Dynamische Psychiatrie

Begründet von Günter Ammon

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse

31. Jahrgang
3./4. Heft 1998
ISSN 0012–740 X

Dynamic Psychiatry

Heft 170/171

Ethik in der Dynamischen Psychiatrie

Aus dem Inhalt:

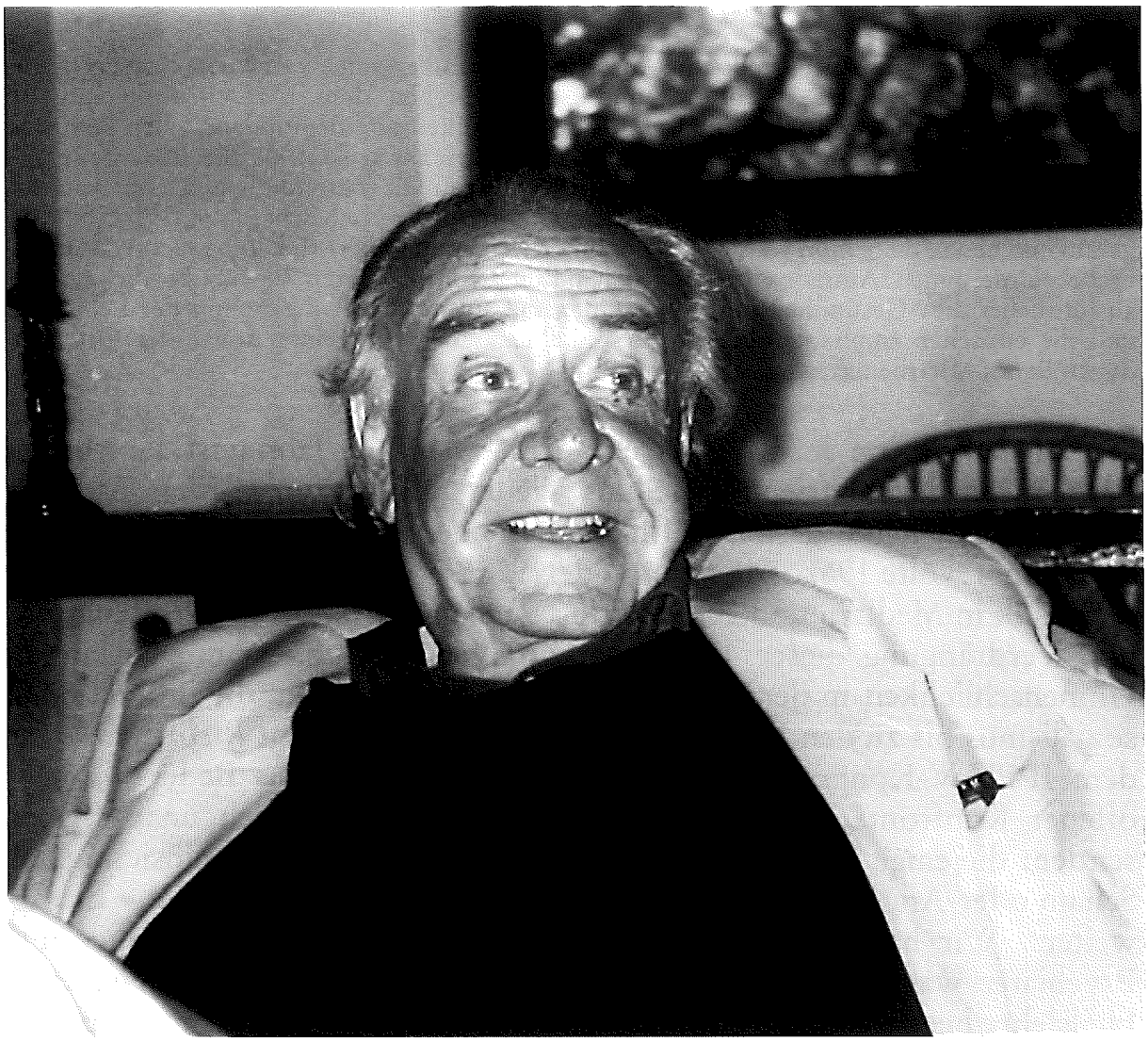
Maria Ammon
Ethik in der Dynamischen Psychiatrie

Zvi Lothane
Ethics, Moral, Psychiatry and Psychoanalysis

Antonio Lambertino
Die Psychoanalyse als Ethik

Ilse Burbiel
Das Menschenbild der Dynamischen Psychiatrie als ethisches Prinzip der humanstrukturologischen Wissenschaft und Forschung

»Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH Berlin



Im Gedenken des 80. Geburtstages von Prof. Dr. med. Günter Ammon 1918 – 1995

Ethik in der Dynamischen Psychiatrie**

Maria Ammon (Berlin/München)*

In der vorliegenden Arbeit stellt die Autorin die grundlegenden ethischen Prinzipien der Dynamischen Psychiatrie Günter Ammons dar. Neben dem Menschenbild mit der Konzeption von Mehrdimensionalität und Ganzheitlichkeit und dem individuellen Bedürfnis des Menschen nach Identität und Persönlichkeitsentwicklung hebt sie die Bedeutung von Werten und Aufgaben in Familie und Therapie hervor. Die Besonderheiten von Ammons Konzept der konstruktiven Aggression und der Unterschied zwischen pathologischem Schuldgefühl und bewußter Schuld werden unter dem Gesichtspunkt der Ethik untersucht. Als moralische Forderungen Ammons bei der Behandlung von Patienten beschreibt die Autorin ausführlicher die »Gesundheitsdiagnostik«, den therapeutischen Umgang mit der Lebenszeit und die ethischen Implikationen der Persönlichkeit des Therapeuten sowie der Gruppendynamik des Mitarbeiterteams.

Erst seit Beginn der Psychiatriereform in den 80er Jahren ist die ethische Frage in der Psychiatrie und Medizin wieder aufgegriffen worden. Auslöser waren tiefgreifende gesellschaftliche Veränderungen, vor allem nach der Studentenrevolte 1968. Aber erst in den 90er Jahren wird sich vermehrt mit der Ethik in Medizin und Psychiatrie auseinandergesetzt. Die Verleugnung und Verdrängung dieser Thematik wird verständlich, wenn man an die Unmenschlichkeit in der Medizin und Psychiatrie denkt, die im Nationalsozialismus bis zu den Euthanasieverbrechen ging. So sagt *Richter* 1996 auf dem IPPNW-Kongreß »Medizin und Gewissen«: »Das Bedürfnis nach offener Konfrontation mit dem Geschehenen meldet sich unabweisbar, seitdem diejenige Generation allmählich abtritt, die aus Uneinsichtigkeit, Scham oder Angst die Vergangenheit nicht beredet haben wollte.« Er sagt weiter: »Wir haben uns zu erinnern, daß es ärztliche Erbforscher und Psychiater waren, die *Hitler* 1933 als Partner für die Umsetzung einer Heilslehre begrüßten, die zur Ausschaltung angeblich schädlichen Erbgutes aus dem sog. Volkskörper führen sollte. Sie waren die geistigen Väter eines Gesetzes zur Verhinderung erbkranken Nachwuchses.«

Scharfetter (1992) setzt sich mit der Verantwortung und Schuld aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht auseinander. Er sieht die Voraussetzung für die Verantwortung in der Offenheit, der Wahlmöglichkeit und der relativen Freiheit. Er betrachtet sowohl die Verantwortlichkeit des Psychiaters und Arztes als auch die Verantwortlichkeit und Schuld des Patienten. *Helmchen* ist noch 1986 der Meinung, eine psychiatrische Ethik gäbe es nicht, und *Engelhardt* (1991) bezeichnet die »herrschende säkulare

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

** Vortrag gehalten auf dem Internationalen Symposium »Ethik in der Dynamischen Psychiatrie« am 9. Mai 1998 in Berlin im Gedenken des 80. Geburtstages von Günter Ammon

Bioethik« als verzweifelten kulturellen Versuch, moralische Orientierung zu erlangen. *Heinrich* (1997) meint, daß in der psychiatrischen Ethikkommission die naturalistischen und utilitaristischen Leitideen vorherrschen, transzendentale Auffassungen überwiegend negiert und Diskurs- und Autonomieethik vorgezogen würden, d.h. für die Diskursethik ist eine Entscheidung dann moralisch richtig, wenn alle Betroffenen in freiem Austausch einverstanden sind; bei der Autonomieethik gilt die menschliche Autonomie als der höchste Wert.

Die Autoren *Paredes, Beyerstein, Ledwidge* und *Kogan* (1990) beziehen sich auf den ethischen Kodex der Kanadisch-Medizinischen Gesellschaft und kommen zu dem Schluß, daß ein ethischer Kodex

a) Entscheidungshilfe bei moralischen Dilemmata geben kann,
b) ethische Normen aufstellen kann, die von Ethikkommissionen angewandt werden können,
c) Patienten über ihre Rechte informiert und was sie von einem Psychiater verlangen können und
d) interdisziplinär informieren kann.

Heimann (1997) sieht als Voraussetzung für psychiatrisch-ethische Diskussionen in den Publikationen seit den 80er Jahren den Hippokratischen Eid. Er bezeichnet den Paternalismus in der Psychiatrie als ein Hörigmachen der Patienten zu ihrem Heil und Nutzen und setzt demgegenüber die neuzeitliche Medizinethik mit dem Terminus »informed consent«, d.h. die selbstbestimmte Einwilligung nach Aufklärung des Arztes.

Ich möchte kurz auf die Ethikdiskussion in der Psychoanalyse eingehen. *Lacan* (1996) weist in seiner Beschäftigung mit der Ethik in der Psychoanalyse auf die Fragwürdigkeit der drei analytischen Ideale hin: die vollendete Liebe, im Ideal der Genitalität, die Echtheit und die Unabhängigkeit. Er verstärkt dabei den *Freud*schen Pessimismus. *Bürgy* (1997) setzt der Ethik der klassischen Technik in der Psychoanalyse, dem Gebot der Abstinenz, der Anonymität und Neutralität einen interpersonellen Aspekt hinzu. Er kritisiert, *Freud* sei nur vom Subjekt ausgegangen und nicht von der Interpersonalität. Ethik und Moral wurden von ihm synonym verwandt. Das ethische Handeln wird von ihm der intrapsychischen Instanz zugeordnet.

Wallwork (1991) setzt sich mit der Kritik an *Freud* auseinander, er würde den freien Willen wenig berücksichtigen, sondern den Menschen als triebbestimmtes Wesen sehen, das vom Lustprinzip bestimmt ist, geleitet von infantilen, narzißtischen Strebungen; der sich nicht ohne Selbstsucht anderen zuwenden könne, ein Wesen also, das nur wenig moralische Verantwortung übernehmen kann. *Wallwork* will ihr eine Sicht der menschlichen Natur, die beides erlaubt, nämlich eine rationale und moralische Befreiung und Handlung und eine Lokalisierung in philosophischer Ethik entgegenstellen. *Rose* (1992) beschäftigt sich mit den Werten und der Wissenschaft der ersten Wiener Psychoanalytiker, die er gesellschaftlich bezogen versteht.

Amand und *Nicholi* (1995) sehen als wesentlich für eine gelingende Behandlung in Psychiatrie und Psychotherapie die Persönlichkeit des Patienten, die Persönlichkeit des Therapeuten und die Interaktion zwischen beiden an. Bezogen auf die Ethik gehen sie auf das Sexualtabu während der Behandlung ein. *Winau* beschäftigt sich mit dem Modell des »informed consent«, das inzwischen auch grundlegend für die Behandlung geworden sein sollte, mit der Forschung am Menschen, das im Nürnberger Kodex (1947) festgelegt wurde. Er sieht die Bedeutung der Aufklärungspflicht des Arztes als wesentlich an, die auch in die Deklaration von Helsinki von 1964 als ethischer Standard für die Forschung aufgenommen wurde.

Beim weiteren Studium der Literatur der letzten Jahre wird deutlich, daß das ethische Problem in der Medizin vor allem krankheitsbezogen verstanden wird. So geht *Adams* (1990) auf das Vertrauensverhältnis bei Chorea Huntington-Patienten ein. Der Umgang mit HIV- und Aids-Erkrankung bei psychiatrischen Patienten wird von mehreren Autoren wie *Marshall* (1990), *Beckett* (1991), *Macklin* (1991), *Daniolos* und *Holmes* (1995) vom ethischen Standpunkt aus betrachtet. Mit dem Thema der beruflichen Ethik in der Psychiatrie beschäftigen sich *Callanan* (1991), *Heinrich* (1997) – (wie bereits erwähnt), *Kopelman* (1989), *Leong* und *Eth* (1991) und *Young, Corby* und *Johnson* (1993). Auf die pflegerischen Probleme in der Psychiatrie gehen *Luetzen, da Silva* (1996), *Luetzen, Nordin* (1994), *Rafael* (1996) und *Houton* (1995) ein.

Die forensische Psychiatrie mit ihrer spezifischen Fragestellung der Begutachtung wird besonders von *Barbey* (1988) aufgegriffen. Abschließend zur Literaturdiskussion kann gesagt werden, daß sich mit dem Thema der Ethik in der Psychoanalyse und Psychotherapie relativ wenig (*Greifinger* 1995) auseinandergesetzt wird.

In bezug auf die Literaturübersicht zum Thema Ethik möchte ich zum Schluß noch kurz *Küng* (1997) erwähnen. In seinem Buch zum Thema Weltethos bezeichnet er die Menschlichkeit als eine goldene Regel, die elementar sein sollte, wenn es um die Menschheit geht.

Zur Dimension der Ethik in der Dynamischen Psychiatrie

Ammon hält die Ethik für ein Grundprinzip eines humanistischen Weltbildes. Gesellschaftlich sollten ethische Werte wie Treue, Anstand, Sittlichkeit und Ehrlichkeit wieder Bedeutung bekommen. Er fordert: Das Menschenrecht muß vor kulturell bedingtem Recht und vor ideologisch hergeleitetem Recht gelten (vgl. *Ammon* 1989). Er beschäftigt sich auch mit den ethischen Aspekten von Schuld, Schuldgefühl und der Freiheit und Friedensfähigkeit der Menschen.

In der Dynamischen Psychiatrie als Humanwissenschaft in Theorie und Praxis steht der Mensch mit der ihm eigenen Identität im Mittelpunkt, und dies impliziert gesellschaftliche, philosophische und vor allem ethische Dimensionen. *Ammon* sagt selbst: »Dynamische Psychiatrie will mensch-

liches Leben und Leiden einem neuen und ganzheitlichen Verständnis zugänglich machen« (*Ammon* 1979).

Das zugrundeliegende Menschenbild, das *Ammon* für jede Wissenschaft fordert, ist in der Dynamischen Psychiatrie ein mehrdimensionales und ganzheitliches, in dem Körper, Geist und Seele eine Einheit bilden. Der Mensch wird gesehen als individuelles Wesen mit einem Bedürfnis nach Identität und Selbstverwirklichung und in seiner ethischen und philosophischen Bedeutung. Die Mehrdimensionalität des Menschen mit ihren kreativen Möglichkeiten und einem integrierten Erleben und Denken »kann aber durch Fixierungen im Erleben und Handeln, durch geschlossenes System- und Kategoriendenken defizitäre und destruktive Entwicklungen, Dysregulation, Isolation und schließlich Desintegration« erfahren haben und sich eindimensional entwickeln (*Ammon* 1986).

Die Befreiung des Menschen aus gewordener Eindimensionalität ist das zentrale Anliegen der Dynamischen Psychiatrie. *Ammon* sagt dazu: »Erst wenn das breite Spektrum des menschlichen Potentials, das Dimensionen wie Androgynität, Körperlichkeit, Identität und Sozialenergie, Kreativität und Frieden umfaßt, integriert und gelebt wird, wird die Vorstellung vom ganzen Menschen Realität. Das mehrdimensionale Prinzip des Menschen in Gesundheit und Krankheit, Leiden und Heilkunst befreit den Menschen von den Makeln der Krankheit und der Unbehandelbarkeit und damit von Schuldgefühlen und Verzweiflung« (*Ammon* 1989). Er setzt an die Stelle der Kategorie Krankheit die Dysregulation der Homöostase von Körper, Geist und Seele. Die Gegensätze eines schädlichen dualistischen Denkens und Erlebens müssen aufgehoben werden.

Für die Entwicklung eines Menschen, die *Ammon* immer prozeßhaft und im Zusammenhang mit den umgebenden sozialenergetisch-gruppendynamischen Feldern versteht, wird die Setzung von Werten in der Familiengruppe von großer Bedeutung sein; wie die Wertsetzung von Arbeit, Umgang mit der Zeit, das Umgehen mit Kontakt und Freundschaft, die Wertsetzung von Aufgaben und Ideen, Bedeutsamkeiten geistiger, sozialer und politischer Art. Diese Wertsetzungen prägen nach *Ammon* die Identität im zentralen Kern. Die traditionellen Werte in der Kultur im geistig-seelischen, aber auch im ethischen Bereich tragen die Identität des Menschen in ihrer Entwicklung mit. Nach *Ammon* gehören zur Kultur auch die Religion und die kulturellen und religiösen Bedürfnisse des Menschen. Er sieht die kulturellen Werte und Überlieferungen auch religiöser Art als Bestandteil einer individuellen Identität (vgl. *Ammon* 1989).

Ein wichtiger Schritt für ein humanistisches und ethisches Verständnis des Menschen war die Loslösung *Ammons* von der *Freud*ianischen Trieblehre mit einem angeborenen Sexual- und Aggressionstrieb. *Ammon* geht davon aus, daß ein Kind »nach humanistischer Ethik frei von Schuld, Schuldbewußtsein und Schuldgefühlen« ist und deswegen auch nicht schuldfähig sein kann. Erst durch das kulturelle Lernen in Familie, Kindergarten und Schule erfährt das Kind die Wertigkeit von Verhalten,

Denken und Fühlen, lernt zu unterscheiden zwischen Gut und Böse (vgl. *Ammon* 1989).

Ammon versteht Gut und Böse als nichts Absolutes, sondern in einem ganzheitlichen Zusammenhang. Ethisch gesehen hat die Wertigkeit von Gut und Böse allerdings ihre Berechtigung. Er sieht den Menschen hier als voll verantwortlich an für sein Tun bis hin zu seinem Unbewußten, seinen Phantasien und Träumen. Der Verhinderung und der Therapie der Destruktion räumt er einen großen Stellenwert ein. Dies müßte frei von Vergeltung geschehen. Sein Verständnis der Aggression als einer genuin schuldfreien positiven Kraft des Menschen wirkt sich auf sein Menschenbild insgesamt aus. Es beeinflußt seine Definition der Kreativität, der Angst, der Sexualität, der gesamten Struktur des Unbewußten. Er sieht das Unbewußte und die Humanstruktur des Menschen als ursprünglich konstruktiv gegeben an. Mit dieser positiven Einstellung zum Menschen, mit dem Unbewußten als seinem kreativen Potential, mit einem konstruktiven aufs Leben gerichteten Aggressionsverständnis und mit einem Identitätskonzept, das ich- oder humanstrukturell, psychogenetisch dynamisch und energetisch in Raum und Zeit eingebettet ist und das prozeßhaft und in ständiger Entwicklung an der Grenze von Individuum und Gruppe verstanden wird, hat *Ammon* eine grundlegend ethische behandlungswissenschaftliche Theorie in der Psychiatrie entwickelt. Davon ausgehend leitet sich auch eine ethische Haltung gegenüber und eine Verstehbarkeit von psychischer Krankheit ab. Die Aggressionsdynamik ist für *Ammon* der Dreh- und Angelpunkt für eine gesunde oder kranke, destruktive und defizitäre Persönlichkeitsentwicklung. Die konstruktive Aggression des kreativen »ad gredi« bedeutet dabei, sich aus der frühkindlichen Symbiose der Familiengruppe schuld- und angstfrei abgrenzen zu dürfen und eine eigene Identität zu entwickeln. Destruktive Aggression ist eine reaktive Verformung der konstruktiven Aggression und ist aus Konflikt und realem Defizit in der umgebenden Gruppe entstanden. Defizitäre Aggression bedingt nach *Ammon* eine umfassende Erfahrungs- und Entwicklungsunfähigkeit.

Dieses Verständnis der Aggression impliziert auch eine andere Einstellung zu Krieg und Frieden, sieht den Menschen im Zusammenhang mit konstruktiver Aggression auch als genuin friedensfähig und nicht einem destruktiven Aggressionstrieb ausgeliefert, der Krieg als unabdingbar zur Folge hat. Sich aus der Primärgruppe freundlich und schuldfrei lösen zu dürfen, ist der Beginn der Identitätsentwicklung: Im Symbiosekomplex, d.h. einem Sich-nicht-trennen-dürfen, versteht *Ammon* die krankmachende Dimension, das Defizit in der Identitätsentwicklung, das »Loch im Ich«. Hier liegt die Entstehung von Schuldgefühlen: In der Sprache des Unbewußten macht eine Trennung aus einer pathologischen Symbiose schuldig, denn jeder Entwicklungsschritt in Schule und Beruf bedeutet Trennung aus der verinnerlichten Primärgruppe und ein Hinauswachsen-über-die-Eltern. Schuldgefühl ist Ausdruck von arretierter destruktiver Aggression, die gegen die eigene Identität gerichtet wird, und Ausdruck einer entwicklungs-

arretierten Gruppe. So ist die Identitätsentwicklung nur in gruppendynamisch-sozialenergetischen Prozessen zu verstehen. Sozialernergie bedeutet dabei für *Ammon* psychische Energie, die immer in Abhängigkeit von der Umwelt des Menschen, von gesellschaftlichen Faktoren und seinem Sein in der Gesellschaft zu verstehen ist (*Ammon* 1989).

Das unbewußte Schuldgefühl sieht *Ammon* in der Regel als pathologisch an, wie es bei psychischen Krankheitsformen wie Paranoia, Depression und Schizophrenie auftreten kann. Nach *Lambertino* (1989) hat das pathologische Schuldgefühl keinen Wert als moralische Dimension, sondern verhindert die Entstehung von Moral und psychologische Reife.

Das bewußte Schuldgefühl bezieht sich hingegen auf eine bewußte Schuld. Sie ist bezogen auf eine zerstörerische Aktion gegen Menschen, Tiere und Dinge. Hier ist Schuldgefühl ethisch gesehen positiv zu bewerten. Es kann zu »Einsicht, Besserung, Wiedergutmachung und zur Veränderung der Persönlichkeit führen«. Die Fähigkeit, Schuld zu erleben, wertet *Ammon* menschlich als besonders wertvoll. Bei der Borderline-Erkrankung konnte sich kein Gefühl von bewußter Schuld entwickeln. Hier spricht *Ammon* von einer Pathologie des Gewissens, d.h. bei diesen Menschen kann man von einem »ethischen Loch« in der Identität sprechen. Sie konnten auch keine Fähigkeit, Angst zu spüren, entwickeln, und es fehlt ihnen Verantwortungsgefühl und Verläßlichkeit.

Durch das oben beschriebene Krankheitsverständnis hat die Anwendung von Krankheitskategorien und ein vorwiegendes Beziehen auf die Kausalität von Verhaltensweisen nur den Stellenwert einer groben, der Kommunikation dienenden Orientierung; für die Behandlung selbst ist es antitherapeutisch und menschliche Beziehung zerstörend. Jede psychische Erkrankung kann auch als ein mehrdimensional destruktiv nicht gelungener Befreiungsversuch aus unerträglich gewordenen Einengungen verstanden werden. Hier setzt *Ammon* eine ganzheitliche Betrachtung der konstruktiven, destruktiven und defizitären Bereiche eines leidenden Menschen und seiner gestörten Identität an. Dies hat ein mehrdimensionales Behandlungskonzept zur Folge mit dem Ziel der Heilung. »Mehrdimensional bedeutet dabei auch immer Integration und Erzielung von Integration durch die fordernden sozialenergetischen und gruppendynamischen Felder« (*Ammon* 1986).

Unethisch ist vom dynamisch-psychiatrischen Standpunkt aus ein eindimensionales Betrachten von Pathologie und Untersuchungsbefunden, die den Menschen nur als Symptom- und Krankheitsträger sehen. Dies beinhaltet, daß dem Urteil »Diagnose« auch ein zweites Urteil »Prognose« folgt und den Menschen als geistig-seelisches Wesen ausklammert (*Ammon* 1986).

Die humanistische Psychiatrie sollte nach *Ammon* die gesunden Dimensionen des Menschen mit seinen kreativen Möglichkeiten und seiner Androgynität mit einschließen. Deswegen fordert er für die Diagnostik auch eine »Gesundheitsdiagnose«. *Ammon* hat die Psychoanalyse als Behandlungswissenschaft bezeichnet, die er in die Psychiatrie zusammen mit einem gruppendynamischen und sozialenergetischen Konzept integriert.

Ich komme nun zu der ethischen Dimension von Lebenszeit. Dynamische Psychiatrie als Humanisierungstherapie heißt, den Menschen Zeit zu geben, echte gelebte Zeit, und ihnen zu helfen, sich von toter Lebenszeit zu befreien. Lebenszeit liegt nach *Ammon* in der Begegnung und im Tätigsein und auch in erfüllter Sexualität. Jeder Mensch hat seine eigene Zeit, und Identität ist immer zu verstehen innerhalb einer begrenzten Lebenszeit. Ein ozeanisches In-den-Tag-Hineinleben mit der utopischen Vorstellung, einmal wird man ein erfülltes Leben führen können, ist ein Vergehen gegen sich selbst genau so wie, einem Menschen Lebenszeit wegzunehmen und ihn nicht ernst zu nehmen. In der humanstrukturellen Psychotherapie spielt Zeit deswegen eine zentrale Rolle. In die Therapiezeit bringen die Patienten ihre »leere, tote und alte« Zeit mit und müssen lernen, mit einer neuen und lebendigen Zeit umzugehen (vgl. *Ammon* 1984). »Jede Therapiesitzung sollte eine erfüllte, interessante Begegnung sein und auch eine gelebte Zeit im eigentlichen Sinne, wie ich sie verstehe, das heißt dem Menschen Zeit zu geben. Das ist identisch mit Liebe geben, denn Liebe ist ja weiter nichts als Verstehen des anderen und als ihm Zeit geben, volle Zeit, sozialenergetische Zeit« (*Ammon* 1984).

Dynamische Psychiatrie versteht sich als Identitätstherapie. Dies setzt eine Verstehbarkeit von archaisch ich-kranken Menschen als gruppendynamisch-sozialenergetisch destruktiv und defizitär Geschädigte mit einem Entwicklungsdefizit in ihrer Persönlichkeitsstruktur voraus. Das heißt, daß der Mensch in der Gruppe krank geworden ist und am besten auch durch die Gruppe im Sinne einer nachholenden Identitätsentwicklung zu behandeln ist. Das bedeutet auch, den Menschen in seiner ganzen Person anzunehmen, in seiner Ausstrahlung, in seinem Gesichtsausdruck, seiner Körperlichkeit, seinen Fähigkeiten, Interessen und Bedürfnissen, aber auch in seinem Leiden, seinen Einengungen, seiner Wut und in seinen Ängsten, und zu sehen, aus welchem Gruppenumfeld er kommt.

Die real stattgefundenen Schädigungen mit den tatsächlichen narzißtischen Defiziten lassen dann eine Wiedergutmachung und einen Strukturaufbau zu, wenn dem Patienten etwas Besseres als sein Symptom angeboten wird, nämlich die Möglichkeit, im eigenen Recht sein Leben in erfahrungsfähigen Gruppen zu bestimmen (vgl. *Ammon* 1977), d.h. dem Menschen zu helfen, seine Wünsche und Bedürfnisse zu verstehen und zu erfüllen. Es geht nicht darum, Bedürfnisse wegzuanalysieren im Sinne einer Anpassung. Das zentrale ethische Anliegen der Dynamischen Psychiatrie ist, den Menschen in seiner Einzigartigkeit anzuerkennen.

Durch den Ich-Strukturtest nach *Ammon* kann von jedem Patienten ein Persönlichkeitsprofil erstellt werden mit seinen unterschiedlichen Humanfunktionen in gesunder und kranker Ausprägung. Davon ausgehend wird für ihn ein individuelles Behandlungsprogramm mit nonverbalen und verbalen Therapiemethoden zusammengestellt. Durch den Ich-Strukturtest können auch die Persönlichkeitsstrukturen des Teams erfaßt werden, so daß für jeden Patienten humanstrukturell gesehen der für ihn geeignete Therapeut ausgewählt werden kann. Dabei wird die Persönlichkeit

des Therapeuten, seine Emotionalität, sein menschliches Selbstverständnis und seine Entwicklungsfähigkeit innerhalb eines sozialenergetisch gruppendynamischen Behandlungsfeldes zu einem wichtigen Therapeutikum. Grundvoraussetzungen sind die Verläßlichkeit, das Verantwortungs- und Fürsorgegefühl und die menschliche Güte des behandelnden Therapeuten und Analytikers.

Eine optimistische Haltung mit dem Interesse am anderen, mit dem Willen zu helfen und der Hoffnung, helfen zu können, ist für den dynamisch-psychiatrischen Therapeuten ebenfalls eine wesentliche Voraussetzung. Ein Therapeut und Analytiker sollte sich aber auch selbst in Frage stellen können, denn bei archaischen Ich-Erkrankungen muß er sich als reale Person im therapeutischen Prozeß zur Verfügung stellen. Der Therapeut muß dem Patienten Identifikationsmöglichkeiten für seine nachholende Ich-Entwicklung anbieten, d.h. der Psychoanalytiker muß eine eigene Identität besitzen mit einem eigenen kreativen Lebensstil, mit eigenen Interessen und Beziehungen (*Ammon* 1976). Er muß für den Patienten Vorbild sein können und ethische Werte und Sinnhaftigkeit im Leben vermitteln können. Gerade bei der BorderlinePsychotherapie ist dies im Sinne der nachholenden Charakterbildung eine Notwendigkeit.

Wichtig ist aber auch innerhalb des therapeutischen Prozesses, daß auch der Patient die Verantwortung für sein Leben übernimmt. Geschieht kein beidseitiges Übernehmen von Verantwortung für die Persönlichkeitsentwicklung, machen sich sowohl Patient als auch Therapeut real schuldig an nicht gelebter Lebenszeit. Die partnerschaftliche Haltung des Therapeuten und des gesamten therapeutischen Teams einer dynamisch-psychiatrischen Klinik dem Patienten gegenüber gilt als menschliches Prinzip bei der Identitätstherapie. Dies bedeutet, sich immer wieder auseinanderzusetzen um Grenzen, Werte und Sinnhaftigkeiten.

Die Supervisions- und Kontrollarbeit beim Einzelnen und in der Gruppe, eine eigene gruppendynamische Situation und eine gründliche Ausbildung ist für ein effektives Wirken eines therapeutischen Teams in einer Dynamisch-Psychiatrischen Klinik grundlegend. Nur so kann das gesamte therapeutische Geflecht als ein konstruktives sozialenergetisches Feld für die nachholende Entwicklung der Patienten zur Verfügung gestellt werden. Das gesamte therapeutische Feld mit einer Gruppe von Therapeuten soll der Struktur und der Psychodynamik der erkrankten Menschen für ihre Identitätsentwicklung dienen, denn die Identität und Persönlichkeit jedes einzelnen Menschen und alles was ihm für seine Heilung dient, steht im Mittelpunkt der Dynamischen Psychiatrie.

Zum Schluß möchte ich die ethischen Grundpfeiler einer Dynamischen Psychiatrie zusammenfassen:

1. ein zugrundeliegendes mehrdimensional ganzheitliches Menschenbild;
2. ein Krankheits- und Gesundheitsverständnis;
3. ein humanstrukturelles und sozialenergetisch-gruppendynamisches Konzept als Grundlage für das Persönlichkeitsverständnis;

4. der Symbiose-Komplex als Ursache für die archaischen Ich-Erkrankungen mit der Möglichkeit der schuldfreien Trennung und Identitätsentwicklung;
5. ein entwicklungs- und prozeßhaftes Denken mit der Befreiung von Kategoriendenken;
6. Aggression als Persönlichkeitsfunktion statt eines angeborenen Destruktionstriebes, der Kriege unabdingbar zur Folge hat;
7. eine ganzheitliche Persönlichkeits- und Identitätsbehandlung mit dem Ziel der Humanisierung statt einer Symptombehandlung;
8. ein gruppendynamisch-sozialenergetisches Energiekonzept statt eines dualistischen Triebverständnisses;
9. die Mehrdimensionalität des Menschen mit der Befreiung aus eindimensionalen Einengungen;
10. ein Optimismus des Heilens statt eines Mythos der Uneinfühlbarkeit und
11. eine menschliche Ethik mit ihrer Wertsetzung und Sinnhaftigkeit des Lebens statt pathologischer Schuldgefühle.

Ich möchte mit einem Zitat von *Ammon* schließen: »Nichts kann die Ethik als notwendige Richtschnur für Mensch, Kultur und Gesellschaft ersetzen« (*Ammon* 1989).

Ethics in Dynamic Psychiatry

Maria Ammon (Berlin/Munich)

The question of ethics in psychiatry and medicine came up only since the eighties of our century. Beginning with the student's protests in 1968, more and more scientists and psychiatrists are working on the field of ethics, such as *Richter, Scharfetter* and others in Germany, concerning the repression of the nazi crimes and the question of conscience and responsability of psychiatrists and psychoanalysts.

After an overview of the actual discussion on the topics of ethics in psychoanalysis and psychiatry, the author lines out the conception of ethics in Dynamic Psychiatry. Starting with *Günter Ammon*'s view that ethics is the basis for a humanistic image of the world, the author stresses *Ammon*'s meaning that the rights of man have to be higher than the cultural and ideological rights. In his scientific work, *Ammon* dealt with questions of guilt and guilt feelings as well as liberty and the ability for peace in mankind.

The author states that in Dynamic Psychiatry, man is seen holistically as a unity of body, mind and spirit, as an individual human being striving towards identity and self-realization. The integration of man's multidimensionality with its various dimensions into the core of the personaltiy and the liberation of man from the chains of concretism and thinking in categories is the most important ethical task in therapy. The holistic view of man

includes the dimensions of creativity, time and experience of time, illness, health, work and activity, androgynity, body and body experience, death and dying, religion, sexuality, identity, thinking and much more.

The therapeutic conception of Dynamic Psychiatry is based on the processual understanding of both health and illness: not only focussing on the pathological symptoms but also covering the healthy parts of the patients personality. »The multidimensional view of man in health and illness, suffering and healing liberates man from the stigma of untreatable illness and by this way from guilt feelings and despair« (*Ammon* 1989).

Replacing the category of illness by a conception of dysregulation of the homeostasis of body, mind and spirit, the conflicts of a damaging dualistic thinking can be abolished.

In *Ammon's* thinking, man is ethically responsible also for his unconscious, his dreams and phantasies. The ethical implications of good and bad are seen in a holistic, not in an absolute way. The importance of *Ammon's* view of aggression as a primary constructive human function influences the therapeutic dealing with aggression without revenge as well as the view of peace and war: *Ammon* sees man as primarily peaceful and able to peace. As the author emphasizes, a separation process from the family without guilt feelings is the beginning of an identity development in youth. Pathological guilt feelings and in consequence destructive aggression raise up when this separation is forbidden by the family group.

Following *Lambertino,* pathological guilt feelings prevent the development of morality and psychological maturity. The ability to experience guilt can lead to insight, development of personality and repairing. As the author stresses, borderline patients have no feeling of guilt, no moral feeling and no conscience. *Ammon* calls this »pathology of conscience« or an »ethical hole in identity«. These patients have also no ability to feel fear and no feeling of responsability and reliability.

In *Ammon's* humanistic psychiatry the healthy parts of man's personality are included in diagnostics and therapy. This is called »health diagnostics«. Psychoanalysis in *Ammon's* sense is a »science of treatment« integrating psychiatry with group dynamics and the socialenergetic conception. A one-dimensional view of man is unethical in the dynamic psychiatric thinking.

The author lines out in the following part of her paper the ethical dimension of life time. In dynamic psychiatry, it is important to give the patient time, i.e. to help him to get a fully experienced life time replacing the dead time of illness. »Each therapeutic session should be a fully experienced, interesting encounter, and in this sense a fully experienced time means in my way of thinking to give man time. This has the same meaning as giving love, for to give love means no more than understanding the other human being and to give time to him, fully experienced, social-energetic time« (*Ammon* 1984).

Therapy should be »identity therapy« in the sense of a retreval identity development. That means also, to accept man in his whole person, in his inter-

ests, his body, his needs and his suffering as well as in his anger and his fears. A retrieval can take place only in living groups, helping the patient to understand his own needs and wishes and not taking his needs away by analysis in the sense of adaption.

The author points out that one of the central ethical goals of dynamic psychiatry is to accept man in his uniqueness.

By means of the Ego Structure Test by *Ammon* (ISTA) a personality profile of each patient and therapist can be established with his different human functions in healthy and ill dimensions. The personality of the therapist with his emotionality, his ability to develop his own personality and his contact and group ability as well as his reliability and human warmth and his optimistic view of the patient are essential for the treatment of patients. The psychoanalyst has to live in a creative, interesting way as a model for the patient's life style, but also to communicate to the patient moral and ethical values and a sense in life.

In an ethical dimension, it is also necessary that the patient himself feels responsable for his own life in partnership with the therapist. The group dynamic work with the whole staff of a dynamic psychiatric hospital as well as the supervision of therapy makes sure that the whole social-energetic field can help the patient to develop his identity.

Finishing her paper, the author points out the ethical aspects of Dynamic Psychiatry:

1. a multidimensional, holistic view of man,
2. an understanding of health and illness,
3. a human-structural and social-energetic conception as basis for the understanding of personality,
4. the symbiosis complex as the central problem of archaic Ego diseases,
5. a thinking in developmental processes deliberating man from thinking in categories,
6. aggression as a human function replacing the concept of death drive,
7. identity therapy replacing symptom treatment,
8. a group-dynamic and social-energetic concept replacing the dualistic conception of drives,
9. multidimensionality versus one-dimensionality,
10. optimism of healing versus the myth of ununderstandability,
11. a humanistic ethical approach versus pathological guilt feelings.

The author closes her paper with a sentence of *Ammon:* »Nothing can replace ethics as necessary guiding principle for man, culture and society« (*Ammon* 1989).

Literatur

Adams, J. (1990): Confidentiality and Huntington's Chorea. In: J. Medical Ethics (16) 196–199
Amand, N. (1995): The Therapist – Patient Relationship: In Psychosomatics (36)
Ammon, G. (1976): Über die erforderlichen Eigenschaften des Psychoanalytikers und Probleme der Auswahl von Ausbildungskandidaten. In: Dyn. Psychiat. (9) 1–11

- (1979): Was ist Dynamische Psychiatrie? In: Dyn. Psychiat. (12) 113–120
- (1984): Das Konzept der Zeit und ihre Bedeutung für die Behandlung in der Dynamischen Psychiatrie. In: Dyn. Psychiat. (17) 317–338
- (1986): Der mehrdimensionale Mensch (Berlin/München: Pinel)
- (1989): Gesellschaft, Kultur und Schuldgefühl. In: Dyn. Psychiat. (22) 307–319

Barbey, J. (1988): Fragen zur ethischen Problematik forensisch-psychiatrischer Begutachtung. In: Psychiat. Praxis (15) 176–181

Beckett. A. (1991): Ethical Issues in the Psychiatry of HIV-Disease. In: Int. Rev. Psychiat. (3) 417–427

Bürgy, M. (1997): Selbstreflexion, Interpersonalität und psychoanalytische Ethik. In: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie (47) 181–186

Callunan, T.S. (1991): Ethics and Psychiatry – Toward a Professional Definition. In: Canadian J. Psychiat.-Revue Canadienne de Psychiatrie (36) 306–307

Daniolos, P.T.; Holmes, V.F. (1995): HIV Public Policy and Psychiatry. An Examination of Ethical Issues and Professional Guidelines. In: Psychosomatics (36) 12–21

Engelhardt, W. (1991): Autonomie und Selbstbestimmung: Grundlegende Konzepte der Bioethik in der Psychiatrie. In: *Pöldinger, W.; Wagner, W.* (Hrsg:): Ethik in der Psychiatrie. Wertebegründung – Wertedurchsetzung (Berlin: Springer)

Greifinger, J. (1995): Psychoanalysis and Ethics. In: Psychoanalytic Quarterly (64) 169–176

Heinrich, K. (1997): Anmerkungen zur Psychiatrischen Ethikdiskussion. In: Zschr. Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie (45) 345–356

Helmchen, H. (1986): Ethische Fragen in der Psychiatrie. In: *Kisker, K.P.;.Lauter, H.; Meyer, J.E.; Müller, C.; Stoemgrem, E.* (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart, Band 2. (Berlin: Springer)

Hopton, J. (1995) Control and Restrain in Contemporary Psychiatric Nursing: Some Ethical Considerations. In: J. Advanced Nursing (22) 110–115

Johnson, R; Corby, J.C.; Young, E.W.D. (1993): Does Depression Invalidate Competence? Consultants Ethical, Psychiatric and Legal Considerations. In: Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics (2) 505–515

Kopelman, L.M. (1989): Moral Problems in Psychiatry. In: *Veatch, R.M.* (ed.); Medical Ethics 253–290 (Boston: Jones and Bartlett)

Küng, H. (1997): Weltethos für Weltpolitik und Weltwirtschaft (München: Piper)

Lacan, J. (1996): Die Ethik der Psychoanalyse: Das Seminarbuch VII. (Weilheim/Berlin: Quadriga)

Lambertino, A. (1989): Pathologie des Gewissens. In: Dyn. Psychiat. (22) 307–319

Leong,G.B; Eth, S. (1991): Ethics in Psychiatry. In: Current Opinion in Psychiatry (46) 872–875

Luetzen, K.; da Silva, A.B. (1996): The Role of Virtue Ethics in Psychiatry. In: Nursing Ethics (3) 202–211

Luetzen, K.; Nordin, C. (1994): Modifying Autonomy – a Concept Grounded in Nurses' Experiences of Moral Decision-Making in Psychiatric Practice. In: J. Medical Ethics (20) 101–107

Macklin, R. (1991): HIV-Infected Psychiatric Patients: Beyond Confidentiality. In: Ethics and Behavior (1) 20–30

Marshall, S.F. (1990): Doctors' Rights and Patients' Obligation. In: Bioethics (4) 292–310

Paredes, J.; Beyerstein, D.; Ledwidge, B.; Kogan (1990): Psychiatric Ethics and Ethical Psychiatry. In: Canadian J. Psychiat (35) 600–603

Rafael, A.R. (1996): Power and Caring: A Dialectic in Nursing. In: Advances in Nursing Science (19) 3–17

Richter, H.-E. (1996): Eröffnungsrede, gehalten auf dem 11. Internationalen IPPNW-Kongreß »Medizin und Gewissen«, Nürnberg

Rose, J. (1992): The Moral of the First Viennese Psychoanalysts. In: Psychoanalytic Quarterly (61) 590–623

Scharfetter, Ch. (1992): Verantwortung und Schuld in psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht. In: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie (143) 211–227

Wallwork, E. (1995): Psychoanalysis and Ethics. In: Psychoanalytic Quarterly (64) 169–176

Adresse der Autorin:

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

Mental Health Care and Problems of Stigmatization and Compliance**

Modest M. Kabanov (St. Petersburg)*

The author describes the correlation between mental health care system, attitude of the society towards psychiatric patients and compliance. Although much has changed to the better during the last 15 years, specially by the foundation of outpatient mental health care facilities, the preventive orientation of rehabilitation of the mentally ill often remains unacceptable, even for the professionals. To reduce the stigmatization and to improve the compliance of the patients, the author suggests some measures that should be taken, as for instance, careful selection and training of the psychiatric staff, influencing the community's mentality, control of the psychiatric facilities also by patients and their relatives, coordination centres for mental health, directly subordinated to the government. In the opinion of the author mental health has to become common cause.

The attitude of the society to the mentally ill has had a long history. It began to change for the better at the edge of the 18th and 19th centuries, initiated by *Ph. Pinel, V. Chiarugi, D.-B. Tuke, D. Connolly,* and others. However, up to our days it remains a major problem, especially in connection with the development of the concept of rehabilitation. The ultimate goal of the latter is a complete or partial restoration (preservation) of the personal and social status of the mentally ill person or persons at risk to fall ill. The preventive orientation of the dynamic systemic process of rehabilitation up to now remains unclear or even unacceptable, strange though it may seem, for quite a few psychiatrists (and not for psychiatrists only). A great number of physicians perceive rehabilitation only as treatment optimization, or, more often, as a procedure of completing the patient's treatment with the employment of his preserved working capacities. All these aspects are of great significance, of course. But rehabilitation is a more complex notion; it is basically a systemic view of the patient, which envisages a complex of interventions aimed not only at the organism, but also at the personality, at his/her surrounding landscape, as it was termed by *Klaus Dörner.* When psychopharmacotherapy is applied in so to say »a pure and simple« form, apart from the landscape, it should not, with regard to the constantly present placebo-effect, be opposed to psychotherapy (and vice versa) or regarded as its »neighbour«, but should reasonably complement it. However, the realization of any rehabilitation program meets considerable difficulties (besides organizational and economic ones) which are an object of particular attention both in our country and abroad. Not only the process of rehabilitation in psychiatry, but also all forms of treatment and readaptation of the chronically ill and

* M.D., Professor of Psychiatry, Director of the V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute, St. Petersburg, Russia, President of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP

** Paper presented at the WPA-Seminar »Legal and Ethical Aspects of Medical Experimentation« in Berlin, May 10, 1998 in remembrance of Günter Ammon's 80th birthday

disabled persons are facing more and more problems of stigmatization and compliance.

The term »stigma« means a label or a tag which is, so to say, attached to the patient who has undergone treatment by a psychiatrist or sometimes by a psychotherapist (to a less extent), in the course of diagnostical investigation, especially in hospital settings which quite often are very similar to prison conditions. In many countries, especially in the Confederation of Independent States, i.e. the former Soviet Union Republics, the patients and their relatives are afraid of the possibility to have a record at the outpatient facilities. It should be noted, however, that a few years ago in Russia there was introduced a so-called consultation record (that is medical care and supervision on a voluntary basis) which has diminished these fears. The cases of abuse in psychiatry in the not so distant past, which were exaggerated by the mass media and entirely denied by the former psychiatry head officials in our country before the World Psychiatric Association Congress in Athens (in 1989), favoured the emergence of various sorts of absurd conjectures about psychiatry. It was the promulgation in 1989 and 1993 of special laws related to the rights of the mentally ill that diminished these fears to some extent. Though, regretfully, such slang words as »psikhushka« (a »cuckoo's nest«, a »madhouse«), »psychiatric record« and other words of this sort with a negative shade of labelling (stigmatization) have become generally adopted not only by Philistines, but also by journalists, political scientists, and other public representatives.

The term »compliance« usually means consciously following the doctor's recommendations concerning drug intake, psychotherapy, etc., by the patient. It depends on the fear of stigmatization and not merely on the clinical features of the disease, but also on sufficient critical assessment of it by the patient and on the family influence. Both the degree of stigmatization and the degree of compliance depend, for instance, on the working style of the medical facility, its reputation, the professionalism of its staff and their psychological qualities (empathy, communication skills, etc.), even on the name of the medical facility. The underestimation or disregard of these factors cause grave consequences. The number of patients who prefer to be diagnosed and treated by various witch-doctors, healers and outright charlatans is constantly growing because those »doctors« do not »attach« the notorious »crazy« label so openly or do not do it at all and they are more often able to hear and understand, not merely to listen to what they are told, they are keen in taking into consideration the patient's personal traits. The mass media very often make a well-paid publicity to these impostors. I should like to remind that the orign of the antipsychiatric movement, which appeared first in the West and, later on, to some extent, in our country, is due to the stigmatization problem. The traces of that movement still exist here and there up to nowadays. All these facts can be accounted for not only by the fear of stigmatization, but also by the growing mistrust in the official medicine, especially at the times of political,

social, and economic crises. Naturally, this mistrust often leads to negative consequences, such as the deterioration of the sociaty's mental health which is underminded already by the situation of instability in one or another country. The number of various types of self-destructive and deviant behaviour, borderline states, psychosomatic diseases, is growing. At the same time, the attention to mental health care is also growing, naturally. Formerly, and often even now, the professionals speak mainly about combatting mental diseases, their treatment, and relapse prevention. They have chased and are still chasing after new medicinal preparations, the great importance of which should by no means be underestimated, nor should it be overestimated. I should like to remind that during the *Stalin-Brezhnev* period the problems of mental diseases and their incidence in the Soviet union were not allowed to be written about in the popular press. Psychiatry and its »flock« were mentioned mostly in the articles under the headlines »Their morals« (which meant, naturally, the capitalist morals).

The foundation of a growing number of outpatient mental health care facilities over the last 10 or 15 years has played, undoubtedly, a positive role in a certain change in the attitude both of the community and of medical staffs to the mentally ill. But it has proven itself to be insufficient to improve considerably the quality of specific mental health care for patients with nervous and mental disorders. The urgent necessity brought to life new out-dispensary forms of psychiatric, psychotherapeutic, and clinical psychological care for various categories of patients, especially for those with borderline states. Here we can mention the expanding network of psychotherapy consulting centres with more complex methods of work, such as group and family psychotherapy, supervision, videomonitoring, behavioural training groups, and many others; crisis intervention centres for adults, children, adolescents and families, solving difficult personal and interpersonal problems; social centres for various activities, including music and art therapy, telephon hotlines, etc. The activities of these facilities are oriented towards the improvement of the qualitiy of life not only of the persons with various mental disorders, but also of those with various psychological, psychosocial, and medical problems.

Mental health care problems have always been the essence of the work carried out by the Bekhterev Institute which for over 30 years has been developing the theoretical aspects and practical methods of rehabilitation of patients with nervous and mental disorders. These aspects and methods require deep knowledge in the field of psychotherapy and clinical psychology. Rehabilitation cannot be realized to a sufficient degree and can even become fictitious if the problems of stigmatization and compliance we have mentioned are not solved. These terms are relatively new in our professional vocabulary, but, we believe, their essence does not need any special explanation. These problems cannot have an unambiguous interpretation and cannot be considered apart from the context of a general situation in psychiatry and of a public opinion about psychiatry and its professionals (that is ourselves).

So, what measures should be taken, in our opinion, in the field of rehabilitation of the mentally ill in order if not to wholly eliminate (which is practically impossible during at least the nearest decades, due to various reasons), then at least to considerably reduce the patient's fear to contact the psychiatrist and to be diagnosed as a crazy person? What is to be done to make the patient assume a self-esteem which would be acceptable for his social position and to achieve afterwards the required degree of compliance?

There may be different points of view about how to establish a therapeutical alliance between the patient and the doctor to foster in the former self-confidence and communication skills. If all efforts and rehabilitative measures are to fail, how to solve ethical and legal problems caused by stigmatization, poor compliance or treatment refusal? Firstly, it is necessary not only to train, but also, which would be ideal, to select by means of testing all specialists involved in mental health care. It should be stressed that treatment of mental disorders is a more limited and specific notion than the multi-dimensional problem of mental health. It requires the elaboration of special research programms, which is already being done, though in insufficient degree, in a number of countries together with various international organizations. If this is not comprehended by the people in high and not very high spheres, then *Max Nordau* and *S.N. Davidenkov* may turn out to be right about their warning statement made in the first half of our century about the forthcoming possibility of the human race degradation. There can already be seen rather marked signs of this degeneration. They can be easily traced in the mass media information.

The second action of considerable importance aimed at slowing down the destructive processes in mental and moral aspects of our existence demands taking measures to change the community's mentality concerning the complex of ecological problems directly related to the mental health care of the nation and the protection of the state as a whole. This problem requires hard and persistent efforts in the community on the part of medical workers, psychologists, social workers, lawyers, teachers, trade unionists, representatives of legislative and executive power, and clergymen. In this connection the work of psychiatrists and psychologists with journalists, the presentation of various mental health care problems by the mass media including the Internet System, acquire a particular importance. It often happens that various aspects of psychiatric problems are presented in one-sided, rather tendentious ways in order to please the Philistine's primitive views. Sometimes it comes up to absurdity, when the mass media advertise the treatment methods of alcoholism which claim to use only the patients' photos, without seeing and contacting them by the doctor. These deplorable and disgusting reports often follow advertisements of outright charlatans who promise to heal »spoilt« and »bewitched by an evil eye« people. I hear such radio broadcasts in St. Petersburg almost every day. Prohibitive measures would be of little use in this situation.

Thirdly, it is most important to reasonably control the activities of psychiatric and complementary facilities not only by medical workers, the community, and legal bodies, but also by the patients' relatives and even by those patients who can take up the responsibility for their actions (in my country there has already been founded a number of community councils of this kind, while in the West there is, for instance, the World Schizophrenia Fellowship).

Finally, it is important to have a centre which would coordinate the work on mental health care problems carried out by various departments which should be subordinated directly to the government or to the local administration. Various specialists (not only psychiatrists and psychologists) might work in such a centre as volunteers supplementing a not numerous managerial staff.

I will not mention here the necessity to increase the financing of mental health care. That goes without saying. However, it is likely that in many countries there will be no sufficient financing of these programmes (on the contrary, it is likely to be reduced). This situation will exist until the bell tolls, though it would be right to say that it has been tolling for quite a long time already. But its new louder strokes can help us to break silence and, as it was put once by *Bruno Yasensky* (a writer whose destiny was tragic), to overcome »the conspiracy of the indifferent«.

Die Pflege seelischer Gesundheit und die Probleme von Stigmatisierung und Compliance

Modest M. Kabanow (St. Petersburg)

Die Einstellung der Gesellschaft beeinflußt die Rehabilitation psychisch Kranker bis heute vielfach ungünstig. Die Absicht der Rehabilitation, nämlich die volle oder zumindest teilweise Wiederherstellung der persönlichen Verhältnisse und des sozialen Status der Erkrankten, wird in ihren präventiven Aspekten selbst von vielen Ärzten nicht aufgegriffen. Die Umsetzung gestaltet sich wegen der Stigmatisierung psychisch Kranker und ihrer Compliance als schwierig.

In vielen Ländern, besonders auch in den Staaten der früheren Sowjetunion, fürchten viele Patienten und ihre Angehörigen, als psychisch krank abgestempelt zu werden. Zwar haben die Gesetze über die Rechte psychiatrischer Patienten aus den Jahren 1989 und 1993 diese Befürchtungen verringert, aber die Erinnerung an den Mißbrauch der Psychiatrie ist noch lebendig. Auch in der Umgangssprache sind abwertende Ausdrücke über psychiatrische Institutionen weit verbreitet. Dementsprechend gering ist oft die Compliance der Patienten hinsichtlich Medikamenteneinnahme oder Durchführung einer Psychotherapie, und sie bevorzugen es, Heiler und Scharlatane aufzusuchen, die es vielfach besser als professionelle Helfer

verstehen, aufmerksam zuzuhören und die Belange der Kranken zu erfassen. Daß die psychische Gesundheit einer Gesellschaft sich dadurch wesentlich verschlechtern kann, wird von den Fachleuten oft nicht genügend wahrgenommen.

Der Aufbau extramuraler Einrichtungen in den vergangenen zehn bis 15 Jahren hat die Einstellung der Gesellschaft und auch des medizinischen Personals gegenüber psychiatrischen Patienten bereits verbessert. Auch das Bechterew-Institut ist seit über 30 Jahren an der Rehabilitation psychisch Kranker in Theorie und Praxis wesentlich beteiligt.

Um die Stigmatisierung der Patienten weiter zu verringern und ihre Compliance zu erhöhen, wird vorgeschlagen:
– Alle Personen, die in die psychiatrische Versorgung eingebunden sind, sorgfältig zu testen und auszubilden, damit sie ein therapeutisches Bündnis mit dem Patienten eingehen können;
– die Einstellung der Gesellschaft psychisch Kranken gegenüber zu verändern, wofür es des engagierten Einsatzes aller beteiligten Berufsgruppen, aber darüberhinaus auch der Lehrer, Gewerkschafter, Politiker, Journalisten usw. bedarf;
– die Angehörigen und die Patienten selbst die Arbeit der psychiatrischen Institutionen überprüfen zu lassen, und schließlich
– die Sorge um die psychische Gesundheit in Zentren zu koordinieren, die unmittelbar der Regierung oder lokalen Verwaltung unterstellt sind.

Natürlich ist auch die Verbesserung der finanziellen Mittel erforderlich. Dafür wird es noch über lange Zeit hinweg notwendig sein, Lärm zu schlagen, um das Schweigen und die »Verschwörung der Gleichgültigkeit« (*Jasenski*) zu überwinden. Das gemeinsame Anliegen ist und bleibt die Sorge um die psychische Gesundheit aller Nationen.

Address of the author:

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

Clinical Psychiatry and the Law: Current Dilemmas – A View from the United States**

Rita Rogers (Los Angeles)*

The author describes some ethical aspects in a changed situation of medical practice in the U.S.A. Rogers emphasizes that the first aim of all physicians and psychotherapists remains to act in the best interests of the patient. Other aspects of the professional relationship between physicians and patients like economic, political or personal interests must be subordinated. This view is illustrated in four examples namely the impact of Health Maintenance Organizations, issues of confidentiality, boundary violation and repressed memories.

Recent changes in medical practice in the U.S.A. have affected all fields of medicine. They have had an impact on the prestige, authority, and responsibility of physicians. Health Maintenance Organizations have changed the professional image of physicians in the community, and most importantly their image of themselves.

Because of the shift from medical caring to mercantile interests which Managed Care pursues, psychiatrists, like all physicians, need to be doubly vigilant to remain true to their clinical judgement and responsibility. Being sound clinicians will protect them not only from malpractice suits, but more importantly, they will retain their identity as physicians acting in the best interests of their patients.

In this presentation I will address the impact of Health Maintenance Organizations, issues of confidentiality, boundary violation, and repressed memories. Much of the information comes from *Robert L. Saboff.*

Health Maintenance Organizations

If a psychiatrist believes that an early discharge of his patient, according to the Health Maintenance Organization's rules and regulations, is dangerous to the patient, psychiatrists can and should protect themselves against orders given by a bureaucracy based on pure financial considerations. Example: If a psychiatrist knows that a paranoid schizophrenic patient, noncompliant with medication, can be stabilized with medication in a hospital within a period of three to five weeks, and Managed-Care bureaucrats order him to discharge the patient within five days, that psychiatrist needs to contact the Medical Director of the Health Maintenance Organization and ask for and obtain help from the Director. It will not be easy, because the Medical Director of such an organization is profoundly involved in the mercantile aspects of the HMO, since a prolonged stay by the patient affects the salary of that Medical Director directly. Nevertheless,

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

** Paper presented at WPA-Seminar »Legal and Ethical Aspects of Medical Experimentation« in Berlin, May 10, 1998 in remembrance of Günter Ammon's 80th birthday

fear of a lawsuit (and hopefully also clinical judgement) will make the Director help his colleague making the decision based on medical demands rather than budgetary requests by the HMO.

Caring for a patient is not an event but an ongoing process. Unfortunately there is a gap between the courts and the public's assumptions about psychiatrists' abilities to predict dangers in their patients. It is a difficult task. Psychiatrists need to sharpen their learning and teaching of prognosis. Too often we are sloppy in our assessment and diagnosis, but especially in our prognosis. In an extensive teaching drill for child psychiatric residents, general psychiatric residents, and pediatric residents, we found that prognosis was avoided by an overwhelming majority (95%). Ability to make a prognosis is now more and more a serious matter which psychiatrists need to improve on. The inability to make a correct prognosis does not protect the psychiatrist from the law. If a patient is discharged prematurely from the hospital due to financial consideration and subsequently kills himself or others, the bureaucrat who ordered this is not liable, the psychiatrist is. Financial considerations do not prevall over medical considerations. They can be argued over later on. Life cannot be considered later on.

Confidentiality

Confidentiality is an important ingredient of a psychotherapeutic relationship, but it is not an absolute concept. Patients and their families need to understand that for the patient's protection, confidentiality has to be broken under certain circumstances. For instance, in the case of an adolescent patient who reveals to the therapist that she is pregnant, or a patient of any age who reveals that he will kill himself or someone else, the psychiatrist needs to reveal to the parents, the endangered person, etc., the situation (the *Tarazov* rule exemplified that if a psychologist failed to notify the person whom his patient had acknowledged to want to kill and proceeded to kill, even though the psychologist had notified the campus police, the psychologist was liable). Clinical acumen will dictate how the patient develops confidence in the therapist, and it behooves the therapist to bring it to the patient's understanding that whatever the therapist does is, in the long run, in the best interest of the patient.

A recent case highlights the dilemmas of confidentiality. A New York psychiatrist, president of the American Academy of Psychoanalysis, editor of the American Journal of Pschoanalysis, chair of the American Psychiatric Association's task force on confidentiality, has been sued for not telling of a patient's pedophilia. At the time when it occurred, the patient was a resident in child psychiatry. During a session, he revealed to the psychoanalyst that he wanted to go to South America to see the night sky in the Southern Hemisphere. In the next moment, he confessed an additional agenda for his trip: namely, that he wanted to meet a »nice child«. The child psychiatric resident acknowledged being a pedophile; the therapist did

nothing to remove the patient from his child psychiatric rotation, and four months later that resident, during his rotation service at a hospital, molested a ten-year-old boy. Ten years later, that boy and his family sued the hospital and the psychoanalyst who did not prevent his then-patient, the child psychiatrist, from rotating service which would offer an opportunity for intimate contact with children.

The lawsuit delves into the sometimes ambiguous, often disputes, parameters of confidentiality between a psychiatrist and his patient, and into the unassailable importance and necessary limits of that covenant. The child psychiatrist's patient, however, never had expressed to the therapist an intention to satisfy his sexual impulses. He voiced only a mindset. The legal question open is whether there was a readily identifiable victim or class of victims, which would have meant that it was a supervisor's obligation to notify the potential victims (*Tarasov* Rule). Confidentiality remains a constant struggle for psychiatrists, but it is one which demands a blend of clinical judgment and social responsibility. Confidentiality is not absolute, and it demands flexibility from the psychiatrist.

Boundary Violation

This affects not only sexual violations. Boundary violations occur when the psychiatrist is either personally or professionally insecure in his identity. Security of identity conveys to people a persistent feeling of sameness and continuity. Under such circumstances, we don't need the patient to prop us up as physicians, or as psychiatrists. Our role is clear. Boundaries have to be maintained in the social, financial, and business spheres with patients, and we have to avoid contaminating these relationships with other agendas. This applies to other fields of medicine but is particularly tricky in psychotherapeutic relationship. The American Psychiatric Association demands a two-year abstinence of any kind of sexual relationship after termination of treatment between psychiatrist and patient.

Repressed Memories

One of the most controversial issues in current clinical psychiatry is repressed sexual memories. It becomes a legal/ethical problem, especially when the patients have had no such memories before entering treatment. In the course of treatment, the patient might remember sexual abuse by a father, priest, teacher, etc. The continued encouragement by the therapist might promote in the patient dreams, memories, etc., of such sexual abuse. The memories might not be based on facts but on »perceived truths.« Memories have their own special dynamics and elasticity. Psychaotherapists need to deal with such memories, regardless of whether they are facts or perceived truths, but the patient should be encouraged to look at his or her »need to remember« or fabricate such memories and by no means be encour-

aged to go to group therapy of sexual abused individuals (where such memories are encouraged). We have to remember that there is a particular epidemiology of such memories. Psychotherapists in general need to be vigilant not only to show interest in what patients report to the therapist, but also to know when to deflect their focus. The public, widespread belief that all catharsis is therapeutic is clinically unsound. We have to teach our students to protect some of our patients from focus on issues which hurt them.

Remembering is a highly selective process. It is controlled both by our cognitive and affective self. We register and remember some experiences and can later recall them. We fail to acknowledge or remember other experiences but may later recall them after an interval of amnesia. We are also able to remember events previously forgotten, events which have actually never happened. Such recall may be false. Research on child abuse has revealed this. The relative frequency of these different patterns is unkown. Many factors influence whether experiences are registered, remembered, forgotten, recalled, or constructed even though they never occured. There is no logical contradiction among these statements. The belief in whether a memory is correct or constructed depends on the passionate conviction of the debate. Research has not been helpful in separating »true« from »false« memories. The dialogue surrounding these facts and debates about childhood abuse, for example, has generated more heat than light, more passion than reason, and is an interesting example of how scientific discourse can be contaminated by ideological disputes and social tension.

There are factors which influence remembering, forgetting, and distortion. The influence of the environment or important others in invoking false memories and perpetuating them is unknown. We only know that scholarly discourses are influenced by societal concerns.

This final point brings up an ethical dilemma in psychotherapy: Sometimes we have a narcissistic patient whose overinvolvement with himself or herself is damaging and limiting the patient's involvement with others and with life in general. Does psychotherapy of such a patient increase his or her self-absorption? It is not Managed Care, fear of malpractice lawsuits, or organizational standards which should dictate our clinical judgement. We stand only for what is in the best interests of our patients and our main endeavor and focus has to be on improving our skill, profiting from knowledge of new research and new technical developmens, and applying them to the best interests of our patients.

Klinischer Alltag und Recht: häufige Dilemmata– Ein Bericht aus den USA

Rita Rogers (Los Angeles)

In diesem Beitrag nimmt die Autorin zu einigen neueren Entwicklungen im Gesundheitswesen der USA Stellung. Sie erinnert daran, daß die ethische Grundverpflichtung des Arztes immer noch im Wohl des Patienten liege, so daß ökonomische, persönliche und politische Interessen dahinter zurücktreten müßten. Anhand von vier Themenkomplexen verdeutlicht *Rogers* ihre Position.

Die ständig anwachsende Kommerzialisierung im Gesundheitswesen in den USA hat dazu geführt, daß Ärzte ihre Patienten in immer kürzerer Zeit behandeln müssen. *Rogers* fordert in diesem Zusammenhang, daß sich Ärzte aktiv davor schützen müssen, Richtlinien zu befolgen, die auf rein finanzieller Basis entstanden sind. Behandlungszeiten dürfen nicht von bürokratischer Seite her diktiert werden, sondern sollten auf der wissenschaftlich fundierten Prognose des Arztes beruhen.

Als zweites Beispiel führt *Rogers* die Schweigepflicht an. Zwar sei das Prinzip der Schweigepflicht ein wichtiger Bestandteil jeder psychotherpeutischen Beziehung, in manchen Fällen müsse dieses Prinzip aber gebrochen werden, um potentielle Opfer zu schützen. Die Autorin nennt in diesem Zusammenhang die Verhütung von sexuellem Mißbrauch, Selbstmord oder Mord. *Rogers* betont, daß solche Entscheidungen eine große Herausforderung an die diagnostische Kompetenz und soziale Verantwortung des Arztes darstellten.

Das dritte Beispiel handelt von Grenzverletzungen der therapeutischen Beziehung, wobei es keineswegs nur um den häufig diskutierten sexuellen Mißbrauch geht. Innerhalb der Arzt-Patient-Beziehung müssen bestimmte Grenzen sozialer, finanzieller und geschäftlicher Ebene eingehalten werden. Zu Grenzverletzungen komme es immer dann, wenn der Psychiater in seiner persönlichen oder professionellen Identität unsicher sei. *Rogers* sieht gerade für die psychotherapeutische Beziehung die Schwierigkeit, einer delikaten Grenzziehung zwischen beruflicher und persönlicher Beziehung, so daß also in diesem Gebiet ein besonders hohes Maß an persönlicher Integrität von seiten des Arztes gefordert sei.

Zuletzt geht die Autorin auf ein sehr kontrovers behandeltes Thema ein, nämlich die wiedererlangte Erinnerung an sexuellen Mißbrauch. *Rogers* äußert die Überzeugung, daß die Faktizität dieser Einnerungen vorsichtig beurteilt werden müsse. Nichts desto trotz sei jede Erinnerung an Mißbrauch als innere Wahrheit des Patienten ernstzunehmen. Die neuerliche Unterscheidung zwischen »wahren« und »falschen« Erinnerungen habe insgesamt zu einer Polemisierung des Themas beigetragen, die der wissenschaftlichen Beurteilung dieses Phänomens eher abträglich sei und letztlich den Patienten geschadet habe.

References

Bruni, F. (1998): In: New York Times, April, 19
Michael, R. (1997): Memory and Cognition. The Recovered Memory / False Memory Debate. In: American Journal of Psychiatry (154) 1456
Rogers, R., R. (1975): A Teaching in Child Psychiatry. In: American Journal of Psychiatry (132) 158–163
Sadoff, R., L. (1998): Recent Developments in Clinical Psychiatry and the Law

Address of the author:

Prof. Dr. Rita Rogers
36 Malaga Cove, Suite 203
Palos Verdes Estates
California 90274
U.S.A.

Ethics, Morals, Psychiatry and Psychoanalysis**

Zvi Lothane* (New York)

In his essay the author discusses the influence of ethics on psychoanalysis, the contribution of psychanalysis to ethics, the role of moral conflicts in interpersonal dynamics of symptoms and the ethical aspect in therapeutical relationships. He discusses in detail central concepts of Freud's psychoanalysis with regard to their ethical implications, their innovative meaning for humanizing therapeutic work as well as their limitation which owing to Freud's monadological understanding of libido prevents a holistic understanding of symptoms as an expression of interpersonal actions and relationships.

The Basic Issues

Whether we are mentally healthy or mentally ill, we live day by day in a world in which persons and groups (families, societies, nations) are ruled by laws of nature, or biology, laws of the mind, or psychology, and laws of conduct, or morality, or by the ascending hierarchy of body, mind and ethics. These are facts of life; they are in the realm of individual and social action, therefore method, thus preliminary to any theory of mind. The purpose of this essy is to make clear that ethics is fundamental to psychoanalysis (and psychiatry) as healing methods and as ethical systems, to reaffirm, with *Rieff* (1959), that *Freud* was an essential moral philosopher, whether he admitted it or not, even as he often denied philosophy and regarded psychoanalysis as a science, which it is in some ways but not others (*Lothane* 1996a).

The words 'morals' and 'ethics' have given rise to interchangeable definitions and usages. Morals are related to mores, the plural of the Latin mos, custom; mores reflect traditions, conventions, and laws that harden into habits of judgement and action. The Greek equivalent of mos, ethos, gives rise to ethics, or moral philosophy, whose aim is to define the very concepts and principles underlying moral laws and codes. While moral codes are local and temporal, the very quest for values and virtues, such as love, truth, and justice, is perennial. Ethics thus defines the right, or virtuous, conduct and character, contrasting virtue to vice, sin, and crime, Ultimately morals and ethics, just as the acquisition of language, define, as *Mortimer Adler* put it, the difference of man (from animals) and the difference it makes, both on the individual and the social plane.

Customs, codes, and commandments regulate what is permitted and what is forbidden in social intercourse in relation to sex, money, speech,

* M.D., Psychiatrist, Psychoanalyst, Clinical Associate Professor of Psychiatry, Mount Sinai School of Medicine, New York, USA

** Paper presented at the 11th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP / XXIVth International Symposium of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) at the Fachhochschule München-Pasing, March 4–8, 1997 – will be also published in »Psychoanalytic Review«.

power, coercion, violence, and war. While prophets, philosophers and priests have preached the value of universal peace, justice, and love, it is the prosecutors, policemen and prison-keepers who hold us to the laws and punish transgressors, while psychiatrists treat dyssocial conduct as symptoms of mental illness. But do symptoms here have the same meaning as in medicine?

At the midpoint of his writings on psychoanalysis *Freud* makes the following observation: »psychical (or psychogenic) symptoms and psychical illness – are *acts* detrimental, or at least useless, to the subject's life as a whole« (*Freud* 1916–1917, emphasis added). *Freud* further sees such acts along a continuum: »›being ill‹ is in its essence a practical concept... you might well say that we are all ill – that is, neurotic – since the preconditions for the formation of symptoms can also be obeserved in normal people« (*Freud* 1916–1917, emphasis added). Methodologically speaking, *Freud* mixes a number of disciplines: symptoms and illness belong in medicine, neurosis is a psychiatric term, while acts and practical considerations belong in ordinary life and the humanities.

Is *Freud* mixed up? No, but he is mixing metaphors, using the metaphor of sickness to characterize socially maladaptive and undesirable acts, or conduct. Moreover, *Freud* is applying *Comte's* concept of a positive science: science deals with what is, not with wht ought to be; oughts and shoulds are the province of ethical values, or a normative science of morals. Far from being an otiose oxymoron, such a science follows the logic of the humanities.

Another metaphorical level is reached when *Freud* characterizes the acts in question not as symptoms of illness, but of ›illness‹, not a real medical illness but a pseudo-illness, i.e., neurosis. Moreover, we normal people are also all ›ill‹, or neurotic, in some sense. But what is this ›illness‹ if not some conduct useless to life as a whole? In this instance *Freud* behaves somewhat like the proverbial Monsieur Jourdain: talking ethics without telling us he is, whether he mentions ethics or not. For *Freud* knows, as we all do, that where there is conduct there can also be misconduct, or conduct that is morally wrong. The question comes up every time: when faced with socially unacceptable or maladaptive conduct, what decides whether such misconduct is labeled by psychiatry as illness, by religion as sin, by law as crime, by the moralist as vice, and by the psychoanalyst as neurosis?

As a moralist and a teacher of society, *Freud* was concerned with ethics all his life, especially in his later years (*Freud* 1908, 1921, 1929, 1930). However, he did not apply ethics to analyzing symptoms of neurosis, e.g., not in the analysis of any of his cases, a rather amazing fact. *Freud* found it more congenial not to place psychoanalysis in the discourse of ethics because qua symptoms of dysfunction, morally wrong acts often look more like a condition than conduct: they appear not as deliberate acts but as involuntary, driven, unconsciously motivated acts and as such not amenable to change by moral persuasion. For if they were so amenable, a sermon would suffice where arduous psychoanalytic work is needed for the person to pass from reflex to reflection, to attain full moral maturity and responsibility and a

comprehension of the of ethical issues involved. But that does not mean that the person is completely unaware of moral responsibility, or that moral conflict is not an essential and ubiquitous aspect of psychological conflict.

Conduct is also intimately related to a person's character, including moral character: people act in conformance with their character. But, again, character is not something deliberate or fully conscious, but related both to our first nature, i.e., what we are born with, and to our second nature, i.e., the habits we acquire during maturation and development, such that character results in a near-automatic way of responding to life's situations and stimuli. While ethics contributes to psychoanalysis by defining moral character in terms of various virtues, such as courage or truthfulness, psychoanalysis, and especially psychoanalytic developmental psychology, illuminate how a person's character is shaped in interactions between self and others from birth to maturity, in multiple situations involving conflict and compromise, to become an intrapersonal integration of biological, psychological, and moral givens. Here, too, moral exhortation cannot affect the deep unconscious foundations of character unless psychological work is done promoting self-reflections and change. Character, *Freud* said (1923), is the precipitate of abandoned interpersonal relationships and contains the history of those relationships.

Interpersonal Relations and Moral Conflict

Building on the idea that psychogenic symptoms are acts of a person, not, as in medicine, signs of underlying bodily processes, I have argued that *Freud*'s hitherto unacknowledged dynamic model of symptom formation is not only intrapersonal (or intrapsychic) but also self-evidently interpersonal: that the symptom is not a content detached from its interpersonal context, for the complete meaning of the symptom is in the complementarity of the interaction between two persons, in the give and take between them, in the communication from a sender to a receiver (*Lothane* 1997a), who together define the meaning of the symptom in question.

The ancient Greeks realized that a person's character is his fate: people act and react in ways reflecting their internalized character traits. Thus in every interaction it is necessary to appreciate the interplay of the intrapersonal givens, character and style as dispositions for action, and the interpersonal givens, or the interactions as they actually occur in a situation between two people.

In recent years relational concepts have been gaining recognition in the psychoanalytic literature. I have argued that the two all-important relations in life, the sex relation and the love relation between two persons (*Lothane* 1982, 1987a, 1989a), or between an indivudal and a group (*Freud* 1921, *Lothane* 1997b), require an integration of the monadic and dyadic models of human action. Thus, *Freud*'s exclusively monadic conception of sexuality, as an ebb and flow of inner drives, of accumulation of libido pressing for

discharge, is not enough as a complete picture of the sexual embrace of two people and of psychosexuality, the latter representing the fusion of dream and desire carried from one person to another (*Lothane* 1983, 1992a). As with character, both the monadic and dyadic nature of the sexual interaction need to be considered (*Lothane* 1992a).

The interpersonal conception of symptoms as acts in »life as a whole« further points to the fact that such interaction can be either collaborative or conflictual. No two persons want the same thing, at the same time, or all the time, in relation to being (identity), having (prossessions) and doing (power), in matters of sexual love, affectionate love, work, money, and prestige, to name a few basic ones. Therefore, external conflict, that is a clash of interests, needs, and goals is unavoidable. But in life as a whole there always is a dynamic connection between external and internal: the ubiquitous potential for external conflict is accompanied and complicated by internal conflict within the person, and from the start *Freud*'s has been a dynamic inner conflict psychology. Since acts reflect inner conflict, *Freud*'s conflict psychology, congruent with the tradition of character analysis by great novelists, is the way to understand the ongoing counterpoint of external reality and internal reality and their coming together, in conjunction with character, in the dynamic understanding of acts.

Resolving external social conflict due to competing interests between various agents calls for moral choice: shall conflict resolution be achieved peacefully, through negotiation, or violently, through the use of might to decide who is right. In this way external moral conflict and internal moral conflict, the responsibility of choosing a moral solution and a respect for the autonomy of the person vs. the rest of society, become inseparable in every human interaction. On the other hand, unresolved inner conflict, internalized as a moral conflict, or conflict of conscience, with the accompanying emotions of guilt and shame, anxiety and depression, becomes a cause of symptoms as suffering. But as soon as conflicts of conscience enter the scene, we are immediately back to judgments about what is morally right and wrong, to what makes character and conduct moral or immoral, in short, back to ethics.

As a healing method and art of the sick body, medicine is ruled by ethics extrinsically, as a set of principles that regulate the ethics of the procedures and the doctor patient relationship, as defined more than two thousands years ago in the *Hippocratic* oath. The oath was explicit in enjoining the doctor to promote the quality of life, to be dedicated to healing the patient, not to exploit the patient to satisfy his own needs at the expense of the patient, sexually or otherwise, This *Hippocratic* oath raises moral issues in the current concerns with the legality of various drugs and procedures, the right to choice of life (abortion) and death (euthanasia).

In psychiatry and psychoanalysis the relationship to ethics is also extrinsic, as the ground rules and norms of confidentiality in psychotherapy, the sharing of sex or money between doctor and patient, or the ethics of commitment procedures. However, as already noted, in psychiatry and

psychoanalysis the relation between symptom formation, moral dysfunction and mental disorder is also an intrinsic one, for, as already stated, psychological conflict inescapably contains a moral conflict. Therefore, in addition, the current emphasis on developmental dynamics in psychoanalysis needs to be complemented by understanding the evolution of the moral sense in the child and in the family.

Psychoanalysis, then, as a therapeutic, investigative and philosophical discipline embraces two methods: the historical, that includes growth and development, and the ethical. As the search for the *Socratic* ideal of self-knowledge and the examined life, the historical quest serves to ascertain a patient-validated biography; as an ethical quest, it strives to understand how emotional conflict becomes pathogenic because it is also a moral conflict, a conflict of conscience, i.e., of moral consciousness. The evolutionary progression from biological to psychological culminates as the ethical in the normative definition of human conduct as right or wrong, good or bad, as what is and what ought to be. For example, biologically, walking away with a book from a store is the same conduct whether you pay for it or not, but it is not the same morally. Similarly, lying is biologically and psychologically just a manner of speaking, but morally it is speaking an untruth with an intent to deceive.

Thus, whereas the normative criterion in psychology is embodied in perception as the discrimination of truth from error, the normative criterion in ethics is provided by the function of conscience, as the discrimination of moral right from wrong. Both perception and conscience are forms of knowledge, and it is no coincidence that in French ›conscience‹ is the same word for consciousness and conscience, and in German Gewissen, conscience, is related to Wissen, knowledge, awareness. But there is a difference, and to underscore it I would like to invoke *Goleman*'s (1995) concept of emotional intelligence.

The notion of emotional intelligence seems to embody an oxymoron: usually intelligence is applied to perceptual, cognitive and motor skills and performances while emotions are considered to be blind, and we usually speak of delusional ideas but not of delusional feelings. However, in the evolution of mankind, as a form of consciousness, feelings are a new form of consciousness, emotions are a new kind of action in the world, especially what goes under the name of compound or evolved emotions: love vs. hatred, jealousy, and envy; pride vs. humility; pleasure vs. happiness. The fully emotionally intelligent person is the very definition of a mature person, one whose emotions have been so developed as to make him or her capable of love as a supreme positive feeling, as a mode of knowing, being doing and having. Hence I would like to suggest a concept akin to emotional intelligence (*Goleman* 1995): moral intelligence, the fully developed possession of the capacity to judge right and wrong, to have an incorruptible conscience, to be able to practice the virtues of wisdom, justice, and compassion.

To proceed with our inquiry it should be useful to focus on the following interrelated areas: 1. how does ethics inform psychoanalysis; 2. what contribution does psychoanalysis make to ethics; 3. the role of moral conflict in interpersonal symptom dynamics; 4. the morals of the therapeutic relationship.

1. Evolution of the Ethics of Love

Contrary to social *Darwinism* and its slogan of the survival of the fittest that has served to justify rapacious and violent conduct in peace and war, the American philosopher *Charles Peirce* (1893) gave the name evolutionary love to the acquisition of a unified capacity for love and intellection in the evolution from animal kind to mankind: »Three modes of evolution – absolute chance (tyche), mechanical necessity (ananke), and the law of love (agape)... [are] severally operative in the cosmos. [In] agapasm [from agape] the good result is... brought to pass, first, by the bestowal of spontaneous energy by the parent upon the offspring, and, secondly, by the disposition of the latter to catch the general idea of those about it and thus to subserve the general purpose... The agapastic development of thought should, if it exists, be distinguished by its purposive character, this purpose being the development of an idea. We should have a direct or agapic or sympathetic comprehension and recognition of it, by virtue of the continuity of thought« (*Peirce* 1893).

It is remarkable how *Peirce* connects the evolution of love in the species and in the person during growth an development. In his evolutionary conception, *Peirce* is arguing that knowledge is of two kinds: perceptual and intellectual, of the world of things and people, of what is true or false; and emotional, of like or dislike, of love and survival. Is emotional cognition but a variety of perceptual cognition, or does it represent a special cognitive function? Is it defined by its mode of operation or by the nature of the object cognized?

The question is both philosophical and practical, and if we say yes to both questions, then we are committed to deal with love, sympathy, fellow-feeling, i.e., feelings with and for others. Originally applied to physical sympathetic resonance of two vibrating bodies, sympathy became applied to vibrations we receive and send in emotional encounters and communications. The Latin word for sympathy (sym, together, pathos, feeling) is compassion, again, the ability to feel with others and for others, preferable to the currently fashionable but tired locution empathy. Sympathy gives rise to sympathique, sympatisch, and simpatico, meaning congenial, likable, and naturally related to phenomena of like and love, be they eros, agape, philia, or love of bodies, of persons or of things and ideas.

In the domain of ethics of love the ancient Hebrews were the first teachers of ethics to mankind, with the most powerful moral message delivered by *Moses* in his Ten Commandments, followed by the Prophets

of Israel in their insistence on the principles of universal love, justice, compassion, and peace among the nations. The message of *Moses,* »love thy neighbor as thyself« (*Leviticus* 19:18), was reaffirmed by *Hillel,* a contemporary of *Jesus:* »Avoid doing anything to your neighbor which you would not like to have done to you. This is the whole Torah, all the rest is merely its interpretation. Go and learn.« The message of *Hillel* and *Jesus* reverberates down the ages and reaches *Immanuel Kant.* Most treatises of ethics begin the history of ethics with *Socrates* and the Greeks. A notable exception is the text of *John Dewey* and *Tufts* (1906): Bishop *Fénélon* similarly found that among »the nations of antiquity Jewish people [were] alone worshipping the true God and the possessions of a religion of love« (*Baron* 1943).

Among the ancient Greeks *Socrates* inquired about the form of the good, also known as the virtues, while *Plato* defined the goods, the cardinal virtues of wisdom, courage, temperance and justice. At the same time the Greek were also enamored of the analysis of perception and epistemology, and as a result, for more than two millennia, Western philosophy has been preoccupied with perception and perceptual intelligence: with true vs. false perception, i.e., or with perception vs. hallucination, illusion, and delusion. I would characterize this philosophical preoccupation as perceptionism, conducive to a climate in which emotional intelligence and ethics took a second seat.

It should be acknowledged, however, that this trend in Greek philosophy was highly conducive to the emergence of Greek science and metaphysics. The atoms of *Democritus* inspired the investigation of the causes and phenomena in the natural order and paved the way for the spirit of determinism and the flowering of the sciences of matter. The revival of Greek themes and thought during the Renaissance inspired the course of science in the last three centuries, with such names as *Galilieo, Bacon* and *Descartes.* In this way what is scientific came to be narrowly defined as what is causal, retrospective rather than prospective, such that issues viewed as final, purposive, or teleological came to be regarded as unscientific. But whereas determinism and causalism are good servants in science, they are neither good servants nor good masters in ethics. The science of ethics – science in the broader sense of knowledge – has to give equal notice to causes and purposeses of conduct, to means as well as to ends. The time has come to claim for moral consciousness an equal status with, if not primacy over, perceptual consciousness and epistemology.

If this be granted, then the question is what kind of moral philosophy should one choose, one that is based on love or one that is based on duty? The latter has been called deontological ethics, from the Greek ›deon‹, duty, meaning that certain moral laws and acts are obligatory irrespective of their consequences, in line with the saying, fiat iustitita et pereat mundus, let justice be done though the world perishes. Following such a principle, supposedly represented by *Immanuel Kant,* it would have been wrong to tell a lie even in order to save a person's life under Nazi rule in Germany or under Communist rule in the Soviet Union.

This was questioned by the British moralist *F.H. Bradley* (1879): »Why should I be moral«, asked *Bradley,* and went on engage in polemics against the Utilitarians and the Kantians, discussing the meaning of »pleasure for pleasure's sake« and »duty for duty's sake«. *Bradley* argued against high metaphysical concepts or categorical imperatives in favor or a personalist and situationist conception of ethics. In 1908 *Dewey* and *Tufts* juxtaposed customary and reflective morality, i.e., one derived from *Aristotle* to situational ethics, i.e., knowing what one is choosing and doing in the context of a given character, conduct, and the human condition, based on the assumption that every act has a potential moral significance. Later *Dewey* (1920) expressed this idea as follows: »General notions of health, disease, justice, artistic culture are of great importance: Not, however, because this or that case may be brought exlusively under a single head and its specific traits shut out, but because generalized science provides... (one) with questions to ask, investigations to make, and enables him to understand the meaning of what he sees... Moral goods and ends exist only when something has to be done... Consequently, the good of the situation has to be discovered, projected and attained on the basis of the exact defect and trouble to be rectified. It cannot be intelligently injected into the situation from without... the value of systematization is intellectual, or analytic. Classification suggests possible traits... they... are tools of insight; their value is promoting an individualized response in the individual situation« (*Dewey* 1920).

Dewey does not specifically mention love in connection with reflective morality. But can one think of a potential human situation in which love and compassion do not play some role? In the example above, was a physician in the concentration camp sick bay morally justified to lie about the patient's fever if it meant saving his life out of compassion?

2. *The Contribution of Psychoanalysis to Ethics*

As expressed by *Peirce,* the family provides the first experiences in moral socialization. From early on, growing children and the grown-ups responsible for their ubgringing develop contracts and codes regarding the satisfaction of needs; the right to express opinions and emotions; obedience to authority vs. personal freedom, as preparation for later constitutional right to life, liberty and the pursuit of happiness in adult society. I use Rousseau's term as an ideal point of comparison to indicate that is the very way such matters are handled in the family, whether arbitrarily, adversarially, or collaboratively, and the moral choices taken in resolving conflicts along the way, that are the very heart of socialization, of developing a social and moral character, i.e., the capacity for altruism vs. egoism, the virtues of love, duty, freedom and responsibility in speech and action.

It is here that developmental psychoanalysis makes a positive contribution to the evolution of love as recognized by *Freud* and *Ferenczi* (1933)

and argued most eloquently by *Ferenczi's* successor, *Michael Balint* (1965), but also by *John Bowlby, Margaret Mahler, René Spitz, Daniel Stern, Berry Brazelton, Heinz Kohut,* and many others. It is in the mother's loving face, gaze, and smile and in its being reciprocated by the child, as symbolized in the adoration of the Virgin and Child. I have similarly argued that the instincts of preservation of the self and species are precisely those that guarantee the reaffirmation of the primacy of love and the role of »the mother... (in) preserving the species and fostering the child's instincts of self-preservation while also teaching the child the give-and-take of love« (*Lothane* 1989a), a foundation of adult love, as expressed by the poet:

> »For love all love of other sights controls,
> And makes one little room an everywhere...
> My face in thine eye, thine in my appears,
> And true plain hearts do in the faces rest;...
> If our two loves be one, or thou and I
> Love so alike that none can slacken, none can die.«
> *(John Donne,* The Good Morrow*)*

The insights of the philosopher, the poet, and everyday life all point to a similar impression: the first school of love is the experience of being loved by the parents.

Moreover, it is in this school that the growing child, a person from the word go, not an object (the misnomer object relations should be banished from our vocabulary), has the first opportunity to learn about morals and ethics: to experience and test innate intuitions into the basic issues in moral philosophy; the security, happiness and pleasure of being recognized, respected, and validated; of the importance of love, power, and justice. It is here that the child learns, through a holistic, non-atomistic, integrated perceptual and emotional awareness of these phenomena and values to absorb the whole gestalt of love. It is the attainment of such an integration that enables the child to learn to discriminate the positive and the negative: that there is goodness, happiness of enjoying a healthy body, mind, and moral harmony with the environment in all the robust exuberance; and that there is badness, the misery of pain, frustration, denial, repression, injustice and cruelty, aggression and violent destructiveness – all those forces that corrupt the innate healthy sense of the inherent loving goodness of the created world. According to the old saw, as the twig is bent the tree will grow – the difference between early exposure to the optimistic vs. the nihilistic view of love and the world.

Freud on Ethics

As a member of the society in which he lived, *Freud,* was both law-abiding and subcribed to conventional ideas about right and wrong, good and bad conduct, in matters of handling property, civil liberties, sex, and

ethics in the analytic situation, making certain notions explicit and taking others for granted. A few times he lapsed from his own principles, as when he tried to cover up Jung's less than honest treatment of *Sabina Spielrein* (*Lothane* 1996), or, in 1921, when he encourraged his American analysand *Horace Frink,* M.D., to divorce his wife and to marry a rich heiress, telling the latter »that *Frink* could develop homosexual tendencies and possibly a nervous breakdown if she did not marry him« (*Warner* 1994). *Frink* obeyed *Freud* and became psychotic. Rather than facing the ethical issues of the case, *Freud* overgeneralized his doctrine about the causal link between homosexuality and paranoia he had previously, and erroneously, applied to *Paul Schreber* (*Lothane* 1989c, 1992b).

In founding psychanalysis as a method, *Freud*'s revolutionary paradigm consisted in establishing the dynamic continuity between health and disease. Beginning with the investigation of the cause and cure of psychopathology, psychoanalysis evolved into a general psychology of the human condition as a whole, of the individual and society.

One bridging concept in this continuum was the dream: both healthy and sick people dream, both healthy and sick persons' dreams have meaning. Another bridging idea was the dynamics of unconscious mental processes: all people are moved, more or less, by unconscious processes and are more or less aware of the unconscious motives of their actions. The third concept was the ubiquity of psychological conflict, in everyday life, in neurosis and in psychosis.

But ethics was also present from the start: the first chapter of the Interpretation of Dreams, section F bears the title: »The moral sense in dreams« (*Freud* 1900). *Freud* quotes approvingly from *Maury*'s 1878 work, Le Sommeil et les Rêves: »[in the dream] the visions which unroll before my mind and which constitute a dream are clearly suggested by the urges which I feel and which my absent will does not attempt to repress« (*Freud* 1900). But *Freud* is also aware that »the moralizing purpose of the dream reveals an abscure knowledge of the fact that the latent dream-content is concerned with forbidden wishes tha thave fallen victim to repression« (*Freud* 1900). The natural wishes of children, for instance, the wish to exhibit one's nudity, become later inhibited, i.e., socialized, due to an internalized moral prohibition. In this way the dream reflects both the forbidden wishes that become the stuff dreams and a model for the »construction of obsessions and phobias... and in paranoia delusions of being observed while dressing... (and in) perversion« (*Freud* 1900), let alone the classical hysterical symptoms. But what is crucial here is not only that the dream and the symptom are constructed alike, that the symptom is like a dream and the dream like a symptom, something which nobody grasped before *Freud* and most people have forgotten since, but that moral awareness itself, and the underlying moral conflict, give shape and form to the dream and the symptom. Moreover, the early conception of the dream also included the historical function of the dream, since the latent content also reflected the

day residue, or the historical reality residue, that served as an instigator for the dream (*Lothane* 1983). We now add to it the moral day residue: the moral conflict that upsets the psychological homeostasis, becomes a moral locus of irritation, or perturbation, to the moral sensibility, and enters the manifest content of the dream.

This rare insight of *Freud* about the role of the moral sentiment in the dream is fully present in his delineation of the dream censor, the precursor of the super-ego of the later structural theory. But instead of continuing to give equal attention to the latent content of the dream and the day residue as expressing a moral conflict, thus remaining true to the dual function of the psychoanalytic method as historical and ethical, *Freud* during certain periods derailed into the doctrinaire and dogmatic position of the libido theory, according to which symptoms and dreams were nothing but libidinal wishfulfillment and libidinal gratification. Insted of integrating both functions, to show how wish-fulfillment was not merely a monadic libido process but an adaptive interpersonal response to heal the destabilizing effect of conflict and trauma in a situation, *Freud* diminished his own insight by limiting dreams and symptoms to libidinal gratification (*Lothane* 1983). But in his other moments *Freud* returned time and again to the ubiquity of moral issues, and especially in reference to dreams. He was committed to the idea of the »moral responsibility for the content of dreams«: »obviously«, says *Freud,* »one must hold oneself responsible for the evil impulses of one's dreams. What else is one to do with them? Unless the content of the dream... is inspired by alien spirits, it is part of my own being... and if, in defence, I say that what is unknown, unconscious, and repressed in me is not my ›ego‹, then I shall not be basing my position upon psycho-analysis, ...and I shall perhaps be taught better by the criticisms of my fellow-men, by the disturbances in my actions and the confusion of my feelings. I shall perhaps learn that what I am disavowing not only ›is‹ in me but sometimes ›acts‹ from out of me was well« (*Freud* 1925).

Again, a simplifying trend can be seen in *Freud's* monadically-inspired concept of superego, his occasional synonym for conscience that has both illuminated and obscured issues of ethics. Described as the heir to the *Oedipus* complex, the superego consists of the internalized, mostly unconscious, prohibitions and demands of the parents, but if so, this conception did not accord with the fact that conscience and the awareness of good and bad, of moral trauma, guilt and shame, are already present in the preoedipal child, on the one hand, and that such a narrow conception does not explain the fully evolved and intelligent moral person, on the other.

At a later stage, classical ego psychology, or the structural theory, a cornerstone of the so-called »orthodox« psychoanalysis, focused on »intrapsychic« conflict, or the »struggle between incompatible forces or structures within the mind« (*Moore, Fine* 1990). This conception of psychological conflict defined as a clash of forces, likened to vectors in a parallelogram of forces in a physical field. When *Freud* shifted from the method of psycho-

analysis to systems in psychoanalysis, or his various theories and models of the mind, he believed to have created a scientific system of ethics based on naturalism rather than religion: a *Darwinian* evolutionism combined with a seemingly value-neutral approach. This scientific ethics was derived from the genetic vantage point, combining the idea of nature and nurture, or development. In this way, ethical conflicts came to be defined as structural conflicts: drama was replaced by development; practical reason, or will, by wish. What was gained in scientific parsimony of formulations was lost for the ethical understanding of the moral life. In the words of the British moral philosopher *G.E. Moore,* such a reductionist conception of psychological conflict could be said to suffer from the naturalistic fallacy.

In spite of a tendency to reductionism and an avoidance of moral considerations in discussing his own cases, Freud was eloquent about the role of moral conflict and conscience in fictional situations created by poets, novelists, and dramatists, starting with the stories of the Bible and the Greeks and continuing down the ages. A classic example of moral conflict for *Freud* is Rebecca West, the heroine in *Ibsen's* drama Rosmersholm, for *Freud* an example of those wrecked by success. Rebecca succeded in being sued for marriage by Rosmer, the drama's hero, and her undoing was her inability to accept such a fortune due to »her conscience... (and) a sense of guilt which debars her from enjoyment. And what has awakened her conscience? Let us listen to her herself, and then consider whether we can believe her entirely. ›It is the Rosmer view of life... that has infected my will... And made it sick. Enslaved it to the laws that had no power over me before. You – life with you – has ennobled my mind‹ « (*Freud* 1916).

Freud does not doubt that this emancipated – i.e., sexually liberated – woman, a woman with a past, now crippled by the high-minded Rosmer, is telling the truth, in confessing she has driven Rosmer's sick wife Beata to suicide by the power of suggestion, in order to set Rosmer free to fulfill his noble task of liberating mankind; and Rosmer does forgive her »the crime she has committed for love of him«. But that is not all: Beata's brother Kroll then tells Rebecca that her erstwhile benefactor and adoptive father, Dr. West, is actually her natural father who committed adultery with her mother, an intelligence which Rebecca receives with »agitation so extreme that Kroll cannot attribute it to his information alone... The enigma of Rebecca's behavior is susceptible of only one solution. The news that Dr. West was her father is the heaviest blow that can befall her, for she was not only his adopted daughter, but had been his mistress... (and therefore) she surrenders herself wholly to her now overmastering sense of guilt... (T)he knowledge of her incest... this deeper motive could be explicity enunciated« (*Freud* 1916).

Rebecca is wrecked by her guilt and drags Rosmer and herself to a drowning death in the same mill-race into which she had earlier driven the hapless Beata to her watery grave. Why did *Freud* think she was wrecked by success?

The genius of *Ibsen* as a dramatist is matched by the genius of *Freud* as an interpreter: *Ibsen* works on many levels of motivation and conflict, and

so does *Freud. Ibsen* does not clearly state that Rebecca was her father's mistress, nor is it clear at what age she became involved with him. However, people in the theater seems to have endorsed *Freud*'s reading (*A. Goldstone,* personal communication). Be that as it may, *Freud* shows a distinct bias in favor of the causal force of guilt over the sexual involvement as against guilt over having caused Beata's death. *Strindberg, Ibsen*'s contemporary, was more impressed with the evil power of suggestion in Rebecca and called it soul murder, or psychic murder, a concept he extolled greatly and later made use of in his own The Father, about a man destroyed by a vengeful wife over an issue of doubtful paternity. I have raised the possible connections between *Strindberg*'s idea of soul murder and *Paul Schreber*'s (*Lothane* 1989c).

In his microanatomy of psychic murder, guilt, and expiation, *Freud* is less concerned with an actual crime, Rebecca's destruction of Beata to gain Rosmer's love and to promote his social reforms than with an earlier, primeval, or Ur-crime, i.e., incest played out in the primal regions of the mind and endowed with maximal pathogenic power. This is the *Freud*ist doctrine of original sin, and is not of Jewish but of Greek inspiration: it comes from the myth of Oedipus. But the biblical crime of incest is not only incestuous sex, but uncovering nudity, or gilui 'araiot: from the shame of nudity, and loss of innocence, between Adam and Eve in Paradise to beholding the parent's nudity, as in case of daughter's of Lot and of Ham, or *Freud*'s confession to his friend *Fliess,* that he had seen matrem nudam (= his naked mother) as a child, during a train journey to Leipzig.

Freud was particularly partial to the incest motif in the evolution of social institutions: he made it into a cornerstone of his genesis of the super-ego, his technical term for sonscience. But this is once again *Freud*ism, or a particular *Freud*ian doctrine, a quasi-*Darwin*ian myth of origins. This is how *Freud* sees: »The super-ego retained essential features of the introjected persons – their strength, their severity, their inclination to supervise and to punish... *Kant*'s Categorical Imperative is thus the direct heir to the Oedipus complex« (*Freud* 1924). This surely is an arbitrary reduction of the nonsexual to the sexual; of secondary process to primary process thinking; the normative sense of morality, guilt and retribution to neurotic morality, guilt and retribution; of will to blind wish. But this is lower-oder neurotic morality: for that introjection is a captive process, not a higher-order moral sense built on an enlightened choice between right and wrong. The task of elucidating guilt as a central core in neurotic conflict and in society was left to neo-*Freud*ians *Karen Horney*'s (1939) and *Erich Fromm* (1958).

Other than according power to neurotic morality, *Freud* also invokes his concept of superego to explain the origin of aggressive behavior in general: »the super-ego, which in the form of ›conscience‹, is ready to put into action against the ego the same harsh aggressiveness that the ego would have liked to satisfy upon other, extraneous individuals. ... Civilization, therefore, obtains mastery over the individual's dangerous desire for aggression by

weakening and disarming it and by setting up an agency within him to watch over it, like a garrison in a conquered city. *We may reject the existence of original, as it were, natural capacity to distinguish good from bad...* Bad... may be something which is desirable and enjoyable to the ego. Here, therefore, there is an extraneous influence at work, and it is this that decides what is going to be called good or bad... and it can best be designated as fear of loss of love... the danger [is] that this stronger person will show his superiority in the form of punishment... ›Bad conscience‹, or ›social anxiety‹ in small children... can never be anything else, but in many adults, too, it has only changed to the extent that the place of father of the two parents is taken by the larger human community« (*Freud* 1930, emphasis added).

This *Freud*ist bias echoes the pessimistic view of Ecclesiastes that the heart of mankind is evil from youth on, or *Hobbes* quoting *Plautus* in Leviathan, homo homini lupus est, man is a wolf to man. *Freud* was late in acknowledging the importance of aggression in life and neurosis, rejecting *Adler*'s early insight of 1908 in favor of the libido theory. Conceding the reality of aggression as a drive, as a biologically given darker passion, he flatly denies any innate sense of right or wrong stemming from anything remotely resembling innate love or compassion, deriving morality solely from a fear of punishment or retaliation. To use another comparison, this kind of morality smacks of a process not unlike *Darwin*'s struggle for existence or *Spencer*'s survival of the fittest. He does not consider, for example, that it may be morally flawed on the part of sadistic parents to inflict aggression on the child, or, more importantly, the adolescent. Of course, he was right or when he pointed out yet another reason for the young person's understandable rage over being forced, by adults parents or others in society, to give up instinctual satisfaction: »And here at last an idea comes in which belongs entirely to psycho-analysis and which is foreign to people's ordinary way of thinking... conscience (or more correctly, the anxiety which later becomes conscience) is indeed the cause of instinctual renunciation to begin with but that later the relationship is reversed. Every renunciation of instinct now becomes a dynamic source of conscience and every fresh renunciation increases the latter's severity and intolerance... [hence] the paradoxical statement that conscience is the result of internals renunciation, or that instinctual renunciation (imposed on us from without) creates conscience, which then demands further isntinctual renunciation« (*Freud* 1930).

However, such renunciation is imposed in a civilization in which religious authority decides what is sexually right or wrong. This last insight was not new: *Freud* had declared war on civilized sexual morality as far back as 1908. However, twenty years later, not long after his seventieth birthday, he gave a cold shoulder to *Wilhelm Reich* who sought to bring salvation by means of sexual freedom and fulfillment; by that time he had made his peace with instinctual renunciation, thanks to getting old and with the help of rational will.

It is timely to add the concept of will to conscience and ethics, as articulated by the *Kant*ian philosopher *Paulsen* (1899): »Biological and

evolutionistic reflections reveal the will as the primary and radical element of psychical life. Life originally consists in blind striving, without presentation of ends and means. The intelligence manifests itself as a secondary development, as a growth, like its physiological phenomenon, the nervous system and the brain... The original form of the will is blind impulse; in consciousness it appears as a felt striving. In case the craving is satisfied, the successful activity is accompanied by pleasurable feelings; in case it is obstructed, pain ensues... The satisfaction or inhibition of desire is likewise accompanied by pleasurable of painful feelings...

Will, in the narrower sense, or rational will, is desire determined by purposes, principles, and ideals. It arises in man as the highest development of the will, when the intelligence develops into rational, self-conscious thought. The will becomes conscious of itself in the practical ideal of life. Feelings of satisfaction accompany conduct which conforms to the ideal, while acts out of harmony with the ideal arouse feelings of dissatisfaction [due to] the constant criticism and selection... we call conscience. The faculty of educating and disciplining the natural will by means of the rational will is called freedom of the will. A being who thus controls his inner life is called a personal being« (*Paulsen* 1899).

Paulsen's rational will is the possession of a mature individual, capable of moral judgment and virtuous living. *Freud* expressed this in his well-known terse saying: where id was, there shall ego be, or there shall (ich) become.

3. Moral Conflict in Psychiatry and in Interpersonal Dynamics

The nineteenth century saw the flowering of asylum psychiatry and the birth of academic psychiatry. Humanistic psychiatrists like *J.C.A. Heinroth* defiened mental health as freedom and mental disorder as sin rooted in excess of self-love and other passions, as well as a conflict with conscience, leading to reduction or loss of freedom. If we replace sin with guilt and take into account his nation of an »Über-Uns« (or over-us), which, according to *Ellenberger* (1970), can be equated with reason and divenely-inspired sense of justice, we have our modern psychodynamic formulation of symptoms. The difference between *Heinroth* and *Freud* can be seen in comparing the Über-Uns and the Über-Ich: the latter is the problem, the former the solution to the problem.

A recent trend among psychoanalysts is to abandon *Freud's* abstract concepts such as id, ego and super-ego and to revert to the traditional nations of person (*Brenner* 1994, *Hoffmann* 1994, *Lothane* 1987, 1994), paving the way for an interpersonal conception of symptom formation and making ethical isssues an integral part of every extrinsic and intrinsic exploration of symptom, syndrome, and disorder. I would like to propose the following methodological approach: every case can be formulated according to five criteria: the descriptive, diagnostic, dynamic, deontological (ethical), and dialectial, and all need to be considered in order to arrive at comprehensive

assessment of the person, his situation, and a rational treatment plan. Traditionally, the careful and detailed attention to the history, observation, and dynamic formulation of the patient's problem are well known to clinicians. The new emphasis suggested here is on the deontological (from deon, moral necessity) formulation of the patient's conflicts, an understanding of the evolution and function of his conscience and moral judgment. The last criterion is that of dialectics, or debates that ensue as a result of such conflcits between the person and others in his social orbit, or among commentators on the case. Let me illustrate with two vignettes, one historical and one from my practice.

The famed *Schreber* case, as presented in the DSM-III Case Book (*Spitzer* et al. 1981), demonstrates the problems due to a partial and biased presentation of the relevant data. Firstly, it was not *Freud*'s case at all, for *Freud* neither treated *Schreber* nor researched the case historically and only interpreted selected aspects of *Schreber*'s book (1903) insofar as they provided an illustration of a dynamic theory he had developed jointly with *Ferenczi,* i.e., the connection between homosexuality and paranoia (*Lothane* 1997c). This interpretation was pureley speculative and remains unproved as far as the man *Paul Schreber* is concerned, for the real life issues that were of concern to *Schreber* himself had to do with moral conflicts about 1. his marriage and his wife's miscarriages, 2. his appointment as judge presiding at the highest court of the Kingdom of Saxony. Unable to cope with this dual stress, as *Freud* would later say, in matters of love and work, and incapable of resolving these conflicts by a rational decision to simply walk away from marriage and job, *Paul Schreber,* at age 51 in 1893, made a flight into illness and, persuaded by his wife, sought voluntary admission for a second time to his former psychiatrist's University Hospital in Leipzig.

In the »Discussion of Dr. Schreber« (*Spitzer* et al. 1981) it is stated: »all of these features suggest a diagnosis of schizophrenia... if the first signs of the illness appear before age 45. In Dr. *Schreber*'s case this seems likely«. However, the authors have no evidence that this was likely, nor has any ever been discovered (*Lothane* 1992). They list the assorted delussions, visual hallucinations, and catatonic stupor, but also note that the latter suggest »depressive stupor, but apart from suicidal ideas there is no other reference to characteristic depressive symptomatology«, which is also incorrect in view of the repeated self-descriptions by *Schreber* of symptoms of severe anxiety and melancholia and the well-known clinical observation that in the acute phase it is impossible to tell a schizophrenic attack from bipolar disorder. Thus, a more careful attention to details in the history and examination of *Schreber* should have led to a differential diagnosis and a better understanding of his dynamics: loss of self-esteem and conflicts of conscience in relation to his marriage and fears of failing miserably on the new job.

Furthermore, there was a forensic and ethical issue attached to both diagnosis and dispostion. *Schreber* insisted throughout he was a *Nerven-*

kranker, a sufferer from a nevous illness, not a *Geisteskranker*, a sufferer from a psychotic illness, for tow reasons: (a) in 1884–1885, as a Nervenkranker at *Flechsig*'s Nervenklinik, a euphemistic description of *Flechsig*'s psychiatric hospital, he had been able to get better and return to his occupation as judge; (b) in 1893, the diagnosis of *Geisteskranker* meant the danger of being declared mentally incompetent. The latter indeed happened twice, first as a temporary and in 1900 as a permanent measure, based on reports rendered by Superintendent *Weber* that sealed *Schreber*'s career as judge once and for all. In order to get the court order rescinded and regain his freedom, *Schreber* had to overcome the opposition of Dr. *Weber* who, while noting the positive changes in *Schreber*'s condition (*Spitzer* et al. 1981), was still saying in that same 1900 report they cite, that *Schreber* lacked insight, that his behavior was unpredictable, and that his Memoirs would compromise its author in the eyes of the public, all this during the court fight. True, *Schreber* was much sicker in 1893, but he might have fared differently had he not been removed from *Flechsig*'s to a public asylum and instead treated with care and support until his recovery. *Schreber* is today fully vindicated as having made a lasting contribution to psychiatry. He raises many important ethical issues in his book, as reflected in an essay he appends to his book, »In what circumstances can a person considered insane be detained in an asylum against his declared will«, the omitted subtitle of his book in most re-editions. He also asks pertinent philosophical and forensic questions about what demarcates insanity from genuine religious experiences. These isssues were not confronted by the psychiatrists that treatend him, by *Freud*, or by the authors of DSM-III Case Book.

My patient, a psychiatrist in his 65th year, was unable to make a decision about retiring and resolving his other life's conflicts, the decision to never get married. He grew up in the shadow of a father who was a dour, old-fashioned despot at home and a charmer of people in public. He beat his wife, often accused her of infidelity for which there was no basis in reality and dragged the patient, as a young teenager, into suspicious manipulations the purpose of which was to prove his wife guilty. The mother was a simple woman who at first favored the brother but was also kind to the patient. After the older son disappointed his ambitions, the father turned all his affection onto the patient such that at age 17 the patient assumed a needy dependent attitude toward the father that became both enslaving and gratifying at the same time. In his character he identified with father's grandiosity while compensating for his dependence by the opposite attitudes of defiance, belligerence, and brinkmanship in his social relations throughout medical school and medical career. Idealizing women in the name of romantic love, he always would terminate abruptly any relationship that offered a promise of permanence. He also would handle any excess of stimulation of interpersonal anxiety by drinking and an occasional use of marijuana. In his professional duties he was always conscientious and responsible, but always defiant in relation to male authority.

His style was mirrored inhis behaviour in the analytic situation for the first eight years of treatment. He would rage and storm frequently, refused to accept confrontations and interpretations, went through a phase of regressive transference in which he developed a transient hysterical paralysis of a leg, enacting a dependent longing for complete maternal care. Following recovery from that phase he continued treatment, working on his resistances and culminating in a dramatic confession about masturbating while wearing pieces of women's udnerwear. Shortly following this self disclosure the patient impulsively left treatment and could not be located by any means, for his absence coincided with a leave from his job. A month and a half after his disapperarance I received his phone call from the city jail. After leaving treatment, the patient developed a full-blown manic episode with florid paranoid delusions involving me, with wild and extravagant fantasies of improbable scenarios at other times, accompanied by spending large sums of money in expensive hotels and restaurants, getting involved in rowdy scenes, and drinking heavily. One day an accidental fire started in his apartment which was used by his vindictive landlord as an excuse to have him arrested on suspicion of arson. The patient was taken to an emergency room of a city hospital where he kept his identity secret. The psychiatrist on duty missed the manic and paranoid symptomatology altogether, recommending follow-up in the clinic and yielding to the zealous fire marshals who blindly believed the arson story, whereupon he was sent to jail.

At this point I became actively involved in an effort to rehabilitate my patient and get him out of trouble. It meant helping him find a good lawyer, explaining to the lawyer the mental condition of the patient, helping him to find a new apartment, in short, continuing the treatment while meeting all his realistic needs. In the end justice was served, the case was dismissed by the prosecution for lack of evidence. However, the patient continued to suffer from low self-esteem, suicidal urges, labile and depressive moods, that required antidepressant and antianxiety medication. One day he called in a panic: he developed diplopia, was unable to stand on his feet and barely able to crawl to grab the phone and call me. I arranged for him to be taken by ambulance to the hospital, where he was admitted with a diagnosis of a brain stem stroke. After his full recovery, he returned home and resumed his treatment with me as an outpatient. It is only now that meaningful, consistent and insight-oriented work began, with an examination of his life-long relations with his parents and brother and in the workplace. Gradually the pieces of the puzzle started falling into place. It was now possible to examine the evolution of the manic episode, the transference psychosis, and to understand fully both the unconscious guilt and the ethical issues involved in his character and in his relation to father. He understood that he had lived a life of falsehood, idealizing his father, closing an eye to his lies and deceptions in the family in order to conceal from himself the extent of his dependence on father for self-esteem and safety in exchange for avoiding the risks of autonomy and responsibility. An important aspect of the treat-

ment was the use of confrontation by the therapist as well as the moral, not moralistic, attitude of the therapist in rising to the challenge of the patient's real needs. The patient is still being followed and is getting stronger.

I submit that in therapeutic work we need to acknowledge all the moral dimensions of psychological conflict: an appraisal of the realistic moral conflicts that are a burden for conscience, such as dishonesty, lying, and fraud, as well as the unconscious or repressed, aspects of the neurotic conscience, or superego, the holdover of unconscious and unreflected obedience to parental authority. The resolution of past and ongoing neurotic conflicts means growth toward autonomy of moral judgment, free choice, and moral responsibility. The latter cannot be apprreciated without the normative concept of virtue and conscience. In my work as analyst I always invite the analysand to examine every psychological conflict that surfaces from this dual perspective: as a reality moral conflict and as a transference conflict, as a genuine moral issue calling for resolution in the light of moral conscience vs. a super-ego fashioned by unresolved past burdens in relation to one's parents.

4. Ethics of Love in the Doctor Patient Relationship

The ethical principles that should govern the doctor patient relationship were on *Freud*'s mind when he first started as a practitioner of hypnotic therapy and suggestion (*Freud* 1889): as therapist »we should (not) neglect«, *Freud* held, to gain the patient's »fullest confidence« and »to enlighten the patient under hypnosis on the nature of his ailment, to give him reasons for the cessation of his trouble, and so on; for what we have before us is not, as a rule, a psychical automaton but a being endowed with the power of criticism and capacity for judgment, on whom we are simply in a position to make more impression now than when he is in the waking state« (*Freud* 1891). I wonder if *Freud* was aware that ›therapy‹ and ›therapist‹ derive from the Greek word meaning to take care medically, to serve, to be a servant in the good sense of the word, to have the interests of the patient in mind.

This humane approach informs *Freud*'s next methodological step, the ethics of the psychotherapy of hysteria, based on a mutual personal relationship: »The procedure is laborious and time consuming for the physician. It presupposes great interest in psychological happenings, but personal concern for the patients, as well... (who, for their part, are) capable of arousing human sympathy... (and of developing a) personal relationship... an influence of this kind on the part of the doctor is a sine qua non to a solution of the problem« (*Freud* 1895). However, therapy also meets with the patient's »psychical resistance«, »resting on an affective basis«, and creates »motives for defence«; therefore, since it »can only be resolved slowly and by degrees, and... patiently«, it is therefore not »possible to state psychotherapeutic activity in formulas. One works to the best of one's power as elucidator, ...as teacher, as the representative of a freer or superior

view of the world, as a father confessor who gives absolution, as it were, but a continuance of his sympathy and respect after the confession has been made. One tries to give the patient human assistance, so far as this is allowed by the capacity of one's own personality and the amount of sympathy that one can feel« (*Freud* 1895).

However, such an intense personal relationship was fraught with the dangers that the doctor's sympathy might be misunderstood, turning the patient's resistance into a »transference onto the physician... through a *false connection*« (*Freud* 1895, emphasis *Freud's*). The concept transference was to become one of the most important methodological contributions *Freud* made to psychoanalysis and psychotherapy as treatment methods. While in the spirit of this early definition by *Freud* transference is most commonly defined as an unconscious displacement and repetition of feelings, thoughts and behaviors from figures in childhood to a current interpersonal relationship, the connection between transference and love ethics hads not yet been fully explored. It should be remembered that transference was also *Freud's* designation of the actual and ongoing interpersonal sympathy, or love relationship, between the patient and the doctor during the treatment, the very driving force of the treatment and one that made the patient accept the doctor's guidance. But such love attachment had its dangers, in fact made psychoanalysis into an impossible profession.

Faced with such recurrent dangers, in the middle period of his career *Freud* withdrew from his original impulse of sympathy into a new stance: »The treatment must be carried out in abstinence. By this I do not mean physical abstinence alone, nor yet the deprivation of everything the patient desires, for perhaps the sick person could not tolerate this. Instead I shall state it as a fundamental principle that the patient's need and longing should be allowed to persist in her, in order that they may serve as forces impelling her to do work and make changes, and that we must beware of appeasing those forces by means of surrogates« (*Freud* 1915).

The counterpart in the analyst required that he ramain neutral, »keeping his countertransference in check« (*Freud* 1915): the doctor, says *Freud,* »must keep firm hold of the transference-love, but treat it as *something unreal*, ... that he is proof against every temptation, ...above all, ... stress to the patient the unmistakable elements of resistance in this ›love‹. *Genuine love* (he should) say, would make her docile and intensify her readiness to solve the problems of her case, ... to prepare herself for real life, where this feeling of love could find a proper place« (emphasis added). Warning the psychoanalyst against succumbing to the patient's demand to become involved in sexual love, *Freud* admonishes as follows: »As regards the analyst's line of action, ... (he should remember that) he has evoked this love by instituting analytic treatment in order to cure the neurosis. For him, it is an unavoidable consequence of a medical situation, like the exposure of the patient's body or the imparting of a vital secret. It is therefore plain to him that he must not derive any personal adventage from it ... For the doctor,

ethical motives unite with the technical ones to restrain him from giving the patient his love« (*Feud* 1915; emphasis added).

Freud's emphasis on ethics in the psychoanalytic situation is noteworthy, as well as deriving those ethics from the moral precepts of medicine as expressed in the Hippocratic Oath. Indeed, *Freud* conceives psychotherapy as determined by the moral principle of veracity in the very implemantation of the basic rule of psychotherapeutic treatment: »Finally, never forget«, stipulated *Freud*, »that you have promised to be absolutely honest, and never leave anything out because, for some reason or other, it is inpleasant to tell it« (*Freud* 1913).

But here a major recurrent dilemma emerges, and it is still with us today. Why would a patient be candid and honest and strive to overcome his resistances: out of a sense of duty out of love for the therapist? Can duty alone do the job? And if not, can one rely on love, with all its problems of transference and countertransference?

The challenge of this dilemma was taken up by *Sandor Ferenczi.* In the decade of the 1920's *Ferenczi* became increasingly aware that the method of free association, rigidly applied by a silent analyst in conditions of complete abstinence, as *Freud* himself had argued, did not fare well with sicker and severely traumatized patients. Another analyst who vigorously questioned the passive free association method around that time was *Wilhelm Reich,* founder of the seminar on technique at the Vienna Psychoanalytic Society, who would later call his new active approach character analysis. *Ferenczi* and *Reich* became the forerunners of such methodological innovators as *Franz Alexander, Karen Horney, Clara Thompson, Thomas Szasz, Heinz Kohut,* and *Leo Stone,* all in some way indebted to *Ferenczi,* all challengers of the orthodoxy of strict abstinence.

Ferenczi's roots were in the psychotherapeutic cathartic method of *Breuer* and *Freud* (1893a) and, like early *Freud,* he traced adult neurosis to real traumatic experiences in childhood and recommended a more active stance for the analyst. Mindful of his roots, he named his new active therapeutic method neocatharsis, that is, a cathartic method complemented by his own discoveries in psychoanalysis. These innovations were presented in papers with such titles as »Further elaboration of the ›active technique‹ in psychoanalysis« (1921), »The Elasticity of the Psychoanalytic Technique« (1928), and »Relaxation Principle and Neocatharsis« (1930). The series culminated in a most controversial paper, »Confusion of tongues between parent and child« (1933), read in 1932 at the International Congress of Psychoanalysis in Wiesbaden over *Freud*'s vehement opposition, resulting in the suppression of the paper's original title: »The Passions of Adults and their Influence on the Character and Sexual Development of Children« (unlike the others, it was not published in the International Journal of Psycho-Analysis until 1949). It was a compelling vindcation of the traumatic etiology of the neuroses, reaffirming the reality of violent sexual abuse in the lives of children and its deferrend effect on pathology in the adult.

But it was revolutionary in its two inescapable conclusions. The first, that it is the family craziness that drives the child crazy, and, by extension, that the sins and failures of the analyst drive the transference neurosis, was anathema to *Freud* and the prevailing analytic orthodoxy: neurosis was self-contained pathology, occurring in a more or less sane society and family; by extension, the analyst was a neutral blank screen except when occasional and unwelcome countertransferences slipped in. On this view, fashioned by the monadic medical model of disorder, there was no room for any interpersonal-dyadic conception of neurosis as a product of interaction between the child and the parent, and transference neurosis as an interaction between the analysand and the analyst. But the other implication, that love is at the basis of the dynamics of cure, was accepted by *Freud* under the label of positive transference. In 1923, honoring *Ferenczi*'s 50th birthday, *Freud* paid high tribute to his old analysand and friend. Ten years later, in the obituary, *Freud* distanced himself from *Ferenczi* in these terms: »...one single problem had monopolized his interest. The need to cure and to help had become paramount to him. He had probably set himself aims which, with our therapeutic means, are altogether out of reach to day. From unexhausted springs of emotion the conviction was borne in him that one could effect far more with one's patients if one gave them enough of the love which they had longed for as children. He wanted to discover how this could be carried out within the framework of the psychoanalytic situation; ...(but) he had not succeded in this« (*Freud* 1933). *Freud* had also distanced himself from an early insight he had shared with *Jung* in 1906: »essentially, one might say«, writes *Freud* in his fourth letter to *Jung* »the cure (healing, »Heilung« in the original, Z.L.) is effected by love ... and transference« (F/J Letters 1974). But whereas in high theory transference might be defined as »a fixation of the libido prevailing in the unconscious« (F/J Letters 1974), it certainly was not to be understood as satisfying the patient's real sexual demands. Rather, it pointed to love writ large (*Lothane* 1987b, 1989b, 1997b), to the need to love and be loved in return, to that fire within, the ardent and passionate emotions, that make life worth living. For these also animated the first psychoanalysts, in their quest of truth and their labors of love, on behalf of their patients and pupils, and themselves. But in has to be love informed by moral intelligence (*Lothane* 1998).

Concluding Remarks

It is because mankind has made so much progress in technological science, in the realm of nuclear warfare, disease and population control, food production and ecology, genetic engineering, space travel, and communication media, that mankind needs ethics more than ever before to reach world-wide agreements and regulation because no man, in *John Donne*'s words, is any longer an island all to himself, because the dream of a federation of man is now a reality that has to be preserved. The other reason is the

dismantling of totalitarian systems of government, that have removed ethics from individual and social discourse in the service of tyranny and the abolition of human rights, personal freedom and moral conscience.

The technological progress in psychiatry, in the form of the renaissance of the neurosciences, also means that we need ethics more than ever before to be able to rescue and preserve dynamic psychiatry as forever informing and humanizing biological psychiatry. The recent call by some psychiatrists (mostly men) to make psychiatry scientific, i.e., to convert psychiatry into a branch of neurology and medicine, while leaving the old-wifes' tales of dynamic psychiatry to social workers (mostly women), is an anti-humanist trend that endangers the identity and self-esteem of psychiatrists and the legitimate health needs of patients.

Ethics should be a defining constituent of all the sciences and healing arts dealing with the human situation: medicine, psychiatry and psychoanalysis. Here it is important to underscore the humanizing influence of *Freud*'s message to us all. In discovering and inventing the psychoanalytic method he pointed us to a conception of psychoanalysis as a profession and discipline committed to the search of truth linked to the *Socratic* ideal of the examined life, for the purpose of delving into the past to understand better the present and to build a better future. The underlying theme, not always articulated, was the fact that people live in relations, that relations imply reciprocal acts, whether collaborative or conflictual, that acts embody intrapsychic conflict, interpersonal conflict, and that conflict is always a moral conflict. From the beginning, the quest of historical truth was indissolubly connected with the quest of the moral truth: of eschewing denial and self-deception; of veracity and candor in communication; of responsibility in action. Rather than being taken for granted, ethics and ethical reflection should be considered as a basic humanistic science and made an integral part of the practice of medicine, psychiatry, psychotherapy and psychoanalysis and taught in every school and institute.

Ethik, Moral, Psychiatrie und Psychoanalyse

Zvi Lothane (New York)

Der Autor will in seinem Essay zeigen, daß die Ethik essentiell zur Psychoanalyse (und zur Psychiatrie) als einer Behandlungsmethode und einem ethischen System gehört, daß man *Freud* auch als Moralphilosophen sehen kann (*Rieff* 1959), auch wenn *Freud* die Psychoanalyse eher als Wissenschaft im naturwissenschaftlichen Sinn verstanden haben wollte (*Lothane* 1996). *Freud* hängt *Comtes* positivistischem Wissenschaftsverständnis an: Die Wissenschaft handelt von dem, was ist, nicht von dem, was sein soll. Sollen und Müssen gehören in den Bereich ethischer Werte oder einer normativen Moralphilosophie. Insofern es in der Psychoanalyse aber

besonders auch um das Handeln des Menschen geht, meint sie auch die Ethik. Wo Handeln ist, kann auch Mißhandlung sein, wo es um Verhalten geht, geht es auch um moralisch falsches Verhalten.

Als Moralist und Lehrer der Gesellschaft befaßte sich *Freud* sein Leben lang mit der Ethik, insbesondere in seinen letzten Jahren (*Freud* 1908, 1921, 1929, 1938). Er gebrauchte keine ethischen Kategorien, wenn er neurotische Symptome analysierte. Es entprach *Freud* mehr, seinen Platz in der Medizin als im ethischen Diskurs zu haben. Als Symptom von Dysfunktionen wird moralisch falsches Handeln eher in seiner Bedingtheit denn als Verhalten verständlich: nicht als freies Handeln, sondern als unwillkürliches, triebbedingtes, unbewußt motiviertes Handeln, das nicht moralischer Einwirkung zugänglich ist. Dies heißt aber nicht, daß der Mensch gänzlich seiner moralischen Verantwortlichkeit ungewahr oder daß der moralische Konflikt nicht ein wesenhafter und ubiquitärer Aspekt des psychischen Konflikts ist.

Das Verhalten ist eng an den Charakter eines Menschen gebunden, was auch den ethischen Charakter miteinbezieht. Der Charakter ist aber nicht gänzlich frei oder bewußt. Der Beitrag der Ethik zur Psychoanalyse besteht darin, die Moral begrifflich zu fassen. Die Psychoanalyse und speziell die psychoanalytische Entwicklungslehre erhellen, wie sich der menschliche Charakter im Zusammenspiel zwischen dem Selbst und den anderen von der Geburt bis zur Reife herausbildet, wie er sich in vielfältigen Konflikt- und Kompromißsituationen gestaltet mit dem Ziel, eine innerpersönliche Integration von biologischen, psychischen und ethischen Gegebenheiten zu erlangen. *Freud* sagt, der Charakter ist der Niederschlag interpersoneller Beziehungen und enthält die Geschichte dieser Beziehungen.

Wenn man den Gedanken, daß Symptome Handlungen eines Menschen sind, nicht Zeichen eines darunterliegenden körperlichen Prozesses wie in der Medizin, weiterverfolgt, muß man *Freuds* dynamisches Modell der Symptombildung nicht nur innerpsychisch, sondern selbstverständlich auch interpersonell auffassen: Das volle Verständnis eines Symptoms liegt in der Komplementarität der Interaktion zweier Personen, in der Kommunikation Sender und Empfänger (*Lothane* 1997a). Für ein Verständnis der wichtigsten Beziehungen eines Menschen, der sexuellen und derLiebesbeziehung zwischen zwei Personen oder zwischen Individuum und Gruppe (*Freud* 1921; *Lothane* 1997b) bedarf es einer Integration des monadischen und dyadischen Modells menschlichen Handelns. *Freuds* ausschließlich monadische Konzeption der Sexualität tut dieser Forderung nicht Genüge. Es bedarf einer innterpersonellen Konzeption von Symptomen, die der Verquickung von außen und innen, äußeren und inneren Konflikten, gerecht wird. *Freuds* Konfliktpsychologie, die der Tradition der Charakteranalysen großer Erzähler verwandt ist, ist der Weg, äußere und innere Realität in ihrem Zusammenspiel und in Beziehung zum Charakter zu verstehen.

Die Medizin wird als Behandlungsmethode extrinsisch von ethischen Prinzipien, wie sie der Hippokratische Eid festlegt, bestimmt. Insofern jeder psychische Konflikt immer auch ein moralischer Konflikt ist, ist die

Beziehung zwischen Psychiatrie/Psychoanalyse und Ethik immer auch intrinsisch.

Der Essay geht folgenden Fragen nach: 1. dem Einfluß der Ethik auf die Psychoanalyse, 2. dem ethischen Beitrag der Psychoanalyse, 3. der Rolle des moralischen Konflikts in interpersonellen Symptomdynamiken und 4. der Ethik der therapeutischen Beziehung.

1. Die Evolution der Ethik der Liebe

Der Autor stellt zwei abendländische Denktraditionen einander gegenüber: die jüdische Tradition der Nächstenliebe und die Bewußtseins- und Erkenntnisphilosophie griechischer Tradition. Die Botschaft des *Moses* »Liebe deinen Nächsten wie dich selbst« hat in unterschiedlicher Weise Einfluß auf das abendländische Denken, aber durch die griechische Philosophie geprägt, die als Philosophie des Wahrnehmens und Erkennens (»perceptionism«) dem Kausalitätsdenken den Vorzug gibt. Von dort aus, über die Renaissance bis hin zu *Galilei, Bacon* und *Descartes,* wird Wissenschaftlichkeit eher retrospektiv als prospektiv verstanden. Finale oder teleologische Ansätze gelten als unwissenschaftlich. Eine Wissenschaft der Ethik muß jedoch beides im Auge haben: die Gründe für ein Verhalten und seinen Zweck, was es meint und wohin es führt. Es wäre an der Zeit, dem moralischen Bewußtsein den gleichen Stellenwert wie dem erkennenden einzuräumen.

Im Feld der philosophischen Ethikkonzepte spricht sich der Autor gegen ein regelutilitaristisches Konzept, das auf dem Pflichtbegriff aufbaut, zugunsten eines personalistischen und situationistischen Konzepts aus, das näher einer Ethik der Liebe steht (vgl. *Dewey* 1920).

2. Der psychoanalytische Beitrag zur Ethik

Zu einem Verständnis der Evolution der Liebe trägt insbesondere die psychoanalytische Entwicklungslehre bei, von *Freud* und *Ferenczi* (1933) ausgehend sind *Michael Balint* (1965), *Bowlby, Margaret Mahler, René Spitz, Daniel Stern, Berry Brazelton, Heinz Kohut* u.a. hervorzuheben. Der Autor selbst hat häufig ausgeführt, daß der Selbsterhaltungs- und Arterhaltungstrieb auf der Bestätigung des Primats der Liebe beruht und der Rolle der Mutter, die, indem sie die Art erhält, den Selbsterhaltungstrieb des Kindes nährt, das sie gleichzeitig das Geben und Nehmen in der Liebe lehrt (*Lothane* 1989a). Das Kind lernt ganzheitlich, nicht-atomistisch, über die Integration von perceptiver und emotionaler Aufmerksamkeit, was Anerkennung, Achtung, Respekt und Gerechtigkeit bedeuten, und zwischen Positivem und Negativem zu unterscheiden.

Freud teilte im wesentlichen die ethischen und moralischen Anschauungen seiner Zeit. In der Grundlegung der Psychoanalyse als einer Behandlungsmethode bestand sein revolutionäres Paradigma darin, ein dynamisches Kontinuum zwischen krank und gesund zu konzipieren. Brücken in diesem Kontinuum sind der Traum und das Unbewußte. Gesunde und

kranke Menschen träumen, gesunde und kranke Träume haben eine Bedeutung, alle Menschen werden mehr oder weniger durch ihr Unbewußtes bestimmt. Das dritte Konzept ist die Ubiquität des psychischen Konflikts, im Alltag, in Neurose und Psychose. Die Annahme einer Traumzensur, der Vorläufer des Über-Ichs der späteren Strukturtheorie, weist auf das moralische Empfinden, dem Traum und Symptom unterliegen. Aber statt gleichermaßen dem latenten Trauminhalt und dem Tagesrest Aufmerksamkeit als der Dimension der Geschichte der Person und als Ausdruck eines moralischen Konflikts zu schenken, zieht sich *Freud* immer wieder auf die dogmatische Position der Libidotheorie zurück, derzufolge Symptom und Traum nichts als libidinöse Wunscherfüllung bzw. libidinöse Befriedigung sind. In anderen Momenten hingegen trägt er der Ubiquität des ethischen Ansatzes Rechnung, insbesondere dann, wenn er von der moralischen Verantwortung des Träumers für den Inhalt seiner Träume spricht (*Freud* 1925).

Wiederum eine simplifizierende Tendenz kann man in *Freuds* monadischem Konzept des Über-Ichs ausmachen, seinem Synonym für Gewissen, das ethische Fragestellungen erhellt und gleichzeitig verunklart. Im Gefolge des Ödipuskomplexes besteht das Gewissen aus den internalisierten, meist unbewußten Verboten und Forderungen der Eltern. Diese Konzeption trägt nicht dem Umstand Rechnung, daß das Gewissen und das Empfinden für gut und böse, für das moralische Trauma, für Schuld und Scham bereits im präödipalen Kind gegenwärtig sind und erklärt nicht die ethisch entwickelte Person.

Im Zentrum der klassischen Ich-Psychologie, einem Eckpfeiler der sog. orthodoxen Psychoanalyse, steht zu einem späteren Zeitpunkt der innerpsychische Konflikt oder der Kampf zwischen unvereinbaren Kräften oder Strukturen der Seele (*Moore, Fine* 1990). Die Konzeption des psychischen Konflikts als Kollision von Kräften – wie Vektoren in einem physischen Feld – verdunkelt die Realität des Konflikts als einer Kollision von Werten in einem sozioethischen Feld.

Mit der zunehmenden Systematisierung der Psychoanalyse glaubte *Freud,* ein wissenschaftliches System der Ethik geschaffen zu haben, das quasinaturwissenschaftlich und nicht religiös begründet ist: ein *Darwin*scher Evolutionismus in Verbindung mit einem scheinbar wertneutralen Ansatz. So wurden ethische Konflikte zu strukturellen Konflikten, das Drama durch die Entwicklng ersetzt, die praktische Vernunft oder der Wille durch den Wunsch. In den Worten des englischen Moralphilosophen *G.E. Moore* kann man sagen, daß eine solche Konzeption einem naturalistischen Trugschluß aufsitzt.

Freud leitete des Über-Ich, seine technische Formulierung des Gewissens, aus dem Inzest-Motiv, daß er auch in anderen sozialen Institutionen herausarbeitet, ab. »Das Über-Ich behielt nun wesentliche Charaktere der introjizierten Personen bei, ihre Macht, Strenge, Neigung zur Beaufsichtigung und Bestrafung ... Der kategorische Imperativ *Kants* ist so der direkte

Erbe des Ödipuskomplexes« (*Freud* 1924). Das aber ist sicher eine willkürliche Reduktion von nicht-sexuell zu sexuell, von sekundär- zu primärprozeßhaftem Denken, vom normativen Sinn, von Moral, Schuld und Vergeltung zu neurotischer Moral. Weil die Introjektion ein captativer Prozeß ist, gibt es keinen höheren moralischen Sinn in der aufgeklärten Wahl zwischen richtig und falsch. *Freud* erklärte auch mit seiner Über-Ich-Konzeption den Ursprung aggressiven Verhaltens generell: »... das sich als Über-ich dem übrigen entgegenstellt und nun als ›Gewissen‹ gegen das Ich dieselbe strenge Aggressionsbereitschaft ausübt, die das Ich gerne an anderen, fremden Individuen befriedigt hätte. ... Die Kultur bewältigt also die gefährliche Aggressionslust des Individuums, indem sie es schwächt, entwaffnet und durch eine Instanz in seinem Inneren, wie durch eine Besatzung in der eroberten Stadt, überwachen läßt... Ein ursprüngliches, sozusagen natürliches Unterscheidungsvermögen für Gut und Böse darf man ablehnen. Das Böse ist oft gar nicht das dem Ich Schädliche oder Gefährliche, im Gegenteil auch etwas, was ihm erwünscht ist, ihm Vergnügen bereitet. Darin zeigt sich also fremder Einfluß; dieser bestimmt, was Gut und Böse heißen soll... kann am besten als Angst vor dem Liebesverlust bezeichnet werden. Verliert er die Liebe des anderen ... setzt (er) sich vor allem der Gefahr aus, daß dieser Übermächtige ihm in der Form der Bestrafung seine Überlegenheit erweist... Beim kleinen Kind kann es (das ›schlechte Gewissen‹ / die ›soziale Angst‹) niemals etwas anderes sein, aber auch bei vielen Erwachsenen ändert sich nichts mehr daran, als daß an Stelle des Vaters oder beider Eltern die größere menschliche Gemeinschaft tritt« (*Freud* 1930).

Freud kam später dazu, die Bedeutung der Aggression anzuerkennen, er wies *Adlers* frühe Einsicht 1908 zugunsten seiner Libidotheorie zurück. Indem er die Aggression aber als Triebgeschehen ansah, als eine biologisch gegebene dunkle Leidenschaft, verleugnet er das angeborene Empfinden für richtig und falsch, das der Befähigung des Menschen zu Liebe und Mitleid ähnelt.

3. Der moralische Konflikt und interpersonelle Dynamiken

Heinroth definierte im 19. Jahrhundert Gesundheit als Freiheit und seelische Krankheit als Sünde, die im Exzeß der Selbstliebe und anderer Leidenschaften gründet. Wenn wir Sünde ersetzen durch Schuld und seinen Begriff des »Über-Uns« miteinbeziehen, der nach *Ellenberger* (1970) mit Vernunft und göttliche inspiriertem Gerechtigkeitssinn gleichgesetzt werden kann, dann haben wir unsere moderne psychodynamische Formulierung des Symptoms.

In der jüngsten Psychoanalyse gibt es eine Tendenz, *Freuds* abstraktes System von Ich, Es und Über-Ich zugunsten traditioneller Begriffe der Person aufzugeben (*Brenner* 1994; *Hoffmann* 1994; *Lothane* 1987, 1994), die den Weg ebnen für eine interpersonelle Konzeption der Symptombildung und ethischen Ansätzen eine integrierende Funktion jeder extrinsischen und intrinsischen Erforschung des Symptoms, Syndroms und

der Störung zubilligen. Es erschient der methodologische Ansatz sinnvoll, die folgenden fünf Kriterien zu berücksichtigen, um zu einem umfassenden Verständnis des Menschen zu kommen: eine Synopse deskriptiver, diagnostischer, dynaamischer, ethischer und dialektischer Aspekte des Menschen. Der Autor veranschaulicht seine Sicht in Diskussion und Kritik der *Freud*schen Ausführungen zum Fall *Schreber,* wobei er *Freud* insbesondere dafür kritisiert, nicht der historischen Person *Paul Schrebers* nachgeforscht zu haben, sondern ihn seinen Theoriekonzepten gemäß gedeutet zu haben.

Anhand einer eigenen Kasuistik macht der Autor seine ethische Forderung an die Haltung des Psychoanalytikers verständlich, in der psychoanalytischen Behandlung den je individuellen Bedürfnissen, der individuellen Entwicklungszeit des Patienten zu folgen, auch wenn sich dies nicht mit den psychoanalytisch gängigen Vorstellungen des therapeutischen Prozesses deckt.

4. Die Ethik der Liebe in der Arzt-Patient-Beziehung

In dem das Essay abschließenden Abschnitt würdigt der Autor die Bemühungen *Ferenczis* und *Reichs*, gegen *Freuds* Einspruch sich von der strengen therapeutischen Abstinenz und Distanz abgewendet zu haben hin zu einem aktiveren, die Entwicklung u.U. direkt unterstützenden therapeutischen Handeln, was für die Arbeit mit schwerer denn neurotisch erkrankten Menschen unerläßlich ist.

References

Adler, A. (1908): Der Aggressionstrieb im Leben und in der Neurose. In: Fortschritte der Medizin (19) 577–584

Balint, M. (1965): Primary Love and Psycho-Analytic Technique (New York: Liveright. Originally published in 1952)

Baron, J.L. (1943): Stars and Sand / Jewish Notes by Non-Jewish Notables (Philadelphia: The Jewish Publication Society of America)

Bradley, F.H. (1879): Ethical Studies (New York: Liberal Arts Press, 1951)

Brenner, C. (1993): The mind as conflict and compromise formation. In: Journal of Clinical Psychoanalysis (3) 473–488

Dewey, J. & *Tufts, J.H.* (1906): Ethics (Chicago: Holt)

Dewey, J. (1920): Reconstruction in Philosophy. Enlarged edition with a new forty page introduction by the author (Boston: Beacon, 1957)

Ellenberger, H. (1970): The Discovery of the Unconscious (New York: Basic Books)

Ferenczi; S. (1933): Confusion of tongues between adults and the child. In: Final Contributions to the Problems and Methods of Psychoanalysis, *Balint, M.* ed. (New York: Basic 1955)

Freud, S. (1889): Review of Auguste Forel's Der Hypotismus. Standgard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud (London: The Hogarth Press)

– (1895): Studies on Hysteria. S.E. 2
– (1891): Entry »Hypnosis« in Anton Bum's Therapeutisches Lexikon, S.E. 1
– (1900): The Interpretation of Dreams. S.E. 4 & 5
– (1908): »Civilized« sexual morality and modern nervous illness. S.E. 9
– (1913): On beginning of treatment (further recommendations on the technique of psychoanalysis). S.E. 12
– (1915): Observations on transference-love. S.E. 12

– (1916–1917): Introductory lectures on psycho-analysis. S.E. 16
– (1916): Some character-types met with in psycho-analytic work. S.E. 14
– (1921): Group psychology and the analysis of the ego. S.E. 18
– (1923): The ego and the id. S.E. 19
– (1924): The economic problem of masochism. S.E. 19
– (1925): Some addititional notes on dream interpretation as a whole. S.E. 19
– (1927): The future of an illusion. S.E. 21
– (1930): Civilisation and its discontents. S.E. 21
– (1934–38): Moses and monotheism: three essays. S.E. 23
Freud/Jung Letters. *W. McGuire,* ed. (Princeton: Princeton University Press, 1974)
Fromm, E. (1958): Conscience. In: *Munitz, M.K.* (ed.): A Modern Introduction to Ethics. (Glencoe, IL: The Free Press)
Goleman, D. (1995): Emotional Intelligence (New York: Bantman)
Hoffman, L. (1994): Superego analysis. In: Journal of Clinical Psychoanalysis (3) 161–189; 197–213.
Horney, K. (1939): New Ways in Psychoanalysis (New York: Norton)
Lothane, Z. (1981): Listening with the third ear as an instrument in psychoanalysis. In: Psychoanalytic Review (68) 487–503
– (1982): Dialogues are for dyads. In: Issues in Ego Psychology (5) 19–24
– (1983): Reality, dream, and trauma. In: Contemporary Psychoanalysis (19) 423–443
– (1984): Teaching the psychoanalytic method: procedure and process. In: *Caligor, Bromberg, Meltzer* (eds.): Clinical Perspectives on the Supervision of Psychoanalysis and Psychotherapy (New York: Plenum) 169–192
– (1986): Confrontations: clinical applications. In: *Nichols, M.P.; Paolino, T.J.* (eds.): Basic Techniques of Psychoanlytic Psychotherapy (New York: Garner Press) 207–236
– (1987a): The primacy of love: love ethics versus hermeneutics. In: Academy Forum, The American Academy of Psychoanalysis (31) 3–4
– (1987b): Love and destructiveness. In: Academy Forum (31/4) 8–9
– (1987c): Love, seduction and trauma. In: Psychoanalytic Review (74) 83–105
– (1987): Self psychology: rhetoric and reality, unpublished
– (1989a): The nature of love. In: Academy Forum (33) 2, 11
– (1989b): Nonsense and horsesense: psychoanalysis as a science of renaming, read at the Symposium »Nonsense: Culture through the Looking Glass« (NYU, unpublished)
– (1989c): Schreber, Freud Flechsig and Weber revisited: an inquiry into methods of interpretation. In: Psychoanalytic Review (76) 203–262
(1992a): The human dilemma: heterosexual, homosexual, bisexual, »holosexual«. In: Issues in Ego Psychology (15) 18–32
– (1992b): In Defense of Schreber: Soul Murder and Psychiatry (Hillsdale, NJ: The Analytic Press)
– (1994): The revival of ethics. In: Academy Forum (38/1,2) 4–6
– (1996a): Psychoanalytic method and the mischief of Freud bashers. In: Psychiatric Times (13) 49–50
– (1996b): In defense of Sabina Spielrein. In: International Forum of Psychoanalysis (5) 201–217
– (1997a): Freud and the interpersonal. In: International Forum of Psychoanalysis, (6) 175–184
(1997b): Omnipotence, or the delusional aspect of ideology in relation to love and power. In: American Journal of Psychoanalysis (57) 25–46, and in: *Ellman, C.S.; Reppen, J.* (eds.): Omnipotent Fantasies and the Vulnerable Self (Jason Aronson)
– (1997c): The schism between Freud and Jung over Schreber and its implications for method and doctrine. In: International Forum of Psychoanalysis (6) 103–115
– (1998): The feud between Freud and Ferenczi over love. In: American Journal of Psychoanalysis (58) 21–39
McDougall, W. (1910): An Introduction to Social Psychology (Boston: Luce)
Moore, B.E.; Fine, D.B. (1990): Psychoanalytic Terms and Concepts (New Naven: The American Psychoanalytic Association and Yale University Press)
Paulsen. F. (1899): A System of Ethics. *F. Thilly,* ed., trans (New York: Scribner)
Peirce, C. (1893): Evolutionary love. In: *Buchler, J.* (ed.): Philosophical Writings of Peirce (New York: Dover, 1955)
Rieff, P. (1959): Freud: the Mind of the Moralist (New York: Viking)
Schreber, D.P. (1903): Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken (Leipzig: Mutze)

Sidgwick, H. (1886): Outline of the History of Ethics for English Readers. With and additional chapter by *A.G. Widgery* (London: Macmillan, 1967)
Spitzer, R.L; Sokol, A.E.; Gibbon, M.; Williams, J.B.; (1981): DSM-III Case Book. Washington (American Psychiatric Association)
Wallwork, E. (1991): Psychoanalysis and Ethics (New Haven: Yale Univesity Press)
Warner, S.L. (1994): Freud's analysis of Horace Frink, M.D.: a previously unexplained therapeutic disaster. In: Journal of the American Academy of Psychoanalysis (22) 137–152

Adress of the author:

Zvi Lothane, M.D., F.A.P.A.
Mount Sinai School of Medicine
City University of New York,
1435 Lexington Ave.
10128 New York
U.S.A.

Die Psychoanalyse als Ethik**

Antonio Lambertino (Parma)*

Der Autor beschreibt das Verhältnis von Ethik und Psychoanalyse. Freud hat eine Psychoanalyse der Ethik formuliert im Sinne der psychoanalytischen Interpretation des ethischen Phänomens mit Fragen nach der Genese des Gewissens und des Über-Ich. Die Frage nach der Ethik der Psychoanalyse scheint ein Widerspruch zu sein, weil die hermeneutische Methode der Psychoanalyse nicht normativ ist. Beide Disziplinen treffen sich nach Meinung des Autors jedoch im Begriff der Freiheit. Die Psychoanalyse schafft im analytischen Prozeß die Bedingung für die ethischen Dimension, nämlich die Befreiung des Selbst mit der Schaffung eines kreativen autonomen Ichs. Dieses befreite Ich trifft auf die Autonomie des anderen, der Gesellschaft, wobei der Aggressionsbegriff im Sinne eines ad gredi alium eine besondere Bedeutung bekommt. Freiheit und Moralität werden Synonyme, die Psychoanalyse wird unter diesem Aspekt selber Ethik.

Den Vergleich zwischen Psychoanalyse und Ethik kann man auf verschiedene Weise formulieren. An erster Stelle kann man nach der Psychoanalyse der Ethik fragen, das haben schon *Freud* und teilweise auch *Nietzsche* versucht. *Freud* hat insbesondere nach dem Ursprung und der Strukturierung des ethischen Gewissens gefragt und sogar nach der Strukturierung der Ethik als psychischem, sozialen und religiösen Phänomen.

Diese Art, das Verhältnis zwischen Psychoanalyse und Ethik zu interpretieren, ist völlig legitim im Sinne einer psychoanalytischen Interpretation des ethischen Phänomens als psychischem Phänomen. D.h. der Psychoanalyse ist das Verständnis des ethischen Phänomens nicht fremd, kümmert sie sich doch um das psychische humanum in seiner Ganzheit. Moralität und Freiheit besitzen eine innere Korrelation, und jede ethische Bewertung hat emotionale Aspekte. In Theorie und Praxis bearbeitet die Psychoanalyse bewußte und unbewußte Hindernisse und hilft dabei, zur Bildung eines ethischen Sinnes beizutragen. Denn die Psychoanalyse hat ein Wissen darüber, welche Prozesse und unbewußte Mechanismen der Entwicklung eines freien Ich vorangehen. Infantile Konflikte sind durch das erste »du mußt« verursacht. Die Psychoanalyse kennt die Bedingungen der Bildung von Über-Ich und Schuldgefühlen.

Ethik und Psychoanalyse helfen dem Menschen mit unterschiedlichen Perspektiven und Methodologien, das narzißtische Gefühl der Omnipotenz, die infantilen Wiederholungen und die zwanghafte Abhängigkeit von Vorstellungen und Gewohnheiten, von kulturellen und religiösen Einengungen zu überwinden. Beide Disziplinen helfen, ein kreatives, verantwortliches Ich zu entfalten und zur Reife zu bringen, welches seine eigenen Grenzen und die der umgebenden Realität akzeptiert und welches zudem in der Lage ist, ein angemessenes Verhältnis zur alteritas zu entwickeln. Gemeinsam ist

* Dr. phil. Professor der Philosophie, Universität Parma, Italien

** Vortrag gehalten auf dem Internationalen Symposium »Ethik in der Dynamischen Psychiatrie« am 9. Mai 1998 in Berlin im Gedenken des 80. Geburtstages von Günter Ammon

Ethik und Psychoanalyse das Streben nach Selbstrealisierung und Befreiung des Menschen. Trotz der an sich legitimen Anwendung der psychoanalytischen Kategorien in der Ethik und in der psychoanalytischen Interpretation des ethischen Phänomens ist es sicherlich notwendig, daß die Psychoanalyse nicht der sublimen Versuchung unterliegt, das spezifisch Ethische zu deuten und zu definieren, genauso wie es nicht in ihrer Kompetenz liegt, das Objekt und das Wesen der Kunst und des Religiösen zu definieren.

Diese Haltung der wissenschaftlichen Demut verhindert es, das ethisch Böse auf eine einfache psychische Disharmonie oder auf eine rein emotionale Reaktion zu reduzieren. Denn von ihrem Wesen und ihrer Wahl her hat die Psychoanalyse eine eigene methodische und wissenschaftliche Identität, die es ihr nicht erlaubt, die Sphäre des Emotionalen zu überschreiten, um die Realität wahrzunehmen (in Kants Termini: Sie überschreitet das emotionale Phänomen nicht, um das noumenische Moment oder die Realität außerhalb des Gedachten wahrzunehmen).

Deshalb kann die Psychoanalyse stets zur Wertschätzung und zum Verständnis der verschiedenen Wirklichkeitsstufen beitragen. Äußere Wirklichkeit und psychische Wirklichkeit, materielle Wirklichkeit und unbewußte Phantasien sind im Laufe eines analytischen Prozesses stets verknüpft, so daß es oft sehr schwierig ist, sie auseinanderzuhalten. Das Problem einer materiellen oder äußeren Wirklichkeit, im Gegensatz zu jener inneren und psychischen, hebt einen besonderen Aspekt hervor in Bezug auf die »Wahrheit«, die die analytische Arbeit im Patienten entdecken kann. Schon *Freud* wußte, daß die narrative Wahrheit (abgeleitet aus den Assoziationen und Träumen) mit der emotionalen Wahrheit des Patienten verwechselt werden kann und daß letztere von der materiellen oder wirklichen Wahrheit getrennt werden muß.

Aber die aktuellste psychoanalytische Reflexion läßt die Wahrheit in der Psychoanalyse nicht absolut, sondern relativ verstehen, weil sie sich der emotionalen Wirklichkeit des Patienten nähert und in der Lage ist, solcher psychischen Wirklichkeit eine spezifische und tiefere, übertragene Bedeutung zu geben. Es ist in der Tat durch die analytische Arbeit möglich, einer Erfahrung ihren Sinn zu verleihen. Daraus folgt, daß die Wahrheit im Sinn besteht, weil im Sinn das Subjekt zu sich selbst findet. Der Sinn entspringt dem Verhältnis zwischen Subjekt und Welt, so daß ein Verhältnis mit dem anderen vorausgesetzt wird, aus diesem Verhältnis entsteht eine Wirklichkeit, die nicht der materiellen oder äußeren Wirklichkeit des Patienten entspricht, sondern seiner inneren oder psychischen. Also: Die Arten des Wirklichkeit-Seins sind Objekt der Analyse. In der Tat bedeutet »wahr sein« in Verbindungsein mit einem Leid, mit einem Leiden, ohne es zu verneinen, es erstarren zu lassen oder es zu betäuben, vielmehr es anzunehmen und zu ändern in eine andere Verhältnismodalität.

Darum tut man alles für sich selbst, für die eigene Identität, für die eigene Redlichkeit, um sich selbst zu lieben und um sich selbst in der Wirklichkeit zu realisieren. Die Psychoanalyse kann dazu beitragen, die

subjektiven und emotionalen Bedingungen zu individualisieren, die es erlauben, das Ethische in einer authentischen Weise so wahrzunehmen, wie es von dem einzelnen Subjekt gelebt wird; sie kann helfen, eine korrekte Phänomenologie zu integrieren, eine korrekte Phänomenologie des ethischen Gefühls, des ethischen Gewissens, des Schuldgefühls sowie der Orientierung in der Lebenswahl und in der Entscheidung, was als Wert angenommen wird. In diesem Sinne ist es völlig legitim, von der Psychoanalyse der Ethik, oder besser von der Psychoanalyse des ethischen Phänomens zu sprechen.

In einem anderen hermeneutischen Zusammenhang kann man auch nach der Ethik der Psychoanalyse fragen. Auch hier muß man mit der notwendigen Vorsicht vorgehen. Hat die Psychoanalyse eine Ethik? Könnte sie eine haben? Scheint es nicht fast eine contradictio in terminis, von einer Ethik der Psychoanalyse zu sprechen, weil sich die Psychoanalyse nicht um Regeln und Verhaltensgesetze kümmert, sondern nur um emotionale Funktionen gegenüber den Verhaltensregeln? Die Gefühle sind weder moralisch noch unmoralisch, und die Psychoanalyse ist eine Wissenschaft und eine hermeneutische Kunst, keine normative. Wenn man die Theorie und die psychoanalytische Praxis auf der Basis der ethischen Voraussetzungen werten wollte, ginge man das Risiko ein, sie ihrer Identität und Autonomie zu berauben, gleichsam als wollte man ihr äußere und apriorische Wertungs- und Handlungskriterien aufzwingen.

Die Psychoanalyse hat bereits ihr eigene Ethik, da sie eine Kunst und Wissenschaft ist, die das humanum interpretiert und dem Menschen hilft, auf der Basis der Freiheit und der Selbstbehauptung zu reifen. Es entspricht der wissenschaftlichen Erkenntnis, daß man das Objektive vom Wirklichen unterscheidet, sowohl im ontologischen als auch im kognitiven Sinn. Die Psychoanalyse als Wissenschaft untersucht nicht die psychische Wirklichkeit, wie sie ist, sondern nimmt vom menschlichen Verstand einige Aspekte, Sektoren und Merkmale heraus und andere nicht. Das geschieht nun operativ. Die Wissenschaft beschränkt ihr Tun nicht nur auf die Beobachtung, sondern handelt, auch wenn die Beobachtung eine Phase oder eine Moment der experimentellen Methode ist; und sie handelt durch spezifische Instrumente. Die Psychoanalyse muß ihre gedanklichen Instrumente kennen und anwenden und sie muß wissen, wie sie streng methodisch damit vorgeht. Es stellt sich die Frage: Besitzt die Psychoanalyse ein eigenes spezifisches Instrument, um das spezifische Objekt messen, erkennen und behandeln zu können? Die Antwort darauf kann folgendermaßen lauten: Der Analytiker soll in seiner Zurückhaltung und in seiner Arbeit in der Lage sein, im Patienten den Wunsch zur Umkehr zu fördern. Er erreicht das so: Er nimmt das, was er vom Patienten erfahren hat, auf, sortiert es und interpretiert es. Dann bearbeitet, entschlüsselt und wandelt er es im metaphorischen Sinn um.

Die Psychoanalyse hat eine klare ethische Dimension, weil sie in ihrem gelebten Prozeß der Befreiung die psychologischen und ontologischen

Voraussetzungen der Ethik schafft: Man kann in der Tat keine Art der Moralität konstruieren ohne die Voraussetzung der Freiheit. Beim Reifungsprozeß der Freiheit hilft die Psychoanalyse dem Subjekt, ihr rechtes Gleichgewicht zwischen den verschiedenen Instanzen der Persönlichkeit zu finden (Es-Ich-Über-Ich, Wunsch-Wirklichkeit, Unbewußt-Bewußt, Vergangenheit und aktuelles Leben, egoitas-alteritas).

Ich möchte in dieser Richtung weitergehen und – vielleicht etwas provokant – behaupten, daß die Psychoanalyse nicht nur ihre eigene Ethik hat, sondern daß sie selbst Ethik ist, ja sogar daß es berechtigt scheint, von der Psychoanalyse als ethische Theorie und von der Psychotherapie als ethischer Praxis zu sprechen. Denn Psychoanalyse und Psychotherapie zielen darauf ab, einen Prozeß der Befreiung und der Autonomie in die Wege zu leiten, die ihrem Wesen nach selbst ethisch ist. Moralität – nicht unbedingt im Sinne *Kant*s oder *Jean Paul Sartres* – ist auch Synonym von Freiheit (aber nicht mit Willkür zu verwechseln).

Die Psychoanalyse ist Modalität der Ethik und sie ist selbst Ethik insoweit, als sie die Befreiung des Ich von jenen Bedingungen in die Wege leitet, die ihm Gefühl und Selbstbehauptung verwehren. Es ist gelebte Erfahrung und Dialektik der Freiheit, es ist Wiedergabe des Menschen an sich selbst, an sein natürliches und fundamentales Selbstgefühl.

Vertiefen wir die Modalität der Befreiung und der Freiheit, welche der Psychoanalyse und der Psychotherapie eigen ist. In einem ersten Schritt will die Psychotherapie erreichen, daß das Ich sich so sieht und erfährt, wie es ist, in seiner tiefsten und authentischsten Wirklichkeit, ohne Angst, ohne Täuschungen oder kindliches Verheimlichen, indem es die Widerstände besiegt, die von der Angst der Zwänge und der Emotionen, der ethisch heteronomischen Urteile, der pseudo-ethischen und pseudo-religiösen Wertungen verursacht sind. Die Psychoanalyse hilft, in solchen Ängsten und Symptomen die Verschleierungen und Tarnungen zu sehen, um sich selbst nicht in der tiefsten Wirklichkeit zu erkennen.

Bei der Entwicklung unserer Geistigkeit ist immer auch Tarnung und Maskierung am Werk. Egal ob wir vom wahren oder falschen Selbst sprechen, die Qualifizierung wahr und falsch ist irreführend. Das bedeutet, daß man mit dem wahren Selbst allein nicht leben kann. Unsere Natur zwingt uns, uns zu verteidigen und Rüstungen zu konstruieren, die das falsche Selbst sind.

Die analytische Arbeit erlaubt es, daß nach und nach das wenige, das den Patienten nicht aus dem Gleichgewicht bringt, und das wenige an Fragmenten des wahren Selbst, das am Ende des analytischen Prozesses ankommt, sich anders artikulieren kann mit der Abwehr, mit den Masken unseres unvermeidlichen »falschen Selbst« und unseres In-der-Welt-seins. »Erkenne dich selbst« im Sinne von »fühle dich selbst«, besonders im Unbewußten, ist das Prinzip der psychoanalytischen Identität, vom »Erkenne dich selbst« zum »Sei Du selbst«.

Die Psychoanalyse hilft nach dem Prinzip der eigenen Identität dem Ich, sich selbst zu fühlen und so zu sein, wie man ist, und nicht wie man sich wünscht zu sein. Es geht also darum, sich in der realen Wirklichkeit zu schätzen und zu lieben, und nicht in einer imaginären, mit ihren eigenen Vorteilen und Grenzen. Es ist kein Annehmen im Sinn von Aufgzwungensein, sondern im Sinn von Versöhnen mit dem eigenen historischen und existentiellen Ich, mit einer authentischen Liebe zu sich selbst. Das Selbstgefühl und die Liebe zu sich sind unverzichtbare Voraussetzungen für jede nachfolgende Modifikation des Ich, mit der Funktion einer Selbstbehauptung und einer erfüllten Selbstzufriedenheit, man selbst zu sein, so wie man sich fühlt und wie man sich will, ohne das Gefühl und die Wertungen des »anders-von-sich« (parentales kulturelles Modell). Man selbst zu sein, bedeutet auch, sich selbst zum Projekt zu machen; und das läßt den Sinn der Kreativität, der Verantwortung und des Risikos entdecken, weil die Gegenwart und die Zukunft des Iches innerhalb bestimmter Grenzen nur von sich selbst abhängen. Es ist nicht schwer zu begreifen, daß sowohl der Satz »Erkenne dich selbst« als auch der Satz »Sei du selbst« Wege der Befreiung sind mit dem Ziel einer autonomen Selbstbehauptung. Hier stimmt die Freiheit mit der Moralität überein, sie ist selbst Moralität. Die Ethik ist in der Tat eine Wissenschaft, die in einer dem eigenen Sein kohärenten Weise zu handeln lehrt in Übereinstimmung mit der eigenen Natur κατα ψυϑιν (das von *Aristoteles* und den *Stoikern*). Und die Psychoanalyse ist selbst Erfahrung der Moralität insoweit, als sie Erfahrung der Befreiung des Selbst ist, um das zu erreichen, was man in der authentischen Wirklichkeit ist.

Mit Sicherheit hat die psychoanalytische Theorie von der Physis des Menschen eine weniger restriktive Interpretation als die von *Aristoteles,* für den die Natur des Menschen in einer prioritären, wenn nicht gar exklusiven Weise vom Logos strukturiert ist, zum Nachteil des sensitiven, affektiven und leidenschaftlichen Lebens – auch wenn nicht ganz so radikal wie bei *Plato.*

Wenn man in der Psychoanalyse unbedingt ethische Kategorien im klassischen und traditionellen Sinn entdecken will, muß man sich vor Augen halten, daß das Subjekt in der Analyse mündig und frei wird in dem Maße, in dem es von sich aus mit Redlichkeit handelt, nach den eigenen inneren Prinzipien, die mit der Unterscheidung des eigenen ethischen Gewissens gewählt sind; dadurch wird die Kohärenz der gelebten Prinzipien mit der Redlichkeit der Unterscheidung zum Prinzip der Handlung und zum Kriterium der ethischen Haltung. Die Psychotherapie hilft dem Subjekt, fern jeder Ideologie und jeder ethischen Theoretisierung mit sich selbst zu experimentieren, so daß die eigenen Autonomie gesucht und verteidigt werden kann unter der Bedingung, daß es die Autonomie der anderen annimmt und respektiert. (Das alles wird in der Beziehung zum Psychotherapeuten gelebt).

Die Suche der Freiheit und der Autonomie führt so zum Mit-teilen im Sinne von Gemeinschaft, die viel mehr ist als die einfache Gesellschaft.

Auch unter diesem Gesichtspunkt stimmt die Freiheit mit der Moralität überein, sie ist selbst Moralität. Das richtige Verhältnis zur alteritas zu erreichen, wird zu einem Verlangen des Subjekts, das auf der psychologischen Basis reift, das Interesse und Selbstbestätigung findet, indem es sich dem anderen öffnet, und das sogar seine eigene Libido in der Bezüglichkeit und im Respekt der Autonomie des anderen umfaßt. Der andere ist nicht mehr egoistisch und hedonistisch – ein Gutes-für-mich, sondern ein Gutes-an-sich, das in einer glücklichen Synthese zwischen dem Wert der Person und der Lust des Verhältnisses zu ihr auch zum Gutes-für-mich wird (der Begriff vom Guten-an sich-für-mich von *Max Scheler).*

Unter dieser Perspektive stellt sich die Aggressivität wie ein Sich-dem-anderen-nähern dar, in einem reziproken Verhältnis, das etwas anderes ist als das einfache do ut des (objektivistisches und utilitaristisches Verhältnis). Also Aggressivität im reichen, ethymologischen Sinn des adgredi alium, um ihn zu integrieren und von ihm integriert zu werden, nicht im Sinn einer einseitigen oder sadistischen Aggression. Wer sich einer Beziehung stellt, integriert sich, indem er die Versuchung des Solipsismus überwindet, vom Monolog zum Dialog übergeht, von der Stille zum Wort, von der analytischen Introspektion zum dialogischen Wort, von der narzißtischen Pflege des Selbst zur Pflege des anderen-an sich.

Das Ziel der analytischen Behandlung kann man als Entwicklung der offenen Subjektivität zur Alterität verstehen, als ein Sich-selbst-erkennen in der eigenen, durch die Person des Therapeuten geöffneten Singularität; in diesem Erlebnis wird der andere als Subjekt und nicht als Objekt der Libido gelebt.

Man geht also von der Kultur des Monologs zu der des Dialogs und des Mitteilens. All das ist erlebte Erfahrung von Freiheit und damit von Moralität. Unter anderen konvergenten Aspekten wird die analytische Erfahrung zur Erfahrung der Freiheit und der Moralität, weil sie es zuläßt, die Fähigkeit zu erwerben, die hemmenden Faktoren des Es und des Über-Ich zu überwinden, und das Verlangen nicht mehr als Schuld und als Quelle des Vergehens und der Bestrafung zu empfinden, sondern als Moment der Reifung des Ich, als Voraussetzung und Beginn des Handelns und der Selbstbehauptung, nach der fundamentalen Richtung und der Intentionalität, welche von dem tieferen und authentischen Verlangen des Ich gegeben wird, oder von den mit Redlichkeit gelebten Werten, die aus der analytischen Erfahrung hervorgehen.

Wir dürfen jedoch nicht vergessen, daß das Risiko unseres Seins darin besteht, innere Systeme zu schaffen (eine geistige Struktur kann sadistisch, pervers, schizophren sein usw.), durch die wir uns selbst verfälschen, und mit solchen inneren Objekten geben wir unsere Identität wieder. Darum bilden wir einige Masken (Fiktionen), um einige Verhältnisse zu verfestigen. Es stimmt allerdings, daß die Maske durch eine Intentionalität hergestellt wird, im Sinne von Etwas-existieren-lassen, indem man die Erscheinungsweise der natürlichen Dinge imitiert. Es gibt also keine

Opposition zwischen Wahrheit und Falschheit, sondern zwischen Wahrheit und Fiktion. Wenn wir die Wahrheit als Enthüllung, als eine Suchaktion verstehen, dann ist nicht die Fiktion willkürlich, sondern die Art und Weise, das Leiden, die Trennung und den Verlust darzustellen, sie kommunizieren zu können und zwar nicht durch eine konstruierte Sprache, sondern durch eine gelebte dialogische.

Wie kann ich also mitteilen, was ich fühle, wie kann ich hören lassen, was ich fühle und wie kann ich mich, indem ich mich äußern kann, vergleichen mit all dem, was es an sich gegensätzlichem Affektivem gibt? In ihrem endgültigen Ergebnis präsentiert sich die ethische Dimension der Psychoanalyse als Befreiung von dem psychologischen und funktionalen Verlangen des Symptoms als Ersatzfunktion für eine ausgeschaltete, beängstigende Wirklichkeit, um mit ihm ruhig zu leben, bis man es völlig annimmt in seinen Mechanismen und in seiner unbewußten Funktionalität. All das ist gelebte Erfahrung der Freiheit, der Förderung des Ich, letztlich der Moralität.

Psychoanalysis as Ethics

Antonio Lambertino (Parma)

In this contribution the author formulates a comparison between psychoanalysis and ethics in different ways. *Freud* and also *Nietzsche* had asked for the psychoanalysis of ethics. In particular *Freud* examined origins and structure of the ethical conscience and the structure of ethics as psychic, social and religious phenomena.

The author stresses the relation between morality and freedom. All ethical judgements have emotional aspects. Psychoanalysis, dealing with emotions thus has a deep understanding of ethical phenomena. Psychoanalysis considers unconscious mechanisms and reactions of infantile conflicts preceding the establishment of the ego and the super- ego and is able to support the establishment of an ethical sense.

Both psychoanalysis and ethics help man to get rid of narcissistic feelings of omnipotence, infantile repetitions and compulsory dependence on norms, cultural and religious ideas and aggressive guilt-stricken modalities of the ethical conscience. They help to develop a creative responsible ego which takes into account the own boundaries as well as those of the surrounding reality. A correct relation to alteritas, i.e. other persons and society is established.

The author points out, that psychoanalysis should not interpret and define the specifics of ethics. The same is true for religion and art, for psychoanalysis has a specific methodological and scientific identity which does not allow to consider reality beyond emotions.

Psychoanalysis is able to understand different stages of reality as the outer realtiy, reality of matters as well as the inner reality. In

psychoanalysis, truth is always relative, giving psychic realities in a specific sense. By analytic work, experiences get sense, in which a subject finds to himself. But this sense always includes the relation between subject and the surrounding world. Psychoanalysis can help to integrate ethical feelings, an ethical conscience, feelings of guilt, the decision for values and ways of living. By that a psychaonalysis of the ethical phenomenon is defined.

In a next step the author asks for the ethics of psychoanalysis. He points out, that psychoanalysis has no rules and norms but only considers functions towards rules, is a hermeneutic art. The psychoanalyst must be able to support the patient's wish for change. He helps to create freedom. Because there is no morality without freedom, psychoanalysis establishes the conditions for freedom. By this, the author emphazises in a provocant way, psychoanalysis is ethics, creating a process of liberation and autonomy. In the process of maturation of autonomy, the subject demands for the other person, for alteritas and society. In this sense, aggression means ad gredi alium, i.e. integrating the other person and being integrated by him. It is the development from analytic introspection to dialogue, which is experience of freedom and morality. In summary the author formulates that the ethical dimension of psychoanalysis is liberation, is experience of freedom, development of the ego and morality, or in other words psychoanalysis is ethics.

Literatur beim Verfasser

Adresse des Autors:

Prof. Dr. Antonio Lambertino
Strada Pontasso 104/6
I-43100 Parma
Italien

Das Menschenbild der Dynamischen Psychiatrie als ethisches Prinzip der humanstrukturologischen Wissenschaft und Forschung**

Ilse Burbiel (München)*
unter Mitarbeit von Christine Bott und Gisela Finke

Die Verfasserin untersucht die ethischen Grundlagen der von Günter Ammon begründeten humanstrukturellen Wissenschaft. Diese versteht sich als wertgebundene Wissenschaft, deren kritische Instanz und Wahrheitskriterium das ist, was dem Menschen dient. Ausgehend von einem wert- und zielorientierten Menschenbild, bei dem die Identitätsentwicklung des Einzelnen an der Grenze von Individuum und Gruppe im Mittelpunkt steht, wird der naturwissenschaftliche reduktionistische Objektivitätsbegriff durch einen gruppendynamischen, entwicklungsorientierten Objektivitätsbegriff ersetzt. Die Suche nach der wissenschaftlichen Wahrheit orientiert sich dabei stets am Ziel der Identitätsentwicklung des zur Selbstbestimmung fähigen Menschen.

Eine Wissenschaft vom Menschen ist nach *Ammon* nur dann Wissenschaft,

1. wenn sie expliziert, welches die Auffassung von ihrem Gegenstand, dem Menschen, ist, wenn sie also der Forderung nach Explikation des ihr zugrunde liegenden Menschenbildes nachkommt,
2. wenn sie darlegt, auf welche Weise die Theorie ihrer Struktur und ihren Handlungskonsequenzen nach diesem Menschenbild gerecht wird und
3. wenn sie dem Menschen dient, d.h. für den Menschen da ist und nicht umgekehrt.

Mit diesen Forderungen geht *Ammon* weit über den üblicherweise formulierten Wissenschaftsbegriff hinaus und definiert Wissenschaft als einen von ethischen Implikationen untrennbaren Prozeß. Grundlage hierfür bildet das von *Günter Ammon* formulierte Menschenbild mit dem Konzept der Identität als dessen Kern. Im folgenden möchte ich aufzeigen, wie sich die dem Identitätsbegriff innewohnende Ethik in einigen wissenschaftstheoretischen Fragestellungen der Dynamischen Psychiatrie wiederspiegelt.

Menschenbild

Günter Ammon legte den Grundstein zu seiner Theoriebildung und seinem Menschenbild mit dem Konzept der konstruktiven Aggression. Der Mensch ist in seinem Wesen konstruktiv, d.h. er ist von Geburt an mit einer

* Dr. phil., Dipl. Psych., Klin. Psychologin/Psychotherapeutin (BDP), Leiterin der Psychologisch-Diagnostischen Abteilung der Dynamischen Psychiatrischen Klinik Menterschwaige, Lehranalytikerin und wissenschaftliche Leiterin des Münchener Lehr- und Forschungsinstituts der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), Chairwoman des deutschen Zweiges der WADP

** Vortrag gehalten am 16. Oktober 1998 am Münchener Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP)

konstruktiven Aggression, d.h. einer auf die Umwelt gerichteten Aktivität ausgestattet, die »im Sinne des Herangehens an Menschen und Dinge... als Vehikel allen menschlichen, liebenden und schöpferischen Tuns« aufgefaßt wird. »Konstruktive Aggression ermöglicht Leistung, Liebe und damit Selbstverwirklichung« (*Ammon* 1970). Der Mensch ist ein tätiges Wesen und von Geburt an auf die Entdeckung der Umwelt gerichtet. Unter dem Einfluß pathologischer Gruppendynamiken der früheren Lebensgruppen des Kindes kann es zur pathologischen Umformung, d.h. destruktiven und defizitären Verformung der Aggression kommen.

Ist Aggresssion der Ausgangspunkt des dynamisch-psychiatrischen Menschenbildes, so ist Identität sein zentraler Kern. Lebendige Menschen sind durch Identität wesensmäßig gekennzeichnet. *Ammon* spricht vom ureigensten Identitätsbedürfnis des Menschen als einem Wesen, das nach Selbstverwirklichung, Freiheit und damit auch Verantwortlichkeit und einem Sinn im Leben strebt und »dessen Bedürfnisse in seiner Einzigartigkeit bestätigt und befriedigt werden sollen« (*Ammon* 1970). Identität macht Aussagen über die Ganzheitlichkeit, Mehrdimensionalität, Gruppenbezogenheit und Prozeßhaftigkeit des menschlichen Wesens.

Der Mensch ist ganzheitlich in seelischen, geistigen und körperlichen Seiten und mehrdimensional in seinen Bedürfnissen, Interessen, Fähigkeiten, Fertigkeiten, in seinen gesunden und kranken, männlichen und weiblichen Anteilen, entscheidend auch in seinen menschlichen Fähigkeiten und Potentialen.

Identität ist nur in Beziehung zu Gruppen zu denken: alles, was der Mensch ist, in allen Bereichen seiner Existenz wird er durch die Gruppe, d.h. durch erfahrene Begegnungen mit anderen Menschen im Verlaufe seiner Entwicklung. Der Mensch kann in Gruppen gesund, aber auch krank werden, kann seine Identität konstruktiv entfalten, aber auch behindert oder destruktiv verformt werden.

Ammon analysiert und bewertet die Gruppe immer im Hinblick auf die Entwicklung und Veränderung menschlicher Identität, die untrennbar an ein Beziehungsgeflecht zu anderen Menschen gebunden ist. *Ammon* hebt somit die Trennung von Individuum und Gruppe auf und betont die Unteilbarkeit von Mensch und Beziehung: »Der Mensch entwickelt seine Identität in einer Gruppe. Der Gruppenbezug integriert ihn, die Identität differenziert ihn aus der Gruppe heraus.« (*Ammon* et al. 1982). Differenzierung als Prinzip von Einmaligkeit und Besonderheit meint sowohl die Einzigartigkeit eines Menschen als auch die Einmaligkeit seiner Lebensäußerungen. In dialektischer Weise steht dem das Prinzip von Integration als Gruppenprinzip sui generis gegenüber. Dabei stellt die Sozialenergie (*Ammon* et al. 1981, *Ammon* 1982), d.h. die psychische Energie, die durch zwischenmenschliche Kontakte entsteht, den »Transmitter zwischen dem einzelnen und der Gruppe dar.« Sozialenergie ist die Kraft, die Struktur, Dynamik und Prozeß von Identität und Gruppe trägt. Mittels der Identität jedes einzelnen wird eine Auseinandersetzung in der Gruppe eingeleitet, die Kontakte innerhalb der Gruppe

herstellt und Sozialenergie entstehen, läßt« (*Ammon* et al 1981). In der Einheit von psychischer und sozialer Energie wird formuliert,was zwischen den Menschen geschieht, was Beziehung ist und was den Menschen zu einem aktiven und lebensgestaltenden Wesen macht.

Die Identität wurzelt im Unbewußten des Menschen. Das Unbewußte bildet die Basis für menschliches Gesund- und Kranksein, da hier insbesondere die frühen lebensgeschichtlich erfahrenen Gruppendynamiken ihren strukturellen Niederschlag finden. Das Unbewußte bezeichnet *Ammon* als den »dynamischen Kern der Identitätsentwicklung« (*Ammon* 1979). Es ist durch die gruppendynamischen, sozialenergetischen Erfahrungen qualitativ strukturiert und energetisiert sowohl in konstruktiver, destruktiver als auch in defizitärer Hinsicht. Das Unbewußte ist außerdem der Ort der menschlichen Möglichkeiten und Potentiale und enthält somit die Dimension der Zukunft (*Ammon* 1982c). Mit der Gruppenbezogenheit ist bei Ammon die Gesellschaftsbezogenheit des Individuums impliziert. Der Mensch ist ein sui generis gesellschaftliches Wesen, wobei *Ammon* die Gesellschaft nicht philosophisch oder sozio-ökonomisch betrachtet, sondern Gesellschaft konkret psychologisch über die Gruppe faßt.

Menschliches Leben ist von der Geburt bis zum Tod ein Prozeß sich ständig entwickelnder, sich differenzierender und erweiternder Identität. »Identität ist das Bleibende einer Persönlichkeit und sie ist gleichzeitig nichts Bleibendes. Identität ist ein Prozeß, ein fortwährendes Suchen, eine fortwährende Entwicklung« (*Ammon* 1986). Als wichtigste schöpferische Leistung sieht er den Schritt des Menschen hin zur eigenen Identität. Dieser Prozeß, der immer auch eine Grenzerfahrung ist, gelingt, wenn er sich »im Rahmen eines kreativen Milieus entfaltet, welches durch die umgebende Gruppe in ihren realen und imaginären Aspekten gebildet wird« (*Ammon* 1972). Aus dieser gruppengewachsenen Identität, und hier schließt sich der Kreis, geht hervor: Der Mensch wird zum Menschen durch die Gruppe und kann nur in der Gruppe Mensch sein.

Aus dem eben Dargelegten wird deutlich, daß in *Ammons* Identitätsbegriff zahlreiche wertende Aussagen über das menschliche Wesen enthalten sind und daß Identität über die Zielorientierung, nämlich ihrer Entwicklung durch die Kategorien konstruktiv, destruktiv und defizitär qualifiziert werden kann. Was konstruktiv, destruktiv und defizitär ist, wird nicht normierend und moralisierend festgelegt, sondern gewertet im Hinblick auf menschliche Entwicklung entsprechend den im Menschenbild formulierten Aussagen. Es wird außerdem deutlich, daß die psychologische Annahme eines menschlichen Bedürfnisses nach Identität die Forderung enthält: Der Mensch will und soll seinen Bedürfnissen entsprechend konstruktive Identität haben. Identität soll sein. An dieser Stelle wird ähnlich wie bei den Begriffen Gruppe und Identität die Verwobenheit und Ethik deutlich.

Konsequenzen für wissenschaftstheoretische Fragen der Dynamischen Psychiatrie

Welche Konsequenzen hat nun diese ethische Verwobenheit für einige grundlegende Auffassungen von Wissenschaft, und was ist unter diesem Blickwinkel gemeint, wenn sich Dynamische Psychiatrie als eine Wissenschaft versteht, die im Dienste des Menschen steht. Die Implikation von Ethik in dem Wissenschaftsverständnis der Dynamischen Psychiatrie fordert zunächst einmal auf, uns mit dem »Wertfreiheits-Postulat« der klassischen Wissenschaftstheorie auseinanderzusetzen, das seit seiner Formulierung durch *Max Weber* als das Kriterium für Wissenschaftlichkeit und Wahrheit einer Theorie gilt. Die Theoriebildungen auf dem Gebiet der Psychologie, die frühe Psychoanalyse eingeschlossen, sind dem Wertfreiheits-Postulat weitgehend gefolgt: »Psychoanalyse ist nur als rein empirische Naturwissenschaft zu begründen. Sie hat es niemals unmittelbar mit den Werten zu tun, die an den seelischen Vorgängen haften, sondern immer nur mit diesen selbst« (*Hartmann* 1937). In *Freuds* Theorie sind aber sehr wohl wertende Vorstellungen über das Wesen des Menschen enthalten. So wird der Mensch als Triebwesen gesehen, das seinen Triebschicksalen unterworfen ist und das als Spielball zwischen Es und Realität unter dem Diktat eines möglicherweise sadistischen Über-Ichs gezwungen ist, sich an die bestehende Umwelt über Sublimierung der Triebe anzupassen.

Wir stellen also fest: »Wertfreiheit« kann es nicht geben, wenn es um die Erforschung der menschlichen Psyche geht. Die Gefahr ist vielmehr, daß die hinausgeworfenen Wertbezüge und Sinnfragen bis hin zu Aussagen über Nützlichkeit und Brauchbarkeit durch die Hintertür, nunmehr maskiert, oft im Gewande der Ideologie, wieder hereinkommen (vgl. auch *Groeben* 1972). Im Bemühen um Wertfreiheit und sog. »objektive« Wissenschaftlichkeit wird zielstrebig am Gegenstand der Psychologie, dem Menschen, vorbeigedacht und geforscht. Jahrzehntelanges Bemühen vieler Richtungen psychologischer Persönlichkeitsforschung um »objektive« wissenschaftliche Erkenntnis führten zu ungezählten experimentell gewonnenen Einzelergebnissen, die »weit ab von größeren Sinnzusammenhängen, weitab von Nützlichkeit oder Brauchbarkeit für den Alltag« sind (*Sader* 1979).

»Wertfreiheit« wird in der Dynamischen Psychiatrie oder humanstrukturellen Psychoanalyse ersetzt durch das Postulat der Explikation des jeder Persönlichkeitsforschung zugrundeliegenden Menschenbildes. Das bedeutet: Dieses Postulat weist der Wissenschaft den ihr zukommenden Standort zu, indem sie sie in den Dienst des Menschen stellt. Richtschnur hierfür sind wiederum die im Identitätsbegriff enthaltenen ethischen Implikationen wie konstruktive Aggression, Gruppen- und Gesellschaftbezogenheit, Prozeß usw. Kritische Instanz und Wahrheitskriterium ist in der Wissenschaftstheorie der Dynamischen Psychiatrie also das, was dem Menschen dient. Dieses Postulat erklärt die Werthaftigkeit zum Kriterium der Kritisierbarkeit und damit der Wissenschaftlichkeit. In jede Erkenntnis über das Wesen des Menschen gehen Wertvorstellungen ein bzw. sind in ihnen vor-

ausgesetzt. Nach *Feyerabend* (1976) ist Ethik daher sogar die Grundwissenschaft für alle anderen Wissenschaften. Die anthropologisch-ethische Fragestellung, daß Wissenschaft um des Menschen willen sein soll, ist folgerichtig die »existenzielle Basis« (*Albert* 1975) sowohl für die Formulierung der Theorie, die wissenschaftstheoretische Auseinandersetzung, die methodologische Ebene und das davon abgeleitete Handeln wie auch für die experimentelle Forschung/Psychotherapieforschung (»Menschenversuche«).

Uns interessieren im Folgenden einige Aspekte der wissenschaftstheoretischen Auseinandersetzung in der Dynamischen Psychiatrie als Konsequenz der im Menschbild formulierten Dialektik von Identität und Gruppe. In der Dynamischen Psychiatrie ist der naturwissenschaftliche, reduktionistische Objektivitätsbegriff zugunsten eines gruppendynamischen Objetivitätsbegriffes aufgegeben. Alle Lebensäußerungen eines Menschen sind Teil eines Beziehungsgeschehens und nur im Rahmen eines intersubjektiven Verständnisses erfahrbar. So müssen auch alle Aussagen über das Wesen eines Menschen Beziehungsaussagen sein. Jede empirische Erkenntnis über den Menschen ist eine zwischenmenschliche Erkenntnis, sie beschreibt immer auch ein zwischenmenschliches Verhältnis zwischen dem Forscher und dem Erforschten. Empirischer Erkenntnisgewinn und -fortschritt sind im Verständnis der Dynamischen Psychiatrie dem Inhalt und dem Prozeß nach ein gruppendynamischer Vorgang.

Wird ein Mensch als ein durch Gruppen entstandenes und in Gruppen lebendes und sich realisierendes Wesen verstanden, kann Objektivität auf der wissenschaftstheoretischen Ebene nur im Zusammenhang mit dem zwischenmenschlichen Prozeß der Erkenntnisfindung definiert werden. Die hier zu entdeckende Wahrheit über das psychische Wesen des Menschen ist die jeweils empirische zwischenmenschliche Wirklichkeit, die über maximale Erfahrungsfähigkeit des Forschers in unserem Sinne »objektiv« zu erfassen ist.

Der zwischenmenschliche Raum, d.h. die Gruppe, ist also Grundlage oder Bedingung der Erkenntnis von Wahrheit. Mit anderen Worten: Empirische Wahrheit ist immer zwischenmenschliche Wahrheit, sie ist an den interpersonellen Raum gebunden. »Objektivität«, die auf eine Loslösung aus den bewußten und unbewußten Beziehungszusammenhängen zielt, ist im Hinblick auf das Ziel, den Menschen in seinem psychischen Wesen wissenschaftlich zu erfassen, irrelevant.

So versteht die scientistische Psychologie im Sinne der und in Konkurrenz mit den Naturwissenschaften und deren Wissenschaftsverständnis unter »Objektivierung« das Bemühen »durch Eliminierung der subjektiven Elemente des Erkennens und aufgrund methodischen Verfahrens Naturprozesse zu vergegenständlichen« (*Rademacher* 1978). Sie will im Interesse »objektiver Wahrheitsfindung« mit größtmöglicher Methodenobjektivität alle nicht kontrollierbaren Einflüsse der Forschungssituation reduzieren oder gar eliminieren und hat dabei sowohl den Untersucher als auch den Untersuchten als Menschen ausgeschaltet.

Für die Durchführung experimenteller Untersuchungen werden hier z.B. möglichst kontrollierte und standardisierte Untersuchungssituationen gefordert, in dem Sinne, daß ein möglichst »störungsfreier« Beziehungszusammenhang zwischen unabhängiger und abhängiger Variable untersucht werden kann. Bewußte und unbewußte gruppendynamische Beziehungszusammenhänge, die naturgesetzlich bei der Durchführung psychologischer Experimente ablaufen, werden als »Störvariable« bezeichnet, deren Ausschaltung stets beabsichtigt, aber – denkt man besonders an die unbewußten Beziehungsereignisse – nie erreicht wird und erreicht werden kann. Unbewußtes, wie z.B. die Dynamik zwischen Forscher und Untersuchungsgruppe, findet statt, wird aber nicht wahrgenommen, untersucht und erfaßt. Der Untersuchte bzw. die Untersuchungsgruppe werden auf wenige isolierte Variablen reduziert, wie auch der Forscher als Mensch ausgeschaltet wird. Beide werden zu »Standardpersonen« reduziert. »Das, was die menschliche Persönlichkeit ausmacht, wo sie sich realisiert, nämlich im sozialen gruppendynamischen Kontext, wird dem Erkenntnisfortschritt entzogen. Es ist bekannt, daß dieser Reduktionismus in der Psychologischen Forschung zu zahllosen methodisch exakten, aber häufig uninteressanten und belanglosen Einzelergebnissen geführt hat« (*Sader* 1979).

Mit dem Anspruch eines naturwissenschaftlichen Objektivitätsbegriffes kritisiert die scientistische Psychologie andere ganzheitliche persönlichkeitstheoretische Ansätze als »unwissenschaftlich«, übersieht aber dabei, daß durch die Reduktion des Menschen auf die quantifizierbaren Variablen, wie z.B. in den faktorenanalytischen Persönlichkeitstheorien, lediglich »Methodenobjektivität« erreicht wird. Diese Reduktion des Menschen zum Reiz-Reaktions-Organismus, Triebwesen, Sozialautomaten möchten wir, da sie ihren Gegenstand, den Menschen, verfehlt, als pseudowissenschaftlich kritisieren.

Die Dynamische Psychiatrie bezieht den Forscher, der gleichzeitig auch therapeutische Funktion haben kann, wie umgekehrt der Therapeut im Sinne der Behandlungswissenschaft gleichzeitig auch Forschender ist, in ihre Untersuchungen mit ein. Dabei vertritt sie den Grundsatz, beide so umfassend wie möglich in bewußter, unbewußter, emotionaler, gruppendynamischer und geistiger Hinsicht zu erforschen. Wenn *Maslow* (1954) schreibt: »Der Psychologe wird, besonders dann, wenn er klinische Erfahrungen hat, ganz natürlich und spontan alles Material in einer persönlichen Art und Weise behandeln, weil es Menschen untersucht und nicht Abstraktionen, die sie hervorbringen, die Wissenschaftler ebenso wie die Wissenschaft«, dann weist er auf die Subjektivität des Forschers hin. Diese wurde unter anderen Fragestellungen Gegenstand zahlreicher psychologischer Untersuchungen, vor allem auf den Gebieten der »social perception« und des »attribution processes«. Es wurde nachgewiesen, daß in die Beurteilung menschlicher Persönlichkeiten und Verhaltensweisen »implizite Persönlichkeitstheorien«, die dem Beurteiler zumeist unbewußt sind, eingehen (vergl. hierzu z.B. *Asch* 1946; *Hastorf, Schneider, Polevka* 1970; *Rosenberg, Sedlak* 1972; *Shaver* 1975.

Wenn wir oben die maximale Erfahrungsfähigkeit des Forschers als zentrale Bedingung für die in unserem Sinne »objektive« Erfasssung zwischenmenschlicher Wirklichkeit genannt haben, dann bedeutet das, daß der Forscher sich seiner eigenen Gefühle, Erwartungen, Motive, Einstellungen, seinem Erleben insgesamt und seiner Wirkung auf andere, kurz: seiner eigenen Identität bewußt ist. Er muß einen flexiblen Zugang zu seinem eigenen Unbewußten haben, um unbewußtes gruppendynamisches Geschehen zwischen sich und den anderen erfassen zu können. Wir stimmen in diesem Punkt mit *Vogel* (1975) überein: »Wenn aufgrund dieser und noch weiterer Forschungsergebnisse die Forderung nach größerer wissenschaftlicher Objektivität und kritischer Handhabung der psychologisch diagnostischen Tests (und ihrer Auswertung) zu Recht geltend gemacht wird, so muß hier aus der Sicht der psychodynamischen Theorie und Techniken als zweite Forderung die noch bessere Schulung der klinischen Psychologen zu Selbstkonfrontation und Selbstreflexion sowie zur Förderung seiner klinischen Sensibilität zur Seite gestellt werden.« Der Forscher muß also seinen eigenen Anteil an der Beziehung, die sich zwischen ihm und dem Untersuchten konstituiert, erkennen. Deshalb muß ihm auch klar sein, daß er selbst ein Gruppenwesen ist und ohne den Austausch mit und die Korrektur durch die Gruppe nie seinem Forschungsziel in seiner Komplexität gerecht werden kann.

»Die Identität des Wissenschaftlers und des Therapeuten... wird selbst zum Gegenstand der Forschung, ist Behandlungsinstrument, entwickelt sich und verändert sich im Prozeß der therapeutischen Arbeit ... So wird auch das Problem der Subjekt-Objekt-Trennung gelöst, indem das erkennende Objekt seine Subjektivität ins vermeintliche Objekt hineingibt. Erst die Aufhebung der Subjekt-Objekt-Trennung im Sinne einer Beziehung zum Erkenntnisgegenstand ist Bedingung wirklicher Erkenntnis« (*Ammon* 1979).

Entsprechend der Formulierung, daß der Mensch ein sich ständig entwickelndes Wesen ist, ist auf der Wissenschaftsebene dynamisch-psychiatrische Wissenschaft ein offenes System, dessen Entwicklung nie zum Abschluß kommen kann. Ebensowenig kann eine Begrenztheit menschlicher Vielfalt angenommen werden. Dabei gibt die Theorie den wissenschaftlich-ethischen Standort an, von dem aus der Forscher die menschliche Wirklichkeit wahrnimmt, entdeckt und erklärt. Für den Fall, daß die Theorie sich an der Praxis stößt, wird ein Prozeß der Erweiterung, Differenzierung oder Veränderung der Theorie in Gang gesetzt. Der Konflikt, d.h. die Nichtübereinstimmung von Theorie und Praxis stellt sich als Loslösung der Theorie von konkreten Menschen, ihren Bedürfnissen und Interessen im Kontext ihrer jeweiligen Gruppensituation dar. Dies ist eine Grenzsituation der Theorie. Wissenschaft steht hier nicht mehr im Dienst des Menschen. Das ist z.B. der Fall, wenn die Behandlung eines Patienten keinen Erfolg zeigt oder bestimmte zwischenmenschliche Ereignisse aus dem bisherigen theoretischen Hintergrund nicht mehr erklärt werden können. Der Widerspruch von Theorie und Praxis wird durch ständige Theorieentwicklung immer wieder aufgehoben, in dem die Übereinstimmung der Theorie mit der Praxis, d.h. der lebendigen mensch-

lichen und gruppendynamischen Wirklichkeit hergestellt wird. In diesem Sinne wird »Wissenschaft als Dienst am Menschen« (*Ammon* 1982) begriffen.

Das Postulat einer lebendigen, standortbeziehenden Wissenschaft vom Menschen, die sich in dialektischer Auseinandersetzung von Theorie und Praxis dem Identitätsprozeß entsprechend entwickelt, betrifft auch die Person des Wissenschaftlers und Forschers. Es besteht darauf, ihm die Identitätsfrage zu stellen. Wer ist er als Mensch und Wissenschaftler? Der Forscher soll als Mensch sichtbar werden, der für seine Erkenntnisse und Forschungsmethoden verantwortlich gemacht werden kann. Die Trennung von Theorie und Praxis beim Forscher selbst, d.h. die Spaltung von Mensch und Wissenschaftler, wie sie lange Zeit über das Wertfreiheits-Postulat und den naturwissenschaftlichen Objektivitätsbegriff wissenschaftstheoretisch gerechtfertigt wurde, wird damit aufgehoben. Dies ist gemeint, wenn *Ammon* von der »Identität des Forschers« und der Wissenschaft als Lebensstil« spricht. Auch für den Forscher gilt daher der Satz, daß Identität und Humanität und damit Wissenschaft und Ethik unteilbar sind.

The Concept of Man in Dynamic Psychiatry as an Ethical Principle of Humanstructurological Science and Research

Ilse Burbiel (Munich)

A science of man according to *Ammon* can only be called a seience

1. if it explicates the underlying conception of its object man.
2. if it explains in which way it does justice to the theory of its structure and consequence of action according to the mentioned conception of man and
3. if it serves man, i.e. if science is meant for man and not vice versa.

With these demands *Ammon* defines the concept of science much more widely than it is usually formulated. Science in his view is a process which cannot be separated from ethical implications.

The above requests are based on the conception of man as formulated by *Ammon* which centrally contains the concept of identity.

Ammon layed the foundations for his theory and for the conception of man within Dynamic Psychiatry with the concept of constructive aggression. Man is constructive by his nature. Constructive aggression can be seen as »the sense of approaching men and objects, ...using it as a vehicle for all human, loving and creative actions thus enabling man to be productive, to love and to realise himself« (*Ammon* 1970).

If aggression is the starting point of the conception of man in Dynamic Psychiatry than identity is the central core of it. Man is holistic in his psychic, spiritual and physical aspects; he is multidimensional in his needs, interests, capacities and skills with regard to the sound and sick, male and female parts of his personality. Thus, identity entails man's entire personality in the presence. At the same time it is a psychic and spiritual power which integrates the multidimensionality of man.

Identity can only be seen in relation to groups. What constitutes man in all fields of his existence is that what he developed in groups, i.e. encounters he experienced with others in the course of his development. Man can recover in groups, but also may fall ill; he may constructively unfold his identity but may also be hindered to do so or may be destructively deformed. »Man develops his identity in groups. By way of his relationships to groups he integrates all aspects of his personality, by way of his identity he differentiates himself from groups.« (*Ammon* et al. 1982) Within groups social energy (*Ammon* et al. 1981, *Ammon* 1982), i.e. the psychic energy which arises through interpersonal contact, functions as a »mediator between individual and group. Social energy is the force carrying the structure, the dynamics and the process of identity as well as those of groups.« (*Ammon* et al. 1981)

Identity is rooted in the unconscious of man. For *Ammon* the unconscious is »the dynamical core of the development of identity« (*Ammon* 1979). By way of group dynamic and social energetic experience which may be constructive, destructive as well as deficient, the unconscious is structurized. Furthermore the unconscious is the locus of human potentialities thus containing the dimension of the future (*Ammon* 1982).

Human life from birth to death is a process of continously developing, differentiating and expanding one's own identity. »Dynamic Psychiatry regards the nature of man as something grown in the past, it integrates his presence and possible future« (*Ammon* 1979a). »Identity is something that is remaining in the personality of man and at the same time it is not remaining. Identity is a process, a continuous searching for identity, a continuous development« (*Ammon* 1986). Man becomes human within groups and can exist as man only in groups. From this follows that *Ammon*'s concept of identity

- contains numerous valuating statements on the human nature,
- that identity can be qualified by following the aim of identity development whereby the categories of constructive, destructive and deficient are used, and
- that the psychological assumption of the human need for identity contains a demand: man wishes and is requested to have a constructive identity according to his need. Here we can see the interconnection of identity and ethics similar to the concepts of groups and identity.

What are the consequences of these ethical interconnections for some basic conceptions of science? What is meant by the Dynamic Psychiatry regarding itself as a science in the service of man?

The implications of ethics as science as understood in Dynamic Psychiatry demands an examination of the »request for neutrality« of the classical theory of science, which, since it was formulated by *Max Weber* (1973), is regarded as the criterion for scientific rigour and truth of a theory. The theories in the field of psychology including psychoanalysis to a great extent have been following thus request for neutrality. *Hartmann* notes (1937): »I have often stressed that for psychoanalysis as a purely psycho-

logical discipline there can be no approach to the field of normatives. Psychoanalysis can only be substantiated as a purely natural science. It is never dealing with values connected to psychic processes directly but only with the processes themselves.« In the theory of *Freud* however, there are ideas of judging the nature of man. There can be no »neutrality« with respect to exploring the human psyche. The danger is that judgements about usability which had been ejected are coming in again by the back door in the form of ideologies (see also *Groeben* 1972).

The request for »neutrality« is replaced by the request for explicating the conception of man underlying any personality research. This request allocates science to their position by putting them into the service of man. It declares the value (»Werthaftigkeit«) to the criterion of criticizing something and thus to the criterion of science. The critical instance and criterion of truth in the theory of Dynamic Psychiatry is whether it serves man.

Any form of realizing the nature of man presupposes ideas of value. According to *Feyerabend* (1976) ethics are even a basic science for all other sciences.

In her paper the author is interested in some aspects of scientific philosophical concern within Dynamic Psychiatry as a consequence of the dialectics of identity and group as formulated in the conception of man. Dynamic Psychiatry is by its nature a science of treatment, i.e. »its basis which is the psychoanalytical therapy always implies treatment and research« (*Ammon* 1979). Questions are not only formulated out of the therapeutic situation, but are also formulated out of fields of practice dealing with healthy persons such as the field of research, for example within psychoanalytical kindergarten.

Corresponding to man as a continuously developing being, dynamic psychiatric science is an open system. Starting from the scientifical and ethical position the researcher perceives, discovers and explains human reality. In case that theory and practice are not concurrent, a process of extension, differentiation and change of the theory is initiated. The conflict, i.e. theory and practice are not concurrent, appears as a detachment from the theory of concrete human beings and their needs and interest in the context of their respective group situations. This is a borderline situation of theory. Here science is no longer serving man. As soon as theory and practice contradict each other this contradiction is lifed by developing the theory in a way that it agrees with practice. This is what we understand by »science in the service of man« (*Ammon* 1982).

In Dynamic Psychiatry the reductionist concept of objectivity as used in natural sciences has been abandoned in favour of a group dynamic concept of objectivity. If man is understood as a being originated in groups, living and realizing himself in groups, objectivity on the level of philosophy of science can only be defined in the context of an interpersonal process of cognition. »Objectivity« aimed at a detachment from conscious and unconscious interrelations is irrelevant with respect to the aim of scientifi-

cally understanding man in his psychic nature. The interpersonal space, which is the group, is the basis or conditions for realizing the truth. In other words: empirical truth is always an interpersonal truth; it is bound by the interpersonal space.

The request for this position concerns the scientist and researcher in person who must question his own identity. Who is he as human being and as scientist? The researcher must emerge as a human being who is to be made responsible for his scientific findings and research methods. The separation between theory and practice within the person of the researcher himself, i.e. the splitting between man and scientist is lifted, which for a long time has been scientifically justified by the request for neutrality and the scientific concept of objectivity. This is what is meant by *Ammon* when he speaks of the »researcher's identity« and »science as life-style«. This statement is also true for the researcher as identity and humanity and thus science and ethics are indivisible.

Literatur bei der Autorin

Adresse der Autorin:

Dipl.-Psych. Dr. phil. Ilse Burbiel
Jägerwirtstraße 3
D-81373 München

Some Ethical Aspects in Today's Child Psychiatry**

Shmouel Tyano (Tel Aviv)*

Some questions of ethical responsibility for children today are raised due to the results of modern science and technology. For example becoming a mother implies two biological functions, namely to supply the cocyte and to carry the fetus to maturity. Now it is possible to dissociate these functions. Despite the enormous social importance of these questions, science does not give us an answer, and solutions are to be expected only by religion or philosophy. Moreover, in the author's opinion, child rearing should become more oriented towards the positive development of the child. He demands an ethical education which is no longer in the family's responsibility, but in that of society and government.

Henri Atlan (1996) noted that the great revival of interest in ethics we are witnessing today could hardly have been foreseen two or three decades ago. Mainly it has been generated by the explosion of innovative biotechnologies which have not only dramatically improved our quality of life, but have raised moral questions that humankind has never had to face before.

Atlan discusses, in this context, the dual maternal role. Becoming a mother implies two biological functions: supplying the cocyte and carrying the fetus to maturity. Technological interventions have now made it possible to dissociate these functions. For the first time in history, an embryo originating from the cocyte of one woman can develop in the uterus of another. The woman who furnishes the child with its genetic makeup is not the one who gives birth to it. Which one, then, is the mother? What is the identity of the child? Science and technology created the problem, but do not provide the means to solve it.

Traditionally, there are two sources to which we turn to solve ethical dilemmas: religion and philosophy. The Biblical story of the judgement of *Solomon* is a good example of their combined application and may serve as an inspiration in our case. In the story, two harlots dwelling in the same house each gives birth to a male infant, one of which dies that night. The women approach the king with the living child and the identical claim: »The living child is my son, and the dead one is thy son.« This claim is noteworthy for arguments of mine or yours usually refer to objects. But an infant is not property to be bought or traded. At the same time, it is not yet a person in the sense of self-identity and object relations. So to whom does it belong? Here, justice and injustice spoke with one voice, and *Solomon* had not tool to discriminate between them. Nature, as in our modern-day case, was irrelevant. So *Solomon* bypassed nature and turned to the word. He orderd that child be cut in two. As the sword was lifted, the first women said: »Let it be neither mine nor thine, but divide it.« The second, however,

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

** Paper presented at the WPA-Seminar »Legal and Ethical Aspects of Medical Experimentation« in Berlin, May 10, 1998 in remembrance of Günter Ammon's 80th birthday

outcome of structuring of early behavioral and emotional patterns is the formation cried »Give her the living child, but do not slay it.« Thus, the true mother was recognized as the one who verbally renounced the child in order to ensure that it reached its potential for development.

Scholars from many fields have sought to interpret the meaning of this passage. One in particular fits our dilemma. *Vase* (1990) maintained that the rendering of justice may overrule the right to property. Though *Solomon's* decree could have ended catastrophically – it was, indead, a decision of life or death – it became an act of justice by the fact that one of the mothers – by implication the natural one – relinquished the child rather than see it destroyed. *Salomon's* device induced a momental of unification of mine and yours by extinguishing the mine for the benefit of yours. Therefore, justice needs not necessarily to be linked to the right of ownership. In some cases, only when one stops claiming one's rights justice can be done.

How does this apply today?

Traditionally, child rearing has been a family matter. However, child psychiatry has been advancing in leaps and bounds, and our ongoing observations have yielded a host of emotional, cognitive and interpersonal childhood needs more subtle and more complex than the shortlist of basic physical recessities. They include, among others, stimulation, warmth, attention, solace, play, and social interactions, all of which guide the adaptation of the unformed personality to the environment. Yet, as *Noshpitz* (1994) asked, if meeting these needs fully and consistently is indeed a valid and fundamental goal, on whom does the responsibility fall? The most obvious answer is the family – just like for the fulfilment of physical needs. But in our times of dissolution of the extended family, working mothers, high divorce rate, high adoption rate, and increased mobility, the definition of family has become obscured. At what point should society step in? Would it not be better for the child when society shares some of the obligations for raising it? While monitoring the home might violate the family's basic right to privacy, this very right may be endangering the child.

Our code of ethics derives from moral rules. Society has changed its moral rules and must now assume the framework for obeying them. It can no longer place the burden of responsibility solely on the shoulders of the family. We have reached the point at which a different, more aware, more developmentally oriented approach to child rearing is preferred. Many professionals arguing in favor of social intervention claim that the most important outcome of structuring of early behavioral and emotional patterns is the formation of the superego. Given the rapid increase in adolescent criminality, the inculcation of appropriate regulatory models within the personality organization is receiving too little attention in the pediatric literature.

One invited into the home, it would be the duty of the authorities to take the appropiate steps throughout all phases of development to enhance the individual's capacity for altruism, cognitive achievement, emotional maturity, self-realization and interpersonal relationships. This notion has a

family to decide whether or not to teach a child reading, writing and arithmetic. When education was taken over by the state, school attendance became mandatory; falling to educate a child was considered a form of neglect, and parents were punishable by law. In this manner, for the benefit of the child, the family turned over to the state what had been previously taken for granted as its private domain.

The assumption of government responsibility for the entire process of child rearing, both at the community and state level, has a wealth of implications for all areas of life. And it can be set into motion if we act wisely by circumventing the question of possession, of mine or yours. This brings us back to *Solomon's* judgment. Ethics serve as a safeguard against laws that are too rigid and a morality that is too narrow-minded. Ethics are commensurate with the human experience, and the manner in which we apply them in our daily lives makes us worthy of them.

I am aware that I have touched on only one issue in this very complex and crucial area of child psychiaty. I doubt it can be fully resolved even within the next several decades. More meetings like this one will help us to raise our system of values to keep up with scientific progress and allow it to serve us like the »angels on the two sides of the tabernacle«.

Einige ethische Aspekte der heutigen Kinderpsychiatrie

Shmouel Tyano (Tel Aviv)

Infolge moderner Wissenschaft und Technologie steht die Menschheit heute vor völlig neuen Fragen, für die es bisher keine Antworten gibt und die zu einem unerwarteten Interesse an Ethik geführt haben. Als Beispiel werden die beiden grundlegenden biologischen Funktionen der Mutterschaft angeführt: die Bereitstellung der genetischen Ausstattung und das Austragen des Foetus. Heute können diese beiden bisher unmittelbar verbunden Funktionen getrennt werden. Wie in der biblischen Geschichte von *Salomon*, der die wahre Mutter eines Neugeborenen dadurch ermittelte, daß er drohte, es mit dem Schwert zu zerteilen, wird Gerechtigkeit mitunter erst möglich, wenn jemand auf seine Rechte verzichtet.

Wie die Kinderpsychiatrie heute weiß, erfordert eine emotional, kognitiv und interpersonell befriedigende Kindheit über die Erfüllung der physischen Bedürfnisse hinaus Wärme, Stimulation, Aufmerksamkeit, Trost, Spiel und soziale Interaktion, die erst die Persönlichkeit formen und an die Umgebung adaptieren. Wer aber kann in Zeiten zunehmender Auflösung der Familien die Verantwortung dafür übernehmen, daß dieses Ziel erreicht wird?

Darüberhinaus ist in der Kindererziehung ein neuer Ansatz notwendig, der stärker auf eine positve Entwicklung des Kindes hin orientiert ist. Um dies zu gewährleisten, müßten öffentliche Stellen auf kommunaler wie staat-

licher Ebene eingeschaltet werden. Insbesondere ist auf die Förderung von Altruismus, kognitiver Bildung, emotionaler Reife, Selbstverwirklichung und interpersoneller Beziehung Wert zu legen. Ähnlich wie vor nicht allzu langer Zeit die Verantwortlichkeit für die schulische Ausbildung (Lesen, Schreiben, Rechnen) von der Familie auf den Staat überging und damit für alle Pflicht wurde, müßte heute die ethische Bildung eine gesellschaftliche Aufgabe werden, indem anstelle der zunehmend sich auflösenden Familie staatliche Stellen die Verantwortung dafür übernehmen.

Abschließend wird betont, daß hier nur ein einzelner Aspekt des sehr komplexen und bedeutsamen Bereichs der Ethik in der Kinderpsychiatrie angesprochen wurde. Die Beschäftigung mit diesen Fragen ist über die nächsten Jahrzehnte hin notwendig, um mit dem wissenschaftlichen Fortschritt mithalten zu können. Der Ausbau unseres Wertesystems sollte uns als »Engel auf den beiden Seiten des Tabernakels« dienen.

Literatur at the author

Address of the author:

Prof. Shmouel Tyano, M.D.
Sackler Medical School
Tel Aviv University
Tel Aviv
Israel

Ethische Aspekte der humanstrukturellen Theatertherapie**

Ingeborg Urspruch (München)*

Die Autorin betont in ihrer Arbeit die prozeßhafte ethische Orientierung im aktuellen gesellschaftlichen und geschichtlichen Geschehen und die Notwendigkeit ethischen Handelns in der Psychoanalyse, wie sie beginnend mit Sigmund Freud in allen psychoanalytischen Schulen immer wieder reflektiert und erarbeitet wurde. Die Autorin hat ihre Orientierung in der Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie Günter Ammons gefunden, die Basis ihrer therapeutischen Arbeit ist. Die humanstrukturelle Theatertherapie gibt psychisch kranken Menschen durch das Theaterstück, die Schauspielkunst u.a.m. besondere Möglichkeiten ethischer Orientierung, wobei die Autorin in diesem Zusammenhang Bezug nimmt zum psychologogischen Theater Stanislawskis. Die humanstrukturelle Theatertherapie wird gesehen und praktiziert als erweitertes Medium psychoanalytischer Gruppen- und Einzeltherapie zur nachholenden Ich- und Identitätsentwicklung, die in sich ethische Dimensionen beinhalten. Eine Fallvignette veranschaulicht beispielhaft die Bedeutung der Rollenfindung im Theaterstück für den therapeutischen Prozeß einer Patientin.

In unserer Zeit, in der tradierte geistige, politische, religiöse, familiäre und kulturelle Zugehörigkeiten vielfach nicht mehr bindend und tragend sind, ist die damit verbundene Wertorientierung im Umbruch oder gar verloren gegangen und zunehmend dem einzelnen Menschen überlassen. In unserem Kulturkreis, von *Günter Ammon* als Borderline-Gesellschaft bezeichnet, besteht die Tendenz zu fassadärem Verhalten, Anpassung an äußere Gegebenheiten mit Streben nach äußerer Geltung und Besitztum, verbunden mit Vernachlässigung und Gleichgültigkeit des Menschen gegenüber seinen inneren Bedürfnissen und Einstellungen und der daraus zu entwickelnden geistigen Wertorientierung.

In der Psychoanalyse war die Frage der Ethik immer immanent, denn Ethik betrifft zentral die Frage der inneren und äußeren Lebensgestaltung. Die Psychoanalyse will seit *Freuds* Zeiten dem psychisch kranken Menschen helfen, seine primäre Wahrheit und Lebenseinstellung zu finden, indem sie versucht, ihn von pathologischen Dimensionen seiner Persönlichkeit erkennend zu befreien, die aus einer pathogenen Kindheitsentwicklung entstanden sind. Dabei spielt die Entdeckung des Unbewußten durch *Freud* als Quelle pathologischer Symptombildung und pathologischen Handelns eine entscheidende Rolle und ebenso die *Ammon*sche Definition des Unbewußten als Quelle der dem Menschen gegebenen »human potentialities«.

Eine ethische Orientierung gelingt nur auf der Basis der Wahrheitsfindung und Wahrheitsorientierung des menschlichen Seins in all seinen

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

** Vortrag gehalten beim Internationalen Symposium »Ethik in der Dynamischen Psychiatrie« am 9.Mai 1998 in Berlin im Gedenken des 80. Geburtstages von Günter Ammon

Dimensionen und nur dem Menschen, der zur eigenen Wahrheitsfindung gelangt. Ethisch bedeutsame und unethische Entwicklungen lassen sich vielfach in der Menschheitsgeschichte bis heute verfolgen. Aus psychoanalytischer Sicht sind sie im positiven Sinne entstanden oder zumindest zentral beeinflußt worden aus »gesunden« oder im negativen Sinne pathologischen Persönlichkeitsstrukturen der Menschen, die ursächlich diese Entwicklungen begründet oder weitergeführt haben.

Die Geschichte der Ethik unterliegt im Lauf der Zeit sich wandelnden Definitionen und findet wandelnden Ausdruck und Verwirklichung. Prozeßhaft wie die Geschichte der Menschheit entwickelt sich die ethische Begrifflichkeit. Und so ist auch jeder reflektierende Mensch immer wieder neu auf der Suche nach seiner ethischen Orientierung, denn Ethik entsteht und wandelt sich im besten Sinne aus eigener menschlicher Erfahrung, verbunden mit zwischenmenschlicher, geschichtlicher, philosophischer und weltanschaulicher Orientierung. Werte »an sich« sind in der historischen Entwicklung der Ethik überzeugend in Frage gestellt worden, wenn sie nicht im geschichtlichen oder persönlich-kulturell menschlichen Miteinander gesehen wurden.

Erich Fromm schreibt in seinem Buch »Psychoanalyse und Ethik« (1954): »Obwohl die psychoanalytische Charakterologie noch in ihren Anfängen steckt, ist sie für die Entwicklung einer ethischen Theorie unentbehrlich. Die Begriffsbestimmung aller Tugenden und Laster muß in der herkömmlichen Ethik zweideutig bleiben, weil häufig genug mit dem gleichen Ausdruck verschiedene, ja zum Teil sogar gegensätzliche menschliche Haltungen bezeichnet werden. Ihre Zweideutigkeit verlieren diese Begriffe erst dann, wenn sie mit der Charakterstruktur derjenigen Person in Zusammenhang gebracht werden, der eine Tugend oder ein Laster zugeschrieben wird. Eine aus dem Zusammenhang mit dem Charakter herausgelöste ‚Tugend' kann sich als etwas Nicht-Wertvolles herausstellen (so zum Beispiel ‚Demut', wenn sie in Furcht oder in Kompensierung unterdrückter Arroganz ihren Grund hat); ebenso kann auch ein ‚Laster' in einem anderen Licht erscheinen, wenn es im Zusammenhang mit dem gesamten Charakter verstanden wird (so zum Beispiel ‚Arroganz' als Ausdruck von Unsicherheit und Selbstunterschätzung). Für die Ethik ist eine solche Betrachtungsweise äußerst aufschlußreich. Es genügt nicht und es ist äußerst irreführend, wenn man sich mit isolierten Tugenden und Lastern als Charakterzügen, die für sich betrachtet werden können, beschäftigt. Gegenstand der Ethik ist der Charakter, und nur in bezug auf die Charakterstruktur als ganze können Wertsetzungen über einzelne Charakterzüge oder Handlungen gemacht werden. Weit mehr als einzelne Tugenden oder Laster ist der tugendhafte oder lasterhafte Charakter der eigentliche Gegenstand der ethischen Forschung.«

Die humanstrukturelle Theatertherapiearbeit, die ich seit vielen Jahren als Vertiefung, Erweiterung und Ergänzung der verbalen Psychotherapie erforscht habe und praktiziere, enthält vielfältige Möglichkeiten ethischer

Orientierung. Sie ist entstanden auf der Basis der Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie *Günter Ammons*. *Ammons* ganzheitliche Sicht des Menschen in Krankheit und Gesundheit und das damit verbundene Menschenbild integriert philosophische, anthropologische, interpersonelle und historisch-kulturelle Dimensionen menschlichen Seins, die als therapeutisches Ziel zur Ermöglichung einer nachholenden Ich- und Persönlichkeitsentwicklung des Patienten und der ganzheitlichen Identitätsfrage des Menschen insgesamt geführt hat. Identität beinhaltet bei *Ammon* auch immer Wertorientierung in eigener Verantwortung. Voraussetzung einer gesunden Identitätsentwicklung ist die familiär personelle und milieubedingte Entfaltungsmöglichkeit des Kindes auf der Basis der Achtung vor seiner Person und seiner Bedürfnisse, aber auch die Notwendigkeit tragender Verantwortlichkeit der Erwachsenen dem Kind gegenüber im fördernden und auch abgrenzenden Sinne.

Bei Patienten, die in psychotherapeutische Behandlung kommen, waren diese Voraussetzungen entweder defizitär, d.h. nicht ausreichend vorhanden, oder destruktiv gestört. An den Psychotherapeuten werden hohe Anforderungen gestellt, im kommunikativen Prozeß der Therapie die pathologischen Entwicklungsstörungen des Patienten in der Wiederholung erlebbar und dem Patienten bewußt werden zu lassen und gleichzeitig im Interaktionsprozeß der Therapie nachholende, korrigierende Erfahrung zu ermöglichen.

Ein Meilenstein im Aufbau der Dynamischen Psychiatrie *Günter Ammons* war der wissenschaftliche Kongreß 1975 in Taormina auf Sizilien zum Thema »Psychoanalytische Ausbildung«, bei dem es zentral um die erforderlichen Eigenschaften von Ausbildungskandidaten und Psychoanalytikern ging und bei dem neben technischen und persönlichen Voraussetzungen auch schwerpunktmäßig ethische Aspekte erarbeitet wurden. *Ammon* schreibt in seiner grundlegenden Arbeit zum Thema des Kongresses: »Wenn wir uns mit den erforderlichen Eigenschaften im folgenden befassen, wird deutlich werden, wie wenig diese naturwissenschaftlich meßbar oder gar statistisch erfaßbar sind, und wie sehr hier geisteswissenschaftliche, philosophische und ethische Kriterien in den Vordergrund rücken« (*Ammon* 1976). Er benennt dann beispielhaft das grundlegende Interesse am anderen Menschen, den Willen zu helfen und die Hoffnung, helfen zu können. »Die wichtigste Eigenschaft ist, einen Menschen, so absurd auch seine Verhaltensweisen zu sein scheinen, verstehen zu wollen, verstehen zu können und zu einem Verständnis suchend zu gelangen«(ebenda). Und weiter schreibt er: »Zur Herstellung einer Atmosphäre, in der eine psychoanalytische Arbeit möglich ist, gehören noch weitere fundamentale Voraussetzungen, nämlich die Verläßlichkeit und damit verbunden das Verantwortungs- und Fürsorgegefühl des Psychoanalytikers - Eigenschaften, die ohne menschliche Güte unintegriert im Raum stehen würden« (ebenda).

Immanent im kommunikativen Prozeß der Dynamischen Psychiatrie ist das Sich-Einlassen des Therapeuten auf den Patienten mit seiner ganzen

Person, seinem Können, seiner Lebenserfahrung und der Spiegelung der Dynamik des Patienten in seiner Gegenübertragungsreaktion. Im Gegensatz dazu handelt die orthodoxe Psychiatrie zutiefst unethisch, da sie auf der wissenschaftlich nicht erwiesenen diagnostischen Basis ihres Endogenitätsverständnisses dem Patienten durch überwiegend medikamentöse Symptombeseitigung die zwischenmenschliche Begegnung verweigert.

Mein besonderes Metier im Behandlungsspektrum der Dynamischen Psychiatrie ist die zu den nonverbalen Therapiemethoden zählende Theatertherapie. Seit vielen Jahren besteht meine Theatergruppe »Labyrinth« als integrierter Bestandteil meiner Praxis und ebenso integriert in unser psychoanalytisches Ausbildungsinstitut als Möglichkeit zur Vertiefung und Erweiterung psychoanalytischer Therapie im Rahmen unserer psychoanalytischen Ausbildung. Jede Gruppe, die längere Zeit als Gemeinschaft besteht und ein gemeinsames sinnvolles Ziel hat, entwickelt eine Gruppenkultur, was per se mit ethischer Orientierung verbunden ist. Die Gruppe kann durchaus, wie meine langlaufende Theatertherapiegruppe, halboffen sein, d. h. es können neue Mitglieder aufgenommen werden und andere gehen. Ich halte dies sogar für bedeutsam zur Erhaltung und Förderung der Lebendigkeit einer Gruppe und um der Gefahr der Entstehung erstarrter Gruppennormen zuvorzukommen. Eine solche Gruppengemeinschaft hat viele Möglichkeiten, therapeutisch regulierend im Auseinandersetzungsprozeß wirksam zu werden.

Es ist allgemein bekannt, daß gerade bei Patienten, denen therapeutisch geholfen wurde, ihre anfänglich schweren Krankheitszustände zu überwinden, später Charakterstörungen als Folge der Krankheit hervortreten und sich die Notwendigkeit nachholender Erziehungsarbeit neben der unmittelbar therapeutischen zeigt. Dies geschieht in der Theatertherapie sowohl auf der gruppendynamischen Ebene im unmittelbaren Umgang miteinander (intensiviert durch milieutherapeutische Wochenenden) als auch mittelbar durch das Medium des Theaters. *Erich Fromm* schreibt dazu: »Je mehr die Psychoanalyse sich entwickelte, desto offensichtlicher wurde, daß das neurotische Symptom nur dann verstanden werden kann, wenn die Charakterstruktur, in die es eingebettet ist, verstanden wird. Statt des Symptoms wurde der neurotische Charakter zum wichtigsten Gegenstand der psychoanalytischen Theorie und Therapie. Im Verlauf der Erforschung des neurotischen Charakters schuf *Freud* die Basis für eine Wissenschaft vom Charakter (Charakterologie), die bis dahin jahrhundertelang von der Psychologie vernachlässigt und den Romanschriftstellern und Bühnenautoren überlassen worden war« (*Fromm* 1985).

So haben wir in der Bühnenliteratur ein großes Repertoire, aus dem wir Theaterstücke auswählen und therapeutisch nutzen können. Wir wählen Theaterstücke aus, bei denen wir uns mit den vom Dichter oder Autor hineingegebenen Wertvorstellungen bzw. mit dem Ringen und der Auseinandersetzung um diese identifizieren können. So haben wir vor

einiger Zeit das Theaterstück »Saul« von *Andre Gide* wieder aufgegeben und haben seit kurzem begonnen uns *Goethes* »Faust« zu erarbeiten und zur Inszenierung zu bringen. Faust gibt uns Einblick in zahlreiche Dimensionen ethischer Fragen: Die Hybris des Menschen, die Ethik der Wissenschaft, das Leben mit der Schuld und die Polarität von Gut und Böse, um nur einige zu nennen. Entsprechend unserer momentanen Auseinandersetzung greife ich beispielhaft die Frage des Lebens und der Schuld und die Polarität von Gut und Böse heraus. Die Frage nach dem Leben und nach dem Umgang mit der Schuld stellt sich in der Rolle des Faust und des Gretchens, der Kindesmörderin.

Mit realer Schuld und unbewußt irrationalen Schuldgefühlen werden wir sehr häufig bei unseren Patienten konfrontiert. Mit realer Schuld, wenn kriminelle Neigungen vorhanden sind, die zu kriminellen Handlungen geführt haben, mit irrational unbewußten Schuldgefühlen, wenn diese aus der pathogenen Kindheitsdynamik entstanden sind, in der eigene Entwicklungsschritte, die immer auch mit Abgrenzungs- und Trennungsschritten von den Eltern verbunden sind, von diesen als schuldhaftes Vergehen destruktiv mit Strafen oder defizitär etwa mit schweigendem Rückzug oder Liebesentzug pathologisch beantwortet wurden. Verbunden ist hiermit die Frage nach ‚Gut' und ‚Böse', die uns Menschen seit Beginn unseres Seins begleitet und so auch unsere Patienten.

Meisterlich dargestellt ist sie in *Goethes* »Faust«. Darin stellt sich z.B. die Frage - geschichtlich unterschiedlich kommentiert -, ob das Stück als ein zur Erlösungswürdigkeit führendes Läuterungsdrama zu sehen ist, wobei Faust, wo immer möglich, zu Lasten Mephistos entschuldet wird. Ist Mephisto also der Verführer zum Bösen, der meisterlich Charakterschwächen auszunutzen versteht? Muß man in ihm den Widersacher und Verderber sehen, welcher die eher arglosen Absichten oder durch Leidenschaften geblendeten Anordnungen seines Herren (Faust) erst ins eigentlich Böse und Verbrecherische kehrt? Oder ist er nicht doch ein innewohnender Teil von Faust selbst, im dramatischen Spiel dargestellt als projektionsartig verselbständigter Gesell, Diener und Knecht? Dies einmal geistig zu durchdringen, ist eine der Möglichkeiten der Theatertherapie, ebenso wie dies in der gewählten Rolle darzustellen und zu durchleben.

Wir haben noch in anderer Sicht ein bedeutsames Medium in der Theatertherapie, nämlich die Schauspielkunst, die bei uns im therapeutischen Prozeß erworben werden muß. Meine Einstellung war hier von Anfang an, daß jeder Mensch, d. h. auch jeder Patient, künstlerisch-kreative Möglichkeiten in sich trägt. Durch pathogene Kindheitsdynamiken werden diese Potentiale in der Regel behindert bzw. verschüttet. Im therapeutischen Prozeß können sie wiederentdeckt und zur Entfaltung gebracht werden. Dies wurde mir vielfältig in meiner langjährigen theatertherapeutischen Erfahrung mit meinen Patienten bestätigt.

Nach zehnjähriger theatertherapeutischer Erfahrung auf der Basis des milieutherapeutischen Konzeptes der Dynamischen Psychiatrie *Günter*

*Ammon*s, in der wir uns natürlich immer wieder mit den Anforderungen des professionellen Theaters auseinandergesetzt haben, erfolgte dann die für mich und meine Theatergruppe bedeutsame literarische Begegnung mit *Stanislawski*, dem Begründer des Moskauer Künstlertheaters (1898), und dessen »psychologischem Theater«; von ihm entdeckte ich antiquarisch die Veröffentlichung eines kurz vor seinem Tode verfaßten Manuskriptes über Ethik in der Theaterarbeit, das 1950 von seinen Schülern unvollendet veröffentlicht worden war.

Fragen der Ethik des Theaters haben *Stanislawski* von Beginn seiner Theaterarbeit an beschäftigt. Er beginnt mit der Forderung nach Selbstdisziplin des Schauspielers und aller an der Theaterinszenierung und Aufführung beteiligten Personen und schreibt: »Ordnung, Disziplin, Ethik usw. brauchen wir nicht nur für unsere gemeinsame Sache, sondern hauptsächlich für die künstlerischen Ziele unseres Schaffens« (*Stanislawski* 1950).

Der Schauspieler muß seines Erachtens Abgrenzung aus seiner realen Lebenssituation schaffen, um das Theater mit der von ihm so benannten ‚Vorarbeitsstimmung' betreten zu können. Er beschreibt dies detailliert in seinem Ethik-Manuskript: »Stellen Sie sich einmal vor, daß Sie ins Theater gekommen sind, um eine wichtige Rolle zu spielen. Die Vorstellung beginnt in einer halben Stunde. In Ihrem Privatleben gibt es viele Sorgen und Unannehmlichkeiten. In Ihrer Wohnung wurde eingebrochen. Dann ist da noch der Brief von zu Hause - Ihr Vater ist krank. Das bedrückt Sie sehr, erstens weil Sie ihn lieben und zweitens weil Sie seine materielle Unterstützung verlieren, wenn ihm etwas zustößt - Ihre Gage im Theater ist klein.

Am unangenehmsten finden Sie aber die schlechten Beziehungen zu Ihren Kollegen und der Theaterleitung zu Ihnen. Bei jeder Gelegenheit machen sich die Kollegen lustig über Sie und erlauben sich unangenehme Scherze während der Vorstellung, geben Ihnen das falsche Stichwort etc. Und dabei sind Sie ein schüchterner Mensch und werden unsicher. Das wollen die Kollegen aber gerade und das macht ihnen Spaß. Denken Sie einmal eingehend über das eben Geschilderte nach und urteilen Sie, ob es leicht ist, sich unter solchen Bedingungen zu konzentrieren, wie es für die schöpferische Arbeit auf der Bühne notwendig ist« (*Stanislawski* 1950).

„Jetzt werde ich Ihnen ein anderes Bild entwerfen: Die Umstände Ihres Privatlebens, d. h. die häuslichen Unannehmlichkeiten, die Krankheit Ihres Vaters u. a. bleiben bestehen. Aber im Theater erwartet Sie etwas ganz anderes; alle Mitglieder des Ensembles glauben an das, was ich in meinem Buch ‚Mein Leben in der Kunst' gesagt habe. Es wird dort gesagt, daß wir Schauspieler glückliche Leute sind, denen in der ganzen unermeßlichen Welt das Schicksal einige Kubikmeter überlassen hat - unser Theater, in dem wir uns ein eigenes, besonderes, herrliches künstlerisches Leben schaffen können, das zum größten Teil in einer schöpferischen Atmosphäre, in Träumen und deren szenischer Verwirklichung in gemeinsamer künstlerischer

Gestaltung verläuft in ständiger Gemeinschaft mit den Genien *Shakespeares, Puschkins, Gogolsls, Molier*es u.a.

Es ist doch klar, welche der beiden geschilderten Varianten uns lieber ist. Unklar sind wir uns nur über die Mittel zu Verwirklichung. Sie sind sehr einfach. Bewahren Sie Ihr Theater vor allem Schlechten, die günstigen Bedingungen für die Arbeit und für das szenische Selbstgefühl, das Sie brauchen, wird sich von selbst einstellen«(ebenda).

Wir in der Theatertherapie helfen dem Patienten über seine Rolle als Schauspieler. In der Gruppen- und/oder Einzeltherapie werden die individuellen aktuellen und Vergangenheitsprobleme bearbeitet, die auch im Prozeß der Theaterarbeit deutlich werden. So kann der Patient befreit von störender Alltags- oder Vergangenheitsproblematik in den kreativ-künstlerischen Prozeß eintreten. Gleichzeitig aber integrieren wir die persönliche Problematik des Patienten, indem in der Rolle einerseits die künstlerische Gestaltung erarbeitet wird, aber in der Rolle selbst die persönliche Problematik im Sinne einer Selbstfindung und Selbstverwirklichung mit einbezogen ist und agiert werden kann. Sie kann im Spiel einer Lösung zugeführt oder z. B. im Rollenwechsel abgegrenzt oder aufgegeben werden.

Ebenso kann die persönliche Problematik agiert werden auf der Ebene des milieutherapeutisch-gruppendynamischen Prozesses der Theatergruppe. Die Theatertherapiegruppe integriert in ihrer Inszenierungsarbeit und geistigen Erarbeitung des Theaterstückes auch die entstehende interpersonelle Dynamik, z. B. den Konkurrenzkampf bei der Rollenfindung. Hier kann aus ethisch gereifter Haltung ein erfahrenes Gruppenmitglied, das schon für sich wichtige Rollen gespielt hat, eine Rolle einem neuen Mitglied überlassen, zu dessen Entfaltung dies besonders wichtig ist. Das erfahrene Mitglied tut dies auch aufgrund des Erlebens, daß das Stück am Ende immer ‚unser' Stück ist, die Rollen ‚unsere' Rollen sind, der glänzend gespielte weise Bettler Aki in dem Stück »Ein Engel kommt nach Babylon« von *Friedrich Dürrenmatt* ‚unser Aki' ist, der uns und die Zuschauer berührt und fasziniert.

Eine weitere ethische Frage und Bedingung zur Schaffung einer gesunden Atmosphäre im Theater ist für *Stanislawski* die Stärkung der Autorität der Menschen, die aus diesen oder jenen Gründen an der Spitze stehen müssen. Er schreibt in diesem Zusammenhang: „In unserem Hause haben sich der Kampf um die erste Stelle unter den Schauspielern und Regisseuren, die Eifersucht auf die Erfolge der Kollegen, die Einschätzung der Menschen nach ihrer Gage und deren Verwendung, mit Ausnahme einiger Fälle, stark eingebürgert« (*Stanislawski* 1950).

Er berichtet weiter dazu aus seinem Erleben an verschiedenen Theatern: »Ich habe z. B. gehört, wie zwei große Schauspielerinnen sich nicht nur hinter den Kulissen, sondern auch auf der Bühne mit Schimpfworten bewarfen, um die sie jede Marktfrau beneiden würde. Zwei bekannte und begabte Schauspieler verlangten, daß man sie nicht aus der gleichen Tür

oder der gleichen Kulisse auftreten ließe. Ich kenne auch einen berühmten Solisten und eine Solistin, die jahrelang nicht miteinander sprachen und sich auf Proben nicht direkt, sondern über den Regisseur unterhielten: ‚Sagen Sie der Künstlerin X ...', sagte der Solist, ‚daß sie dummes Zeug redet.' - ‚Übermitteln Sie dem Künstler Y ...' wandte sich die Dame an den Regisseur, ‚daß er ein Grobian ist.'«

»Weswegen schänden begabte Menschen etwas Schönes, das sie einmal gemeinsam geschaffen haben? Wegen persönlicher, kleinlicher Beleidigungen und Mißverständnissen. Bis zu solcher Selbstvergiftung, so tief können also Schauspieler sinken, die ihre schlechten Schauspielerinstinkte nicht rechtzeitig überwunden haben. So hoch und edel die Berufung eines wahren Schauspielers - eines schöpferischen Künstlers, Trägers und Apostels des Schönen - ist, so erniedrigend und unwürdig ist das Gewerbe des Schauspielers, der sich für Geld verkauft hat, eines Karriere-Jägers und Schmierenkomödianten. Die Bühne ist ein weißes Blatt Papier und kann dem Erhabenen und dem Niedrigen dienen, je nachdem, was auf ihr gezeigt wird und wer und was auf ihr spielt. Was ist nicht alles vor die geheiligte Rampe getragen worden. Die herrlichsten unvergeßlichen Vorstellungen oder Varietevorstellungen mit einem Gemisch aus Kunst und Künstlichkeit« (ebenda).

Wir kennen die Probleme vieler professioneller Theater, bei denen Schauspieler durch die Vorstellungen und das Profilierungsstreben des Regisseurs in ihren Gestaltungs- und Ausdrucksmöglichkeiten weitgehend bestimmt sind. Der Künstler, der das Bühnenbild gestaltet, möchte ebenfalls eigenen Ruhm erlangen. Die Presse dient mit ihren Kritiken häufig nicht dem Stück und den Künstlern, sondern nutzt die Inszenierungen, um sich selbst einen Namen zu machen.

Ein solches Bild bot sich uns nach dem Besuch einer modernen Inszenierung des Stückes »Lysistrate« von *Aristophanes* in Nürnberg. Wir probten dieses antike Drama zur selben Zeit in der Theatertherapiegruppe und suchten daher die professionellen Schauspieler nach der Aufführung hinter der Bühne auf, um uns mit ihnen auszutauschen. Die Aufführung hatte uns gefallen. Die Schauspieler aber fanden wir eher deprimiert in einem kahlen Kantinenraum mit Kaffee- und Cola-Automaten, zwar beseelt von ihren Rollen, wie sich im Gespräch zeigte, aber enttäuscht von ihrer Aufführung, die sie an diesem Abend nicht besonders gelungen fanden, eingeengt in ihrer Rollengestaltung vom Regisseur und begleitet von überwiegend negativer Presse. Dieses Erleben stand in erheblichem Gegensatz zu dem, was wir als Zuschauer an diesem Abend erlebt hatten. Ein solches Gegeneinander kann dem künstlerischen Schaffen nicht dienlich sein.

Mit meiner Theatertherapiegruppe unterliege ich dieser äußeren Profilierung nicht, weshalb ich diese Gruppe in vielfacher Hinsicht als ‚befreites Gebiet' von Anfang an erlebt habe und erlebe. Natürlich freuen wir uns über eine gute öffentliche Aufführung, natürlich macht uns ein gelungener Auftritt z. B. im Fürstbischöflichen Stadttheater von Passau

stolz, aber dies sind Dimensionen des Theaters, die wir uns auch gönnen und die zum Theater immer dazugehören. Unsere zentrale Orientierung liegt aber bei der inneren, d. h. der therapeutischen Bedeutung unserer Arbeit. Für mich selbst ist die Theaterarbeit eine Möglichkeit, den Patienten eine Vertiefung und Erweiterung der Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen der Dynamischen Psychiatrie zu eröffnen. Meine größte Freude und Befriedigung ist es, wenn Patienten die Erfahrungen aus der Theatertherapie umsetzen können in ihre Identitätsentwicklung und kreative Lebensgestaltung. Trotzdem ist sie für mich nicht ganz uneigennützig und muß es auch nicht sein. Ich kann hier meine eigenen künstlerisch-kreativen Neigungen und Fähigkeiten entfalten und verwirklichen. Ich freue mich auch persönlich über den Erfolg meiner Arbeit, aber ohne jedes einzelne Mitglied der Gruppe und seinen Einsatz wäre diese Arbeit nicht möglich. Dies weiß und erlebt die Gruppe, und das ist die Basis für ein kreatives Miteinander. Es entspricht dem Gruppenkonzept von *Ammon*, bei dem Gruppe und Individuum kein Gegeneinander sind, sondern sich die Gruppe um so besser entfalten kann, wie sich jedes Mitglied in ihr entfaltet.

Auf diesem Wege zum kreativen Miteinander in der Theatertherapiegruppe haben wir aber die analoge Problematik zu bewältigen, wie ich sie vorab ausgeführt und beispielhaft zitiert habe, da sie dem Theater immanent ist. Das kreative Miteinander müssen wir uns ständig im gruppendynamischen, therapeutischen und milieutherapeutischen Auseinandersetzungsprozeß erarbeiten. Mit Rivalität und Eifersucht haben wir beständig zu kämpfen, insbesondere in der Phase der Rollenfindung, in der auch öfter einige Patienten die Gruppe verlassen, wenn die Bearbeitung nicht ausreichend gelingt. Für die Patienten, denen es gelingt, sich diesem Prozeß längere Zeit zu stellen, besteht eine große Möglichkeit z.B. für das Offenwerden und die Bearbeitung des pathologischen Narzißmus.

Der pathologische Narzißmus unserer Patienten ist aus Mangel an echter narzißtischer Bestätigung und Entfaltungsmöglichkeit bzw. aus pathologischer Prägung frühkindlich entstanden und zeigt sich im Prozeß der Rollenfindung als pathologisches Ausagieren. Da jeder Patient zu Anfang der Inszenierung jede Rolle seiner Wahl ausprobieren kann, projiziert er meist zuerst in die Rollenwahl seine narzißtischen Vorstellungen. Nicht nur daß hier der Wunsch, die Hauptrolle zu spielen, im Mittelpunkt steht, sondern es werden auch zuerst in alle anderen Rollen narzißtische Neigungen agiert. Zum Beispiel möchte ein besonders angepaßter Patient unbedingt die Rolle des Bösewichts spielen. Und dann stellt sich heraus, daß er diese Rolle bis zum Bühnenauftritt aufgrund seiner bisherigen persönlichen Entwicklung noch nicht ausfüllen kann. Aber er oder sie findet dann vielleicht - und das haben wir erlebt - in einer kleinen Rolle, die er oder sie ausfüllen kann, genau die angestrebte Befreiung aus seiner Anpassung, die ihm oder ihr therapeutisch kathartische Befriedigung gibt.

Ich möchte diesen Prozeß in einer kurzen Fallvignette hier darstellen: Die Patientin A. wuchs in einem kleinbürgerlich eingeengten Familienmilieu auf. Die Mutter litt unter schweren Depressionen und bewältigte ihre Rolle als Hausfrau und Mutter im Sinne der Pflichterfüllung. Der Vater, von Beruf Verwaltungsangestellter, setzte die Normen des Familienlebens und bevormundete die Mutter entsprechend ihrer Schwäche zur eigenen persönlichen Entfaltung. Bücher oder sonst irgendeine Anregung zu individueller Entfaltung gab es in der Familie nicht. Die Patientin wuchs in diesem Familienmilieu mit einem jüngeren Bruder auf, indem sie entsprechend der Rolle der Mutter geprägt und so zum Beruf einer Bankkauffrau gedrängt wurde.

In der Familie gab es nie Streit, nicht einmal um tägliche Belange, und damit keinen Ansatz zu emotionaler oder geistiger Entwicklungsmöglichkeit oder Orientierung. Ergebnis war die Tabuisierung eigener Wahrnehmungsfähigkeiten. Mit dem Problem, sich aus diesem Milieu heraus zur eigenen Persönlichkeit zu entwickeln, stand die Patientin allein. Der Bruder konnte sich wenigstens noch mit der zwar eingeschränkten, aber doch dominierenden Rolle des Vaters identifizieren und zu einer Universitätslaufbahn finden, neben der aber seine familiäre Situation z. Zt. in einer großen interpersonellen Krise steckt.

Die Patientin kam nach dem gescheiterten Versuch, mit einem Laden mit fernöstlich-kulturellen Produkten eine eigene Entwicklungs- und Lebensperspektive zu finden, mit 100.000.- DM Schulden zur Therapie, da sie für ihren Lebenspartner alles getan hatte, um von ihm, stellvertretend für den Vater, endlich Anerkennung zu finden, von ihm aber, ohne es zu merken, völlig menschlich und auch finanziell ausgenutzt worden war. Diese Dynamik wiederholte sich während der Therapie mit einem Mann, für den sie wieder alles tat, um sich zu beweisen, aber erneut erkennen mußte, daß sie keine Zuwendung um ihrer Person willen bekam. Die Beziehung endete mit dem Rückzug des Partners, als ein gemeinsames Kind geboren wurde, das sie seit Jahren alleinerziehend und alleinfinanzierend großzieht - mit gutem Erfolg, den sie sich durch die Therapie erarbeitet hat. Aber in ihrem Beruf agiert sie ständig ihre Vaterproblematik mit ihren Vorgesetzten, dessen Anerkennung sie stellvertretend für den Vater erhalten möchte.

In einem unserer Theaterstücke wollte sie nun endlich eine dominierende und beherrschende Rolle spielen, was ihr aber bei den Proben nur in der ersten Szene gelang. Die Rolle im gesamten Prozeß des Stückes auszufüllen, war ihr jedoch nicht möglich. Sie spielte dann eine andere Rolle, in der sie ständig zwischen Herrschen und Beherrscht-werden zu kämpfen hatte, zum Schluß unterlag, in dem aber auch der Herrscher unterging. Diese Rolle spielte sie sehr gut, und sie konnte auch therapeutisch vieles aus ihrer Lebensgeschichte bearbeiten. Im gleichen Stück fand sie dann in einer zweiten kleinen Rolle ein wesentlich bedeutsameres kathartisches Erleben. Als keifende Ehefrau eines

der schönen Frauen mehr nachsah als sich um sie und seine fünf Kinder zu kümmern, rannte sie mit Kopftuch, Teppichklopfer und Kittelschürze, ihren Mann beschimpfend, über die Bühne. Hier, meinte sie bei der reflektierenden Bearbeitung später, habe sie das getan, was ihre Mutter und sie in der Identifikation mit ihr eigentlich in ihren Partnerbeziehungen hätten tun müssen, nämlich endlich einmal ihren unterdrückten Gefühlen Ausdruck zu geben, anstatt durch aufopfernde Leistungen Anerkennung zu suchen.

Die Patientin hat mittlerweile in ihren während der Therapie entdeckten und entwickelten künstlerischen Fähigkeiten großen Erfolg mit mehreren öffentlichen Ausstellungen ihrer Arbeiten erreicht, verbunden mit tiefer eigener Selbstfindung.

Zusammenfassend ist zu sagen: Die Ethik, die bei meiner Theatertherapiearbeit wie in der Arbeit *Stanislawskis* gefordert ist, ist das wahrhaftig echte Spielen aus dem Unbewußten heraus, das im theatertherapeutischen Prozeß der Selbstfindung und der dadurch möglichen Identitätsentwicklung dient und als Folge den Zuschauer echt berührt. »Liebe die Kunst in Dir und nicht Dich in der Kunst« (*Stanislawski* 1950).

Ethical Aspects in Human-Structural Theatre Therapy

Ingeborg Urspruch (Munich)

Günter Ammon described our culture as a borderline culture, in which people are looking for outer values such as prestige, adjustment and richness, rather than an orientation towards spiritual values, inner needs and human attitudes. The author stresses the necessity of regaining ethical principles in every person and on a social level. In psychoanalysis, there was always an immanent discussion about ethical values. Ethical developments are based - from a psychoanalytic point of view - on healthy or pathological personality structures of the human being. They are dependent on the development of the single person; thus ethical orientation has to be seen as a process of subjective experience combined with interpersonal, historical, and philosophical orientation. *Erich Fromm* pointed out that the true subject of ethics is the character of a person.

The human-structural theatre therapy, as developed by the author is seen as a deepening and widening of verbal psychotherapy and implies possibilities of ethical orientation. The personality development in psychotherapy, as developed by *Günter Ammon*, implies the question of identity and implies an orientation towards values in a person's own responsibility. Therefore, the author quotes *Günter Ammon* with his article from 1976 about the necessary qualities of trainees in psychoanalysis. The psychoanalyst must be interested in other people, must have the will to help others, the hope of healing and the wish to understand, must be reliable and have a feeling for responsibility and care and must possess human kindness.

Classical psychiatry is, in one sense, unethical, as it refuses interpersonal relationships and encounters.

Groups which are half open - like the theatre therapy group - and which last over a period of time, which are communities with a common aim, will be developing a specific group culture. A living group has no frozen norms. Another aspect of human-structural theatre therapy implies educational work with the patients. That becomes possible by direct acting between the group members in the group-dynamic process as well as by the medium of the play. The choice of the play is of great importance. For example, in *Goethe's* »Faust« the subject of real guilt and unconscious, irrational guilt feelings expressed by Faust and Gretchen leads to the question of good and evil.

Stanislawski (1950) published posthumously a monography about ethics in theatre work. He stresses the point that self discipline is an important trait for actors which is used in human-structural theatre therapy. Hereby, the work with the creative and artistic possibilities in every person is useful for therapeutic purposes. The personal theme or conflict of each patient can be worked out. Therapeutic dimensions are finding one's own self, realizing the self and using acting out manifestations.

In human-structural theatre therapy, the newly gained orientation towards inner meaning and values should be transferred into daily life. Problems of rivalry and jealousy can be worked through, just as well as the problem of pathological narcissism.

In a case vignette, the possibilities of theatre therapy are illustrated.

Literatur

Ammon, G.(1976): Über die erforderlichen Eigenschaften des Psychoanalytikers und Probleme der Auswahl von Ausbildungskandidaten. In: Dyn. Psychiat. (36) 1-11
– (Hrsg.) (1982): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 2 (München: Ernst Reinhard)
Fromm, E. (1985): Psychoanalyse und Ethik (München: Deutscher Taschenbuch Verlag)
Hauskeller, M. (1997): Geschichte der Ethik, Bd. 1 Antike (München: Deutscher Taschenbuch Verlag)
Hösse, O. (Hrsg.) (1997): Lexikon der Ethik (München: C. H. Beck'sche Verlagsbuchhandlung)
Lacan, J. (1996): Die Ethik der Psychoanalyse (Berlin, Weinheim: Quadriga Verlag)
Stanislawski, K.S. (1950): Ethik (Berlin: Verlag Bruno Henschel und Sohn)
Urspruch, I. (1993): Theatertherapie - eine milieutherapeutische 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 Stanislawsky. In: Dyn. Psychiat. (29) 69-77
- (1998): Die kreativ-künstlerische Dimension der humanstrukturellen Theatertherapie. In: Dyn. Psychiat. (31) 58-67

Adresse der Autorin:

Ingeborg Urspruch
Fraunhoferstraße 25
D - 80469 München

Die humanstrukturelle Mileutherapie Günter Ammons – das Arbeitsethos als Behandlungsmethode**

Andrzej Guzek (Warschau)*

Der vorliegende Beitrag beschäftigt sich mit dem Begriff und der Bedeutung der Arbeit für die menschliche Entwicklung und den daraus folgenden therapeutischen Implikationen. Im Wesentlichen wird Freuds Auffassung von Arbeit der von Günter Ammon gegenübergestellt: Freuds Theorie gibt eine Negativ-Definition der Arbeit als einer Notwendigkeit, die dem Lustprinzip entgegensteht und sozial und ökonomisch aufgezwungen ist. Mit seiner Positiv-Definition der Arbeit greift Ammon dagegen ein vorindustrielles Arbeitsethos wieder auf und führt die Arbeit zum Menschen zurück. Arbeit wird als kreativer Prozeß verstanden, der auf dem Austausch von Sozialenergie beruht und der zu wechselseitiger Entwicklung von Menschen, Gruppen und der Gesellschaft führt. In diesem Sinne kann Arbeit bzw. gemeinsames Tätigsein auch als therapeutisches Mittel zur nachholenden Humanstrukturentwicklung eingesetzt werden. Die in der stationären und ambulanten Therapie gleichermaßen bedeutsame psychoanalytische Mitleutherapie trägt dieser Auffassung Rechnung. Dadurch, daß das krankmachende Milieu früherer Lebensgruppen durch ein kreativitäts- und kontaktförderndes Milieu ersetzt wird, können kranke Persönlichkeitsanteile des Menschen durch gesunde ersetzt werden. Dem Autor nach stellt das milieutherapeutische Arbeiten eine konstruktive Alternative zu ethisch zweifelhaften sog. Beschäftigungstherapien dar.

»Ein psychisch gesunder Mensch ist ein Mensch, der produktiv und nicht entfremdet ist; er bezieht sich mit Liebe zu sich selbst und zu der ganzen Welt, benutzt seine Vernunft, um die Realität objektiv begreifen zu können; er erlebt sich als ein unwiederholbares individuelles Wesen, und zugleich erlebt er die Einheit mit anderen Menschen; er ordnet sich nicht einer irrationalen Macht unter, er akzeptiert aber gerne die rationale Macht des Gewissens und der Vernunft; er wird (dadurch) das ganze Leben lang wieder aufs neue geboren...« (*Fromm,* 1955).

Die Entstehung der psychoanalytischen Mileutherapie ist *Ernst Simmel* und seiner Tätigkeit im psychoanalytischen Sanatorium im Humboldt-Schloß in Berlin Tegel Ende der Zwanziger Jahr zu verdanken. *Simmels* Ideen wurden u.a. von den Gebrüdern *Karl* und *William Menninger* in Topeka (Kansas, USA) in der Menninger Klinik in die Praxis umgesetzt. *Günter Ammon,* der in den Jahren 1956-65 in der Menninger Klinik arbeitete, hat am Ausbau und der Entwicklung dieser mileutherapeutischen Programme aktiv teilgenommen (*Ammon* 1959).

Das Ziel eines therapeutischen Milieus ist es, dem psychisch kranken Menschen eine reale und materielle Umgebung zu schaffen, in der seine kranken Persönlichkeitsanteile ersetzt und zugleich seine gesunden Anteile entdeckt und gefördert werden. In diesem Milieu kommt es durch Auseinandersetzung mit den kranken Persönlichkeitsanteilen des Patienten unter

* Psychiater, Psychiatrischer Konsiliarius des Institutes für Tuberkulose und Lungenkrankheiten in Warschau, Vizepräsident der C.G. Jung Gesellschaft in Polen

** Vortrag gehalten auf dem Internationalen Symposium »Ethik in der Dynamischen Psychiatrie« am 9. Mai 1998 in Berlin im Gedenken des 80. Geburtstages von Günter Ammon

dem korrigierenden Schutz und der sozialenergetischen Zufuhr von Seiten der den Patienten umgebenden Gruppe zur nachholenden Humanstrukturentwicklung. Diese Gruppen haben die Aufgabe, ein real funktionierendes Umfeld zu schaffen, das sich vom Umfeld des bisherigen Milieus, in dem der Patient aufgewachsen ist, durch seinen therapeutischen, d.h. der Humanstrukturentwicklung dienenden Charakter, unterscheidet. Die Wirkung eines solchen therapeutischen Milieus geht weit über die Grenzen der formellen Psychotherapie hinaus. Die Teilnahme an der Mileutherapie umfaßt beinahe die ganze Zeit des Aufenthaltes eines Patienten in der Klinik. Es wird dabei von dem Prinzip ausgegangen, die Entwicklung des Menschen durch sozialenergetische Faktoren in allen Gebieten seines alltäglichen Lebens sozusagen »rund um die Uhr« zu unterstützen. Die enorme Therapieintensität wird als Heilmittel den über Jahre schädlich auf die Humanstrukturentwicklung des Patienten wirkenden Einflüssen krankmachender Familien-, Gesellschafts- bzw. Arbeitsmilieus entgegengesetzt.

Das *Ammon*sche Konzept der Mehrdimensionalität des Menschen wird in der therapeutischen Praxis auch in die Mehrdimensionalität der Behandlung umgesetzt. Nicht nur formelle Therapie, sondern auch Arbeit, Spiel, Freizeit, Lernen, künstlerisches Schaffen, Musik, Theater, Tanz und Sport etc. werden hier zu Behandlungsmitteln. Es entsteht dadurch eine therapeutische Gemeinschaft von Menschen, Methoden und Mitteln zur Verwirklichung einer mehrdimensionalen Therapie. In dieser Hinsicht unterscheidet sich die Psychiatrie *Ammons* von den konventionellen Therapieschulen.

In der *Ammon*schen Humanstrukturellen Therapie, so wie im realen Leben, nimmt neben anderen Behandlungsmethoden die Arbeit einen führenden, zentralen Platz ein. *Ammon,* obwohl oft als Neofreudianer bezeichnet, hat eine von *Freud* abweichende Auffassung von Arbeit. *Freud* sieht die Arbeit als eine sozial und ökonomisch aufgezwungene, gegen das Lustprinzip gerichtete Notwendigkeit, die scharf von Liebe, Freude und Spiel abzugrenzen ist. *Ammon* hingegen versteht die Arbeit als einen Weg zur Selbstverwirklichung, wobei er sich u.a. auch auf Vertreter der sowjetischen Psychologie (z.B. *Ananjew* 1974) bezieht. Dem *Freud*schen Bild des Menschen, der alleine »vor sich hinschuftet«, nur um die sexuellen und ökonomischen Bedürfnisse zu befriedigen, setzt *Ammon* ein ganz anderes Bild entgegen: »Arbeit und Tätigkeit machen (...) den Menschen erst zum Menschen, geben ihm Ausdruck, die Möglichkeit zur Gestaltung, zur Selbsterfahrung, zur Kreativität, zur Auseinandersetzung und zum Miteinander mit anderen Menschen und Gruppen (...) Es ist erst die Arbeit, die den Menschen zum Menschen gemacht hat. Mit der Arbeit untrennbar verbunden ist die Gruppe, Arbeit macht die Gruppe zur Gruppe. Arbeit ist ein untergeordneter Begriff der Tätigkeit; Tätigsein des Menschen umfaßt alle seine Lebensbereiche, wobei auch Kreativität und Spiel ihren Raum haben...« (*Ammon* 1982)

Ammon setzt sein Konzept der konstruktiven Aggression als einer Antriebskraft, die die Humanentwicklung durch Tätigsein gewährleistet,

der direkt aus dem 19. Jahrhundert kommenden Darstellung *Freuds* entgegen, bei der die Arbeit in den Kategorien einer Neurose, d.h. der Lösung des zwischen dem Trieb und dessen Unterdrückung entstandenen Konflikts, verstanden wird. Im *Freud*schen Sinne müßte man die Arbeit also als ein pathologisches Symptom verstehen – obwohl sich *Freud* hier eines Euphemismus bedient, nämlich des Begriffs der Sublimierung. Verfolgt man diesen Gedanken weiter, dürfte man Arbeit nicht als Therapiemittel anwenden, was uns in die Zeiten lange vor der ersten »psychiatrischen Revolution« von *Pinel* zurückführen und diese selbst rückgängig machen würde. »Die Dinge haben die Menschheit gesattelt und reiten wild vor sich hin...« (*Emerson* – Zitat aus *Fromm* 1955)

Mag man der Einstellung *Freuds* kritisch gegenüberstehen, so muß man doch zugeben, daß er vorausgeahnt hat, wie sich die in seiner Epoche ständig zunehmende Entfremdung der Arbeit auf den zeitgenössischen Menschen auswirken wird. (Es ist übrigens zu betonen, daß das Wort »Entfremdung« mit dem Wesen mancher neurotischer Symptome, die als »ichfremd« vom Patienten erlebt werden, korrespondiert). Am Ende des 20. Jahrhunderts ist der ursprüngliche Wert der Arbeit als kreatives Tätigsein des Individuums in, mit und für die umgebende Menschengruppe bzw. -gruppen, zu dem einer bloßen, anonymen Ware, die ver- und angekauft und auf Börsen versteigert werden kann, geworden. Abgespalten von ihrem ursprünglichen Schöpfer, dem Menschen, und anonym, unterliegt die Arbeit einer Quantifizierung, Zerteilung und Bewertung und wird von dem eigentlichen Prozeß des Schöpfens abgezogen und getrennt. Die Arbeit und deren Ergebnisse, in eine abstrakte Form der Geldmittel gefaßt, werden dem Arbeitenden selbst und dem Arbeitsprozeß immer weiter entfernt (*Fromm* 1955). In den Zeiten, wo das »Haben« wichtiger ist als das »Sein«, geht das alte Arbeitsethos – vom größten Teil der Gesellschaft unbemerkt – verloren.

Auch in der therapeutischen Arbeit ist eine Deformation der ethischen Stellung der Arbeit zu beobachten. Es gibt Menschen, die wegen mangelnder Humanstrukturentwicklung nicht in der Lage sind, unter normalen bzw. »gesunden« Umständen Arbeit auszuüben. Diesen wird in vielen psychiatrischen Einrichtungen eine merkwürdige Form der Therapie angeboten, die sog. Beschäftigungstherapie, die meist unkomplizierte, stereotype, nicht fordernde Arbeiten umfaßt, wie z.B. Tütenkleben oder Verpacken von Süßigkeiten oder Medikamenten. Manchmal wird diese Arbeit am laufenden Fließband ausgeübt, anonym, ohne Kontakt mit anderen Menschen oder gar Käufern bzw. Verkäufern der auf diese Weise erzeugten Waren. Sehr oft ist diese Arbeit auch unterbezahlt. Solche »Therapie« entbehrt für die Arbeitenden und den gesamten Arbeitsprozeß jeglichen Rest von Würde. Es gibt auch eine andere Gruppe von Menschen, die sich den Bedingungen der üblichen Arbeitsverhältnisse nicht anpassen können bzw. wollen und denen eine entfremdete Form der Arbeit schadet. Es sind diejenigen, die nicht der Krankheit wegen unfähig sind zu arbeiten,

sondern diejenigen, die wegen der Arbeit krank werden. Dieser Gruppe von Menschen wird in der üblichen Psychiatrie meistens eine Therapie angeboten, die zur erneuten Anpassung an die krankmachenden Arbeitsverhältnisse in der modernen Gesellschaft führen soll. Auch in diesem Falle werden der Arbeitende und die Arbeit ihrer Würde und ihres Wertes beraubt.

Im Gegensatz zur *freud*ianischen pessimistisch-destruktiven Einstellung, betrachtet *Ammon* die Arbeit als eine »zum Menschen machende« Form der Tätigkeit, bei der es zur Entwicklung der biologischen und psychischen Humanstruktur des Einzelnen durch Forderung seiner konstruktiven Anteile kommt. Durch Arbeit kommt es, laut *Ammon,* zur Befriedigung eines natürlichen Strebens nach Verwirklichung eines Selbst, im Sinne des konstruktiven Herangehens eines Menschen an seine materielle, natürliche und menschliche Umgebung. Durch konstruktiv aggressive Auseinandersetzung mit der materiellen, biologischen und menschlichen Umwelt entwickelt sich der Mensch und die Menschengruppen. Durch und um die Arbeit entstehen zwischenmenschliche Kontakte und damit auch ein Austausch von Sozialenergie, der wiederum zur Amplifizierung der konstruktiven bzw. schöpferischen, bewußten und unbewußten Kräfte des Einzelnen und der Gruppe führt. Die Resultate der Arbeit, die direkt dem Einzelnen und der Gruppe dienen, würdigen die Arbeit als solche.

In seiner humanstrukturellen Therapie betrachtet *Ammon* aus diesen Gründen die milieutherapeutische Projektarbeit als den Kern der gesamten milieutherapeutischen Behandlung. Eingebettet in das schützende materielle und menschliche Milieu der Klinik, kontrolliert durch ein aktives, aber nichtdirektes Leiten von Milieutherapeuten (participant observer) und supervidiert durch das Klinikteam in Kontrollgruppen, bietet die milieutherapeutische Projektarbeit die Möglichkeit, sich selbst und die Arbeit in der Gruppe neu zu erleben. Erfolgreich ausgeführte sinnvolle Projekte hinterlassen Spuren in der individuellen Geschichte, der Geschichte der Milieugruppe und im materiellen Milieu der Klinik. Die künstlerische Gestaltung mancher Projekte spiegelt die bei der Arbeit freigelegten und verstärkten konstruktiven bewußten und unbewußten Kräfte von Menschen und Gruppen wider, die sich den Kräften der Krankheit erfolgreich entgegenstellen. Als Beispiele können hier der Totempfahl, die Ytong-Blockwand mit zahlreichen individuellen bildhauerischen Motiven, der Biotop-Teich etc. dienen, die auf dem Gebiet der von *Ammon* gegründeten Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige zu sehen sind. Die darin entfalteten kreativen Kräfte haben eine materielle Form angenommen und widersprechen der Entfremdung und Entmenschlichung der Arbeit, die in der modernen Gesellschaft so oft anzutreffen ist.

Die therapeutisch strukturierte Projektarbeit erfüllt die Kriterien des längst vergessenen klassischen Arbeitsethos der vorindustriellen Zeit, reicht zu den archaischen Schichten der menschlichen konstruktiven Kräfte, die unter anderen Umständen kaum zu erreichen gewesen wären. Sie stellt eine

konstruktive Alternative zu der sog. Beschäftigungstherapie mit ihrem zweifelhaften ethischen Wert dar, die in vielen psychiatrischen Kliniken betrieben wird.

Günter Ammon's Human-Structural Milieutherapy and the Ethical Attitude towards Work as a Method of Therapy

Andrzej Guzek (Warsaw)

Human work as it is understoood in the psychiatric school auf *Günter Ammon* is one of the possible dimensions of the development of an individual. Opposing the theory of *Freud, Ammon* states that human work is a creative process based on the exchange of social energy, leading towards mutual development of individuals, groups and societies. Furthermore, according to the views of the Russian school of psychiatry (e.g. *Ananjew* 1974), he regards working as a factor improving the quality of the human life. In this way, the pessimistic *Freud*ian approach defining work as a necessity superimposed to the individual by the external cirumstances and being in a permanent conflict with his drives, is opposed by a constructive approach describing human work as a factor which is necessary for the development and full realisation of the self.

The alienation and dehumanisation of work taking place in the modern society since the time of the great industrial revolution in the 19th century deprives the individual of one of the most important factor that influences personality development and growth. Loosing its human quality, being stripped of pleasure, satisfaction or individual character, work can lead to psychic disorders. On the other hand, people with psychic disorders are often suffering of inability to work.

According to *Ammon,* the work in milieutherapeutic projects constitutes the core of therapy, both in the in-patient and out-patient settings. There it is possible to combine the constructive conscious and unconscious psychological elements of interaction within working groups with the reality of attaining a precised goal in a supportive and tolerant human environment. this leads in fact to a restitution of what was once known as the »ethos of work« and leads to the creative development of the human structure. This kind of therapy constitutes a constructive alternative to the so-called »occupational therapies« of dubious ethical value, used in most of the conventional therapeutic settings.

Literatur

Ammon, G. (1959): Theoretical Aspects of Milieu Therapy. The Menninger School of Psychiatry. Topeka/Kansas

– (Hrsg.) (1982): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt Verlag)

Ananjew, B.G. (1974): Der Mensch als Gegenstand der Erkenntnis. (Ost-Berlin: VEB deutscher Verlag der Wissenschaften)
Fromm, E. (1955): The Sane Society. (New York)

Adresse des Autors:

Andrzej Guzek
Klinik für Psychiatrie
der Warschauer Medizin-Akademie
Dunikowsdkiego 42
PL 02-784 Warszawa
Polen

Ethik und ganzheitliches Verständnis des Menschen in der Geschichte der Psychiatrie und Psychotherapie**

Rolf Schmidts (München)*

Anliegen der Arbeit ist es zu zeigen, daß dem Gedankengut Günter Ammons 250 Jahre europäische Geistesgeschichte zugrunde liegen, in deren Zentrum das »Erkenne dich selbst« steht, d.h. das Recht des Subjekts, seine eigene Natur ausbilden zu können. Der Autor verdeutlicht es, indem er die Geschichte eines Entwicklungsbegriffs, dem die Ausbildung der eigenen Natur wesentlich ist, herausarbeitet. Er sieht darin auch das Ziel von Ammons Identitätskonzept. Nach Ansicht des Autors steht die ethische Grundeinstellung Ammons, die von der Veränderbarkeit des Menschen ausgeht und damit von der Veränderbarkeit des psychischen Krankseins, in einem Gegensatz zu der von Kraepelin geprägten Schulpsychiatrie mit ihrem therapeutischen Pessimismus. Es werden die Grundzüge eines Paradigmenwechsels entwickelt i.S. eines ganzheitlichen Verständnisses, das den Kranken als Partner anerkennt, der nicht nur persönliches Leid, sondern auch allgemeingültige gesellschaftliche Probleme thematisiert.

Das, was ich hier zweifellos unverhältnismäßig verkürzt, darzustellen versuche, kennzeichnet die Kontroversen, die Konzepte und Entwürfe der Psychiatrie und Psychotherapie, die in ihrer nunmehr etwa 250jährigen Geschichte bedeutsam wurden. Diese Geschichte umfaßt sowohl ihre theoretischen als auch ihre praktisch-therapeutischen Ansätze, angefangen beim Mesmerismus und dem »tierischen Magnetismus« des 18. Jahrhunderts, der Suggestionstheorie und dem Hypnotismus, über die Entwicklung eines eigenständigen Gegenstandsbereiches der Psychiatrie im Rahmen der medizinischen Wissenschaften im 19. Jahrhundert, bis hin zur Kathartischen Methode *Breuers* und *Freuds* und zur Psychoanalyse *Freuds* und der von ihm ausgehenden psychotherapeutischen Schulen im 20. Jahrhundert. Erst im Rahmen dieser Geschichte wird ein Verständnis des Gegenstandes Psychiatrie/Psychotherapie, dessen Begriff und zugleich das Problem seines heilkundlichen Wirkens entwickelt.

Man kann diese Geschichte an jedem Punkt ihrer widersprüchlichen Auseinandersetzungen beginnen lassen. Man kann die Geschichte vom Verständnis des Unbewußten sowie die Geschichte von dessen Leugnung vorwärts und ebenso rückwärts lesen. Stets bestimmt ein ähnliches kaum vereinbartes Gemenge von anthropologischen und humanistischen Grundeinstellungen bis hin zu exakten, naturwissenschaftlich orientierten Forschungen die jeweiligen Positionen und ihre wissenschaftgeschichtliche Dynamik. Nicht umsonst hat die Dokumentation dieses Forschungsbereiches mit dem Titel »Wunderblock. Eine Geschichte der modernen Seele« in der Wiener

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

** Vortrag gehalten auf dem WPA-Seminar »Legale und ethische Aspekte medizinischer Experimente« am 10. Mai 1998 in Berlin im Gedenken des 80. Geburtstages von Günter Ammon

Ausstellung von 1989 Manuskripte, Bücher und Bilder der Psychiatrie, Psychophysik, Sexualforschung, Evolutionstheorie, Kriminalanthropologie und die Poetik des Unbewußten in einer einheitlichen Ausstellung zusammengetragen.

ΓΝΩΘΙ ΣΑΥΤΟΝ, erkenne dich selbst, ist das Motto, das dem »Magazin zur Erfahrungsseelenkunde als einem Lehrbuch für Gelehrte und Ungelehrte« von *Carl Philipp Moritz* aus dem Jahr 1783 vorangestellt ist. Der Satz aus dem Roman *Moritz'* »Andreas Hartknopf« von 1786, einer Vorform der mit dem Roman »Anton Reiser« anhebenden, für die Literatur des 19. Jahrhunderts maßgeblichen Gattung des Entwicklungsromans aus den Jahren der Begegnung *Moritz'* mit *Goethe* in Italien enthält im Kern das Programm *Moritz'* im »Magazin«. Es beruht auf der dem Autor »eigenen Erfahrung des Unglücks«, daß die »harmonische Ausbildung der eigenen Natur«, wie sie Wilhelm Meister anstrebt, »nie erreicht werden kann, weil die körperliche, soziale und seelische Reduzierung der Person dies immer schon, von Jugend auf, verunmöglicht hat. Es heißt da: »Mögen andere für die Glücklichen sorgen (...), daß sie noch glücklicher werden, (...) wenn ich nur dazu beitragen kann, daß die Unglücklichen nach ihrer Art ein wenig glücklicher werden, durch Gesundheit, Zufriedenheit und Arbeit. Das große Gebäude der menschlichen Glückseligkeit müssen doch auch einige von unten angreifen, wenn es nicht einmal zertrümmern soll.«

Die Ausbildung der eigenen Natur, die Identität des Menschen und die glückhafte Begegnung mit dem anderen, der dem einzelnen dazu verhilft, ist auch das Thema *Günter Ammons* (1986). Die Ähnlichkeit ergibt sich aus einem gleichartigen Entwicklungsbegriff, der zum Zentrum eines neuartigen Menschenbildes wurde, das auf die menschliche Freiheit im Gegenzug gegen alle Heteronomie abhob. Es heißt ebenda im Hinblick auf die »Ganzheitlichkeit des Menschen« und eine praktische Therapeutik ganz ähnlich: »Daß vom Standpunkt der Wissenschaft von Psychiatrie und Psychotherapie in dem Buch ein Streifzug der Forschung von den Themen 'Matriarchat und Androgynität, über anthropologische Feldforschung bis hin zu menschlichen Dimensionen von Körper, Identität, Sozialenergie, Eifersucht, Kreativität, Träume sowie Arbeit, Zeiterleben und Sterben, Religiosität, Frieden und Aggression' (...) aus einer integrierenden, ganzheitlichen Sicht mit dem Schwerpunkt konkreter Anwendung für den Menschen« vollzogen wird, der dem Leser ein »neues Bewußtsein und damit (den) Paradigmenwechsel einer Wissenschaft deutlich werden« läßt. Denn »nicht mehr die abweichenden Merkmale biologischer, verhaltensmäßiger oder fühlender Wesensmerkmale des Menschen stehen im Mittelpunkt, sondern die Untersuchung: wie steht der Mensch zu seinen männlich-weiblichen Bedürfnissen, zu seinem Körper, zu seinen schöpferischen Bedürfnissen, zu Eifersucht, Arbeit, Zeiterleben und seinem Tod, und wie steht er zu transzendentalen und religiösen Bedürfnissen, wie steht er zu seinem inneren Frieden und konstruktiver Aggression.« Psychologisch differenzierter, thematisch aber gleich steht das »Erkenne dich selbst« demnach im Zentrum der Gedankenbewegung.

Mit *Moritz,* aber auch darüber hinausführend heißt es in derselben Arbeit: »Statt Beschäftigung mit nur den kranken Anteilen des Menschen wird wichtiger die Entdeckung und Entwicklung kreativer und gesunder Persönlichkeitsanteile und ein therapeutisches Bündnis mit diesen; statt der Behandlung von Krankheit die Behandlung des krankgewordenen Menschen; statt des Schwerpunktes medizinisch-medikamentöser Behandlung der Schwerpunkt auf psychotherapeutischen Methoden, statt des Eklektizismus von therapeutischen Maßnahmen die Integration therapeutischer Methoden; statt Konkretismus Metaphorik; statt kausalem Denken sinnhaftes Denken; statt Reduktionismus Ganzheitlichkeit« (*Ammon* 1986).

Die hier angesprochene »Ganzheitlichkeit«, die seit der Einführung des Personenbegriffs in die Medizin durch *Ludolf von Krehl* ein immerwährendes Problem der Heilwissenschaft darstellt, wird von *Christians* (1952) von ihren konzeptionell-methodischen Schwierigkeiten her entfaltet. Es heißt da: Erstens findet »...jede Bestimmung der Person in den unpersönlichen Formen der jeweils führenden Wissenschaft einer Epoche (...) notwendig ihre Gegenbestimmung durch die Besinnung auf das persönlich einmalige Wesen des Individuums (...). Zweitens (bedeutet dies): In jeder Verallgemeinerung und theoretischen Bestimmung wird Person zwangsläufig abstrakt. Die Antithese ist die Erfahrung der Person als einmaliges und konkretes Dasein. Drittens: Jede Erfahrung der Person als Individuum steht in Antithese zu der zwischenmenschlichen Bestimmung der Person im Partnerverhältnis von Arzt und Krankem«, als der schlechthin grundlegenden Erfahrung in einer psychoanalytischen Therapeutik.

Es ist sicherlich kein Zufall, daß sich im medizinischen Grundwissen der Moderne *Wilhelm Griesingers* Satz (1817–1868): »Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten« in einem reduktionistischen Sinne festgesetzt hat, obwohl gerade *Griesinger* in seinem Werk die Ganzheitlichkeit von »Körper, Seele und Geist« und demgemäß das Konzept von *J. Guislain* (1797–1860) und das Konzept der *Zeller*schen Einheitspsychose (s.a. *Mundt* 1992) vertreten hat. Demgemäß schwankt die ganze Psychiatriegeschichte längst vor einem dezidierten Begriff und einer entsprechenden Abgrenzung der Psychiatrie von anderen Disziplinen zwischen spezialwissenschaftlichen und partikularen Nosologien, zwischen *Pinels* Lehre, *Esquirols* Monomanien und *Kraepelins* Einteilung der Psychosen bis hin zu *Kurt Schneiders* Systematik seinerseits, und andererseits einer allgemeinen Anthropologie zeitweilig philosophischen oder auch naturwissenschaftlich-weltanschaulichen Zuschnitts.

Selbst in *Sigmund Freuds* Psychoanalyse, die sich entschieden als Naturwissenschaft begriffen hat und die ihre Beschreibung menschlichen Leids dennoch der Erfahrung strikt individueller Therapien in der Begegnung zwischen dem Therapeuten und dem Kranken verdankte, entfaltet sich ein *Kant'*sches Denkschema, das die Begriffe von Freiheit und deterministisch verstandener Natur miteinander verschränkte. Bei *Ammon* findet sich der Reflex dieser Verschränkung: »Im Prozeß ihrer Geschichte differenziert die Gattung ihre Bindung zur Natur. (...) Ihrer Geschichte entspricht (...)

eine Geschichte der Bedürfnisse und ihrer Artikulation (...). In der Geschichte des Individuums wird die Bindung zur Mutter und zur Gruppe differenziert. Auch dieser Prozeß ist eine Geschichte der sich differenzierenden Bedürfnisse (...). Beide Prozesse entwickeln sich in der Dialektik von Natur und Geschichte (...), von Bindung und befreiender Differenzierung« (*Ammon* 1970).

Folgende Fragen sind dann unabweisbar: Stellen Identität und Identitätsentwicklung eine Art Naturgeschehen dar? Stehen Freiheit und Natur in einem Ausschließungs- oder zumindest Gegensatzverhältnis? Bedeutet Identität eine Bewegung hin zur Freiheit, d.h. eine Differenzierung des einzelnen aus der Gruppe heraus, welche dann ihrerseits als Natur erschiene? Oder ist Identität als Entwicklung zur Freiheit im Prozeß der eigenen Geschichte überhaupt nur möglich im Rahmen des Naturprozesses der Gruppe in deren jeweilig eigener naturalistisch nicht faßbarer Geschichte? (*Schmidts* 1996)

Daß die Wahrheit sich nicht naturalistisch, gegenständlich und objektiv bestimmen läßt, zeigt die Entwicklung des *Freud*schen Gegenübertragungsbegriffes, den er im Zusammenhang mit der Auseinandersetzung mit *C.G. Jung* entwickelte. *Sabina Spielrein,* eine russische Jüdin und Patientin im Burghölzli, war von der schwerkranken Patientin zur Mitarbeiterin und wohl auch Geliebten *Jung*s geworden. Weil aber *Jung,* um seinen Ruf und seine Karriere besorgt, durch *Sabina Spielrein* in schwere Konflikte geriet und *Freud* seinerseits seinen »Kronprinzen«, den damaligen Präsidenten der »internationalen psychoanalytischen Vereinigung«, zu decken suchte (s. dazu: *Kerr* 1994), wurde ein methodisches Problem der Arzt-Patient-Beziehung und der psychoanalytischen Behandlungstechnik unabweisbar. *Freud* reagierte darauf mit seinen 1915 konzeptualisierten »Bemerkungen über die Übertragungsliebe«, die den Gegenübertragungsbegriff erstmalig formulierten.

Danach bezieht sich *Freud*s Wahrheitsbegriff auf nichts anderes als auf den psychoanalytischen Prozeß selbst, also auf die zwischenmenschliche Situation zwischen dem Arzt und dem Patienten. »Er ist daher nicht primär erkenntnistheoretischer, ebensowenig primär weltanschaulicher naturalistischer Prägung, sondern – weitaus fundamentaler – ethischer Natur, weil und indem er die Wahrheit der Beziehung zwischen Menschen meint« (*Schmidts* 1996).

Es nimmt deshalb nicht wunder, daß die Psychoanalyse und die Dynamische Psychiatrie, die seit 1969 von *Ammon* gemäß seinen Erfahrungen in der dynamisch-psychiatrischen Arbeit der Menninger Foundation während seiner zehnjährigen Tätigkeit in Amerika weiterentwickelt und dann in Berlin und in der Bundesrepublik Deutschland etabliert wurde, einen sowohl ganzheitlichen als auch ebenso entschieden einen erfahrungswissenschaftlichen, partikularen, zwischen beiden gewissermaßen schwebenden Standpunkt einnahm, also einen Standpunkt, der einem objektivistischen Wissenschaftsverständnis, nicht anders als bereits die Lehre *Sigmund Freud*s selbst, anfechtbar erschien. Gerade die ethische Grundeinstellung

die mit der Prämisse der Veränderbarkeit des Menschen und damit der Veränderbarkeit psychischen Krankseins in der therapeutischen Begegnung zwischen Arzt und Patienten rechnet, eröffnet einen therapeutischen Optimismus als Ausdruck eines Vertrauens in die Entwicklungsfähigkeit selbst des kränksten Patienten und selbst im Falle eines therapeutischen Scheiterns. *Ammon* spricht in diesem Zusammenhang daher von den Unerreichten, statt von unerreichbaren Patienten, also wiederum von einem Scheitern der Beziehung, statt von einer Krankheit. Dies steht in entschiedenem Widerspruch gegen den therapeutischen Pessimismus, der die phänomenologische, insbesondere von *Emil Kraepelin* geprägte, naturalistische und reduktionistische Schulpsychiatrie mit ihrer nicht immer nur impliziten Neigung zu eugenischen Gedankengängen und zu Praktiken im Sinne der Euthanasie bestimmt hat (s. dazu *Richarz* 1987 und *Lohmann* 1994).

Aus dieser ethisch und politisch negativen Erfahrung des Umgangs mit dem anderen und insbesondere psychisch andersartigen Menschen ergibt sich die Notwendigkeit eines Wechsels der medizinischen und psychotherapeutischen Paradigmata. Der nach dem Modell der Anatomie individualistische und biologistische Krankheitsbegriff, wie er sich gemäß dem wissenschaftlichen Modell des *Andreas Vesalius* »de corporis humani fabrica« (1543) historisch im Sinne der Anatomie als der damals einzig wissenschaftlich faßbaren Einheit des individuellen Menschen für Jahrhunderte herausgebildet hat, mußte einem anderen und neuartigen Verständnis des Menschen weichen. Bereits *Kurt Lewin* und im Gefolge die bedeutendsten Gruppendynamiker und Gruppenanalytiker von *Trigant Burrow, L. Wender, L.C. Marsh, Paul Schilder* bis zu *S.R. Slavson, A. Wolf, Wilfred R. Bion* und *Sigismund H. Foulkes* haben aus der neuen gruppendynamischen Sicht, dem wohl wichtigsten modernen psychologischen Paradigma, die Konsequenz gezogen, daß sich die Krankheit des Patienten im gruppendynamischen Kontext »als Phänomen der Gruppe darstellt«. Gerade deshalb findet *Ammon* in der Gruppe das integrierende Prinzip, das der Privatheit der Pathologie eine allgemeine, damit verbundene »Psychopathologie des Alltagslebens«, wie sie *Freud* (1904) erarbeitet hat, entgegenstellt und in der Biographie, der Geschichte des einzelnen sowie seinen mitmenschlichen Erfahrungen das entscheidende Moment seiner Erkrankung sieht.

Weil die bei *Jaspers* (1913) dargestellten und für die Geschichte der Psychiatrie maßgeblichen Gegensätze von »Verstehen und Erklären«, die im Gefolge von *Wilhelm Diltheys* Unterscheidung von nomothetischem, naturwissenschaftlichem Denken und ideographischem, geisteswissenschaftlichem Denken zu methodologischen Grundprinzipien der Psychiatrie wurden, in der Psychoanalyse auch wissenschaftstheoretisch als Gegensätze aufgehoben sind, wendet sich eine ganzheitliche Psychopathologie, Biographik und Krankheitslehre in Richtung auf eine optimistische Einstellung, die den Kranken als einen personalen Partner anerkennt, der in seinem Leid nicht nur individuelle, sondern auch allge-

meingültige, selbst gesellschaftlich bedeutsame Aussagen zu machen hat. Es sind Aussagen, die auch für die Großgruppe Gesellschaft von verändernder Bedeutung sein können, sofern die Großgruppe diese psychopathologischen Hinweise ernst nimmt. Wenn sie vergangenes Leid eines Menschen zu integrieren und damit zu heilen vermag, erhält sie umgekehrt Impulse zur Weiterentwicklung und Differenzierung ihrer selbst. An die Stelle von Ausschließungsriten, wie sie sich geschichtlich in den zahllosen und namenlosen Exilierungen und Exkommunikationen manifestiert haben, tritt so eine kreative Entwicklung der Lebensgruppe des einzelnen und aller Beteiligten in ihren gesellschaftlichen und politischen Bezügen.

Ein ganzheitliches Menschenbild hat darum, wie *Ammon* (1982) gezeigt hat, nicht nur eine Infragestellung des Analytikers durch den Patienten im analytischen Prozeß zur Folge, sondern ebenso sehr eine andauernde wissenschaftliche Infragestellung im Rahmen eines allgemeinen wissenschaftlichen Diskurses. Das daraus folgende wissenschaftliche System ist daher unabgeschlossen in Hinblick auf die Zukunft des einzelnen, offen auf die Gesellschaft hin und in seiner ethischen Haltung optimistisch, ohne deshalb der Kritiklosigkeit zu verfallen. Es eröffnet für den einzelnen Kranken neue Perspektiven, ohne diese freilich garantieren zu können, rechnet es doch mit der menschlichen Freiheit und glaubt daher an die personalen und mitmenschlichen Möglichkeiten eines Leidenden, indem sie ihn aus den Mechanismen des Versagens befreit, ohne ihn diagnostisch festzulegen. Von daher gesehen dienen Kategorisierungen nur einer wissenschaftlichen Verständigung, die in einem theorica-practica-Bezug wie ihn *Paracelsus* (1493–1541) vertreten hat, offen bleibt. Die ethische Haltung einer jeden Therapeutik wird so zum Fundament einer praktischen Wissenschaft der Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie.

Ethics and Holistic View of Man in the History of Psychiatry and Psychotherapy

Rolf Schmidts (Munich)

The problem discussed in this paper marks the history of psychiatry and psychotherapy, being at this point 250 years old, from the practices of mesmerism, its concept of animalistic magnetism, suggestion and hypnotism, through the development of an own psychiatric area, to *Freud*'s psychoanalysis and its ensuing schools. There is a constant similar, but also contradictory, mixture of humanistic and anthropological basic attitudes and directions of research, which has a determining influence on their positions and their dynamics within science history.

ΓΝΩΘΙ ΣΑΥΤΟΝ – recognize yourself – that is the motto which is put in front of *Carl Philipp Moritz'* »Magazin zur Erfahrungsseelenkunde als ein(em) Lehrbuch für Gelehrte und Ungelehrte« (1783). *Moritz'* own exper-

ience was the misfortune, that a harmonic development of the own nature, as it is strived for by *Goethe's* Wilhelm Meister, can never be reached, because the physical, social and psychic reduction of a person has made this impossible ever since.

The idea of »Recognize yourself« also stands in the center of *Ammon's* thinking. He writes: »Instead of working only with the sick parts of man it becomes more important to discover and develop creative and healthy parts of the personality to form a therapeutic alliance with the latter. Instead of the treatment of the disease, the treatment of the ill person; instead of mainly medical-pharmacological treatment, the main emphasis on psychotherapeutic methods; instead of eclecticism of therapeutic measures the integration of therapeutic methods; instead of concretism methaphoric thinking; instead of causal thinking sensefull thinking; instead of reductionism holism« (*Ammon* 1986).

Since the introduction of the personality concept into the medical world by *Ludolf von Krehl* the holistic conception represents a constant problem of the healing science. In psychiatry, the basic paradigm can be seen in *Griesinger's* formulation: »Mental diseases are brain diseases.« Although this is of a seemingly reductionist sense, in other parts of his work he speaks of the holism of body, mind and soul and supports *Albert Zeller's* concept of »Einheitspsychose«. Thus, the entire history of psychiatry is constantly swaying between the special and particular scientific nosologies of *Pinel's* teaching, *Esquiral's* monomanias, *Kraepelin's* grouping of the psychoses, *Kurt Schneider's* systematics and a common anthropology of a temporary philosophical or also scientific-ideological natural science.

Even in *Freud's* psychoanalysis which has understood itself distinctively as a natural science, but which gained its experience of human suffering through the experience of strictly individual therapies in the meeting of therapist and patient, a *Kant*ian scheme of thinking is unfolded which intertwined the concepts of freedom and nature in a deterministic understanding.

The following questions arise: Do identity and the development of identity represent a kind of a natural event? Do freedom and nature stand in a natural exclusive relationship? Does identity mean a movement towards freedom, that is a differentiation of a single person out of the group which for its part would appeare as nature? Or is identity as development towards freedom in the process of the own history only possible in the framework of the natural process of the group in its own history? (*Schmidts* 1996)

That the truth cannot be determined concretely and objectively, is demonstrated by the development of *Freud's* term of counter-transference. He conceptualized it in 1919 in his discussion with *C.G. Jung,* and *Sabina Spielrein,* a patient and later team-member and probably lover of *Jung,* in his notes about the transference love. Accordingly, the concept of truth applies to nothing else than to the psychoanalytic process itself, that is to an interpersonal situation between doctor and patient.

Consequently, psychoanalysis and dynamic psychiatry, as developed by *Ammon,* have taken a holistic turn and their empirical point of view became unacceptable to an objectivistic understanding of science, just like *Freud's* psychoanalysis had been before. The belief in healing mental illness in a therapeutic meeting of doctor and patient allows the therapeutic optimism as an expression of trust in the abilities of development of even the most severe ill patients. *Ammon* speaks in this context of the »unreached« instead of »unreachable patients«. This is the decisive contradiction to the therapeutic pessimism which has characterized naturalistic and reductionistic psychiatry marked by *Kraepelin* with its tendendcy towards eugenic ways of thinking and towards the practices of euthanasia.

Out of this negative ethical and political experiences of dealing with psychically differently structured people the necessity results for a change of medical and psychotherapeutic paradigms. The individualistic and biological understanding of illness had to make place to a different and new kind of understanding of man. Already *Kurt Lewin* and his successors, the most important investigatiors of group dynamics and group analysis, have drawn the conclusion from the new groupdynamic perspetive – probably the most important modern paradigm – that the illness of the patient arises within the groupdynamic context »as a group phenomenon«. Here, *Ammon* finds the integrating principle, in confronting the privacy of pathology with the general »psychopathology of every day life«, as *Freud* had lerned ist. The biography or life history of the individual and his experiences with his human surroundings appears to be the decisive moment of illness.

Since the crucial contradiction of understanding and explaining (*Jaspers* 1913) which had been of great influence on the history of psychiatry has been subsequently revolved by psychoanalysis, the patient is recognized as a personal partner whose statements may be of individual and universal importance. Human society, taking these statements seriously, may be able to integrate the people suffering and thus healing than, and will get in turn impulses for its further development and differentiation. The excluding rituals, being historically manifested in the numerous and nameless exiling and excommunicating acts, should be thus replaced by a creative development in one's social and political relations.

As a consequence, a holistic view of man, as *Ammon* has shown it, does not only mean that the patient questions the analyst during the analytic process, but leads also to a permanent scientific questioning. The ensuing scientific system is therefore open to future for the individual and society and is optimistic in its attitude. It opens new perspectives for the individual patient and, without being able to garantee them, it counts on human freedom and thus believes in his personal and social opportunities.

Literatur

Ammon, G. (1970): Ich-Struktur und Gesellschaft: Zur psychoanalytischen Kulturtheorie. In: Dyn. Psychiat. (2) 65–76
– (1982). Methodenintegration aus der Sicht der Dynamischen Psychiatrie. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch für Dynamische Psychiatrie, Bd. 2 (München: Reinhardt)
– (1986): Der mehrdimensionale Mensch (München: Pinel)
Clair, J.; Pichler, C.; Pircher, W. (1989): Wunderblock. Eine Geschichte der modernen Seelse (Wien: Löcker)
Christians, P. (1952): Das Personenverständnis im modernen medizinischen Denken. In: *Wyss, D.* (Hrsg.) (1977): Die tiefenpsychologischen Schulen (Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht)
Freud, S. (1904): Zur Psychopathologie des Alltagslebens, Gesammelte Werke, Bd. IV (Frankfurt a.M.: Fischer)
Jaspers, Karl (1913): Allgemeine Psychopathologie, 8. Auflage 1965 (Heidelberg/Berlin: Springer)
Kerr, J. (1994): Eine höchst gefährliche Methode. Freud, Jung, Sabina Spielrein (München: Kindler)
Lohmann, H.-M. (Hrsg.) (1994): Psychoanalyse und Nationalsozialismus. Beiträge zur Bearbeitung eines unbewältigten Traumas (Frankfurt a.M.: Fischer Psychologie)
Moritz, C. Ph. (1783): Magazin zur Erfahrungsseelenkunde als einem Lehrbuch für Gelehrte und Ungelehrte, Neuauflage 1979 (Lindau: Antiqua)
– (1786): Andreas Hartknopf
Mundt, Ch. (1992): Für und wider die Einheitspsychose (Stuttgart/New York: Thieme)
Richarz, B. (1987): Heilen, Pflegen, Töten (Göttingen: Verlag für Medizinische Psycholgie im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht)
Schmidts, R. (1996): Die Großgruppe in der Dynamisch-Psychiatrische Klinik. In: Dyn. Psychiat. (29) 10–17

Adresse des Autors:

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

Erklären und Verstehen – Ein psychiatriehistorischer Blick auf die Dynamische Psychiatrie Günter Ammons

Bernhard Richarz (München)*

Der Autor zeigt aus psychiatriehistorischer Sicht den Stellenwert der Dynamischen Psychiatrie Günter Ammons auf. Anhand der wissenschaftstheoretischen Begriffe Erklären und Verstehen, die Jaspers in die Psychiatrie einführte, werden zwei gegensätzliche Haltungen psychisch kranken Menschen gegenüber und ihre Folgen für die Behandlung psychiatrischer Patienten beschrieben. Verbrecherische Handlungen an Patienten, wie sie in extremer Form während des Faschismus in Deutschland begangen wurden, werden dabei auf eine ausschließlich naturwissenschaftlich erklärende Psychiatrie zurückgeführt, wie sie teilweise heute noch Gültigkeit hat. Ammons Konzeption stellt einen Paradigmenwechsel in der Psychiatrie dar, da sie durch das gruppendynamische Prinzip und durch das Humanstrukturmodell die erklärenden und verstehenden Ansätze der herkömmlichen Psychiatrie zu einer umfassenden und ganzheitlichen Sicht des Menschen integriert.

Die Dynamische Psychiatrie *Günter Ammons* erhält ihren besonderen Stellenwert, wenn man sie in einem psychiatriehistorischen Zusammenhang betrachtet. Wie *Ammon* selbst gesehen hat (*Ammon* 1991), stellt seine Konzeption einen Wechsel des grundlegenden Paradigmas der Psychiatrie dar. Denn zum einen hebt sie die in den vergangenen hundert Jahren übliche naturwissenschafliche Erklärung psychiatrischer Befunde auf und zum anderen erweitert sie die Möglichkeiten ihres Verstehens entscheidend, indem sie sie durch das gruppendynamische Prinzip auf gegenwärtige und auf verinnerlichte zwischenmenschliche Beziehungen zurückführt.

Die Begriffe Erklären und Verstehen bezeichnen dabei die naturwissenschaftliche und die geisteswissenschaftliche Methode, um unbekannte Tatsachen oder Sachverhalte in einen sinnhaften Zusammenhang zu stellen. Beim Erklären geschieht das, indem die Phänomene aus anderen, als bewiesen geltenden Aussagen logisch abgeleitet werden, während das Verstehen unmittelbar begreifen will. *Jaspers* (1913) bezog die wissenschaftstheoretischen Begriffe Erklären und Verstehen auf die Psychiatrie: Erklären meint dabei den Versuch, seelisches Erleben rational, nur durch Denken erfassen zu wollen, und Verstehen das einfühlende Miterleben. Für ihn waren die schweren psychiatrischen Krankheitsbilder, d.h. die Psychosen, nur naturwissenschaftlich erklärbar, aber nicht menschlich verstehbar, während die Neurosen verstehbar, aber nicht erklärbar seien. *Jaspers* schrieb damit eine Scheidelinie fest, die aus der psychiatrischen Erfahrung des 19. Jahrhunderts entstanden ist und die den weiteren Umgang mit psychisch kranken Menschen in Wissenschaft und Gesellschaft in meines Erachtens äußerst verhängnisvoller Weise bestimmt hat. Die wissenschaftstheore-

* Dr. med., Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychoanalyse, Dynamisch-Psychiatrische Klinik Menterschwaige, München

tischen Begriffe bezeichnen nämlich auch zwei der möglichen Einstellungen, die psychisch kranken Menschen gegenüber eingenommen werden.

Wer sich mit Psychiatrie befaßt, hat es mit Menschen zu tun, die in einer Weise auffällig geworden sind, die von ihren Mitmenschen nicht mehr getragen wird. Es sind also Menschen, die aus den gewohnten gesellschaftlichen Zusammenhängen herausgefallen sind. Ihr Verhalten wird seit Beginn des 19. Jahrhunderts medizinisch erklärt, nämlich als Krankheit, die der ärztlichen Behandlung bedürfe. Mit Aufkommen der bürgerlichen Gesellschaft nach der Französischen Revolution wurden die sog. Irren von den aufgeklärten Ärzten in den Zucht- und Tollhäusern entdeckt, wo sie unter der Aufsicht von ehemaligen Soldaten mit anderen gesellschaftlichen Außenseitern wie z.B. Arbeitsscheuen, Sträflingen und Landstreichern zu Arbeitsdiensten herangezogen wurden, oder sie wurden angekettet in den Siechenspitälern gefunden, wo sie nur mit dem Notwendigsten versorgt vor sich hinvegetierten, andere wiederum waren in den Städten in Narrenkäfigen zur Ergötzung und zum Erschrecken der Bevölkerung ausgestellt.

Im Verlauf des 19. Jahrhunderts entstanden die Grundzüge der Psychiatrie, wie sie bis heute Gültigkeit haben:

- Die betroffenen Menschen werden als Kranke angesprochen, die an Veränderungen des Gehirns leiden, deren Ursache zwar unbekannt ist, die aber als ererbt angenommen wird; seit *Griesinger* ist das naturwissenschaftliche Paradigma der Psychiatrie, das Geisteskrankheiten als Gehirnkrankheiten erklärt, unbestritten.
- Die Patienten werden von der Gesellschaft ausgegrenzt und in speziellen Einrichtungen untergebracht.
- Ihr persönliches Erleben wird unter dem Gesichtspunkt der Psychopathologie als gesund oder krank gewertet und mitunter, wenn es als psychotisch gilt, außerhalb des Menschlichen gestellt.
- Typische Vertreter der psychiatrischen Krankheitsbilder werden in besonderen Einrichtungen zusammengeführt, wo sie als Forschungsobjekte für die Wissenschaftler der Psychiatrie und als Anschauungsmaterial der Studierenden dienen.
- Der Psychiatrie insgesamt kommt eine ordnungspolitische Aufgabe zu, selbst- oder fremdgefährdende Personen können gegen ihren Willen verwahrt und überwacht werden.
- Wie im Strafvollzug wird die lebenslange Einschränkung der Freiheitsrechte als mitunter unumgänglich angesehen, um das Funktionieren der Gesellschaft sicherzustellen.

Der Wahnsinn und das Irresein, die Schwermut und die Leidenschaften, die Verzweiflung und der Überschwang, oder wie auch immer die Formen äußersten menschlichen Erlebens und Empfindens bezeichnet wurden, erhielten auf diese Weise ihren bestimmten, aber abgegrenzten Platz innerhalb der sich formierenden bürgerlichen Gesellschaft.

Eine der bekanntesten Personen, die ausführlich über den Vollzug der Psychiatrie aus eigener Anschauung berichteten, ist bis heute *Daniel Paul*

Schreber (*Schreber* 1903, *Lothane* 1992): Der Senatspräsident des Oberlandesgerichtes in Sachsen wurde von Oktober 1884 bis Juni 1885 und von November 1893 bis Dezember 1902 in der psychiatrischen Klinik der Universität Leipzig und in der Sächsischen Landesheil- und -pflegeanstalt Sonnenstein bei Pirna stationär-psychiatrisch behandelt, nachdem er bei der Verwirklichung beruflicher Vorhaben schwere psychische Krisen erlitten hatte, die durch seine Familie nicht mehr aufgefangen werden konnten. Bitter beklagte er sich über seinen ersten behandelnden Arzt, den Leipziger Psychiatrie-Professor *Paul Emil Flechig,* von dem er sich als Mensch völlig mißverstanden fühlte. Ihn, der für seine neuroanatomischen Forschungen bekannt war, bezeichnete er als »Seelenmörder«, und warf ihm vor, er habe ihn in die Heil- und Pflegeanstalt abgeschoben. Wie treffend seine Vorhaltung über die persönlichen Verhältnissse hinausgehend war, war ihm sicher nicht bewußt; weist *Schreber* doch unmißverständlich darauf hin, daß die Suche nach der naturwissenschaftlichen Erkenntnis, wie sie in der damaligen Psychiatrie üblich war, die menschliche Seele unwiederbringlich vernichtet.

Als die Ausgrenzung der als psychisch krank bezeichneten Menschen in eigene Anstalten infolge des Ersten Weltkriegs nicht mehr finanzierbar war, wurde manches einerseits durch offene Fürsorge und verstärkte Arbeitstherapie versucht, mehr Patienten in die Gesellschaft zurückzuführen, andererseits wurde überlegt, wie die Erkrankungshäufigkeit zu verringern sei. *Emil Kraepelin,* national und international anerkannter Ordinarius der psychiatrischen Klinik an der Universität München, vertrat dabei die Auffassung, daß ein unumschränkter Herrscher, der vom Wissen der Psychiatrie geleitet, rücksichtslos in die Lebensgewohnheiten der Menschen eingreifen würde, im Laufe weniger Jahrzehnte eine Abnahme der Erkrankungshäufigkeit erzielen könne (*Kraepelin* 1918). Ein anderer Ordinarius, *Alfred Hoche* aus Freiburg, schlug vor, Langzeitpatienten zu töten, um die Kosten ihrer Versorgung einzusparen; denn in einer Zeit der Not, wie sie in Deutschland nach dem Ersten Weltkrieg herrsche, war seiner Meinung nach kein Platz mehr für Menschen, deren Leben keinen wirtschaftlichen Nutzen mehr erbringe (*Binding, Hoche* 1920).

Im nationalsozialistischen Deutschland wurden diese Vorstellungen maßgeblicher Psychiater von ihren Schülern in die Tat umgesetzt. Getragen von der angeblich wissenschaftlich begründeten Befürchtung, daß durch die Rückführung der psychiatrischen Patienten in die Gesellschaft das Erbgut der Bevölkerung verschlechtert würde, erließ die nationalsozialistische Regierung das von vielen sog. Fachleuten befürwortete Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, das dazu führte, daß in den zwölf Jahren nationalsozialistischer Herrschaft etwa 350.000 Menschen sterilisiert wurden. Von 1940 bis 1945 wurden dann sogar mehr als 100.000 psychisch kranke Menschen umgebracht, die als unheilbar galten. Dabei waren von der Auswahl der Patienten bis zu ihrer Tötung stets Ärzte und Psychiater beteiligt, die später meinten, ihr Tun durch Mitleid rechtfertigen zu können.

Führende deutsche Psychiater hatten in dieser Zeit Konzepte im Umgang mit psychisch Kranken entwickelt, die ich (*Richarz* 1987) mit den Worten Heilen, Pflegen, Töten beschrieben habe. Jede psychiatrische Anstalt sollte in drei Bereiche gegliedert werden: Eine Abteilung sollte der Behandlung akut Kranker dienen, in denen die Mitte der 30er Jahre entwickelten Therapieverfahren Insulinschock und Elektrokrampf eingesetzt werden sollten, um eine schnellere Remission schizophrener Erkrankungen und damit eine frühzeitige Entlassung der Patienten zu erreichen; in einer zweiten Abteilung sollte intensiv Arbeitstherapie angewandt werden, um aus den Kranken, die nicht entlassen werden konnten, einen größtmöglichen wirtschaftlichen Nutzen zu ziehen; in einer dritten Abteilung sollten Menschen, die als sog. Defekt- und Endzustände bezeichnet wurden, getötet werden, da angeblich durch einen großen Aufwand für ihre Versorgung Mittel aufgebracht würden, die bei der akuten Behandlung fehlten.

Eine ernsthafte Auseinandersetzung über die geistige Haltung der Ärzte, die bei der Tötung psychiatrischer Patienten mitwirkten, unterblieb in der Nachkriegszeit weitgehend. Schnell hatten Wissenschaft und Gesellschaft ein verbrecherisches NS-Regime als verantwortlich ausgemacht, ohne zu bedenken, daß auch dieses Regime auf Menschen angewiesen war, die seine Anordnungen in die Tat umzusetzen bereit waren. Die Frage, ob nicht bestimmte Inhalte des psychiatrischen Denkens und Handelns, wie sie im 19. Jahrhundert entstanden sind, eine wesentliche Voraussetzung dafür waren, daß im Nationalsozialismus Psychiater und Ärzte etwa 100 000 psychiatrische Patienten töteten, und zwar nicht nur gezwungenermaßen, sondern aus Überzeugung, wurde nicht gestellt. Ebenso wurde über die Maßnahmen zur Rassenhygiene und über das Leid, das sie für die Patienten bedeuteten, nicht mehr gesprochen, und ein Mitwirken bedeutete für die Beteiligten kein Hindernis bei der weiteren beruflichen Laufbahn. Bis heute gibt es deutschsprachige Lehrbücher der Psychiatrie, die in ihrem historischen Teil die Rassenhygiene und die sog. Euthanasie nicht erwähnen (z.B. *Battegay, Glatzel, Pöldinger, Rauchfleisch* 1992).

Wie anfällig eine naturwissenschaftlich erklärende Psychiatrie dafür ist, menschenverachtendes Tun zu billigen und zu ermöglichen, zeigte sich auch in den totalitären kommunistischen Regimen, als oppositionelle Haltungen als Form von Schizophrenie bezeichnet und wie ein Wahn behandelt wurden. Hunderte von Dissidenten waren jahrelang in psychiatrischen Sonderanstalten untergebracht, wo sie zwangsweise Neuroleptika erhielten, die ihr Wesen veränderten, um sie auf diese Weise zum Schweigen zu bringen. Als Geste der Ächtung wurde zwar die sowjetische Psychiatrie 1983 für einige Jahre vom Weltverband für Psychiatrie (WPA) ausgeschlossen, aber auch in diesem Fall unterblieb ein Nachdenken über den Zusammenhang von psychiatrischer Theorie und verbrecherischen Handlungen an Patienten.

Neben der Tradition der Ausgrenzung und Mißhandlung psychiatrischer Patienten besteht jedoch auch eine Tradition des Verstehens, die eben-

falls bis zum Beginn des 19. Jahrhunderts und darüber hinaus zurückzuverfolgen ist. Auffallenderweise waren gerade die Ärzte und Therapeuten, die sich um einen verstehenden Zugang zu ihren Patienten bemühten, immer wieder demselben Schicksal ausgesetzt wie ihre Patienten. Erinnert sei in diesem Zusammenhang beispielsweise an *Franz Anton Messmer,* der seine Heimatstadt Wien auf Betreiben von Angehörigen verlassen mußte, nachdem er eine Patientin von hysterischer Blindheit geheilt hatte. Auch *Sigmund Freud,* der mit der Psychoanalyse eine Behandlungsmethode geschaffen hatte, die auf einem genauen Zuhören der Mitteilungen seiner Patienten beruhte, war jahrelanger Mißachtung ausgesetzt. Seine Krankheitslehre setzte erstmals die Symptomatik psychischer Erkrankungen, vor allem der Neurosen, in Beziehung mit kindlichen Erlebensweisen und Verletzungen und überwand damit ein ausschließlich naturwissenschaftlich erklärendes Krankheitsverständnis.

Beispielhaft kann wiederum die Krankengeschichte des sächsischen Senatspräsidenten *Schreber* genannt werden. *Freud* (1911) zeigte auf, daß die angeblichen Wahngedanken *Schrebers* vor dem Hintergrund seiner Lebensgeschichte durchaus zu verstehen sind. Er bezog die Ausführungen *Schrebers* auf seine Vorstellungen über Paranoia und Homosexualität und sah ihn in der unbewußten Wiederholung einer gestörten Vaterbeziehung verhaftet. Unabhängig davon, ob man die Ideen *Freuds* im Fall *Schreber* für zutreffend, unzulänglich oder falsch hält und ihnen auf jeden Fall der Mangel bleibt, nicht durch eine persönliche Analyse des Patienten überprüft worden zu sein, eröffnen sie einen verstehenden Zugang zu einem psychotischen Krankheitsbild.

Freuds Schüler setzten in der Tat um, was er selbst nicht beginnen wollte, nämlich die analytische Behandlung psychotischer Patienten. Während des Nationalsozialismus gehörten sie ebenso wie ihre Patienten zu den Verfolgten des Regimes. Viele von ihnen wurden getötet, andere flohen aus Deutschland und verwirklichten in den USA eine dynamische Psychiatrie zur verstehenden Behandlung psychotisch erkrankter Menschen (*Peters* 1992).

Freud und *Kraepelin* nebeneinander zu stellen und beide als Väter einer heutigen Psychiatrie in Anspruch zu nehmen, ist psychiatriehistorisch falsch. Es verschleiert nicht nur die noch immer bestehenden Unterschiede zwischen einer erklärenden und einer verstehenden Psychiatrie, es verwischt vielmehr auch die Gegensätze zwischen Psychiatern, die als anerkannte Vertreter einer bürgerlichen Gesellschaft psychiatrische Patienten in ihrer Theorie und in ihrer Praxis ausgrenzten und die zu den geistigen Vätern einer NS-Psychiatrie zu zählen sind, und den Ärzten, die als verstehende Therapeuten ihrer Patienten selbst Verfolgung und Diskriminierung ausgesetzt waren.

Die Ausgrenzung psychotischen Erlebens, die früher durch die Anstaltsmauer sichtbar bestimmt war, ist trotz aller gegenteiliger Beteuerungen nicht überwunden. Sie findet heute unsichtbar in den Köpfen der betreffenden Patienten durch die medikamentöse Beeinflussung der Rezeptorendichte

und des Transmitterstoffwechsels statt. Auch die heutige Psychiatrie ist immer noch von einem Unverständnis gegenüber dem eigentlichen Erleben ihrer Patienten gekennzeichnet, das häufig auch einem Nichtverstehenwollen gleichzusetzen ist. Weltweit gilt die medikamentöse Behandlung als Standard, welche gerade das persönliche Erleben eines Patienten unterdrückt. Daß die Patienten dabei dasselbe erfahren, wie in ihren Kindheitsfamilien, nämlich Unverständnis, Ausgrenzung und körperliche Gewalt, kann ebenso als ein unreflektiertes Ausagieren der Gegenübertragung der beteiligten Therapeuten gegenüber ihren Patienten gesehen werden wie die damit verbundene Dauerunterbringung in Sondereinrichtungen wie therapeutischen Wohngemeinschaften und beschützten Arbeitsplätzen, die einer grenzenlosen Verwöhnsituation der frühen Kindheit entspricht, in der keine Forderungen zur Weiterentwicklung und Reifung der Persönlichkeit gestellt werden.

Vor diesem psychiatriehistorischen Hintergrund gewinnt die Dynamische Psychiatrie *Günter Ammons* eine besondere Bedeutung, da sie eine nachholende Persönlichkeitsentwicklung anstrebt und die Ausgrenzung psychiatrischer Patienten aufhebt (*Ammon* 1979, 1982). *Ammon* erklärt die psychiatrischen Erkrankungen nicht mehr naturwissenschaftlich, sondern versteht sie als Ausdruck einer gestörten Gruppendynamik in der Kindheit. Ob ein Mensch krank wird und wie die Krankheitsbilder ausgeprägt sind, hängt ab von der Qualität der Beziehungen, die er erlebt und verinnerlicht hat; durch sie entwickelt sich ein Mensch im mehr gesunden oder im mehr kranken Bereich, wobei jeder gleichermaßen gesunde und kranke Anteile in seiner Person vereinigt. Hinsichtlich der krankheitsbedingenden Beziehungsdynamiken unterscheidet *Ammon* zwischen einer defizitären Form, bei der die lebenswichtige Symbiose von Mutter, Kind und umgebender Gruppe nicht zustande gekommen ist, und einer destruktiven Form, bei der die Lösung zu späteren Entwicklungsstadien verhindert war. Es ist damit nicht mehr ein einzelner, der erkrankt, sondern eine Gruppe, die krank, d.h. in bestimmten Bereichen erlebnisunfähg, ist und deren schwächstes Mitglied die Störung offenbart. Mit dem gruppendynamischen Prinzip schuf *Ammon* ein Krankheitsverständnis, das die Ausgrenzung psychiatrisch erkrankter Menschen als zum Wesen der Erkrankung zugehörig begreift: Der Ausschluß des Sündenbocks soll das unbewußte Problem der Gruppe lösen.

Ammons Konzeption ist getragen von therapeutischem Optimismus, nämlich, daß auch bei schweren psychiatrischen Krankheitsbildern einschließlich der Psychosen Heilung möglich ist, wodurch sich die Dynamische Psychiatrie ebenfalls grundlegend von anderen psychiatrischen Schulrichtungen unterscheidet. Was heilend wirkt, ist die Gruppe der Therapeuten, die durch eigenes Leid gegangen sein müssen, um ihren Patienten wirklich verständnisvoll begegnen zu können. Kennzeichnend ist *Ammons* Auffassung, wonach ein Therapeut nur die Methoden an Patienten anwenden soll, die er selbst an sich erlebt hat. Die Ausbildung der

Therapeuten ist das Kernstück dynamisch-psychiatrischer Behandlung, da in ihr die Voraussetzung für eine mögliche Heilung psychiatrischer Erkrankungen liegt.

Die Beziehung von Arzt bzw. Therapeut und Patient ist für *Ammon* wesentlich eine menschliche Begegnung, in der sich ein wechselseitiges Erkennen vollzieht. Gerade zu einer Aufgabe der Therapeuten macht es *Ammon,* sich der Patienten anzunehmen, denen mit der bisher entwickelten Behandlungsmethodik nicht geholfen werden kann. Er selbst widmete eine Arbeit den sog. Unerreichten (*Ammon* 1984), also den Menschen, die in ihrem inneren Wesen zu erreichen, die Psychotherapie bis jetzt noch nicht vermocht hat, und sah es dabei als grundlegend für ihre Behandlung an, daß der Therapeut sich selbst in der Begegnung mit diesen Patienten zutiefst erschüttern läßt. Bei dem letzten von ihm wissenschaftlich betreuten Kongreß der Weltgesellschaft für Dynamische Psychiatrie (WADP) 1994 in St. Petersburg forderte er alle therapeutisch Tätigen wie in einem Vermächtnis dazu auf, mehr ungewöhnliche Gedanken und Behandlungsweisen für ungewöhnliche Patienten zu finden.

Das Humanstrukturmodell (*Ammon* 1976, 1979) kann ein Beispiel für sein eigenes grenzüberschreitendes Denken sein. Da in ihm unbewußte psychische Funktionen, körperliche Funktionen, sowie Fähigkeiten und Fertigkeiten aufeinander bezogen sind und als in steter Wechselwirkung mit den erlebten und verinnerlichten Gruppendynamiken stehend betrachtet werden, stellt es ein völlig neuartiges Persönlichkeitsmodell dar. Erstmals sind naturwissenschaftliche, psychologische und soziale Sicht des Menschen miteinander zu einer Ganzheit verbunden, wodurch sich vielfältige Möglichkeiten neuer Erkenntnis ergeben. Es zeigt einen Weg auf, der es erlaubt, psychiatrische Krankheitsbilder in einer Art und Weise zu beschreiben, die sowohl das naturwissenschaftliche Erklären als auch das menschliche Verstehen beinhaltet.

Ammons Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie, von der hier nur einige Gesichtspunkte genannt werden konnten, vermag den Umgang mit psychiatrischen Patienten menschenwürdiger zu gestalten, als er es in der Vergangenheit war und vielfach in der Gegenwart noch ist. Nach wie vor gilt: »Dynamische Psychiatrie tut not.«

Explaining and Understanding – Günter Ammon's Dynamic Psychiatry in its Historical Context

Bernhard Richarz (Munich)

For psychiatry, *Günter Ammon's* conception means a change of the scientific paradigm. Since *Jaspers* in 1913 has introduced the terms explaining and understanding in psychiatry, it was common sense that psychoses can only be explained by natural sciences, but not be understood by

empathy. This attitude towards severe psychiatric disorders summed up the development of psychiatry during the 19th century as psychiatric patients were put together in big asylums at the edge of society. In Germany, one of the most famous patients of this time was *Daniel Paul Schreber.* Among other hospitals he was treated in the Psychiatric Clinic of the Leipzig University and he accused its director of murdering his soul.

After World War I psychiatrists like *Hoche* suggested to kill chronically ill patients to save money and others like *Kraepelin* supposed that by intruding ruthlessly on people's habits the incidence of psychiatric disorders would be decreasing. Some years later in Nazi-Germany, their disciples contributed in sterilizing more than 350 000 psychiatric patients and without their involvement it would not have happened that more than 100 000 patients were killed. Leading psychiatrists of this time called for a killing department at each psychiatric hospital to minimize the money required for the uncurable patients.

Until now, the scientific paradigm allowing such criminal acts towards psychiatric patients has not been doubted. For the author it seems likely that a psychiatry which reduces itself by only explaining the diseases without understanding them is inclined to inhumanities. It can also be seen in other totalitarian regimes as for instance the former Soviet Union where dissidents were treated with neuroleptics like schizophrenics in order to silence them. Today, under the influence of industrial firms the psychiatry is onesidedly drug-oriented and the psychiatric mainstream intends to suppress the inner world of the patients without listening.

The tradition of understanding psychiatrie patients has also been vivid through the centuries. But very often, therapists doing so were ignored or persecuted. Psychoanalysis may be an example: The disciples of *Sigmund Freud* showed that it is possible to understand psychotic patients, but they had to conceptualize dynamic psychiatry being in exile mostly in the United States because of the Naziregime in Germany. *Freud* himself tried to understand *Schreber*'s illness psychodynamically by referrring his symptoms to his experience during early childhood.

For *Günter Ammon* it is the group where people become ill and where they become well again. In his opinion, a person's development is determined by the quality of the relations he has had in his life because they differentiate a personality's structure. Thus, every therapy is based on the personal encounter between patient, therapist and group. *Ammon* beleaved in healing also of severe psychiatric disorders and he asked the therapists for creating more unusual methods for their unusual patients. One example for his thinking may be his conception of personality as it integrates natural sciences, psychology and groupdynamics into an holistic view of man. His so-called human structural model opens up new perspectives for research and therapy to better the sitution of psychiatric patients.

Literatur

Ammon, G. (1976): Das Borderline-Syndrom – Ein neues Krankheitsbild. In: Dyn. Psychiat. (9) 317-348
– (Hrsg.) (1979): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie. Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt)
– (Hrsg.) (1982): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie. Bd. 2. (München: Ernst Reinhardt)
– (1984): Die Unerreichten – Zur Behandlungsproblematik des Urnarzißmus. In: Dyn. Psychiat. (17) 145–164
– (1991): Psychotherapie der Schizophrenie – Paradigmenwechsel in Psychiatrie und Psychoanalyse. In: Dyn. Psychiat. (24) 263–276
Battegay, R.; Glatzel, J.; Pöldinger, W.; Rauchfleisch, U. (1992): Handwörterbuch der Psychiatrie. 2. Aufl. (Stuttgart: Enke)
Binding, K.; Hoche, A. (1920): Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens (Leipzig)
Freud, S. (1911): Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia. G.W. Bd. 8
Jaspers, K. (1913): Allgemeine Psychopathologie (Heidelberg: Springer)
Kraepelin, E. (1918): Hundert Jahre Psychiatrie. In: Zschr. Neurol. (38) 161–275
Lothane, Z. (1992): In defense of Schreber. Soul murder and psychiatry (Hillsdale, London: Analytic Press)
Peters, U.H. (1992): Psychiatrie im Exil – Die Emigration der dynamischen Psychiatrie aus Deutschland 1933–1939 (Düsseldorf: Kupka)
Richarz, B. (1987): Heilen Pflegen Töten. Zur Alltagsgeschichte einer Heil- und Pflegeanstalt bis zum Ende des Nationalsozialismus (Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht)
Schreber, D. (1903): Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken. (Leipzig: Oswald Mutze)

Adresse des Autors:

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

Das Beziehungsdenken in der Dynamischen Psychiatrie – Ein geschichtlicher Überblick**

Egon Fabian (München)*

Der Autor skizziert zwei historische Richtungen in der Entwicklung der Psychoanalyse seit Freud, nämlich die konfliktorientierte und die beziehungsorientierte. Die Betonung der therapeutischen Beziehung als wesentlicher Faktor in der Behandlung jenseits der therapeutischen Abstinenz hat ihre Wurzeln bei Ferenczi, Balint und Sullivan und wurde von Günter Ammon mit seiner Forderung nach dem Einsatz des Therapeuten als ganzer Person ausformuliert. Gleichzeitig hat Ammon die interpersonelle Beziehung um die Dimension der Gruppendynamik und um das Konzept der Gruppe als Quelle zwischenmenschlicher Energie erweitert. Durch das Menschenbild eines in jedem Alter potentiell entwicklungsfähigen und durch Gruppen wachstumsfähigen Menschen impliziert die Dynamische Psychiatrie der Berliner Schule nach Ansicht des Autors eine optimistische therapeutische Haltung und ein ethisches Prinzip als Grundlage der Psychotherapie.

Die Psychoanalyse hat sich seit ihren Anfängen als die Heilwissenschaft eines interpersonellen Geschehens verstanden: der Beziehung zwischen dem Analytiker und dem Analysanden, d.h. zwischen Arzt und Patient. Darin unterschied sie sich bereits von der herkömmlichen Psychiatrie, deren Anliegen es ist, den Patienten als »Fall« zu beobachten, zu beschreiben, zu diagnostizieren und zu behandeln. Die psychiatrische Krankheit ist in den Anfängen der modernen Psychiatrie noch ein rätselhaftes pathologisches Phänomen; infolge ihrer naturwissenschaftlichen Entwicklung ordnet, kategorisiert und beschreibt die Psychiatrie akribisch ihre Phänomenologie, um einmal in Zukunft imstande zu sein, ihre Ätiologie als Auswirkung einer Zell- und Organpathologie erklären und rational-kausal medikamentös behandeln zu können. Die Person des Psychiaters spielt dabei keine Rolle.

Freud schrieb in einem Brief an *Jung* den Satz, der zu seiner Zeit prophetisch klingen mochte: »Psychoanalyse ist eigentlich eine Heilung durch Liebe« (zitiert von *Bettelheim* 1982). In seinen wissenschaftlichen Schriften erwähnt er schon früh, nämlich in seinen »Studien über Hysterie«, die Notwendigkeit einer »menschlichen Sympathie« und »persönlichen Teilnahme für den Kranken« in der Analyse (*Freud* 1895). Doch soll andererseits »der Arzt... undurchsichtig für den Analysierten sein und wie eine Spiegelplatte nichts anderes zeigen, als was ihm gezeigt wird« (*Freud* 1912). Sein therapeutischer Glaubenssatz »Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten« (*Freud* 1914) setzt einen Therapeuten voraus, der als Katalysator des therapeutischen Prozesses das Hervorbringen des »unbewußten Materials«, der »unterdrückten Affektregungen« früherer Beziehungen

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

** Vortrag gehalten beim Internationalen Symposium »Ethik in der Dynamischen Psychiatrie« am 9. Mai 1998 in Berlin im Gedenken des 80. Geburtstages von Günter Ammon

(*Freud* 1937) fördert, um dieses in der Übertragung bewußt zu machen. Sein Modell ist ein naturwissenschaftliches Konfliktmodell, in dem frühe Konflikte gelöst und dadurch pathogenetisch unwirksam werden. Das heißt, daß *Freud* zwar das interpersonelle Geschehen in der Psychoanalyse erkannt, aber nicht als therapeutisches Agens konzeptualisiert hat.

Nach *Freud* trennen sich die Wege in bezug auf die Art und Bedeutung des therapeutischen Verhältnisses. *Fenichel* (1941), *Glover* (1955) und andere fordern weiterhin das strenge Einhalten der emotionalen Abstinenz von Seiten des Analytikers. Von *Freuds* unmittelbaren Nachfolgern war *Ferenczi* derjenige, der die Wichtigkeit des emotionalen Geschehens zwischen Analytikern und Analysanden jenseits der Übertragung begriff und (mit *Groddeck*) die »Natürlichkeit des Analytikers« forderte. Statt einem »steifen Festhalten an der Versagungstechnik« (*Ferenczi* 1932) muß sich der Analytiker eine Einstellung zu eigen machen, die ihm ein »immerwährendes Oszillieren zwischen Einfühlung, Selbstbeobachtung und Urteilfällung« ermöglicht (*Ferenczi* 1928). Er warnt die Analytiker vor zuwenig »persönlichem... Interesse für ihre Patienten« und schreibt: »Verständnis ist notwendig, um die Sympathie an der richtigen Stelle (Analyse), in der richtigen Art anzuwenden. Ohne Sympathie keine Heilung – höchstens Einsichten in die Genese des Leidens« *(Ferenczi* 1932). *Ferenczis* Schüler und Nachfolger *Balint* erhebt die therapeutische Beziehung zwischen Arzt und Patient zum Prinzip der heilenden Beziehung schlechthin, indem er eine »subjektive, sympathetische Behandlung« fordert (*Balint* 1976).

Das Thema des Umgangs des Therapeuten mit seinen Gefühlen in der interpersonellen Situation der Analyse beschäftigt viele Psychoanalytiker nach *Freud. Greenson* drückt das Dilemma folgendermaßen aus: »The analyst's sympathy... would mar the *anonymous mirrorlike* surface which the analyst requires... Yet if one shows no sympathy for the patient, how can one expect him to bare the most intimate, most vulnerable aspects of his mental and emotional life? ...Our task is to oscillate and blend the opposing positions: the involved empathizer, the detached sorter and understander of data, and the restrained but compassionate transmitter of insight and interpretations« (*Greenson* 1973, Hervorh. durch den Verf.). Erstaunlich ist bei der Durchsicht der Literatur über die Auseinandersetzung mit der Abstinenz des Therapeuten die Tatsache, daß der Diagnose – d.h. auch der Persönlichkeitsstruktur – des Patienten keinerlei Rechnung getragen wird. Vielmehr wurde Psychoanalyse bis vor wenigen Jahren mit der Couchanalyse des Neurotikers gleichgesetzt. Heute wissen wir, daß es sich auch bei vielen von *Freuds* klassischen »Fällen« der Psychoanalyse (wie Anna O., Emmy v.N., der Wolfsmann u.a.) nicht um Neurosen gehandelt hat, sondern um präödipale Störungen im Sinne einer nach heutigem Verständnis als Borderline- oder psychotisch bezeichneten Struktur. Es ist auch kein Zufall, daß die Forderung nach einer Änderung der klassischen Technik und nach der Revision des Abstinenzbegriffs von Therapeuten

stammt, die – wie *Ferenczi* und *Sullivan* – auch psychotische Patienten behandelten und an die Grenzen der *Freud*'schen Konzeption stießen.

Es war *Harry Stack Sullivan*, der die therapeutische Beziehung zum ersten Mal als therapeutischen Wirkungsfaktor erkannte und konzeptualisierte. Diese Beziehung ist emotional und persönlichkeitsfördernd und beruht auf einer dialektischen Gegenseitigkeit. »Psychiatrie... ist das Studium der Prozesse, die sich zwischen Menschen abspielen. Das Gebiet der Psychiatrie ist das der zwischenmenschlichen Beziehungen, und zwar unter allen und jeden Bedingungen, in welchen solche Beziehungen stattfinden« (*Sullivan* 1940). Ein solches dialektisches Modell vertritt auch *Thea Bauriedl*, die in der psychoanalytischen Familientherapie die Beziehung als Vehikel und Essenz des therapeutischen Prozesses sieht: »Deutungen sind, was in der Beziehung Bedeutung gewinnt« (*Bauriedl* 1980). Sie leitet daraus auch die Verpflichtung des Analytikers ab, seine eigenen Grenzen zu untersuchen und zu erweitern: »Wenn Psychoanalyse als Beziehungsaufnahme gesehen wird, dann kann der Psychoanalytiker nur bis zu seinen eigenen Grenzen Fachmann sein« (ebd.).

Dabei muß betont werden, daß der Begriff »therapeutische Beziehung« nicht identisch ist mit dem von mehr oder weniger strenger Abstinenz bestimmten Verhältnis zwischen Therapeut und Patient; noch läßt er sich auf den Begriff der Empathie reduzieren. Unter therapeutischer Beziehung verstehe ich die von Empathie getragene Beziehung zwischen zwei ganzen Menschen, dem Patienten und dem Therapeuten, die sich im Rahmen der therapeutischen Situation und auf der Grundlage des therapeutischen Bündnisses herstellt. Diese Beziehung umfaßt sowohl die Ebene der Übertragung als auch diejenige der Realität und gewinnt, sofern sie eine therapeutische und eine menschlich-ganzheitliche Dimension beinhaltet, eine ethische Bedeutung. Ihren tiefsten philosophischen Ausdruck findet die Beziehung als Mittelpunkt des zur Weltordnung und zum religiösen Urbegriff transzendierten Prinzips des zwischenmenschlichen Umgangs bei *Martin Buber*. *Buber* sagt: »Es gibt kein Ich an sich, sondern nur das Ich des Grundworts Ich-Du und das Ich des Grundworts Ich-Es« (*Buber* 1983); das heißt, daß das Ich a priori keine Gültigkeit besitzt, sondern es definiert sich durch die Beziehung zum anderen und zur Welt. Aus der realen Beziehung herauszutreten, das hieße analog in der therapeutischen Situation nur auf der Übertragungs-Gegenübertragungs-Ebene, welche die Kindheit reproduziert, zu bleiben. Diese ist noch keine Beziehung: »Das Ich, dem nicht ein Du gegenüber leibt... hat nur Vergangenheit, keine Gegenwart« (*Buber* 1960). Auch im therapeutischen Kontext ist die menschliche Entwicklung nur in zwischenmenschlicher Beziehung denkbar: »Der Mensch wird am Du zum Ich« (ebd.). Und die daraus ableitbare ethische Grundlage folgt: »Liebe ist Verantwortung eines Ich für ein Du« (ebd.).

In der Dynamischen Psychiatrie der Berliner Schule *Günter Ammons*, die sich zum Ziel gemacht hat, Psychiatrie, Psychoanalyse und Gruppen-

dynamik zu integrieren, spielt die partnerschaftliche therapeutische Beziehung eine Schlüsselrolle. »Der psychoanalytisch orientierte Psychiater wird zum aktiven Partner des ich-kranken Patienten im therapeutischen Milieu, das zur Lebenssituation des Patienten geworden ist« (*Ammon* 1979). Vom Therapeuten wird der Einsatz seiner Person und seiner Persönlichkeit gefordert, denn bei den präödipal (archaisch) ich-kranken Patienten wirkt die Beziehung zum Therapeuten als der Hauptfaktor der Therapie: sie erlaubt dem Kranken eine neue, zuverlässige, offene und partnerschaftliche Beziehung im Sinne der Identitätsforderung, deren Erfahrung ihm in der Kindheit fehlte oder zuwenig zuteil wurde. »Es kommt darauf an«, schreibt *Ammon*, »im Rahmen einer gelingenden therapeutischen Beziehung, durch 'ich-strukturelles Arbeiten' die schlechten oder fehlenden Erfahrungen 'wiedergutzumachen'« (ebd.). Deshalb ist »das eigentlich Psychische... der Beziehungsprozeß und der Niederschlag dieses Beziehungsprozesses ist die psychische Struktur« (ebd.). Der Therapeut muß »Lebendigkeit, Distanziertheit und Auseinandersetzung« in die therapeutische Beziehung bringen, er muß »ständigen Einsatz, ... ständiges Präsentsein in vielerlei Hinsicht, Anbieten von Identifikation und Anbieten aggressiver Auseinandersetzung« ermöglichen, d.h. »sich immer mit seiner ganzen Person dem Patienten stellen und in Beziehung zu ihm treten« (ebd.).

Der zentrale Stellenwert der menschlichen Beziehung im partnerschaftlichen therapeutischen Bündnis zwischen Therapeut und Patient ist das ethische Fundament dynamisch-psychiatrischer Behandlung. Die Fähigkeit zur Empathie und zur Partnerschaft im Einsatz für den kranken Menschen bildet u.a., neben dem fachlichen Können, die Grundlage der Ausbildung in der Dynamischen Psychiatrie (vgl. *Burbiel* 1996). Diese Einstellung dem Kranken gegenüber unterscheidet sich in ethischer Hinsicht radikal vom implizierten Bild des Patienten in der biologisch orientierten Psychiatrie, nämlich als Beobachtungsobjekt, dessen Krankheitsmanifestationen mit wissenschaftlicher, zur »Objektivität« strebender Neugier registriert, aber vom Psychiater, der das Gesunde und dessen Macht repräsentiert, scharf abgegrenzt werden.

Doch der Mensch lebt nicht nur in der Zweierbeziehung, er wird in Gruppen geboren und erlebt deren bewußte und unbewußte Dynamik sein ganzes Leben hindurch. Schon *Sullivan* hatte gesagt, daß »der Mensch die Summe seiner sozialen Beziehungen (ist)« (*Sullivan* 1940); *Foulkes* sprach von der Gruppe als Matrix, als »das hypothetische Gewebe von Kommunikation und Beziehung, ... die Basis, die letzten Endes Sinn und Bedeutung aller Ereignisse bestimmt« (*Foulkes* 1974). Es ist jedoch das Verdienst *Günter Ammons*, die Gruppe als ontologisches und therapeutisches Prinzip für die Psychotherapie beschrieben und zum zentralen Punkt seines Menschenbildes und seiner therapeutischen Konzeption gemacht zu haben. »Die Vorstellung«, schreibt *Ammon*, »daß jeder Mensch in eine Gruppe hineingeboren wird und er für seine biologische und psychische Entwicklung auf die Unterstützung der Gruppe lange Zeit direkt angewiesen

ist, gibt der Gruppe die Bedeutung einer Basis für alle psychische Entwicklung« (*Ammon* 1979). Die Gruppe stellt »das Beziehungsgeflecht und das Milieu im Sinne einer Matrix [dar], die jedem Entwicklungsprozeß vorangeht«; »die Beziehungen in der Gruppe bilden sich direkt im Psychischen ab«. Deshalb betrachtet *Ammon* die Gruppe als eine »Lebenseinheit, die eine soziale und psychologische Realität darstellt« (*Ammon* 1970, 1973, 1978a, 1979). Es ist auch die Lebenseinheit, die den Menschen von Anfang an durch die Primärgruppe prägt, denn »der Patient hat die in seiner Familie erfahrenen Beziehungen, Verletzungen und Zuwendungen internalisiert. Somit bildet das Beziehungsgeflecht der Primärgruppe das strukturierende Element seiner Ich-Struktur« (*Ammon* 1979).

Die gruppendynamische therapeutische Arbeit in der Gruppe bildet daher konsequenterweise das Medium, in dem die neuen Gruppenerfahrungen therapeutisch wirken und sich strukturell niederschlagen können (*Ammon* 1978b). »Die vielfältigen und differenzierten Beziehungsmöglichkeiten einer Gruppe stellen ein narzißtisch-energetisches Reservoir dar« (ebd.). *Ammon* nennt diese Energie »Sozialenergie« und ersetzt damit den *Freud'*schen intrapsychischen Energiebegriff der Libido. Durch konstruktive Sozialenergie wirkt die Gruppe nicht nur symptomverändernd, sondern in den tiefen Strukturen der menschlichen Persönlichkeit: »Durch Aufspaltung der Übertragung, durch gleichzeitige Konfrontation und Zuwendung durch verschiedene Gruppenmitglieder stellt die Gruppentherapie eine wiedergutmachende Primärgruppe mit flexiblen Grenzen, innerer Kommunikation und Auseinandersetzung dar, die...Struktur aufbaut...bis hin zur Identitätsfindung des kranken Menschen« (ebd.). In der therapeutischen Situation kann sich der Patient in der Gruppe als Individuum erfahren, er kann lernen, eigene Gruppen, Lebensgruppen zu bilden. Die Gruppe ist die soziale Struktur, in der das Zugehörigkeitsgefühl und die Tiefe menschlicher Solidarität erfahren werden können.

Diese Auffassung der Gruppe als Quelle zwischenmenschlicher Energie, als Medium des Wachstums und der Entwicklung und letztendlich als therapeutischer Weg zur eigenen Identitätsentwicklung, impliziert die Entwicklungsfähigkeit des Menschen jenseits der Krankheits- oder Altersgrenzen, denn der Mensch kann sich jederzeit durch neue Gruppen verändern. Sie ist Teil des Menschenbildes der Dynamischen Psychiatrie. Der in ihr enthaltene therapeutische Optimismus stellt ein ethisches Prinzip dar, das jenseits der »Ich-und-Du«- Gegenseitigkeit die Grundlage bildet für das Verständnis vom Menschen als Individuum und Teil unterschiedlicher Gruppen; es bildet die Grundlage für sein Tun, für seine soziale, politische und geistige Verantwortung.

The Importance of the Therapeutic Relationship in Dynamic Psychiatry – An Historical Review

Egon Fabian (Munich)

Since its beginnings, psychoanalysis has defined itself as the therapeutic science of interpersonal processes, i.e. between the physician and his patient. Thereby, it demarcated itself from traditional psychiatry, which observed, described, diagnosed and treated the patient as a »medical case«. For psychiatry, psychiatric illness remains a mysterious phenomenon; developing as a natural science, it waits for future explanation along rational criteria of cell and organ pathology.

In a letter to *Jung, Freud* wrote: »Psychoanalysis is actually a healing through love«. On the other side, however, »the physician should remain... impervious for the analysand and show, as a mirrorlike surface, nothing else than what is being shown to him« (*Freud* 1912). His therapeutic credo, »remembering, repeating and working through« (*Freud* 1914), implies a therapist acting as a catalyst in the therapeutic process of bringing forth »unconscious material« and »suppressed emotions« of earlier relationships (*Freud* 1938), in order to render them conscious in the transferential process. *Freud* recognized the importance of the interpersonal relationship in psychoanalysis, but failed to conceptualize it as a therapeutic agent.

After *Freud,* different views prevail concerning the therapeutic relationship. Thus, *Fenichel* (1941), *Glover* (1955) and others stress the importance of strict observance of the rule of emotional abstinence by the analyst. Among *Freud*'s immediate followers, it was *Ferenczi* who grasped the therapeutic importance of the emotional process between analyst and analysand beyond the transference relationship; in his view, the analyst must adopt an approach allowing him a »constant oscillation between empathy, self-observation and judgement« (*Ferenczi* 1928). There is no healing without simpathy –, at best an insight in the genesis of the suffering« (*Ferenczi* 1932).

It was *Harry Stack Sullivan* who first recognized and conceptualized the therapeutic relationship as an efficiency factor in psychoanalysis. For him, this relationship is based on the dialectical mutuality and is instrumental in developing the personality of the analysand.

The author emphasizes that the notion of »therapeutic relationship« is not identical with that of a rapport defined by a more or less strict therapeutic abstinence; nor can it be reduced to the concept of empathy. He understands therapeutic relationship as the relationship between two whole human beings, the therapist and the patient, which is borne by empathy and develops within the therapeutic situation, based on the therapeutic alliance. Thus, therapeutic relationship includes the level of transference as well as that of the actual relationship in reality. It gains thereby a therapeutic and a humanistic-holistic, i.e. an ethical importance. Philosophically, interpersonal relationship achieves its deepest expression in the work of *Martin Buber,* as a basically religious, transcendental principle of human existence.

The Berlin School of Dynamic Psychiatry founded by *Günter Ammon* aims at integrating psychiatry, psychoanalysis and group dynamics; in its conception, the therapeutic relationship based on partnership plays a key role. The therapist is expected to commit his whole person and his personality, for in pre-oedipal (archaic ego) disease the relationship to the therapist is the main therapeutic factor. It allows the patient to experience a new, reliable, and open partner-like relationship hitherto unknown or too little known to him, which may further his identity. The therapist must convey vitality, flexible distance and aggressive coping in the therapeutic relationship.

Yet, human beings are not only living in mutual relationships of two people; they are born in groups and experience their conscious and unconscious dynamics through their whole life. *Foulkes* spoke of the group as the matrix »which gives a sense and a significance to all events« (*Foulkes* 1974). It is, however, *Ammon*'s merit to have described the group as the central ontological and therapeutic principle, making it the center of his view of man and of his therapeutic conception. For *Ammon,* the group sets »the relationship network and the milieu in the sense of a 'matrix', allowing every development process«, »the relationships in the group gain shape [as it were] in the psychic structure«. He regards therefore the group as a »living unit, which represents social and psychological reality« (*Ammon* 1970, 1973, 1978a). It is the living unit, too, which shapes a person in his primary group since the beginning, for »the patient has internalized the relationships, injuries and care experienced in his family. Thus, the network of relationships in his primary group represents the structuring element of his ego structure« (*Ammon* 1979).

Consequently, group-dynamic therapeutic work in groups represents the medium in which new group experience become efficient and may develop human structure (*Ammon* 1978b). *Ammon* speaks of »social energy« and replaces *Freud*'s notion of an intrapsychical energy, the libido. By constructive social energy, the group achieves not only a relief of symptoms, but a change in the deep structures of human personality. In the therapeutic situation the patient may experience himself as an individuum, he may learn to form his own life groups. The group is, too, the social structure in which the feeling of human solidarity can be experienced.

This conception of the group as a source of interpersonal energy, a medium of psychical growth and, finally, as a therapeutic way to the developement of one's own identity, implies a potential of development beyond the limits of age and illness, for a person can always change by the experience and energy of new groups. It forms part of the conception of man in Dynamic Psychiatry. The therapeutic optimism involved in it represents an ethical principle beyond the »I-and-You«-mutuality and forms the basis for an understanding of the human being as an individuum and a part of various groups; it represents the foundation of his actions of his social, political and spiritual responsibility.

Literatur

Ammon, G. (1970): Psychoanalyse und Gruppentherapie – Anpassung oder Emanzipation. In: Ztschr. Psychother. med. Psychol. 20/1
– (1976): Was macht eine Gruppe zur Gruppe? In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Analytische Gruppendynamik (Hamburg: Hoffmann und Campe)
– (1978a): Das Verständnis eines Entwicklungsdefizits von Ich-Strukturen in Persönlichkeit und umgebender Gruppe als Grundlage für Wissenschaft und Praxis einer Dynamischen Psychiatrie. In: Dyn. Psychiat. (11) 120–140
– (1978b): Psychoanalytische Gruppendynamik. In: Dyn. Psychiat. (11) 1–22
– (Hrsg.) (1979): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt)
- (1982): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt)
Balint, M. (1976): Der Arzt, sein Patient und die Krankheit, 4. Aufl. (Stuttgart: Ernst Klett)
Bauriedl, Th. (1980): Beziehungsanalyse (Frankfurt am Main: Suhrkamp)
Bettelheim, B. (1982). Freud and Man's Soul. Dtsch. (1986): Freud und die Seele des Menschen (München: dtv)
Buber, M. (1983): Ich und Du. 11. Auflage (Heidelberg: Lambert Schneider)
– (1986): Begegnung. 4. Auflage (Heidelberg: Lambert Schneider)
Burbiel, I. (1996): Psychoanalytische Ausbildung in der Dynamischen Psychiatrie. In: Dyn. Psychiat (29) 213–221
Fenichel, O. (1941): Problems of Psychoanalytic Technique (Albany, New York: The Psychoanalytic Quarterly)
Ferenczi, S. (1928): Die Elastizität der psychoanalytischen Technik. In: *Ferenczi, S.* (1982): Schriften zur Psychoanalyse, Bd. 2 (Frankfurt: Fischer Taschenbuch)
– (1932): Ohne Sympathie keine Heilung. Das klinische Tagebuch (Frankfurt: S. Fischer)
Foulkes; S.H. (1974): Gruppenanalytische Psychotherapie (München: Kindler)
Freud, S. (1895): Zur Psychotherapie der Hysterie. Aus: *Freud* und *Breuer* (1895): Studien über Hysterie . G.W. Bd I
– (1912): Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. G.W. Bd. VII
– (1914): Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten. G.W. Bd. X
– (1937): Konstruktionen in der Analyse. G.W. Bd. XVI
Glover, E. (1928/1955): The Technique of Psycho-Analysis (New York: International Universities Press)
Greenson, R.R. (1973): The Technique and Practice of Psychoanalysis (London: Hogarth Press)
Rattner, J. (1990): Klassiker der Tiefenpsychologie (München: Psychologie Verlags Union)
Sullivan, H.S. (1940): Conceptions of Modern Psychiatry (New York: Norton)

Anschrift des Autors:

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

Nachrichten / News

Internationales Symposium »Ethik in der Dynamischen Psychiatrie« und WPA-Seminar zu rechtlichen und ethischen Aspekten experimenteller Untersuchungen in der Medizin am 9. und 10. Mai 1998 in Berlin

Der Berliner Psychiater und Psychoanalytiker *Günter Ammon,* der Begründer der Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie, wäre am 9. Mai 80 Jahre alt geworden. Im Gedenken an ihn und sein Werk versammelten sich am 9. und 10. Mai in Berlin Ärzte, Psychiater, Psychologen und Psychoanlytiker aus Amerika, Rußland, Österreich, der Schweiz, Ungarn, Polen, Israel und Deutschland. Sie beschäftigten sich mit ethischen Problemen in Diagnostik, Behandlung und Forschung in der Dynamischen Psychiatrie und diskutierten in einem zusammen mit der World Psychiatric Association (WPA) durchgeführten Seminar rechtliche und ethische Aspekte experimenteller Untersuchungen in der Medizin.

Veranstaltet wurde sowohl das Symposium als auch das Seminar von der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) unter ihrer Präsidentin, Frau Dipl. Psych. *Maria Ammon,* und dem Berliner Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik. Das im Anschluß stattfindende Seminar von Prof. Judge *Ammon Carmi* (Haifa), dem Leiter der WPA-Sektion für Psychiatrie, Recht und Ethik, stand unter der Chairmanship des Präsidenten der WPA, Prof. *Norman Sartorius* (Genf).

In der Begrüßungsansprache hob die Gastgeberin, Frau Dipl. Psych. *Maria Ammon,* das ethische Denken in *Ammons* Therapiekonzeption und Menschenbild hervor, betonte den großen Verlust, den der Tod *Günter Ammons* gerissen hat, und wies daraufhin, wie sehr sich *Ammon* immer als Mensch, als Psychiater und als Psychoanalytiker für ethische Werte eingesetzt hat. Sie begrüßte alle mit *Ammon* verbundenen Wissenschaftler – darunter auch Professor *Costa e Silva,* Direktor der Abteilung für seelische Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation WHO in Genf – sehr herzlich und gab mit großer Freude die Affilierung der World Association for Dynamic Psychiatry (WADP) mit der World Psychiatric Association (WPA) bekannt.

Die Festrede von Frau Dipl.-Psych. Dr. phil. *Ilse Burbiel* würdigte Professor *Ammon* als einen zutiefst ehtischen Menschen, der bereits in jungen Jahren im Widerstand gegen den Nationalsozialismus aktiv war, sich lebenslang für die Rechte psychisch Kranker eingesetzt und noch in den Zeiten des Kalten Krieges internationale Kontakte jenseits des Eisernen Vorhangs aufgebaut hat und mit Forschern in der ganzen Welt in wissenschaftlichem Austausch stand. Dr. *Burbiel* betonte, daß sich *Ammon* in seinem Denken und Tun, in Theorie und Therapie immer selbst als ganzer Mensch zur Verfügung stellte, seine ethische Grundhaltung und Orientierung

an Prinzipien der Menschlichkeit sich wie ein roter Faden durch sein Leben zog und er damit einen ethischen Maßstab auch für seine Mitarbeiter und Schüler gesetzt hat. Sie charakterisierte die verschiedenen Schaffensphasen seines Lebens unter dem Aspekt des unermüdlichen Bemühens, die von *Freud* begründete Wissenschaft der Psychoanalyse als lebendige Wissenschaft weiterzuentwickeln: Die Loslösung von der *Freud*schen Theorie des Aggressionstriebes habe zu einer entscheidenden gruppendynamischen Neuformulierung geführt, aus der schließlich das Humanstrukturmodell und damit die Humanstrukturologie als bedeutsame Weiterentwicklung entstanden ist.

Der Wiener Psychoanalytiker *Ernst Federn* wies in seinem Festvortrag zur Geschichte und Entwicklung der Psychoanalyse auf die besonderen Verdienste von *Ammon* um die Weiterentwicklung der Psychoanalyse, besonders in der Behandlungsmethodik der Borderline-Erkrankung, hin. Ausgehend von *Freuds* Vorstellungen zur Ethik führte er aus, wie Psychoanalyse und Ethik zutiefst verbunden sind und sein müssen. Nicht jeder Mensch könne, wie es *Freud* formulierte, von sich sagen: »Das Moralische versteht sich von selbst«. In der psychoanalytischen Arbeit mit dem Unbewußten, mit Übertragung und Widerstand sei deshalb immer ein gesellschaftlicher und ethischer Bezug notwendig. Auch die Beziehung zwischen Analytiker und Patient müsse trotz notwendiger Abstinenz in einem moralischen Sinne auf einer guten, freundlichen und echten menschlichen Basis stehen. Die Ethik bezeichnete er als die Philosophie der Psychoanalyse.

Die Reihe der Hauptvorträge des Symposiums wurde eröffnet von Frau Dipl.-Psych. *Maria Ammon* mit einem Grundsatzreferat zur Dimension der Ethik als Grundprinzip in *Ammons* humanistischem Welt- und Menschenbild. Sie betonte, daß ethische Werte die Basis eines humanistischen Lebensstils in *Ammons* Sinne bilden. Als Hauptprinzipien seiner Ethik arbeitete sie das Menschenbild mit den Konzepten der Mehrdimensionalität und Ganzheitlichkeit, der Einheit von Körper, Seele und Geist und des individuellen Bedürfnisses nach Identität und Selbstverwirklichung heraus und hob die Bedeutung von Werten und Aufgaben in Familie und Therapie hervor. Weitere ethische Prinzipien liegen im Verständnis der konstruktiven Aggression und der Positiv-Definition des Unbewußten mit seinem konstruktiven Potential, der Gesundheits-Diagnostik, d.h. der Berücksichtigung der gesunden Fähigkeiten und Möglichkeiten des Patienten von Beginn der Therapie an. Sie betonte die Notwendigkeit der Aufhebung des Denkens in Kategorien und Symptomen und der Befreiung des Menschen hin zu einer Mehrdimensionalität. An die Stelle der Kategorie »Krankheit« tritt die Dysregulation der Homöostase von Körper, Geist und Seele. Der Mensch ist »voll verantwortlich für sein Tun bis hin zu seinem Unbewußten, seinen Phantasien und Träumen«. Der Verhinderung und der Therapie der Destruktion wird großer Stellenwert eingeräumt, wobei die konstruktive Aggression als genuin schuldfreie posi-tive Kraft mit entsprechenden Implikationen für das Menschenbild der Dynamischen

Psychiatrie betrachtet wird. Pathologische Schuldgefühle sind Ausdruck von arretierter, destruktiver Aggression, die gegen die eigene Identität gerichtet wird und Ergebnis einer entwicklungsarretierten Gruppendynamik ist. *Ammon* wertet die Fähigkeit, Schuld zu erleben, als menschlich wertvoll. Bei der Borderline-Erkrankung etwa konnte sich kein Gefühl von bewußter Schuld entwickeln, *Ammon* spricht hier von einem »ethischen Loch« in der Identität, von einer Pathologie des Gewissens und sagt: »Nichts kann die Ethik als Richtlinie für Mensch, Kultur und Gesellschaft ersetzen«.

Eine große Zahl international renommierter Wissenschaftler aus Psychiatrie und Psychotherapie referierten aus ihren jeweiligen Arbeitsbereichen, wie etwa Professor *Kabanow* (St. Petersburg), der Präsident der World Association for Dynamic Psychiatry (WADP), über den Einfluß von *Ammons* Dynamischer Psychiatrie auf die Psychiatrie in Rußland, und Professor *Rita Rogers* (Los Angeles) über die Beziehung zwischen Psychiater und Patient: Die Wünsche und Bedürfnisse des Psychiaters müssen nicht immer unbedingt denen des Patienten entsprechen – letzterer muß jedoch Orientierungspunkt für alles ärztliche Handeln sein. Professor *Costa e Silva,* Direktor der Abteilung für seelische Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation WHO in Genf, wies auf die interkulturellen Aspekte ethischen ärztlichen Handelns hin. Er betonte die dringende Notwendigkeit der Verbesserung von Lebens- und Behandlungsbedingungen weltweit. Professor *Robert Cancro* (New York) zeigte anhand empirischer Untersuchungen die therapeutische Wirksamkeit forensisch-psychiatrischer Zwangsbehandlung auf, auch wenn sie auf unfreiwilliger Basis erfolgt ist. Professor *Juan Mezzich* (New York), der General-Sekretär der WPA, verwies auf die unscharfen Trennungslinien zwischen Diagnostiker, Forscher und Psychotherapeut und die damit verbundenen ethischen Verpflichtungen auch für den Diagnostiker und Forscher. Dipl-Psych. Dr. *Ilse Burbiel* (München) postulierte, daß Ethik in den Humanwissenschaften damit beginnen muß, daß diese ihr Menschenbild offenlegen muß, daß Wissenschaft dem Menschen dienen und als offenes System immer wieder an der Praxis und den Bedürfnissen der Menschen überprüft werden muß. Sie stellte klar, daß das Wertefreiheitspostulat der Naturwissenschaften nicht für den Menschen gelten kann: »Das Menschenbild, das wir an unseren Patienten herantragen, kann nicht wertfrei sein.« Psychotherapie diene vielmehr dem Ziel, den Freiheitsspielraum des seelisch kranken Menschen kontinuierlich zu erweitern.

Professor *Shmouel Tyano* (Tel Aviv) plädierte für eine veränderte Einstellung auch in der Kinder- und Jugendlichentherapie. Auch Kindern und Jugendlichen sollten seiner Ansicht nach mehr Rechte zugesprochen werden. Einen großen Stellenwert nahmen auch die Beiträge zu den ethischen Implikationen der von *Ammon* entwickelten analytischen Milieutherapie ein. Ebenso befaßte sich eine Reihe von Beiträgen mit der Erweiterung des therapeutischen Spektrums aus den nonverbalen Bereichen (Tanz- und Theatertherapie), womit Patienten therapeutisch erreicht werden können,

denen mit anderen Mitteln kaum geholfen werden kann. Auch das philosophische Prinzip der grundsätzlichen Selbstbejahung des Patienten und der Verantwortung für sich selbst wurde vorgetragen, auch mit der Einschränkung notwendiger Grenzsetzungen und Abgrenzung von Destruktion.

Einig waren sich die Wissenschaftler darin, daß Psychotherapie, Forschung und Wissenschaft einer grundsätzlichen ethischen Basis bedürfen, um dem leidenden Menschen wirklich helfen zu können.

Am Sonntag, den 10. Mai 1998 fand unter der Chairmanship von Professor *Norman Sartorius,* Präsident der Weltgesellschaft für Psychiatrie (WPA), das Seminar von Professor Judge *Amnon Carmi,* Präsident der Weltgesellschaft für Medizin und Recht, zu rechtlichen und ethischen Aspekten experimenteller Untersuchungen in der Medizin statt. Die Seminarteilnehmer, darunter auch Überlebende des Holocaust, setzten sich mit einem der dunkelsten Kapitel der deutschen Geschichte auseinander und gaben der Veranstaltung eine geschichtliche Dimension mit Aufruf-Charakter. Der umfassende, berührende und teilweise auch bewußt persönlich formulierte Eröffnungsvortrag von Prof. *Carmi,* der seinen durch den Holocaust getöteten Familienmitgliedern gewidmet war, beleuchtete die Rolle der Ärzte im Dritten Reich und diskutierte die Bedeutung von Forschung generell und die damit verbundene Verantwortung. *Carmi* vermittelte die dringliche Notwendigkeit ethischer und moralischer Erziehung und Ausbildung der Ärzteschaft. Der Niedergang aller Ethik und Moral in Nazideutschland war die Voraussetzung dafür, daß Ärzte sich zu den grauenhaften Menschenexperimenten hergaben. Die Gefahr der Wiederholung des Holocaust kann nur gebannt werden, wenn die Ethik des ärztlichen Handelns ein zentrales Anliegen in der Ausbildung wird – eine Forderung, die bis heute nicht erfüllt ist. Daß gerade in Deutschland das gesamte ethische Denken zusammenbrach, brachte er mit fehlender und schlechter Ausbildung und Erziehung in Zusammenhang. *Carmi* warnte auch vor der Technisierung der Medizin und der dadurch bedingten Entfremdung in der Arzt-Patient-Beziehung.

Professor *Rita Rogers* (Los Angeles) kritisierte die Veränderungen in der medizinischen Praxis in den USA – der Therapeut sei mehr und mehr dem Problem ausgesetzt, daß sein Handlungsspielraum durch immer restriktivere bürokratische Maßregelungen begrenzt werde, was sich zu einem ethischen Problem entwickle.

In den weiteren Beiträgen (Prof. *Juan Mezzich,* New York, Dr. *Rolf Schmidts,* München, Prof. *Shmouel Tyano,* Tel Aviv) standen vor allem Fragen der Menschenwürde im Zusammenhang mit Diagnostik und wissenschaftlicher Forschung, die Bedeutung einer ganzheitlichen Betrachtungsweise des Menschen in ihren ethischen Implikationen für Psychiatrie und Psychotherapie, die umfassende Information des Patienten über geplante Vorhaben und das Vertrauen in die gesunden Kräfte des Patienten im Vordergrund.

Im zweiten Teil des Seminiars referierten Dr. *Eugen Wolpert* (Darmstadt) über die Nürnberger Ärzteprozesse von 1947 und ihre Konsequenzen für die gegenwärtige bioethische Diskussion, Prof. *Modest Kabanow* (St.

Petersburg) über ethische und juristische Probleme in der sowjetischen und russischen Psychiatrie. *Klara Nowak* (Detmold), die Gründerin des Bundes der »Euthanasie«-Geschädigten und Zwangssterilisierten, berichtete als Überlebende der nationalsozialistischen Psychiatrie in erschütternder Weise von den grauenhaften und menschenverachtenden medizinischen Experimenten des Nazi-Regimes an Erwachsenen und Kindern, vor allem den Menschenexperimenten des Prof. *Carl Schneider.* Noch heute existiert »menschliches Material«, medizinische Objekte und Präparate der damaligen Zeit. Nur eine würdevolle Beisetzung noch vorhandener menschlicher Organe könne hier einen Schlußstrich ziehen. Prof. *Schuller* (Berlin) warf das ethische Dilemma der ärztlichen Entscheidung für neue Medikamente auf: Ab wann und in welchem Stadium der Erprobung können diese an Patienten herangetragen werden – sind die behandelnden Ärzte mit diesen Entscheidungen nicht überfordert?

Frau Dipl.-Psych. *Maria Ammon* verwies in ihrem Abschlußbeitrag zu den ethischen Aspekten der psychotherapeutischen Behandlung darauf, daß der Therapeut dem Patienten nur helfen kann, wenn er sich für ihn als Menschen interessiert, neugierig auf seine Entwicklungsmöglichkeiten ist und an seine Veränderbarkeit glaubt. Gerade angesichts der deutschen Holocaust-Geschichte müssen die Würde des Menschen, seine Freiheitsrechte und sein Recht auf Entwicklung und Identität das ärztliche und therapeutische Handeln bestimmen. Inhumanität in Psychiatrie und Medizin dürfen nie wieder Platz greifen. Der Patient darf nicht reduktionistisch als »Fall«, »Nummer« oder Träger eines Symptoms definiert werden, vielmehr geht es darum, ihn aus seiner Eindimensionalität hin zu seinen Entwicklungsmöglichkeiten zu befreien. Dynamische Psychiatrie versteht sich als Identitätstherapie, wo es um nachholende Ich-Entwicklung, Wiedergutmachung und Strukturaufbau geht und dem Patienten die Möglichkeit gegeben werden muß, sein Leben im eigenen Recht und in erfahrungsfähigen Gruppen zu bestimmen. Gerade bei der Borderline-Psychotherapie ist dies im Sinne der nachholenden Charakterbildung eine Notwendigkeit. Dies gilt besonders unter Berücksichtigung der Bedeutung der Lebenszeit des Patienten mit dem sozialenergetischen Verständnis von gelebter und erfüllter Lebenszeit im Unterschied zu toter und ungelebter Zeit. Statt Anpassung und Weganalysieren von Bedürfnissen muß dem Menschen geholfen werden, seine Wünsche und Bedürfnisse zu verstehen und sich zu erfüllen. Der Arzt und Therapeut trägt aufgrund seiner ethischen Verpflichtung, dem Patienten zu dienen und Schaden von ihm abzuwenden, die persönliche Verantwortung für sein Tun. Die Persönlichkeit des Therapeuten, seine Emotionalität, sein menschliches Selbstverständnis, sein Menschenbild und seine eigene Entwicklungsfähigkeit innerhalb eines sozialenergetisch-gruppendynamischen Behandlungsfeldes wird zu einem wichtigen Therapeutikum. Grundvoraussetzungen sind die Verläßlichkeit, das Verantwortungs- und Fürsorgegefühl und die menschliche Güte des behandelnden Therapeuten und Analytikers. Er muß dem Patienten auch Identifikationsmöglichkeiten für seine Entwicklung anbieten, d.h. er muß

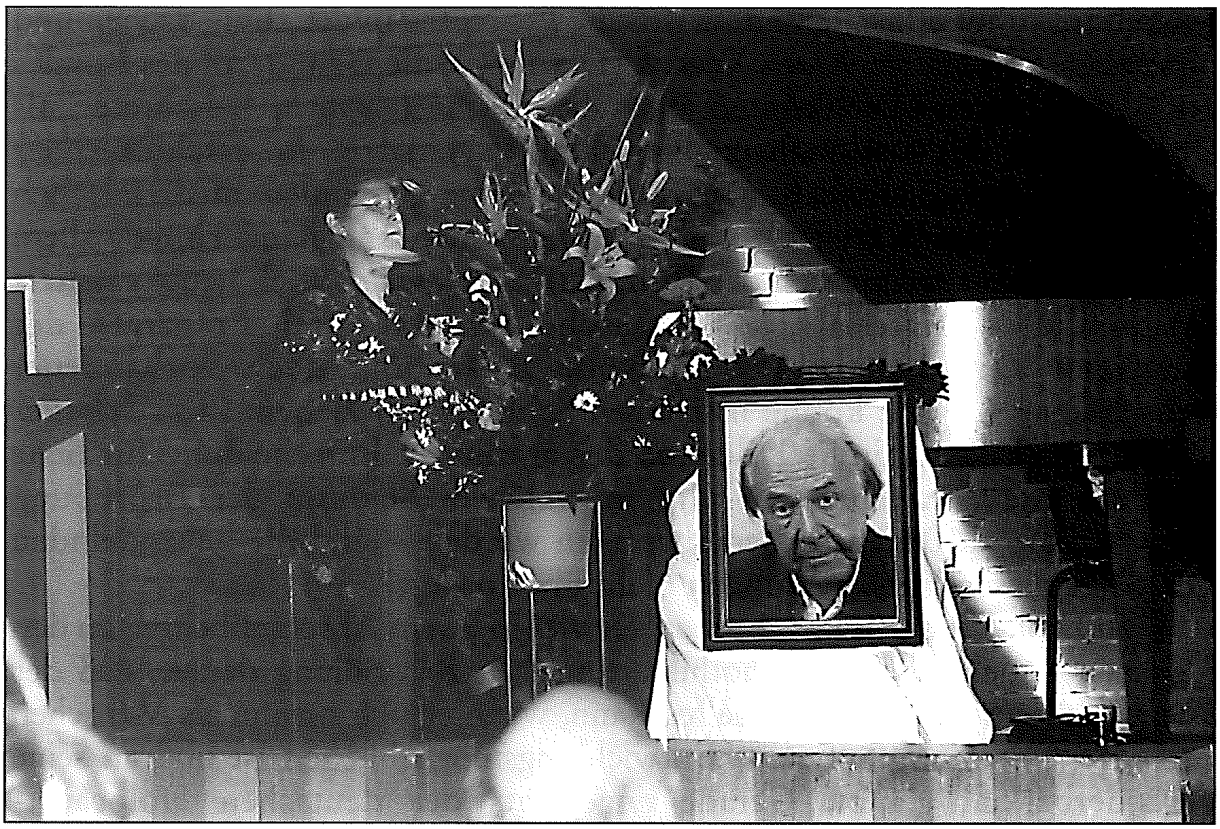


Abb. 1: Beim Internationalen Symposium »Ethik in der Dynamischen Psychiatrie« im Gedenken des 80. Geburtstages von Prof. Dr. med. Günter Ammon spielt die Pianistin Franziska von Wendland

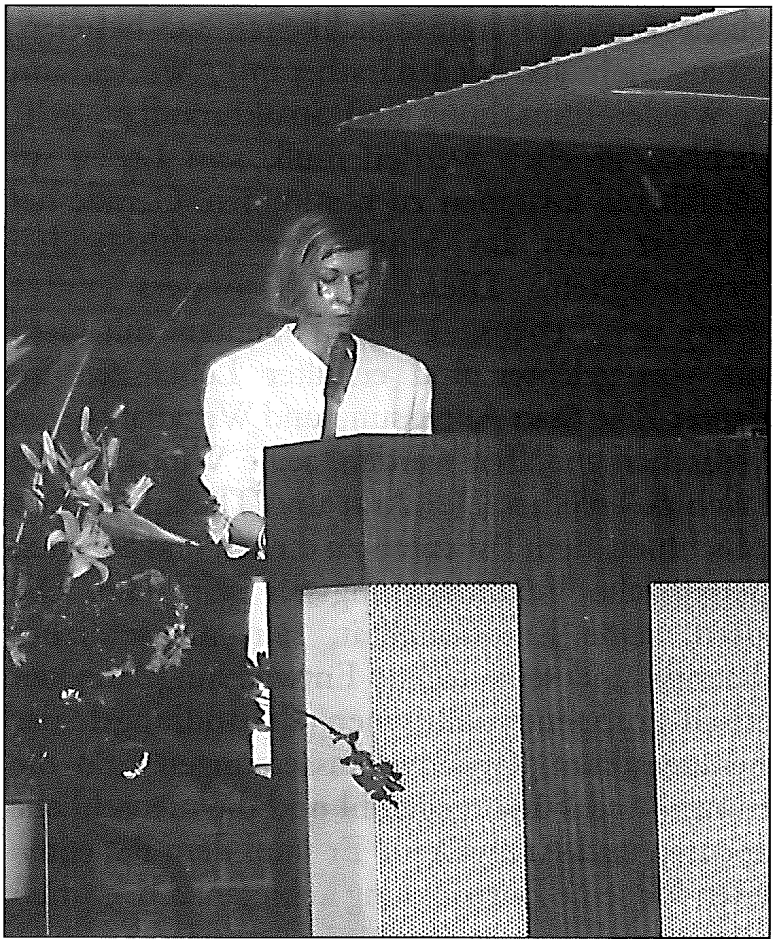


Abb. 2:
Die Präsidentin der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP),
Frau Dipl.-Psych. Maria Ammon (Berlin/München),
bei der Eröffnung des Symposiums



Abb. 3: Prof. Dr. med. Modest M. Kabanow (St. Petersburg), Präsident der World Association for Dynamic Psychiatry WADP und Direktor des W.M. Bechterew-Instituts, zusammen mit einer Dolmetscherin

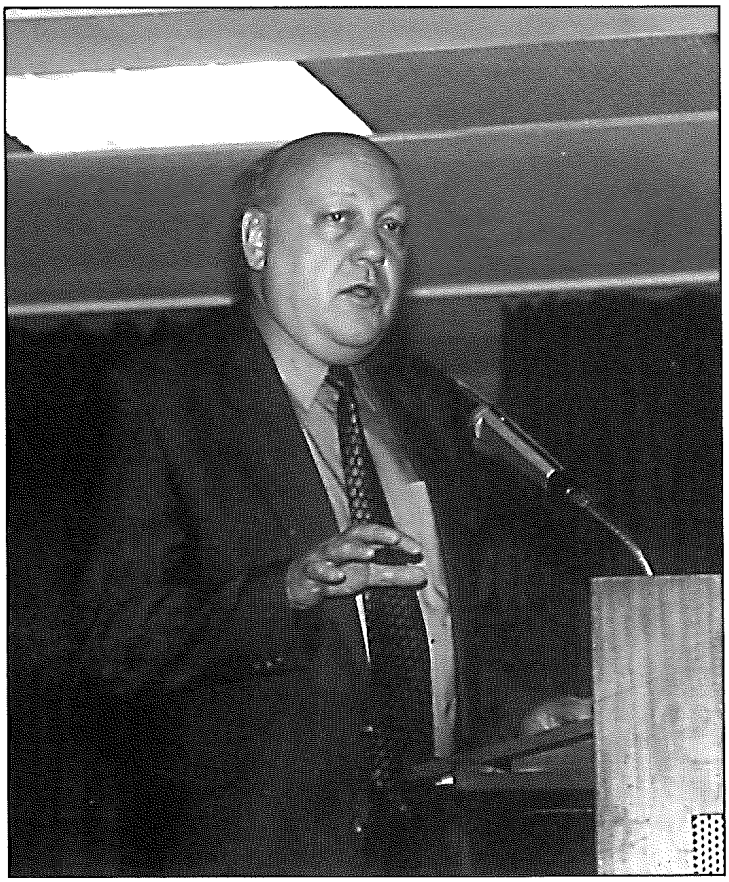


Abb. 4:
Dr. med. Bela Buda (Budapest), Vize-Präsident der WADP und Chairman ihres ungarischen Zweiges

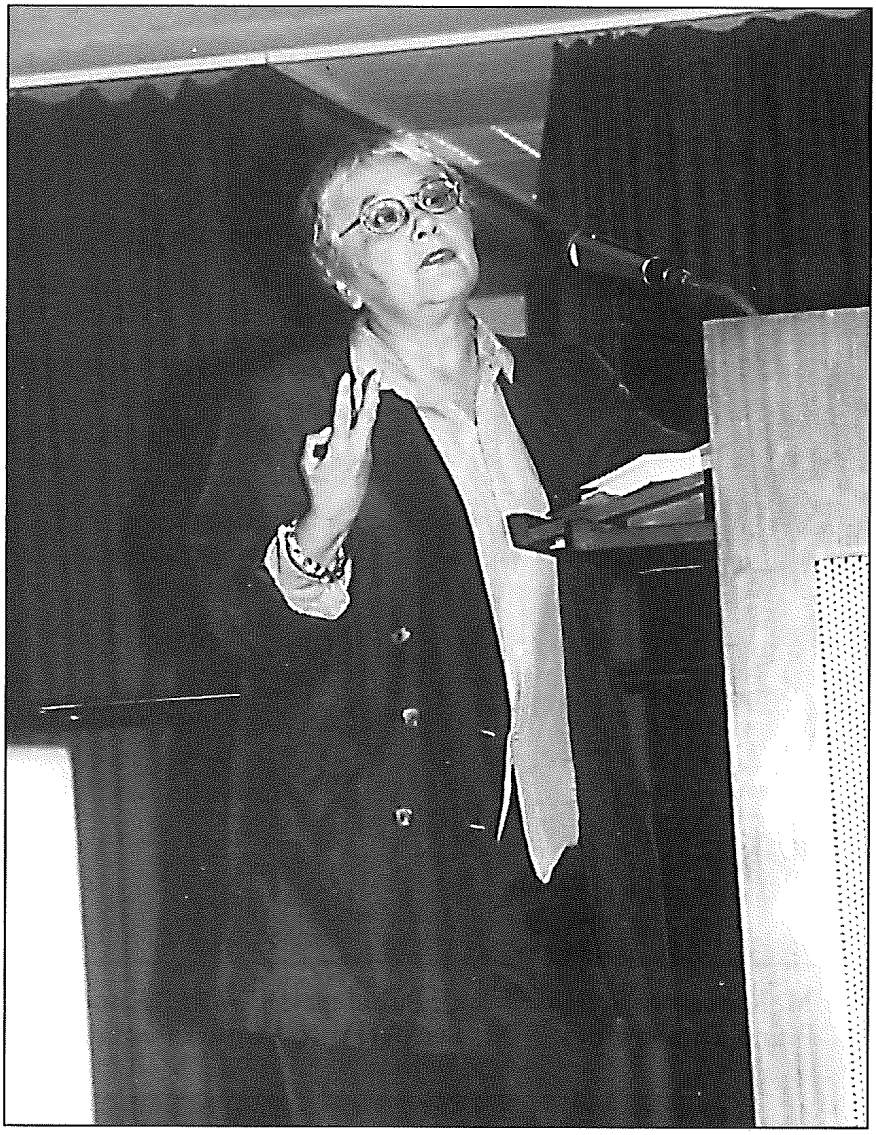


Abb. 5:
Frau Prof. Dr. med. Maria Orwid (Krakau). Chairwoman des polnischen Zweiges der WADP und Leiterin der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Universität Krakau



Abb. 6:
Blick in das Auditorium

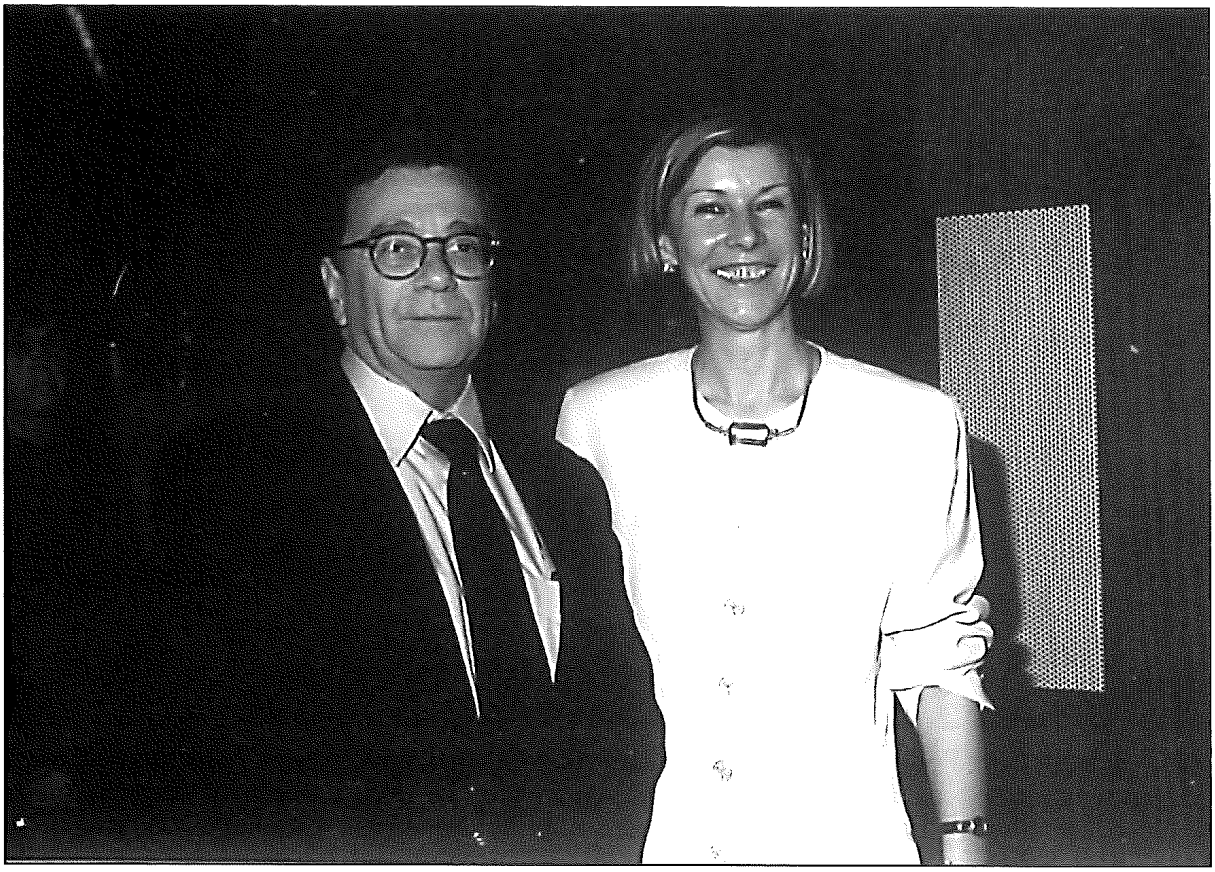


Abb. 7: Prof. Dr. med. Juan Costa e Silva (Genf), Direktor der Mental Health Division der Weltgesundheitsorganisation WHO und ehemaliger Präsident der Weltgesellschaft für Psychiatrie WPA, mit Frau Dipl.-Psych. M.Ammon

Abb. 8: Prof. Dr. med. Robert Cancro (New York), Vize-Präsident der WADP und Direktor des Nathan S. Kline-Instituts, zusammen mit Frau Dipl.-Psych. Dr. phil. Ilse Burbiel (München), Chairwoman des deutschen Zweiges der WADP, und Prof Costa e Silva





Abb. 9: Auf dem Podium des WPA-Seminars über »Legal und Ethical Aspects of Medical Experimentation« v.l.n.r. Prof. Dr. med Shmouel Tyano (Tel Aviv), Präsident der israelischen Pschiatriegesellschaft und Leiter des nationalen Rats für psychische Gesundheit in Israel, Dr. med. Rolf Schmidts (München), Vize-Präsident der WADP und Chefarzt der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige, Prof. Dr. med. Juan Mezzich (New York), Generalsekretär der WPA, Prof. Dr. med. Rita Rogers (Los Angeles), Klinische Professorin für Psychiatrie an der Universität von Kalifornien, Prof. Amnon Carmi (Haifa), Präsident der Gesellschaft für Medizin und Recht, Prof. Dr. med. Norman Sartorius (Genf), Präsident der WPA

Abb. 10: v.l.n.r. Prof. Mezzich, Prof. Tyano, Prof. Cancro, Prof. Sartorius





Abb. 11: v.l.n.r. Prof. Ernst Federn (Wien), Ehrenmitglied der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung, Frau Dipl.-Psych. M. Ammon, Prof. Dr. med. Marius Erdreich (Haifa), Chairman des israelischen Zweiges der WADP, Prof. Rogers

Abb. 12: Referenten und Teilnehmer des Symposiums



eine eigene Identität besitzen mit einem eigenen kreativen Lebensstil, mit eigenen Interessen und Beziehungen, er muß Vorbild sein und ethische Werte und Sinnhaftigkeit im Leben vermitteln können.

In der abschließenden Diskussion forderte Prof. *Carmi* die Auszubildenden und Praktiker zu mehr eigener Verantwortungsübernahme und ethischer Haltung auf, Prof. *Tyano* warnte vor der Identifikation mit dem jeweiligen gesellschaftlichen System, vor dem weithin üblichen Mißbrauch psychiatrischer Terminologie, die den ganzen Menschen stigmatisiert und nicht – wie in der Organmedizin – eine umschriebene Krankheit benennt.

Die Wissenschaftler waren sich darin einig, daß eine Wiederholung der Ungeheuerlichkeiten des Dritten Reiches nicht durch Verdrängung und Verleugnung verhindert werden kann, sondern nur dadurch, daß das Thema immer wieder reflektiert und erneut unter Gegenwartsaspekten beleuchtet wird. Auch die Auswahl der Studenten hat stärker unter ethischen Gesichtspunkten zu erfolgen, in die Lehrpläne in den Humanbereichen müsssen ethische Grundsätze dringlich aufgenommen werden. Dies wurde insbesondere von Prof. *Sartorius* als Präsident der Weltgesellschaft für Psychiatrie mit ihren 170 Mitgliedsländern betont, von Prof. *Carmi* von seiten der Weltgesellschaft für Medizin und Recht sowie den Vertretern der Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie und der Präsidentin der Deutschen Akademie für Psychoanalyse, Frau Dipl.-Psych. *Maria Ammon.*

Alle Wissenschaftler, die *Günter Ammon* zu seinen Lebzeiten nicht nur wissenschaftlich, sondern auch menschlich verbunden waren, waren sich darin einig, daß die Thematik dem vor drei Jahren verstorbenen Pionier der Psychiatrie in Deutschland in besonderem Maße gerecht geworden ist: *Ammon* wurde geehrt als eine große wissenschaftliche Persönlichkeit, die das Denken und die Behandlungsmethodik in Psychiatrie und Psychoanalyse wesentlich weiterentwickelt hat, geehrt als ein zutiefst ethischer Mensch, dem der Wert der Menschlichkeit immer ein großes Anliegen war.

Prof. *Sartorius* (Genf) wies abschließend auf die wichtige Unterscheidung von Handeln und Experimentieren und die daraus erwachsenden Verantwortungskonsequenzen, auch z.B. für die Entwicklung in der Dritten Welt, hin und warf die Frage auf, wie ethisch es sei, Entwicklungen voranzutreiben, ohne zu wissen, was aus diesen Entwicklungen werden könne.

Er kündigte über diese und weitere Fragen ein Seminar für den kommenden Weltkongreß über Dynamische Psychiatrie im März 1999 in Berlin an. Ebenso bot Prof. *Federn* ein Seminar über Milieutherapie an sowie Prof. *Carmi* eine Arbeitsgruppe zur Ausarbeitung ethischer Grundsätze für die Ausbildung.

Der kommende 12. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry (WADP)/XXV. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) wird vom 17. bis 21. März 1999 an der Humboldt-Universität Berlin unter dem Thema »Schizophrenie und Borderline-Erkrankung« stattfinden.

Gerhard Wolfrum (München)

Ceremonial Speech of Dr. Ilse Burbiel, Chair of the German Branch of WADP

Dear Maria Ammon, ladies and gentlemen,
dear guests and friends, dear colleagues,

if *Günter Ammon* could be with us today, he would have been very happy, that so many good friends from home and abroad are meeting here in Berlin, his beloved home town, meeting in a forum of spiritual and human sharing in order to celebrate his 80th birthday. It is so sad not to have him in our midst. To honour him and his life's work in the form of a symposium on »Ethics in Dynamic Psychiatry«, is for all of us who loved and admired him, a matter of heart.

Günter Ammon was a deeply ethical human being, possessing many spiritual values. His understanding of himself and the world contained the importance of humanity, the responsibility for oneself and others, openess and transparency, equality and mutual trust, readiness to offer services to higher goals, honesty, liberty and independence, to mention only the most important of his spiritual values.

This ethical view was the central thread in his thinking, feeling, behaviour and his theories. It is in his science an equal principle in terms of theory of science and epistemology, standing besides the other pillars of his theories and research, that is the group, identity and view of mankind. *Ammon* has dialectically established a link between the realistic and utopian thinking and developed this into an utopia which could be realized. *Ammon* had always been guided by ideals of the possibility of a peaceful living together of all mankind in this world in the future, a world, in which dualisms such as good and evil, friend and foe, healthy and sick could be savely secured.

Already in his younger years *Ammon* had been active as a liberal thinker in the resistance movement against fascism. He supported the human rights issues, especially for the mentally ill, and stood for peace on our earth. His international scientific contacts made him an ambassador of humanism and of holistic thinking, beyond national boundaries and interests. Internationally, *Ammon* is considered one of the most important psychoanalysts who has further developed *Freud*'s psychoanalysis in our time. He integrated psychoanalysis, psychiatry, psychosomatics and group dynamics into his newly established human structurology.

With *Günter Ammon* we not only lost an outstanding doctor, psychiatrist, psychoanalyst, scientist and researcher, but also a human being and teacher, who supported with optimism a humanization of science and treatment and the development of human potentials until his death, persistently committing his energies into his work. *Ammon* dedicated his life to the severely disturbed people, to human beings who are stigmatized and given up by our society. His efforts were to understand the nature of these people, to reach them in their miseries, hopes, fears and loneliness. He tried to end

their separation from other human beings and to enable them to develop their own identity. He understood development as a consecutive process, lasting from birth to death.

Günter Ammon was born on May 9, 1918 in Berlin. After he had completed his degree in medicine and studies in psychology, philosophy, anthropology and archaeology in Berlin, Greifswald and Heidelberg, he worked in blood transfusion research. From 1950 to 1952 he studied Autogenic Training with Prof. *I.H. Schulz,* supsequently until 1956 he finished his psychoanalytical *Freud*ian training at the Berlin Psychoanalytic Institute of the Deutsche Psychoanalytische Vereingung (DPV) with *Carl Müller-Braunschweig* as his analyst. His interest in reasearch and treatment of schizophrenia led him to the Menninger Foundation in Topeka/USA in 1956. In cooperation with *Karl* and *William Menninger* he developed particularly group therapy and milieu therapy for the treatment of psychotically ill patients. Furthermore he supervised group dynamic training groups at the Menninger School of Psychiatry and was consultant for the psychiatric State hospitals in Kansas for many years. During this time he finished his second training analysis at the Topeka Psychoanalytic Institute with *Ishaak Ramzy,* a student of *Anna Freud.*

After his return to the Federal Republic of Germany in 1965, he founded the first psychoanalytical training institute in 1968, the Berliner Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik, as well as the Deutsche Gruppenpsychotherapeutische Gesellschaft (DGG) and the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) in 1969, of which he was president for many years. In the inaugural speech he said among other things »I call on you to develop with us the science of psychoanalysis established by *Freud* as a living science.« *Ammon* succeeded in this. He kept alive the science of Dynamic Psychiatry, further developed by himself, later called human structurology. To achieve this he followed his scientific intuition, his courage, which helped him to dissolve restraints and his liveliness. *Ammon* always had his goals in mind and transfered them into persistent creative power, being convinced of the necessity of his work. It is astonishing how consequently and with an inner logical consistency *Ammon's* basic concepts of his school emerged by and by, not in a »linear development« but in a »continuous oscillation between theory and reality« on different new steps of integration (*Aicher, Berger* 1988).

It takes courage to develop ones own creativity and identity in order to shake old outer and inner structures of thinking and to establish new structures. *Ammon* never made it easy for himself, always asking, hesitating, discussing with friends and colleagues, dismissing concepts and later reviving them again. All the time *Ammon* remained true to the basics of psychoanalysis, his scientific origin. He maintained the central concepts of *Freud,* e.g. transference and countertransference, resistance and the unsconscious mind. These concepts however had to be filled gradually with new content for the treatment of those patients with identity disorders who did not fit into *Freud's* theory.

The first fundamental detachment of *Freud*'s theory of aggression, which *Freud* considered as drive, was *Ammon*'s new formulation of the aggression concept. He assumed a primarily constructive aggression in man, which develops during one's lifetime by specific group dynamics into that power which is usually understood as aggression in the sense of a destroying force. This development corresponded to *Ammon*'s positive view of man and was coherent with his belief in man's capacity for development.

This interpersonal moment of aggression in *Ammon*'s view stood for something else. It meant that the path was paved not only for the integration of group dynamic thinking as a central part of theory for human development, but also for an understanding of healthy and disturbed personality, as it occured in the second phase of the development of the theory through the introduction of the human-structure-model in 1976. The human-structure-model originated from the necessity to understand borderline patients with their variety of phenomena and symptoms in its depth and to recognize the psychopathological syndrome which they suffer from as an independent consistent disorder. This meant a final renunciation of *Freud*'s layer model and simultaniously enabled the integration of group dynamics and personality structure. This development proved to be so important that finally *Ammon*'s »human structurology« was born. Human structurology therefore introduced the final break with the drive concept at the congress in Munich in 1977.

The third phase of theory developement reached its peak from 1976 to 1982 which can be described as a time of a new awakening in concentrated spiritual and therapeutic developments. Under the influence of Soviet and American brain research *Ammon* extended the concept of the unconscious not only as the place for group-dynamic, social energetic introjected experiences but also as a place of human potential, future and identity. This integration had consequences for the methodology of treatment, as discussed in public at the DAP-congresses from 1980 to 1983.

It was the heyday of institutional development. In 1979 the Dynamic Psychiatric Hospital Menterschwaige was opened in Munich. The hospital was the milieu-therapeutic field, in which *Ammon* practiced and developed his multidimensional treatment conception. He dedicated a large part of his life-time to the hospital. Until shortly before his death he worked there in the therpeutic, counselling and teaching field. He did not want to loose close contact to the suffering, who provided him with an understanding of their souls by offering him their trust, therefore stimulating further developments of his theory. Words are not sufficient to describe the knowledge, intuition and know-how *Ammon* showed in his contact to his patients. He was a master in easily establishing close contact, his presence was often sufficient to calm down shaken minds and souls. Furthermore he took a holistic view of man, who looses touch with his identity when his relations to his inner and outer world are broken off or disturbed, a view of disease which is still not readily accepted in medical thinking. But he was not only the teacher of his patients. He taught us, his students and

colleagues, not to judge, not to condemn and to respect the whole person in the suffering patient, hiding behind the disease.

The congress on »Psychotherapy of Schizophrenia« in 1980 was planned by *Ammon* in connection with the opening of the clinic. It was not by chance, that scientists from abroad, friends, who had met on International Symposia of the DAP for many years, now demanded an institutional frame for a transcultural and transsocial Dynamic Psychiatry and subsequently established the World Association for Dynamic Psychiatry WADP. *Ammon* was elected as their president at the congress of 1982.

Instead of a further institutionalization there was a new creative opening in *Ammon's* work. This time can also be considered as the fourth phase of *Ammon's* scientific developement. After the most important dynamic-psychiatric basic concepts and their transition into prevention and therapy had been created, *Ammon* devoted his time to the general human dimensions in the framework of his holistic view of man, as for example the dimensions of work and being active, time and experience of time, dance, dream, religion, peace and agression and androgynity of man. He was interested in a practical philosophy as an attitude of life, in a liberation of man from social restrictions, emphasizing at the same time ethical values.

During this vibrant development occured a new integration of the multi-dimensional and spectral principle into the understanding of the process of disease of schizophrenia and psychosomatics, borderline-syndrome and psychosis, of »neuroses and schizophrenia«. Psychoanalysis and psychiatry were closely united by the integrative principle of human personality development in social-energetic fields.

As founder and publisher of the »Zeitschrift für Dynamische Psychiatrie/Dynamic Psychiatry« which by now is published in its 30th volume, *Günter Ammon* persistently worked on the spreading and scientific exchange in the field of humanistic psychiatry and psychoanalysis. This periodical became a forum of interdisciplinary exchange between different schools, scientific directions and cultures. In his love for spiritual work, also demonstrated in hundred of publications, he was our model.

Ammon understood himself as servant of the group and has dedicated himself to his tasks without conditions and with joy. He made high demands on himself, which he also expected from his co-workers. The psychoanalyst must live by the rules he teaches in order to be trustworthy for his patients.

His great human warmth and affection, his spirituality, his humour, his emphasis for more humanity, his creativity, playfulness and the capacity for talking, often relaxed difficult situations and opened unexpected possibilities of communication, leading to surprising results. Rigidity and bureaucracy were not acceptable to him. As a scientist he always represented an open system, which was to develop in close contact with the individual and research.

Ammon was master in being a whole person himself and – as each intuitive person – he was ahead of his time. He has given us strength, courage and opti-

mism to care for the continuation and the development of his work in his sense, more intensive than we did until now. Among other things we would like to give thanks to *Günter Ammon* with this symposium, thank him for his loyalty, his love and engagement for people, his lifetime he devoted to his patients, his friends and colleagues at home and abroad.

Festvortrag von Prof. Ernst Federn über »Psychoanalyse und Ethik«

Ich bin mir im klaren darüber, daß »Psychoanalyse und Ethik« ein sehr großes Thema ist, und ich werde versuchen, Ihnen zu den Fragen von Psychoanalyse und Ethik doch in einer halbwegs kurzen Zeit ein klares Bild zu geben. Im Register zu den *Freud*schen Werken, den Gesammelten Werken, wird Ethik zwanzigmal erwähnt. Ich habe nachgeschaut und konnte nicht alle Referenzen zur Ethik finden, aber zwei von diesen *Freud*schen Aussagen möchte ich ihnen vorlesen: »Die Ethik ist also als ein therapeutischer Versuch aufzufassen als Bemühung, durch ein Gebot des Über-Ichs zu erreichen, was bisher durch sonstige Kulturarbeit nicht zu erreichen war« (aus »Unbehagen in der Kultur«) und dann ganz kurz: »Ethik ist aber triebeinschränkend.« *Freud* sagte von sich selber: »Die Moral versteht sich von selbst.« Ein Ausspruch *Freud*s, der über seine Persönlichkeit etwas aussagt, dem wir aber nicht zustimmen können. Die Moral versteht sich, wie wir leider wissen, nicht von selbst, es stellt sich vielmehr die Frage, wieso es dazu gekommen ist, daß es sehr moralische Menschen und sehr unmoralische gibt.

Nun ist es nötig, Ihnen heute etwas über die Psychoanalyse selbst zu sagen, obwohl ich mir bewußt bin, daß viele von Ihnen das, was ich Ihnen sagen werde, sowieso schon wissen. Ich habe vor einiger Zeit ein Buch gelesen über die heutigen Grundauffassungen der Psychoanalyse und mußte leider feststellen, daß es völlig unsinnig war. Die Autoren sind lauter Leute, die einen großen Namen haben – aber das ist nicht die Psychoanalyse. Das mag die heutige Psychoanalyse sein, und wenn wir das nun einmal feststellen, daß die heutige Psychoanalyse so ausschaut, so ist nötig, sie wieder zu dem zurecht zu bringen, was sie einmal war und auch immer bleiben wird. Sie stammt ja von *Freud,* und in dieser Hinsicht stimme ich mit *Ammon* ganz völlig überein, der ja eigentlich von dieser alten Psychoanalyse ausgeht und sie weiterführt und nicht von dem, was wir heute unter Psychoanalyse verstehen. Vor allem haben wir ja von *Robert Waelder* gelernt, daß man unterscheiden muß zwischen den Entdeckungen *Freud*s und den Theorien *Freud*s über seine Entdeckungen. *Freud* sagte: »Meine Theorien kann man ohne weiteres ändern, das eine oder andere weglassen – das ist wie ein Gerüst. Das kann man weglassen, das braucht man nicht. Aber die Entdeckungen, die bleiben.« Es ist lächerlich zu verlangen, daß ununterbrochen neue Entdeckungen gemacht werden. Diese quasi naturwis-

schaftlichen Vorstellungen, daß man immer etwas Neues entdecken muß, sind natürlich auf den Menschen bezogen völlig sinnlos. Das ist so, wie wenn einer sagen würde, man müßte immer neue Knochen im Menschen entdecken. Das ist ja nicht möglich. *Goethe* hat noch ein kleines Knocherl entdeckt, aber jetzt kann man keine Knochen mehr entdecken. Das ändert nichts daran, daß das, was man entdeckt hat, da ist und besteht. Außerdem kann man Entdeckungen nicht ändern. Wenn jemand sagt: »Ich weigere mich, ein Boot und ein Flugzeug zu benutzen«, dann kann er natürlich herumgehen und sagen: » Amerika gibt es nicht.« Dann kann man ihm nicht helfen. Aber deswegen gibt es Amerika doch.

Nun, was sind die Entdeckungen *Freuds*? In einer Schallplatte, die ein paar Monate vor dem Tode *Freuds* aufgenommen worden ist, sagte er: »Ich habe das Glück gehabt, das Unbewußte zu entdecken.« Das ist natürlich die Aussage eines Mannes kurz vor seinem Tode, die interpretiert werden muß. Denn das Unbewußte war natürlich den Philosophen seit undenklichen Zeiten – ich glaube, schon *Aristoteles* – bekannt. Was *Freud* entdeckte, war das Unbewußte als eine klinische Einheit, mit der man klinisch arbeiten kann. Und diese Entdeckung kann nun anerkannt werden oder nicht. Es gibt eine Reihe von Leuten, die das ableugnen, die sagen, es gibt kein Unbewußtes. Man kann mit ihnen nicht diskutieren, es hat keinen Sinn. Es sind meiner Meinung nach Leute, die sagen, es gibt kein Amerika. Eine überwiegende Mehrzahl der Menschen allerdings hat ohne weiteres die Existenz des Unbewußten akzeptiert und anerkannt. Wesentlich für die Erscheinungen des Unbewußten sind die ersten sechs Lebensjahre des Kindes, deren große Bedeutung nicht *Freud* allein entdeckt hat, das haben auch andere schon gesagt, aber *Freud* hat es auf das Genaueste beschrieben. Diese ersten sechs Jahre des kindlichen Lebens des Menschen werden um das sechste Lebensjahr herum vergessen, verdrängt. Das ist die kindliche Amnesie. Das ist keine Theorie, sondern das ist so. Und die Tatsache, daß der normale Mensch das Erleben dieser Jahre vergißt, ist eine der großen Entdeckungen *Freuds*.

Dieser Entdeckung folgt die Methode, wie man das Unbewußte wieder heraufbringen kann in das Bewußtsein, eine andere der *Freuds*chen Entdeckungen. Man spricht von der *Freuds*chen Theorie des Unbewußten. Das ist keine Theorie, das ist eine Entdeckung. Und die psychoanalytische Methode ist auch keine Theorie, sondern es ist eine Entdeckung, wie man das Unbewußte ins Bewußtsein bringt. Sie wissen ja, wie diese Methode funktioniert. Eine ihrer wichtigsten Aufgaben ist die Abstinenz. *Freud* sagt: »Der Psychoanalytiker muß abstinent sein.« Er darf unter gar keinen Umständen mit seiner eigenen Persönlichkeit auf die Persönlichkeit des Analysierten einwirken. Denn wenn er einwirkt, kann er nicht mehr weiter mit dem Mann arbeiten. Und diese Forderung ist bereits ein großes ethisches Problem. Es hat sich gezeigt, daß das eine ganz schwer durchführbare Aufgabe ist. Manche sagen, es ist überhaupt unmöglich. Aber *Freud,* aus seiner Zeit heraus, war der Meinung, daß es möglich ist. Nicht nur *Freud,* auch

seine Schüler glaubten, daß der Psychoanalytiker, der ja lange Zeit ein Arzt war – noch bis 1919 hieß es die ärztliche Psychoanalyse –, daß also der Arzt dem Patienten sine ira et studio, also ganz objektiv, entgegentreten müsse. Wir wissen heute, daß das unmöglich ist. Aber der Versuch, es zu tun, besteht auch heute noch.

Die Abstinenz ist eine absolute Notwendigkeit jeglicher psychotherapeutischen Behandlung. Allerdings wissen wir, daß sie eingeschränkt werden muß und zwar bei den ichgestörten Patienten – und zu diesen gehören auch die Charakterstörungen oder die sogenannten Borderline-Fälle, ein Problem, auf das ich noch zu sprechen kommen werde. Bei ihnen bleibt ein Teil des Analytikers abstinent, während ein anderer Teil des Ichs, ein abgespaltener Teil des Analytikers oder des Therapeuten sich dem Patienten ausborgt und mit seinem Ich arbeitet. Das ist eine Entwicklung, die nach dem Tode *Freuds* entstanden ist, und aus diesem Grunde ist es wichtig zu wissen, daß die Psychoanalyse als Therapie nur eine ihrer Anwendungen ist, und zwar, wie *Freud* sagte, die unwichtigste. Sie ist nur bei zwei Neurosen, bei der Hysterie und der Angstneurose zu verwenden. *Freud* hat noch später festgestellt, daß die Zwangsneurose bereits einer gewissen anderen Methode bedarf, während wir ja heute wissen, daß der Zwang eine Abwehr der Psychose ist. Wir betrachten die Dinge heute etwas anders.

Die Psychoanalyse war also, so wie sie entstanden ist, eine Behandlung der Hysterie und der Angstneurose, zu einer Zeit, die eine Höhe der Ablehnung der Sexualität in der Geschichte der Menschheit dargestellt hat. Denn Sexualität wurde nicht immer von den Menschen abgelehnt, wohl aber in der Zeit, in der *Freud* gelebt hat, in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts. In den Moralvorstellungen der damaligen Zeit war der sexuelle Akt nur erlaubt, um Kinder zu erzeugen. Das Vergnügen an der Sexualität wurde abgelehnt. In Amerika konnte man nicht sagen, daß eine Frau schwanger ist. Sie hat »erwartet«. Und diese Tatsache, daß die Sexualität von der katholischen Kirche, aber auch der protestantischen Kirche, verboten war, daß man darüber nicht sprach, daß man dem Kind erzählte, der Storch bringe die Kinder, lauter unsinnige Sachen, hat ein großes Ausmaß an Angstneurosen und Hysterie erzeugt, was sich heute stark verringert hat, weil diese Einstellung zur Sexualtität nicht mehr existiert. Wenn es noch Leute gibt, die solche Dinge sagen, wird das heute als abnormal angesehen.

Die Sexualität wird heute nicht mehr abgelehnt, und daher gibt es viel, viel weniger Hysterien und Angstneurosen. Dagegen gibt es immer mehr und mehr Ich-Störungen. Daher sind die psychoanalytischen Forschungen, die sich mit dem Ich beschäftigen, eine Weiterführung von *Freud* und beruhen voll und ganz auf den Vorstellungen des Unbewußten. Denn dieses Ich, zu dessen Störungen auch die Charakterstörung gehört, wie *Ammon* als einer der ersten erkannt hat, ist eine Angelegenheit, die auch unbewußt ist. Aber man muß, um von der Psychoanalyse zu sprechen, sich klar sein, daß *Freud* ausdrücklich gesagt hat, er habe eine Psychologie des Unbewußten geschaffen. *Freud* betrachtet es als völlig unsinnig, über Dinge, die bewußt

sind, Forschungen anzustellen. Das, was jeder weiß, muß ich nicht erst erforschen, meinte er. Daher sah er die Moral für selbstverständlich an und meinte auch, er spreche nur von der Analyse und nicht von der Synthese. Die kommt von selber, die interessiert ihn nicht. Nun wissen wir heute, daß das nicht stimmt. Dem ich-gestörten Patienten gelingt es nicht, eine Synthese herzustellen – und zwar in verschiedenen Formen. Bei Psychotikern gibt es ein vollkommenes Versagen der Synthese, der Psychotiker hat überhaupt keine, das Ich zerfällt. Der Borderline-Fall, der Charakterstörungsfall, hat zwar ein geringeres Ausmaß an Ich-Störung, aber es ist eine der wichtigsten neuen Erkenntnisse, daß diese seelischen Leiden Störungen der Ichentwicklung sind. Sie können schon hier sehen, daß die ganze Frage der Abstinenz ein großes ethisches Problem hervorruft. Denn die Einstellung, mit jemandem »abstinent« zu reden, ist ein ethisches Problem.

Nun hat *Freud* noch eine weitere Entdeckung gemacht, nämlich die der Übertragung. Übertragung heißt, daß die Gefühle und die Lebensweisen des kleinen Kindes in der psychoanalytischen Situation, aber auch in anderen Beziehungen, auf die Gegenwart übertragen werden. *Aichhorn* hat gezeigt, daß dies eigentlich in allen Beziehungen geschieht. Er brachte das Beispiel, wie ein Handelsmann seinen Staubsauger bei einer Frau verkaufen will und Erfolg hat, weil eine Übertragung stattfindet. Jede Beziehung zwischen zwei Menschen enthält eine gewisse Form der Übertragung von alten Beziehungen auf heutige. Diese Vorstellung ist von größter Bedeutung – vor allem für die Pädagogik. Lange Zeit war *Freud* der Meinung, der Analytiker brauche nur eine positive Übertragung entstehen zu lassen. Er stellt sie nicht her, er läßt sie heraufkommen, und dann arbeitet er zusammen mit dem Patienten oder Analysanden an den Konflikten, die durch diese Übertragung in das Erwachsenenleben herübergeholt worden sind.

Um 1909 hat *Freud* entdeckt, daß es leider auch so etwas gibt wie eine Gegenübertragung. Das heißt, er hat entdeckt, daß auch der Analytiker eigene unbewußte Gefühle auf den Patienten überträgt, und sagte: »Das darf nicht sein. Die muß der Analytiker analysieren und wegschaffen.« Später, von der englischen Schule her, ist man zu der Auffassung gelangt, daß das nicht stimmt, sonder daß eben auch der Analytiker seine persönlichen Probleme in die analytische Situation hineintragen muß und soll, daß er aber wissen muß, was er da macht. Das ist eine große Frage, und wie Sie sehen, ebenfalls eine große ethische Frage. Wie weit darf ich das, was von mir kommt, auf meinen Patienten übertragen? *Freud* war der Meinung, daß es möglich sei, daß sich die Gegenübertragungsgefühle des Analytikers nur aus dem Gegenwartsunbewußten speisen und nicht aus dem Kindheitsunbewußten. Ob das so ist, kann man nicht feststellen und ist ein weiteres Problem unserer Forschung. Nun, das Problem der Übertragung und Gegenübertragung ist ebenfalls keine Theorie, sondern eine Entdeckung – und eine Entdeckung, die meiner Meinung nach die allergrößte Bedeutung hat, auch in bezug auf die Frage: Was ist ethisch in der ganzen Behandlung? All die Fragen, was Psychotherapie letztlich bedeutet, sind ethische Fragen.

Nun zur Tatsache der Amnesie, der Tatsache, daß der halbwegs normal funktionierende Mensch nicht weiß, was in seiner Kindheit vorgefallen ist. Er hat völlig falsche Vorstellungen, das Gegenteil von dem, was war: wunderbare, herrliche Kindheit usw. Er glaubt das auch und ist davon überzeugt und hat einen Widerstand gegen die Entdeckung des Gegenteils. Der Widerstand gegen diese Amnesie darf nicht gebrochen werden, er muß überwunden werden. Dieses Überwinden dieses Widerstandes dauert eine lange Zeit. Ob sie sechs oder sieben Jahre dauert, ist sehr fraglich, aber sie dauert eine gewisse Zeit. Das hat *Freud* erkannt, und damit hat *Freud* erkannt, daß die Psychoanalyse als Entdeckung niemals von der ganzen Gesellschaft anerkannt werden kann.

Es ist sinnlos zu glauben, daß man allen Menschen die Psychoanalyse erklären kann. Diese Tatsache hat *Freud* anerkannt, uind aus diesem Grund hat er eine psychoanalytische Gesellschaft gegründet, heute die Psychoanalytische Vereinigung, zeitgemäß nannte er sie eine Bewegung. Die Vorstellung, daß die psychoanalytische Bewegung dasselbe ist wie die Internationale Psychoanalytische Vereinigung, ist unsinnig. Die Internationale Psychoanalytische Vereinigung ist eine internationale Vereinigung von Ärzten – es sind jetzt etwa 6 000 –, die eine psychoanalytische Behandlung an Neurotikern durchführen und die in verschiedenen Ländern sehr verschieden ist. Aber die psychoanalytische Bewegung erkennt, die Grundsätze von *Freud* an und arbeitet auf ihrer Basis. Und diese ist natürlich viel größer und viel weiter gefaßt als die Psychoanalytische Vereinigung und umfaßt auch psychoanalytische Pädagogen und die psychoanalytischen Sozialarbeiter. Die Bewegung beruht auf den psychoanalytischen Entdeckungen.

Nun möchte ich Ihnen – es ist eine etwas gefährliche Sache, die ich jetzt mache, aber ich werde es mich trotzdem trauen – etwas über den Widerstand sagen. Die Frauen – ein Teil der Feministinnen, sagen wir – betrachten *Freud* als einen Feind der Frauen. Ich weiß nicht, wer von Ihnen dazugehört, aber jedenfalls gibt es diese Auffassung. Und zwar ist die Hauptsache die, daß sie sagen, *Freud* hat den Frauen vorgeworfen, sie hätten einen Penisneid. Das ist natürlich ein Unsinn, das gibt es nicht. Historisch gesehen ist es so, daß jemand, der im Jahr 1856 geboren worden ist, wie *Freud,* alles andere, nur kein Gegner der Frauen, sondern ein großer Befürworter der Frauen war. Es waren auch in seiner Mittwochs-Gesellschaft früher Frauen vertreten als irgendwo anders. Frauen waren Psychoanalytikerinnen, Frauen haben zu seinen Anhängern gehört, er hat die Frauen sehr begeistert, er selber war umgeben von Frauen, und der sogenannte Penisneid hat natürlich mit Frauen überhaupt nichts zu tun. Sondern *Freud* hat gefunden, daß das ungefähr dreijährige Mädchen entdeckt, daß der Bub etwas hat, was es nicht hat, und der Meinung ist, sie haben es verloren, man habe es ihr weggenommen oder es werde nachwachsen. Aber jedenfalls möchte sie es auch haben. Das ist der Penisneid. Das ist das dreijährige Mädchen und nicht die Frau. Und dieser

sogenannte Penisneid verschwindet natürlich genauso wie der Ödipus-Komplex mit der Amnesie, und dem Erwaschsenen ist das nicht mehr zugänglich, sondern das ist alles unbewußt. Aber dieses Unbewußte kann nicht verstanden werden. Als Argument – ich will ja nur sagen, wo der Widerstand ist – für diese Auffassung haben die Feministinnen gesagt, daß ein Mädchen von Beginn an weiß, was ihr Geschlecht ist, daß sie ihre Funktionen usw. kennt. Nun müssen Sie sich vorstellen, daß es für die Menschheit einige tausend Jahre gedauert hat, bis sie erkannt hat, was in der männlichen und weiblichen Sexualität vor sich geht, und zu glauben, daß ein dreijähriges Mädchen das versteht, ist unsinnig. Das dreijährige Mädchen sieht, daß es etwas nicht hat, was der Bub hat, und das ist wahrscheinlich bei einem Mädchen, das einen Buben sieht, auch immer der Fall. Nun gibt es wahrscheinlich Mädchen, die keinen Buben sehen, das ist ja durchaus möglich. Und dort ist es halt nicht der Fall. Aber das hat damit nichts zu tun. Damit will ich Ihnen also sagen, dieser Angriff der Feministinnen auf *Freud* ist in Wirklichkeit ein Widerstand. Und wenn ich jetzt ein Buch gelesen habe, herausgegeben von Prof. *Cremerius* über die Zukunft der Psychoanalyse und das Wort »Widerstand« auf 230 Seiten überhaupt nicht vorkommt, dann ist es eine schwierige Frage, zu sagen, was die Leute heute als Psychoanalyse verstehen.

Ich glaube, daß ich Ihnen über die Psychoanalyse genügend gesagt habe, um aufzuzeigen,wie sehr es ein ethisches Problem ist, was der Psychoanalytiker macht. Trotzdem möchte ich doch noch auf das Problem eingehen, das man die Borderline-Fälle nennt. Ich habe im Jahre 1963 in Topeka in Kansas einen Vortrag darüber gehalten, in dem ich gesagt habe, daß die sogenannten Borderline-Fälle, in Wirklichkeit nicht Konflikterkrankungen, sondern Mangelerkrankungen sind, genauso wie die Psychosen. Und daher müssen diese Borderline-Fälle, die Charakterstörungen, als Mangelerkrankungen behandelt werden. Und überdies ist der Ausdruck »Erkrankungen« historisch zwar berechtigt, aber falsch. Man sollte nicht mehr von Erkrankungen, sondern von Fehlverhalten sprechen, denn es sind ja keine Erkrankungen. Eine Neurose ist ja auch keine Erkrankung in dem Sinne, in dem eine Lungenentzündung und eine Darmsache usw. Erkrankungen sind. Es ist etwas völlig anderes, nämlich ein Fehlverhalten des Menschen.

Ich weiß nicht, ob *Günter Ammon* bei meinem Vortrag im Jahre 1963 dabei war. Ich weiß nur, daß ich ihn im Jahre 1988 – wie Sie gehört haben – kennengelernt habe und erkannt habe, daß er derselben Meinung ist oder war wie ich. Und das ist eigentlich der Grund, weshalb ich heute hier bin. Diese Erkenntnis, daß die Borderline-Fälle, die Charakterstörungen, eine andere Behandlungsmethode verlangen, ist eine entscheidende Wendung. Es ist nicht eine Wendung gegen *Freud*, wie ich Ihnen versucht habe zu sagen, sondern es ist eine Weiterführung in der Ich-Psychologie der Psychoanalyse und nicht gegen die *Freud*sche Psychoanalyse gerichtet. Nun, ich bin nicht mit allen Formulierungen von *Ammon* einverstanden, aber der Inhalt dessen, was *Günter Ammon* sagt, mit dem stimme ich völlig überein. Und die Frage des sozialen Verhaltens ist von allergrößter Bedeu-

tung in der Behandlung der Geisteskranken und der Charakterstörungen. Ich glaube nur, daß man davon sprechen muß, daß so, wie das Individuum ein Ich-Gefühl hat, das Individuum auch ein Wir-Gefühl hat und daß, wo das Wir-Gefühl fehlt, es zu schweren Störungen kommen kann. Und das ist eine Sache, die ins Soziale übergeht, also ein großes Problem. Und daher ist diese Frage, ob jeder Mensch ein Wir-Gefühl hat, im Grunde ein ethisches Problem.

Meine Damen und Herren, ich glaube, Ihnen gezeigt zu haben, daß die Psychoanalyse sowohl als Wissenschaft des Unbewußten als auch als Wissenschaft der Psychologie, als Anwendung auf das Soziale und auch als Therapie in jeder Hinsicht eine Ethik braucht. Und daher glaube ich, sagen zu dürfen, daß die Ethik die Philosophie der Psychoanalyse ist.

Grußwort der Brandenburgischen Landtagsabgeordneten Hannelore Birkholz

Prof. *Günter Ammon* wird zu recht das Verdienst zugeschrieben, die Entwicklung der Psychiatrie zu einer echten Humanwissenschaft wesentlich befördert zu haben. Da ich aus einer anderen ärztlichen Fachrichtung komme, will ich der Versuchung widerstehen, Konzepte der Psychiatrie zu bewerten. Man muß aber wohl nicht Expertin sein, um im Umgang mit psychisch Kranken auch etwas über den Zustand der jeweiligen Gesellschaft lernen zu können. Daß Prof. *Ammon* uns den Blick dafür geöffnet hat, ist unbestreitbar. Sein Verständnis vom Menschen als ein gesellschaftliches Wesen, ein individuelles Wesen und ein sich entwickelndes Wesen knüpft aus meiner Sicht bei einem Philosophen an, der mir sehr nahe steht und der fast auf den Tag genau 100 Jahre früher geboren wurde.

Staat und Gesellschaft haben sich mit Psychiatrie immer schwer getan. Dafür mag es viele Ursachen geben. Bewußte Verletzungen der Menschenwürde, Gewalt und Ausgrenzung gegenüber Menschen waren und sind ihre schlimmsten Ausprägungen. Möglichkeiten des Mißbrauchs, wenn auch weniger dramatische, reichen aber durchaus viel weiter, denken wir nur an die Strategien geschickter Verführer in Medien oder Werbung. Daß Prof. *Ammon* diesen Realitäten und Gefahren etwas entgegenzusetzen hatte, ist aus meiner Sicht eines seiner großen Verdienste.

Günter Ammon beschreibt deutlich, daß Krisen des Individuums zuerst als Krisen der Gruppe zu verstehen sind. Versteht man unter Gruppe auch – und nicht zuletzt – die Gesellschaft und betrachtet man zugleich den raschen Wandel der »modernen« Gesellschaft, dann wird deutlich, daß sich auch gerade Politik auf seine Forschungen stützen sollte.

Lassen Sie mich abschließend den Entwicklungsoptimismus als tragende Säule der therapeutischen Arbeit hervorheben. Mit diesem Konzept zeichnet er nicht nur ein humanistisches Menschenbild, er gibt auch ein gesellschaftliches und politisches Leitbild vor, welches im Grunde die einzige

Chance ist, die vielfältigen Probleme unserer Zeit produktiv zu lösen. Ich wünsche Ihrem Symposium einen guten Verlauf.

Welcome Address of Rita Rogers, Clinical Professor of Psychiatry at the University of California, Los Angeles

Liebe Dr. Ammon, ladies and gentlemen,

it is an honour and a privilege to be here. It is a very, very special treat to be here, and I always ask myself how I deserve this honour. But I must tell you – when some of you have heard this before, I apologize – that about twenty years ago in Tblisi, Georgia, then in the Sovjet Union, we had the first and probably only psychoanalytic congress. I was sitting on a podium like this one and bringing regards from the United States very briefly, and then I finished later on and walked out. Dr. *Ammon* came behind me and said: »You are invited to Munich.« And he said id definite without any question, and I did not even there ask why and who he was, because the tone was so definite.

And sure enough, it was this warmth and this intersubjectivity, this connectedness which connected and connects all of us, and this is for what I am so grateful to *Günter* for, and I am so proud and pleased to be able to celebrate his birthday. Today is a very significant day, also; it is the 9th of May which was the end of World War II. For me personally it was the day, when at midnight my family was exchanged against Russian prisoners of war, and we crossed back. So it is a special day to be here in such wonderful company. And I also must tell you from so many people whom I met here, that it is always an enrichment, for instance today I heard from Prof. *Federn* the explanation about psychoanalysis as clearly and as understandably as I have never read or heard in fifty years of psychiatry. So I am happy to be here.

Grußbotschaft von Prof. Modest M. Kabanow, Direktor des W.M. Bechterew Instituts in St. Petersburg und Präsident der World Association for Dynamic Psychiatry WADP

Liebe Maria, liebe Kollegen, liebe Freunde,

ich kenne Prof. Dr. *Günter Ammon* mehr als zwanzig Jahre. Über meine Kontakte möchte ich etwas Genaueres in meinem Vortrag erzählen, den ich nach dem Mittagessen halten werde. Und ich denke, daß es nicht für mich, sondern auch für meine Kollegen, insbesondere Prof. *Wied,* eine große Ehre

ist, heute diesen Ehrentag mit Ihnen zusammen zu verbringen. Wie Sie wissen, habe ich nicht nur die Ehre, Nachfolger zu sein von Prof. *Günter Ammon* in der WADP-Leitung, sondern bin ich ja auch seit über 30 Jahren Leiter des Bechterew-Instituts in St. Petersburg. Außerdem bin ich Ehrenmitglied der ältesten psychiatrischen Vereinigung in St. Petersburg, ein Mitglied der Vereinigung der Psychiater in Rußland, und ich freue mich sehr, daß ich Sie sehr herzlich grüßen kann sowohl von der Russischen Gesellschaft der Psychiater als auch von den Mitgliedern des Bechterew-Instituts, und ich freue mich auch sehr, daß wir uns alle hier versammelt haben, um die Bedeutung von *Günter Ammon* zu würdigen, die – wie das ja auch meistens so ist – man erst nach seinem Tod wibklich erkennt.

Und zu Ehren unseres großen *Günter Ammons* möchte ich gerne eine kurze Gedenkminute einlegen und uns allen wünschen, daß wir sowohl heute als auch morgen bei dem Seminar erfolgreich gute Gedanken austauschen und zusammen arbeiten können. Denn ich denke, wie auch Prof. *Federn* bereits gesagt hat, daß die Frage nach der Ethik in der Psychiatrie und Psychoanalyse wesentlich für die heutige Zeit ist, und auch die Lehre von Prof. *Ammon* hier wegweisende Antworten geben kann. Vielen Dank!

Welcome Address of Prof. Amnon Carmi, President of the Israelian Branch of WADP and President of the World Association for Medical Law

Dear Maria, ladies and gentlemen,

we are together today to recount memories of a great man. *Günter Ammon* was as well a big man – his appearance and body filled a room, whenever our conferences brought us together –, but he was a great man. His knowledge and wisdom, experience and thought filled our spirit whenever we attended his symposia. As *Ammon* passed away, we missed his physical presence, but his spiritual presence is still with us. If we, who knew him so well, are her, *Günter Ammon* is here.

When *Günter Ammon* was born, his parents gave him his name Günter without any specific meaning, belonging to his parents only. He carried this name until the end of his life and filled this word with thought and emotions and plans and deeds. All that happened to him and all, that he did for us in the past, is reflected to us today by the dear name *Günter Ammon.* An Israelian poetess wrote a poem under the title »Every man has a name«. It is impossible to translate poems from one language into the other, but let me read to you a somehow poor interpretation of her poem for the memory of a special person who carried the name *Günter Ammon:*

Every man has a name.
Every man got a name,
gifted by god and given by mother and father.
Every man got a name
by his stature and dress and smile.

Every man got a name from the mountains
and from the walls of his own home.
Every man got his name
from the stars, highly above,
and from his near neighbours, too.

Every man got a name
of his falseness and wins and desire.
Every man got a name
by his bitter enemies
and by his loving friends.

Every man got a name
by his peace and work,
every man got his name by each season.
Every man got his name by the waves of the sea.
Every man got his name by his death.

Günter Ammon got his name through the waves of the sea of his life, and this is the meaning of his name for us today. Thank you.

Grußbotschaft von Dr. med. Bela Buda, Vizepräsident der WADP und Vorsitzender des ungarischen Zweiges der WADP

Liebe Maria, liebe Freunde,

anläßlich des 80. Geburtstages von *Günter Ammon* konnte für die Würdigung seines Lebenswerkes kein geeigneteres Thema gewählt werden als die Ethik. Im Laufe dieses festlichen Symposiums werde ich zu Ihnen darüber sprechen, daß die Hauptanliegen von *Ammon* in der Dynamischen Psychiatrie immer auch sehr wichtige – wenn auch nicht immer betonte, weil für selbstverständlich gehalten, und nicht immer in den Fokus gesetzte – ethische Botschaften beinhalten.

Ammons ethische Haltung war immer ausstrahlend und hervorragend, und seine absolute Loyalität zu den Patienten war eine Quelle seiner großen Anziehungskraft für Mitarbeiter und Schüler. Und darum war er schon früh unser Vorbild geworden. Bei ihm war die Sache der Patienten wirklich

oberstes Gesetz – suprema lex – und er kannte in dieser Hinsicht keinen Kompromiß. Er war immer bereit, sich für die Sache der Patienten einzusetzen, und kämpfte für die Bedingungen einer menschenwürdigen und wirksamen Therapie. Er scheute sich nicht, sich in diesen Sachen an die Öffentlichkeit zu wenden und Pflichten auf sich zu nehmen. Seine Tätigkeit, seine Tapferkeit, seinen Standpunkt zu verteidigen und zu vertreten, war auch vorbildhaft für alle, die ihm begegnet waren und ihn kennengelernt hatten. Er hatte vorwiegend wegen seiner Wertvorstellungen und ethischen Überzeugungen Bürgerinitiativen organisiert, und diese Überzeugungen gaben ihm auch Anlaß, seine eigene Therapieschule zu gründen. *Ammons* ethische Haltung hatte auch einen großen Einfluß in Ungarn ausgeübt.

Nicht nur seine großartigen Theorien, nicht nur die Reichweite der Entwicklungen seiner Lehre und nicht nur seine neuen Methoden hatten viele Fachleute zu seinen Anhängern und Verehrern gemacht, sondern auch dieses kompromißlose Engagement, diese absolute Loyalität zu Patienten. Ich halte es darum für sehr angemessen, Ihnen im Zeichen der Ethik die herzlichsten Grußworte aus Ungarn von den vielen Schülern und Verehrern zu übermitteln. Zuletzt wünsche ich Ihnen ein erfolgreiches Symposium auch in meinem Namen. Es ist mir eine besonders große Ehre und Freude, hier zusammen mit Ihnen sein zu dürfen und den Geburtstag von *Ammon* zu feiern. Ich danke Ihnen.

Welcome Address of Dr. Marius Erdreich, Chairman of the Israelian Branch of WADP

Günter Ammon's holistic approach embeds science and humanities concerning the human ecology of the future. First, settling an account combating against the rigid paternalistic approach of the past. Second, penetrating the darkest corners of the nazi past. His combat continued by confronting modern extremist approaches and dangerous political movements. This approach and the fact that *Ammon* had brilliant followers enabled the creation of a bridge between Israeli and the German people.

I enjoyed a great friendship and scientific corporation both with Prof. *Ammon* and Prof. *Rotschild* from the Hebrew university in Jerusalem. Many more added contributions of great value with the cooperation of *Gabriele von Bülow* (borderline syndromes) and *Astrid Thome* (sleep research).

Ammon creative followers as Dr. *Burbiel* and Dr. *Richarz*, amongst others, are ever creating new roads into psychiatric discipline, as does Dr. *Rolf Schmidts* in clinical research and judical psychiatry. From the Israelian part the WADP had a brilliant contribution of Prof. *A. Carmi* in the area of Medical Law and consulting the president.

The list of works by *Ammon* are noted for knowledge and his ability to inspire and associate, combined with creative empathy with his assistance

which enabled a large circle of creators to follow. This abstract can not include all the names and topics involved. It is by his list of works that we may evaluate the importance of the past contributions to the future developments.

Three topics have especially benefited from the contribution towards the year 2000:

1. Principle of Social Energy.
2. The Psychological Kindergarten.
3. The Ego Structure.

All this contributed towards understanding and approaching the human being and his fellow man in their social settings and gregaric settings. Impressive as they are they will influence the formation and development of the human being in the future.

We cannot conclude without mentioning Frau *Maria Ammon* whose sense of duty and creative diversity contributed *Ammon* in his reasearch.

The future will present challenges created by the new geo-political factors which shall not always be in favor of humans. Technical advancement will not fully compensate for the negative changes in human ecology. The teachings of the great humanist will contribute in avoiding the creation of a huge pool of »human pollution« on this planet. Dear *Ammon* will always be in our hearts. Blessed be his memory.

A Fictive Letter of Prof. Mauricio Knobel, Vice-President of WADP and Chairman of its Brazilian Branch, to Günter Ammon

Hello Günter!

Here we are together again. It is your 80th birthday and eventhough you are not physically with us, you can realize how many friends and admires and specially how many followers are here with you and your ideas.

It may be questioned about »other lives«, soul, spiritual life and many other mystical or religious believes. I will not enter into these metaphysical issues or extrasensorial experiences. But, I think, that we must admit that there are people who pass what we call »life« and finished their cycle uneventfully. Others – like you – produced so much, and you know it, that will forever be with us and with mankind.

Humanity pays homage and remembers, with respect and gratitude, those who really marked their presence in this world. They do live forever. You are among those great personalities. We commemorate *Galileo*'s birthday, also *Kant*'s, *Marx'*, *Freud*'s, *Einstein*'s, *Beethoven*'s, *Da Vinci*'s, and many, many others who registered with their permanent presence their contributions to mankind. We are happy that you are among them. Eventhough you are a contemporary human being you did reach a true immortality. And that is why we feel you are today with us, and certainly we are

with you. Many are bound to please and manifest agreement with those who are powerful at a given moment of our cirumstantial life period of being. Bastard interests guide their actions and no real feelings are involved. You, as some of us, know those adulators. They forget immediately what we did and do for them. Really, Günter, they do not count.

Those who are here expect nothing from that generous person who was Prof. *Günter Ammon.* We are here because we owe you recognition, gratitude and a lot of love. We certainly do know, and afterwards, many of our successors will know, how much our fields of creating and doing, owe to you and your contributions.

Freud said that hysterics live from reminiscences. I would like to add that we, old people, live from nostalgias, Nostalgia is a deep feeling full of love, tenderness and memories of the best instances of our life.

Now I want, truly I feel I need, to be nostalgic in regard to our knowing each other. It was in Kansas City, Missouri, at the Greater Kansas City Mental Health Foundation, where we first met. We were simply psychiatric residents trying to become certified, recognized, psychiatrists. We studied and worked seriously with our teachers at the hospital (the first »integrated« hospital in that city and one among very few in that State): Dr. *Barnes,* Dr. *Wilkinson* and our Director Dr. *Milton Kirkpatrick.* And of course, with our colleagues of Residency: Dr. *Honstra,* Dr. *Pacio,* Dr. *Rivera* and others. We were young. At that time I had only one son, *Hernando,* and there was born my second son, *Joe.* Friday night, or Saturday, once in a while, we met at my little rented house, with my young wife *Clara* as a host, for a barbecue, and some wine, and then a rich chat began. You were always the most seriously minded. Sometimes you picked up *Hernando,* who was 3 or 4 years old, to play with him. As children use to do, he felt he was in good hands and laughed with you – he rejected some others – but accepted you. At times, he asked for the German colleague of mine. I remind that even in that conversations you put a bit of questioning of our work at the hospital. You already showed you wanted to learn more, to know more... and we went to the *Menningers.* You decided to stay there and I had to go back to Argentina with my familiy.

We did not see each other for a long time. I learned about your progress as a psychoanalyst who did not forget his psychiatric training, but who started to develop his own ideas. When a group of colleagues decided to create the International College of Psychosomatic Medicine, I, as one of those who started this enterprise, invited you to join and help us with your prestige, you accepted and became a Founder Member of the new society, now internationally known. It was in 1971, when we had our first congress in Guadulachara, Mexico. Then, I was electet to succeed in the presidency the well recognized Professor *Eric Wittkover,* our first president. No wonder you wrote a book on Psychosomatic Medicine which deserved a preface by our common friend *Rudolf Ekstein.* It was in 1979 that your book was translated into English. It is necessary to point out that then you

just could not write a simple book on that subject. With your background you added to the issue »Psychoanalysis and Psychosomatic Medicine«. This contribution impressed *Ekstein* very much and he decided to write an exemplary laudatory prologue. Not many authors can show in their books such a written recognition.

More or less at the time of our College of Psychosomatic Medicine we participated in the founding of the World Association for Social Psychiatry with *Joshua Bierer* and many other outstanding personalities. Now, at this congress, we can see that the idea was a very productive one and we have this magnificent congress. You also participated in some previous congresses and some papers can be found in the Annals and in seperate papers.

One important feature of your personality is that many of your ideas which you shared with some co-workers, are signed by yourself and those who collaborated with you. It looks like a simple fact, but we know of many »professors« who do not even mention that some of their productions are the result of a team work.

We separated again and came together again with your invitation to participate in one of the World Congresses of Dynamic Psychiatry. It was my honour and extreme pleasure to reunite again.

Then you modestly showed me what you have done:The Menterschwaige Hospital, where I spent a couple of weeks and was able to see how good ideas can become practical hospital tasks. I still wonder why this model hospital is not more publicized and more mentioned in the field of mental health, always searching for new, modern, mental hospital methods. This hospital in Munich, created by *Günter Ammon,* is an extreme good and successful model.

It is necessary to mention, just mention, some of your attainments, because if not, we would have to write books on them, and I am not prepared to do so and here will not be the place to do it. Nevertheless, I keep asking our wonderful colleagues who did work with *Günter Ammon,* to do this task in English. I must apologize for this statement but nowadays, English is the language that monopolizes scientific literature. It would be nicer if scientists all over the world would have more language knowledge and would be able to read some scientific production in the origianal language.

Your work in group dynamics is extremely original and productive. Milieutherapy as practiced in Menterschwaige is the modern answer to the old so called »Occupational Therapy«, a boring waste of time of many, many, mental hospitals today, all over the world.

I shall not get into your theoretical contributions which made you famous. You are one of the few daring psychoanalysts who improved *Freud*'s concepts about the Ego structure and the Ego functions, and in general who reformulated a lot of concepts within your creative clinical experience, from which we benefit today. Your lack of prejudices brought

among us very select and courageous Russian and East European scientists who began, I am certain about it, to get interested in dynamic psychiatry and consequently in psychoanalysis.

Excuse, Günter, for not being able to avoid to mention these facts, just a few among your rich creativeness, but it is my intimate conviction that some important issues shall be repeated because of the human tendency to forget those who did help us to become also somebody within the wealth of mankind.

With this homage to your great figure we assume, here at this international congress, our obligation for recognition of a great human being, a great scientist and a friend who honors those of all us here who deserved your kindness and love. Dear *Günter Ammon,* be sure we look forward to meet you again and again, be sure we admire you and above all, we respect and love you!

Rede von Klara Nowak, Begründerin des Bundes der »Euthanasie«-Geschädigten und Zwangssterilisierten

Sehr geehrte Damen und Herren,

Während der Nazizeit wurden in Deutschland viele medizinische Versuche an Menschen durchgeführt. Mediziner haben mit ihnen experimentiert (Anm. d. Red.: Frau *Nowak* selbst wurde 1941 zwangssterilisiert). Aus Kinderfachabteilungen, Krankenhäusern und den Konzentrationslagern wurden Personen dafür erfaßt. Eine Krankenbehandlung war in den Einrichtungen nicht erlaubt. Das Deckwort »Behandlung« bedeutete Tötung.

Schwerpunkt war die Erforschung von Schwachsinn, Schizophrenie, Epilepsie und der Belastbarkeit der Menschen in außergewöhnlichen Situationen. Anhand der Untersuchungen sollten die Blutszusammensetzung, das Gehirn und der Stoffwechsel erforscht werden. Es wurde getestet, wie lange Neugeborene ohne Nahrungsaufnahme lebensfähig waren.

In vielen Universitätskliniken wurden in den Kinderfachabteilungen unzählige Kinder für diese Maßnahmen mißbraucht. Als Forscher wurde Prof. *Carl Schneider* sehr bekannt. Für ihn waren alle Kinder Idioten. Er suchte sich die Kinder, deren Gehirn er untersuchen wollte, selbst aus. In Spezialgefäßen wurden die präparierten Gehirne in die Fachabteilungen der Universitätskliniken weitergeleitet. Diese Gehirne standen noch lange Jahre nach dem Krieg den Medizinstudenten als Anschauungsmaterial zur Verfügung.

In der SS-Akademie Graz wurden SS-Ärzte ausgebildet. Bei Fliegern wurden Kälte- und Hitzeversuche durchgeführt, um Belastbarkeit und Lebensdauer in sauerstoffarmer Luft bei niedrigem Druck zu erproben. Um Menschen aus Seenot zu retten, versuchte man – anscheinend ohne Erfolg – Meerwasser in Trinkwasser umzuwandeln.

Viele Versuche wurden mit der Ernährung gemacht. Aus chemischen Abfällen wurde eine spezielle Wurst hergestellt und verabreicht, unter anderem mußte Ofenruß in Verdünnung inhaliert werden. Gesunden Häftlingen wurde der Schädel geöffnet, um zu beobachten, wie das menschliche Gehirn funktioniert. Die meisten haben diese Untersuchungen nicht überlebt. Gesunde und Kranke sind für Forschungszwecke mißbraucht und getötet worden.

Die Vielzahl der Forschungsarbeiten können heute aus Zeitmangel nicht geschildert werden. Es ist unvorstellbar, zu welchen Grausamkeiten Menschen fähig sind.

Seit mehr als 10 Jahren bin ich nun im Bund der »Euthanasie«-Geschädigten und Zwangssterilisierten engagiert. Viele Überlebende, die unter der NS-Ideologie zu leiden hatten, sind in dem Bund organisiert. Die Lebensgeschichte eines jeden einzelnen ist grausam und einmalig. Der Bund hofft, die Aussagen der Überlebenden für die Nachwelt zu erhalten.

Prof. Norman Sartorius' President of the WPA, Summary of the WPA-Seminar on »Legal and Ethical Aspects of Medical Experimentation«

Now the time is coming to an end and I try to think a little bit what had been said in the course of the day. I try to summarize what we have said today, maybe because I want to exercise my own mind and to know where I am going from here.

I felt a feeling that the first conclusion that we can draw is that no one can deny there is responsibility for the past knowing and being aware -- we have not discussed all the bad examples of the past, but just one or two. But knowing the bad examples – terrible examples exist in the past — should be, as Prof. *Carmi* said, remembered by us as sign-posts for the future, but we should not go into the future, looking into the past, because if we do that, we shall fall. So we should remember the messages of all these things, but should go forward, nevertheless, remembering what we should not repeat.

The second message that I think came to me was the extreme difficulty to distinguish between experimentation and science and praxis and teaching – all have overflows between one part and another. The full consent for treatment is just as important as a full consent for experimentation, and a full consent for teaching is equally important for teachers.

The third point was a whole range of apparent contradictions that have come up in the speakers. They have been very polite and very nice and have not drawn attention to this contradictions and apparently different positions. Should the individual be responsible for the ethical behaviour or should social controls be introduced, was one of these that arose. Should we rely on education or on coercion? Should we educate people and let them

be or should we try to force them to be in one way or not some other way? Should we give more attention to confidentiality or should we give more attention to engaging the family and others and society in every possible problems. When in India you speak about a problem you invite the whole family in, there is not secret at any time. Where does confidentiality stop in one culture and proceed in another, is a big question, which is apparently, also, a contradiction.

Should we eliminate discrimination between mental ill people or normal people or not? Well, if we eliminate discrimination, that also means that we must not give them any extra money, for example, for their employment or to help them, because that also is discrimination, in some other way. We are not treating them as equal, we are accepting society to admit that they are impaired and therefore we are going for equity rather than for equality. Another apparent discrimination it this question of cultural specificity versus universal rules. Are there cultural specific rules or is everybody having one ethic? Is in fact, as Prof. *Schulz* says, that everybody has his own ethics, – there are millions of ethics all around and everybody and everyday another one that comes up –, or is there not such thing and there is only one universal ethic rule for everything.

And there is, also, an apparent contradiction: Should we go for the welfare of the individual or should we go for the welfare of society? Which is the more important? And another one was: Should we go for compliance or active engagement throughout participation from the very first step. Is the patient or is society in the focus of our concern? All these apparent contradictions are pseudo-dilemmas. All of them are at the same time necessary and present. Social control must compliment individual responsibility and vice versa. We cannot believe or expect that people do suddenly become controlled only by social control, if we have not build it into them, into their very structure, their personality, the Super-Ego whichever you would call it. Therefore we should ensure that we live by rules that make progress in society possible. Education and coercion, both – of course we have to educate, but also we have to coerce. Confidentiality versus involving others – we must be very careful how we understand the word confidentiality and where we shall stop and where we shall open the door, in fact, to invite other people to do things together. Cultural specificity versus universality, also a pseudo-dilemma. There seem to be certain rules, which seem to be true worldwide and in all professions and everywhere, and many other rules that are specific to culture and have to be observed as well. Compliance versus active participation – for some things it is sometimes better to comply, for some it seems to be a better thing, somehow the paternal figure or the doctor does have something good to it, even when the patient does not understand absolutely everything that we are trying to tell him.

But then there are some true dilemmas as well. What do we do with material, knowledge, facts, that have been obtained in an unethical way – do we throw these results away or do we use them? That is a true dilemma,

which I think, and we will find well documented arguments from both sides for a long time to come. Should we use drugs without efficient evidence? The current scandal which has stopped the total health service system in Italy is a good example. And the story of Aids and the premature release of the Aids-drugs is repeated in a much more Italian way, with much more favour, much more vigour and much more strikes and big things that go over the place, and the Ministry of Health actually stopped receiving letters, because they cannot deal with this.

Lack of knowledge presents another true dilemma. Because there are true dilemmas, what do we do in the absence of knowledge? It is not the absence of a theoretical framework, but the absence of knowledge, you know, in an action. How ethical is it to proceed, if you do not know? And how should we go about this, is a trial and error procedure justifiable?

And then the final true dilemma: We live in a huge world that grows from day to day and the complexity of the world and the individuality of the cultures of the world becomes stronger and stronger. All this is becoming so complex that we have to understand that we shall not have a very clear answer to every question which we have and, in addition, to have answers created for ourselves and for those who surround us on many occasions and many situations.

Finally, in addition to these messages that ethical rules pervade everything and that there are many pseudo-dilemmas and some true dilemmas, there is one other thing, and that is that a good healer is a person who has ethically somehow been qualified to heal others in distress who has been qualified by knowledge, but also by his heart to do things for other people who have bigger problems. Now all this taken together, then it creates a good doctor, a good therapist, and that good doctor and therapist must not be a thing of the past, no matter how much technology gets involved and gets used.

These are somehow the messages that to me seem to be particularly important, and finally the last message which I now speak to half the world speakers and all the listeners here, I think that we should be very grateful to those who have presented themselves here, some of them given a very emotional and personal message – particularly our co-president judge *Amnon Carmi,* madam *Ammon* and madam *Rogers,* who have spoken from personal experience as well as from scientific or informational basis, and I thank to all of the other speakers who prepared themselves, to all of you who wanted to listen and to stay here on a Sunday until three o'clock in the afternoon. I want to thank you all very much and I would like to bring this meeting to a closure.

Ungarischer WADP-Zweig studiert Ammons Aggressionslehre

Etwa 40 Mitglieder der ungarischen Dynamisch-Psychologisch-Psychiatrischen Vereinigung (DPP), ein nationaler Zweig der Weltgesellschaft WADP, trafen sich vom 26. bis 28. Juni 1998 nahe Budapest, um sich ein Wochenende lang mit *Ammons* Aggressionslehre auf verschiedenen Ebenen auseinanderzusetzen. Bereits in der Begrüßungsrunde durch die DPP-Präsidentin, Frau Dr. phil. *Györigyi Körmendy,* wurden Fragen nach dem Umgang mit destruktiver Aggression, ansteigender Jugendkriminalität und den veränderten wirtschaftlichen und auch gesellschaftlichen Bedingungen angesichts abnehmender Suizidalität und ansteigender Kriminalität und offener Aggression im Lande gestellt. Auch die Möglichkeit der Formulierung einer Resolution an den Gesetzgeber zum Umgang mit kriminellen Jugendlichen und Kindern wurde diskutiert.

Dr. *Körmendy* demonstrierte in einer Fallstudie aus ihrer Praxis als Familientherapeutin die versteckte Rolle der Aggression in der Gruppendynamik der Familie und veranschaulichte dies anhand von Kinderzeichnungen. Die parallel tagende Kindergruppe machte deutlich, daß Gruppendynamik nicht ohne Auseinandersetzung um destruktive Aggression verlaufen kann. Zwei Tanz-Selbsterfahrungsgruppen zeigten, wie Symbiose-Problematik und destruktive Aggression auf nonverbaler Ebene gehandhabt werden können. Praktische und theoretische Aspekte zum Problem der Aggression aus akademischer Sicht referierte Prof. *Hardi* aus Budapest. Dipl.-Psych. *Gerhard Wolfrum* referierte die zentralen Aussagen und praktischen Implikationen von *Ammons* Aggressionslehre, Frau Dr. *Anette Binder* zeigte die therapeutische Arbeitsweise der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige in München und insbesondere die Prinzipien milieutherapeutischen Arbeitens auf. Intensive Diskussionen vertieften die Arbeit am zentralen Thema der Aggression und des Umgangs vor allem mit der Destruktion.

Ein geselliger Teil für die Teilnehmer und die Referenten aus Deutschland rundeten ein gelungenes Fortbildungswochenende ab, das erstmals unter dem Thema der Aggression stand und sich mit deren zentraler Bedeutung für gruppendynamische Prozesse und menschliche Entwicklung befaßte.

Gerhard Wolfrum (München)

Ankündigungen / Announcements

27th Winter Workshop
Organization: Group Analytic Society London
Title: Money: an interesting link between the inner and the social world
Location: Venezia, Italy
Date: January, 2–5, 1999
Information: Administrator, Group-Analytic Society (London),
90 Belsize Lane, London NW 3 5BE, U.K.
Tel.: (+44) (0) 171 794 3116
Fax: (+44) (0) 171 794 4990

The 38th International Congress an Alcohol and Drug Dependence
Organization: The International Council on Alcohol and Addictions (ICAA)
The Anton-Proksch Institute in Vienna (API)
Title: Dependence: Politics and Reality
Location: University Clinic AKH, Vienna, Austria
Date: August 15–20, 1999
Information: ICAA/CIPAT,
Case Postale 189, CH-1001 Lausanne, Switzer

Sommerakademie des Deutschen Arbeitskreises für Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik (DAGG)
Organisation: Deutscher Arbeitskreis für Gruppenpsychotherapie
und Gruppendynamik (DAGG)
Ort: Granada, Spanien
Zeit: 17.–21. Mai 1999
Information: Sekretariat des DAGG, Frau J. Bohnhorst,
Landaustraße 18, D-34121 Kassel
Tel.: +49 - 1561 - 284567
Fax: +49 - 561 - 284418

108. Gruppendynamische Tagung der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.
Veranstalter: Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.
Leitung: Dipl. Psych. Maria Ammon
Ort: Tagungszentrum der DAP in Paestum (bei Salerno/Süditalien)
Zeit: 2.–12. Juni 1999
Information: Lehr- und Forschungsinstitut 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

Im nächsten Heft erscheint...

Günter Ammon (1971)

Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophenie

Bela Buda (Budapest)

Enige spezielle Aspekte der Ethik in der Praxis der Dynamischen Psychiatrie

Robert Cancro (New York)

Compulsory Treatment of Psychiatric Disorders

Monika Dworschak (München)

Ethische Espekte in der Mileutherapie

– Änderungen vorbehalten / Changes reserved –

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. Psych. Gabriele von Bülow, 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: Dipl. Psych. Gerhild Sandermann, Rottenbucher Straße 36, D-81377 München
Nachrichtenteil/News: Verantwortlich Dr. phil. Ilse Burbiel, Presse- und Informationsreferentin im Executive Council der World Association for Dynamic Psychiatry WADP, Jägerwirtstraße 3, D-81373 München
Rechtsanwalt Thomas Hessel, Justitiar und Schatzmeister im Executive Council der World Association for Dynamic Psychiatry WADP, Arcisstraße 59, D-80799 München
Anzeigen/Advertising Manager: Renate Drechsler, Linprunstraße 7 D-80335 München (verantwortlich)
Abonnentenabteilung/Subscription Management: Dipl. Ing. Werner Schütz, Kantstraße 120/121, D-10625 Berlin
Manuskripte nimmt die Redaktion/Manuscripts should be sent to:

Hauptschriftleitung/Address of the editorial staff:
Dipl. Psych. Maria Ammon, Kantstraße 120/121, D-10625 Berlin

Mitglieder der Redaktion/Members of the editorial staff:
Dipl. Psych. Maria Ammon, Dr. med. Anette Binder, Dr. phil. Ilse Burbiel, Dipl. Psych. Gabriele von Bülow, Dr. med. Dorothee Doldinger, Dipl. Psych. Monika Dworschak, Dr. med. (Univ. Tel Aviv) Egon Fabian, Dr. med. Ulrike Fabian, Dr. phil. Gertraud Reitz, Dr. med. Bernhard Richarz, Dipl. Psych. Sylvelin Römisch, Dipl. Psych. Gerhild Sandermann, Dipl. Psych. Margit Schmolke, Dipl. Psych. Astrid Thome, Dipl. Psych. Gerhard Wolfrum.

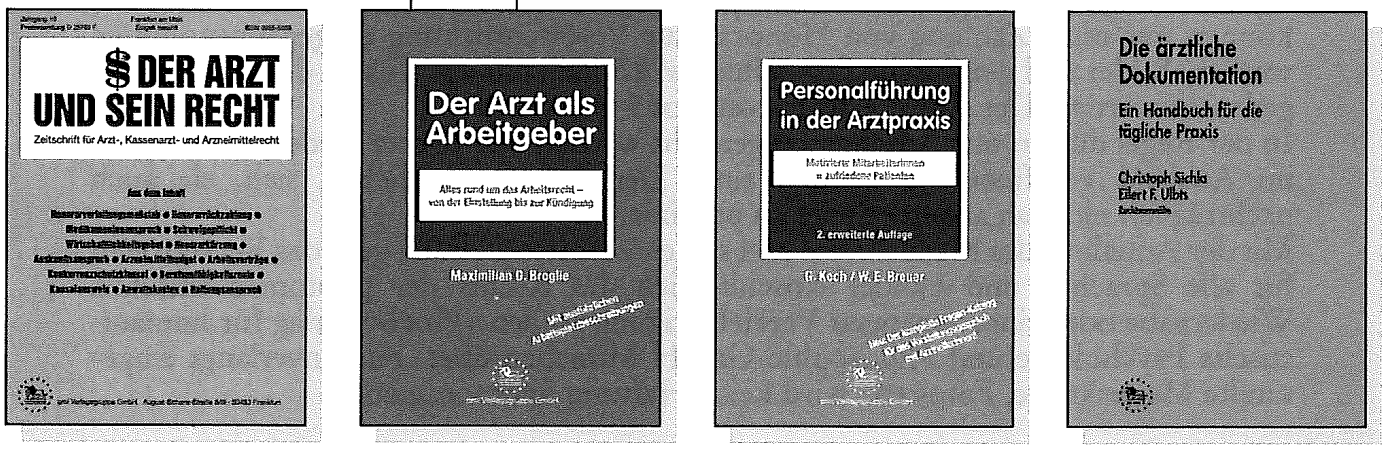
Die veröffentlichten Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Manuskripte werden in Deutsch und Englisch in dreifacher Ausfertigung entgegengenommen, deren Umfang nach Möglichkeit 20 doppelzeilige Schreibmaschinenseiten nicht überschreiten soll. Das Manuskript soll eine Zusammenfassung von mindestens zwei doppelzeiligen Schreibmaschinenseiten in Deutsch oder Englisch enthalten. Die Literaturangaben müssen jenen in diesem Heft entsprechen. Arbeiten können nur ohne Zahlung von Honorar zur Veröffentlichung entgegengenommen werden. Bilder und graphische Darstellungen können nur auf Kosten des Autors mitgedruckt werden. Der Autor erhält kostenlos 5 Beleghefte.
In der Regel dürfen nur Arbeiten eingereicht werden, die vorher weder im In- noch im Ausland veröffentlicht worden sind. Der Autor verpflichtet sich, sie auch nachträglich nicht an anderer Stelle zu publizieren.
Mit der Annahme des Manuskripts und seiner Veröffentlichung geht das Verlagsrecht für alle Sprachen und Länder einschließlich des Rechts der photomechanischen Wiedergabe oder einer sonstigen Vervielfältigung an den »Pinel« Verlag für humanistische Psychologie und Philosophie GmbH München über. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Fotos etc. wird keine Haftung übernommen.

Die Dynamische Psychiatrie erscheint zweimonatlich. Jahresabonnement DM 120,–, ÖS 880,–, SFr 108,– (zzgl. Porto), für alle Mitglieder der DAP, der DGG, der DGPM, der WADP und der DGDP, für Ärzte im Vorbereitungsdienst, Mitarbeiter der Psychoanalytischen Kindergärten gegen Nachweis nur in Deutschland DM 95,–, ÖS 700,–, SFr 86,– (zzgl. Porto). Studenten DM 63,–, ÖS 480,–, SFr 59,– (zzgl. Porto). Einzelheft DM 20,–, ÖS 145,–, SFr 17,–. Das Abonnement verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn es nicht vier Wochen vor Ablauf des Bezugsjahres gekündigt wird. Zahlung des Jahresabonnements bis zum 1.4. d.J. auf das folgende Konto: Berliner Volksbank (BLZ 100 900 00), Kto.-Nr. 24 011 208.

The authors's opinion does not necessarily reflect the opinons of the editiorial staff.
Manuscripts (three copies), each limited to 20 double-spaced typed pages, will be accepted German and English. All manuscripts must have a summary in either German or English (minimum two double-spaced typed pages). Literary reference should be adapted to those in the journal. There can be no remuneration for contributions. Pictures and graphic illustrations are printed at the author's own expense. The author receives 5 voucher copies of the journal.
Generelly, only unpublished manscripts will be accepted. Articles published in this journal may not appear in any other publication.
With the acceptance of the manuscript and its publication, the »Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH München reserves the copyrights in all countries and languages. This journal, or parts thereof, may not be reproduced in any form, by photocopy or any means without written permission from the publisher. We do not undertake any liability for manuscripts, photos etc. which were not asked for by us.
Dynamic Psychiatry is published bi-monthly. Annual subscription rate $ 78, for WADP-members $ 62,–, for students 42,– (plus postage charge $ 8,–), per individual copy $ 13,–. Air mail delivery with additional payment on special request. The subscription is prolonged for one year, if it has not been cancelled four weeks before the end of the year. The annual subscription rate should be paid by the 1st of April. The money should be remitted on the account of »Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH, Berliner Volksbank (BLZ 100 900 00), Kto.-Nr. 24 011 208.

Fachliteratur Arzt-Recht

Rechtlich immer up to date!



Der Arzt und sein Recht

Zeitschrift für Arzt-, Kassenarzt- und Arzneimittelrecht

Die Zeitschrift bietet praktische Hilfe bei der Bewältigung der zunehmenden Rechtsprobleme durch aktuelle, leicht verständliche Informationen für die ärztliche Praxis. Wichtige Urteile, Verordnungen und Richtlinien werden von erfahrenen Arztrechtlern kommentiert. Interessante Aufsätze und Interviews runden den Inhalt ab.

Das Jahresabonnement (6 Ausgaben) kostet DM 200,–, sfr 200,–, öS 1.400,–, Euro 100,– zzgl. Porto/Verpackung

NEU: Der Arzt als Arbeitgeber

Alles rund um das Arbeitsrecht – von der Einstellung bis zur Kündigung

Die interessante Neuerscheinung nimmt zu allen wichtigen Arbeitgeberfragen Stellung, zeigt rechtliche Gesichtspunkte zur Beschäftigung von Mitarbeitern auf, gibt wichtige Tips und hilft so, unnötigen Ärger und Kosten zu vermeiden. Neben Fragen zur Einstellung, Krankheit und Kündigung befaßt sich das Buch u. a. auch mit dem Ehegatten-Arbeitsverhältnis und mit Wettbewerbsklauseln in der Arztpraxis.

Hrsg.: Maximilian G. Broglie, ca. 150 Seiten Broschur, ISBN 3-89119-420-X, DM 29,80 sfr 26,90, öS 220,–, Euro 14,90

Personalführung in der Arztpraxis

Motivierte Arzthelferinnen – zufriedene Patienten

Sehr viele Patienten, so hat eine Befragung ergeben, machen die Wahl ihres Arztes vom Verhalten der Arzthelferinnen abhängig, d. h., motivierte Mitarbeiterinnen sind in einer Arztpraxis unerläßlich. Das Buch hilft, eventuell bestehende Defizite in der Mitarbeiterführung zu beheben und Fehler zu vermeiden. Neu ist in der 2., erweiterten und überarbeiteten Auflage ein Fragenkatalog für das Vorstellungsgespräch mit der Arzthelferin.

Gerd Koch, Wulf E. Breuer, 128 Seiten Broschur, ISBN 3-89119-411-0, DM 29,80 sfr 26,90, öS 220,–, Euro 14,90

Die ärztliche Dokumentation

Ein Handbuch für die tägliche Praxis

Das aktuelle Handbuch rund um die ärztliche Dokumentation bietet alles Wissenswerte zu diesem Thema – von der Aufbewahrungspflicht, Einsichtsrecht des Patienten bis zur Dokumentation in Sonderfällen.

Christoph Sichla, Eilert F. Ulbts, 88 Seiten Broschur, ISBN 3-89119-381-5, DM 32,50 sfr 29,50, öS 238,–, Euro 16,25

pmi Verlag · August-Schanz-Straße 8 · 60433 Frankfurt am Main
Telefon 069/54 80 00-0 · Telefax 069/54 80 00-66
e-mail: pmiVerlag@aol.com · Internet: http://www.pmi-verlag.de