutic methods in the treatment of archaically (pre-oedipal) ill patients, in the sense of the conception of a whole clinic as a milieu-therapeutic instrument.

### *Indikationen und Wirkung der humanstrukturellen Musiktherapie*

Rolf Schmidts, Egon Fabian (München)

Die humanstrukturelle stationäre Musiktherapie in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige unterscheidet sich von den anderen Schulen durch ihren gruppenbezogenen Charakter, der das Selbst- und Gruppenerleben im musikalischen und anschließend verbalen Bewußtmachen der unbewußten Gruppendynamik ermöglicht. Die MT ist integriert in das gesamt-therapeutische Milieu der Klinik und findet in Gruppen von ca. 20 - 25 Patienten statt. Durch die freie Wahl der Instrumente und der Mitspieler können je nach Stimmung und Bedürfnis der Teilnehmer Themen wie z.B. Einsamkeit, Eifersucht und Rivalität ausgedrückt werden.

Zu der aktiven, freien Improvisation tritt die Wirkung der Musik auf rezeptiver und reaktiver Ebene, all dies manchmal erweitert durch pantomimische, theaterhafte oder Tanzelemente. Gelingt es, im Prozeß der Sitzung unbewußte destruktive Dynamiken bewußt zu machen und abzugrenzen, werden kreative Momente frei, die sich in musikalisch interessanten Improvisationen konkretisieren.

Es werden in dieser Arbeit die Ergebnisse eines Fragebogens ausgewertet, der Fragen über die Beziehung der Patienten zur Musik, das Erleben und die Wirkung von Musik sowie Fragen zur Motivation, zum Erleben und der Wirkung der Musiktherapie enthält. Zusätzlich wurde von allen Teilnehmern der Musiktherapie der Basler Befindlichkeitsbogen (BBS) vor und nach jeder Sitzung ausgefüllt.

Als vorherrschende Motivation fand sich bei den meisten Patienten Interesse oder Neugier. Die Musik ruft bei allen untersuchten Patienten eine positive Wirkung hervor, die allerdings sehr unterschiedlich beschrieben wird. Mehr als die Hälfte der Patienten spielen ein oder mehrere Instrumente, fast alle gaben an, gelegentlich zu singen. Am meisten Angst unter den Instrumenten macht das Klavier, am wenigsten die Trommel. Die weiteren Fragen zur eigenen Erwartung und zur Wirkung der MT konnten von den meisten Patienten nicht sehr konkret beantwortet werden. Die Skalenergebnisse des BBS zeigten in 30 - 50% der Patienten eine signifikante Verbesserung des subjektiven Befindens im Anschluß an die Musiktherapie-Sitzungen.

Die Autoren betonen, daß neben den aus der Literatur bekannten physiologischen Wirkungsmechanismen der Musik auch biographische Momente eine wichtige Rolle spielen können. Nach ihrer Ansicht können Indikation und Wirkung der Musiktherapie aus der Auswertung des Fragebogens allein nicht bestimmt werden, sondern müssen vor allem aus den spezifischen Charakteristika der Musiktherapie und der Wirkung der therapeutischen Interventionen abgeleitet werden.

Von großer Bedeutung in der Musiktherapie ist es, daß die Angst vor Kontakt dosiert werden kann. Dies ist besonders wichtig in der Arbeit mit autistischen Menschen. Andere Patienten können unterschiedliche Hilfs-Ich-Funktionen, z.B. tragende, fordernde oder abgrenzende Funktionen übernehmen.

Die Musiktherapie ist auch bei paranoischen Patienten indiziert, sie fördert die Kontakt- und Gruppenfähigkeit durch das Erleben von zwischenmenschlichem Kontakt im Medium der Musik, das keine bedrohlichen, verfolgenden Konnotationen beinhaltet. Für stark symbiotische Patienten ergeben sich Trennungs- und Abgrenzungsaspekte durch die betonte Zeitstruktur der Musik, die sich im Raum der Gruppe manifestiert. Der Patient hat in der Musiktherapie die Möglichkeit, symbiotische Wünsche auszuleben, vor ihnen zu flüchten oder sich flexibel abzugrenzen. Durch die Erfahrung des Kontakts, des Auftretenkönnens in der Gruppe fördert die Musiktherapie auch Selbstgefühl und Selbstvertrauen.

Die Autoren beschreiben als Charakteristika des gruppodynamischen Geschehens in der Musiktherapie: 1. Individuelle Widerspiegelungsaspekte der dargestellten Position des einzelnen in der Gruppe, 2. Übertragungsaspekte, 3. gemeinsame Widerspiegelungsaspekte der aktuellen Gruppendynamik und die jeweiligen unbewußten Themen der Gesamtklinik, 4. Prozeßcharakter des Verlaufs mit Wandlungen des »Leitmotivs« und der Stimmung in der Gruppe.

Die verbalen Deutungen umfassen die Möglichkeiten der analytischen Interpretation, der gruppodynamischen Interpretation, der metaphorischen Deutung (z.B. als Traum), aber auch Kommentare auf musiktheoretischer Ebene, letztere verursachen weniger Angst bei paranoiden Patienten. Es wirken je nach Situation Elemente der »Einzeltherapie im Medium der Gruppe« und der »Gruppe als Einzelner« zusammen.

Die Autoren arbeiten die spezifischen Unterschiede der Musiktherapie im Vergleich zu anderen primär nicht-verbalen Therapieformen heraus, bei denen die spezifischen Ausdrucksmöglichkeiten und die Kreativität gefördert werden und die Arbeit mit den konstruktiven Anteilen der Persönlichkeit erlauben. Die Musiktherapie beinhaltet ein breites Spektrum von therapeutischen Möglichkeiten für viele Krankheitsstrukturen und ist in besonderem Maße geeignet für die Anwendung bei schwer prä-ödipl gestörten Patienten, den sogenannten »Unerreichten« (Ammon 1984). Es wird jedoch betont, daß die humanstrukturelle stationäre Musiktherapie nur als eine Therapieform im gesamtherapeutischen Netz eines stationären settings anzusehen ist. Sie ist für die Therapie archaisch Ich-kranker Patienten immer durch andere Therapiemethoden zu ergänzen und zu integrieren.

## References

- Alvin, J. (1971): Musik und Musiktherapie für behinderte und autistische Kinder. (Stuttgart: Gustav Fischer, Kassel: Bärenreiter)
- Ammon, G. (1974): Der Traum als Ich- und Gruppenfunktion. In: G. Ammon, (Hrsg.): Psychoanalytische Traumforschung (Hamburg: Hoffmann und Campe)
- (1976): Was macht eine Gruppe zur Gruppe? In: G. Ammon, /Hrsg): Analytische Gruppendynamik (Hamburg: Hoffmann und Campe)
- (1984): Die Unerreichten. Zur Behandlungsproblematik des Urnarzißmus. In: Dyn. Psychiat. (17) 145-164
- (1991): Dynamic Structural Therapy Today. In: Dyn. Psychiat. (24) 21-29
- (1994): The Therapeutic Concept of the Dynamic-Psychiatric Hospital Mengerschwaige. In: Dyn. Psychiat. (27) 31-34
- Ammon, G.; Burbiel, I. (1992): Grundzüge der klinischen Humanstrukturellen Psychotherapie. In: Dyn. Psychiat. (25) 1-22
- Bülow, G. von (1992): Die Rolle der Sprache in nonverbalen Therapieformen. In: Dyn. Psychiat. (25) 41-49
- Fabian, E. (1988): Archaischer Ausdruck in der Musiktherapie. Vortrag gehalten am 6. Weltkongreß der WADP in München, März 1988.
- Haardt, A.-M.; Klemm, H. (1982): Musiktherapie – Selbsterfahrungen durch Musik. (Wilhelmshaven: Heinrichshofen's Verlag)
- Harrer, G. (1982) (Hrsg.): Grundlagen der Musiktherapie und Musikpsychologie. (2. Auflage,

- Kellner, V.* (1979): Musiktherapie, deren Indikation, Ziele und Möglichkeiten. In: Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie, Bd. 124, Heft II
- Loos, G.* (1986): Spiel-Räume. (Stuttgart, New York: Gustav Fischer Verlag)
- Priestley, M.* (1975): Music Therapy in Action. (London: Constable. Dt.: Musiktherapeutische Erfahrungen (1982). (Stuttgart, New York: Gustav Fischer)
- (1980): The Herdecke Analytical Music Therapy Lectures. (London: Intercontinental Literary Agency. Dt.: Analytische Musiktherapie (1983). Stuttgart: Klett-Cotta)
- Schmidts, R.* (1994): Musiktherapie in der Dynamischen Psychiatrie. In: Dyn. Psychiat. (27) 220-231
- (1995): Musiktherapie. Vortrag gehalten im Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP e.V.) in München

Adresses of the authors:

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

Dr. med. (Univ. Tel Aviv) Egon Fabian  
Laufzorerstraße 32  
D - 82031 Grünwald

## Human-Structural Dance Therapy and the Development of Body-Ego-Identity and Sexuality\*\*

Gertraud Reitz (Munich)\*

Based on the assumption, that disorders in the field of body-ego-identity and sexuality also concern the central core of the unconscious, the author considers human-structural dance – as expression of the unconscious and access to it – as a special form of treatment for these disorders. In turning her special attention to body-ego identity and sexuality, she describes the developmental process of a young anorectic woman. This process occurred in an integrated outpatient treatment situation of dance therapy, milieu therapy and analytical group therapy. Her results are based on the evaluation of video-recordings of selected dances by independent raters, on minutes of the group therapies, on milieu-therapeutic records, on the comparison of ISTA-assessments of the whole therapeutic process and on an interview with the patient one year after having finished her therapy.

The work is a further contribution to show the importance of nonverbal therapy methods, especially of human-structural dance therapy as developed by *Günter Ammon*. Based on experiences of more than ten years of dance work and as head of dance groups in the field of self-experience-groups within the Slovenian and Dutch branch of the WADP, I have done research and published on this topic under various aspects.

The aim always is, to have an integrated therapeutic setting in the outpatient practice and to work out the special importance of dance therapy. Topics of my research were for example the work on resistance, which may occur with this form of therapy, the development of the capacity to dream and the capacity to love, but above all the treatment of borderline patients with dance therapy (*Reitz 1989*). Dance therapy was developed particularly for patients, whom *Ammon* called the »persons who cannot be reached«. (*Ammon 1984*).

These patients suffer from a basic disturbance of body experience and body relation, from severe disturbances of contact and relations with themselves and to other human beings. This consequently leads to deficient and destructive expressions in the field of sexuality.

The case of a young woman demonstrates the therapeutic developmental process and the special influence of dance therapy.

Methods of evaluation are based

- on dance videos rated by independent raters under certain aspects
- on the evaluation of minutes of the group psychotherapy
- on the evaluation of conversations with the family

\* Dr. phil., Training Analyst at the Munich Training and Research Institute of DAP, Chair of the Foundation for Therapeutic Living Communities

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

- on the comparison of ISTA-assessments over the whole period of the therapeutic process which lasted four years
- on the evaluation of qualitative interviews with the patient.

Selected group processes are described, both from the group- and the dance therapy, in order to give evidence to the central importance of the group and the importance of the therapeutic fields mentioned above. Three selected dance videos – the first one from the initial period of the outpatient therapy, the second one from the middle period and the third one from the separation period with the farewell dance of the patient – will demonstrate the patient's process of development.

At this point I want to emphasize the basic elements of human-structural dance therapy as developed by *Ammon* (*Ammon* 1986).

- the spontaneous dancing in the center of the group after music selected by the dancer, after drums or without music,
- the feedback of the group, the focus being on the constructive parts and the processual development of the dance. Only resistance against development is criticized.
- the social-energetic field of the group,
- the group meditation, which enforces the spontaneous events of the dance and the opening to the unconscious,
- the recording of the dance with video and the work on these video tapes during group therapy. As a rule, this group does not exactly consist of the same members as the dance group (*Reitz* 1986).

The records are predominantly used as therapeutic agents, but also serve for extended training and research, of course only with the consent of the patient.

Another important element is the curing effect of the dances, also for the surrounding group by means of identification with the dancer and the opening of the unconscious connected with this. All members take part in a creative process which is unique and cannot be repeated. It is important to let the body speak and express, sometimes only with the face or the hands or by walking around silently or by standing quietly in the center of the surrounding group.

Body-ego-identity and sexuality are rooted in the central core of personality. Disorders in this field are always identity disorders and can only be treated under this aspect. Each curing of these disorders has to start in the unconscious. This is possible – besides the interpretation of dreams – with the humanstructural dance therapy. During the period of dancing a continuous interplay between conscious and unconscious, individual and group, male and female, healthy and ill occurs. The aim of dance therapy is the integration of the various dimensions of man's identity.

The human function of sexuality develops in the framework of social-energetic processes within the respective groups which are important for the individual, particularly within the primary group. Decisive for the development of sexuality is the contact of the mother and the group with the child,

above all with the child's body. Also decisive are the conscious and unconscious expectations, which the group has for the child and above all the way of exchanging social energy. For according to *Günter Ammon's* theory of human structurology, each disease is the result of refused or destructive social energy (cf. *Ammon* 1982). Referring to sexuality, this means that the sick individual was not allowed to develop his own form of sexuality as an aspect of his identity. »Sexuality has thousand different variations, it is the task of the therapist, to help the individual to develop his personal sexuality, which differs from that of each other human being« (*Ammon* 1979).

According to the human functions of aggression, anxiety, demarcation and narcissism, sexuality can also be constructive, i.e. healthy, or deficient, i.e. hardly developed or repressed. Constructive sexuality thus can be understood as expression of a predominantly successful ego-development and a constructively developed human structure. In order to get into sexual contact, a relatively healthy development in the field of aggression, anxiety, demarcation and narcissism is necessary as well as the capacity for contact and relations. Disorders in the field of sexuality and body-ego-identity always contain disorders in the field of other human functions. Important for the differentiation of a constructive, destructive or deficient quality of sexual behaviour is the quality of contact between the partners. Sexuality must be designated as being destructive

- when it causes suffering of other persons,
- when the person concerned is suffering her/himself,
- when the sexuality is split off from other relations of life
- when it leads to restrictions of the other areas of life,
- when it occurs without contact to other persons (cf. *Keller-Husemann* 1979). Deficient sexuality is to be understood as an introjected prohibition of sexuality, required in childhood. This may have occurred by repression or by deficient development. Individuals with deficient sexuality feel no interest in body contact. In a certain manner, they have no feeling of deficiency or the subjective feeling of suffering concerning their sexuality. *Ammon* (1976) has described similar phenomena in his description of borderline patients. The deficit is not felt until these persons meet with the needs of other human beings (*Reitz* 1983).

Detailed anamnestic conversations and various tests, above all the ISTA, inform about the development of human functions, the psychodynamic and group-dynamic connections. After these procedures have taken place and according to the needs of the patient, the therapeutic setting is planned. Dance therapy is always integrated into an analytically working group psychotherapy which does not consist of just the same persons as the dance group. In addition, about twice a year, milieutherapeutic meetings take place, in which dance therapy is integrated.

The therapeutic group is the place of integration. Here the video-taped dances are watched and discussed. The dancer watches her/himself on video

and may compare her/his inner perception with her/his outward perception and that of the group members. The more realistic perception is, the healthier is the personality. Within the group the dancer realizes again and gets conscious of his dancing. There is also work on dreams. Also verbal discussion of conflicts which may occur within the group and resistances in the therapeutic process, are worked through. Reality has more space here within the group (*Ammon* 1981). This wide spectrum of therapeutic interventions, the individual therapy, group therapy, human-structural dance therapy and milieu therapy with changing members and its intertwined relations is forming a large therapeutic social-energetic field.

These interventions allow an access to border situations. By that they enable demarcation from the symptoms and release of the creative potential which was tied to the symptom. It is always important to work through and get conscious of the various experiences and to integrate them into the different dimensions of personality. Demarcation and integration are directly connected, they regulate – in connection with aggression and anxiety – resistance resp. the extent of social energy which is admitted in order to enable an integration of new experiences. The medium of integration is social energy which may express in various shapes and must reach all dimensions of the personality, i.e. the physical, mental and spiritual aspects of personality.

Aim of the therapeutic work is to cure the injuries which led to illness and disorders in the personality, to stimulate areas of the unconscious which have not yet been reached and to look and solve processes which were arrested during the establishment of the human structures. Thus retrieval of development and integration is possible (cf. *Ammon* 1981).

Dancing as an expression of the unconscious provides various possibilities for diagnostics and therapy. The dance offers a special form of the retrieval of ego-development within the group: communication of the individual with her/himself and the group occurs non-verbally through the body. Most people who are mentally ill and treated therapeutically have a disturbed experience of their bodies.

There has to be distinguished between the experienced body-ego-identity and the real body-ego. The discrepancy between both dimensions is an indicator for the severeness of the mental disorder and for the degree of the integration of an individual's various dimensions of her/his personality. The human-structural dance enables to bring both body-ego dimensions into correspondance, above all by means of the holistic body-experience and by the feedback of the group members who inform the dancer about their perceptions and feelings.

The mutual watching of the video-tapes and the working – through of the dance experience in the therapeutic group establish further levels of that process of re-integration of body experience and the total personality in its various dimensions (cf. *Reitz* 1986).

In the following text I want to work out my objective with a young woman serving as an example. Mrs. C. came into my practice with the diag-

nosis of anorexia nervosa, explicitly wanting dance therapy. She is a delicate, boyish-looking woman, aged 25. She has been suffering since her childhood of being unable to move about freely. She panics when her girl-friend wants to take her out. She is living in a lesbian relationship, in which she had experienced joyful sexuality for the first time in her life. She suffers from strong jealousy. Her eating disorders had disappeared in an individual therapy of two years which she had finished some years ago before coming to me. The disapproval of her body had increased again. In the initial test she had a high deficit in aggression, high destructive anxiety and outer demarcation. The complete disapproval of her body, especially of her femininity, led to thoughts of suicide again and again. Feelings of being abandoned cause a constant search for body contact in a panic and addictive manner and are acted out in destructive symbiotic-sexual relations with various girl-friends. She starts with a group therapy, half a year later she comes into dance therapy.

### *On Family Dynamics*

Mrs. C. is the third of five children, towards her sister, who is 1 1/2 years her senior, she has strong feelings of jealousy. During puberty she has been controled and envied by this sister, who was chubby at that time, while our patient was slim. Already at the age of eight, she had to make exercises because of her bad posture. The whole attention, especially of her mother, was directed towards nutrition and body development. The patient never took her mother seriously, she experienced her as being jealous, she herself was »favourite daughter of the father«.

Her sexual development took a stormy cause and was changing a lot. She rebelled against her parents and siblings and had frequently sexual relations with girls during her age of 12 to 16. Her lesbian inclinations she experienced more unconsciously. She also had short affairs with young men. From age 18 to 21 she had a steady relationship with a young man. The sexual relationship is described by her as very much disturbed. She had a strong dislike of the male body and also strong feelings of shame to look at herself, of being looked at and touched and to show sexual lust.

In the relation with her girl-friend she experienced for the first time a joyful satisfying sexuality. A constant point of discussion is going out, dancing and jealousy resulting from that. The parents are not allowed to know about this relationship. Mrs. C. is afraid to bother her father and put too much strain on him if he should be informed about her lesbian orientation. She loves him »above all«. When the parents are visiting, her father is sleeping together with Mrs. C., the mother is sleeping in the bed of the jealous sister with whom she had shared an apartment during this period. The relation with her girl-friend has developed destructively. Both are acting out their jealousy by taking up sexual relations with other women.

*The Course of Therapy in Group-Psychotherapy*

At the beginning of the therapy the ISTA of Mrs. C shows a high deficit in aggression, very high destructive anxiety and very low outer demarcation. She feels torn between therapy and the jealousy of her girlfriend, acting out her anxiety in symbiotic-sexual relations with women, until she is able to accept boundaries set by the therapist. Vehement discussions, especially with the therapist, enable her to take destructiveness into therapy, so that in the course of half a year a strong change from deficient to destructive aggression in the ISTA can be demonstrated.

Mrs. C. is jealous of Mr. W., whom she experiences as her brother, but still is able to establish a constructive alliance with him. Her problems can be shown more and more within the group. The triangle of acting out, rivalry and destructive sexuality are topic in the group for a long time. Symbiotic desires towards the group and the therapist, changing with strong jealousy of a group member, mobilize strong fears and their defence. Mrs. C. again falls in love with another woman from outside the group.

This sexual acting out is understood by the group and gradually also by the patient as resistance against therapy. So it becomes accessible to therapeutic working-through.

A so-called »love-triangle« in the group is established, so named by Mrs. H. who has »discovered« it because of her very tremendous jealousy. This »love-triangle« consists of three central group-members: Mr. W., Mrs. C. and Mrs. K. These three persons, all being in their structure rather bisexual and androgyneous, cause rivalries and discussions with the group. Both women have sisters, towards whom they feel strong rivalry. Both have mothers who disapproved of them, both have fathers, who had erotized them.

Mr. W. is feeling monopolized by the two women. The same was the case with mother and sister in his childhood, but the courting of both women also flatters him. He dreams that he gives hooks but cannot decide who will receive them. In the discussion of this triangle for all group members an intensive working-through of their respective rivalry with siblings and jealousy starts on an oedipal level and also on the level of their juvenile development. During the time of strong physical changes and intensive sexual interests, juveniles often react with feelings of being abandoned and tendencies of neglect if they have no opportunity to talk to somebody about it. So Mr. W. was shocked at age 15 by the feeling that he might be homosexual. He had nobody to talk about that. Mrs. C. had wanted during that period of her live to have confrontations with her parents, but they were not able to meet this challenge of her adolescent daughter.

Besides this retrieving working-through, which contained on many levels a repair of earlier damages, there also takes place a clarification of the group-members' relation in the here and now on a grown-up level, the

states of being or falling in love, fantasies, expectations towards the other group members and towards the therapist. This stage of working-through in the therapeutic group is led with much aggression, creativity, fear and pleasure to have confrontations.

### *The Development in Dance Therapy*

»The possibility of repeating pre-oedipal and oedipal stages in the ego and the establishment of identity within a group-therapeutic situation enables diagnostic and therapeutic steps to establish the conditions for a retrievable ego-development within the group« (Ammon 1979).

The beginning of dance therapy half a year after the start of group therapy is expected by Mrs. C. and the therapy group with much tension and loving support. Five members of the group are already present and take care of her. Mrs. C. has prepared herself for a long time and confronted herself with her fears. Now she wants to dare this step. She feels, that »a new phase of my life is starting«. Fantasies and discussions on the sense of life, fear of death which can also be understood as fear of living, arouse in each group member. There are vehement discussions on music. Old fears of »not being educated« become alive in the sense that they feel not being allowed to choose their own music. Or they are afraid that the therapist could refuse so-called pop music and by that reject the dancer. Michael Jackson, pop music, E-music, jazz and classic music are discussed. I tell the group that each member may choose that music he/she is feeling familiar with and which gives him/her a feeling of security. Sometimes I am asked to choose the music.

Dance therapy is also a form of art therapy and serves for a retrieval of education in this field for each member. There emerge fields which have been unknown until now, for example that Mrs. C. and Mr. W. are talented singers. A creative tension comes into being within the group, each member may show his creative sides. Furious jealousy is evoked in Mr. R., who has more talents in expressing in historic-political fields.

The author in the group performs his poems, by which all members are very touched. The poems express his protest against conformism and lies. Mrs. C. wants to clarify her relations to the male gender. Until now she prefers women whom she experiences as being more erotic and sensual.

She dances her first dance after quiet meditation music. When she starts she is sitting on the floor, only her toes and fingers move cautiously. She starts crying, is getting up, covering her face. Mr. W. comforts her, all speak softly to her. She is happy to have done the first step into dance therapy. She dances in almost all sessions, is going into her fears, but always cautiously respects her boundaries. She is supported by the group constantly. She is showing more and more of herself, her fear of moving about, of liveliness and rage about this which shows in clenching her fists and drumming the floor.

The break caused by holidays seems to threaten the acquired development. The old prohibition to live overcomes her again, she is stiff and asking for drums. She is not able to accept the social energy of the group. Mrs. H. approaches to her, takes her hand, they dance with each other until the dance passes into a duel. They fight with each other and embrace each other, at first in a playful manner, then seriously. Mrs. C. shows more aggression, she is frightened by that and wants to stop. The group is drumming and clapping hands, it continues. »I could have killed you«, Mrs. C. says and is very frightened. Mrs. H. feels that she is able to defend herself, they continue to dance with less tension.

This important dance means a great step for Mrs. C. It gives her an inner space and the force to get into oedipal confrontation with her sister. In the dance session she could try it with the protection of the group and the therapist. She is feeling the way she did during puberty, controlled by the sister, who is competing with her for the favourite brother, in the group in the person of Mr. W. She had a tender relationship with this brother, she was his »darling sister«. He was the genius in the family, especially in music. Everything was judged according to his talents. During puberty they had sexual plays with each other, also with the sister. With her he had later talked about it, but not with Mrs. C. This hurts her. She is not able to sing again, she has feelings of guilt, she has committed a »deadly sin«. The family of hers was ruled by strong morals with anti-sexual feelings but under the cloak of a so-called liberal FKK attitude (Nude Body Culture, sort of nudism). »In particular homosexual women belong into mental asylums. They seduce little girls and are disgusting« – this attitude was cited by the sister as expression of the parent's attitude.

After the conversation with the parents it becomes possible for Mrs. C. to consider her parents in a more realistic way and also to reduce the idealization of brother and father. By means of mirroring her family situation in group therapy and the retrieving development and repairing of the preoedipal deficit on a physical level – above all in dance therapy – a separation out of the symbiosis with mother, father and the whole family has become possible. This has opened the way for an oedipal confrontation, exemplarily demonstrated in the dance-therapeutic session with the co-patient/sister and in the confrontation with brother/father/co-patient in the love-triangle as described above.

The working-through of experiences in the various therapeutic, social-energetic fields (group therapy / dance therapy / milieu therapy) has enabled a steadily growing and realistic perception of the parents and siblings and also of the own identity. Of special importance was the conversation with the parents, in which group members had participated.

The strong sexualization of all relations could be worked through and be understood as defence strategies against conflicts resp. against change in therapy. This so-called »pseudo oedipus« or as *Rohde-Dachser* (1987) has called it the »strategic« oedipus, serves to maintain dyadic or symbiotic

structures. It is transformed into the so-called mature oedipus by means of working with the ego-structural deficit (in our example by working on the sexual and body identity) and by means of working with resistance (in our example above sexualization as resistance). The change is demonstrated also in Mrs. C's ISTA in all assessed human functions. The therapeutic process shows parallels with the developmental process of adolescents. Mrs. C. moves back and forth between clinging to preoedipal and oedipal behaviour.

It is a long existential fight for life of this young woman, which goes on for years with progresses, climaxes, drawbacks, desperation and fear, that all could turn out as wasted effort. With her destructive attitude against her body, there was again and again the danger of destroying herself. There was a long period of acting out in destructive sexuality, haunted by destructive anxiety and aggression, always at the border of the will to live or the wish to be destroyed.

The energy of the dance group and a strong relation to me enabled her to bring the experienced destructiveness into contact with me and the group in vehement confrontations which gradually opened the way to the unconscious creative potential for her own life.

### *Description of Selected Dances*

In cooperation with a rater team I have selected three dances out of 57. They give an impression of the development of Mrs. C. and her long way in dance work.

Her first dance of the initial phase – it is her fourth dance – clearly demonstrates how hard she is trying to get into contact with herself and the group. She has chosen »The Moldau« by Smetana as music to dance after. This lyrical romantic music seems to correspond with her deep love for nature. The music is carrying her for a while. She is able to show her longing for movement and also a slight joy on the moving of dance. But then the music gets too strong and lively, she has taken on too much and cannot feel the group. She seems to be very lonely and lost in the space. She starts crying and breaks off, being embraced considerably by her friends. She is hurt that she was not able to create the dance.

The second selected dance is from the middle phase of her dance work, about two years later, her 44th dance. She is showing her body in coloured dance clothing, which fits very tightly. She has chosen drummers from the group to make music for her. She had done this very rarely. The drums demand for a stronger contact, stronger aggression and demarcation. They are more scaring and showing more of the capacity for devotion and for fighting confrontations. Dances on drums show the capacity to dive into the social-energetic field of the group and to accept the drummers' and the group's social energy which is a base for the process of healing.

This is a real dance of liberation and getting freed. She seems to be another person, whirling around the group, giving up more and more con-

trol and cheering on the whole group, so that all are clasping their hands and enjoying themselves with the dancer. She is connected with her unconscious, dancing from within her body, each fibre of her body is engaged. She is also connected with the unconscious of the group, integrated into a process of giving and taking. By that, this dance has a curing effect on all of us.

The third dance is her farewell dance, a farewell to group and therapy. She had finished her group therapy already one year before this dance. She had been fighting for an access to music of *Beethoven* for a long period with many dances. Now she is dancing after *Beethoven's* 5th piano concert for the first time. This field of music had been reserved to her brother, forbidden for her. Liberated from the prohibition to enjoy herself, to accept her body, to like it and to show her joy, she dances a moving dance on this great music. All are moved to tears, all have taken part in her long way towards life.

There is demonstrated a wide arc in this music and Mrs. C.' dance. She is dancing her story again, taking herself space and calmness. She dances at the floor, caresses her body, is very soft and relaxed, embraces her best girlfriend. Then she approaches me, I take her into my arms, she is crying, because it is her farewell dance. She is deeply connected with her unconscious and with the group. She seems to dance again her long way towards herself and towards other human beings. The deeply humane and liberal music of *Beethoven* forms a solid base for her farewell dance. The dance is like a prayer and thank for all of us, who have given her love for the long way of liberating her own life.

Finally I want to demonstrate the characteristics and dimensions which distinctively show the possibilities of dance therapy for an individual's development:

- Dance brings an individual into border situations, thereby enabling him to open and close his own boundaries, both physically and mentally. Dance meets the requirements of the capacity to love, which means an opening of boundaries to the unconscious, to the group and other human beings.
- Dance is an identity plan going into the group. The group behaves like a loving mother, father or partner, helping each member to discover him/herself, helping to turn dreams, fantasies and wishes into reality.
- In dancing each one can show his need for love, by that causing feelings of affections, tenderness, understanding and love, depending on the degree of relationship with the dancer. This being lovingly looked at and being accepted by the therapist and the group gives each dancer the courage to take the risk of another border situation, to confront his own fears and with each dance to let her/himself in for something new and unique without knowing how it will end.
- In dancing it is possible for the dancer to experience him/herself as a whole own identity, to take space, to fill space with his/her energy, to feel the group's energy, to exchange in a process of giving and taking, which also happens in every loving partnership. Very early deprivation of body con-

tact leads to serious deficits. In dancing these deficits can be shown and can be made up for on the physical level. Touching is experienced through looks, by words. Loving experiences can be made by looking at the video, physical reliability can be experienced, affection and love can be shown physically, the group can be experienced as partner as in live relationships. – Flexible handling of closeness and distance, the flexible opening of boundaries is one of the most important preconditions for the capacity to love and for sexuality and becomes especially experienced in dance sessions. The same is true for the experience of demarcation. To entrust oneself, to show oneself, to differentiate, to go towards fear and anxiety, to find out how much each individual from the group needs from the others, all these important qualities in living together and in love are physically and mentally experienced in dance therapy.

In a detailed interview one year after the end of her therapy I have asked Mrs. C. about her life-style, her work, her sexuality, her relations to find out if and to what degree the results of the therapy could be maintained. She is living in a firm relationship with a man. The acceptance of her womanhood and her body as achieved during her therapeutic process continues and has even increased, without being restricted to a specific type of male/female role behaviour. When she happens to fall in love with either man or woman she is able – in contrary to the past – to decide freely how she wants to respond and she can even talk with her partner about it. Knowing about her unconscious and being aware of the power of her repetition compulsion she was able to develop her own creative life-style.

### *Humanstrukturelle Tanztherapie und die Entwicklung von Körperlichkeit und Sexualität*

Gertraud Reitz (München)

Diese Arbeit ist ein weiterer Beitrag zur humanstrukturellen Tanztherapie und ihrer Bedeutung für die Entwicklung der Körperlichkeit und Sexualität. Die Tanztherapie, wie *Günter Ammon* sie entwickelt hat, bietet dafür eine ausgezeichnete Grundlage. Körperlichkeit und Sexualität sind im zentralen Kern der Persönlichkeit im Unbewußten verankert. Störungen in diesem Bereich sind darum immer auch Identitätsstörungen. Jede Heilung solcher Störungen muß darum im Unbewußten ansetzen. Der Tanz als Ausdruck des Unbewußten und Zugang zum Unbewußten bietet eine besondere Möglichkeit zur Behandlung dieser Störungen.

Die Tanztherapie ist immer eingebettet in ein umfassendes therapeutisches Setting. In dem folgenden Beispiel beinhaltet dieses Setting Einzel-, Gruppen-, Tanz- und Milieuthherapie und Gespräche mit den Eltern.

Frau C. – mit der Diagnose einer Anorexia nervosa – suchte therapeutische Hilfe wegen starker körperlicher Zwangssymptome. Sie litt unter

starken Ängsten sich zu bewegen und von anderen Menschen wahrgenommen zu werden. Sie litt unter starker Ablehnung ihres Körpers und unter heftiger Eifersucht, welche immer wieder zu Suizidgedanken führten. Verlassenheitsgefühle lösten panikartige Suche nach Körperkontakt aus, die in destruktiven, symbiotisch-sexuellen Beziehungen mit wechselnden Partnerinnen agiert wurden. Im Aufnahmetest (ISTA) zeigten sich hohe Defizite in der Aggression, hohe destruktive Angst und ein hohes Defizit in der Abgrenzung nach Innen und Außen. Im Laufe der Therapie konnte sie nach heftigen Auseinandersetzungen – vor allem mit der Therapeutin – ihr sexuelles Agieren als Widerstand gegen die Therapie erkennen. In der Tanztherapie war sie sehr aktiv; sie tanzte fast in jeder Sitzung trotz ihrer Angst. Durch ihre ständige Auseinandersetzung mit ihrer Angst konnte sie ihr verinnerlichtes Lebensverbot allmählich überwinden.

Nach einer längeren Therapieunterbrechung durch die Ferien schien die Entwicklung gefährdet. Sie schien unfähig die Sozialenergie der Gruppe anzunehmen. Erst durch die Unterstützung einer Mitpatientin konnte sie sich in die Gruppe hineinbegeben. Sie tanzten miteinander bis der Tanz in einen Zweikampf überging. Frau C. war erschrocken über ihre Aggression. Sie fühlte ihre Rivalität und Wut in der Übertragung wie gegenüber ihrer Schwester. Dieser Tanz war ein wichtiger Schritt in ihrer Identitätsentwicklung, in ihre ödipale Rivalität mit der Schwester im Schutz der Gruppe und der Therapeutin hineinzugehen.

Nach einem Elterngespräch wurde es Frau C. möglich, ihre Eltern realistisch zu sehen und die Idealisierung von Vater und Bruder abzubauen. Durch die Widerspiegelung in der Gruppentherapie und die nachholende Entwicklung und Wiedergutmachung des präödipalen Defizits auf der Körperebene, vor allem in der Tanztherapie, war eine Trennung aus der Symbiose mit der gesamten Familie möglich geworden. Begleitende Messungen durch den ISTA demonstrieren diesen Entwicklungsprozeß.

In einem ausführlichen Interview ein Jahr nach Abschluß der Therapie zeigte sich Frau C. mit einer positiven Einstellung zu ihrem Körper und ihrer Weiblichkeit. Sie lebt in einer festen Beziehung mit einem Mann, ohne auf ein spezifisch weibliches Rollenverhalten fixiert zu sein. Im Wissen um ihr Unbewußtes und die Macht des Wiederholungszwanges konnte sie einen eigenen kreativen Lebensstil entwickeln.

## References

- Ammon, G.* unter Mitarbeit von *Ammon, Gisela* und *Marsen, B.* (1979): Das Borderline-Syndrom und das ich-strukturelle Arbeiten. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt)
- (1981): Ich-Strukturelle Gruppenpsychotherapie. In: *Dyn. Psychiat.* (15) 1-9
  - (1982): Das sozialenergetische Prinzip. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt)

- (1984): Die Unerreichten – Zur Behandlungsproblematik des Urnarzißmus. In: Dyn. Psychiat. (17) 145-164
- (1986): Humanstruktureller Tanz – Heilkunst und Selbsterfahrung. In: Dyn. Psychiat. (19) 317-342
- Harlander, U.* (1979): Die Körper-Ich-Identität nach Ammon. In: Dyn. Psychiat. (12) 472-493
- Keller-Husemann, U.* (1979): Psychoanalyse und Sexualität – Ein Beitrag zum Verständnis konstruktiver und destruktiver Sexualität im Konzept der Dynamischen Psychiatrie. In: Dyn. Psychiat. (12) 141-161
- Reitz, G.* (1981): Das Verständnis von Sexualität im Konzept der Dynamischen Psychiatrie. Vortrag gehalten auf dem XIII. Internationalen Symposium der DAP (Unveröffentlichtes Manuskript).
- (1983): Der Stellenwert der Sexualität in einer therapeutischen Gruppe. In: Dyn. Psychiat. (16) 254-275
- (1986): Zur Integration des Humanstrukturellen Tanzes im gruppentherapeutischen Prozeß. In: Dyn. Psychiat. (19) 353-366
- (1987): Tanz, Traum und Gruppe. Der Entwicklungsprozeß einer Patientin in der Humanstrukturellen Tanztherapie und in der Gruppentherapie. Vortrag gehalten auf dem 5. Weltkongreß der WADP/XVIII. Internationales Symposium der DAP (Unveröffentlichtes Manuskript)
- (1988): Die Bedeutung der Humanstrukturellen Tanztherapie für die Entwicklung der Liebesfähigkeit. In: Dyn. Psychiat. (21) 436-447
- (1991): Der therapeutische Prozeß eines Borderline-Patienten im Feld von Gruppen- und Tanztherapie – ein kasuistischer Beitrag. In: Dyn. Psychiat. (24) 56-69

Address of the author:

Dr. phil Gertraud Reitz  
Arcisstraße 59  
D - 80799 München

## The Importance of Dynamic Psychotherapies in the Treatment of Psychotics – Counter-Transferential Aspects of the Therapeutic Process\*\*

Guilherme Ferreira (Lisabon)\*

The author sees that the first problem in discussing the psychotherapy of psychoses is that of their etiology. He points out the importance of the theory of Freud, the object-relationship theory of the Kleinian school, the self-psychology of Kohut, the ego-psychology of Hartmann and the communication theories of Bateson, Watzlawick and others. Psychoses are states characterized, from a psychodynamic point of view, by regression to an archaic state of libido development, with oedipal and pre-oedipal components and impairment of ego-functions and the development of archaic and primitive defense mechanisms. Psychoanalytic psychotherapy can provide an important tool in any therapeutic approach. It is not a symptomatic therapy, it is based on a relationship, appeals to a potential for integration and seeks an identification with the analyst. The most important aims of psychotherapy of psychotics are to obtain a new ego organisation, with better adaptation to reality and a reorganisation of integrative functions and to substitute psychotic defense mechanisms by neurotic ones. The problem of counter-transference has a special importance in the psychoanalytical psychotherapy of psychoses. On the other hand, it is in the treatment of psychotics, in which an integrated therapy is particularly important. In the psychotherapeutic treatment, it is necessary to combine the behaviour cognitive therapies with the insight ones and the individual, group and family approaches.

### *The Problem of the Etiology of Psychoses*

The first problem we should raise in discussing the psychotherapy of psychoses (in the more general context of their treatment and prevention) is that of their etiology and etiopathogenesis.

In this field, we immediately find ourselves faced with several approaches ranging from the biological (genetic, neurophysiological, biochemical) to the psycho- and sociogenetic approaches that seem somewhat complementary.

In the case of the latter, we should point out the importance of systemic and communication theories, which consider the individual in the groups to which he/she belongs and which are reflected in his/her psychological fonctionnement. The contributions of the *Palo Alto* school, under the informal leadership of *Bateson* and *Watzlawick*, and of the Italian school for family therapy, with *Andolfi* and *Selvini Palazzoli*, are fundamental in this field.

According to them, human behaviour is the consequence of events which occur and develop in the field of interpersonal relationships; to a certain extent they complement psychogenetic theories.

\* M.D., Professor of Psychiatry, Director of the Miguel Bombarda Hospital, Lisbon, Portugal, Former President of the World Association for Social Psychiatry, Former President of the Portuguese Group-analytic Society, Chairman of the Portuguese Branch of WADP

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

As regards dynamics points of view themselves, we should point out that in establishing the rather ambiguous concept of regression, *Freud* left the problem of the etiology of psychoses more or less unexplained. In any case, psychoanalysis, particularly after the development of second topic conceptions, was a theory that could explain collectively and individually all mental illness and their causes.

Though within the psychological framework psychoanalysis offered a way to discover the etiology of psychoses, *Freud* always insisted that the biological reality was fundamental and that all other explanations (psycho- and socio-genetic) could only be aids to an understanding of human behaviour for as long as developments in the neurosciences were unable to provide us with answers about how the human mind works.

The progress made in recent decades in the fields of genetics, anatomy, neurophysiology and the biochemistry of the central nervous system today seems sufficient to suggest that this will indeed be possible in the near future.

Molecular genetics in particular seems capable of providing us with such a general explanation. This in turn could provide us with a knowledge of the background against which environmental and psychological influences act upon the individual, thus opening the way to an integrated understanding of human mental processes. However, for the time being, we should stick to the biopsychosocial approach, as being the most realistic.

### *The Psychoanalytical Psychopathology of Psychoses*

A special question is raised by the etiopathogenesis and psychopathology of the manic-depressive psychosis. According to *Freud* and *Abraham* melancholy is related to mourning and, as such, is the consequence of loss of an object, towards which the individual has ambivalent feelings, these ones are expressed by feelings of guilt.

An archaic and primitive Super-Ego is structured: it attacks the introjected »bad objects«, with which the ego identifies itself.

*M. Klein* established that, in the first year of life, the individual passes through two developmental phases, the schizoparanoïd (in which the objects are partial) and the depressive (where they are total). The loss of the »good objects« referred to above should be seen in the context of the second phase mentioned, in which the individual tries to escape a feeling of loss of his omnipotence before a powerful object typical of the preceding phase, to which he seeks to return by developing manic defences.

*Freud* initially classified manic-depressive psychosis, along with paranoia and schizophrenia, as a narcissistic neurosis, in which transference development will not occur (*Freud* 1915). But in 1924, in his work »Neurosis and psychosis« he described it as an autonomous entity, somewhere between neurosis and psychosis, and consequently a disease to be regarded as distinct from both these situations.

Coming back to the etiology of psychosis in general, we should point out the importance of regression, as already mentioned, and ego splitting, with the loss of »good« objects and introjection of »bad« ones in a mechanism of projective identification. *Bowlby's* simultaneous etiological and psychoanalytical approach also defends this point of view. Nevertheless, oedipal as well as pre-oedipal components are present in these states.

For *M. Klein* and her followers (*Bion, Rosenfeld*), based largely on studies of analysis of children, regression to the schizo-paranoid position is the fundamental issue in this situation. But we should point out that such regression occurs in individuals who have already attained the depressive position that still affects them.

Splitting, projection, introjection, projective identification and negation are the defensive mechanisms, all with archaic characteristics, typical of these situations.

On the other hand, ego splitting results in an impairment of the functioning of the ego and the autonomous structures linked to it, such as those that correspond to the cognitive processes, with a consequent lack of adaptation, according to the views of ego psychologists (*Hartmann, Erikson, Rapaport*).

The concepts of self psychology constitute another important contribution to an understanding of psychotic states.

From his first work on psychoses *Sigmund Freud* postulated the importance of a state of primary narcissism during the first months of the individual's development and a regression to it in schizophrenia.

But for *Heinz Kohut* and the self-psychologists narcissism is not only a pathological situation, as *Freud* thought, but also a fundamental issue in all the individual's development. But in psychotic states it is precisely the pathological narcissism that is present because of regression, not to the state of primary narcissism, as *Freud* thought, that being too primitive and archaic, but to two others, by which the individual emerges from it, namely the grandiose self and the idealised parental imago states.

Another less important contribution is that of the Lacanians, for whom the fundamental disturbances occur in the area of the cognitive processes, with the father forclusion this one being the representative of reality.

For other authors, rather than a regression, schizophrenia is simply a more radical and paradoxical form of defence against the oedipus complex.

In conclusion, psychoses are states characterised, from a psychodynamic point of view, by regression to an archaic state of libido development (primary narcissism for *Freud*, schizoparanoid position for *M. Klein*, grandiose self or idealised parental imago for *Kohut*) with oedipal and pre-oedipal components, impairment of ego functions (as a consequence of ego splitting) and the development of archaic and primitive defence mechanisms, such as splitting, projection, introjection, negation and projective identification.

*Structural Organisation of Psychoses*

As a conclusion to the two preceding chapters, we could describe the following as aspects of the structural organisation of psychoses:

- a) Ego that is split and deficiently adapted to reality, with the loss of its integrating and synthetic functions;
- b) cruel and exigent super-ego, characterised by archaic (*M. Klein*) or precious oedipal characteristics (*Raclot*). Ego ideal far from reality;
- c) id functioning at an (almost) conscious level and (almost) invading the whole self, but badly accepted by the latter;
- d) the defence mechanisms listed above (splitting, projection, introjection, projective identification and negation).

*The Psychoanalytical Psychotherapy of Psychoses*

One may conclude from the above that although psychoanalytical concepts cannot entirely explain the etiology of psychoses, they can be of great help in understanding the ill human being. In this regard, psychoanalytic psychotherapy can provide an important tool in any therapeutic approach.

In some cases it should be combined with other approaches, and particularly with concepts drawn from the processes of communication behaviour and cognitive therapies. To this end aversion or reinforcement techniques or methods that aim to modify cognitive processes at the origin of emotional disturbances, which are more apparent from a psychological stance, can be used. We should stress that the points of view of some cognitivists, such as *Beck*, are very close to those of some psychoanalysts, such as those who make up the *Lacanian* school.

We can summarise the general characteristics of the psychoanalytical psychotherapy of psychoses that we use as follows:

1. It is not a symptomatic therapy;
2. it is based on a relationship;
3. this relationship is fundamentally positioned at a verbal level;
4. it appeals to a potential for integration that we assume to be present in the schizophrenic mind;
5. it seeks an identification with the analyst.

It is difficult as things stand to organise a true psychoanalysis of psychotics, that would be useful for a sufficiently large number of patients. Consequently, our aims should be more modest. We can aim at the following targets in our work:

1. To obtain a deep and lasting modification of the psycho-affective functioning of the individual, increasing his self-esteem, seeking affective expression and suppressing communication difficulties;
2. to promote regression in order to achieve personality reconstruction, beginning at a critical phase of existence (*Racamier*, *Kerstemberg*, *Balint's* new beginning);

3. to organise psychotic states (or positions) into economically less expressive and less masochistic models;
4. to reduce the effects and consequences of psychic insufficiency;
5. to prepare for a deeper cure (psychoanalysis). We should stress that it is precisely where points 1, 3 and 4 are concerned that concepts taken from behavioural, cognitive and communication theories are used, as mentioned above.

In any case, and bearing in mind the aims of analytical psychotherapy of psychotics as described under 1, 2 and 3 above, we should seek a structural reorganisation of the self, with the following characteristics:

1. A new ego organisation, with better adaptation to reality and a reorganisation of synthetic integrative functions;
2. super-ego more flexible, less cruel and neurotised with an ego ideal closer to reality;
3. id less conscious, more contained, more accepted by the individual;
4. psychotic defence mechanisms substituted by neurotic ones.

To conclude, we would like to stress the importance of some special techniques of analytical psychotherapy in the treatment of psychoses. Analytical group psychotherapy, and more specifically group-analysis, has a predominant role to play in this respect, because of the following factors:

1. It facilitates interchanges between the different group members;
2. it reinforces verbalisation learning through listening to others;
3. significations perception is increased through the mirror phenomenon;
4. opportunities for identification, found with difficulty in other situations, are significantly increased.

For all these reasons group psychotherapy is an excellent way to use analytical techniques and one that significantly increases their power.

### *Some Particularities of the Analytical Psychotherapy of Psychotics*

Since these therapies were first used and *Federn* and *Frieda Fromm-Reichmann* drew attention to *Freud's* counter-transferential attitude in relation to psychotics, the importance of cross therapy between psychotherapist and psychiatrist was stressed.

Nowadays, we should point out the absolute necessity of complementing psychoanalytical psychotherapy with neuroleptic, or even anti-depressive, drugs.

Complementary systemic therapy, directed at the family, is often necessary to potentiate the effects of psychoanalytic therapy. *Raclot* holds that the psychoanalysis of psychotics is used very seldom and only in particular situations. For him, as for *Federn*, bifocal therapy with a psychiatrist or an occupational therapist is fundamental.

On the other hand, analytical psychotherapy should frequently be carried out in institutions, because of the seriousness of these illnesses. In such cases, an institutional or environmental therapy should be organised

to create a framework in which the psychotherapy itself takes place. *Racamier* talks of the use of the framework itself as a therapeutic tool in such cases.

In any case, in all these approaches, the different therapies should be combined and all members of the therapeutic team should cooperate with each other

### *The Problem of Transference and Counter-Transference*

A special and specific aspect of the psychoanalytical approach in psychotherapy has to do with the concepts of transference and counter-transference. As we shall see, these concepts have different definitions and meanings in psychoanalysis. But their special importance in the psychoanalytical psychotherapy of psychoses lies in the fact that such patients frequently originate very strong feelings not only in their therapists but also in the therapeutic team that treats them.

The concept of transference was established by *Freud* to describe the emergence of infantile feelings and attitudes in the patient towards the psycho-analyst himself.

Other authors used this concept as a synonym for therapeutic alliance or included it in defence transference (*Anna Freud*) or used it to describe all the inadequate feelings, attitudes, phantasms and emotions that constitute a revival of the past and are displayed in the patient's relationship with the analyst (*Greenson*) or, lastly, all aspects of the patient-analyst relationship (*Rosenfeld* and others).

In the same way, the concept of counter-transference has different meanings, according to the points of view of different psycho-analysts:

1. Resistance of the analyst, in the emergence of internal conflicts activated in him (*Freud*);
2. transferences of the analyst over his/her patient (*A. Reich*);
3. disturbances in communication between the analyst and his/her patient because of the anxiety that this relationship creates in the former (*Blake Cohen*);
4. personal characteristics of the analyst that appear in his or her work and may (or may not) develop in his/her work or his/her attitudes to his/her patient (*M. Balint*);
5. specific limitations for the analyst determined by some specific particularities of his/her patient (*Gittelsson*);
6. the affective, appropriate or normal answers given by the analyst to his/her patient. In this case, counter-transference becomes an important therapeutic tool (*Heimann, Little*) and the basis of comprehension and empathy (*Heimann, Money-Kirle*).

*Die Bedeutung der Dynamischen Psychotherapieformen in der Behandlung von Psychosekranken.*

*Gegenübertragungsaspekte im therapeutischen Prozeß*

Guilherme Ferreira (Lissabon)

Der Autor diskutiert in der vorliegenden Arbeit verschiedene psychotherapeutische Ansätze bei der Behandlung der Psychosen. Zunächst führt er die Auseinandersetzung mit der Ätiologie als das zentrale Problem jeder therapeutischen oder präventiven Herangehensweise an diese Erkrankungen an. Die heute diskutierten ätiologischen Hypothesen reichen von biologischen, d.h. genetischen, neurophysiologischen und biochemischen, bis hin zu psycho- und soziogenetischen Konzepten.

Der Autor betont, daß *Freud* das Problem der Ätiologie der Psychosen mit seinem widersprüchlichen Regressionskonzept im wesentlichen unerklärt gelassen hat. Dennoch hat die Psychoanalyse *Freuds* den Weg zur Erforschung der Ätiopathogenese der Psychosen eröffnet. Als theoretische Ausgangsbasis stellt er die von *Freud* und *Abraham* aufgestellten ätiopathogenetischen Erklärungsmodi der Melancholie und der manisch-depressiven Psychosen dar, in deren Zentrum das Konzept des Verlustes des »guten Objektes« und die Introjektion des »schlechten Objektes« steht, sowie *M. Kleins* Theorie der schizoparanoiden und der depressiven Entwicklungsphasen mit dem Konzept der Regression auf die schizoparanoide Phase bei Verlust eines »guten Objektes«. Der Autor weist weiterhin auf das Phänomen der Ich-Spaltung sowie seine Auswirkungen, die Schwächung der Ich-Funktionen und ihrer autonomen Strukturen hin. Nach Ansicht der Ich-Psychologen hat diese Schwächung schwerwiegende Anpassungsdefizite zur Folge.

*Ferreira* nennt als weiteren Beitrag zum Verständnis der Psychosen die Selbst-Psychologie *Kohuts* und ihr ätiologisches Konzept, das die Regression auf pathologischen Narzißmus mit dem Wiederauftreten des Größen-Selbst und der idealisierten Eltern-Imagos für diese Erkrankungen postuliert. Als weitere Entstehungstheorie der Psychosen führt der Autor die systemischen und die Kommunikationstheorien v.a. der *Palo Alto* Schule von *Bateson*, *Watzlawick* und anderen, welche die gestörten zwischenmenschlichen Interaktionsprozesse der Gruppen, in denen das kranke Individuum gelebt hat oder lebt, als Entstehungsbedingungen untersuchen. Als zentral für jede Form von psychotherapeutischer Herangehensweise für diese schwerwiegenden psychischen Störungen erachtet *Ferreira* die psychoanalytisch orientierte Psychotherapie. Sie zeichnet sich durch folgende Hauptmerkmale aus: sie ist nicht symptomatisch ausgerichtet, sie basiert auf einer therapeutischen Beziehung, sie strebt eine Identifikation mit dem Analytiker an, und sie wendet sich an die verbliebenen integrativen Fähigkeiten der erkrankten Persönlichkeit. Die psychoanalytisch orientierte Behandlung sollte je nach individuellen Bedürfnissen und im Sinne eines integrativen Therapieansatzes mit kognitiven und verhaltenstherapeutischen

Methoden sowie mit systemischer Familientherapie kombiniert werden. Auch eine Ergänzung mit Neuroleptika und anderen Psychopharmaka wird in vielen Fällen für absolut notwendig erachtet.

Als Ziele der Psychosenbehandlung nennt der Autor: die Stärkung des Selbstwertgefühls des Patienten, den strukturellen Neuaufbau des Ichs mit einer Reorganisation der integrativen Funktionen und Anpassungsfähigkeit an die Realität, ein flexibleres und toleranteres Über-Ich, ein kontinuierlicher Ersatz der primitiven Abwehrmechanismen durch solche neurotischer Ausprägung und eine zunehmende Toleranz gegenüber den Inhalten des Es. Auch die allmähliche Vorbereitung einer tieferen psychoanalytischen Therapie im engeren Sinne sollte angestrebt werden.

Im Rahmen eines integrativen Therapiekonzeptes sollten nach Ansicht des Autors Methoden wie der analytischen Gruppentherapie und in der stationären Therapie der Strukturierung des stationären Umfeldes als therapeutisches Medium in der Behandlung der Psychosen eine größere Bedeutung beigemessen werden.

*Ferreira* unterstreicht abschließend als wichtige Voraussetzung für ein Verständnis der Psychodynamik der psychotischen Patienten und ihrer empathischen Einfühlung die kontinuierliche Reflektion der kommunikativen Prozesse zwischen Analytiker und Patient und hier insbesondere der Gegenübertragungsprozesse, die bei diesen Erkrankungen besonders intensiv werden können.

#### Literature at the author

##### Adress of the author:

Prof. Guilherme Ferreira, M.D.  
Miguel Bombarda Hospital  
Av. Mousinho de Albuquerque,  
Lote B-I, 70  
Lisboa 110  
Portugal

## Buchbesprechungen / Book Reviews

*Zvi Lothane*

*In Defense of Schreber. Soul Murder and Psychiatry*

Hillsdale, NJ, London: The Analytic Press, 1992, 550 Seiten

Schon im Vorwort wird deutlich, mit welcher Gründlichkeit und Präzision der Autor, *Zvi Lothane*, Psychoanalytiker und Professor für Psychiatrie an der Mount Sinai School of Medicine in New York, seinen Stoff recherchiert und vertieft hat. Mit allen noch lebenden früheren Autoren von Schreber-Studien – von *W.G. Niederland* bis *Han Israëls* –, mit zahlreichen Historikern aus Deutschland, den USA, Kanada, der Schweiz, Holland u.a. war er in Verbindung; er recherchierte in Bibliotheken und Archiven in Leipzig, in Dresden (wo er zweimal im Staatsarchiv die Krankengeschichte von Dr. *Flechsigt* und Dr. *Weber* über *Schreber* durcharbeitete, in Berlin, Warschau, Krakau und St. Petersburg: Er scheute keine Mühe, um alle Nachfolger *Schreibers* bzw. seiner Verwandten in vielen Ländern aufzusuchen und sämtliche Literatur zum Thema durchzuarbeiten; das Literaturverzeichnis allein umfaßt etwa 40 Seiten

*Lothane* nähert sich der Geschichte *Schreibers* von den unterschiedlichsten Seiten an: als Historiker, als Psychiater und als Psychoanalytiker; er kreist sein eigentliches Thema systematisch ein: ausführliche Kapitel sind nicht nur dem Vater *Moritz Schreber*, den *Daniel Paul Schreber* behandelnden Ärzten *Flechsigt* und *Weber* gewidmet, auch deren Persönlichkeiten, ihr wissenschaftliches Werk und die Rezeption durch die Zeitgenossen werden detailliert geschildert, eingebettet in die Beschreibung der zeitgenössischen wissenschaftlichen Landschaft und der historischen Auseinandersetzungen der Psychiatrie und der Psychoanalyse. So wird z.B. die Debatte über die Mündigkeit des »Nervenkranken«, des Schizophrenen, um die Jahrhundertwende, mit Engagement verfolgt. Die jedem der 9 Kapitel folgenden Anmerkungen sind ausgezeichnete Quellen der historischen Information über *Schreber* und seine Zeit, über die gesellschaftlichen und geistigen Ereignisse und Auseinandersetzungen der Zeit, so daß die menschliche Geschichte *Schreibers* vor dem Hintergrund der Zeitgeschichte lebendig und verständlich wird.

Aber weshalb solche weitreichenden Vorbereitungen? Warum muß *Schreber* »verteidigt« werden? Wird nur der Sohn, oder auch der Vater verteidigt?

*Lothane* weist nach, daß *Freud* und seine Nachfolger oft an *Schreber* ihre Theorien zu untermauern versuchten und *Schreber* selber nicht gelesen haben. Sein Anliegen ist, die historische Präzision wieder herzustellen. Ihm geht es darum, so nah wie möglich an den historischen Quellen zu bleiben und auf diese Weise *Daniel Paul Schreber* sozusagen von innen zu begreifen: »First«, schreibt *Lothane*, »I approached *Schreber* at eye level, so to

speak, as if I had entered into a dialogue with a friend... I was putting mental questions to my protagonist, trying to put myself in his shoes, thinking his thoughts, and imagining what it must have felt like to be in his situation« (S. 6).

*Lothane* versucht auch, die Krankheit *Schreibers* aus den Berichten neu zu bewerten und zu diagnostizieren, und von den Gegenübertragungsreaktionen seiner beiden Ärzte abzugrenzen. Nicht nur um die Rehabilitation von *Daniel Paul*, sondern auch vom Vater *Moritz Schreber* geht es dem Autor, denn »*Moritz Schreber* and *Paul Schreber*, father and son, have been the target of gross distortions... Both caricatures stem from prejudice and ignorance of historical facts« (S. 7). *Lothane* widmet zwei Kapitel dem Vater *Schreber* und seinem Werk, das er in der Perspektive seiner Zeit betrachtet und deshalb mit den Ideen und Erneuerungen seiner Zeitgenossen in Verbindung bringt. *Hufelands* Makrobiotik und seine Erziehungstheorie mit dem zentralen Anliegen des gesunden, naturgebundenen und gemäßigten Lebens, der sexuellen »Enthaltsamkeit« und der »Abhärtung«, im Gegensatz zur »Verzärtelung« und »Verwöhnung«, als Garant späterer »Glückseligkeit«, die Diätvorschriften *Kants*, *Philipp Hartmanns*, der sich vehement gegen »unmäßige Wollust« und »thierische Triebe« wendet, bilden den geistigen Hintergrund für *Moritz*' Gesundheitserziehung und seiner auf »leichte fühlbare Züchtigungen« und orthopädische Hilfsmittel begründete »Kallipädie«. *Lothane* versucht hier nachzuweisen, daß der Vater *Schreber* keineswegs der berüchtigte Sadist, der »Seelenmörder« war, wie ihn *W.G. Niederland* (1959 und 1974) und vor allem *Schatzman* (1973) in ihren einflußreichen Monographien popularisierten, sondern lediglich einer von vielen »Hygienikern« und zeitgenössischen Erziehungsphilosophen, die den nationalen bzw. nationalistischen postnapoleonischen Neudeutschlandbewegung mehr oder minder nahestanden. *Niederland* und *Schatzman*, wie andere nach ihnen, kannten *Schreibers* Werk zu wenig und, ohne sein Entstehen, eingebettet in eine historisch-philosophische geistige Bewegung zu beachten, ließen sich von Vorurteilen leiten, um ihre These bezüglich der Genese von *Paul Schreibers* Psychose zu beweisen.

Das Gleiche wirft der Autor auch *Freud* und seinen Nachfolgern vor in bezug auf die »Denkwürdigkeiten« (sogar der Titel wurde, nach *Lothane*, in allen deutschen und englischen Ausgaben unberechtigterweise gekürzt): »The more I read and the more I compared *Freud's* great interpretation with what *Schreber* said, the more it struck me that *Freud* was not listening to *Schreber*... but interpreting into *Schreber*, projecting his ideas into him« (S. 6).

Mit akribischer Genauigkeit weist *Lothane* – der die Schriften im deutschen Original gelesen hat und der deutschen Sprache mächtig ist – nach, wie *Niederland* und *Schatzman* Redewendungen und Metaphern *Schreibers* falsch interpretierten, wohl auch aufgrund einer ungenauen englischen Übersetzung, und auf diese Art wiederholt zu willkürlichen Rückschlüssen gelangten.

Hier ist kritisch zu bemerken, daß *Lothanes* Plädoyer für den Vater *Schreber* – »weder Sadist noch Kindesmißhandler« (S. 178) – durch die Widerlegung falscher früherer Deutungen seines Werkes noch nicht genügend bewiesen ist. Daß *Moritz'* Erziehungsphilosophie nicht isoliert steht, sondern dem Zeitgeist (oder vielmehr einer bestimmten Richtung dieses Zeitgeistes) konform ist, ist für den Einzelfall *Schreber* – der Beziehung von Vater und Sohn – kaum relevant. Sexualfeindlichkeit, Zwang, starre Ideologie in Leben und Erziehung wirken in der Vater-Sohn-Dynamik nicht nur durch theoretische Aussagen, die bekannt werden, oder durch das Verhalten, das weniger bekannt ist, sondern vielmehr durch die unbewußte Gruppendynamik in den Beziehungen der Familie und – nach *Ammon* – in ihrer sozialenergetischen Atmosphäre. Diese kennen wir freilich nicht, wir sind auf lückenhafte Zeugnisse, Vermutungen oder Deutungen angewiesen. Auch bleibt die wichtige Rolle, die der Mutter – *Moritz Schrebers* Frau – zukommt, unklar; daß die Ehe äußerlich korrekt verlief und teilweise als liebevoll bezeichnet wurde, zeigt möglicherweise nur die Oberfläche. Ihre Gesichtszüge auf den bekannten Fotos deuten zumindest auf eine Depression. Hat sich *Daniels* Bruder *Gustav* nur wegen seiner vermutlichen syphilitischen Erkrankung suizidiert?

Natürlich stoßen wir hier, wie *Freud* in seiner *Schreber*-Studie, aber auch im *Leonardo*-Buch und in vielen ähnlichen Werken, auf die Grenzen historischer Rekonstruierbarkeit. Aber deuten nicht Zitate aus *Moritz Schrebers* Werk, wie »spitefulness should be broken, on the spot, until complete obedience is achieved, if needed through corporal punishment. This way you get rid of the problem once and for all ... (S. 169), auf zumindest starke sadistische Züge?

Das letzte Kapitel beschäftigt sich mit der Diagnose *Daniel Paul Schrebers*. Seine Krankheit war, so der Autor, weder eine Paranoia oder paranoide Schizophrenie im herkömmlichen psychiatrischen Sinne, noch war *Schreber* homosexuell – eine »Legende«, die durch *Freud* in Umgang gebracht und mißverstanden wurde. *Schreber* litt an einer Psychose besonderer Prägung, deren Diagnose Schwierigkeiten bereitet: »The question is not whether *Schreber* was for a time psychotic – he most certainly was – but how best to characterize that psychosis... He is forever stepping just out of range of being understood« (S. 431). Wenn auch die Diagnose einer psychotischen Depression am wahrscheinlichsten erscheint, geht es *Lothane* nicht um die Etikettierung, sondern vielmehr um das Verstehen des eigentlichen Sinnes von *Schrebers* Äußerungen und seiner Symptome. Dabei sieht er keinen grundsätzlichen Widerspruch zwischen dem deskriptiv-psychiatrischen und dem dynamisch-psychiatrischen Verständnis von Krankheit, denn, so der Autor, der Therapeut braucht beides, um heilen zu können.

Wenn auch die von *Lothane* vertretenen Thesen außerordentlich interessant und auch durch gründliche Argumentation häufig belegbar sind, besteht m.E. die besondere Stärke seines Buches in seiner ethischen

Dimension. Mit großer Empathie verfolgt *Lothane* das menschliche Schicksal *Schreibers*, das nicht nur das Schicksal eines einzelnen, von seinen Zeitgenossen – und den Ärzten – unverstandenen Menschens darstellt, sondern auch das Schicksal des Psychosekranken in den Händen einer inhumanen, pseudo-wissenschaftlichen und das Leid verkennenden Medizin. In der Schilderung von *Schreibers* Drama als Patient bei *Flechsig* und *Weber*, »die das menschliche Wesen nicht richtig verstanden haben« (*Schreiber*, S. 467), seiner unmenschlichen Unterdrückung mit allen Methoden des medizinischen Zwanges, spricht nicht mehr der argumentierende Wissenschaftler, sondern *Lothane*, der Psychotherapeut und Humanist. Er teilt die Freude am Triumph des alternden Kranken, dessen Plädoyer als Jurist schließlich das Gericht bezüglich der Mündigkeit des Patienten überzeugt, und dessen Schrift damit die Verteidigung der eigenen Sache transzendiert und zu einem Plädoyer für die humane Behandlung psychisch Kranker wird, weit vor seiner Zeit.

Es ist diese ethische Einstellung, die aus *Lothanes Schreiber*-Monographie ein Buch macht, daß mehr ist als ein wissenschaftliches Werk und eine interessante Lektüre: nämlich ein menschliches Dokument des Engagements für die Rechte und die humane Behandlung psychisch Kranker.

*Egon Fabian* (München)

*G. Nissen, G.E. Trott*

*Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter*

Springer Verlag, Berlin, Heidelberg 1995, 3. Auflage, 324 Seiten

Dieses Buch ist eine systematische Zusammenstellung psychiatrischer Krankheitsbilder von Kindern und Jugendlichen und als Lehrbuch für Studenten und Mediziner der Kinder- und Jugendpsychiatrie konzipiert. Der Begriff psychische Störung wird aus didaktischen Gründen und zur Vermeidung falscher diagnostischer Etikettierungen verwendet.

Die Einführung gibt einen Überblick über die normale psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, über die Ursachen, die Erkennung und die Behandlung psychischer Störungen. Diese werden in »Konstitutionelle«, »Sozialisations-«, »Emotionale«, »Psychosomatische«, »Intelligenz-«, »Zerebrale« und »Psychotische Störungen« untergliedert und bilden die Hauptkapitel. Den Abschluß bildet die interessante »Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie« mit einem guten zeitlichen Überblick über die Entwicklung der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen ausgehend von *Emminghaus* über *Freud*, *v. Hug-Hellmuth*, *Anna Freud*, *Melanie Klein*, *Adler* bis *Aichhorn*.

Die Autoren gehen davon aus, daß psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter hochkomplexe, multidimensionale Ursachen mit einem »konstitutionellen« (erbgenetischen) und einem »psychogenen« (milieu-

reaktiven) Anteil haben. Die Autoren bündeln kinder- und jugendpsychiatrische Klassifikationen, beschreiben psychische Störungen auf der Verhaltensebene, gehen auf Therapiemöglichkeiten, präventive Maßnahmen und Prognosen für die Heilungschancen ein. Die Diagnose steht im Vordergrund. Eine Psychopathologie herauszuarbeiten ist wegen der manchmal stürmischen Entwicklungsfortschritte dieser Altersstufen eine Herausforderung. Die eingehende Beschreibung von Symptomen oder Symptomkombinationen psychischer Störungen soll eine frühzeitige Erkennung und Diagnose ermöglichen, um präventive Maßnahmen und/oder eine Therapie einzuleiten. Dem alters- und entwicklungsbedingten Wandel der Symptome wird in informativen Fallbeispielen besondere Aufmerksamkeit gewidmet und in entwicklungspathologischen Tabellen anschaulich gemacht.

Die Diagnostik, wie auch die psychodynamischen und pharmakologischen Behandlungsmethoden, verfeinern sich ständig. Daher wurden in dieser Auflage neue Kapitel wie z.B. »Sprech- und Sprachentwicklungsstörungen« und »Persönlichkeitsstörungen« aufgenommen, die dem neuesten Forschungsstand Rechnung tragen. Es werden die unterschiedlichen psychologischen und physiologischen Denkweisen diskutiert. Der Einsatz von und die Erfahrungen mit psychopharmakologischen Behandlungen werden ausführlich dargestellt.

Therapeutische Behandlungsmöglichkeiten werden auf dem Hintergrund dargestellt, in welchem Fall sich eher eine heilpädagogische, eine verhaltenstherapeutische, eine psychoanalytische oder familientherapeutische Behandlung als heilend erwiesen hat, oder in welchem Fall sich eine psychopharmakologische Behandlung mit stabilisierenden Gesprächen oder ein stationärer Aufenthalt nicht umgehen läßt.

Im Hinblick auf die Behandlung befindet sich der Arzt in einer relativ günstigen Ausgangssituation, da die Störung sich quasi in statu nascendi präsentiert. Im Gespräch mit den Eltern bewegt er sich bereits im pathogenen Feld. In dem Moment, wo der Arzt das Kind versteht, passiert bereits viel für das Kind. Familiendynamische Ursachen werden in einer Überforderung der Eltern in ihrer Erziehungsaufgabe angesprochen. So finden wir die Borderline-Persönlichkeitsstörung unter »Konstitutionellen Störungen«. Die Autoren empfehlen eine psychoanalytische Behandlung. Depression bei Kindern tritt dagegen häufiger in Form von psychosomatischen Erkrankungen auf und die dahinterliegende Problematik wird meist nicht erkannt.

Die Zeiten sind vorbei, in denen psychische Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen überwiegend als Schul- und Erziehungsschwierigkeiten registriert und dementsprechend fast ausschließlich pädagogisch angegangen und behandelt wurden.

Psychische Fehlentwicklungen, zerebrale Dysfunktionen, Epilepsien, Neurosen und Psychosen im Kindes- und Jugendalter habe es zwar immer gegeben, aber die Möglichkeiten ihrer Erkennung und Behandlung haben sich erst in den letzten Jahrzehnten entscheidend gebessert.

Die Autoren weisen in diesem Zusammenhang auf den Mangel an ausgebildeten Fachärzten in Erziehungsberatungsstellen und die zu geringen Ausbildungskapazitäten für Studenten und Weiterbildungsmöglichkeiten in Fachkliniken hin. Die Ausbildung zum Kinder- und Jugendpsychiater ist erst seit 1969 in Deutschland etabliert.

Die akribische diagnostische Einteilung wird an vielen Stellen mit einem Blick auf die Geschichte aufgelockert. So lernt der Leser den Verfasser des »Struwelpeter« kennen: den Psychiater Dr. med. *Heinrich Hoffmann*, der Mitte des 19. Jahrhunderts eine Kinderabteilung in der von ihm geleiteten Frankfurter Psychiatrischen Klinik eingerichtet hat.

*Andrea Riedel* (Berlin)

*Keith Oatley, Junnifer M. Jenkins*  
*Understanding Emotions*

Blackwell Publishers, Inc., Oxford, UK, 1996, 448 Seiten

»Verstehen von Emotionen« ist ein Buch, das sich mit der Erörterung wichtiger theoretischer Anschauungen und Forschungsbefunde im Bereich menschlicher Emotionen beschäftigt. Es bietet dem interessierten Leser eine umfangreiche und gut geordnete Anzahl von Schlüsselthemen theoretischer und angewandter Natur.

Primär als Handbuch designed, ist das Buch wie ein guter informativer und ansprechend geschriebener Einführungstext zu lesen, der die interdisziplinäre Interpretation von Emotionen, die Erörterung ihrer Rolle in der sozialen und persönlichen Entwicklung und ihrer Implikationen im Leben und der Gesundheit im ganzen menschlichen Lebenszyklus behandelt. Aber nicht nur durch seinen ausführlichen Inhalt, sondern noch mehr durch das tiefe Erfassen fundamentaler Fragen, von denen auf viele noch nach Antworten gesucht wird, wie auch durch seine Empfänglichkeit für innovative Beiträge und herausfordernde theoretische Ideen oder Elaborationen aus verschiedenen Perspektiven, hat dieses Buch den Rahmen eines Handbuches überboten, indem es auch jenen Lesern, die in die Emotionsforschung eingeweiht sind, einen anregenden Lesestoff bietet.

Einen besonderen Wert erhält das Buch dadurch, daß es seinen Autoren gelungen ist, bei der Beschäftigung mit diesem Thema der Oberflächlichkeit der meisten solcher Texte auszuweichen und gleichzeitig wissenschaftliche Strenge und Objektivität mit wichtigen philosophischen und literarischen Einsichten in die Natur menschlicher Emotionen (z.B. *Aristoteles*, *Descartes*, *Spinoza*, *J. Eliot*) glücklich zu verbinden, wobei bei ihrem Vorgehen historische und zeitgemäße Perspektiven kombiniert werden. So wird in diesem Buch Stoff über Emotionen aus den Bereichen der Sozial-, der Entwicklungs- und der klinischen Psychologie, der Biologie, Psychiatrie, Soziologie, Anthropologie, Philosophie und Literatur erfaßt und inte-

griert. Beim Erörtern verschiedener Konzeptualisierungen und Aspekte haben die Autoren dem kulturellen und interpersonellen Kontext der Erscheinung und der Entwicklung von Emotionen den Vorrang gegeben, und sind dann auf ihre grundlegenden biologischen Prozesse und Mechanismen eingegangen. Demnach ist ihr primäres Interesse die Konzeptualisierung von Emotionen durch kognitive und die Entwicklung betreffende Termini, das Verständnis ihrer Rolle in der Vermittlung alltäglicher sozialer Interaktionen, wie auch das Begreifen emotionalen Geschehens in Zuständen, die als verschiedene emotionale Störungen gekennzeichnet werden und jener Prozesse der Emotionsänderung, die die Grundlagen verschiedener Formen moderner Psychotherapie darstellen – z.B. Erlebens- und humanistische Therapien, behavioristische Therapien, kognitive und kognitiv-behavioristische Therapien und Familientherapien.

Alles in allem haben *Oatley* und *Jenkins* ein Buch verfaßt, das einen passenden Rahmen für ein umfassendes, integriertes Betrachten verschiedener Aspekte menschlicher Emotionalität darstellt. Zahlreiche theoretische Ideen und empirische Beweise kritisierend, haben sie dem Leser gezeigt, in welchem Maße psychologische Konzeptualisierungen und Forschung fortgeschritten sind zum Verstehen von Emotionen als dem Mittelpunkt menschlichen mentalen und sozialen Lebens. Die gute Organisation des Buchinhaltes wird von seiner trefflichen Form abgerundet. Für jedes der zwölf Kapitel sind Einleitungen, Zusammenfassungen und Suggestionen zum Weiterlesen gegeben, und der ganze Text ist mit Indexen über Begriffe und Autoren, dem Wortschatz der Haupttermini, wie auch mit einer Bibliographie von beeindruckendem Umfang versehen.

*Ljubisa Zlatanovic* (Nis)

## Nachrichten / News

### *Aufnahme der WADP als affilierte Gesellschaft in die WPA*

Prof. Modest M. Kabanov  
 President, World Association for Dynamic Psychiatry  
 Geiseltasteigstraße 203  
 Munich, D - 81545 Germany

April 28, 1998

Dear Prof. Kabanov,

Congratulations! Your Association is now an Affiliated Association of WPA. We in fact received the documentation you sent, including a signed Affiliated Association Informational sheet which specifies that your Association adheres to WPA Statutes and By-Laws and to its Madrid Declaration.

At its April 1998 meeting, the WPA Executive Committee reviewed the comments about your application received from all pertinent components of WPA and found that no objections were made. I am pleased to inform you officially that your association is a new ad-hoc Affiliated Association of the World Psychiatric Association.

Welcome to our fold and to the opportunity of working together to upgrade clinical care and mental health across the world. By separate mail you will receive the WPA Informational Folder, and then, periodically, other important information about our Association.

Looking forward to working closely with you.

Cordially yours,

Prof. Juan E. Mezzich  
 Secretary General of the  
 World Psychiatric Association

*dpa - Meldungen zum Symposium »Ethik in der Dynamischen Psychiatrie«  
 am 9. und 10. Mai 1998*

### Symposium zu Ethik in der Psychotherapie

Berlin (dpa/bb) – Die Deutsche Akademie für Psychoanalyse veranstaltet am Wochenende ein internationales Symposium zum Thema »Ethik in Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie«. Es findet zu Ehren des Psychiaters und Psychologen *Günter Ammon* statt, der als ein Reformator der Psychiatrie in Deutschland gilt. Zu den Ehrengästen des Symposiums

der Direktor der Abteilung für seelische Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation WHO in Genf, *Jorge Costa e Silva*. Morgen (Sonntag) gibt es ein Seminar über rechtliche und ethische Aspekte experimenteller Untersuchungen in der Medizin unter Leitung des Präsidenten der Weltgesellschaft für Medizinrecht, *Judge Amnon Carmi*, aus Haifa (Israel).

### Psychologen fordern ethische Orientierung in der Psychotherapie

Berlin (dpa/bb) – Psychiater und Psychologen aus acht Staaten haben sich am Wochenende in Berlin für eine ethische Orientierung in Psychiatrie und Psychotherapie eingesetzt. »Die Würde des Menschen, seine Freiheitsrechte und sein Recht auf Entwicklung und Identität müssen das ärztliche und therapeutische Handeln bestimmen«, hieß es am Sonntag zum Abschluß einer Tagung der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP). Sie war dem DAP-Gründer *Günter Ammon* gewidmet, der am 9. Mai 80 Jahre alt geworden wäre.

Der Patient dürfe nicht lediglich als »Fall«, »Nummer« oder Träger eines Symptoms betrachtet werden, waren sich die etwa 100 Wissenschaftler einig. Ärzte und Therapeuten hätten die ethische Verpflichtung, dem Patienten zu dienen und Schaden von ihm abzuwenden.

Der Niedergang von Ethik und Moral in Nazideutschland sei Voraussetzung für die grauenhaften Menschenexperimente gewesen, sagte Prof. *Amnon Carmi* aus Haifa/Israel. Der Gefahr der Wiederholung könne nur mit der Vermittlung ethischen Handelns in der Ausbildung begegnet werden. Diese Forderung sei bis heute noch kaum erfüllt.

»Das Wertfreiheitspostulat« der Naturwissenschaften kann nicht für den Menschen gelten«, sagte *Ilse Burbiel* von der Münchner DAP-Akademie. »Das Menschenbild, das wir an unsere Patienten herantragen, kann nicht wertfrei sein.« Psychotherapie diene dem Ziel, den Freiheitsspielraum des seelisch kranken Menschen zu erweitern.

### *Tätigkeit und Dynamik in der fünfjährigen Vereinigung für Dynamische Psychologie und Psychiatrie in Ungarn*

Vor einigen Tagen hat der Nationalkongreß der Ungarischen Psychiatrischen Gesellschaft stattgefunden. Thema war die Psychotherapie in der Psychiatrie. Ich überbrachte die Grüße der ungarischen Psychiater und Psychologen an die Mitarbeiter und wissenschaftlichen Freunde von Prof. *Ammon*, besonders, weil er ein Ehrenmitglied dieser Gesellschaft war. Ich stellte dort den Verein für die Dynamische Psychologie und Psychiatrie vor, dessen Ziel es ist, die ungarische Bewegung für Kindermentalhygiene fortzusetzen

und *Ammons* Humanstrukturelle Psychoanalyse, wie auch die analytische Milieuthherapie, inklusive Kindertherapie in Ungarn zu verbreiten.

Die Psychotherapie als Wissenschaft und Praxis ist bei uns sehr gut organisiert. Die Psychotherapeuten kommen von der medizinischen Fakultät der Universität und haben eine Anerkennung durch eine Fachgesellschaft. Es gibt fünf klinische Ausbildungsstätten, die die psychotherapeutische Ausbildung, und vierzehn Vereine, die die methodenspezifische Ausbildung anbieten. Die Anerkennung der humanstrukturellen Psychotherapie von *Ammon* als eine methodenspezifische Richtung habe ich beim Psychotherapeutischen Rat beantragt.

»Dynamische Psychiatrie versteht sich als eine Wissenschaft, die Psychiatrie, Psychoanalyse und Gruppendynamik, – incl. Milieuthherapie und Projektarbeit der Gruppen – verbindet«, sagt die Einleitung unseres Kongressprogramms 1997. Die Milieuthherapie und die Projektarbeit füge ich hinzu, weil diese für die Mitglieder der Berliner Schule selbstverständlich sind, aber für die ungarischen Fachleute nicht.

Ungarn ist eines der Heimatländer der Psychoanalyse. Hier lebten und arbeiteten *Sándor Ferenczi* und *Imre Herrman*, von hier stammen *Michael Bálint* und *Alice Bálint*. *Melanie Klein* war eine Schülerin von *Sándor Ferenczi*, ebenfalls aus Ungarn stammt *Margaret Mahler*.

Es ist ein schönes Zusammentreffen, daß die erste in *Ammons* Sinn arbeitende Institution in Ungarn, die Familientherapeutische Werkstatt in Miskolc, in der Geburtsstadt von *Sándor Ferenczi* gegründet wurde. Miskolc ist auch mein Geburtsort und war damals mein Wohnort, als ich – nach meiner sechsmonatigen Tätigkeit in der Klinik Mengerschwaige – hier mit zehn Fachleuten, Psychologen, Ärzten, Juristen und Geistlichen zusammen im Jahre 1988 diese Werkstatt gründete, als eine Mitgliedsorganisation der Ungarischen Psychiatrischen Gesellschaft, und später der Dynamisch Psychiatrischen Weltgesellschaft (WADP). Dr. *Ammon* hatte uns mit Dr. *Ilse Burbiel* besucht und hielt vor ungefähr 100 Teilnehmern einen langen Vortrag. Anschließend fand unter seiner und Dr. *Burbiels* Leitung eine Selbsterfahrungsgruppe statt. Eine kurze Ansprache vor der Gedenktafel an der Stelle des Geburtshauses von *Sándor Ferenczi* und eine Kranzniederlegung bildeten einen festlichen Abschluß dieses Besuches. Die durch diesen Besuch entstandenen Anregungen wurden dankbar angenommen. Die Mitglieder haben mit Kindern und Familien nicht nur mittels verbaler Methoden, sondern auch mit Malen, Musik, Tanz und Meditation weiter gearbeitet. In diese nonverbalen Methoden wurden sie von Dr. *Andreas Guzek* in einer intensiven fünftägigen Gruppenarbeit eingeführt. Die Gruppe konnte an zwei Balintwochenenden in München teilnehmen und dort Einsichten über ihre eigene Gruppendynamik gewinnen. In unserem Gruppenleben und für die Entwicklung der Dynamischen Psychiatrie in Ungarn war unsere Teilnahme am Berliner Weltkongreß im Jahre 1990 ein Höhepunkt. Die Gruppe hat an diesem Weltkongreß mit fünf Mitgliedern teilgenommen, und eine gemeinsame Arbeit vorgestellt.

Nach meinem Umzug nach Budapest konnte ich 1992 den Verein für Dynamische Psychologie und Psychiatrie als Landesorganisation erweitern. Laut seiner fünften Satzung ist er der Fachverein der analytischen Milieuthherapie. Ziel ist auch, die Tradition der nach dem Weltkrieg begonnenen kindermentalhygienischen Bewegung fortzusetzen mittels einer speziellen Methode, der kinderbezogenen Familientherapie. Dies ist eine Therapieform für Kinder in ihrem Milieu, in Familienheimen, eine Identitätstherapie für Kinder und gleichzeitig für die ganze Familie. Das Symbol unseres Vereins ist ein offenes Herz, was ebenso auch eine medizinische Hörmuschel sein kann. Der Verein hat inzwischen landesweit 120 Mitglieder, Psychologen und Pädagogen in der Erziehungsberatung, Familienärzte, Ärzte und Psychologen in Kliniken. Einmal jährlich bekommen sie ein Rundschreiben. Das Buch von Dr. *Egon Fabian*, »Der fragmentierte Patient« wird auf ungarisch übersetzt und an uns verteilt. Dafür konnten wir dankenswerterweise Stiftungsmittel bekommen.

Unsere Gesellschaft hat inzwischen vier Arbeitsgruppen: die Übersetzergruppe, die Studiengruppe, die Organisations- und die wissenschaftliche Gruppe, welche ungefähr 20 verschiedene Artikel veröffentlicht hat. Übersetzt wurden auch *Ammons* »Gruppendynamik der Aggression«, sowie ein Glossar für die Dynamische Psychiatrie und 15 Fachartikel. Es gibt eine überregionale Arbeitsgruppe und zwei in der Provinz. Unsere Mitarbeiter sind auch in der »Ungarischen Psychologischen Gesellschaft« vertreten. An den Psychologentagen im Mai 1996 konnten wir in Gruppenarbeit eine Falldemonstration entsprechend den Konzepten der humanstrukturellen Psychoanalyse von *Ammon* darstellen. Gruppendynamisch orientierte familientherapeutische Wochenenden und Arbeitsgruppen mit Vorträgen zu verschiedenen Themen fanden statt. Unser Verein wird von der ungarischen Regierung finanziell unterstützt. Dies bedeutet zugleich, daß wir als gemeinnützige Organisation anerkannt sind und für verschiedene Programme mit den Krankenkassen zusammenarbeiten können.

Unsere wichtigste Aufgabe ist die ständige Weiterbildung. Im Jahre 1994 hat die Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) mit uns einen Vertrag zur Weiterbildung in Milieuthherapie und Humanstruktureller Psychoanalyse abgeschlossen. Die deutschen Kollegen Dr. *Egon Fabian*, Dr. *Ulrike Fabian*, Dr. *Anette Binder*, *Gerhard Wolfrum*, Dr. *Bernhard Richarz* und *Georg Kress* haben in Budapest mehrfach Veranstaltungen und Vorträge gehalten.

Im Rahmen der Ungarischen Familientherapeutischen Vereinigung wurde ich eingeladen, in der Ambulanz für Suchtkranke einen Einführungskurs für humanstrukturelle Psychoanalyse incl. Familientherapie für 12 Teilnehmer durchzuführen, sowie die Supervision für ein Jahr zu übernehmen. Inzwischen finden die ersten Ansätze zur »extramuralen Milieuthherapie« statt, die ins Behandlungskonzept aufgenommen werden konnten. In dieser Ambulanz können der Verein, und ich selbst, praktizieren. Leider ist es bis jetzt nicht gelungen, eigene Räume zu beziehen, um uns zwischen größeren Kliniken und der Pharmaindustrie zu behaupten.

*Györgyi Körmendy* (Budapest)

*Mit dem »Feuervogel« sich selbst erfahren. Ein bemerkenswertes Ballett-Projekt des Instituts der Akademie für Psychoanalyse*

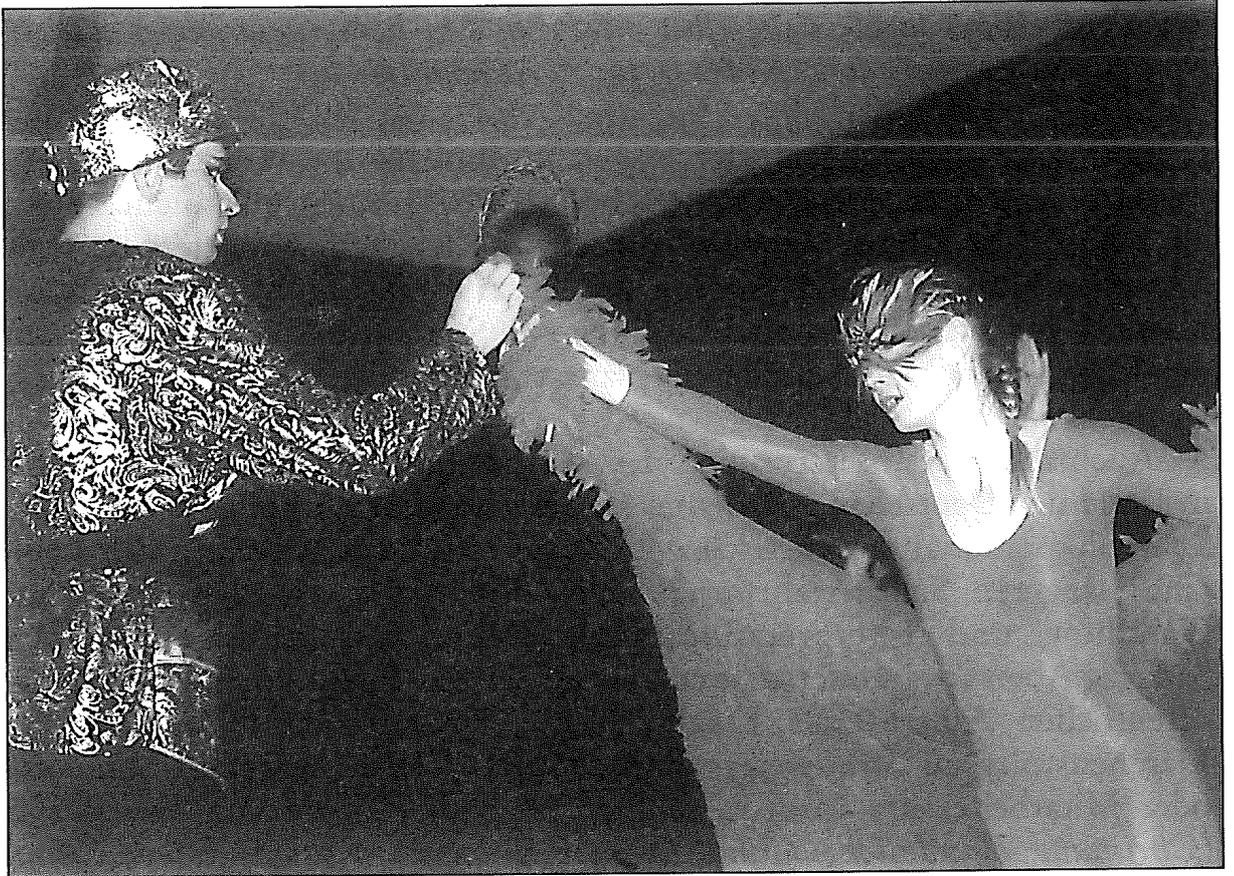
Grünwald – Ein gefangener Vogel, Symbol für die Freiheit, vier dem bösen Zauberer ergebene wunderschöne Prinzessinnen und nicht zuletzt ein sehnsüchtig schmachtender Prinz, der in Liebe zur schönsten der Prinzessinnen entbrennt und mithilfe des Feuervogels die Macht des Bösen bricht: Wie geschaffen ist die Handlung von *Strawinskys »Feuervogel«*, um den tiefenpsychologischen Deutungsansatz vorzuführen, mag ein Philologe sich denken.

Auch die Tanztheatergruppe des »Münchner Lehr- und Forschungsinstituts der Deutschen Akademie für Psychoanalyse« hat sich das reiche Symbolikpotential des russischen Märchens zunutze gemacht. »Im Laufe eines längeren Selbsterfahrungsprozeß« haben die Mitglieder sich mit Handlung und Interpretationsmöglichkeiten auseinandergesetzt. Am Samstag Abend präsentierte sie einem neugierigen Publikum in ihrem ersten öffentlichen Auftritt das Ergebnis ihrer tänzerischen Umsetzung des Märchenstoffs zu *Strawinskys* Ballettmusik. Zehn Darsteller, Studenten oder Mitarbeiter am Institut, schlüpfen in die Rollen von Fabelwesen (*Christiane Manderscheid* und *Thomas Kremser*), Königskindern (*Malte Heidemann*, *Jeanette Grimm* u.a.) und Bäumen (*Giancarlo Capezzone*). *Renate Fischer*, in leuchtendem Rot, mimte den Feuervogel, und *Gudrun Stein*, in gelungen bössartiger Maske, den Zauberer Katschej.

Die Laientänzer zeigten eine gefühlvolle Choreographie, die viel Raum für persönliche Improvisationen und Spontaneität ließ. Ihre Bewegungen waren manchmal auffällig verhalten, die Aufmerksamkeit eher auf den eigenen Körper und die eigenen Empfindungen gerichtet. Das Ensemble, gut aufeinander eingespielt, verriet in manchen Augenblicken, daß die Aufführung für die Mitwirkenden selbst ohne Zuschauer ein großer Erfolg gewesen wäre. In anderen Momenten allerdings, etwa während des Freudenfests nach der Befreiung aller verzauberten Geschöpfe, war ihr Tanz bemerkenswert ausgreifend, ausdrucksstark und auf den Zuschauerraum hin ausgerichtet, so daß das Ergebnis der persönlichen Auseinandersetzung durchaus an das Publikum weitergegeben wurde.

Das Darstellereensemble, unter der choreographischen Leitung von *Ulrike Fabian*, *Petra Hieber*, *Helmut Hoffmann* und *Bernd Mützel* folgte mit diesem Projekt dem Konzept des »Humanstrukturellen Tanzes«. Von Prof. *Günter Ammon*, Berlin, entwickelt, soll diese Methode einen »spontanen tänzerischen Ausdruck durch die Bildersprache des Körpers« ermöglichen.

Der Erlös dieser Benefizveranstaltung kommt der »Deutschen Gesellschaft für Dynamische Psychiatrie« (DGDP) zugute und soll ein Beitrag zum Aufbau einer psychotherapeutischen Tagesklinik sein. Die DGDP ist eine gemeinnützige Gesellschaft mit dem Ziel, psychisch kranken Menschen zu »therapeutischer Hilfe anstelle von dauerhafter medikamentöser Behandlung« zu verhelfen.



Die Hauptdarsteller, Feuervogel (Renate Fischer) und Prinz (Malte Heidemann)



Die Tanztheatergruppe beim Schlußapplaus

Mit der Inszenierung des Feuervogels haben die zukünftigen Therapeuten und Wissenschaftler durch ihre natürliche und ruhige Bühnenpräsenz gezeigt, daß sie selbst von dieser speziellen, therapeutischen Form des Ausdruckstanzes profitiert haben.

*Claudia Schrag* (Süddeutsche Zeitung, 30.3.98)

## Ankündigungen / Announcements

*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*

When we chose Berlin as the venue of the 12th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP and the XXVth International Symposium of the German Academy for Psychoanalysis (DAP) e.V. in 1999, we did this because of the social challenges which became manifest there after the unification of Germany.

It was also in Berlin that Professor *Günter Ammon* started the Berlin School of Dynamic Psychiatry and founded the German Academy for Psychoanalysis. From the beginning, the central task has been the understanding and psychotherapeutic treatment of psychotic patients and patients with borderline disorders.

These very patients representing the largest group of psychiatric diseases are a challenge for human sciences and demand a change of paradigms in psychiatry and psychoanalysis. But both diseases are also a challenge for society with a view to the social acceptance of the schizophrenically reacting patient as well as the problem of an adjusted functioning with the underlying lack of identity and disintegration with which the borderline patient holds up a mirror to society.

It will be the task and objective of this congress to take up the challenge for science and society in order to reach a better understanding and come into an enriching intercourse on etiology, diagnostics and treatment of schizophrenia and borderline diseases with regard to physical, philosophical, cultural, sociological and other aspects.

The congress will again be held in close cooperation with the World Psychiatric Association, the World Association for Social Psychiatry and the International Health Society.

Scientists from more than 20 countries will enter into an exchange in order to explore psychological, biological and social fields to develop better possibilities for a more effective comprehension and therapy – with the aim, as *Ammon* put it at the 10th WADP World Congress in St. Petersburg in 1994: »Let us find more unusual thoughts and methods for our unusual patients«.

Organizer: World Association for Dynamic Psychiatry WADP Inc.  
Bern and German Academy for Psychoanalysis (DAP) e.V.  
Location: Humboldt-University, Berlin  
Time: March, 17 - 21, 1999  
Information: Training and Research Institute of the German Academy for  
Psychoanalysis, Gabriele von Bülow, Bianca Schütz, M.D.,  
Kantstraße 120/121, 10625 Berlin  
Tel.: 49-30-3132698, Fax: 49-30-3136959

*12. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry  
WADP/XXV. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für  
Psychoanalyse (DAP) e.V. München*

*Schizophrenie und Borderline-Störungen – eine Herausforderung für  
Wissenschaft und Gesellschaft*

Wenn wir 1999 für den 12. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP und das XXV. Internationale Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V. Berlin als Kongreßort gewählt haben, so geschah dies aufgrund der gesellschaftlichen Herausforderungen, die sich gerade hier nach der Vereinigung Deutschlands stellen.

In Berlin rief aber auch Professor *Günter Ammon* die Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie ins Leben und gründete die Deutsche Akademie für Psychoanalyse. Zentrales Anliegen war seit Beginn das Verständnis und die psychotherapeutische Behandlung von psychotisch erkrankten Patienten und Patienten mit Borderline-Störungen.

Gerade diese Patienten, die die größte Gruppe der psychiatrischen Erkrankungen ausmachen, stellen eine Herausforderung für die Humanwissenschaften dar, fordern einen Paradigmenwandel in Psychiatrie und Psychoanalyse. Beide Erkrankungen stellen aber auch eine Herausforderung an die Gesellschaft dar im Hinblick auf die soziale Akzeptanz des schizophren reagierenden Menschen sowie die Problematik des angepaßten Funktionierens mit der dahinterliegenden Identitätslosigkeit und Desintegriertheit, mit der der Borderline-Erkrankte der Gesellschaft einen Spiegel vorhält.

Aufgabe und Ziel dieses Kongresses wird es sein, die Herausforderung für Wissenschaft und Gesellschaft aufzugreifen, um zu einem größeren Verständnis und zu einem bereichernden Austausch über Ätiologie, Diagnostik und Behandlung von Schizophrenie und Borderline-Erkrankung mit Berücksichtigung von physischen, philosophischen, kulturellen, soziologischen und anderen Aspekten zu kommen.

Der Kongreß wird wieder in enger Zusammenarbeit mit der Weltgesellschaft für Psychiatrie, der Weltgesellschaft für Sozialpsychiatrie und der International Health Society stattfinden.

Es werden Wissenschaftler aus über 20 Ländern in einen Austausch treten, um psychologische, biologische und gesellschaftliche Bereiche zu erforschen und um effektivere Verständnis- und Therapiemöglichkeiten zu entwickeln – mit dem Anliegen, wie es *Ammon* 1994 auf dem 10. Weltkongreß der WADP in St. Petersburg ausdrückte: »Let us find more unusual thoughts and methods for our unusual patients«.

*Modest M. Kabanov*

*Maria Ammon*

Veranstalter: World Association for Dynamic Psychiatry WADP Inc.  
Bern und Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.  
Ort: Humboldt Universität zu Berlin  
Zeit: 17. - 21. März 1999  
Information: Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für  
Psychoanalyse: Gabriele v. Bülow, Dr. med Bianca Schütz,  
Kantstraße 120/121, 10625 Berlin,  
Tel.: 030 - 3132698, Fax: 030-3136959

\*\*\*\*

*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 0BX; Great Britain  
Tel.: 0044-171-4990900, Fax: 044-171-6293223

*Partners for Mental Health: Nations for Mental Health  
An International Symposium to celebrate the 50th Anniversary of the World  
Federation for Mental Health*

Organizer: World Federation for Mental Health  
Location: Church House Conference Centre, London, U.K.  
Time: October, 22 - 24, 1998  
Information: Professional Briefings, Karen Stone, Rosemary McHahon  
120 Wilton Road, London SW1V 1JZ, U.K.,  
Tel.: 0044-171-2338322, Fax: 0044-171-2337779

## 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,  
Laufzonerstraße 32, D-82031 Grünwald

Nachrichtenteil/News: Verantwortlich Dr. phil. Ilse Burbiel, Presse- und Infor-  
mationsreferentin 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)

Abonnenntenabteilung/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.

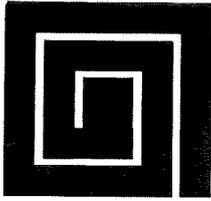
The authors's opinion does not necessarily reflect the opinions of the editorial staff. Manuscripts (three copies), each limited to 20 double-spaced typed pages, will be accepted German and English. All manuscripts must have a summary in either German or English (minimum two double-spaced typed pages).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

Generally, only unpublished manuscripts will be accepted. Articles published in this journal may not appear in any other publication.

With the acceptance of the manuscript and its publication, the »Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH München reserves the copyrights in all countries and languages. This journal, or parts thereof, may not be reproduced in any form, by photocopy or any means without written permission from the publisher. We do not undertake any liability for manuscripts, photos etc. which were not asked for by us.

Dynamic Psychiatry is published bi-monthly. Annual subscription rate \$ 78, for WADP-members \$ 62,-, for students 42,- (plus postage charge \$ 8,-), per individual copy \$ 13,-. Air mail delivery with additional payment on special request. The subscription is prolonged for one year, if it has not been cancelled four weeks before the end of the year. The annual subscription rate should be paid by the 1st of April. The money should be remitted on the account of »Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH, Berliner Volksbank (BLZ 100 900 00), Kto.-Nr. 24 011 208.





Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.  
Goethestraße 54, 80336 München  
Tel.: 089/539674, Fax: 089/5328837

---

**106. Gruppendynamische Klausurtagung:**

***Sozialenergie - Lebensenergie***

**2. 8. – 12. 8. 1998**

**Gruppendynamische Selbsterfahrung  
in Paestum/Südtalien**

**Gesamtleitung: Dipl.-Psych. Maria Ammon**

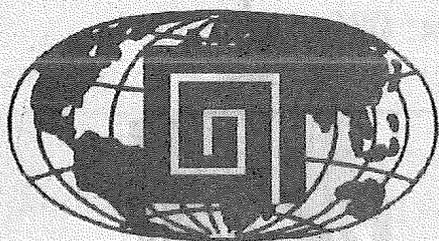
---

**107. Gruppendynamische Klausurtagung:**

**22. 12. 1998 – 1. 1. 1999**

**Gruppendynamische Selbsterfahrung  
in Paestum/Südtalien**

**Gesamtleitung: Dipl.-Psych. Maria Ammon**



**XXV. Internationales Symposium  
der Deutschen Akademie für  
Psychoanalyse (DAP) e.V.**

**12. WELTKONGRESS  
der World Association for  
Dynamic Psychiatry WADP Inc. Bern**

# Schizophrenie und Borderline-Störungen

**Eine Herausforderung für Wissenschaft  
und Gesellschaft**

**17.-21. März 1999  
Humboldt - Universität zu Berlin**