

Dynamische Psychiatrie

Begründet
von
Günter Ammon

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse

33. Jahrgang
1.-2. Heft 2000
ISSN 0012-740 X

Heft 180/181

Dynamic Psychiatry

Schizophrenie und Borderline-Störungen III

Aus dem Inhalt:

Mátyás Trixler, Ágnes Gáti, Tamás Tényi

Recent Approaches in the Psychotherapy of Psychotics and Borderline Patients

Ingeborg Urspruch

Humanstrukturelle Theatertherapie – eine Möglichkeit des Ausagierens für Borderline Patienten

Gerhard Wolfrum

Sexualität aus humanstruktureller Sicht

Margit Schmolke

Ressourcen und gesunde Potentiale bei schizophren reagierenden Menschen

Maria Rettenberger, Rita Primbas

Die Bedeutung der extramuralen stationären Milieuthérapie für den therapeutischen Prozeß eines Borderline Patienten – eine Kasuistik

»Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH Berlin

Dynamische Psychiatrie / Dynamic Psychiatry

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse

Organ der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), der

World Association for Dynamic Psychiatry WADP, der

Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG), der

Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM), der

Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaike, der

Deutschen Gesellschaft für Dynamische Psychiatrie (DGDP) und der

Psychoanalytischen Kindergärten

33. Jahrgang, 1./2. Heft 2000, Nr. 180/181

Begründet von Günter Ammon,

herausgegeben von Maria Ammon unter Mitarbeit von

F. Antonelli, Rom – L. Bellak, New York – B. Buda, Budapest – I. Burbiel, München –

A. Carmi, Haifa – R. Ekstein, Los Angeles – Th. Freeman, Antrim – A. Garma, Buenos

Aires – F. Hansen, Oslo – I. Jakob, Pittsburgh – M.M. Kabanow, St. Petersburg –

M. Knobel, Campinas – A. Lambertino, Parma – U. Mahlendorf, Santa Barbara –

A. Mercurio, Rom – L. Miller de Paiva, Sao Paulo – K. Okonogi, Tokio – M. Orwid,

Krakau – J.F. Pawlik, Warschau – V.S. Rotenberg, Tel Aviv – D. Shaskan, Los

Angeles – J.B.P. Sinha, Patna – Y. Tokuda, Tokio – H. Volger, Berlin – T. Yamaguchi,

Tokio

Inhalt/Contents

Mátyás Trixler, Ágnes Gáti, Tamás Tényi

Recent Approaches in the Psychotherapy of Psychotics and Borderline Patients 3

Ingeborg Urspruch

Humanstrukturelle Theatertherapie – eine Möglichkeit des Ausagierens für Borderline Patienten 13

Gerhard Wolfrum

Sexualität aus humanstruktureller Sicht 27

Margit Schmolke

Ressourcen und gesunde Potentiale bei schizophren reagierenden Menschen 56

Maria Rettenberger, Rita Primbas

Die Bedeutung der extramuralen stationären Milieuthherapie für den therapeutischen Prozeß eines Borderline Patienten – eine Kasuistik 66

István Kappéter

„Gilded Cages“ for Schizophrenic and Borderline Patients in 1950–1953 and 1991–1999 77

Thomas Reinert

Pränatalpsychologische Aspekte der Borderline Störung 89

Sandor Fekete, Peter Osvath, György Kószán, Ágnes Gati

Self-Destruction and Psychopathology – Clinical Validation and some Results of the Ego-Structure Test developed by Günter Ammon 102

Natalia Lutova, Viktor Wied

Defense Mechanisms and Coping Styles in their Interrelationship with Motivation toward Specific Therapeutic Approach 110

Jai B. P. Sinha

Cultural Construction of Health and Healing 119

Spyridon Koutroufinis

Über die Affinität der Zeitphilosophie Henri Bergsons zum Ammonschen Verständnis von Zeiterleben 137

Karl Peltzer

Ethnopsychanalytische Aspekte von Psychotherapie am Beispiel afrikanischer Gesellschaften 159

Buchbesprechungen / Book Review 180

Nachrichten / News 190

Ankündigungen / Announcements 200



Wir trauern um Dr. med. Marius Erdreich

* 31. 5. 1929

† 6. 10. 1999

Psychiatrist, Director of Psychiatric Services of Bnei-Zion Medical Center, Haifa, Senior Lecturer in the Medicine School, Technion, Haifa, Israel, Editor of the Psychiatric and Law chapter in the Medical Association Bulletin, Chairman of the Control Committee of the Medical and Law Association of Israel, Member in the American Association of Psychiatric Administration, Fellow of the International Association of Social Psychiatry, Member in the American Society for Advancement of Science, Member of New York Academy of Sciences, Vice President of the WADP, Chairman of the Israeli Branch of WADP

Recent Approaches in the Psychotherapy of Psychotic and Borderline-Patients***

Mátyás Trixler*, Ágnes Gáti**, Tamás Tényi (Pecs)**

The authors discuss the dynamic psychiatric conceptions of the development of schizophrenic psychoses and borderline disorders. They support the ego-defect theory and emphasize its impact on the psychotherapy of schizophrenic and borderline patients.

They demonstrate some new results of psychoanalytic infant research which seems to have a great heuristic value for further development, not only in the conceptualisation but also in the practical application of the psychotherapy with schizophrenic and borderline patients. The specific and changing aspects of the different components of psychotherapy, - establishing therapeutic contact, transference, the role of interpretations and interventions -, are discussed in detail. They evaluate the practical aspects and limitations of their work and their strivings for a synthesis between pharmaco- and psychotherapy.

About the development of schizophrenic psychoses two conceptions can be outlined in recent dynamic psychiatry (*Grotstein, 1977*). According to one theory schizophrenia results from regression due to the conflict with reality. This theory suggests a traumatization at the separation-individuation phase of personality development, which serves as a fixation point, and regression occurs to this level. The other theory presumes structural defects in the preschizophrenic ego-structure, so called ego-defects, as *Günter Ammon* formulated "Loch im Ich" (*Ammon 1979*). In conflict situations by cause of the ego-defect, the ego is not able to adapt to the environment, and the ego merges in the id, so the personality is disorganizing. According to these conceptions the structural defects are caused either by genetic errors, which hinder the development of an unconflictuous ego-structure, or during the personality development the environment doesn't help to construct a harmonious ego-structure. Based on our clinical experiences we support the ego-defect theory. *Will (1980)* recommended that the therapists shouldn't emphasize in their thinking the genetic determination of schizophrenia, because of possible counter-transference problems, which increase the resistance of the patients (*Will, 1980*). The etiological role of the environmental factors is conceptualized around two components. One opinion emphasizes the role of the mother, which is originated from the "schizophrenogenic mother" conception (*Fromm-Reichmann, 1958*). This was further improved by *Bion (1967)* who conceptualized that the mother, caused by her ambivalence, is not able to provide the necessary "container" function for neutralizing the anxiety of the infant. The other opinion which is partially overlapping with the ego-

* Ph.D., Head of the Department of Psychiatry, University Medical School of Pecs, Hungary

** M.D., University Medical School of Pecs, Hungary

*** Lecture given at the 12th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry (WADP) / 25th Intern. Symposium of the German Academy of Psychoanalysis (DAP) at the Humboldt University Berlin, March 17 - 21, 1999

defect theory, concentrates on the infant, and emphasizes the inborn aggression or the primitive stimulus-barrier disturbance (*Grotstein, 1977*). The integration of the two conceptions was done by *Pao (1979)* who stated that the interaction of mother and child can't be divided, and the question of "mutual cueing" depends on the parallelity of the quality of care and frustrating experiences connected necessarily with nursing. Conceptions which emphasize the dual aspects of personality have great psychotherapeutic importance. *Sullivan's* opinion, that "complete" schizophrenia doesn't exist, because it remains always a healthy ego part, is accepted by most of the therapists (*Fromm-Reichmann, 1950*). According to *Bion* every psychotic personality can be divided into a psychotic and non psychotic part, the first is based on projective identification, the second on repression (*Bion, 1967*). Consequently yet the most disorganized patient is able to hold contact with reality.

Recently we are attempting a clinical application of the results of psychoanalytic infant research. *Stern (1985)*, *Lichtenberg (1989)*, *Demos (1993)* and others stated that the distortion of reality testing, which is characteristic for psychotic and personality disorder patients, and the reality testing of the infant are strongly different. The infant develops from the earliest days a valid reality-testing, and owns many capacities around cognition, memory and perception, and with this the integration and generalization of his perceptions. From the first days of life the infant appears to be aware of the mothering figure and affirmation and validation from the caretaker is crucial for the development of the infant's sense of self.

Stern described four, later with modification five senses of self (*Gabbard, 1994*). He considered them as different domains of self-experience, rather than as phases that subsequently eclipsed by the succeeding phase. Each domain, once formed, remains for the entire life span and operates together with other coexisting senses of self.

Stern emphasized that such fundamental issues as attachment, trust and security transcend phase specificity and are issues for the entire span of life. The senses of self remain active, growing and vulnerable to deformations occurring at any life point. The senses of the self are parts of our everyday reality and do not have any kind of psychopathological nature. The organisation of the sense of self is biologically based (*Levin, 1991; Gedo, 1993*), but from other side the infant is interactive from the beginning with his environment.

Instead of the traditional views on phases and fixations *Stern (1985)* suggested the reconstruction of the narrative and actual points of origins of different psychopathologies. During the reconstruction of the past, first the development of a narrative point of origin is useful in the form of a key-metaphor, which later can be evaluated by the description of a pathologically deformed or a lack of a certain sense of self. After establishing the key-metaphor the work is directed toward the actual point of origin of pathology. The actual point of origin is not needed to be

happen in the first years of life, the different senses of self can be deformed in every period of life.

In the clinical work an important point is to find the sense of self in which the narrative point of origin is presented. The observation and exploration of the senses of self helps the clinician to recognize which sense of self is most deformed or which is lacking.

Psychopathology from a developmental point of view is perhaps best seen on a continuum. At one pole, are actual neuroses or adjustment disorders related to an acute stress. This kind of pathology has an actual point of origin that can occur at any point in development. The narrative point of origin and the actual point of origin are identical. At the other pole are the cumulative interactive patterns, which can be observed very early, and the characteristic cumulative patterns result in personality types or personality disorders. These have not an actual developmental point of origin in any meaningful sense. In the case of psychoses recent biological psychiatric research support the view that the deformation or lack of certain senses of self is neurobiologically based, but the description of the narrative point of origin helps the psychodynamically thinking clinician to cure his patients in a complex (pharmacologic and psychotherapeutic) treatment process.

In order to achieve a reorganization of the patient's psychic structure, it seems unavoidable to establish a therapeutic contact which allows the patients to develop an internal structure that is derived from the external structure provided by the psychotherapist and the staff. All of the authors (*Sullivan, 1962; Fromm-Reichmann, 1958; Searles, 1965; Giovacchini, 1978; Ammon, 1979; Benedetti, 1980*) emphasize the importance of establishing a contact and positive relationship, which is, however, often a peculiarly difficult matter. In the psychotherapy of psychotics a greater intervention activity is needed from the therapist as in the classic psychoanalytic technique (*Sechehaye, 1951; Arieti, 1974*).

Searles (1963) emphasized again the importance of the therapeutic neutrality and indifference which allows the patient to achieve an optimal therapeutic distance. The schizophrenic patients are desperately lonely, yet defend against closeness and emotional involvement and are likely to become suspicious, hostile or regressed when someone attempts to drive close. *Laing (1959)* speaks of the danger of "implosion", that is the dissolving of the schizophrenic ego when confronted with our emotions. From the other side, a too large interpersonal distance again is not tolerable permanently for the patients. Without a real reference person in attainable distance they are not able to fulfill their symbiotic wishes, and gaining support for their fragmented egos. Therefore, it is very important that the therapist should follow continually with great attention the interpersonal distance during the therapy, and at the same time he should offer an opportunity for the patients to take part actively in its forming (*Trixler et al., 1989*).

The substance of the therapeutic contact was diversely formulated by various authors. *Sullivan* (1962) speaks about "participation", *Searles* (1963, 1965) sets "therapeutic symbiosis" as the aim of therapy. *Benedetti* (1980) used the word "entrance" to characterize the process wherein the therapist enters into the world of the schizophrenic and is ready to be with the patient in his pathological world. With the acceptance of the patient's pathological world, and by the participation therein, the therapist with his own personality and feelings represents the external reality in the relationship, and by supporting the healthy parts of the ego a chance is provided for the reintegration of the psychotic personality. As *Benedetti* (1980) formulated: the fostering of integration of the psychotic ego, and the stimulating of necessary psychosynthetic forces is only possible from within the psychotic world.

In our clinical practice we try to build up a therapeutic contact with the autistic, regressive schizophrenic patients according the former discussed conceptions (*Trixler et al.*, 1989). The neuroleptic medication will be adjusted to a level which seems to be optimal for the therapeutic relationship. Providing the patients a sense of security has fundamental importance, coupled with an anxiety free atmosphere (*Fromm-Reichmann* 1950; *Sullivan* 1962). The schizophrenic patient must be helped to feel secure enough to try giving up his pathological self (*Volkan*, 1990). Contact building needs very often special techniques. The nonverbal to the situation sensibly adapted activities as touching the patient, holding his hand, walking together etc., mentioned by *Arieti* (1974), may be often useful. Oral and visual gratification corresponding the regressive state, for instance striving for an eye contact between therapist and patient (*Tähkä*, 1979), obtains great importance in the process of contact building. To achieve an oral gratification we applied some elements of *Sechehaye's* symbolic realization technique (*Sechehaye* 1951, 1956). According to that method we have given the patients "oral presents", certain food, a particular beverage, fruits etc. Giving the patients various objects, toys, little animal figures, which he may use as a reactivated transitional object (*Winnicott* 1953, 1958), is useful through the projective identification in establishing a symbiotic relationship. The recalled mothering-nourishing elements may represent often the only way to contact the deep regressive patients (*Trixler et al.*, 1989).

Beside the acceptance of the pathological world of the patients it is of great importance that the therapist should represent the reality in the relationship, and by supporting the healthy ego parts he should try for a reintegration of the personality (*Fromm-Reichmann*, 1950; *Arieti*, 1974). The therapist does not first try to rationalize the symptoms, but to participate in. The anxiety free atmosphere is the precondition that the patients connect new introjections with the archaic ones (*Ferenczi*, 1921). This basic process is described by *Grotstein* (1977) as the correction of archaic internal objects by new object representations.

The patient must be helped to build up transference toward the therapist. Concerning the characteristics of psychotic transference and the dealing with it, there are diverse conceptions (*Searles, 1965; Rosenfeld, 1969; Little, 1985; Benedetti, 1987*). It is principally different from the neurotic one. The main distinction between neurotic and psychotic transference is that the psychotic has lost his internal object representations and can no longer differentiate between the self and the object world. He projects his delusional contents onto the therapist. The emerging of isolated bad self fragments signifies great difficulty. There are detailed descriptions about the connection between those and immature ego defence mechanisms (*Grotstein, 1977; Rosenfeld, 1969*). *Benedetti (1980)* called the transference process in the psychotherapy of psychotics "identification" and meant that the patient's fragmented ego finds its own identity by identification with the integrated ego of the therapist. In this way we try to get reality into the patient's psychotic world. In accordance with *Benedetti (1987)* we want to give rise to a "positivization" of the psychotic experiences on the basis of the shared psychotic world.

Another fundamental point concerns the problem of psychodynamic interpretation. According to *Benedetti (1980)* interpretations in the psychotherapy of schizophrenia are "operational" in nature, in that they do not discover a specificity of psychodynamics at the roots of schizophrenia. Interpretations translate schizophrenic processes into psychogenetic events in order to give the patient the key to structuring of his psychotic experiences. These are concerned not only with instinctual needs of the schizophrenic patients, as in neurosis, but also with "structural needs" of the schizophrenic ego. This means, the needs of the patients to distinguish between egoic and alien, to grasp the frontiers of their own egos, to structure associations in time and space, and so on. Based on *Rosenfeld (1969)*, we think that the structural interpretation of projective identification is needed in transference psychosis, in order to the patients shall be able to make distinction between their healthy ego-parts and those ones which are dominated by immature defence mechanisms during the psychosis. Only after achieving a suitable ego-integrity the interpretation of the patient's instinctual conflicts as in neurotics will be possible.

A different emphasis is put on the resistances of the patients. *Benedetti (1980)* wrote that most schizophrenics are so dependent upon their own autistic, delusional behavior, that it is more than a resistance; it seems to be an attempt to survive by means of organizing a last psychotic identity against the total identity lost. Therefore, reducing their resistance to psychological mechanism would be meaningless, but we may reach the patient if we convey to him, through our interpretations, the feeling that we accept and understand his resistance as necessary expression of himself.

One of the most important consequences of infant research studies on clinical psychoanalysis are on the changing views of interventions, therapeutic relationship, and transference (*Morgan, 1997*). A modified

model seems to be more and more popular, which is nearer to the *Sullivanian* interpersonal psychiatry and *Kohut's* therapeutical practice.

The most important healing factors seem to be corrective emotional experience, social referencing and affect attunement (*Parens*, 1994). Not the interpretation of the distorted original mothering is crucial, but a corrective patient-therapist "real" relationship. Therapeutic interventions and interpretations are mainly not directed to the repetitive nature of transference, but to the patient's desire to develop intersubjective relationship. The real essence of transference is not the repetition and distortion of the past, but rather the patient's present desire to be a particular object of the analyst's (*Lacan*, 1978; *Stolerow*, *Lachmann*, 1984; *Muller*, 1992). *Stern* (1995) warns that the remembering versus acting differentiation is only valid when acting is in use of resistance and symptom formation. In other situations, acting means an actualization of the preverbal, episodic memory material, and transference can be viewed as an equivalent of every love or mother-child relationship. According to *Lewin* (1991) transference is a probe, for testing the mutuality between the subject and the other.

Different interventions and interpretative activities are needed in disturbances with the different senses of self (*Holinger*, 1989). *Gedo* and *Goldberg* (1973) described a hierarchy of treatment modalities based on the developmental level of the patient: pacification for traumatic states, unification for psychotic desintegration, optimal disillusionment for narcissistic personality disorders, interpretation for neurotic character disorder, and introspection for the healthy, adult person. Recently *Gedo* (1993) has modified his model, and stated that nonanalytic interventions as pacification, unification and optimal disillusionment are not only appropriate but necessary in the mobilisation of analytic transferences. *Stern* (1985) maintains that during core-relatedness appropriate responsiveness and regulation, during intersubjective relatedness affect attunement, while during verbal relatedness consensual validation and reinforcement shaping can be used as an intervention strategy. The traditional interpretative activity is justified when the focus of psychopathology is formed around repression.

To evaluate the therapeutic work, we have to consider some practical aspects and limits of it. The essential significance of this work does not lie on a statistical level. Only a relatively small number of patients could be benefited with this form of psychotherapy; the time consuming aspect sets a strong limit. From the other side our intensive psychotherapy is combined with suitable pharmacotherapy, we could not spare it. We consider it as a good result, however, that during the therapy, by the widening of the therapeutic contact and strengthening of ego-integrity the doses of psychopharmacy could be markedly reduced, and hereby was the somatic endangering of the patients reducible.

We do not mean that the discussed intensive psychotherapy would be a causal therapy of schizophrenia. We agree with the formulation of *Ammon*

(1979), who considered the psychosis psychotherapy principally as identity therapy, in which the significant effect is the reintegration of the patient's fragmented ego. To be able to reach this goal establishing a true therapeutic relationship is of essential importance, which allows to bring reality into the patient's psychotic world through the feelings, thoughts, and fantasies of the participating therapist.

Finally it is undisputable that the psychotherapy of schizophrenic patients, despite of its considerable antecedents and many successes, can not be considered completed. It is still in a research phase. With our work we would like modestly contribute to this difficult area of psychotherapy.

Neuere Ansätze in der Psychotherapie psychotischer und Borderline Patienten

Mátyás Trixler, Ágnes Gáti, Tamás Tényi (Pecs)

Zur Genese der Schizophrenie lassen sich in der psychotherapeutischen Forschung grundlegend zwei Erklärungsmodelle ausmachen: Wird Schizophrenie als Ergebnis eines Traumatisierungsvorganges in der Trennungs- und Individuationsphase der Persönlichkeit des Kindes angesehen, so erhält die Rolle der "schizophrenogenen Mutter" (*Fromm-Reichmann*) dabei entscheidende Bedeutung. Nach *Bion* ist sie aufgrund ihrer eigenen Ambivalenz nicht dazu in der Lage, die nötige "Container-Funktion" zu übernehmen und so die Angst des Kindes aufzufangen.

Die Ich-Defekt-Theorie dagegen, der die Autoren zuneigen, geht von strukturellen Defiziten in der präschizophrenen Ich-Struktur aus, die in Konfliktsituationen dazu führen, daß das Ich sich nicht an die Umgebung anpassen kann und deshalb vom Es überflutet wird. Für die Herkunft dieser Defizite des Ichs, die *Ammon* als "Loch im Ich" beschrieben hat, werden ebenfalls verschiedene Ursachen geltend gemacht. Während *Grotstein* die Verantwortung dafür einer angeborenen Aggression bzw. einer Störung der Reizschranke des Kindes zuweist, hat *Pao* im Gegensatz zu *Fromm-Reichmann* und *Bion* nicht die Rolle der Mutter allein, sondern die Interaktion zwischen Mutter und Kind mit der Qualität der Fürsorge auf der einen wie dem Maß an Frustrationserfahrungen auf der anderen Seite als wesentlich für das Wachstum der Persönlichkeit des Kindes betont. Beiden Modellen, der Traumatisierungs- wie der Ich-Defekt-Theorie, ist gemeinsam, daß sie genetische Prädispositionen für eine schizophrene Erkrankung ablehnen. Nach *Sullivan*, der eine vollständige Auflösung der Persönlichkeit in Krankheit verneint und dem die überwiegende Mehrzahl der psychotherapeutisch ausgerichteten Forscher darin folgt, bleibt immer auch ein gesunder Anteil des kranken Menschen vorhanden, welcher einer heilenden Begegnung zugänglich ist. Auch schwer verwirrte Patienten sind prinzipiell dazu in der Lage, Kontakt mit der Realität zu halten. Dies ist therapeutisch von hoher Bedeutung.

Bei der Frage nach der Genese der Schizophrenie hat auch die psychoanalytische Entwicklungspsychologie einen bedeutenden Beitrag geleistet. Nach neueren Forschungsergebnissen (*Stern, Lichtenberg, Demos*) verfügen Säuglinge praktisch von den ersten Lebenstagen an über Fähigkeiten der Realitätsprüfung, über Erinnerung, Bewußtsein und Wissen und generalisieren diese frühen Wahrnehmungen. Nach *Stern* können fünf Stufen der Entwicklung des Selbstempfindens beobachtet werden, auf denen Gefühle von Bindung, Vertrauen und Sicherheit entstehen, die dann im gesamten weiteren Leben konstante Größen darstellen. Von diesem entwicklungspsychologischen Blickwinkel aus betrachtet, müssen auch die psychopathologischen Formen der Selbstempfindung als lebenslanges Kontinuum aufgefaßt werden.

Was die konkrete Behandlungstechnik im Falle der Schizophrenie angeht, so ist - wie sämtliche Autoren betonen (*Sullivan, Fromm-Reichmann, Searles, Giovacchini, Ammon, Benedetti*) - der Aufbau einer positiven Beziehung zwischen Therapeut und Patient unabdingbar, um es den Patienten zu ermöglichen, aus äußeren Strukturen, die das therapeutische Team anbietet, eine innere Struktur der Persönlichkeit zu entwickeln. Denn das Ziel einer Behandlung muß die Reorganisation der psychischen Struktur des Patienten sein. Allerdings ist es häufig ausgesprochen schwierig, überhaupt Kontakt mit den an Schizophrenie Erkrankten aufzunehmen. Einen entscheidenden Punkt stellt dabei das Maß an persönlicher Nähe zwischen Therapeut und Patient dar - ist diese zu gering, so kann es zu feindlichen Abwehrreaktionen kommen, wird der Abstand dagegen zu groß, so fühlen sich die Menschen in ihrem Wunsch nach symbiotischer Verschmelzung verlassen. Als wesentliches Moment des therapeutischen Kontaktes sieht *Sullivan* "Partizipation", *Searles* als Ziel der Therapie eine "therapeutische Symbiose", während *Benedetti* mit dem Begriff "Eintritt" die Möglichkeit beschrieben hat, eine Integration der Persönlichkeitsanteile während des Heilungsprozesses durch Eintauchen des Therapeuten in die pathologische Welt des Patienten zu fördern. Um diesem ein Gefühl der Sicherheit zu vermitteln, daß er sein pathologisches Selbst allmählich aufgeben kann, können kleine, sensibel eingesetzte Gesten oder orale Belohnungen im Sinne einer "symbolischen Wunscherfüllung" (*Sechehaye*) helfen. Besonders bei extrem regressiven Patienten ist dieser Zugangsweg mitunter der einzig mögliche.

Darüber hinaus sollte der Therapeut in der Beziehung zum Patienten die Realität repräsentieren und dabei die gesunden Anteile der Persönlichkeit unterstützen. Besonders eine angstfreie Atmosphäre soll dazu beitragen, daß der Patient neben seinen alten pathogenen neue Erfahrungen aufnehmen kann. *Grotstein* beschreibt diesen Vorgang als Korrektur von archaisch verinnerlichten Objekten durch neue Objektrepräsentationen. Bedeutsam in diesem Prozeß ist die Übertragung, die der Patient auf den Therapeuten entwickelt und die es im Falle der Psychose ermöglichen kann, daß das fragmentierte Ich des Patienten seine Identität durch die

Identifizierung mit dem integrierten Ich des Therapeuten finden kann. Auf diese Weise gelangt allmählich Wirklichkeit in die Wahnwelt des Patienten.

Distanzierende Interpretationen von seiten des Therapeuten müssen vorsichtig erfolgen und sollen dem Patienten strukturelle Hilfe anbieten, etwa bei der Unterscheidung von innen und außen, bei der Ich-Abgrenzung oder beim Umgang mit Raum und Zeit. Der Widerstand psychotisch reagierender Menschen kann am besten aufgefangen werden, indem man ihnen das Gefühl vermittelt, daß er der notwendige Ausdruck ihrer selbst ist und als solcher verstanden wird.

Bei allen Krankheitsbildern, auch jenseits der Schizophrenie, sind die wichtigsten Heilungsfaktoren neue emotionale Erfahrungen, die Einbindung in ein soziales Umfeld sowie im direkten Patienten-Therapeuten-Verhältnis weniger die Aufarbeitung der problematischen Mutter-Bindung, sondern vielmehr der Aufbau einer echten und auf diese Weise korrigierenden Beziehung. Es geht in einem weitaus höheren Maße um den Wunsch des Patienten, ein besonderer Teil, ein besonderes Objekt des Analytikers zu sein, anstatt die Vergangenheit zu wiederholen. Letzteres wird erst dann notwendig, wenn der Kern der Psychopathologie in einer neurotischen Verdrängung zu suchen ist.

Die Grenzen des vorgeschlagenen Modells liegen darin, daß wegen des hohen Zeitaufwandes nur einer kleinen Zahl von Patienten auf diese Weise geholfen werden kann. Eine psychopharmakologische Behandlung wird dabei eingesetzt, um einen therapeutischen Kontakt zu ermöglichen; diese kann bei gewachsener Ich-Integrität des Patienten im Laufe der Therapie gesenkt werden. Die beschriebene Therapie ist - in Anlehnung an *Ammon* - eine Identitätstherapie, die zu einer Reorganisation der zersplitterten Ich-Anteile der Patienten führen soll.

References

- Ammon, G.* (1973): *Dynamische Psychiatrie.* (Luchterhand: Darmstadt-Neuwied).
 - (1979): *Schizophrenie.* In: *Ammon, G., Hrsg: Handbuch der Dynamischen Psychiatrie,* (Ernst Reinhardt: München).
Arieti, S. (1974): *Interpretation of Schizophrenia.* (Basic Books: New York).
Benedetti, G. (1980): *Individual Psychotherapy of Schizophrenia.* In: *Schizophrenia Bull.,* (6) 633-638.
 - (1987): *Psychotherapy of Schizophrenia.* (Univ. Press: New York).
Bion, W. R. (1967): *Second Thoughts.* Jason Aronson, New York.
Demos (1993): *Developmental Functions for the Capacity for Self-Analysis. Parallels in the Roles of Caregiver and Analyst.* In: *Barrow, J. W. (Ed.): Self-Analysis. Critical Inquiries, Personal Visions.* (The Analytic Press: Hillsdale).
Ferenczi, S. (1921): *Weiterer Ausbau der aktiven Technik in der Psychoanalyse.* In: *Intern. Zschr. f. Psychoanal.,* (7) 233-257.
Fromm-Reichmann, F. (1950): *Principles of Intensive Psychotherapy,* (Univ. Press: Chicago).
 - (1958): *Basic Problems in the Psychotherapy of Schizophrenia.* In: *Psychiatry,* (21) 1.
Gabbard, G. O. (1994): *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. The DSM-IV Edition.* (American Psychiatric Press: Washington DC).
Gedo, J.; Goldberg, A. (1973): *A Models of Mind.* (Univ. Chicago Press: Chicago).
Gedo, J. (1993) *Beyond Interpretation. Toward a Revised Theory for Psychoanalysis.* (The Analytic Press: Hillsdale).

- Giovacchini, P. L.* (1978): The Impact of Delusion and the Delusion of Impact: Ego defect and the Transitional Phenomenon. In: *Gralnick S., Barkin, L.* (eds.): *Between Reality and Phantasy*. (Jason Aronson: New York).
- Grotstein, J. S.* (1977): The Psychoanalytic Concept of Schizophrenia. I. The Dilemma, III. Reconciliation. In: *Int. J. Psychoanal.*, (58) 403-452.
- Holinger, P. C.* (1989): A Developmental Perspective on Psychotherapy and Psychoanalysis. In: *Am. J. Psychiatry* (146) 1404-1412.
- Laing, R. D.* (1959): *The Divided Self*. (Tavistock Publications: London).
- Levin, F.* (1991): *Mapping the Mind*. (The Analytic Press: Hillsdale).
- Lichtenberg, J. D.* (1989): *Psychoanalysis and Motivation*. (The Analytic Press: Hillsdale).
- Little, M.* (1958): On Delusional Transference (Transference Psychosis). In: *Int. J. Psychoanal.*, (39) 134-138.
- Morgan, A. C.* (1997): The Application of Infant Research to Psychoanalytic Theory and Therapy. In: *Psychoanalytic Psychology*, (14) 315-336.
- Pao, P.* (1979): *Schizophrenic Disorders*. (Intern. Univ. Press: New York)
- Parens, H.* (1994): A Commentary on the Significance of Infant Observational Research for Clinical Work with Children, Adolescents and Adults. In: *Dowling, S.; Rothstein, A.* (ed.): *Journal of Clinical Psychoanalysis*, (3) 25-43.
- Rosenfeld, H. A.* (1965) *Psychotic States: A Psychoanalytic Approach*. (Int. Univ. Press: New York).
- (1969): On the Treatment of Psychotic States by Psychoanalysis. An Historical Approach. In: *Int. J. Psychoanal.*, (50) 615-631.
- Searles, H. F.* (1963): Transference Psychosis in the Psychotherapy of Chronic Schizophrenia. In: *Int. J. Psychoanal.*, (44) 249-281.
- (1965): *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects*. (Hogarth Press: London).
- Sechehaye, M. A.* (1951): *Symbolic Realization*. (Int. Univ. Press: New York).
- (1956): *A.: New Psychotherapy of Schizophrenia*. (Grune and Stratton: New York).
- Stern, D. N.* (1985): *The Interpersonal World of the Infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. (Basic Books: New York).
- (1995). Acting versus remembering in Transference Love and Infantile Love. In: *Person, E. S.; Hagelin, A; Fonagy, P.* (eds): *On Freud's Observations on Transference Love*. (Yale Univ. Press: New Haven), 172-185.
- Stolorow, R.; Lachmann, F.* (1984): Transference: The Future of an Illusion. In: *The Annual of Psychoanalysis*. XII, (Int. Univ. Press: Madison CT), 19-37.
- Sullivan, H. S.* (1962): *Schizophrenia as a Human Process*. (W.W. Norton and Company: New York).
- Täbkkä, V.* (1979): Psychotherapy as Phase-Specific Interaction. In: *Scand. Psychoanal. Rev.*, (2) 113-132.
- Trixler, M.; Jádí, F.; Koltai, M.; Gáti, A.; Tényi, T.* (1989): The Intensive Psychotherapy of Schizophrenic Psychoses. In: *Psychiatria Hungarica*, (4) 291-297.
- Volkan V.D.* (1990): The Psychoanalytic Psychotherapy of Schizophrenia. In: *Boyer, L. B.; Giovacchini, P. L.* (eds.): *Master Clinicians on Treating the Regressed Patient*. (Jason Aronson: New York).
- Will, O. A.* (1980): Schizophrenia: Psychological treatment. In: *Kaplan H. I.; Freedman, A. M.; Sadock, B. I.* (eds.): *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. (William and Wilkins: Baltimore).

Adress of the authors:

Prof. Dr. Mátyás Trixler
 Dr. Ágnes Gáti
 Dr. Tamás Tényi
 University Medical School of Pecs
 Ret u. 2
 7623 Pecs
 Hungary

Humanstrukturelle Theatertherapie – eine Möglichkeit des Ausagierens für Borderline-Patienten **

Ingeborg Urspruch (München)*

The nonverbal therapy methods like theatre-, dance-, music- and art-therapy are an essential part of the holistic treatment of the Dynamic Psychiatry of the Berlin School which was founded by Günter Ammon and has been continued and expanded by his students. Dimensions of theatre, art and dance have been practised since the beginning of Günter Ammons therapeutical work as well as on the occasions of self experiencing events.

Since 1970, the year when the author began her training at the Teaching and Research Institute in Berlin under the direction of Günter Ammon - these nonverbal methods as various forms of expression were experienced and realised - at groupdynamic workshops, at workshops of the DAP for identity forming discussions and the Day Clinic Stelzerreut in the Bavarian Forest as well as the Day Centre in Paestum, South Italy. Also the preventive working Psychoanalytic Kindergarden as well the other various regular groupdynamic events are working with the nonverbal methods. So, like i.e. - every group at the end of a work shop is presenting their experiences in a dance or theatre performance.

During further development of the treatment concept of the Dynamic Psychiatry of Günter Ammon - the nonverbal methods were more and more intensified and integrated into the treatment concept.

On this basis the author has practised successfully her theatre therapeutical work since 20 years. In this paper, she emphasises the importance of the various ways of expression in the theatre therapy - especially for borderline patients.

Psychisch kranke Patienten, die im Rahmen der Dynamischen Psychiatrie der Berliner Schule *Günter Ammons* heute seit ca. 30 Jahren mit der Diagnose des Borderline-Syndroms behandelt und ständig vertiefend erforscht werden – dies sind ambulant und stationär ca. 60 % unserer Patienten – wurden noch von 1950–1962 von *Kurt Schneider* als konstitutionell verursacht und unbehandelbar diagnostiziert.

Damit waren die in der Regel als Psychopathen bezeichneten Patienten einmal dem der Psychiatrie – besonders noch in Deutschland – immanenten therapeutischen Nihilismus ausgesetzt – evtl. noch medikamentös symptomatisch zu behandeln oder sogar als sogenannte abnorme Persönlichkeiten auch psychiatrisch als jeglicher Behandlung unzugänglich eingestuft.

Psychopathische Persönlichkeiten sind nach der Definition von *Kurt Schneider* „diejenigen Menschen, unter deren Abnormität die Gesellschaft leidet, nicht aber sie selbst“. Eine treffende Definition, aber ohne therapeutisches Konzept auch eine persönlich und gesellschaftlich hoffnungslose.

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

** Vortrag gehalten auf dem 12. Weltkongress der World Association for Dynamic Psychiatry (WADP) / XXV. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse von 17. bis 21. März 1999 in der Humboldt-Universität zu Berlin

In seiner Arbeit „Das Borderline-Syndrom – ein neues Krankheitsbild“ (Ammon, 1976) gibt Ammon zuerst eine umfassende Definition seines Verständnisses:

„Das Borderline-Syndrom wird aufgefaßt im Kontext des gleitenden Spektrums archaischer Ich-Krankheiten. Aus dem ursprünglichen Psychopathiebegriff psychoanalytisch als eine Ich-strukturelle Krankheitseinheit in Theorie und Praxis entwickelt, zeichnet sich das Borderline-Syndrom durch Störungen im zentralen Persönlichkeitskern der Identität und der damit verbundenen zentralen Ich-Strukturen aus. Obwohl es eine Bereitschaft zu kurzen psychotischen Reaktionen hat, unterscheidet es sich jedoch von den psychotischen Krankheitsbildern durch eine relativ intakte Fassade, manchmal sogar durch überkompensierte und brillierende sekundäre Ich-Funktionen. Die Unterscheidung zur Neurose liegt in der eklatanten Schwäche der sekundären Ich-Funktion der Verdrängung, obwohl passager neurotische Reaktionen verschiedenster Art auftreten können.“

Vor der psychoanalytisch ursächlichen Erforschung des Borderline-Syndroms waren die Patienten meist hilflos der Gefahr sozialen Abstiegs, Scheiterns in ihren persönlichen Beziehungen, ständigem Wechsel oder Fehlen sinngebender Lebensgestaltung bis zum kriminellen Ausagieren ihrer Persönlichkeitsstörung ausgeliefert, ohne ihnen präventiv oder aktuell entscheidend therapeutisch helfen zu können.

Nach dem ich-strukturellen Verständnis der Dynamischen Psychiatrie Günter Ammons haben wir es hier bei dem Borderline-Syndrom mit Patienten zu tun, die größtenteils nicht wie die neurotisch Kranken Konflikte in der Kindheit zu verdrängen hatten, sondern denen echtes Leid zugefügt wurde. Dadurch entstanden Störungen oder Defizite insbesondere der zentralen Ich-Funktionen, die Voraussetzung zur Ich-Integration und damit ganzheitlichen Persönlichkeitsentfaltung im Sinne der Entwicklung einer individuellen Identität sind.

Besonders zu nennen sind hier beispielhaft die konstruktive Aggression, die Kreativität, die Ich-Regulation oder Ich-Abgrenzung nach innen und außen, der Narzißmus als zentrales Problem, die Frustrationstoleranz und -regulation, die Sexualität und Beziehungsfähigkeit, um nur einige hervorzuheben.

Die Schwere seiner Erkrankung ist dem Patienten oft lange Zeit nicht bewußt, da er in der Regel durch eine meist relativ intakte Persönlichkeitsfassade mit gut bis zu überkompensiert ausgebildeten sekundären Ich-Funktionen gesellschaftlich, besonders beruflich, oft gut existieren kann, auch in der Lage ist, Beziehungen aufzubauen, die jedoch häufig oberflächlich oder schnell wechselnd sind. Ebenso entwickeln diese Patienten häufig eine Pseudoidentität oder Ausweichmöglichkeiten durch den Lebenssituationen angepaßte chamäleonhaft wechselnde Identitätsfacetten.

Da sie in ihrer Kindheit im Kern ihrer Persönlichkeitsentwicklung und den dabei auftretenden Schwierigkeiten in ihrer Primärfamilie nicht

ausreichend angenommen, gefördert und verstanden wurden, besteht im späteren Leben die Gefahr, daß in verschiedenen Lebenskrisen die fassadäre Persönlichkeitsstruktur nicht ausreichend trägt, sondern zusammenbricht und so ihre zentralen Defizite oder Störungen sie im Beruf oder ihren persönlichen Beziehungen scheitern lassen, da den Patienten hier eine aus dem zentralen, nicht ausreichend entwickelten Ich-Kern ihrer Person heraus notwendige Bewältigung nicht möglich ist. So sind sie diesem Geschehen gegenüber meist hilflos ausgeliefert und suchen im besten Falle therapeutische Hilfe auf.

Bei neurotisch kranken Patienten, die seit *Sigmund Freud* in einer von ihm primär definierten und praktizierten psychoanalytischen Therapie durch die Arbeit mit Übertragung, Widerstand und Gegenübertragungsreaktionen des Therapeuten und dessen Deutung, verbunden mit der aufdeckenden freien Assoziation des Patienten und seiner Traumfähigkeit behandelt wurden, führte dies zur Bewußtmachung, therapeutischen Bearbeitung und Überwindung infantiler Konflikte. Dies ist auch heute noch Grundlage unserer therapeutischen Arbeit.

Für den Borderline-Patienten reicht diese Therapiemethode jedoch nicht aus, bzw. entspricht nicht seinen ich-strukturellen Defiziten und Störungen. Die Borderline-Patienten zeichnen sich dadurch aus, daß sie ihre zentralen Ich-Störungen bzw. ihre fassadär wechselnden Pseudoidentitäten in ihr Leben agieren und sie so zu ihrer therapeutischen Behandlung eine Situation brauchen, in der ihrer Problematik die Möglichkeit des Ausagierens zur Verfügung gestellt wird.

So war es meine Erfahrung bereits seit meiner ersten Leitung einer 4-wöchentlichen Milieuthherapiegruppe in der Tagesklinik Stelzerreut im Bayerischen Wald mit Patienten aus Berlin 1973 und vertiefend durch meine stationär psychotherapeutische Arbeit als Chefarztin der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige in den ersten zwei Jahren seit ihrer Begründung 1979, daß nicht nur stationär, sondern auch ambulant die vorwiegend verbalisierende Einzel- und Gruppenpsychotherapie ohne milieutheraeutische Erweiterung weder dem Borderline-Patienten noch dem psychotisch-strukturiert Kranken ausreichend Rechnung tragen kann und ebenso eine erweiternde Therapieform für neurotisch Kranke ist.

So praktiziere ich aus dieser Erfahrung in meiner psychotherapeutischen Praxis regelmäßig ambulante Milieuthherapie, auch für Patienten aller Praxen in unserem psychoanalytischen Ausbildungsinstitut und habe mich darüber hinaus speziell seit 20 Jahren besonders der milieutheraeutischen Theatertherapiearbeit gewidmet.

Die Theatertherapie ist eine nonverbale Therapiemethode wie die Tanz-, Mal-, Musik- und Reittherapie in der Klinik Mengerschwaige und im ambulanten Bereich. Entstanden ist die Möglichkeit, das Theaterspielen therapeutisch zu nutzen und in den gesamttherapeutischen Prozeß zu integrieren, in der Klinik Mengerschwaige unter meiner Leitung und der Mitarbeit kreativ-künstlerisch begabter Milieutheraeutinnen, begonnen in

einer milieuthérapeutischen Gruppe, die sich ein Theaterstück als zentrales Projekt wählte. Die Theatertherapie beinhaltet so von Anfang an alle zur Milieuthérapie gehörenden Dimensionen mit der Möglichkeit des Ausagierens auf vielen Ebenen. Reflektierend in Zusammenarbeit mit *Ammon* als Chefkonsiliarius der Klinik, erkannten und strukturierten wir die Theaterarbeit als nonverbale therapeutische Erweiterung im Rahmen des gesamttherapeutischen Konzeptes der Klinik.

Und dies praktiziere ich ambulant mit meiner Theatertherapiegruppe weiter.

Ich möchte in dieser Arbeit zentral an ausgewählten Beispielen die therapeutischen Möglichkeiten der milieuthérapeutischen Theatertherapiearbeit als Feld des Ausagierens für Borderline-Patienten und der begleitenden psychotherapeutischen Bearbeitung aufzeigen.

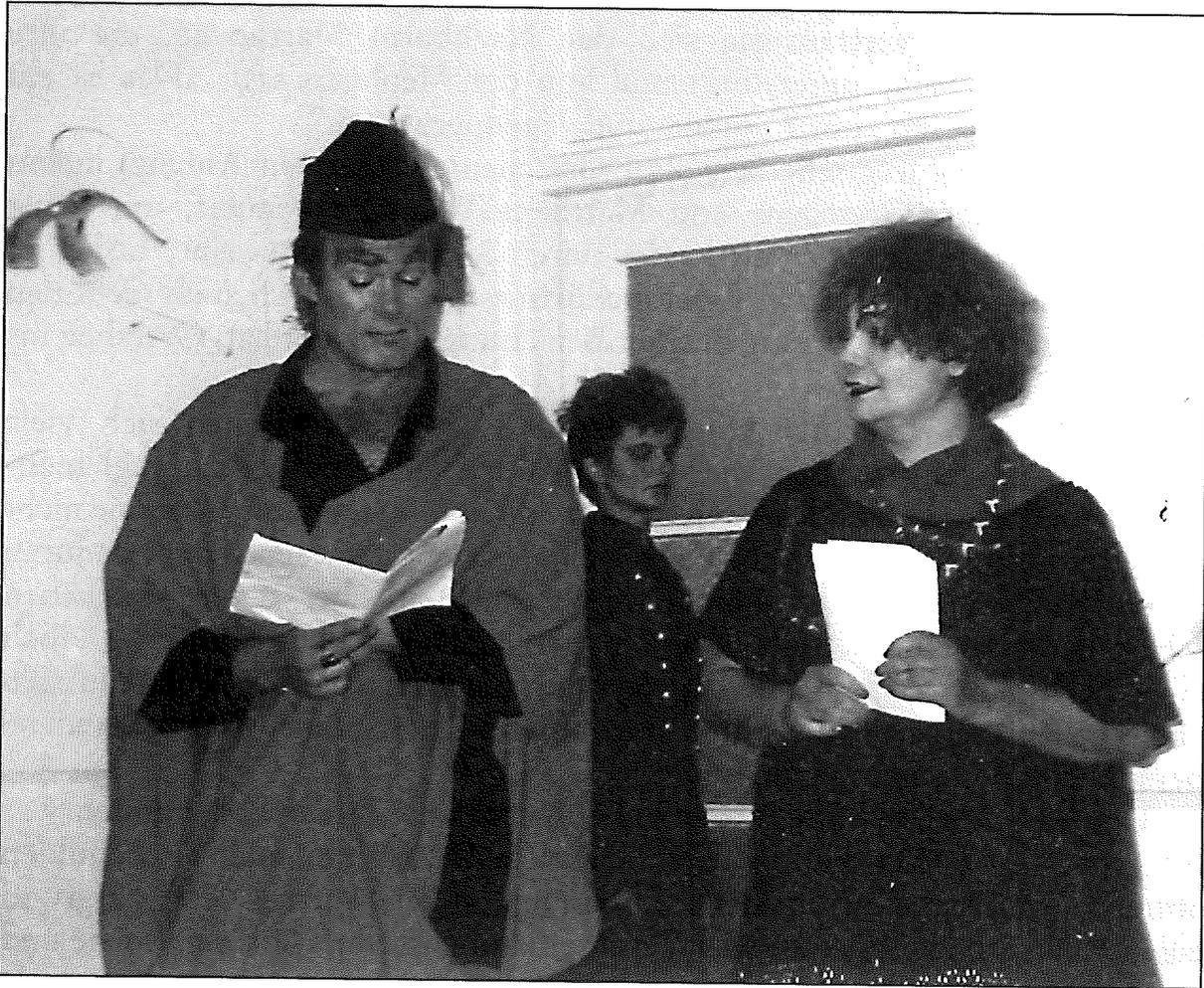
Die Frage der Identität ist zentrales Moment der Rollenerprobung im Inszenierungsprozeß des Theaterstückes und auslebbar in der Rollenfindung und Rollendarstellung auf der Bühne. In der Rollenerprobung besteht die Möglichkeit, pathologische, wie z. B. fassadäre Persönlichkeitsdimensionen auszuleben, auf die Bühne zu bringen, danach therapeutisch durchzuarbeiten und so im besten Falle reflektierend zu überwinden. Ebenso besteht die Möglichkeit im Verlauf der Rollenfindung bereits Identitätsschritte zu vollziehen, indem einige Rollen erprobt, dann abgelegt werden und danach möglichst im Sinne der Identitätsfindung eine adäquate Rolle mit individueller Entfaltung zu spielen und somit zentrale Persönlichkeitsdefizite nachholend aufzubauen.

Diese differenzierte Spielbreite der Theatertherapie möchte ich besonders hervorheben, da die Zeit der geistigen Erarbeitung des Theaterstückes, der Rollenerprobung und Rollenfindung den wesentlichen und zentralen Raum zum Ausagieren gibt.

Das Ziel ist zuletzt die Aufführung, da jedes Theaterspiel das Publikum braucht und darauf von Anfang an ausgerichtet ist, dessen therapeutische Bedeutung ich in meinen in dieser Zeitschrift bereits veröffentlichten Arbeiten dargelegt habe.

Im Gegensatz zum professionellen Theater geht es bei uns nicht um eine möglichst schnelle, von einer Theaterleitung und einem Regisseur dominierte Inszenierung. Der Zeitfaktor der Aufführung ist bei uns bestimmt durch den gruppensdynamischen und therapeutischen Spielraum, den die Theatergruppe zu ihrer Entfaltung und der Einzelne zu seiner persönlichen Erprobung in der Gruppe bis zum Bühnenauftritt braucht.

Bei der Inszenierung des Theaterstückes "Faust" von *Johann Wolfgang von Goethe*, die wir seit einigen Monaten begonnen haben, setzen sich zur Zeit viele Patientinnen mit der Rolle des Gretchens auseinander, des lieben, bescheidenen, idealistisch-gutgläubigen, in vieler Hinsicht noch sehr naiven Mädchens, mit dem Wunsch nach Liebe, unzufrieden mit der gar zu strengen und frommen Mutter, vor der sie den Schmuck nicht tragen darf, den Faust ihr als verführendes Geschenk heimlich durch Mephisto in ihre Kammer



Werkstattaufführung der Szene „Hexenküche“ aus „Faust“ von Johann Wolfgang von Goethe im LFI, München, am 17.07.1999



bringen läßt. So vertraut sie sich der Nachbarin Marthe an, die ihre heimlichen Wünsche unterstützt und von der Mephisto sagt: „Das ist ein Weib wie auserlesen zum Kuppler- und Zigeunerwesen.“

So nimmt das tragische Schicksal Gretchens hier seinen Anfang, indem Mephisto beider, Gretchens und Marthens Wünsche benutzt, um Faust Gretchen zuzuführen, der geblendet durch Mephisto und seine, bisher in seinem Leben nicht gelebten Liebesbedürfnisse und dadurch auch nicht den Prozeß deren Verwirklichung in einer Beziehung durchlebt hat, Gretchen ins Verderben stürzt.

Mit der Naivität und Gutgläubigkeit Gretchens können sich viele Patientinnen identifizieren, die aus der Enge einer bürgerlich reglementierenden, defizitären und/oder destruktiven Familie stammen, in der sie nicht wirklich in ihren eigenen Bedürfnissen gesehen wurden, später dadurch verführbar waren durch Männer, die sie liebten, aber deren wirklichen Charakter sie nicht erkennen konnten, geblendet von dem Wunsch, endlich einen Menschen zu finden, der sie nicht wie die Eltern eigenen Vorstellungen entsprechend sehen will, sondern ihnen die in der Kindheit nicht gefundene persönliche Bestätigung gibt.

Und die Enttäuschung in der Lebensgeschichte dieser Patientinnen war oft groß, sie endeten häufig als alleinerziehende Mütter oder als Schulden abtragen müssende geschiedene Ehefrauen, deren Partner sich aufgrund eigener persönlicher Defizite der Verantwortung für ihr Handeln, für sie und die Kinder, entzogen.

Therapeutisch bringt diese Inszenierung vielen Patientinnen Erkenntnisse, die sie reflektierend zurücklassen und wodurch sie neue Lebensperspektiven entwickeln können.

Mit Faust, der sich lange Zeit seines Lebens ausschließlich seinem geistigen Erkenntnisdrang verschrieben hatte, dessen Begrenztheit er zu Beginn des Stückes begreift und ihn dadurch das Dilemma seines in vielen Dimensionen nicht gelebten Lebens sehen läßt, identifiziert sich zur Zeit in der Theatergruppe ein Patient, der als Liebling seiner Mutter und zeitweiliger Partnerersatz aufwuchs und für den so seine narzißtische Verwirklichung im Mittelpunkt seines Lebens steht. Er scheitert häufig dadurch, daß er seine persönlichen Defizite nicht wahrhaben will, deshalb keine adäquaten Schritte unternimmt oder therapeutische Hilfsangebote aufgreift, um in beruflicher Entwicklung oder Beziehungsproblemen weiterzukommen. Durch seine brillierenden intellektuellen – leider oft fassadären – Persönlichkeitsdimensionen blendet er Frauen gegenüber, die zuerst von ihm begeistert, dann aber schnell enttäuscht sind, weil sie erkennen, daß es ihm in der Partnerbeziehung nur um sein Bewundertsein geht und er die Frauen in ihren menschlichen Bedürfnissen nicht sieht.

Mehrere Partnerschaften sind so während der Therapie gescheitert. Er selbst möchte aus narzißtischen Gründen seine sozialenergetisch - zwischenmenschlichen Defizite nicht wahrnehmen und hat dadurch mittlerweile im Widerstand seiner Therapie eine äußerst destruktive



Gemeinsame Inszenierung, unter der Gesamtleitung von Frau Ingeborg Urspruch von der Theatergruppe „Labyrinth“ und der Tanztheatergruppe „Feuervogel“ (Leiter: Dr. Bernd Mützel, Helmut Hoffmann)



psychosomatische Symptomatik entwickelt, die sich jetzt – trotz intensiver präventiver Therapieangebote – zu einer lebensbedrohlichen Situation entwickelt hat.

Sein narzißtischer Widerstand und sein sekundärer Krankheitsgewinn, von Frauen geliebt und bewundert zu werden, überwiegt zur Zeit noch gegenüber der Möglichkeit, im theatertherapeutischen Prozeß entscheidende Erkenntnisse wirklich ernst zu nehmen und zu bearbeiten. Narzißtische Denkstörungen mit chamäleonhaftem Ausweichen sind die Folge. In der Theatergruppe ist er so zur Zeit gelähmt, bei der Rollenfindung mitzuspielen und er ist auch seit längerem unfähig, bei der geistigen Erarbeitung des Theaterstückes mitzuwirken. In tragischer Weise befindet er sich in einer Grenzsituation zwischen destruktivem Narzißmus und möglicher Identitätsauseinandersetzung.

Gruppendynamisch ist zu beobachten, daß er keinen Kontakt mehr hat zu den älteren Theatergruppenmitgliedern, sondern daß er sich für Gespräche und Diskussionen außerhalb der Gruppe die neuen Mitglieder aussucht, die seiner Zuwendung gegenüber offen sind und sich von ihm blenden lassen. In diesem Fallbeispiel zeigt sich die Grenze des destruktiven Narzißmus, die in der Theatertherapiearbeit besonders deutlich wird.

Zur Frage der narzißtischen Problematik des Borderline-Patienten schreibt *Ammon*, daß sich die narzißtische Störung des Patienten in einer ständigen Unzufriedenheit, einer ständigen Forderung im Hinblick auf Aufmerksamkeit, auf Anerkennung, Bewunderung und Bestätigung von außen äußert. Diese narzißtische Bestätigung kann während der Rollenfindung und des Inszenierungsprozesses des Theaterstückes lange Zeit gewährt werden, da jeder Patient seine individuelle Rollen- und Inszenierungsvorstellung als positiv angenommenes Element hineingeben kann, da jede persönliche Facette des einzelnen Patienten im Gesamtprozeß zum Gelingen der zuletzt auf die Bühne gebrachten Rollengestalt und Gesamtinszenierung beiträgt.

Aber es sind im Verlauf des Prozesses bis hin zur Gesamtinszenierung Auseinandersetzungsprozesse mit dem Patienten zu führen, wenn der Patient durch Grenzen seiner persönlichen Entfaltungsmöglichkeit bzw. er für ihn nicht identische Persönlichkeitsanteile in einer Rolle nicht ausfüllen kann.

Die narzißtisch abgrenzende Arbeit muß auf einer tragenden Beziehungsbasis geleistet werden, in der die Erarbeitung echter individueller, positiver Persönlichkeitsanteile des Patienten betont und gefördert, pathologisch geprägte Bedürfnisse des Patienten reflektierend durchgearbeitet werden mit dem Ziel einer individuellen Selbstfindung.

Ammon hat besonders betont, daß das Gelingen der Auseinandersetzung mit der destruktiven Aggression Dreh- und Angelpunkt der therapeutischen Behandlung ist. Ich sehe nach meiner langjährigen theatertherapeutischen Erfahrung, daß der pathologische Narzißmus eine gleichwertige Stellung hat, von deren Bewältigung der Erfolg der therapeutischen Behandlung abhängig ist.

Diese Auseinandersetzung mit dem pathologischen Narzißmus muß sorgsam gehandhabt werden, da in diesem Prozeß, wenn die Abgrenzung von der pathologisch geforderten narzißtischen Bestätigung zur individuellen Selbstfindung d. h. das Offenwerden von individuellen Möglichkeiten und Grenzen nicht gelingt, oft Therapieabbrüche die Folge sind.

In dem hier gegebenen kurzen Einblick in die Bedeutung des Agierens von Defiziten und Identitätsproblematiken in der Theatertherapie möchte ich noch kurz weitere konstruktive Möglichkeiten erwähnen. Ich habe in meinen vorangegangenen Veröffentlichungen die Bedeutung der konstruktiven Kraft der Theatertherapiegruppe durch die Entwicklung ihres sozialenergetischen Feldes dargestellt, wie auch die darin entstehende Gruppenkultur und deren kreativ-künstlerische Anregung und die Möglichkeit der einzelnen Mitglieder diese auch in ihr Leben zu tragen. Es sind auch nicht nur die großen Rollen, die auf die Bühne gebracht und so therapeutisch wirksam werden.

Ich möchte daher mit einer Fallvignette zeigen, was z. B. als therapeutisch-kathartische Wirkung eine spielerisch inszenierte Szene im sogenannten "freien Spiel" bewirken kann. Das "freie Spiel" setze ich besonders bei den milieuthérapeutischen Wochenenden ein, um der freien Selbstdarstellung, kreativer Improvisation und humorvollen Leichtigkeit Raum zu geben, ungebunden an die Rollenfindung und -darstellung im vorgegebenen Theaterstück.

Beim "freien Spiel" denken sich die Patienten, eingeteilt in kleine Gruppen, eigene Improvisationen aus, die sie im Rahmen eines gemeinsam gestalteten Abends zur Darstellung bringen. Hier ergeben sich für viele Patienten oft zentral kathartisch wirksame Erlebnisse.

So hatte sich die ganze Theatertherapiegruppe an einem unserer letzten milieuthérapeutischen Wochenenden ausgedacht, Zwischenszenen aus *Goethes Faust* zu spielen, die im Theaterstück nicht dargestellt, sondern nur erzählt werden.

Dabei kam auch die Idee einer humorvollen Umkehrung des Verjüngungsprozesses von Faust in der Szene der Hexenküche auf, nämlich was geschehen könnte, wenn die Hexe Faust den falschen Trank gibt.

Die Hexe wurde von einer Patientin gespielt, die aus einer äußerst destruktiven und sozialenergetisch defizitären Familie stammt, in der sie sich sowohl für den jüngeren Bruder verantwortlich fühlte als auch für die als "Kindeltern" zu bezeichnenden schwachen Eltern, deren Scheitern im Beruf und ihrer Partnerbeziehung der Patientin sowohl real als auch besonders unbewußt in ihrem Erleben schuldhaft angelastet wurde. Noch vor ihrem Abitur wurde die Patientin schwanger und heiratete einen sehr infantilen, narzißtisch defizitären und paranoischen Mann, der aber die Familie, in der bald ein zweites Kind geboren wurde, borderlinehaft fassadär durch eine gute Arbeitssituation finanziell versorgen konnte, persönlich aber wie die Patientin in der Ehe- und Familiensituation

überfordert war. Die Patientin erlebte sich in dieser Ehe immer als die Schwächere, versuchte aber trotz massiver Defizite für ihre beiden Kinder, den Haushalt und den Ehemann zu sorgen. Ihre zu großen Bedürfnisse und persönlichen Defizite wurden ihr von ihrem Ehemann zunehmend schuldhaft als Ursachen der bald auftretenden Eheproblematik vorgeworfen, da er selbst keinen Bezug zu seiner eigenen psychischen Problematik hatte. So kam es zu einer äußerst traumatischen Trennung, die für die Patientin Anlaß zum Beginn ihrer Therapie war.

Sie zeigte sich emotional sehr offen und differenziert, voller Schuldgefühle und Verlassenheitswut über ihre Kindheitsfamilie und auch gegenüber ihrem Ehemann, der nach der Trennung weiter fassadär funktionierte und sie – wie früher ihre Familie – weiterhin für alles verantwortlich machte. Auch die weitere Verantwortung für die Kinder mußte sie alleine tragen, begann aber kurz nach Therapiebeginn das von ihr lange gewünschte Psychologiestudium. Nach einem Jahr psychoanalytischer Gruppenpsychotherapie kam sie zur Theatertherapie.

Im freien Spiel der Hexenküche in *Goethes Faust* gab sie Faust den falschen Trank. Mephisto und Faust verließen die Hexenküche und bemerkten bald, daß Faust rasch alterte anstatt sich zu verjüngen. Humorvoll gespielt rief Mephisto per Handy vorwurfsvoll die Hexe an, beschimpfte sie, daß sie versagt habe und verlangte, schnellstens Faust den Verjüngungstrank zu verabreichen. Die Patientin als Hexe reagierte – nicht wie sonst in ihrem Leben – mit Schuldgefühlen, sondern genervt, da sie gerade auf einer Reise zu einem für sie bedeutsamen Hexenkongreß war. Sie ließ Mephisto deutlich sein für sie nebensächliches Ansinnen merken, kam dann zwar noch kurz mit dem Verjüngungstrank vorbei, zeigte aber, wie wenig wichtig ihr das war und eilte, Faust und Mephisto als lästig abschüttelnd, zu ihrem Kongreß.

Selbst mit solchen kleinen Spielvignetten können zentrale Problematiken tangiert und von der gesamten Gruppe mit Beifall als Abgrenzungs- und Identitätsschritte unterstützt werden. Die Patientin war sehr befreit an diesem Abend. Sie hatte eine innere Befreiung erlebt, nach der sie sich in ihrem Leben immer gesehnt hatte. Sie fuhr vorher mit ihren 2 Kindern nur zu den Wochenenden mit, seit kurzem ist sie nun festes Mitglied der Theatertherapiegruppe geworden. Sie hat jetzt die Rolle des Gretchens übernommen, in der sie noch einmal ihre tugendhafte Naivität ausspielen und durchleben kann. In ihrem realen Leben erprobt sie mit Unterstützung ihrer psychotherapeutischen Gruppe bereits die im freien Spiel ausprobierten Ansätze zur Verwirklichung ihrer eigenen Lebensperspektiven und lernt zunehmend, Forderungen an die ihr nahestehenden Menschen zu stellen. Die dabei entstehenden Schuldgefühle kann sie im therapeutischen Prozeß zunehmend bearbeiten und abbauen.

Insgesamt ist immer wieder zu betonen, daß in den nonverbalen Therapiemethoden, zu denen die Theatertherapie gehört, die Ich-Struktur des Patienten mit all seinen gesunden und kranken Persönlichkeitsanteilen

spielerisch und indirekt offen wird, für den Patienten damit, wie im Traum, eine erlebbare Spiegelung erhält, deren Offenwerden in der nur verbalisierenden Therapie vielfach durch Abwehrmechanismen verhindert wird, da der Patient – oft in der Kindheit erlebt – für seine Konflikte und Defizite schuldhaft von den Eltern, in der Schule oder von der Gesellschaft getadelt oder bestraft wurde, was er in der Übertragung in der verbalen Therapie in der Wiederholung befürchtet und deshalb oft zu vermeiden versucht.

Dies gilt insbesondere für Borderline-Patienten, die nicht nach außen agieren, sondern ihre Defizite und Konflikte unbewußt gegen sich selbst wenden, was massive destruktive Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl der Patienten hat und sich dadurch agierend als verinnerlichtes Lebensverbot auswirkt. Und es kommt damit zu dem, was der Patient befürchtet, nämlich zur Wiederholung und damit für den Patienten zur Bestätigung des erwarteten persönlichen Scheiterns in seinen Beziehungen, seinem Beruf und dadurch insgesamt zur Verhinderung jeglicher Weiterentwicklung seiner Persönlichkeit und darüber hinaus als Folge zu keinerlei Möglichkeit individuell-kreativer Verwirklichung.

Dies muß und kann in der psychoanalytischen Therapie - besonders unter Einbeziehung nonverbaler Therapiemethoden – aufgefangen, reflektierend bearbeitet werden und so einen nachholenden Entwicklungsprozeß bewirken.

Humanstructural Theatre Therapy - One Way of Acting-Out for Borderline Patients

Ingeborg Urspruch (Munich)

Since thirty years, in the Dynamic Psychiatry of *Günter Ammon* patients were treated with the diagnosis of the borderline syndrom - while *Kurt Schneider* still 1950-1962 diagnosed them as chronical psychopaths.

According to that definition these kind of human beings are making the surrounding suffer under their abnormality but they do not suffer themselves. This is the exact definition on one side but on the other side it puts these persons into a state of therapeutic nihilism.

Ammon defines the borderline-syndrom through disorders in the central personality core of identity and the connected ego-structures. The presentation of a relatively intact facade with the often overcompensated and brilliant secondary ego functions distinguishes from psychotic forms of illness.

During various life crises this facade can totally break down, the central deficits and disturbances make these persons fail to cope with the difficulties in their jobs or personal relationships.

The therapeutical work with transference, resistance, reactions of countertransference and the free association is not satisfying for borderline patients. He is acting his central ego disturbances - or the changing facades of the pseudo identities - out into his life. Therefore, borderline patients need to have the chance of acting-out in their therapy.

So, the author has been working with 20 years of experience as a psychotherapist in her out-patient practise with milieu therapy and especially with milieu therapeutic theatre therapy. She also functions as a senior consultant of the Dynamic Psychiatric hospital Mengerschwaike.

The theatre therapy, as well as dance therapy, art therapy, horse-back riding therapy and music therapy is a nonverbal method of therapy which is practiced in the Hospital Mengerschwaike but also in the out-patient practises. Theatre therapy once emerged out of an in-patient milieu therapy where all possibilities of acting out were given on many levels.

During the process of trying out different roles there is a chance to live out the pathological dimensions - like i.e. the facade of the personality. The performance on stage and the possibility afterwards to work on this experience therapeutically helps to reflect and - in the best case - to overcome deficits. Also the possibility is given to make identity steps through trying out different roles, putting them aside and to be able to find and play an adequate role. The time available to work on the play, the rehearsal and the searching of the role offers the essential and central space for the acting out.

At this time, the out-patient theatre group is working on the production of *Johann Wolfgang von Goethe's Faust*. Here, Faust is shown as a lonesome human being who, just like his father is dedicated to the science. He comes up to the limits of his mental recognition and of the science as a whole. He is questioning the sense of his own life up to his believe in God and seeks relief in oversensual dimensions. But neither he is finding relief in the earth ghost nor does he find relief in the fantasy to be equal with God or even superior. So he is coming to a state of mind where the only way seems to be to commit suicide.

Through the sound of the Easterbells, the awareness of the awakening nature and the cheerfulness of the young people during their easter walking, he is finding himself and must recognize that he never felt the immanent needs of the human beings to experience feelings like joy, affection and love. The admiration from his students can not satisfy him anymore.

So, he is seducable through the hedonistic Mephisto. The overwhelming desire for redemption from his restricted life hinders Faust to realize, that he who is caught in the pact with Mephisto has dedicated his soul to the evil.

The question of youth and age always has been a subject of discussion in the theatregroup and had touched the individual patient especially at the begin of the role production. One patient of the theatre group is identified in a very special way with the role of Faust but he is not willing to recognize his own limits. This patient who grew up as the favourit child of his mother

had to play the part of her partner and so his own selfrealisation became the center of his life. Due to his brilliant facade he is able to find and also to blind woman. But soon these relationships will break up because these women are recognizing that for him to be admired is his only concern and he is not able to be aware of the needs of the women. This way many relationships broke up during therapy. Out of narcissistic reasons he does not want to look at his own social energetic and interpersonal deficits and develops a destructive psychosomatic symptom as a resistance against his therapy. This narcissistic resistance, the secondary gain of illness and the desire to be loved and admired by woman is dominating him at this time and hinders him to use the possibility of taking decisive processes of the theatre therapy serious and to work with these recognitions therapeutically. Therefore he is paralyzed to select or to even to play a role or to participate on the production of the theatre play.

Many patients which grew up in christian families where identified with the role of the Gretchen to whom Faust fell in love with. These patients often were blinded by the desire to finally find a partner who can give to them the acknowledgement they never experienced during their childhood. In their real life, these patients often are divorced, single parents whose partners turned away from all responsibility for the own acting towards the partners as well as for the children.

Faust is behaving in the same way. Through his desire to make up for his deficits he does not recognize his own risk not to be able to become aware of Gretchen's love and he leaves her, blinded through Mephisto, up to her fate. The recognition of his acting at the end of the play Faust 1 is coming too late for Gretchen because she already had been sentenced to death for child murder.

To summarize there is to say that in theatre therapy the healthy as well as the ill parts of the personality can appear in a playful way. Due to the various ways of resistance the verbal therapy can not offer these possibilities. Patients often experienced in their primary families that they were punished and injured for their deficits and conflicts. Out of the fear to be hurt again, they try to avoid any opening up. But this way of the therapeutical approach is of special importance for the borderline patients because they are subconsciously turning their entire conflicts and deficits against themselves - which results into an internalized ban of living. This is expressed in the lack of the feeling of self evaluation and the destructive narcissism.

Narcissistic acknowledgement can be given for a long time during the process of finding a role and the production of the theatre play but only up to a limit. Pathological needs have to be therapeutically reflected. Real personality potentials which could not develop during the childhood, can unfold and be promoted afterwards.

The author emphasizes, that after her many years of experience in theatre therapy, that working on the pathological narcissism is playing an

important role as well as to work on the destructive aggression which Ammon defines as the pivot of the therapy.

Due to the risk of a therapeutical break off, the work on the destructive aggression as well of the destructive narcissism must be handled thoroughly on the basis of a supporting therapeutical alliance.

Literatur bei der Autorin

Adresse der Autorin:

Ingeborg Urspruch,
Ärztin für Psychiatrie und Neurologie
Psychotherapie, Psychoanalyse
Fraunhofer Str. 25
D-80469 München

Sexualität aus humanstruktureller Sicht**

Gerhard Wolfrum (München)*

The paper presents Ammon's theoretical position of the human function of sexuality as a "conflict-free given potential". Theoretical considerations on group dynamics and psychogenesis of human sexuality are discussed and the conditions for the development of a constructive, that means lively and liveable sexuality in human-structural sight are presented. Group dynamic conditions for a constructive sexuality will be discussed as well as the factors of disorder, which lead to destructive and deficient forms of sexuality, often observable on a symptomatological level. Practical examples will be given with destructive and deficient behaviour of borderline-patients and psychotics.

Die vorliegende Arbeit zur Sexualität als Humanfunktion mit ihren Qualitäten „konstruktiv“, „destruktiv“ und „defizitär“ ist entstanden aus vielen Diskussionen, die im Rahmen der Weiterentwicklung des Ich-Struktur-Tests nach *Ammon* (ISTA) um die Humanfunktion der Sexualität noch zusammen mit Prof. *Günter Ammon* in den letzten Jahren vor seinem Tod geführt wurden. Von ihm selbst liegt zur Sexualität als Humanfunktion keine geschlossene Arbeit vor, er nimmt jedoch aufgrund der komplexen Verwobenheit dieser Humanfunktion mit der gesamten Humanstruktur in sehr vielen seiner Veröffentlichungen Bezug darauf. Er spricht dabei erstmals von einer „konstruktiven Sexualität“ und stellt ihren Identitäts-Aspekt sowie die Beziehungs- und Kontakt-Qualität in den Mittelpunkt.

Anliegen dieser Arbeit ist, diese Überlegungen zu den verschiedenen Qualitäten von Sexualität und ihren jeweiligen Beziehungsdimensionen zusammenzufassen sowie die Psychogenese und Gruppendynamik menschlicher Sexualität in ihrer Verwobenheit mit anderen Humanfunktionen darzustellen. Die theoretischen Grundlagen der Gruppendynamik menschlicher Sexualität sowie die Entwicklungs-Voraussetzungen für die Entfaltung einer „konstruktiven“, d.h. integrierten lebendigen und lebbar Sexualität werden aus humanstruktureller Sicht diskutiert. Es folgen zusammenfassende Definitionen, wie sie zur Weiterentwicklung des ISTAs um die Humanfunktion der Sexualität verwandt wurden. Einbezogen werden auch destruktive Dynamiken - beschrieben als „destruktive Sexualität“ (*Ammon, G., 1973a, 1979, 1982*) oder als „sexuell perverse Reaktion“ (*Keller-Husemann, U., 1983*) und die auch klinisch zu beobachtende „defizitäre Sexualität“ von Menschen, die nie in ihrem Leben entsprechende Erfahrungen machen konnten oder deren Partnerbeziehungen nur rudimentär oder durch extrem kurze Dauer gekennzeichnet waren.

* Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut, Psychoanalytiker, Leiter des Fachbereichs Gruppendynamik am LFI München, Mitarbeiter der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaike München

** Vortrag gehalten in gekürzter Fassung auf dem 12. Weltkongress der World Association for Dynamic Psychiatry (WADP) / XXV. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 17. bis 21. März 1999 in der Humboldt-Universität zu Berlin

Eine Literaturrecherche über die letzten zehn Jahre erbrachte unter dem Stichwort „Psychoanalyse und Sexualität“ bei Psynindex und Medline über 700 Veröffentlichungen zu diesem Thema. Weniger als ein Dutzend dieser Publikationen befassen sich im Ansatz mit einer Modellvorstellung zur Sexualität, noch weniger erweisen sich als hilfreich im Hinblick auf neue theoretische Überlegungen.

Loewit weist aus sexualmedizinischer Perspektive auf die sozial-kommunikative Funktion der Sexualität als Körpersprache hin: Aus psychosomatischer Sicht wird konstatiert, daß jeder Akt von sexueller Begegnung eine Form der Beziehung darstellt. Die Wurzeln der nonverbalen Kommunikation in der frühen Eltern-Kind-Beziehung werden in Beziehung zur Kommunikation bei der sexuellen Begegnung gesetzt, daraus aber lediglich Konsequenzen für die Erziehung im allgemeinen und die Sexualerziehung im besonderen abgeleitet (*Loewit, K., 1997*). *Viktor Frankl* (1997) stellt die Liebesfähigkeit ins Zentrum seiner Ausführungen und plädiert dafür, den "Sexualdrang" in die Gesamtpersönlichkeit zu integrieren. Er kommt dabei zu der Feststellung, daß das Scheitern der Sinnsuche im Leben eine Ursache für erotische Frustration und sexuelle Überkompensation sein kann.

Zwei *Carl-Rogers*-Schüler diskutieren Sexualität im Verständnis der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie. Sie kommen zu dem Schluß, daß menschliche Bedürfnisse im allgemeinen und sexuelle Bedürfnisse im besonderen bei *Rogers* im Konzept der Aktualisierungstendenz des Organismus eingeschmolzen sind und diese sich im Sinne der Beziehungsangewiesenheit des Menschen als "kongruente Sexualität" entwickeln können. Abweichendes bzw. sogenanntes „perverses“ Sexualverhalten wird dementsprechend als Inkongruenz verstanden. Auf die Bedeutung sozialer Einflüsse für die konkrete Ausformung von Bedürfnissen wird hingewiesen und dafür plädiert, das abstrakte Konzept der Aktualisierungstendenz in Richtung auf einen dialektischen Entwicklungsbegriff zu erweitern (*Spielhofer, H., 1996; Schmid, P.-F., 1995*).

Die individualpsychologische Sicht der Sexualität wird von einem Schüler *Alfred Adlers* aufgezeigt: Sexualität wird hier als ein Aspekt der Lebensaufgabe „Liebe“ verstanden, die sich den beiden Lebensaufgaben "Beruf" und "Gemeinschaft" zuordnet. Liebe wird nach dieser Auffassung ausschließlich in der gleichwertigen Beziehung zweier Personen verschiedenen Geschlechts realisiert. Entscheidend für die Erziehung ist jedoch weniger die Betonung der sexuellen Thematik, sondern die Aufmerksamkeit auf die Förderung des Gemeinschaftsgefühls zu konzentrieren (*Biehle, R., 1990*).

Bemerkenswert ist eine Veröffentlichung von *Andre Green* (1998), wo er zur Bedeutung und Stellung der Sexualität in der Psychoanalyse zwei Beobachtungen feststellt, nämlich erstens ein abnehmendes Interesse am theoretischen und praktischen Thema der Sexualität in der einschlägigen psychoanalytischen Literatur und zweitens die randständige Bedeutung von

Sexualität in vielen klinischen Darstellungen und bei der Diskussion von Fallbeispielen. Ein zentraler Erklärungsfaktor für diese als falsch bewertete Entwicklung wird von *Green* in der "aktuellen und teilweise modischen Konzentration auf Objektbeziehungen, prägenitale Fixierung, Borderline-Störungen und frühkindliche Entwicklungstheorien" gesehen. Dementsprechend versucht *Green* im Sinne einer Rehabilitierung *Freuds* die genitale Sexualität und den Ödipuskomplex wieder an den ihnen gebührenden zentralen Platz zu rücken.

Walter Bräutigam (1991) hingegen verweist in seiner Arbeit "Bindung und Sexualität in psychoanalytischen Theorien und in der Praxis" auf das Votum des bekannten Schweizer Psychoanalytikers *Paul Parin*, der ebenfalls das Verschwinden der Sexualität in den psychoanalytischen Theorien und in der Praxis beklagt. *Bräutigam* nimmt dies jedoch zum Anlaß, die klassische Libidotheorie und den Triebbegriff als grundlegende Motivation für die seelische Entwicklung empirischen Beobachtungen an Kleinkindern gegenüberzustellen. Er bezieht sich hier besonders auf *John Bowlby* (1975, 1976), der beschreibt, wie der Säugling in der bipolaren Beziehung zwischen Mutter und Kind nicht nach sexueller Befriedigung erogener Zonen, sondern nach taktiler, akustischer und visueller Antwort, nach Körperkontakt und nach Nähe bei einer vertrauten Person sucht. *Bräutigam* weist in diesem Zusammenhang darauf hin, daß es für den Psychotherapeuten wichtig ist, zu unterscheiden, ob er in der Therapie Gegenstand kindlicher Beziehungswünsche oder erwachsenen sexuellen Begehrens ist.

Auch *Tilmann Moser* (1991) beklagt die behandlungstechnischen Einschränkungen, die durch das Konzept der Triebtheorie vorgegeben sind, dies vor allem durch die Ausklammerung der Körperarbeit. Am Beispiel der Hysterie zeigt *Moser* auf, daß die Sexualisierung der therapeutischen Beziehung in der Analyse eine Notmaßnahme sein kann, weil primäre Ich-Bedürfnisse und primäre Ich-Fähigkeiten nicht erworben worden sind. Erkenntnisse, auf die bereits *Semmler* und *Schibalski* 1976 (s. u.) hingewiesen haben, und zwar auf der Basis des *Ammonschen* Primärgruppenverständnisses.

Wilfried Schibalski (1993) schließlich untermauert diese Befunde in seiner Veröffentlichung "Auswirkungen von Dogmenbildungen in der orthodoxen Psychoanalyse - dargestellt an Hand von Sexualität und psychischer Energie im Hinblick auf Ammons Konzept von Sozialenergie und Androgynität" - veröffentlicht 1993. In einer gründlichen Abfrage einschlägiger Datenbanken seit 1974 mit über 500.000 Artikeln bestätigt er den Schwund an weiterführender theoretischer Literatur zu einer Modellvorstellung der Sexualität.

Schibalski interpretiert den skizzierten Literaturstand als Widerspiegelung der Situation einer Psychoanalyse, der es nicht gelungen ist, "die zu ihrer Zeit kühnen theoretischen Entwürfe ihrer Pioniere den Erfordernissen eines erweiterten Wissenschaftsverständnisses, der Ver-

fügbare neuer Forschungsmethoden im Sinne einer Methodenintegration (Ammon, G., 1982) anzupassen und Forschungsergebnisse verschiedener Wissenschaftsdisziplinen integrativ einzubeziehen, was auch Cremerius (1988) als eine der dringlichsten Aufgaben einer modernen Psychoanalyse ansieht" ... (Schibalski 1993). Schibalski kommt zu dem Schluß, daß psychoanalytische Grundlagenforschung zur Sexualität in der etablierten Psychoanalyse nicht mehr stattfindet, was aus wissenschaftstheoretischer Sicht keinesfalls erstaunt. Ein Dilemma, das seiner Meinung nach typisch für ein geschlossenes Wissenschaftssystem ist.

Er jedenfalls fand im deutschen Sprachraum eine einzige psychoanalytische Arbeit in dem von ihm gesichteten Zeitraum, die sich ausdrücklich mit Sexualität befaßt und dabei eine neue Modellvorstellung, nämlich die von Ammon, verwendet: Es handelt sich um die Arbeit von Gertraud Reitz von 1983 mit dem Titel "Der Stellenwert der Sexualität in der therapeutischen Gruppe". Hinzuzufügen ist noch die Arbeit „Psychoanalyse und Sexualität - Ein Beitrag zum Verständnis konstruktiver und destruktiver Sexualität in der Dynamischen Psychiatrie“, veröffentlicht 1979 von Ursula Keller-Husemann, ebenfalls einer Schülerin von Ammon, die sich auf ein gruppenspezifisches Verständnis menschlicher Sexualität bezieht.

Damit komme ich zum eigentlichen Anliegen der Arbeit, das gruppenspezifische Verständnis der Sexualität in der Berliner Schule Günter Ammons darzustellen.

In seinem Buch „Dynamische Psychiatrie“ (1973a) bezeichnet Ammon in dem Kapitel zu den „sexuellen Perversionen“ die Sexualität ebenso wie die Aggression als eine primär gegebene Ich-Funktion. Er betont den Beziehungs- und Identitäts-Aspekt und verzichtet später ganz auf den Begriff der „Perversion“ zugunsten der Begrifflichkeit einer „destruktiven Sexualität“.

Im Rahmen der Entwicklung seines Persönlichkeits-Modells, des Human-Struktur-Modells, verfolgt Ammon konsequent die These der „primären Interpersonalität aller psychischen und somatischen Entwicklung in Gesundheit und Krankheit“ (Keller-Husemann, U., 1983).

Dynamische Psychiatrie wird damals von Ammon selbst beschrieben als „eine Psychiatrie, in der die Psychoanalyse als Grundlagen-Wissenschaft unter Einbeziehung der modernen Ich- und Gruppenforschung zur Anwendung kommt. Sie umgreift das Unbewußte, wie auch das Gegenwärtige und Vergangene und in Zukunft mögliche Feld des leidenden Menschen und bezieht die ganze Dynamik des Krankheitsgeschehens sowohl von der psychischen, somatischen und soziologischen Seite in ihrem Wechselspiel mit ein“ (Ammon, G., 1977, S. 2).

Dementsprechend werden schwerste psychische Erkrankungen wie die schizophrene Reaktion, die manisch-depressiven Psychosen, die (früher sogenannte) "sexuelle perverse Reaktion", psychosomatische und Suchterkrankungen sowie Borderline-Störungen bis hin zur neurotischen

Erkrankung als Reaktionsformen auf unbewußt gewordene pathologische Beziehungserfahrungen der frühen Kindheit verstanden und daraufhin untersucht. Im Sinne von *Ammon's* Begriff des „gleitenden Spektrums“ (*Ammon* 1973b) besteht dabei ein fließender Übergang zwischen der kranken und der gesunden Entwicklung mit jeweils unterschiedlichen Möglichkeiten der Selbstverwirklichung und Identitätsfindung. *Ammon* integriert das gruppensdynamische Prinzip in seine Konzeption der Persönlichkeits-Entwicklung und bezieht dabei auch die Entwicklung der Sexualität mit ein.

Im Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1 (*Ammon, G.,* 1979) stellt *Ammon* fest, daß die Ich-Funktionen primär gegeben sind - nicht nur die der konstruktiven Aggression, sondern auch die der Sexualität - und daß sie zu ihrer gelingenden Ausbildung die wohlwollende Unterstützung der Gruppe, ganz besonders natürlich der Familiengruppe brauchen. Dabei geschieht seiner Meinung nach die Ich-Entwicklung nicht primär durch Abwehr von Triebbedürfnissen, sondern durch Kommunikation gerade mit der Gruppe und gerade darüber. Er betont für die Ausgestaltung des Unbewußten die Bedeutsamkeit frühkindlicher Beziehungserfahrungen, insbesondere, inwieweit die Mutter und alle relevanten Beziehungspersonen dem Kind bei der flexiblen Ich-Abgrenzung helfen und konstruktive Aggression und sexuelle Neugierde zuzulassen bereit sind. Die Sexualität wird als zentrale Ich-Funktion ebenso wie die Kreativität als menschliche Erlebensmöglichkeit gesehen, die erst bei gesunder Angstfähigkeit und gelingender Ich-Abgrenzung dem Ich zur Verfügung steht und sich im Sinne der Selbstverwirklichung des Menschen nur in lebendigen Gruppen entfalten kann. Alle Äußerungsformen der Sexualität sind stets mit dem jeweiligen Identitätsentwurf des Menschen eng verbunden, alle sexuellen Verhaltens- und Erlebnisweisen als exemplarische Identitätsäußerungen zu verstehen.

Im 2. Handbuch der Dynamischen Psychiatrie (*Ammon, G.,* 1982, S. 542) stellt er fest: „Besonders bedeutsam für eine gelingende Identitätsentwicklung sind die Ich-Funktionen der Kreativität und der Sexualität, die sich nur in lebendigen Gruppen entwickeln können. Sexualität ist Ich- und Identitätsäußerung und bezeichnet als solche die den persönlichen sexuellen Bedürfnissen entsprechende lustvolle kreative Beziehungsgestaltung“ und untermauert damit frühere Aussagen: ... „auch die Sexualität ist als eine exemplarische Identitätsäußerung zu sehen, weil hier beispielhaft auf der Ebene des Körper-Ich primärprozeßhafte Erfahrungsmodi unter der Herrschaft flexibler Ich-Grenzen stehen müssen“ (*Ammon, G.,* 1979, S. 135).

Ammon wendet sich gegen die *Freudsche* Sublimierungsthese und vertritt die Meinung, daß Kreativität immer mit sexuellem Interesse verbunden ist und gerade nicht das Ergebnis einer Sublimierung sexueller Wünsche beinhaltet. Hierfür spricht nach seiner Erfahrung auch die Erkenntnis der in der therapeutischen Praxis immer wieder gemachten Erfahrung, daß sich nach einer gelungenen Analyse sowohl eine freie

Sexualität wie auch eine freie Kreativität entfalten (1982, S. 716). „Konstruktive Aggression, Sexualität und schöpferische Aktivität bedeuten stets besondere Ich-Zustände mit vorübergehender Öffnung der Ich-Grenzen und einer damit verbundenen Neuorganisation und Erweiterung des Ichs. Demnach korrespondiert mit einer destruktiven Aggression auch eine gestörte Sexualität, die im Rahmen eines Symbiosekomplexes erworben wurde. Diese defizitäre Ich-Struktur ... spiegelt auf psychodynamischer Ebene analog der Dynamik der destruktiven Aggression die Sexualfeindlichkeit der Primärgruppe wider“ (Ammon, G., 1976, S. 135f.). Ebenso wie konstruktive Aggression, Kreativität und andere Ich-Funktionen müssen auch sexuelle Erlebens- und Verhaltensweisen im schützenden Erfahrungsfeld der Symbiose einer konstruktiven Primärgruppe erprobt werden: „Die symbiotische Interaktion zwischen Mutter und Kind ... bildet den Rahmen für die Ausbildung des Körper-Ichs, für die Entfaltung der primär gegebenen Ich-Funktionen der konstruktiven Aggression, der Kreativität, der Sexualität und anderen und bildet auf diese Weise ein Übungsfeld, auf dem das Kind in der kontinuierlichen Interaktion mit der Mutter seine Ich-Funktionen entwickelt und seine Ich-Grenzen aufbaut und erlebt“ (Ammon, G., 1976, S. 283).

Im Rahmen seiner Kreativitätsforschung weist Ammon darauf hin, „daß schöpferische Persönlichkeiten mit ihrer Sexualität frei umgehen und auch einen unkonventionellen Lebensstil entwickeln können. Die untersuchten Personen konnten mit Aggression tolerant umgehen, und in ihren verschiedenen Tätigkeiten kooperierten sie miteinander. In der Kindheit standen bestimmte Entwicklungsspezifika im Vordergrund, u.a. eine freundlich verlaufene Symbiose, in der die Sexualität und konstruktiv aggressive Neugier weder unterdrückt noch besonders stimuliert oder gefördert wurden“ ... „Kriterien einer kreativen Persönlichkeit werden m.E. immer ein außergewöhnlicher Lebensstil sein, der sich in unkonventionellem Denken ausdrückt wie auch in Kleidung, Körperlichkeit und in direktem Kontakt sowie eigenwilligem Umgehen mit Raum und Zeit. Eine unkonventionelle Sexualität, häufig eine bisexuelle Sexualstruktur, gehören ebenfalls dazu“ (Ammon, G., 1982, S. 720, 733).

Mit der Neudefinition der Aggression als einer konstruktiven und kreativen Kraft löst sich Ammon vom Freudianischen Triebverständnis und entwickelt eine eigene theoretische Konzeption, in der Kontakt und Beziehung entscheidende Beziehungsgrößen werden, wohingegen Freud bekanntlich davon ausging, daß der Sexualtrieb mit seinem spezifischen Triebchicksal die Persönlichkeitsstruktur des Menschen formt. Ammon formuliert auf der Basis seiner primären Interpersonalität, dem gruppodynamischen Prinzip aller Persönlichkeitsentwicklung, seine Sozialenergie-Lehre (vgl. Ammon 1982) und stellt den zwischenmenschlichen Beziehungsprozeß in den Mittelpunkt, denn dieser ist letztendlich die Quelle aller Lebensenergie und damit der Persönlichkeitsentfaltung. „Folglich“ so schreibt Keller-Husemann (a.a.O., S. 120) „spiegeln sich

im sexuellen Erleben und Verhalten die erfahrenen gruppenspezifischen Beziehungen ebenso wie die erlittenen Verwundungen wider. Darin liegt kein Widerspruch zu der Tatsache, daß Sexualität somatische Aspekte hat. Sexualität als zentrale Ich-Funktion hat ihren Ursprung im Unbewußten. Ihre tiefsten Wurzeln befinden sich in der primären Ich-Struktur, die psycho-somatischer Natur ist und bereits pränatale Anfänge hat. Der somatische Anteil ist begründet in biologisch gegebenen Geschlechtsorganen und in den neuro-physiologischen und endokrinologischen Regulationsmechanismen“. *Ammon* selbst schreibt hierzu (1979, S. 128): „In engem Zusammenhang mit der Organisation der primären Ich-Struktur bilden sich die zentralen Ich-Funktionen wie .. die Sexualität ..., die m.E. alle eine Verankerung in der körperlichen Ich-Struktur haben und sich im innigen wechselseitigen Verhältnis entfalten. Ich-Identität und körperlicher Ausdruck, Aggression und Motorik, Sexualität und äußere Wahrnehmung und Perzeption der Hautoberfläche, Autonomie und Bewegung, Angst und innere Perzeption sind dabei aufeinander bezogen“.

Auf die enge Verwobenheit und Interdependenz der Ich-Strukturen wird von *Ammon* auch im Handbuch 2 hingewiesen: „Der primäre Aspekt der Ich-Funktion der Sexualität ist das organisch gegebene Substrat von den Geschlechtsorganen bis hin zu den neurophysiologischen und endokrinologischen Regulationsmechanismen. Der sekundäre Anteil ist in den jeweiligen sexuellen Verhaltensweisen zu sehen, die durch die zentrale Ich-Funktion der Sexualität im Zusammenhang mit den übrigen zentralen Ich-Funktionen bestimmt werden. Was beim Tier ein beinahe automatisch ablaufender Prozeß ist, ist beim Menschen in allen drei Bereichen der Ich-Funktionen leicht störbar“ (*Ammon*.1982).

Am entschiedensten betont er immer wieder die Bedeutung des interpersonellen Erfahrungsraumes, so etwa wenn er schreibt: „ Daß die Gruppe als tragendes mütterliches Element empfunden werden kann, ist das Ergebnis der sich entwickelnden Gruppengrenzen, die einen vertrauensvollen Raum für die Auseinandersetzung schaffen. Die Bearbeitung der Urängste, die Bearbeitung der Angst, verschlungen zu werden, die Abgrenzung aus der Symbiose und die ersten Identitätsschritte ermöglichen das Ausprobieren, Entwickeln und Differenzieren aller Ich-Funktionen, wie Kreativität, Sexualität, konstruktive Aggression und anderen“ (*Ammon* 1979).

Die Sexualität als Humanfunktion

Grundsätzlich wird Sexualität als eine im Unbewußten verankerte und in ihrem Wachstum von gruppenspezifischen Bedingungen abhängige Humanfunktion verstanden. Die Möglichkeiten, partnerschaftliche Sexualität leben zu können, lassen sich also im wesentlichen auf die Bedingungen einer freundlich-gewährenden, d.h. konstruktiven Symbiose und damit überwiegend positiven Beziehungserfahrung in der frühen

Primärgruppe zurückführen. Konstruktive Sexualität kann somit als Ausdruck einer überwiegend gelungenen Ich-Entwicklung und überwiegend konstruktiv entwickelten Humanstruktur verstanden werden und ist eng verbunden mit dem jeweiligen Identitätsentwurf des Menschen. Funktional wird sich dies in der Qualität der Entwicklung der einzelnen Humanfunktionen und der Identitätsentwicklung insgesamt widerspiegeln. Aufgrund der komplexen Verwobenheit der Sexualität ist für deren Entfaltung das Zusammenspiel mit dem übergeordneten Identitätsentwurf sowie den anderen Humanfunktionen von besonderer Bedeutung, etwa mit den Funktionen der Aggression, der Angst, der Ich-Abgrenzung nach außen und innen, des Narzißmus', aber auch des Körper-Ichs und sicherlich auch der Frustrations-Toleranz. Und vielleicht macht gerade das komplexe Zusammenspiel der verschiedenen Humanfunktionen die besondere Störanfälligkeit der Sexualität in Entwicklung und Beziehungen aus.

Konstruktive Sexualität

Die Humanfunktion der Sexualität wird bei *Ammon* psychogenetisch und gruppensdynamisch als primär konfliktfreie eigenständige komplexe Humanfunktion verstanden, dementsprechend ist zu deren konstruktiver Entfaltung auf der Verhaltensebene ein gewisses Maß an gesunder Entwicklung in den anderen Humanfunktionen eine notwendige, aber nicht unbedingt hinreichende Voraussetzung. Mit anderen Worten: Die Sexualität bedarf zu ihrer konstruktiven Entfaltung der anderen Humanfunktionen, wie etwa der Aggression, Angst, Abgrenzung, eines gesunden Narzißmusses etc. in erheblichem Maße. Umgekehrt gilt diese Bedingung nicht: Die Entfaltung von Aggression, Angst, Abgrenzung etc. ihrerseits bedürfen der Sexualität weit weniger, auch wenn natürlich nicht übersehen werden darf, daß Humanfunktionen immer mehr oder weniger untereinander verwoben sind und sich nicht isoliert entwickeln können.

Ebenso wird „konstruktive Sexualität“ als Ausdruck einer integrierten, nicht-zersplitterten Persönlichkeit ohne abgespaltene Bereiche verstanden. Dies setzt eine weitgehend gelungene Identitätsentwicklung voraus, auch wird „konstruktive Sexualität“ immer eine Sexualität sein, die unter der Herrschaft des Ichs steht.

Bezogen auf die einzelnen Humanfunktionen wird „konstruktive Sexualität“ verstanden als ein Verhalten auf seelischer, körperlicher und geistiger Ebene mit Elementen von „konstruktiver Aggression“, also den Aspekten von Kontaktaufnahme, Beziehungsfähigkeit, neugieriger Exploration und Persistenz, dem Festhalten an Kontakten und Beziehungen. Konstruktive Sexualität beinhaltet damit die Fähigkeit, freundliche erotisch-sexuelle Beziehungen zu anderen Menschen eingehen, sie aufrechterhalten und aktiv und selbstbestimmt gestalten zu können.

Daneben ist im Sinne der Kontaktaufnahme auch ein gesundes Maß an Angstbewältigung notwendig, welche den Menschen zu realistischer

Bewertung der Situation und angemessenem Bewältigungsverhalten befähigt, ihn aktiviert und in konzentrierte Wachheit versetzt.

Auf der Ebene der Abgrenzung nach außen ist eine flexible Abgrenzungsfähigkeit mit Kontaktaufnahme und Einfühlung in den Partner - ohne Aufgabe der eigenen Identität - gefordert, die Vertretung eigener Gefühle und eines eigenen Standpunktes, die Fähigkeit der Unterscheidung zwischen Ich und Nicht-Ich.

Auch die flexible Abgrenzung nach innen als Regulationsfähigkeit zwischen dem bewußten Ich und Inhalten des Unbewußten ist für eine realistische Selbstwahrnehmung notwendig, vor allem eigener Gefühle und Bedürfnisse im Kontakt mit dem Partner.

Schließlich sollte konstruktive Sexualität auch Elemente eines gesunden Narzißmus' enthalten, also eines freundlichen Bildes des Menschen von sich selbst und seiner Welt, seines Selbstwertgefühls allgemein, aber auch in Bezug auf einzelne Bereiche, wie die eigenen Körperlichkeit, das eigene Denken, Handeln und Fühlen. Ein Mensch mit „konstruktivem Narzißmus“ wird dementsprechend mit sich selbst liebevoll umgehen können und damit vermutlich auch mit seinem Partner, wird seine eigene Körperlichkeit, seine Interessen, seine Geistigkeit und eigenen Ideen lustvoll bejahen können, sie als genuin ich-haft und mit erotischer Spannung erleben und kommunizieren können und damit eine Selbstliebe entwickeln, die nicht privatistische Züge trägt, sondern den Partner und andere Menschen mit einbezieht.

Entsprechend der engen Verbundenheit mit der Identität betont *Ammon* auch die sozialenergetische Dimension konstruktiver Sexualität, die Qualität des Austausches zwischen den Partnern auf körperlicher, seelischer und geistiger Ebene: Alle konstruktive Sexualität ist nur möglich bei e c h t e m Kontakt und e c h t e r Beziehung, dem Empfinden von Freude und Wärme über den anderen und sich selbst, einer erotischen Qualität, die verbunden ist mit dem Erleben von emotionaler wie körperlicher Wärme in der Beziehung zum anderen - und sei es auch „nur“ für den Augenblick der Begegnung - der Fähigkeit, Fürsorge, Güte und Freude am anderen als Ausdruck der Beziehung und Liebe zu erleben sowie Hingabe für den anderen zu entwickeln, ihn als Gegenüber bei gleichzeitigem Sich-selbst-genießen-können zu erleben. Man könnte also hier auch von einer ethischen Dimension sprechen, die unabdingbar zu einer erwachsenen, verantwortungsbewußten konstruktiven Sexualität gehört, einschließlich der Übernahme der Verantwortung für das eigene Tun und die Konsequenzen für den anderen.

Entscheidend ist also die Qualität der Beziehung, wozu auch Kontinuität über lange Zeit hinweg gehört, auch über die erste Phase der Verliebtheit hinaus.

Das skizzierte Zusammenspiel der genannten Humanfunktionen stellt die Basis, die „Minimalvoraussetzungen“ für eine konstruktive Sexualität dar. Als wünschenswert für eine kreative, integrierte Sexualität könnte man darüber hinaus hinzufügen:

Verspieltheit im Kontakt, die Fähigkeit zu erotischer Phantasie, die Freiheit von Geschlechtsrollen-Fixierungen und damit die Möglichkeit auch androgyne Bedürfnisse leben zu können, das Kommunizieren-Können eigener sexueller Bedürfnisse auf verbaler und nonverbaler Ebene, eine Hingabefähigkeit bis hin zur Orgasmusfähigkeit, die aber nicht auf den Bereich der Genitalempfindungen beschränkt bleiben muß, ein lustvolles Ganz-Körper-Erleben und schließlich auch ein „Schuß“ destruktiver Aggression - denn, wie schon *Freud* meinte: „Händchenhalten im Mondschein alleine tut es nicht ...“.

Ein wichtiges Kriterium für konstruktive Sexualität besteht im Gefühl nach der sexuellen Begegnung: Fühlt der Mensch sich bereichert, erfüllter, spürt er sich selbst mehr, fühlt er sich lebendiger, findet ein konstruktiver, sozialenergetischer Austausch statt?

Zusammenfassend kann als wesentliche und notwendige Voraussetzung für die Entfaltung konstruktiver Sexualität also festgehalten werden

- ein freundlich-wohlwollendes unterstützendes Klima der Primärgruppe, das dem Kind die Entwicklung und Erprobung seiner primär gegebenen Funktionen erlaubt,
- die schuldfreie Abgrenzung aus der frühkindlichen Symbiose,
- die Bejahung der eigenen Körperlichkeit und nicht zu vergessen auch
- die konfliktfreie Bewältigung der ödipalen Problematik.

Destruktive Sexualität

Destruktive, d. h. kranke Sexualität läßt sich auf einem gleitenden Spektrum von der neurotischen Ebene bis hin zu schweren archaischen Ich-Erkrankungen ansiedeln und wird sich unter anderem in überwiegend destruktiver Identitäts-Entwicklung mit überwiegend destruktiver Aggression, Angst und destruktivem Narzißmus sowie einer gestörten Regulationsfähigkeit nach innen und außen und einem destruktiven Körper-Ich ausdrücken. Dies kann sich auf der Ebene der Aggression in Beziehungs- und Kontakt-Abbrüchen widerspiegeln, in mangelnder Persistenz und Kontinuität, in Durchbrüchen realer oder phantasierter Gewalt, Rachegefühlen und Zynismus dem Partner gegenüber sowie der emotionalen und gedanklichen Entwertung des anderen - wobei aber immerhin ein gewisses Maß an Kontakt und Beziehungsaufnahme möglich ist.

Auf der Ebene der Angst wird in der Regel sehr viel mehr Angst erlebt als situativ angemessen wäre, die Menschen kämpfen mit Verlassenheits- und Vernichtungsängsten, der Angst, verschlungen zu werden oder sich in der Beziehung mit dem anderen aufzulösen oder erleben konkrete Kontaktängste, was schließlich inaktivierend wirkt und zu unangemessenem Vermeidungsverhalten führen kann und damit grundsätzliche Kontakt- bzw. neue Beziehungs-Erfahrungen verhindert. Ebenso können frei flottierende Ängste und Phobien erlebt werden, die im Extrem dann zu defizitärem Sexualverhalten führen.

Auf der Ebene der Abgrenzung nach außen wird eine destruktive, d.h. starre und überstarke Abgrenzung anderen Menschen gegenüber eine emotionale Anteilnahme, unter Umständen sogar ein generelles Interesse am anderen verhindern, der Mensch läßt „nichts an sich heran“, er erweist sich als unsensibel und rigide und hat kein Verständnis für die Bedürfnisse und Interessen des Partners. Ist die Abgrenzung nach innen destruktiv, d.h. starr geschlossen, wird der Person der Zugang zum eigenen Unbewußten fehlen, er bleibt weitgehend von seinen Gefühlen abgeschnitten und kann keine erotischen oder sexuellen Phantasien entwickeln.

Destruktiver Narzißmus als grundsätzlich gestörte Beziehung eines Menschen zu sich selbst, als brüchiges und gestörtes Selbstbild und Selbstwertgefühl wird sich als inadäquate Wahrnehmung der Realität, als fehlendes In-sich-Ruhen und damit laufend notwendige narzißtische Bestätigung von außen niederschlagen, in maßlosen Erwartungen und Forderungen an den Partner zeigen und hoher Kränkbarkeit, wenn diese Forderungen nicht erfüllt oder das eigene, oft privatistische Weltbild nicht bestätigt werden.

Bei der destruktiven Sexualität steht die gestörte Regulation von Beziehungen zu anderen, zu sich selbst und zum eigenen Unbewußten und im Umgehen mit eigenen Ängsten im Vordergrund. In der Regel ist dies die Folge von Schädigungen im Rahmen des Symbiose-Komplexes, feindselig-ablehnender Primärgruppensdynamik, inadäquater Reaktion der Primärgruppe auf Entwicklungsschritte und Bedürfnisse des Kindes und einer dementsprechenden destruktiven Identitäts-Entwicklung.

Auf der Beziehungs-Ebene wird der andere ausschließlich als Mittel zum Zweck der eigenen Befriedigung wahrgenommen, er wird instrumentalisiert: Sexualität hat die Qualität gegenseitiger Onanie, es fehlt die Beziehung zum Partner und es besteht meistens ein Desinteresse an genitaler Vereinigung. Letztlich handelt es sich um eine autistisch auf sich selbst bezogene Aktivität: Die Grenzen zum anderen werden entweder nicht überschritten, es erfolgt keine Öffnung dem anderen gegenüber oder sie werden überschritten, aber auf körperlich, geistig oder seelisch verletzende Weise, die den anderen verdinglicht - und damit natürlich auch sich selbst. Generell besteht keine Freude an der Freude des anderen.

Destruktive Sexualität hat immer verletzende Züge dem anderen und sich selbst gegenüber und kann auch an ihren Konsequenzen gemessen werden. Das äußerste Extrem destruktiver Sexualität besteht im Lustmord, immer sind jedoch Züge von Selbstzerstörung, auch sozialer Art (öffentlicher Skandal, Degradierung, Möglichkeiten der Erpressung etc.) in diesem Verhalten zu finden.

Generell beinhaltet also destruktive Sexualität Verhaltensweisen, wo zumindest einem von beiden Partnern geschadet wird, sei es in gesundheitlicher, körperlicher, seelischer oder gesellschaftlicher Hinsicht, auch in Bezug auf sein eigenes Selbsterleben und Befinden. Hinzu kommt vielfach das reizende Moment der Fremdheit, die Kontakt- und

Beziehungslosigkeit statt dem Wunsch nach Nähe und Vertrauen und das relative Desinteresse an genitaler Vereinigung.

Als wichtiges Kriterium für destruktive Sexualität läßt sich auch hier das Gefühl nach der sexuellen Begegnung ausmachen: In der Regel hat wenigstens einer der beiden Partner hinterher ein schlechtes Gefühl, hat Schuldgefühle, das Gefühl, degradiert worden zu sein oder den anderen erniedrigt zu haben.

Auf die Varianten destruktiver Sexualität, wie Exhibitionismus, Voyeurismus, sadomasochistisches Verhalten - häufig gepaart mit sexueller Hörigkeit - Fetischismus, Prostitution, den sexuellen Mißbrauch von Kindern und die Vergewaltigung als massivste Formen destruktiver Erniedrigung und sexueller Machtausübung, soll hier aus Platzgründen nicht eingegangen werden, da dies in jedem gängigen Lehrbuch nachzulesen ist.

Auf der Verhaltensebene wird sich das Überwiegen der destruktiven Strukturelemente in der Unfähigkeit zeigen, dauerhaft Beziehungen einzugehen, d.h. Kontakte auch über Krisen und Auseinandersetzungen hinweg zu halten, durch fehlende Verständigung mit dem Partner, Schwierigkeiten im Umgang mit der eigenen Körperlichkeit und der des Partners, Phantasiearmut im Umgang miteinander, feindseliger Rivalität oder Leidenschaftslosigkeit, einer eher starren Rollenverteilung statt Flexibilität, dem Überwiegen von schwer lösbaren Problemen in der Partnerschaft sowie fehlender Hingabe- und Liebesfähigkeit.

Beispiele aus dem klinischen Bereich zeigen Menschen mit überwiegend desintegrierter Persönlichkeit, fehlender Beziehungsfähigkeit und in der Regel großen Struktur-Defiziten. Erwähnt sei etwa ein psychosenaher Borderline-Patient, der jahrelang aufgrund seiner nicht-gespürten Einsamkeit und ungelösten Mutter-Problematik lange Zeit im Ausland weitgehend problemlos arbeiten und unterwegs sein konnte. Sein Zuhause waren sowohl das hochtechnisch ausgerüstete Dienstfahrzeug als auch die an der Strecke liegenden Bordelle. Seine sozialen Kontakte beschränkten sich auf Treffen mit den Kollegen an Rastplätzen und regelmäßige Besuche bei Prostituierten - er hatte über Jahre hinweg vier bis acht sogenannte „Stammfrauen“. Die abgespalten gelebte Sexualität stabilisierte ihn über lange Jahre, im nachhinein berichtete er, wie er Sexualität in den stets überlauten, hektischen von ihm gerne als „Freudenhäusern“ bezeichneten Etablissements eher rauschhaft und ohne Bezug zu sich selbst und den Prostituierten erlebte. Zu einer schweren Dekompensation mit nachfolgend notwendigen mehrfachen Klinikaufenthalten kam es erst, als er anlässlich eines Asienurlaubs zusammen mit einem Freund einer deutsch sprechenden Prostituierten begegnete, welche ihrerseits Kontakt mit ihm aufnahm. Im nachhinein beschrieb er als völlig überwältigend das Gefühl, mit dieser Frau in Kontakt gekommen zu sein, er erlebte sie als sehr viel Ruhe, Wärme und Sicherheit ausstrahlend, fühlte sich geborgen und reagierte sexuell impotent. Er verbrachte mit ihr zusammen mehrere Tage und erlebte nicht wie gewohnt eine sexuelle, sondern erstmals eine menschliche Beziehung

in einer Qualität, wie er sie bislang nicht erlebt hatte. Dies führte vor seinem Rückflug und der damit verbundenen Trennung zu einem völligen depressiven Zusammenbruch und nur der ihn begleitende Freund konnte ihn sicher nach Deutschland zurückbringen. Er begab sich noch einmal mit seinem Dienstwagen auf Auslandstour, brach jedoch 3000 Kilometer von zu Hause erneut depressiv zusammen und konnte nur in ständigem telefonischem Kontakt mit seinem Arbeitgeber sehr langsam und in kleinen Etappen nach Deutschland zurückfahren: Der Seniorchef der Firma hatte dafür gesorgt, daß sowohl der Juniorchef als auch ein vertrauter Kollege sowie dessen Ehefrau für die Zeit der Rückfahrt rund um die Uhr telefonisch erreichbar waren. Der Patient begab sich daraufhin unmittelbar in unsere stationäre Behandlung. Hier ging es vor allem um eine nachholende wiedergutmachende konstruktiv-symbiotische Erfahrung und darum, dem Patienten zu ermöglichen, kontakt- und beziehungsfähig zu werden. Während der nachfolgenden ambulanten Therapie hatte er angesichts einer Trennungssituation vor den Ferien und einer seinem Erleben nach durch Mitbewohner tief zugefügten Kränkung einen schweren Autounfall, der einem verdeckten Suizidversuch gleichkam. Er mußte erneut stationär aufgenommen werden. Mittlerweile befindet er sich wieder in ambulanter Therapie, hat erfolgreich eine berufliche Umschulungsmaßnahme begonnen und beginnt erst jetzt - nach 15 Jahren Beziehungs-Abstinenz - sich wieder auf Kontakte mit Frauen einzulassen, allerdings sehr vorsichtig und noch wenig erfolgreich.

Ähnlich der Fall eines ehemaligen Klinik-Patienten durch dessen Lebensgeschichte sich eine Vielzahl von höchst problematischen Frauen-Beziehungen zieht, wo er selbst über lange Zeit unbeschadet leben konnte, jedoch die jeweiligen Partnerinnen zu Tode kamen oder schweren physischen Schaden nahmen. Erst nachdem er selbst bei einem Arbeitsunfall beinahe zu Tode gekommen wäre, konnte er psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfe für sich in Anspruch nehmen. Sichtbar wurde sodann eine ungeheuer destruktive Aggression, die jedoch auf die sexuelle Ebene verlagert war, wie dies Messungen mit dem ISTA eindrucksvoll zeigen konnten.

Erwähnen möchte ich auch den Fall eines biologisch männlichen transsexuellen Patienten, der in unsere Klinik kam mit dem Wunsch nach Geschlechtsumwandlung. Durch Vorbehandlung bei einem niedergelassenen Psychiater - wobei die Bezeichnung „Behandlung“ hier als zynisch zu bezeichnen ist - waren bei ihm durch hormonelle Eingriffe Penis und Hoden bereits irreparabel zerstört, eine chirurgische Umwandlung zur Frau sollte nach Wunsch des Patienten möglichst bald erfolgen. Im Behandlungsfeld der Klinik war der Patient nur äußerst schwer zu integrieren, war oft abwesend, nahm die Position eines Außenseiters in der Klinik ein und verbündete sich schließlich mit einer schwer psychosomatisch erkrankten Diabetikerin, die ihrerseits unter schwersten Depressionen, Kontaktstörungen und völliger Hoffnungslosigkeit hinsichtlich ihrer

eigenen persönlichen und beruflichen Zukunft litt. Auch sie war nur äußerst schwer in das therapeutische Feld der Klinik zu integrieren.

Die Casekonferenz des transsexuellen Patienten machte eine Primärgruppendynamik sichtbar, wo deutlich wurde, daß die Geburt des Sohnes und späteren Patienten von den Eltern als „Unfall“ erlebt wurde und daß bereits zu diesem Zeitpunkt die Trennung und Scheidung der Eltern aktuell war. Während der Vater sich einen Jungen gewünscht hatte und den kleinen Knaben entsprechend erzog und einkleidete, hatte sich die Mutter sehnlichst ein Mädchen gewünscht, kleidete den Jungen wie ein Mädchen und behandelte und erzog ihn auch entsprechend. Je nach Kontaktsituation mit Vater oder Mutter wurde der Junge also unterschiedlichen Geschlechtsrollen unterworfen und konnte im Konflikt- und Spannungsfeld der sich trennenden, aber doch noch ungetrennten Eltern, die ihre Enttäuschungs- und Trennungs-Aggression über ihr Kind austrugen, keine eigene Geschlechtsrollen-Identität entwickeln. Im Erwachsenen-Alter inszenierte der Patient diese emotional unaushaltbare gruppendynamische Situation der Primärgruppe mit der Problematik seines Wunsches nach Geschlechts-Umwandlung, was konkretistisch mißverstanden zur Zerstörung seines Körpers führte. Aufgrund der Schwere seiner Erkrankung brach er die stationäre Therapie ab, nachdem seine Mitpatientin wegen einer schweren diabetischen Entgleisung in eine somatische Klinik verlegt werden mußte. Erschütternd eindrucksvoll zeigte der Patient jedoch, wie die Sexualität als Bühne unbewußter Primärgruppendynamik eingesetzt und mißverstanden werden kann.

Ammon verweist in diesem Zusammenhang darauf, daß „den Kranken ihr Ausagieren meist nicht als eine Störung des Kontaktes zur Außenwelt erscheint, ihr pathologisches Verhalten ist vielmehr häufig die einzige Form, in der sie sich existent und die Außenwelt als wirklich erleben können, d.h. in der sie ein Ich-Gefühl haben können.“... „Dabei erlaubt die destruktiv gewordene Dynamik der arretierten Symbiose dem Kranken dieses Ich-Gefühl nur in Form von selbstzerstörerischen Handlungen und Situationen“ (*Ammon, G., 1979, S. 291*).

Diagnostisch zeigt sich in all diesen Fällen im Ich-Struktur-Test nach *Ammon (ISTA, Ammon, G.; Finke, G.; Wolfrum, G. (1998)* interessanterweise ein überwiegend defizitäres Persönlichkeits-Profil mit großen Defiziten in den Bereichen von Aggression, Angst, Abgrenzung und Narzißmus, nicht jedoch in der Sexualität: Hier zeigen sich scheinbar gesunde Test-Werte, Werte, die angesichts der hohen Gesamt-Defizite der Persönlichkeit aber nur als Abspaltung des sexuellen Bereiches, als Wunsch-Phantasien oder als Ausdruck einer „rettenden Kontaktbrücke“ im abgespaltenen Bereich der Sexualität verstanden werden können.

Natürlich gibt es gleitende Übergänge im Normalbereich zwischen sogenannten perversen Praktiken und konstruktiver wie destruktiver Sexualität - darauf hat schon *Freud (1905)* in seinen „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie“ hingewiesen. Er beschrieb das infantile Sexualleben als

„polymorph-pervers“ und primär bi-sexuell angelegt. Er löste damit in seiner Zeit sehr viel Entrüstung aus, sah aber in dieser Vielfalt ein grundsätzliches Potential von Äußerungsmöglichkeiten menschlicher Sexualität. Und während *Freud* triebgebunden argumentiert, geht es auch bei *Ammon* nicht um eine moralische Wertung der entsprechenden Praktiken bei Erwachsenen, sondern es geht entscheidend um den zwischenmenschlichen Kontakt und die Beziehungsfähigkeit der beiden Partner, die Frage, ob der Partner als eine heile, interessante und geliebte und liebenswerte Person erlebt werden kann.

Keller-Husemann (1983) charakterisiert destruktiv gewordene Sexualität als unfrei und un kreativ, sie bewegt sich nicht innerhalb flexibler Ich-Grenzen. Ihre charakteristischen Merkmale zeigen sich kurz zusammengefaßt in der „Stereotypie des perversen Rituals“, in einem suchartigen In-Szene-Setzen mißlingender Beziehungsversuche, einem Geschehen, das unter der Herrschaft eines unbewußten Wiederholungszwangs in sich stereotyp wiederholender Phantasien von omnipotenter Kontrolle und Macht bzw. totaler Selbstaufgabe steht. Diagnostisch aufschlußreich in diesen Fällen ist das Abweichen vom Ritual oder die Unterbrechung desselben, was im kritischen Fall zu psychischer Dekompensation führen kann. Es ist auch charakterisiert durch pseudointime Nähe zu austauschbaren Partnern oder Objekten im Sinne einer „Komplizenschaft“, durch abgespaltene und oft nicht mehr kontrollierbare Destruktivität, durch die Ungewißheit der eigenen sexuellen Identität und die damit einhergehenden verschwommenen Körper-Ich-Grenzen und schließlich die Unfähigkeit, in und zu einer Gruppe Beziehungen aufrechtzuerhalten sowie durch das Fehlen einer autonomen Identitäts-Perspektive. Damit hat die eigentliche sexuell perverse Reaktion als archaische Ich-Erkrankung psychodynamische, strukturelle und gruppensdynamische Gemeinsamkeiten mit der narzißtischen Depression, den psychosomatischen Erkrankungen, dem Borderline-Syndrom, den Suchterkrankungen und der psychotischen Reaktion (vgl. *Keller-Husemann, U.*, 1983).

Defizitäre Sexualität

Sie entspricht entweder der Neurose, also verdrängter Sexualität oder dem Defizit mangelnder Beziehungserfahrungen in der Primärgruppe: Sie ist zu verstehen als verinnerlichtes Sexualverbot, welches in der Kindheit bzw. im gruppensdynamischen Kontext erworben wurde. Wenn überhaupt, kann Sexualität nur in Verbindung mit starken Ängsten erlebt werden, die in der Regel in der Kindheit erworben wurden, z.B. durch das Miterleben der von *Freud* sogenannten "Urszene", wo das Kind im Sinne einer Verkennung den Beischlaf der Eltern beobachtet, die Situation nicht versteht, Blut im Bett findet und die Phantasie entwickelt, der Vater würde im sexuellen Akt die Mutter umbringen. Oft zeigt sich die defizitäre Sexualität auch in der Impotenz des Mannes oder der Frigidität der Frau, in der Regel erfolgt dann weitgehender Verzicht auf Sexualität.

Entscheidend sind oft auch Berührungssängste, die übermäßige Angst sich zu infizieren, z.B. mit Aids, Syphilis oder sonstigen Krankheiten, was häufig auch ein Problem ungenügender Aufklärung ist. Defizitäre Sexualität ist zu finden bei sehr kontaktscheuen oder beziehungsunfähigen Persönlichkeiten, die sich sowohl ungerne auf Sexualität als auch auf Kontakt generell einlassen oder alles für "vom Teufel" und für unanständig halten. Der sexuell defizitäre Mensch ist eo ipso der "gehemmte Mensch" im Sinne von *Schultz-Hencke*: Er hat keine Freude am eigenen Körper, hat wenig Freude mit anderen Menschen zusammen zu sein, fühlt sich im Kontakt schnell gelangweilt und hält Sexualität für unanständig oder sogar sündig. Neben der generellen Kontaktangst und Kontaktscheu hat er wenig Freundschaften, aber vor allem ein schlechtes Selbstwertgefühl - er glaubt entweder, es interessiere sich keiner für ihn oder er muß auf den Märchenprinzen oder die Märchenprinzessin warten, weil keine oder keiner gut genug ist.

Charakteristisch für die defizitäre Sexualität im eigentlichen Sinne ist jedoch nicht nur die verdrängte Sexualität, sondern besonders das verinnerlichte Defizit an Beziehungs-Erfahrungen und erlebten zwischenmenschlichen Begegnungen, die zum Aufbau einer eigenständigen Persönlichkeitsentwicklung und Identität hätten führen können. Hier lassen sich Menschen mit gravierenden psychiatrischen Auffälligkeiten finden, hierunter fällt auch die Gruppe der Borderline-Patienten und die der psychotisch Strukturierten, die durch innere Leere und Perspektivlosigkeit gekennzeichnet sind. Während die Sexualität des Borderline-Patienten unintegriert, promiskuitiv und instabil eher linkshemisphärisch beziehungslos „funktioniert“, bleibt die eher rechtshemisphärisch ausgerichtete Sexualität des Schizophrenen entweder auf Phantasien beschränkt - und dies dann oft in sehr dominierender oder wahnhafter Weise - oder sie wird auf einer eher regredierten Ebene praktiziert und wirkt dann oft sehr anrührend. Es handelt sich dann meist um eine eher kindliche Sexualität, fixiert auf die präödiopale orale oder anale Ebene, weitgehend jedoch ohne Regulation und wirkliche Kontaktfähigkeit. Bei beiden Krankheitsbildern steht Sexualität unter der Herrschaft des Symbiose-Komplexes, dementsprechend ist die Sexualität immer gestört, sie ist immer eine dysregulatorische und entspricht beim Borderline-Patienten seiner Identitätsstörung, beim schizophrenen Patienten seinen inneren Defiziten in allen Bereichen seiner Humanstruktur. Während Borderline-Patienten Sexualität und sexuelles Agieren häufig zur Vermeidung von Angst, Einsamkeit und dem Gefühl innerer Leere verwenden und ständig auf narzißtische Zuwendung von außen angewiesen sind, beschränkt sich die Sexualität des Schizophrenen aufgrund seiner großen inneren Defizite oft auf die Ebene des Phantasierens oder bewegt sich im Phantastischen, er verbringt dann viel Zeit im Bett und ist mit Onanieren beschäftigt.

Ammon wies oft darauf hin, wie in der defizitären Sexualität die Problematik von Abgrenzung, Symbiose und Autismus deutlich wird:

Nach der anfänglichen Verliebtheit entwickeln sich symbiotische Abhängigkeiten oder sogar Hörigkeit, die bei Verlust jeglicher notwendiger Spannung und Abgegrenztheit zur toten Symbiose, unter Umständen autistischem Rückzug und zu defizitärer Sexualität führen muß. An anderer Stelle formulierte *Ammon* den Zusammenhang folgendermaßen: „Aufgrund zunehmend einsetzender symbiotischer Verschmelzung, fehlender Distanz und fehlender Abgrenzung fallen beide Partner in ein symbiotisch-depressives Loch einer Beziehung, in der nichts mehr möglich ist: Keine Sexualität, keine Kreativität, keine Interessen, keine Kontakte“ (*Ammon, G., 1979, S. 335*).

Beispiele aus der klinischen Praxis zeigen Patienten, die noch nie in ihrem Leben real gelebte Sexualität erleben konnten und deren Phantasieleben zum Teil von sexuellen Phantasien geradezu überquillt - oft als Abgrenzung gegen innere Leere, Einsamkeit und Isolation. Hier sei der Fall eines schizophren reagierenden Klinik-Patienten erwähnt, der über lange Zeitstrecken hinweg überwiegend über Frauen und seine zum Teil bizarren sexuellen Phantasien sprach, die meisten seiner Malereien sexuelle Inhalte hatten, mit denen er auch seine Mitpatienten erschreckte. Er verliebte sich sehr schnell in neue, junge, hübsche und meist sehr kindliche Mitpatientinnen und betete sie regelrecht an, vor allem, wenn es sich um engelsgleiche Feenwesen handelte. Stets hatte er dann den Kopf voller Phantasien, onanierte regelmäßig und häufig mit vorsichtigen Annäherungs-Phantasien, die mit Sexualität im eigentlichen Sinne noch gar nicht viel zu tun hatten. Danach bekam er heftigste Schuldgefühle, die sich als mittlere Teufels-austreibungen - laut und vehement für die ganze Klinik vernehmbar - darstellten. Über lange Zeit war er aufgrund seiner Phantasien nicht in der Lage, mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu fahren, weil dort junge und hübsche Mädchen zu sehen waren und er die Phantasie hatte, diese würden ihn anlocken, er könnte dann nicht widerstehen, sie würden ihn dann aber zurückweisen. Und obgleich er die innere Leere zeitweise fast pausenlos mit sexuellen Inhalten füllte, hatte er doch keine Vorstellung davon, wie man eine Beziehung aufbaut, wie man Kontakt aufnimmt, wie man der Erfüllung dieser Wünsche ein Stück näher kommt. Die Möglichkeiten der Großstadt hatten ihn vor allem unter dem Aspekt fasziniert, Frauen kennenzulernen, was ihm gleichzeitig aber auch große Angst machte. Er begann schließlich Überlegungen anzustellen und Vorbereitungen zu treffen, ins Bordell zu gehen, auch weil ihm der Vorbereitungs-Aufwand und die mit Kontaktaufnahmen verbundene Anstrengung bewältigbarer erschien.

Schlußbemerkung zur Entwicklung von Sexualität

Das Anliegen dieser Arbeit besteht darin, die Sexualität als Humanfunktion in ihrer komplexen Verwobenheit mit dem gesamten Geflecht der Humanstruktur eines Menschen darzustellen und deutlich zu machen, daß die Entwicklung der Sexualität an die Primärgruppensdynamik

gebunden ist und als störanfälliges Beziehungsgeschehen vom jeweiligen Identitätsentwurf eines Menschen und seinem psychischen Entwicklungsstand abhängig ist. Gerade aufgrund der besonderen Verwobenheit in die gesamte Humanstruktur wird deutlich, daß sehr viele Voraussetzungen für die Entfaltung einer lebendigen Sexualität notwendig sind. Damit wird aber auch verständlich, weshalb sich gerade die Sexualität als besonders störanfällig im zwischenmenschlichen Entwicklungs-Prozeß und Beziehungsgeschehen erweist.

Anliegen der Arbeit ist auch, zu zeigen, daß ein solches Verständnis menschlicher Sexualität therapeutische Konsequenzen nach sich ziehen muß. Sie bestehen darin, deutlich zu machen, daß Ansätze, sexuelle Störungen mit Verhaltens-Modifikation, Trainingsverfahren, Reframing oder ähnlichem zu beheben, nur in den seltensten Fällen von Erfolg gekrönt sein können. Es muß vielmehr um ein tiefer gehendes Verständnis und ein Behandlungsangebot der Gesamtpersönlichkeit gehen, ein therapeutisches Angebot, welches bei schwerwiegenderen Fällen auf der Ebene des Symbiose-Komplexes und des Geflechtes der einzelnen Humanfunktionen ansetzt, den leidenden Menschen als ganzen Menschen in seiner psychosozialen Komplexität wahrnimmt und im Sinne „nachholender Ich-Entwicklung“ Persönlichkeits-Struktur-Aufbau ermöglicht.

Ich möchte mit einem Zitat von *Ammon* abschließen, was sich zwar auf die Kreativität bezieht, aber wohl auch für die Sexualität gilt: „Erst wenn es im Laufe einer nachholenden Ich-Entwicklung während der analytischen Arbeit gelingt, eine gute symbiotische Erfahrung zu vermitteln, die Kohärenz der Ich-Grenzen langsam aufzubauen, die unbewußt gewordenen Schuldgefühle aufzulösen und ein schuldfreies Heraustreten aus der Symbiose sowie ein angstfreies Eintauchen in die Symbiose zu gestatten, dann können wir mit der Entfaltung einer nun schuldfreien konstruktiven Aggression, konstruktiven Sexualität und flexiblen Ich-Abgrenzung auch stets die Entwicklung einer schuldfreien Kreativität beobachten“ (*Ammon, G. 1979, S.138*).

Sexuality from a Humanstructural View

Gerhard Wolfrum (Munich)

This lecture about sexuality as a human function with the dimensions of „constructive“, „destructive“ and „deficient“ results from many discussions still with *Günter Ammon* in the setting of the development of the Ego Structure Test after *Ammon* (ISTA). In this context he speaks for the first time of "constructive sexuality" where he puts the aspect of identity as well as the quality of relationships in the center of interest. He emphasizes the quality of the interpersonal exchange and puts this understanding in relation to the socialenergetic concept.

The matter of concern of this lecture is to summarize the ideas about various forms of sexuality and their respective qualities of relationships as well as the presentation of psychogenesis and groupdynamic of human sexuality and its connection with other humanfunctions. Also the qualities of "destructive" and "deficient" sexuality and their therapeutic implications will be discussed.

The result of an literature investigation over the past ten years showed that about 700 publications under the keyword "Psychoanalysis and Sexuality" were made about that subject. Less than a dozen are dealing with the beginnings of a model-idea about sexuality - but, concerning new theoretical considerations, even less proofed to be helpful.

Loewit (1997) points out the social communicative function of sexuality from the sexual-medical perspective. From a psychosomatic view there is to notice that every act of sexual encounter presents a form of relationship. The roots of the nonverbal communication of early parent-child relationship compare to the communication of a sexual relationship - but this is only leading to consequences for the common education, especially sexual education. *Viktor Frankl* (1997) sets the ability to love in the center of his expositions and emphasizes the intergration of the "sexual drive" into the complete personality. He states, that failure and search for a sense in life can be the reason for erotic frustation as well as for sexual overcompensation.

Two of *Carl Rogers'* students are discussing sexuality under the understanding of the client orientated verbal psychotherapy. They come to the conclusion, that according to *Rogers* human needs and especially sexual needs belong to the actualizing tendency of the organism and they can develop in dependency of the human being's relationships as "congruent sexuality". Differing, so called "perverted sexual behaviour" is according to that understood as incongruence. It is referred to the importance of social influences for the concrete forming of needs and pleaded for the expansion of the abstract concept of the actualizing-tendency towards a dialectic term of development (*Spielhofer, H.*, 1996 , *Schmid, P.-F.*, 1995).

The individual-psychological view of sexuality is shown by a student of *Alfred Adler*: Sexuality, understood under the aspect of the life task of "love", is assigned to both of the life tasks of "profession" and "community". According to this, love exclusively is realized in an equal relationship of two persons of opposite sexes. The stressing of the sexual subject is of less importance for the education than to concentrate on the awareness and the support of the social feelings (*Biehle, R.*, 1990).

Andre Green concluded in a remarkable publication two observations about the meaning and position of sexuality in psychoanalysis. First there is an acceptable interest for the theoretical and practical subject of sexuality in the appropriate psychoanalytic literature and second the marginally meaning of sexuality discussed in many clinical presentations and case studies. The "actual and partly fashionable concentration on object-relationships,

pregenital fixation, borderline disturbances and the development theories of the early childhood" are, according to *Green* (1998), the central factor of an explanation for this wrongly evaluated development. Correspondingly *Green* tries in the sense of a rehabilitation of *Freud* to re-set the genital sexuality as well as the oedipus complex to the suitable central place.

However, *Walter Bräutigam* (1991), refers in his paper "Fixation and Sexuality in Psychoanalytic Theories and Praxis" to the well known Swiss psychoanalyst *Paul Parin*, who also complains about the disappearance of sexuality in psychoanalytic theories and in practise. *Bräutigam* is using this as an opportunity to compare the classical libido-theory and the drive-term as a basic motivation for psychic development with the empiric observations on little infants. Here, he especially relates to *John Bowlby*, who describes how the baby seeks after tactile, acustic and visual answers, body contact and closeness to familiar persons but not after satisfaction of erogene zones. In this context *Bräutigam* points out to the importance for the psychotherapist to differentiate during therapy whether he is subject of infantile desires for relationship or for grown-up sexual desires.

Also *Tillmann Moser* (1991) complains about the treatment-restrictions resulting from the concept of the drive-theory especially through the exclusion of body work. On the example of hysteria *Moser* explains that sexualizing during psychoanalysis can be a substitute - because "primary ego-needs and ego-abilities could not develop". These recognitions already were pointed out by *Semmler* and *Schibalski* 1976 on the basis of *Ammon's* primary-group-understanding.

Wilfried Schibalski (1993) confirms these results in his publication: „Effects on the Forming of Dogma in the Orthodox Psychoanalysis - Presented on the Example of Sexuality and Psychic Energy according to Ammons Concept of Socialenergy and Androgynity." After an exact investigation of datapools since 1974 with about 500.000 articles he confirms the decline of continuation of theoretical literature for model considerations about sexuality.

Schibalski is interpreting the condition of the literature as a reflection of the psychanalytic situation which did not reach "the at that time very bold theoretical ideas of their pioneers to adapt to the requirements of an expanded scientific understanding. To be in charge of a new research method in the sense of a method-integration (*Ammon, G., 1982*) and to integrate research results from the various disciplines of science - which would be according to *Cremerius* (1988) one of the most urgent tasks of a modern psychoanalysis" ... (*Schibalski 1993*). *Schibalski* concludes that there is no more basic research on sexuality in the established psychoanalysis - which is of no surprise from the scientific view. In his opinion this is typical for a closed system of science.

During the length of time of his investigations in the german speaking area he had only found one psychoanalytic work on the explicit subject of sexuality using a new model-view: The paper of a pupil of *Ammon*,

Gertraud Reitz, 1983, titled "The importance of the Sexuality in the Therapeutic Group". Another paper should be mentioned "Psychoanalysis and Sexuality - a Contribution for the Understanding of Constructive and Destructive Sexuality in Dynamic Psychiatry", published 1979 by *Ursula Keller-Husemann*, a student of *Ammon* as well. She also is relating to a groupdynamic understanding of the human sexuality.

Therewith I come to the actual concern of my paper - to present the groupdynamic understanding of sexuality according to the Berlin School of *Günter Ammon*.

In his book "Dynamic Psychiatry" (*Ammon, G., 1973*), *Ammon* describes in the chapter about "Sexual Perversions" sexuality as well as aggression as a primary given ego-function, that means functions being constructive from the beginning with the aim of contact and relationship. First through the effect of specific groupdynamics, humanfunctions become lifehistorically destructive behaviour. According to that, destructive and deficient sexuality is understood as a secondary, reactive deformation of the former original constructive dimensions. Outlining the aspect of relationship, *Ammon* later refused to use the term of "perversion" and spoke from then on only of "destructive sexuality".

In the setting of developing the personality model, the human-structure-model, *Ammon* follows consequently the thesis of the "primary interpersonality (*Keller-Husemann 1983*) of all psychic and somatic development of health and illness." Dynamic psychiatry there was described by *Ammon* as a "psychiatry where psychoanalysis is applied including modern ego- and group-research. It contents unconsciousness as well as the present and the past and the future field of the suffering human being and includes the entire dynamic of the process of illness from the psychic, somatic and sociological side in this exchange." (*Ammon 1977*).

Psychic diseases as forms of reactions on pathological experiences of relationships of the early childhood are examined for its groupdynamic context. In the sense of *Ammons* term of the "gliding spectrum" there is a floating connection between the ill and the healthy development where each of them have different ways of selfrealization and forming of identity. The succeeding forming of ego functions need the goodwilling support of a group which happens through communicating in the group. For the creation of the unconscious *Ammon* emphasizes the importance of early childhood experiences, especially in which extend the mother and all relevant persons help the child to deal with its flexible ego-demarcation and allow the child to be aggressiv and sexual curious. It only can enfold in the sense of selfrealization of a human being part of an energetic group. All forms of sexual expressions are in close connection with each identity plan of a human being - all sexual ways of behaviour and experiencing are to be understood as examplatory expressions of identity.

In handbook 2, *Ammon* states: "Sexuality is an expression of ego and identity and describes accordingly the features of a delightful creation of a

relationship." He adds: "Sexuality is also to be seen as an exemplary expression of identity on the level of the body-ego where primary processes have to be under the domination of flexible ego-boundaries" (*Ammon* 1979).

Ammon turns against *Freud's* sublimation thesis and represents the opinion that creativity always is connected with sexual interest which is just not a result of the sublimation of sexual desires. His experiences made in his therapeutic practice show, that after a successful analysis, free sexuality as well as creative activity can be enfolded (*Ammon* 1982): "Constructive aggression, sexuality and creative activity stand for a special ego condition where contact and relationship become decisively important". Consequently he developed the thesis of „social-energy“ (1982) where the interpersonal process of relationship is the basis of all life-energy and personality development. *Keller-Husemann* (1983) continues follows: In sexual experiencing and behaving all experienced groupdynamic relationships reflect as well as the once suffered injuries. This is no contradiction to the fact that sexuality has somatic aspects. Sexuality as a central ego-function roots in the unconscious. The deepest roots are lying in the primary ego-structure which is of psychosomatic nature with a prenatal beginning. The somatic part is arranged in the biological sex-organs and in the neuro-physiological and endocrine regulation-mechanisms.

Ammon decisively emphasizes the importance of the interpersonal space of experiences: "The group can be experienced as a carrying motherly element as a result of the developing group boundaries creating the confidential space for interactions. The working through of archaic anxieties and the fear of being swallowed, the leaving of symbiosis, first identity steps enable to experience, develop and differentiate all ego functions like creativity, sexuality, constructive aggression and others" (*Ammon*, 1979, p. 172).

Sexuality as a Humanfunction

Sexuality generally is understood as being established in the uncounscious and as a humanfunction depending for its development on groupdynamic conditions. The possibility to have later sexuality in a partnership is leading back to the positive experienced relationships of the primary group. Constructive sexuality therefore is understood as an expression of a succeeded ego-development and the mostly constructive developed humanstructure connected with the individual plan of identity of a human beeing.

Due to the complex involvation of sexuality it is of especial importance for its development to combine the outline of identity with other human functions like the function of aggression, inner and outer ego-demarcation, narcissism as well as body-ego and frustration-tolerance can be the reason why especially sexuality is of high vulnerability.

Constructive Sexuality

Sexuality needs for its constructive development the other humanfunctions like aggression, anxiety, demarcation a. s. f. while vice versa the enfolding of aggression, anxiety, demarcation needs less the humanfunction of sexuality. So, constructive sexuality is understood as an expression of an integrated non-splitted personality. This requires a good identity development and so constructive sexuality will be under control of the ego.

Related to the individual ego-functions "constructive sexuality " is understood as an encounter on a psychic, corporal and spiritual level. It has aspects of getting into contact, the ability to relate, curious exploration and persistence, holding on to contacts and relationships and the ability to engage into friendly, erotic-sexual relationships with other persons.

For making contacts a certain degree of ability to cope with anxiety is required. This enables a human being for realistic evaluation of situations and has a stimulating effect.

On the level of outer demarcation a flexible ability of limiting and sympathizing with the partner without giving up the own identity is required and to be able to stand for the own feelings as well as to differentiate between ego and non-ego.

Also, there is required a flexible inner demarcation as an ability for regulation between the conscious ego and the contents of unconscious - for realistic selfrealization of own feelings and needs in contact with the partner.

After all, constructive sexuality should contain elements of healthy narcissism as well as a friendly view of oneself and the world, a good selfestimation in general with relating to the own corporality, the own thinking, acting and feeling. A human being with "constructive narcissism" will be able to deal friendly with himself and also with the partner having a positive attitude towards own corporality, interests, spirituality. Thus a friendly attitude towards oneself is developed which includes other persons.

Ammon emphasizes the socialenergetic dimension of the constructive sexuality, the quality of encounter, of contact of relationship on corporal, intellectual and psychic level between partners: All constructive sexuality is only possible with r e a l contact, r e a l relationship through experiencing joy and warmth with the other and oneself - even for just the moment of encounter. The ability to develop care, kindness and joy for the other as an expression of love and relationship as well as to develop dedication to others - the quality of exchange, of giving and taking - the perception and getting in contact with others while enjoying oneself at the same time.

This demonstration of the interacting humanfunctions provide the basis - the minimal requirements for a constructive sexuality. For a creative sexuality it would be desirable to have additionally: Playfulness, the ability for erotic phantasies, absence of sexual role fixations, the ability to

communicate own sexual needs verbally and non-verbally, the ability for devotion and orgasm not only restricted to the genital area and a joyful experience of the entire body. And finally, a „shot“ of destructive aggression, like it is mentioned by *Freud*: "Holding hands in the moonshine isn't sufficient...".

One important criterion for constructive sexuality lies in the feeling after sexual encounter. Does a person feel enriched, fulfilled, feeling himself better, is more energetic, did a social exchange happen?

To sum up one can say as an essential and necessary requirement for the development of constructive sexuality it needs

- the friendly, supporting atmosphere of the primary group which enables the child to develop the primary given functions
- demarcation without guilt from early child symbiosis
- the allowance of own corporality
- the conflict-free coping with oedipus-problematics.

Destructive Sexuality

Destructive sexuality lies on the gliding spectrum from the neurotic level up to the severe archaic ego-disorders and will express itself in mostly destructive aggression, anxiety and destructive narcissism as well as in the disturbed ability for inner and outer regulation and in a destructive body-ego. This can reflect on the level of aggression in relationship and breaking off contacts, in the lack of persistence and continuity, in outbreaking of real or phantasized violence, cynicism and feelings of revanche towards the partner as well as the emotional and intellectual devaluation of the other one - which nevertheless shows a small capability of making contact.

On the level of anxiety, generally anxiety is experienced as free floating anxiety or phobias or as an anxiety to be neglected, or absorbed or dissolved in the relationship with the other - or even as a concrete contact-anxiety which inactivates and hinders making new experiences of relationships.

On the level of the outer demarcation an extreme strong demarcation towards other persons will prevent emotional participation and even general interest for the other one. This person is untouchable, rigid, lacking any sensibility and has no understanding for the needs and interests of the partner. If a person has a closed inner demarcation - there will be no way to the own unconsciousness and will be cut off from the feelings without being able to develop erotic or sexual phantasies.

Destructive narcissism as a basically disturbed relationship of a person to himself will show up as an inadequate realization of reality and needs due to the disturbed self-esteem, the constant narcissistic confirmation from outside.

Generally, on the destructive level the disturbed regulation of relationships to others, to oneself and to the unconsciousness as well as the dealing with the own anxieties are dominating all acting. This will be the case in all disturbances of the symbiosis-complex, like in a hostile-rejecting

primary groupdynamic, with inadequate reactions of the primary group on the steps of development and needs of the child and the resulting destructive development of identity.

On the level of relationship the other one will be instrumentalized and used for the purpose of own satisfaction. Sexuality has the quality of masturbating with each other without relation to the other and with no real interest for a genital intercourse. It is like an autistic activity - there is no opening for the other - or the opening exceeds in an injuring way on the physical, mental and psychic level. Generally there is no joy about the other one.

Destructive sexuality always has injuring elements and can be measured by its consequences. The most extreme of destructive sexuality is the sex-murder. Selfdestruction even on the social level (public scandal, degradation, blackmailing a.s.o.) always is included in such behaviour.

Another important criterion for the destructive sexuality is the feeling *a f t e r* sexual intercourse. Usually one of the partners feels miserable with feelings of guilt, the feeling to have degraded the other one or to be degraded himself.

Deficient Sexuality

It corresponds to the neuroses as a displaced sexuality or the deficit of experienced relationships in the primary group. This is to be understood as an internalized sexual restriction having acquired during childhood in the groupdynamic context. If at all - sexuality only can be experienced with severe anxieties which root in the childhood - for example through experiencing parental sexual intercourse, which is, in the sense of *Freud* the „primal scene“, where the child could not understand the situation. Deficient sexuality often figures as impotency by men - or frigidity by women. Usually sexual refusal is the result. Extreme fears of being touched or to infect oneself with bacterias, aids, syphilis or other diseases are often a problem of unsatisfying sex-education. Deficient sexuality often occurs with contact-shy personalities being unable to have relationships and don't like to involve in sexuality or contacts. They find "everything coming from the devil" or being immoral. The sexual deficient human being is the inhibited human being in the sense of *Schultz-Hencke*: He does not have any pleasure to be with others, soon feels to be bored in contacts, thinks that sexuality is immoral and needless. Next to the general contact-anxiety he only has a few friendships but he has an extreme bad self-estimation - either he thinks that nobody has an interest in him or he is waiting for the prince or princess because nobody is good enough for him.

It is not only the displacement of sexuality of a neurotic person which is characterizing the deficient sexuality - but also the internalized deficit of experiences in relationships and personal encounters which could have led to an individual development of personality and identity. The identity-

deficit is a kind of non-identity. Here you find persons with extreme psychic behaviour - also in the group of borderline patients and those with a psychotic structure, characterized through inner emptiness and lack of perspective. While the sexuality of a borderline person is desintegrated, often instable and promiscuitive, functioning left-hemispheric without relations, the more right-hemispheric sexuality of a schizophrenic person is either restricted on phantasies - often in a dominating and halluzinizing way - or it is practiced on a regressed level. This mostly more infantile needs are often specified to the preoedipal oral or anal level, mostly without a regulation or ability for real contact.

Ammon points out that to the "ill persons that kind of acting out does mostly not appear as a disturbance of contact to the surrounding. Their pathological behaviour often is the one and only way to feel existent - to have an ego-feeling...", "where only the destructive dynamic of the locked-in symbiosis gives the ill persons the allowance for their ego-feeling in the way of selfdestructive actions and situations" (*Ammon* 1979). Examples of clinical therapy show human beings with mostly desintegrated personality, lack of ability to relate and high structural deficits. So, sometimes a human being can only feel himself during sexual intercourse or through delegating the internalized problematics to others which then can become damaged themselves.

At both kinds of illness, sexuality is dominated by the symbiosis-complex and according to that sexuality always is disturbed, disregulated and matches the identity disturbance of the schizophrenic patient in all areas of his humanstructure. While borderline patients are using sexuality often as acting out to avoid anxiety, loneliness and the feeling of inner emptiness depending on constant narcissistic confirmation - the sexuality of the schizophrenic patient is due to the inner emptiness restricted to the level of phantasies.

Next to the problematics of inner emptiness, deficient sexuality clearly shows the context to demarcation, symbiosis and autism. After falling in love in the beginning, symbiotic dependencies up to be sexual enslaved are leading under the loss of each interpersonal tension to a dead symbiosis, autistic withdrawal and to deficient sexuality. "Due to the constant growing symbiosis, the lack of distance and demarcation, both partners fall into a symbiotic depressive hole in their relationship where nothing happens anymore: no sexuality, no creativity, no interests and no contact" (*Ammon* 1979).

Final Remark on the Development of Sexuality

The concern of this lecture is to present sexuality as a humanfunction in its complex ⁷⁹connection with the entire net of the humanstructure. It is shown that sexuality as a complex network of relationship is connected to the identity-plan and the present stage of development of a human being.

Due to that special involvement into the entire humanstructure the requirements of the development of an active sexuality are shown up clearly. So it is understandable why especially sexuality can be extremely disturbed during the process of interpersonal development and interpersonal relationships.

Another concern of this lecture is to point out that such understanding of human sexuality must have consequences. These are to realize the beginnings of sexual disorders mostly cannot be avoided or cured of long running success through behaviour-modifications, training procedures, refraining and other therapeutic techniques. There must be more concern on a deeper understanding and supplies of treatment for the entire personality - a therapeutic offer starting on the level of the symbiosis complex and the net of the singular humanfunctions realizing the suffering human being in the psycho-social complexity - this enables to build up the personality structure in the sense of retrieval-ego-development.

I would like to finish with a quotation by *Ammon* (1979): "If it succeeded during analytic work to slowly build up the coherence of the ego-boundaries, to dissolve the unconscious guilt feelings and to enable to come out of the symbiosis without guilt as well as to enable to go into a symbiosis without anxiety - then one can observe the development of a guilt-free constructive aggression, constructive sexuality and the flexible ego-demarcation together with the development of a guilt-free creativity."

Literatur

- Alberoni, F.* (1987): *Erotik. Weibliche Erotik, männliche Erotik - was ist das?* (Piper: München)
- Ammon, G.* (1968): *Dynamische Psychiatrie*. In: *Dyn. Psychiat.* (1) 6-18
- (1973a): *Dynamische Psychiatrie - Grundlagen und Probleme einer Reform der Psychiatrie*. (Luchterhand: Darmstadt / Neuwied)
 - (1973b): *Die Psychodynamik der Psychosen, der Symbiosekomplex und das Spektrum der archaischen Ich-Krankheit*. In: *Dyn. Psychiat.* (6) 355-372.
 - (1974): *Psychoanalyse und Psychosomatik*. (Piper: München)
 - (1976): *Das Borderline-Syndrom - ein neues Krankheitsbild*. In: *Dyn. Psychiat.* (9) 317-348
 - (1977): *Dynamische Psychiatrie tut not*. In: *Synopsenheft des IX. Intern. Symposiums der DAP, Deutsches Museum München, 10.-14.6.1977, zum Thema: Dynamische Psychiatrie in Theorie und Praxis, Einführung*
 - (1978): *Das Verständnis eines Entwicklungsdefizits von Ich-Strukturen in Persönlichkeit und umgebender Gruppe als Grundlage für Wissenschaft und Praxis einer Dynamischen Psychiatrie*. In: *Dyn. Psychiat.* (11) 120-140
 - (Hrsg., 1979): *Handbuch der Dynamischen Psychiatrie 1*. (Ernst Reinhardt: München)
 - (Hrsg., 1982): *Handbuch der Dynamischen Psychiatrie 2*. (Ernst Reinhardt: München)
 - (1983): *Das Prinzip der Sozialenergie im holistischen Denken der Dynamischen Psychiatrie*. In: *Dyn. Psychiat.* (15) 169-187
 - (1984): *Das Borderline-Syndrom - ein neues Krankheitsbild in Abgrenzung zur Schizophrenie (diagnostische, klinische und therapeutische Aspekte)*. In: *Dyn. Psychiat.* (17) 357-380
 - (1985a): *Dynamische Psychiatrie - Human-Strukturologie*. In: *Toman, W.; Egg, R.* (1985, Hrsg.): *Psychotherapie - ein Handbuch, Bd. 1* (Kohlhammer: Stuttgart)
 - (1986): *Der mehrdimensionale Mensch. Zur ganzheitlichen Schau von Mensch und Wissenschaft*. (Pinsel: München)
 - (1987): *Das Borderline-Syndrom - ein neues Krankheitsbild*. In: *Dyn. Psychiat.* (20) 339-368

- (1988): Zur humanstrukturellen Verwobenheit von Psychosomatik und Schizophrenie in einem ganzheitlichen Krankheitsverständnis. In: *Dyn. Psychiat.* (21) 1-19
 - (1989): Das Borderline-Syndrom, eine humanstrukturelle Erkrankung. Zur Weiterentwicklung der Ergebnisse des DAP-Borderline-Symposiums 1976
 - (1992): Neurose und Schizophrenie - theoretische und klinische Erfahrungen und Konsequenzen. In: *Dyn. Psychiat.* (25) 147-164
 - (1993): Dynamic Psychiatry and Human-Structurology. In: *Dyn. Psychiat.* (26) 279-287
 - (1994): Man as a Multidimensional Being in Health and Illness. In: *Dyn. Psychiat.* (27) 307-314
- Ammon, G.; Burbiel, I.* (1992): Grundzüge einer klinischen Humanstrukturellen Psychotherapie. In: *Dyn. Psychiat.* (25) 1-22
- Ammon, G.; Finke, G.; Wolfrum, G.* (1998): Ich-Struktur-Test nach Ammon (ISTA). (Swets & Zeitlinger: Frankfurt)
- Bieble, R.* (1990): Einige individualpsychologische Bemerkungen zur Sexualität. In: *IP-Forum* 3 (3) 2-8
- Bornemann, E.* (1995): Sexualität heute (I). In: *Sexualmedizin* 17 (11) 309-312
- (1995): Sexualität heute (II). In: *Sexualmedizin* 17 (12) 329-332
- Bowlby, J.* (1975): Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung. (Kindler: München)
- (1976): Trennung - psychische Schäden als Folge der Trennung von Mutter und Kind. (Kindler: München)
- Bräutigam, W.* (1991): Bindung und Sexualität in psychoanalytischen Theorien und in der Praxis. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 41 (8), 295-305
- Bredow von, W.; Noetzel, T.* (1990): Befreite Sexualität ? Streifzüge durch die Sittengeschichte seit der Aufklärung. (Junius: Hamburg)
- Buda, B.* (1977): Psychologie der Sexualität. (Marxistische Blätter: Frankfurt)
- Dunne, S., R.* (Hrsg., 1992): Handbuch Sexualität. (Deutscher Studien Verlag: Weinheim)
- Dulz, B.* (1993): Der Begriff der „polymorph-perversen Sexualität“ bei Borderline-Störungen - Einwände und Alternativvorschlag. In: *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik* 38 (6) 379-384
- Frankl, V.* (1997): Sexualität. Vortrag (Auditorium: Mühlheim)
- Freud, S.* (1905): Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. *Ges. W.* Bd. V
- Green, A.* (1998): Zur Bedeutung und Stellung der Sexualität in der Psychoanalyse. In: *Psyche* 52 (12) 1170-1191
- Haeberle, E. J.* (1985): Die Sexualität des Menschen. Handbuch und Atlas. (Nikol: Hamburg)
- Keller-Husemann, U.* (1979): Psychoanalyse und Sexualität - Ein Beitrag zum Verständnis konstruktiver und destruktiver Sexualität in der Dynamischen Psychiatrie. In: *Dyn. Psychiat.* (11) 191-211
- (1983): Destruktive Sexualität. Krankheitsverständnis und Behandlung der sexuellen Perversion. (Ernst Reinhardt: München, Basel)
- Kowohl, S.; Weig, W.* (1998): Schizophrenie und Sexualität - Zur Bedeutung der Sexualität im Erleben schizophrener Menschen, Copingfaktor oder Stressor ? In: *Sexuologie* (im Druck)
- Lowen, A.* (1994): Die Integration von Ego und Sexualität (Video-Cooperative Ruhr: Dortmund VT 212)
- Loewit, K.* (1997): Von Begriffen und Gefühlen, Sexualität als Körpersprache. In: *Universitas* 52 (8) 718-729
- Mancia, M.* (1993): The absent father: His role in sexual deviations and in transference. In: *Int. J. Psychoanalysis* 74 (Pt) 5: 941-950
- McDougall, J.* (1997): Die Couch ist kein Prokrustesbett - Zur Psychoanalyse der menschlichen Sexualität. (Verlag Intern. Psychoanalyse: Stuttgart)
- Meyer, H.* (1994): Sexualität und Bindung. (Psychologie: Weinheim)
- Moser, T.* (1991): Der Körper in der Psychotherapie und die Angst vor der Sexualisierung. In: *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik* (36) 283-296
- Nitzschke, B.* (1988): Sexualität und Männlichkeit. Zwischen Symbiosewunsch und Gewalt. (Rowohlt: Hamburg)
- Reik, T.* (1965): Geschlecht und Liebe. (Kindler: München)
- Reitz, G.* (1983): Der Stellenwert der Sexualität in der therapeutischen Gruppe. In: *Dyn. Psychiat.* (16) 254-275
- Ridley, M.* (1995): Eros und Evolution. Die Naturgeschichte der Sexualität. (Droemer Knauer: München)
- Schibalski, W.* (1993): Auswirkungen von Dogmenbildungen in der orthodoxen Psychoanalyse - dargestellt an Hand von Sexualität und psychischer Energie im Hinblick auf Ammons Konzept von Sozialenergie und Androgynität. In: *Dyn. Psychiat.* (26) 370-380

- Schmid, P.-F.* (1995): „Intimität, Zärtlichkeit und Lust“. Thesen zur Sexualität aus personenzentrierter Sicht. In: GwG Ztschft. 99, 54-64
- Schoettler, C.; Kuter, P.* (Ed., 1992): Sexualität und Aggression aus der Sicht der Selbstpsychologie. (Suhrkamp: Frankfurt)
- Schorsch, E.* (1993): Perversion, Liebe, Gewalt (Enke: Stuttgart)
- Spielhofer, H.* (1996): Die Natur des Menschen bei Rogers - eine Dame ohne Unterleib. In: Personenzentriert (1) 34-62
- Weig, W.* (1988): Sexualität, Psychische Krankheit und Gesundheit. In: Ergotherapie & Rehabilitation 37 (2) 85-88

Adresse des Autors:

Dipl.-Psych. Gerhard Wolfrum
Dynamisch-Psychiatrische Klinik Mengerschwaige
Geiselgasteigstraße 203
81545 München

Ressourcen und gesunde Potentiale bei schizophren reagierenden Menschen**

Margit Schmolke (München)*

In psychiatric research the "pathogenic paradigm" is still predominant focusing on symptomatology, disabilities and deficits. It is often overlooked that the ability of severely ill patients living outside of mental hospitals and coping with daily life requirements indicates that these persons must have individual resources and a positive health potential beyond their disease and symptomatology.

Having more detailed knowledge about resources, strengths and potentials may help psychiatric patients to prevent relapses and readmissions to mental hospitals as well as to have influence on increasing their quality of life.

In recent years, in medical and social sciences a shift has taken place from the disease perspective towards a "salutogenetic" perspective. In this paper the salutogenetic approach of Aaron Antonovsky, the subjekt-oriented approach of John S. Strauss as well as the dynamic psychiatric approach of Günter Ammon - all approaches emphasising the active role of the patient and the positive aspect of health - will be described. Those factors shall be formulated which maintain or support the patient's ability to deal with their disease, life requirements, and uncertainties in life. This will be illustrated in a short case study of a chronic schizophrenic patient living in the community.

Determining salutogenetic aspects in psychiatric patients could provide important insight and impulses for diagnosis, treatment planning and prevention.

Einleitung

In der psychiatrischen Forschung ist heute noch überwiegend das „pathogenetische Paradigma“ vorherrschend, das sich auf die Erforschung von Krankheitsätiologie, Symptomatologie, „disability“ und Defiziten konzentriert. Dabei wird häufig übersehen, daß chronisch psychisch Kranke, denen es gelingt, über längere Zeit außerhalb von Kliniken zu leben, über ein mehr oder weniger ausgeprägtes Gesundheitspotential und über Ressourcen verfügen müssen, mit denen sie Anforderungen und Krisensituationen in ihrem Lebensalltag standhalten und ihnen oft aktiv entgegentreten.

In den letzten 20 Jahren hat sich eine neue Forschungsrichtung entwickelt, die mit „Ressourcenforschung“ (Badura 1981, Udrys et al. 1992) oder „Salutogenese“ (Antonovsky 1979) schlagwortartig bezeichnet wird – eine Forschungsrichtung, die v.a. von den Sozial- und Gesundheitswissenschaften, der Medizinsoziologie und der Psychologie vorangetrieben wurde. Die systematische Erfassung von psychosozialen und individuellen Ressourcen, Kompetenzen, Stärken und Gesundheitspotentialen von Patienten, von gesundheitsfördernden und –aufrechterhaltenden Bedingungen und

* Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin, Mitarbeiterin der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige München

** Vortrag gehalten auf dem 12. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry (WADP) / XXV. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) zum Thema „Schizophrenie und Borderline-Störungen. Eine Herausforderung für Wissenschaft und Gesellschaft“, Humboldt-Universität zu Berlin, 17.-21. März 1999

Kontexten sowie die Untersuchung ihrer Wechselwirkung mit Krankheit und krankheitsbedingten Einschränkungen, Belastungsfaktoren und krankmachenden Bedingungen implizieren bedeutsame und weitreichende Konsequenzen für Diagnostik, Therapie, Prävention und Rehabilitation. Eine solche systematische Erfassung wird nachhaltig das grundlegende Verständnis von Gesundheit und Krankheit in Richtung einer ethischen Grundhaltung beeinflussen.

Bei einer solchen ethischen Grundhaltung geht es nicht um normative Vorstellungen eines guten Lebens, um Anpassungsprozesse oder um die (Wieder)Herstellung eines bestimmten Funktionsniveaus. Sie kann auch nicht stehenbleiben bei gutgemeinten Rehabilitations- und Reintegrationsvorstellungen, die bemüht sind, Patienten zu einer Tagesstrukturierung etwa in beschützten Werkstätten zu verhelfen. Es geht vielmehr darum, die Entwicklungs- und Identitätsbedürfnisse der Patienten, ihre eigenen Vorstellungen und subjektiven Bedürfnisse, wie sie leben möchten, ernstzunehmen, einzubeziehen und zu unterstützen. Dabei können sich die Vorstellungen der Patienten über einen bestimmten Lebensstil von denen der Therapeuten grundlegend unterscheiden, worauf z.B. *Frieda Fromm-Reichmann*, *Harry Stack Sullivan*, *Günter Ammon* und viele andere psychodynamisch arbeitende Therapeuten in ihren Arbeiten über Schizophreniepsychotherapie hingewiesen haben.

Gesunde Anteile und Potentiale bei psychisch kranken Menschen

Ich möchte am Beginn dieser Arbeit *Wilhelm Griesinger* (1817 – 1868) erwähnen, durch den die deutsche Psychiatrie eine internationale Geltung gewann, die sie bis in das erste Drittel des 20. Jahrhunderts behielt. Die grundlegende und energisch vertretene Überzeugung *Griesingers* war, daß der sogenannte Irre ein Patient, ein leidender Mensch ist, der das gleiche Recht wie der organisch Kranke auf eine adäquate und humane Behandlung hat. Mit seinem Postulat „Geisteskrankheiten sind Erkrankungen des Gehirns“, d. h. Ausdruck eines organisch-naturhaften Geschehens, wird *Griesinger* oft vorschnell für eine einseitig somatisch und hereditär ausgerichtete Psychiatrie reklamiert. Er betonte jedoch die „unmittelbare Einheit der leiblichen und Seelenerscheinungen“. Die Therapie muß daher somatisch und psychisch zugleich orientiert sein und sich nach den spezifischen Bedürfnissen der Patienten richten (vgl. *Röhling* 1979, S. 23).

Ein bedeutsames Zitat von *Griesinger* aus dem Jahre 1871 führt uns zu dem Anliegen dieses Vortrages, nämlich seine Formulierung dessen, was wir heute als Arbeit an und mit gesunden Ich-Anteilen nennen:

„Das alte Ich, das bei einer Geisteskrankheit auf lange Zeit hin nicht verloren, sondern nur oberflächlich verdrängt oder in einem Gefühlsturm verborgen ist, wo es lange Zeit fähig und bereit bleibt, sich wieder geltend zu machen, muß soweit wie möglich zur Erinnerung gebracht und gestärkt werden.“

Wenn diese *Griesingersche* Erkenntnis mißachtet wird und der gesunde entwicklungsfähige Teil des Ichs nicht „zur Erinnerung gebracht und gestärkt“ wird, dann entstehen erst die mit den Vorstellungen von einer „Versandung“ verbundenen sogenannten schizophrenen Defektzustände, wie sie von der Schulpsychiatrie heute noch beschrieben werden (vgl. *Röhling* 1979, S. 24).

Die erste Begegnung mit dem Patienten findet oftmals in der diagnostischen Situation statt, in der es entscheidend ist, wie offen und interessiert der Diagnostiker ist an der gesamten Person des Patienten und nicht nur an seiner Psychopathologie. *Scharfetter* (1995) erwähnt die „interaktionale Abhängigkeit der Psychopathologie“ (ein Begriff von *Glatzel* 1978). Damit ist gemeint, daß der Arzt mitbestimmt, was der Kranke erlebt und was er davon kommuniziert. So bestimmt er z. B. mit, wieweit Introspektionsfähigkeit und Sprachfähigkeit des Patienten geweckt werden können durch eine eher kühl distanzierte Haltung oder durch eine warme, zugewandte und interessierte Einstellung dem Patienten gegenüber. Der Diagnostiker trägt also auch wesentlich zum Befund bei, nicht nur zu seiner Bewertung (vgl. *Scharfetter* 1995, S. 18).

Tracey Dykstra, eine betroffene Autorin in der Rubrik „First Person Account“ im *Schizophrenia Bulletin* bringt ihr Anliegen auf den Punkt. Sie sagt: „Above all else, I want my life to have meaning apart from my diagnosis.“ (Dt: "Vor allem möchte ich, daß mein Leben einen Sinn hat jenseits meiner Diagnose".)

Im folgenden werde ich auf drei Ansätze eingehen, die konzeptionell unterschiedlich sind, aber zumindest ein gemeinsames Verbindungsstück haben. Sie betonen die positiven und protektiven Aspekte von Gesundheit, die aktive Rolle des Patienten sowie die Bedeutung von Ressourcen beim Umgang mit (psychischer) Erkrankung. Es handelt sich um

- 1) das „Arbeiten mit den gesunden Ich-Anteilen“ (*Günter Ammon*)
- 2) die aktive Rolle des Patienten (*John S. Strauss*)
- 3) die Salutogenese und „heilsame Ressourcen“ (*Aaron Antonovsky*).

1) *Günter Ammon*, Begründer der Dynamischen Psychiatrie, der sich jahrzehntelang um das Verständnis und die Behandlung schizophrener Patienten bemühte, betrachtet die Psychose als psychodynamisch verstehbare Reaktionsform auf pathogene verinnerlichte Beziehungsdynamiken der frühesten Kindheit. Die Psychose des einzelnen versteht *Ammon* als Ausdruck eines unbewußten Gruppengeschehens, in dessen Verlauf das schwächste Gruppenmitglied zum Krankheitsträger dieser Gruppe werden muß. *Ammon* lehnt vehement die sogenannte Uneinfühlbarkeit und Irreversibilität der Schizophrenie ab, wie sie von der Gesellschaft und vielen Psychiatern bis heute vertreten wird. In seinem Buch „Psychotherapie der Psychosen“ aus dem Jahre 1975 spricht er die Überzeugung aus, daß die Dynamische Psychiatrie zu der Verbreitung der Erkenntnis beitragen kann, daß Ich- und Identitätskrankheiten, zu denen er die Psychosen zählt, nicht per definitionem hoffnungsloses und individuelles Schicksal sind, sondern

im Rahmen einer Gruppe verstanden und geheilt werden können (*Ammon* 1975, S. 30).

Nach *Ammon* muß das Grundgesetz jeder Psychosentherapie wie folgt lauten: Die Form der Therapie und die therapeutische Technik müssen sich nach dem Patienten richten und seiner Entwicklung im Laufe der Therapie kontinuierlich und flexibel angepaßt werden (vgl. *Ammon* 1975, Vorwort, S. 12). Eine wirksame psychotherapeutische Behandlung schizophren reagierender Patienten setzt ein „vielfältiges und elastisches therapeutisches Instrumentarium“ voraus (*Ammon* ebda, S 49).

Die Dynamische Psychiatrie erfaßt nicht nur die kranken, sondern auch die gesunden Persönlichkeitsanteile und macht diese für den therapeutischen Prozeß nutzbar. In deren Behandlungskonzept hat die Stärkung der „gesunden Ich-Anteile“ des Patienten eine zentrale Bedeutung. Diese gesunden Ich-Anteile sind z.B. bestimmte Begabungen, Fähigkeiten oder Interessen, die als wichtige Kontaktbrücke und Identitätsangebote dienen können und als solche in die Behandlung aktiv mit einbezogen werden sollten.

„In der ersten Phase der Schizophrenietherapie gilt es, die konstruktiven Ich-Funktionen und Ich-Anteile des Patienten zu entdecken und sich mit diesen inselhaft vorhandenen, konstruktiven Bereichen des Patienten zu verbünden. Von dieser Basis aus kann die Therapie der gesamten Persönlichkeit des Patienten fortschreiten.“ (*Ammon* 1979, S. 397)

2) *John S. Strauss* von der Yale University School of Medicine nahm an der Internationalen Pilotstudie über Schizophrenie der WHO (1973) teil. In einer Längsschnittuntersuchung interviewte er die Teilnehmer der Studie mehrmals zu verschiedenen Zeitpunkten. Die Frage einer Teilnehmerin beeinflusste seine zukünftige Forschungsmethodik nachhaltig. Sie fragte ganz einfach, warum er sich immer nur für ihre Symptome, Arbeit, soziale Beziehungen und Behandlung interessierte und nie danach fragte, was sie tut, um sich selbst zu helfen. Ab diesem Zeitpunkt ging er systematisch dieser Frage nach und kam zu dem Ergebnis, daß viele Patienten vielfältige Fähigkeiten besitzen, auch mit den schwerwiegendsten Symptomen umzugehen. Obwohl die Wirksamkeit dieser Bewältigungsmechanismen methodisch schwer nachzuweisen ist, ist *Strauss* überzeugt, daß der Patient als aktive Persönlichkeit in der Lage ist, den eigenen Krankheitsverlauf aktiv mit zu beeinflussen (vgl. *Strauss* 1991).

Der Autor war während seiner Follow-up-Interviews verblüfft, daß es bei Menschen mit schwerer und chronischer Psychopathologie so vieles gab, das normal war. Um dies jedoch zu entdecken, ist es seines Erachtens notwendig, sorgfältig dem gesamten Spektrum zuzuhören, was die Patienten erleben und nicht nur selektiv die pathologischen Erlebensweisen auszuwählen. Nach seiner Ansicht helfen Regulationsmechanismen dem Patienten, ein bestimmtes Maß an Selbstwertgefühl, Struktur, Eingebundensein in der Welt, soziale Kontakte und Ziele aufrechtzuerhalten. Sogar hinter den sog. Negativsymptomen, wie etwa Apathie, Rückzug und

Schweigsamkeit, vermutet er Selbstschutzmechanismen, die ein schizophrener Patient einsetzt, um dem Erleben von Stigmatisierung zu entgehen. (vgl. *Strauss* 1989)

Strauss betrachtet psychische Erkrankung nicht als einen stereotypen Prozeß, sondern als einen Prozeß, der in Interaktion mit einer einzigartigen und differenzierten Persönlichkeit steht. Eine Diagnostik und Behandlung, die sich nur auf Symptome und Ebenen der sozialen Funktion konzentriert, ist seiner Ansicht nach völlig unvollständig. Wichtiger ist es, die Lebensgeschichte des Menschen, seine persönlichen Ziele, die Art und Weise, wie er sein Leben reguliert, und die Mechanismen ihres Scheiterns noch vor Beginn der Psychopathologie zu erfassen und zu verstehen (*Strauss* 1989).

3) *Aaron Antonovsky* war ein führender Medizinsoziologe auf dem Gebiet der Gesundheitsforschung in den USA und in Israel. Er stellte die Frage, wie Gesundheit entsteht und entwickelte dafür den Begriff der „Salutogenese“. Er argumentiert, daß das pathogenetische Paradigma Krankheit als einen abweichenden Tatbestand versteht und immer weniger Einfluß auf das Verständnis von Gesundheit und Krankheit habe. Gesundheit ist in seinem Verständnis dynamisch konzipiert, d.h. die Lage einer Person auf einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum wird durch die sich ständig verändernde Wechselwirkung zwischen gesundheitsgefährdenden Risikofaktoren und gesundheitsfördernden Schutzfaktoren bestimmt. Das Paradigma der Salutogenese basiert auf der Annahme einer der menschlichen Existenz innewohnenden Heterostase (Ungleichgewicht) und Konflikthaftigkeit. Er stellt folgende pathogenetische Begriffe denen der Salutogenese gegenüber (*Antonovsky* 1993):

a) Dichotomie versus Kontinuum:

d. h. es gibt keine völlige Gesundheit und keine völlige Krankheit auf dem jeweiligen Extrempol, sondern ein Kontinuum.

b) Patientenstatus versus Gesamtzustand einer Person:

d. h. es geht nicht um eine bestimmte Diagnose oder um einen Fall X, sondern um den gesamten Zustand der Person, sowohl objektiv als auch subjektiv.

c) Risikofaktoren versus „heilsame Ressourcen“:

d. h. es geht nicht um die Suche nach ätiologischen Risikofaktoren für bestimmte Erkrankungen, sondern um Faktoren, die aktiv für eine Bewegung in Richtung Gesundheitspol des Kontinuums verantwortlich sind.

d) Pathogene Stressoren versus gesundheitsförderliche Stressoren:

d. h. Streß ist nur potentiell pathogen, er kann auch potentiell positiv und gesundheitsförderlich sein, wenn man sich auf die heilsamen Faktoren konzentriert.

e) Behandlung spezifischer Erreger versus Stärkung gesundheitserhaltender Faktoren:

d. h. statt sich auf spezifische Krankheitsursachen zu konzentrieren, geht es um die gesundheitserhaltenden Faktoren, die dem Menschen helfen, so erfolgreich wie nur möglich mit den Bedrohungen und Belastungen im Laufe des Lebens umzugehen.

Fallbeispiel

Das folgende Fallbeispiel soll die gesunden und kreativen Potentiale einer Patientin aufzeigen, die seit einigen Jahren ein eigenständiges Leben außerhalb einer psychiatrischen Klinik führt. Das Beispiel stammt aus einer qualitativen Studie der Universität Leipzig zum Thema „Lebensqualität chronisch schizophrener Patienten“.

Frau A., eine 37-jährige Frau, die heute Malerin ist und ihre Bilder in einigen Ausstellungen gezeigt hat, verbrachte 10 Jahre in psychiatrischen Kliniken mit der Diagnose Schizophrenie. Die Behandlung bestand überwiegend aus der medikamentösen Versorgung. Einmal nach einem Wutausbruch wurde sie z. B. „niedergespritzt“ und in eine Zelle gesperrt. Oder als sie einmal eine mütterliche Freundin besuchen wollte, wurde dieser davon abgeraten mit der Begründung, daß Besuche die Therapie stören würden und nutzlos wären. Ein Besuch wäre etwa so, „wie einem kaputten Fahrradschlauch immer wieder Luft aufpumpen“.

Im Laufe der Jahre erarbeitete sich Frau A. mit Putz- und Einkaufsdiensten einige Privilegien wie etwa Ausgangserlaubnis. Als Rehabilitantin arbeitete sie als Stationshilfe auf einer Station mit chronischen schwerstgestörten Patienten und wohnte in einem Zimmer im Nebengebäude. Auf diese Weise gelang es ihr nicht, sich aus der Welt der Psychiatrie abzunabeln. Kurz nach der Wende ist sie mit Hilfe einer gemeindepsychiatrischen Einrichtung in eine therapeutische Wohngemeinschaft eingezogen. (Dort gab es Drogen- und Alkoholprobleme sowie Suizidversuche. Frau A. hielt es nicht mehr aus und mußte noch zweimal zur Krisenintervention in eine psychiatrische Klinik, allerdings nurmehr für eine kurze Zeit.) Nach einem Jahr zog sie zum ersten Mal in ihrem Leben in eine eigene Wohnung, was für sie zu einem unschätzbaren Wert wurde. Das wichtigste dabei ist die von ihr hart erkämpfte Unabhängigkeit und Eigenständigkeit. Sie kann tun und lassen, was sie will.

Frau A. geht seit Klinikentlassung zu einer Psychotherapeutin, die ihr auf dem Weg zur Eigenständigkeit und zur psychischen Stabilisierung sehr geholfen hat. Immer wenn sie in einer Krise ist, sich überfordert fühlt und an der Grenze ihrer psychischen Belastbarkeit ist, läßt sie sich von ihrer Psychiaterin Psychopharmaka, etwas zum Schlafen oder auch pflanzliche Präparate verschreiben. Sie nimmt die Medikamente nach Bedarf und dosiert selbst.

Frau A. hat in den Jahren außerhalb der Psychiatrie gelernt, mit ihren Kräften umzugehen. Sie weiß, wann sie sich selbst begrenzen muß, was ihr gut

tut und was nicht, mit welchen Menschen sie eher nicht zu tun haben möchte und daß sie für ausreichend Schlaf sorgen muß. Sie hat sich allmählich aus der Psychiatrieszene gelöst und ist stolz, sich einen Freundeskreis im „gesunden Milieu“ aufgebaut zu haben. Wenn sie die Menschen lange genug "abgetastet" hat und ihnen vertrauen kann, erzählt sie ihnen von ihrer Erkrankung und der Klinikzeit. Es ist ihr besonders wichtig, daß sie so gesehen und behandelt wird wie die anderen auch. Sie hat ein relativ positives Bild von sich selbst entwickelt und sagt, daß sie ein kämpferischer Mensch sei, der nicht so schnell aufgibt und der versucht, als sie selbst aufzutreten, sich nicht mehr völlig den Erwartungen der anderen anpaßt, und daß sie ein „ganz eigener Mensch“ sei und „ganz viele Eigenarten“ habe.

In der Malerei hat sie eine Möglichkeit gefunden, ihren kreativen Bedürfnissen Ausdruck zu verleihen und hat sich eine Identität als Malerin erarbeitet. Sie sagt, daß sie ohne das Malen gar nicht existieren könnte. Durch das Malen sei sie „total abgelenkt von allen Alltagsproblemen und Sorgen“, die sie mit sich selbst habe.

Zur Zeit arbeitet Frau A. stundenweise als Aushilfe und hat damit einen kleinen Zuverdienst zu ihrer Rente. Ein Zukunftswunsch von ihr ist, ihren Rentenstatus aufzugeben und ihren Lebensunterhalt selbst zu verdienen. Sie würde gerne eine künstlerische Ausbildung machen und später mit Kindern arbeiten.

Es gibt eine Fülle von Lebenswegen und Lebensarten von sog. schizophrenen Menschen, die dem beschriebenen Fallbeispiel ähnlich sind. Versucht man, den pathogenetischen Blick zu erweitern mit der Gesundheitsperspektive, so wird es uns gelingen, einen Zugang zu der „anderen Seite“ des Krankseins zu erhalten. Wir werden überrascht sein über die Vielfältigkeit der Lebensweisen, über die kreativen Lösungen von Problemen und wir werden berührt sein von der Art und Weise, wie sie uns ihre Geschichte erzählen.

Ich möchte schließen mit einem Zitat aus dem Roman „März“ von *Heinar Kipphardt* (1976), in dem es um die Notizen des jungen Psychiaters Kofler über seinen Patienten März geht.

„Die besseren Psychiater gehen davon aus, daß ihre therapeutische Arbeit darin besteht, die falschen, subjektiven Perspektiven des Patienten in die richtigen, objektiven des Therapeuten zu verwandeln. Dies sind aber die Perspektiven unserer kranken Gesellschaft. Ich kann dem Schizophrenen nur nahe kommen, wenn ich mich wenigstens frage, ob er mir nicht mehr über die innere Welt beibringen kann als ich ihm. Da bin ich auf dem Weg zu ihm. Die Schizophrenie ist nicht nur ein Defekt. Ich spüre im psychotischen Verhalten vieler Kranker einen unerkannten Wert, einen menschlichen Entwurf anderer Art. Jede wirkliche Entdeckung hat den abweichenden Blick zur Voraussetzung.“

Resources and healthy potentials in schizophrenic patients

Margit Schmolke (Munich / New York)

In psychiatric research the „pathogenic paradigm“ is still predominant focusing on symptomatology, disabilities and deficits. It is often overlooked that the ability of severely ill patients living outside of mental hospitals and coping with daily life requirements indicates that these persons must have individual resources and a positive health potential beyond their often severe disease and symptomatology. Having more detailed knowledge about resources, strengths and potentials may help psychiatric patients to prevent relapses and readmissions to mental hospitals as well as to have influence on increasing their quality of life themselves.

In recent years, in medical and social science a shift has taken place from the disease perspective towards a „salutogenetic“ perspective which does not simply replace the disease perspective but rather enlarges its view by nonpathological, health-promotive and functionally intact parts of the patient's personality. Such a salutogenetic understanding of patients and a systematic assessment would have meaningful and far-reaching consequences for diagnosis, treatment, prevention and rehabilitation, as well as for an ethical attitude of professionals in the clinical field.

The German psychiatrist *Wilhelm Griesinger* (1817 - 1868) was thoroughly convinced that the so-called mad person was a patient, a suffering human being who has the same right as the physically ill person to get an adequate and human treatment. A meaningful phrase of *Griesinger* (1871) refers to the topic of this paper, namely to healthy and intact aspects of the mentally ill person:

„The old Ego that has not got lost in mental illness for a long period of time but only suppressed under the surface or hidden in a storm of feelings, where it remains capable and ready for a long time to become active again, has to be recalled and strengthened as much as possible.“

According to *Scharfetter* (1995), the diagnostician's openness and attitude towards the patient are important factors for the patient's experience and what of his experience he communicates. Therefore the diagnostician is also a contributor to the diagnosis and not only to its evaluation. *Tracey Dykstra*, a patient who wrote in the „First Person Account“ of the *Schizophrenia Bulletin*, says pointedly: „Above all else, I want my life to have meaning apart from my diagnosis.“

In the following, three approaches, conceptually different from each other, have at least one common idea: they emphasize the positive and protective aspects of health, the active role of the patient during the course of disease as well as the meaning of resources in the treatment of (mental) disease:

1) *Günter Ammon. Working with the healthy Ego-parts*

In his Dynamic Psychiatric concept which is an identity concept, not only pathological but also healthy personality aspects are assessed and made

use of for the therapeutic process. In the treatment concept the strengthening of the healthy Ego parts is essential and should be included actively into treatment.

„In the first phase of schizophrenia psychotherapy it is important to discover the patient's constructive Ego functions and Ego parts and to ally with them. They may exist like islands in a landscape. Beginning on this basis, the therapy of the whole personality of the patient may proceed-“ (*Ammon 1979*).

The basic principle of the psychotherapy of psychoses is as follows: The way of therapy and the therapeutical technique has to depend on the patient and his needs and has to adapt flexibly and continuously to the patient's development in the course of treatment. A „diverse and elastic therapeutic field“ is the prerequisite of an effective psychotherapeutic treatment of schizophrenically reacting patients.

2) *John S. Strauss. The active role of the patient*

As researcher of the WHO International Pilot Study on Schizophrenia (1973) *John S. Strauss* found out in a longitudinal study that many patients had manifold capabilities to deal even with the most severe symptoms. Although the efficacy of coping mechanisms is methodologically difficult to prove, he is convinced that the patient is an active person and is able to take influence on the course of his illness in an active way (*Strauss 1991*). In order to discover the patients' capabilities it is necessary to listen carefully to the whole spectrum what the patients experience and not only to select the pathological aspects.

3) *Aaron Antonovsky. Salutogenesis and salutary resources*

Antonovsky developed the term „salutogenesis“ when he was asking for the genesis of health. He argues that the pathogenetic paradigm understands disease as a fact of deviation and is not able to understand health and illness. He conceptualized health dynamically on a health-disease continuum. The position of a person on this continuum is determined by the interaction of health maintaining factors and risk factors. The paradigm of salutogenesis is based on the presumption of heterostasis and conflicts (and not of homeostasis) being inherent in the human existence.

At the end the author illustrates in a case study from a qualitative research project at the University of Leipzig how a female patient developed her creative and healthy potential during and after her ten years lasting inpatient treatment. After a long way of suffering from psychotic symptoms and suffering from the inpatient treatment itself, the patient lives today as a painter who shows her paintings in several exhibitions.

This case study should show one of many biographies and the multitude of attitudes towards life of so-called schizophrenic persons. If we try to widen the pathogenetic view by the health perspective we will succeed to gain an access to the „other side“ of the illness. We will be surprised

and taught about the magnitude of ways of living, about the creative ways of problem solving of these persons, and we will be touched by the way they tell us their story.

The paper closes with a quotation from a novel called „März“ by *Heinar Kipphardt* (1976), who worked as a psychiatrist himself in Berlin and wrote lateron novels and stageplays:

„The better psychiatrists think that their therapeutic work consists of transforming the wrong, subjective perspectives of the patients into the right, objective ones of the therapists. But these are the perspectives of our ill society. I may come close to the schizophrenic when I ask myself at least if he might teach me more about the inner world than I could teach him. Then I am on the way to him. Schizophrenia is not only a defect. I feel an unknown value in the psychotic behavior of many patients, and a human plan of another kind. Any genuine discovery presupposes the differing perspective.“

Literatur

- Ammon, G.* (Hrsg.) (1975): Psychotherapie der Psychosen. (Kindler: München).
 – (1979): Schizophrenie. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Band 1, S. 364-462. (Ernst Reinhardt: München).
Antonovsky, A. (1979): Health, stress and coping. (Jossey-Bass: San Francisco).
 – (1993): Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In: *Franke, A. & Broda, M.* (Hrsg.): Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept. (DGVT: Tübingen).
Badura, A. (Hrsg.) (1981): Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand sozialepidemiologischer Forschung. (Suhrkamp: Frankfurt/M.).
Dykstra, T. (1997): First Person Account: How I cope. In: *Schizophrenia Bulletin* 23; 4:697-699.
Glatzel, J. (1978): Allgemeine Psychopathologie. (Enke: Stuttgart).
Griesinger, W. (1871): Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. 3. Aufl., (Krabbe: Stuttgart).
Kipphardt, H. (1976): März. Roman. (rororo: Reinbek).
Röhling, G. (1979): Geschichte der Dynamischen Psychiatrie. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Band 1, S. 12-46. (Ernst Reinhardt: München).
Scharfetter, C. (1995): Schizophrene Menschen. 4., überarb. Aufl., (Beltz Psychologie Verlags Union: Weinheim).
Strauss, J.S. (1989): Subjective experiences of schizophrenia: toward a new dynamic psychiatry, II. *Schizophrenia Bulletin* 15; 2:179-187.
Strauss, J.S. (1991): The meaning of schizohrenia: compared to what? What is schizophrenia? In: *Flack, W.F., Miller, D.R. & Weiner, M.* (eds.): What is Schizophrenia? pp 81-90. (Springer: New York)
Udris, I., Kraft, U., Mussmann, C., Rihmann, M. (1992): Arbeiten, gesund sein und gesund bleiben: Theoretische Überlegungen zu einem Ressourcenkonzept. In: *Psychosozial* 15, 9-22.

Adresse der Autorin:

Dipl.Psych. Margit Schmolke
 Dynamisch-Psychiatrische Klinik
 Menterschwaige
 Geiseltasteigstr. 203
 81545 München

Die Bedeutung der extramuralen stationären Milieuthherapie für den therapeutischen Prozeß eines Borderline-Patienten - eine Kasuistik***

Maria Rettenberger*, Rita Primbas** (München)

The authors' concern is to show in how far a borderline patient is able to overcome his fear of individual and group contacts with the help of extramural clinical milieu therapy in Paestum, South-Italy, and how far he is able to stabilize this ability after his return to the hospital and later in his life.

Methodical proceeding for the investigation was to carry out and evaluate three catamnestic interviews – one with the patient, one with the patient's milieu therapist and one with his group psycho-therapist – three months later. In addition the records of the group dynamic sessions were used.

Hypothesis of the investigation is the development of the patients' personality or identity due to the challenging situation in Paestum, where they have to care for themselves (cooking, working on a project, organising spare time, preparing daily seminars on cultural, historical and group related topics) under the supervision of three therapists.

Wir möchten mit der vorliegenden Arbeit am Beispiel eines Borderline-Patienten die Veränderung von Gruppen- und Kontaktfähigkeit während einer extramuralen Milieuthherapie in Paestum, Süditalien, sowie die Stabilität desselben nach Rückkehr in die Klinik darstellen. Unsere Untersuchungsmethode bestand in der Durchführung und Auswertung von katamnesticen Interviews mit dem Patienten, der Milieuthérapeutin und der Gruppentherapeutin anhand eines Interviewleitfadens drei Monate danach. Zusätzlich verwendeten wir Protokolle der gruppenspezifischen Sitzungen.

Die psychoanalytische Milieuthherapie ist nach *Ammon* zu verstehen als ein „Versuch, den Problemen jener Patienten gerecht zu werden, deren schwere Ich-Störung es ihnen unmöglich macht, das eigene Verhalten zum Gegenstand reflektierender Beobachtung zu machen. Die Therapie muß hier einen Schritt weiter gehen, von der symbolischen Darstellung der Lebenssituation durch die therapeutische Gruppe zur tatsächlichen Verwandlung der aktuellen Lebenssituation durch ihre Verpflanzung in ein therapeutisches Milieu, welches die Lebenssituation des Patienten zeitlich und örtlich vollkommen umschließt. Lebenssituation und Behandlungssituation werden identisch. Damit wird die Milieuthherapiegruppe zum „Ort des Ausagierens der pathologischen Symptomatik“ (*Ammon*, 1973).

* Dipl.-Psych., Klinische Psychologin, Milieuthérapeutin in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige München

** Assistenzärztin, Psychoanalytikerin, Gruppenpsychotherapeutin in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige München

*** Vortrag gehalten auf dem 12. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry (WADP) / XXV. Intern. Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 17. bis 21. März 1999 in der Humboldt Universität Berlin

Bei dieser extramuralen stationären Milieuthherapie lebten und arbeiteten eine Gruppe von zehn bis dreizehn Patienten mit drei therapeutischen Leitern für drei Wochen in einem Tagungszentrum in Paestum, Süditalien. Neben selbständigem Einkaufen, Kochen, Organisieren von Ausflügen in die Umgebung (Capri, Pompej, etc.) abendlichen Seminaren zu kulturhistorischen und gruppenbezogenen Themen, ist das zentrale Anliegen der milieutherapeutischen Gruppe die Planung und Durchführung von Arbeitsprojekten. Alle anfallenden Arbeiten werden selbständig von Patienten unter therapeutischer Supervision durchgeführt (vgl. *Fabian, Schanné*, 1993 und *Fabian, Dworschak, Borusiak*, 1998).

In den täglichen gruppodynamischen Sitzungen wird versucht, das Tagesgeschehen mit sich und der Gruppe in Beziehung zu setzen und damit in die Persönlichkeit zu integrieren. Wahrnehmungen über das Verhalten der Mitpatienten werden rückgemeldet. Auseinandersetzung und Austausch des am Tage Erlebten findet statt. Die Erfahrungs- und Erlebnisfähigkeit des Einzelnen sowie der Gruppe insgesamt wird dadurch sensibilisiert und verändert sich.

Zum besseren Verständnis der Kasuistik sei kurz das Krankheitsbild der Borderline-Erkrankung im dynamisch-psychiatrischen Verständnis dargestellt.

Der Borderline-Patient hat ein ausgebildetes, vom Kern der Persönlichkeit abgespaltenes Verhaltens-Ich, das dem Patienten eine Pseudo-Identität ermöglicht. Er erscheint oft als sprachgewandte brillierende Persönlichkeit, ist aber im Kern der Persönlichkeit nicht erreicht. Aufgrund des schweren Identitätsdefizits bezeichnet *Ammon* die Borderline-Erkrankung als die Identitätserkrankung an sich. Borderline-Patienten zeichnen sich u.a. durch ein hohes Maß an Kontaktangst und daraus resultierend extrem starke Kontaktabbruchtendenzen sowie ausgeprägte Gruppenunfähigkeit aus.

Als Fallbeispiel wählten wir Herrn M., der zum Zeitpunkt der Fahrt nach Paestum sechs Monate in der Klinik war. Herr M. ist 22 Jahre alt. Bei Aufnahme in die Klinik berichtete er, er habe zuvor zwei Jahre lang sehr zurückgezogen gelebt. Nach einer psychotischen Episode in Form eines Erleuchtungserlebnisses sei er in einem Landeskrankenhaus neuroleptisch behandelt worden. In unsere Klinik kam er, um ohne Medikamente leben zu können. Er habe Zeit seines Lebens sich einen intensiven Kontakt zum Vater gewünscht. Der Vater könne keine Gefühle zeigen, die Mutter habe selbst schon immer psychische Probleme gehabt; er sei immer auf der Suche nach einer richtigen Familie gewesen. Er habe in seinem Leben wenig Freunde gehabt. Ab dem 14. Lebensjahr habe er viel Alkohol getrunken. Zu Beginn der Behandlung hatte Herr M. einen großen Leidensdruck, wirkte schüchtern und verträumt, er war antriebsarm, affektarm, ratlos und von Grübelgedanken beherrscht. Als wichtigste Therapieziele nannte er „einen normalen Kontakt mit anderen aufnehmen“ zu können, seine Umwelt „bewußt wahrnehmen“ zu können, „keine Angst zu spüren, wenn mit einem Menschen Nähe entsteht“ und „die eigene Persönlichkeit spüren“

zu können, d.h. zu wissen, wer er ist. Im therapeutischen Verlauf klagte er in erster Linie über seine Einsamkeit und Kontaktlosigkeit. Aufgrund der autistischen Rückzugstendenzen war es in der Anfangsphase der Therapie schwierig, den Patienten in Gruppen zu integrieren. In seiner Milieugruppe fühlte sich Herr M. zwischen den Bedürfnissen der Mitpatienten hin- und hergerissen, in Wiederholung seiner Familiendynamik.

Gruppenprotokolle:

In der Vorbereitungsphase der Paestumfahrt nannte der Patient als wichtigsten Wunsch einen „konstanteren Kontakt“ als bisher zu den Menschen und weniger Flucht- und Abbruchmöglichkeiten als in der Klinik. Seine enorme Angst vor der Paestumreise zeigte sich darin, daß er für den vorgesehenen Abreisetag eine Prüfung im Rahmen seiner Lehre terminiert hatte. Die gesamte Gruppe mußte seinetwegen den Abreisetag verschieben. In Paestum angekommen fühlte sich Herr M. von der Schönheit der Landschaft überwältigt. Schon am nächsten Tag konnte er sich daran nicht mehr erfreuen und fühlte sich verunsichert. In den Gruppensitzungen äußerte er erneut den Wunsch einen „Platz in der Gruppe“ erleben zu können. Wenige Tage später zeigte sich in Form einer existentiellen Grenzsituation die große Angst des Patienten vor dem kontinuierlichen intensiven Kontakt in der Gruppe. Heimlich verließ er das Gelände und verbrachte eine Nacht mit Flucht- und Abbruchgedanken am Meer. Erst zwölf Stunden später berichtete er darüber. Dieses Ereignis löste große Besorgnis aus. Die darauffolgende Auseinandersetzung in der Gruppe sowie der besorgniserregende Traum eines therapeutischen Leiters in bezug auf das nächtliche Wegbleiben des Patienten verdeutlichten die Todesängste, aber auch die Aggressionen von Herrn M., die die identitätsfördernde Situation in Paestum, d.h. das Leben im Hier und Jetzt auslöste und ihn an eine existentielle Grenze im Sinne eines Entscheidungsprozesses für oder gegen das Leben brachte.

Diese Auseinandersetzung mit der Gruppe, vor allem aber mit den Leitern und die dahinterstehende Vertrauensfrage an die Therapeuten brachte im Gruppenprozeß eine Wendung für die gesamte Gruppe. Nach dieser Sitzung begannen die Mitglieder sich bewußter und ernsthafter wahrzunehmen, zu gemeinsamen Aktivitäten aufzufordern, Gewohnheiten zu hinterfragen und Grenzen zu setzen, indem sie ausufernde Mitglieder mehr abgrenzten und stillere mehr forderten.

Interview mit Herrn M.

Drei Monate nach der Paestumfahrt führten wir ein katamnestisches Interview mit folgenden Fragen durch:

1. Was war am wichtigsten für Sie in Paestum?
2. Wie haben Sie die Gruppe und sich selbst in der Gruppe erlebt?
3. Welche Bedeutung hatte für Sie die Projektarbeit?
4. Was hat Ihnen geholfen, mehr zu sich selbst zu stehen?
5. Was hat sich nach der Rückkehr in die Klinik in bezug auf Ihre Kontakte verändert?
6. Inwieweit blieben diese Veränderungen konstant?

Auf die Frage nach der wichtigsten Erfahrung in Paestum erzählte Herr M., die Grenzsituation am Meer habe ihn zu sich selbst und in Kontakt zu anderen Menschen gebracht. Vorher habe er eine andere Realität als andere Menschen gehabt; die Realitäten hätten sich nur für das notwendigste Alltägliche überschritten. Am Meer habe er eine intensive Auseinandersetzung mit sich selbst geführt, ob er seine Versagensangst durchstehen könne oder ob er davonlaufen müsse.

Am hilfreichsten für sein Selbsterleben in der Gruppe sei die begrenzte und gleichbleibende Anzahl der Gruppenmitglieder gewesen, die nicht wechselten wie in der Klinik und damit Kontinuität und Sicherheit gaben. Ablehnungsangst und Konkurrenzdruck sei dadurch geringer gewesen. Er habe es ein Stück geschafft, sich selbst zu akzeptieren und nicht immer einem irrsinnig hohen Ideal gerecht zu werden, wo man sowieso nur versagen könne. Dazu habe auch die nicht beschönigende Ehrlichkeit der Gruppe ihm gegenüber beigetragen.

Auf die Frage nach der Bedeutung der Projektarbeit antwortete Herr M.: „Das lockere gemeinsame Arbeiten“ sei weniger beängstigend. Er habe es das erstemal länger in einer Gruppe ausgehalten, auch wenn er immer davonlaufen wollte. „In Paestum konnte ich aus einer Distanz heraus in Kontakt treten. Ich bin vorher chamäleonartig auf andere eingegangen und habe mich dabei verloren. Es war quälend, weil ich genau gespürt habe, daß das nicht ich bin und daß das nichts mit Freiheit zu tun hat, sondern daß man dem anderen total unterworfen ist. Wichtig war für mich auch, daß ich mich auf dem Gelände zurückziehen konnte ohne allein zu sein. Durch meinen Walkman konnte ich Nähe und Distanz regulieren. Auch die körperliche Arbeit war wichtig. Als ich jünger war, habe ich leidenschaftlich gern Holz gehackt und damit ausgleichende Ruhepole geschaffen. Nach der Arbeit hatte ich ein angenehmes Erschöpfungsgefühl. Wesentlich war auch das ernsthafte gemeinsame Tun. Das hat die Gruppe zusammengehalten und hinterließ das stolze Gefühl, ein gemeinsames Werk geschaffen zu haben. Dazu gehören klare Grenzen, die zwar beängstigend aber wichtig als Motivationsfaktor sind. Das ernsthafte Tun gab mir ein stärkeres Lebensgefühl.“

Auf die Frage, was ihm half, mehr zu sich selbst zu stehen, antwortete Herr M.: „Das Klima, das Meer, das andere Lebensgefühl; ich kann es nicht

erklären. Bei einer extramuralen Milieuthherapie in uninteressanterer Umgebung wäre für mich nicht so viel gelaufen. Es war für mich vielleicht sogar der erste Schritt aus dem Elternhaus.“ Die Fahrt nach Paestum war bisher die weiteste Reise ohne die Eltern. Das italienische Flair, das Fahrradfahren dort hatte andere Dimensionen als in München. Er habe Neues erkunden können und habe sich wie ein kleiner Junge gefühlt, der am Strand entlang läuft und mit dem Neuentdeckten in die Geborgenheit der Gruppe zurückkehrte. Das habe ihn sehr traurig gemacht, weil es ihm die verlorene Kindheit vor Augen geführt habe.

Gefragt, wie Herr M. die Rückkehr in die Klinik erlebt habe, sagte er, daß es für ihn wichtig war, nicht von dort in die fremde Welt entlassen, sondern in der Klinik wieder aufgefangen zu werden. Er hatte Angst zurückzukommen, das Land, das er dort gewonnen hatte, seine Paestumkontakte an andere zu verlieren und wieder Lückenbüßer zu werden.

Die Frage, ob sich seine Befürchtungen bewahrheiteten, verneinte er: „Nein, im Gegenteil: Der Kontakt zur Paestumgruppe wurde intensiver – es entstand ein Gefühl von Gruppenstolz.“ Die Rückkehr in die Klinik-Milieugruppe mit der neu gewonnenen Kraft war zunächst schwierig. Die Heimkehrer, die das Ruder in der schleppend verlaufenden Projektarbeit an sich reißen wollten, wurden zunächst argwöhnisch betrachtet, dann aber akzeptiert. Die Gruppe griff die Energie der Rückkehrer auf und das Projekt erlebte einen Aufschwung.

Auf die Frage, ob Herr M. die Erfahrungen von Paestum halten können, berichte er, er habe am Anfang viel von seiner Kraft wieder verloren, sei teilweise innerlich absolut abgestürzt, habe aber das Gefühl gehabt, nie mehr ganz den Halt zu verlieren. Die Zeiträume, in denen es ihm schlecht, aber auch in denen es ihm gut ging, wurden immer kürzer. Mittlerweile gehe es ihm im allgemeinen gut. Den letzten großen Zusammenbruch habe er am gruppenspezifischen Wochenende Anfang Februar in Berlin gehabt, an dem es um seine Zukunftsperspektiven ging – danach nicht mehr. Paestum sei für ihn ein festes Fundament, auf das er aufbauen könne. Es habe seine Entwicklung wesentlich beschleunigt.

Für die Interviews mit der Milieuthérapeutin und der Gruppentherapeutin wählten wir folgende Fragen:

1. Was war Ihrer Meinung nach die wesentliche Veränderung nach Paestum?
2. Was hat sich im Bezug des Patienten zur Gruppe verändert?
3. Was hat sich in Einzelkontakten verändert?
4. Inwieweit konnte der Patient diese Veränderungen stabilisieren?

Katamnestisches Interview mit der Milieuthérapeutin

Die Milieuthérapeutin berichtete, Herr M. sei vor der Paestumfahrt zurückhaltend, depressiv und in eigene Welten verstrickt gewesen. Er habe in Paestum sehr viel dazu gewonnen, die „Depression“ sei deutlich zurückgegangen, er habe mehr „Gruppensinn“ und bedeutend mehr Zugang

zu seinen eigenen Energien entwickelt. Herr M. sei inzwischen sehr aktiv in einer Jugendlichengruppe geworden, die eine eigene Gruppe in der Klinik mit einer eigenen Gruppenkultur bildet. Er könne die Gruppe zunehmend als geschützten Raum nutzen, in dem er sich den Auseinandersetzungen mit den „Übertragungs-Eltern“ - den Milieuthérapeuten - stellen kann. Seit seiner Rückkehr aus Paestum flüchtet er nicht mehr unentwegt aus der Klinik, d.h. er empfindet die Klinik als Gruppen- oder Mutterboden nicht mehr so gefährlich wie zuvor. Seine Angsttoleranz in bezug auf Gruppen sei gewachsen. Er könne sich zunehmend in Gruppen einbringen, neige jedoch noch dazu, seine Kraft destruktiv unkontrolliert einzusetzen, indem er z.B. Souvenirs aus Paestum zerstört habe.

Katamnestic Interview mit der Gruppentherapeutin

Die Gruppentherapeutin charakterisierte die bereits dargestellte Extremsituation des Patienten am Meer als das Schlüsselerlebnis von Herrn M., „einer existentiellen Grenze, an der er sich für oder gegen sich entscheiden mußte“. Die letztlich konstruktive Gestaltung dieser Grenzsituation habe die in der Klinik bereits erzielte emotionale Belastbarkeit des Patienten gezeigt.

Zum Gruppenverhalten hob die Gruppentherapeutin die Neigung des Patienten zu diskontinuierlicher Präsenz in der Gruppe sowie zu emotionalem Überengagement und zu kritischer Haltung den anderen Gruppenmitgliedern gegenüber hervor. Diese Tendenzen hätten sein Verhalten sowohl vor wie auch nach Paestum geprägt. Nach Paestum sei allerdings seine Haltung etwas „bejahender“ und „versöhnlicher“ geworden.

Seine Einzelbeziehungen zu Mitpatienten, die ebenfalls in Paestum gewesen waren, hätten sich stark verändert - sie seien direkter, fordernder und kritischer geworden. Gleichzeitig habe er sich ihnen gegenüber etwas besser abgrenzen können. Insgesamt sei er mit einem „intensiveren Gefühl für sich selbst und für sein eigenes Leben zurückgekehrt.“

Zusammenfassung

Im folgenden fassen wir kurz die Ergebnisse unserer Untersuchung zusammen:

1. Die extramurale stationäre Milieuthérapie stellte sich für den Patienten als Grenzsituation dar, die ihn zu einer Auseinandersetzung mit seinen massiven Existenz-, Kontakt- und Gruppenängsten brachte.
2. Der Patient erzielte deutliche Fortschritte in seiner Fähigkeit Kontakt auszuhalten, sich mit einer Gruppe zu identifizieren, seinen Platz in der Gruppe zu erleben und in seine Persönlichkeit zu integrieren.
3. Die in Paestum gemachten Erfahrungen ermöglichten eine deutliche Beschleunigung des stationären therapeutischen Prozesses u.a. im Sinne

eines Vertrauensgewinnes in das therapeutische Milieu und eine stärkere Integration in die therapeutische Milieugruppe.

Die Fluchttendenzen des Patienten aus der Klinik traten völlig in den Hintergrund, was für eine Abnahme der paranoischen Kontaktangst und eine Zunahme seiner Angsttoleranz spricht, die mit einer stärkeren verbalen Auseinandersetzungsfähigkeit korreliert.

Insgesamt läßt sich feststellen, daß die extramurale stationäre Milieuthérapie bei diesem Borderline-Patienten einen bedeutenden Beitrag zum therapeutischen Prozeß der nachholenden Ich-Entwicklung und einen wichtigen Trennungsschritt aus der krankmachenden Familiensituation sowie aus dem Übertragungsfeld der Klinik geleistet hat.

The Impacts of Extramural Clinical Milieuthérapie on the Therapeutical Process of a Borderline Patient - A Case Study

Maria Rettenberger, Rita Primbas (Munich)

The authors show in this paper in how far clinical milieuthérapie in Paestum, South-Italy, can help to develop the ability in patients to form interpersonal relationships with individuals as well as with groups. Furthermore they investigated in how far this ability remained stable 3 months after return to the hospital. For illustration they chose a borderline patient.

Methodical Proceeding for the Investigation

Three catamnestic interviews had been carried out and evaluated three months later - one with the patient, one with the patient's milieu therapist and one with his group therapist. In addition the records of the group dynamic sessions had been used.

During the extramural clinical milieuthérapie a group of 10 to 13 patients live and work together with three therapists for three weeks at the DAP-congress-centre in Paestum. Patients do shopping and cooking on their own; they organize trips to the surroundings such as Capri, Pompej, etc.; they prepare daily seminars on cultural, historical and group related topics. The main concern of the milieu therapeutic group is to plan and carry out projects such as garden work, painting walls or rails etc.. All tasks are carried out independently by the patients under the supervision of therapists (see also *Fabian, Schanné, 1993* and *Fabian, Dworschak, Borusiak, 1998*).

Hypothesis of our investigation was the development of the patients' identity owing to the more self-reliant practical and mental life in South Italy far away from the caring hospital. In the daily group dynamic sessions the events of the day are brought into relationship with oneself and with the group, and thereby they are integrated into the individual's personality.

Patients give feedback on how they perceive their co-patients, they discuss together and exchange experiences of the day. In this way the ability of the individual patient as well as that of the entire group of making experiences will grow.

For a better understanding of this case study we present the aspects of the borderline disease according to dynamic psychiatric understanding. The borderline patient possesses a well developed behavioural ego which is disconnected with the core of his personality and which allows him a quasi identity. He frequently appears as a brilliant personality, proficient in language, but the core of his personality remains untouched. Owing to the severe identity deficit *Ammon* regarded the borderline disease as the identity disease per se. Special features of a borderline patient are his high amount of fear of contact and resulting from this a high tendency to break off contacts as well as a pronounced inability to stand groups.

For our case study we chose Mr. M., who at the same time of departure to Paestum had been 6 months in the hospital. Mr. M. was 22 years old. At admission to the hospital he reported that he had been living very isolated for two years. His most important aim of therapy was "to be able to take up normal contact to other people, to be able to consciously perceive his environment, to have no fear when being close to other people, and to be conscious of his own personality", i.e. to know who he is.

Records of the Group Dynamic Session

During the period of preparing the milieuthrapy in Paestum the patient's most important aim was to achieve the ability to gain a "more continuous" contact to other people than before, and to have less opportunities in Paestum to escape and to break off contacts than he had in the hospital. His enormous fear of going to Paestum became obvious when he appointed a date for a training examination for the day of departure. Because of him the entire group postponed the day of departure.

Arriving in Paestum Mr. M. was overwhelmed by the beauty of the landscape. The next day he was already unable to enjoy his environment; he felt insecure. In the group dynamic sessions he expressed his wish to have a "place in a group". A few days later the patient illustrated his great fear of an intense and continuous contact in the group in the form of an existential borderline situation. Underhand he left the ground and spent a whole night at the shore, torn between thoughts of escaping or staying. Only 12 hours later he reported about his nocturnal excursion. This event arose great alarm in the group. The subsequent argument in the group dynamic session as well as the alarming dream that one of the therapists had at that night with regard to this event, elucidated Mr. M.'s mortal fear but also his aggression produced by the challenging situation in Paestum, i.e. to live in the here and now. This event pushed the patient to the border of his existentiality in the sense of deciding for or against life.

Catamnestic Interview with Mr. M.

Three months after the milieutherapy in Paestum a catamnestic interview with the following questions was carried out:

1. What was the most important experience for you in Paestum?
2. How did you experience the group and how did you experience yourself in the group?
3. How important was the project work for you?
4. What helped you to stand more up for yourself?
5. Was there any change in entering contacts after your return to the hospital?

If so, in how far did these changes remain stable?

Regarding to the question for the most important experience in Paestum Mr. M. mentioned the borderline situation at the shore through which he got more into contact to himself as well as to the others.

The most helpful thing for experiencing himself in the group was the fact that the number of the group members was limited and remained the same for the whole time and that the members did not change. This let him feel more secure in the group and reduced his fear of being rejected as well as his pressure of having to compete with others.

When asked for the relevance of project work Mr. M. answered: "Working together free and easy was less fearful" than making contact by talking. For the first time he was able to stay for a longer time in the group although he always wanted to run away. "...Important for me was among other things the fact that I could withdraw on the ground without being isolated. By means of my walkman I was able to regulate closeness and distance. Also important for me was the physical work. When I was younger, I passionately chopped wood, thus balancing myself. After having done my work I had a pleasant feeling of exhaustion. A further essential thing for me was that we worked together in a serious way. In this way the group was held together and we had the proud feeling of having created a common work. In order to complete such a work it had to be limited in time and extent, a fact that creates fear but is necessary as a motivational factor. Our serious working together left behind in me a strong feeling of vitality." When asked what had helped him to stand up for himself Mr. M. answered: "The climate, the sea, the different feeling of vitality in Paestum; I cannot explain it. An extramural milieutherapy in a less interesting surrounding would have been less successful for me. For me it was perhaps the first step out of my parents' house."

When asked how Mr. M. experienced his return to the hospital he said that it was important for him not to be dismissed from Paestum into the strange world outside, but that he could first go back to the safe hospital. He was afraid to come back, afraid that he had to give up the newly gained ground - his Paestum contacts - in favour of others and that he had to become a stopgap again.

On the question whether his fears had become true he answered: "No, in the contrary; my contacts to the Paestum group became more intense. We developed a feeling of group pride."

When asked whether Mr. M. was able to hold the experiences made in Paestum he answered that in the beginning he lost much of his energy and that at times he completely broke down internally but that he feels he would never again lose his internal stay completely. The periods in which he feels bad but also those in which he feels good become shorter.

The interviews with the milieu psychotherapist and the group psychotherapist were carried out with the following questions:

1. What was in your opinion the essential change after Mr. M.'s return to the hospital?
2. What was different in the patient's relationship to the group?
3. What changed in his individual contacts?
4. In how far was the patient able to stabilise these changes?

Catamnestic Interview with the Milieu Psychotherapist

The milieu psychotherapist reported that before the journey to Paestum Mr. M. was reserved, depressed and mixed up his own inner world. He had gained very much in Paestum; his depression had almost completely disappeared; he developed a "sense for groups" as well as a better access to his own energy reservoir. Mr. M. had become very active in a subgroup of youngsters within the hospital. He is increasingly able to use the group as a protected room in which he is able to confront himself with his "parents of transference" - his milieupsychotherapists - i.e. he regards the hospital as matrix less dangerous than before. He can increasingly tolerate his anxiety regarding groups. Although he is able to make himself more understood than before, he still tends to use his energy uncontrolled and destructively, e.g. by destroying souvenirs from Paestum.

Catamnestic Interview with the Group Psychotherapist

The group psychotherapist regarded the already mentioned extreme situation at the shore as Mr. M.'s key experience during his stay in Paestum, whereby he experienced himself at an extreme border of his existence, where he "dramatically had to decide for or against himself." The finally constructive way of handling this borderline situation showed his emotional capacity of bearing things, a capacity he had already gained in the hospital.

With regard to the patient's behaviour in group therapy the therapist pointed out his tendency of discontinuous presence, emotional over-engagement in the group as well as his critical attitude towards other group-members. These tendencies had formed his behaviour before and after his stay in Paestum. On his return from Paestum, however, his attitude was a little bit more affirmative and conciliatory. His individual relationships

towards therapy group members who had been with him in Paestum had changed very much. With regard to them he has become more directly, more challenging and more critical. At the same time he has become able to separate from them better than before.

Altogether he came back with a more “intense feeling of himself and of his own life”.

To sum up it can be said that the extramural clinical milieuthérapie for this patient was an important contribution to the therapeutic process of subsequent ego-development and was a step out of his pathological family situation and out of the field of transference in the hospital.

Literatur

- Ammon, G.* (1973): *Dynamische Psychiatrie* (Hamburg: Luchterhand; München: Kindler 1888)
- Fabian, E., Schanné, U.* (1993): Die extramurale stationäre Milieuthérapie im Behandlungsspektrum der Dynamischen Psychiatrie. In: *Dyn. Psychiat.* (26) 183–200
- Fabian, U., Dworschak, M., Borusiak, M.* (1998): Gruppendynamischer Prozeß und ISTA-Verlaufsuntersuchungen bei einer extramuralen stationären Milieuthérapie. In: *Dyn. Psychiat.* (31) 46–57

Adresse der Autorinnen:

Dipl.-Psych. Maria Rettenberger
Rita Primbas, Ärztin
Dynamisch-Psychiatrische Klinik Mengerschwaige
Geislgasteigstraße 203
81515 München

Gilded Cages for Schizophrenic and Borderline-Patients in 1950 - 1953 and 1991 - 1999 **

István Kappéter (Tápiógyörgye, Hungary)*

Eighty percent of the mental patients, including those with schizophrenia, borderline syndrome and drug or alcohol abuse can be reintegrated into normal society by the help of complex milieu-therapy that has been worked out by Günter Ammon and co-workers (Ammon, G., 1986; Burbiel, I., 1993). Unfortunately most of the psychiatric institutions work with less effective methods. We have to realise that more than 20% of the mental patients did not get enough help and we must help these patients to reintegrate them using the methods of Ammon and followers. It is necessary to notice that those patients who didn't get adequate help in time also need to be reintegrated though it may take many years.

Nine of every hundred thousand inhabitants in Hungary are in psychiatric nursing homes. We cannot reintegrate most of them, however we can "gild" their lives. In doing so society has less expense than the psychiatric hospital departments bring.

In 1956, after the Hungarian revolution, a novel titled "Gilded cage - a story of a psychiatric department" was published in Budapest (in the same time the author, *István Benedek* was in a concentration camp for his activity during the revolution). I was surprised why he choose the name of a "cage". The described department of occupational therapy for 100 psychiatric patients had no fences around its park and vegetable garden, no gratings on the windows, no mechanical tools for the restriction of the patients. It was much less like a cage than the other psychiatric institutions in that time. *Benedek* wanted to emphasise that he doubted if mental patients could be set completely free. I think - much more than he did - that we must try to help patients to go back into the normal world. However I have to admit that often we are not able to give them more than to organise institutions where they can live nearly normal lives, but where nevertheless they feel like in a cage.

I worked with *István Benedek* between 1953 - 1955. Since 1991 I have been working at a nursing home for psychotic patients in Tápiógyörgye. I suppose that this institution can be called a gilded cage as well.

Beginning from the 20-ies in Hungarian psychiatry there existed a movement called „hospitalisation”. No large mental hospitals were built, departments for psychiatry and neurology were opened in general hospitals with 100 - 200 beds. Chronic psychotic patients were settled to strange small farmers for occupation in their families. After 1950 the small farmers were collectivised by the communists and were not able to care for mental patients. *Lili Hajdú*, the head of the Hungarian psychiatry at that time,

* M.D., B.Ph., psychiatrist, neurologist, psychotherapist, special teacher. Head psychiatrist at the Nursing Home for Psychotic Patients in Tápiógyörgye, Hungary-2676

** Lecture given at the 12th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry (WADP) / 25th Intern. Symposium of the German Academy of Psychoanalysis (DAP) at the Humboldt-University Berlin, March 17 - 21, 1999

organised an experimental department for occupational therapy of mental patients in Intapuszta. She forced *István Benedek* to be the head of it. *Benedek* was a pupil of *Lipót Szondi* who had combined *Freudian* methods with endocrinology and genetics, and in psychotherapy he emphasised the different basic personalities of the patients, those we cannot and need not change. In Intapuszta *Benedek* conducted occupational therapy in a frame of a familiar institution where the individualities of the patients were accepted, and they were helped to live as normal people do. *Benedek's* wife was officially the head-nurse and “mummy” for about 100 patients in their fantasy.

The patients were sent there from traditional institutions where they had been treated without any great success. Even those who arrived in state of catatonic stupor, became normally moving, working and nearly normally living people in Intapuszta. The majority of schizophrenic patients became active members of the community there. The experience showed that the newly learned capabilities worked only in that artificial community. The large community including families of the patients did not accept them. The discharged patients in most cases returned back soon. This experience made *Benedek* to propose special towns for mentally weak people. If people who were not definitely psychotic but with character disorders, particularly those who would have been called “borderline personalities” now, sometimes have been sent to Intapuszta, *Benedek* did not try to understand and treat them. He sent them back to the institutions where they came from.

I was a special teacher there. At the college for special teachers headed by *Gusztáv Bárczi* I had learned a concept based on bio-psycho-social complex knowledge and with an effort for rehabilitation. Near to Intapuszta I organised a colony for 24 of our patients in a large state farm. Some of them could remain there as normal workers. In the same time *Béla Gálffi* has organised similar colonies which have formed the bases of the large Hungarian state farm for work therapy of mental patients in Pomáz.

When the opportunities for strange family care had become impossible due to the movement of hospitalisation in Hungary, the places within psychiatry became insufficient to admit all chronic mentally ill people and many of them were placed in nursing homes. From the 70-ies some Hungarian nursing homes have been specialised for chronic mental patients, and it was ordered that only patients regarded as hopeless in the sense of rehabilitation according to the head of the psychiatry department of the catchment area, could be placed there. From the 80-ies some of these homes were given to psychotic, and others to adult mentally retarded people. From the beginning of the 90-ies few nursing homes were given to alcohol-addicts.

Recently we have done a study on the situation in Hungarian psychiatric nursing homes (*Lengyel et al., 1999*). On 31st August 1998 there existed nearly ninethousand residents within Hungarian psychiatric nursing homes. The diagnosis of 3740 among them was schizophrenia, of 457 affective

psychosis, and of 481 character disorder. The others were demented, alcohol addict or mentally retarded patients; very few were elderly people.

I have visited a lot of Hungarian psychiatric nursing homes and I presume that most of them are more „gilded” than many of the psychiatric hospitals or psychiatric departments within general hospitals. It is also worth mentioning that the nursing homes are a much less financial burden on the society than the hospitals (It could be a subject for another lecture if figuring out the details of communistic and post-communistic health and social services). The majority of the residents of psychiatric nursing homes are forced to live there (lately a new legislation ameliorates it). In all of these homes patients can go out without restriction to the garden in day-time. Only 27 among the 53 homes have netted beds or a closed room for physical restriction. Large groups work in 45 homes, patients’ self-governments exist in 43 of these 53 homes. In the last five years the rate of accomplished suicides in these homes was about the half of that in total Hungary. Recently there are a few houses for psychiatric patients in Hungary where patients can live without a strict control. More than 10% of psychiatric nursing homes’ residents would be able to live more independently in such houses according to their carers.

I work at one of the psychiatric nursing homes in Tápiógyörgye. The two old castle buildings, a similar new one, a park with a few nice statues and a pond are well looked after by the director of the home, *György Lendvai*. We consider that nice surroundings are very important for our mental patients who are forced to live their lives there. In my psychiatric practice and especially in my work with outpatients I use what I have learned in Intapuszta and what I have learned from the literature on the history of occupational therapy, which contains many forgotten facts, I use what I have learned from the literature on social psychiatry and on milieu-therapy. I try to teach our co-workers to use the best methods though sometimes they cannot accept my perfectionism, but if I want to convince them to be tolerant to the patients I have to be tolerant to them as well.

Our home has 250 beds now. I studied the cases of people who were there between 15th April 1991 and 15th April 1999. We have had 382 residents during this period. Some of them have got accustomed to this home in the earlier period, when it was a home for elderly people, two patients had come to know the institution in former times when they had children there as residents, some others were just from the near-by village. Twenty-nine residents did not have any psychiatric problems and they voluntarily have wished to live there. It is very good that some normal persons want to live in psychiatric homes. It ameliorates the relation of the local government and the inhabitants of the village to our patients.

Before their admission all of our 353 mental patients have been announced as hopeless cases for reintegration into the society by a head psychiatrist of a psychiatric hospital. Nine of them have committed homicide. 40 patients have been severely heteroaggressive before they

had been sent here. Four of them had enduring traces of suicidal attempts, another 8 patients have performed serious suicidal attempts that left no traces, and 6 patients have traces on their skin after less serious suicidal attempts. We have very severely ill patients and we have almost no opportunity to send them away on a regular basis.

Most of the patients have been forced to live in our home, they had been set in charge of guardians and the guardians requested to place them into our institute. So we have to admit that our home symbolically is a "cage" for most of the patients. Earlier the guardianship was one of the compulsory conditions for admitting into these homes but since 1994 we can accept patients only following their will.

Usually patients are allowed to go away for a few days but only if they have got a permission from their guardian and the director or psychiatrist of the home. We do our best to help them to visit their relatives and the maximum duration of the visit is two months a year. We organise 10-day summer holidays once a year, one-day excursions and visits to theatre four times and twice a year accordingly. We allow regular visits to the village for those who are in a relatively good state. Unfortunately only about one third of our patients have relatives who are willing to see them as guests. In 1998 holidays at the Danube were allowed only to 37 patients, and to 37 patients as well in 1997 at lake Balaton.

The residents can go out officially only with a permission. About the half of our patients is allowed to do so. There are fences around our park and a gate with a porter. They prevent demented patients from going away. Alcoholics can go out if they want to get a drink. We punish those who go out without permission by scolding them in the middle-sized group for alcohol addicts. Gratings have been removed from the windows and we have never used mechanical tools for restriction. When it occurs that somebody of our patients becomes dangerous for himself or for the others then we decide to send him to a psychiatric hospital. A few nurses and patients surround the disturbed one until the ambulance comes. Very rarely we have to hold a patient physically, with hands; nurses have learned to handle with an aggressive patient without hurting him and to prevent violence towards the disturbed one. Nurses use the help of the other patients only if it is necessary. If an aggressive patient sees that everybody is on the other side then he will not try to repeat it again. With very few exceptions they are willing to sit into the ambulance car. Usually they arrive in the hospital quite quiet and try to convince psychiatrists that their sending in has been only a mistake; they ask to send them back as soon as possible. We control taking the medicaments only if we consider that it is very important for the patient. About 10 percent of patients need to be forced to take them.

There is also a facility for work therapy and there are three buildings for this purpose, each one for about 30 patients. We can offer few jobs, sometimes rather boring ones but many patients like them. Usually patients

work for five hours a day but they work more if the job is urgent and they are proud of it. It is not compulsory for a patient to work but I can sincerely tell them that it is the best therapy. Some of the patients work in the park, two work in the laundry, one in the sty and a few with bedridden patients. We can pay from 500 to 8000 Hungarian forint (about \$2 - 35) monthly for their work. We do not pay this much if somebody helps to clean the rooms or to serve the tables. Despite for his work a patient gets at least 2000 forint (about \$8.5) pocket money a month. These money is tax-free. Board and lodging are paid by patients or by their guardians.

We allow smoking and coffee-drinking; if a patient breaks the discipline then he is penalised by subtracting money out of what he is paid in the nursing home. Once a week one of the residents who has a history of alcohol addiction collects about 20 alcohol-abused residents. In this middle group those residents who have been able to give up drinking, a female nurse and I try to convince the participants that everybody can live without alcohol and that there are some valuable persons who are not able to drink moderately, but can be abstinent.

We emphasize the events that help our patients to be free. Every month there is a large group. All the patients who are eager can tell their wishes. When I have began to work there I proposed to establish a patients' self-government. At first patients didn't accept the idea, they didn't want to be in responsibility for the others because it was the stuff who was paid for it. But after two years there was a democratic self-government elected. It has been presented by modest patients who have been willing to serve the community. The self-government has a growing role in governing the other residents too. Nowadays they organise and lead the large groups where nurses and psychiatrists take part as well as patients.

I usually conduct two small different talking groups each with one meeting weekly. Four times every year and at the carnival there are performances and dancing after the group meetings. Occasionally there are some quiz programmes and funny games organised. Last year I have studied humanstructural dance therapy and later I tutored it to one of the members of the patients' government, to a school-teacher who has a severe affective disorder. Since that time he has organised dance therapy sessions every Monday evening where patients and among them some rather inactive schizophrenic ones take part with good effect. A hypothymic schizophrenic patient handles the tape recorder.

Most of our residents have to live in 5-bed rooms. Only two rooms are intended for couples. There is also an "intimacy" room. The key and the bed cloths are given by a female nurse to female resident if she wants to meet a male resident intimately.

There was a nurse who had organised innovative non verbal therapeutic meetings and afterwards some patients became able to work but unfortunately the nurse gave up. Now we have been able to employ a social worker who performs such a meetings again. I have tried to organise

morning gymnastic twice a week at 7 o'clock in the morning but only few patients came and I was not able to convince somebody of the nurses and the majority of the patients to take part in it.

We had 4 accomplished suicides in the first two years, since that time there is one suicide a year. There have been 13 serious suicidal attempts in the first 3 years of the studied period, and 6 in the second 5 years.

And now we would like to give some illustrations to our work in the institution and more details to describe the structure of our patients' contingent.

In the studied period we had 213 schizophrenic patients, who were not addicted to alcohol, were not severely demented and whose personalities were neither narcissistic nor aggressive. Most of them could take part in the work therapy as well as in the other activities. Only two of our schizophrenic patients have been severely demented. There were 36 patients who could not control their consumption of coffee and cigarette smoking, 8 of them had psychogenic polydipsia. In men it is always combined with heavy smoking. We could ameliorate it a little by creating a special group for people with polydipsia.

We have admitted 9 patients with incoming diagnosis of schizophrenia but we suppose them to be rather of narcissistic, aggressive or borderline personality structure. In their past they had had short, sometimes very atypical schizophrenia-like episodes, but after that they have proved to be extremely antisocial so that their former psychiatrists set the severest diagnosis. All of them had very serious problems with their parents, particularly with their mothers. I am very proud that we managed to help all these nine very problematic patients. Three-five years further on they live better and more normal lives in our institution. I think that patience, tolerance, and communication to parents, especially to mothers and a rather strict control are important if you want to help them. Humanity, acceptance of equality of their personality, love which *Benedek* and his wife gave to their patients are necessary but are not enough for this type of patients.

Twenty of our schizophrenic patients have been addicted to alcohol and here our results are rarely encouraging. None of them lived more than 57 years. There have been 2 mentally retarded alcohol addicts and one of them now is in a quite good state after 5 years but her guardian does not allow to send her to an institution for mentally retarded adults where she could live in better conditions.

Most severe patients with alcohol abuse are usually sent to our institution so we have had 20 patients who have been here mainly for their alcohol addiction. Two of them with severe Korsakow syndrome have not been intelligent enough to quit drinking here and their conditions ameliorate very slowly. Four of the other alcohol addicts have succeeded in giving up drinking alcohol, two of them are in good state. Two others when they have got to know that their families had not been willing to accept them anymore got reactive psychosis in Ganzers' type and died because of

concomitant diseases in hospital. Three of our alcohol addicted patients stay in bad condition, 2 have been transferred to nursing homes for abusers, and 9 patients died.

All the nine psychotic patients with affective disorders used to live in our institution in very good state. However five of them died between the age of 56 and 67 years old. They could accept living here but I think in their unconscious they felt themselves insulted for the fact that they have had no other opportunity. When some smaller diseases came they did not fight for their health. One intelligent man with a mild affective psychosis and a severe alcohol addiction has become abstinent and remains quite normal for more than a year. Fifteen schizophrenic patients have been severely mentally retarded. Two of them were dismissed. One of them because he hit another old patient. He believed her to be a witch. The other became agitated and we managed to calm him only for approximately two days.

We had 20 residents with the only diagnosis of mental retardation. Two of them were very erratic, and three other young ones were in good condition. The other 15 were from the elderly group. They remained at our institution since the time when the home had changed its profile. Three old ones live till now.

Nine patients had schizo-affective psychosis. All of them had mild mental retardation or character disorder in addition (patients with schizo-affective psychoses can live in the normal society if they don't have any other problems; in this case they are not sent to our institution). Those who have been sent to us showed themselves as very problematic patients here, six of them have died till now. There have been 33 patients with organic mental diseases. The 27 demented ones were difficult to nurse, but I am sure that they were nursed better than generally in hospitals. We have had six epileptic patients with severely antisocial personalities in our home (epileptics in better state are not sent to such a home). Except one of them they have become better adjusted to our society except for the one. This one and another patient with epilepsy have died.

In the Hungarian nursing homes for psychiatric patients the conception is based on a bio-psycho-sociological complex philosophy. We can help very severe patients to live a rather human life there. We do it with a help of a very few psychiatrists. Till the recent time we had no psychologists in our staff, only lately we have got money to pay a specialist in occupational therapy. I suppose that these afore-cited facts can convince the reader that this work is useful and we who do it. The reader can feel that we help a lot and we enjoy it.

We consider that if the community psychiatry works better, then less and less patients will be sent to such homes. If more and more houses where psychiatric patients can live independently are founded, then many patients who live today in nursing homes will be able to live there. We are convinced that those people who are working today in the nursing homes will be the first who can help psychiatric patients to organise houses of this kind.

"Vergoldete Käfige" für schizophrene und Borderline-Patienten 1950-53 und 1991-99

István Kappéter (Tápiógyörgye, Ungarn)

Nach der ungarischen Revolution 1956 wurde in Budapest ein Roman mit dem Titel "Der vergoldete Käfig - die Geschichte einer psychiatrischen Abteilung" herausgegeben. Zuerst konnte ich nicht verstehen, warum der Autor den Begriff Käfig benutzt hatte. Die Beschäftigungstherapie-Abteilung hatte keine Zäune, keine Gitter vor den Fenstern, keine mechanischen Instrumente, die Patienten zu zügeln. Die anderen derzeitigen psychiatrischen Institute waren viel mehr ähnlich einem Käfig als diese. *Benedek*, der Autor des Buches, war überzeugt, daß die Geisteskranken nie ein ganz freies Leben führen können. Ich denke, daß wir versuchen müssen, unseren Patienten zu helfen, ins normale Leben zurückzukehren. Trotzdem muß ich akzeptieren, daß wir vielen Patienten nicht mehr geben können, als Institute zu organisieren, wo sie ein relativ normales Leben führen können.

Ich habe während der Zeit von 1953-55 mit *István Benedek* gearbeitet. Seit 1991 arbeite ich in einem Pflegeheim für Geisteskranke in Tápiógyörgye. Ich hoffe, daß dieses Heim auch ein vergoldeter Käfig genannt werden kann.

In der ungarischen Psychiatrie blühte in den Jahren um 1920 eine "Spitalisierung". Statt großer psychiatrischer Fachinstitute wurden Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern mit 100 bis 200 Betten gebaut. Chronische psychiatrische Patienten wurden bei fremden Bauernfamilien untergebracht und dort beschäftigt. Nach 1950 wurde die Landwirtschaft kollektiviert, so daß diese für psychiatrische Kranke nicht mehr sorgen konnten. Die derzeitige Leiterin der ungarischen Psychiatrie, *Lili Hajdú* organisierte eine neuartige Abteilung für Beschäftigungstherapie von Geisteskranken in Intapuszta. Sie beauftragte *István Benedek* mit der Leitung dieser Abteilung. *Benedek* gründete eine familienähnliche Gemeinschaft, wo die Besonderheiten der Patienten akzeptiert werden konnten. Frau *Benedek* – offiziell die Hauptpflegerin der Abteilung – war die "Mutti" für die 100 Patienten. Die Patienten kamen aus großen traditionellen psychiatrischen Instituten nach erfolglosen Behandlungen. Auch diejenigen, welche im Zustand eines katatonen Stupors ankamen, konnten sich in Intapuszta nach kurzer Zeit normal bewegen, normal arbeiten und fast normal leben. Die Mehrheit der schizophrenen Patienten konnte dort ein nahezu normales Leben führen. Die Erfahrungen zeigten, daß diese neuen Kapazitäten nur in dieser künstlichen Gesellschaft funktionierten. Die allgemeine Gesellschaft allerdings – inbegriffen die eigenen Familien – akzeptierte die entlassenen Patienten nicht. Diese Erfahrungen brachte *Benedek* zu der Idee, besondere Städte für psychische Kranke einzurichten. Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, meistens solche, die wir heute als "Borderline-Störungen" diagnostizieren würden, wurden von *Benedek* jedoch nicht angenommen und auch nicht behandelt.

Ich arbeitete dort als ein Heilpädagoge. Die Hauptschule für Heilpädagogik hatte mir eine komplexe bio-psycho-soziologische Anschauung mit einer Bestrebung für Rehabilitation gegeben. Ich organisierte eine Abteilung für 24 Patienten in einer Farm in der Nähe von Intapuszta. Später konnten einige von den Patienten dort als normale Arbeiter bleiben.

Wegen der "Spitalisierung" in Ungarn und nachdem die Agrarwirtschaft die psychiatrischen Kranken nicht mehr versorgen konnte, waren nicht mehr genügend psychiatrische Betten für die Behandlung des ganzen psychiatrischen Krankengutes vorhanden. Viele Geisteskranken waren in Pflegeheimen mit älteren Menschen gemeinsam untergebracht. Seit den 1970er Jahren waren einige ungarische Pflegeheime auf die Behandlung von chronisch psychotischen Kranken, später von seelisch Behinderten und noch später von Suchtkranken spezialisiert.

Unsere Untersuchung (*Lengyel et al. 1999*) zeigte, daß im Jahre 1998 in psychiatrischen Heimen mehr als 9000 Menschen untergebracht waren. Deren Diagnosen waren Schizophrenie (3740), affektive Psychosen (457), Charakterstörungen (481). Bei den anderen handelte es sich um Demente, geistig Behinderte, Suchtkranke und sehr wenige psychisch Gesunde.

Ich habe viele ungarische psychiatrische Pflegeheime besucht. Die meisten von ihnen sind mehr „vergoldet“ als die Mehrheit der psychiatrischen Fachkrankenhäuser und Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern. Die Kosten dieser Heime sind viel niedriger als die der Krankenhäuser. Die Mehrheit der Bewohner psychiatrischer Pflegeheime sind verpflichtet, sich dort aufzuhalten. In allen solchen Heimen können die Patienten tagsüber in die Gärten hinausgehen. Nur 27 von den 53 Heime nutzen Netzbetten oder geschlossene Zimmer. 43 haben eine Art Patientenselbstverwaltung, 45 davon haben monatlich ordentliche Großgruppensitzungen. Diese Aktivitätsformen helfen der offiziellen Direktion. In den letzten 10 Jahren war die Häufigkeit der Selbstmorde in diesen psychiatrischen Pflegeheimen nur halb so hoch wie im allgemeinen Durchschnitt in Ungarn. Neuerdings gibt es auch einige, aber nur sehr wenige Häuser, wo psychiatrische Kranke völlig selbständig leben.

Ich bin der einzige Psychiater in einem psychiatrischen Heim in Tápiógyörgye. Unsere zwei alten Schlösser und ein neues Gebäude, der Park mit einigen Statuen und der Teich sind gut gepflegt. Wir glauben, daß die angenehme Umgebung wichtig ist für unsere Kranken, die hier lange leben müssen. Ich nutze da die Methoden, die ich in Intapuszta und später in meiner psychiatrischen Praxis und aus der Fachliteratur gelernt habe. Ich versuche, unsere Mitarbeiter in den besten Methoden zu unterrichten. Nicht alle können meinen Perfektionismus akzeptieren. Ich erwarte von ihnen, mit Patienten tolerant zu sein, ich selbst muß mit ihnen tolerant sein.

Das Heim hat 250 Betten. Ich studierte die Lebensläufe der 382 Menschen, die dort zwischen 1991 und 1999 wohnten. 29 von ihnen hatten keine psychiatrischen Probleme. Sie selbst baten darum, daß wir sie dort

leben lassen. Es sind meistens alte Einwohner aus demselben Dorf, zwei von ihnen sind die Eltern von hier lebenden psychotischen Patienten.

Unsere 353 psychiatrischen Patienten wurden von den leitenden Psychiatern der Bezirke ihrer früheren Wohnorte als endgültig unfähig für das normale Leben eingestuft. Sie haben das Recht, jährlich für insgesamt 60 Tage außerhalb des Institutes zu verbringen. Leider nur ein Drittel von ihnen hat die Möglichkeiten dafür. Jährlich 37 Patienten können an den 10tägigen Sommerurlauben teilnehmen. Es gibt vier eintägige Ausflüge und drei Theaterbesuche. Unser Park hat ringsherum einen Zaun und ein Tor mit einem Portier. Die verstörten Patienten werden damit am Weglaufen gehindert. Die Alkoholiker können hinaus in die Kneipen gehen. Wir ließen die Gitter vor den Fenstern entfernen, als die letzten mechanischen Instrumente, Patienten zu zügeln. Manchmal sehen wir, daß ein Patient zu gefährlich geworden ist, dann schicken wir sie oder ihn mit dem Rettungsdienst in die psychiatrische Abteilung eines Krankenhauses. Unsere Pflegerinnen und Pfleger lernten in kurzer Zeit, die Aufgeregten zu beruhigen. Ordentlich und ganz ruhig setzen sich diese Patienten in den Krankenwagen und im Spital bitten sie die Ärzte, sie schnell wieder zurückzuschicken. Die Medikamenteneinnahme für ungefähr 10 Prozent unserer Patienten muß streng beaufsichtigt werden.

Wir führen verschiedene Arten von Arbeitstherapie durch. In drei Gebäuden führen regelmäßig etwa 90 Patienten fünf Stunden lang täglich langweilige Tätigkeiten durch. Einige Patienten arbeiten im Park, zwei in der Wäscherei, einer in der Schweinemast, einige helfen bei den bettlägerigen Patienten und andere in der Speisung. Arbeiten ist nicht Pflicht, aber ich betone ausdrücklich, daß es die beste Therapie gegen seelische Probleme ist. Wir können für die Arbeit zwischen 500 und 8000 ungarische Forint geben (1 Kilo Brot kostet etwa 100 Ft.). Alle Einwohner bekommen 2000 Forint Taschengeld monatlich.

Früher organisierte eine Pflegerin die Sitzungen für kreative Therapie, jetzt tut dies ein Sozialarbeiter. Ich versuchte Morgengymnastik einführen. Die Patienten dürfen rauchen und Kaffee trinken. Wir haben eine Gruppe mit wöchentlichen Sitzungen für die Einwohner, die Alkoholprobleme haben oder hatten. Dort gibt es einige Patienten, die aufgehört haben zu trinken, eine Pflegerin und ich versuchen die Teilnehmer zu überzeugen, daß man ohne Alkohol leben kann. Jeden Monat haben wir Großgruppensitzungen. Alle Bewohner dürfen teilnehmen und sagen, was sie wollen. Nach zwei Jahren konnte ich mithelfen, eine Selbstverwaltung der Patienten zu organisieren. Ich leite wöchentlich zwei Kleingruppen mit jeweils einer einstündigen Sitzung. An Fasching und bei anderen vier Gelegenheiten haben wir Programme mit Tanz. Letztes Jahr lernte ich und lehrte ich ihnen humanstrukturelle Tanztherapie. Eine Patientin leitet diese, und sie hat sehr auffallende Effekte auf einige, meistens auf die sehr inaktiven schizophrenen Patienten. Die Mehrheit unserer Patienten leben in Zimmern für 5 Personen. Nur zwei Zimmer sind für Paare vorhanden. Es gibt ein

"intimes" Zimmer. Wenn eine Patientin mit einem Patienten dorthin gehen möchte, kann sie den Schlüssel dieses Zimmers und die Wäsche von einer Pflegerin erbitten. Die Mehrheit der 213 Schizophrenen, die, die nicht narzißtisch, nicht aggressiv und nicht dement waren und keine Sucht hatten, konnten in die Arbeitstherapie, und viele von ihnen an anderen Beschäftigungstherapien teilnehmen. 36 von ihnen konnten ihren Zigaretten- und Kaffeekonsum nicht kontrollieren. 8 hatten psychogene Polidypsia, was wir in einer Kleingruppe verbessern konnten. 9 Patienten hatten narzißtische, aggressive "Borderline-Persönlichkeitsstörungen". Alle leben viel normaler in unserem Heim als früher. In ihrer Therapie sind Toleranz, die Zusammenarbeit mit den Eltern, vor allem mit den Müttern, wichtig und wenn dies in der Realität nicht möglich ist, dann wenigstens in der Phantasie und eine ziemlich strenge Kontrolle hierüber ist notwendig. Menschlichkeit, Akzeptanz und Liebe sind nötig, aber nicht ausreichend für diese Patienten - die Methode, die *István Benedek* und seine Frau nutzten. Unsere 22 geisteskranken Patienten haben auch Suchtprobleme mit Alkohol. Keiner dieser Patienten lebte länger als bis zum 57-sten Lebensjahr. 20 Patienten hatten als einzige Diagnose Alkoholabhängigkeit; bei allen handelte es sich um sehr schwere Fälle. Zwei von ihnen sind in gutem Zustand. Unsere 9 affektiv-psychotischen Kranken lebten hier ganz ähnlich wie normale Menschen, aber 5 von ihnen starben zwischen ihrem 56. und 67-sten Lebensjahr. Ein Mann mit einer leichten affektiven Psychose und nach schwerer Alkoholsucht ist in gutem Zustand und jetzt abstinent. 15 unserer Patienten hatten die Diagnose Schizophrenie und Imbezillität. Wir haben nur zwei sehr demente Schizophrene. Neun Patienten hatten schizoaffektive Psychosen mit milder Oligophrenie oder Charakterstörungen. Diese Patienten waren die sehr problematischen bei uns, sechs von ihnen sind gestorben. Wir haben 20 Patienten, Oligophrenien ohne andere psychiatrische Problemen. Zwei waren sehr erregt, diese und drei andere junge Leute sind in gutem Zustand, 15 waren alt. Wir hatten sechs antisoziale epileptische Patienten und 27 mit verschiedenen hirnorganischen Schäden.

In den ungarischen psychiatrischen Pflegeheimen arbeiten wir mit einer komplexen biologisch-psychologisch-soziologischen Philosophie. Wir können unseren Patienten ein relativ humanes Leben sichern; diese Arbeit kann schön sein. In der Zukunft hoffen wir, daß weniger psychiatrische Patienten in solchen Heimen leben müssen. Die Spezialisten, die heute in solchen Heimen arbeiten, könnten gut in der Prävention der Institutionen arbeiten.

References:

- Ammon, G.* (1986): Dynamisch-Psychiatrische Konzeption und Behandlungsmethodik (Rehabilitation von psychiatrisch-psychisch Kranken). In: *Dyn. Psychiat.* (19), 308 - 316
- Benedek I.* (1957): Aranyketrec, Bibliotheca, Budapest. In *Hungarian again: 1962, 1968, 1974, 1978, 1983.* In English titled (1965): *The gilded cage.* (Corvina: Budapest); in German (1968): *Der vergoldete Käfig.* (Atheneum: Budapest)

- Burbiel, I.* (1993): Inpatient psychotherapy of psychoses: A pre/post and follow-up study. Outcome study. In: *Dyn. Psychiat.* (26), 31-25
- Lengyel K. P.* and others (1999): Jelentés a magyar pszichiátriai otthonok helyzetéről. A Családügyi és Szociális Minisztérium pályázatára készült munka (Report on the conditions in the psychiatric nursing homes in Hungary. A study for the Ministry of Families and Social Help)

Address of the author:

István Kappéter, M.D.
Budapest, Karthauzi út 6. II/6.
HUNGARY - 1121

Pränatalpsychologische Aspekte der Borderline-Störung**

Thomas Reinert (Velbert-Langenberg) *

Literature concerning borderline patients commonly warns of interventions advancing regression. Indeed, dealing with patients with severe courses of this disease, you have to take into account the possibility of malignant regression forms or those on a psychotic level. On the other hand the author made the experience during long-term modified analytic treatments of these patients that after attaining a sufficiently durable therapeutic relationship, states of depth regression become possible. In such a condition regularly intrauterine issues are getting expressed by the patient and also in the transference. The author is convinced that this can be used outstandingly for the therapy. Severely disturbed borderline patients, too, may thus benefit from healing processes which would otherwise not be within their reach.

Auch wenn die „Borderline-Störung“, die als Begriff zur Bezeichnung einer Krankheit zum Teil in deutschen psychiatrischen Kliniken auch Anfang der 80er Jahre noch nicht verwendet werden durfte, mittlerweile zu den häufig gestellten Diagnosen gehört und auch Eingang in die gebräuchlichen deskriptiven psychiatrischen Diagnose-Manuale ICD und DSM gefunden hat, so wird darunter aber auch heute noch in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychoanalyse „leider“ (*Dittmann und Stieglitz, 1996, S. 223*) Unterschiedliches verstanden. Die Psychiatrie subsummiert darunter v.a. eine „klinisch wichtige Störungsgruppe“ und vertritt in der Ätiologie-Diskussion die Position einer „multifaktoriellen“ Genese mit genetischen, hirnorganisch/neurobiologischen und psychologischen Faktoren (*Dittmann und Stieglitz, 1996, S. 225*). Für die Therapie werden in psychiatrischen Lehr- und Handbüchern je nach Ausprägung der Störung „analytisch orientierte Psychotherapie“ und pharmakologische Behandlungen empfohlen (*Saß, 1995, S. 221*) oder auch „stützende, begleitende Psychotherapie über längere Zeit“ (*Faust et al., 1995, Glossar, S. 934*). Laut *Dittmann und Stieglitz (1996, S. 226)* steht die Störung „in dem Ruf, besonders therapieresistent zu sein“. Nach einer neueren Veröffentlichung zur „Behandlungsgeschichte und Versorgungssituation“ von Borderline-Patientinnen in Deutschland (*Jerschke et al., 1998*) muß „der Krankheitsverlauf ... als ungünstig bezeichnet werden. Trotz oft mehrjährigen psychotherapeutischen Behandlungen sind persistierende schwerwiegende Krankheitssymptome sowie damit verbundene Einschränkungen im psychosozialen Bereich die Regel ...“. In der genannten Arbeit werden trotz dieser schlechten Behandlungsergebnisse nach recht fundierten Untersuchungen die Behandlungskosten in der Betreuung dieser Patienten mit ca. 24.000,- DM pro Jahr und Fall für etliche Jahre beziffert. „Fast 10%“ der Patienten sterben durch Suizid (*Bohus et al., 1999, S. 806/774*).

* Dr. med., Facharzt für Nervenheilkunde und Psychotherapeutische Medizin und Psychoanalyse (DGIP / DGPT / DAGG), leitender Arzt der Fachklinik Langenberg

** Vortrag in modifizierter Fassung gehalten auf dem 12. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry (WADP) / XXV. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 17. bis 21. März 1999 in der Humboldt-Universität Berlin

Der Begriff „Borderline“ stammt auch nicht aus der Psychiatrie, sondern wurde ursprünglich von Psychoanalytikern geprägt (*Janssen*, 1990, S. 2). Aber auch innerhalb der Psychoanalyse besteht keineswegs Einigkeit über Genese, Psychodynamik und vor allem die geeignetsten therapeutischen Vorgehensweisen in der Behandlung (*Janssen*, 1990, S. 3/4). Die Haltung der Psychoanalyse in der Diskussion zum Borderline-Syndrom ist dementsprechend eher von Unsicherheit geprägt. Dies ist angesichts der Tatsache bisher fehlender überzeugender psychoanalytischer Behandlungsstatistiken bei diesem Krankheitsbild und der von *Rohde-Dachser* (1979/95, S. 64 f.) anschaulich beschriebenen in der analytischen Therapie von Borderline-Patienten zu erwartenden massiven Schwierigkeiten vor allem durch erhebliche Gegenübertragungs-Probleme, die die Übernahme von solchen Patienten in mehrjährige Therapien nicht besonders attraktiv machen, nicht weiter verwunderlich.

Auch dem psychoanalytischen Ausbildungskandidaten, der sich anhand der Schriften bekannter Autoren mit dem Krankheitsbild auseinanderzusetzen beginnt, tritt der Borderline-Patient in einer Art entgegen, die die Phantasie aufkommen lassen kann, es handele sich bei diesen Menschen um eine Art von „Monstren“. Ich greife, in bewußt durchaus polemischer Form, aus einer neueren Arbeit von *Kernberg* (1997), dem wohl bekanntesten Borderline-Forscher, einmal einzelne Ausdrucksweisen heraus: „Angeborene Disposition zu exzessiver oder inadäquater Affekt-Aktivierung“, „primitive Spaltungsmechanismen, welche die Basis einer Borderline-Persönlichkeitsstörung bilden“, „maligne Umgestaltung der Therapeuten-Patienten-Dyade“, „psychopathische Übertragung“, „der Patient ist unehrlich“, „charakterlich verankerte Suicidalität“; in derartiger „objektivierender“ Darstellungsweise, wie sie in psychoanalytischen Texten durchaus üblich ist, wird versucht, das Krankheitsbild in seiner inneren Gesetzmäßigkeit verstehbar zu machen. Nach *von Gebattel* (1954, zitiert nach *Benedetti*, 1964/1980, S. 48) entsteht dadurch möglicherweise eine Gefahr: „Die Lage des anderen, die Ursache seines Leidens, die Möglichkeit ihrer Beseitigung, das alles muß in einem Prozeß der Vergegenständlichung und der Versachlichung gelichtet werden. Dabei kann es sehr wohl geschehen, daß der Kranke als Person verlorengelht und zum Objekt, zur Sache, zum Fall eines technischen Umganges wird.“

Alfred Adler, in dessen Tradition ich meine psychoanalytische Ausbildung absolviert habe, hat diese an der Theorie einer Krankheit orientierte Herangehensweise an den Patienten abgelehnt und in seiner Lehre immer das Ziel vertreten, primär den Kranken und nicht die Krankheit verstehen zu wollen. *Adler* hat auch die Anwendung von Persönlichkeits-Struktur-Modellen abgelehnt. *Hellgard* (1989, S. 41): „*Adler* weist auf die Gefahr der unverstandenen Spekulation hin, die bei der Konstruktion einer Persönlichkeitstheorie prinzipiell gegeben ist, sofern die Theorie spekulativ ausgestaltet, was der Mensch nach der unbewußten Voreingenommenheit ihres Autors sei.“ *Adler* sieht die „Bewegung“ als das

Kennzeichen jeden Lebens an, er versteht den Menschen als eine untrennbare, jeweils in ihrer Gesamtheit reagierende und handelnde körperlich/seelische Ganzheit, die auf der Basis biologischer Grundgegebenheiten in Verarbeitung der von der Umgebung zur Verfügung gestellten Möglichkeiten sich als Persönlichkeit selbst ausformt und dabei eine Struktur, wie er es nennt: „einen Lebensstil“ entwickelt, der einmalig ist und seinen Sinn erfährt aus einer subjektiven Interpretation der Welt und seiner eigenen Stellung darin durch das Individuum. D. h.: Jede Bewegung des Individuums wird zum Ausdruck dieses Lebensstils, kann dementsprechend auch in der Therapie zum Verständnis dieses Menschen und seiner Problematiken herangezogen werden. Dies betrifft sowohl Worte, als auch Affekte, Symptome, Bewegung, Mimik, Gestik, Szene, Handlung und Phantasien (vgl. *Reinert*, 1996). *Adler* interpretiert dementsprechend Krankheit immer in erster Linie unter dem teleologischen Aspekt, (also: Was ist verborgenes subjektives Ziel einer jeden Handlung, eines jeden Ausdrucks usw.) und dann erst unter kausalen Gesichtspunkten. Dementsprechend fordert *Adler* (1928/1982, S. 224) vom Therapeuten, „mit den Augen (des Patienten) zu sehen, mit (seinen) Ohren zu hören und mit (seinem) Herzen zu fühlen“, um so den subjektiven Sinn und das u. U. tief verborgene subjektive Ziel in jeder Handlung (vor allem natürlich auch im Symptom-Verhalten) eines Menschen ergründen zu können (vgl. *Reinert*, 1998).

Wenn dieser *Adler*'sche Grundsatz allgemeine Gültigkeit hat, dann muß ich ihn auch anwenden können bei der Behandlung schwerst-gestörter Borderline-Patienten, auch wenn deren Denk-, Fühl- und Handlungs-Weisen sicher zuweilen extrem „privatlogisch“ organisiert sind und ein Einfühlen in deren subjektiven Sinn und ihre subjektive Zielsetzung extrem schwer erscheint. Darauf bin ich in einer Arbeit von 1995 in Hinsicht auf die bei Borderline-Patienten ausgeprägten Aggressions-Entäußerungen ausführlich eingegangen (*Reinert*, 1995), heute möchte ich das Augenmerk auf andere Phänomene lenken, die bei Borderline-Patienten regelmäßig zur Erscheinung kommen.

Seit vielen Jahren behandle ich Borderline-Patienten mit zum großen Teil schweren bis schwersten Verlaufsformen dieser Krankheit im vorwiegend ambulanten Setting in modifiziert-analytischer Weise. Analytisches Arbeiten bedeutet per se immer auch regressions-förderndes oder zumindest -akzeptierendes Arbeiten. Es ist zwar sicher richtig, wenn *Thomä* und *Kächele* (1985, S. 286) darauf hinweisen, daß „allein durch Regression weder Kunstwerke noch Heilungen hervorgebracht“ werden, doch teile ich auch bei Borderline-Patienten die Auffassung von *José Luis Gonzáles* (1974, S. 91) der schreibt: „Wir sind überzeugt, daß wir den Patienten nur über dieses Stadium der therapeutischen Regression zu dem Stadium einer vernünftigeren und adäquateren Integration in die äußere Realität führen können.“

Meine Erfahrung ist, daß auf dem Boden einer unbedingt zuvor zu schaffenden tragfähigen therapeutischen Beziehung ein Arbeiten mit

Borderline-Patienten in der Regression möglich ist. Die häufig (mit Recht) als Gefahr heraufbeschworene „maligne Regression“ ist nach meiner Überzeugung häufig das Ergebnis einer gestörten therapeutischen Beziehung, z.B. dann, wenn das Verhalten des Analytikers vom Patienten als zurückweisend und kränkend empfunden wird. *Wurmser* (1987, S. 41) weist darauf hin, daß Rigidität des Analytiker-Verhaltens maligne Regression fördert.

Christa Rohde-Dachser schreibt dazu (1979/1995, S. 180): „Ich selbst habe mich beim Überlesen der Literatur und dem Gespräch mit Kollegen oft gefragt, ob viele sogenannte maligne Regressionen nicht iatrogen induziert sind, weil einfach der Patient um seine Regression kämpft und diese mit allen Mitteln gegenüber einem streng realitätszugewandten Therapeuten durchzusetzen versucht.“

Es geht also in der Therapie zunächst einmal darum, sich dem Patienten in Form einer „affektiven Resonanz“ (*Wurmser*, S. 42) zur Verfügung zu stellen, so eine Atmosphäre zu schaffen, die laut *Balint* (1968/1973, S. 69) „bei der Behandlung gewisser schwieriger Patienten anscheinend notwendig ist“, in der der Analytiker (ebenfalls laut *Balint*, 1960/1972, S. 81) „Teil und Stück der Welt des Patienten wird, d.h. die Eigenschaften eines primären Objektes, das sich in völliger Harmonie mit ihm befindet, annehmen sollte.“ Und *Balint* weiter: „Mit anderen Worten, der Analytiker sollte kein Wesen eigenen Rechtes sein, mit seinen eigenen Ideen, klugen Bemerkungen und tiefsinnigen Deutungen, er sollte überhaupt kein eigenständiges, scharf begrenztes Objekt sein, sondern sollte möglichst vollständig in den 'freundlichen Weiten' die den Patienten umgeben, aufgehen.“ Dies darf nicht verwechselt werden mit einer Grenzverwischung, einer unkritisch vom Therapeuten akzeptierten Symbiose; es ist in der Praxis häufig eine Gradwanderung, die Grenze aufrechtzuerhalten bei gleichzeitig größtmöglicher Bereitschaft, sich einzulassen.

Christopher Bollas (1997, S. 36/37) beschreibt dies sehr anschaulich: „Wenn wir uns als verlässlich erweisen, unaufdringlich sind und uns in den Analysanden hineindenken, um auf seine Bedürfnisse eingehen zu können, sind wir damit oft mütterlicher als es seine Mutter damals war. In solchen Augenblicken sieht der Patient im Analytiker das Verwandlungsobjekt, ein Vorgang, der durchaus Ähnlichkeiten damit hat, wie das Kind derartige Prozesse mit der Mutter identifiziert. Und ebenso wie das damalige Gleichsetzen von Ich-Verwandlungen und Mutter ein Wahrnehmen war - und kein Begehren -, so ist auch das jetzige Gleichsetzen wohl nicht als ein Begehren des Patienten nach einem verwandelnden Eingreifen unsererseits zu verstehen, sondern als ein unentwegtes perzeptorisches Gleichsetzen des Analytikers mit dem Verwandlungsobjekt. Bei der Behandlung von narzißtischen, schizoiden und Borderline-Charakter-Störungen ist eine solche Analysephase so notwendig wie unausweichlich.“ Und an anderer Stelle fährt er fort: „Falls der Analytiker sich nicht eingestehen kann, daß er dem Patienten in der Tat einen Raum zur Regression anbietet (d.h. einen

Raum, der den Patienten ermutigt, in der Übertragung seine frühe Kindheit noch einmal zu durchleben), und falls er darauf beharrt, daß trotz dieser Einladung 'gearbeitet' werden muß, so überrascht es nicht, wenn in solchen Analysen Patienten und Analytiker gewissermaßen voneinander dissoziiert sind und ohne weiterzukommen vor sich hinwursteln (in einer zwanghaften Kollusion) oder wenn der Patient plötzlich explodiert, was dann oft als ein 'Agieren' verbucht wird.“

In meinen Therapien versuche ich systematisch, dem Patienten die Angst zu nehmen zunächst vor der Begegnung, schließlich vor der Beziehung zu mir. Es soll dem Patienten ermöglicht werden, weitgehend angstfrei, wie *Bollas* (1997, S. 278) es beschreibt, „... in einen Zustand (zu) versinken, in dem er intensiv mit sich selbst beschäftigt ist. Der regressive Aspekt dieser Erfahrung ist am Aufgeben höherer Ich-Funktionen zu erkennen, während ihr kindlicher Aspekt sich in einer Beziehung zum Analytiker zeigt, welche die 'genügend gute' Abhängigkeit eines Kindes von der Mutter spiegelt, einer Mutter, die für das Ich des Kindes sorgt (und es ergänzt).“ Um dies ganz deutlich hervorzuheben: Es entsteht hier eine ganz klare Abhängigkeit des Patienten vom haltenden Therapeuten, die auf keinen Fall verleugnet werden darf, auch und insbesondere nicht vor dem Patienten, in voller Übernahme auch der Verantwortung für diese Abhängigkeitsbeziehung durch den Analytiker.

Borderline-Patienten stehen im Alltag derartig unter Spannung, daß sie das Leben als eine einzige permanente Anstrengung empfinden, aus der sie, auf sich selbst gestellt, alle möglichen Formen pathologisch-regressiven Entweichens suchen. In der Therapie gilt es, dem Patienten zu einer Situation der Ruhe, des Akzeptiert-Werdens und deshalb Los-Lassen-Könnens zu verhelfen, einer Atmosphäre, die *Balint* (1968/1973, S. 165) mit dem Wort „arglos“ charakterisiert.

Zur Förderung einer derartigen Atmosphäre setze ich Hilfsmittel ein: Die Sitzungen finden statt in einem Therapieraum, der vor allem mittels Matratzen, Kissen und Decken vom Patienten verändert werden kann, außerdem die Entäußerung z.B. auch aggressiver Affekte ermöglicht. Darüber hinaus ermutige ich die Patienten zum Malen, und ich baue auch körpertherapeutische Elemente in die Behandlung ein.

In derartiger therapeutischer Atmosphäre kommt es regelmäßig zu Regressionsformen, die ganz klar einen Bezug haben zur intrauterinen Sphäre. Ich möchte im folgenden auf einige Beispiele verweisen, über die ich z.T. an anderer Stelle bereits berichtet habe (*Reinert*, 1997 a, 1997 b):

- Sabine, eine bei Therapiebeginn 24-jährige Patientin mit einer Schwerstform eines Borderline-Syndroms mit Suicidversuchen, Selbstverletzungen, Suchtverhaltensweisen, zeitweiligen psychotischen Phänomenen, Depersonalisationen, Derealisationen, schwersten Angstzuständen, die insgesamt 8 Jahre in meiner Behandlung war, beschrieb im Laufe ihrer Therapie eine Wunschvorstellung: Sie würde gerne im „Koma“ sein, stelle sich dann vor, schwerelos und angstfrei auf einer Intensivstation zu liegen, beatmet, über

Schläuche ernährt, gelagert, um keine Druckstellen zu bekommen; es seien ständig Menschen um sie herum, die auf sie aufpaßten, die insgesamt für sie verantwortlich seien. Sie sei dann nicht mehr für sich verantwortlich und hätte auch keine Angst mehr. Aber, so ihre Vorstellung: „Ich bekomme alles mit!“ (vgl. *Reinert*, 1996).

- Zu einem anderen Zeitpunkt baute sich Sabine im Therapieraum immer wieder Höhlen aus Matratzen, Kissen und Decken, in die sie sich in Embryonal-Haltung hineinlegte, mich vor den Ein- und gleichzeitig Ausgang postierte zum Aufpassen und sich dann sehr wohl, ruhig und geborgen fühlte.

- Marion, eine 30-jährige Studentin mit einer Borderline-Symptomatik unter Einschluß erheblicher Angstzustände, einer Eßstörung, schweren Kontakt-Störungen, einer kompletten Arbeitsunfähigkeit und einer immer wieder auftauchenden erheblichen Suicid-Neigung, die sich in Zeiten der Gefühllosigkeit regelmäßig selbst verletzte, zeigte im Laufe einer insgesamt 6 Jahre dauernden Behandlung ein besonders ausgeprägte „Intrauterin-Regressions-Syndrom“, das ich in einer eigenen Arbeit 1997 bereits ausführlich beschrieben habe: Die Patientin wies nach dem Zustandekommen einer tragfähigen Beziehung zu mir und Überwindung erheblicher innerer Widerstände ein zunächst sonderbares Verhalten auf, in dem sie immer wieder wenigstens Teile der therapeutischen Sitzungen in völligem Schweigen aber in ganz dezentem Körperkontakt (z.B. über ihre Haare) mit mir verbrachte, wobei sie eine embryonale Körperhaltung aufwies. Sie durchlief in dieser Zeit mehrere Phasen, die erst in der retrograden Aneinanderreihung und Interpretation ein geschlossenes Bild ergaben: Erst bei späterer Auswertung meiner Aufzeichnungen stellte sich heraus, daß diese „Intrauterin-Regression“ ziemlich genau die Dauer einer Schwangerschaft gehabt hatte.

Die Patientin erfuhr in dieser Zeit, die an einem bestimmten Tag in der Art eines symbolischen Geburtsvorgangs ihr Ende fand, wesentliche Veränderungen ihres Befindens, die bis in die Körperlichkeit ihren konkreten Ausdruck fanden: Die in der Anfangszeit konstant eiskalten Extremitäten der Patienten waren anschließend regelmäßig gut durchblutet und warm, die Patientin hatte im Anschluß an die Phase zum ersten Mal wieder ihre Menstruation, die seit Jahren verschwunden gewesen war.

Erst in der Folge dieser mehr als 9-monatigen Regression war es der Patientin möglich, die in ihrer Psyche bestehenden massiven Konflikte als solche anzugehen und systematisch zu bearbeiten. Ich werde auf diese Patientin am Ende meiner Ausführungen noch einmal kurz eingehen.

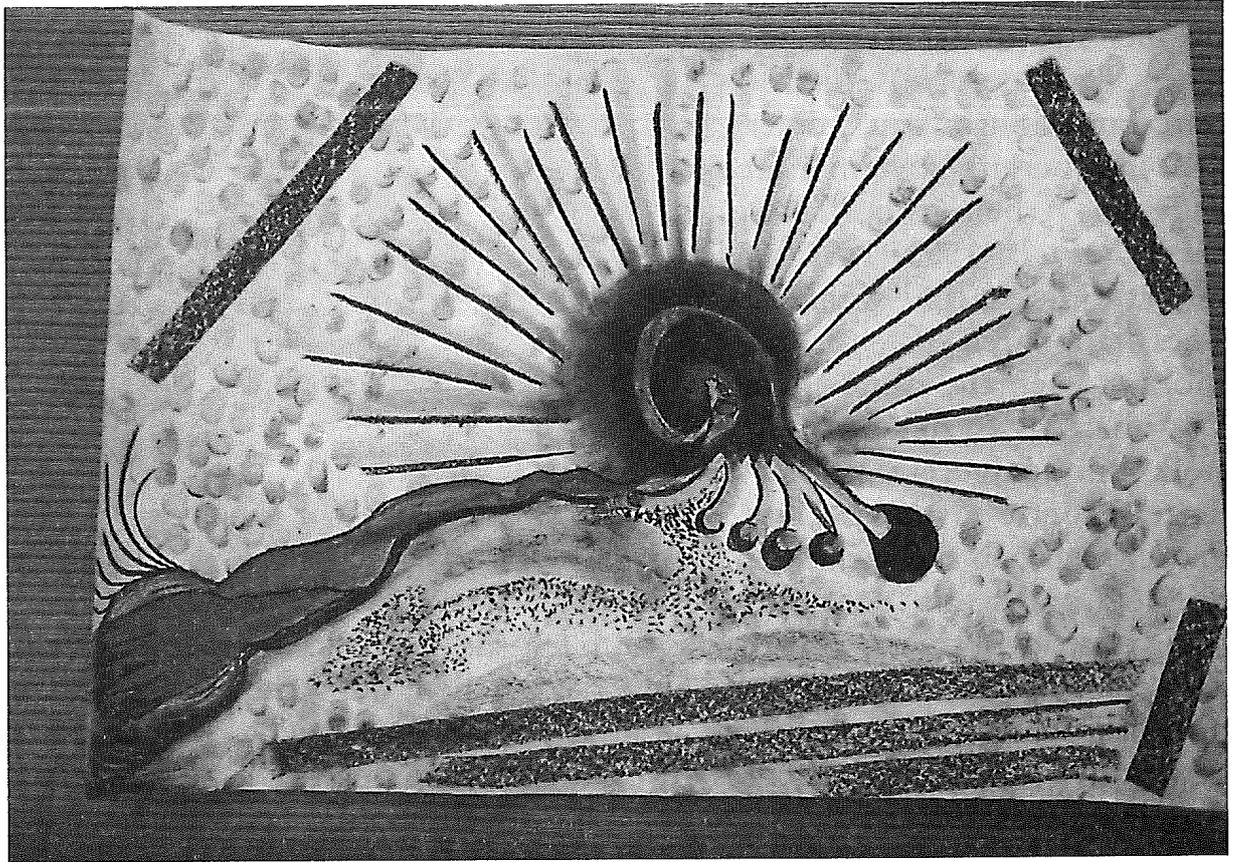
Nahezu ausnahmslos alle meine Borderline-Patienten und -Patientinnen, die im Laufe ihrer Therapie malten, brachten ohne jede äußere Aufforderung oder Anregung meinerseits über kurz oder lang Bilder in die Therapie, in denen unzweifelhaft intrauterine Themen zum Ausdruck kamen. Ich möchte einige Beispiele davon zeigen: Bild 1 stammt von Werner, einem 26-jährigen Patienten mit einer schweren und typischen

Borderline-Persönlichkeitsstörung auf (in der Kernberg'schen Terminologie) „niedrigem Funktionsniveau“, über den ich bereits zweimal in anderen Arbeiten berichtet habe (Reinert, 1995, 1997 b). Er hatte dieses Bild während eines stationären Aufenthaltes spontan gemalt ohne jede Vorgabe: Als er mir das Bild stolz und aufgeregt präsentierte, äußerte er dazu: „Das bin ich, ich hab das gar nicht überlegt, aber als das Bild



fertig war, wußte ich sofort, das bin ich als Embryo in meiner Welt. Zwischen Leben und Tod. Ich hänge dazwischen, das Rote ist das Leben und das Schwarze ist der Tod. Und ich weiß noch nicht, welche Seite gewinnt.“ Die Vorgeschichte des Patienten beinhaltet u.a. schwerste Auseinandersetzungen zwischen den Eltern während der Schwangerschaft, in deren Rahmen der Vater der Mutter mehrfach nachgewiesenermaßen in den Bauch getreten hatte.

Die nächsten vier Bilder stammen von einer Patientin, die als ein wesentliches Symptom ihrer Borderline-Störung immer wieder ein Verhalten praktizierte, bei dem sie sich Blut aus der Vene abzapfte bis ein Kollaps drohte. Auf diesem Wege verschaffte sie sich „Grenzerfahrungen“; sie kam nahe an den Tod heran und empfand dies als Erreichen eines „absoluten Punktes“, an dem sie nicht mehr weitermachen konnte. Dies vermittelte ihr subjektiv Sicherheit. In die Handlungen flossen noch andere Gefühls-Motive mit ein, auf die hier nicht mehr ausführlich eingegangen werden kann. Die Bilder brachte sie in die Therapie mit, hatte sie aber bereits vor deren Beginn aus völlig eigenem Antrieb und auch völlig spontan gemalt. Sie konnte die Bilder sehr wohl selbst mit der intrauterinen Sphäre in Verbindung bringen und bezog aus in der Therapie auftauchenden Phantasien mit Rückversetzung in diese Zeit und aus der Sehnsucht, dahin zurückzukehren, Ruhe und irgendeine diffuse Hoffnung, noch einmal „neu anfangen zu können“. Dies ist die wörtliche Formulierung der Patientin und diese trifft sich ganz deutlich mit dem Begriff des „Neuanfanges“, wie ihn Balint verwendet: Er nennt diesen Zustand des Patienten einen „Neubeginn“, und beschreibt diesen atmosphärisch folgendermaßen: „Was der Patient in der Übertragung erlebt, ist die Empfindung, daß er endlich im Stande ist, alle Panzerungen seines Charakters, alle Abwehrwaffen abzulegen und zu fühlen, daß das Leben einfacher und wahrer geworden ist, eine wirklich neue Entdeckung“ (Balint, 1968/1973, S. 165).





Die beschriebenen Regressions-Formen können nach meiner Erfahrung Ausgangspunkte sein für ein völlig neues Welt-Erleben des Patienten, das sich im Laufe längerzeitiger Therapien dann aus diesen Regressions-Zuständen heraus ausbreitet, zunächst im Rahmen der gesamten therapeutischen Situation und schließlich auch im sonstigen Leben außerhalb.

Es kommt mir bei dem Mit-Erleben derartiger Situationen immer wieder so vor, als handele es sich bei dem Tun der Patienten, das viel mehr aus Intuition als aus rationaler Überlegung heraus erfolgt, um den Vollzug einer inneren Gewißheit, eines aus dem Gefühl heraus erfolgenden Vollzuges von etwas unbewußt „Sinnvollem“, dessen bewußte Wahrnehmung und Herbeiführung kaum möglich wären, die aber in uns gespeichert sind als vielleicht „Enengramme“, wie sie von *Gustav Hans Graber* (1924/1970/1978) beschrieben wurden. *Peter Sloterdijk* (1998, S. 318) hat dies (unter Verwendung von Erkenntnissen von *Laing*) in seinem Buch „Sphären I“ aufgegriffen: Er schreibt „..., daß von der ersten Zelle ausgehend in uns ein Gesamtgedächtnis aller Zustände und Veränderungen aufgebaut (wird); die starken Gefühle, die bei unwillkürlichen Berührungen mit Embryonalmotiven in Menschen aufkommen können, haben daher nach *Laing* Reminiszenz-Charakter, sie sind ein Modus von Selbsterfahrung im archaischen Material“.

Die Psychoanalyse tut sich bisher ausgesprochen schwer mit der Anerkennung intrauterinen Materials als Widerspiegelungen wirklicher Erfahrung. *Alfred Adler* (1932/1982, S. 213) spricht bei seiner Schilderung der Entwicklung der Persönlichkeit von einer „Ur-Form, (dem) Kern einer Ganzheit und Persönlichkeit, den man schon in den ersten vier, fünf Jahren wahrnehmen kann, der sich aber sicherlich schon früher bildet, ohne daß wir es bis zur Keimzelle nachweisen können, ...“, an anderer Stelle spricht er von den „Möglichkeiten von Charakterzügen“, die schon im Embryo liegen müßten (S. 217). *Winnicott* (1987/1990, S. 65) äußert sich in dieser Hinsicht ebenfalls sehr vorsichtig: Über die praktisch automatisch in der Psychoanalyse erfolgende Gleichsetzung der Geburt mit dem Beginn der Persönlichkeitsbildung schreibt er 1966: „Diese Vorstellung muß möglicherweise fallengelassen werden.“

Balint (1968/1973, S. 73/78) äußert sich zur Einbeziehung der intrauterinen Sphäre in die psychoanalytische Theorie kritisch: „Die Tendenz des Vordatierens ist in der analytischen Theorie recht verbreitet. Sobald eine Annahme mit den klinischen Beobachtungen unvereinbar ist, wird sie nicht etwa als unhaltbar fallengelassen oder wenigstens weiteren Untersuchungen unterzogen, sondern sie wird vordatiert, d.h. auf immer frühere Phasen der Entwicklung bezogen, bis man bei so frühen Zuständen anlangt, daß sie sich jeglicher klinischer Beobachtung entziehen.“ Dies hat sich seit Erscheinen von *Balint's* Buch vor immerhin jetzt drei Jahrzehnten geändert: Mittels Ultraschall-Untersuchungen lassen sich Beobachtungen an ungeborenen Kindern weitestgehend gefahrlos durchführen; die Ergebnisse solcher Untersuchungen deuten an, daß sich intrauterin bereits

Persönlichkeitszüge des Kindes erkennen lassen, die dann später in der nachgeburtlichen Entwicklung in gleicher Form wiedergefunden werden können (*Piontelli*, 1996).

Ein ausdrücklich auf die intrauterine Sphäre weitgehender narzißtischer Geborgenheit zurückgreifender Ansatz der Persönlichkeitsentwicklung findet sich bei *Grunberger* (1988), der m.E. viel zu wenig in der psychoanalytischen Literatur Berücksichtigung gefunden hat und auf den ich leider nicht mehr ausführlich eingehen kann.

Nach der Arbeit mit meinen Patienten bin ich zutiefst davon überzeugt, daß die Intrauterin-Regression in all ihren hier nur angedeuteten Ausformungen ein wichtiges therapeutisches Stadium in der Behandlung von Borderline-Patienten darstellt, dessen Durchleben in vielen Fällen einen wirklichen „Neubeginn“ im *Balint'schen* Sinne ermöglicht. Es werden dann „Gesundungen“ auch schwerst-kranker Patienten möglich. Die vorhin als Beispiel erwähnte Marion hat ihre Therapie mittlerweile abgeschlossen. Sie hat ihren Universitätsabschluß mit einer Eins absolviert, merkt mittlerweile aber, daß die Wahl ihres seinerzeitigen Studienfaches aus weitgehend pathologischen Motiven heraus erfolgte, wendet sich derzeit neuen Interessensgebieten zu und verfügt über eine derartig selbstverständliche Autonomie auch in neuen Lebenssituationen, daß man kaum glauben möchte, es mit derselben Frau zu tun zu haben, die seinerzeit als ein wirkliches „Häuflein Elend“ in die Behandlung kam.

Zum therapeutischen Vorgehen bei Frühstörungspatienten möchte ich abschließend *Peter Fürstenau* zitieren, der 1990 schrieb: „Eine intensive Diskussion, welchen Stellenwert bei der ambulanten psychoanalytischen Behandlung von Patienten mit Frühstörungsmanifestationen nicht-verbale Therapiemethoden psychodramatischer, körpertherapeutischer oder gestaltungstherapeutischer Art spielen, steht bei uns noch aus; bisher werden die in dieser Hinsicht gewonnenen wertvollen positiven Erfahrungen aus der stationären Psychotherapie und der Kinder- und Jugend-Psychotherapie von uns noch nicht angemessen ausgewertet und reflektiert. Damit bleibt das Feld der nicht-verbale Therapie und weithin auch das der Familientherapie Therapeuten überlassen, die sich wiederum von der psychoanalytischen Behandlungsmethode mehr oder minder scharf abgrenzen. Dem gegenwärtigen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis entsprechen diese Verhältnisse nicht. Die Zukunft wird wohl denen gehören, die in reflektierter Form psychodramatische, körpertherapeutische und gestaltungstherapeutische Methodik mit verbaler psychoanalytischer Arbeit bei der Behandlung von Patienten mit markanter struktureller Ich-Störung ambulant behandeln. Wir wissen, daß eine kontrollierte Regression zu traumatischen frühkindlichen Situationen für die Überwindung der Fixierung daran notwendig ist, zögern aber, die diesbezüglichen behandlungsmethodischen Konsequenzen zu ziehen. Das Zulassen der nötigen Regression fällt vielen Kollegen noch recht schwer, wie die Diskussionen über das sogenannte Agieren und Mißverständnisse bezüglich

Abstinenz immer wieder zeigen. Allerdings ist das Zulassen von Regression nur eine der notwendigen Bedingungen für den Therapieerfolg. Es muß mit der affektiv-kognitiven psychoanalytischen Deutungsarbeit im Rahmen neuer Erfahrungen eng verknüpft werden ...“ Dieser Einschätzung habe ich nichts mehr hinzuzufügen.

Prenatal psychological Aspects of the Borderline Disturbance

Thomas Reinert (Velbert-Langenberg)

Although during the last decades, even in German psychiatry, where the Borderline Disturbance has been recognised as a mental illness, there are independent aspects to consider. Views on the Borderline Disturbance differ between psychiatry, psychotherapy and psychoanalysis.

The psychiatry understands the aspects of Borderline Disturbance to be more or less a collection of typical and successive symptoms. The psychoanalysis comprehends the Borderline Disturbance as psychodynamical. There are great differences of opinion between schools and authors. Most of the psychoanalytical descriptions of this mental illness are of an objective nature. Contrary to this form of thought, the primary teleological *Adlerian* approach emphasises the creative nature of every Neurosis. Due to the creative nature of neurosis, the author is led to take a subjective perspective of the Borderline Disturbance from the patients point of view. That gives the patient, almost automatically, extensive room for Regression to take place; a room where he can feel secure and protected. This makes it possible for the patient to make subjective experiences in a variety of ways. To encourage regression, the author uses creative painting, physical therapy in a creative environment.

In long term modified psychoanalytic treatment, special forms of regression appear, that clearly show early uterus experiences in the patients life. At this stage of treatment, something special occurs - as *Balint* calls a „new beginning“. Treatments where this type of regression is given room, have a long period of duration. The patient has no time pressure although the therapy is not endless. Due to the experiences the author has made, he proves that restoration is possible for the Borderline patient. The author presents paintings patients have painted showing uterus experiences during their time of treatment where no given theme was presented.

Literatur

- Adler, A.* (1928): Kurze Bemerkungen über Vernunft, Intelligenz und Schwachsinn; In: *Adler, A.* (1982): Psychotherapie und Erziehung, Band I. (Fischer: Frankfurt)
Adler, A. (1982): Psychotherapie und Erziehung, Bd. II. (Fischer: Frankfurt)
Balint, M. (1968): Therapeutische Aspekte der Regression; (Rowohlt: Reinbek, 1973)
Balint, M. (1960): Angstlust und Regression / Beitrag zur psychologischen Typenlehre; (Rowohlt: Reinbek, 1972)

- Benedetti, G. (1964): Klinische Psychotherapie: Einführung in die Psychotherapie der Psychosen; (Huber: Bern, 2. Aufl. 1980)
- Bobus, M., Stieglitz, R.-D., Fiedler, P., Berger, M. (1999): Persönlichkeitsstörungen; In: Berger, M. (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie; (Urban & Schwarzenberg: München)
- Bollas, C. (1997): Der Schatten des Objekts / Das ungedachte Bekannte. Zur Psychoanalyse der frühen Entwicklung; (Klett-Cotta: Stuttgart)
- Dittmann, V., Stielitz, R.-D. (1996): Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen Erwachsener; in: Freyberger, H.J. und Stieglitz, R.-D. (Hrsg.): Kompendium der Psychiatrie und Psychotherapie; (Karger: Basel)
- Faust, V. (1995, Glossar): „Borderline-Störung“; In: Faust, V.: Psychiatrie; (Gustav Fischer: Stuttgart)
- Fürstenau, P. (1990): Die Baby-mit-Mutter-Logik und der erwachsene Patient; zum Umgang mit Frühstörungsmanifestationen in psychoanalytischen Behandlungen; In: Janssen, P. L. (Hrsg.): Psychoanalytische Therapie der Borderline-Störungen; (Springer: Berlin)
- v. Gebattel, V.E. (1954): Prolegomena einer medizinischen Anthropologie; (Springer: Heidelberg), (zitiert nach: Benedetti, G., 1964/1980)
- González, J.L. (1974): Psychoanalyse und Kreativität. In: Ammon, G. (Hrsg.): Gruppendynamik der Kreativität; (Kindler: München)
- Graber, G.H. (1978): Ursprung, Zwiespalt und Einheit der Seele (1924/1970); Gesammelte Schriften, Bd. I; (Pinsel: Berlin)
- Grunberger, B. (1988): Narziß und Anubis / Die Psychoanalyse jenseits der Triebtheorie, Bd. I und II; (Internationale Psychoanalyse: München)
- Hellgardt, H. (1989): Grundlagen der Theorie; In: Schmidt, R. (Hrsg.): Die Individualpsychologie Alfred Adlers; (Fischer: Frankfurt)
- Janssen, P. L. (Hrsg., 1990): Psychoanalytische Therapie der Borderline-Störungen; (Springer: Berlin)
- Jerschke, S., Meixner, K., Richter, H., Bobus, M. (1998): Zur Behandlungsgeschichte und Versorgungssituation von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Bundesrepublik Deutschland; In: Fortschr. Neurol. Psychiat. (66), 545 - 552
- Kernberg, O.F. (1997): Aggression, Trauma und Haß in der Behandlung von Borderline-Patienten; Persönlichkeitsstörungen, I: 15 - 23;
- Piontelli, A. (1996): Vom Fetus zum Kind: Die Ursprünge des psychischen Lebens; (Klett-Cotta: Stuttgart)
- Reinert, T.: Zum individualpsychologischen Verständnis der Borderline-Störung: Die „rückwärtsgerichtete Lebensbewegung“; In: Z. f. Individualpsychologie, (21), 37-47
- Reinert, T. (1998): Der Beitrag Alfred Adlers und die Individualpsychologie zur tiefenpsychologischen Betrachtung des Suchtproblems; In: Partner-Magazin (32), 6, Dokumentation, S. 1-15
- Reinert, T. (1997 a): „Ja, hab' ich ein Lebensrecht?“ - Widerspiegelungen eines überlebten Abtreibungsversuches in der Therapie einer Borderline-Patientin; In: Int. J. Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine Vol. (9), 4, S. 475-494
- Reinert, T. (1995): Das Problem der Gewalt in der Therapie von Ich-Struktur-Gestörten, insbesondere Borderline-Patienten; In: Lehmkuhl, U. (Hrsg.): Gewalt in der Gesellschaft; Beiträge zur Individualpsychologie, 21; (Ernst-Reinhardt: München)
- Reinert, T. (1997 b): „Von der Katze ohne Beine und der Insel auf dem Schiff“ - Ein-Blicke in die Psyche; In: Lehmkuhl, U.: Biographie und seelische Entwicklung; Beiträge zur Individualpsychologie, 23; (Ernst-Reinhardt: München)
- Rohde-Dachser, C. (1995): Das Borderline-Syndrom; (Huber: Bern)
- Saß, H. (1995): Persönlichkeitsstörungen; in: Faust, V.: „Psychiatrie“; (Fischer: Stuttgart)
- Sloterdijk, P. (1998): Sphären I (Blasen); (Suhrkamp: Frankfurt)
- Thomä, H., Kächele, H. (1985): Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Bd. I, Grundlagen; (Springer: Berlin)
- Winnicott, D. W. (1990): Babys und ihre Mütter; (Klett-Cotta: Stuttgart)
- Wurmser, L. (1986): Flucht vor dem Gewissen; (Springer: Berlin)

Adresse des Autors:

Dr. med. Thomas Reinert
 Fachklinik Langenberg
 Krankenhausstraße 17
 42555 Velbert-Langenberg

Self-Destruction and Psychopathology - Clinical validation and some results of the Ego-Structure Test developed by Günter Ammon **

Sandor Fekete, Peter Osvath, György Kóczán, Ágnes Gati (Pecs)*

The aim of the authors was to investigate the relation of psychopathological factors in particular the role of narcissism, self-esteem, depression, anxiety and aggression - to the self-destructive behaviour. Suicidal and non-suicidal patients among neurotic, borderline, schizophrenic patients as well as in normal control groups were investigated, by using of the ego structure test (ISTA, Ammon) and in part of the test battery of the WHO/Euro study on suicide attempters. The results are analysed and discussed on the background of dynamic psychiatry's integrative model.

The personality theory of dynamic psychiatry outlined by *Günter Ammon* with the help of the ego-structured test (ISTA), constructed also by *Ammon* and coworkers, became completed because in this way categories of the dynamic psychiatry were converted into measurable and quantifiable concepts (*Ammon, G., 1982*). The various ego functions as well as the whole ego structure are to be seen on a spectrum of constructiveness, destructiveness and deficiency. These three forms of expression of ego functions are covered up by the ego-structure test. By using it in the diagnostic work we are able to explore the ego functions, the particular forms of anxiety, aggression, narcissism and ego demarcation (ISTA-version of 1991).

In our psychiatric department, at the University of Pecs, organizing the diagnostic and therapeutical work, we applied the theories of dynamic psychiatry. To make our diagnostic abilities more exact also the ego structure test was introduced in our practice.

Our papers represent a continuation of our earlier work, namely a pilot study with the test. After translation into Hungarian, and back-translation, our experiences with the validation process and the first administration of the test were stimulating (*Koczán et al. 1991*), it was found to be a useful tool to facilitate the exactness of our diagnostic work. So, we started to use it in the everyday clinical practice and this paper present the results of the analysis of more than 800 patients and controls ego structure tests. The present study deals with a particular issue also, namely with the relationship of self-destruction and psychopathology by the analysis of ego structure test results. This theme has a particular significance in Hungary and in the Eastern part of Europe - the suicide rate is particularly high in these countries.

* M. Ds., Department of Psychiatry, University of Pecs, Hungary

** Lecture given at the 12th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry (WADP) / 25th Intern. Symposium of the German Academy of Psychoanalysis (DAP) at the Humboldt-University Berlin, March 17 - 21, 1999

Basic psychodynamic theories of self destruction involve the aggression (*Freud, Menninger, Ammon*) and narcissistic pathology (*Henseler*). According to our hypothesis the ego structure test is a useful and appropriate tool in understanding and for evaluation of some state and trait variables as well as risk factors in the self destructive process. On one side we tried to obtain data regarding the differences of ego functions in a suicidal and normal control population, as well as among non suicidal psychiatric patients.

On the other side data of a smaller suicide group was compared with results of some EPSIS scales, which is a structured psychosocial interview with 800 variables with follow up, having used in a comparative European multicentre study on suicide (*Bille-Brabe, Schmidtke, 1996*). Pecs has been a collaborating center in this multicenter study for 2 years.

Method

We administered the ego structure test in three samples, with suicide attempters (N=164), with non suicidal psychiatric patients, including personality disorders, alcohol/drug addicts, depressive and psychotic patients (N=339) and with normal controls (N=363). The three groups were matched with regard to age and sex (Fig. 1., 2.).

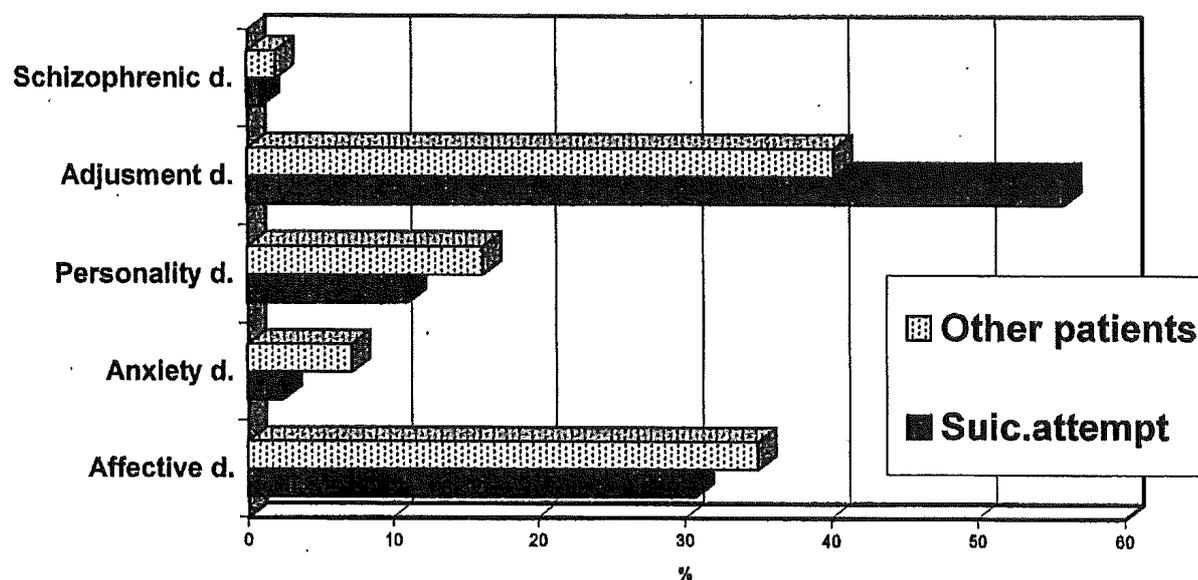


Figure 1: Diagnostic categories in the sample

In a smaller group of suicide attempters we were able to conduct an EPSIS interview with 800 variables and ego structure test simultaneously. This small group (N=38) was a representative sample on one side of the whole suicide group with EPSIS (N=101) and of the entire suicide group with ego structure test (N=164).

The coding process and the statistical analysis were performed by using Excel and SPSS for Windows 7.5 statistical program package, anova -

Distribution of the total sample (866 persons)

- control: 339
- patients: 527:
 - suicidal: 164
 - non-suicidal: 363

Test examination :

Control: Ego Structure Test by Ammon (ISTA)

Non-suicidal patients: Ego Structure Test by Ammon (ISTA)

Suicidal patients : Ego Structure Test by Ammon (ISTA)

Random sample of suicidal patients (38 patients):

- Ego Structure Test by Ammon (ISTA)
- EPSIS - Subscales /State-Trait Anger Scale, Self-Esteem Scale (Rosenberg), Beck Depression Inventory, Hopelessness Scale./ (a part of WHO/Euro Study)

Statistical analysis (analysis of variance with SPSS statistical programme for PC)

- comparison of ISTA subscales in the total sample
- comparison of ISTA subscales and EPSIS subscales in the suicidal sample (38 patients)

Figure 2. Method of Analysis

Results

Regarding the total samples of suicidal and normal control groups, all the variables in the test differentiated the two groups but the destructive aggression. No significant difference was found between the suicide group and the nonsuicidal psychiatric patient-group (Fig 3).

Seriousness of depression measured by the *Beck*-scale correlated quite well with the deficient ego functions of the ego-structure test - significantly the deficient aggression, - and to a less extent with the destructive ones and negatively constructive ego-functions. High inner and outer ego demarcation correlated negatively with the level of depression (Fig 4).

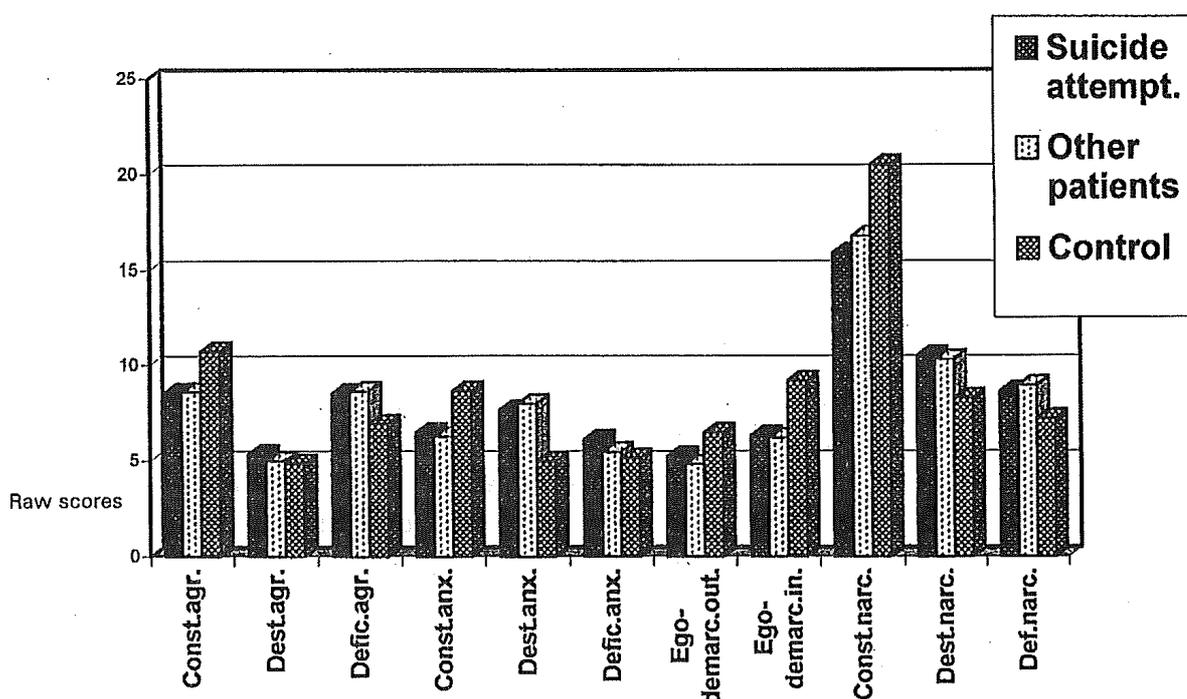


Figure 3: The subscales of ISTA in the sample

The destructive narcissism and anxiety as well as the deficient aggression correlated significantly with high hopelessness values (Fig 5).

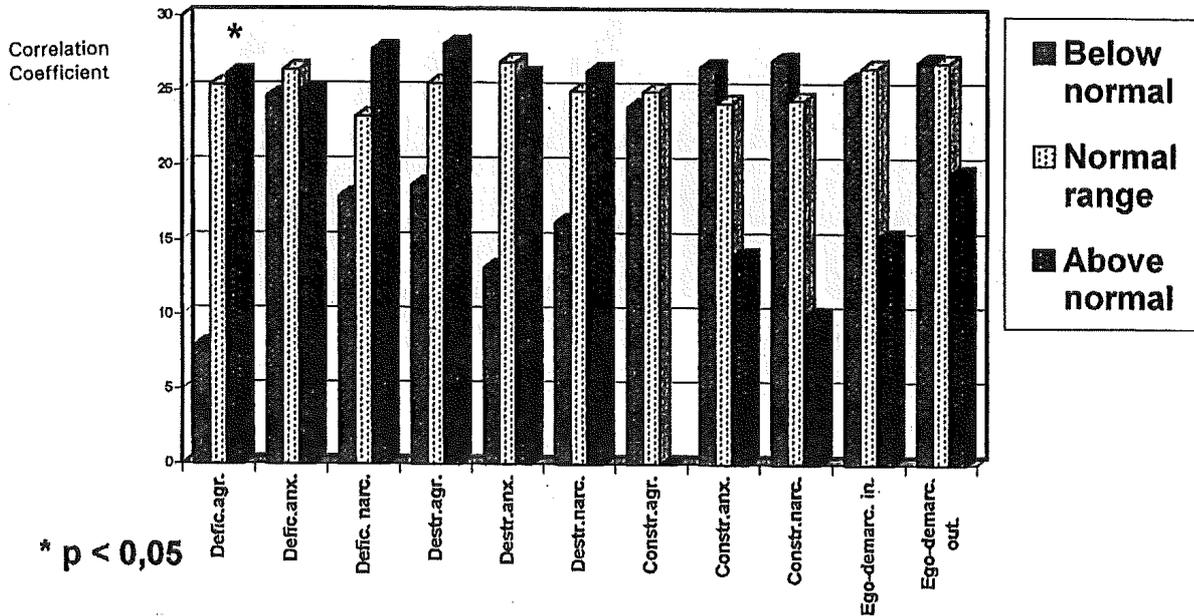


Figure 4: Correlations of Beck Depression Inventory and the subscales of ISTA

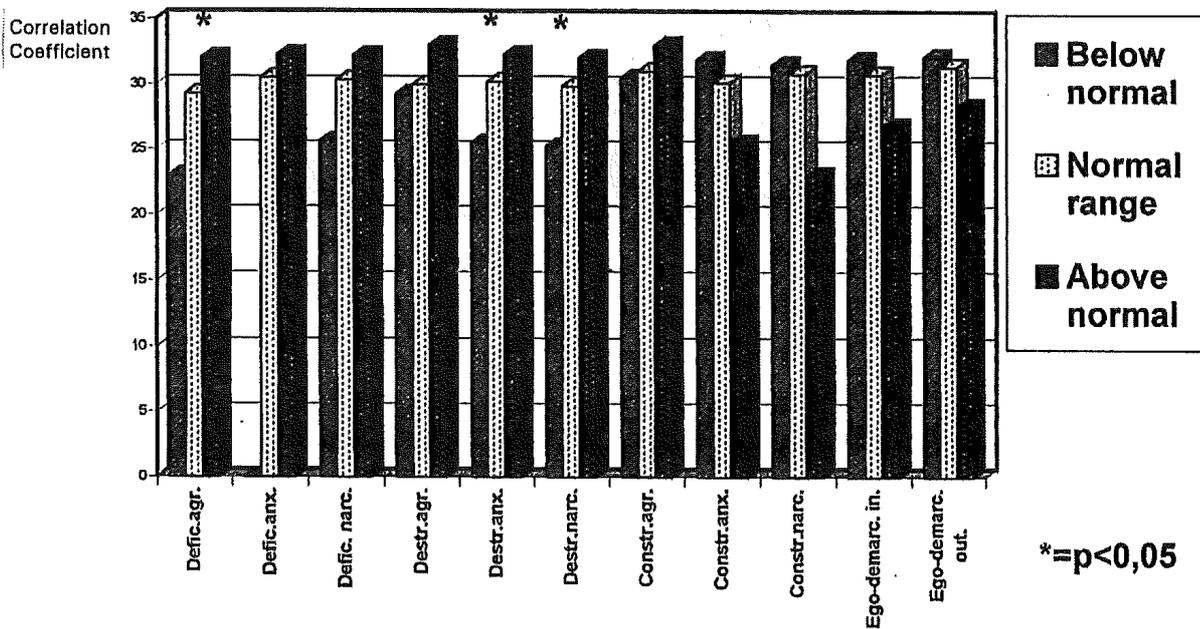


Figure 5: Correlations of the Hopelessness Scale and the subscales of ISTA

Trait anger - and to some extent also state anger - correlated with destructive and deficient ego functions and with the low level of ego demarcation (Fig. 6,7).

A strong negative correlation was found between destructive narcissism and destructive anxiety - and high level of self-esteem (*Rosenberg*-scale). High inner and outer ego demarcation correlated with high self esteem (Fig 8).

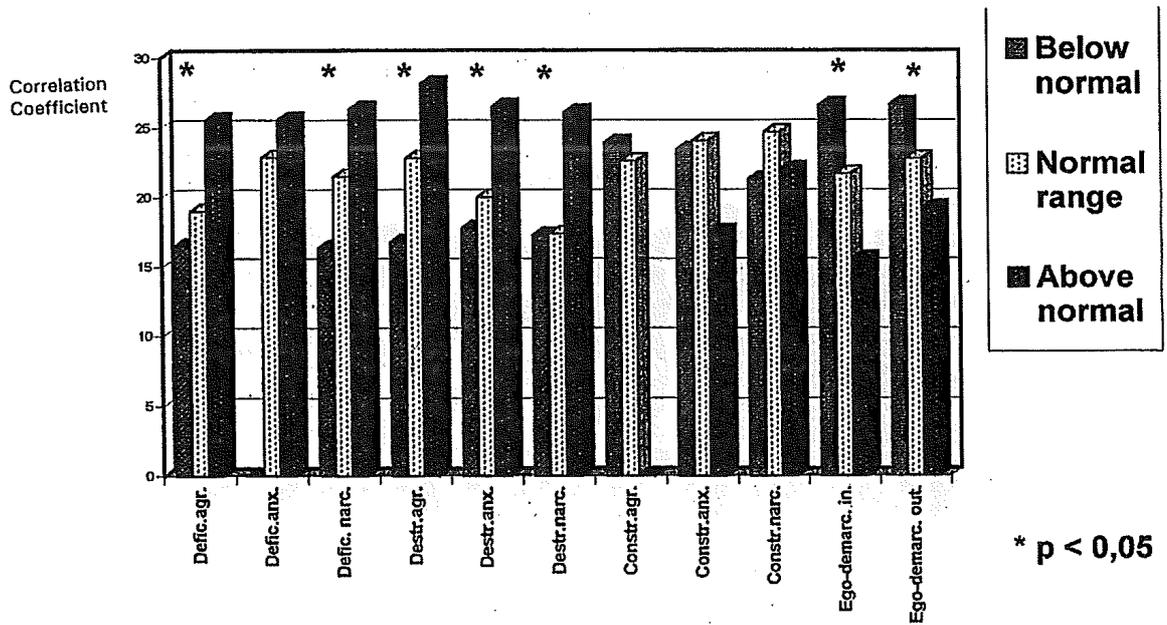


Figure 6: Correlations of the Trait Anger Scale and the subscales of ISTA

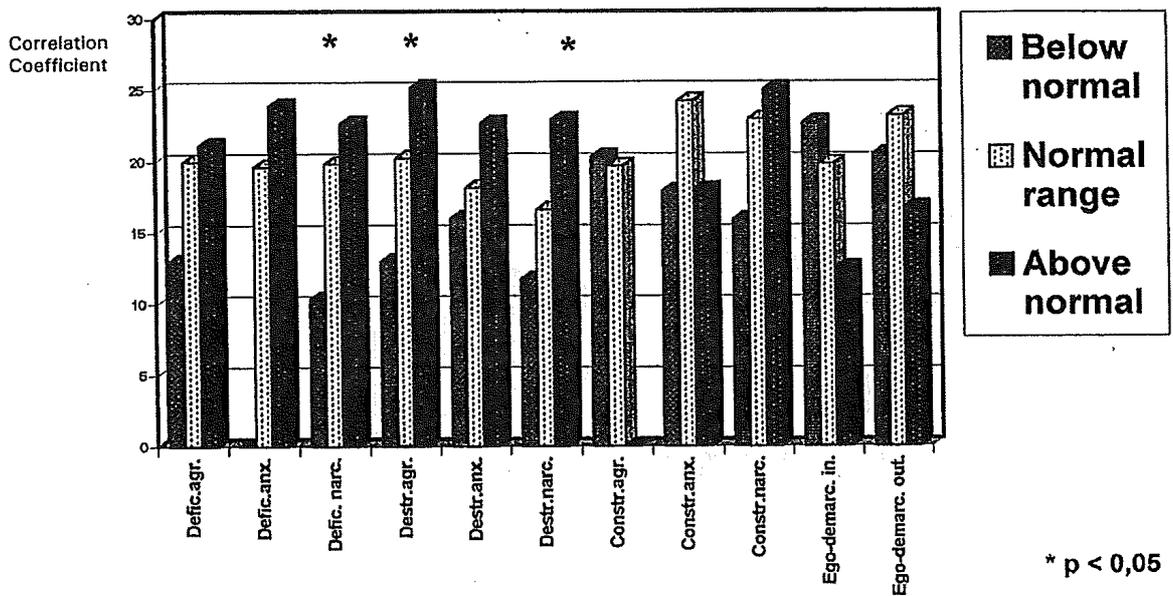


Figure 7: Correlations of the State Anger Scale and the Subscales of ISTA

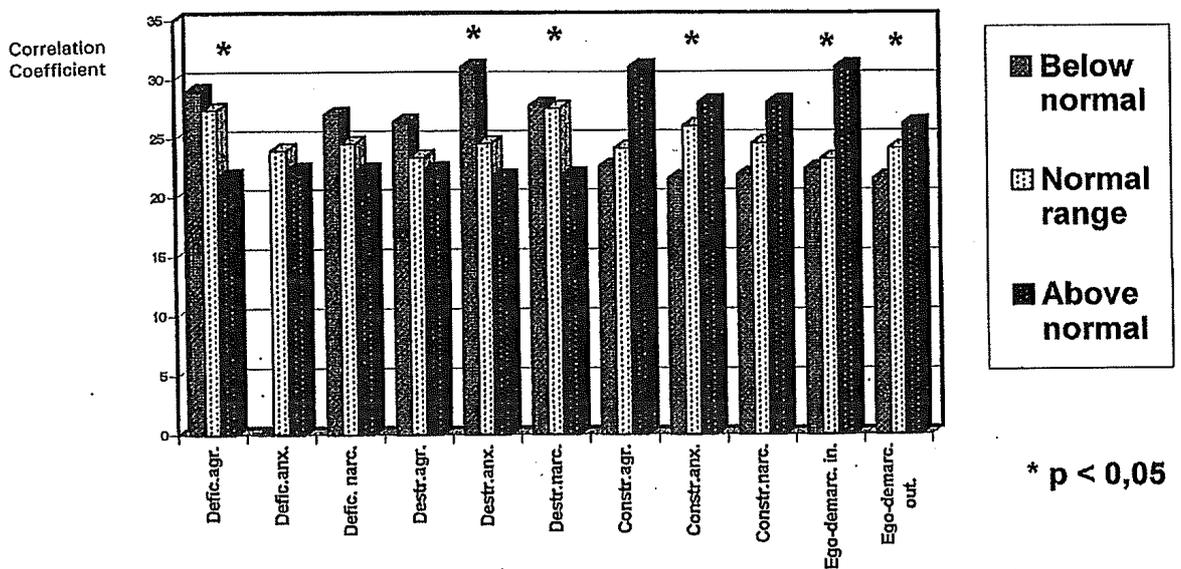


Figure 8: Correlations of the Self Esteem Scale and the subscales of ISTA

Discussion

In an attempt to interpret these results (Fig.9) we have to assume that the ego functions of narcissism and anxiety play a more important role in the suicidal process than the traditionally mentioned aggression, particularly the destructive aggression. This relation is highlighted by the strong correlation between the low *Rosenberg*-self-esteem-scale scores and high destructive narcissism and anxiety. It appears that healthy self-esteem is in close connection with a relatively higher inner and outer ego demarcation. Higher anger scores among suicidal patients correlated with low level ego

- ◆ **ISTA differentiated** the suicidal and normal control groups significantly (except the destructive aggression).
- ◆ **No significant difference** between the suicidal group and the nonsuicidal psychiatric patient group.
- ◆ **Seriousness of depression** (Beck Depression Inventory) correlated with:
 - deficient ego functions (significantly the deficient aggression)
 - destructive ego functions
 - Negative correlations: -constructive ego-functions
 - inner and outer ego demarcation
- ◆ **Hopelessness** values correlated significantly with the:
 - destructive narcissism
 - destructive anxiety
 - deficient aggression
- ◆ **Trait anger** (to some extent **state anger** also) - correlated with:
 - destructive ego-function
 - deficient ego functions
 - the low level of ego demarcation
- ◆ **Self-esteem (Rosenberg-scale)** strong negative correlation:
 - destructive narcissism
 - destructive anxiety
 - Positive correlation: inner and outer ego demarcation

Figure 9: Results of the Study

Trait rather than state variables (anxiety, aggression) have higher correlation with self-destruction. We refer to the results of recent neurobiological studies on suicide and impulsivity (*Horesh, 1997*). Similarity of the subscale-scores of the *Ammon*-test in the suicidal group and in the group of other patients refers to the important role of traits variables, of personality structure - even if there are differences of psychiatric diagnoses.

Considerable differences were found between normal and patient groups in the subscales of ISTA, but no significant differences between suicidal and non-suicidal groups. Thus it was demonstrated in this study that the ego-structure test developed by *Ammon* can differentiate normal population from the psychiatric patients. Furthermore the test can help us

to get more relevant information about the personality structure of the patients. It is very important and useful in the everyday clinical practice and psychotherapeutic work as well.

Selbst-Destruktion und Psychopathologie - Klinische Validierung und Ergebnisse mit dem Ich-Struktur-Test nach Ammon

Sandor Fekete, Peter Osvath, György Kóczán, Ágnes Gati (Pecs)

Ziel der Arbeit ist es, den Zusammenhang zwischen Suizidalität und einigen Persönlichkeitsvariablen wie Angst, Aggression, Selbstwertgefühl und Depressivität zu untersuchen. Hierzu wurden drei verschiedene Gruppen mit dem Ich Struktur Test nach *Ammon* (ISTA, Version von 1991), dem *Beck* Depressions Inventar (BDI), und einigen Subskalen einer Testbatterie der WHO/EU Studie zur Selbstmordprophylaxe (State - Trait - Anger Scale, *Rosenberg* Self Esteem, Hopelessness) untersucht:

Psychiatrische Patienten nach einem Selbstmordversuch (N=164), psychiatrische Patienten ohne Selbstmordversuch (N=339) sowie eine normale Kontrollgruppe (N=363). Der ISTA trennte auf allen Skalen bis auf die destruktive Aggression signifikant zwischen der Patienten- und der normalen Kontrollgruppe, jedoch nicht zwischen suizidalen und nicht-suizidalen Patienten (s. Abb. 3). Die Schwere der Depression, gemessen mit dem BDI, korrelierte signifikant positiv vor allem mit den defizitären Ausprägungen im ISTA und negativ mit den konstruktiven Skalen. Hohe Werte in der Abgrenzung nach außen und nach innen korrelierten negativ mit dem Ausmaß an Depression (Abb. 4). Destruktiver Narzißmus, destruktive Angst und defizitäre Aggression korrelierten signifikant positiv mit Hoffnungslosigkeit (Abb. 5).

Eine hohe negative Korrelation fand sich zwischen einem hohen Level in der Selbstwert-Skala von *Rosenberg* und dem destruktiven Narzißmus und der destruktiven Angst im ISTA (Abb. 8). Die Selbstwert-Skala von *Rosenberg* korrelierte hingegen positiv mit der Ich-Abgrenzung nach außen wie nach innen.

Aus diesen Ergebnissen ziehen die Autoren den Schluß, daß für den Prozeß der Suizidalität die Ich-Funktionen des Narzißmus und der Angst eine weitaus wichtigere Rolle spielen als die Aggression, insbesondere die destruktive. Dies widerspricht der traditionellen Auffassung, die Suizidalität vorrangig mit einer Aggressionsproblematik assoziiert. Ein gesunder, konstruktiver Narzißmus (der sich in der *Rosenberg*-Skala als stabiler Selbstwert zeigt) steht in einem engen Zusammenhang mit einer stabil-flexiblen Ich-Abgrenzung nach innen und außen, während erhöhte Aggressions-Werte bei suizidalen Patienten zumeist mit einer schwächeren Abgrenzung verbunden sind. Bei der Angst und der Aggression sind es zudem eher die Trait-Ausprägungen (d.h. die stabilen Persönlichkeits-

merkmale) als die State-Ausprägungen (d.h. die situativ bedingten Formen), die mit einem selbst-destruktiven Verhalten verbunden sind (Abb. 6, Abb. 7).

Der ISTA kann nach Sicht der Autoren somit helfen, mehr relevante Information über die Persönlichkeitsstruktur von suizidalen Patienten zu erhalten und so in der Selbstmord-Prophylaxe und Psychotherapie der Suizidalität eingesetzt werden.

References

- Ammon, G.* (1982, Hrsg): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd 2. (München: Ernst Reinhard)
- (1986): Der mehrdimensionale Mensch. (München: Pöhl)
- Kóczán, G., Fekete, S., Osvath, P.* et al. (1991): The adaptation of Ego-structure test developed by *G. Ammon* in Hungary. The process of validation and first results. In: *Dyn. Psychiat.* (24), 298-307.
- Schmidtke, A.* et al. (1996): Attempted suicide in Europe. Rates, trends and socio-demographic characteristics of suicide attempters 1989-1992. Results of the WHO/ EURO Multicentre Study on Parasuicide. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica* (93), 327-338.
- Bille-Brahe, U.* et al. (1996): A repetition-prediction study on European parasuicide populations. *Crisis* 17/1, 28-31.
- Horesb, N., Apter, A.* et al. (1997): Anger, impulsivity and suicide risk. In: *Psychotherapy and Psychosomatics*, (66), 92-96.

Address of the authors:

Sandor Fekete, M. D.
Peter Osvath, M. D.
György Kóczán, M. D.
Ágnes Gati, M. D.
University Medical School of Pecs
Ret u. 2
7623 Pecs
Hungary

Defense Mechanisms and Coping Styles in their Interrelationship with Motivation toward Specific Therapeutic Approach ***

Natalia Lutova (St. Petersburg)*, Viktor Wied (St. Petersburg)**

The object of the present study was to find out whether the motivation toward specific kind of treatment in mentally ill patients depends on their underlying defense mechanisms and preferably used coping behavior patterns. Following results have been obtained: psychotic patients upon admission tend to be treated with drugs rather than with psychotherapy. Motivation toward pharmacotherapy depends neither on the clinical structure of psychopathology, nor on the intensity of negative symptoms. The higher the intensity of positive symptoms, the more unstable becomes motivation toward pharmacotherapy. High motivation toward psychotherapy correlates positively not with low, but with moderate intensity of positive psychotic symptoms. Coping behavior pattern „Flight“ correlates negatively to motivation both toward psycho- and pharmacotherapy. Being deficient in both groups, the motivation-related coping behavior in pharmacologically oriented patients tends to be more passive and avoidant, whereas psychotherapeutically oriented patients tend to be more active in their problem-solving behavior. Treatment with drugs alone does not allow reducing such deficient coping behaviors like distancing from the problem and social encapsulation. This can be effectively done only by using the combination of psychotherapeutic and psychopharmacological treatment modalities.

The object of the present study was to find out empirically whether the motivation toward specific kind of treatment in the mentally ill patients depends on their underlying defense mechanisms and preferably used coping behavior patterns.

60 patients were investigated in the study, which has been carried out at the Bekhterev psychoneurological research Institute, St. Petersburg, the clinic for psychosocial therapy of psychoses. The treatment program included a flexible use of psychotropic drugs along with psychodynamically oriented individual, group and family therapy. Patients, who refused to take medication, were treated only with psychotherapy, while patients who refused to participate in psychotherapy were treated only with drugs.

The distribution of age groups (see Table 1) is typical for psychotic patients with short to middle duration of a disease, the average age in schizophrenic group being slightly lower than that in the affective disorders group. The majority of patients with affective disorders (66,7%) and the overwhelming majority of schizophrenic patients (81%) have been previously treated with psychopharmacological drugs.

* Dr. med., Mitarbeiterin der Dynamisch-Psychiatrischen Abteilung des Bechterew Institutes, St. Petersburg

** Prof., Dr. med. Leiter der Dynamisch-Psychiatrischen Abteilung des Bechterew-Institutes, St. Petersburg

*** Vortrag gehalten auf dem 12. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry (WADP) / XXV. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 17. bis 21. März 1999 in der Humboldt-Universität, Berlin

	Schizophrenic disorders (%)	Affective disorders (%)
< 20 years	31	16,7
20–30 years	33,3	33,3
< 30 years	35,7	50
Average age	28,1	32,4

Table 1: Age distribution of the patient sample

Syndrome	Schizophrenic disorders (%)	Affective disorders (%)
Anxiety-depressive		44,4
Hallucinatory-paranoid	35,7	
Depressive-paranoid	26,2	33,3
Anxiety-paranoid	19,5	11,1
Apatho-depressive	11,9	
Manic-paranoid	9,5	
Depressive-depersonalization	9,5	27,8
Pseudo-psychopathic	7,0	
Oneiroid	4,8	
Obsessive	2,4	5,6
Phobic	2,4	
Asteno-depressive	2,4	
Depressive-hypochondriacal	2,4	
Hyponamic	2,4	
Verbal hallucinosis	2,4	
Paranoid	2,4	
Depersonalisation-derealization	2,4	
Anxiety-hypochondriacal	2,4	
Catatonic	1,4	
Melancholic		5,6
Manic		5,5
Hypochondriacal		2,4

Table 2: Syndromal structure of the patient sample

The nosological and syndromal structure of clinical material is presented in Table 2. Because the syndromal picture of schizophrenia is relatively more heterogeneous as compared with affective disorders, it was very essential to provide our material with the widest possible symptomatic spectrum representative for schizophrenic patients. This explains the numerical preponderance of schizophrenic group in our sample.

The Table 3 shows attitudes of the patients toward psychopharmacotherapy or psychotherapy at admission. According to the attitude, all patients were divided into subgroups with negative, unstable or positive

attitude toward specific therapeutic approach. Equal number of patients shows unstable motivation for both psychotherapy and psychopharmacotherapy. There is a higher preponderance of patients with positive motivation toward psychopharmacotherapy over negatively motivated ones. This relationship is inverse for motivation toward psychotherapy - here there are much less patients who at admission are positively motivated toward psychological treatment. One can assume that this is due to a historically established opinion in the population that psychoses can be treated effectively only with drug therapy. Low motivation for psychotherapy can partly be explained by the unwillingness of some patients to accept one's own insufficiency in coping with psychologically founded stressful situations, a presumed precondition for a disorder. The conception of an organic or hereditary origin of mental disorder relieves the patient from such guilt or inferiority feelings, making him more inclined to undergo psychopharmacological therapy. In any case it is clear that the implementation of psychosocial treatment modalities is from the very beginning much more impeded as compared with drug therapy due to the unfavorable motivation of psychotic patients. This aggravating circumstance complicates the comparison of the effectiveness of psycho- and pharmacotherapy in the treatment of the mentally ill because it must be taken into consideration that there are always more dropouts from psychotherapy than from drug therapy.

	Motivation toward	
	Psychotherapy	Pharmacotherapy
Positive	8	22
Unstable	31	30
Negative	21	8

Table 3: Distribution of patients according to the level of motivation

The syndromal structure apparently does not influence the patients' motivation both toward psycho- and pharmacotherapy - there have been revealed no correlations between qualitative structure of the symptoms and the type of motivation toward specific therapeutic approach.

It is not the case with the influence of the symptoms' intensity upon the type of motivation (see Table 4). Though the intensity of negative symptoms has no influence upon motivation toward psychopharmacotherapy, the high level of positive symptoms indubitably worsens the motivation toward this type of treatment, making it rather unstable than negative. This is apparently due to the influence of the patients' delusional beliefs, depriving them of the possibility to obtain an appropriate insight into their morbid condition. This puts the therapist in the case of high positive symptoms before a dilemma of choice between compulsory medication and

psychotherapeutic intervention to ensure the satisfactory motivation toward pharmacotherapy. As the latter strategy is obviously preferable, this refutes the traditional point of view that psychotherapy is indicated primarily for patients with low positive symptoms. Being probably cogent when psychodynamic therapeutic goals are considered, this opinion certainly misses the point when the goal of motivating the patient toward pharmacotherapy - the most essential one in initial stages of acute episodes - is to be accomplished. Thus, psychotherapy is expedient as an indispensable adjunct in the treatment of acute psychoses.

	Motivation toward psychopharmacotherapy			
	Positive	Unstable	Negetive	p
Positive symptoms	38,2	55,8		.04
	Motivation toward psychotherapy			
	Positive symptoms		41,2	59,1
Negative symptoms		65.5	76.4	.03

Table 4: Intensity of the symptoms and motivation towards therapy
(Scores of the SANS/SAPS test by *Andreasen*)

The higher positive symptoms (and also the negative ones, as distinct from the motivation toward pharmacotherapy), the worse is motivation toward psychotherapy. This is certainly the basic and well-established knowledge. But at a closer sight, the tendency here is not linear. The optimal motivation toward psychotherapy is observed not in cases with the lowest symptoms, as is true for pharmacotherapy, but in cases with moderately intense symptoms. This brings us to the old controversy in the literature, whether the “Leidensdruck”, a term coined by *Freud*, is really indispensable for the optimal implementation of psychotherapy, or not. Our findings seem to support the idea that the presence of a moderate level of symptoms in initial stages of treatment allows a better engagement of psychotic patients in psychotherapy. It is true not only the positive, but also for negative symptoms, which is somewhat unexpected, because one could assume here a linear tendency: the lower the overall energetic potential of the patient, the worse his motivation toward psychotherapy. That’s why, when psychotherapeutic work is considered, it is not reasonable to attempt a total elimination of moderately intense positive symptoms as soon as possible in order to support the optimal level of motivation toward psychotherapy through the most precarious initial stage of treatment.

In search for possible correlations between different levels of motivation toward psycho- or pharmacotherapy and defense mechanisms on one part and coping strategies on the other, we have used two tests for the

assessment of defense mechanisms, the Questionnaire for conflict solving strategies (FKBS), the German version of the Defense mechanism inventory (DMI) by *Gleser and Ihilevich*, and Self-rating of the defense concepts (SBAK) by *Ehlers*. Two other tests were used for the assessment of coping strategies, the Coping test by *Lazarus* and the Inventory of coping with stress by *Janke, Erdmann and Kallus* (SVF), the results are presented in Table 5.

	Motivation toward pharmacotherapy			
	Positive	Unstable	Negative	p
<u>Defense:</u>				
Denial	8,0		6,6	.02
<u>Coping:</u>				
Flight	53,0	59,4		.02
Bagatellizing		55,5	43,9	.02
Distancing	1,6	1,85		.04
Accepting of responsibility		2,3	1,5	.01

	Motivation toward psychotherapy			
	Positive	Unstable	Negative	p
<u>Defense:</u>				
Denial		7,4	8,2	.04
<u>Doping:</u>				
Flight	50,2		59,1	.04
Self-assertiveness	47,9	54,6		.03
Attempts to control the situation	42,5	49,9		.05
Social encapsulation		52,8	58,7	.04
Ideatory fixation	41,4		49,0	.03

Table 5: Correlations between defense, coping and the level of motivation toward specific therapeutic approach (Scores of tests SBAK, FKBS, SVF, *Lazarus*)

Only one type of defense mechanisms - "Denial" - turned out to be significantly correlated with motivation toward therapy. "Denial" is correlated with motivation toward both psycho- and pharmacotherapy.

This makes it obvious that orientation of the patient toward specific treatment approach is rooted in his unconscious mechanisms and is closely interrelated. It is hard to say whether other defense mechanisms are irrelevant for the therapy, but in any case "Denial" certainly is, especially in regard to psychotic patients.

The only coping strategy, which has been found to be common for motivation both toward psycho- and pharmacotherapy, is "Flight". Although this coping type tends to make motivation toward psychotherapy rather negative and toward drug therapy rather unstable, it is certain that this way of coping is detrimental for motivation toward any therapeutic approach.

Apart from the Flight coping pattern, the coping strategies, which are correlated with motivation toward either psycho- or pharmacotherapy are different. Pharmacotherapy oriented patients in general tend to choose more passive and avoidant coping behavior. They tend to bagatellize their problems, keep distance from them and are prone not to accept responsibility for their adjustment. The coping behavior of psychotherapeutically oriented patients is on the whole also deficient, but still somewhat more active. They, however not always successfully, are seeking for self-assertiveness, are attempting to control the problematic situation, tend to ideatory fixation and are prone to avoid social encapsulation. This difference can not be due to the negative symptoms and to the loss of energetic potential, because both psycho- and pharmacotherapy oriented groups do not differ significantly from each other upon the admission. Thus it is clear that this problem is rooted in specific psychodynamic constellations of each patient group and evidently has no pharmacological solution. This is also proven by the fact that at discharge the patients who were treated with combined psycho- and pharmacotherapy showed significantly lower levels of distancing from their problems and of social encapsulation as compared with patients treated only with drugs.

In summary, one can state the following results of the present study:

1. Psychotic patients upon admission are more oriented toward pharmacotherapy than toward psychotherapy.

2. Motivation toward pharmacotherapy depends neither on the clinical structure of symptoms, nor on the intensity of negative symptoms. The intensity of positive symptoms worsens motivation toward pharmacotherapy, making it unstable. This disproves the overall assumed opinion that psychotherapy is not indicated for acute psychotic patients, making psychotherapeutic interventions indispensable at least to ensure the optimal compliance for drug therapy.

3. The highest motivation toward psychotherapy correlates positively not with the lowest, but with moderate intensity of positive psychotic symptoms. Thus, to secure the optimal compliance with psychotherapy in the initial stages of psychoses or a relapse, it is not advisable to attempt the entire elimination of positive symptoms. Instead, supporting of a moderate level of positive symptoms' intensity seems to be more appropriate.

4. Coping behavior pattern "Flight" correlates negatively to motivation both toward psycho- and pharmacotherapy. Other coping devices are typical for patients' psycho- or pharmacotherapy orientation in a different manner. Being deficient in both groups, motivation-related coping behavior in pharmacologically oriented patients tends to be more passive and avoidant, whereas psychotherapeutically oriented patients tend to be more active in their problem-solving behavior.

5. Treatment with drugs alone does not allow reducing such deficient coping behaviors like distancing from the problem and social encapsulation. This can be effectively done only through a combination of psychotherapeutic and psychopharmacological treatment modalities.

Die Abwehrmechanismen und Coping-Strategien in deren Wechselbeziehung zur Motivation für einen spezifischen therapeutischen Zugang

Natalia Lutova, Viktor Wied (St.Petersburg)

Das Ziel der Studie war es empirisch festzustellen, ob die Motivation der psychisch Kranken zu einer bestimmten therapeutischen Modalität von deren Abwehrmechanismen und bevorzugten Copingstrategien abhängig ist.

Das klinische Material bestand aus 60 Probanden, die in der Klinik für psychosoziale Therapie der Psychosen des Psychoneurologischen Forschungsinstituts W. M. Bechterew (St.Petersburg) behandelt worden sind. Diagnostisch handelte es sich um Fälle von Schizophrenie und affektiven Störungen. Das therapeutische Programm enthielt eine flexible Kombination der Psychopharmakotherapie und der psychodynamisch orientierten individuellen und Gruppenpsychotherapie.

Alle Patienten wurden in Gruppen mit einer positiven, instabilen und negativen Motivation zur Psychopharmakotherapie einerseits und zur Psychotherapie andererseits am Anfang der stationären Behandlung eingegliedert. Die instabile Motivation zeigte sich gleichmäßig sowohl in Bezug auf Pharmakotherapie, als auch auf Psychotherapie. Es gab signifikant mehr Probanden mit einer positiven Motivation zur medikamentösen Behandlung, als mit einer negativen. Bei der Einstellung zur Psychotherapie überwogen die Patienten mit einer negativen Motivation. Das bedeutet, daß es von Anfang der Behandlung an größere psychologisch bedingte Schwierigkeiten bei der Durchführung der Psychotherapie psychisch Kranker gab im Vergleich mit der medikamentösen Behandlung.

Es stellten sich keine signifikanten Korrelationen zwischen der qualitativen Struktur des symptomatischen Bildes und der Bevorzugung irgendeines therapeutischen Modells von Seiten der Patienten heraus, was zu bedeuten hat, daß die syndromale Struktur die Einstellung der Patienten entweder zur Pharmako- oder zur Psychotherapie nicht beeinflusst. Die

Ausprägung der defizitären Erscheinungen hat keinen Einfluß auf die Motivation zur Pharmakotherapie. Je intensiver aber die positive Symptomatik, desto instabiler wird die Motivation zur medikamentösen Behandlung. Dieser Befund widerlegt die traditionelle Meinung, daß Psychotherapie bei akuten Patienten kontraindiziert ist. Sie ist jedenfalls notwendig um die Einstellung der Patienten zur Pharmakotherapie zu optimieren. Die höchste Motivation zur Psychotherapie trifft man nicht bei Patienten mit einem niedrigen, sondern mit einem moderaten Niveau der Intensität psychopathologischer Symptome. Das erlaubt zu folgern, daß nicht die volle Eliminierung der positiven Symptome sinnvoll ist, sondern deren Hemmung bis zu einer moderaten Ausprägung, um eine optimale Motivation zur Psychotherapie zu erzielen.

Zwecks Eruiierung der Rolle der Abwehrmechanismen und der Copingstrategien in Bezug auf die Orientierung der psychotischen Patienten zur Psycho- oder Pharmakotherapie haben wir folgende testpsychologische Verfahren angewandt: Fragebogen der Konfliktbewältigungsstrategien (FKBS), Selbstbeurteilung von Abwehrkonzepten (SBAK), Coping Test von *Lazarus* und Streßverarbeitungsfragebogen (SVF).

Nur ein Typ der Abwehrmechanismen - "Verleugnung" - erwies sich als signifikant korrelierend mit der Therapiemotivation. Er korrelierte negativ mit Motivation sowohl zur Psycho-, als auch zur Pharmakotherapie. Es ist daraus ersichtlich, daß die Orientierung der Patienten zu irgendeiner spezifischen therapeutischen Methode in deren tiefenpsychologischen Mechanismen fundiert ist.

Es stellte sich heraus, daß nur ein Typ der Coping-Strategien - "Flucht" - negativ auf die Motivation sowohl zur Psycho- als auch zur Pharmakotherapie wirkt. Alle anderen signifikant korrelierenden Coping-Strategien beziehen sich entweder auf einen oder auf einen anderen therapeutischen Vorgang. Die pharmakotherapeutisch orientierten Patienten tendieren im allgemeinen zu einem passiven und ausweichenden Anpassungsverhalten. Sie neigen dazu, ihre Probleme zu bagatellisieren, sich von ihnen zu distanzieren und keine Verantwortung für eine Anpassung auf sich zu nehmen. Das Coping-Verhalten der psychotherapeutisch orientierten Patienten ist im allgemeinen auch defizitär, aber durch eine etwas aktivere Einstellung gekennzeichnet. Sie suchen, wenn auch nicht immer erfolgreich, nach Selbstbehauptung, versuchen die Problemsituationen zu kontrollieren, neigen zu gedanklicher Fixierung und tendieren dazu, in eine soziale Abkapselung auszuweichen. Dieser Unterschied kann unmöglich die Folge der defizitären prozeßualen Erscheinungen und des Verlustes des energetischen Potentials sein, da die beiden psychotherapeutisch oder pharmakologisch orientierten Patientengruppen sich voneinander in Bezug auf die Ausgeprägtheit der negativen Symptomatik bei der Aufnahme nicht signifikant unterscheiden. Es ist also einleuchtend, daß dieses Problem in spezifischen psychodynamischen Konstellationen jedes einzelnen Patienten verankert ist und somit also nicht psychopharmakologisch zu lösen ist. Das

beweist auch die Tatsache, daß die Patienten, die sowohl pharmakologisch, als auch psychotherapeutisch behandelt worden sind, bei der Entlassung signifikant weniger ausgeprägte Tendenzen zur Distanzierung von ihren Problemen und zu sozialer Abkapselung zeigten im Vergleich mit denen, die ausschließlich mit Medikamenten behandelt worden sind.

Literature

- Gleser, G., Ihilevich, D.* (1969): An objective instrument for measuring defense mechanisms. In: *J. Consult. Clin. Psychol.*, 33, p. 51-60.
- Ehlers, G.* (1986): *Selbstbeurteilung von Abwehrkonzepten.* (Hogrefe: Bern).
- Folkman, S., Lazarus, R.* (1988): *Ways of coping questionnaire.* (Consult. Psychol. Press: Palo Alto).
- Janke, W., Erdmann, G., Kallus, W.* (1985): *Stressverarbeitungsfragebogen (SVF).* (Hogrefe: Göttingen).

Adresse der Autoren:

Dr. med. Natalia Lutova
Prof. Dr. Victor Wied
Psychoneurologisches Institut W.M. Bechterew
Ul. Bechterewa 3
193019 St. Petersburg
Rußland

Cultural Construction of Health and Healing**

Jai B.P. Sinha (Patna, India)*

The cultural construction of health and healing in India reflects a blend of traditional thoughts of psycho-spiritual and super-natural nature on one hand and the modern knowledge of health care, medicines, mental health, psychiatry, and psychotherapy on the other. The techniques of healing range from the psychoanalysis, through psychiatric treatments and the use of allopathic medicines to faith healing. With the modern allopathic medicines being easily available, psychosomatic interventions have become very popular. However, there still exists a large number of the practitioners of traditional Indian medicines (ayurveda) and faith healers who use yoga, meditation, and a variety of tantrum ways of healing.

The paper first describes the traditional approaches to health and healing, their continuity to the present days, then shows how the western methods of treatment entered into the Indian medical scene, and finally reports a study which seems to be quite relevant in the context of Dynamic Psychiatry.

An Overview

The cultural construction of health and healing in India reflects a blend of traditional thoughts of psycho-spiritual and super-natural on one hand and modern knowledge of health care, medicines, mental health, psychiatry, and psychotherapy on the other. Correspondingly, the techniques of healing range from psychoanalysis, through psychiatric treatments and use of allopathic medicines, to faith healing involving yoga, meditation and the use of tantra as well as the traditional Indian medicines (i.e. Ayurveda). Both modern and traditional approaches are reported to be adopted, either sequentially or simultaneously, showing a holistic mode of conceptualizing health and deciding healing process. This renders the Indian healing scenario potentially receptive to the principles and practices of Dynamic Psychiatry. As other oriental people such as Chinese and Malays are also reported to have an integrative approach, Dynamic Psychiatry holds a high promise for the distressed people in the East.

Traditional Indian Approaches

The traditional Indian approaches to health and healing are quite diverse and reflect the variations in local conditions and the psycho-history of the Indian people. Of these, three are the most dominant. They share a common cultural heritage of beliefs and practices. A healthy person is „swastha“, i.e., stable. In other words, health is not a state either body or mind. It lies in the

* Professor of Psychology and Management at the ASSERT Institute of Management Studies, Patna; Vice President of the World Association for Dynamic Psychiatry and President of the Indian Branch of the World Association for Dynamic Psychiatry

** Paper presented at the 12th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry (WADP) /25th Internat. Symposium of the German Academy of Psychoanalysis (DAP), at the Humboldt-Universität Berlin, March 17-21, 1999

stability which is realized by a dynamic balancing process. It is this holistic model of man¹ which brings the Indian construction of health and healing close to the Dynamic Psychiatry of *Ammon* (1993).

The Bio-medical approach

The first approach is based on Charak Samhita of Ayurveda (which literally means the science of longevity) (*Kakar*, 1982). According to this approach, the stability of mind and body lies in the balancing of psyche, soma, and polis – each having its own mechanisms for balancing its internal forces and elements. Any imbalance arising out of either abuse, excess, or deficiencies in the forces and elements is likely to affect the physical as well as the mental health of the person – the two are believed to be inextricably interrelated.

A person is seen as a microcosm, all that are in the cosmos have their homologous representation within the body. The body consists of five physical elements which are earth, fire, wind, water and ether. These elements of the body connect it with the physical environment which includes not only the geographical, climatic and land conditions, but also the sun, the moon, and other planets. Even today, many Indians wear stones of different kinds in order to regulate the inflow of planetary forces with the aim to regulate the energy inside the body. Chakra Samhita of Ayurveda prescribes physical examinations for diagnosing mental and somatic illnesses which are quite comprehensive. Besides the thorough physical check-up to discern any pathological condition, age, compactness, proportions, digestive power, and capacity for work, the medical examination should also include patient's emotional and social spheres. The doctor should take into account the region in which the patient is born, grew up, and has developed the disease. The peculiarity of land, food habits, the general condition of health of the inhabitants of the region, the kinds of disease that most of the people are likely to contact, people's specific features, etc. are also considered before a line of treatment is decided upon (*Kakar*, 1982, p. 228). A practitioner of the traditional medicine, instead of mass production of branded medicines, is expected to prepare medicines separately for each of his patients. This diagnostic approach presents a contrast to modern allopathic methods which are quite often prescribed for a whole range of symptoms and persons.

Just as a body subsumes environmental forces, it has its own internal dynamics to maintain a balance. The dynamics consists of an interplay of three humours – wind, bile and phlegm. There are finer distinctions in each of them. There are four kinds of wind, five kinds of bile, and five kinds of phlegm which taken together constitute a complex constellation of forces responsible for digesting the food and transforming it into blood, flesh, fat,

1 Man also stands for woman, hence, he, him, himself also imply she, her, and herself through out the paper. No gender bias is intended.

bone-marrow, etc. Any imbalance due to excessive use, misuse or deficiency is said to cause mental as well as somatic malfunctioning. Too much of emotional arousal disturb the humors. Similarly the drastic bodily changes cause emotional problems.

The body itself is conceptualized at two levels, namely, the gross and the subtle. The gross is the one we see; the subtle is the spirit, the soul, or the atman – a concept which is quite close to the Greek meaning of psyche. At the moment of fertilization, the subtle body enters the conceptus and brings with it the memories and dispositions of one's previous lives as well as the genetic and temperamental influences of the parents. It is like the personal unconscious which is composed of inherent dispositions accumulated over the previous births (*samskar*). However, this personal unconscious can be changed by the conscious, deliberate, and persistent efforts of a person (*purusharth*). The psyche also contains Id-like impulses, sensuousness, emotions and fantasies. It is described as a monkey, restless by nature, drunk with wine, smarting under a scorpion bite and possessed by a demon (*Vivekanand*, 1953). And yet, it has a built-in disposition towards spiritualism. Thus, there are four opposing forces within the psyche which balance each other. Undue license given to any one of them is likely to cause a loss of the balance which is sure to render a person unwell.

The polis is also an important element of mental health. Ayurveda prescribes 300 noble acts in relation to eating, studying, maintaining social relationships and manners, and sexual intercourse. A healthy person is expected not to be impatient or over-bold. „He should neither trustingly rely on everyone, nor should he be over superstitious of others. He should not demand too much of his intellect or his senses. He should neither be conceited over his achievements, nor become despondent over his loss. He should not act in the fit of anger, or of rejoicing...“ (*Kakar*, 1982, p. 249). In sum, moderation and balancing in social encounters without being either euphoric or depressed is a characteristic of a healthy person.

The tradition of Tantra

Tantra also aims at an integrated growth of the whole person. It traces its root to Atharvaveda which is the classical text of demonology. Over a period of time, the tantra tradition incorporated many ideas from Buddhism, Jainism and other cults. It conceives human beings as essentially sensuous and striving for supreme bliss which is realized in the pleasure of sexual intercourse. Man and woman remain incomplete unless they join together in a most uninhibited and in fact joyful intercourse. This intercourse is prototypical of experiencing androgyny. Lord Shiva is the supreme androgyny because he is half man and half women in his body. Thus, tantra does not subscribe to gender differentiation and, thereby, liberates man and woman from being chained either to masculinity or femininity. The androgyny also helps alleviate the painful experiences

of separation from the mother by merging symbolically with the mother through an intercourse. A tantric (one who has accomplished the knowledge of tantra) actually realizes himself by having symbolic intercourse with his mother, wife and daughter by projecting the first and the last in his wife.

A person cultivates tantra by going step-wise through a series of exercises of body and mind in order to develop the synthesis of the two. This equips the tantric with occult power, self-control and focused receptivity. In order to facilitate this process, the tantric devotes himself to a personal god/goddess who has to be of the opposite sex. He cuts himself from the daily routine and concentrates on realizing the bliss by becoming one with his goddess. The body is conceptualized as a subtle mass consisting of three nerves or conduits of energy and six centres of energy which are located along the spinal cord. Of the three conduits, one is the central and the main one, and the remaining two are believed to carry masculine and feminine energies. By mystical-spiritual practices, the tantric energizes the centres so as to channel the masculine and feminine energies into the central nerve where they get blended and integrated. Once the blended energy travels to the top centre and energizes it, the person becomes one with his god/goddess. Once he realizes himself, he transcends temporal and spatial barriers. He gets the power to reset the distribution and flow of energy in his patients who have become sick because of the imbalance in the flow of energy caused either by stress and strains of life, unresolved traumas of the previous life or possession by some evil spirits.

Demonology is the third approach. It is a belief system about the existence of spirits. When a person dies an accidental death, or his spirit carrier body for the next life is not yet ready, or his lust and greed were so strong that they could not be satisfied while he was alive, he becomes a spirit. A spirit can be a male, a female, a child, a Hindu, or a Muslim. He can be benevolent or malevolent. A malevolent spirit tends to satisfy his lust and greed by possessing a human being. If a person is so possessed, he loses his balance of mind and body and becomes sick in order to get rid of the malevolent spirits, the patient has to submit to a tantric, a saint, or a spirit of a priest who has been able to get the blessing of his personal god. Thus, the healer evokes the support of his personal god/goddess to help the healer exorcise the bad spirit from the body of the patient. Because a god cannot stoop too low to fight out the malevolent spirit, he commissions a benevolent spirit to help the afflicted patient. In sum, the healer in the tantric as well as in the demonological tradition is imbued with divine energy which he transmits in the patient's system in order to restore the balance in the forces within the patient.

The Contemporary Beliefs about Health and Healing

The ancient psycho-spiritual and super-natural thoughts and beliefs about health care and healing techniques were perpetuated because they

embedded in the geo-cultural milieu of a place. The traditional system of Ayurveda was indeed based on the folk traditions. Shepherds, cowherds, and forest dwellers used to bring information about the medicinal values of new herbs and plants which they tried and found to be effective. The practitioners of the traditional medicines thoroughly examined them. Once proved to be effective, they were properly processed, codified, documented and prescribed to patients. Thus, the folk traditions fed the classical traditions of medicines which stimulated the former to keep exploring new medicines based on chance successes.

The Muslim rulers introduced the Unani system of medicines and cure which were quite similar to the Ayurvedic system. The two got fully integrated over a period of time. The British brought allopathic treatment. The government patronage helped it gain ground quickly. Over a period of time it displaced the Ayurvedic and Unani system from their central role. People started relying on allopathic treatment for both mental and bodily diseases. However, the traditional systems were so deeply rooted in the minds of the people that they did survive and started coexisting with the allopathic treatment. There still exist a large number of local healers who use herbs and plants for cures of both physical and mental ailments. „The harbingers of these traditions are housewives with their phenomenal knowledge of food and nutrition and home remedies, thousands of traditional birth attendants, bone setters, practitioners of acupressure... and traditional village level health workers entirely supported by village communities, functioning independently of state support or that of any other organization“ (*Shanker*, 1992, p. 132).

Psychoanalysis and psychiatric treatment were introduced in India in the twenties. However, there are very few psychotherapists and psychiatrists available till today; and there are virtually none in rural areas. Hence, the tantric and demonological ways of faith healing are much less threatened than the traditional medicine. Furthermore, pervasive poverty and illiteracy prevent a large number of people from going to a psychiatrist or a medical doctor unless the disease appears to be serious. They rely primarily on the locally available herbal medicines, home cures and faith healing. In sum, the Indian health care and healing scene presents a composite use of allopathic medicines, psychiatric treatment, herbal and home cures, and faith healing. Their differential usage depends on a number of factors such as the socio-economic status of patients, their urban and rural locations and construction of health and healing process.

The Evidence

Following the *Kleinmann* (1980) conceptualization that while disease is „a malfunctioning of biological and/or psychological processes, illness is the psycho-social experience and meaning of perceived disease“ (p. 72), *Sinha, Jha and Mishra* (1993) examined the illness episodes by asking how

the rich and poor people in a rural area of eastern India view health and sickness, how do they manage medical care, and under what conditions do they opt for allopathic or traditional medicines, home cures, herbal treatment, or faith healing. As the people of this area live collectively in the hamlets of the villages, they were interviewed in small groups of about 10 to 20 men and women with the help of a tape recorder. Males and females were interviewed separately because the latter do not feel comfortable in talking in the company of the former. Interviews were conducted in 124 hamlets of 31 villages. We also interviewed 71 medical doctors, 51 faith healers, 257 doctor's patients and 172 faith healer's patients. Some of the findings are described in the following pages.

Construction of health and healing

The people maintained a broad cognitive spectrum to conceptualize health and sickness. Health was conceptualized as an absence of sickness which was believed to be caused, on one extreme, by somatic factors such as infections or the malfunctioning of the three humours and on the other by super-natural forces and evil spirits. For example, broken bones, loose motions, fever, cough and cold, skin diseases or gastro-intestinal diseases were believed to be caused either by infections, wrong food or accidents. They were considered to be a fit case for allopathic or traditional medicine, home and herbal cure. On the other extreme, strange behaviour such as twitching of the body, rolling eyes, hysterical outburst of emotions, unwanted crying or laughter or a feeling of depression or being „unwell“ were supposed to be caused by super-natural or forces or evil spirits.

But not always, if a broken bone was not set by a plaster or a bone setter or a fever refuses to respond to a medicine, one would readily believe it to be caused by an evil spirit. Similarly, a hysterical case was generally taken to a faith healer. If he failed to bring the patient back to normal, a doctor was approached eventually. Our study showed that 65.1 percent of the patients, who first consulted a doctor, did so without going to a faith healer. Only 25.8 percent consulted a faith healer first and then turned to an allopathic or traditional Indian doctor. It means that initially only about one fourth of the doctor's patients attributed their diseases primarily to supernatural causes, changed their mind later on, and went to a doctor. On the other hand, 74.6 percent of the faith healer's patients had already tried a doctor before they went to a faith healer. Only 25 percent went straight to a faith healer. Thus, a majority of patients showed a tendency to attribute the causes of their illness to pathological conditions of the body. Once the medicines failed, people turned to supernatural causation and faith healing. This also explains why the faith healers had more of chronic cases (Figure 1), besides those having bizarre symptoms. In some instances, the apparently medical cases were taken to a faith healer. For example, the persons bitten by snakes were generally taken to a faith healer.

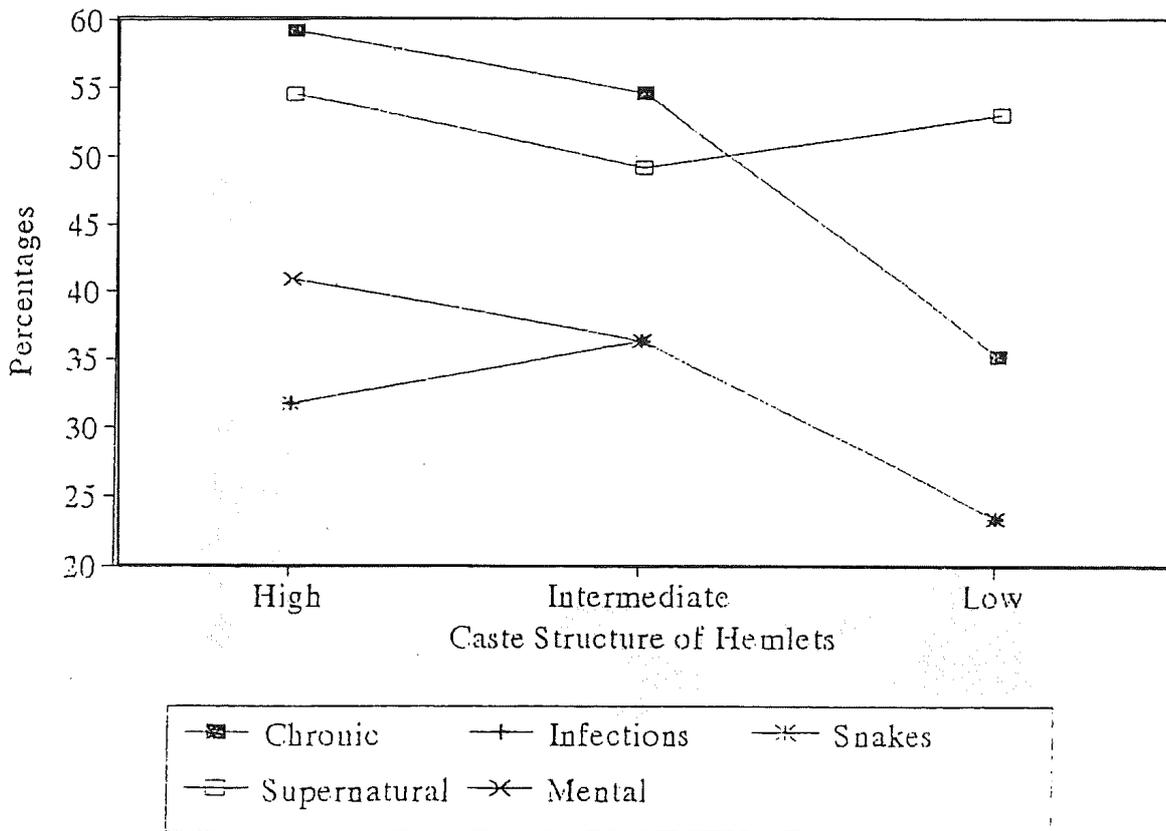


Figure 1: Faith Healing

There were also differential time lags in initiating a medical treatment and faith healing. If the symptoms indicated super-natural causation, the patients were taken to a faith healer within days or at worse a week or so. On the contrary, a large percentage of seemingly medical cases were delayed for more than a week. If the patient did not respond to medicines even after prolonged treatment, he was eventually taken to a faith healer. As a result, more patients ended up with faith healers than with the allopathic or traditional doctors, despite their first preference to consult an allopathic or Indian doctor.

This was probably the precise reason that over 80 percent of the faith healers accepted both mental and somatic cases and over 60 percent of them claimed to be effective. The details are given in Figure 2.

Figure 3 displays the attribution of causality by faith healers. It was interesting to note that the problems were diagnosed to be caused by either evil spirits, bad food, or the bad deeds of the previous life. The attribution reflects a blend of the three traditional approaches.

Not all treatments were sequential. Quite often both lines of treatment were evoked simultaneously even in those cases which seem to be primarily somatic in nature. For example, simple fever, enlargement of liver and spleen, pyorrhea, migraine headache etc. were obviously somatic problems, but were referred both to a doctor as well as to a faith healer. Probably rural people consider it safe to adopt both lines of treatment simultaneously. This may be partly because of their failure to distinguish somatic and supernatural causes, and partly due to a holistic or undifferentiated way of conceptualizing the causation of illness.

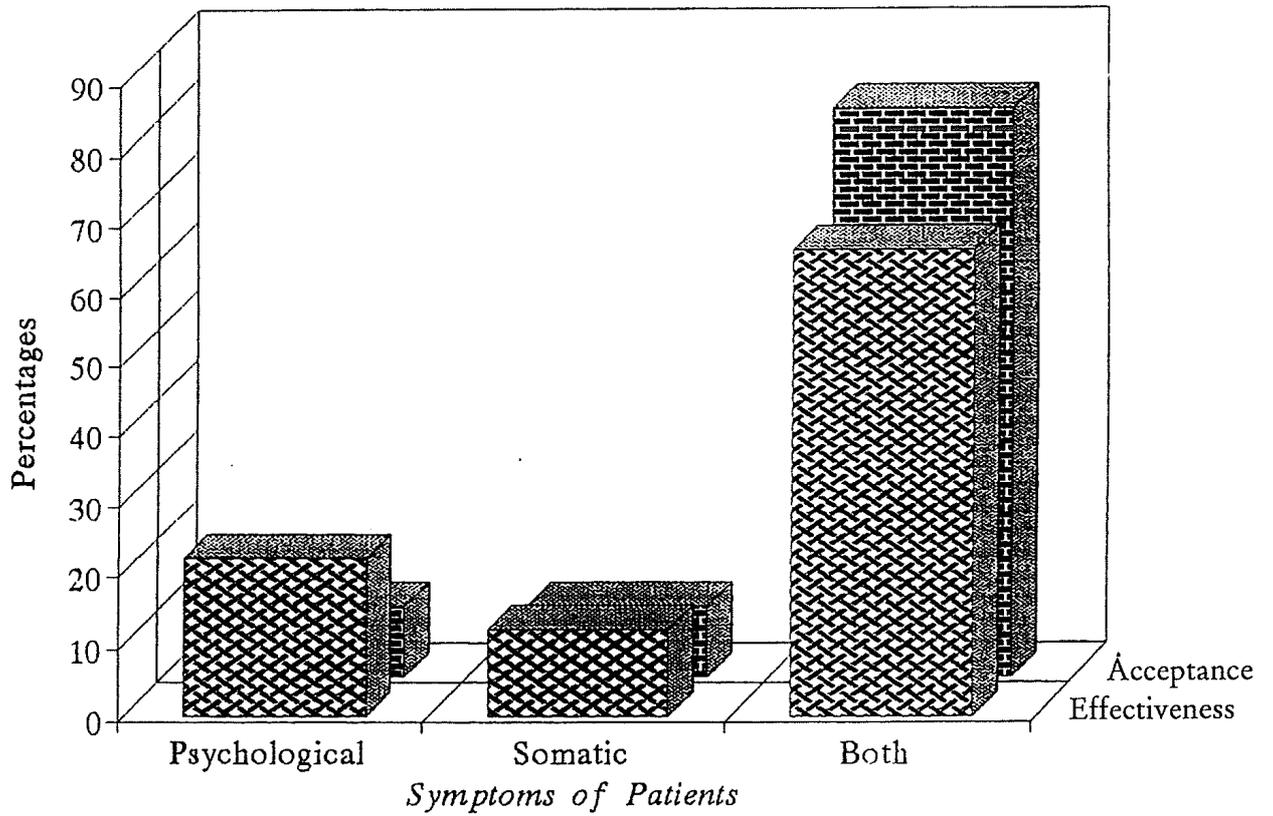


Figure 2: Faith Healer's Acceptance & Effectiveness

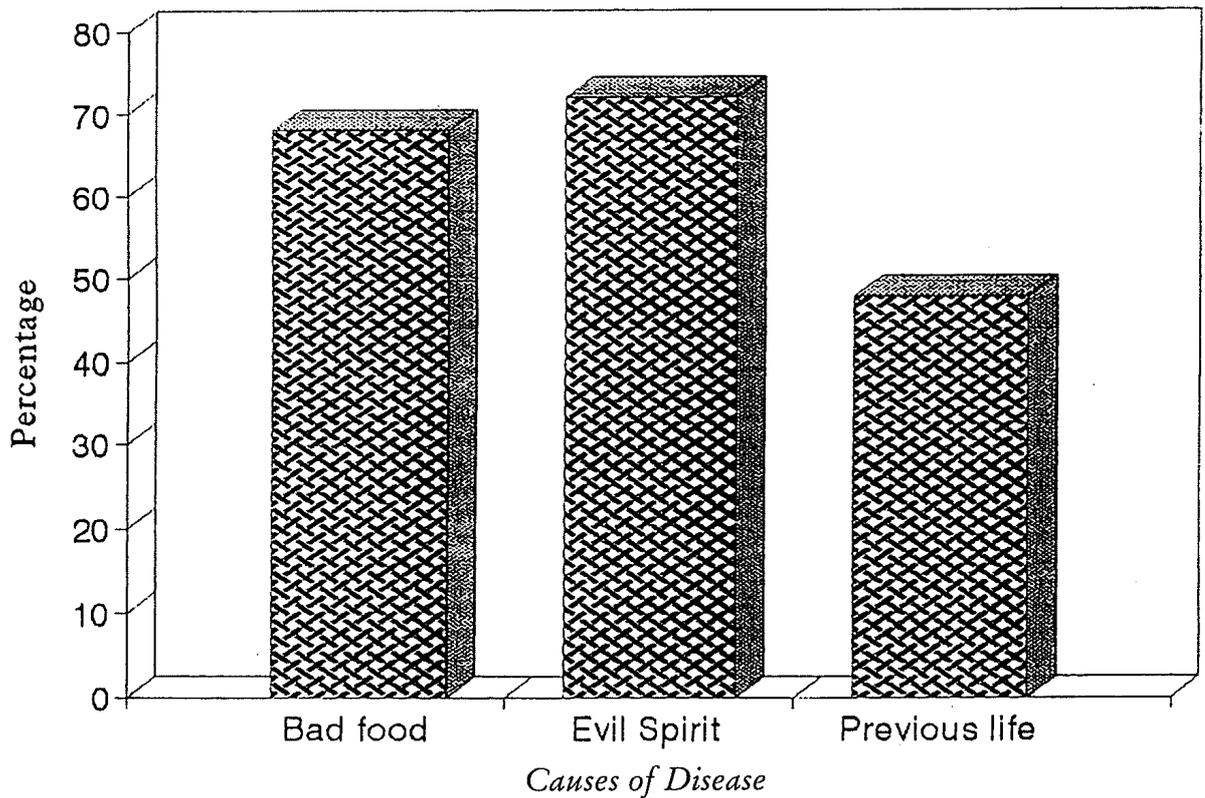


Figure 3: Attribution of Causality

Social embeddedness of faith healers

One of the reasons for a preference for faith healing was partly due to a better integration of faith healers into the community, compared to allopathic doctors. The doctors are trained in distant cities and are appointed by the government which places them in villages. The government pays their salaries, supplies medicines and equipment and provides support personnel and infra-structural facilities. All these make the doctors look privileged and expensive, but an alien group. The poor villagers can not always afford an expensive doctor. The illiterate ones have hard a time communicating or sharing their symptoms and concerns with them. This is further aggravated because an allopathic doctor is trained to ask specific questions about the symptoms, pathological tests, to diagnose a disease and to prescribe medicines. On the other hand, Indian patients have intuitively acquired a holistic view of their illness. Hence, they want to narrate a long chain of events often going back to several months in the past before they come to describe their present symptoms. They feel neglected when the doctor cuts them short. All these things cause barriers which the poor family of the patient dares to cross only when the patient is quite serious or in emergency.

Faith healers, on the other hand, belong to the village or the region. They speak the local dialect and share the life style. They do not charge any fees. At best, they accept donations. They live an ascetic life. Their doors are open to all – rich and poor alike. They present themselves as media in the hands of divine power which has blessed them to help the troubled. Many reported, that they simply convey the distress of the afflicted ones to the divine and let the divine do the needful. In order to do so, the faith healer creates a mystic milieu in which he attaches himself to a super-natural power or his personal god or goddess, so that he serves as super-conductor between his patient and his personal god or goddess. He puts himself and his patients in a hypnotic-like stance so that both the patient and the healer can get the malevolent spirits extricated from the body of a patient. In conclusion, while a medical doctor remains outside the system, a faith healer does not only belong to the community but also gets integrated with his patients in order to let the supernatural or his personal god or goddess cure the latter of his affliction.

The socio-economic influence

The rich high caste and the poor low caste were found to differ in their conceptualization of health as well as in the choice of healing techniques. The rich people often have contacts with urban centres, perceive themselves as modern, can afford a doctor easily, and therefore tend to opt for medical treatment. Evidence indicated that slight fever, common cold, loose motions and similar other somatic symptoms were perceived as signs of illness by over 80 percent of the respondents, although more by the rich

than the poor (Figure 4). The poor were reported to carry on the daily routine of work and other activities, despite these mild disabilities. The rich, on the other hand, resorted rather quickly to either allopathic or traditional medicines. In fact, many of them kept a stock of medicines should an illness occur at odd hours.

An interesting index was „not feeling well“ (i.e., unease without any somatic symptoms). About 80 to 90 percent of the rich high caste people considered themselves sick if they did not feel well, although there was no debilitating symptom. However, only about 55 percent of the low caste poor could afford to consider themselves sick only because they were not feeling well. In the absence of clear debilitating symptoms, they tended to ignore their illness.

Indians have the orientation of arranging everything in a hierarchical order. Sickness is perceived in terms of the degree of seriousness and urgency. So are the medical doctors and faith healers in terms of their reputation, and medicines in terms of their cost. The family of a patient matched the extent of seriousness of a sickness, the doctor or a healer, the promptness with which treatments were initiated and the choice of medicines. The scales were sliding for the rich and the poor. It was often reported that a rich man rushed to a doctor if he had a sneeze while the poor first tried a home cure, a traditional doctor, or a faith healer even for a relatively more serious somatic disease before he went to a medical doctor. The sequence consisted of the following: A local healer → A local doctor → A distant faith healer → A reputed doctor

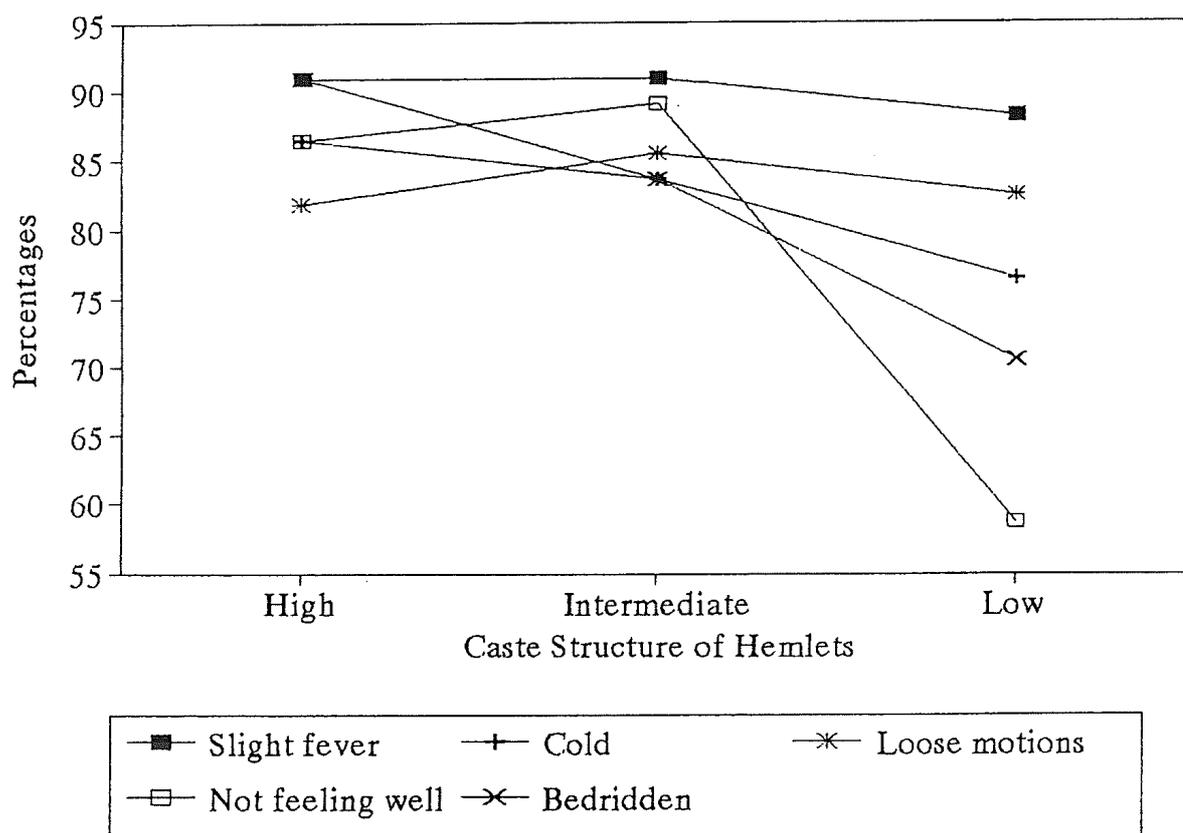


Figure 4: Symptoms of Sickness

Group dynamics of etiology and treatment

Indian culture is reported to be collectivist (*Sinha & Verma, 1987*). Hence, both, the causation as well as the choice of the line of treatment, were decided by a relevant collective. The collective's participation is typical of Indian therapeutic traditions. Family members and even neighbors discussed the symptoms and decided whether to start a treatment, when, which line, whom to go to and when to change the healer. A more powerful or educated member of the family or neighbourhood or an elderly person influenced more than others. The treatment process was also a collective's process. A patient never went to a doctor or healer alone. Some of the family members, near relatives, neighbors, and/or friends accompanied him. They actively participated through out the treatment. They participated in describing the symptoms, the history and their own understanding for the problems. It was not uncommon to find that the attendants of a patient openly discussed somatic and psychic symptoms among themselves as well as with the attendants of other patients, while they waited for a doctor or a healer. Our findings supported *Verghese (1978)* when he reported from the Psychiatric Hospital of the Christian Medical College of Vellore that: „The relatives of patients are actively involved in the treatment programme... The presence of the relatives with the patient is a comforting experience to the patients, especially to those who are leaving their home for the first time“. This is because, according to *Kakar (1982)*, „the Indian society is organized around the primacy of the therapeutic“ (p. 272). The patient and his attendants constitute a collective which is prototypical of the culture at large.

Implications for Dynamic Psychiatry

Indian culture is collectivist while western cultures are individualist, of course in varying degrees (*Hofstede, 1980; Sinha & Verma, 1987; Riandis, 1994*). Germany, Spain, Austria, and Finland are more collectivist than the USA, Australia, and Great Britain (*Hofstede, 1980*). Individualist cultures consider „individuals“ as the focus for conceptualizing health and designing healing process. On the contrary, collectivist cultures emphasize the importance of collectives. This renders them more appropriate for the application of the principles and practices of Dynamic Psychiatry which assumes a holistic concept of man whose ego structure is shaped by social energy. For example, the Indian cultural construction of health and healing is based on the collectivist view of the wholeness of human beings, the non-duality of body and mind, the belief in spirituality, the importance of establishing balance and stability in psyche, soma, and polis, the critical role of supportive interpersonal relationships and the adoption of multi-methods of treatment. Most of these components in their essence are contained in the Berlin School of Dynamic Psychiatry. It is this pan-cultural

commonness which makes *Günter Ammon's* (1993) *Dynamic Psychiatry* so relevant to the Indian therapeutic scene.

Recent studies of Chinese and Malays in Singapore by *Bishop* (1998) and *Quah* and *Bishop* (1996) revealed striking similarities between the Indian, the Chinese and the Malays' conceptualization of sickness episodes and the choice of healing techniques. For example, the Chinese and the Malays, like Indians but unlike Americans (*Engel*, 1977), consider spiritual causation as an important dimension of a sickness episode. They prefer Western medicines for serious and virally caused diseases and the native medicines for others. They too have an integrative view of health and healing. This raises the possibility that the Berlin School of Dynamic Psychiatry has high chances of being accepted by the people in the East.

Gesundheitsverständnis und Heilkunst in Indien

Jai B.P. Sinha (Patna, India)

Gesundheitsverständnis und Heilkunst in Indien spiegeln eine Mischung aus traditionell-spirituellen und modernem Wissen und Gedankengut wider. Somit reichen auch die Behandlungsmethoden von Psychoanalyse, über psychiatrische Behandlung und Schulmedizin, bis hin zu spirituellen Heilmethoden, wie Yoga, Meditation, Tantrismus und Ayurveda. Diese ganzheitliche Sichtweise, bestehend aus traditionellen und modernen Ansätzen, läßt die leidenden Menschen in Asien sich auch für das Konzept der Dynamischen Psychiatrie interessieren.

Die traditionellen indischen Ansätze variieren je nach örtlichen Gegebenheiten und geistigem Hintergrund der Menschen in Indien. Die drei folgenden Ansätze sind am weitesten verbreitet, da sie ein gemeinsames kulturelles Erbe haben. Dies sind Ayurveda, Tantrismus und die Dämonologie. Allen indischen Systemen gemeinsam ist die ganzheitliche Auffassung, daß Gesundheit (der Mensch ist „swastha“) einen Zustand dynamischen Gleichgewichts bedeutet, was wiederum der Dynamischen Psychiatrie Ammons sehr nahekommt.

Ayurveda, (die Wissenschaft der Langlebigkeit) geht davon aus, daß die Stabilität von Seele und Körper im Gleichgewicht von Psyche, Soma und Polis liegt. Jede Störung der ihnen innewohnenden Kräfte und Elemente beeinflußt (sowohl) die körperliche als auch die seelische Gesundheit des Menschen, wobei beide Bereiche als untrennbar miteinander verwoben betrachtet werden. Der Mensch wird als Mikrokosmos gesehen. So besteht der Körper aus fünf Elementen und zwar Erde, Feuer, Wind, Wasser und Äther. Diese Elemente sind in Verbindung mit der Umwelt und mit dem Planetensystem. Es werden verschiedene Steine am Körper getragen, um so den Einfluß der planetarischen Kräfte zu regulieren, die sich auf die Energie im Körper auswirken. In der Ayurveda-Medizin wird nach einer gründlichen

körperlichen Untersuchung, die auch das soziale Umfeld und den emotionalen Zustand des Patienten miteinbeziehen, ein individueller Behandlungsplan erstellt. Zu diesem gehören, im Gegensatz zur Schulmedizin, auch Medikamente die eigens für diesen Patienten hergestellt werden. Das Gleichgewicht im Körper wird bestimmt von einem dynamischen Zusammenspiel von Wind, Galle und Schleim. Diese sind verantwortlich für die Verdauung und Assimilation der Nahrung in den Körper. Jegliches Ungleichgewicht, hervorgerufen durch ein Zuviel oder Zuwenig an Nahrung oder durch falsche Zusammenstellung, wirkt sich auf das seelische und körperliche Wohlbefinden aus. Auch zuviel Stress oder drastische körperliche Umstellungen haben Einfluß auf dieses Zusammenspiel. Der Körper selbst wird unterteilt in das Stoffliche, den sichtbaren Leib und das Feinstoffliche, die Seele, den Geist oder auch „atman“ mit dem Gedankengut und den Erinnerungen aus vorhergehenden Leben und den genetischen und emotionalen Einflüssen der Eltern. Man könnte dies als persönliches Unbewußtes bezeichnen, das aus den gesammelten Inhalten vergangener Leben zusammengesetzt ist (samskar). Dieses kann jedoch durch die bewußten Anstrengungen des Einzelnen verändert werden (purusharth). Die Psyche enthält außer Es-Impulsen, wie Sinnlichkeit, Emotionen und Phantasien auch eine innewohnende Disposition zur Spiritualität. Ein wichtiger Bestandteil seelischer Gesundheit liegt in der „polis“. Mäßigkeit und Ausgeglichenheit im täglichen Umgang mit anderen Menschen, ohne in Euphorie oder Depression zu verfallen, sind die Kennzeichen des Gesunden.

Auch im Tantrismus wird ein integratives Wachstum der Gesamtpersönlichkeit angestrebt. Sich ursprünglich beziehend auf „Altharveda“, einen klassischen Text über Dämonologie, hat der Tantrismus mit der Zeit viele Ideen des Buddhismus, Jainismus und anderen Religionen miteinbezogen. Die Menschen werden als zutiefst sinnlich gesehen und streben danach, mit der sexuellen Vereinigung einen Zustand von Seeligkeit zu erreichen. In dieser freudigen und nichts zurückhaltenden Sexualität erleben die beiden Partner sich als androgyn, gemäß dem Vorbild der hinduistischen Gottheit Shiva, die in ihrem Körper halb männlich, halb weiblich dargestellt wird. Diese Sicht von Androgynität hilft sowohl bei der Befreiung der Menschen aus den Geschlechterrollen, als auch bei dem schmerzhaften Erleben der Ablösung von der eigenen Mutter. Der Tantrismus Praktizierende verschmilzt symbolisch mit der Mutter, indem er diese in der sexuellen Vereinigung auf seine Frau projiziert. Im Tantrismus wird die Synthese von Körper und Seele durch eine Reihe von Übungen angestrebt, die den Menschen dann mit okkulten Kräften, Selbstkontrolle und konzentrierter Erlebnisfähigkeit ausstatten. Um diesen Prozess zu fördern zieht er sich aus der täglichen Routine zurück und konzentriert sich darauf, mit seiner andersgeschlechtlichen Gottheit eins zu werden. Der Körper enthält drei Energiebahnen (eine zentrale und jeweils eine männliche und eine weibliche), und sechs Energiezentren, die sich entlang der Wirbelsäule befinden. In mystisch-

spirituellen Übungen werden diese Zentren energetisiert, um so feminine und maskuline Energien in die zentrale Bahn zu leiten, wo sie dann vermischt und integriert werden. Wenn dann diese integrierte Energie in das oberste Energiezentrum steigt, wird der Mensch eins mit seiner Gottheit. Dies befähigt ihn in den Energiefluss seiner Patienten einzugreifen, die krank geworden sind durch ein Ungleichgewicht der Energien, hervorgerufen durch Stress, unverarbeitete Traumata aus dem vergangenen Leben oder durch böse Geister.

Dämonologie, als dem dritten traditionell indischen Ansatz, beschäftigt sich mit der Existenz von Geistwesen. Diese können sich entweder als Kind, als männliche oder weibliche oder auch als Moslem oder Hindu darstellen. Es wird unterschieden zwischen guten und bösen Geistern. Die bösen Geister tendieren dazu, von einem Menschen Besitz zu ergreifen. Wenn dies der Fall ist, verliert sich das Gleichgewicht von Seele und Körper und der Geist muß mit Hilfe eines Tantra Praktizierenden ausgetrieben werden. Der Heiler ruft seine persönliche Gottheit an und treibt mit deren Hilfe den bösen Geist aus dem Körper des Kranken hinaus. Da sich die Gottheit aber nicht dazu herablassen kann, selbst mit dem bösen Geist zu kämpfen, befiehlt sie einem guten Geist dem leidenden Patienten zu helfen.

Zusammenfassend kann man sagen, daß es sowohl beim Tantra als auch in der Dämonologie um das Weitergeben von göttlicher Energie an den Patienten geht, um das innere Gleichgewicht der Kräfte wieder herzustellen.

Auffassungen von Gesundheit und Heilung

Das altertümliche, spirituelle Gedankengut bezüglich Gesundheitswesen und Behandlungsmethodik wurde von Generation zu Generation weitergereicht, weil es in den Lebensgewohnheiten und den örtlichen Gegebenheiten integriert ist. Die ländliche Bevölkerung besitzt einen Erfahrungsschatz über den medizinischen Wert einheimischer Pflanzen, der wiederum im traditionellen Gesundheitswesen aufgegriffen und weiterentwickelt wurde.

Die moslemischen Herrscher brachten ein medizinisches System ein, das mit der Zeit voll in Ayurveda integriert wurde. Die Briten, unterstützt von der Regierung, begannen die Schulmedizin in Indien einzusetzen, die dann nach einiger Zeit das ayurvedische und Unanisystem aus seiner zentralen Rolle verdrängte. Trotzdem waren die traditionellen Ansätze so im Bewußtsein der Menschen verwurzelt, daß sie sich parallel zu modernen Ansätzen fortsetzten. Auch heute noch gibt es jede Menge Geistheiler, die ihre Patienten vorwiegend mit einheimischen Pflanzen und Kräutern behandeln.

Psychoanalyse und Psychiatrie haben in den zwanziger Jahren in Indien ihren Einzug gehalten. Trotzdem gibt es kaum Therapeuten und Psychiater, wobei die ländlichen Gegenden von diesem Mangel besonders betroffen sind. Dort greifen die Menschen eher auf den ortsansässigen Geistheiler zurück. Kurzum, die Art des Behandlungsansatzes ist von vielen ver-

schiedenen Faktoren abhängig, wie z.B. den unterschiedlichen örtlichen Gegebenheiten, dem finanziellen Status und dem sozialen Hintergrund der Betroffenen. Dazu haben *Sinha, Jha* und *Mishra* (1993) die folgenden Untersuchungen durchgeführt.

Interviewt wurden Frauen und Männer getrennt, in 31 Dörfern in einer ländlichen Gegend im Osten von Indien. Außerdem wurden 71 Allgemeinärzte, 257 ihrer Patienten und 51 Geistheiler mit 172 ihrer Patienten befragt.

Unsere Studie ergab, daß 65,1% der Patienten einen Arzt konsultierten, ohne vorher zu einem Geistheiler gegangen zu sein. Nur 25,8% wandten sich zuerst an einen Geistheiler und dann erst an einen traditionellen Heiler oder Schulmediziner. Das bedeutet, daß nur ungefähr ein Viertel aller Patienten ihre Krankheit auf eine übernatürliche Ursache zurückführten, ihre Meinung aber dann änderten und sich in medizinische Behandlung begaben. Andererseits hatten 74,6% der Patienten der Geistheiler schon einen Arzt konsultiert und nur 25% begaben sich auf direktem Wege zum Geistheiler. Die Mehrheit der Patienten tendierte also dazu, ihre Krankheit auf pathologische Zustände in ihrem Körper zurückzuführen. Wenn die Schulmedizin versagte, führten sie den Ursprung ihrer Krankheit auf übernatürliche Einflüsse zurück und begaben sich zu Geistheilern in Behandlung. Dies erklärt auch, warum die chronischen Fälle und diejenigen mit bizarren Symptomen sich zumeist bei Geistheilern in Behandlung befanden. Menschen die von Schlangen gebissen worden sind, gingen auch eher in Behandlung eines Geistheilers (siehe Abbildung 1).

Wenn Symptome übernatürlichen Ursprung zu haben schienen, wurden die Patienten zumeist binnen weniger Tage, allerhöchstens einer Woche zum Geistheiler gebracht. Ein großer Prozentsatz offensichtlich medizinischer Fälle kam jedoch erst nach längerer Zeit in Behandlung. Wenn der Patient nicht auf die medizinische Behandlung ansprach, wurde er dann doch zum Geistheiler gebracht. Das Resultat war, daß am Ende mehr Patienten beim Geistheiler landeten, obwohl sie anfangs einen Schulmediziner oder traditionell indischen Arzt vorgezogen hatten.

Möglicherweise war das auch die Ursache dafür, daß über 80% der Geistheiler sowohl Fälle mit somatischer, als auch seelischer Ursache übernahmen und über 60% von ihnen, Effektivität für sich in Anspruch nahm (Details hierzu in Abbildung 2).

Die Krankheitsursachen wurden von den Geistheilern entweder auf böse Geister, auf verdorbene Nahrung oder auf Sünden im vergangenen Leben zurückgeführt, was wiederum eine Vermischung der drei traditionellen Ansätze darstellt.

Nicht alle Behandlungen fanden nacheinander statt. Gerade die Menschen in den Dörfern fanden es wohl oft sicherer, Arzt und Geistheiler zugleich zu konsultieren. Dies könnte sowohl daran liegen, daß sie körperliche und übernatürliche Ursachen nicht auseinanderhalten konnten, als auch an ihrem ganzheitlichen, bzw. undifferenzierten Verständnis für die Ursachen der Krankheit.

Ein wichtiger Faktor hier ist auch die Tatsache, daß der Geistheiler viel besser in das soziale Umfeld des Kranken integriert ist als der Mediziner, der seine Ausbildung in einer weit entfernten Stadt gemacht hat und dann, von der Regierung bezahlt ins Landesinnere geschickt wird.

Diejenigen, die keine Schulbildung haben und weder lesen noch schreiben können, haben erhebliche Kommunikationsschwierigkeiten, bezüglich ihrer Symptomatik. Der Arzt ist darin ausgebildet bestimmte diagnostische Fragen zu stellen und der Patient, bedingt durch eine intuitiv eher ganzheitliche Sichtweise, möchte seinem Arzt erst einmal die oft lange Vorgeschichte erzählen, bis er auf die momentane Symptomatik zu sprechen kommt. All diese Hindernisse ist die Familie des Patienten nur willens zu überwinden, wenn es dem Kranken schon sehr schlecht geht, oder er gar in Lebensgefahr schwebt. Im Gegensatz dazu gehört der Geistheiler zum Dorf, spricht den örtlichen Dialekt und hat denselben Lebensstil. Er arbeitet kostenlos oder auf Spendenbasis und lebt selbst spartanisch.

Der sozio-ökonomische Einfluss

Reiche Oberschicht und arme Menschen niedriger Kasten haben unterschiedliche Konzepte von Gesundheit und Behandlungsmethodik. Die Reichen können sich leichter einen Arzt leisten und tendieren so eher dazu, medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Leichtes Fieber, Erkältung, Durchfall und ähnliche körperliche Beschwerden wurden von 80% der Befragten als Krankheitsanzeichen betrachtet. Während die Menschen der unteren Kasten ihrer täglichen Arbeit weiter nachgingen, griffen die Reichen zu Medikamenten, ja hatten sogar oft einen Vorrat davon zuhause. Ca. 80-90% der Menschen der Oberschicht gaben an „krank“ zu sein, wenn sie sich nicht wohlfühlten im Sinne von Unwohlsein ohne körperliche Symptome. In den niedrigen Kasten konnten sich dies nur 55% der Menschen leisten. Sie tendierten eher dazu ihr Unwohlsein zu ignorieren. Auch wurde festgestellt, daß die Menschen der Oberschicht sich schon mit einer Erkältung zum Doktor begaben, während die Ärmeren auf eine eher hierarchische Art und Weise vorgingen: Erst wurde ein Hausmittel ausprobiert, dann ein traditioneller Arzt oder Ein Geistheiler aufgesucht, auch wenn es sich dabei schon um eine schwerere Krankheit handelte. Die meist eingehaltene Reihenfolge sieht so aus: ein ortsansässiger Heiler → ein ortsansässiger Arzt → ein weit entfernt wohnender Geistheiler → ein bekannter Arzt.

Gruppendynamik von Ethnologie und Behandlung

In der indischen Kultur nehmen Familie und Verwandtschaft großen Einfluss auf Arztwahl und Behandlung. Dies ist typisch für indisch therapeutische Tradition. Je älter, gelehrter und somit einflußreicher das

Familienmitglied oder auch der Nachbar, desto mehr kann er die Arztwahl mitbestimmen. Somit ist die Behandlung ein gemeinschaftlicher Prozess. Dies wird auch durch Untersuchungen von *Varghese* (1978) in der psychiatrischen Abteilung des Christian Medical College in Vellore bestätigt, der die Unterstützung des Patienten durch seine Verwandtschaft als eine sehr tröstliche Erfahrung beschreibt. Diese Gemeinschaft von Patient und seinen Begleitern ist ein Prototyp der indischen Kultur als Ganzes.

Schlussfolgerungen für die Dynamische Psychiatrie

Die indische Kultur ist wesentlich gemeinschaftsorientierter, als die westliche Welt, die sich mehr auf das "Individuum" konzentriert. Somit findet die Dynamische Psychiatrie mit ihrem ganzheitlichen Konzept des Menschen, dessen Ich-Struktur von Sozialenergie geformt wird, ihre Entsprechung in der indischen Kultur. Die indische kulturelle Konstruktion von Gesundheit und Heilung basiert auf der gemeinschaftsorientierten Sichtweise von Ganzheitlichkeit des Menschen, der Nicht-Dualität von Körper und Geist, dem Glauben an Spiritualität, der Wichtigkeit eine Ausgewogenheit von Psyche, Soma und Polis zu erreichen, der kritischen Rolle, die die unterstützenden interpersonellen Beziehungen haben und der angewendeten Behandlungsvielfalt. Die meisten dieser Komponenten sind grundsätzlich in *Günter Ammons* Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie enthalten. Diese pankulturelle Gemeinsamkeit macht *Günter Ammons* Dynamische Psychiatrie so relevant für die indische therapeutische Szene. Studien der letzten Jahre ergaben, daß es große Ähnlichkeiten in der Konzeptualisierung von Krankheitsepisoden und der Wahl der Behandlungsmethode in der indischen, chinesischen und malayischen Kultur gibt. Besonders wird dort, im Gegensatz zur westlichen Kultur, Wert gelegt auf die spirituelle Dimension im Krankheitsverlauf. Auch diese Kulturen haben eine integrative Sichtweise in Bezug auf Gesundheit und Heilung. Dies weist auf die Möglichkeit hin, daß die Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie große Chancen hat, von den Menschen des Ostens angenommen zu werden.

References:

- Ammon, G.* (1993): Dynamic Psychiatry and human structurology. In: *Dynamic Psychiatry* 142/143, 279-287.
- Bishop, G.D.*, (1998): East meets West: Illness cognition and behaviour in Singapore. In: *Applied Psychology: An International Review* 47 (4), 519-535.
- Engel, G.L.* (1977): The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. In: *Science* 196, 129-136.
- Hofstede, G.* (1991): *Culture and organizations: Software of the mind*. Berkshire: McGraw-Hill.
- Kakar, S.* (1982): *Shamans, mystics and doctors*. (New Delhi: Oxford University Press)
- Kleinmann, A.* (1980): *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderline between anthropology, medicine and psychiatry*. (Berkeley: University of California press)

- Krishnan, B.* (1972): Clinical psychology. In: *S.K. Mitra* (ed.): A survey of research in psychology. Bombay: Popular Prakashan.
- Quah, S.R. & Bishop, G.D.* (1996): Seeking help for illness: The role of cultural orientation and disease representation. In: *Journal of Health Psychology* 1 (2) 209–222.
- Shanker, D.* (1993): Indigenous health services: The state of the art. In: *A. Mukhopadhyaya* (Ed.): State of India's health (p. 146). New Delhi: Voluntary Health Association of India: Excellent Printing House.
- Sinha, J.B.P.* (1985): Concepts of health and healing in India. *Dynamic Psychiatry* (18) 30–40.
- Sinha, J.B.P.; Jha, H. & Mishra, R.* (1993): The cultural context of health and healing. IDRC Report of the Association For Social Engineering, Research, & Training, Patna.
- Sinha, J.B.P. & Verma, Jyoti* (1987): Structure of collectivism. In: *C. Kagitcibasi* (Ed.): Growth and progress in cross-cultural psychology (pp. 123–129). Lisse, The Netherlands: Swets & Zeitlinger.
- Triandis, H.C.* (1994): Culture and social behaviour. (New York: McGraw-Hill)
- Vergese, A.* (1978): Involvement of families in mental health care. In: *CMC Alumni Journal* 12, 83–87.
- Vivekanand, S.* (1953): The Yogas and Other Work. In: *S. Nikhilanand* (Ed.) New York: Ram Krishna Centre.

Adress of the author:

Jai B. P. Sinha, Prof., PhD.
B.S. College
Danapur
800012 Patna
India

Über die Affinität der Zeitphilosophie Henri Bergsons zum Ammonschen Verständnis von Zeiterleben

Spyridon Koutroufinis (Berlin)*

Der Autor sieht eine beachtenswerte Nähe des Ammonschen Verständnisses von Zeiterleben zu dem der Lebens- und Prozeßphilosophie Bergsons. Zunächst entfaltet er die Kritik letzterer an die Zeitontologie der klassischen Physik, und vor deren Hintergrund den berühmten Bergsonschen Begriff der Dauer, der psychologisch konzipiert wurde. Danach behandelt er die Grundmerkmale des im Ammonschen Sinne krankhaften Erlebens von Zeit. Es kann gezeigt werden, daß die Dynamische Psychiatrie Günter Ammons der pathogenen Erfahrung von Zeit solche Attribute zuschreibt, die stark mit denjenigen korrespondieren, die Bergson der abstrakten und erstarrten Zeitlichkeit zuordnet, was auch auf die Bedeutung des Konzepts der Dauer bezüglich der konstruktiv gelebten Zeit hinweist. Abschließend geht der Autor der Frage nach, was die menschliche Fähigkeit erklären könnte, zwischen abstraktem Zeiterleben, das manchmal notwendig ist, und künstlerisch- kreativer Dauer, balancieren zu können.

1. Einleitung

Die dynamische Psychiatrie ist die psychotherapeutische Perspektive eines prozeßhaften Menschenbildes. In seinem Buch „Der mehrdimensionale Mensch“ berichtet *Günter Ammon*, daß schon seine psychoanalytische Ausbildung die Überwindung eines primär mit Kategorien und Diagnosen operierenden Denkens forderte. Psychisch-körperliche Gesundheit verstand *Ammon* als sich selbst erzeugendes dynamisches Gleichgewicht, das per definitionem nichts mit der Bewahrung eines stabilen Zustands gemeinsam hat. Ausgehend davon scheint uns Gesundheit nichts als Bewegung, Überwindung, ja sogar Selbstaustritt und Neuerfindung ihres Wesens auf einer komplexeren Bedeutungsebene zu sein. Vor diesem Hintergrund wurde Krankheit ebenfalls dynamisch definiert als Prozeß der Dysregulation der Homöostase von Körper, Geist und Seele. Als Symptome ihrer Dynamik werden Fixierung im Erleben und Handeln, Kategoriendenken, Desintegration und Isolation gesehen; ihre Genese wird als Prozeß und Strukturierung von Eindimensionalität des Menschen begriffen (*Ammon*, 1995, S.15). Ganz im Sinne *Ammons* kann man dagegen Gesundheit als den Prozeß der Schöpfung und Pflege von Dimensionen des Erlebens von Welt und Selbst verstehen. Die wichtigsten Dimensionen des dynamisch-psychiatrischen Menschenbildes sind: Kreativität, Zeit und Zeiterleben, Krankheit, Arbeit, Androgynität, Körper und Religiösität. Unser Beitrag widmet sich der Dimension der Zeit und des Zeiterlebens. Die Begründung dieser Auswahl erfordert jedoch einen etwas weiten Rück- und Ausblick.

Unsere Bekanntschaft mit der Dynamischen Psychiatrie *Ammons* war von Anfang an vom Gefühl begleitet, daß hier ein besonderer Ausdruck der

* Dr. phil. für Wissenschaftsphilosophie, Dipl.-Ing.; Habilitant und Lehrbeauftragter am Institut für Philosophie der TU-Berlin

Weiterentwicklung eines Denkens vorliegt, das in seiner frühen Form in den 90er Jahren des 19. Jahrhunderts in der europäischen Kulturlandschaft als eine mächtige Opposition zu erstarrten Lebens- und Denkformen aufkam und einige Jahrzehnte anhielt. Diese Kultur tendenz spiegelte sich in einem sehr breiten Spektrum des damaligen Geisteslebens wider. Ihre Hauptangriffsziele „...waren der Mechanismus und Determinismus in der Philosophie (und in der Naturwissenschaft, Sp. K.), der Utilitarismus in der Ethik, das optimistische Vertrauen in den Fortschritt,... der Kollektivismus in politischen Ideologien. ‚Leben‘ war das mächtigste Schlagwort der Zeit, und ‚Leben‘ wurde nicht nur in den Gegensatz zur trägen Materie, sondern auch ... zum Monopol des analytischen Geistes gestellt. Religiöse und metaphysische Mysterien, die Physik und Chemie mit ihrem unwiderruflichen Verdikt scheinbar für immer verbannt hatten, kamen wieder, um ihre unveräußerlichen Rechte geltend zu machen“ (Kolakowski, 1985, S. 16). Als geistiger Vorbote und Begleiter dieser Geistesströmung kann die Lebensphilosophie *Nietzsches* gelten. Die Musik *Wagners*, die literarischen Strömungen der Neuromantik, des Impressionismus und des Symbolismus, sowie der Jugendstil gehören dazu. Der „Modernismus-Streit“ erschütterte die katholische Theologie und Kirche als Ausdruck dieser geistigen Auflehnung. Diese Bewegung ist untrennbar verbunden mit dem französischen Philosophen jüdischer Abstammung *Henri Bergson*. Sein maßgebender Einfluß erstreckt sich bis weit in die 30er Jahre hinein und einige bedeutende zeitgenössische, wie auch spätere Denker (auch außerhalb der Neuromantik) verdanken ihm entscheidende Inspirationen. Wir sehen im Werk *Bergsons* den reifsten theoretischen Ausdruck einer Denkkultur, die den Boden für solche über den *Bergsonianismus* hinaus gehende Schöpfungen wie der Existentialismus, die Prozeßphilosophie und der Strukturalismus befruchtet hat – Denkwege, auf die neben Philosophen auch Soziologen, Linguisten, Ethnologen, Theologen, Psychologen, aber auch einige Quantenphysiker, Biologen und Mediziner vorangekommen sind. In der Philosophie ist der Höhepunkt der Entwicklung, die *Bergson* einleitete, die Prozeßphilosophie *Alfred North Whiteheads*, der als größter Metaphysiker und von einigen, uns eingeschlossene, als größter angloamerikanischer Philosoph des 20. Jahrhunderts geachtet wird. Sein Werk scheint gerade in den letzten Jahren nach langer Verdrängung eine Renaissance zu erleben. Die Prozeßontologie kann unseres Erachtens für die Dynamische Psychiatrie *Ammons* eine hochinteressante Inspirationsquelle werden, indem sie ihrem psychotherapeutischen Prozeß-Denken ein sehr ausgefeiltes prozeßhaftes Welt- und Menschenbild unterstützend zur Seite stellt. Auffallend viele Positionen *Ammons* und seiner Schüler verlangen geradezu danach, in das umfassendere Licht einer neuen (und in vielen ihrer Grundzüge zugleich uralten) Kosmologie einzugehen, um als eine besondere fachspezifische Formulierung dieser zu erscheinen und somit eine („sozialenergetisch“) fordernde Umwelt zu gewinnen. Uns scheint aus inhaltlichen Gründen

sinnvoll und historisch begründet, wenn wir als Ausgangspunkt unseres Versuchs, eine „bedeutsame Begegnung“ (im *Ammonschen* Sinne) einzuleiten, die ausgesprochen psychologisch konzipierte Philosophie *Henri Bergsons* wählen. Nun ist aber die tragende Säule seines gesamten Werkes die Zeitphilosophie. Um noch einmal mit *Leszek Kolakowski* zu sprechen: „... können wir seine Philosophie in einer einzigen Idee zusammenfassen: Zeit ist wirklich. Diese Feststellung klingt, so ausgedrückt, nicht sonderlich erleuchtend, originell oder aufregend. Wenn wir aber erst ihren Sinn ergründen, erweist sie sich als ein Kern, von dem aus ein ganz neues Weltbild entwickelt werden kann“ (1985, S. 9).

Ein zweiter Grund, der für die Auswahl der Zeitproblematik spricht, ist die oft erstaunliche Nähe des *Ammonschen* Zeitverständnisses zu dem von *Bergson*, die sich ja – wie wir zeigen werden – teilweise sogar in der Identität von Begriffen äußert.

Bevor wir uns jedoch dieser Thematik zuwenden, scheint es angebracht zu sein, eine kurze Skizze des gesamten *Bergsonschen* Denkens zu liefern.

2. Hauptmomente des Werkes Henri Bergsons

Die im folgenden dargestellten Schwerpunkte stellen keine Etappen oder Teile des *Bergsonschen* Denkens dar. Sie müssen als Momente seines Schaffens gelesen werden, d. h. als sich gegenseitig durchdringende Aspekte, von denen jeder einzelne erst durch die Mitwirkung der anderen seine Bedeutung gewinnt. Natürlicherweise waren fast alle schon in seinem ersten Buch „Zeit und Freiheit“ von 1888 gegeben. In seinen darauffolgenden Werken hat er sie – im Zusammenhang zueinander – zur Entfaltung gebracht. Wir unterscheiden folgende Momente des *Bergsonschen* Werkes:

a) Lebensphilosophie:

Der Begriff des „Lebens“ wird von *Bergson* für unreduzierbar erklärt. Damit sind biologische, psychologische und soziale Aspekte des Lebensphänomens gemeint. Leben sei kein Produkt nackter physikalisch-chemischer Gewalten und könne darwinistisch nicht erklärt werden. Leben sei das Werk der schöpferischen Energie „*elan vital*“, Ergebnis ihres kreativen Ringens mit der Trägheit der Materie. Den analytischen Verstand der Technik, Mathematik und Naturwissenschaft erklärt *Bergson* für ein praktisches Organ des Lebens, dessen Nützlichkeit lediglich in der Bewältigung des Alltags bestehe und nicht in der objektiven Abbildung und theoretisch- spekulativen Durchdringung der Welt und ihrer Ereignisse, zu denen auch das Leben gehört.

b) Sprachphilosophie:

Die menschliche Sprache ist für *Bergson* ein dem analytischen Verstand sehr ähnliches Organ, das auf die praktischen Alltagsbedürfnissen zugeschnitten ist und demnach von der Philosophie zweckentfremdet eingesetzt wird.

Diesem fatalen Umstand würden wir nach *Bergson* die scheinbare Unlösbarkeit großer metaphysischer Probleme, wie der *creatio ex nihilo*, der Willensfreiheit, der Unsterblichkeit der Seele usw. verdanken. Sie würden in einem völlig anderen Licht erscheinen, wenn man bedenke, daß sie in Begriffen formuliert sind, die hinter der Fassade einer inhaltlichen Erhabenheit im Grunde praktische und oft vulgäre Abstraktionen sind.

c) Zeitphilosophie:

Diesem Moment des *Bergsonschen* Denkens ist der nächste Abschnitt gewidmet und deshalb sei er hier bloß erwähnt

d) Religionsphilosophie:

In seinem lebensphilosophischen Hauptwerk „Die schöpferische Entwicklung“ schreibt *Bergson*: „Gott, so definiert, hat nichts Abgeschlossenes. Unaufhörliches Leben ist er, ist Tat, ist Freiheit. Die Schöpfung, so begriffen, ist kein Wunder; wir erfahren sie in uns, sobald wir frei handeln“ (*Bergson*, 1967, S. 253). Gott wird nicht als Wesen, Substanz oder Absolutes erfaßt, sondern als die Kreativität selbst. Der *Bergsonsche* Gott ist nicht zeitlos, er ist die Zeit selbst. Durch die Schöpfung der Welt erschafft er sich selbst; er ist ein wachsender Gott (*Kolakowski*, 1985, S. 78). Gerade weil die Kreativität die Natur Gottes ausmacht, kann er nicht als ein selbstgenügsames Wesen außerhalb der Welt gedacht werden. *Bergsons* Gott ist nicht allmächtig im traditionellen Sinne. In seinem letzten Buch „Die beiden Quellen der Moral und der Religion“ unterscheidet *Bergson* zwischen zwei Antipoden des religiösen Erlebens, die „statische“ und die „dynamische“ Religion. Erstere dient der Erhaltung von Gesellschaften, letztere quillt aus dem Prinzip der Kreation der Gesellschaften und des Universums, aus der ursprünglichen göttlichen Energie. Die dynamische Religion ist das Organ des Lebens, das den Fortschritt sowohl der Individuen, wie auch der Menschheit als Ganzes sichert und sie geht aus den genuinen Erkenntnissen großer Mystiker hervor.

3. *Bergsons* Kritik an dem abstrakten Zeitbegriff.

Im alltäglichen Zeiterleben der absoluten Mehrzahl der erwachsenen Menschen, wie es von ihrem Verhalten und ihren Aussagen offengelegt wird, sieht *Bergson* das Resultat einer zutiefst verinnerlichten Abstraktion. Von dieser anerzogenen Konstruktion beherrscht, nehmen sie Kontinuität und Wandel von Welt und Selbst auf eine sehr künstliche Weise wahr, die allerdings den Anforderungen der Alltagspraxis angepaßt ist. Sie ist eine Voraussetzung für Logik, Naturwissenschaft und Technik und wird wiederum rückwirkend von diesen gewonnen. Ein ebensolches kreiskausales Verhältnis hat sie zur Sprache. Dieses – weder allein mögliche, noch ursprüngliche – Zeiterleben entspricht nach *Bergson* dem abstrakten mathematisch-physikalischen Zeitverständnis. Um dessen Logik zu

begreifen, müssen wir uns auf eine relativ ausführliche theoretische Diskussion, die nicht mit der psychologischen Zeit beginnt, sondern mit der Zeit-Ontologie der Physik und Naturwissenschaft überhaupt. Dies ist nötig, weil im nächsten Abschnitt *Bergsons* psychologisch begründeter Gegenentwurf der erlebten Zeit folgt, der aber den Hintergrund der kritisierten abstrakten Zeit als Kontrast benötigt.

Für unseren Beitrag sind folgende Grundmerkmale der abstrakten Zeit, die er explizit, oder mittelbar anspricht, von Bedeutung:

- Sie ist homogen: Unserer Meinung nach entspringt dies direkt ihrer Rolle als qualitätsloser Träger von Ereignissen.
- Die abstrakte Zeit ist unendlich zerlegbar: Der mathematische Zugriff definiert den Träger „Zeit“ als klassisches Kontinuum, dessen Teile infinitesimal klein sind. Ein endlicher Zeitabschnitt besteht demnach aus einer unendlichen Zahl unendlich kleiner Zeit-„Stücke“. Die Zerlegbarkeit der Zeit folgt u. E. aus ihrer Qualitätenlosigkeit. Eine vollkommen undifferenzierte Ausdehnung legt keineswegs fest, daß sie unzerlegbar sei, der ideale Träger ist das perfekte Werkzeug, ein Objekt, dem keine innere Dynamik und Kohärenz zukommt.
- Die voneinander getrennten Zeitabschnitte durchdringen sich nicht: Die Gegenwart ist ein unendlich kleines Zeitstück, das Vergangenheit und Zukunft scharf voneinander isoliert. Die getragenen Ereignisse sind notwendigerweise ebenfalls voneinander getrennt, was mit der klassisch-physikalischen Idee der absoluten Individualität dieser sehr gut korrespondiert. Menschliche Erinnerungen sind, dieser Abstraktion zufolge, innere Bilder, bloße Schatten einer endgültig vergangenen Vergangenheit.

Vor diesem Hintergrund haben wir einige Schwerpunkte der *Bergsonschen* Kritik an den abstrakten Zeitbegriff herausgearbeitet. Allerdings lassen sie sich im *Bergsonschen* Werk weder in dieser Reihenfolge noch in dieser scharfen Abgrenzung voneinander antreffen. Wir haben sie gewissermaßen aus seinen Schriften „herausdestilliert“. Dort sind sie mit psychologischem, biologischem und spekulativem Gedankengut eng verwoben, was der hier erforderlichen Prägnanz nicht entsprechen kann. Wir haben folgende Schwerpunkte unterschieden:

a) Die physikalische Zeit ist unbewegt:

Die infinitesimal kleinen Zeitabschnitte, die wir ab jetzt- der Differentialrechnung zufolge- mit dem mathematischen Symbol dt bezeichnen, sind ohne Zusammenhang zueinander gedacht. Jedes dt verhält sich als eine vollkommen separate und unabhängige Einheit und kann deshalb absolut undurchdringbar neben den anderen dt 's bestehen. Zusammenfassend kann man die Essenz des ersten Schwerpunktes darin sehen, daß jedes Zeitintervall dt in sich vollkommen ruhend sein kann, denn es hat keinen inneren Antrieb zur Bewegung und vor allem keinen Grund dafür.

b) Übergänge (und Bewegungen) sind unmöglich:

In verschiedenen Stellen seiner Werke hat *Bergson* die Unbewegtheit der physikalisch erfaßten Veränderungen kritisiert. Die Physik geht primär von Zuständen, d. h. von den momentanen (im Sinne von dt) Beschaffenheiten der Körper und nicht von der Veränderung aus. Diese wird im nachhinein von den vereinzelt Zuständen synthetisiert. Letztere werden als Konstellationen von physikalischen Größen (z. B. Masse, Ladung, Geschwindigkeit) dargestellt, die, genauso wie die abstrakte Zeit, als unendlich zerlegbare Kontinua erfaßt werden. Bei jedem Übergang verändert sich mindestens eine Größe um eine oder mehrere infinitesimal kleine Mengen – wie dieser jedoch stattfinden könne, so *Bergson*, erklärt die Physik nicht. Dies demonstriert er anhand der einfachsten denkbaren Veränderung, der räumlichen Bewegung eines Körpers: „Handelt es sich um Bewegung, so behält die Intelligenz davon nur eine Reihe von Positionen zurück: einen zuerst erreichten Punkt, einen weiteren und dann noch einen weiteren. Wenn man dem Verstand entgegenhält, daß zwischen diesen Punkten etwas vor sich geht, so schiebt er schnell neue Positionen dazwischen und immer so weiter, bis ins Unendliche. Von dem eigentlichen Übergang von Punkt zu Punkt wendet er seinen Blick ab. Wenn wir darauf bestehen, so sucht er die Beweglichkeit in immer kleinere Zwischenräume zurückzuschieben, bis sie immer weiter zurückweicht und schließlich im unendlich Kleinen zu verschwinden scheint“ (*Bergson*, 1993, S. 25). Es ist offensichtlich, daß auf diesem Weg der Übergang unerreichbar bleibt, da sein Wesen nicht in die statischen Positionen aufgeht, wovon die abstrakte Methode ausgeht, sondern in einem Einnehmen und Verlassen dieser. Gerade das kann aber niemals statisch beschrieben werden. *Bergson* hat klar gesehen, daß das Problem des Übergangs nicht durch die Flucht ins Unendliche lösbar ist, denn auch ein unendlich kleiner Übergang ist ein Übergang und kann allein durch die Betrachtung der statischen Positionen, zwischen denen er steht, nicht verstanden werden. Auch wenn dieser Kritikpunkt eine gewisse Nähe zum zuerst Behandelten vermuten läßt, darf man nicht verkennen, daß er nicht wie dieser mit der Undurchdringbarkeit der infinitesimal kleinen Zerlegungen der Größen operiert, sondern die physikalische Methode der Beschreibung von Veränderung direkt angreift. Er offenbart, daß sie nichts anderes dabei tut, als den Übergang zwischen zwei Positionen auf diese Positionen zu reduzieren. Wird die abstrakte Methode mit der Dynamik konfrontiert, so muß sie diese auf Statik zurückführen und weil dies schlichtweg nicht geht, flieht sie ins Unendliche, wo die Relativierung und Verschwommenheit der Begriffe ihr zu Hilfe eilt. Während der erste Kritikpunkt das Unvermögen der abstrakten Zeit zu fließen, thematisiert, wird hier gezeigt, daß – selbst wenn diese flösse – nicht vorstellbar ist, wie die abstrakten Größen sich vom Strom der Zeit mitreißen lassen könnten. Was *Bergson* hier zeigt, kann auch so zusammengefaßt werden, daß selbst bei einer intakten Zeit die abstrakte Welt der (klassischen) Physik bewegungslos ist und bleibt.

c) Die Irrealität der Ausdehnung der abstrakten physikalischen Zeit:

In seinem ersten Buch „Zeit und Freiheit“ hat *Bergson* eine weitere Zeit-Paradoxie erläutert. Der Kern besteht in der Aporie, wie es überhaupt möglich sei, Zeitmomente zu einer ausgedehnten Dauer zusammenzuaddieren. Hier wird nicht die Unbewegtheit der physikalischen Zeit oder die Unmöglichkeit des Übergangs zwischen zwei Zeitpunkten (die Physik behandelt die Zeit wie eine Größe, d. h. sie unterliegt ebenfalls dem zweiten Kritikpunkt) thematisiert, sondern wird aus der Analyse des Wesens der Addition von Größen eine neue Argumentation entfaltet.

Bergson geht von dem gemeinen Topos aus, daß nur Identisches miteinander addierbar ist – man kann Äpfel nur mit Äpfeln und nicht mit Orangen addieren, es sei denn, man addiert Früchte. Die Feststellung von Identität setzt aber Vergleichbarkeit voraus, was wiederum Gleichzeitigkeit verlangt. Das bringt keine Schwierigkeiten mit sich, solange es um die Identität von materiellen oder ideellen Entitäten geht, die immer gleichzeitig anwesend sind. Ihre Identität kann festgestellt werden und ihre Addition ist zulässig. Ganz anders jedoch, wenn man Augenblicke miteinander addieren will: „Gewiß ist es möglich, in der Zeit und nur in ihr, eine reine und einfache Sukzession wahrzunehmen, nicht aber eine Addition, d. h. eine Sukzession, die mit einer Summe abschliesse. Wenn nämlich eine Summe entsteht, in der man sukzessive verschiedene Termini betrachtet, so muß doch immer jeder dieser Termini bestehen bleiben, wenn man zum folgenden übergeht, man muß sozusagen darauf warten, daß man ihm den anderen hinzufügt: wie aber könnte er warten, wenn er nur ein Augenblick der Dauer wäre?“ (*Bergson*, 1994, S. 62) Mit anderen Worten, die vergangene abstrakte Zeit hinterläßt nichts von sich selbst in der abstrakten Gegenwart, sie ist vollkommen abwesend und kann nicht zum gegenwärtigen dt hinzuaddiert werden. Die Wesensbestimmung der abstrakten Zeit besteht gerade im Vergehen, im Verlassen der Gegenwart, im nicht Vorhandensein in dem jeweils aktuellen Zeitpunkt. Sie wurde als das reine Nacheinander, der perfekte Gegensatz zum reinen Nebeneinander des Raumes erfunden; insofern ist sie der Idee der Addition diametral entgegengesetzt, da letztere geradezu vom Nebeneinander lebt.

Der dritte Kritikpunkt *Bergsons* zeigt also, daß selbst, wenn die abstrakte physikalische Zeit (aus mysteriösen Gründen) bewegt wäre und es Übergänge zwischen ihren Zeitpunkten gäbe, sie niemals eine endliche Größe, eine Dauer bekommen könnte. In einem weiteren Kritikpunkt zeigt er, durch welche trickreiche Konstruktion die naturwissenschaftliche Methode sich schließlich erlauben konnte, „Zeitlängen“ zu messen.

d) Die Verräumlichung der Zeit:

Die direkte Messung der abstrakten Zeit scheitert an der Unmöglichkeit, nicht gleichzeitig Existentes zu addieren. Daß dies der Physik (und dem logischen Verstand der Alltags-Praxis) scheinbar gelungen ist, führt *Bergson* auf die Abbildung der zeitlichen Sukzession auf eine räumliche Linie

zurück: „Unwillkürlich heften wir jeden der von uns gezählten Momente an einen räumlichen Punkt und unter dieser Bedingung allein bilden die abstrakten Einheiten eine Summe. ... Wenn man aber dem aktuellen Zeitpunkt die vorangegangenen hinzufügt, wie es geschieht, wenn Einheiten addiert werden, so operiert man nicht mit diesen Zeitpunkten als solchen, sind sie doch auf immer dahingegangen, sondern vielmehr mit der dauernden Spur, die sie uns im Raum auf ihrem Wege durch ihn zurückgelassen zu haben scheinen“ (1994, S. 62, 63). Einige Seiten weiter schreibt er, daß „... die in Form eines unbegrenzten und homogenen Mediums gedachte Zeit nur das Phantom des Raumes ist“ (1994, S. 77). Das Prinzip der Uhr setzt genau diese Übersetzung des zeitlichen Nacheinander in ein räumliches Nebeneinander voraus. Die Messung der Uhr-Zeit beruht auf der Tatsache, daß der vom Zeiger zurückgelegte Weg immer als ganzer anwesend ist und somit kann ein infinitesimal kleiner Ausschlag, der einen dahingeschiedenen Zeitmoment repräsentiert, zu ihm addiert werden. Selbstverständlich wird dadurch die vermeintliche Ausdehnung der physikalischen Zeit nicht legitimiert, denn ihre Transformation zu einer räumlichen Größe ist ein Akt der Willkür.

In seinen Werken hat *Bergson* öfter gezeigt, daß die Verräumlichung der Zeit nicht nur der Naturwissenschaft eigen ist, sondern das gesamte Zeit- und Selbsterleben des Menschen immens prägt. Dabei weist er der Sprache eine zentrale Rolle zu. Wir lernen über unsere Empfindungen und Emotionen so zu reden, als wären sie physikalische Größen („großer Zorn“, „kleiner Schmerz“). Dadurch erscheint unser Innenleben als ein mechanisches Geschehen, denn seine Dynamik wird so beschrieben, als spiele sie sich zwischen variierenden Quantitäten gleicher Qualitäten ab – wir beschreiben ja diese Qualitäten immer wieder und in völlig verschiedenen Empfindungen und Stimmungen mit den gleichen Worten. Wer sein tieferes Ich als ein Gemisch stabiler Qualitäten sieht, kann sich selbst niemals als kreativ und autonom empfinden. Sein Leben erscheint als eine Folge von systemisch zusammengesetzten Konstellationen aus unveränderbaren, in sich abgeschlossenen und beliebig wiederholbaren psychischen Zuständen. Wiederholbarkeit setzt jedoch eine Reversibilität voraus, und diese ist eine fundamentale Eigenschaft des Raumes. Eine derartige, von der abstrakten Totalität der Sprache (und des Alltags) diktierte Selbstwahrnehmung verlangt geradezu nach einem verräumlichten Zeiterleben.

4. Der Gegenentwurf der Dauer

Der Begriff der „durée“ ist die Hauptader des *Bergsonschen* Schaffens. Sie ist die eigentliche Zeit, die – im scharfen Gegensatz zum abstrakten Konstrukt der physikalischen Zeit – keine vierte Dimension eines erweiterten Raumes ist. *Bergson* hat, in strenger Abgrenzung zur Naturwissenschaft, die Vorstellung der Dauer aus der Beachtung psychischen Lebens, das er für unreduzierbar auf physikalische Größen

hielt, geschöpft. Aus den unmittelbaren psychologischen Tatsachen gelangt er zur Überzeugung, daß die Dauer Ausdehnung hat, ohne zerlegbar und addierbar wie der Raum zu sein. Ihre Ausdehnung ist nach *Bergson* die Fülle, die das menschliche Gedächtnis – unser wichtigstes Wahrnehmungsorgan (*Bergson*, 1991) – immer kennzeichnet und zu einem, wir nennen es so, „Zeitorganismus“ macht, dessen Gegenwart die aus physikalischer Sicht vergangene Zeit enthält und mit anderen zeitlichen Inhalten verschmilzt. Sie durchdringt sich selbst in ihrer ganzen Ausdehnung. Die Gegenwart des vermeintlich Vergangenen hat nichts mit dem üblichen Verständnis von Erinnerungen als innere Bilder von für immer verschwundenen Zeiten zu tun. Im folgenden möchten wir versuchen, diesen sehr dunklen Punkt der Durchdringbarkeit von Zeiten, die keine Durchdringbarkeit von bloß imaginierten Bildern ist, etwas zu beleuchten.

Wird die erlebte Dauer von den Abstraktionen der Sprache gereinigt, so erscheint sie in einem völlig anderen Licht als in dem des qualitätslosen, homogenen Trägers von Qualitäten. Die gereinigte Dauer wird vom Subjekt als eine ständige Kreation von Empfindungsqualitäten erlebt: „Die ganz reine Dauer ist die Form, die die Sukzession unserer Bewußtseinsvorgänge annimmt, wenn unser Ich sich dem Leben überläßt, wenn es sich dessen enthält, zwischen den gegenwärtigen und den vorhergehenden Zuständen eine Scheidung zu vollziehen. ... Es genügt, wenn es diese Zustände, indem es sich ihrer erinnert, nicht neben dem aktuellen Zustand wie einen Punkt neben einen anderen stellt, sondern daß es sie mit ihm organisiert, wie es geschieht, wenn wir uns die Töne einer Melodie, die sozusagen miteinander verschmelzen, ins Gedächtnis rufen. Könnte man nicht sagen, daß, wenn diese Töne auch aufeinander folgen, wir sie dennoch ineinander antizipieren, und daß sie als Ganzes mit einem Lebewesen vergleichbar sind, dessen Teile, wenn sie auch unterschieden sind, sich trotzdem gerade durch ihre Solidarität gegenseitig durchdringen? ... Die Sukzession läßt sich also ohne die Wohlunterschiedenheit und wie eine gegenseitige Durchdringung, eine Solidarität, eine intime Organisation von Elementen begreifen, denen jedes das Ganze vertritt und von diesem nur durch ein abstraktionsfähiges Denken zu unterscheiden und zu isolieren ist. ... Kurz, die reine Dauer könnte sehr wohl nur eine Sukzession qualitativer Veränderungen sein, die, miteinander verschmelzend, sich durchdringen, keine präzisen Umrisse besitzen, nicht die Tendenz haben, sich im Verhältnis zueinander zu exteriorisieren, und mit der Zahl nicht die geringste Verwandtschaft aufweisen: Es wäre das die reine Heterogenität“ (*Bergson*, 1994, S. 77, 78, 80). Es ist außerordentlich beachtenswert, daß unser Autor die „reine Dauer“ als eine Sukzession von Qualitäten-Entstehungen sieht. Er versteht sie keineswegs als Träger von irgendwelchen Inhalten. Er denkt sich an keiner Stelle seines gesamten Werkes die Dauer losgelöst von ihren Qualitäten.

Wenn die von der Abstraktion vollzogene Trennung zwischen der Zeit und ihren Inhalten einmal überwunden ist, so wird automatisch auch das

reduzierte Verständnis von Erinnerung als inneres Bild ebenfalls hinfällig. Die Erinnerung wird dann zur reinen Kreativität, zur Neuschöpfung der angeblich vergangenen Zeit erhoben, denn letztere war mit ihren Inhalten eins, und wir können diese niemals ohne jene – also lediglich als Bilder – erleben. Ausgehend von diesen Überlegungen möchten wir betonen, daß eine prozeßhafte Betrachtung des Gedächtnisses sich schärfstens von der Computer-Theorie abgrenzen muß. Das menschliche und im allgemeinen das organismische Gedächtnis ist aus unserer Sicht kein „Speicher“, sondern ein sich selbst erhaltender Organismus, dessen sich gegenseitig spiegelnde und hervorbringende Momente die Erinnerungen sind. In jeder Erinnerung ist das gesamte Gedächtnis enthalten (Durchdringung, Spiegelung) und nur deshalb kann es von ihr, z. B. während einer Psychotherapie, nach und nach geschöpft werden. Wir sehen in jeder Erinnerung eine perspektivische Verkörperung, eine Herauskrystallisierung des gesamten Gedächtnisses. Die organismische Durchdringung der Erinnerungen und ihrer Zeiten ist das Gedächtnis, und dieses ist die Dauer des Menschen. Sie ist seine – wir nennen sie so – innere Zeit, die immer, wenn auch perspektivisch und latent, gegenwärtig ist. Sie ist trotz ihrer Beziehung zu materiellen Ereignissen, die mit der abstrakten äußeren Zeit vergehen, niemals vergangen, sondern in ihrer unteilbaren Ausdehnung und Heterogenität dauerhaft gegeben. *Bergson* stand unserer Sicht des Gedächtnisses sehr nahe. Aus folgenden Stellen glauben wir dies herauslesen zu dürfen: „Wir neigen dazu, uns unsere Vergangenheit als etwas nicht existierendes vorzustellen, und die Philosophen fördern noch diese natürliche Neigung ... wenn irgend etwas von der Vergangenheit überlebt, so scheint das nur durch eine Unterstützung möglich, die ihr von der Gegenwart her zuteil wird, gleichsam durch eine Gnade, die die Gegenwart ihr erweist, kurz, ... durch das Eingreifen einer gewissen besonderen Funktion, die man Gedächtnis nennt, und deren Aufgabe es gerade wäre, ausnahmsweise diese oder jene Teile der Vergangenheit zu bewahren, indem sie diese gleichsam aufspeicherte. – Ein ganz gründlicher Irrtum!“ (1993, S. 171). Im gleichen Beitrag lesen wir, daß „... das Gehirn dazu dient, in der Vergangenheit auszuwählen, sie zu vereinfachen, sie nützlich zu machen, aber nicht, sie zu erhalten“, weil „... die Vergangenheit sich selbst automatisch erhält“ (1993, S. 175, 176).

5. Zeiterleben in Ammonscher Sicht

Schon weiter oben wurde erwähnt, daß in einigen dynamisch-psychiatrischen Veröffentlichungen der *Ammonschen* Schule ein Zeitverständnis vertreten wird, das eine erstaunliche Affinität zur Zeitkritik Bergsons und zu seinem Begriff der Dauer aufweist. Weil *Bergson* dort nirgends erwähnt wird, erscheint uns diese Nähe um so beachtenswerter. Wir führen beide parallelen und voneinander unabhängigen Entwicklungen auf den gemeinsamen Ausgangspunkt des Prozeß-Denkens zurück und

sehen gerade in der Unabhängigkeit beider den Beweis dafür, daß die Dynamische Psychiatrie *Ammons* eine autonome und klare Perspektive, ein strukturelles Moment einer besonderen Wissenschafts- und Philosophiekultur ist. Insofern ist es nicht überraschend, daß auch die Dynamische Psychiatrie *Ammons* in bewußter Abgrenzung zum abstrakten und erstarrten klassisch-physikalischen Zeitverständnis ihre Wahrnehmung der gesunden menschlichen Zeitlichkeit geschaffen hat. Uns hat es immer wieder beeindruckt, daß in den einschlägigen Stellen die defizitäre Zeitlichkeit des psychisch Kranken so beschrieben wurde, als wäre sie eine direkte Übernahme der „Symptomatik“ der abstrakten und meßbaren Uhrzeit. *Ammon* führt diese Invasion der abstrakten Zeit auf die Begrenzung des frühkindlichen Handelns zurück, die das Aufkommen eines qualitativen Zeiterlebens unmöglich macht (1995, S. 222). Unserer Meinung nach lassen sich folgende Symptome des erstarrten Zeiterlebens, wie es die *Ammonsche* Richtung innerhalb der dynamischen Psychiatrie erfaßt hat, angeben:

a) Unbewegtheit der erlebten Zeit:

Über das Stehenbleiben der Zeit berichtet ein Patient *Winkowskis* folgendes: „Mir wurde alles unsagbar gleichgültig. Eine fremde Zeit dämmerte herauf ... Daß die Zeit vergeht und die Uhr sich dreht, kann ich mir nicht mehr so recht vorstellen ... Die Zeit steht still, man schwankt sogar zwischen Vergangenheit und Zukunft. Es ist alles so eingesessen. Alles ist wie eine Uhr. Die Zeit läuft wie eine Uhr ab; das Lebensziel ist wie eine Uhr. Gibt es denn eine Zukunft? Früher hat es für mich eine Zukunft gegeben, jetzt schrumpft sie immer mehr zusammen ... (Bei der Betrachtung des Uhrzeigers einer Wanduhr.) Ich bin ganz erstaunt. Ich habe noch nie etwas ähnliches erlebt. Der Zeiger ist immer wieder anders, jetzt ist er da, dann springt er gewissermaßen vor und dreht sich so. Ist es immer wieder ein anderer Zeiger? Vielleicht steht jemand hinter der Wand und steckt immer einen neuen Zeiger hinein, jedesmal an einer anderen Stelle“ (zitiert bei *Ammon* 1995, S. 223). In welchem fatalen Maße dieser unglückliche Mensch sich der abstrakten Zeitvorstellung auslieferte, wird deutlicher, wenn wir erneut *Bergson* das Wort erteilen, denn er hat genau über das Phänomen der Bewegung des Zeigers und was es eigentlich bedeutet, scharf nachgedacht: „Verfolge ich auf dem Zifferblatt einer Uhr mit den Augen die Bewegung des Zeigers, die den Schwingungen des Pendels entspricht, so messe ich keine Dauer, wie man zu glauben scheint; ich beschränke mich vielmehr darauf, Simultanitäten zu zählen, was etwas ganz anderes ist. Außerhalb meiner, im Raume, gibt es immer nur eine einzige Lage des Zeigers und des Pendels; von den vergangenen Lagen bleibt ja nichts erhalten ... Schalten wir nun einen Augenblick das Ich aus, das diese sukzessiv genannten Schwingungen denkt, so wird es immer nur eine einzige Pendelschwingung geben, sogar nur eine einzige Stellung dieses Pendels und folglich keine Dauer“ (1994, S. 82, 83). Es war der psychische

Ruin des Patienten, der das verursachte, was *Bergson* nur hypothetisch annahm, nämlich die Ausschaltung des Ich und seiner Dauer. Danach löste sich der Fluß der Welt in nicht interdependente, abgeschlossene und vollkommen zueinander fremde Gleichzeitigkeiten auf, von denen jede ohne Dauer, lediglich ein infinitesimales kurzes Zeitstück (dt) ist.

b) Verräumlichung der Zeit:

Das Werk von *Ammon* ist auch dafür ein Beleg, daß die Zeit kein Träger ist. Würde sie lediglich als Träger von Ereignissen dahinfließen, könnten wir sie unabhängig von ihren Inhalten – wie die klassische Physik es tut – wahrnehmen bzw. messen. *Ammon* hat im absoluten Gegensatz dazu oft festgestellt, daß das Erleben von Zeit ein Prozeß ist, der mit einer wachsenden Ablösung von der Vorstellung eines Raum-ähnlichen Trägers einhergeht: „Konstruktive, d. h. gelebte Zeit, ist im Gegensatz zum Raum bedeutsam, einmalig und irreversibel. Identitätsprozesse entstehen durch die Ausgrenzung und Ablösung von der Symbiose mit wachsender Enträumlichung als qualitative Strukturierung von Lebenszeit. Das Wesen von Identitätslosigkeit ist das Verharren in der Symbiose und damit im Raum, d. h. in ungelebter Zeit, und ist Kern jeglicher Art psychischer Erkrankung“ (*Ammon*, 1995, S. 221). Symbiotische Lebensweisen sind bekanntlich diese, bei denen die Grenzen des Individuums nicht deutlich konturiert sind. Sein Eigenleben verschmilzt mit dem einer Person (z. B. Mutter-Säugling-Beziehung) oder mit dem einer Gruppe – ja sogar mit der Dynamik einer Maschine (Fließbandarbeit). Bei der Schaffung einer eigenständigen Persönlichkeit ist die Ablösung von symbiotischen Beziehungen unabdingbar. Interessanterweise ist die fortwährende Beibehaltung einer Symbiose, bzw. der Rückfall in eine solche, nach der Erfahrung der dynamischen Psychiatrie immer an die Verräumlichung des Eigenzeit-Erlebens gebunden. Der Schüler und Mitarbeiter *Ammons*, *Manfred Deutschmann*, bringt dies genau zum Ausdruck: „Der entqualifizierten Zeiterfahrung korrespondiert psychodynamisch eine Verräumlichung der Zeit. Sie ist mit dem nicht-gelingenden Heraustreten aus der Symbiose notwendigerweise verbunden. Denn es bleibt ein undifferenzierter, unkontrollierter und entwicklungsloser Bereich in der Ich-Struktur bestehen. Dieser bleibt erfahrungsunfähig und halluziniert sich gleichsam als allmächtig. Die Forderung der Allmacht verweist nun gerade auf die räumliche Struktur dieses Kontinuums. Denn der abstrakte Raum ist im Grunde reversibel ... Außerdem begünstigt er alle Formen der abstrakten Identifizierung ... Wesentliche Charakteristika des abstrakten Raumes entsprechen von daher dem Ruhezustand der defizitären Symbiose. Gelebte Zeit dagegen ist im Gegensatz zum Raum irreversibel, einmalig“ (*Deutschmann*, 1979, S. 665). Die symbiotische Beziehung verbietet durch die Unterdrückung der Bildung von Eigengrenzen die Wahrnehmung der eigenen Beschränktheit – ein fundamentales Recht jedes Menschen – und somit vermittelt sie ihren Opfern das Gefühl von ozeanischer Grenzen-

losigkeit und Allmacht. Letztere ist aber gerade auch durch das Gefühl der unendlichen Verfügbarkeit von Zeit und der Wiedergutmachung aller Handlungen, also der zeitlichen Reversibilität, gekennzeichnet.

Den Begriff der Verräumlichung der Zeit wendet *Deutschmann* auch auf die industrielle Warenproduktion an: „Der Arbeitsvollzug, der sich beständig am selben Gegenstand wiederholt, bringt letztlich keine wahrnehmbare Veränderung hervor; der Gegenstand kehrt immer in demselben Zustand zurück; ... sein Zustand ist die immer gleiche Bewegung, Raum und Zeit fallen zusammen ... Der Mensch kann seine Eigenhandlungsvollzüge von denen der Maschine nicht mehr unterscheiden. Die Ich-Abgrenzung löst sich auf“ (1979, S. 662, 663). An dieser Stelle anknüpfend wollen wir daran erinnern, daß seit einigen Jahren eine technoschamanistische „Message“ durch die Massenmedien geistert, die des Cyborg. Hier wird die Vorstellung einer gewollten, ja herbeigesehnten Verschmelzung von Mensch und Maschine großen Bevölkerungsschichten schmackhaft gemacht. Die Austauschbarkeit menschlicher Glieder, ja sogar Teile des Gehirns, mit praktisch unvergänglichen und immer weiter perfektionierten Maschinenelementen wird als der Äon des Endsiegs über Beschränkungen, Zeit und Tod verkündet. Uns scheint, daß, psychoanalytisch gesehen, die Vorstellung des Cyborg die Verheißung der Wunscherfüllung aller infantilen und zeitlosen Omnipotenz ist.

Die Affinität zwischen der dynamisch-psychiatrischen Analyse der *Ammonschen* Richtung über die pathogen-verräumlichte Zeitlichkeit und der *Bergsonschen* Kritik ist offenkundig. Hier liegt eine für unabhängig entstandene Theorien erstaunliche Nähe vor, deren deutlichstes Zeugnis die in jeder der beiden Konzeptionen separat erfundene Begrifflichkeit der verräumlichten Zeit ist. Wir wollen hervorheben, daß die Begegnung zwischen den beiden Denkkulturen, die wir hier durchführen, das Potential der Bereicherung der Dynamischen Psychiatrie *Ammons* von der *Bergsonschen* Zeittheorie lediglich erahnen läßt. Es sei explizit betont, daß die theoretische Durchdringung der Genese des verräumlichten Zeitempfindens zu einer Drehscheibe der Begegnung von Psychotherapie und Zeitphilosophie werden kann, da jeder einzelne psychische wie auch körperliche Akt auch ein Zeitwesen ist.

c) homogen erlebte Zeit:

Die Bildung einer starken und autonomen Identität setzt nichts geringeres voraus als die Kreation eines ureigenen psychischen Organismus, der kreiskausal Quelle und Produkt einer inneren Empfindungs- und Bewertungsstruktur ist. Diese zutiefst private Autogenese gelingt nur dann, wenn sie zugleich eine deutlich spiegelnde Perspektive ihrer verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen ist, d. h. wenn sie in sich die Gruppenevolutionen emotional nacherlebt, um umgekehrt die eigene Selbstkreation hinaus in die Gruppe zu spiegeln. Dieser (strukturelle) Prozeß (*Rombach*, 1988) ist nur bei entwicklungsfähigen Gruppen möglich, denn nur sie

erlauben ihren Mitgliedern, die Eigenschöpfung aktiv zu gestalten und dadurch die Gruppe zu fördern. Bei symbiotischen Gruppen wird durch die Verschmelzung aller Grenzen keine differenzierte innere Organismik der gegenseitigen Perspektivität geschaffen und somit ist das psychische Individuum ein Sammelsurium von externen, nebulösen und unbewußten Bewertungs- und Empfindungskomplexen. Die Arretierung der Identitätsbildung wird, der Dynamischen Psychiatrie *Ammons* zufolge, immer von einem Erleben der Zeit als qualitätsloses, rein quantitatives Nacheinander begleitet (*Deutschmann*, 1979, S. 641-643). Dies halten wir für nicht weiter überraschend, denn das rigorose Identitätsverbot erstickt jede Schöpfung von Empfindungsqualitäten. Das Individuum hat gelernt, seine Wahrnehmungen von Selbst und Welt als beliebig wiederholbare Anhäufungen von externen – und eigentlich unverständlichen – stabilen Qualitäten, denen „man“ abstrakte Worte zuordnet, zu erleben. Die Austauschbarkeit und Reversibilität der Qualitäten ist nur dann möglich, wenn diese sich zueinander extern und fremd verhalten, d. h. wenn sie sich inhaltlich nicht durchdringen. Denn würden sie sich gegenseitig organismisch bestimmen, wie die Momente einer Struktur (*Rombach*, 1988), hätten sie eine Eigendynamik ihres sukzessiven Erscheinens in der Zeit und wären kein widerstandsloses, beliebig formbares und wiederholbares Nacheinander. Da sie jedoch so etwas sind, können sie, aufgrund mangelnder innerer Kohärenz, von selbst keine sukzessive Ordnung aufbauen und müssen – den Bauelementen einer Maschine ähnlich – ihren Ort im ausgedehnten Nacheinander zugewiesen bekommen. Diese Operation verlangt die Existenz eines Trägergerüsts, das sowohl als neutrales Koordinatensystem als auch als universale Kompressionskraft für Zusammenhangsloses dient. Genau diesen Anforderungen entspricht aber das Konzept der abstrakten Zeit, nachdem sie als qualitätsloser und mithin homogener Träger gedacht wird. Wir halten es für eine wichtige Feststellung, daß erst durch die, auf das Identitätsverbot zurückgehende, restriktive Gleichschaltung, Reversibilisierung und Systematisierung der Empfindungsqualitäten die Trennung zwischen der Zeit und ihren Inhalten, und damit auch die Illusion von Träger und Getragenen, geschaffen wird.

Der Wiederholungszwang ist für die Dynamische Psychiatrie *Ammons* die primäre psychodynamische Entsprechung der homogen erlebten Zeit. Im Gegensatz zu *Freud* ist er nach *Ammon* als unbewußtes Streben nach einer erfolgreichen Beziehung unter dem Schatten des unbewußten Symbiosekonflikts zu verstehen (*Ammon*, 1974a, b). *Deutschmann* weist ihm bei der Gestaltung des industriellen Arbeitsprozesses eine hervorragende Rolle zu und beleuchtet die Angewiesenheit des Letzteren auf das symbiotische Identitätsverbot und die homogenisierte Zeiterfahrung der Arbeiter: „Die Tilgung eines bestimmten Erfahrungs- und somit auch Bedürfnisbereichs aus der bewußten Kommunikation des Menschen, verursacht durch die nichtgelingende Ablösung von der Mutter und der Primärgruppe, führt zum Wiederholungszwang. ... Die abstrakte Unend-

lichkeit des Wiederholungszwanges gründet sich darauf, daß einerseits etwas wiedergeholt werden soll in der Hoffnung auf Wiedergutmachung, und daß dies andererseits in Formen von Kommunikation geschieht, eben dem Symptomverhalten, die eine wirkliche Bedürfnisbefriedigung und Wiedergutmachung nicht zulassen. Dadurch muß die Suche immer von neuem beginnen und sie findet nie ihr Ziel ... Durch jene spezifische Form von Erfahrungsunfähigkeit gegenüber dem Besonderen wird die Zeitstruktur der industriellen Produktion in den Menschen verankert, nämlich qualitätsloses Zeiterleben als Ausdruck stereotyper Erfahrung eines immer gleichen“ (Deutschmann 1979, S. 651, 652). Wir sind der Überzeugung, daß die eben dargestellte Analyse nicht nur auf die Benachteiligten der industriellen Produktion zutrifft; sie kann genauso gut auf viele ihrer vermeintlichen Gewinner ausgeweitet werden. Die Gleichsetzung von Zeit mit Geld, das lediglich quantitativer Vermehrungsfähig ist, kommt dem Wiederholungszwang und seinem homogenen Zeiterleben sehr entgegen. Die so erlebte Arbeitszeit ist wegen ihrer monotonen Homogenität ein unorganisiertes Nacheinander, dessen einzelne Teile über die Ausdehnung des Ganzen überhaupt nichts besagen. Von innen gesehen ist kein logisches Ende erkennbar und somit ist die Arbeit aus sich heraus nicht abschließbar – ein als Workaholismus bekanntes Phänomen.

d) Zerteilbarkeit der Zeit und krankhaftes Ewigkeits-Erleben:

Bei fortschreitender Homogenisierung der Erlebniswelt des Individuums entsteht eine wachsende Abspaltung der Zeit von ihren Inhalten, die die Zeit ihrer Dauer und Durchdringbarkeit beraubt, um ihr die räumliche Variante der Ausdehnung zu geben. Die Zeit wird als eine Linie von in sich abgeschlossenen und infinitesimal kleinen Zeitlängen (dt) erlebt. Weil diese lediglich aneinander gereiht sind und sich nicht durchdringen, erlebt sich das Individuum nicht nur als von einem unendlich kurzen Bereich eines Trägers getragen, sondern vielmehr als in einer erstickenden Zeitzelle gefangen (vgl. oben zitierten Bericht vom Patient *Winkowskis*). Die Zerteilung der Dauer in isolierte Zeitatome macht jeglichen Übergang zwischen diesen undenkbar, so daß mit der Vorstellung, jemand sei hinter der Wand, der jedesmal einen neuen Zeiger an einer anderen Stelle hineinsteckt, symmetrisch die nach innen gerichtete Grundempfindung erzeugt wird, es sei jemand hinter der Welt, der jedesmal ein neues Ich „von mir“ an einer anderen Stelle des „Zeitbandes“ hineinsteckt. Es ist die Unbewegtheit der abstrakten Zeit, die jede erdrückend kleine Zeitzelle zu einer endlosen Ewigkeit macht. Es offenbart sich eine bizarre und paradoxe Umwandlung eines unendlich Kurzen zu einem unendlich Langen, die jeden Zeitpunkt in eine ewig währende Zeitlosigkeit transformiert: „Diese Ich- und Identitätsschwäche kann scheinbar entgegengesetzte Zeiterfahrungen bewirken. Einerseits die Fragmentierung, die unverbundene, unsynthetisierte Addition verschiedener Zeitpunkte, scheinbare Mannigfaltigkeit,

andererseits die Ewigkeit ... Das qualitätslose Zeiterleben bedeutet auch, daß sich Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft potentiell verdichten. Damit bekommt das aktuelle Hier und Jetzt eine besondere Bedeutung; es wird sozusagen überdeterminiert ... Besonders deutlich wird das in der manischen Reaktion, in der nur das Jetzt zählt“ (*Deutschmann*, S. 666). Wir meinen, daß diese Sätze ganz im Sinne *Bergsons* zu lesen sind, der im Begriff der Ewigkeit das „unbewegliche Substrat der Bewegung“, die „zeitlose Essenz der Zeit“ erkannte und sie als die „... Ewigkeit des Todes, weil sie nichts anderes ist als die Bewegung, aus der die Beweglichkeit, die ihr Leben ausmachte, herausfiltriert worden ist“, bezeichnete (*Bergson*, 1993, S. 209).

6. *Gesundheit als Prozeß der Balancierung zwischen abstrakter Zeit und Dauer*

Aus den verschiedenen Dimensionen des Zeiterlebens psychisch schwer Erkrankter geht klar hervor, daß eine Fixierung auf abstraktes Zeiterleben für den Menschen unerträgliche Qualen bedeutet. Die *Bergsonsche* Kritik liefert einen theoretischen Hintergrund, vor dem die subjektive Erfassung der inneren Fesselung und Erstarrung eine begriffliche Widerspiegelung erfährt, und kann sich somit durch die logische Prägnanz einer ausgearbeiteten Zeitontologie deutlicher artikulieren. *Bergson* zeigt eben nichts anderes als die objektive Inexistenz der mathematisch-physikalischen Zeit – Ergebnis einer logischen Analyse, das komplementär dazu in Momenten existenzieller Ausweglosigkeit zutiefst innerlich erlebt wird. Wir sind sehr beeindruckt von dieser Korrespondenz zwischen emotional erfahrener und begrifflich verstandener Zeitlichkeit, die alle Aspekte der *Bergsonschen* Analyse bis ins Detail einbezieht, und wollen nachdrücklich betonen, daß eine so deutliche Parallelität von begrifflicher Konstruktion und Erlebniswelt selten vorkommt und deswegen eine besondere Achtung verdient. Leider können wir hier dieser vermutlich sehr umfangreichen Problematik nicht ausführlich nachgehen und wollen, unseren Beitrag abschließend, sie zumindest schemenhaft skizzieren.

Von den Berichten über die psychopathologische Zeitlichkeit geht klar hervor, daß die gewöhnliche Zeiterfahrung der meisten Menschen weit davon entfernt ist, einer abstrakten Zeitmessung zu entsprechen, denn sonst wären sie unmöglich zeitliche Wesen. Andererseits belegen die Berichte, und dies hat auch jeder gelegentlich bei sich selbst gespürt, daß der Mensch unter besonderen Umständen in das abstrakte Zeiterleben hineinfallen kann, um dann die logischen Widersprüche dieser Zeit-Auffassung in eine qualvolle Betroffenheit „übersetzen“ zu müssen. Wir stehen offensichtlich vor einem sehr breiten Spektrum der Zeiterfahrung, an dessen beiden Enden die reine Dauer *Bergsons* und die versteinerte Zeit des zutiefst Unglücklichen stehen. Psychische Gesundheit als Prozeß ist auf das Vermögen, die Balance zwischen beiden immer wieder herstellen zu können, angewiesen. Dies ist unverzichtbar, denn während die klaustrophobe Gefangenheit in einer Zeitzelle jeglichen Lebenswillen

erdrosselt, macht uns der Kreativitätsrausch der Dauer alltagsuntauglich. Zwischen beiden zu balancieren bedeutet keineswegs, die beiden Enden ständig zu vermeiden, sondern die Potenz, nach der lebensnotwendigen Begegnung mit jedem der beiden Pole, sich von denen wieder befreien zu können. Unsere bewußte sprachliche Reflexion über unser Zeiterleben, obwohl sie es meistens abstrakt-physikalisch erfaßt, scheint dieses unersetzbare Vermögen nicht empfindlich zu stören. Aber gerade dadurch offenbart sie uns jedoch, wenn wir uns dieses Vermögens bewußt sind, eins seiner strukturalen Momente. Dieses besteht in der Fähigkeit, die seit der frühesten Kindheit uns eingetrichterten abstrakt-zeitlichen Begriffe, Zeitformeln und Zeitinstrumente zu verwenden, ja sogar durch sie die eigene Zeiterfahrung auszudrücken und sie dadurch in der sprachlichen Beschreibung nachträglich zu physikalisieren, ohne jedoch dieses Konstrukt so tief zu verinnerlichen, daß wir uns der Erstarrung der abstrakten Zeit ausliefern. Wir können sogar die Zeitauffassung der klassischen Mechanik studieren und unsere Erlebnisse undurchdringbaren und infinitesimal kleinen Zeitpunkten zuordnen, ohne allerdings den Erlebnisstrom in seiner ganzen Tiefe zu strangulieren. Was schützt uns davor? Worin besteht dieser Schild, und wie entsteht er? Es ist unsere großartige Leistung, und auch die unserer Erzieher (wenn auch in der Regel unbeabsichtigt, denn wie viele von ihnen zweifeln bewußt an der Verräumlichung und Homogenität der Zeit?), daß wir mit einer lebensfeindlichen Zeitauffassung souverän umzugehen lernen. Dies gelingt uns zwar nicht immer, aber angesichts der Allpräsenz und Macht der Symbole der abstrahierten Zeit handelt es sich um einen kaum richtig eingeschätzten Abdruck des vitalen und trotzigigen Lebenselans.

Wir sind davon überzeugt, daß der ganze Körper des Menschen sowie der eines jeden Lebewesens ein Manifest, eine Verdichtung und Verkörperung dieses Elans ist. Der Körper ist der Schild, nach dem oben gefragt wurde. Alle sich gegenseitig durchdringenden Funktionen und Akte eines jeden Leibes sind eine eigentümliche und einmalige Konkretion der Dauer, eine nicht zerlegbare Ausdehnung. Selbstverständlich kann man erst dann so denken, wenn man sich jenseits des orthodoxen Physikalismus und Chemismus bewegt; sonst „weiß“ man, daß jeder Organismus lediglich ein physiko-chemisches „System“ ist. *Bergson* war sich schon in seiner frühen philosophischen „Jugend“ dessen gewiß: das Leben ist nur durch das Erleben zu begreifen. Das erste Kapitel seiner Dissertation (*Bergson*, 1994), also schon der Beginn seines philosophischen Schaffens, ist dem Erleben des Körpers gewidmet. Dort befreit er von dem Schutt der mathematisierten Abstraktion nach und nach, Schicht um Schicht, tiefe Seiten der Dauer unserer Leiblichkeit. Seine psychologischen „Ausgrabungen“ lassen solche elementare Empfindungen wie die der Muskelanspannung, der Lust und des Schmerzes, der Wärme und der Kälte, aber auch komplexere psychische Akte, wie die intensive Aufmerksamkeit als wahre Kunstwerke unserer Körperlichkeit erscheinen – in ihrem Glanz, bronzenen Statuen gleich, die

nach langer Finsternis sich des Sonnenlichts erfreuen und in ihm erstrahlen. Er entrückte diese Akte dem arithmetisierenden Blick des Psychophysikers, der sie in systemtheoretischer Manier als addierbare Quantitäten gleicher Qualitäten beschrieb, um jeden einzelnen von ihnen zu einer heterogenen Schöpfung aus immer wieder neu kreierten Qualitäten der Selbstempfindung unseres Körpers zu erheben.

Diese Erkenntnisse können dem Menschenbild jeder psychotherapeutischen Richtung, die den Körper einbezieht, tiefere philosophische Einsichten verleihen. Wir vermuten, daß es sehr wenige Therapieformen gibt, die in der Lage sind, die Verdienste *Bergsons* so gut zu integrieren wie die Dynamische Psychiatrie *Ammons* es tun könnte. Es sind nicht nur die verschiedenen Körpertherapien, allem voran der Humanstrukturelle Tanz und sekundär die Reit-, Musik- und Maltherapie, die uns zu dieser Aussage ermutigen, sondern die Tatsache, daß *Bergson* eine Philosophie geschaffen hat, die Kreativität, Zeit und Zeiterleben, Körper und Religiosität – die meisten Dimensionen, die *Ammon* selbst seinem Menschenbild zuordnet – untrennbar voneinander verflochten hat.

Abschließend wollen wir kurz, bei aller Bescheidenheit, einen Vorschlag unterbreiten. Wir empfehlen, daß beim Humanstrukturellen Tanz der Therapeut den Patienten gezielt auf sein Zeiterleben während des Tanzes aufmerksam macht. Im Gespräch danach könnte der Therapeut versuchen, die heterogene, nicht zerteilbare Dauer des kreativen körperlichen Selbstaushdrucks, der, wie auch immer geartet, und von Fall zu Fall verschiedenen Versionen der abstrakten Zeit des psychisch Erkrankten gegenüberzustellen. Vermutlich läßt sich für jede psychische Dysregulation ein Muster abstrakter, mathematisierter Zeitlichkeit erkennen, das der Therapeut dem Patienten vorführen kann. Die Begriffe und die Methode *Bergsons* wären dabei ein sehr hilfreiches Werkzeug, da sie von Anfang an psychologisch konzipiert wurden. Das gezielte Aufzeigen der Defizite und Blockierungen des Zeiterlebens könnte dem Therapeuten ungeahnte Freiheiten und Möglichkeiten offenbaren. Bei der von uns vorgeschlagenen „Zeittherapie“ handelt es sich nicht um eine autonome Therapieform, sondern um eine Dimension, um die das therapeutische Geschehen erhöht werden kann. Wir glauben, daß vor allem der Humanstrukturelle Tanz die Zeittherapie am besten integrieren kann, weil es sich dabei um ein höchst dynamisches und dramatisches Ganzkörpergeschehen handelt, das den Ausdruck völlig der Alltagssprache entrückt – diese ist bekanntlich der mächtigste Förderer der Abstraktion und der homogenen Zeit. Es ist der von jeder Technik und Konvention befreite Tanz, der den Menschen in die Dauer direkt katapultieren kann, der ein unaussprechliches Zeiterleben innewohnt, das er nun mehr und mehr in sein Leben integrieren können. Bevor der Therapeut sich Gedanken über unseren Vorschlag macht, möge er sich der intuitiven Schau *Bergsons* öffnen. Er sah die Welt als sich selbst schöpfenden Gott und diesen als die Zeit selbst. Also ist jedes menschliche Sein und Tun verkörperte Zeit.

On the Affinity of Henri Bergson's Time Philosophy to Ammon's Understanding of the Experiencing of Time

Spyridon Koutroufinis (Berlin)

The dynamic psychiatry of *Günter Ammon* is, in the authors opinion, the psychotherapeutic perspective of a process-oriented image of man. *Ammon* understood psychic-corporal health as a process of creation and developing of dimensions of experiencing the world and the self. The most important dimensions of *Ammon's* image of man are: creativity, time and the experiencing of time, illness, work, androgyny, body and religion. The dimension of time and experiencing of time deserves special regard, when *Ammon's* understanding of process shall be further developed. The author argues that the last is necessary, because strikingly many positions of himself and his scholars ask for being regarded in the light of a process ontology. During the first half of the 20th century, such an ontology was formulated and has experienced a constantly growing popularity amongst various individual sciences. The prevailing climax of process philosophy is the metaphysics of the English-American mathematician, physicist and philosopher *A. N. Whitehead* (1861 – 1947). Nevertheless, the French philosopher of Jewish origin, *Henri Bergson* (1859 – 1941) is respected by many research workers as the founder of modern process thinking. The source of his process philosophy is his time theory which he gained from the analysis of the psychic experiencing of time experiencing. With this present article the author would like to act as a stimulant for a “meaningful contact” (in the sense of *Ammon*) between *Ammon's* psychology and process philosophy. *Bergson's* work is suited for a starting point for this not only because of the philosopho-historical facts, but mainly because the understanding of time, developed there, displays a remarkable affinity to *Ammon's* psychology.

Bergson developed a theory about the nature of time, which makes up the backbone of his life-, nature- and religion-philosophy, sharply demarcated to the abstract, measurable time of physics.

Against this background he develops his critic of the abstract term of time, tightly interwoven with psychological, biological and speculative ideas. In his critic the author distinguishes the following four focal elements:

- a) Physical time is motionless: each infinitesimally small “piece of time” behaves as a completely autonomous unit and can be completely well-balanced.
- b) Transitions (and movements) are impossible: *Bergson* criticises the physical method concerning it's description of changes, where the transition between two conditions is reduced on these conditions. Movement is described by indicating a place which is reached sooner and later. When this is being criticised, the abstractly thinking mind quickly slips new places in between, and ever so forth, up to infinity. Thus the actual transition is being reduced to static positions.

- c) The irreality of the expansion of abstract physical time: as a mathematical quantity, abstract time can grow by addition. But how can it be possible to add up two pieces of time following one another, when one is no longer existing, while the other forms the present? Addition implies mutual presence, but this is diametrically opposed to the nature of abstract time. So, even if physical time was in motion, and there were transitions in the abstract world, the mathematically thought time could never get a finite quantity, duration.
- d) The turning of time into space of time: It seems that physics succeeded in measuring abstract duration. *Bergson* attributes this seeming success to the representation of chronological succession on a spatial quantity. Our abstract measuring of time does not operate with moments of time as such, but with the enduring trace, which they seem to have left behind in space. The measuring of the clock's time is due to the fact that the way, covered by the clock's hand, is always present as a whole, and therefore a small deflection may be added to it. Obviously, the transition of abstract time to a spatial quantity is an act of arbitrariness.

Bergson's counter project to the abstract concept of time of science is his term of duration. "Durée" is the main idea of *Bergson's* work. It is the actual time of experiencing – but also of nature – and is no fourth dimension, additional to space. Proceeding from the consideration of psychic life, *Bergson* reaches the conviction that duration has expansion, without being reducible and addible (as space is). Its expansion is abundance with regard to the contents, which constitutes memory (*Bergson* believes also nature to have a memory). Human beings could understand the nature of duration best by perceiving a melody in such a way that the sounds following one another (physically seen) merge into one another in the memory. The sounds' sensations will then, similar to the organs of a living nature, essentially – i.e. solidarilly – transpire each other. Substantially they mutually determine each other and are newly created by every new sound. Experiencing that there is no separation in experiencing between time and psychic contents (we never experience time as a carrier of sensations that could also be empty), we immediately understand that also the time for "passed" experiences lives on in our memory, and because of its content's merging with the new sensations, is constantly transformed in its nature. In the same way, in which experiences constantly transpire each other, their times are also constantly interwoven with each other. This results in the fact that "passed" time lives on in the present, endures – not only as an image in the memory, but as time. The nature of life-time, duration, is, according to *Bergson*, a totally different one than that of abstract time which was thought as constantly passing by. Because of the essential permeation with new contents, duration in its complete expansion keeps creating itself anew. Thus also the alleged "passed" times are transformed into present, i.e. they are always present. *Ammon*, too, developed his understanding of a healthy human experiencing of time in sharp demarcation to the abstract

understanding of time of classic physics. In the author's opinion the closeness to *Bergson's* philosophy of time gets especially clear when considering the fact that *Ammon* and his scholars describe the following symptoms of a rigid experiencing of time:

- a) Motionlessness of experienced time: with severe psychic illnesses, the flow of experiencing of the self and the world can dissolve into concurrences that are interdependent, secluded and strange to each other, each of which is without duration, an infinitely small piece of time (*Ammon* 1995).
- b) Turning of time into space of time: To *Ammon*, the core of each psychic illness was the remaining in symbiosis and therefore in space, i.e. in unlived time (1995). To his scholar and co-worker *Manfred Deutschmann* the turning of time into space of time is connected with the unsuccessful stepping out of symbiosis. He talks of turning of time into space of time also in connection with the symbiosis of man and machine in industrial production. The author mentions the technocratic vision of a corporal symbiosis of man and machine, which is known as Cyborg and which announces the final victory about death and time.
- c) Homogenically experienced time: According to *Ammon's* psychology, repetition compulsion is the primary psychodynamic equivalent of homogenically experienced time. *Deutschmann* (1979) looks upon it as the force anchoring in a human nature the time structure of industrial production, i.e. homogenous experiencing of time as the expression of a process eternally remaining the same. Also the equating of time with money, which is only capable of quantitative increase, highly complies with the repetition compulsion. Working time, experienced as money, cannot be brought to a close by itself, a phenomenon, known as workoholism.
- d) Dividability of time and pathological experiencing of eternity: With proceeding homogenizing of experiencing, time is experienced as a line of secluded small time-lengths. As they do not transpire each other, the individual has to experience himself as being caught in a suffocating time cell. The division of duration into isolated time atoms, makes any transition amongst them unthinkable so that the motionlessness of abstract time makes every oppressive small time cell into a never ending eternity. *Deutschmann* (1979) also deals with this transition from point of time to eternity, which, for instance in manic reaction, leads to the fact that only the present is what counts. Bergson, too, talked of eternity as the "timeless essence of time" (1993).

The author maintains that *Bergson's* theory of time provides an obvious philosophical background reflecting the experiences of *Ammon's* school. Both concepts' corresponding contents underline that there is a very wide spectrum for the experiencing of time, at both ends of which there are pure duration and fossilized time. The author understands psychic health as the process to balance between these two ends. Considering the enormous

presence of the abstract understanding of time, drummed into our heads from earliest childhood on, the question arises, why it is that we can still be successful with this act of balance. The author alleges that it is the human body, which protects us from the final victory of the turning of time into space of time. He supposes that there are only a few forms of therapy that are able to integrate *Bergson's* merits in such a good way as the psychology of *Ammon* does. The author feels encouraged to this statement not only because of the different forms of body therapy (e.g. humanstructural dance), but also because of the fact that *Bergson* created a philosophy of life in which most of the dimensions of *Ammon's* image of man are unsolvably interwoven with one another.

Literatur

- Ammon, G. (1974 a): Psychoanalyse und Psychosomatik. (Piper: München)
 - (1974 b): Zur Psychodynamik des Suizidgeschehens. In: Dyn. Psychiat. (7) 1-18
 - (1995): Der mehrdimensionale Mensch. (Pinsel: Berlin)
Bergson, H. (1967): Die schöpferische Entwicklung. (Coron, Zürich)
 - (1991): Materie und Gedächtnis. (Meiner: Hamburg)
 - (1993): Denken und schöpferisches Werden. (Europäische Verlagsanstalt: Hamburg)
 - (1994). Zeit und Freiheit (Europäische Verlagsanstalt: Hamburg)
Deutschmann, M. (1979): Gesellschaftliche Dimensionen der Dynamischen Psychiatrie. In: Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd.1. (Ernst Reinhardt: München / Basel)
Kolakowski, L. (1985): Henri Bergson. (Piper: München)
Rombach, H. (1988): Strukturontologie. (Alber: Freiburg / München)

Adresse des Autors:

Dr. Spyridon Koutroufinis
 Naugarder Str. 40
 D-10409 Berlin
 Deutschland

Ethnopschoanalytische Aspekte von Psychotherapie am Beispiel afrikanischer Gesellschaften

Karl Peltzer (Sovenga / Südafrika) *

In dieser Arbeit geht es darum, die Ethnopschoanalyse im Kontext von angewandter Psychotherapie am Beispiel afrikanischer Gesellschaften herauszuarbeiten. Dabei legt der Autor ethnopschoanalytische Arbeiten und Psychotherapiestudien in Afrika sowie seine 15-jährigen psychoanalytisch-psychotherapeutischen Erfahrungen mit afrikanischen Klienten zugrunde. Zunächst wird überprüft wie die Psychoanalyse in der Therapie mit Dritte Welt Klienten eingesetzt werden kann. Dabei wird aufgrund von emischen und ethischen afrikanischen Psychotherapieverständnissen ein kulturvergleichendes Persönlichkeitsmodell entwickelt. Schließlich wird anhand von drei ausführlichen Beispielen das kulturvergleichende Modell exemplifiziert: (1) Inhaltsanalyse von drei kulturell verschiedenen Kurzzeittherapien, (2) Kontextfaktoren in der Beratung von kenianischen Klienten und (3) Sexualstörungen in Kenia.

Einleitung und Persönlichkeitsmodell

Psychoanalyse als Therapiemethode wird bisher hauptsächlich in „westlichen“ Kulturen angewandt, während z.B. in afrikanischen Gesellschaften hauptsächlich traditionelle Heilmethoden und psychologische Therapiemethoden angewandt werden. Die psychologischen Therapiemethoden sind vorwiegend ekklektische Ansätze im Hinblick auf Verhaltenstherapie, Familientherapie, humanistische Verfahren, Entspannungsverfahren, Hypnose und analytisch orientierte Gespräche (Peltzer & Ebigbo 1989). Wenn die Psychoanalyse angewandt wird, dann als Forschungsmethode, wie z.B. bei den ethnopschoanalytischen Studien von Parin et al. (1971, 1983) in West Afrika. Auch Levine (1973) hebt hervor, daß die Psychoanalyse als Forschungsmethode sehr wichtig und in allen Kulturen anwendbar sei. Kommt es jedoch zur Anwendung der Psychoanalyse als Therapieform, scheint es in vielen Gesellschaften der Dritten Welt zu wesentlichen Veränderungen bzw. Modifikationen der psychoanalytischen Technik zu kommen (Devereux 1985, Ducey 1981, Ducey & Teschke 1979, Ortigues & Ortigues 1966, Parin et al. 1971, 1983, Roheim 1932). Innerhalb der Dritten Welt scheint die Psychoanalyse als Therapiemethode besonders in Lateinamerika, Asien, aber nicht in Afrika zur Anwendung gekommen zu sein. So hat z.B. Kakar (1985) in Indien und Rodriguez Rabanal (1990) in Peru darauf hingewiesen, daß auch in ihren Kulturen, die Psychoanalyse als Therapiemethode wesentliche Modifikationen erfährt, um sie der Kultur bzw. dem Lebensmilieu anzupassen. Kakar (1985: 443) erwähnt, daß beim „westlichen“ Patienten das Leben im Hinblick auf Motive und Gefühle untersucht wird, während beim indischen

* Professor, Head of Department of Psychology, Faculty of Arts, University of the North Sovenga, South Africa

Patienten „emotionale“ Probleme keine lebenshistorische Dimension oder Genese in der Psyche haben, es sei denn, man bezieht sich auf die äußere Welt der Geister. Daher modifiziert er seine psychoanalytische Haltung, in dem er sich aktiv und didaktisch verhält sowie Mitleid, Interesse und Wärme zeigt. *Rodriguez Rabanal* (1990: 13ff) spricht in diesem Zusammenhang von einer Anpassung des psychoanalytischen Settings an die äußere Realität von Slumbewohnern in Lima. Hierbei wurden die Sitzungen in die natürliche Umwelt der Bewohner verlegt, in ihre Häuser, Gemeinschaftsräume usw., die Bezahlung als Bestandteil des therapeutischen Vertrages wurde weggelassen (*Rabanal* 1990: 199).

Im Hinblick auf die Psychotherapie und psychoanalytische Therapie in Afrika scheinen eine Reihe von Modifikationen notwendig zu sein, die hier z.B. von *Ilechukwu* (1989) in Form von Verallgemeinerungen zusammengefaßt sind:

- (1) AfrikanerInnen haben ein Gruppen-Bewußtsein, daher müssen viele individuelle Ansätze mißlingen.
- (2) Nigerianische Patienten sprechen nur über Symptome, nie über Gefühle. Es ist unmöglich, von einem somatischen Fokus wegzukommen.
- (3) Patienten werden immer nach Rat fragen. Du mußt ihnen sagen, was sie tun sollen. Sie betrachten dich als weisen Menschen oder als „mächtigen Fremden“.
- (4) Was immer du auch tust, sie respektieren den traditionellen Ansatz mehr als den „westlichen“ Ansatz.
- (5) Afrikanische Patienten sind nicht introspektionsfähig. Sie empfinden freie Assoziation und Passivität als ziemlich bedrohlich.

Die spezifischen Modalitäten ethnopschoanalytischer Therapie und Psychotherapie in afrikanischen Gesellschaften soll im späteren Verlauf noch genauer erörtert werden.

Zunächst scheint es hier noch wichtig darauf hinzuweisen, warum ethnopschoanalytische Studien in Dritte-Welt-Kulturen durchgeführt werden. Soweit mir ethnopschoanalytische Studien bekannt sind, scheint im wesentlichen das Ziel verfolgt zu werden, psychoanalytische Universalien zu festigen und/oder Kritik an der westlichen Gesellschaft zu üben, bzw. Konzepte zur Sanierung von westlichen Gesellschaften zu entwickeln. Es scheint mir so gut wie nie darum zu gehen, die Psychoanalyse anzuwenden, um Probleme in der Dritten Welt, insbesondere in Afrika, zu lösen. Dies könnte z.B. in der Form von kulturangepaßten psychoanalytischen Therapien oder psychoanalytisch orientierten Entwicklungsprogrammen der Fall sein, etwa bei Fehlernährung oder Diarrhoe bei Kindern. *Kakar* (1985: 441) weist auch darauf hin, daß das Hauptinteresse der Psychoanalyse darin läge, ihre Schlüsselkonzepte durch z.B. kulturvergleichende Studien zu festigen, anstatt die Möglichkeit in Betracht zu

ziehen, daß verschiedene Kulturen, Familienstrukturen und Beziehungen zu einer Relativierung der psychoanalytischen Konzepte und Modelle beitragen könnten. Dazu bringt *Ducey* (1981: 89) ein Beispiel, in dem er vorschlägt, daß die westliche Psychoanalyse durch das in vielen Dritte-Welt-Kulturen vorherrschende Konzept von starker sozialer Interdependenz bereichert werden könnte. Dies wäre zum Beispiel bei einer Relativierung des westlichen kulturellen Wertes der Autonomie zu gunsten einer interaktionistischen Perspektive der Ich Funktionen möglich. In diesem Zusammenhang spricht *Kakar* (1985) in Indien von einem „Beziehungs-Ich“ und nicht von einem „autonomen Ich“ mit dem Ziel der Autonomie in westlichen Kulturen. Dabei weist er darauf hin, daß er keine simple Dichotomie zwischen westlicher und nicht-westlicher Persönlichkeit (z.B. autonomes versus Beziehungs/transpersonales Ich) vorschlägt, da beide Möglichkeiten menschlicher Erfahrung in allen großen Kulturen vorkommen sollen. Dennoch schlägt er vor, das typisch westliche bei psychoanalytischen Konzepten von Universalien, wie z.B. bestimmte entwicklungspsychologische Stufen, zu unterscheiden.

An dieser Stelle möchte ich die Anwendungsmöglichkeit der psychoanalytischen Therapie in verschiedenen Kulturen durch zwei verschiedene dichotomisierte Auffassungen wiedergeben. Zum einen handelt es sich um die bisher weitgehend geschilderte Position, daß die Psychoanalyse als Therapiemethode in Dritte-Welt-Kulturen nicht oder nur mit erheblichen Modifikationen anwendbar ist. Zum anderen gibt es die Position, daß psychoanalytische Therapie mit Menschen aus allen Kulturen betrieben werden kann. Hierbei setzen einige wie z.B. *Muensterberger* (1982) ein kulturelles Verständnis voraus, aber andere (Panel discussion 1968: 665) gehen davon aus, daß die psychoanalytische Methode so universell ist, daß der Analytiker Patienten mit unterschiedlichstem kulturellen Hintergrund verstehen und behandeln kann.

Es läßt sich also grundsätzlich eine universelle von einer kulturabhängigen psychoanalytischen Therapie unterscheiden. Ethnopschoanalytisch scheint es hier nun interessant zu sein, welche Position wird mit welchem kulturellen Hintergrund vertreten. Dabei möchte ich die These vertreten, daß es eine Tendenz gibt, von Wissenschaftlern aus der Dritten Welt die Psychoanalyse und die psychoanalytische Therapie als universell bzw. sowohl kulturabhängig wie auch kulturunabhängig anzusehen (*Peltzer et al.* 1993). Zum Beispiel weist auch *Kakar* in dem hier ausgeführten auf das Vorhandensein beider Möglichkeiten in seiner indischen Kultur hin. Die Ansätze, die psychoanalytische Therapie als kulturabhängig zu sehen, geht in der Regel von westlichen Wissenschaftlern aus. Hier könnte man auch die Ethnomethodologie zitieren, die davon ausgeht, daß der Bezug auf die eigenen Forschungsmethoden bzw. Behandlungsmethoden aufgegeben oder erweitert wird durch die Einbeziehung der Methoden derjenigen, die Gegenstand ihrer Untersuchungen sind (*Weingarten* 1976:10f.). Dies könnte bedeuten, daß

die Anwendung der Psychoanalyse in einem afrikanischen Kontext auch die afrikanischen Heilmethoden berücksichtigen müßte (*Peltzer* 1987). Der Vollständigkeit halber sei noch erwähnt, daß auch Vertreter der westlichen Wissenschaft die universelle Position vertreten (s. Panel discussion 1968: 665), wobei aber hier sehr oft eine ethnozentristische Sichtweise zugrunde liegt, welche die Dritte Welt abwertet. Zum anderen ist dann auch nicht verwunderlich, daß die universelle Sichtweise von einigen Wissenschaftlern aus der Dritten Welt zugunsten der Superiorität der westlichen Psychoanalyse gesehen werden. Über diese jeweiligen einseitigen Verzerrungen hinaus, möchte ich trotzdem behaupten, daß in den beiden Sichtweisen, nämlich der westlichen kulturabhängigen und der universellen Dritte Welt Sichtweise, wichtige Wahrheiten verankert sind. Die universelle Sichtweise, das heißt das kulturabhängige und kulturunabhängige der Psychoanalyse bzw. Wissenschaft als mehr oder weniger identisch zu sehen, könnte auch nach *Devereux* (1978:11ff.) als komplementär gesehen werden.

Diesen Zusammenhang zwischen der universellen und der kulturabhängigen Sichtweise will ich an einem Beispiel von einer Studie über ein Modell für das Verhalten von deutschen BeraterInnen aus der Dritten Welt verdeutlichen (*Peltzer et al.* 1993). Einige Merkmale für den ausländischen BeraterIn sind, daß soziokulturelle Variablen unabhängig, universal oder wertfrei sind (versus abhängig beim deutschen BeraterIn), der deutsche und ausländische BeraterIn sich ähnlich sind (versus sich unterschiedlich sind), daß der ausländische BeraterIn ganzheitlich/für vieles zuständig/verantwortlich, universal-interkulturell ist (versus spezialisiert: psychologisch, sozial, rechtlich, somatisch, bi/multikulturell) oder daß der ausländische BeraterIn Konsens/Gemeinsamkeiten-zentriert ist (versus Konflikt/Unterschiede-zentriert beim deutschen/westlichen BeraterIn). Ein anderes Beispiel wird von *Devereux* (1974: 321) über einen seiner Mohave Indianer Patienten beschrieben, der sich als universal und ähnlich wie andere Menschen erlebt, wie in dem obigen Beispiel der Dritte Welt BeraterIn/Klientin, in dem er sich „primär“ als Mensch mit einem Namen und erst sekundär als Indianer oder als indianischen Soldat erlebt, während der westliche Therapeut, wie hier auch *Devereux*, ihn erst einmal als unterschiedlich von ihm selbst und erst dann als ähnlich erleben würde. Auch *Parin et al.* (1982:49) weisen darauf hin, daß wir alle (Westler?) sehr kulturzentriert sind, in dem wir glauben unsere Gesellschaftsform ist Gesellschaftsnorm, ohne dabei die psychoanalytische Theorie durch Ethnoerfahrung genügend zu verändern.

Daher scheint es für ein psychoanalytisches bzw. psychotherapeutisches Vorgehen wichtig zu sein, ein Modell zu entwickeln, das möglichst weitgehend die beiden Positionen der universellen und kulturabhängigen Sichtweise berücksichtigt. *Devereux* (1974: 308) weist darauf hin, „um den Einfluß kultureller Faktoren auf Ablauf und Technik der psychoanalytischen Therapie abschätzen zu können, müssen wir zuvor das Wesen der Kultur und ihre Wandlungen in der psychischen Gesundheit, den

Störungen der Psyche und der psychoanalytischen Behandlung untersuchen.“ Anderenorts habe ich versucht, emische Psychopathologien in ihren Wandlungen an Unterschieden zwischen Land- und Stadtbewohnern in Malawi herauszuarbeiten (*Peltzer* 1987). Dabei ließen sich Krankheiten durch körperliche und übernatürliche Ursachen erklären, wobei dies dem westlichen Verständnis entspricht, eine Trennung zwischen körperlichen und übernatürliche Ursachen vorzunehmen. Die übernatürlichen Ursachen können im afrikanischen Kontext nochmals hinsichtlich Ahnengeistern/Göttern und Hexerei unterschieden werden. Dabei läßt sich eine kulturelle Orientierung ableiten, die aus drei Dimensionen in allen Kulturen besteht:

- (1) Die Ahnen (geister) als vertikale Dimension oder Autorität von älteren Menschen (=Autoritätsdimension).
- (2) Die Hexerei als horizontale Dimension oder die Gruppe der Gleichaltrigen (=Gruppendimension).
- (3) Der Körper oder das Organische des Menschen und sein Geist in der Umwelt (Körper-Geist-Umwelt Dimension).

Auch im westlichen Sinne lassen sich Krankheiten durch psychosoziale Ursachen (1. Autoritäts- und 2. Gruppendimension) und durch körperlich/biologische Ursachen des Menschen selbst und/oder der Umwelt erklären. Um aber diese drei Dimensionen im Wandel der Kultur, Psychopathologie und Psychotherapie bzw. Psychoanalyse untersuchen zu können, ist es notwendig ein Sozialisations/Persönlichkeitsmodell zu entwickeln, welches kulturübergreifend, aber gleichzeitig kulturvergleichend ist, also kulturelle Unterschiede deutlich macht. Es wäre also wichtig herauszufinden, ob sich in dem tri-dimensionalen Model von (1) Autorität, (2) Gruppe und (3) Körper-Geist-Umwelt bestimmte Unterschiede in verschiedenen Kulturen bzw. Wandlungen in derselben Kultur herleiten lassen. Oberflächlich betrachtet, könnte man z.B. sagen, die Autoritätsdimension in der diachronen Form von Kindern, jungen Erwachsenen, alten Menschen und Ahnen oder Gott wäre in westlichen Gesellschaften zusammengeschrumpft auf die Welt der jungen Erwachsenen, die sich produktiv in den Arbeitsprozeß einbringen können, aber für Kinder, Alte, Ahnen und Gott gibt es weniger Platz oder Aufmerksamkeit. Dies stünde im Gegensatz zu vielen Gesellschaften in der Dritten Welt, wo Kinder und alte Menschen auch einen wichtigen Platz neben den jungen Erwachsenen einnehmen. Diese unterschiedliche Orientierung innerhalb der Autoritätsdimension in verschiedenen Kulturen wirkt sich seinerseits auf die Ursachen, Manifestation und Behandlung von Krankheiten aus.

Eine wichtige Frage ist nun, wie es zu dieser unterschiedlichen Orientierungen innerhalb der Autoritätsdimension und auch den anderen Dimensionen in verschiedenen Kulturen kommt. Dabei fiel mir auf, daß ein ausschlaggebendes Unterscheidungskriterium von Kulturen das Ausmaß der menschlichen Sozialisation versus der Sozialisation mit der nicht menschlichen Umwelt sein muß. Dies ist in einer Reihe von Studien belegt worden, und es ist möglich, die menschliche versus die nicht-menschliche

Interaktion als kulturelles Differential zu betrachten (Peltzer 1989). Dabei würden Menschen, die mehr durch menschliche Interaktion sozialisiert werden, eine höhere Orientierung in der Autoritäts- sowie Gruppen-dimension besitzen bzw. diese menschliche Orientierung gleichwertig mit der körperlichen (Umwelt) Orientierung sein. Dies mag in vielen afrikanischen Gesellschaften der Fall sein. Werden Menschen im Vergleich dazu mehr durch die nicht-menschliche Umwelt sozialisiert, dann wird die kulturelle Orientierung die Wichtigkeit des Menschen geringer bewerten und die Umwelt bzw. die Beherrschung der Umwelt durch z.B. die Technologie als relativ hoch. Dies wäre z.B. in westlichen Gesellschaften der Fall. Daher ist es möglich, die drei Dimensionen (Autorität, Gruppe, Körper-Geist-Umwelt) hinsichtlich der kulturellen Orientierung von mehr oder weniger menschlicher Interaktion zu unterscheiden.

Da die drei Dimensionen als solche zu weit gefaßt sind, um psychotherapeutische oder psychoanalytische Prozesse beschreiben zu können, sollen die Dimensionen durch psychosoziale und psychoanalytische Kategorien erweitert werden, die religiöse Phänomene mit einschließen sollen. Dabei kann die diachrone Autoritätsdimension, gekennzeichnet durch Zeitverständnis und Rollenmodell, von der synchronen Gruppen-dimension, gekennzeichnet durch Geschlechterdifferenzierung, getrennt betrachtet werden. Kategorien, die sich auf beide Dimensionen, Autorität und Gruppe, gleichzeitig beziehen, sind Identifikation, Kontrollfokus, Abwehr, Kernbeziehung, Libido und Aggression. Die Körper (und auch Affekt) –Geist Dimension läßt sich bezüglich Fokusses und kognitiven Stils beschreiben. Die einzelnen hier aufgeführten kulturübergreifenden Kategorien können dann noch weiter hinsichtlich kulturdifferierender Kategorien menschlicher Interaktion unterschieden werden (Tabelle 1).

Wichtig ist hier dabei zu berücksichtigen, daß insbesondere in den Gesellschaften mit menschlich orientierter Interaktion im Grunde beide kulturdifferierende Kategorien zutreffen. Also wenn z.B. der Zeitfokus in westlichen Gesellschaften als vergangenheits- und zukunftsorientiert gesehen werden kann, müßte eigentlich für z.B. afrikanische Gesellschaften der Zeitfokus nicht als solcher existieren, in dem Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft gleichwertig sind und so der „universellen“ Weltanschauung im Gegensatz zur kulturabhängigen Anschauung entspricht. Werden aber beide kulturelle Orientierungen miteinander kontrastiert, erscheint z.B. der Zeitfokus in afrikanischen Gesellschaften eher als gegenwartsorientiert versus vergangenheits- und zukunftsorientiert in westlichen Gesellschaften. Dabei soll hinzugefügt werden, daß die Einteilung in zwei verschiedene kulturelle Orientierungen nur mögliche Verhaltenstendenzen modellhaft darstellen sollen.

Dimension	Konzeptuelle Kategorie	Menschlich orientierte Interaktion	Physische Objekt-orientierte Interaktion
Autorität (vertikal, diachronisch)	Zeitraumen	-zyklisch, episodisch, prozessual	-linear, kontinuierlich, strukturell
	Zeitfokus	-Gegenwart	-Vergangenheit/Zukunft
	Rollenmodell	-eindeutig, external beziehungscentriert	-zweideutig, intern, autonomiecentriert
Gruppe (horizontal, synchronisch)	Geschlechtsfokus	-getrennt, deutlich	-gemischt, diffus
	Geschlechts- identität	-stark	-schwach
Autorität und Gruppe	Identifikation	-multilateral	-unilateral
	Kontrollfokus	-extern -öffentlich -Scham -formal	-intern -private -Schuld -informal
	Abwehr	-Projektion -Identifikation -Vermeidung -Verleugnung -Somatisierung	-Introjektion -Reaktionsbildung -Isolierung -Ungeschehen machen -Verschiebung
	Kernbeziehung	Hierarchisch (Eltern-Kinder)	Egalitär (Mann-Frau)
	Erwachsenen- Kinder Beziehung	Vereint	Getrennt
	Libido/Respekt	Autorität (oral)	Gruppe (anal)
	Aggression	Gruppe	Autorität
Körper/Affekt- Geist	Fokus	-Einheit -Körper/Affekt (nonverbal)	-dualistisch -Geist (verbal)
	Kognitiver Stil	-narrativ -konsenszentriert -zwei/mehrdeutig	-analytisch -konfliktzentriert -monokausal

Tabelle 1: Kulturvergleichendes Personheit/Persönlichkeitsmodell

Inhaltsanalyse von Kurzzeittherapien in verschiedenen kulturellen Kontexten

Dieses Modell soll jetzt anhand der Analyse von psychotherapeutischen Prozessen am Beispiel von afrikanischen Klienten exemplifiziert werden. Zuerst soll eine kulturvergleichende Analyse von therapeutischen Interaktionen im Rahmen von Kurzzeittherapien gemacht werden. Dazu wird eine Inhaltsanalyse von drei kulturell verschiedenen Kurzzeittherapien als Beispiel genommen: 1. der traditionelle Heiler mit einem traditionellen Patienten in Malawi, 2. der kaukasische und ekklektische Therapeut (Autor) mit einem kenianischen Klienten und 3. ein kaukasischer Psychoanalytiker (*Sifneos*) mit einer kaukasischen Patientin. Da normalerweise die therapeutische Interaktion in einem traditionellen Heiler-Setting für eine Krankheitsperiode nur eine oder wenige Sitzungen dauert, beschränkt sich

die Inhaltsanalyse auf den Anfang bzw. das Erstgespräch der psychotherapeutischen Interaktion. Es ist versucht worden, drei Patienten mit einer ähnlichen Symptomatologie auszuwählen.

1. Ein traditioneller Heiler mit einem traditionellen Patienten (Peltzer 1987: 100ff.):

Traditioneller Heiler (TH) - Geist: Wenn sie schreiben, dann fühlen sie manchmal als ob Dunkelheit in ihre Augen kommt – insbesondere wenn sie schreiben.

(eindeutiges/externes Rollenmodell, heilerzentriert und nicht patientenzentriert, keine Frage, direktiv)

Patient (PT): Ja.

(Respekt gegenüber Autorität, multilaterale Identifikation, Identifikation als Abwehr)

TH: Auch wenn sie lesen, kommen Tränen von ihren Augen – kommt dies vor?

(episodischer Zeitrahmen, gegenwärtiger Zeitfokus)

PT: Ja.

(konsenszentrierter kognitiver Stil, keine (nur somatische) „Selbstöffnung“ wegen öffentlichem/externem Kontrollfokus)

TH: Und wenn sie irgendwo sitzen, dann fangen sie an zu schwitzen – sehr viel schwitzen. Ist dies wahr?

[Das folgende ist zusammengefaßt] Manchmal fühlen sie sich sehr kalt... Manchmal, nachdem sie gegessen haben, fühlen sie sich plötzlich hungrig... Ihr Bein fühlt sich manchmal so an als wäre es gelähmt... (Körper/Affekt Fokus, episodischer Zeitrahmen, Somatisierung als Abwehr)

PT: Ja.

(Konsenszentrierter und zwei/mehrdeutiger kognitiver Stil)

TH: Sie fühlen sich manchmal so, als wenn sie alleine wären; obwohl es sein kann, daß Leute mit ihnen sprechen, sprechen sie immer noch nicht – sie bleiben ruhig. Lüge ich?

(Öffentlicher/Scham Kontrollfokus)

PT: Nein. (Respekt gegenüber Autorität)

TH: Vyanusi (ein Geist, der akut psychotische Zustände verursachen kann) ist im Hintergrund, aber hauptsächlich ist es vimbuza (spirituelle Störung: Dissoziation, depressive Störung), es ist nicht Hexerei. Dein Onkel hat vor langer Zeit für sie Medizin gesucht, er hat vielen Leuten geholfen. Lüge ich?

(hierarchische Kernbeziehung [Ahnen-Geister, ältere Verwandte, Kind]; beziehungsorientiertes/externes Rollenmodell und Krankheitskonzept [vyanusi, vimbuza, Hexerei]; vereinte Ahnen-Eltern-Kinder Beziehung, multilaterale Identifikation [der Heiler-Geist und Onkel], narrativer kognitiver Stil [Ihr Onkel...vor Jahren...er pflegte zu tun...]; Projektion als Abwehr [vyanusi, vimbuza, Hexerei])

PT: Nein.

(Konsenszentrierter kognitiver Stil)

TH: Manchmal, wenn sie am Morgen aufwachen, verspüren sie Schmerzen in ihren Armen, wenn sie sie ausstrecken. Lüge ich? (zyklischer/episodischer Zeitrahmen, Körperfokus)

TH: Manchmal, wenn sie aufwachen, fühlen sie sich so, als wenn sie beim Aufstehen hinfallen. Dann sagen sie, sie wollen für eine lange Zeit stehen oder sitzen bleiben, bevor sie anfangen zu gehen – dies hat irgendwie mit Hexerei zu tun – Eifersucht – das Geld – die meinen, sie hätten viel Geld und ihre Mitbewohner im Dorf haben was gegen sie. Bei der Arbeit gibt es nur wenig Kooperation - das ist, wo es alles herkommt. Aber dann, wenn sie das Geld haben, wissen sie nicht wie man damit umgeht. Irgend etwas geht falsch in ihrem Kopf. Sie können das Kapital nicht behalten. Sie haben ein großes vimbuza Problem. Daher fühlen sie sich manchmal schwindlig... Noch irgend etwas – noch Beschwerden? (Rollenmodell/Heilerzentriert, externer/öffentlicher Kontrollfokus, etc.)

PT: Nein, keine.

(eindeutig/externes Rollenmodell, Vermeidung/Verleugnung als Abwehr) [da er keinen existierenden Diskonsens äußert] (*Peltzer 1987*).

Heiler-Patient Interaktionen wie diese sind generell kürzer und weniger kontinuierlich als kaukasische Therapeut-Patient Interaktionen (*Peltzer 1987, Kleinman 1980*), welches auf folgende Kategorien hindeutet: gegenwärtiger Zeitfokus, multilaterale Identifikation, externer/öffentlicher Kontrollfokus und eine hierarchische Kernbeziehung (Ahnen-Eltern-Kinder).

2. Der kaukasische/ekklektische Therapeut (Autor) mit einem kenianischen Klienten:

Therapeut (T): Können sie mir etwas über ihr Problem sagen? (Rollenmodell ist autonomie- und nicht beziehungsorientiert, Klient und nicht Therapeuten Fokus)

Klient (K): Mein Problem, ich möchte wirklich mehr über mich selbst wissen; ich glaube nicht, daß ich mich selbst verstehen kann.

(Konfliktzentrierter kognitiver Stil, struktureller Zeitrahmen)

T: Ja... (Klientenzentriert)

K: Es gibt Zeiten, wo ich stark bin und ich an mich selbst glaube, aber es gibt auch Zeiten, wo ich zur gleichen Zeit nicht stark bin. Ich bin fast sicher, daß ich einen Komplex haben muß. Ich habe einen Minderwertigkeitskomplex.

(Prozessualer Zeitrahmen [Veränderungen mit der Zeit], Gegenwart-Zukunft Zeitfokus [Infiornitätskomplex hat sich gebildet])

T: Wie? (Geistfokus, egalitäre Kernbeziehung Therapeut-Klient)

K: Es mag sein, daß ich zum Mittagessen eingeladen bin, aber ich entscheide mich dafür, nicht zum Essen zu gehen, da ich neu in der Firma bin, und man weiß nicht, was in dieser fremden Umgebung vor sich geht.

(episodischer Zeitrahmen, öffentlicher Kontrollfokus)

T: Was ist ihr Beruf ? (eindeutiges Rollenmodell)

K: Beruflich bin ich Lehrer an einem Gymnasium. (gegenwärtiger Zeitfokus)

T: Welche Fächer unterrichten sie? (gegenwärtiger Zeitfokus)

K: Chemie und Biologie – das war bis März dieses Jahres. Danach fing ich mit meinem eigenen Geschäft an. (zweideutiges Rollenmodell)

T: Sie haben dies wegen des Geldes gemacht, oder warum haben sie ihre Stellung gewechselt? (monokausaler kognitiver Stil)

K: Hm, wie ich gesagt habe, manchmal tue ich etwas, worüber ich mir nicht sicher bin. Wenn ich versuche herauszufinden, warum ich dies getan habe; die Ursache. Ursprünglich wußte ich, daß ich Chirurg werden wollte, als ich in der Schule war, und nach einiger Zeit hatte ich eine Chance - ich habe die Schule nicht gut geschafft, so daß ich Medizin hätte studieren können. Daher hatte ich die Option, Tiermedizin oder Lehramt zu studieren und ich entschied mich für das Lehrerstudium. Warum ich mich nicht für Tiermedizin entschieden hatte, weiß ich nicht. Nun, wenn ich überlege, kann ich sehen, daß mein Herz nicht richtig im Lehrerdasein liegt, vielleicht gab es sehr viel Zeit (um wahrscheinlich anderen Arbeiten zum Geld verdienen nachzugehen), der Wunsch war da, Lehrer zu werden.

(konfliktzentrierter und zwei/mehrdeutiger kognitiver Stil, autonomzentriertes Rollenmodell)

T: Gibt es noch andere Probleme? (Analytischer kognitiver Stil)

K: Diese sind die wichtigsten. Manchmal tue ich Dinge in einer impulsiven Weise, da, wenn ich versuche einige der Dinge, die ich tue, analysiere. Okay, I sehe nur Leute, die leiden und ich fühle, ich sollte was geben; ich meine, wenn ich nichts gebe, fühle ich mich schuldig und manchmal gebe ich dann zuviel.

(Analytischer und narrativer kognitiver Stil, Vermeidung/Ungeschehen machen als Abwehr)

T: Geben sie mir ein Beispiel von diesem Leiden? (Konfliktzentriert)

K: Wenn ich an der Straße entlang gehe, kann es sein, daß ich gerade einen Bettler auf der Straße sehe; es mag auch sein, daß ich ein Kind ansehe und manchmal fühle ich mich sehr schlecht – ich bin einfach sehr von der Situation betroffen.

(Konsenszentriert, narrativer kognitiver Stil, externer Kontrollfokus)

T: Dies bedeutet, sie würden einem Bettler zuviel geben.

(Monokausaler kognitiver Stil)

K: Manchmal würde ich zuviel geben, es hängt von der Situation ab.

(Zyklischer Zeitrahmen)

T: Wieviel war es letztes Mal?

(Linearer Zeitrahmen, monokausaler kognitiver Stil)

K: Letztes Mal gab ich 50 kenianische Schillinge (was etwa 10 mal dem Busfahrpreis für eine Strecke von 20 km entsprechen würde).

(Konsenszentrierter kognitiver Stil)

K: [Im folgenden werden noch weitere zwei Beispiele genannt. Sein Körper und Schlaf ist zufriedenstellend. Träume kann er nicht erinnern. Er ist nicht verheiratet und 28 Jahre alt. Er ist der einzige Sohn in der Familie, der es bis zur Universität geschafft hat. Bei der Exploration über seinen Vater kam heraus, daß er einen Autounfall hatte, zu der Zeit, wo er in der 3. Klasse im Gymnasium war].

Ich konnte meinen Vater lange nicht sehen, da er weit weg im Krankenhaus war wegen einem Autounfall. Als ich in der 5. Klasse (Gymnasium) war, wurde er zeitweilig vom Krankenhaus entlassen. Ich erinnere, daß ich von der Schule kam. Ich schaute auf seine Beine, den Gips und weinte.

[Er erinnerte, daß Leute hingegangen sind, um Blut zu spenden. Sein Vater war fortan gelähmt und hat bis heute, eine Wunde am Bein, die nicht heilt] (Klientenzentriert, Selbstöffnung)

T: Als sie in der 3. Klasse auf dem Gymnasium waren, waren sie da besorgt um ihren Vater? Hat dies ihre Schulleistungen beeinträchtigt?

(Vergangenheit-Zukunft Zeitfokus, monokausaler kognitiver Stil)

K: Ich habe nie viel über die Probleme zu Hause nachgedacht (zu dieser Zeit wußte er nur, daß sein Vater im Krankenhaus war, aber hatte ihn noch nicht gesehen)

T: Wie waren ihre Schulleistungen? (Analytischer kognitiver Stil, Geistfokus)

K: Ich war sehr gut in der Schule; in der 3. und 4. Klasse. (Geistfokus)

T: Wie was es in der 5. und 6. Klasse?

[nachdem er seinen Vater zum erstenmal nach drei Jahren stationären Krankenhausaufenthalt sah]

(Analytischer kognitiver Stil)

K: Die Leistungen waren nicht sehr gut. Ich wurde etwas schlechter. Eigentlich hätte ich Sprachen wählen sollen, aber ich wollte unbedingt gut in den Naturwissenschaften sein. Das ist die Zeit als das Problem kam. Ich war sehr gut in Geschichte und Literatur gewesen.

(Vergangenheit-Zukunft Zeitfokus)

T: Das sieht so aus, als wenn sie Naturwissenschaften machen wollten, um Chirurg zu werden, so daß sie dann ihrem Vater im Krankenhaus hätten helfen können, und wenn sie jetzt Leute wie ihren Vater leiden sehen, wollen sie nicht an den Zustand ihres Vater erinnert werden (sie wurden auch in Geschichte in der Klasse schlechter), aber sie wollen immer noch ihrem Vater helfen. Dadurch daß sie nicht in der Lage sind, ihm zu helfen, haben sie den Drang, Leuten zu helfen, die auch wie ihr Vater leiden, um auch ihr Schuldbewußtsein zu beruhigen.

(Analytischer kognitiver Stil, interner Kontrollfokus)

K: Ja, ich glaube, daß stimmt.

(Konsenszentriert, Vermeidung/Verleugnung als Abwehr)

T: [Bezieht sich auf einen Fall und berichtet wie dieser an einer Reihe von Symptomen litt nach der Verleugnung des Todes seines Vaters

(Narrativer kognitiver Stil)

K: [Er enthüllt, daß er selbst Angst hat zu sterben und daß er Herzklopfen und Händeschwitzen hat, wenn er in der Öffentlichkeit oder an fremden Orten redet]

T: [Im Verlauf wird klar, daß die Familie, einschließlich Vater und Klient, am Tag vor dem Unfall zusammen zu Abend gegessen hatten]

Nun mag es deutlicher werde, warum sie es vermeiden zum Mittagessen zu gehen, wenn sie eingeladen werden. Sie erinnern sich möglicherweise unbewußt an „das letzte Essen“ mit ihrem Vater bevor der Unfall passierte, aber auch an die eigene Möglichkeit zu sterben, wobei ein Zusammenhang mit ihrem Herzklopfen und Sterbensängste bestehen könnte.

(Vergangenheit-Zukunft Fokus, analytischer kognitiver Stil)

K: Ja. (Konsenszentriert)

T: [Verschreibt bestimmte Aufgaben wie Identifizieren und Aufschreiben von Situationen, wo er übermäßig Leuten hilft, Angst hat und Träume]

(Externes Rollenmodell und Kontrollfokus, gegenwärtiger Zeitfokus)

Der erste Teil des Erstgespräches ist klientenzentriert, während der letzte Teil therapeutenzentriert ist, dadurch daß Deutungen gegeben werden, sich auf andere Fälle bezogen und davon berichtet wird, sowie Erklärungen über Psychotherapie und die Verschreibung von (Verhaltens)-Aufgaben usw. gegeben werden. In diesem Fall scheint es ausnahmsweise keinen Körperfokus zu geben, aber seine depressiven und Angstsymptome sind nicht so stark in Form von Gefühlen sondern in spezifischen Ritualen der menschlichen Interaktion ausgedrückt. Der Klient benutzt Kategorien, die sich einerseits der menschlich orientierten und andererseits der nicht-menschlich/objekt orientierten Interaktion zuordnen lassen, wobei aber die meisten Äußerungen, sich der menschlich orientierten Interaktionsgruppe zuordnen lassen. Andererseits benutzt der kaukasische Therapeut bei dem aus der Stadt kommenden Klienten vorwiegend Kategorien, die sich der nicht-menschlichen Interaktion zuordnen lassen. Darüber hinaus macht er eine Reihe von Äußerungen, die sich der menschlich orientierten Interaktionsgruppe zurechnen läßt (s.a. Tabelle 1).

3. Der kaukasische Psychoanalytiker (Sifneos) mit einer kaukasischen Patientin in dynamischer Kurzzeitpsychotherapie (Sifneos 1978: 149-161) (Übersetzung durch Autor)

Patientin (P): Gut, der Grund, warum ich am Anfang hierher gekommen bin – es war ungefähr vor einem Monat – ich hatte mich wirklich für eine ziemlich lange Zeit sehr depressiv gefühlt, und ich war total unmotiviert irgend etwas zu tun. Zum Beispiel, ich wache morgens auf und fühlte mich so, als könne ich nichts tun. Es war schwierig überhaupt aus dem Bett aufzustehen, wissen sie. Ich war im College und ich konnte mich nicht konzentrieren. Ich konnte nicht lesen und auch nicht eine Klausur schreiben. Ich war sehr emotional. Ich konnte sogar „hyper“ werden, wissen sie, und ich stellte fest, daß es eine Menge Dinge gab, die mich bedrückten.

(Vergangenheit-Zukunft Zeitfokus, dualistischer Körper/Affekt- Geist Fokus)

T: War das vor oder nachdem sie depressiv geworden sind?

(Linearer Zeitrahmen)

P: Nun, es war danach. Danach, ja. Es machte es noch schlimmer.

(Vergangenheit-Zukunft Zeitfokus, monokausaler kognitiver Stil)

T: In Ordnung. Aber jetzt, fing es aus heiterem Himmel an oder ist es durch etwas hervorgerufen worden? Können sie etwas ausfindig machen?

(Monokausaler/analytischer kognitiver Stil)

P: Ich vermute, ein Menge Dinge. Ich vermute, weil ich hauptsächlich anfang, mehr auf mich selbst zu achten. (Interner Kontrollfokus)

T: Was hat sie veranlaßt, dies zu tun? Ich meine, warum? (Konfliktzentriert)

P: Ich vermute, ich brauchte es, und auch im College belegte ich einen Kurs über „human relations“. Eine Menge Dinge sind an die Oberfläche gekommen. Das Gleiche passierte mir ungefähr vor vier Jahren. Ich wurde sehr depressiv, aber ich habe es irgendwie selbst ausgetragen. Dann wurde mir klar, daß vielmehr dazu gehört, aber ich habe es dann ständig vermieden, und wie jetzt gerade, ich kann sehr glücklich sein, aber ich weiß, daß ich in ein oder zwei Sekunden sehr depressiv werden kann und nicht glücklich bin.

(Vergangenheit-Zukunft Zeitfokus, interner Kontrollfokus)

T: Können sie mir ihre Symptome ein bißchen beschreiben? Sie sagen „depressiv“. Nun, wie ist das? Welche Gedanken haben sie, z.B.?

(Konfliktzentriert, Geistfokus)

P: Sehr negative Gedanken. Ich denke sehr viel über mich nach.

T: Welcher Art?

P: Ich nehme an, dies sind Fragen. Ich frage mich, was ich überhaupt mache und dann werde ich sehr – ich habe halt eine sehr negative Einstellung gegenüber meiner Familie, meinem Freund, dem „Kollegen“ und mir selbst.

(Interner/privater Kontrollfokus)

[Der Therapeut exploriert das Symptom der Depression und es kommt heraus, daß die Patientin ein Schlafproblem hat, daß sie viel träumt und viel ißt, wenn sie depressiv ist. Der Therapeut exploriert auch, warum sie gerade jetzt nach Hilfe sucht und geht dann in die Familiengeschichte. Sie hat einen sechs Jahre jüngeren Bruder, der in einer anderen Stadt lebt und ihre Eltern leben noch und es geht ihnen gut. Sie hat auch eine ältere verheiratete Schwester]

T: Und was ist das erste, was sie von sich selbst erinnern können als sie ein sehr kleines Kind waren?

(Vergangenheit-Zukunft Zeitfokus, kontinuierlicher Zeitrahmen)

P: Die erste Situation, die ich erinnern kann? Ich habe kurze Erinnerungen von Hausszenen, im Haus zu sein, leben mit – wir lebten für einige Zeit mit der Mutter vom Vater. Ich war sehr jung. Soll ich schöne Dinge oder negative Gedanken erinnern?

(Konfliktzentrierter/monokausaler kognitiver Stil)

[Später berichtet sie, daß sie, als sie jünger war, viel Zeit mit ihrem Vater verbracht hat und nie eine richtige Beziehung zu ihrer Mutter hatte]

T: Was meinen sie? (Konfliktzentriert)

P: Nun, wir haben nie wirklich miteinander gesprochen. Sie wissen, da ist sehr wenig Kommunikation. Wir scheinen oft in einen Konflikt geraten zu sein.

(Kontinuierlicher Zeitrahmen, konfliktzentriert)

T: Also nicht soviel jetzt sondern einige Zeit zurück, als sie noch ein Kind waren, war das da noch der Fall? (Vergangenheit-Zukunft Fokus)

[Sie berichtet, daß sie sehr viel Aufmerksamkeit brauchte, ihre Mutter war immer sehr beschäftigt und ihr Vater gab ihr mehr Aufmerksamkeit, wenn er da war]

T: Würden sie sagen, daß sie das Lieblingskind ihres Vaters gewesen sind? (Monokausaler kognitiver Stil)

P: Ja, bestimmt. (Unilaterale Identifikation)

[Der Therapeut exploriert weiter ihre Beziehung zum Bruder, Mutter und Vater...]

T: Zum Beispiel? (Analytischer kognitiver Stil)

P: Ich nehme an, daß sich die Beziehung zu meinem Vater veränderte, nachdem ich meine Periode hatte. Meine Beziehung zu ihm wurde weniger eng und von dem Zeitpunkt an, fühlte ich mich immer irgendwie abgewiesen. Mein Vater war immer sehr körperlich mit mir und ich weiß, es war so, weil er mich liebte und ich seine Tochter bin. Aber manchmal wollte ich wirklich nicht, daß er mich berührt oder mich küßt oder irgend etwas, und ich fühle mich schlecht darüber und habe diese negativen Gefühle.

(Vergangenheit-Zukunft Zeitfokus, unilaterale Identifikation, egalitäre Kernbeziehung (Mann-Frau), Aggression gegenüber Autorität)

[Der Therapeut exploriert weiter ihr Schulleben]

P: Ich mochte männliche Lehrer, aber dann schien ich mehr von den weiblichen Lehrern zu lernen. Ich kann dies erinnern. Ich war 17. Das ist die Zeit als ich ernsthaft mit einem Jungen ausging. Wir waren für eine lange Zeit Freunde. Es gab wenig Körperlichkeit, weil ich es nicht wollte - wegen mir. Es was eine schöne Beziehung. Es war gut. Wir waren für einige Jahre zusammen.

(Vergangenheit-Zukunft Zeitfokus, diffuser/asexueller Geschlechtsfokus)

T: Und dann, was passierte dann? (Linearer Zeitrahmen)

P: Ich entschied einfach, daß die Beziehung zu eng war. Ich glaube, ich wollte mit keinem ausgehen. Ich fühlte, daß ich zu jung war, um mit einer Person involviert zu sein, was wohl nicht so gut für ihn gewesen ist. Aber das scheint mein Verhaltensmuster zu sein. Ich mache dies mit allen, mit denen ich ausgehe. Ich versichere mich, daß ich zu dem Punkt komme, wo ich weiß, daß er mich wirklich liebt und dann mag ich sie einfach nicht mehr, was wirklich negativ ist, weil ich damit wahrscheinlich viele Leute verletzt habe.

(Struktureller Zeitrahmen, unilaterale Identifikation)

T: Was ihrem Vater ein wenig ähnlich ist, nicht wahr?

(Vergangenheit-Zukunft Zeitfokus, analytischer kognitiver Stil)

P: Ja, ich glaube. (Internes Rollenmodell)

T: Ist dies wirklich der Prototyp? Und dann gibt es ein Muster, das sich wiederholt. Haben sie auf diese Weise daran gedacht?

(Analytischer kognitiver Stil)

P: Nein, ich habe nie dabei an meinen Vater gedacht, aber ich dachte daran in Bezug auf meine Freunde.

(Lineare Zeitrahmen, zweideutiges Rollenmodell)

T: [Der Therapeut exploriert weiter die enge Beziehung mit dem Vater in Bezug auf ihre Freunde, ihre akademischen Leistungen als Psychologiestudentin und schließlich werden zwei Faktoren identifiziert, die der Depression vorausgingen]

T: ...Glauben sie, daß ihre Depression irgend etwas mit ihrer Mutter zu tun hat?

(Monokausaler kognitiver Stil)

P: Es könnte. (Analytischer kognitiver Stil)

T: Was glauben sie? Falls sie die Wahl hätten, worüber würden sie am liebsten reden? Würde dies über die Beziehungen zu Männern – Vater oder Männer im allgemeinen – oder würde es ihre Beziehung zu Frauen sein?

(Monokausaler kognitiver Stil)

[Der Therapeut exploriert ihre Beziehung mit Frauen und ihrer Mutter]

P: Meine Mutter lehnt meinen Vater oft ab. Ich vermute, dies war immer so. Ich sollte sie nicht immer als Beispiel geben, aber es ist manchmal schwer dies nicht zu tun, wenn man sieht wie konditioniert wir danach sind.

(Vergangenheit-Zukunft Zeitfokus, unilaterale Identifikation)

[Der Therapeut exploriert das Sexualleben ihrer Eltern, auch in Bezug auf die Geburt ihres jüngeren Bruders]

T: Nun, wenn sie einen männlichen Therapeuten sehen, werden sie dies wiederholen und dann ihn auch ablehnen?

(Konfliktzentriert, Aggression gegenüber Autorität)

[Der Therapeut erklärt, daß der wichtigste Teil ihres Kampfes, ihr Problem zu lösen, ihre eigene Motivation ist]

(Autonomzentriertes Rollenmodell, Interner/intrapsychischer Kontrollfokus)

Patientin und Therapeut benutzen hauptsächlich Interaktionsmodi, die sich mit Kategorien der nicht-menschlichen/objekt orientierten Interaktion eingruppiieren lassen, insbesondere ein linearer Zeitrahmen und Vergangenheit-Zukunft Zeitfokus. Dies wird deutlich, in dem viel über die Kindheits-erfahrungen der Patientin gesprochen wird und diese mit ihren Eltern (und auch dem Therapeuten in der Übertragung) in Beziehung gebracht werden. Dabei scheinen auch mehr unilaterale Identifikationen vorzuliegen. Der kognitive Stil ist analytisch und konfliktzentriert, wobei der Konflikt mehr in einem internen/intrapsychischen Raum als in einem extrapsychischen/sozialen Fokus gesehen wird. Hierbei wird ein privater Kontrollfokus

vorausgesetzt, der die Selbstöffnung der Patientin ermöglicht. Der Ansatz ist patienten- und nicht therapeutenzentriert. Da es sich hier um dynamische Kurzzeitpsychotherapie handelt, nimmt der Therapeut eine relativ direktive und aktive Rolle ein, anders als in einer Langzeit-Psychoanalyse.

Analyse von Kontextfaktoren in der Beratung von kenianischen Klienten

Weiterhin sollen nun die menschlich orientierten Interaktionskategorien noch einmal genauer im einzelnen anhand von Studien, die der Autor in einem Beratungszentrum mit 100 Klienten in Nairobi durchgeführt hat, belegt werden (Peltzer 1993). Außer afrikanischen Klienten kamen auch kaukasische Klienten ins Beratungszentrum, wobei eine Vergleichsuntersuchung möglich war (Peltzer 1992a).

Zeitrahmen und Zeitfokus

Bei den 100 Klienten waren die Zeitkoordinaten für das therapeutische Setting durchschnittlich 5-7 Sitzungen. Dabei beendeten 54% die Therapie vorzeitig und jede 5. Stunde fiel aus. Dabei scheint ein zyklisches und episodisches Zeitverständnis vorzuliegen. Dies wird auch unterstützt durch eine Nachuntersuchung, wobei mehr als 30% der Klienten kein Problem darin sahen, für eine Sitzung mehr als eine Stunde zu warten. Die Therapie „endet“ in der Regel ohne Beendigung bzw. mit offenem Ende. Damit hat dies nicht einen linearen Zeitrahmen. Der Klient kann jederzeit, das Gefühl haben mit seinem Problem wiederzukommen. Dieses zeitliche Arrangement der Sitzungen kann auch zusätzlich durch eine geringe Notwendigkeit einer linearen/kontinuierlichen unilateralen Beziehung erklärt werden.

Der Zeitfokus war hauptsächlich auf die Gegenwart bezogen. Es wurde erwartet, daß gegenwärtige Symptome sofort/gegenwärtig zum Verschwinden gebracht werden, wobei der therapeutische Ansatz kurz und krisenorientiert sein mußte. In der Nachuntersuchung wurde deutlich, daß die Exploration der Vergangenheit bzw. Kindheit des Klienten nicht als wichtig gesehen wurde.

Die häufige Unpünktlichkeit kann mit Vermeidung als Abwehr eines Konfliktes mit Autorität erklärt werden. Weiterhin würde ein gegenwärtiger Zeitfokus nach der Paneldiskussion (1968) die Antizipation von der Zukunft erschweren, wobei Psychoanalyse doch mit Zeitbewußtsein, weniger mit der kulturellen Einstellung der Zeitlosigkeit, eine starke Zukunftsorientierung hat.

Rollenmodell

Das Rollenmodell des Klienten richtete sich eher eindeutig und extern nach dem Therapeuten. Die Erwartungshaltung war also therapeuten- und

nicht klientenzentriert. In dem ersten Teil der Sitzungen wurden auch solche therapeutenzentrierten Methoden verwandt: aktiv, direktiv, ratgebend, paternalistische Haltung (nicht neutral, aber auch keine Selbstöffnung), Modell/Vorbild sein (auch anhand der Benutzung von Sprichwörtern, Geschichten, Bezugnahme auf Fälle), geringe Therapeut-Klient Beziehungsanalyse. Im zweiten Teil der Sitzungen wurde sich eher an einem autonomiezentrierten Rollenmodell orientiert. (*Peltzer 1993*).

Am Rollenmodell läßt sich vielleicht auch das Behandlungsziel dieser Klienten erörtern, was in erster Linie ein Verschwinden ihrer Symptome zum Ziel hat. Hinzu kommt ein beziehungsorientiertes Rollenmodell, welches nicht, wie in der Psychoanalyse, die persönliche Unabhängigkeit, Autonomie und Freiheit favorisiert. So wurde z.B. in der Panel Diskussion (1968) berichtet, daß ein Analytiker die Analyse mit nicht-westlichen Patienten aufgab, da er bei der Analyse der Abhängigkeit und Feindseligkeit gegenüber elterlichen Autoritäten bei Analysanden mit schweren Depressionen zu rechnen hatte, die dann nur durch supportive Methoden behandelt werden konnten. *Devereux* (1985: 207) schreibt auch bei seiner Psychotherapie eines Prärieindianers, daß es sich um keine modifizierte oder verkürzte Psychoanalyse, sondern um eine expressiv-stützende Therapie handelte, z.B. hat er viele Deutungen zurückgehalten, um sie dem Patienten nicht zuzumuten (ebenda: 449)

Daher schlägt *Abel et al.* (1987) vor, das Behandlungsziel in kulturvergleichender Therapie zu modifizieren. *Devereux* (1951) schreibt weiter, daß in seiner Therapie das Behandlungsziel nicht immer klar war, aber daß diese an die äußere Umgebung - hier der Prärieindianer - angepaßt sein müßten. Dies sollte so angestrebt werden, ohne daß die besonderen kulturellen Werte des Patienten verändert werden würden.

Psychosexuelle Störungen bei kenianischen Klienten

Um nicht noch alle konzeptuellen Kategorien wie Geschlechtsfokus, Identifizierung, Kontrollfokus etc. einzeln abzuhandeln, was hier zu weit führen würde, soll an dem Beispiel von psychosexuellen Störungen kenianischer KlientInnen folgende konzeptuelle Kategorien erläutert werden: Geschlechtsfokus/identität, Kernbeziehung und Respektfokus. Der Geschlechtsfokus läßt sich durch sexuellen Fokus und sexuellen Partnerfokus weiter erläutern (*Peltzer 1992b*).

Der sexuelle Fokus scheint weniger auf Liebe bzw. Lust sondern auf Fruchtbarkeit zu liegen. Dies zeigte sich bei vielen Klienten dadurch, daß sie Angst hatten, durch Impotenz, Ejakulationsstörungen und auch Masturbation steril zu werden, was auch zum Ausdruck kam, daß ihre „Hoden/Penis schrumpfen“ würden oder das „Sperma unfruchtbar“ sein müsse. Auch bei der Analyse vieler persönlicher Briefe an das Beratungszentrum in Nairobi fiel auf, daß oraler und analer Verkehr sowie Petting nicht vor kam.

Der sexuelle Partnerfokus war eher heterosexuell, tendenziell mehr als eine Frau, die beträchtlich jünger als der Mann sein kann, und weniger nur eine Frau (in ähnlichem Alter), Homosexualität und Selbstbefriedigung/Masturbation.

Durch den Fokus auf Fruchtbarkeit und Heterosexualität war es oft schwierig oder nicht möglich, Methoden der Masturbation bei der Sexualtherapie zur Anwendung kommen zu lassen. Der Geschlechtsfokus war eher männlich und weiblich voneinander getrennt mit deutlicher Geschlechtsidentität als gemischt bzw. diffus. Wegen diesem getrennten Geschlechtsfokus war es oft schwierig, Methoden der Sexualtherapie wie die „Start-Stop“ Methode mit dem Ehepaar zu besprechen. Es scheinen auch Tabus zu bestehen, die es den Ehepartnern erschweren, die Geschlechtsteile ihres Partners/In (mit der Hand) anzufassen.

Die Kernbeziehung war eher hierarchisch (Eltern-Kinder) als egalitär (Mann-Frau). Dies kann auch erklären, daß z.B. ältere Mitglieder der erweiterten Familie (Schwieger/eltern) die sexuelle Störung des Sohnes mit hervorrufen können. Dies kann in der Form von erhöhtem Druck hinsichtlich der Erzeugung von Kindern, oft auch verbunden mit ökonomischer Verantwortung, geschehen. Da die sexuelle Störung nicht nur als Störung zwischen Mann und Frau sondern auch zwischen zwei Familien gesehen wird, müssen auch diese in den Therapieprozeß einbezogen werden. *Tseng* und *Hsu* (1991: 198) haben auch darauf hingewiesen, daß der Kernbeziehungsprimat zuerst die Eltern-Kind Beziehung und erst danach die Mann-Frau Beziehung thematisieren sollte.

Der Respektfokus richtet sich eher auf den älteren (Mann) und weniger auf den jüngeren Mann bzw. Frau. Nach diesem Respektfokus soll die Frau eher über die sexuellen Probleme ihres Mannes besorgt sein, wobei die Frau weniger ihre sexuelle Unzufriedenheit (einschließlich Vergewaltigung und Inzest) äußert; es kommt sogar oft vor, daß sie für die sexuelle Störung ihres Mannes verantwortlich gemacht wird.

Ethnopschoanalytic Aspects of Psychotherapy in African Societies

Karl Peltzer (Sovenga / South Africa)

The aim of this study is to identify the context of ethnopschoanalysis applied to psychotherapy in African societies. This is done on the basis of ethnopschoanalytic studies and psychotherapy research in Africa as well as the author's 15 years of psychoanalytic-psychotherapeutic experience with African patients. It was found that psychoanalysis as a therapeutic method has up to now mainly been applied to patients in "western" cultures, while e.g. in African societies mainly traditional healing and other psychological treatment methods are used. Psychoanalysis is only used as a method of research like in the case of the ethnopschoanalytic studies by *Parin* et al.

(1971, 1983) in West Africa but not in the form of culturally adapted therapy or in development programmes e.g. on childhood disorders like malnutrition or diarrhoea. In case psychoanalysis is used as a treatment method in the Third World certain modifications and adaptations of the psychoanalytic technique are made, e.g. *Kakar* (1985) in India or *Rodriguez Rabanal* (1990) in Peru. However, it is also suggested that western psychoanalytic concepts can also be enriched by considering Third World perspectives (e.g. an interactionistic perspective of ego functions). Interesting seems to be that regarding the application of psychoanalytic therapy in various cultures two dichotomizing views across different authors exist, namely (1) psychoanalysis as therapy method is universal and thus universally applicable to all cultures, and (2) psychoanalysis is dependent on culture. Both views, however, are important for a psychoanalytic or psychotherapeutic model in an African context. Therefore, the author proposes a tri-dimensional cross-cultural socialization/personality model on the basis of an emic and ethic understanding of African psychopathologies. Finally, this cross-cultural model is applied to three practical areas of psychotherapy in African contexts:

(1) Content analysis of short-term therapy with a) a traditional healer with a traditional patient, b) a Caucasian and eclectic therapist (author) with a Kenyan client, and c) a Caucasian psychoanalyst (*Sifneos*) with a Caucasian patient. As a result, it is shown how each therapist uses interaction categories and modalities pertaining to his own cultural background.

(2) Analysis of context factors in counselling Kenyan clients. Here it is shown how the cultural categories of the tri-dimensional cross-cultural model can explain the therapeutic process considering time frame, time focus and role model.

(3) Psychosexual disorders in Kenyan clients. Cultural differences in psychopathology and treatment of psychosexual disorders are shown considering the cultural concepts of a) sexual focus, b) sexual partner focus, c) gender focus, d) familial core relationship, and e) respect focus. For example, the familial core relationship is in Kenyan clients more hierarchical (grandparents-parents-children) than egalitarian (husband-wife). This can also contribute to the causation of sexual dysfunction, e.g. if elder members of the extended family (parents-in-law) pressurize the son in the form of the production of children - often also coupled with taking over economic responsibility. Since the sexual disorder is not only considered as a disorder between husband and wife but also between two families, the latter may have to be included into the therapeutic process. In this context family therapy needs to prioritize the familial core relationship such that the parents-children relationship is addressed before the husband-wife relationship.

Literatur

- Abel, T.M., Metraux, R. & Roll S.* (1987): (Rev. Ed.) Culture and Psychotherapy (Albuquerque: University of New Mexico)
- Devereux, G.* (1951): Three technical problems in the psychotherapy of Plains Indian patients. In: American Journal of Psychotherapy (5) 411-523
- (1974): Normal und anormal: Aufsätze zur allgemeinen Ethnopsychiatrie (Frankfurt/M.: Suhrkamp)
- (1978): Ethnopsychanalyse: die komplementaristische Methode in den Wissenschaften vom Menschen (Frankfurt/M.: Suhrkamp)
- Ducey, C.P.* (1981): Psychoanalytic theory in cross-cultural perspective. In: Transcultural Psychiatric Research Review (18) 81-104
- Ilechukwu, S.T.C.* (1989): Approaches to psychotherapy in Africans: do they have to be non-medical? In: Culture, Medicine & Psychiatry (13) 419-435
- Kakar, S.* (1985): Psychoanalysis and non-western cultures. In: International Review of Psycho-Analysis (12) 441-448
- Kleinman, A.* (1980): Patients and healers in the context of culture (Berkeley: University of California)
- Levine, R.A.* (1973): Culture, behaviour, and personality (Chicago: Aldine)
- Muensterberger, W.* (1982): Versuch einer transkulturellen Analyse: Der Fall eines chinesischen Offiziers. In: Psyche (10) 865-887
- Panel discussion* (1968): Aspects of culture in psychoanalytic theory and practice. In: Journal of the American Psychoanalytic Association (16) 651-670
- Parin, P., Morgenthaler, F. & Parin-Mathey, G.* (1971): Fürchte deinen Nächsten wie dich selbst: Psychoanalyse und Gesellschaft am Model der Agni in West Afrika (Frankfurt/M.: Suhrkamp)
- (1983): Die Weißen denken zuviel: Psychoanalytische Untersuchungen bei den Dogon in Westafrika (Frankfurt/M.: Fischer)
- Parin, P., Parin-Mathey, G. & Morgenthaler, F.* (1982): Unsere Vorstellungen von normal und anormal sind nicht auf andere Kulturen übertragbar. In: Heinrichs, H.J. (Hrsg.) Das Fremde verstehen: Gespräche über Alltag, Normalität und Anormalität (S. 33-50) (Frankfurt/M.: Qumran)
- Peltzer, K.* (1987): Traditional healing practices and psychosocial health care in Malawi (Heidelberg: Asanger)
- (1989): A model of African socialization: authority, group, body-mind-environment dimensions. In: Peltzer, K. & Ebigbo, P.O. (eds.) Clinical psychology in Africa (S. 130-139) (Enugu: Chuka)
- (1992a): On the development of a psychological discourse in Kenya: psychological awareness, clinical and sociodemographic features of clients at a Nairobi based psychological counseling centre. In: Ethnopsychologische Mitteilungen (7) 146-160.
- (1992b): Sexual problems and psycho-sexual therapy in a Kenyan population. In: Psychopathologie Africaine (24) 55-77
- (1993): Short-term psychotherapy in an African (Kenyan) context. In: Ethnopsychologische Mitteilungen (2) 71-81
- Peltzer, K. & Ebigbo, P.O.* (1989): Introduction to clinical psychology in Africa. In: Peltzer, K. & Ebigbo, P.O. (eds.) Clinical psychology in Africa (S.1-6) (Frankfurt/M.: IKO Verlag)
- Peltzer, K., Weissinger, I., Diallo, J.C., et al.* (1993) Rolle des ausländischen und deutschen Beraters in der psychosozialen Arbeit mit Flüchtlingen. In: Badawi, I. (Hrsg.) Beratung und Therapie im Kontext psychosozialer Arbeit mit Flüchtlingen (S. 33-41) (Stuttgart: Diakonisches Werk)
- Rodriguez Rabanal, C.* (1990): Überleben im Slum: psychosoziale Probleme peruanischer Elendsviertel (Frankfurt/M.: Fischer)
- Roheim, G.* (1932): Psychoanalysis of primitive cultural types. In: International Journal of Psychoanalysis (13) 1-224
- Sifneos, P.E.* (1978): The case of the College student. In: Davanloo, H. (ed.) Short-term dynamic psychotherapy (pp. 149-169) (New York: Medical)
- Tseng, W.S. & Hsu, J.* (1991): Culture and family: problems and therapy (New York: The Hawarth Press)
- Weingarten, E. & Sack, W.* (1976) Ethnomethodologie: die methodische Konstruktion der Realität. In: Weingarten, E., Sack, F. & Schenkein, J. (Hrsg.) Ethnomethodologie (Frankfurt/M.: Suhrkamp)

Adresse des Autors:

Prof. Karl Peltzer
Department of Psychology
University of the North
Private Bag X1106
Sovenga 0727, South Africa

Buchbesprechungen / Book Reviews

Gertraud Reitz, Rolf Schmidts, Thomas Rosky

Das große Buch vom Träumen. Die Bilder unseres Unbewußten nutzen

Weltbild-Verlag, Augsburg 1999, 256 Seiten

Nicht primär für den Wissenschaftler, sondern für den Träumer, der mehr von den nächtlichen Botschaften seines Unbewußten verstehen will, ist das Buch von *Gertraud Reitz, Rolf Schmidts* und *Thomas Rosky* geschrieben. Hundert Jahre nach der Traumdeutung *Freuds* bieten die Autoren - zwei Psychoanalytiker und ein Archäologe - eine allgemeinverständliche und gut lesbare Einführung in das Wesen der Träume, wie es sich aus Sicht der Psychoanalyse heute darstellt. Sie geben dabei der Dynamischen Psychiatrie *Günter Ammons* breiten Raum, so daß das Buch auch zu lesen ist als eine Einführung in die dynamisch-psychiatrische Traumtheorie. Die Wiedergabe zahlreicher Traumbeispiele und ihrer Deutung im Therapieprozeß schafft den Bezug zur therapeutischen Praxis.

Träume haben die Menschen zu allen Zeiten und in allen Kulturen beschäftigt, wie die Autoren mit einem Streifzug durch die Geschichte der Traumdeutung belegen. Die älteste schriftliche Aufzeichnung von Träumen führt uns nach Ägypten in das Jahr 1350 v.Chr., und aus Mesopotamien sind Traumdeutungen auf Tontafeln überliefert. Unterschiedliche Auffassungen über die Traumentstehung sind aus der griechischen Antike bekannt, und Beispiele, wie sich Menschen von ihren Träumen leiten lassen, sind in der *Ilias Homers* ebenso verzeichnet wie in den Büchern des Alten Testaments. In scharfem Gegensatz zur Wertschätzung des Traumes und seiner Bedeutung auch als Therapeutikum in der Antike, grundlegend vermittelt durch das Werk von *Artemidoros*, steht die Verdammung des Traumes im christlichen Mittelalter, da sich in ihnen nach Auffassung der Kirchenväter das Böse dämonischer Mächte mitteile. Erst in der Romantik mit ihrer Entdeckung des Unbewußten kam es zu einer erneuten Wertschätzung der nächtlichen Halluzinationen, die später in der Psychoanalyse *Freuds* systematisiert wurde.

Von den analytischen Traumtheorien stellen die Autoren diejenigen von *Freud, Jung, Boss* und *Ammon* ausführlich dar, da sie jeweils unterschiedliche Gesichtspunkte zum Traumverständnis beitragen, nämlich den Traum als Wunscherfüllung bei *Freud*, als Kompensation des Alltags und Mitteilung archetypischer Themen bei *Jung*, als sinnliches und reales Geschehen bei *Boss* und als Ausdruck verinnerlichter Gruppenbeziehungen bei *Ammon*. Ausgehend von *Freuds* Traum in der Nacht vom 23. auf 24. Juli 1895, der als "Irmis Injektion" bekannt wurde, und der von ihm gemachten Deutung, werden die Grundlagen der bis heute gültigen psychoanalytischen Traumdeutung beschrieben. Dabei verstehen es die Autoren, komplexe Sachverhalte anschaulich darzustellen, so daß sie zugleich einen Abriß wesentlicher Inhalte der Psychoanalyse und ihrer frühen Geschichte geben.

Die Traumforschung *Günter Ammons* und das Konzept der Dynamischen Psychiatrie bilden den theoretischen Hintergrund für die Deutung der Traumbeispiele. Sie zeigen eindrucksvoll, wie ein Traum durch die Gruppenerfahrungen eines Menschen gestaltet wird, aber auch wie ein Traum seinerseits gruppenspezifische Prozesse in Gang setzen kann.

Daß der Traum nicht nur in das Behandlungszimmer des Therapeuten gehört, sondern eine ganz wesentliche Quelle der Kreativität sein kann, belegen die Autoren mit zahlreichen Beispielen. Eine Reihe wissenschaftlicher Entdeckungen wie die der Benzolstruktur durch *Kekulé* und der Relativitätstheorie von *Einstein* gehen auf Träume zurück, und auch Surrealismus und Film sind vom Traumerleben nicht zu trennen; *Buñuel* ist nur einer der Regisseure, die Träume im Medium des Filmes künstlerisch umsetzten. Die Autoren gehen auch darauf ein, inwieweit es typische Traumthemen gibt, die sich weltweit nachweisen lassen, ob Männer anders als Frauen träumen und womit sich Kinderträume beschäftigen. Aus ihrer therapeutischen Erfahrung raten sie, wie mit den eigenen Träumen umzugehen ist, damit sie zu einer Bereicherung des alltäglichen Lebens werden können.

Somit haben die Autoren ein zeitgemäßes Volksbuch der psychoanalytischen Traumlehre verfaßt, das überaus anregend dem Leser die Welt der Träume erschließt. Es ist ein Ratgeber über das Träumen, dem das Kunststück gelingt, im besten Sinne des Wortes auch Bildung zu vermitteln. Hervorzuheben ist die graphische Gestaltung, die einen mit zusätzlicher Freude in diesem gelungenen Buch lesen läßt.

Bernhard Richarz (Berlin)

Günter H. Seidler

Stationäre Psychotherapie auf dem Prüfstand

Intersubjektivität und gesundheitliche Besserung

Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 1999, 268 Seiten

Der Ausspruch, den der Autor seinem Vorwort voranstellt, daß nämlich „Psychotherapie eine professionelle Praxis sei, in deren Umgebung Wissenschaft vorkomme“ (*Michael B. Buchholz*, 1997), drückt die ethische Haltung des Autors aus, seine Verpflichtung gegenüber dieser Praxis (und damit gegenüber den Patienten) und seine Überzeugung, daß Psychotherapie mehr und etwas anderes sei als lediglich die Realisierung von Variablen.

Theoretische Vorarbeit der im Buch beschriebenen empirischen Studie (welche in einer vorhergehenden Version als Habilitationsschrift von der Universität Heidelberg angenommen wurde), ist die kritische Auseinandersetzung *Seidlers* mit zentralen Positionen der Objektbeziehungstheorie und deren Weiterentwicklung zu einer Intersubjektivitätsperspektive mit deren Unzulänglichkeiten und Grenzen.

In seiner Alteritätstheorie beschreibt er die Herausbildung einer reflexiven Selbststruktur, deren Entwicklung in drei Reifestufen über ein genetischentwicklungspsychologisch orientiertes Verständnis hinausgeht, sondern vielmehr in der Begegnung des Individuums mit dem Anderen, dem Fremden, dem Unvertrauten geschieht.

Selbstbezug manifestiert sich so auch immer in interaktiven Akten wechselseitiger Wahrnehmung, Voraussetzung für die Veränderbarkeit der Struktur sind „geronnene“, d.h. zeitlich überdauernde Niederschläge dieses Prozeßgeschehens.

Der Autor weist auf seine Position hin, die einen anderen Strukturbegriff beinhaltet als den der OPD (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik, Arbeitskreis OPD, 1996, deren Mitarbeiter *Seidler* war).

Für den Autor ist die Zentrierung auf das Individuum zu eng, um interaktionelle Prozesse zwischen Personen zu verstehen. Es gehe nicht „um das Selbst in seiner Beziehung zum Anderen“, vielmehr faßt der Autor das Selbst als eine Beziehung zum Anderen auf. Damit fällt es *Seidler* schwer, das Ausgangspostulat der Gegenüberstellung von Selbst und Anderem zu verstehen, für ihn ist das Selbst ein Wechselverhältnis von Ich und dem Anderem.

Als Folge dieser Überlegungen schreibt der Autor der Gruppenpsychotherapie in der stationären Behandlung einen großen Stellenwert zu. Und es ist nicht die Gruppenpsychotherapie allein, sondern auch das Prozeßgeschehen der gesamten Station, das zur Veränderung und zur Strukturgewinnung führt (entsprechend einem Feldgeschehen in der stationären Therapie).

Für die Untersuchung an 76 Patienten der Psychosomatischen Universitätsklinik Heidelberg (ICD-Diagnosen der F-3 bis F-5 Kategorien ohne Eßstörungen mit 64% Persönlichkeitsstörungen als Zweitdiagnose) wurde das Konstrukt Selbstbezug in einem Rating-Verfahren operationalisiert und von zwei unabhängigen Ratern eingeschätzt. Die Einschätzung erfolgte über die Auswertung von videographierten Gruppentherapie-sitzungen.

Um eine Mehrebenenerhebung sicherzustellen, d.h. unterschiedliche Perspektiven von Therapeuten, Patienten und Ratern zu erlangen, wurde eine ganze Reihe von Verfahren, auch etablierter, eingesetzt.

Es konnten nun Strukturveränderungen im Sinne der Zunahme selbstreflexiver Fähigkeiten nachgewiesen werden, einhergehend mit dem Rückgang körperlicher und psychosozialer, mit Einschränkungen auch psychischer Symptome. Interessant ist dieses Ergebnis auch dadurch, daß die stationäre Therapie nur 12 Wochen dauerte.

Der Autor betont jedoch, daß die Erfahrungen länger dauernder Therapien nicht außer acht gelassen werden dürfen, um Fehlinterpretationen zu vermeiden.

Das Buch gefällt wegen der klaren und ausführlichen Darstellung der empirischen Studie, dem ausführlichen Literaturverzeichnis, vor allem aber

wegen des ethischen Anspruches des Autors, daß die Praxis, die Arbeit mit psychisch kranken Menschen Vorrang habe vor wissenschaftlicher Erhebung, daß dennoch aber gemäß dem Ausspruch zu Anfang des Buches Wissenschaft möglich geworden ist.

So ist das Fehlen eines randomisierten, kontrollierten Untersuchungsdesigns zugunsten einer naturalistischen Studie durchaus kein „Wermutstropfen“, wie es *Harald J. Freyberger* in seinem Geleitwort des Buches bedauert. Recht geben wir *Freyberger* jedoch damit, daß er die Lektüre des Buches als einen Gewinn für jeden Psychotherapeuten bezeichnet.

Man kann dem Buch, das viele kluge und kritische Gedanken zur Psychotherapie in Forschung und Praxis enthält, nur viele Leser wünschen.

Gerhild Sandermann (München)

Friedrich-Wilhelm Eickhoff (Hrsg.)
Jahrbuch der Psychoanalyse 41

Frommann-holzboog Verlag, Stuttgart-Bad Cannstatt 1999, 240 Seiten

Das Jahrbuch der Psychoanalyse 1999 beinhaltet unterschiedlichste Themen verschiedener psychoanalytischer Schulrichtungen, welche das breitgefächerte Spektrum psychoanalytischen Denkens und Forschens widerspiegelt und für den Leser eine anregende Vertiefung seiner psychoanalytischen Erkenntnisse verspricht. Im folgenden werden die Artikel kurz referiert.

Im ersten theoretischen Beitrag interpretiert die Tochter *Fairbairns*, *Ellinor Fairbairn Birtles*, das Werk ihres Vaters hinsichtlich seiner philosophischen Grundlagen. Die psychoanalytische Theorie der Objektbeziehungen stützt sich bei *Fairbairn* demnach auf eine moderne intersubjektive Konzeption und ihrer philosophischen Wurzeln *Hegels* und *Aristoteles*. Der Mensch ist hier ein Wesen, das sich in seiner Identität durch den Anderen erkennt. Die Autorin versteht *Fairbairns* Objektbeziehungstheorie als realitätsbezogen und die sozialen Einflüsse auf die Entwicklung des Menschen mitberücksichtigend und stellt diesen Ansatz den Thesen *Melanie Kleins* gegenüber, die sie als intrapsychisch orientiert und auf Universalien statt auf reale Menschen gerichtet bezeichnet.

Im zweiten theoretischen Beitrag von *Willfried Ruff* wird die Frage nach dem Zustandekommen ethischer Werte erläutert. *Freuds* Konzept des Über-Ichs zur Beurteilung eigenen Handelns aufgrund internalisierter Ver- und Gebote der Primärobjekte wird ausgeführt sowie die neuere Säuglingsforschung, welche darlegt, daß ein Kind schon im präverbalem Entwicklungszustand die Fähigkeit besitzt nicht nur intensiv mit der Bezugsperson zu kommunizieren, sondern auch eigenes Verhalten zu beurteilen und auch differenziert handeln zu können. Die Fähigkeit der

Urteilsbildung, die mit der Unterscheidung von Selbst und Objekt einhergeht, stellt für den Autor die Grundbedingung für ethisches Handeln des Menschen dar, welches sich in der Verantwortlichkeit seines Tuns äußert.

Die Autorin *Jaqueline Amati Mehler* setzt sich in ihrem klinischen Beitrag mit kreativen Prozessen und ihrer Entstehung auseinander. Ausgehend von gängigen Kreativitätstheorien untersucht sie an einem Fallbeispiel das komplizierte Zusammenspiel primär- und sekundärprozeßhafter Erlebnisweisen, die bei der Entstehung von Kreativität eine Rolle spielen. Den Schwerpunkt kreativer Entwicklung führt sie auf erlebte sensorische Erfahrungsmuster zurück. Die Autorin geht unter anderem der oft diskutierten und komplexen Frage nach, ob Kreativität aus der Freiwerdung eines blockierten Selbst entsteht oder ob die Blockierung des Selbst kreative Prozesse eher verhindert.

Mit der Beziehung von Ich und Über-Ich befasst sich die englische Autorin *Edna O`Shaughnessy*. Sie beschreibt den Konflikt, der entsteht, wenn die Kommunikation eines destruktiven Über-Ichs des Patienten eine spiegelbildliche Reaktion beim Analytiker hervorruft. Das heißt, es kommt im gegenseitigen Interaktionsprozeß zu bewußten und unbewußten Entwertungen. *Bion* hat diese Formen des Über-Ichs als eine neidische Behauptung von moralischer Überlegenheit ohne irgendeine Moral beschrieben. Sein Ziel ist die Zerstörung selbst. Die ihr zugrundeliegende depressive Charakterstruktur ist dadurch gekennzeichnet, daß sie das (innere) Objekt zerstört und verliert und damit ein destruktives Über-Ich an deren Stelle setzt.

Das Thema der Langeweile wird von *Rudolf Bensch* psychoanalytisch betrachtet. Neben trieb- und ichpsychologischem Verständnis über die Langeweile bezieht der Autor in einer Fall-Vignette objektbeziehungstheoretische Betrachtungen mit ein. Langeweile entsteht demnach aus Beziehungslosigkeit zwischen zwei Subjekten. Die von ihm geschilderte Patientin internalisierte eine beziehungslose tote Mutter, ohne sich jedoch mit dem Verlust einer lebendigen Mutter abzufinden. Da ein Trauerprozeß nicht möglich war "mauerte" sich die Patientin in ihrer Kindheit in der Leblosigkeit ein und gestaltete so auch die Begegnung mit ihrem Therapeuten, der sich daraus folgend in der Gegenübertragung langweilte.

Mit dem Beitrag zur Geschichte der Psychoanalyse von *Ernst Federn* steht die Fokussierung der Ich-Störung und das Wesen des Narzißmus im Mittelpunkt. Nachdem *Freud* sich mit dem Ich nicht weiterführend beschäftigte und zur Erforschung des Ichs auf das Studium der Psychosen hinwies, leitete *Federn* eine neue Richtung psychologischen Denkens ein, die u.a. von *Hartmann, Kohut und Ammon* weitergeführt und modifiziert wurden.

Federn betrachtete den Menschen vor allem als ein soziales Wesen, welches sich in der Gemeinschaft entwickeln könne. Neben dem Ich-Gefühl habe der Mensch daher ein Wir-Gefühl. Der Grund der kurzlebigen

Ichstörungen ist seiner Auffassung nach ein zu großes Ichgefühl, Geisteskrankheiten entstehen dagegen aus einem Mangel an Ich-Gefühl.

In jüngster Zeit wurden die Schriften *Ferenczis* und deren biografische Bezüge zu seiner Vater-Übertragung zu *Freud*, wie sie sich in den Analysen manifestierten, wiederentdeckt, wie es im vorliegenden Buch beschrieben wird.

Ein ähnliches Revival erlebt der Psychoanalytiker *Ludwig Binswanger* (1881-1966). Der Vertreter der Daseinsanalytiker um *Medard Boss* überrascht in seinem Denken heute, wenn er sich mit Themen sexueller Androgynität oder der Diskussion der operativen Geschlechtsumwandlung Transsexueller auseinandersetzt. Sein Denken beschäftigte sich mit der Entstehung früher psychischer Strukturen und seiner Grenzlinien von Normalität und Pathologie und rührt an eine Diskussion, die bis heute geführt wird, wenn es z.B. darum geht, homosexuelle Lebensformen gleichberechtigt heterosexueller Identität gegenüber zu stellen.

Binswanger betrachtete die Daseinsanalyse unter dem Einfluß der *Heideggerschen* Philosophie als ergänzend zum *Freudschen* Denken für Psychoanalyse und Psychiatrie. Damit löste er sich vom Verständnis von *Medard Boss*, der die Daseinsanalyse als deutlich abgegrenzt von der Schule *Freuds* sah.

Der mit psychotischen Patienten arbeitende Analytiker entwickelte ein dialogisches Verständnis der therapeutischen Beziehung und schloß sich damit seinen Kollegen der frühen Psychotherapieforschung der Schizophrenie an wie *Benedetti*, *Fromm-Reichmann*, *Sullivan* u.a.

Die Themen des vorliegenden Buches sind weitgestreut mit theoretischen und klinischen Beiträgen sowie Beiträgen zur Geschichte der Psychoanalyse. Die Kapitel sind in einer anschaulichen Sprache geschrieben, die Inhalte erschließen sich dadurch dem Leser auf eingängliche Weise.

Birgit Cujass (München)

Siegfried Bettighofer

Übertragung und Gegenübertragung im therapeutischen Prozeß

Kohlhammer Verlag, Stuttgart 1998, 157 Seiten

Der Autor, Lehranalytiker und Supervisor in München, betont schon im Vorwort, daß mittlerweile die „hilfreiche Beziehung zwischen Analytiker und Patient“ als entscheidender Wirkfaktor psychoanalytischer Therapie neben der analytischen Deutung allgemein anerkannt ist. In diesem Kontext kommt der Arbeit mit Übertragung und Gegenübertragung eine zentrale Bedeutung zu. Das von ihm entwickelte Übertragungs- und Beziehungsmodell wird in seinem komplexen Zusammenspiel mit der Person und der

Gegenübertragung des Analytikers im vorliegenden Buch untersucht und ausführlich dargestellt.

Anschließend an die Darstellung des historischen Übertragungsbegriffs leitet der Autor über auf sein erweitertes Konzept von Übertragung und Gegenübertragung. Anhand zahlreicher Fallbeispiele aus der analytischen Praxis (auch bekannter Psychoanalytiker wie *Leon Wurmser*, *Michael Ermann* und anderer) wird aufgezeigt, wie Therapeut und Patient in gemeinsamer Interaktion zur Entwicklung der Übertragungsbeziehung beitragen. Selbst bei sogenannter „Neutralität“ (*Bettighofer* zitiert Analytiker, die vor den Sitzungen ihren Ehering ausziehen, um die Übertragung nicht zu stören!) wird der Therapeut mit seiner Einstellung dem Patienten gegenüber Teil des „neurotischen Dramas“, denn die Werthaltungen und Lebenskonzepte des Analytikers werden unbewußt vermittelt.

Unter Verlagerung des Schwergewichts analytischer Arbeit auf die Bearbeitung von Konflikten im Hier und Jetzt der aktuellen Beziehung wird die Psychoanalyse nach Ansicht *Bettighofers* zur Beziehungskonflikttherapie. Der Analytiker sollte sich selbst als Person und sein Involviertsein in den Beziehungskontext anerkennen und den direkten, persönlichen Kontakt zum Patienten in den Vordergrund stellen.

Der Autor diskutiert aber auch die Konzepte von Widerstand und Agieren unter dem Aspekt der Subjektivität und natürlichen Affektivität des Analytikers. Er hält die Spontaneität in der analytischen Arbeit und die emotionale Offenheit des Therapeuten für wesentliche Faktoren einer guten therapeutischen Beziehung. Vor diesem Hintergrund hält er auch den ursprünglichen analytischen Neutralitäts- und Abstinenzbegriff für überholt und spricht (nach *Thomä* und *Kächele* 1988) eher von „Wertoffenheit“ und „Bedachtsamkeit“.

In der Bedeutung der tragfähigen therapeutischen Beziehung wie auch in der Betonung der Wichtigkeit der Persönlichkeit des Therapeuten, seiner ethischen und menschlichen Werte und seiner Lebensvorstellungen, kommt die Vorstellung des Autors nahe an die dynamisch-psychiatrische Konzeption *Günter Ammons* heran. Insgesamt zeigt das Buch damit auch die auf dem Hintergrund der Objektbeziehungstheorie und der Bindungsforschung stattgehabte Weiterentwicklung der Psychoanalyse hin zu einer Analyse von Beziehungen. Diese sind allerdings überwiegend Zwei-Personen-Beziehungen, gruppenspezifische Zusammenhänge läßt das ansonsten sehr ausführliche und umfassende Werk vermissen.

Ulrike Fabian (München)

Helmut Volger (Hrsg.)
Lexikon der Vereinten Nationen

R. Oldenbourg Verlag, München, Wien, 2000, 775 Seiten

Das von *Dr. Volger* herausgegebene Lexikon der Vereinten Nationen, das kürzlich beim Oldenbourg Verlag erschienen ist, ist das Ergebnis langjähriger Forschung und Beschäftigung mit der Geschichte und der Bedeutung der Vereinten Nationen in unseren Tagen. Es scheint kein Zufall zu sein, daß das Buch jetzt, Anfang des Jahres 2000 erscheint, sondern ein symbolischer Ausdruck der Hoffnung, die der Autor - und mit ihm viele andere - mit dem zunehmenden Prestige und der wachsenden Rolle der UNO verknüpft.

Wie *Kofi Annan*, Generalsekretär der Vereinten Nationen, in seinem Vorwort bemerkt, „zieht (das Lexikon) eine Bilanz der Erfolge und Rückschläge in mehr als einem halben Jahrhundert und zeigt gleichzeitig, wie die Vereinten Nationen das Leben der Menschen überall auf der Welt in vielfältiger Weise berühren. Es hat sich zum Ziel gesetzt, präzise und umfassende Informationen nicht nur über die neueren Entwicklungen und Reformbemühungen im System der Vereinten Nationen zu liefern, sondern auch über die wachsenden globalen Chancen und Herausforderungen, die die Arbeit der Organisation beeinflussen.“

Das Lexikon verdankt seinen beachtlichen Umfang den 168, meist mehrseitigen Artikeln, die von 86 Autoren verfaßt wurden und eine ausführliche, aber konzentrierte Information zu den behandelten Themen geben; ihnen folgt jeweils eine kurze Literaturliste, so daß dem interessierten Leser die Vertiefung des Themas leicht gemacht wird. Die Themenvielfalt ist beträchtlich: Geschichte, Struktur der Vereinten Nationen, Friedenssicherung, Abrüstung, nationale UNO-Politik verschiedener Länder, humanitäre, juristische und finanzielle Aspekte, wichtige Konferenzen, Friedens- und Sicherheitsaktionen und vieles mehr. Das Buch wird ergänzt durch die amtliche deutsche Fassung der Charta der Vereinten Nationen von 1973, einer Liste der Mitgliedsstaaten der Vereinten Nationen, sowie einer Adressenliste deutscher Bibliotheken und anderer Informationsmöglichkeiten sowie der dreisprachigen UN-Institutionen, ebenfalls mit dem Ziel, weitere Informationen für den Leser zu erleichtern.

Es ist eine Widerspiegelung des Hauptinteresses des Autors, daß das Stichwort „Menschenrechte“ in 14 Titeln beinhaltet ist und fast 1/10 des Lexikonumfangs ausmacht. Denn *Volger* geht es um viel mehr als um eine enzyklopädische Sammlung informativer Texte über die UNO. Für ihn verkörpern die Vereinten Nationen, „so unvollkommen (sie...) auch in ihren Strukturen und ihren Entscheidungsprozessen sein mögen,... noch am ehesten den Konsens der Weltgemeinschaft“. Als solche vertreten sie ein Gruppenprinzip, das „zu kreativen Problemlösungen führt“, ebenso wie die Utopie „Weltmeinung“ und Ausdruck eines demokratischen Prinzips der Völker der Erde zu sein. Denn die „nationalstaatliche Perspektive“ sei „an

der Schwelle zum nächsten Jahrtausend" anachronistisch (Einleitung des Herausgebers). In einem Zeitalter, in dem globale Konflikte und Entwicklungen, rapide weltweite Kommunikation und übernationale wirtschaftliche und politische Interessen das Schicksal der Menschheit bestimmen, sind ethische Werte wie Solidarität und Menschlichkeit zukunftsweisend und unverzichtbar. Weltfrieden, Wohlstand, Würde und Grundrechte des Menschen sind Werte und Zielsetzungen, die in der Charta der Vereinten Nationen festgelegt sind. Die Nationen, die sich in ihr „nach dem Grundsatz der souveränen Gleichheit aller Mitglieder" (Artikel 2 der Charta, S. 676) zusammengeschlossen haben, um „künftige Geschlechter vor der Geißel des Krieges zu bewahren" (Präambel, S. 676), bilden die Organisation der Vereinten Nationen, die Verantwortung und ethische Prinzipien verteidigen und - in der Zukunft immer mehr - auch durchsetzen soll dort, wo kriegerische Konflikte und Destruktivität drohen. In ihrem Briefwechsel kamen bereits *Einstein* und *Freud* überein, daß mit dem Völkerbund „ein Versuch vorliegt, ... die Autorität die sonst auf dem Besitz der Macht ruht, durch die Berufung auf bestimmte ideelle Einstellungen zu erweitern" (*Freud: Warum Krieg?*, 1932). Der ethische Grundpfeiler solcher „ideellen Einstellungen", der Begriff der Menschenrechte, ist in *Volgers* Buch zentral. Es sind die Rechte, die jedem Menschen allein aufgrund seines Menschseins zukommen. Sie sind vorstaatlicher Qualität, d.h. der Staat kann sie nicht gewähren. Er muß sie „vielmehr gewährleisten, also sein Handeln an ihnen ausrichten und der Freiheitsbetätigung des Einzelnen Raum geben". Die so verstandenen Menschenrechte sind „Normen des (zwischenstaatlichen) Völkerrechts" (S. 324) und begründen die Staatenverantwortlichkeit für „Verletzung des Aggressionsverbots als Musterbeispiel für bedeutende Verstöße gegen den Weltfrieden und die internationale Sicherheit" (S. 23). Die Beschäftigung mit der Abrüstung bekommt jetzt, zu Beginn des 21. Jahrhunderts, den Charakter einer „Wissenschaft, die sich dem Ziel des Friedens verpflichtet fühlt" (S. 12). Globale Themen, wie der Schutz der Umwelt, der Minderheiten, des kulturellen Erbes der Völker, der Kinder, der Gesundheit usw. leiten sich aus demselben Prinzip gemeinsamer ethischer Verantwortung der Staatengemeinschaft ab.

Die zentrale Beschäftigung mit der ethischen Verantwortung der UNO und ihrer Mitgliedsstaaten, das Gruppenverständnis der Staatengemeinschaft, das Interesse für deren Gruppendynamik und den Umgang mit destruktiver, kriegerischer Aggression, zeigen den Autor als Schüler *Günter Ammons*. Ein wesentlicher Teil von *Ammons* Werk war der unbewußten Dynamik der Gruppen und ihrer Friedensarbeit gewidmet, die implizit ist in der gruppendynamischen Arbeit mit der- ursprünglich konstruktiven, aber durch pathogene Einflüsse destruktiv gewordenen - Aggression. Menschliche Entwicklung ist implizit auch Friedensarbeit: „Eine... Aufgabe ist es, daß jeder Mensch seine persönliche Friedensfähigkeit stärkt durch Kreativierung und Erotisierung seiner ihm gegebenen Lebenszeit". Auf der

politischen Ebene sind für *Ammon* „Frieden und Aggression... zu einer Frage des (Über)Lebens geworden... Friedensfähigkeit und Frieden schaffen sind kontinuierliche Prozesse, mit denen behutsam umgegangen werden muß" (*Ammon: Frieden und Aggression*, 1984). Ebenfalls zentral für *Ammon* waren die ethischen Werte im Denken und Handeln vom Menschen, aber auch von größeren menschlichen Gruppen und Gemeinschaften.

In diesem neuen Jahrhundert müssen globale Probleme beispiellosen Ausmaßes im Mittelpunkt der Beschäftigung nicht nur jedes politisch Denkenden stehen, sondern auch der Staatengemeinschaft, deren Repräsentant die Vereinten Nationen sind. Denn die „heutige Situation" - schreibt *Kofi Annan* in seinem Vorwort - bietet „sowohl Gefahren als auch Chancen für unsere Hoffnung auf Weltfrieden und Wohlstand. Die Ausbreitung demokratischer Grundsätze schafft mehr Freiheit denn je". Und er empfiehlt *Volgers* Buch als eine wertvolle Quelle nicht zuletzt (den) jungen Menschen, die die nächste Generation prägen werden" - und darüber hinaus all denjenigen, die „dazu beitragen möchten, im 21. Jahrhundert eine bessere und gerechtere Welt für alle Menschen zu schaffen".

Egon Fabian (München)

Nachrichten / News

Arbeitstreffen der Teilnehmer der Multicenter Studie in der Klinik Mengerschwaige vom 23. bis 30. Januar 2000

Wissenschaftler aus St. Petersburg, Moskau und Tel Aviv, darunter auch der WADP-Präsident Prof. *Modest M. Kabanov*, kamen für eine Woche nach München, um das Forschungs-Design der Multicenter-Studie weiter auszuarbeiten und weitere Fragen zur Zusammenarbeit zu erörtern.

Nach vorangegangenen Arbeitstreffen, die bereits 1999 in Hamburg und Bern stattgefunden hatten, erarbeiteten nun die Teilnehmer einige zentrale Aspekte bezüglich des Zeitplans und der Methodik der Multicenter Studie. Hierzu einigten sich die Professoren *Kabanov*, *Wied*, *Alexandrovskij*, *Poloshij* und *Tyano* sowie Dr. *Kon* zusammen mit der Präsidentin der DAP, Frau *Maria Ammon* und der Klinik-Forschungsleiterin Frau Dr. *Ilse Burbiel* sowie den Diplom-Psychologinnen *Gisela Finke* und *Gerhild Sandermann* auf die folgenden Punkte:

In der Studie werden zwei therapeutische Ansätze, nämlich die dynamisch-expressive Therapie und die supportive Therapie, miteinander verglichen. Nichtverbale Formen wie die Tanz-, Reit-, Mal- und Musik-Therapie (die sogenannten expressiven Techniken) sind in dem psychodynamischen Setting enthalten. Es werden zwei Patientengruppen untersucht, klassifiziert nach ICD 10 (ICD-Check-Listen IDCL): F 60.31 (Borderline-Persönlichkeit) und F 20.. - F. 29. (Schizophrenie, Psychotische Störungen...).

Bis jetzt nehmen verbindlich fünf Zentren aus drei verschiedenen Ländern teil: Aus Israel die Zentren Shalvata und Mazra, aus Rußland Moskau und St. Petersburg sowie aus Deutschland München. Zentren in Polen (Krakau) und Ungarn (Pecs) sind ebenfalls sehr an einer Teilnahme interessiert, Professor *Jerzy Alexandrowicz* konnte diesmal am Treffen nicht teilnehmen. Insgesamt werden 440 Patienten in die Studie eingeschlossen. Das bedeutet bei einem zu kalkulierenden Drop-Out von einem Drittel, daß mindestens 660 Patienten untersucht werden müssen.

Die Behandlungsdauer wird für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen auf mindestens 3 Monate festgesetzt (stationäre Therapie oder Tagesklinik); für Patienten, die an Schizophrenie leiden auf mindestens 2 Monate. Aus ethischen Gründen wird eine maximale Therapiedauer nicht festgelegt. Art der Psychotherapie, „Dosis“ und Dauer sollen genau dokumentiert werden. Wenn die Patienten nach der Entlassung aus der Klinik (im Katamnesezeitraum) eine ambulante Weiterbehandlung bekommen, muß ebenfalls das Setting (Art der Therapie, Frequenz) beschrieben werden.

Jeder Patient erhält die Medikation gemäß Indikation. Bei psychotischen Erkrankungen werden die neuen atypischen Neuroleptika (wie Olanzapin, Risperidon) empfohlen. Als Antidepressiva gelten die modernen SSRI (Serotonin-selective Reuptake-Inhibitoren) Substanzen (wie Maprotilin,

Mianserin) als Mittel der Wahl. Die Medikation muß auf einem einheitlichen Datenblatt dokumentiert werden hinsichtlich der Substanzen, Dosierung (mg/Tag) und Dauer.

Im März 2000 startet eine 6-monatige Pilot-Phase mit 5 - 6 Patienten (2 - 3 aus jeder Diagnosegruppe), in welcher die Methodik, die Untersuchungsverfahren und die Organisation getestet werden können. Der Hauptteil der Studie soll dann Ende 2000 starten. Meßzeitpunkte sind Aufnahme, Entlassung sowie 12 und 24 Monate nach der Entlassung.

Am Rande dieses Arbeitstreffens diskutierten Prof. *Poloshij* zusammen mit Frau Dipl.-Psych. *Gisela Finke* und Herrn Dipl.-Psych. *Gerhard Wolfrum* den Fortgang des gemeinsamen ethnokulturellen Forschungsprojektes sowie Fragen des Datenaustausches, auch im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit dem Ich-Struktur-Test nach Ammon (ISTA). Das kulturelle Rahmenprogramm rundete die intensive Arbeitswoche ab und vertiefte die menschlichen Beziehungen.

Gisela Finke, Gerhard Wolfrum (München)

Besuch einer Delegation aus Orenburg (Ural) in der Klinik Mengerschwaige vom 23. bis 30. April 2000

Im Rahmen des Kooperationsvertrages mit der Russischen Psychotherapeutischen Association (RPA) besuchten Dr. *Sergeij Babin*, der Leiter der psychotherapeutischen Abteilung des städtischen Krankenhauses Orenburg sowie Dr. *Michael Schlafer*, stellvertretender Chefarzt für die klinische Arbeit sowie Dr. *Lev Portnov*, stellvertretender Chefarzt für Gutachtenwesen und Geschäftsführer des bezirkspsychiatrischen Krankenhauses Stariza die Klinik Mengerschwaige für eine Woche, um Dynamische Psychiatrie und insbesondere Milieuthérapie in der Praxis kennenzulernen. Dieser Besuch fand im Gegenzug zur Einladung von Oberarzt Dr. *Egon Fabian* und Dipl.-Psych. *Maria Rettenberger* aus der Klinik Mengerschwaige nach Orenburg im Dezember 1999 statt.

Die bezirkspsychiatrische Klinik Stariza ist eine 1000-Betten-Klinik mit mehreren Abteilungen und Gebäudekomplexen und ist die größte Klinik im Umkreis von Orenburg. Im Rahmen des RPA-Vertrages soll hier im Herbst 2000 eine Dynamisch-Psychiatrische Abteilung eröffnet werden. Die Gäste aus Rußland überreichten die russische Übersetzung der Broschüre "Milieuthérapie in Psychiatry, Psychotherapy and other Therapeutic and social Institutions" von Dr. *Bernhard Richarz* und Dipl.-Psych. *Monika Dworschak*, eine Veröffentlichung, die als WHO-Richtlinie konzipiert wurde. Desweiteren überbrachten sie der Klinik Mengerschwaige Tanz- und Musik-Selbsterfahrungs-Videos von Ärzten und Psychologen aus dem Umkreis von Orenburg, die erstmals an einer derartigen Selbsterfahrung im Dezember 1999 teilgenommen hatten.

Die drei Besucher aus Orenburg nahmen aktiv an den milieutherapeutischen Aktivitäten der Klinik sowie an der Tanz- und Musiktherapie teil. Zusammen mit der Milieugruppe halfen sie mit bei der Neugestaltung des sogenannten Philosophenweges. Arbeitsbesprechungen dienten Fragen der weiteren konkreten Zusammenarbeit hinsichtlich Ausbildung und Forschung; hierzu wurden auch Fragen des Einsatzes des Ich-Struktur-Tests nach Ammon (ISTA) diskutiert.

Maria Rettenberger (München)

Wissenschaftlicher Arbeitsbesuch im Serbski-Forschungszentrum Moskau vom 22. bis 29. März 2000

Eine kleine Delegation von Mitarbeitern der Klinik Mengerschwaige und des Münchner Lehr- und Forschungsinstitutes der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) waren für eine Woche im Nationalen Serbski-Forschungszentrum für soziale und forensische Psychiatrie in Moskau eingeladen, um die im Rahmen des bestehenden Kooperationsvertrages zwischen dem Serbski-Zentrum, der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) und der Klinik Mengerschwaige begonnenen Arbeitsprojekte weiterzuentwickeln und weitere Perspektiven zu diskutieren. Dies betraf vor allem eine Studie zu den ethnokulturellen Unterschieden zwischen Rußland und Deutschland sowie die weitere Zusammenarbeit bei Einsatz und Weiterentwicklung des Ich-Struktur-Tests nach Ammon (ISTA) in seiner russischen Version.

Schwerpunkt des gemeinsamen ethno-kulturellen Forschungsprojektes ist es, den Stellenwert der ethnischen Herkunft, die Verbundenheit mit religiösen und mythischen Traditionen und kulturbedingter Rollenverteilungen in der Familie im Hinblick auf die Identitätsentwicklung der Patienten zu untersuchen. Hypothese ist, daß diese Werte im Vielvölkerstaat Russland bedeutsamer sind als in Deutschland, möglicherweise hier aber zunehmend bedeutsamer werden. Hierzu wurden mit einem speziellen Fragebogen am Serbski-Institut über 400, in der Klinik Mengerschwaige 290 Patienten untersucht. Das Projekt soll bis zum nächsten WADP-Kongreß abgeschlossen werden, geplant ist eine Buchveröffentlichung der Ergebnisse in russischer und deutscher Sprache.

Die russische Version des ISTA wurde allein in Moskau von 411 Patienten mit Diagnosen aus dem gesamten ICD-10 Spektrum durchgeführt. Es ist nun möglich, auch hinsichtlich des ISTA die deutschen und die russischen Daten mit einer sehr großen Fallzahl und damit hoher Reliabilität zu vergleichen. Interessant ist, daß auch ISTA-Ergebnisse einer Gruppe von Wolga-Deutschen zur Verfügung stehen.

Im Rahmen der Arbeitsgespräche hatten Frau Dipl.-Psych. *Gisela Finke*, Frau Dr. *Anette Binder* und Dipl.-Psych. *Gerhard Wolfrum* auch

Gelegenheit, die verschiedenen Kliniken und Abteilungen von Professor *Aleksandrovsky*, Prof. *Poloshij* und Prof. *Churkin* kennenzulernen. Das 1921 gegründete Nationale Serbski-Forschungszentrum steht seit etwa zehn Jahren unter der Leitung von Frau Prof. *Dimitrieva*; es gilt als das größte Psychiatrie-Zentrum Rußlands und verfügt über zwölf Kliniken mit insgesamt zwanzig Forschungsabteilungen.

Gerhard Wolfrum (München)

Klausurtagung – Paestum – 19.-29.4.2000 zum Thema: "Was macht eine Gruppe zur Gruppe?" Leitung: Dr. Schmidts

Vom 19. bis zum 29. März 2000 fand in Paestum in der Casa Ammon der DAP eine Klausurtagung unter der Leitung von Dr. *Schmidts* unter dem Thema "Was macht eine Gruppe zur Gruppe" statt. Schon am Vorabend fanden sich alle 29 Teilnehmer ohne vorherige Absprache zusammen und dokumentierten die Bedeutung des Festes für die gesamte Tagungszeit - sicherlich auch beeinflusst durch das bevorstehende Osterfest.

Die erste gemeinsame Begegnung erleichterte den einzelnen Teilnehmern den Einstieg in die erste Gruppensitzung, in der die Frage nach der Motivation der einzelnen Teilnehmer im Zentrum stand. Die Großgruppe teilte sich auf in eine Selbsterfahrungsgruppe von 19 Teilnehmern unter der Leitung von Dr. *Schmidts* und Frau *Sandermann*, in eine Lerngruppe (zwecks gemeinsamer Vorbereitung auf Prüfungen) unter der Leitung von Frau *Sommer* und in eine Kindergruppe.

Der Gruppenbildungsprozeß lief sehr schnell ab: In den ersten beiden Tagen zeigten sich Angst, Widerstand und Eifersucht bei der Auseinandersetzung über die Arbeitsverteilung, es zeigten sich Paarbildungsphänomene im Sinne des von *Bion* beschriebenen Widerstandes und Konflikte zwischen den Generationen, aber auch Mann und Frau. Die Gesamtgruppe zeigte ein breites Spektrum hinsichtlich Alter und Beruf, vielleicht trug dies zu einem schnellen Gruppenbildungsprozeß und vielfältiger Kreativität bei.

Die Differenzierung der Beziehung untereinander förderte die Bildung von Untergruppen, alle Untergruppen wurden durch die täglichen Tanzsitzungen in die Großgruppe integriert und schöpften daraus ihr kreatives Potential: Immer wieder wurde spontan gesungen, sich gegenseitig Musik für die Tänze ausgewählt, ungewöhnlich oft ohne Musik getanzt. In Pompeii wurde die antike Stadt durch eine Führung in verteilten Rollen wieder lebendig.

Die Kinder hatten einen wesentlichen Anteil an den vielfältigen Ausdrucksmöglichkeiten und dem Zusammenhalt der Gruppe. Zum Osterfest töpfereten sie für jeden Teilnehmer und verbanden ihr Thema, die Aeneis, in einer Bildergeschichte unbewußt mit dem Prozeß der Gruppe.

Den Kindern gelang es auch, in der Abschlusssitzung die Themen Kreativität und Fest noch einmal darzustellen indem sie ihre Geschichte vorführten und jedem der Teilnehmer ein gemaltes Bild zum Abschied schenkten.

Auf der theoretischer Ebene wurde der Gruppenprozeß begleitet durch die intensive Seminararbeit unter dem Leitthema "Was macht eine Gruppe zur Gruppe?". Dr. Schmidts stellte in zwei Vorträgen zur Großgruppe Ergebnisse seiner gegenwärtigen Forschungsarbeit vor, ein Thema, das er unter dem Aspekt des Mythos in einer zukünftigen Klausurtagung bearbeiten will.

*Daniel Senekovic, Katharina Weikl, Sarah Feine, Wolfgang Berns,
Eva Viechtbauer (München)*

Die Redaktion freut sich, daß die ambulante Theatertherapie, die von der Münchner Psychoanalytikerin Frau Ingeborg Urspruch seit etwa 20 Jahren geleitet wird, auch in der Münchner Öffentlichkeit mit einer Preisverleihung Anerkennung für ihre kreative Arbeit gefunden hat. Wie auch in diesem Heft hat Frau Urspruch bereits mehrfach zum Thema der Theatertherapie in unserer Zeitschrift veröffentlicht und nimmt mit diesem Milieuprojekt Bezug auf eine frühere Veröffentlichung. Die Redaktion

Preisverleihung an die ambulante Theatertherapiegruppe im Münchner Rathaus

Die Theatertherapiegruppe Labyrinth konnte gemeinsam mit ihrer Leiterin, der Münchner Psychoanalytikerin Frau *Ingeborg Urspruch*, mit großer Freude den Preis der Stadt München für besondere persönliche Leistungen im Bereich der Hinterhofgestaltung entgegennehmen. Hierzu war die Gruppe am 18.5.2000 in den Großen Sitzungssaal des Münchner Rathauses eingeladen. Die Auszeichnung wurde Frau *Ingeborg Urspruch* und Herrn *Robert Obermayer* als Vertreter der Theatertherapiegruppe vom zweiten Bürgermeister, Herrn *Hez Monatzeder*, überreicht.

Die Theatertherapiegruppe integriert in ihren Inszenierungsprozeß von literarischen Theaterstücken seit längerer Zeit milieutherapeutische Projekt- und Kunstprojektgestaltungen. Auf diese Weise entstand die jetzt mit einem Preis der Stadt München gewürdigte Gestaltung des Hinterhofes in der Münchner Dreimühlenstraße 15.

Die Theatertherapiegruppe befand sich im prozeßhaften Abschluß der für alle Mitglieder als sehr bedeutend erlebten Inszenierung des Theaterstücks "Ein Engel kommt nach Babylon" von *Friedrich Dürrenmatt*, das mehrfach öffentlich aufgeführt worden war. Die Gruppe konnte sich von diesem Stück nur schwer trennen und fand trotz aufwendiger Suche zunächst kein neues adäquates Theaterstück.

Frau *Urspruch* schreibt hierzu: "Wir hatten zu dieser Zeit gerade ein kleines Häuschen - von uns "villa piccola" genannt - in einem Münchner Hinterhof für unsere Proben angemietet, und ich beschloß zusammen mit der Gruppe, vorerst mit der Theaterarbeit auszusetzen und uns der Ausgestaltung des Hinterhofes zu widmen. Wir begannen mit der Bepflanzung, bei der jeder nach Neigung seine Pflanzen mitbrachte und einpflanzen konnte. Parallel dazu diskutierten wir ein Konzept für die Gesamtgestaltung und suchten die übergeordnete Idee, die wir hier verwirklichen wollten. Ideen kamen: Wasser, Wasserspiele, Klang- und Windspiele, Abbildungen des Andromedanebels oder der Erde an der Hauswand vom All aus gesehen, entsprechend den Photographien in dem wunderbaren Buch "Der Heimatplanet", in dem die ersten internationalen Astronauten die Erde beschrieben haben als buntes Kleinod im Dunkel des Alls (herausgegeben von *Kevin W. Kelly* im Auftrag der Association of Space Explorers). Die kosmische Dimension des Engels aus *Dürrenmatts* Stück inspirierte uns ebenso, da wir uns in der Zeit der Inszenierung dieses Stücks mit der Arbeit von *Ammon* über Religiosität und *Dürrenmatts* Schriften beschäftigt hatten. Eine weitere Dimension unserer Inspiration war die griechische Kunst und Mythologie, die wir uns ausgehend vom Erleben der Teilnahme der gesamten Theatertherapiegruppe an einer gruppenspezifischen Klausurtagung in Paestum und im Zusammenhang mit der Inszenierung des Stückes "Lysistrate" von *Aristophanes* vertiefend angeeignet haben. So gerüstet nahmen wir ein vorbereitetes Modell unseres Hinterhofes zu einem Milieuthérapeutischen Wochenende mit. Gemeinsam trugen wir im Gruppengespräch - um das Modell herum -, verbunden mit gleichzeitigen zeichnerischen Entwürfen einzelner Mitglieder der Gruppe unsere Elemente zusammen: Die Idee einer Rundbank zur Kommunikation und zum Verweilen, eine Bühne mit griechischen Masken, Masken aus aller Welt, kleine Mosaikbrunnen, die wir schon fertiggestellt hatten, wie auch einen Tänzerinnenbrunnen. Wir blieben damit vorerst auf der Ebene des schönen Ausgestaltens, bis dann für die Dimension des Kosmischen obeliskhafte Säulen entworfen wurden. Und plötzlich überspannten das Ganze kosmische Fäden aus Silberdraht. Und anstelle der Masken entwarfen wir ursprüngliche Menschen- und Tierdarstellungen in Lebensgröße, in Anlehnung an archaische Höhlenmalereien. Die Umsetzung und Formgebung unseres Entwurfes war dann gar nicht einfach, besonders die Bearbeitung des Elements Metall, was wir noch nie getan hatten. Aber eine Gruppe kann vieles. Im Gestaltungsprozeß verwandelten sich die obeliskhaften Säulen noch einmal zu einer überlebensgroßen, stilisiert-angedeuteten Menschengestalt, was wir mit den darüber freischwebenden Silberdrahtfäden unser "Kosmisches Monstrum" nennen" (*Ingeborg Urspruch* 1998): Die kreativ-künstlerische Dimension der humanstrukturellen Theatertherapie. In: *Dyn. Psychiat.* (31).

Der Hinterhof ist ein Ort der Begegnung geworden, in dem Feste, Flohmärkte und kleine Aufführungen veranstaltet werden. "Für uns ist es

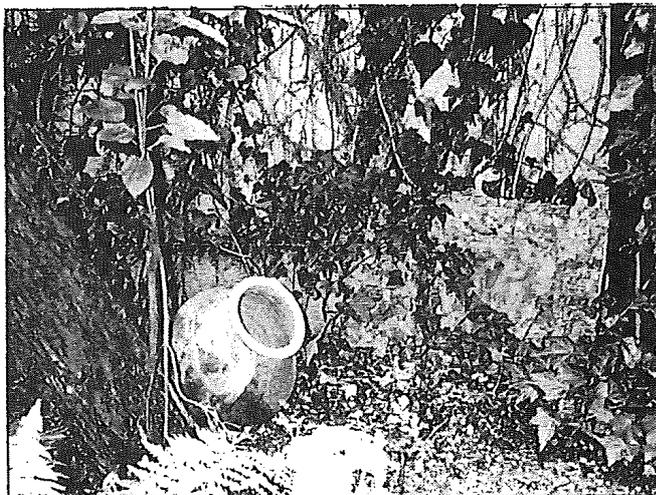
unser Kunstwerk, symbolhaft dargestellter innerer Erlebnisprozeß, in Form gegossene innere Wirklichkeit, verbunden mit all dem, was uns Inspiration war" (Zitat a.a.O.). Deshalb freuen wir uns besonders, daß wir mit diesem Preis eine Anerkennung bekommen haben, die, ähnlich wie unsere Aufführungen der Theaterstücke, dieses Kunstprojekt öffentlich gemacht hat und wir damit im Dialog bleiben mit gleichgesinnten, insbesondere künstlerisch orientierten Menschen.

Theatergruppe Labyrinth (München)

URKUNDE

Die Landeshauptstadt München
verleiht gemäß Beschluß des
Stadtrates vom 28. März 2000

der
Theatergruppe Labyrinth



einen PREIS für
die vorbildliche persönliche
Leistung bei der Gestaltung des
Hofraumes im Anwesen

Dreimühlenstraße 15

München, den 10. Mai 2000

C Uebe

OBERBÜRGERMEISTER



Überreichung der Urkunde durch Herrn Bürgermeister Monatzeder



Die Theatertherapiegruppe Labyrinth mit ihrer Leiterin, der Psychoanalytikerin Frau Ingeborg Urspruch, am 18.05.2000 im Münchner Rathaus anlässlich der Preisverleihung



„Kosmisches Element“

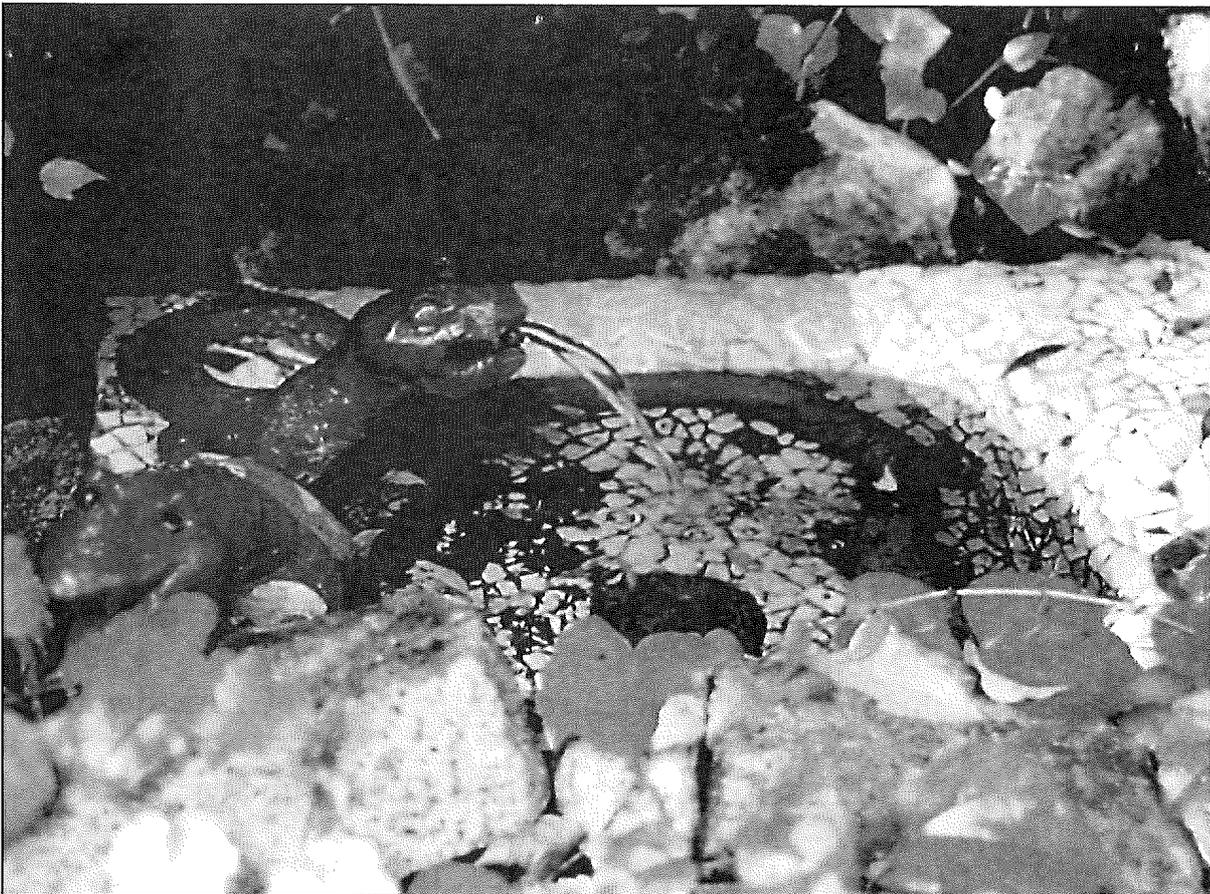
Impressionen aus dem
Hinterhof der „villa piccola“





Tänzerinnenbrunnen (Ausschnitt)

Tänzerinnenbrunnen



Schlangenbrunnen

Ankündigungen / Announcements

3. Deutsche Nikotin-Konferenz

Veranstalter: Deutsche Gesellschaft für Nikotinforschung e.V. (DGNF)
 Titel: Rauchen bei Kindern und Jugendlichen:
 Lungenerkrankungen als Folge des Rauchens
 Ort: SAS Radisson Hotel, Erfurt
 Datum: 19.-20. Mai 2000
 Information: Deutsche Gesellschaft für Nikotinforschung e.V. (DGNF),
 Johannesstr.85-87, 99084 Erfurt, Tel.: +49-361-6450810
 e-mail: haustein@dgnf.de

33. Internationales Trainingsseminar für Gruppendynamik

Veranstalter: Österreichischer Arbeitskreis für Gruppentherapie und
 Gruppendynamik
 Titel: global - gruppal - personal
 Ort: Congress Centrum Alpbach, Österreich
 Datum: 27. Mai - 1. Juni 2000
 Information: Hilde Steinböck, Lenaugasse 3, A-1080 Wien,
 Tel.: +43-1-4053993 Fax: +43-1-405399320
 e-mail: alpbach@oeagg.at www.oeagg.at

112. Gruppendynamische Tagung der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.

Titel: Gruppendynamik der Kreativität
 Veranstalter: Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.
 Leitung: Dr. med. Egon Fabian
 Ort: Tagungszentrum der DAP in Peastum (bei Salerno/Süditalien)
 Zeit: 2.-12 Juni 2000
 Information: Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für
 Psychoanalyse (DAP) e.V.
 LFI München, Goethestraße 54, 80336 München
 Tel.: 089 - 539674, Fax: 089 - 5328837
 LFI Berlin, Kantstraße 120/121, 10625 Berlin
 Tel.: 030 - 3132698, Fax: 030 - 3136959

31st Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research

Title: Return to the Beginning
 Location: Indian Hills Resort, Chicago, Illinois, USA
 Date: June 21-23, 2000
 Information: John F. Clarkin, Ph.D., Executive Officer Society for Psychotherapy Research, New York Hospital-Cornell Medical Center, Westchester Division, 21 Bloomingdale Road, White Plains, NY 10605 USA,
 Tel.: +1-914-997-5911, Fax: +1-914-682-6964
 e-mail: jclarkin@med.cornell.edu

Steprather Symposium

Titel: Visionen in der Psychosenpsychotherapie
 Veranstalter: Beratungsstelle für Psychotherapie e.V.
 Ort: Haus Steprath, Nordrheinwestfalen
 Datum: 23.-25. Juni 2000
 Information: Freie gemeinnützige Beratungsstelle für Psychotherapie e.V., Berliner Allee 32, 40212 Düsseldorf
 Tel.: +49-211-8800099 Fax: +49-211-8800097

WPA – Thematic Conference & Introductory Course on Legal and Forensic Psychiatry

Titel: Legal and Forensic Psychiatry
 Location: Hotel Eurobuilding, Madrid, Spain
 Date: June, 23–26, 2000
 Information: Tilesa OPC, S.L. Londres, 17, 28028 Madrid, Spain
 Tel.: +34-9113612600, Fax: +34-913559208
 e-mail: forensic@tilesa.es <http://www.tilesa.es/forensic>

2nd World Congress Positive Psychotherapy

Chair: Nossrat Peseschkian, M.D. Ph.D., President of the International Center for Positive Psychotherapy inc.
 Organization: International Center for Positive Psychotherapy (ICPP)
 Title: Psychotherapy for the 21st Century
 Location: Kurhaus Wiesbaden - Germany
 Date: July 5 - 9, 2000
 Information: ICPP International Center for Positive Psychotherapy, Head Office and Congress Secretariat, An den Quellen 1, D-65183 Wiesbaden
 Tel.: +49 - 611 - 373707 Fax: +49 - 611 - 39990
 e-mail: ICPP.HeadOffice@t-online.de

Dortmund-Hemeraner Tage für Biologische Psychiatrie

Ort: Dortmund/Hemeran
 Datum: 18. - 19. August 2000
 Information: Priv.-Doz. Dr. M. Lasar, Westfälisches Zentrum für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik - Universitätsklinik und Akademisches Lehrkrankenhaus, Marsbruchstraße 179, 44273 Dortmund, Tel.: +49-231-4503319

The 14th International Congress of the International Association of Group Psychotherapy

Title: The Spirit of Groups 2000 - From Conflict to Generative Dialogue
 Location: Jerusalem Convention Center, Jerusalem, Israel
 Date: 20-25 August, 2000
 Information: Dan Knassim Ltd. P.O. Box 1931, Ramat Gan 52118, Israel
 Tel.: +972-3-6133340 Fax: +972-3-6133341
 e-mail: team1@congress.co.il <http://www.congress.co.il>

113. Gruppendynamische Tagung der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.

Titel: Androgynität III
 Veranstalter: Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.
 Leitung: Dipl. Psych. Maria Ammon
 Ort: Tagungszentrum der DAP in Peastum (bei Salerno/Süditalien)
 Zeit: 20.-30. August 2000
 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

43rd International Institute on the Prevention and Treatment of Dependencies

Organization: The International Council on Alcohol and Addictions (ICAA)
 Title: Demand Reduction in Practice
 Location: Gulf Resort Hotel, Bahrain
 Date: 3-8 Septembre, 2000
 Information: ICAA/CIPAT, Case postale, CH 1001 Lausanne, Switzerland
 Fax: +41-21-3209817
<http://www.icaa.ch>

European Congress of Psychotherapy

Organization: FEAP Federación Española de Asociaciones de Psicoterapia;
IFP International Federation for Psychotherapy; EFP
European Federation for Psychotherapy
Title: Psychotherapy in a unified Europe
Location: Barcelona
Date: September 6 - 9, 2000
Information: Secretaria técnica-Mensa Molinos Relaciones Públicas,
Portal de l'Angel 4, 08002 E - Barcelona
Tel.: +34 - 93 - 3016578 Fax: +34 - 93 - 3016578
e-mail: mensa-molinos@bcn.servicom.es

15. Internationaler Kongreß für Hypnose

Veranstalter: Milton Erickson Gesellschaft für Klinische Hypnose
(M.E.G.)
Titel: Moderne Hypnose im Gesundheitsdienst
Ort: Ludwig-Maximilians-Universität München
Datum: 2.-10. Oktober 2000
Information: Milton Erickson Gesellschaft (M.E.G.)
Konradstraße 16, D-80801 München
Tel./Fax: +49-89-34029720
e-mail: 106004.127@compuserve.com

5th Congress of the International Wernicke-Kleist-Leonhard Society

Title: New Perspectives of Psychiatric Nosology
Location: Congress Center in the Maritim Hotel Würzburg, Germany
Date: October 5 - 7, 2000
Information: Ernst Frenzek, MD. Department of psychiatry University
of Würzburg, Fuchsleinstraße 15, D-97080 Würzburg
Tel.: +49 - 931 - 203317 Fax: +49 - 931 - 203429
e-mail: franzek@mail.uni-wuerzburg.de

1. Südwestdeutsches Notfallsymposium

Ort: Mannheim-Rosengarten
Datum: 20. - 21. Oktober 2000
Information: MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg AG,
Zerzabelshofstraße 29, 90478 Nürnberg
Tel.: +49-911-39316-16 Fax: +49-911-3931666
e-mail: mcn@mcn-nuernberg.de
<http://www.mcn-nuernberg.de>

10th Congress of the Association of European Psychiatrists

Title: Growing Together in Diversity
 Location: Prague Congress Centre
 Date: October 28 - November 1, 2000
 Information: AEP Congress Organisers (Kenes), P.O.B. 50006 Tel Aviv
 61500, Israel
 Tel.: +972 - 3 - 5140018/9 Fax: +972 - 3 - 5140077
 e-mail: AEP2000@kenes.com // www.kenes.com/aep

Quality of Life in Psychoneurology

Organization: Ministry of Public Health of Russia and the
 V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute
 (St. Petersburg)
 Location: V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute, St.
 Petersburg, Russia
 Date: 4-6 December, 2000
 Information: V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute: 3,
 Bekhterev Street, St. Petersburg, 193019, Russia
 Tel.: +7-812-5677128 Fax: +7-812-5677127
 e-mail: spbinstb@infopro.spb.su

Inaugural World Conference

Organization: World Federation for Mental Health
 Title: The Promotion of Mental Health and Prevention of Mental
 and Behavioral Disorders
 Location: The Carter Center, Atlanta, Georgia
 Date: December, 5-8, 2000
 Information: World Federation for Mental Health, 1021 Prince Street,
 Alexandria, VA 22314, USA
 Fax: +1-703-519-7648 e-mail: prevent.mtg@yahoo.com

*13th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry
 WADP inc. Bern
 XXVIth International Symposium of the German Academy for
 Psychoanalysis (DAP) e.V.*

Leitung: Modest M. Kabanov (Präsident der WADP) und
 Maria Ammon (Präsidentin der DAP)
 Thema: Die Bedeutung der Gruppe für Krankheit und Gesundheit
 Ort: Ludwig-Maximilians-Universität München
 Datum: 13. - 17. März 2001

Information: Münchner Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.,
Goethestraße 54, 80336 München
Tel.: +49 - 89 - 539674/75 Fax: +49 - 89 - 5328837
e-mail: lfi-muenchen@dynpsych.de // www.dynpsych.de

Lilly Schizophrenia Reintegration Awards

Für herausragende Verdienste um die Reintegration von Patienten in die Gesellschaft

Einsendeschluß: 31. Juli 2000

Weitere Informationen: Fleishman-Hillard Germany GmbH
Lilly Schizophrenia Reintegration Awards 2000
Frau Bärbel Mattka,
Hanauer Landstraße 182c, Frankfurt am Main
Tel.: +49-69-405702376, Fax: +49-69-94411326

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)

Abonnenntenabteilung/Subscription Management: Dipl. Ing. Werner Schütz,

Kantstraße 120/121, D-10625 Berlin

Manuskripte nimmt die Redaktion/Manuscripts should be sent to:

Hauptschriftleitung/Address of the editorial staff:

Dipl. Psych. Maria Ammon, Kantstraße 120/121, D-10625 Berlin

Mitglieder der Redaktion/Members of the editorial staff:

Dipl. Psych. Maria Ammon, Dr. med. Anette Binder, Dr. phil. Ilse Burbiel, Dipl. Psych. Gabriele von Bülow, Dr. med. Dorothee Doldinger, Dipl. Psych. Monika Dworschak, Dr. med. (Univ. Tel Aviv) Egon Fabian, Dr. med. Ulrike Fabian, Mag. theol. Malte Heidemann, Dipl. Psych. Gudrun Klak, Dr. phil. Gertraud Reitz, Dr. med. Bernhard Richarz, Dipl. Psych. Sylvelin Römisch, Dipl. Psych. Gerhild Sandermann, Dipl. Psych. Gerhard Wolfrum.

Die veröffentlichten Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Manuskripte werden in Deutsch und Englisch in dreifacher Ausfertigung entgegengenommen, deren Umfang nach Möglichkeit 20 doppelzeilige Schreibmaschinenseiten nicht überschreiten soll. Das Manuskript soll eine Zusammenfassung von mindestens zwei doppelzeiligen Schreibmaschinenseiten in Deutsch oder Englisch enthalten. Die Literaturangaben müssen jenen in diesem Heft entsprechen. Arbeiten können nur ohne Zahlung von Honorar zur Veröffentlichung entgegengenommen werden. Bilder und graphische Darstellungen können nur auf Kosten des Autors mitgedruckt werden. Der Autor erhält kostenlos 5 Beleghefte.

In der Regel dürfen nur Arbeiten eingereicht werden, die vorher weder im In- noch im Ausland veröffentlicht worden sind. Der Autor verpflichtet sich, sie auch nachträglich nicht an anderer Stelle zu publizieren.

Mit der Annahme des Manuskripts und seiner Veröffentlichung geht das Verlagsrecht für alle Sprachen und Länder einschließlich des Rechts der photomechanischen Wiedergabe oder einer sonstigen Vervielfältigung an den »Pinel« Verlag für humanistische Psychologie und Philosophie GmbH München über. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Fotos etc. wird keine Haftung übernommen.

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

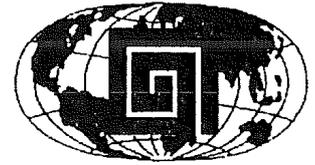
The authors's opinion does not necessarily reflect the opinions of the editorial staff. Manuscripts (three copies), each limited to 20 double-spaced typed pages, will be accepted German and English. All manuscripts must have a summary in either German or English (minimum two double-spaced typed pages). Literary reference should be adapted to those in the journal. There can be no remuneration for contributions. Pictures and graphic illustrations are printed at the author's own expense. The author receives 5 voucher copies of the journal.

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

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

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

**13th WORLD CONGRESS OF THE WORLD ASSOCIATION FOR
DYNAMIC PSYCHIATRY WADP INC. BERN
XXVIth INTERNATIONAL SYMPOSIUM OF THE GERMAN
ACADEMY FOR PSYCHOANALYSIS (DAP) E.V.**



The Importance of the Group in Health and Illness

March 13 - 17, 2001, Munich, Germany

Preliminary Announcement of the International Congress

Both the 13th World Congress of the WADP and the XXVIth International Symposium of the German Academy for Psychoanalysis will take place in March 2001 in Munich. We already would like to invite you.

Die Bedeutung der Gruppe in Gesundheit und Krankheit

13. - 17. März 2001, München, Deutschland

Vorankündigung des Internationalen Kongresses

Im März 2001 findet in München der 13. Weltkongreß der WADP statt, der zugleich das XXVI. Internationale Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) ist. Wir möchten Sie hierzu schon heute herzlich einladen.

Präsident WADP
Modest M. Kabanov, St. Petersburg

Präsidentin DAP
Maria Ammon, Berlin/München

Informationen erhalten Sie an den Lehr- und Forschungsinstituten der Deutschen Akademie für Psychoanalyse in München und Berlin.

Münchner Lehr- und Forschungsinstitut der
Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.
Goethestraße 54. 80336 München
Telefon (089) 539674 /-75, Telefax (089) 5328837
e-mail: lfi-muenchen@dynpsych.de
<http://www.dynpsych.de>

Berliner Lehr- und Forschungsinstitut der
Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.
Kantstraße 120/121. 10625 Berlin
Telefon (030) 3132893, Telefax (030) 3136959
e-mail: lfi-berlin@dynpsych.de