

# Dynamische Psychiatrie

Begründet  
von  
Günter Ammon

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse

33. Jahrgang  
3.-4. Heft 2000  
ISSN 0012-740 X

Heft 182/183

# Dynamic Psychiatry

***Schizophrenie und Borderline-Störungen IV***

## Aus dem Inhalt:

*Gerhard Wolfrum*

Traum und Entwicklungsprozesse in der Gruppenpsychotherapie

*Tamás Tényi, Róbert Herold, Kata Lénárd, Mátyás Trixler*

Psychodynamic Psychiatry in the Light of Recent Infant Research. The Flash and the Senses of the Self

*Giovanni Caracci*

Using DSM IV Cultural Formulation to enhance psychodynamic Understanding

*Georg Kress, Thomas Bihler*

Der transkulturelle Aspekt der psychischen Genesung in der Mal- und Filmtherapie der Klinik Menterschwaige

*Maria Simon, Kata Lénárd, Tamás Tenyi, Mátyás Trixler*

An Art-Therapy Group with Chronic Schizophrenic Out-Patients

»Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH Berlin

# Dynamische Psychiatrie / Dynamic Psychiatry

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

33. Jahrgang, 3./4. Heft 2000, Nr. 182/183

Begründet von Günter Ammon,  
herausgegeben von Maria Ammon unter Mitarbeit von  
F. Antonelli, Rom – L. Bellak, New York – B. Buda, Budapest – I. Burbiel, München –  
A. Carmi, Haifa – R. Ekstein, Los Angeles – Th. Freeman, Antrim – A. Garma, Buenos  
Aires – F. Hansen, Oslo – I. Jakab, Pittsburgh – M.M. Kabanow, St. Petersburg –  
M. Knobel, Campinas – A. Lambertino, Parma – U. Mahlendorf, Santa Barbara –  
A. Mercurio, Rom – L. Miller de Paiva, São 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

<i>Gerhard Wolfrum</i>	
Traum und Entwicklungsprozesse in der Gruppenpsychotherapie	209
<i>Tamás Tényi, Róbert Herold, Kata Lénárd, Mátyás Trixler</i>	
Psychodynamic Psychiatry in the Light of Recent Infant Research. The Flash and the Senses of the Self	224
<i>Giovanni Caraxxi</i>	
Using DSM IV Cultural Formulation to enhance psychodynamic Understanding	245
<i>Georg Kress, Thomas Bibler</i>	
Der transkulturelle Aspekt der psychischen Genesung in der Mal- und Filmtherapie der Klinik Menterschwaige	257
<i>Maria Simon, Kata Lénárd, Tamás Tenyi, Mátyás Trixler</i>	
An Art-Therapy Group with Chronic Schizophrenic Out-Patients	282
<i>Bernarad Stritib, Miran Možina</i>	
Social Work with Psychiatric Patients in Slovenia: The Dialect between Controll Strategy and Strategy of Help	299
<i>Monika Braun, York Müller-Leutloff</i>	
Das körperliche Symptom als Identitätsabwehr bei einem Borderline-Patienten	312
<i>Gertraud Reitz, Thomas Hessel</i>	
Erfahrungen und Ergebnisse aus der Arbeit in den Wohngemeinschaften der Dynamischen Psychiatrie	327
<i>Renate Splete</i>	
Gruppendynamisches Arbeiten in Wohngemeinschaften der Dynamischen Psychiatrie	337
<i>Albrecht Göring</i>	
Gruppendynamische Aspekte gesellschaftlicher Ausgrenzungsprozesse	346
Buchbesprechungen / Book Review	356
Ankündigungen / Announcements	362

# Traum und Persönlichkeitsentwicklung in der analytischen Gruppenpsychotherapie \*\*

Gerhard Wolfrum (München) \*

Continuing the publication about "Dreams as Indicator of Unconscious Processes in Psychoanalytic Group" of 1994 the paper presents a new investigation of the process of group psychotherapy with dreams which are told within the group. Again Ammon's concept of the dream as an ego- and group function is theoretical basis. The author examines the hypothesis that the retrieval of ego- and personality development in the psychotherapy is reflected also in content and quality of dreams. It will be examined by means of description of the dreams told within the group, now with the focus on the field of group process of a borderline patient and his development in the field of the group. Most important point of view is the human function of inner and outer ego-demarcation in the therapeutic process of a borderline patient and his development in the field of the group. Considerations about the role of paranoia are discussed.

Auf dem 10. Weltkongress der WADP im Oktober 1994 in St. Petersburg stellten wir eine Arbeit vor, die sich mit der Bedeutung der in die Gruppentherapie eingebrachten Träume als Indikatoren des unbewußten Entwicklungsprozesses der Gruppe beschäftigte. Hierzu wurden über einen Zeitraum von einem Jahr alle in die gruppenpsychotherapeutischen Sitzungen eingebrachten Träume dokumentiert, in ihrer Bedeutung im Hinblick auf primärprozeßhaftes und sekundärprozeßhaftes Geschehen hin untersucht und der Frage nachgegangen, inwieweit sich hierin zunehmender Strukturgewinn des einzelnen und der gesamten Gruppe widerspiegelt.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit dem Traumprozeß und der Persönlichkeitsentwicklung eines Gruppenmitgliedes und ist vor dem Hintergrund der Borderline-Problematik auf die Ich-Abgrenzung fokussiert. Theoretische Ausgangsbasis der Untersuchung ist Ammons Konzeption des Traums als Ich- und Gruppenfunktion (Ammon 1974). Er betrachtet den Traum als eine besondere Form des Denkens und damit als Ich-Funktion, die uns Aufschluß gibt über den derzeitigen Ich-Zustand und die Ich-Struktur des Träumenden. Er gab damit dem Traumgeschehen innerhalb seines Humanstrukturmodells, seiner Gruppendynamik-Konzeption und seines impliziten Verständnisses von Persönlichkeitsentwicklung einen neuen Stellenwert.

Während Freud als Pionier der Traumforschung den Traum als „via regia“ zum Unbewußten als „Versuch einer Wunscherfüllung“ (Freud 1900) bezeichnet, vertieften Nachfolger und jüngere Theoretiker seine ursprünglichen Ansätze. Angel Garma (1966) erweiterte Freuds triebtheoretische Konzeption um eine ich-psychologische Dimension. Er postulierte, daß in

\* Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut, Psychoanalytiker, Mitarbeiter des Münchner LFI der DAP und der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige 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 23. März 1999 an der Humboldt-Universität Berlin

allen Träumen frühe traumatische Situationen wiederhergestellt werden, die Wunscherfüllung lediglich sekundär sei und die Traumanalyse Aufschluß über die Ich-Zustände des Träumenden geben könne. *Wilhelm Stekel* (1911/1935) wies als erster Theoretiker auf den Prozeßcharakter der Träume hin und betonte, daß diese in Serien gedeutet werden müßten. Besonderen Wert legte er auf die Bedeutung der Beziehungsebene: „Dem Traumdeuter entgeht meistens der wichtigste Teil des Trauminhalts, der sich auf das Verhältnis des Patienten zum Arzt bezieht“. Der *Klein- und Bion-Schüler* *Donald Meltzer* (1988) interpretiert das Traumgeschehen als aktives, wenn auch unbewußtes Denken und ist der Ansicht, daß die Träume die Bewältigung emotionaler Erfahrungen dienen. Er knüpft hier an *Freud* an, der bereits in seiner *Traumdeutung* (1900) ausführt: „Der Traum ist im Grunde nichts anderes als eine besondere Form unseres Denkens, die durch die Bedingungen des Schlafzustandes ermöglicht wird“. Die Schlußfolgerung *Ammons*, den Traum als eine Funktion des Ichs zu verstehen, liegt damit nahe, wobei *Ammon* das Verständnis einer gruppenabhängigen Persönlichkeitsentwicklung hinzufügt. Persönlichkeits- und Ich-Entwicklung werden im wesentlichen von den Bedingungen der umgebenden Gruppendynamik bestimmt. Je nach Qualität der Familienatmosphäre und des damit verbundenen sozialenergetischen gruppendifamynamischen Feldes kann diese überwiegend konstruktiv verlaufen und zu einer gesunden Persönlichkeitsentwicklung führen. Sie kann aufgrund überwiegend destruktiver sozialenergetischer Prozesse aber auch Arretierungen in der Ich-Entwicklung und damit schwere Schädigungen der Persönlichkeit oder aufgrund mangelnder Sozialenergie große Erfahrungsdefizite und damit Defizite in der Persönlichkeitsstruktur zur Folge haben, die dann die nachholende Ich-Entwicklung im Rahmen einer wiedergutmachenden therapeutischen Erfahrung notwendig machen. Unter dem Aspekt einer gruppenbezogenen Entwicklung und der besonderen Bedeutung der zwischenmenschlichen Beziehung in *Ammons* Denken und Konzeption liegt der Gedanke nahe, daß sich nachholende Ich- und Persönlichkeitsentwicklung auch in den Inhalten und der Qualität von Träumen widerspiegeln müßte.

In seinem Reader "Psychoanalytische Traumforschung" (1974) bezieht sich *Ammon* besonders auf *Federns* Konzeption der "Ich-Grenze" als Vorläufer des Konstruktions der „Abgrenzung“, der eine wesentliche Funktion für die Traumbildung zukommt. *Anzieu* (1971) verweist innerhalb einer Gruppentherapiegruppe auf die Notwendigkeit einer "gemeinsamen Gruppenspannung": Erst wenn die Gruppe sich selbst als kohärentes Gebilde nach außen abgrenzen kann, kann sie die Funktion einer als Traumhintergrund dienenden Ich-Grenze übernehmen. In der Weiterentwicklung dieser Gedanken betont *Ammon* die Signalfunktion, die das Auftauchen von Träumen im therapeutischen Prozeß hat: Sie zeigen, daß die Gruppe als Ganze bzw. das Ich des Einzelnen sich abgrenzen kann und daher ein Zugang zur unbewußten Dynamik des Traumgeschehens

möglich wird (Ammon 1974). Nach Ammon ist "der Traum, der in die Gruppe gebracht wird, immer ein Gruppentraum, insofern nämlich, als er anzeigt, daß die Gruppe Träume zuläßt und ermöglicht", was in einer zerfallenen Gruppe nicht möglich ist. Dabei ist die Interpretation des gruppendiffusiven Aspekts im Traumgeschehen "eine Voraussetzung dafür (...), den im Traum inszenierten Identitätskonflikt als Konflikt in einer Gruppe zu verstehen, in der die Dynamik der Primärgruppe, der aktuellen Lebensgruppe und der therapeutischen Situation einander überlagern und durchdringen" ... "Die Aspekte der Ich-Funktion des Traumes, die "Ich-Grenze" (im Sinne von Federn) bzw. "Ich-Autonomie" (i. S. v. Rapaport) sind dabei mit der Dynamik der umgebenden Gruppe unmittelbar verbunden. Der Einzelne kann seine Ich-Identität nur in der Abgrenzung von der umgebenden Gruppe gewinnen. Die Internalisierung kohärenter Gruppengrenzen als eigene Ich-Grenze des Träumenden ist eine entscheidende Voraussetzung für die eigene Identitätsentwicklung. Der in die Gruppe eingebrachte Traum zeigt die Entwicklung konstruktiver, d.h. flexibler Abgrenzungsfähigkeit sowohl nach außen, gegenüber der Gruppe und deren Mitgliedern, als auch nach innen, zur Welt des Unbewußten und der verinnerlichten Gruppen, an. Dabei ist der Aufbau flexibler Ich-Grenzen eine entscheidende Voraussetzung für eine gelingende Identitäts-Entwicklung" (Ammon 1974).

Das Anliegen der vorliegenden Arbeit besteht darin, in Ammons Verständnis von Gruppenpsychotherapie den prozeßhaften Verlauf der in die Gruppe eingebrachten Träume zu verfolgen - unter der Hypothese, daß sich Persönlichkeitsentwicklung unter dem Aspekt der Identitätsentwicklung, Selbstverwirklichung und Befreiung aus symbiotischer Arretierung und ödipaler Konfliktdynamik im eingebrachten Traumgeschehen als Persönlichkeits-Strukturgewinn widerspiegelt. Auf dem Wege der Befreiung aus symbiotischen Übertragungs-Dynamiken hin zu eigener Persönlichkeits-Entwicklung wird dabei der Humanfunktion der Ich-Abgrenzung besondere Aufmerksamkeit gewidmet.

Während die Arbeit von 1994 anhand der Gruppenträume die Oszillation der Gesamtgruppe zwischen einem eher primärprozeßhaften, archaisch-symbiotischen Geschehen und einer eher sekundärprozeßhaften, ödipalen Ebene beschrieb, wurden jetzt die Traumsequenzen der einzelnen Gruppenmitglieder in ihrem Verlauf betrachtet. Dabei wurde deutlich, daß Inhalt und Frequenz der berichteten Träume spezifisch den aktuellen Stand der Persönlichkeitsentwicklung des einzelnen Gruppenmitgliedes charakterisieren. Exemplarisch wurde jetzt ein Borderline-Patient ausgewählt, in dessen Traumentwicklung das Ringen um den Aufbau eigener Ich-Grenzen und damit einer Persönlichkeitsentwicklung im eigenen Recht am deutlichsten sichtbar wird.

*Darstellung des Gruppenprozesses und der eingebrachter Träume*

Die damals (1999) seit zehn Jahren bestehende analytische Psychotherapiegruppe hatte zu Beginn des Beobachtungszeitraumes zehn Mitglieder - fünf Männer und fünf Frauen im Alter von 27 bis 48 Jahren bei einem statistischen Altersmittel von 35 Jahren. Die Mehrzahl der Gruppenmitglieder hatte Abitur, die Hälfte ein abgeschlossenes Studium, alle waren berufstätig. Diagnostisch und strukturell gesehen bewegten sich die meisten im Borderline-Spektrum.

Zu Beginn des Beobachtungszeitpunktes wurde das Gruppengeschehen auf der unbewußten Ebene vom Thema verdeckter Eifersucht und ödipaler Rivalität, der damit verbundenen destruktiven Aggression und dem Versuch der Befreiung aus verinnerlichten Lebensverboten beherrscht. Dies drückte sich vor allem darin aus, daß eine Vielzahl von Träumen vor allem sexuelle Inhalte hatte. So träumte beispielsweise das jüngste, weibliche Gruppenmitglied von einem Souterrain-Raum, das sie als ihr altes Zimmer im Haus der Eltern identifiziert und wo die Eltern das Gitter über dem Fenster entfernen - sie erlebt dies als sehr befreiend und träumt wenig später, daß sie ihrem Uni-Professor die vorgeschlagene Diplomarbeit vorlesen will, jedoch mit der Sekretärin Vorlieb nehmen muß, weil der Professor mitteilen läßt, bei der ersten Besprechung sei zuviel Erotik im Spiel gewesen und die anderen Studentinnen seien schon eifersüchtig geworden.

Ein älteres Gruppenmitglied sah sich im Traum immer wieder ohnmächtig und passiv neben einer idealisierten weiblichen Schönheit, die sexuell aktiv ist. Er selbst muß - statt mit ihr in Kontakt zu kommen - z. B. in einem stinkenden Kanal schwimmen, wiederholt die eigene Wohnung mit Chemikalien von Schimmelpilz befreien und sich schließlich im Traum mit der Ermordung eines Gruppenbruders rächen, weil dieser mehr Kontakt mit dem Leben hat.

Grundsätzlich sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, daß sexuelle Aktivitäten im Traumgeschehen nicht konkret verstanden werden dürfen, sondern immer als generelle, lebensbejahende Öffnung zum Leben und allem Lebendigen hin zu interpretieren sind.

Sowohl der Träumer als auch die Gruppe waren über die Vehemenz der Gefühle erstaunt - im Gruppengeschehen selbst war die tödliche Rivalität bislang kaum sichtbar geworden.

Nach dieser kurzen Charakterisierung der Gruppenatmosphäre soll nun als Protagonisten innerer und äußerer Abgrenzungs-Problematik ein beruflich durchaus erfolgreicher Borderline-Patient beschrieben werden. Seine Problematik äußerte sich lange Zeit in erster Linie in seiner ödipalen Unterwerfungs-Dynamik, der damit verbundenen weitgehenden Abgrenzungs-Unfähigkeit und vor allem im Fehlen jeglicher direkter destruktiver Äußerungen und sei es auch nur im Sinne der Durchsetzung eigener Wünsche und Bedürfnisse. Immer wieder zeigten dies auch die

Ergebnisse des Ich-Struktur-Tests nach Ammon (ISTA): Das Auswertungs-Profil zeigte durchschnittliche Werte in den konstruktiven Qualitäten, hohe Defizite in den anderen Funktionen, insbesondere aber in der Abgrenzung nach außen und innen und ein völliges Fehlen der destruktiven Qualitäten in allen Humanfunktionen mit Ausnahme der Angst.

Nach außen hin zeigte sich der Patient angepaßt, erst im direkteren Kontakt wurde die passive Aggression, die permanente Angstspannung, der Leidensdruck des Patienten und die daraus resultierende Therapiemotivation spürbar. Ebenso wie in der Familie kumpelte er einerseits mit der weiblichen Koleiterin, andererseits fürchtete er von ihr oder der ganzen Gruppe vereinnahmt zu werden. Die Anwesenheit des männlichen Gruppentherapeuten war ihm nicht geheuer. Und ebenso wie er den häufig abwesenden Vater fürchtete, wünscht er sich Kontakt zu diesem und endlich einmal Anerkennung seiner Person und seiner Leistungen. In dieser Zerrissenheit zwischen den beiden Eltern entwickelte er psychosomatische Symptome bis hin zu einer diagnostizierten Oligospermie, was den Teufelkreis seiner Selbstwertproblematik, seine borderline-hafte Standpunktslosigkeit und die damit verbundene Abgrenzungsunfähigkeit verstärkte.

Lange Zeit war er in der Therapiegruppe der Repräsentant einer massiven Abgrenzungsproblematik, stets fühlte er sich in der für Borderline-Patienten charakteristischen Weise innerlich zerrissen, ohne eigenen inneren Standpunkt zwischen Vater, Mutter und eigenen Bedürfnissen hin und her geworfen. Er konnte auch deshalb lange Zeit nicht von zu Hause ausziehen und erst sehr spät eigene Lebensschritte vollziehen. Der jüngeren Schwester unterwarf er sich, als sei er der jüngere, männlich aggressive Durchsetzung fehlte ihm über lange Zeit fast völlig.

An seiner Arbeitsstelle übertrug er immer wieder seine Mutterproblematik auf die Chefin, was zu einigen Beeinträchtigungen in der Zusammenarbeit führte. Mit seiner kreativ-künstlerischen Begabung hatte er sich jedoch mittlerweile ein befreites Gebiet geschaffen, in dem er sich ausdrücken kann und wodurch sein Selbstwertgefühl gestärkt wurde. Als entscheidender Wendepunkt seiner Therapie zeigte sich rückblickend die Entscheidung, eine öffentliche Ausstellungen mit eigenen Kunstwerken in „seinem DAP-Therapie-Institut“ zu wagen und sich damit dem Risiko möglicher Kritik auszusetzen. Möglich wurde dies erst nach längerer Vorbereitungsarbeit in der Therapiegruppe, vor allem durch stetige Bekräftigung seiner künstlerischen Begabungen. Die Entscheidung für eine Ausstellung im Kontakt mit der Therapiegruppe und der Instituts-Leitung ermöglichte ihm schließlich, auch Freunde, Bekannte und vor allem die Eltern einzuladen, wobei diese zum ersten Mal den Wert seiner künstlerischen Arbeit realisierten und ernsthaft anerkannten. Im Sinne einer Wiedergutmachung wurde auch die Anerkennung der Gruppe und ganz besonders des männlichen Gruppenleiters für ihn von großer Bedeutung. Daß der ärztliche Leiter des Institutes von ihm Kunstwerke zu kaufen beabsichtigte, konnte er zu Anfang kaum fassen.

zu viele Sperma; Es

Im Verlaufe der Behandlung hatte der Patient seine langjährige Lebensgefährtin geheiratet - ein bedeutsamer Identitäts- und auch Abgrenzungsschritt sowohl der Mutter als auch der Gruppe gegenüber. Auch zeigte er sich nun bereit, sich mit der mit diesem Schritt verbundenen Eifersucht der Gruppenmitglieder auseinanderzusetzen. Wesentliches Thema am Ende seiner Therapie ist der Wunsch, selbst Vater zu werden.

Auf der Ebene des Traumgeschehens berichtete er zu Anfang des Beobachtungszeitraumes einen Traum, in dem ihn zwei Frauen dazu anhalten, dem Vater abzuschwören, er assoziiert sofort Mutter und Schwester - in einem weiteren Traum sieht er zwei riesengroße parallel und mit Volldampf fahrende Dampfer, zwischen denen er immer wieder unter Lebensgefahr hin und her springen muß und schließlich eine Frau und ein Kind aus dem Wasser rettet.

Im folgenden Traum träumte er eine Gruppensituation, in welcher er dem ihm am nahestehsten weiblichen Gruppenmitglied gesteht, daß er gerne von ihr sexuell verführt werden möchte. Die Gruppenleiterin kommentiert im Traum, dann sei er aber kein richtiger Mann. Er sieht sich schließlich im Therapieraum der Gruppe und stolpert beim Verlassen des Raumes über eine Vielzahl von Telefonschnüren als seien es Fallstricke - eine Abgrenzung scheint kaum möglich. Auf der Straße begegnet er einem Mann, der ihm ein merkwürdiges Gebilde aus Styropor überreicht, das vom Träumer als „Revolver-Herz“ beschrieben wird - geeignet für Liebessehnsüchte und mörderische Eifersuchtsgefühle zugleich. Er weiß nicht, was er damit tun soll und wirft das Ding unter großen inneren Qualen in eine Schlucht.

Der Qualen leidende innere kleine Junge wurde auch im folgenden Traum sichtbar, wo ihn die mütterlich erlebte Berufskollegin in Anwesenheit einer Praktikantin und von Klienten heftigst kritisiert: Über seine Schwächen und Mißgeschicke wird gesprochen, als wäre er ein Kind. Er träumt vom Vater, der ihn immer an eigenen Schritten und jeglicher Abgrenzung gehindert hatte und dessen Anwesenheit am Wochenende er stets fürchtete, da er dann die Nähe zur Mutter aufgeben mußte: Im Traum schlägt er den Vater bewußtlos, bekommt aber schnell Schuldgefühle und versucht alles wieder rückgängig zu machen.

Für die Mutter übernahm er stets die Verantwortung: Er träumt mit einer Gruppe nach Italien zu fahren. Nach schlängernder Bootsfahrt und Überschwemmung auf dem Marktplatz gehen alle in ein Cafe, wo eine Frau herumbrüllt, einen alten Sekretär beschädigt und solange randaliert bis der Geschäftsführer kommt und Schadensersatz fordert. Der Träumer übernimmt die Kosten, der Geschäftsführer macht jedoch darauf aufmerksam, daß der Währungskurs nicht mehr stimmt - er will die Rechnung schicken, die unser Patient begleichen wird. Seine Angst vor Aggression und Sexualität zeigte sich in dem nächst folgenden Traum von einer nackten, jungen und hübschen Frau, die von einem aggressiven Schwarzen mit deutlich sichtbar eregiertem Penis von hinten und einem anderen jungen

Mann von vorne genommen wird. Unser Patient schreit „Hilfe, Vergewaltigung“ und ruft nach der Polizei. Außer dem Schwarzen hört niemand seine Hilferufe und dieser wirft ein Messer nach ihm. Unser Träumer versteckt sich unter dem Tisch und fühlt sich dort sicherer.

Immer wieder tauchten männlich kontrollierende Instanzen auf, so auch im nächsten Traum, der an der Dienststelle des Patienten stattfindet, wo auch die mütterlich erlebte Kollegin anwesend ist: Im Rahmen einer Frühjahrsaktion soll ausgemistet werden, vor allem in Erwartung der männlichen Arbeitskollegen, die als Kontrollinstanz auftreten. Die Traumbilder gehen in eine geträumte Therapiesituation über und unser Patient entdeckt verborgen hinter einem Schrank ein Mansardenzimmer, was bislang noch nie genutzt worden war. Die Kollegin möchte das Zimmer unbedingt mitbenutzen, er möchte es verborgen halten und es sich vor allem nicht wegnehmen lassen - aber die Situation bleibt offen.

Im Hier und Jetzt des Gruppengeschehen ging es immer wieder um die Angst des Patienten, von dem als Mutter erlebten Therapieinstitut vereinnahmt zu werden, etwa bei der Frage nach einer weiterführenden Ausbildung, einer anstehenden Kongress-Teilnahme und allem, was nach möglichen weitergehenden Verpflichtungen aussehen könnte. Vehement wurde hier die destruktive Aggression sichtbar, der männliche Gruppenleiter schnell wie der handwerklich engagierte Vater erlebt, der während der sogenannten „Hausbauzeit“ den Patienten für sich vereinnahmt hatte, all dessen eigene Wünsche und Pläne in Frage stellte, seine künstlerischen Interessen verunglimpfte, jegliche eigene Perspektive außerhalb des Elternhauses zu unterbinden versuchte und damit jeden Abgrenzungsversuch sabotierte. Während seiner Gruppentherapiezeit überlegte der Patient häufiger, vielleicht doch zusammen mit der Freundin und späteren Ehefrau zurück in das Elternhaus zu ziehen, Zimmer stunden zur Verfügung. Nach der Pubertät konnte er seinen Wunsch, aus dem Elternhaus auszuziehen, erst nach mehreren Anläufen realisieren. So oft er seine Sachen zusammenpackte, so oft packte er sie auch wieder aus, um doch noch im Elternhaus zu bleiben - von den Eltern angeblich unbemerkt, zumindest unkommentiert. Eine schuldfreie Abgrenzung schien weitgehend unmöglich.

Verschiedentlich reagierte unser Gruppenpatient bei entsprechenden Auseinandersetzungen somatisch, etwa als er unter Ausschluß der Lebenspartnerin zusammen mit den Eltern in deren Campingbus in Urlaub fahren wollte und ihm die Gruppe die Unmöglichkeit der Situation klar machte. Die Erkrankung an einem mittelschweren Herpes zoster im Sinne eines Abgrenzungersatzes war die Folge.

Noch einmal flammte längere Zeit vor der angekündigten Verabschiebung aus der Gruppentherapie die Brisanz der Abgrenzungsproblematik auf, als der Patient gefragt wurde, ob er nicht Mitglied in einer der Fachgesellschaften werden möchte: Vehemente Aggression entlud sich, als könnten die Gruppenleiter und die Mutter-Gruppe ihn doch noch an einem

freien Leben hindern, spontane Verbündung mit zwei ebenfalls abgrenzungsschwachen und tendentiell paranoischen Gruppenmitgliedern entsteht. Auf der unbewußten Ebene reagierte der Patient mit zwei Träumen, die seine Problematik bildhaft darstellen: Der erste Traum zeigte ihn in einem maroden, engen, verfallenen und schimmeligen Haus. Ein plötzlicher Windzug ermutigt ihn, seine kleinen Fallschirme auszuspannen, aber der Wind reicht nicht aus - die Fallschirme bleiben im Stacheldraht hängen. Der zweite Traum zeigte ihn, wie es ihm mit Hilfe großer Plastiktüten und Pumpbewegungen gelingt, zu fliegen, bis etwa in Dachhöhe. Eine blonde, mollige Frau mit graublauen Augen kommt ihm entgegen geflogen, himmelt ihn an und fliegt tiefer als er. Er beginnt kräftiger zu pumpen und will sich von ihr nicht einfangen lassen. Mit Mühe schaffte er es über die Grenzen des Grundstücks, das mit Stacheldraht umzäunt ist, hinauszufliegen, die Frau bleibt auf dem Grundstück zurück. Auch in dem folgenden Traum ging es um die aktive Abgrenzung des Träumers, worüber er sehr erleichtert war: Der männliche Gruppentherapeut zieht am Münchner Marienplatz eine niedrige Mauer hoch, trägt einen Anzug, ist freundlich und scheint eine Abgrenzung gegenüber dem Träumer zu erlauben.

Nach der Ferienpause, wo es um erneutes Einlassen in den therapeutischen Prozeß ging, träumte der Patient vom ärztlichen Leiter des Instituts, der vehement auf ihn einredet, zum männlichen Leiter der Therapiegruppe endlich einen anderen Kontakt einzugehen. Der Träumer gerät so in Wut, daß er die Fernbedienung eines Fernsehgerätes packt, sie in das Gerät wirft, so daß dieses implodiert. Trennungswut wurde auch in der Therapiesituation selbst sichtbar angesichts der Forderung, sich mit dem bislang als kontrollierend und verbietend erlebten Vater auszusöhnen und inneren Frieden zu schließen. Der nächste Traum zeigte den Träumer befreit, er hatte geträumt, er wäre auf einmal reich und könne frei reden - so als sei etwas von ihm abgefallen. Eine Traumserie folgte in kurzen Abständen: Er tanzt mit seiner Partnerin an den Eltern freundlich grüßend vorbei, er liegt mit zwei älteren elternähnlichen Personen im Bett, fällt heraus und bleibt außerhalb liegen. Von der Frau wünscht er sich die Anerkennung, nicht wieder ins Bett zurück gekrochen zu sein. Und schließlich fordert er eine Frau auf, sich auszuziehen, was diese zwar unwillig, aber doch weitgehend befolgt. Mit einer Mischung aus kindlicher Neugierde, erotischer Anziehung, aber schließlich innerer Distanzierung kann er sich im Traum verabschieden.

Soweit die Darstellung der Traumsequenzen des Borderline-Patienten, der um Abgrenzung und eigenen Standpunkt ringt und der auch als Protagonist des gesamten unbewußten Gruppengeschehens gesehen werden kann. Neben der Identitätsproblematik wird der für Borderline-Patienten charakteristische archaische Symbiosekonflikt sichtbar, wo das narzisstische Defizit einerseits und die fehlende Abgrenzung andererseits den typischen Ambivalenzkonflikt bedingen. Ammon schreibt hierzu: „Infolge des Defizits

sucht der Patient symbiotische Beziehungen auf, aus denen er sich narzisstische Zufuhr erhofft. Aufgrund der defizitär entwickelten Ich-Grenzen muß er diese Symbiosen jedoch fürchten, weil sie wie in der Kindheit eine den Patienten psychisch ausbeutende Situation bedeuten“ (Ammon 1979). Sichtbar wird die allen Borderline-Patienten gemeinsame Problematik mißlungener Abgrenzung aus den frühkindlichen symbiotischen Primärgruppenbeziehungen, die für die spätere Abgrenzungsfähigkeit und damit Identitäts-Entwicklung des Menschen von grundlegender Bedeutung ist, die der beschriebene Patient jedoch im Sinne nachholender Ich-Entwicklung mit Hilfe der Gruppe schließlich erfolgreich bewältigen konnte.

### Schlußbemerkung

Auf die gesamte Gruppe bezogen zeigte sich, daß die Häufigkeit der in die Gruppe gebrachten Träume in dem Maße zunahm, wie sich die Gruppe „schließen“ konnte, d.h. größtmögliche Kohärenz besaß. Dies war nicht der Fall, in Zeiten, wo neue Gruppenmitglieder aufgenommen oder ältere verabschiedet wurden und eine Öffnung der Gruppengrenze notwendig wurde.

Die Häufigkeit der eingebrachten Gruppenträume schien auch von der ausreichenden Bearbeitung destruktiver Aggression in der Gruppe abhängig zu sein. Umgekehrt zeigte sich auch, daß der Traum gut geeignet ist, aggressive Auseinandersetzungen leichter zu ermöglichen, die auf der realen Beziehungsebene des Gruppengeschehens zuviel Angst mobilisieren würden. Auf die Traumebene verlagert bietet sich so eine weniger gefährliche Möglichkeit der Aggressionsbearbeitung.

Darüber hinaus zeigte sich eine Korrelation zwischen der Frequenz der mitgeteilten Träume und abnehmenden paranoischen Tendenzen: Eine statistische Auszählung der Träume und Zuordnung zu den einzelnen Gruppenmitgliedern machte deutlich, was plausibel erscheint: Je paranoischer die Patienten waren, desto weniger Träume konnten sie in die Gruppe einbringen, im Gegensatz zu jenen, die sich weniger von der Gruppe im Sinne von Verschlingungs- und Vernichtungsängsten bedroht fühlten mußten. Diese konnten dann damit beginnen, am Aufbau flexibler Ich-Abgrenzung und damit eigener Identitäts-Entwicklung zu arbeiten. Vor allem aber zeigte sich, wie der Traum als konstruktiver Ausdruck eines Arbeitsbündnisses mit den Therapeuten und der Therapiegruppe schuldfreie Ich-Abgrenzung erlaubt und damit nachholende Identitäts-Entwicklung ermöglicht.

*Dream and Personality Development in the Analytic Group Psychotherapy*  
Gerhard Wolfrum (Munich)

On the 10th world congress in St. Petersburg in October 1994 a paper about the meaning of dreams in group psychotherapy as indicator of the unconscious process of development of the group was presented. During one year we documented all dreams of the group and examined the question of structural growth of the individual patients and the whole group. In this paper we study the process of a borderline patient with his dreams focusing on ego-demarcation. Theoretical basis is *Ammon's* conception of the dream as an ego- and group-function (*Ammon* 1974). He emphasizes the dream as a special form of thinking and by this as an ego-function.

While *Freud* as a pioneer of dream researching called the dream the „via regia“ to the unconsciousness and as „attempt of wishfulfilling“ (*Freud* 1920), followers and younger scientists deepened his original position. *Angel Garma* (1966) extended Freuds drive-theoretical conception by an ego-psychological dimension. He postulates that in all dreams archaic traumatic situations are reconstructed, the wishfulfilling is only secondary and the analysis of dreams clarifies the ego-condition of the dreamer. *Wilhelm Stekel* (1911, 1935) showed up as one of the first theoreticians the processual character of dreams and emphasized the significance of the succession. The *Klein-* and *Bion*-disciple *Donald Meltzer* (1988) interprets dreaming as active and unconscious thinking for the coping with emotional experiences. Also *Freud* (1900) stated, that dreaming is a special form of thinking made possible by the condition of sleep. *Ammon* continues in his conclusion that the dream is a function of the ego and adds his thinking of a group-dynamic development of the personality. Personality and ego development are conditions/result of the quality of the surrounding group. In a positive family atmosphere the growth of personality will be constructive and lead to a healthy personality. On the basis of a social energetic destructive family atmosphere hurt and obstruction of ego development will develop, in the case of deficit the person can only experience emotional emptiness which makes a reconstruction and therapeutical retrieval necessary. Under the aspect of a group-dependent development and the special meaning of relationships between human beings in *Ammon's* thinking retrieving ego- and personality development should also be reflected in the quality of dreams.

In his reader „Psychoanalytische Traumforschung“ (1974) *Ammon* relates especially to *Federn's* conception of the boundaries of the ego as an forerunner of the construct of „ego-demarcation“, which has an important role for dreaming. *Anzieu* (1971) emphasizes the necessity of a „common group tension“ for the coherence of the group within a group psychotherapy. *Ammon* (1974) emphasizes the importance of a primal dream in the group as a signal for the closing process of the group. The identity conflict, visible in the dream, is to be understood as a conflict on the level of

primary group, the actual living group and the therapeutical situation. The aspects of the ego function of the dream (*Ammon*), the ego boundary (*Federn*) and the ego autonomy (*Rapaport*) are connected with the surrounding group; the individuum can only develop identity in the demarcation from the surrounding group. The internalization of coherent group boundaries as own ego boundaries of the dreamer is *conditio sine qua non* for the own identity development.

The aim of this paper is to show the connection of the process of the dreams brought into the group with the development of personality and individual identity in the sense of *Ammons* theoretical position. On the way of getting free from symbiotic transference to an own identity we focused in this paper on the ego-demarcation.

While in the article of 1994 we studied the oszillation of the whole group between an archaic-symbiotic process and more oedipal dynamics we examined now the dreams of a single member and selected the process of a borderline patient; his struggle for building-up own ego boundaries and own identity is shown prototypically.

### *Group Process and Reported Dreams*

The analytic group - consisting now for ten years - had have ten members at the beginning - five women and five men ranging in age from 27 to 48 years. Most of them are qualified for a university entrance, half of them have academic grades, all of them have a job. Diagnostically and structurally most of them are on a borderline level. At the beginning of the observation the group deals in a disclosed way with themes of jealousy and rivalry, destructive aggression and the attempt to get free from inner life prohibits. Our protagonist is rather successfull on an occupational level, but has in relations to other persons a dynamic of submissiveness, an inability of ego demarcation and shows no direct destructive expressions, even if he fights for own needs and wishes. The ISTA-test-profile shows constructive qualities on an average level, high deficits in all dimensions, especially in inner and outer demarcation and an absolute lack in all destructive qualities, except anxiety.

On the surface the patient seems quiet and well adapted, only in direct contact the passive aggressiveness can be felt, the permanent anxiety tension, the suffering and the motivation for therapy. As he did in his family, he is pally with the female cotherapist, on the other hand he fears to be swallowed by her or the whole group. Mostly he is in fear of the presence of the male therapist, on the other hand he wishes contact to him and acceptance of his person and his achievements. In his feeling of being split between the parents he developed psychosomatic symptoms: In the beginning of therapy he has sometimes strong migraine, backache and circulatory troubles, later an oligospermia is diagnosed - his problem of low self esteem and his borderlinelike lack of standpoint and inability for demarcation is increased by this. At his working place he transfers his

problems with the mother on his female chief, but in the meantime he builds up a free field of creativity where he can strengthen his self esteem.

An important turning point in his therapy is the decision for an public exhibition in „his therapeutic institute“ and the obvious risk for possible criticisms. Only with the permanent help of the group he can believe in his creative talents and so be able to prepare the exhibition and also invite the parents which for the first time realize his creative talents. Also the acceptance of the whole group is very important and especially the acceptance of the male therapist. Meanwhile the patient got married - also a step of identity and demarcation - and ready to cope with the jealousy of the unmarried members of the group. Main theme at the end of his therapy is the wish to become a father himself.

At the beginning of the described period he reports a dream, in which two women force him, to swear up to the father - he associates mother and sister. In the next dream he sees two very big parallel running steamerboats under full power, between which he permanently has to jump under life danger and finally saves a woman and a child. The next dream shows him in a group situation, in which he wishes to become seduced by one of the female members of the group. In the dream the female therapist comments this with the words, that doing otherwise he would not be a real man. He sees himself in his therapy group and stumbles over a lot of telephone lines when leaving the room as if they were trap ropes - a demarcation seems scarcely possible. On the street he meets a man, who gives him a remarkable thing, from the dreamer called a „revolver-heart“ - good for yearnings of love and murderous feelings of jealousy. He does not know what to do with the „revolver-heart“ and throws it under inner torment into a canyon. In the next dream he is painfully critisized by his female colleague in the presence of a young pupil and in the presence of patients. The colleague speaks about his failures as if he were a child. A dream about the father follows: The patient knocks the father until he is unconscious, but he gets very fast feelings of guilt and tries to make everything undone.

He had always taken responsibility for the mother and so he dreams from a journey together with a group to Italy. After a dangerous boat ride and the overflowing of the marketplace the whole group goes into a café where a women screams and damages an old and precious table. She kicks up a racket so long till the manager comes and requires to pay the damages. Our dreamer takes the responsibility of the damage, but the manager calls to his attention, that the currency isn't valid any more. He will send the bill and our patient will pay it.

His anxiety against aggression and sexuality can also be seen in the next dream with a naked nice young women, who is penetrated by an aggressive black man with visibly erected penis from the back and at the same time from an other man from the front. Our patient cries for help, „help me - rape“ - and calls for the police. Nobody but the black man hears him and throws a knife at the dreamer. He tries to hide under a table and feels safer there.

Again and again we see in the dreams controlling male authorities: At his working place, where also the above mentioned female colleague works - often experienced as a mother - they expect male colleagues for an action of clearing the rooms, colleagues who will come as controlling factors authorities. The picture changes in a group therapy situation and our dreamer finds - hidden behind a wardrobe - a room under the roof, which was never used before. The female colleague also wants definitely to use this room, the dreamer wants to hide the place and - above all - he doesn't want it to be rupted - but the situation remains open.

In the here and now of the group situation we could always study the patient's great anxiety to be swallowed by the therapeutic institute - in ambivalent relation experienced as a big mother, for example when asked for a further leading education, the question of participating in a congress of our school and all that what could be/mean a kind of obligation. Fastly we could see destructive aggression against the male therapist in such situations - experienced like the father during the so-called time of house-building: At this time the father - during the week on tour and at the weekend at home and all the time engaged in house constructing - stressed and monopolized the son, ignored all his own wishes and plans for the future, disparaged all his creative activities and abilities and sabotaged all attempts of demarcation of the son. Still during time of his therapy the patient deliberated many times to go back into the parents' house together with his future wife - because it was a big house. Also after puberty he had made a lot of attempts to leave the house of the parents: Very often he packed his things in order to leave the house and very often he stayed and unpacked his things - the parents didn't seem to notice his attempts, any way they didn't say anything. Sometimes our patient reacts psychosomatically in quarrels within the group or wishes to go for vacation in a camper together with his parents, but without his future wife. The group member stopped him and he reacts with a herpes zoster - perhaps as an attempt for demarcation.

At the end of his therapy he reacts again with his problem of demarcation when asked, whether he wants to become a member of one of the scientific associations. He dreams from a narrow, wrotten house. A sudden wind encourages him to pinch his little parachute - but there isn't enough wind and the parachutes remain in a barbed wire. In the next dream he can fly by pumping with plastic bags until the high of a roof. A blonde, plumb women with grey blue eyes flies also but in lower altitude than he himself. He begins to pump stronger and doesn't want to be catched by her. With great difficulty he can fly over the border of the place, which is fenced in by barbed wire, the woman remains back on the plot of land. In the third dream he sees his therapist who is constructing a low wall at a central place in Munich, he is friendly and allows demarcation for the dreamer.

After the summer holiday the dreamer sees the director of the therapeutic institute who tries to engage him to change his kind of contact to the male group therapist in a more friendly way. The dreamer explodes in rage,

throws the remote control of his TV-set and so causes an implosion. His rage of separation is seen in connection with the demand to make peace with the real father until now experienced as controlling and forbidding instance. In the next dream he feels free, he is rich now and can speak freely as if something would have fallen away from him. A sequence of dreams follows: He dances together with the partner in front of the parents friendly greeting them; he lies together with two persons - similar to the parents - in a bed, falls out and wishes strongly to be acknowledged of not having gone back into the parents bed. Finally he begs a women to dress off. She accepts his wish with irritation and hesitation and he finally can say in this dream „good by“ with a mixture of childish curiosity, erotic attraction and inner distance.

Hence the sequence of the dreams of a borderline patient who fights for demarcation and own standpoint and identity - for himself and also as a protagonist for the whole group. Besides the problems of identity the characteristic conflict of the symbiosis complex also can be seen - which is typical for borderline patients - a narcissistic deficit on one hand and the lack of demarcation on the other causes the typical conflict of ambivalence (Ammon 1979).

### *Final Remark*

In relation to the whole group we could see a correlation between the number of dreams brought into the group and the coherence of the group respectively the closeness of the boundary of the group: Less dreams were reported when new members entered the group and also when elder members left. The number of dreams depends also from the working through of destructive aggression - on the level of dreams this possibility makes less anxiety in aggressive quarrels in the here and now of the group. There is also a correlation of paranoid tendencies and the number of reported dreams: Finally when the dreamer hasn't the fear any more to be swallowed and destroyed by the group (seen as an archaic mother) he can report more dreams and begin to build up own identity demarcating himself in his own rights without feelings of guilt and in a constructive cooperation with the therapists.

### Literatur

- Ammon, G. (1970): Gruppendynamik der Aggression (Westberlin: Pinel Publikationen, München: Kindler (1973))
- (1974a): Psychoanalytische Traumforschung (Hamburg: Hoffmann & Campe)
- (1975): Der Traum als Ich- und Gruppenfunktion. In: Dyn.Psychiat. (6) 145 - 164
- (Hrsg.)(1976): Gruppenpsychotherapie (München: Kindler)
- Ammon, K. (1974): Ein Beitrag zur Traumtheorie von Angel Garma. In: Ammon, G. (1974) (Hrsg.): Psychoanalytische Traumforschung (Hamburg: Hoffman & Campe)
- Anzieu, D. (1971): Psychoanalytische Interpretation in großen Gruppen. In: Dyn.Psychiat.(4)

- Battegay, R. (1976): Die Bedeutung des Traumes in der Gruppenpsychotherapie. In: Battegay, R. & Trenkel, A. (1976) (Hrsg.): Der Traum. Aus der Sicht verschiedener psychotherapeutischer Schulen (Bern, Stuttgart, Wien: Huber)
- Erikson, E. H. (1955): Das Traummuster der Psychoanalyse. In: Psyche, Jg. 8, p. 561 - 604
- Fisher, C. (1976): Traum und Wahrnehmung. Die Rolle der vorbewußten und primären Wahrnehmungsformen in der Traumbildung. In: Ammon, G. (Hrsg.) (1974): Psychoanalytische Traumforschung (Hamburg: Hoffmann & Campe)
- Fischer, C. (1978): Die Patiententräume (München: Minerva Publikation) Traum in der Psychotherapie. Ein Vergleich Freudscher und Jung'scher
- Federn, P. (1956): Ich-Psychologie und die Psychosen (Bern: Huber)
- French, Th. M. (1954): The Interpretation of Behavior, Vol. 2: The Integrative Process in Dreams (Chicago: Univ.Press)
- Freud, S. (1900): Die Traumdeutung, GW Bd. II/III (London: Imago)
- (1911): Die Handhabung der Traumdeutung in der Psychoanalyse, GW Bd. VIII (London: Imago)
  - (1923): Bemerkungen zur Theorie und Praxis der Traumdeutung, GW Bd. XIII (London: Imago)
  - (1933): Revision der Traumlehre (29. Vorlesung zur Einführung in die Psychoanalyse), GW Bd. XV (London: Imago)
- Garma, A. (1966): The Psychoanalysis of Dreams (Chicago: Quadrangle Books). Span. Erstveröffentl. (1940): Psicoanálisis de los Sueños
- Isakower, O. (1938): A Contribution to the Patho-Psychology of Phenomena Associated with Falling Asleep. Int. J. Psychoanal. (19)
- Lewin, B. (1946): Sleep, the Mouth, and the Dream Screen. Psychoanal. Quart. (15)
- Meltzer, D. (1988): Traumleben. Eine Überprüfung der psychoanalytischen Theorie und Technik (München, Wien: Internationale Psychoanalyse)
- Rapaport, D. (1958): The Theory of Ego-Autonomy: A Generalization. Bull. Menn. Clin. (22)
- Schultz-Henke, H. (1949): Lehrbuch der Traumanalyse (Stuttgart: Thieme)
- Silberer, H. (1919): Der Traum. Einführung in die Traumphychologie (Stuttgart: Enke)
- Spitz, R. (1955): Die Urhöhle: Zur Genese der Wahrnehmung und ihrer Rolle in der psychoanalytischen Theorie. In: Psyche (9)
- Stekel, W. (1911): Die Sprache der Träume: Eine Darstellung der Symbolik und Deutung des Traumes in ihren Beziehungen zur kranken und gesunden Seele für Ärzte und Psychologen (Wiesbaden)
- (1935): Fortschritte der Technik der Traumdeutung (Wien, Leipzig, Bern: Weidemann & Co)

Adresse des Autors:

Dipl.-Psych. Gerhard Wolfrum  
St. Wolfgangplatz 9 c  
81669 München

# Psychodynamic Psychiatry in the Light of Recent Infant Research: The „Flash” and the Senses of the Self”\*\*

Tamás Tényi, Róbert Herold, Kata Lénárd, Mátyás Trixler\*

The authors overview the application of results from recent infant research on psychoanalytic theory of therapy and psychodynamic psychiatry in general. They deal with issues such as reconstructing the past, transference and relationship. The paper introduces the flash technique as described by Michael and Enid Bálint in the light of Stern's theory on the Senses of the Self. The authors demonstrate their view with the integration of case reports.

In this paper we will deal with the clinical implications of recent psychoanalytic infant research, and we will show the changes in the field of the theory of psychoanalytic therapy, which have recently been evaluated by these new results. From the 70ies and the 80ies, developmental and psychoanalytic psychology made it clear, that the traditional thesis on the equivalence or similarity between the stages of child development and certain psychopathological phenomena was not valid. The traditional psychoanalytic view of the infant was pathomorphic and adultomorphic. *Stern* (1985), *Demos* (1993), *Lichtenberg* (1989) and others firmly state , that the distortion of reality testing, which is characteristic for psychotic and personality disordered patients and the reality testing of the infant and the toddler are not identical or similar, but are strongly different. The infant is not paranoid or psychotic, but from the earliest days develops a valid reality testing. The infant does not live in a world of fantasies or delusions, but with the integration and generalisation of his perceptions, he evaluates expectations toward his environment, which are modified continuously as his experience makes it necessary. It is now clear, that the infant is not a passive individual, but owns many capacities around cognition, memory and perception which were not supposed by traditional approaches. From another point of view: the infant and the toddler do not have certain cognitive and linguistic capacities, which would be a necessary basis for the fantasy life described by *Klein* and *Kernberg* (*Stern* 1985).

*Stern*’s observations convinced him that the infant does not emerge from the womb into a state of autistic self-absorption. From the first days of life, the infant appears to be aware of the mothering figure. Moreover, affirmation and validation by the caretaker is crucial for the development of

\* M.D., Ph.D., Department of Psychiatry and Medical Psychology, 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

the infant's Sense of Self. In that regard *Stern* stressed, that what develops is a „Sense of Self - with - Other”. The infant primarily experiences reality and relates to the real presence of the mother, whose responses allow the infant to grow. *Stern* believes, that the infant is an adept observer of reality and that it is the older toddler, who uses fantasy and distortion to alter what is perceived. With the appearance of language children have the tools to distort and transcend reality and are able to create expectations contrary past experience. They can elaborate a wish contrary to present fact.

*Stern* delineated four - later with a smaller modification - five Senses of Self (*Gabbard* 1994). He regarded them as different domains of self-experience, rather than as phases that are subsequently eclipsed by the succeeding phase. Each domain, once formed, remains for the entire life span and operates in concert with the other co-existing Senses of Self. During the first two months of life, an Emergent Self appears, which is predominantly a bodily Self based on physiological needs. Amodal perception and vitality affects are central phenomena in this area. A Core Sense of Self emerges from 2 to 6 months of age. It is associated with greater interpersonal relatedness. Self-agency, Self-coherence, Self-affectivity and Self-history are all part of this issue. On this level of experience, the representation of interactions is important, which are generalised by the infant. This is what *Stern* calls the „RIG's”, which are continuously formed and changed along new experiences. Episodic memory plays an essential part during this stage. *Stern* viewed the third Sense of Self, appearing between 7 and 9 months, as a major advance. He called it the Sense of a Subjective Self, because it involves the matching of intrapsychic states between mother and infant. The fourth Sense of Self, the verbal or categorical Sense of Self, emerges between 15 and 18 months of age and coincides with the ability to think symbolically and to communicate verbally. Later *Stern* introduced the term Narrative Sense of Self for the period between 3 and 5 years, which means the historical view of the Self (*Gabbard* 1994).

*Stern* (1985) identified four essential features of the Sense of Self: agency, coherence, affectivity and continuity. He also noted that such fundamental issues as attachment, trust and security transcend phase specificity and are issues for the entire span of life. *Stern* views the Senses of the Self as issues which remain active, growing and vulnerable to deformations occurring at any point of life. The Senses of the Self are part of our everyday reality and do not have any kind of psychopathological nature. The distortions and deformations of the Senses of the Self which can be observed in psychopathological states, are not parts of the normal infant's experience. The organisation of the Sense of the Self is biologically based, as it was described excellently by *John Gedo* (1993) and *Fred Levin* (1991), but on the other hand the infant is interactive from the beginning, as we have already seen.

The period, which appears after the formation of the Senses of the Self, was described as the period of Self-conflict by *John Gedo*, an analyst from the Chicago Self-psychology school, who excellently synthesised the results of *Stern, Lichenstein, Basch* and *Levin Gedo* (1993). This is the area of intrapsychic conflicts, traditionally speaking this is the area of oedipal and identity conflicts. The disappearance of this period can be seen in the beginning of adulthood. After the period of Self-conflict the person develops to the period of Self-harmony, which means the stabilization of the Ego-ideal. In this area as an adult, the person is able to harmonize the main conflict of the Self-conflict period, that his Self has a theme, which has many but not unlimited variations.

### *Reconstructing the Past*

Instead of the traditional views on phases and fixations *Stern* (1985) advises the reconstruction of the narrative and the actual points of origin 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 Sense of Self 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.

*Stern* (1985) clearly demonstrates this process with an example: A professional woman in her thirties complained of feeling unable to cope by herself, to initiate her own wishes and goals. She had taken a passive role in the conduct of her life, in the way that she had become a lawyer and gotten married. Her current and most acute source of suffering was her sense of paralysis in her law career. She felt that she had no control over her present situation or future course and that her life was in the hands of others. She felt helpless and furious. The narrative point of origin of her pathology was in particular formed as a problem of core-relatedness where Self-agency was most involved. When the examination of the symptoms and transference successfully resulted in the construction of the narrative point of origin, the search for the actual point of origin could be started. The life moment that made up the narrative point of origin for her therapy was found in a period of her life from age 8 to 10, when she was largely bedridden with rheumatic fever and subacute bacterial endocarditis.

This life period was explored extensively and therapeutic exploration was kept closer to the feelings related to her sense of Core Self. She then recalled that she had been ordered not to move about, even to walk to the window, and that even if she tried to do something or get somewhere, she was too physically fatigued. She had to wait for her father or mother to reappear and help her. She felt as though she had spent a lifelong season waiting for the "world to get activated and begin" at someone else's initiation. This was the actual point of origin of her pathology.

I quote this example because it clearly demonstrates that the actual point of origin is not necessarily found in the first years of life. The different Senses of the Self can be deformed in any period of life. As we could see, the traumatization of the Core Sense of Self can not only happen between the second and the sixth month of life, but at 8 years of age.

Psychopathology when viewed from a developmental point of view is perhaps best seen on a continuum. At one pole are actual neuroses or adjustment disorders related to acute stress, in which an isolated event impinges on the individual with pathogenic results. This kind of pathology has an actual point of origin that can occur at any point in development. Here 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. The characteristic cumulative patterns result in character and personality types or in personality disorders. These do not have 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 the 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.

Another point of interest for us to find in clinical work is, that in which Sense of Self the narrative point of origin is presented. The observation and exploration of the Senses of the Self helps the clinician to recognize which sense of the Self is most deformed or which is lacking. *Stolorow* and his colleagues (*Stolorow* et al. 1983), and *Stern* (1985) explain negative therapeutic reactions in terms of intersubjective disjunctions or problems in affect attunement, rather than as masochism, resistance, unconscious envy or simply poor timing, which are the traditional explanations. The activity of exploration of the patient must involve all Senses of the Self. Lets see an example, again by *Stern* (*Stern* 1985):

A young man of nineteen had had a psychotic breakdown three months earlier, precipitated by his girlfriend's leaving him. He acknowledged that this was the pivotal event. He could talk about his disappointment and sense of loss but only rather intellectually. While he was clearly still mourning her loss he had never cried or relived pain. He showed no feelings about the event. He even talked about the last night he saw her before she finally wrote him a letter telling him it was over. They were necking in the back seat of a car, she was sitting on his lap. Many questions were put to him to elicit his feelings towards her. "What happened last night?" or "How was yesterday night?" were questions directed toward the Verbal Sense of Self and to judge the strength of repression and disavowal. The "Did you sense a change in her?" or "Was she behind the kiss?" type of questions were directed toward the Subjective Sense of Self. The next question was "What did it feel like to kiss her?", a question directed at the domain of core-relatedness, but none of them unlocked his affect. A next question which

was directed even deeper into his Sense of a Core Self solved the problem. "What was it like to have her full weight on your lap?". This question retrieved the affect and let him cry for the first time in three months.

With a different patient, where for example the Subjective Sense of Self would be deformed, the previous questions would give a result. *Stern* emphasizes that the past is represented in all Senses of Self and the therapist must work with two types of memory processes. The first is involuntary memory, which means the memory represented in the nonverbal Senses of Self, while the other type of therapeutic work is directed toward the verbal Sense of Self, which means the removing of repression. Both processes of retrieval appear to be necessary and complementary. It is the therapist's task to work on them simultaneously. For the involuntary component, this can best be done by leading the patient in the direction of that domain of self-experience, where he or she is most likely to be damaged. Involuntary memory is presented in the activation contours of vitality affects. Recently *Judith Mitrani* (1995) and *Kiersky and Beebe* (1994) wrote excellently on the clinical work with these areas of experience.

### *The Flash and the Senses of Self*

In the following part I deal with the Flash-technique described by *Michael Bálint* in the light of *Daniel Stern*'s theories on the Senses of the Self. The Flash-technique means an intense moment of experience in the doctor-patient relationship, where a situation becomes clear to therapist and patient (*Bálint* 1973). It means an increased intensity of contact, a freedom for the patient to use his doctor, a freedom of the doctor to use his intuition more than generally being based on affect attunement, which is needed for an ideal interpersonal being-together. This momentary intersubjective honeymoon is needed for the creative hermeneutic meaning creation of the Flash.

I have found that the Flash is needed at the certain level of the Sense of Self from where the psychopathology of the patient is determined. I will shortly demonstrate this statement with two short case examples:

The first patient was a middle aged woman with chronic paranoid psychosis, whose case management needed psychotherapy of her psychotic process, because this was the only way to maintain relationship with her and to influence her to accept depo-neuroleptic medication in order to avoid violent behaviour from the patient's side. I had to accept and enter her psychosis in which she was using double bookkeeping, being both a secret spy of the Army, who is persecuted by her husband with biological weapons and viruses, and a retired lawyer who needs psychiatric care. We could maintain a relationship in this way until the time I had to travel for a longer period, so I asked my colleague to continue the patient's care for this period. During my travel the patient was hospitalized because of worsening of her state. After my return she had delusional thoughts around my travel.

The rebuilding of the relationship was very hard. She was suspicious and withdrawn, had delusional ideas about her husband and me playing in the same field and so on. Because of her lack of insight into her illness, she tried to stop her retired pay by trying to imitate that she is healthy and believing that the Secret Army Police is waiting for her as a colleague, which was an irreal thought. Besides this, she mentioned a story on her son, who was a 23 years old boy who had travelled to the Middle East just during the same period I had travelled. She told me that her son stepped on a mine, on an explosive, so that his leg needed to be amputated. First I thought that the whole story on the explosion is a delusion, but later during a conversation with the patient's sister I had to realize that the story was true and that it was published in newpapers etc. During the next therapeutic session her suspiciousness decreased and I was sure that from my nonverbal behavior she realized that I knew the truth around her. I recognized what is reality and what is psychosis around her son. We sat at the side of a small table, moving toward each other and as I held her hand, I made the interpretation for her and myself, that I understood that the reason that she had wanted to stop her retired pay from a delusional position was the fact, that her son really became disabled and retired and she could not tolerate the pain even with the angry delusional rewriting of reality. Instead of a negative therapeutic reaction, which could be expected from a delusional patient in a case like this, she accepted the interpretation and I saw her crying the first time during our 4 year long relationship, as she relived her pain. The countertransferential elements were more complex, referring to the fact that her father and my father had died of the same malignant disease and to the other fact, that a girlfriend of my wife was a lodger at the patient's flat. But the case example excellently shows the appearance of affect attunement and the importance of the Subjective Sense of Self during a Flash situation.

Let us see another example, which will point at the core relatedness during the Flash experience. This case was a young schizophrenic patient who was admitted to our setting in a deep autistic state. She was seriously withdrawn and at first no contact could be established. As a child she was a shy, withdrawn girl. She was a good student but after finishing her studies occupational difficulties emerged. She developed a strong relationship with her mother but toward the father she felt very distant. Her first boyfriend became her husband, with whom she got married eight months before her illness. After getting married she lost her intrapsychic balance, feeling that she was not able to fulfil the requirements of both her mother and her husband. Five days before her admission somatic complaints and insomnia developed. She suspected her husband of unfaithfulness. Later she became afraid of poisoning, refused to eat and did not respond to people. Beside neuroleptic medication we started intensive individual psychotherapy. Establishing contact was a peculiarly difficult but important matter, because the patients catatonic signs started to develop to a life-threatening level where transiently she had to be tube fed and needed intensive care. I sat

beside her bed several times a day trying to establish contact with her, at first with nonverbal activities by holding her hand, giving her some water or milk, gently forcing eye-contact and asking her to express her world in drawings. It took more than a week that she could make her first drawings. There is no space to describe the whole process, but I have to say that after weeks of work the patient was only minimally improved, still being seriously confused and withdrawn. There were some improvement, but the situation was extremely dangerous, with the patient lying in bed, the danger of lethal catatonia was in the air. At that time I had my first dream of the patient. In my dream I put an intravenous canulla into her jugular vein, which I have to say is not my strongest point in therapy. I referred my dream and the case in supervision and was told to continue entering her psychotic reality and was calmed, that the case showed some improvement. I did not tell this dream to the patient. Along continuing my work with the patient, after some days I had another dream about her. In the dream I was searching for something in the loft of my house and found the patient there being dead, so I gently kissed her and she rose again. At the next session I told my dream to the patient, who after a long withdrawn period of time, looked at me, started to move her legs and arms and said that she was dead, but she could not explain why were her limbs were moving when she was dead. After this session the intensity of her persecutory fears and withdrawness decreased and a positive mother figure appeared in her drawings. This transferential-countertransferential events and the therapeutic dreams point to the fact, how an intensively formed core - relatedness can help a catatonic patient, who had lost her Self-agency and Self-coherence during her illness, and how core-relatedness can correct during the Flash experience. During the psychotherapy of seriously disturbed patients the intensive countertransferrential reactions, the therapeutic dreams described by Ammon (1971,1973), Benedetti (1987), Buda (1999), Volkan (1994) and others, are the tools for a "corrective, reparative, interpersonal mothering process", which recently has been seen by the infant researcher Greenspan (1989) and therapists as Volkan (1994) and Robbins (1992), as the most important issue in psychotherapy of psychoses.

The Flash technique is so conceptually similar to the recently published theory on the "moments of meeting" (Stern et al. 1998, Kandel 1999) that it seems fruitful to see the two theories in the light of each other. Similar to situations from which Flash experiences emerge, "now moments" are often confusing as to what is happening or what to do. The "moment of meeting" is a "now moment" that is therapeutically seized and mutually realized. As in the parent-infant situation, a "moment of meeting" is highly specific. Each partner has actively contributed something unique and authentic of his or herself as an individual, to the construction of the "moment of meeting". The intense countertransferrentially based Flash experiences -demonstrated here by the two case examples- represent how the "moments of meeting" emerge from therapies with seriously disturbed psychotic patients.

The intuitive, artistic character of the Flash technique -in the light of *Stern's* view on the Senses of the Self-points at the importance of the forming nature of nonverbal experiences and vitality affects in mother-child and therapist-patient interactions. Vitality affects can be described in terms of forms as crescendo, bursting out, decrescendo or fading away, while categorical affects can be described in terms of contents as happiness, sadness, shame or fear. Infant research studies point at the essential importance of the vitality affects in the organization of the Senses of the Self. Looking at the two cases I have just described, we are able to detect, that these cases on Flash experiences can be introduced with formal, rather than categorical signs. The first can be called as a form of "bending towards each other", while the second can be seen as "rising". *Chris Bollas* (1987) creatively used the term "in - formative", for the nature of such pre-verbal countertransferrential issues.

### *Sense of a Verbal Self-Repression and Disavowal*

Before turning our attention to the interpersonal therapeutic relationship, interventions and transference in the light of recent infant research studies and connecting to the reconstruction of the past, we deal with some aspects of the verbal Sense of Self, namely with the recent Self-psychological views on repression and disavowal.

In the scientific efforts of *Michael Basch* (1983), *Fred Levin* (1991), *John Gedo* (1993) from the Chicago School and *Grotstein* (1994), *Schore* (1994) and others from California, a neuropsychoanalytic approach develops from the integration of results from neuroscience, psychoanalytic infant research and biological psychiatry. There are many people who think, that *Freud's* discontinued experiment "The Project of a Scientific Psychology" (*Freud*, 1895) can successfully be continued in the light of the huge amount of data, which can be found in these developing scientific fields. In the work of *Levin* (1991) and *Gedo* (1991), *Stern's* views on infant development and the coexisting Senses of the Self and recent PET scanning research on the activation of the infant's brain by *Chugani* and *Phelps* (1986) excellently correlate, so the Self-organization theory of infant research can be based on a comprehensive neuropsychological model. The details of these results can be found in the works of *Gedo* and *Levin*. In this paper I mention some important neuropsychoanalytic aspects of repression and disavowal. *Basch* (1983), *Levin* (1991) and *Gedo* (1993) view disavowal and repression as the means, whereby thoughts are deprived of meaning by disconnecting affectivity from words and images. In this conception, repression is the process of blocking the input of the left cerebral hemisphere, while disavowal is the disconnection of right hemispheric input.

Repression means, that the path from lived experience to its representation in language is blocked. Disavowal is a leading defense before three and a half years of age and correlates with functionally hypoconnected

hemispheres. Disavowal means, that the path from language representation to the lived, felt experience of those represented events is blocked. Because of the advantages of communication by means of syntactically organized verbal codes, the left hemisphere becomes dominant in right handed persons somewhere in the third year of life. This dominance in the case of normal development facilitates gradual change toward the preferential use of repression as the typical defense. Disavowal remains a leading defense in the case of narcissistic pathologies and in cases of addiction. Pseudo-insight also is a result of this defense. With the stabilization of Ego-ideal the Self-conflict period is followed by the Self-harmony period in young adulthood, which means a period beyond conflict, beyond repression, which correlates - from a neurobiological perspective- with a "blockade-free corpus callosum". From the viewpoint of therapeutics, the cardinal implication of these results is, that treatment should be aimed at improving the information processing skills available to the patient. Another way to state the point is, that the most important transaction in the process of analysis is the potential for the analysand to identify with the analyst's methods of data gathering. Analyzability may depend on the ability of higher centers to manipulate various cerebellar models of "Self in the world". If these functions are not available to a sufficient degree, the individual is able to respond to various contingencies only through enactments. This means different interventions, which we will describe later. *Levin* (1991) emphasizes, that the analyst should use of metaphors in order to maximize communication with those levels of experience encoded in sensorimotor ways, in concrete signs and in presentational symbols. The reason for this is, that metaphors are couched in linguistic symbols related to the various sensorimotor modalities. In cases where even such measures fail to establish adequate communication, it may be necessary to resort to methods that speak more directly to the right cerebral hemisphere. Communication by means of music and gesture may have to be employed so that, if you will, the prosody of the analyst's speech may be as essential as its lexical content. Beside the traditional techniques, nonverbal psychotherapies as music therapy, dance therapy or art therapy can be integrated or evaluated separately from the verbal analytic work. Mention must again be made here on the importance of vitality affects and amodal perception in the formation of the Senses of the Self.

### *Therapeutic Relationship and Intervention*

One of the most important consequences of infant research studies on clinical psychoanalysis are on the changing views of interventions, therapeutic relationship and transference (*Holinger* 1989, *Morgan* 1997, *Beebe* und *Lachmann* 1998, *Stern* et al. 1998, *Holinger* 1999, *Kandel* 1999). A modified model seems to be more and more popular, which seems to be nearer to the *Sullivanian* interpersonal psychiatry and *Kohut*'s therapeu-

tical practice. *Parens* (1994) offers the issues of corrective, growth-promoting emotional experience, social referencing and affect attunement as the most important healing factors. The analyst has to behave in a way, a mother has to behave with the child. Here not the interpretation of the distorted original mothering is crucial, but a corrective patient-therapist "real relationship". Therapeutic interventions and interpretations are not mainly on the repetitive nature of transference, but on another aspect of transference, namely on the patients desire to develop an intersubjective relationship. We will discuss this issue later. Because of the patients' psychopathology, they develop huge resistance toward the healing process, which makes it necessary to develop intense moments in therapy for therapeutic change to happen. This was discussed in details by *Virginia Demos* (1993) and *Fred Pine* (1994) and most recently by the Boston „Study of Change“ Study Group (*Stern et al.*, 1998, *Kandel* 1999).

*Virginia Demos* (1993) introduced the term „AIM“, which is useful in the understanding of correct caregiver and therapeutic behavior. It means, that the caregiver must develop an optimal zone of affect experience, which makes the infant capable to be aware of a distressed state (A), to experience an intention to end it (I) and to mobilize behavior to achieve the goal (M). If the infant is allowed sufficient psychological time for AIM to develop, then the he/she will be able to relate to subsequent events and will feel actively involved in the outcome. The caregiver must be able to perceive the infant as a separate little person and must believe in the importance of fostering the infant's sense of agency and value the infant's initiative. The caregiver must be able to tolerate a level of distress or negative affect in the infant which is sufficient enough to mobilize the infant and must also be able to tolerate the somewhat awkward efforts the infant will make, to try to help him/herself. There are direct parallels to the psychoanalytic situation. The discovery, that the timing of interventions is crucial, is not new. But the infancy data underline the importance of timing for fostering the analysand's sense of agency, in order to promote the capacity for self-analysis. *Demos* shows that the correct management of AIM in infants and patients leads to positive-negative-positive sequences of affects, which then leads to the dominance of the True Self and the Private Self in *Stern*'s terminology, while an invalid caregiver/analyst behavior will evaluate mostly positive-negative-negative sequences of affects, which will later lead to the dominance of the False Self.

As *Holinger* (1989) shows in a review article in the *American Journal of Psychiatry*, synthetizing the theories of *Kohut*, *Stern* and *Gedo*, that in the cases of disturbance of certain Senses of the Self, different interventions and interpretative activities are needed. The roots of this problem can be traced in the pioneering work of *Ferenczi*, but *Gedo*'s and *Goldberg*'s book "The Models of Mind" (1973) was the first, where the issue was discussed explicitly (*Gedo* and *Goldberg* 1973). They describe a hierarchy of treatment modalities based on nosology and the developmental level of the patient:

pacification for traumatic states, unification for psychotic disintegration, optimal disillusionment for narcissistic personality disorders, interpretation for neurotic character disorders and introspection for the healthy adult. In the light of the revolutionary results of recent infant research *Gedo* has modified his model (*Gedo* 1993, *Holinger* 1989, 1999) firmly state, that non-analytic 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 responsivity 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 can be used in cases, when the focus of psychopathology is formed around repression.

### *Transference*

As we have already seen, recent developments in clinical psychoanalysis which are influenced by infant observation studies, emphasize the nature of the transference phenomena similarly as *Lacan* has done (*Muller* 1992). The real essence of transference for these researchers is not the repetition and distortion of the past, but rather the patient's present desire to build an intersubjective relatedness, to be a particular object of the analyst desire, as *Stolorow*, *Lachmann* (1984), *Lacan* (1978) and *Muller* (1992) emphasize. Recently *Stern* (1995) warns, that both from a theoretical and a technical sense, the remembering-versus-acting out differentiation is only valid in the case, where acting out is in use of resistance or symptom-formation. In the case of other situations, acting means an actualization of the preverbal, nonverbal episodic memory material and transference in this sense can be viewed as an equivalent of the everyday-love or mother-child relationship. *Stern*'s advise is, that we should view acting out only as a part of resistance, both from a theoretical and a technical point of view *Stern* (1995) and *Fred Levin* (1991) conceptualize transference as a probe, testing the mutuality between the Subject and the Other. *Levin* writes: "Long before psychoanalysis understood the significance of the transference process and therefore brought it potentially under...control, this phenomenon of transference was part of the brain's system for learning from experience. Transferences of different types result either in complementarity and the meeting of primary needs, or in noncomplementarity and the formation of new judgements about the utility of old strategies for obtaining need gratification." (*Levin* 1991) Transference, by resorting to the oldest demands in order to secure basic levels of self-regulation and self-cohesion, is an inevitable part of life. Following recent dream research *Levin* views transferential ways of relating as an identical phenomena of REM periods, in which the brain integrates the corticolimbic, corticovestibulocerebellar and corticostriatal input. In non-REM periods and in non-transferential ways of relating, the brain uses a

downloading process dealing with the new data. *Levin* (1991) shows, that the adaptive nature of transference was first described by *Freud* in a recently discovered manuscript called "A Phylogenetic Fantasy".

Finally I have to mention, that the clinical aspects of recent metapsychological theories, which are developed from infant observation studies, are not as well developed as the developmental psychological aspects. On the other side, the theories on therapy and technique of the recent Self-psychological theories based on infant observations are not as plentiful as the traditional literature. Further clinical research and experience are needed. But the traditional model seems to change into its opposite. The normal development is not seen in the light of a new patient population again, but on the basis of a comprehensive and scientifically proved psychoanalytic developmental psychology and metapsychology. The revision of traditional psychoanalytic treatment methods and of psychodynamic psychiatry remain to be done.

#### *Acknowledgement:*

The first author would like to thank the support and help of *Virginia Demos* Ph.D. and *John Muller* PhD., the discussions with them in the Austen Riggs Center / USA /, helped him to evaluate this paper in the final form.

### *Psychodynamische Psychiatrie im Licht neuester Kleinkindforschung: Der Flash und die verschiedenen Arten des Selbstempfindens*

Tamás Tényi M.D., PH.D., Robert Herold M.D., Kata Lénárd, Mátyás Trixler M.D., Ph.D

In der vorliegenden Arbeit beschäftigen sich die Autoren mit den neuesten Forschungen auf dem Gebiet der Kleinkindbeobachtung und den sich hieraus ergebenden Änderungen im Bereich psychoanalytischer Therapie. Die letzten dreißig Jahre Entwicklungspsychologie und analytische Psychologie ergaben, daß die traditionelle These bezüglich der Vergleichbarkeit und Ähnlichkeit der Entwicklungsstadien des Kleinkindes mit bestimmten psychopathologischen Phänomenen nicht haltbar ist.

*Stern* (1985), *Demos* (1993), *Lichtenberg* (1989) und andere sind der festen Ansicht, daß die Verzerrung der Realitätsprüfung, die für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen oder Psychosen charakteristisch ist, mit der Realitätsprüfung des Säuglings weder identisch noch vergleichbar ist.

Der Säugling verfügt noch nicht über die Art kognitiver und linguistischer Fähigkeiten, die für ein Phantasieleben wie es *Klein* und *Kernberg* beschreiben, notwendig wären. Somit ist der Säugling keineswegs ein passives Individuum, sondern verfügt in den Bereichen Kognition,

Erinnerung und Wahrnehmung über Kapazitäten, von denen in traditionellen Ansätzen nicht ausgegangen wird.

*Stern*'s Beobachtungen überzeugten ihn, daß der Säugling sich postnatal nicht in einem Stadium autistischer Selbstabsorption befindet, sondern sich schon in den ersten Tagen der „mütterlichen Figur“ bewußt zu sein scheint. Bestätigung und Validierung sind in diesem Stadium essentiell für die Entwicklung des Selbtempfindens. Er betont, daß es sich hier um ein „Selbst-mit-(dem)-Anderen“ handelt: der Säugling erlebt Realität und ist bezogen auf die reale Präsenz der Mutter, die ihm mit ihrer Erwiderung hilft zu wachsen. *Stern* glaubt, daß der Säugling ein fähiger Beobachter der Realität ist und daß es erst das ältere Krabbelkind ist, das Phantasie und Verzerzung benutzt, um das Wahrgenommene zu verändern. Mit dem Auftauchen der Sprache hat das Kind Werkzeug in der Hand, die Realität zu verzerren und zu transzendieren und kann somit Erwartungen entwickeln, die im Gegensatz zu vergangener Erfahrung stehen.

*Stern* beschreibt vier – mit einer kleinen Veränderung – später fünf Selbtempfindungen (*Gabbard*, 1994). Er betrachtet sie als sich unterscheidende Bereiche der Selbsterfahrung und nicht als einander ablösende Phasen. Jeder Bereich, einmal entwickelt, bleibt für den Rest der Lebenszeit bestehen und ist im Einklang mit den anderen koexistierenden Selbtempfindungen.

In den ersten zwei Lebensmonaten entwickelt sich das „Empfinden des auftauchenden Selbst“, welches vorwiegend ein Körperselbst ist, basierend auf physiologischen Bedürfnissen. Amodale Wahrnehmung und die Vitalitätsaffekte sind hier zentrale Phänomene.

Vom zweiten bis zum sechsten Lebensmonat taucht das „Kernselbst“ auf, in Verbindung mit vermehrter interpersoneller Bezogenheit, Selbstagens, Selbstkohärenz, Selbstaffektivität und Selbst-Geschichtlichkeit.

Auf dieser Erfahrungsebene spielt die Repräsentation von Interaktionen eine sehr wichtige Rolle, die vom Kleinkind generalisiert werden. Dies bezeichnete *Stern* als „RIG“s, die fortlaufend geformt und anhand von neuen Erfahrungen modifiziert werden, wobei das episodische Gedächtnis hierbei eine große Rolle spielt.

Zwischen dem siebten und neunten Monat entwickelt sich das „Empfinden eines subjektiven Selbst“, welches einer Abstimmung intrapsychischer Zustände zwischen Mutter und Kind gleichkommt. Das Empfinden des „verbalen Selbst“ entsteht zwischen dem 15. und 18. Lebensmonat und geht einher mit der Fähigkeit, symbolisch zu denken und verbal zu kommunizieren. Zu einem späteren Zeitpunkt wurde noch das „narrative Selbtempfinden“ hinzugefügt, das sich im Zeitraum zwischen dem 3. und 5. Lebensjahr entwickelt, wo es um den geschichtlichen Gesichtspunkt des Selbst geht.

*Stern* identifizierte vier essentielle Merkmale des Selbtempfinden: Agens, Kohärenz, Affektivität und Kontinuität. Auch beobachtete er, daß Bindung, Vertrauen und Sicherheit Phasenspezifität transzendieren und somit für den Rest des Lebens konstante Größen darstellen und daher auch für Deformationen lebenslang anfällig bleiben.

Die Verformungen und Deformationen des Selbstempfindens, die in psychopathologischen Zuständen zu beobachten sind, gehören nicht zur normalen Lebenserfahrung des Säuglings. Die biologische Organisation des Selbstempfindens wurde schon von *John Gedo* (1993) und *Fred Levin* (1991) ausgezeichnet beschrieben.

Der Zeitraum nach der Formation der Selbstempfindungen, wurde von *John Gedo* als die Periode des „Selbstkonflikts“ bezeichnet. *Gedo*, als Anhänger der Selbst-Psychologie -Schule von Chicago, verband auf hervorragende Art und Weise die Theorien von *Stern*, *Lichtenstein*, *Basch* und *Levin*. Dies ist die Arena von intrapsychischen, ödipalen und Identitätskonflikten, deren Verschwinden zu Beginn des Erwachsenwerdens zu beobachten ist. Nach der Periode des Selbstkonflikts entwickelt sich die Periode der Selbstharmonie, gleichbedeutend mit der Stabilisierung des Ich-Ideals, wobei der Erwachsene Mensch fähig ist, den Hauptkonflikt der Phase des Selbstkonflikts zu harmonisieren, die Tatsache nämlich, daß sein Selbst ein Thema hat, mit vielen aber nicht unendlichen Variationen.

### *Die Rekonstruktion der Vergangenheit*

Anstatt traditioneller Modelle von Phasen und Fixierungen strebt *Stern* die Rekonstruktion der Vergangenheit an, mit ihrem narrativen und realen Ursprungspunkt in der Entstehung der unterschiedlichen Psychopathologien. Während dieser Rekonstruktion geht es zuerst um die Entwicklung des narrativen Entstehungspunktes in Form einer Schlüsselmetapher, die später durch eine Beschreibung des pathologisch deformierten Selbstempfindens oder dem vollständigen Fehlen dessen, ausgewertet werden. Nach der Etablierung der Schlüsselmetapher arbeitet man sich zum mutmaßlichen realen Entstehungspunkt der Pathologie vor.

*Stern* demonstriert anhand eines Fallbeispiels, daß der reale Entstehungspunkt nicht unbedingt in den ersten Lebensjahren zu finden sein muß, sondern eine Deformation der Selbstempfindungen in jedem Lebensabschnitt geschehen kann.

Von einem entwicklungspsychologischen Blickwinkel aus sieht man Psychopathologie wohl am besten als ein Kontinuum. Am einen Ende des Pols findet man die Neurosen oder Anpassungsstörungen, wo es einen realen Ursprungspunkt gibt. Dieser kann zu sich überall in der Entwicklungsgeschichte befinden. Hier sind der narrative und der reale Entstehungspunkt identisch. Am anderen Ende befinden sich die gehäuften Interaktionsmuster, die in Charakter- oder Persönlichkeitsstörungen münden. Diese haben keinen tatsächlichen Ursprungspunkt in ihrer Entwicklung. Im Fall der Psychosen bestätigt neueste biologisch-psychiatrische Forschung die Sicht, daß die Deformation oder das Fehlen bestimmter Selbstempfindungen biologische Ursachen hat. Hier hilft die Beschreibung des narrativen Entstehungspunktes dem psychodynamisch orientierten Kliniker, seinem Patienten in einem komplexen psychopharmakologisch/psychotherapeutisch orientierten Prozess zu helfen.

*Stern* betont, daß die Geschichte des Patienten in allen Selbstempfindungen repräsentiert ist und der Therapeut daher sowohl mit dem unwillkürlichen Gedächtnis im nonverbalen Selbst arbeiten, als auch im verbalen Selbst die Verdrängung aufheben muß. Beide Prozesse sind notwendig, ergänzen sich gegenseitig und werden parallel zueinander bearbeitet. In letzter Zeit haben sich mit der klinischen Arbeit an diesen zwei Komponenten besonders *Judith Mitrani* (1995) und *Kiesky/Beebe* (1994) beschäftigt.

### *Der Flash und die Empfindungen des Selbst*

Im folgenden gehen die Autoren auf die Flash - Technik *Michael Balints* im Licht der Theorien von *Daniel Stern* zu den Empfindungen des Selbst näher ein. Der Flash ist ein intensiver zwischenmenschlicher Moment in der Therapeut-Patient Beziehung, in dem die momentane Situation für beide an Klarheit gewinnt (*Balint*, 1973). Hier entsteht eine Intensivierung des zwischenmenschlichen Kontakts, basierend auf einem affektiven Mischwingen. Die Autoren sehen den Flash, auf der Ebene der Selbstempfindung, wo die Psychopathologie des Patienten ihren Ursprung nimmt, als sehr bedeutsam an.

Dies wird mit zwei Fallbeschreibungen illustriert. Im ersten Fall handelte es sich um eine Frau mittleren Alters mit chronisch paranoider Psychose, die nach einem Flash-Erlebnis die Interpretation ihres Therapeuten trotz andauernder Wahnvorstellungen akzeptieren konnte, daraufhin erstmalig in der schon vier Jahre bestehenden therapeutischen Beziehung in Tränen ausbrach und ihren Schmerz zulassen konnte. Das zweite Fallbeispiel bezieht sich auf die Kernbezogenheit während eines Flash-Erlebens bei einer jungen, an Schizophrenie erkrankten Patientin. Die junge Frau wurde in einem tief autistischen Zustand stationär aufgenommen. Es wurden Neuroleptika angesetzt und mit intensiver Einzeltherapie begonnen. Die Kontaktaufnahme stellte sich als sehr schwierig heraus, war aber um so wichtiger, da die Patientin begonnen hatte, lebensbedrohliche katatone Symptome zu entwickeln, wobei sie zeitweise sogar intravenös ernährt werden mußte. Mehrmals täglich saß die Therapeutin an ihrem Bett und versuchte sie vorwiegend nonverbal zu erreichen, indem sie ihre Hand hielt, ihr Wasser oder Milch zu trinken gab, sie sanft zwang, Blickkontakt aufzunehmen und sie bat, ihre Welt doch durch Malen auszudrücken. Nach über einer Woche war sie in der Lage, die ersten Bilder zu malen. Aber auch nach Wochen machte die Patientin nur sehr wenig Fortschritte und befand sich immer noch in einem verwirrten, autistischen Zustand, wobei die Gefahr einer tödlichen Katatonie in der Luft hing. Zu dieser Zeit träumte die Therapeutin zum ersten Mal von der Patientin, wie sie ihr eine intravenöse Kanüle in die Halsschlagader setzte. Diesen Traum berichtete sie der Patientin nicht. Nach einem klarenden, ermutigenden Supervisionsgespräch hatte die Therapeutin einige Tage später einen zweiten Traum, in welchem

sie die Patientin tot auf dem Dachboden ihres Hauses vorfand, sie daraufhin küßte und sie wieder zum Leben erweckte. In der nächsten Sitzung erzählte die Therapeutin ihr den Traum. Nach einer langen Zeit der Zurückgezogenheit, sah sie die Therapeutin an und begann, ihre Gliedmaßen zu bewegen. Sie sagte, sie wäre tot, aber könnte nicht verstehen, warum sie dann in der Lage sei, ihre Arme und Beine zu bewegen. Nach dieser Sitzung verringerten sich sowohl ihre Verfolgungsängste als auch ihre Tendenz zum Rückzug und eine positive Mutterfigur wurde in ihren Bildern sichtbar. Diese Ereignisse bezüglich Übertragung und Gegenübertragung und die therapeutischen Träume weisen darauf hin, wie eine intensive Kern-Bezogenheit einem katatonen Patienten helfen kann, der sowohl seine Selbstbestimmung als auch seine Selbstkohärenz während seiner Krankheit verloren hat und wie diese Kern-Bezogenheit sich während eines Flash-Erlebnisses korrigierend auswirken kann.

In der Psychotherapie von schwergestörten Menschen sind diese intensiven Gegenübertragungsreaktionen und die therapeutischen Träume (*Ammon, 1971, 1973; Benedetti, 1987; Buda, 1999; Volkan, 1994* und anderen) ein Werkzeug für „einen korrekten, wiederherstellenden Prozess der Bemutterung“. Dies wurde auch in neuester Zeit von dem Kleinkindforscher *Greenspan (1989)* und den Therapeuten *Volkan (1994)* und *Robbins (1992)* als der wichtigste Punkt in der Psychotherapie von Psychosen angesehen.

Die Flash-Technik ist vom Konzept her der kürzlich veröffentlichten Theorie der „Momente der Begegnung“ (*Stern et.al 1998 / Kandel, 1999*) sehr ähnlich. Der „Moment der Begegnung“ ist ein Moment im Hier-und-Jetzt der therapeutisch aufgegriffen und gemeinsam verwirklicht wird. Im Entstehen dieses „Momentes der Begegnung“ bringen beide Partner aktiv etwas Besonderes und Authentisches von sich selbst ein, ähnlich wie es auch in der Eltern-Kind Beziehung geschieht. Die intensiven, in der Gegenübertragung begründeten Flash-Ereignisse zeigen auf, wie „Momente der Begegnung“ aus Therapien von schwerstgestörten Psychotikern hervortreten (siehe auch vorangegangene Fallbeschreibungen).

Im Licht von Sterns Theorie bezüglich der Selbtempfindungen, weist der künstlerisch intuitive Charakter der Flash-Technik auf die Wichtigkeit der formgebenden Natur nonverbaler Erfahrung und der Vitalitätsaffekte hin und zwar sowohl in der Interaktion von Mutter und Kind, als auch in der Therapeut-Patient Beziehung. Vitalitätsaffekte könnte man beschreiben, als Formen wie crescendo, explodieren, decrescendo und verblassen, während kategoriale Affekte bezüglich ihres Inhaltes wie Freude, Traurigkeit, Scham, Angst betrachtet werden können. Studien in der Kleinkindforschung zeigen die essentielle Wichtigkeit der Vitalitätsaffekte in der Organisation der Selbtempfindungen. In beiden Fallbeschreibungen kann in den Flash-Erfahrungen eher eine Form, als ein Vitalitätsaffekt erkannt werden. im ersten Fall ein „sich einander zuneigen“ und im zweiten ein „sich erheben“. *Ballas (1987)* benutzte in diesem Zusammenhang die kreative Bezeichnung „informativ“ für diese Art von präverbalen Gegenübertragungsformen.

### *Verbales Selbstempfinden, Verdrängung und Verleugnung*

In der Integration von Ergebnissen aus der Neurologie, der psychoanalytischen Kleinkindforschung und der biologisch orientierten Psychiatrie entwickelt sich eine neuro-psychoanalytische Betrachtungsweise (*Michael Basch*, 1983; *Fred Levin*, 1991; *John Gedo*, 1993 aus der Chicago Schule und *Grotstein*, 1994; *Schore*, 1994 u.a. aus Kalifornien) so daß die Theorie der Selbstorganisation aus der Säuglingsforschung Grundlagen findet in einem umfassenden neuropsychologischen Modell (Details hierzu finden sich in den Arbeiten von *Gedo* und *Levin*).

Bezüglich Verdrängung und Verleugnung sind *Basch* (1983), *Levin* (1991) und *Gedo* (1993) der Meinung, daß Verleugnung und Verdrängung ein Mittel darstellen, um Gedanken ihre Bedeutung zu entziehen, indem die Affektivität von Worten und Bildern getrennt wird. Somit ist die Verdrängung ein Prozess der Blockierung von Input aus der linken Hirnhemisphäre, während in der Verleugnung der rechtshemisphärische Input unterbrochen ist. Verdrängung bedeutet, daß die Verbindung zwischen gelebter Erfahrung und ihrer Repräsentation durch die Sprache unterbrochen ist. Verdrängung ist der vorrangige Abwehrmechanismus vor dem Alter von dreieinhalb Jahren, korreliert mit funktional zu wenig verbundenen Hirnhälften und bedeutet, daß die Verbindung von sprachlicher Repräsentation zur gelebten, fühlbaren Erfahrung dieser repräsentierten Ereignisse unterbrochen ist. Da für die Kommunikation syntaktisch organisierte Verbalkodierungen von Vorteil sind, ist beim Rechtshänder ab dem dritten Lebensjahr die linke Hemisphäre vorherrschend, was bedeutet, daß bei normaler Entwicklung die Verdrängung zum vorherrschenden Abwehrmechanismus wird. Mit der Stabilisierung des Ich-Ideals in der Selbst-Konflikt-Periode folgt in der Zeit des jungen Erwachsenen die Phase der Selbst-Harmonie, die von einem neurobiologischen Gesichtspunkt aus mit einem „blockadefreien Corpus Callosum“ korreliert. Daraus folgt für die Therapie die entscheidende Implikation, daß die Behandlung darauf ausgerichtet sein muß, dem Patienten zu einer Verbesserung seiner Fähigkeit zur Informationsverarbeitung zu verhelfen. Wenn die Funktionen der höheren Zentren, die verschiedenen cerebralen Modelle des „Selbst in der Welt“ zu handhaben, gestört ist, leidet die Analysierbarkeit darunter und der Patient kann sich mit den unterschiedlichen Gegebenheiten nur durch Agieren auseinandersetzen.

*Levin* (1991) betont den Gebrauch von Metaphern, um größtmögliche Kommunikation mit den sensomotorisch enkodierten und konkretistischen (concrete signs and presentational symbols) Bereichen der Selbsterfahrung zu ermöglichen, begründet darin, daß Metaphern in linguistischen Symbolen formuliert sind, die mit den verschiedenen sensomotorischen Modalitäten in Verbindung stehen. In Fällen, wo auch dies fehlschlägt, ist es von Wichtigkeit, die rechte Hemisphäre direkt anzusprechen. Möglichkeiten wären hier die Kommunikation via Musik und Gestik in nonverbalen

Therapien, wie Musiktherapie, Tanztherapie und Maltherapie, die dann mit der verbalen analytischen Arbeit integriert und ausgewertet werden. Hier betonen die Autoren nochmals den wichtigen Stellenwert der Vitalitätsaffekte und der amodalen Wahrnehmung in der Bildung der Selbstempfindungen.

Einer der wichtigsten Konsequenzen aus der Kleinkindforschung bezogen auf die klinische Psychoanalyse, sind die sich verändernden Ansichten von Intervention, Übertragung und der therapeutischen Beziehung, die der interpersonalen Psychiatrie *Sullivans* und den therapeutischen Ansätzen *Kohuts* sehr nahe kommen. *Parens* (1994) spricht in diesem Zusammenhang von korrekten, entwicklungsfördernden Erfahrungen, dem Einbinden von sozialen Bezügen und einem affektiven Mitschwingen. Der Analytiker sollte sich dem Patienten gegenüber wie eine Mutter verhalten, wobei die korrigierende reale Therapeut/Patientbeziehung hier wesentlich wichtiger ist als die Interpretation des ursprünglich fehlgelaufenen Bemutterungsprozesses in der Kindheit. Therapeutische Interventionen und Interpretationen beziehen sich somit weniger auf die Wiederholung in der Übertragung, als eher auf den Aspekt, daß der Patient den Wunsch nach einer intersubjektiven Beziehung hegt. Da viele dieser Patienten aus ihrer Psychopathologie heraus, dem Heilungsprozess große Widerstände entgegensetzen, ist es um so notwendiger, in der Therapie intensive Momente der Bezogenheit zu erleben, um therapeutische Veränderung hervorzurufen (*Virginia Demos*, 1993; *Fred Pine*, 1994; *Boston Study of Change Group/Stern et.al.*, 1998; *Kandel*, 1999).

*Virginia Demos* entwickelte in diesem Zusammenhang den Begriff AIM, was bedeutet, daß die Bezugsperson einen optimalen Bereich für affektives Erleben schaffen muß, um dem Kleinkind zu ermöglichen, sich seiner momentanen Not bewußt zu werden (A-awareness/Bewußtsein), eine Absicht zu erleben, diesen Zustand zu beenden (I-intention/Absicht) und entsprechendes Verhalten zu mobilisieren (M-mobilization/Mobilisierung), um dieses Ziel auch zu erreichen. Wenn dem Kleinkind zur Entwicklung von AIM genügend Zeit gegeben wird, wird es die Fähigkeit entwickeln, sich mit Ereignissen auseinanderzusetzen und es wird sich an dem Resultat aktiv beteiligt fühlen. Hier ist es wichtig, daß die Bezugsperson das Gefühl von Urheberschaft im Kind bekräftigt, die Initiative des Kindes wertschätzt und in der Lage dazu ist, ein gewisses Maß an Frustration auf Seiten des Kindes zu tolerieren, das ausreichend ist, um es zur Veränderung seines Zustandes zu mobilisieren. Auch muß die Bezugsperson mit den noch ungeschickten Versuchen des Kindes, sich selbst zu helfen, zurecht kommen. Die Parallelen zur analytischen Situation liegen auf der Hand. Interventionen, die zur richtigen Zeit kommen, fördern im Analysanden das Gefühl der Urheberschaft und die Kapazität zur Selbstanalyse. Demos zeigt auf, daß das korrekte Umgehen mit AIM beim Kleinkind und beim Patienten zu positiv-negativ-positiven Affektsequenzen führt, die dazu verhelfen, das „wahre Selbst“ vorherrschen zu lassen,

während es im ungünstigen Verlauf meist zu positiv-negativ-negativen Sequenzen kommt, die später eine Vorherrschaft des „Falschen Selbst“ begünstigen.

*Holinger* (1989 im *Journal of American Psychiatry*) zeigt in einer Synthese der Theorien von *Kohut*, *Stern* und *Gedo*, daß in Fällen von Störungen im Bereich der Selbstempfindungen andere Interventionen und interpretative Aktionen gefordert sind als sonst. Schon *Ferenczi* beschäftigte sich damit, aber *Gedo/Goldbergs* Buch „The Models of Mind“ von 1973 ist das erste Werk, das sich explizit mit diesem Bereich beschäftigt. Beschrieben wird dort eine hierarchische Anordnung von Behandlungsmodalitäten, basierend auf der Nosologie und dem Entwicklungsstand des Patienten: Beruhigung und Befriedigung in traumatischen Zuständen, ein Zusammenfassen (unification) in psychotischen Zuständen, optimale Desillusionierung in der narzisstischen Persönlichkeitsstörung, Interpretation in der neurotischen Charakterstörung und Introspektion im gesunden Erwachsenen. *Gedo* in der Modifizierung seines Modells (*Gedo*, 1993, 1993; *Holinger*, 1989) betont, daß nicht-analytische Interventionen wie Befriedigung, unification und optimale Desillusionierung nicht nur sehr geeignet, sondern absolute Notwendigkeit sind in der Mobilisierung analytischer Übertragung. *Stern* schreibt dazu, daß folgende Interventionsstrategien in Frage kommen: in Kernbezogenheit (core relatedness) Regulation und situationsbezogene Empfänglichkeit/Erwiderung, während intersubjektiver Bezogenheit affektives Mitschwingen und in verbaler Bezogenheit reflektierende Validierung (consensual validation) und formende Bestärkung (reinforcement shaping). Traditionelle interpretative Strategien können in Fällen Anwendung finden, in denen der Schwerpunkt der Pathologie auf der Verdrängung liegt.

### *Übertragung*

Jüngste Entwicklungen in klinischer Psychoanalyse unter Einfluß von Beobachtungsstudien aus der Kleinkindforschung betonen die Natur der Übertragung in ähnlicher Weise, wie *Lacan* (*Muller*, 1992), wobei es den Forschern weniger um die in der Übertragung sichtbar werdende Wiederholung und Verzerrung der Vergangenheit geht, sondern vielmehr um den Wunsch des Patienten, im Hier-und-Jetzt intersubjektive Bezogenheit herzustellen und ein besonderes Objekt seines Analytikers zu sein (*Stolorow, Lachmann*, 1984; *Lacan*, 1978; *Muller*, 1992).

*Stern* betont ausdrücklich, daß die Differenzierung zwischen Erinnern und Ausagieren nur in sofern Gültigkeit hat, wie das Agieren im Dienste des Widerstandes und der Symptombildung steht. Ansonsten steht das Agieren für eine Aktualisierung prä- und nonverbalen Materials aus dem episodischen Gedächtnis, und die Übertragung kann in diesem Fall als ein Äquivalent zur Liebe in der Mutter-Kind Beziehung betrachtet werden.

*Levin* (1991) begreift hier die Übertragung als eine Art von Testen der Wechselseitigkeit in der Objektbeziehung. Übertragung, die auf ganz alte Wünsche und Forderungen zurückgreift, um grundlegende Ebenen von Selbst-Regulation und Selbst-Kohärenz abzudecken, ist ein unvermeidlicher Teil unseres tagtäglichen Lebens.

Basierend auf neuerer Traumforschung, zieht *Levin* Parallelen zwischen Bezogenheit in der Übertragung und den REM-Phasen, die er als identische Phänomene betrachtet. In den REM-Phasen integriert das Gehirn kortikolymbischen, kortiko-vestibular-cerebellaren und kortiko-striatalen Input, während im anderen Fall, sowohl in nicht-übertragender Bezogenheit als auch außerhalb der REM-Phase, das Gehirn eine Art von „Downloading“ Prozess verwendet, um mit neuen Fakten umzugehen. *Levin* (1991) zeigt das adaptive Wesen der Übertragung auf, das schon von *Freud* in einem kürzlichen gefundenen Manuskript mit dem Titel „Eine phylogenetische Phantasie“ beschrieben wurde.

Zum Schluß, möchte ich noch erwähnen, daß die klinischen Aspekte neuerer metapsychologischer Theorien, die von der Kleinkindbeobachtung hergeleitet werden, noch nicht so gut entwickelt sind, wie die entwicklungspsychologischen Aspekte. Auf der anderen Seite sind die Theorien zum Thema therapeutischer Techniken in der neueren Selbst-Psychologie, basierend auf Kleinkindbeobachtung, noch längst nicht so zahlreich wie die traditionelle Literatur. Hier sind weitere klinische Erfahrung und Forschung eine Notwendigkeit, denn die traditionellen Modelle scheinen sich in ihr Gegenteil umzukehren. So wird die normale Entwicklung nicht mehr im Lichte vorherrschender Psychopathologie gesehen, sondern auf der Grundlage von umfassender wissenschaftlich fundierter psychoanalytischer Entwicklungspsychologie und Metapsychologie. Somit bleibt bezüglich der Revision traditioneller psychoanalytischer Behandlungsmethoden und psychodynamischer Psychiatrie noch viel zu tun.

#### Literature:

- Ammon, G.* (1971): The Psychodynamics of Dream, Psychosis and Reality in Schizophrenia, from the Aspects of Ego Regulation with case Study. International Congress Series, No 259, Psychotherapy of Schizophrenia, Excerpta Medica, Amsterdam.
- (1973): Dynamische Psychiatrie. Lutherhand V., Darmstadt - Neuwied.
- Bálint, E.* (1973): The Flash Technique – Its Freedom and Its Discipline. In: *Bálint, E., Norell J.S., eds.* Six Minutes for the Patient. Interactions in General Practice Consultation. Tavistock Publications, London 19 - 26.
- Basch, M.* (1983): The perception of reality and the disavowal of meaning. The Annual of Psychoanalysis, 11, 125 - 154. New York, Int. Univ. Press.
- Beebe, B.; Lachmann, F.M.* (1998): Co-Constructing Inner and Relational Process: Self and Mutual Regulation in Infant Research and Adult Treatment. Psychoanalytic Psychology, 15, 480 - 516.
- Benedetti, (1987): Psychotherapy of Schizophrenia.* New York, Int. Univ. Press.
- Bollas, C.* (1987): The Shadow of the Object. New York, Columbia Univ. Press.
- Buda, B.* (1999): Communication of and with Schizophrenic Patients. Lecture at the 12. Weltkongress der World Association for Dynamic Psychiatry. Berlin, 17 - 21 March.
- Demos* (1993): Development Foundations for the Capacity for Self-Analysis. Parallels in the Roles of Caregiver and Analyst. In: Self-Analysis. Critical Inquiries, Personal Visions.
- Barrow, J.W.; ed. Hillsdale.* The Analytic Press.

- Dornes, M.* (1996): Der kompetente Säugling. Fischer, Frankfurt a. M.
- Freud* (1895): Project for Scientific Psychology. Standard Edition 1, 283 - 398. London, Hogarth Press.
- Gabbard, G.O.* (1994): Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. The DSM-IV Edition. Washington DC. American Psychiatric Press.
- Gedo, J.; Goldberg, A.* (1973): A Model of Mind. Chicago, Univ. Chicago Press.
- Gedo, J.* (1993): Beyond Interpretation. Toward a Revised Theory for Psychoanalysis. Hillsdale. The Analytic Press.
- Greenspan S.I.* (1989): The Development of the Ego: Implications for Personality Theory, Psychopathology and the Psychotherapeutic Process. Madison, Int. Univ. Perss.
- Grotstein, J.* (1994): Foreword. In: Schore A.N. Affect Regulation and the Origin of the Self. Hillsdale, Erlbaum.
- Holinger, P.C.* (1989): A Development Perspective on Psychotherapy and Psychoanalysis. Am. J. Psychiatry, 146, 1004 - 1412.
- (1999): Noninterpretative Interventions in Psychoanalysis and Psychotherapy. Psychoanalytic Psychology, 16, 233 - 253.
- Kandel, E.R.* (1999): Biology and the Future of Psychoanalysis: A New Intellectual Framework for Psychiatry Revisited. Am. J. Psychiatry, 156, 505 - 524.
- Kiersky, S.; Beebe, B.* (1994): The Reconstruction of Early Nonverbal Relatedness in the Treatment of Difficult Patients. Psychoanalytic Dialogues, 4, 3389 - 408.
- Lacan, J.* (1978): The Four Fundamental Concepts of Psychoanalysis. New York, Norton.
- Levin, F.* (1991): Mapping the Mind. Hillsdale, The Analytic Press.
- Lichtenberg, J.D.* (1989): Psychoanalysis and Motivation. Hillsdale, The Analytic Press.
- Mitrani, J.* (1995): Toward an understanding of unmentalized experience. Psychoanalytic Quarterly, 64, 68 - 112.
- Muller, J.P.* (1992): Transference and Lacan's Subject-supposed to know. In: Phenomenology and Lacanian Psychoanalysis. Pittsburgh, Duquesne University, 37 - 45.
- Morgan, A.C.* (1997): The Application of Infant Research to Psychoanalytic Theory and Therapy. Psychoanalytic Psychology, 14, 315 - 336.
- Parens, H.* (1994): A Commentary on the Significance of Infant Observational Research for Clinical Work with Children, Adolescents and Adults. ed. S. Dowling; A Rothstein. Journal of Clinical Psychoanalysis, 3, 25 - 43.
- Pine, F.* (1994): The Era of Separation-Individuation. Psychoanalytic Inquiry, 14, 4 - 24.
- Robbins, M.* (1992): Psychoanalytic and biological approaches to mental illness: Schizophrenia. J. Am. Psychoanal. Assoc., 40, 425 - 454.
- Schore, A.N.* (1994): Affect Regulation and the Origins of the Self. The Neurobiology of Emotional Development. Hillsdale, Erlbaum.
- Stern, D.N.* (1985): The Interpersonal World of the Infant: A view from Psychoanalysis and developmental psychology. New York, Basic Books.
- (1995): Acting versus remembering in Transference Love and Infantile Love. In: On Freud's Observations on Transference Love, eds. Person E.S.; Hagelin A.; Fonagy P. New Haven, Yale Univ. Press, 172 - 185.
- Stern, D.N.; Sander, L.; Nahum, J.; Harrison, A.; Lyons-Ruth, K.; Morgan, A.; Bruschweiler-Stern, N.; Tronick, E.* (1998): Non-interpretative mechanisms in psychoanalytic therapy. International Journal of Psychoanalysis, 79, 903 - 921.
- Stolorow, R.D.; Brandhoft, B.; Atwood, G.E.* (1983): Intersubjectivity in psychoanalytic treatment. Bull. of the Menninger Clin., 47, 117 - 128.
- Stolorow, R.; Lachmann, F.* (1984): Transference: The future of an illusion. In: The Annual of Psychoanalysis XII, Madison CT. Int. Univ. Press, 19 - 37.
- Volkan, V.* (1994): Identification with the Therapist's Functions and Ego-Building in the Treatment of Schizophrenia. Br. J. Psychiatry, 164, suppl., 23, 77 - 82.

Adresse der Autoren:

University Medical School of Pécs  
Ret u.2  
7623 Pécs  
Hungary

# Using DSM-IV Cultural Formulation to Enhance Psychodynamic Understanding

Giovanni Caracci (New York)\*

The author presents the Cultural Formulation Outline of DSM IV which was introduced to sharpen the focus on the cultural determinants of symptoms, diagnosis and overall understanding of patients. The Formulation adds a narrative/ideographic dimension to the descriptive nomothetic approach to the understanding of mental illness. Emphasized is the subjective experience of the patient as crucial at arriving at a comprehensive diagnosis and treatment plan. Similarities show in obtaining a psychodynamic and ideographic formulation. Parameters as the cultural reference group of the patient, language, cultural factors of development, involvement with the culture of origin as with the host culture are discussed and presented in case studies. Also considered are cultural factors related to psychosocial environment and level of functioning as well as cultural aspects of the physician patient relationship.

The fundamental role cultural factors play in the recognition and treatment of mental illness has received widespread attention in the past decade. (1 - 4) Culture permeates the patient-physician encounter at several levels. The patient's map of belief systems derived from his cultural background affects the expression of symptoms, whether they are viewed as normal, how a physician and treatment are perceived, the family's response to mental illness, compliance with treatment and communication of emotional suffering. One of the main advances in our cultural understanding of psychiatric illness has been the development of the DSM-IV cultural formulation outline, which was the result of years of research and discussion within the DSM-IV task force and NIMH (5). The outline is meant to supplement the multiaxial diagnostic assessment and to address difficulties that may be encountered in applying DSM-IV criteria in a multicultural environment. Five elements of the formulation are listed: cultural identity of the individual, the cultural explanation of the individual's illness, cultural factors related to the psychosocial environment and level of functioning, cultural elements of the relationship between the individual and the clinician and overall cultural assessment for diagnosis and care (6).

Over the last few years some authors have advocated the use of supplementing the descriptive diagnosis based on the observation of the presenting symptoms, with a comprehensive evaluation of the human being behind the symptoms, emphasizing the patients subjective experience, his unique form of suffering, and the idiosyncratic expression of psychopathology in his interpersonal world as well as within the therapeutic relationship. The two views have also been called nomothetic and

\* M.D. Director of the Mount Sinai School of Medicine (Cabrini) Psychiatry Residency Training Program Clinical Associate Professor of Psychiatry, Mount Sinai School of Medicine

idiographic(5). By acquiring information close to the essence of the patient, the idiographic view of psychopathology greatly enriches our understanding of the patient as a whole. The process of obtaining information to arrive at an idiographic formulation shares some similarities with an interview with a focus on psychodynamic formulation. To mention a few, in both approaches the subjective experience of the patient is seen as unique rather than similar to other patients. In an empathic listening mode, the patient is encouraged to verbalize his perspective on his mental anguish. In both the goal is to achieve an understanding of the patient's psychosocial and intrapsychic strengths as well as weaknesses. Moreover, in both formulations transference and countertransference considerations are useful to grasp the patient's inner experience and his interaction with the external reality.

Cultural formulation is uniquely positioned as an invaluable bridge between the nomothetic and the idiographic/psychodynamic domains. By exploring the multiple layers of interaction between patient and cultural environment it provides the clinician with a different prism through which he can view the patient's symptoms, his psychosocial functioning and his interpersonal relations (7). In the process, maladaptive behaviors and thoughts can be uncovered and recorded.

One clarification worth addressing is the meaning of the word psychodynamic. While this word has often been equated with psychoanalytic we prefer to use it in a wider context, reflecting theoretical underpinnings from different schools of thought. Thus, we adopted the following definition: psychodynamic psychiatry is an approach to diagnosis and treatment characterized by a way of thinking about the patient and clinician that includes unconscious conflicts, deficit and distortions of intrapsychic structure and internal relations (8). The main theoretical guiding concepts derive from the schools of ego psychology, self psychology and object relations. In addition, we supplemented these three models with principles from a cognitive model. The theory postulates that the adverse experiences producing psychopathology are represented as beliefs linked to expectations of injury. Moreover it states that many of these beliefs, when carried unchanged into the adult life, become irrational, determine inappropriate affects and the maladaptive attitudes and behaviors that constitute adult psychopathology (9). These are theoretical constructs which explain psychological conflicts and mental functioning. Their concepts greatly overlap and some of them are better suited for some types of disorders, for example object relations for borderline personality and self psychology for narcissistic disorders. In line with the eclectic nature of our exploration, a blend of these three approaches was used for this work.

This article illustrates how cultural formulation can help residents enhance their psychodynamic understanding of patients. It is the product of a year long seminar taught to graduate and postgraduate students at our institution. The initial objective of the seminar was learning to formulate

patients according to the outline and to understand the interface between the multi-axial system and the five elements of cultural formulation. However the focus of the seminar gradually shifted as it became increasingly evident that the outline was allowing the students to sharpen their understanding of patients' personality traits and psychodynamic world. The challenge soon became to understand how cultural factors and psychodynamic ones interplay in a unique way for each patient. It is interesting that while at the beginning of the seminar residents saw cultural and psychodynamic factors as separate, mostly due to their tendency to compartmentalize domains, this was no longer the case towards the end of the seminar, when cultural and intrapsychic factors were seen as intricately intertwined. Although these were PGY 1 and 2 residents, they followed their patients beyond their inpatient stay in the day hospital and outpatient and took notes which they regularly brought to the seminar. Therefore, over time the seminar became a cultural/psychodynamic formulation continuous case seminar with regular updates.

The cultural identity of the individual is divided into cultural reference group, language, involvement with the culture of origin and involvement with the host culture. The cultural reference group is on the surface a given one. But in the present multi-ethnic society it is not so simple a matter. A patient told a resident "I am one quarter Indian, one quarter Spanish and the rest is German and I came here when I was 5 therefore I am an American. What does that make me I don't know". Further exploration of the case showed a strong identification with the Spanish heritage mostly traceable to her being brought up by their Hispanic grandmother, who was the only stable presence in a very chaotic family environment

Language on the other hand is a complex function which can reveal important nuances of the person's psychodynamics. Especially in immigrants whether the language of the host culture is spoken or not, the patient's relationship with the language of origin as well as with the acquired language offers a view into the characteristics of the ego, quality of object relations and characteristics of the self.

A 30 year old Dominican female with panic disorder and agoraphobia in the US for 13 years did not speak English nor did she express any desire to learn it. An in depth interview revealed that the patient viewed learning the new language as a threat to her dependency needs and fear of abandonment by her family (i.e. acculturation equaled independence and losing the loved ones). Her fears were defensively displaced onto her phobias.

The cultural factors in development: This is an area which can greatly contribute to understanding the patient's self-objects, family relations, defense mechanisms, superego issues and irrational belief systems.

An eastern European patient with a history of dysthymia, multiple somatic complaints and borderline traits described his migration to the US at the age of 7 as traumatic. He verbalized her resentment at being uprooted.

His family confirmed that around that age he had changed from an extroverted child to a brooding one. His massive denial of unacceptable angry feelings was turned inward with ensuing depression as well as hypochondriacal somatizations. His parents spoke their native language and constantly romanticized their country of origin, overtly expressing regret about their decision to move. Over time he had developed a maladaptive belief of not belonging and that there was a place out there where he could be happy and fulfilled. This ideas greatly restricted his social and romantic life and needed to be addressed in psychotherapy.

Information about involvement with the culture of origin is very useful in uncovering conflictual and ambivalent feelings towards parental figures and siblings. This is the area where primitive defenses such as splitting and projective identification are more often identified. The culture of origin may become an idealized parental imago while the host culture may be devalued as the bad self-object.

An Indian patient with borderline personality disorder and intermittent psychotic episodes secondary to psychosocial stressors, was a devout follower of an Indian guru in the US, at various points living in his commune. She was completely consumed with following the traditions of her native India and derided the American culture as degrading. When psychotic, she heard the voice of the Guru telling her she was the chosen one to save this country from moral decay. Further exploration revealed an ambivalent relationship with a rigid and distant father and a yearning for his affection. The Guru had become the idealized parental image while the entire host culture was split off as the bad self-object.

The involvement with the host culture also provides valuable information about for example one can learn about ego strengths or weaknesses, characteristics of the self, such as self esteem and continuity of the self. A Chinese patient hospitalized for major depression and a suicide attempt at first refused to talk about his origins, than he gradually spoke about his not wanting to identify himself as a Chinese which eventually led to his changing both his first and last name to an American one. This was secondary to a poor sense of self and ambivalence about his culture of origin. Within a object relation theory he had idealized the host culture and devalued the culture of origin (representing the rigid, distant and bad parents), within the self psychology framework he was reacting to the empathic failures of his family by assigning perfection to an idealized parental imago, in the process protecting a defective self prone to fragmentation. From a cognitive viewpoint he harbored an irrational belief that to be successfull he had to totally renounce his ethnicity.

The cultural explanation of the individual's illness provides several points of entry into the patients psychological world. This section includes the predominant idioms of distress, the meaning and perceived severity of the individual's symptoms in relation to norms of the culture reference group, the perceived causes and explanatory models of the illness and help

experiences and plans. The predominant idioms of distress through which symptoms are communicated convey a meaning which can be clinically useful.

A 27 year old African American woman with a diagnosis of depressive psychosis experienced auditory hallucinations telling her that she will never be forgiven. When she was brought to the ER her father related that she had been "speaking in tongues", an expression used by followers of the Pentecostal faith to describe a trance-like phenomenon during which communication with the Holy Spirit is established. Since within her religious group the phenomenon was seen as normal she did not come to the attention of a mental health professional until a few months later. The voice of God was a culturally acceptable manifestation of her emotional distress. Further exploration into these idioms of distress revealed a conflictual relationship with a highly controlling father on whom she was nevertheless very dependent. Unable to accept her rage at her overbearing father, she had incorporated him into his delusions as the unforgiving God. Her core belief was that since she had disrespected her father by cursing at him she was never going to be forgiven and she would be condemned to being eternally punished by him.

Closely related to the idea of distress is that of meaning and perceived severity the individual's symptoms in relation to norms of the culture reference group. A 54 year old Burmese male with depression and multiple somatic complaints thought that his malaise was secondary to gardening, an activity he had engaged in for five months after he had been laid off from his job. He only acknowledged the somatic manifestations and strongly denied being depressed. This view was also shared by some of his family members. Other members of the patient's family had different interpretation as to what had happened. These discrepancies revealed some insights into the patient's family dynamics which were useful in the treatment. In sum, after years of hard work as an immigrant, being the bread winner in the household, he had found himself unemployed and no longer indispensable. This loss led him to becoming increasingly despondent and withdrawn. His sons had decided that he could spend his time gardening when "all of a sudden, while in the garden" he began complaining of head aches and other somatic symptoms. From that moment on he assumed the sick role as he and the entire family perceived the illness to be very serious as well as incapacitating. The somatization of his depression was interpreted as normal within the Burmese perception of mental illness as unacceptable or flatly denied.

Similarly the perceived causes and explanatory models offers invaluable information about the patient's awareness of his illness as well as of the issue of attribution of symptoms. This is an interesting interface between the cultural domain and the psychodynamic one. Insight into the illness is usually assessed early on by the clinician as it will guide assessment of prognosis as well as approach to treatment. Understanding the dynamics

behind some of the irrational beliefs about what causes our patient's problems can considerably illuminate the therapeutic journey. It is important however to underscore that lack of insight is indeed a symptom in some psychopathological entities such as schizophrenia.

A 40 year old Italian American with bipolar affective disorder was hospitalized for a severe depressive disorder. She believed that her illness was due to "malocchio", literally evil eye from her husband's family. "Malocchio" is a pervasive belief among Mediterranean and Hispanic cultures and it is rooted in the idea that a malevolent person can bring on misfortunes and illness. An exploration into the family dynamics revealed that for years she had made unrealistic demands on his family, which she perceived as a threat to her marriage. She constantly questioned her husband's love, blaming his excessive attachment to his family for his lack of love towards her. Her paranoid reactions served the purpose of protecting her from self blame and a sense of unworthiness, while at the same time denying her own involvement in her marital difficulties. Eventually, we were able to trace her reaction to growing up in an environment perceived as ambivalent and hostile, especially on her mother's family side.

**Help seeking experiences and plans:** All the cases mentioned above resorted to culturally related forms of healing which were outside of the psychiatric realm. This is usually due to culturally sanctioned stigma surrounding psychiatry and these patients feel more comfortable with culturally accepted means of delivering mental health. The patient's first approach to dealing with his emotional suffering often offers the clinician helpful insights. In each individual case different variables play a role in this first step including whether the patient himself or a family member sought help, availability of means for treating mental illness, religious affiliation, socio-economic status and level of education. Much can be learned from this process, especially from transference reactions patients develop towards folk healers and from the validation the healer gives to the patient's symptoms.

A 35 year old Puerto Rican woman, who suffered from dizziness, weakness, anxiety and a host of somatic complaints presented with unresolved sexual conflicts centering around a core idea that a family member had sexually molested her when she was a child. At first she had resorted to a "curandero" to heal her symptoms. The healer used several local techniques which resulted in partial improvement of her symptoms. However, in the process she developed a strong erotic transference towards him, which eventually led to the worsening of her anxiety and ultimately to her hospitalization. Underlying her anxiety were ideas of sex as dirty and unacceptable based on prominent oedipal conflicts which were later explored in psychotherapy.

**Cultural factors related to psychosocial environment and levels of functioning: Attaining an understanding of the significance of psychosocial**

stressors and how they are perceived by the patient is a crucial step in every psychodynamic formulation. Here the emphasis on the cultural element facilitates a view into the patients fears, beliefs, adaptations, and defense mechanisms.

A 30 year old Korean physician was hospitalized with a major depressive episode following his being denied renewal of his contract in the second year of residency because of poor performance on the job. He had become suicidal with clear plans to carry it out. An exploration of his perception of the stressor revealed that he had experienced the job loss as catastrophic and final. He then proceeded to describe what he called "Korean values" regarding education, describing an all or nothing belief that a person without a completed education is unworthy and considered a social outcast. His perception of his cultural norm was that anything short of completing education was to be considered a failure. Exploring the patient's family dynamics showed that his father, himself a successful physician, had chosen him to continue his legacy. In the process he had shown parental preference over a troubled younger sibling who had dropped out of medical school. The patient's grandiosity masked inferiority feelings and guilt towards his brother. His anxiety over becoming a successful doctor was based on the idea of depriving the unfavored brother of parental affection, to which he adapted masochistically by making an astonishingly naive series of mistakes at work.

**Social Supports:** In this subset we can assess the resources available to the patient and how they are used. A patient with a variety of support systems may hardly utilize them while another with limited resources may maximize their usefulness. In this context, important dynamics may be uncovered within the patient's relationship with family, mental health providers, and social structure. An elderly Russian woman evaluated for depression on our medical unit verbalized feelings of being a burden to her family and suicidal ideation. A family meeting showed that the patient's family was very supportive but after the loss of a sister in Russia she had gradually withdrawn from her family, refused help and stopped socializing with her peers. Her close relationship with her sister had been seriously strained at the time patient had made the decision to emigrate. Eventually her sister had decided to remain in Russia and the two were estranged for one year. Addressing the patient's irrational conviction she had caused her sister's death by her decision and her consequent guilt feelings was crucial for her to rely on her family again.

**Level of Functioning and Disability:** This is an area of inquiry which affords many insights into the interaction between cultural values and psychodynamics. For example, how does a commonly held Chinese belief that in life one "is supposed to eat bitter" influence a patient's difficulty to work due to depression? A frequently seen compromise is the manifestation of somatic symptoms, which in many cultures are better accepted than psychiatric ones. In some cultures the expectation to function in the work,social or romantic domain is imposed on the mildly or moderately ill

patient, while it is waived in the more severely mentally ill. Gender factors also account for much variance. DSM-IV axis 5 scoring clearly needs adjustment in non western societies where expectations may be different as are social reactions to disability. A 24 year old Greek American attempted suicide on the eve of his college graduation. His father, a prominent Greek American business man, embraced the prevailing cultural idea from his background that successful men are self made and success only comes to the ones who try hard enough . His larger than life figure was supported by an actually very insecure core which led him to be overly critical of his son in whom he saw his inadequate self. The patient was convinced that no matter how hard he tried he would be unable to measure up to his father. Consequently, he had developed a defensive need to be nearly perfect, but his unrealistic demands on himself made him vulnerable to failure, work inhibition and masochistic defenses such as inability to finish college. This in turn prevented him from the very anxiety provoking possibility of "being like my father" or even "beating my father at his own game".

**Clinician/Patient relationship:** The exploration of this domain can potentially yield information crucial to successful treatment. Whether the patient shares the same cultural background of the therapist or is culturally from a world apart, he develops transference reactions which need to be identified. Equally important is the understanding of the doctor 's countertransference towards the patients and how cultural factors may play a role. Much of our residents' understanding about cultural bias and cultural "blind spots" have come from this section. In another seminar which is entirely devoted to identification and handling of countertransference, cultural factors constantly emerge as a fundamental for shedding light on the patient/clinician interaction. A 30 year old Polish patient admitted to the inpatient with depression and obsessive compulsive disorder was assigned to a Polish resident. She rapidly developed a strong positive transference towards the resident, who was seen as being from the same background and language. Her compliance and response to treatment were both excellent and when she was discharged she continued to be followed by the resident on an outpatient basis. After one month in the outpatient the patient became non-compliant with treatment, stopped taking her medications and began to ventilate anger and hostility at the resident. An analysis of the process as well as the patient-resident relationship uncovered that the initial glowing transference reaction had been replaced by a highly defensive negative one which could be traced to her ambivalent relationship with an older sister whom she perceived as preferred by her mother. The patient had developed towards the resident the same feelings of inferiority, hostility, envy and competitiveness she had experienced with her sister. Identifying and containing the resident's opposing countertransferential reactions was challenging but instrumental for the continuation of treatment.

**Overall Cultural Formulation:** This is a summary of the most relevant findings which may help highlight the most prominent dynamics of the case.

A 37 year old African American from North Carolina was admitted with a diagnosis of alcohol dependence and major depression. Upon admission he identified himself as being a Southern Baptist, a faith which stresses profound family ties, strong work ethics, stoicism in the face of adversities, high moral values and a strong belief in sin. Both patient and his family believed that by drinking excessively he had "turned from God". His family also expressed disdain about the patient's life choices, i.e. moving to New York, studying Russian and Spanish and marrying a "white Russian" immigrant. His illness was perceived by the family as incurable, unresponsive to conventional medical treatment. His only hope for recovery from "walking off from Jesus" was "spiritualist" healing by a reverend at his congregation. The event which precipitated his depression and relapse into alcoholism was the death of his mother by breast cancer sixty days prior to his hospitalization. The patient had not visited his mother before she died or during her illness although he was distinguished in the family as being her "favorite son". While he had claimed to have no social support, he was visited by a large number of family members with whom he seemed to assume a "sick role". The patient had a good rapport with the resident although he expressed some doubts that she would understand his culture of origin. The resident verbalized some puzzlement at the dogmatic rigidity of his faith but overall empathized by feeling sorry about his depression and self destructive behavior. Clearly he had ambivalent feelings about his cultural background. Although he had identified himself as Southern Baptist he broke away from its norms in several ways. On the surface he had rejected his culture, but he remained heavily influenced by it with his pervasive guilt about sinning and feelings of unworthiness. Seeking an identity of his own, he had embraced other cultures and other languages but his 'cultural conscience' continued to haunt him after his mother died, ravaged by guilt about having abandoned her as well his family. This patient's apparent rejection of his cultural norms masked deep psychological conflicts which originated in his family dynamics. Uncomfortable with the idea of being the mother's favorite he developed defense mechanisms to deal with his anxiety, such as excessive drinking and masochistic acting out at work. Interestingly, over the years he had come to embrace those concepts he had rejected, that he was unworthy, because mentally ill, that he had sinned and beyond help and that his life had been a useless and unproductive waste.

The resident was instructed to elicit core belief systems related to his anxiety about being her mother's favorite and how, within the family dynamics this idea explained his ambivalence towards his culture of origin.

In conclusion, cultural formulation outline can be used as a road into the exploration of patient's dynamics. This is mostly due to the outline's versatility of its elements as they allow the clinician to reach into domains of psychodynamic interest with considerable overlap between the two. From a purely academic viewpoint this juxtaposition allows for teaching

layers of complexity a student might otherwise not be able to grasp. It also gives the teacher the possibility of reframing the meaning of the word „culture“ and „cultural“ which at times are used as meaningless cliches which interfere with deeper understanding. For the educator the challenge remains to continuously refine creative way to teach how to understand the patient's biopsychocultural core without overlooking important nuances and most of all without losing sight of his human side.

### *Das DSM-IV Cultural Formulation Outline für ein besseres psychodynamisches Verstehen*

Giovanni Caracci (New York)

Kulturelle Faktoren spielen eine große Rolle für Diagnose und Behandlung psychischer Erkrankungen. Die DSM-IV Arbeitsgruppe und das National Institute of Mental Health in den USA haben einen Entwurf zur Erfassung kultureller Aspekte bei psychischen Störungen erarbeitet. Zwar sind die bestehenden diagnostischen Klassifikationssysteme klar und systematisch, sie reichen in einer multikulturellen Umgebung jedoch nicht aus.

Neben die nomothetische Weise des Verstehens muß eine narrativ-ideographische treten. Der Patient soll jenseits seiner Symptome verstanden werden in seiner einzigartigen Form des Leidens und in seinem ganz spezifischen Ausdruck der Psychopathologie, sowohl in seiner sozialen Umgebung wie in der therapeutischen Beziehung.

Dabei hat die ideographische Herangehensweise große Ähnlichkeit mit der aus psychodynamischer Sicht. In beiden Sichtweisen wird die subjektive Art des Erlebens als einzigartig betrachtet, es wird nicht nur ein Patient mit dem anderen verglichen. In beiden Betrachtungsweisen werden Übertragungs- und Gruppenübertragungsmanifestationen genutzt.

Die kulturelle Formulierung des DSM IV wird als Brücke zwischen nomothetischer und ideographischer Betrachtung gesehen. Indem die verschiedenen Schichten der Interaktion zwischen Patient und seiner kulturellen Umgebung analysiert werden, erhält der Therapeut ein differenziertes Prisma, durch das er Symptome, soziale Anpassung (social functioning) und die persönliche Beziehung verstehen kann.

Psychodynamik wird von der Arbeitsgruppe in einem erweiterten Sinn verstanden. Es werden Erkenntnisse verschiedener Schulen in ein Konzept integriert, die der Ich- und der Selbtpsychologie, der Objektschule und auch Prinzipien der kognitiven Modelle. Die Konzepte überschneiden sich teilweise, und einige sind besser für bestimmte Krankheitsbilder geeignet als andere, so z.B. die Objektbeziehungslehre für Borderlineerkrankungen, Selbtpsychologie eher für narzistische Störungen.

Die vorliegende Arbeit soll mit Hilfe verschiedener Falldarstellungen demonstrieren, wie die kulturelle Sehweise ein besseres Verständnis psycho-

dynamischer Vorgänge zur Folge hat. Die Arbeit stellt das Resultat eines einjährigen Seminars für Graduierte und Postgraduierte in der Mount Sinai School of Medicine in New York dar.

Die fünf Elemente der kulturellen Formulierung (cultural formulation) sind: kulturelle Identität, die kulturelle Erklärung der Erkrankung des Individuums, kulturelle Faktoren, die mit der psychosozialen Umgebung und dem Funktionsniveau (level of functioning) verbunden sind, kulturelle Aspekte der Beziehung zwischen Patient und Arzt und schließlich eine allgemeine (overall) Einschätzung für Diagnose und Behandlung. Diese Faktoren sollten im Seminar mit dem multi-axialen System des DSM in Verbindung gebracht werden. Im Verlauf des Seminars wurde sichtbar, wie kulturelle und intrapsychische Faktoren eng miteinander verbunden sind.

Die kulturelle Identität umfaßt die kulturelle Bezugsgruppe, die Sprache, die Auseinandersetzung mit der Ursprungs- und der Gastkultur. Dabei ist die kulturelle Bezugsgruppe in multikulturellen Umgebungen nicht eindeutig. So berichtet ein Patient, daß er ein Viertel indianisch, ein Viertel spanisch und der Rest deutsch sei, er in die Staaten mit 5 Jahren gekommen wäre und nun Amerikaner sei. Es ergab sich, daß die stärkste Identifizierung mit dem spanischen Erbe bestand, was an einer spanischen Großmutter lag, die den einzigen stabilen Faktor in einer sonst chaotischen Familie darstellte.

Auch die Sprache kann sehr komplex wirken. Die Beziehung des Patienten zur ursprünglichen und zur Gastsprache kann tiefe Einblicke in das Ich, die Qualität der Objektbeziehungen und das Selbst geben. Am Beispiel einer eingewanderten Frau aus der Dominikanischen Republik, die sich weigerte, die amerikanische Sprache zu lernen, wird dieses demonstriert: für sie bedeutet die neue Sprache eine Bedrohung ihrer Abhängigkeitsbedürfnisse von der Familie. Für die Entwicklung eines Menschen kann die Entwurzelung verheerend sein, wie im dargestellten Beispiel eines aus Osteuropa stammenden Patienten mit Disthymie und anderen Störungen, dessen Eltern die alte Heimat idealisierten und dem Kind keine Chance zur gelungenen Anpassung geben konnten. Informationen über die Beschäftigung mit der Ursprungskultur können wertvolle Informationen über Abwehrmechanismen geben, auch konflikthafte und ambivalente Gefühle den Eltern gegenüber ausdrücken. Die Gefühle zur Gastkultur können etwa eine Abspaltung böser Selbst-Objekte bedeuten. Auf der anderen Seite kann die Ursprungskultur abgewertet, die neue idealisiert werden, ein schwaches Selbst, das zur Fragmentierung neigt, muß sich durch Idealisierungen schützen. Auch verschiedene Ausdrucksweisen von Leid können eine kulturbedingte Erklärungen von Erkrankungen bringen, so Phänomene, die in religiösen Gruppen als normal, in einer westlichen Kultur dagegen als psychotisch gelten. Ähnlich wichtig, den Patienten zu verstehen, ist die Bedeutung und die erlaubte Schwere der Symptome innerhalb der kulturellen Bezugsgruppe. So kann die Somatisierung einer Depression für die Bezugsgruppe erträglicher und verständlicher sein, wie es im Fall eines Mannes aus Burma geschildert wird.

In vielen Kulturen führt die Stigmatisierung der Psychiatrie dazu, bei psychischen Störungen zu Heilern zu gehen, die in den Kulturen sozial anerkannt sind. Es ist hilfreich zu analysieren, welchen Weg in der Behandlung der Patient gegangen ist, ob er selber oder ein Familienmitglied in die psychiatrische Behandlung kam u.ä. In jeder psychodynamischen Formulierung ist das Verständnis psychosozialer Stressoren und die Art, wie der Patient damit umgeht, ein wichtiger Gesichtspunkt. Am Fall eines koreanischen Arztes mit endogener Depression wird verdeutlicht, wie dieser Mißerfolg im Beruf als unvereinbar ansah mit den Werten seines Geburtslandes und sich fast suizidierte. Seine schlechten Leistungen im Beruf erwiesen sich bei Analyse der Familiendynamik als unbewußter Versuch, seinen beruflich gescheiterten Bruder vor dem Verlust elterlicher Zuneigung zu schützen, indem er es ihm gleichtat und selber versagte.

In der Arzt-Patientenbeziehung ist die Untersuchung kulturbedingter Einflüsse in Übertragung und Gegenübertragung oft von großem Interesse, die Ärzte entdecken kulturelle „blinde Flecken“ und müssen auf Gegenübertragungsmanifestationen achten, die etwa durch Vorurteile gegenüber einer anderen Kultur entstanden sein können. Der Autor resümiert, daß die kulturelle Formulierung als Weg in das Verständnis der Psychodynamik des Patienten dienen kann. Der bio-psycho-kulturelle Kern soll verstanden werden, ohne wichtige Nuancierungen zu übersehen und dabei aber nicht die allgemein menschliche Seite aus dem Auge zu verlieren.

## References

- Mezzich, J.E. (1996): Culture and Psychiatric Diagnosis. A DSM-IV perspective. Washington, D.C: American Psychiatric Press*
- Alarcon, R.D. (1995): Culture and Psychiatric Diagnosis: Impact on DSM-IV and ICD-10. Psychiatric Clinics of North America, 18, 449-455*
- Kleinman, A. (1988): Rethinking Psychiatry. New York: Free Press*
- Good, B.J. & Good, M.J.D. (1986): The cultural context of diagnosis and therapy: A view from medical anthropology. In M.R. Miranda & H.L.L. Kitano (Eds). Mental health research and practice in minority communities (U.S. Department of Health and Human services, Publication No. (DDM) 96-1466) Washington, DC: Government Printing Office*
- Meezich, J.E. (1995):a Cultural formulation and comprehensive diagnosis: clinical and research perspectives. Psychiatric Clinics of North America, 18, 649-658*
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders Fourth edition (DSM-IV) 1994, American Psychiatric Press*
- Alarcon, R.D.; Foulks, E.F.; Vakkur, M. (1988): Personality Disorders and Culture. John Wiley and Son*
- Gabbard, G.O. (1994): Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. American Psychiatric Press*
- Bieber, I. (1980): Cognitive Psychoanalysis. Jason Aronson*

Address of the author:

Cabrini Medical Center  
Department of Psychiatry  
227 East 19th Street  
New York, N.Y. 10003

# Transkulturelle Aspekte in der Maltherapie\*

Georg Kress\*, Thomas Bihler (München)\*\*

This article concerns transcultural phenomena in artistic expression that manifest as correspondences of pictural motives and symbol language. Theoretical conceptions of the psychological background behind these parallels are shown and discussed. The appearance and meaning of transcultural phenomena in painting-therapy is presented through a detailed case-study, documented in pictures.

Die Existenz transkultureller psychischer Phänomene und ihr Ausdruck in künstlerischen Gestaltungen hat die psychoanalytische Forschung von Anbeginn fasziniert. Wiederholt wurde der Versuch unternommen, die feststellbaren, aber zeitlich und räumlich weit auseinanderliegenden Motivähnlichkeiten auf einen theoretischen Nenner zu bringen.

So äußerte *Freud* schon 1916 in seiner Vorlesung über die Symbolik des Traums, bezugnehmend auf ihre Verwandtschaft mit der Symbolik in Mythen, Märchen, Alltagssprache und dichterischer Phantasie, die Hypothese, daß diese Ähnlichkeiten die Überreste einer untergegangenen "Grundsprache" der Menschheit sein könnten (*Freud* 1916). Das hier angesprochene Problem des "archaischen Erbes" der Menschheit, das *Freud* immer wieder beschäftigte, erklärte sich für ihn wenigstens zum Teil durch die "(..) Vererbung psychischer Dispositionen (...) welche aber doch gewisser Anstöße im individuellen Leben bedürfen, um zur Wirksamkeit zu erwachen" (*Freud* 1912).

Stärker betont wurde der Vererbungsgedanke von C.G. *Jung* in seiner Archetypenlehre, in der er aus dem transkulturellen Auftreten von symbolischen Gestaltungen auf ein angeborenes kollektives Unbewußtes schloß. Auch wenn man nicht geneigt ist, *Jungs* Ansichten in diesem Punkt zu teilen, so stehen doch die Verdienste der Analytischen Psychologie im Hinblick auf Sammlung und Bearbeitung transkulturellen Materials außer Frage. Über die wissenschaftliche Beschäftigung mit den Archetypen wurde reichhaltiges Vergleichsmaterial erschlossen, insbesondere auch für den hier interessierenden Bereich der "visuellen Grundsprache" (vgl. z.B. *Jung* et.al. 1968).

Die Ansicht, daß es gattungsspezifische psychische Phänomene gibt, die über eine kulturunabhängige Symbolsprache ihren Ausdruck in visuellen Kunstwerken finden, vertritt auch *Hans Prinzhorn* in seiner klassischen Sammlung der Kunst von psychiatrischen Patienten (*Prinzhorn* 1922). In diesem einflußreichen Werk weist er besonders auf die Übereinstimmungen hin, die zwischen den künstlerischen Schöpfungen seiner Patienten, den

\* Maler, Bildhauer, Kunsthistoriker, Leiter der Maltherapie in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige, München

\*\* Cand. Psych., Mitarbeiter der Klinik Menterschwaige

Zeichnungen von Kindern und der Kunst von Naturvölkern bestehen. Diese Parallelen erklären sich für ihn aus dem Wirken "elementarer Menschheitsgedanken", deren Genese jedoch im Dunklen bleibt. Die Aktualisierungen solcher "Menschheitsgedanken" in der Entfaltung visueller Kreativität sind *Prinzhorn* zufolge nicht nur im Vergleich mit archaischen Kulturen feststellbar, "sondern drängen sich unvoreingenommener Betrachtung zu fast allen Zeiten auf". Eindrucksvolle Belege für diese These wurden in neuerer Zeit von *Kraft* gesammelt, der in einer Monographie (*Kraft* 1982) nachweist, daß die Darstellung der menschlichen Gestalt als "Kopffüßler" -eine Darstellungsform, die dem zeichnerischen Entwicklungsstand eines vierjährigen Kindes entspricht- in allen Zeiten und Kulturen zu finden ist.

Will man die Hypothese genetisch vererbter psychischer Dispositionen zur Erklärung dieser evidenten Gemeinsamkeiten nicht heranziehen, so stellt sich die Frage nach einem alternativen Erklärungsansatz. Eine mögliche Antwort enthüllt der zuvor zitierte Satz von *Freud*, nämlich dann, wenn man die phylogenetische Komponente zugunsten der ontogenetischen, der "Anstöße im individuellen Leben", zurücktreten lässt. Der Blick müßte sich dann auf jene biologischen Reifungsvorgänge, entwicklungspsychologischen Regelhaftigkeiten, gruppendifferentiellen Konstellationen und sozialenergetischen Austauschprozesse richten, die das psychische Leben eines Kindes noch vor und jenseits der kulturellen Sozialisation prägen, und überzeitliche Gültigkeit besitzen. Beispielhaft sei hier nur an die elementare Bedeutung der Körperlichkeit für die psychische Existenz eines jeden Menschen erinnert. *Freuds* Erkenntnis, daß das Ich "vor allem ein körperliches" ist (*Freud* 1923), seine Ursprünge also in der Empfindung des eigenen Körpers und seiner Funktionen hat, verweist auf eine Grundaussage der *Conditio humana*, die jenseits der jeweiligen kulturspezifischen Zurichtung dieses Körpers liegt. Von einem anderen theoretischen Hintergrund ausgehend, liefert die neuere Metapherntheorie Belege für die Richtigkeit dieser Annahme. Der Linguist *George Lakoff* vertritt die These, daß das System konzeptueller Metaphern, das unserem Denken als unbewußte Struktur zugrundegelegt ist, und die damit verbundenen visuellen Symbole, ihre Wurzeln im Erleben des eigenen Körpers haben (*Lakoff u. Johnson* 1998). Dies entspricht der empirischen Feststellung, daß innerhalb der Bandbreite transkultureller Phänomene der künstlerischen Gestaltung die auf den menschlichen Körper bezogene Symbolik eine prominente Rolle spielt. Für das psychoanalytische Verständnis von Kunstwerken hat *Niederland* einen entsprechenden Schluß gezogen, wenn er davon ausgeht, daß in und durch die Kunst eine Aktualisierung des eigenen Körperfildes des Künstlers stattfindet (*Niederland* 1978).

Unter einer entwicklungspsychologischen Perspektive wurde dieser Bezug auf das eigene Selbst in der Entfaltung der künstlerischen Kreativität jüngst von *Bischof* untersucht. Er interpretiert die transkulturell feststellbaren Phasen der zeichnerischen Entwicklung von Kindern als Wiederspiegelung

universal gültiger Prozesse der psychischen Strukturbildung und Identitätsentwicklung im Kindesalter (*Bischof 1996*). Für die Annahme, daß das Zeichnen von Kindern wesentlich einer entwicklungspsychologischen Motivation entspringt und der Verarbeitung signifikanter emotionaler Erfahrungen und der Auseinandersetzung mit dem sich entwickelnden Selbst dient, lassen sich aus der empirischen Beobachtung eine Reihe von Argumenten gewinnen. Dazu zählt unter anderem die Tatsache, daß die Darstellung der menschlichen Gestalt das bei weitem häufigste Bildthema von Kinderzeichnungen ist, daß Bildmotive, die für ein bestimmtes Kind eine große emotionale Bedeutung besitzen, häufig wiederholt werden, und schließlich die Feststellung, daß die überwiegende Mehrzahl der Kinder das Zeichnen in der Präpubertät aufgibt, zu einem Zeitpunkt also, wenn verbale Möglichkeiten des Selbstausdrucks zunehmend an Bedeutung gewinnen (vgl. *Thomas u. Silk 1990*).

*Ammon* beschrieb diesen Übergang aus der Perspektive der Hirnhemisphärenforschung, indem er davon ausging, "daß bei Kindern rechtshemisphärische Fähigkeiten im Vordergrund stehen, die durch kulturelle Lernprozesse die linkshemisphärischen Fertigkeiten überwiegen lassen" (*Ammon 1986a*). Die Lateralität spielt *Ammon* zufolge auch eine zentrale Rolle für die Dimension des Schöpferischen, da die Kreativität als Ich-Funktion ebenfalls in den Strukturen der rechten Hirnhemisphäre anzusiedeln ist. Durch diese Sichtweise eröffnet sich auch ein tragfähiger Erklärungsansatz für die zuvor angesprochenen Übereinstimmungen zwischen kindlicher und sogenannter "primitiver" Kunst, da experimentelle Untersuchungen Belege für ein vergleichbares Vorherrschen der bildhaften rechtshemisphärischen Denkweise bei Naturvölkern erbracht haben (*Pöldinger 1988*).

Die Person des Künstlers und das Wesen des kreativen Aktes sind der Schlüssel zu den entsprechenden transkulturellen Parallelen in den Kunstgeschichten der Kulturvölker. *Ammon* entwickelte in diesem Zusammenhang den Begriff des "tertiären Denkprozesses", der den Zustand der kreativen Persönlichkeit während des kreativen Prozesses beschreibt. Im tertiären Denkprozess fallen logisch-rationales linkshemisphärisches Denken und ganzheitliches rechtshemisphärisches Denken zusammen (*Ammon 1986b*). Dadurch, daß auch der professionelle Künstler wesentliche Motive und Themen seines Schaffens aus dem eigenen Unbewußten schöpft, steht seine Produktivität im Kontakt mit der "visuellen Sprache" der Menschheit, und somit auch in Verbindung zu den künstlerischen Äußerungen von Kindern und der Kunst von Naturvölkern. Dieser Zusammenhang wurde von vielen Künstlern selbst anerkannt und es ist daher kein Zufall, daß gerade Kinderzeichnungen und primitive Kunst wesentliche Impulse für die Entwicklung der bildenden Künste im 20. Jahrhundert waren.

In Bezug auf die Maltherapie liegt die Bedeutung dieses Ansatzes darin, daß *Ammon* die kreativen Leistungen des tertiären Denkprozesses nicht auf die Person des professionellen Künstlers beschränkt sah, sondern in

ihnen ein Potential erkannte, das jedem Menschen prinzipiell gegeben ist, das er entwickeln und für seine Identitätsentwicklung nutzen kann. Dieses Verständnis der Kreativität als einer Human-Funktion ist eine der entscheidenden theoretischen Voraussetzungen dynamisch-psychiatrischer Maltherapie und der in ihr möglichen Prozesse nachholender Ich-Entwicklung und der Entfaltung kreativer Potentiale der Persönlichkeit, wie sie an anderer Stelle bereits beschrieben wurden (Kress 1987; Kress/Richarz/Thome 1998).

Zusammenfassend lässt sich also feststellen:

- Es existieren transkulturelle Übereinstimmungen in den bildnerischen Gestaltungen von Kindern, Natur-, und Kulturvölkern.
- Diese Parallelen resultieren aus der Ontogenese menschlicher Individuen, vor allem aus den präverbalen Erfahrungen der eigenen Körperllichkeit, der Identitätsentwicklung und den gemachten Gruppenerfahrungen (Ammon 1986b).
- Im kreativen Prozess kommt es zu einer Aktualisierung und zum Ausdruck dieser im Unbewußten verankerten Erfahrungen.
- Bedient sich das Individuum dabei künstlerisch-visueller Ausdrucksmitte, so steht es über das, was man die unbewußte "visuelle Sprache" nennen könnte, in Kontakt mit den Quellen des kunsthistorischen Erbes der Menschheit, schöpft aus diesem und trägt in einem gewissen Sinne auch dazu bei.
- Diese Prozesse kommen in der Maltherapie zum Tragen und lassen sich dementsprechend nachvollziehen und beschreiben.

Im Folgenden soll der Versuch unternommen werden, anhand der Bilder einer Patientin exemplarisch transkulturelle Aspekte der Maltherapie aufzuzeigen und ihren Beitrag zur psychischen Genesung zu verdeutlichen. Die visuelle Sprache der Patientin Frau M. und ihre Entwicklung wird dabei in Beziehung gesetzt zu ausgewählten Beispielen aus der kulturgeschichtlichen Entwicklung der Menschheit, um mögliche Parallelen kenntlich zu machen.

Das von uns so bezeichnete "Modell der Visuellen Imagination" (Abb. 1) bietet eine solche Zusammenschau von Artefakten der bildenden Künste, die der menschheitsgeschichtlichen Entwicklung entnommen sind. Dabei handelt es sich im einzelnen um:

Bild 9: Monumentale Figurenmalerei aus El Sherano, Nordaustralien

Bild 10: Steinzeitliche Felszeichnung mit geometrischen Symbolen aus der Höhle El Castillo, Spanien

Bild 11: Große Fingergravierungen an einer Felswand mit der Darstellung eines laufenden Tieres aus der Höhle Pech-Merle, Frankreich

Bild 12: Szene mit dem "Toten Mann" aus der Höhle von Lascaux, Frankreich. Im Körper des Bisons steckt ein abgebrochener Speer, aus der Wunde fließt Blut, oder die Eingeweide treten heraus.

Bild 13: Paläolithische Höhlenmalerei des frühen Aurignacien mit roten und schwarzen Handsilhouetten aus der Höhle von Gargas, Spanien. Die Darstellung einer verstümmelten Hand taucht an mehreren Stellen der

Höhle auf. Die Handverstümmelung findet sich bei zahlreichen heute lebenden Naturvölkern, die auf einer steinzeitlichen Entwicklungsstufe stehen, wieder, wobei hier Teile der Finger als Opfer dargebracht, oder fehlende Fingerglieder als Zeichen der Trauer dargestellt werden.

Bild 14: Die berühmte "Venus von Willendorf". Steinzeitliches Fruchtbarkeitsidol aus Niederösterreich, ca. 30 000 v.Chr.

Bild 16: Die "Weiße Dame" oder "Gehörnte Göttin". Darstellung aus der Kulturperiode der Rundkopfmenschen aus Auanrhet (Tassili), Sahara. Es handelt sich hierbei um eine Vorläuferin der ägyptischen Göttin Isis.

Bild 17: Totengedenkpahl der Giryama. Afrikanische Skulptur, Kikangu.

Bild 19: Der "Sieger von Marathon", wahrscheinlich ein Jugendwerk des Phidias, Griechenland, 461 v.Chr.

Bild 20: Die individuellen Gesichter aus dem Großmonument des Kaisers Shih Huang Ti, China, 210 v.Chr.

Bild 21: Gita-Govinda, Krishna und Gopis im Wald, Indien, um 1550.

Bild 22: Lawrence Paul, oder mit seinem indianischen Namen: "Mann der Maske" (Yougwkeleliption): "Die Mutter Erde gibt dem Land Wasser", Vancouver, Kanada. Ein Ausdruck der Suche nach der indianischen Identität.

Bild 24: Joan Miro: "Holländisches Interieur", 1929. Eine Umsetzung der Alten Meister in eine moderne Sprache.

Bild 25: Die bekannte Figur des "Apfelmännchens", die graphische Veranschaulichung der mathematischen Gleichungen von Benoit B. Mandelbrot. Die fraktale Geometrie der Natur zeigt, daß visuelle Kreativität und Ästhetik nicht nur in den bildenden Künsten beheimatet sind, sondern ihren Platz auch in den Naturwissenschaften haben.

Die Patientin, von der hier berichtet werden soll, Frau M., eine 37-jährige Zahnärzthelferin, wuchs als jüngste von fünf Töchtern einer Bauersfamilie in einer ländlichen Gegend auf. Seit der Kindheit litt sie an Einsamkeitsgefühlen, Kontakt Schwierigkeiten und depressiven Verstimmungen. Diese waren auch der Grund für eine langjährige ambulante Therapie, die sie aber im Jahr vor der stationären Aufnahme in die Klinik Menterschwaige abbrach. Nach dem Therapieabbruch verschlechterte sich ihr psychischer Zustand zunehmend, sie geriet in eine weitgehende soziale Isolation, schwere Depressionen und Angstzustände stellten sich ein. Zudem war sie zum Zeitpunkt ihrer Klinikaufnahme in einer äußerst ambivalent erlebten Partnerschaft verstrickt, was als zusätzlicher psychischer Belastungsfaktor wirkte. In der stationären Therapie ging es für sie vor allem um die Trennung aus der toten Symbiose mit ihrer Kindheitsfamilie und der damit verbundenen Lebens- und Identitätsverbote, sowie um die Bearbeitung ihrer Beziehungsschwierigkeiten, für die stellvertretend der Partner stand. Von besonderer Bedeutung für die Entwicklung von Frau M. waren dabei die nonverbalen Therapieangebote, wie Mal- und Tanztherapie. Auf der Körperebene und in der visuellen Imagination war es ihr vor allem möglich, neue, verändernde Erfahrungen zu integrieren, während sie in den verbalen

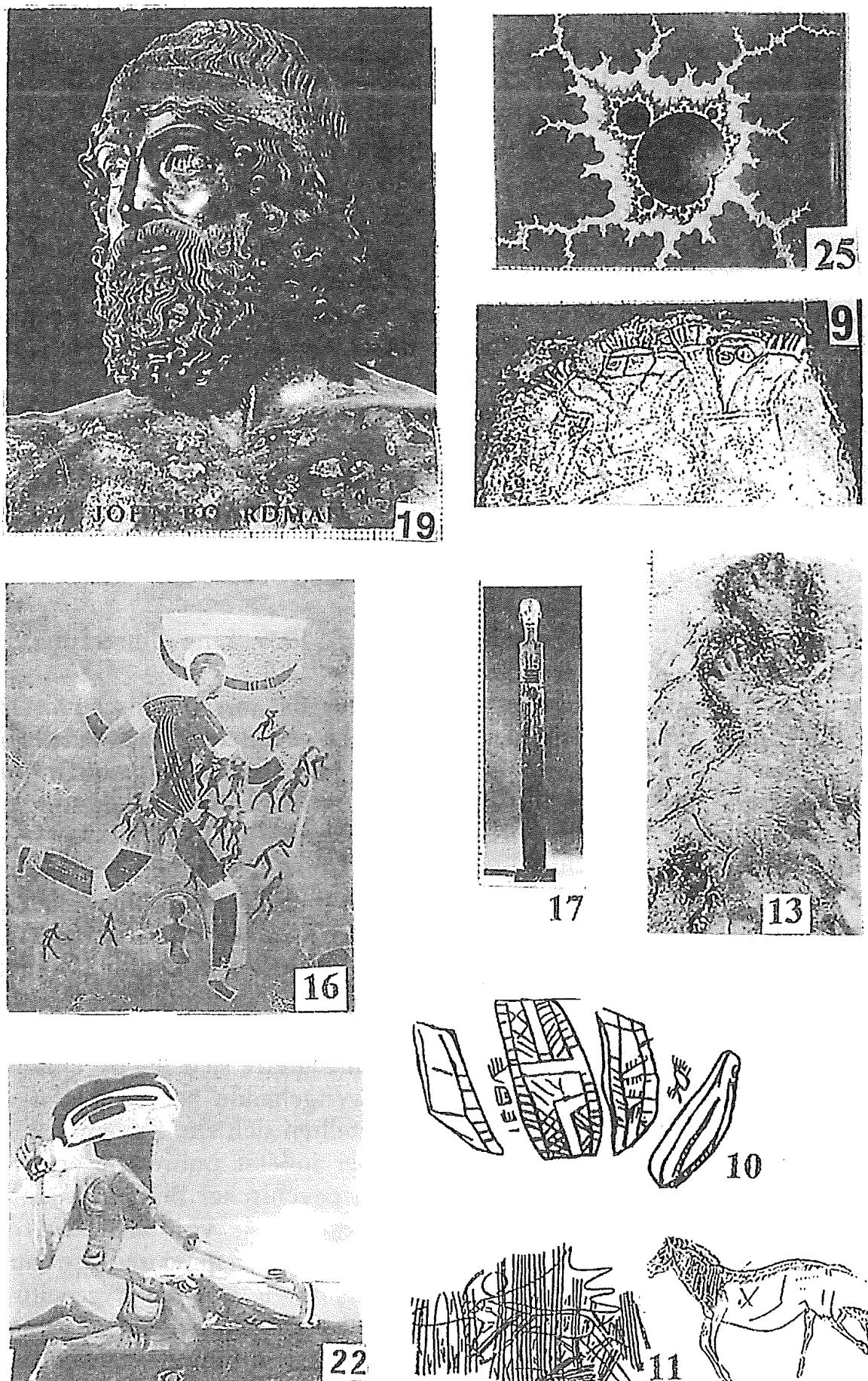
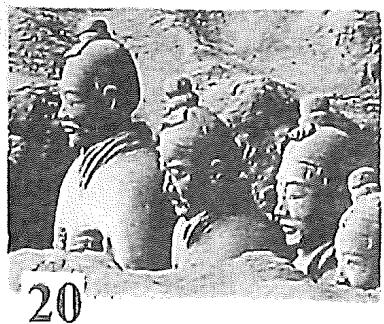
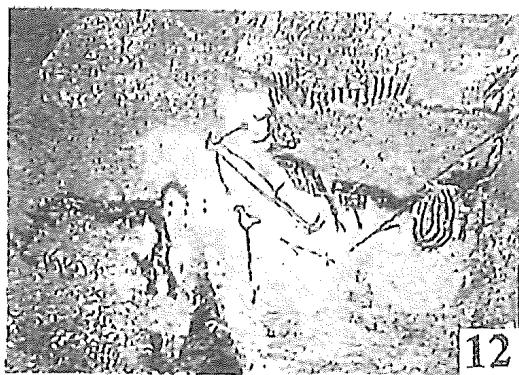
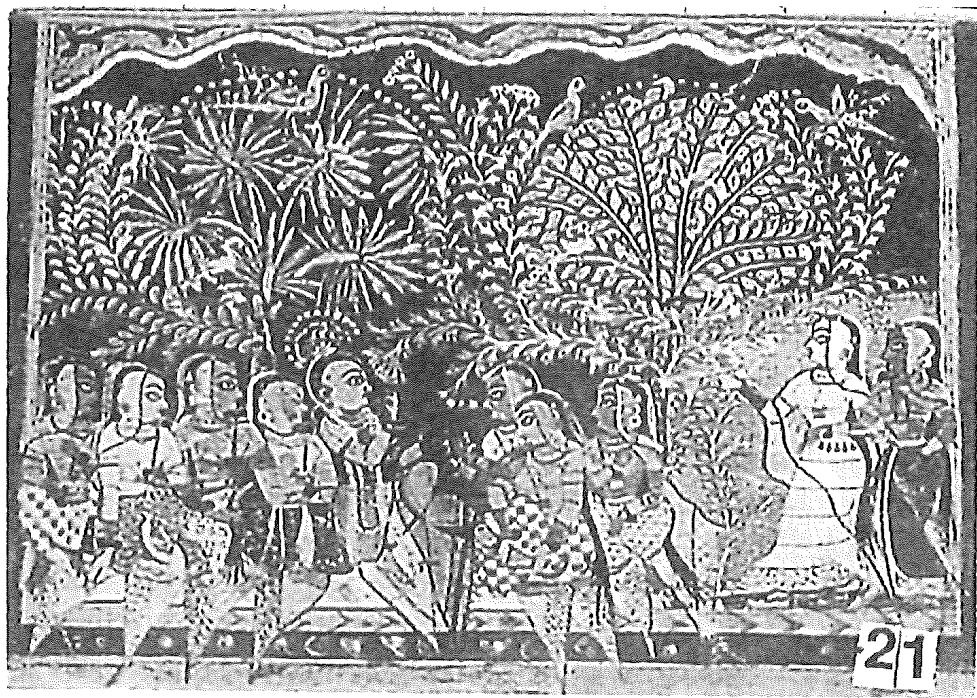


Abbildung 2

**MODELL X.**



Therapieformen deutlich mehr darum zu kämpfen hatte. Die erfolgreiche stationäre Therapie von Frau M. unterstreicht so die Bedeutung des von Ammon entwickelten integrativen Behandlungsverfahrens für archaische Ich-Krankheiten, in dem verbale und nonverbale Therapieformen sich in einer ganzheitlichen Konzeption ergänzen. Im Folgenden soll die nachholende Ich-Entwicklung der Patientin und die Entfaltung ihrer kreativen Potentiale, wiedergespiegelt in der Entwicklung ihrer visuellen Sprache, anhand ausgewählter, in der Maltherapie entstandener Bilder dokumentiert werden. Dabei wird jeweils an geeigneter Stelle auf transkulturnelle Bezüge verwiesen.

Das in Abbildung 2 wiedergegebene Bild steht stellvertretend für die Anfänge von Frau M. in der Maltherapie. Man könnte es eine unbewußte Geometrie der Emotion nennen. Die von einer spontanen Dynamik geprägten, überlagerten Pinselstriche lassen auf den emotionalen Zustand der Malerin im Zeitpunkt der Entstehung des Bildes schließen. Für die Entwicklung der Patientin war es ein großer Erfolg, daß es ihr Schritt für Schritt gelang, ihre Emotionen wahrzunehmen, sie in bewußtseinsfähige Empfindungen zu transformieren, und sich so eine Möglichkeit des bewußten Umgangs mit ihren Gefühlen zu schaffen.



Abbildung 2

Die Veränderungen im Umgang mit sich selbst gingen einher mit einem veränderten Bild der eigenen Lebensgeschichte. Dies konnte Frau M. in der Maltherapie visuell umsetzen, so entstand ein Bild, in dem eine Zeitreise zurück in die Kindheit erlebbar wurde (Abb.3). In ihrer Malerei drückt die Patientin aus, daß es auch angenehme Erfahrungen in ihrer Kindheit gab.

Sich diese veränderte Sichtweise einzugestehen und sie anzuerkennen, wirkte sich positiv auf ihre weitere Entwicklung aus. Zwar sind die Pinselstriche hier sehr hektisch, doch konnten sie als Zeichen einer vorhandenen Lebendigkeit verstanden werden. Frau M. wurde anhand dieses Bildes deutlich, daß sie ihr von der Depression überlagertes Temperament wieder mehr ans Licht bringen müsse, um ihr Leben lebenswerter erfahren zu können.

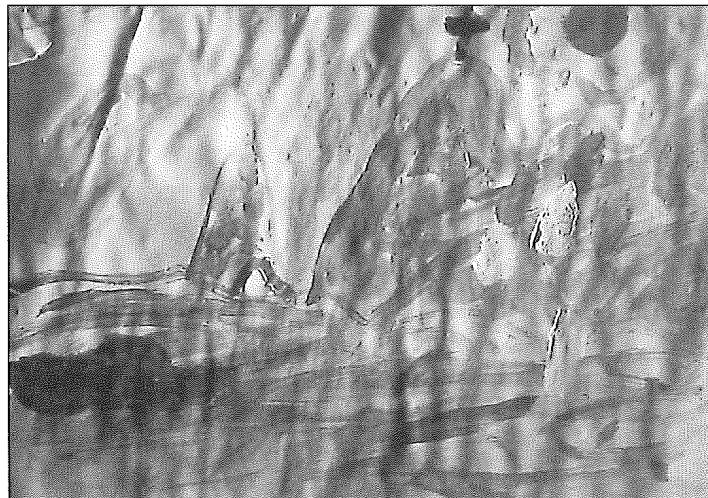


Abbildung 3

Kindheitserfahrungen spiegeln sich auch im nächsten Bild wieder (Abb. 4). Dem Malen dieses Bildes war eine Großgruppe der Patienten und Mitarbeiter der Klinik vorausgegangen, in der sich Frau M. aufgrund ihrer Übertragungsdynamik in ihre Kindheitsfamilie zurückversetzt fühlte. Ihr schöpferisches Potential ermöglichte ihr die bildliche Umsetzung dieses Erlebens in einer archaischen Darstellung ihrer verinnerlichten Primärgruppe. Entsprechend der intensiven Aktualisierung unbewußten Materials aus der Kindheit ist auch die Ikonographie des Bildes kindlich und gleicht dem zeichnerischen Entwicklungsstand einer Drei- bis Vierjährigen. Die Malerei lässt sich in Farbe und Form mit Werken aus der Kulturperiode der Rundkopfmenschen vergleichen (vgl. Bild 16 in Abb. 1).

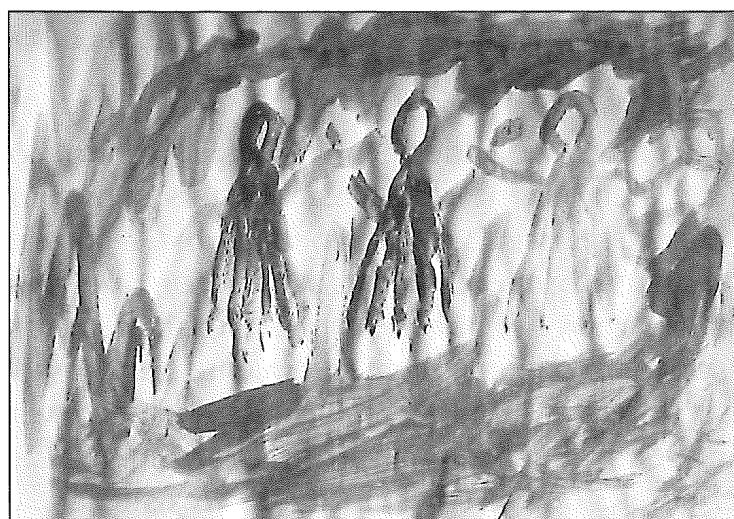


Abbildung 4

In der Kindheit erfahrene emotionale Verletzungen sind auch das Thema des folgenden Bildes (Abb. 5). Wiederum ist die stilistische Gestaltung des Bildes durch die Kindheitserfahrung beeinflusst, mit Anklängen an die früheste Phase kindlichen Zeichnens. In der Nachbesprechung der Maltherapie wurde Frau M. der Wiederholungscharakter solcher Verletzungen, von der Kindheit bis in die Gegenwart, schmerzlich bewußt. Indem sich die Maltherapiegruppe ihrem Leid öffnete und es nachvollziehen konnte, war es Frau M. möglich, den damit verbundenen Schmerz auszuhalten, ihn wahrzunehmen und sich in einem Trennungsschritt davon auch wieder abzugrenzen. Die Farbzeichnung erinnert an die steinzeitlichen Handsilhouetten aus der Höhle von Gargas (Bild 13 in Abb. 1): ein zeitloser Ausdruck von Gefühlen der Trauer und des Schmerzes.



Abbildung 5

Abbildung 6 vereint zwei Bilder der Patientin. In der Ikonographie des oberen Bildes zeigt sich erneut eine Auseinandersetzung mit sehr frühen Kindheitserfahrungen, stilistisch ist es einem 2- bis 4-jährigen Kind zuzuordnen. Die archaische Komposition aus schwarzen und braunen Linien in der linken Bildhälfte verweist auf die frühe Kindheit, zentral ist hier der schwarze Punkt, aus dem ein Strichmensch in eine ungewisse Zukunft läuft. Die senkrechte schwarze Trennungslinie unterscheidet zwischen der ganz im Unbewußten geborgenen, nur sensumotorisch erfahrbaren frühen Kindheit und der bereits bewußten Erinnerung des älteren Kindes, symbo-

lisiert durch den Strichmenschen. Ein Vergleich mit menschheitsgeschichtlich frühen Zeichnungen, etwa aus den Höhlen von El Castillo, Spanien oder Pech-Merle, Frankreich, ist möglich (vgl. Bild 10 u. 11 in Abb. 1).

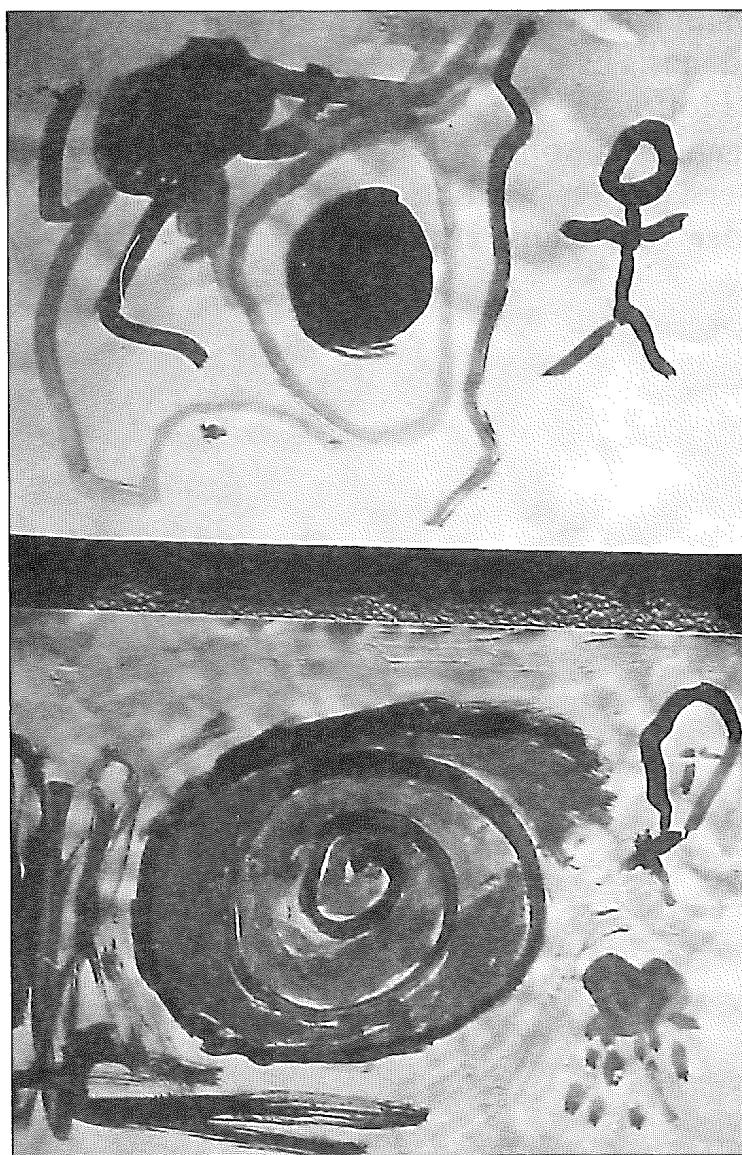


Abbildung 6

Während man das obere Bild als symbolische Darstellung der frühkindlichen Wurzeln ihrer Erkrankung in Betracht ziehen kann, spiegeln sich im unteren und den zwei folgenden Bildern (Abb. 7) Trennungsschritte aus dieser pathologischen Verstrickung in die eigene Vergangenheit wieder, die Frau M. im Laufe ihrer stationären Therapie vollziehen konnte. Aus der Tiefe des Blaus im Zentrum des Labyrinths kommt ein braunes Ausfließen. Als direkte Mitteilung entsteht daneben ein schwarzer Kopf, darunter ein blutendes Herz, ein der christlichen Ikonographie entlehntes Symbol des Schmerzes.

Sich einzulassen auf das lebensgeschichtlich kumulierte Leid und sich damit im Sinne eines Trennungsschrittes auseinanderzusetzen, ist auch das Thema des unteren Bildes in Abbildung 7. Ein möglicher Titel für diese monochrome Malerei in Grau und Schwarz wäre "Symmetrie des

Schmerzes": aus den schwarzen Linien wird ein durchstochenes Herz, das ausblutet. Das Gefühl, gequält worden zu sein, und die Einsicht, sich in pathologischer Treue zur Primärgruppe immer fort selbst zu quälen, kann als entscheidender Anstoß wirken, diese Dynamik zu verändern.

Der Wunsch und der Wille, diese Veränderung zu schaffen, drücken sich im oberen Bild aus. Es ist als eine Vision der Zukunft zu verstehen, dargestellt als Hoffnung, aus dem runden Labyrinth mit einem heilen Herzen herausgehen zu können. Der Ausgang ist aber noch mit massiven Fragezeichen versehen, es wird also erst einmal nur die Möglichkeit der Gesundung in der Vorstellung entworfen.



Abbildung 7

Das blutende Herz taucht auch im nächsten Bild wieder als Element auf (Abb. 8). Zentral ist hier jedoch das Erbrechen aus dem weit aufgerissenen Mund, auf den durch die Augen mit den Tränen aus schwarzen Punkten die Aufmerksamkeit des Betrachters gelenkt wird: das Leid wird „ausgekotzt“. Das kreative Potential der Malerin ermöglicht ihr nun einen veränderten Umgang mit ihren schmerzvollen Erfahrungen: durch die dem Körpererleben entlehnte Metapher des Ausstoßens von Unverdautem/Unverdaulichem eröffnet sich ein aggressiverer und gesünderer Weg der Bewältigung. Hier zeigt sich, daß aus der transkulturellen Ebene des Unbewußten Gene-

sungsformeln ableitbar sind, die über die Ich-Funktion der Kreativität für die psychische Gesundung genutzt werden können. Von der Bildgestaltung vergleichbar erscheint die monumentale Figurenmalerei aus El Sherano, Nordaustralien (vgl. Bild 9 in Abb. 1).

"Augenvogel, ein erdolchtes Herz haltend" könnte der Titel dieses Bildes sein (Abb. 9). Es zeigt ein Ausschauhalten nach allen Richtungen, in der Hoffnung, einen Weg zu finden, über das eigene Leid hinwegzufliegen. Frau M. äußerte selbst dazu, das Bild stelle die Suche nach ihrer eigenen Identität dar. Die Suche nach der eigenen, hier indianischen, Identität ist auch das Thema des Künstlers *Lawrence Paul* (vgl. Bild 22 in Abb. 1). Beide Maler benutzen kraftvolle mythische Figuren, um die Ursachen für ihre kränkenden Identitätsdefizite herauszufinden und einen bewußten Weg zu sich selbst einschlagen zu können.



Abbildung 8



Abbildung 9

Die mächtige deformierte dämonische Fratze im nächsten Bild (Abb. 10) symbolisiert die inneren Bedrohtheitsgefühle von Frau M., die sich im Klinikalltag als paranoische Übertragungsdynamik realisierten. Darunter ist ein Teil eines sich erbrechenden Kopfes dargestellt, daneben liegt das mit einem Schwert durchbohrte Herz ohne Blutstropfen. In der visuellen Imagination ist eine Art Entwicklungsgeschichte ihrer Erkrankung dargestellt, aber auch der Versuch, sich von verfolgend erlebten unbewußten Phantasien zu befreien.



Abbildung 10

In der zentralen Komposition des in Abbildung 11 wiedergegebenen Bildes wird die formale Ebene aufgebrochen, und es entstehen drei abstrakte Symbole, von denen das obere als Labyrinth zu verstehen wäre, rechts darunter eine Art Auge, darunter die abstrakte Darstellung einer Frucht. Links davon wurde das christliche Kreuzzeichen herausgeschleudert, darunter eine Art Buddha-Haupt, wie es ähnlich in der asiatischen Kunst anzutreffen ist. In dieser Bildkomposition spiegelt sich die geistige Auseinandersetzung mit Buddhismus und Hinduismus wieder, welche die Patientin seit einiger Zeit beschäftigte. Die neu erwachten geistigen Interessen können als wichtige Abgrenzung gegen pathologische Dynamiken verstanden werden, und es lässt sich ein Zusammenhang zu den

veränderten visuellen Übertragungssymbolen (Auge, Labyrinth) annehmen. Die Patientin benutzt hier verschiedene kulturelle Aspekte zu einer neuen Farben- und Formensprache, und diese kann sie für ihre eigene Veränderung nutzen. Kompositorisch, und in dem Ansatz, Altvertrautes in einer neuen Sichtweise und Bildsprache darzustellen, ergeben sich Bezüge zu dem Bild von *Joan Miro "Holländisches Interieur"* (vgl. Bild 24 in Abb. 1).



Abbildung 11

Ein weiterer Schritt in der Abstraktion von Symbolen wird im nächsten Bild (Abb. 12) deutlich: rechts in der Mitte ist das Segment eines sprühenden Auges erkennbar, das man auch als Regenwolke auffassen könnte, links daneben eine Figur mit rotem Umhang auf einem "Augenstein", schräg gegenüber ein offenes Labyrinth als mögliche Darstellung einer Sonne. Alle drei Symbole schweben in der blau gemalten Atmosphäre. Als humorvoll könnte man die reitende Figur auf dem Augenstein bezeichnen: der Humor wird als Faktor der Genesung relevant; es gibt wieder Grund zum Lachen und zu mehr Lebensfreude. Diese veränderte Einstellung drückte sich immer mehr in der Mimik der Patientin aus, ihre innere Stimmung war aber häufig noch sehr dunkel.



Abbildung 12

Hieroglyphen dominieren das folgende Bild (Abb. 13), das stilistisch der surrealen Abstraktion zuzuordnen ist. Dargestellt ist ein abstrahiertes Gesicht, die Tränen tropfen aus dem Auge und fallen in ein mit freundlichen Blau- und Grüntönen gemaltes Loch, aus dem die Farbigkeit in die Tiefe fließt. Darunter befindet sich ein schmollender Mund. Das Ocker der Gesichtsfarbe ist mit braunen Ritzern bedeckt, in der visuellen Aussage könnten es vernarbte Wunden aus der Vergangenheit sein. Assoziationen anderer Art zu diesem Bild sind möglich: das Auge könnte auch ein Helikopter sein, der Gift auf fruchtbare Land versprüht. Der Mund wäre dann ein Vulkan, der sich aus einer ockerfarbigen Wüste erhebt. Wenn man nur die einzelnen Bildsegmente betrachtet, sind lediglich Versatzstücke vorhanden: Zerrissenheit. Doch lässt man Farben und Formen auf sich wirken, so vermittelt das Bild einen anderen Eindruck. Man sieht etwas Geschlossenes, das mehrere emotionale Aspekte gleichzeitig mitteilt: das Weinen und Traurigsein, eine farbige Lebendigkeit, in der Platz für Freude ist, und das Schmollen. Der Schritt aus der Eindimensionalität der Depression in die Mehrdimensionalität emotionalen Erlebens konnte in der visuellen Imagination hier vollzogen werden. Die Abstraktion in Hieroglyphen ermöglichte der Malenden eine positive Veränderung

auf die Zukunft hin und eine weitere Entfaltung ihres Selbst. Der frühen Kultur der Ägypter gelang es, Dinge durch abstrakte Zeichen darzustellen, und entsprechend gelang es in diesem Fall, gleichzeitig vorhandene Emotionen wahrzunehmen und zu bezeichnen.



Abbildung 13

Die differenzierte Wahrnehmung eigener ambivalenter Gefühlszustände wird noch deutlicher zum Thema im folgenden Bild (Abb. 14), in dem die Patientin simultan und doch klar unterschieden mehrere Gesichtsausdrücke dargestellt hat. Die gefletschten Zähne geben dem unteren Gesicht einen zornigen Ausdruck, zugleich ist es aber im Lachen begriffen, worauf die kräftigen Wangengrübchen hindeuten. Seitlich ist ein kamelartiger Kopf zu erkennen, ernst und nachdenklich. Darüber ein gequältes, dem Tode nahe Gesicht; noch weiter oben ein dämonisch lachendes Gesicht. Diese verschiedenen Facetten des emotionalen Ausdrucks sind alle in ein blaues Oval konzipiert, das sie umschließt und zusammenhält. Versteht man dieses Oval als einen Kopf, so kann man darin einen symbolischen Hinweis sehen, daß es der Patientin nun zunehmend besser gelang, verschiedene Emotionen in sich abzugrenzen und so zu einem situationsadäquateren Erleben und Verhalten zu gelangen. Ihre sehr durchlässigen psychischen Grenzen nach innen und außen waren ein

beständig großes Problem in Frau M.'s Entwicklung, so daß eine bessere Differenzierungsfähigkeit als wichtiger Schritt in der nachholenden Ich-Entwicklung und damit zu mehr Lebensqualität aufzufassen war.



Abbildung 14

Die eigene Weiterentwicklung in der Therapie spielt auch eine Rolle im nächsten Bild (Abb. 15), nun aber wieder zurückgewandt in die Auseinandersetzung mit der Kindheit. Die emotional belastende Qualität dieses Blicks zurück ist deutlich spürbar, weshalb man dem Bild den Titel "In Verzweiflung" geben könnte. Im Vordergrund erscheint eine Urmutter archaischer Provenienz, über groß und beherrschend in der Bildkomposition. Assoziationen zu steinzeitlichen Darstellungen der "Großen Mutter", wie etwa die "Venus von Willendorf" (Bild 14 in Abb. 1) drängen sich auf. Im Hintergrund zwei figürliche Darstellungen: links, auf der Schattenseite der Mutterfigur, ist eine embryonale, in Schwarz gemalte Gestalt zu sehen; rechts, auf der Lichtseite der Urmutter, ein hoffnungsgrüner Kindersproß. Wiederum taucht hier ein Schwert als Zeichen der Verletzung und Wut auf, doch wird es durch die blaue Aura, die es umgibt, abgegrenzt. Es ist der Malerin hier gelungen, eine Abgrenzung zur Kindheit vorzunehmen, ein Stück Trennung von der Primärgruppe, wie sie selbst bei der Nachbesprechung zur Maltherapiesitzung feststellte.



Abbildung 15

Die Freude über den gelungenen Ausstieg aus ihren lebensverhindern- den Übertragungsdynamiken hat sich im folgenden Bild (Abb. 16) von Frau M. manifestiert. Das Bild wurde spontan emotional gemalt, dabei entstand ein abstrahierter ornamentaler Buchstabe. Zu erkennen ist der Buchstabe G, oder auch die Zahl 6. "Geburt", "Sex" oder auch ein offenes Labyrinth ließen sich dazu assoziieren. Im Inneren dieser ornamentalen Gestalt befindet sich eine pflanzliche Form, in der man einen Olivenzweig entdecken könnte, als Symbol des Sieges über die psychische Erkrankung.

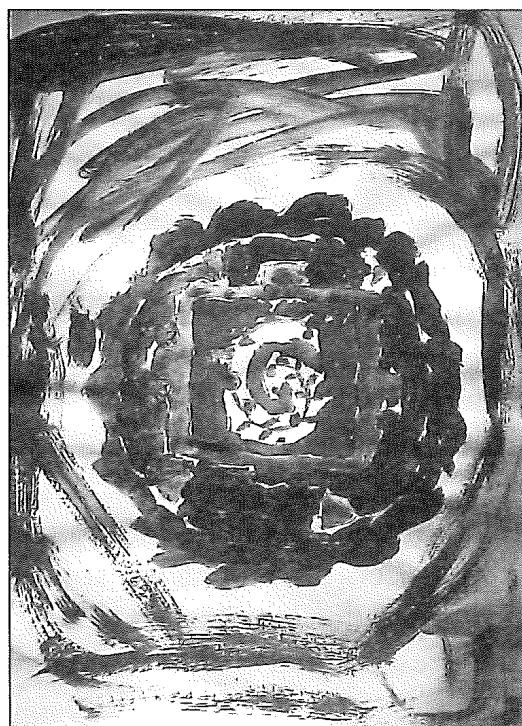


Abbildung 16

Die letzten drei Bilder zeigen stilistisch unterschiedliche Darstellungen, die verschiedenen Kulturen zuzuordnen sind. Das in Abbildung 17 wiedergegebene Bild lässt an chinesische oder japanische Zeichnungen denken (vgl. Bild 20 in Abb. 1). Die Augen sehen den Betrachter direkt an, der Mund lächelt freundlich. Von der Nasenwurzel bis zur Unterlippe verläuft ein auseinandergezogenes Yin-Yang-Zeichen. Es könnte aber auch ein doppelt gespiegeltes Fragezeichen sein. So verstanden, könnte dieses Zeichen einen Hinweis auf die Entwicklung von Frau M. darstellen: weg von den destruktiven Zweifeln und Grübeleien in der Depression, hin zu einer konstruktiven Haltung kritischer Bedachtsamkeit.

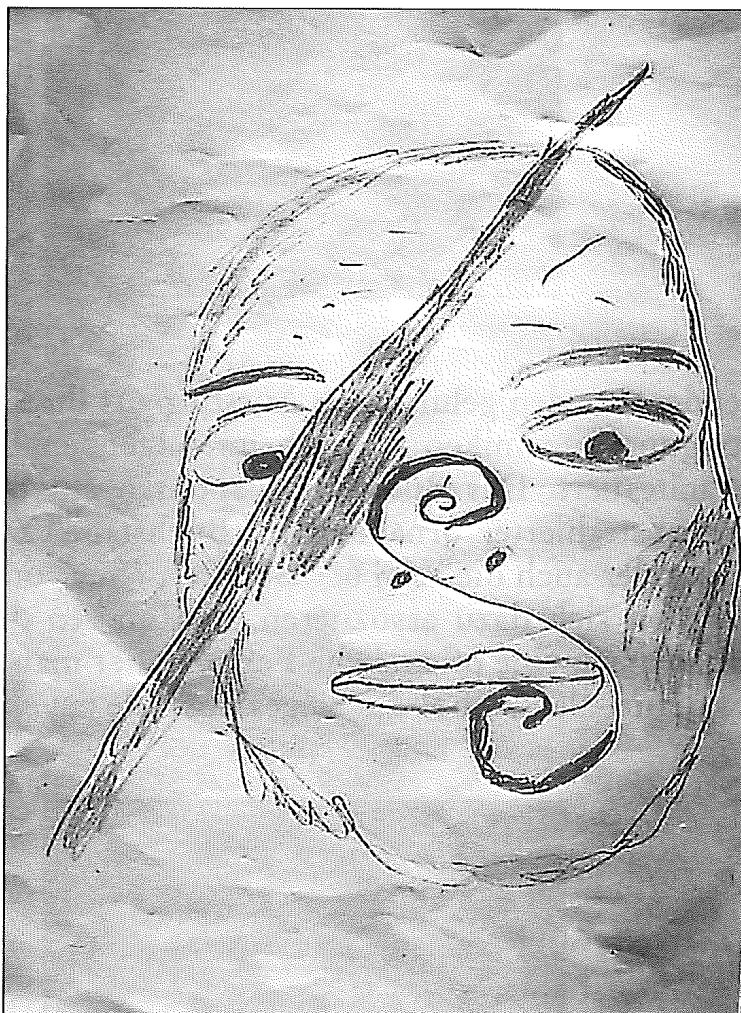


Abbildung 17

Das Porträt einer Frau, nach unten in die Tiefe schauend, begegnet uns im nächsten Bild (Abb. 18). In seinem dynamischen Strich und mit den warmen Farben, in denen es gemalt ist, wirkt es fröhlich. In Farbe und Form erinnert das Bild an die indische Malerei (vgl. Bild 21 in Abb. 1). Frau M. betonte hin und wieder, daß ihr die Vorstellung der Wiedergeburt, wie sie im Hinduismus vertreten wird, Hoffnung gebe. In einer gewissen Weise kann man hier tatsächlich von einer Wiedergeburt sprechen, doch nicht so, wie es in der hinduistischen Lehre gedacht ist, sondern in dem Sinne, daß die Patientin ihr Leben nun wieder lebenswert sehen kann, daß also für sie etwas zuvor Unvorstellbares in Gang gekommen ist, was sie wie eine Wiedergeburt erlebt.



Abbildung 18

Ein Selbstbildnis auf der Gefühlsebene zeigt Abbildung 19. Die Stimmung ist ernsthaft, der Blick offen. Der Mund schmunzelt zuversichtlich. Das Porträt strahlt in seiner hellen Farbigkeit aus sich selbst heraus. Das Bild spiegelt die innere Stimmung der Malerin gegen Ende ihrer stationären Therapie. Es belegt eindrucksvoll, daß es Frau M. in der Maltherapie gelungen ist, Klarheit für ihr Dasein zu erlangen, und daß sie gelernt hat, ihre vorhandenen kreativen Potentiale für ihre Zukunft einzusetzen.



Abbildung 19

*Transcultural Aspects of Painting - Therapy*

Georg Kress, Thomas Bihler (München)

The existence of transcultural phenomena in fine arts, that manifest as correspondences of pictural motives and symbol language, has been an ongoing challenge for psychological research to find a theoretical explanation. Freud held the hypothesis that these were the remnants of a vanished "basic language" of mankind (Freud 1916), partially handed down phylogenetically (Freud 1912). C.G. Jung stressed this thesis of hereditary transmission in his theory of archetypes and the collective unconscious (Jung et.al. 1968). In his famous collection of the art of psychiatric patients Hans Prinzhorn pointed out the parallels in the artistic expression of children, psychiatric patients and indigenous people. He interpreted them as manifestations of what he called "elementary thoughts of humanity".

An alternative to the phylogenetic approach, based on the theory of hereditary transmission, is found in the ontogenetic view which is orientated towards universal principles of psychological development. Here the origin of universal components of the visual symbolic language finds its explanation in generally accepted phenomena of mental and emotional development in childhood, especially during the preverbal phase of development. Of special significance to the formation of this transcultural potential grounded in the unconscious is the experiencing of the own body (Lakoff and Johnson 1998), the processes of the development of psychic structure and identity in childhood and the diverse experiences of group dynamics and the exchange of social energy (Ammon 1986b).

According to Ammon the possibility of using this potential for the further development of personality is given through the ego-function of creativity. Creativity as an unconscious central human- function is to be situated in the right hemisphere of the brain. To describe the psychic processes during the creative act Ammon coined the term of "tertiary thought process", by which is meant the synergism of holistic right-hemispherical and logical rational left-hemispherical thinking. This view of creativity as a human-function common to all human beings is also one of the essential requirements in dynamic-psychiatric painting-therapy and the processes of retrieval development of personality within it as well as the development of creative potentials of the individual, as we have already shown elsewhere (Kress 1987; Kress/ Richarz/ Thome 1998).

In this article, the occurrence of transcultural phenomena in painting-therapy is to be presented as exemplified in the visual language of a female patient and her development during the course of an in-patient painting-therapy group. The pictures of the patient will be compared with different artistic artefacts from all eras of human cultural history, in order to demonstrate possible parallels. Figure 1 shows a selection of those artefacts in a "model of visual imagination" as we call it.

The patient, Mrs. M., a 37-year old dentist's assistant admitted stationary to the Klinik Menterschwaige because of severe depressions and states of anxiety. At the time of her admission the deficient dimensions of her human structure predominated, especially her ego-demarcation towards the inner and outer world was very poor. Therapy was focussed on the separation from the dead symbiosis with her childhood family and her great difficulties to build up satisfying relationships with other people. Non-verbal forms of therapy like painting- and dancing-therapy were very important for the successful in-patient treatment of Mrs. M. She was able to integrate new, transforming experiences most of all on the bodily level and in visual imagination, whereas she had considerably greater problems accomplishing the same in verbal therapy. The pictures created during painting-therapy illustrate in segments the therapeutic process of Mrs. M.:

Fig. 2: An expression of the patient's emotional state at the time of the picture's creation. Learning to consciously experience her own emotions was an important step in her development for Mrs. M. The visualisation of emotional states was a great help.

Fig. 3: A childhood scene which allowed the patient some change in her views on her own past. There had also been pleasant experiences in her childhood.

Fig. 4: This picture of the patient's inner primary group took shape from her present dynamics of transference. In accordance with the childhood experience shown the picture resembles stilistically that of a 3- or 4-year old child. Regarding colour and shapes this painting is comparable to works from the cultural era of the Roundhead People (Picture 16 in fig.1).

Fig. 5: Emotional wounds inflicted in childhood and continued up to the present through the compulsion to repeat are the topic of this picture. The colour-drawing resembles stoneage hand-silhouettes from the cave of Gargas (Picture 13 in Fig. 1): a timeless expression of mourning and pain.

Fig. 6: The iconographics of the upper picture again show the patient's attempts to cope with very early, pathogenic childhood experiences. Stilistically it resembles the works of a 2- to 4-years old child. A comparison with early drawing from human history as found in the caves of El Castillo, Spain, or Pech-Merle, France, is possible (Pictures 10 and 11 in Fig. 1).

The lower picture documents the attempt of a break-away from these painful experiences through the conscious perception of the psychic pain. The symbol of the bleeding heart taken from Christian iconography is taken as a substitute for this.

Fig. 7: The lower picture continues this theme with another variation of the bleeding heart, while the upper picture expresses the hope to leave the pain behind and to exit the labyrinth with a healed heart.

Fig. 8: Central to this picture is the vomiting through a wide-open mouth. The recurring symbol of the bleeding heart makes clear what is being thrown up: the pain. Now the painter's creative potentials allows her a different approach to her painful experiences: through the metaphor of the

expulsion of the indigestable, taken from her bodily experiences, a more aggressive and healthier way of coping opens up. The arrangement of the picture seems comparable to the monumental paintings in El Sherano, Northern Australia (Picture 9 in Fig. 1).

Fig. 9: Mrs. M. said about this picture that it represented the search for her own identity symbolised by the "bird of eyes" that looks in all directions at once. The search for the own, in this case indian, identity is also the theme expressed by the artist *Lawrence Paul* in his picture "Mother Earth gives water to the land" (Picture 22 in Fig. 1). Both painters use powerful mythic figures to overcome their own hurting identity deficiencies.

Fig. 10: The patient painted a kind of history of the development of her disorder in this picture. The powerful demonic grimace symbolises her inner feelings of threat which appeared as paranoid dynamics of transference in her day-to-day life in the clinic.

Fig. 11: The religious connotations of this picture (sign of the cross, head of Buddha) mirror the patient's spiritual interest in Buddhism and Hinduism. This newly awakened spiritual interest can be seen as an important demarcation against recurrent threatening phantasies from the unconscious via a "third object". This shows in a change in the visual symbols of transference (eye, labyrinth) which become ever more abstract. With regards to the composition and the idea of presenting the familiar from a new perspective similarities can be drawn to the picture "Dutch Interior" by *Joan Miro* (Picture 24 in Fig. 1).

Fig. 12: Another step in the abstraction of symbols can clearly be seen in this picture. The humourous presentation of a figure in a red cloak riding on an "eye stone" shows that humour can now become a relevant factor in the patient's recovery.

Fig. 13: The representation in this picture resembling egyptian hieroglyphics signifies another important step in Mrs. M.'s development. In visual imagination she was able to make the step from the one-dimensionality of depression to the multi-dimensionality of emotional experience by simultaneously representing different emotional states in an abstract way.

Fig. 14: The differentiated perception of her own ambivalent feelings is deepened in this picture - several heads with very different emotional expressions are being combined into a compound whole.

Fig. 15: Another turning back to childhood with the intent of verifying the successes gained through therapy by confronting the past. The picture is dominated by the archaic representation of a "primary mother" which resembles stoneage fertility idols like the famous "Venus of Willendorf" (Picture 14 in Fig. 1)

Fig. 16: An ornamental abstract letter "G" or the number "6" appeared spontaneously and emotionally as this picture was painted. "Birth", "Sex" or an open maze could be associated with it. In the middle an olive twig could be seen as a symbol of victory over the affective disorder.

Fig. 17–19: Three self-portraits that were created towards the end of Mrs. M.'s in-patient therapy which mirror its success. The patient's changed view of herself is clearly visible in the friendly colours and the open look that establishes contact with the observer. To signify her struggle towards her own identity she uses different forms of artistic expression that stem from different cultures. Fig. 17 resembles Chinese and Japanese drawings (see picture 20 in Fig. 1), whereas Fig. 18 reminds one in colour and shape of paintings from India (see picture 21 in Fig. 1). The three self-portraits impressively exemplify that Mrs. M. has found a way through painting-therapy to see her existence clearly and that she has learnt to use her inherent creative potentials for her own future.

## Literatur

- Ammon, G. (1986a): Die Bedeutung des Körpers - in: Ammon, G.: Der mehrdimensionale Mensch (Berlin: Pinel)*
- (1986b): Zur Dimension des Schöpferischen - in: Ammon, G.: Der mehrdimensionale Mensch (Berlin: Pinel)
- Bischof, N. (1996): Das Kraftfeld der Mythen (München u. Zürich: Piper)*
- Freud, S. (1912): Totem und Tabu. G. W., Bd. 9*
- (1916): Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. G. W., Bd. 11
  - (1923): Das Ich und das Es. G. W., Bd. 13
- Jung, C.G. et.al. (1968): Der Mensch und seine Symbole (Olten u. Freiburg: Walter)*
- Kraft, H. (1982): Die Kopffüßler (Stuttgart: Hippokrates)*
- Kress, G. (1987): Kreativitätsentfaltung - Entwicklungsschritte des Patienten in der Maltherapie - in: Dyn. Psych. (20) 65 - 82*
- Kress, G.; Richarz, B.; Thome, A. (1998): Symbiosis and Separation in In-Patient Psychotherapy - Case Study with Paintings - in: Dyn. Psych (31) 95 - 108*
- Lakoff, G.; Johnson, M. (1998): Leben in Metaphern (Heidelberg: Carl Auer)*
- Nederland, W.G. (1978): Psychoanalytische Überlegungen zur künstlerischen Kreativität - in: Psyche (32) 329 - 354*
- Pöldinger, W. (1988): Zur Ontogenese und Phylogene des symbolischen Denkens - in: Benedetti, G. u. Rauchfleisch, U. (Hrsg.): Welt der Symbole (Göttingen: Vandenhoeck u. Ruprecht)*
- Prinzhorn, H. (1922): Bildnerei der Geisteskranken. Neudruck 1968 (Berlin, Heidelberg, New York: Springer)*
- Thomas, G.; Silk, A. (1990): An introduction to the psychology of children's drawings (New York: Harvester Wheatsheaf)*

Adresse der Autoren:

Georg Kress, Thomas Bihler  
 Klinik für Dynamische Psychiatrie  
 Geiselgasteigstraße 203  
 81545 München  
 Tel. 089/ 6427230

# An Art-Therapy Group with Chronic Schizophrenic Out-Patients \*\*

Maria Simon, Kata Lénárd, Tamás Tényi, Mátyás Trixler \*

The authors demonstrate the role of pictorial artistic expression in diagnosis and therapy of schizophrenic patients. In connexion with the theory of Stern they represent their work with acute and chronic patients using the visual expression and introduce the mother-child drawing test as diagnostic tool. Art therapy helps to understand the schizophrenic experience and to fill the inner emptiness of these patients. A „return journey into the reality“ shall be established. The authors describe the course of a group session in which the participants had to draw a foetus and also emphasise some cultural aspects of visual expression.

## *Introduction*

According to Stern's self theory (Stern, 1985) the infant forms abstract representations of himself, of the mother and the environment along amodal perceptions and vitality affects which enable him to perceive the world globally, its availability in any modality. With the help of affective attunement the infant experiences that his feelings, intents, can be shared with others. Communication along the vital affects is mutual, both the infant and the mother perceive each other along their own vital affects. The mother adjusts her behaviour to the infant's inner conditions, mostly in a modality differing from the child's behaviour. This adjustment is formed not only along manifest behaviour, but also along vital affects which come into being along amodal features. In the psychotic condition the patient is overwhelmed by the extremely distorted forms of preverbal experiences and vital affects.

The extreme distortion of the 'sense of a core self' results in depersonalisation, psychotic, symbiotic experiences and fragmentation. By distorted attunement the 'sense of a subjective self' is hurt, experiences are unshareable, closeness and distance are injured. However brain plasticity makes it possible that through therapy distorted preverbal senses of self may be corrected by means of reparative mothering (Volkan 1994). The therapeutic contact focusing on vital affects, attunement, intersubjectivity and non-verbal therapeutic work promote the adequate development of preverbal senses of self. The different (overwhelmingly positive) symptoms of schizophrenia can be interpreted in a psychoanalytic way. Since the symptoms reflect on the self and the early attachment distortions, understanding and keeping contact with the patients can be carried out by interpreting them (Gabbard, 1994).

\* M.D., Ph.D., University Medical School of Pécs, Hungary

\*\* Lecture given at the 12th WADP-Congress / XXV. Internat. Symposium of the German Academy of Psychoanalysis (DAP) at the Humboldt-University Berlin, March 17th -21st. 1999

Regarding that these senses of self have preverbal character, the non-verbal way of self-expression seems to be adequate to approach and to understand (or even to interpret) the preverbal distortions of the self mentioned above. In the following we discuss the diagnostic and therapeutic use of artistic expressions of schizophrenic patients, with special regard to the group therapeutic implications of art therapy, and we also survey its practical aspects by presenting a group session.

### *Art and visual expression in schizophrenia - a diagnostic approach*

Artworks and any other pictorial self-expressions created within therapeutic frameworks have their own role in diagnostic as well as therapeutic work. The mother-child drawing test (Gillespie 1994) is one of the most salient examples of demonstrating diagnostic aspects and early interpersonal correlation of drawing and painting themes, which serve as a key-stimulus to the intersubjectivity.

#### *1. Distortions of the 'sense of a core self' and the 'subjective of self' and their appearance in schizophrenics artworks and drawings*

*D. Stern's* theory of the self development (based on experimental infant research) can help us to understand interpersonal relationships and its disturbances (*Stern* 1985). According to *Stern's* theory of self, schizophrenics exhibit considerable distortions of the 'sense of a core self' and the 'subjective sense of self' which are both preverbal senses of the self. Working on a non-verbal level, visual expression can make preverbal distortions accessible, which also implicates the possibility of the attunement.<sup>1</sup>

Everyone can experience situations, when he or she has the impression of going to pieces, having no relation to the body, or having no orientation, falling apart forever, not going on being, of feeling a complete isolation because there is no means of communication. These kinds of experiences are typical examples of disequilibrium of the 'sense of a core self'. If they predominate, it may indicate a psychotic state. By making drawings, patients can express several kinds of distortions of the 'sense of a core self': They can experience the paralysis of actions, even that of the drawing or completing a drawing appropriately, as a disturbance of the self agency. The rupture of the self coherence can manifest itself by any kind of fragmentation, i.e. by the fragmentation of the drawing, but by the verbal incoherence, when talking about it as well, etc.

<sup>1</sup> attune= to bring into accord, to harmonise. Originally used by *Dr. Stern* as 'affective attunement' when describing, how affective experiences can enter the intersubjective domain (*Stern* 1985)

## 2. Mother-child drawing test

To present the obvious intersubjective aspect of the drawings, first we introduce the mother-child drawing test. The instruction is: „Draw a mother and a child!“ If the patient draws an older child with the mother, we ask them to make another drawing with the instruction „Draw a mother and a small baby“. The instruction is highly incentive, moves all of us affectively charged cue stimuli, which may mobilise deep emotions, fears, anxieties. In the psychotic condition a lot of primitive structures and defence mechanisms are revived through regression. Thus early defects may be manifested in the drawings. Depending on the self's level of organisation, psychotic patients react differently, use different defence mechanisms, ranging from rejection through splitting to sublimative mechanisms as elaboration. These instructions may trigger cultural schemas as supporting images - for example the *topos* of Madonna and the Child, which is so much embedded in our culture.

The way the mother and the infant is formed in the drawing may suggest a narrative, a unique pattern, insofar as many particular memories and fantasies can be traced in them beside cultural patterns. Nevertheless, the psychotic self and the distorted psychotic relationships are also formed in the pictorial artworks, whereupon the mother-child drawing test objectifies the symbiotic deficits, ego-boundary injuries and attunement distortions manifested in the evolvement of schizophrenic symptomatology. In this way they enhance understanding, help to project and to bring into the surface the disttorsions of being together with the (m)other. To gain a better insight into the pathology of intersubjectivity along changes of the clinical symptoms, we combine the mother-child drawing test with *Hárdi*'s dynamic analysis (*Hárdi* 1983), which results in series of drawings from the different phases of the illness, and makes possible to compare them.

Although the emphasis of the mother's role has shifted in the aetiology of schizophrenia in the most up-to-date research, the problem of the preodipal relationship, early attachment, intersubjectivity, symbiosis and that of the ego-boundaries, are present in the symptomatology of schizophrenia. In our opinion, the mother-child drawing test, as a key-stimulus, objectifies and intensifies the problem of symbiotic deficits, attunement and intersubjectivity. In our view this method makes it possible to gain a deeper understanding of the patient's psychodynamics, we can infer his/her inter-personal system of expectations and relations. It is not advisable to draw straightforward conclusions from the pictures concerning the aetiology and dynamics of the illness, they might provide interesting additional informations. We must be very careful with the interpretation insofar as each picture is unique, individual work of art. In addition we must not forget that the pictures were created within the frame of a relationship, consequently issues of transference, countertransference and resistance must be considered as well.

*Art therapy in groups - the therapeutic use*

Many authors supported the importance of art therapy with chronic schizophrenic patients (*Molloy 1984; Wood 1997; Trixler et al 1992; Ammon 1982; Navratil 1995*). They stress that chronic schizophrenics often suffer from an inner emptiness, or from the sense of not belonging, of being different and complain about the paralysing experience resulting from the confrontation of two worlds: inner and outer. Art therapy seems to be suitable to break through or fill the emptiness, and because of its transitional character, it may establish a 'return journey' to reality. The art media simultaneously offer a virtual and a real surface, where inner contents can be visualised and externalised.

In spite of the relatively small number of the available literature references, art therapy is frequently applied in groups. There are many kinds of art therapy groups determined by the institutional context, the patients and theoretical models. To start with, art therapy is usually applied as a part of sociotherapy. Work in these groups is done on individual basis but within a group setting. These mostly unstructured groups are often called 'Studio-Based Open Groups' in the British art therapy literature, referring to the open sessions and the relaxed time boundaries (*Saotome 1998*). On the other hand, art therapy groups became influenced by other professionals involved in work with different groups (e.g. pedagogy), and so several kinds of theme based and projective art groups are widely used as a result of that. Ultimately group analytic art therapy and group interactive models developed progressively in the last decades, and these paralleled the move of art therapy practise.

*Wadeson (1980)* also emphasises that there are many different kinds of art therapy groups. Some of them are highly structured while others are loosely organised and informal. Obviously, the nature of the group population will influence the nature of the group structure, as is can be observed in case of our art therapy group as well.

Several studies have highlighted the serious technical difficulties regarding group therapy used with chronic psychotic patients on the one hand, but the significance of the group work as a therapeutic tool on the other hand. It is also a well-known fact that these kinds of therapies are appreciated by patients (*Yalom 1995; Correale & Celli 1998*). Especially self-psychologists supported the idea that the group represents a self-object (*Kohut 1977*) of special quality and effectiveness.

People affected by chronic psychotic disorders can hardly talk about themselves, often mask their hostility as indifferences, when listening to the others, and have the basic impression that the chronic psychotic illness has infected their relationships. They tend to establish a self-objekt type of the relationship with the group as a whole rather than with the leader or with the other members. Empathy is extremely difficult to create in these groups. Stimulation on the emotional level can develop a catastrophic

feeling of the terrific fusion. In other cases, being overstimulated, chronic psychotics can release their inner fantasies into the group, because they cannot contain new emotions, therefore they use the group as a container frightening other members as well, which can lead to schisms, fractions, dropouts. Therefore the therapist has to be very careful in these kinds of groups: she or he has to create an empathic atmosphere, in which the patients can evolve, without triggering catastrophic fears. To find a successful balance has the ultimate importance in these groups with chronic schizophrenics (*Correale & Celli 1998*).

The group that is going to be introduced in this paper, has been led by us for a couple of years. The group itself is much older, it has been existing for about a decade, during this period the leaders, the members and the therapeutic conceptions changed several times. Only the group as a whole often called by patients as 'Spirit of the Group' seems to be permanent, although it has undergone some transformations. In spite of its transformations, the 'Spirit of the Group' tends to appear in our fantasies as an old, permanent entity.

### *How does our group work in practise?*

Regarding schizophrenics difficulties in any kind of self-expression, some sessions are devoted to developing their visual outlet, when they can acquire new methods, such as scribbling, using charcoal, or expressing themselves by means of colour, or depicting natural forms (leaves, snails, chestnuts) or making life-size-body drawings in pairs on a large piece of white butcher paper. The subsequent sessions are usually thematically organised, there is a given (but not obligatory) theme to draw fantasies about it.

As mentioned above, group therapy with chronically ill patient implies many difficulties, but art media seem to be a suitable tool to surmount a part of them. Regarding that our group deals with chronic psychotic outpatients, the sessions are well structured and cohesive, but the group itself is semi-open, disregarding the relatively stable core of the group the members are changing quite regularly. Traditionally, the sessions are divided into two sections, the first one is the time of the drawing itself, and during the second one we talk about the drawings, which are spread out in the middle.

This second part is a subsequent creative act that means the creation of the group itself. It happens by words connected with the pictures, which serve as a surface, representing the members entering the space of the group. However, with time, this basic character of the pictures is transformed, insofar as they become enriched by the contents projected by the other group members. In this way they represent the meeting of the individual and the group as a whole or that of the individual with one another as well. When talking about drawings we do not use any direct, only structural interpretations (*Benedetti 1987*), if it is indispensable, and try to organise

the discussion by using a poetic language, which means the use of metaphors, metonyms, puns, etc.

From the view of the most recent self-psychology, the 'subjective sense of a self' is responsible for the sharing of emotions. To talk about the drawings, to discuss them, patients 'subjective sense of a self' needs to be activated. Any difficulties and deficiencies in sharing emotional experiences can indicate the distortion of the intersubjectivity, which can often be experienced in the functioning of psychotic groups.

### *The draw-a-foetus group session*

In one of the last sessions, we instructed the group to draw a foetus. The reason why we requested this was that it has a multidimensional meaning both on individual and public level. As it is known, despite of their autistic attitude to the surrounding world, schizophrenics are very sensitive to the cultural contents of the public sphere, much more sensitive than other psychotic patients (Matussek 1993). It is represented in the way they form their delusions, which are often interwoven with the current social, political, or technical events.

On the public level, the icon of the foetus can be considered as a sacrum of the modern technoscientific culture (Duden 1993). The icon of the foetus is well-known. The foetus in the womb first appeared on Leonardo da Vinci's anatomical studies (1512, in Windsor). In 1512 he devoted a whole sketchbook to the precise anatomic depiction of the foetus in the womb (Clark 1982). His unbiased objectivity characterised the anatomical realism of the post-renaissance, and it is similar to the computer culture of our age from many aspects.

The first *in vivo* photo taken of the foetus became public in 1965, when one of L. Nilson's intrauterine photos were presented on the cover of Life magazine. The title of the related article was: The Drama of Life before Birth. The icon of the foetus has been published and overloaded with the most different political and cultural contents, such us birth control, reproductive technologies, cloning. On cultural level the foetus as an iconic form represents life itself.

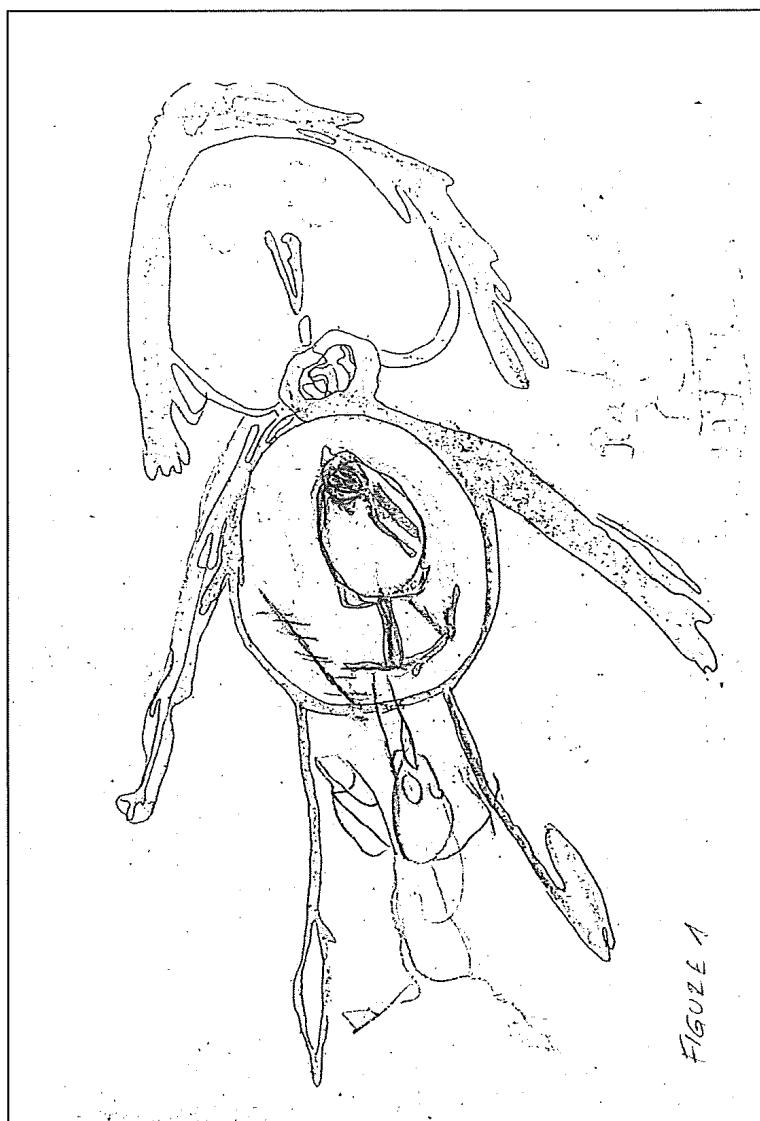
What does the foetus represent on the level of group-therapy? From self-psychological aspects, the instruction to draw a foetus can activate many interpersonal correlates and fantasies associated with the group as a whole. For this reason, the drawing-a-foetus task may serve as a useful key signal to bring to the surface emotions and projections related to selfobjects, i.e. these may refer to a group as a whole.

In the following we try to demonstrate the group session and to give an insight into our work by introducing the drawings and paintings in the sequence they were discussed in the session, however, there is no real sequence involved as all the pictures are spread on the floor, and can be observed by each member simultaneously.<sup>2</sup>

2 In the original oral presentation of this paper we had the opportunity to present each drawing created in the session, but now, because of shortage of the space we had to reduce them.

It is important to note that one of the men remarked: „It is very interesting for me, because I'm a member of a 'Foetus Protection Association' insofar he set to drawing.

Patient 1: This is a drawing of a middle-aged man (patient number one), who became very excited after having heard the instruction, and was not able to keep quiet, he kept on talking, sometimes he threw his drawing-board to the floor, then picked it up, looked at the others drawing-papers, commented on them, mainly on mine, because he was sitting next to me. While drawing he was talking about a yellow woman's pregnancy, who was given a cut on the belly (literally translated), and a baby was pulled out of her to the light. The woman was suffering a lot, when her belly was closed with a suture. Well, the boy has come into the world (and he drew another child outside of the mother's body with blue). Noticing that there were two babies in the picture simultaneously, he created a story about a twin-pregnancy, and told us, that the boy had been born, and the girl remained in the mother's womb (Fig. 1).



As we can see this patient demonstrates several symptoms of disturbances of the 'senses of a core self': i.e. incoherence (because of the fragmentation) and rupture of the self history (because of the variability and instability of his picture). According to that, he had severe distortions of the 'subjective sense of a self', insofar as he was unable to share many emotions and experiences with the others.

Therapist 1: At the beginning one of the therapist's painting was a colourful and anatomically correct depiction of the foetus. She was sitting next to the patient number one, whose excitement and constant talking were particularly embarrassing and disturbing. The therapist tried to calm him with gestures and words. While painting she felt unbalanced and diffused, and desperately recognized that she could not express any original content, just an anatomically real depiction, and nothing else. She tried to hold the group together, which required more and more energy. Meanwhile she became angry, so she painted big, red thorns in the left side of the sheet.

Patient 2: She is a middle-aged woman, who completed her drawing in a minute, and then she was looking at the others. Seeing that she had just outlined the amnion with a single line 'Patient number one' asked her gently and seemingly frightened: „Oh, God! Is it empty?“ And he felt really sorry for this. „No“, sounded the answer, „I've just strictly limited myself on the given theme. It's not empty, it's the amnion itself, and we cannot see its inner side“. It was a real hiding but when anxiety appeared in the group, we went on to another picture, to the other therapist's.

Therapist 2: Her painting was a colourful and vivid abstraction presenting several tints of red. She told us, that she had forgotten to draw an umbilical cord or amniotic fluid, but she had concentrated on flesh and blood, on the adjustment and embedding, and on the common pulsation of the blood circulation.

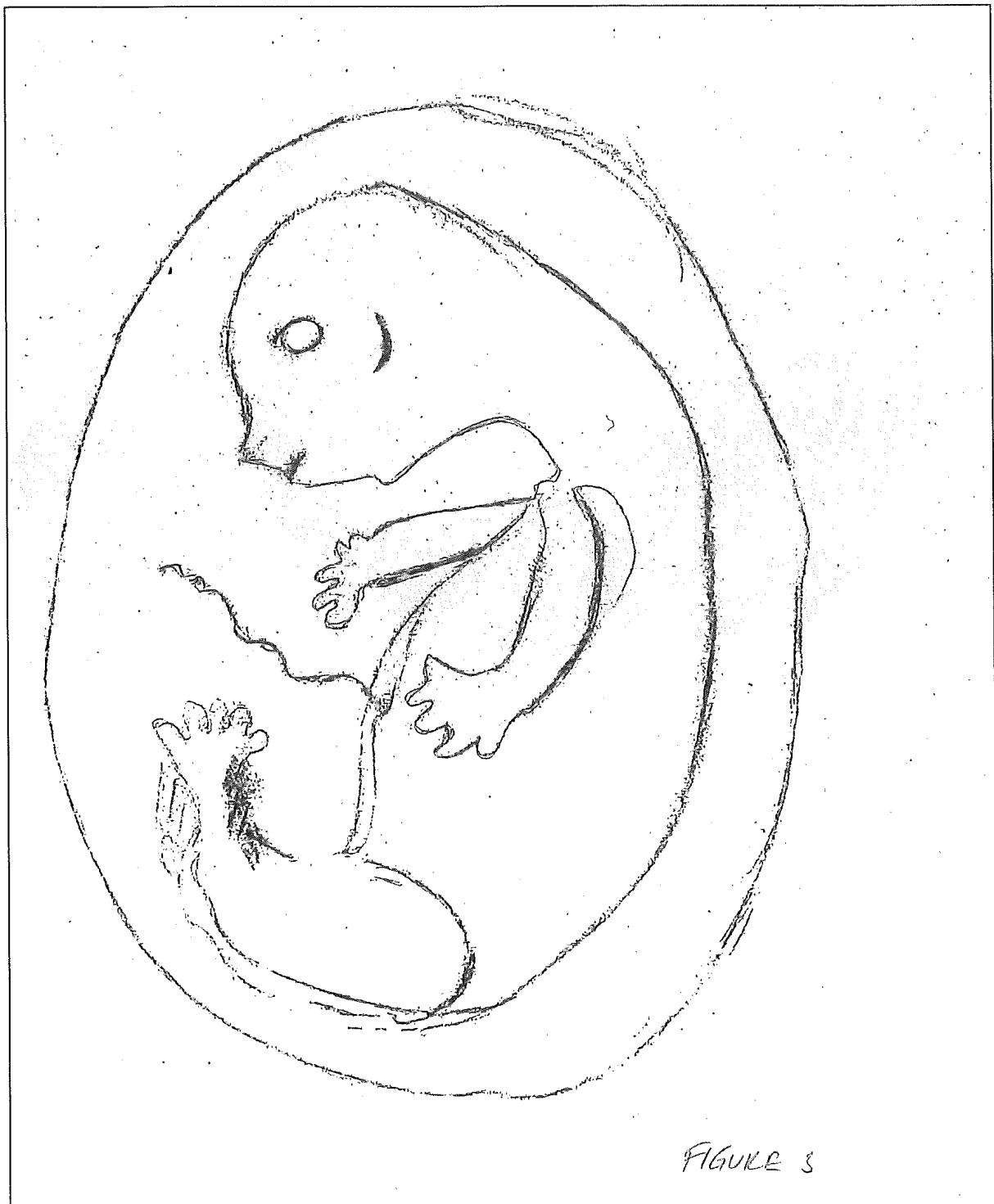
At that point, some patients noticed that both therapists had depicted blood. The group atmosphere was getting more and more tense. I told a story about my getting frightened when looking at a photo taken of my friend's baby at the maternity ward, because it was covered by blood. Then a man talked about his wife's first labour, which he had not been allowed to participate in, although he had wanted very much. The man, introduced first, talked about a bloody event, when he had been forced to assist to the pig's labour and to help the piglets to the world, while his brother-in-law had been drunken. Everything had been covered by blood, but all of the piglets had been rescued, he added proudly, and he acted the movement as he had cut the umbilical cord. After this he became much more quiet, he calmed down, and could concentrate on the group events much better. It could be seen, that this self agency achieved a relative balance by demonstrating a successful act.

Patient 3: Her drawing represents an inner world inside of the amnion, which does not have any connection to the environment: It could be an example of the distortion of intersubjectivity. She talked, when asked, otherwise she kept silence (Fig. 2).



Patient 4: A young girl, who is very withdrawn in the sessions, depicted the enlarging of the mother's belly during the pregnancy, but not the foetus itself.

Patient 5: The foetus in the drawing of a paranoid woman has developed ears and eyes, but – as she apologised – she had forgotten to depict its heart. The umbilical cord does not reach the amnion, demonstrating the woman's particular isolation and loneliness. She suffers from asthma as well, and she often says she would like to have some kind of healthy aggression (Figure 3).



Patient 6: This is a woman's picture suffering from constant acoustic hallucinations. She is often complaining about them to family members and to staff as well. I noticed the lack of the umbilical cord and asked her how the foetus was able to communicate with the mother. „It can kick it“, she

replied, and at this moment I understood her distortion of the sense of a subjective self, and became aware of that her messages about her hallucinations are the only way to be related to the environment (Fig. 4).

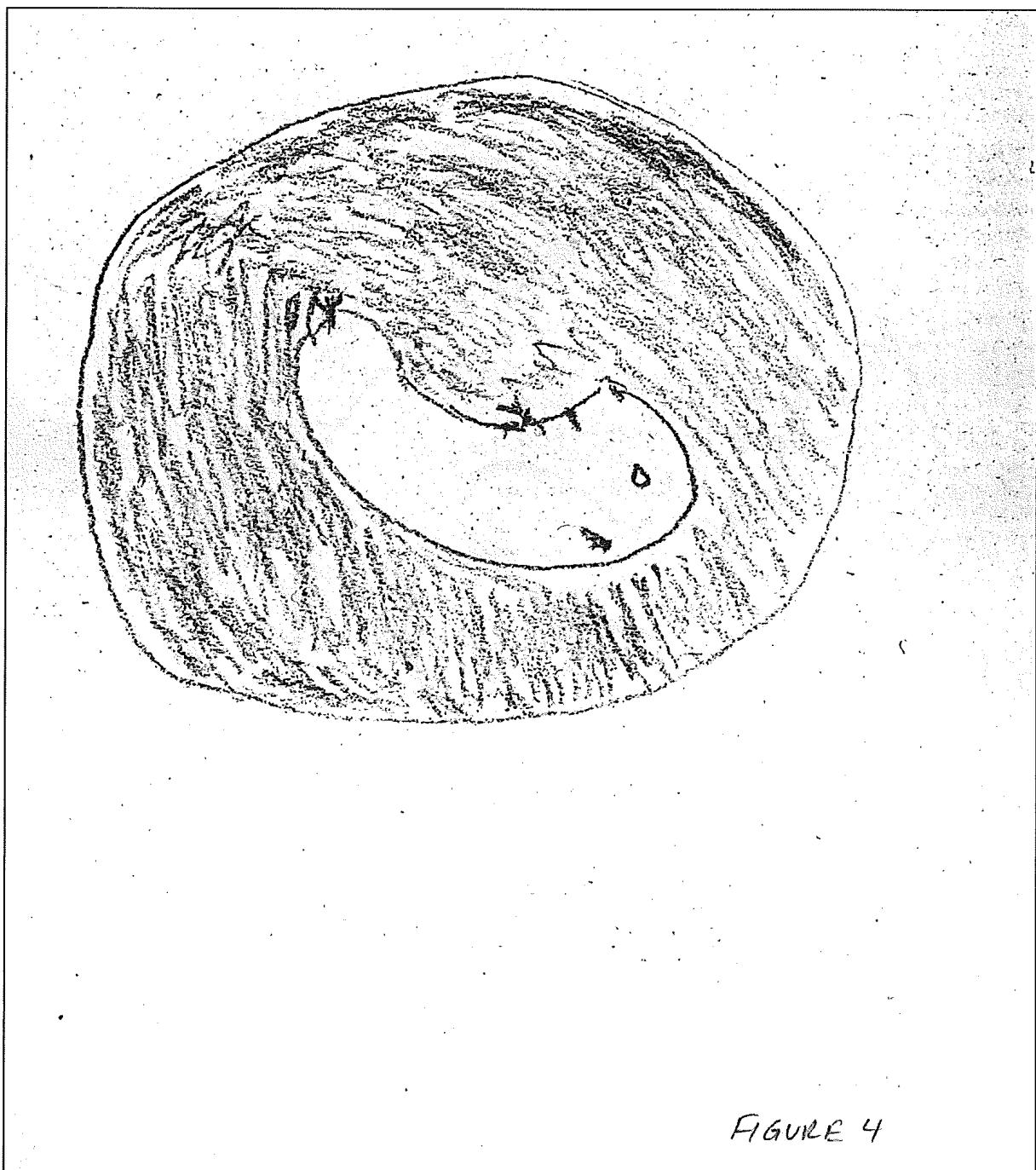


FIGURE 4

Patient 7: The drawing of a woman who has a family history of Down syndrome, which is part of her psychopathology, brought to the light her unsolved feelings against her brother's illness, and her mother's suffering from that. She depicted her own pregnant mother, condensing very individual contents into the instruction.

Patient 8: This last picture was made by a man, who had very frequent interactions during all the session. When being asked he explained his drawing was an appeal to the group for the issue of the foetal protection. (The small figures around are sketches and 'studies' to the main work, as he declared.) He apologised for each inaccurate line. During the session he seemingly tried to curb his excited group-mate by using stereotypes inducing rather aggression than soothing. Seeing the multiple foetuses, the others thought of a twin pregnancy. He denied it, but told a remarkable story that suited his behaviour during the session, and structurally contained his fears of sharing affective experiences.

He talked us about the 'rare phenomenon', when one of the twins dies in the mother's womb before birth. In these cases, according to him, the remains of the dead foetus are absorbed. He said, he could remember, he had a sister in his mother's womb, but he was stronger than her, and his sister had to die. He could even recall her name: Iren. He had even written 'an article against himself in her name' (Fig. 5).

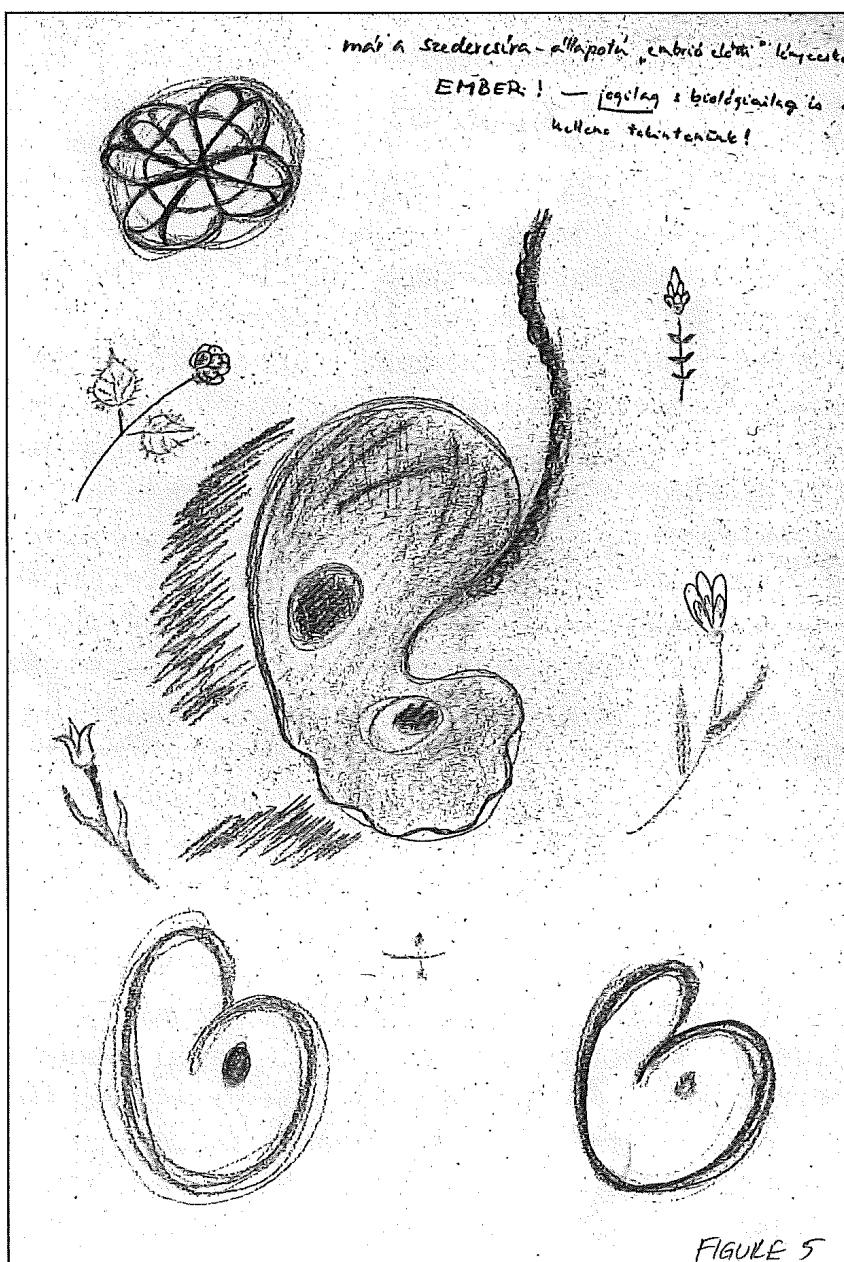


FIGURE 5

### Conclusion

We demonstrated how self-psychological aspects can function in art therapy groups by finding a new balance of the 'sense of a core self'. We also presented how to create a relatively empathic milieu with chronic schizophrenic patients by helping their relatedness to the group as a whole, and stimulating them to share their experiences with it.

According to the latest research the aetiology of schizophrenia is in change (*Tényi*, in press). The theory of psychogenic aetiology seems to be overruled by the latest data, as the emphasis of the role of early traumas, deprivations, relationship distortions, abuses has shifted, they are now considered as non-specific factors (*Gabbard* 1994; *Willick* 1993). The integrative approach seems to be the most up-to-date trend of research, and this integration is the synthesis of infant research, childhood and adult psychopathologies, neurobiological and psychodynamic theories (*Robbies* 1992). At present the integration of the so called combined and modified conflict and deficit theory and the results of neurobiological research is the most promising and convincing approach. Due to the pathologic brain structures the pre-schizophrenic child presents such pre-morbid features which lead to the distortion of child-parent relationship, both child and the parents are overwhelmed by stress, thus interpersonal relatedness and affective attunement are blocked, the preverbal senses of self become distorted. The psychotic symptoms are formed by distortion of 'sense of a core self' and the 'sense of a subjective self' (*Stern* 1985).

In the psychotic condition the inner order falls apart, the world becomes alienated. Space stiffens and becomes cold, it shrinks and expands, shapes become geometric, or disorganised, pre-shape. The drawings and paintings created in these conditions are projections, formulations of the patient's inner world, the painter uses them as means of communication, concretises his/her pathologic experiences (*Prinzhorn* 1922). The pictures are regressive, thus the early ego-defects are manifest in them. The pictures animate the world before words, the early interpersonal relationship and their affective charge gains a form and can be captured in space. Although the pictures are all unique, they are mostly characterised by extremity and expressivity: they are symbolic or through the lack of abstraction they may as well be concrete, their handling of space is archaic, their forms are often disorganised (*Jakab* 1956, 1998). Nevertheless, through creative work a new possible world is brought into being, the inner psychotic world finds its form.

The combination of art therapy and group therapy is widely used in the clinical practise, but there is a relative dearth of publications on it, which may result from the difficulty of presenting a group session and group events. Pursuing art group therapy, we also have to consider some cultural facts, i.e. that we are overwhelmed by pictures by all means of modern reproductive technology: by photos, magazines, copies, films, television programmes, advertisements etc. During art therapy with psychotic

patients, we have to keep an eye and a hand on all of these and on the fact that we have learnt to see and to recognise the world after the Renaissance. Nowadays we have grown into the computerised visual multiplication, which is very similar to the anatomical realism of the post-Renaissance. Therefore according to our digital view, we tend to distinct seeing and touching, objectifying and participating, ideal and real, clinical and private, patient and artist. This commonly split way of experiencing should be handled with gentle care in the context of therapeutic practise. Since we are able to catch a glimpse of culture and tradition, they can help us to face suffering and danger caused by gaps of the world. Nothing else can present and represent deep existential suffering, gaps, lacks and fears of the vacuum than a therapy group with chronic schizophrenics. Even if their status is worldwide changing from the long-term patients to the long-time clients (or out-patients), they cannot be easily integrated to any kind of media.

It is inevitable to stress the cultural aspects of the visual expression, especially because the culture can be interpreted as a selfobject for all us as therapists. Whether we are 'gratified' or 'idealised' by the culture or not, it also manifests itself in our drawings when depicting such a culturally interwoven key signal.

### *Eine Kunsttherapiegruppe mit chronisch schizophrenen ambulanten Patienten*

Maria Simon, Kata Lénárd, Tamás Tényi, Mátyás Trixler (Pécs)

Nach der entwicklungspsychologischen Theorie Sterns (Stern 1985) bilden Kinder bereits von frühen Lebensphasen an insbesondere zweierlei Fähigkeiten heraus, die für ihr künftiges Leben ausschlaggebend sind. Aus amodaler Perzeption und Affektabstimmung mit der Mutter entstehen sowohl das Gefühl für eine kohärente Persönlichkeit, nach Stern das „Kernselbstempfinden“, wie auch die Fähigkeit zur Kommunikation, die auf dem „subjektiven Selbstempfinden“ beruht. Besonders diese beiden Elemente der Persönlichkeit sind im Falle der Schizophrenie schwer gestört. Aus einem deformierten „Kernselbstempfinden“ resultieren Gefühle von Depersonalisierung, Fragmentierung des Selbst sowie psychotische und symbiotische Erfahrungen. Störungen des „subjektiven Selbstempfindens“ haben zur Folge, daß die Regulation von Nähe und Distanz im Kontakt nicht möglich wird und individuelles Erleben nicht mit anderen geteilt werden kann.

Deformierte Ausprägungen des Selbstempfindens können jedoch mit dem Mittel „wiedergutmachender Mutter-Funktion“ (Volkan 1994) aussichtsreich therapeutisch bearbeitet werden. Da sowohl das „Kernselbstempfinden“ wie auch das „subjektive Selbstempfinden“ in einem präverbalen Lebensstadium entstehen, verspricht der non-verbale, bildhafte

Ausdruck der Kunsttherapie, entsprechende Deformationen im Persönlichkeitsbild sichtbar zu machen. So lassen unvollständige oder fragmentarisch wirkende Bilder beispielsweise auf ein pathologisches Ungleichgewicht des „Kernselbstempfindens“ schließen, das einhergeht mit Orientierungslosigkeit, fehlendem Körperbewußtsein, mit Ängsten, die körperliche Integrität zu verlieren und aufzuhören zu existieren – Phänomene, die jedem Menschen bekannt sind, aber eine psychotische Qualität dann aufweisen, wenn derartige Zustände länger andauern und paralysierende Folgen für die Lebensgestaltung der Betroffenen annehmen.

Als ausgezeichnetes diagnostisches Mittel hat sich der Mutter-Kind-Zeichentest erwiesen, der das Maß an Fähigkeit zu Kommunikation und Intersubjektivität sichtbar macht. Die Aufforderung, eine Mutter und ihr Kind zu zeichnen, kann im psychotischen Zustand tiefen Ängste, schwere Regression oder auch primitive Abwehrmechanismen hervorrufen. Über viele individuelle Phantasien und Erinnerungen werden in den Zeichnungen frühe Defekte sichtbar, ohne daß dabei allerdings allzu direkte Schlüsse aus dem einzelnen Bild abgeleitet werden dürfen. Als zentraler Stimulus objektiviert und verstärkt der Mutter-Kind-Zeichentest jedoch das Problem symbiotischer Defizite, von Affektabstimmung und Intersubjektivität. Auf diese Weise wird ein tieferes Verständnis der Psychodynamik der Patienten ermöglicht.

Überhaupt ist Kunsttherapie besonders gut dazu geeignet, an Schizophrenie leidenden Patienten Ausdrucksmöglichkeiten für ihre Empfindungen zu geben, worauf bereits eine Reihe an Forschern hingewiesen hat (*Molloy 1984; Wood 1997; Trixler et al 1992; Ammon 1982; Navratil 1995*). Gerade diese Patientengruppe leidet besonders häufig an innerer Leere, an Gefühlen der Teilnahmslosigkeit und an dem lähmenden Gegeneinander ihrer eigenen inneren Welt mit der äußeren. Kunsttherapie hat Initialcharakter, indem sie eine „Rückreise in die Realität“ in Gang setzen soll. Sie bietet eine reale Projektionsfläche für innerpsychische Inhalte an und wird daher auch von den Patienten in der Regel positiv aufgenommen (so *Yalom 1995; Correale & Celli 1998*).

Was das konkrete therapeutische Vorgehen mit den Patienten im Verlauf einer kunsttherapeutischen Behandlung angeht, so sind die Sitzungen nach einer Eingangsphase mit technischen Mal- und Zeichenübungen in der Regel thematisch strukturiert – die Leiter geben Themen vor, zu denen die Teilnehmer ihre Phantasien zu Papier bringen sollen.

Normalerweise bestehen die Sitzungen aus zwei Abschnitten, dem eigentlichen Malen und dem anschließenden Gespräch über die Arbeiten, die in der Mitte auf dem Boden liegen. Gerade dieser zweite Teil stellt für die Bildung der Gruppe das wesentlichere Moment dar, weil die einzelnen darin zu ihren Gliedern werden, indem sie sich mit Worten zu den Bildern äußern und auf diese Weise in den Raum der Gruppe treten. So wird der zunächst individuelle Charakter der Bilder im Laufe der Sitzung durch Inhalte bereichert, die die anderen Gruppenmitglieder darauf projizieren.

Die Bilder selbst repräsentieren in diesem Sinne die Gemeinsamkeit der Gruppe als ganzer. Die Rolle der Leiter ist dabei von starker Zurückhaltung geprägt, sie bieten nur bei Notwendigkeit strukturelle Deutungen an und versuchen in erster Linie, das Gruppengespräch durch eine poetische Sprache und den Gebrauch von Metaphern, Wortspielen etc. zu bereichern.

Was das nach *Stern* „subjektive Selbstempfinden“ anbelangt, das für das Teilen und Mitteilen von Gefühlen verantwortlich ist, so gehen mit der schizophrenen Reaktion grundlegende Störungen der Beziehungsfähigkeit einher, die sich als häufig zu beobachtende Tendenz zu einer Stilisierung der gesamten Gruppe als Selbstobjekt auswirkt. Echte Beziehungsaufnahme mit den Leitern oder den anderen Mitgliedern kommt demgegenüber zu kurz. Die Aufgabe des Leiters liegt wesentlich darin, eine Atmosphäre freundlicher Zuwendung und Empathie zu schaffen, um zu vermeiden, daß die Patienten von Ängsten überflutet werden, die sie mit zerstörerischen Folgen für den gesamten Prozeß in die Gruppe hineinragen würden.

Die Verfasser stellen in der Folge den Verlauf einer Sitzung dar, in der sie die Teilnehmer aufgefordert haben, einen Fötus zu malen, ein Thema, das für die Patienten von großer emotionaler Tragweite, aber auch von seiner gesamtgesellschaftlichen Bedeutung her als „*Sacrum* der modernen technisch-wissenschaftlichen Kultur“ (Duden 1993) anzusehen ist. Die Verfasser erwarteten sich von dieser Themenstellung eine besondere Anregung dazu, unbewußte Emotionen sichtbar werden zu lassen und wurden darin nicht enttäuscht.

Abschließende Überlegungen, die über den eigentlichen therapeutischen Bereich hinausweisen und gesamtgesellschaftlich-kulturelle Zusammenhänge in den Blick nehmen, führen die Autoren zu dem Gedanken, daß unsere Lebenswelt eine gespaltene ist, weil die Erfahrung der Menschen nicht mehr als Ganzheit gesehen wird. Gerade angesichts dieser Tatsache erfordert gruppentherapeutische Arbeit mit an Schizophrenie erkrankten Patienten sorgfältige Reflexion und besondere Fürsorge, denn nirgendwo sonst werden aus der Wirklichkeit herrührende Risse, Spaltungen und die Furcht vor dem Nichts deutlicher als hier.

## References

- Ammon, G. (1982): Handbuch der dynamischen Psychiatrie, Bd. I. (München: Ernst-Reinhardt Verlag)
- Benedetti, G. (1987): Psychotherapy of Schizophrenia. (New York: University Press)
- Correale, A.; Celli, A., M. (1998): The Modell-Scene in Group Psychotherapy with Chronic Psychotic Patients. In: International Journal of Group Psychotherapy (48/1) 55 - 68
- Clark, K. (1976): Leonardo da Vinci - An Account of his Development as an Artist. (Harmondsworth: Penguin books)
- Duden, B. (1993): Disembodiment Women: Perspectives on Pregnancy and the Unborn. (Cambridge: Harvard University Press)
- Gabbard, G.O. (1994): Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. The DSM-IV Edition (Washington DC: American Psychiatric Press)
- Gillepsie, J. (1994): The projective use of mother and child drawings. A manual for clinicians. (New York: Brunner/Mazel)

- Hádi, I. (1983): The Dynamic Drawing Test. (Budapest: Akadémici Kiadó)
- Jakab, I. (1956): Zeichnungen und Gemälde der Geisteskranken. (Budapest: Akadémiai Kiadó)
- (1998): Pictorial Expression in Psychiatry (Psychiatric and Artistic Analysis). (Budapest: Akadémiai Kiadó)
- Kohut, H. (1977): The Restoration of the Self. (New York: International Universities Press)
- Matussek, P. (1993): Analytische Psychosentherapie in neuer Sicht. In: Nervenarzt (64) 696 - 705
- Molloy, T. (1984): Art therapy and psychiatric rehabilitation, harmonious partnership or philosophical collision. (Sheffield: Inscape (summer))
- Navratil, L. (1995): Schizophrenie und Kunst (überarbeitete Ausgabe): (Frankfurt am Main: Fischer)
- Prinzorn, H. (1922): Bildnerei der Geisteskranken (Neudruck der 2. Auflage 1968). (Berlin: Springer)
- Saotome, J. (1998): Long-Stay Art Therapy Groups. In: *Skaife* and *V. Huet* (eds.) S. Art Psychotherapy Groups (Between pictures and words) 156 - 180. (London and New York: Routledge)
- Stern, D. (1985): The Interpersonal World of the Infant. (New York: Basic Books)
- Tényi, T.; Herold, R.; Lénárd, K.; Trixler, M.: Psychodynamic Psychiatry in the Light of Recent Infant Research. The Flash and the Senses of the Self. Dynamic Psychiatry, in press.
- Trixler, H.; Tényi, T.; Gáti Á. (1992): The Importance of Art Psychotherapy in the Complex Therapy of Psychotic Patients. In: Jakab, J.; Hárda, J.: Psychopathology of Expression and Art Therapy in the World. The Budapest SIPE Colloquium, 139 - 144.
- (1993): The Integration of Art Therapy into the Complex Therapy of Schizophrenic Patients. In: Dynamic Psychiatry (26) 138 - 141.
- (1992): The Psychotherapeutic approach of the Complex Therapy of Schizophrenics. In: Schizophrenia (92/3-4) 23 - 28.
- Volkan, V. (1994): Identification with the Therapist's Function and the Ego-building in the Treatment of the Schizophrenia. In: Br. J. of Psychiatry 164 Suppl. 23, 77 - 82.
- Wadeson, H. (1980): Art Psychotherapy. (New York: Johnson Wilex & Sons)
- Willick, M. S. (1993): The Deficit Syndrome in Schizophrenia, Psychoanalytic and Neurobiological Perspectives. In: Am. J. Psychoanal. Assoc. (41) 1135 - 1157
- Wood, C. (1997): „The history of art therapy and psychosis“. In: K. Killick and J. Schaverien: Art, Psychotherapy and Psychosis (eds.). (London, New York: Routledge)
- Yalom, I. D. (1995): The Theory and Practice of Group Psychotherapy (4th edition). (New York: Basic Books)

Address of the authors:

Maria Simon, Kata Lénárd, Tamás Tényi, Mátyás Trixler, M.D.  
 University Medical School of Pécs  
 Ret U. 2  
 7623 Pécs  
 Hungary

# Social work with psychiatric patients in Slovenia: The rise of users' organizations and the dialectic between control strategy and helping strategy \*\*\*

Bernard Stritih\*, Miran Možina \*\*(Ljubljana)

Social Work in Slovenia shows two distinct patterns: helping strategy and control strategy. Though the prevailing strategy nowadays is the first one, during the last years many social workers learn intensively from different sources to develop new approaches within the frame of helping strategy. One of them is Dynamic Psychiatry. With dialectic thinking we can avoid the trap of dualistic thinking according to which the control strategy in social work is bad and helping strategy good. We can instead develop new dialectic relations between the two strategies that enhance the effectiveness of psychosocial help for psychiatric patients. Collaboration among users' organizations, psychiatry, family members and social work can contribute to the development of helping strategy for psychiatric patients in Slovenia. Psychiatric help and psychosocial rehabilitation (PSR) within the framework of social work and users' organizations have to run simultaneously. Users' organizations are becoming the key system in PSR of psychiatric patients in Slovenia.

## Introduction

The main question of this paper is: How can we develop an effective strategy of help for psychiatric patients in Slovenia in which also social workers would play an important part? We are working as teachers and researchers in the School of Social Work in Ljubljana but also as psychotherapists in private practice and as supervisors in the charity association called ECHO (organization for voluntary and psychosocial help for people with psychosocial problems) (*Mozina, Stritih 1998*). In all these four roles we are also constantly dealing with the above mentioned question and try to contribute to more creative solutions. Last but not least we feel personally attracted to these kind of problems.

Teaching the students we have the possibility to spread new effective approaches in the psychosocial rehabilitation (PSR) of psychiatric patients. As researchers and supervisors we are constantly exchanging experiences with active social workers from all over Slovenia who are working in social work centres, health organizations, schools and users' organizations. As psychotherapists we are constantly coming in contact with psychiatric patients and their families. This broad spectrum of interactions that we have around psychiatric problems enables and forces us to search for new theoretical and practical solutions in this field which is relatively

\* Ph. D., Psychologist, Psychotherapist, Senior Lecturer; University of Ljubljana, School of Social Work

\*\* M.D., Psychiatrist, Psychotherapist, Assistant Lecturer, University of Ljubljana, School of Social Work

\*\*\* Paper presented at the 12th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP / XXVth International Symposium of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) at the Humboldt Universität Berlin, March 17-21, 1999.

underdeveloped within the Slovene system of social welfare. We think that effective strategies of help for psychiatric patients can neither be developed exclusively within scientific and educational institutions nor exclusively within individual institutions and organizations, which offer help to patients and their families. The only way is the way of dialogue and collaboration among all interested groups in this field.

### *Control strategy and helping strategy in social work in Slovenia*

During last years we collaborated in the research team together with *Blaž Mesec* (1998), *Gabi Ěaèinoviè Vogrinèiè* (1997), *Lea Šugman Bohinc* (1999) and others in the School of Social Work in Ljubljana, which focused on the question: what are the strategies of help in social work in Slovenia? We found that in the transition period from one social-political system to another after 1991 two distinct strategies can be defined: »Control strategy« and »helping strategy«.

The characteristics of control strategy in social work in Slovenia are:

- a) Passive-reactive pattern of handling: A social worker waits until events occur in the client's system (this can be an individual, a family, a group, a community) which can be defined as a (big enough) deviation and then he or she reacts by taking some measures. This takes place at the beginning of the helping process but also during later phases, when a new excess or destructive escalation leads to an intervention.
- b) Orientation towards administrative measures: Administrative and punitive intervention is one method of social work, however not the only one. It is used most frequently in cases of extreme necessity when the problems have reached a certain limit and it has serious consequences, for example taking the child away from home and putting it in an institution.
- c) Asymmetry of power between the social services and the client's system: The whole process of help is dominated by the social worker's idea how to solve the problem. The ideas that originate in the client's system are not taken seriously and are not regarded as a starting point for solving the problem. The handling of the case is oriented towards implementation of a previously defined »solution to the problem« by applying the authority to the social service.
- d) Moralistic-punitive orientation: The social worker represents moral rules of the society and uses punitive measures to protect and implement these rules.
- e) Linear-causal thinking: The social worker defines distress and problems as deviation. He or she confines attention to the negative aspect of the situation, identifies the reason and the »guilty person« and fights them.

The characteristics of helping strategy in social work in Slovenia are:

- a) Pro-active pattern of handling: In the periods when the patient is asymptomatic or less symptomatic and there are no destructive escalations in relationships the social worker continues with active support and observes how the client's system succeeds to preserve this »quiet periods« for a longer period of time. The points can be observed beyond which the client's system efforts to keep the quiet periods by themselves might lead to a breakdown. The social worker leads the case, he is not a „victim“ of the events.
- b) Orientation toward methods of social work: For example individual and family counseling, help for housekeeping, case management, negotiation or advocacy.
- c) Empowerment of the client's system: The social worker's efforts are aimed at helping the client's system to look for its own resources, capacities and possibilities of development; towards the search for the positive. The tasks set to the client's system or social services should be realizable, not too demanding, and their implementation should be accompanied by the feeling of being successful.
- d) Pragmatic-realistic orientation: Orientation towards what is realizable without a punitive intervention in the client's system. It avoids radical »solutions«, for example »treatment of alcoholism« at all costs. This is the orientation towards »patching up minor holes« and making small pleasures and successes possible, reaching short-term agreements, establishing optional contacts, and building-up a »network of good relations«. The social worker is aware that minor changes can bring about a more extensive reorganization of life, which can make life endurable, despite »unsolved« problems.
- e) Systemic epistemology: The primary component of the helping strategy is a different approach of knowing. How do we know what we know is the key question. Social worker's reality is not more objective or more true than client's reality. Different constructions of reality are valued in the light of co-evolution and adaptation.

These two patterns of strategies can be observed also in social work with psychiatric patients. The prevailing strategy in Slovenia nowadays is the first one. But during the last years many social workers in Slovenia learn intensively from different sources to develop new approaches within the frame of helping strategy (figure 1).

- a) from different psychotherapeutic schools for example family therapies, systemic, psychodynamic, gestalt and integrative therapy, transactional analysis, logotherapy, reality therapy, hypnosis and others;
- b) from Dynamic Psychiatry, ecopsychiatry (Willi 1999), community oriented psychiatry and social psychiatry. During last years the ideas of developing new services, like day-centers and housing communities, that are nearer to community have gained more attention.

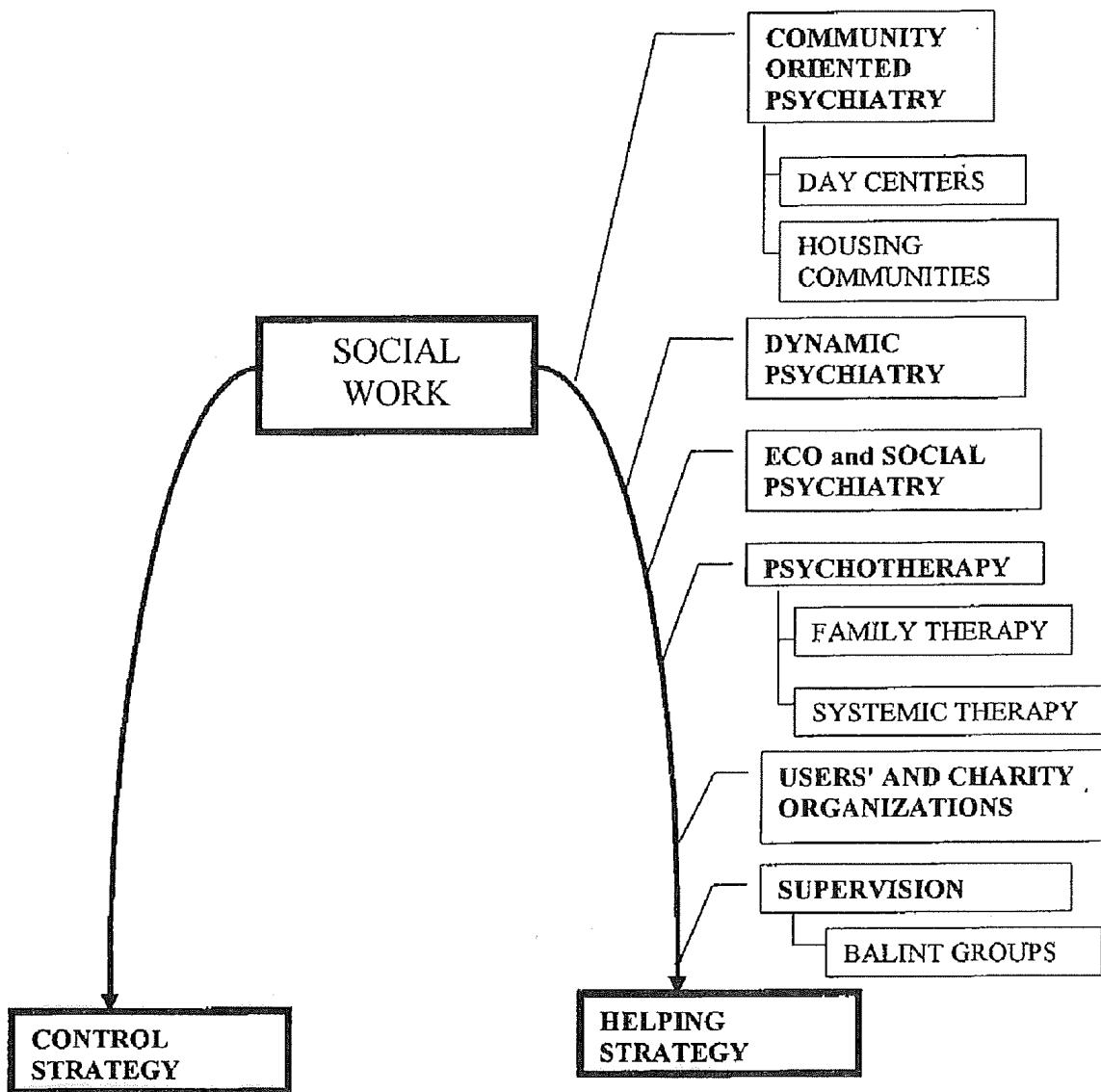


FIGURE 1: Control strategy and different sources for the development of helping strategy in social work with psychiatric patients in Slovenia

- c) from users' and charity organization.
- d) from supervision.

Among the social workers who learn from these sources there is a growing awareness of the decisive significance of the environment in mental illness and its treatment. The new helping strategy of social work „does not deal directly with the patient as a person, but with their personal niche. An attempt is made to provide patients with better conditions for resuming their interactive effectiveness by creating a suitable protected environment“ (Willi 1999).

*The dialectic between control strategy and helping strategy*

Social work can not avoid control measures because it has many authorizations. In many cases control measures or the possibility of their application are the only way to influence the client's system. Sometimes these measures are also the only possible starting point in the process of help. With the development of new approaches in the frame of helping strategy a new dialectic can be formed between the two strategies.

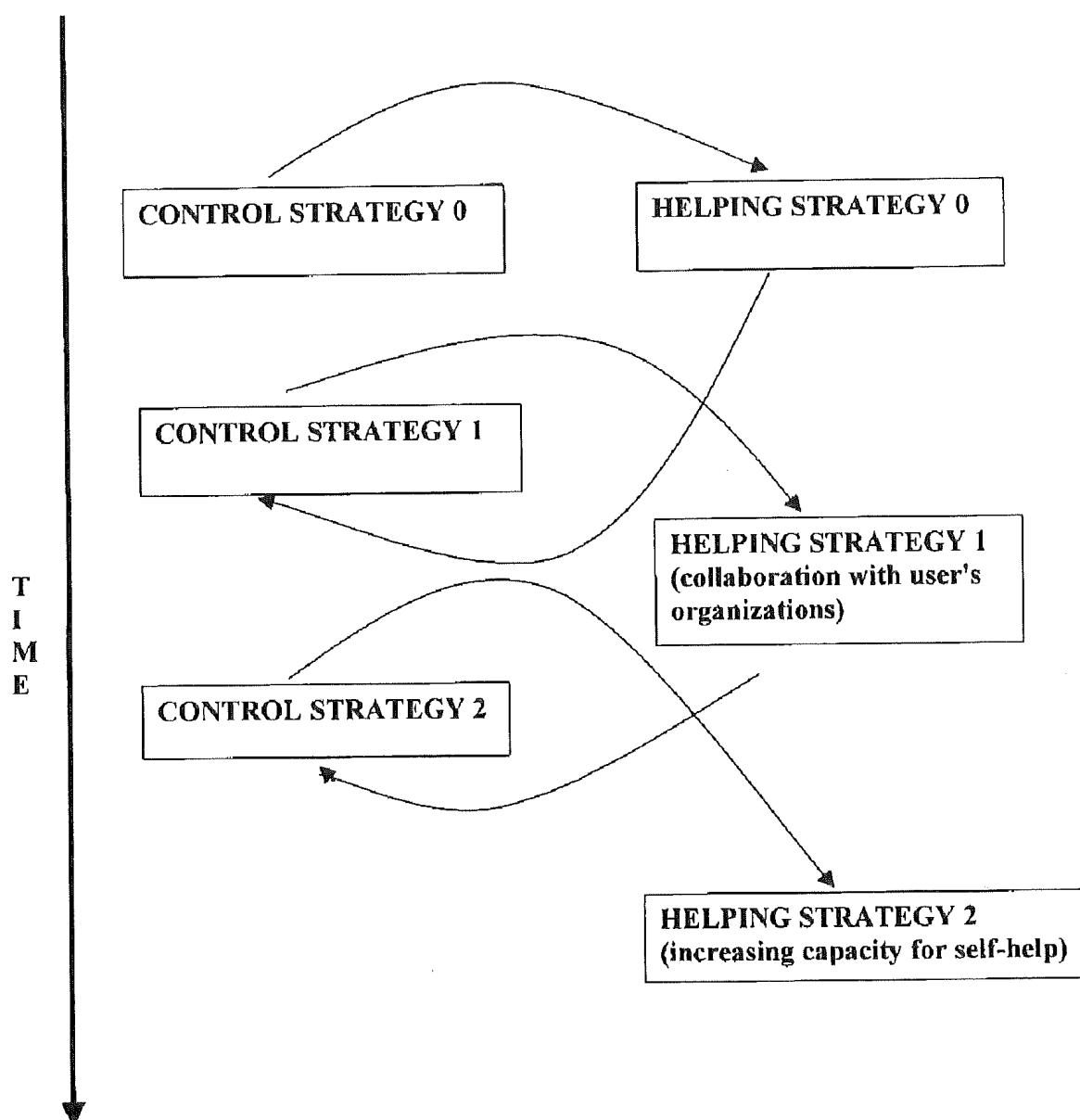


FIGURE 2: The dialectic between control strategy and helping strategy

Another example of the dialectic between both strategies is: Control measures can be realized inside the broader helping strategy frame, for example when we insist that a client in housing community has a job or is a regular student.

With dialectic thinking we can avoid the trap of dualistic thinking according to which the control strategy in social work is bad and the helping strategy good. We can instead develop new dialectic relations between the two strategies that enhance the effectiveness of psychosocial help for psychiatric patients.

*Dynamic Psychiatry as a valuable source for the development of helping strategy for psychiatric patients in Slovenia*

We as teachers and researchers in the School of Social Work, as supervisors and therapists use also Dynamic Psychiatry (as a theory and practice) as one of the valuable examples and resources for the new development of social work with psychiatric patients in Slovenia. In the work of *Ammon* and his co-workers (1982) we can find many stimulating examples that can contribute to the development of the helping strategy with psychiatric patients. For example, the concept of social energy (*Ammon* 1986) can stimulate social workers to work not only with the identified patient but with the whole socioenergetic field. That means to work on the quality of interactions between patient and relatives, between the client's system and institutions knowing that helpers are also part of it.

One of the most intensive impressions that we experienced during our two weeks practice in 1985 at Klinik Menterschwaige in Munich was the broad spectrum and the level of integration of the treatment programme inside and outside the clinic. We could learn an important lesson that „according to *Ammon*, individual therapy is contraindicated within the psychotherapy of schizophrenia. There should be a social-energetic network of milieotherapy and verbal and nonverbal therapeutic methods, in which patients support each other in a cotherapeutic way“ (*Ammon* 1991). Unfortunately we could not replicate the model and the therapeutic network that we admired in München but *Ammon* decisively shaped our way of understanding what is the essence of the strategy of help for psychiatric patients: Only a good coordinated group of professional helpers, relatives, and interested laymen (volunteers) is able to meet the symbiotic demands and social energetic burden of such patients.

Since in the Western society we are all imbued with causal thinking and with the „faith“ in the possibility of rational management of irrational problems it is not surprising that experts, relatives and also members of users' organizations have difficulties to realize that first a context has to be established in which priority will be given to creative diversity of ideas and not so much to the balancing of their rational argumentation. An opportunity for us to see the new paradigm (systemic epistemology) of help for psychiatric patients in practice, was the so called „control group“ of the collaborators of the network of Dynamic Psychiatry which works as a high quality therapeutic network. In this group there were no otherwise usual differences of social roles and statuses. Absolute priority was given to

contributions and ideas, which have shown personal involvement and constructive attitude. This group presented a sort of prototype of the generator of constructive social energy.

### *The rise of the users' organizations of psychiatric patients and their relatives in Slovenia*

In Slovenia users' organizations started to develop in the eighties. In the beginning the activists of these organizations defined their role as being an alternative to psychiatric institutions. The conflicts, which arose, were not particularly bad but users' organizations remained rather isolated, on the fringe of the society. In the recent years the situation is changing rapidly. Users' organizations are gradually giving up the unnecessary criticism and develop speedily their own potentials for successful work with psychiatric patients. For numerous collaborators of users' organizations this meant a difficult task of developing organizational as well as communicational skills needed not only within their own organization (for communication with patients), but also for outward communication with very different institutions.

We are more and more aware that the experts within established psychiatric institutions will first and foremost look after the interests of the employed. The needs and the interests of the patients can be really discussed and promoted only by themselves but they need the support of users' organizations. During last years users' organizations are showing a keen interest in strategic consideration on improvement of psychosocial help for psychiatric patients. „Lay organizations provide a link between patients, the family and psychiatric institutions“ (Willi 1999).

### *Collaboration among users' organizations, psychiatry, family members and social work develop a new helping strategy for psychiatric patients in Slovenia*

Therapeutic work with the patients is not enough; it is also essential to strive for change within the entire network of patient relationships within the family and outside of it. In Slovenia there is a lot of discussion about the need for complementing the family, the work environment, psychiatric institution, social work, as well as users' organizations. However, our experience shows that in this connection the term „complementing“ can be misleading. Namely, many times the patient's relatives, the colleagues from the work environment, but also social workers and volunteers too diligently, willingly accept and obey everything hospital experts tell them. Such „complementing“ frequently impairs the potentials of the social network of the patient. Therefore we raise the question how to achieve a good cooperation among the four key subsystems which come together to help psychiatric patients.

When encountering the patients with the most difficult forms of mental illness we are again and again astonished to see how much effort was invested by different people to overcome the suffering. We often meet people who selflessly and sincerely try to help, without any consideration for their personal benefit. The wish to help can also be observed in families, school communities, companies and professional institutions. On the other hand, it is almost equally surprising that very often all the good will and the good deeds do not help and that the mental illness seems to take its own course, according to some unknown rules which can't be influenced.

Undoubtedly, medication can help, but how and when? Usually medication is taken until the patient or until a shortage within the body is compensated. In most cases medication helps people to lead a normal life. Antipsychotic medication is different: Its long-term use can undoubtedly relieve the suffering but getting back to normal life seems to be more an exception than the rule. The World Health Organization (WHO) report on psychosocial rehabilitation (PSR) (1996) emphasized that a „skilful use of psychotropic medication frequently represents a major part of PSR. An adequate intake of medication can lead to reduction of symptoms and disorders which arise from it and can also prevent a relapse of the disease“. At the same time the document warns that a simultaneous intensive activity for alleviation of the iatrogenic effects of the pharmacotherapy is necessary. During long hospitalization high doses of medication can critically change the course of illness into a negative direction if there is no adequate PSR; pharmacotherapy can easily become a part of „anti-treatment“.

The beginning of treatment in a psychiatric institution means providing help for the suffering individual but also for the family. By taking over the care for the identified patient, psychiatric services complement the missing functions of the family. As a rule this is a relief for the complete system of relationships. At the beginning the classical psychiatric diagnosis above all brings a relief for the relatives. It allows them to shift off numerous reproaches and their own feelings of guilt for the crisis which developed within their relationships. This is the point when a chance for a deeper change of relationships and habits within the family is given, but it is often missed or overlooked by psychiatric help. As the family members don't get satisfactory answers to the new questions and painful experiences from psychiatric institution, social roles frequently grow stiff. This is where the need for social work and the activity of users' organizations arise.

Social work with psychiatric patients will become more effective and it will also improve its status if social workers learn to listen to the ideas and needs of users' organizations. From the point of view of psychiatric institution it is difficult to foresee how important the correct management of the numerous social problems of the patient is. Therefore a social worker often hopes in vain for her / his work to be supported by the experts from the psychiatric institution. In the users' organizations, however, a social worker can find people who will help him / her see social problems of the patients

more clearly and develop sufficiently differentiated attitudes for a successful activation of the family members who are obliged to take part in the process of psychosocial rehabilitation.

*Psychiatric help and psychosocial rehabilitation (PSR) within the framework of social work and users' organizations have to run simultaneously*

For the psychiatric patients who are getting help in our charity organization ECHO we implement the crucial principle of the helping strategy: the process of PSR should run parallel and simultaneously with psychiatric treatment in hospital or in an outpatient department. For the future development of the helping strategy for psychiatric patients in Slovenia it is of crucial importance that the division between psychiatric help and PSR within social work and users' organizations will remain flexible.

The functions of psychiatric help and PSR differ a great deal. Psychiatric help in Slovenia is mostly focussed on offering a temporary asylum and on influencing physical and mental processes through pharmacotherapy. Work therapy and rehabilitation, different forms of psychotherapeutic and group work with patients and their relatives have a more or less minor role in psychiatric in- and outpatient departments. In one of the psychiatric hospitals for example, a colleague took part in several so called case conferences in which psychiatrists showed most interest in discussing a differential diagnosis and medication. Little or virtually nothing was said about the psycho-social-treatment. In hospitals the question of PSR remains in the background.

The aim of PSR is to care about the human rights and social competence to be maintained during the time of personal crisis of the psychiatric patient and above all during treatment in psychiatric institutions or outdoor-departments. In a society, in which the prevailing principle is that of dynamic competition, the crisis of one person can soon develop into an opportunity for the fellow men to take over the position and the function of the momentarily incapacitated person. PSR can protect the social image of the person concerned and his / her social prestige. An important part of PSR is advocacy, which allows management of the interests of the patient within a longer perspective. So psychiatric patients like for example people who are treated for alcoholism should not be denied their past merits in the working place. Many times it is impossible to give any reliable judgement about whether at all and if yes, to what extent the psychiatric patient will restore his abilities of functioning in the family and his work competence. With the development of advocacy it is possible to prevent the activity of hidden mechanisms of excommunication of the identified patient and the transfer of his / her social competencies to the others.

A social worker does not know in advance what the problem of the client's system is. He / she does not know the different possible descriptions

of the problem from different angles of individual participants of the event; neither does he/ she know the internal perspective of the client. If the problem is insoluble and recurring, it sometimes seems as if the person is immature or unable of a constructive solution of the problem. Therefore it is important how the social worker follows and leads the client through the description of different dimensions of the problem.

It is very important to assure the quality of PSR, a sort of evaluation of its success. The WHO takes the view that psychiatric institutions themselves cannot set up the criteria for the success of their own work, „since health workers strive for high quality from their own perspective. The question what is actually high quality remains open and in any case it is necessary to reach consensus through negotiation „ (WHO, 1996). Evaluation in psychiatry must be carried out on a macro level (the community); on the medium level (institutions) and on the micro level (individuals). The employed in psychiatric institutions cannot concentrate only on the treatment of psychiatric patients; they should also contribute to a culture of better understanding of psychiatric patients in the community. On the medium level the hospital should encourage systems of communication which take into consideration all of the mentioned subsystems as competent partners. On the micro level the aim should not concentrate only on removal of symptoms but also on how to achieve a full, high quality life of the individual. Users' organizations increasingly demand evaluation; to some extent they carry it out themselves; they also refer to the shortcomings of PSR.

### *Users' organizations as the key system in psychosocial rehabilitation of psychiatric patients in Slovenia*

Users' organizations present a key system in the process of providing PSR because they encourage cooperation with the other three systems. The experiences gained so far show that no major change in quality of PSR has been achieved without the involvement of the self-organized movements for self-help, that is, without users' organizations. It is the users' organizations which bring a new, realistic optimism to the sphere of PSR, since they remain committed to solving the survival problems of the users and their relatives. Likewise, people who help in users' organizations always face the essential existential questions more overtly and in a more humane way than the experts in institutions. In his study on self-help groups as long as more than twenty years ago, *Michael Lucas Moeller* (1978) defined a triple aim of the self-help groups:

1. The everyday meaning of these groups is that they serve as workshops for the identity of those who take part in them.
2. As groups for self-treatment they also serve therapeutic aims.
3. A political meaning of users' organizations lies in the fact that they serve as a generator of the ideas of those citizens who do not close their eyes

to the nonsense and violence of the technicized life on all levels of the society.

Of course one should have no illusions that it was easy to develop different, more genuine interhuman relations among the users. Ammon (1986) developed the idea that a constructive social energy emerges everywhere where one person seriously considers, values, pays regard to the other. Susceptibility for constructive relations in a self-help group can develop only slowly. It has to be specially emphasized that frequently a more genuine atmosphere can develop in users' organizations than in families, even in so called healthy families. Therefore self-help groups, housing communities, day centers for identified patients can often act as a transitional system or springboard between the family and the social community.

Since they are the only ones who can oppose the monopoly of different professional fields and services, users' organizations in developed countries increasingly gain political significance. Politicians are aware of that and therefore treat users' organizations with more respect.

*Sozialarbeit mit psychiatrischen Patienten in Slowenien  
Der Aufstieg der Betroffenenverbände und die Dialektik zwischen der Kontroll- und Hilfsstrategie*

Bernard Stritih, Miran Možina (Ljubljana)

*Kontrollstrategie und Hilfsstrategie der Sozialarbeit in Slowenien*

In den letzten Jahren haben sich *Stritih* und *Možina* vor allem mit der Frage beschäftigt, welche Hilfestrategien in der Sozialarbeit in Slowenien existieren. Sie stellten fest, dass es in der Übergangszeit zwischen den beiden politischen Systemen nach 1991 zwei klar erkennbare Strategien gibt: Die „Kontrollstrategie“ und die „Hilfsstrategie“. Merkmale der Kontrollstrategie in der Sozialarbeit sind: passiv-reaktive Haltung, Tendenz zu administrativen Maßnahmen, asymmetrische Aufteilung der Macht zwischen den Sozialdiensten und dem Klientensystem, moralistisch-strafende Orientiertheit, linear-kausales Denken. Bei der Hilfsstrategie dominierten dagegen proaktive Handlungsweisen, Gebrauch verschiedener moderner Methoden der Sozialarbeit z.B. individuelle Familienberatung, Haushaltshilfe, Einzelbetreuung, „Empowerment“ des Klientensystems, pragmatisch-realistiche Haltung und systemische Epistemologie.

Obwohl in den letzten Jahren die Hilfsstrategie vorherrscht, können Sozialarbeiter keinesfalls alle Kontrollstrategien über Bord werfen. In vielen Fällen stellen die Nutzung von Kontrollmaßnahmen oder ihre hypothetische Nutzung, die einzige Möglichkeit dar, das Klientensystem zu beeinflussen. Manchmal sind diese Maßnahmen der einzige mögliche Ausgangs-

punkt für den Hilfeprozess (siehe auch Bild 2). Das dualistische Denken, wonach die Kontrollstrategie in der Sozialarbeit nur schlecht, die Hilfsstrategie dagegen nur gut sei, kann durch eine dialektische Auffassung vermieden werden.

### *Dynamische Psychiatrie als wertvolle Quelle für die Entwicklung von Hilfsstrategien bei psychiatrischen Patienten in Slowenien*

In der Arbeit von Ammon und seinen Mitarbeitern (1982) können zahlreiche anregende Beispiele gefunden werden, die zu einer Weiterentwicklung der Hilfsstrategie mit psychiatrischen Patienten beitragen können. So kann das Konzept der Sozialenergie (Ammon 1986) Sozialarbeiter dazu stimulieren, nicht nur mit dem identifizierten Patienten zu arbeiten, sondern mit dem ganzen sozialenergetischen Feld, dessen Teil auch die Helfer sind. Der Fokus der Aufmerksamkeit wird also auf die Qualität der Interaktion zwischen dem Patienten und seinen Angehörigen, zwischen dem Klientensystem und den beteiligten Institutionen ausgedehnt. Mit zu den intensivsten Eindrücken der Autoren während eines zweiwöchigen Studienaufenthaltes 1985 in der Klinik Menterschwaige und gehörte das breite Spektrum und der Integrationsgrad des Behandlungsprogramms innerhalb und außerhalb der Klinik. Leider konnte ein vergleichbares therapeutisches Netzwerk in Slowenien nicht repliziert werden. Trotzdem hat Ammons Auffassung über geeignete Hilfsstrategien für psychiatrische Patienten wesentlich die Arbeit der Autoren beeinflusst. Auch sie vertreten die Meinung, dass nur eine gut koordinierte Gruppe von professionellen Helfern, Verwandten und interessierten Laien (Freiwilligen) den symbiotischen und den sozialenergetischen Bedürfnissen der Patienten gerecht werden kann.

### *Die Zusammenarbeit zwischen Betroffenenverbänden, Psychiatrie, und Sozialarbeit als Beitrag zur Weiterentwicklung der Hilfsstrategie für psychiatrische Patienten*

Stationäre Psychotherapie stellt für Familien und Patienten eine Hilfe dar, die besonders nach einer zugesetzten krisenhaften Familiensituation eine wichtige Entlastung für alle Beteiligte bringt. Die klassische Psychiatrie hat es aber bisher versäumt, mit den Familien bzw. mit den Bezugspersonen der Patienten zu arbeiten, so dass die Patienten häufig in ein unverändertes Beziehungsfeld zurückkehren oder noch schlimmer nach ihrem stationären Aufenthalt eine verschlechterte finanzielle Situation vorfinden. Auch innerhalb der stationären Therapie beschränken sich die behandelnden Psychiater nur auf eine Pharmakotherapie. Die weitreichenden psychosozialen Probleme des Patienten bleiben unberührt. An diesem Punkt ist die Mitarbeit von Betroffenenverbänden und Sozialarbeitern gefragt. Denn es geht um die Lösung zahlreicher Probleme, die sowohl während der wachsenden Krise

als auch in der Zeit, in der die betroffene Person für eine bestimmte Zeit aus dem Leben anderer und der Arbeit ausgeschlossen ist, entstehen können. Sozialarbeiter warten oft vergeblich auf entsprechende Unterstützung von psychiatrischen Institutionen. Innerhalb der Betroffenenverbände kann aber der Sozialarbeiter Leute finden, die ihm helfen, die Familienmitglieder, die an der psychosozialen Rehabilitation teilnehmen müssen, zu aktivieren.

In den Krankenhäusern bleibt die Frage der PSR weitgehend im Hintergrund. PSR sollte jedoch gleichzeitig mit der psychiatrischen Behandlung beginnen. Im Prozeß der Vermittlung von PSR stellen die Betroffenenverbände ein Schlüsselsystem dar, da sie eine integrative Zusammenarbeit mit den anderen drei Systemen fördern. Sie haben häufig einen ganz unmittelbaren Kontakt zu den Patienten und ihren Angehörigen. Es sind die Betroffenenverbände, die einen neuen, realistischen Optimismus in die PSR Sphäre bringen, da sie sich sehr engagiert für die Lösung der Probleme der Betroffenen und deren Angehörigen einsetzen. Als die einzige Alternative, die sich dem Monopol unterschiedlicher professioneller Helfer entgegen stellen kann, gewinnen die Betroffenenverbände zunehmend an politischer Bedeutung. Politiker sind sich dessen bewußt, und treten deshalb diesen Verbänden mit zunehmendem Respekt entgegen.

## References

- Ammon, G. (1982): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1-2 (München: Ernst Reinhardt Verlag)
- (1986): Der mehrdimensionale Mensch (Berlin/München: Pinel)
- (1991): Psychotherapie der Schizophrenie – Paradigmenwechsel in Psychiatrie. In: Dyn. Psychiat. (24) 263-276
- Èaèinoviè Vogrinèiè, G. (1997): Sozialarbeit mit Familien: Theoretische Konzepte und Methoden. In: Unsere Jugend. Zeitschrift für Studium und Praxis der Sozialpädagogik (49) 2, 58-61
- Mesec, B. (1998): Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu (Ljubljana: VŠSD)
- Moeller, M. L. (1978): Selbsthilfegruppen (Reinbek bei Hamburg: Rowohlt)
- Možina, M.; Stritih, B. (1998): How to help children and adolescents with psychosocial problems: A case study of organizational and methodological development of a voluntary organization. In: Dyck, R. G.; Mulej, M. (1998): Self-transformation of the forgotten four-fifths (Dubuque: Kendall/Hunt)
- Psychosocial Rehabilitation: A Consensus Statement* (1996). (Geneva: World Health Organization)
- Sugman Bohinc, L.; Možina, M.; Stritih, B. (1999): Wie verstehen Experten und freiwillige Sozialarbeiter die Probleme junger Familien in Slowenien? In: Zelger, J.; Maier, M. (1999): GABEK – Verarbeitung und Darstellung von Wissen (Innsbruck: Studien Verlag)
- Willi, J. (1999): Ecological Psychotherapy (Seattle/Bern: Hogrefe & Huber)

## Address of the author:

Bernhard Stritih,  
 Miran Možina  
 University of Ljubljana  
 Topniska 33  
 1000 Ljubljana  
 Slovenia

# Das körperliche Symptom als Identitätsabwehr eines Borderlinepatienten\*\*\*

Monika Braun\*, Yorck Müller-Leutloff \*\*

The physical symptom in Borderline-patients is often not taken serious enough or is getting misinterpreted in the therapeutic treatment. The authors will depict the function of a varying spectrum of somatic symptoms as a defence against the lack of central resp. primary ego-functions (see „humanstructurology“ according to Ammon, 1976). Seen from the group-dynamic point of view the patient's destructive, deficient and constructive experiences in the primary group and the resulting humanstructural parts of identity are shown. The authors will examine the feelings connected with these somatic symptoms, their meaning and the way to deal with them in the therapeutic course. Central guideline in the psychoanalytic treatment of a selected case-report shall be the ban on identity lying behind it and the existential question expressed in the somatic body-language.

Das körperliche Symptom bei archaisch ich-kranken Patienten ist ein häufiges Symptom, welches in der therapeutischen Behandlung oft nicht ernst genug genommen bzw. mißverstanden wird. Am Beispiel des Therapieverlaufes eines Borderlinepatienten wollen die Autoren deutlich machen, daß die fehlenden zentralen Ich-Funktionen bzw. fehlenden Identitätsanteile durch die multiplen körperlichen Symptome aufgefüllt werden (vergl. „Humanstrukturologie“ nach Ammon 1976). Gruppendynamisch sollen die verinnerlichten destruktiven, defizitären und konstruktiven Erfahrungen des Patienten in seiner Primärgruppe und die daraus resultierenden humanstrukturellen Anteile deutlich gemacht werden.

Die mit dem Auftreten des körperlichen Symptoms verbundenen Gefühle, dessen Bedeutung und der therapeutische Umgang mit dem Patienten sollen im Verlauf der Behandlung untersucht werden. Dabei werden das hinter dem körperlichen Symptom liegende Identitätsverbot und das über die Körpersprache ausgedrückte existentielle Anliegen des Patienten als zentrale Leitlinie in der Psychoanalyse des ausgewählten Patienten betrachtet.

## *Lebensgeschichtliche Daten des Patienten*

Der 49-jährige Patient wurde als unerwünschtes zweites Kind von insgesamt drei Söhnen geboren. Seinen Vater erlebte er als einen selten anwesenden, arbeitsamen, emotional kaum erreichbaren Menschen. Die

\* Assistenzärztin, Psychoanalytikerin der Deutschen Akademie für Psychoanalyse, Neurologische Abteilung der Klinik am Wolletzsee in Wolletz

\*\* Dr.med., Facharzt für Innere Medizin, Assistenzarzt, Psychiatrische Abteilung des Krankenhauses Berlin-Reinickendorf-örtl. Bereich KaBoN

\*\*\* 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.

Mutter sei sehr unruhig, nervös, ängstlich, kontrollierend und im Kontakt ambivalent und aggressiv gewesen. Ihre Fürsorge beschränkte sich hauptsächlich auf das „Funktionale“, wie Kleidung, Essen und Haushaltsorganisation. Sowohl von seinem Vater als auch von seiner Mutter wurde er wegen Nichtigkeiten brutal verprügelt (mit dem Siebenstriemer). Der Patient erinnert sich an drei schwerwiegende Erkrankungen wie eine lebensbedrohliche Tonsilitis, eine ideopathische Facialisparese und eine Tuberkuloseerkrankung, die ihm Todesängste einjagten. Nur dabei habe er die von seiner Mutter ersehnte Zuwendung bekommen. Die Familien-dynamik war aufgrund der heftigen Auseinandersetzungen der Eltern untereinander und durch die körperliche Züchtigung der Kinder, von einer emotional gespannten, kalten und aggressiven Qualität geprägt.

Nach Abschluß der 10. Klasse absolvierte er eine Fernsehtechniker-Lehre und arbeitet bis heute ununterbrochen in seinem erlernten Beruf. Mit 21 Jahren zog er aus dem Elternhaus aus und heiratete ein Jahr später eine Zahnpflegerin. Die vierjährige Ehe des Patienten entwickelte sich in eine formale Zusammengehörigkeit ohne emotionalen Boden von Getragenheit, Wärme und Lebendigkeit. Die Ehe blieb nach der Geburt des gemeinsamen Sohnes asexuell. Sechs Jahre nach der Scheidung lernte er seine jetzige Freundin kennen. Auch bei der erneuten Partnerwahl habe er sich eine Frau gesucht, die Angst vor emotionaler Auseinandersetzung bzw. Angst vor wahren tiefen Kontakten habe. Herr X beschreibt sie als klammernd, sehr kontrollierend und habe Ähnlichkeiten mit seiner Mutter. Mit Auszug seines Sohnes, der vom 14. bis 18. Lebensjahr bei ihm wohnte, reagierte Herr X. am 40. Geburtstag mit multiplen körperlichen Symptomen begleitet von Angstattacken.

Als die Freundin im Dezember 1995 schwanger wurde, bekam Herr X. panische Angst bei der Vorstellung, erneut Vater zu werden. Er habe große Befürchtungen gehabt, daß sich die gleiche Katastrophe wie in der geschiedenen Ehe wiederholen würde und verlangte von seiner Freundin die Interruptio, die sie auch durchführen ließ. Infolgedessen beantwortete sie jegliche körperliche Annäherung des Patienten mit Ekelgefühlen. Auf diese Ablehnung reagierte der Pat. mit erneut auftretenden körperlichen Symptomen wie Herzrasen, Atemnot, Herzdruck u.a. in Verbindung mit Angstattacken.

Kurz vor einer gemeinsam geplanten Auswanderung auf einen anderen Kontinent bekam er eine Hirnblutung mit einer passageren rechtsseitigen armbetonten Lähmung. Ein halbes Jahr später zog seine Freundin mit einem neuen Partner in eine andere Wohnung. Diese beiden lebensgeschichtlichen Ereignisse beantwortete der Patient immer wieder mit einem psychosomatischen Symptomenkomplex wie Angstattacken bei funktionellen Beschwerden im vegetativen Bereich, im Gastrointestinaltrakt, im dermatologischen und pulmonologischen Bereich.

*Psychogenetische, psychodynamische und strukturelle Aspekte des Patienten aus der Sicht verschiedener psychoanalytischer Ansätze*

Im Folgenden versuchen die Autoren das somatische Symptom am Fallbeispiel des o.g. Patienten anhand verschiedener psychoanalytischer Erklärungsmodelle von *Freud*, *Groddeck*, *Deutsch*, *Alexander*, *von Weizsäcker*, *Schur* und *Federn* dem theoretischen Konstrukt *Günter Ammons* gegenüberzustellen.

Nach *Freud* (1895) liegt bei der Angstneurose als auch bei der Konversionsneurose die Ursache der abnormen somatischen Vorgänge in einer psychischen Unzulänglichkeit, die an Stelle einer psychischen Verarbeitung eine Ablenkung der Erregung ins Somatische treten lässt. Gegenüber der Konversionsneurose sei in der Angstneurose nach *Freud* im organischen Verhalten kein Verhalten zu entdecken, dessen konfliktöse Störung mit Hilfe der damaligen Behandlungstechnik der Psychoanalyse der Einsicht und der Veränderung zugänglich gemacht werden konnte. *Freud* konnte mit Hilfe der damaligen Behandlungsmethode die symbolische Sprache des Konversionssymptoms entschlüsseln und übersetzen. Das Angstäquivalent bei der Angstneurose dagegen konnte nicht zum Sprechen gebracht werden und somit konnte die organische Erscheinung nichts mitteilen - "sie erhielt keinen Sinn" (*Freud* 1894).

Betrachtet man die körperlichen Symptome nach *Freud* bei o.g. Patienten im Sinne eines Konversionssymptoms, gerät der Triebwunsch (inzestuöse Phantasien gegenüber der Mutter und ödipale gegenüber dem Vater) des Patienten mit den elterlichen Normen (Inzestverbot) in Konflikt, die zu einer unerträglichen Vorstellung führt (Todesängste, Verlassenheitsängste, Vernichtungsängste, Schuldgefühle, Selbstwertproblematik). Deshalb folgt nach *Freud* eine Verdrängung o.g. psychischer unerträglicher Affekte, die genital-sexueller Natur sein sollen. Bei der Reaktualisierung o.g. Triebwunsches (Übertragung des Patienten auf die Partnerin) wird die bisherige Verdrängung nicht mehr aufrecht erhalten und es erfolgt eine Konversion, d.h. Verschiebung der psychischen Energie von der Besetzung seelischer zur Besetzung somatischer Prozesse (kardio-vegetative, dermatologische, pulmologische und neurologische Symptomatik). Nach *Freud* wären o.g. körperlichen Symptome eine Kompromissbildung, die die zugrundeliegenden Triebwunsch wie dessen Verbot symbolisch zum Ausdruck bringen. Die o.g. klinischen Symptome binden die psychische Energie und halten die unerträgliche Vorstellung unbewusst.

Bei genauerer Betrachtung der psychogenetischen Ursachen des o.g. Patienten und seiner Symptombildung ist unseres Erachtens nach die Erklärungsweise nach *Freud* i. S. eines Konversionssymptoms unzureichend. Im Gegensatz zum triebtheoretischen Ansatz von *Freud* geht *Ammon* davon aus, dass frühe Störungen des Körper-Ichs nicht verdrängte Triebkonflikte seien, sondern diese in der frühen Mutter-Kind-Beziehung (präödipale Phase) erworben wurden. Wie bei o.g. Fallbeispiel beschrieben wurde

tauchten die somatischen Beschwerden in lebensgeschichtlichen Grenzsituationen auf, in denen sich Herr X. in drohenden Situationen der Desintegration des Ichs befand und das körperliche Symptom als Abwehr dessen darstellte. Die identitätsverweigernde Mutter des Patienten konnte ihn nur im Zustand der körperlichen Erkrankung annehmen anstatt den Bedürfnissen des Kindes nachzugehen. Daraus resultieren defizitäre oder destruktive Identitätsanteile, die *Ammon* als zentrale Ich-Funktionen (Aggression, Narzißmus, Abgrenzung, Sexualität, Angst und andere) bezeichnet hat. In der Familie des Patienten schlügen sich die verinnerlichten defizitären, destruktiven, aber auch konstruktiven gruppendifnamischen Erfahrungen als Ich-Struktur nieder (vgl. Humanstrukturologie nach *Ammon* 1979).

Betrachtet man nun das Erklärungsmodell des organischen Symptoms bei der Angstneurose nach *Freud* (1895) erscheint es als das Ergebnis einer Ablenkung somatischer Erregung, der sozusagen der Zugang zum Psychischen verwehrt wird. Auch bei dieser psychogenetischen Erklärung durch *Freud* bleibt das Erklärungsmodell auf ein intrapsychisches Konfliktmodell ohne interpersonelles Verständnis, ohne gruppendifnamische Zusammenhänge beschränkt bei Fixierung auf das ödipale Triebmodell. Nach Meinung der Autoren liegt die Somatisierung nicht im ödipalen, sondern im Symbiosekomplex begründet.

*Groddeck* (1917) erkennt die Funktion der organischen Vorgänge in einer Funktion der Auseinandersetzung mit der Umwelt. Das somatische Symptom hat die Aufgabe den Kranken bzw. das Es vor unerträglichen Reizen zu schützen („Reiz-Schutz-Hypothese“). Er setzt dem intrapsychischen Konflikt zwischen Triebwunsch und Ich-Abwehr einen Konflikt zwischen einem undifferenzierten Es und der Umwelt entgegen.

Bezogen auf o.g. Fallbeispiel würde die Reiz-Schutz-Hypothese folgendes erklären: Herr X. entwickelt die multiplen somatischen Symptome als Schutz gegenüber den undifferenzierten Anteilen des Es und dem damit verbundenen Leid. *Groddeck* spricht vom Körper als Symbol. Also dient das körperliche Symptom bei o.g. Patienten als Hilferuf nach Zuwendung, Bedürftigkeit, Schutz und Anerkennung. *Groddeck* bleibt bei o.g. Hypothese dem Triebmodell nach *Freud* verhaftet. Eine differenzierte Zuordnung der Ursache der somatischen Symptombildung bezogen auf ein Persönlichkeitsmodell fehlt.

Gegenüber *Freud* und *Groddeck* entwickelt *Felix Deutsch* (1959) eine Theorie der Symbolisation als formative Stufe aller Konversionsvorgänge. Er nimmt aber mit *Freud* an, dass das Realitätsgefühl aus der Projektion von Sinneswahrnehmungen am eigenen Körper auf äußere Objekte resultiert. Dieser Vorgang findet zu einer Zeit statt, in der das Kind diese Objekte als verlorengegangene Teile des eigenen Körpers erlebt. Betrachtet man unseren Patienten fand die Hirnblutung mit armbetonter Halbseitenlähmung zu einem Zeitpunkt statt, zu dem Herr X. einen Objektverlust der Freundin befürchtete. Symbolisch steht die Lähmung der rechten Hand für den drohenden Verlust der Freundin.

*Deutsch* gelingt es mit Hilfe seiner Konzeption der Körpersprache und des Konversionsstromes eine Verbindung zwischen Psychodynamik des Körpererlebens insgesamt und anderen Formen seiner Störungen herzustellen. Der Anteil allerdings der psychischen Instanzen und Strukturen an der Symptomgenese bleibt letztenendes unbeantwortet. Bei o.g. Fallbeispiel bleibt *F. Deutsch* dem Triebmodell mit Fixierung auf den ödipalen Konflikt verhaftet. Dieses Modell erscheint uns als eine unzureichende Erklärung für die Symptomgenese.

*Ammons* Humanstrukturmodell bietet folgenden Ansatzpunkt zum Verständnis der schwerwiegenden Erkrankung des Patienten:

Die autoaggressiven Tendenzen des Patienten, der destruktive Narzißmus, seine destruktive Angst und Abgrenzung, seine Asexualität und vor allem seine starken Identitätsängste, die *Ammon* als das „Loch im Ich“ bezeichnete, weisen auf starke strukturelle Defizite, die durch das somatische Symptom der Hirnblutung ausgefüllt wurden.

*Franz Alexander* (1950) fand, daß die dem organischen Krankheitsgeschehen zugrundeliegenden emotionalen Zustände einer spezifischen Psychodynamik unterliegen und entwickelte dabei das Konzept einer „Logik der Emotionen“. Er ordnet einer spezifischen Konfliktdynamik eine spezifische pathologische Organmanifestation zu.

Im organischen Symptomverhalten erkennt *Alexander* die infantile Abhängigkeit, in der die rezeptiven oder aggressiven Bedürfnisse des Kindes durch Ablehnung oder Verwöhnung unzureichend beantwortet werden. Dieses hat zur Folge, dass eine reaktive psychodynamische Kettenreaktion entsteht, die für die Genese der organischen Erkrankungen verantwortlich ist. Im oben aufgeführten Erklärungsmodell von *Alexander* finden sich Parallelen zu der infantilen Abhängigkeit des Patienten von seiner Freundin (mütterliches Objekt) und deren ablehnendes und verwöhnendes Verhalten. Es folgten bei Ablehnung somatische Symptome wie Herzrasen, Rhinitis, Hautjucken, LWS-Beschwerden und Hirnblutung.

Anstelle des Konfliktes zwischen den intrapsychischen Instanzen nach *Freud* tritt nach *Alexander* die interpersonelle Situation der frühen Kindheit. Wie schon bei den vorhergehenden Autoren beschrieben fehlt hier sowohl der strukturelle Ansatz als auch die gruppendifnamische Verbindung zur Erklärung der Ausbildung des somatischen Symptoms.

Einen zusätzlichen Aspekt bringt *Viktor von Weizsäcker* in das theoretische Denkmodell der psychosomatischen Erkrankungen mit ein. Er erwähnt den Identitätsaspekt als eine Funktion des Vermittlers eines Existenzgefühls. Im Rahmen seiner „Gestaltkreislehre“ hat er ein prozeßhaftes Denken des psychophysiologischen Gebildes des „Es“. Zentrale Bedeutung bei der Es-Bildung ist die Interaktion des Organismus mit der Umwelt. Auch *Ammon* spricht von einem Identitätsdefizit also von einem „Loch im Ich“. Das somatische Symptom ist Ausdruck der arachischen Abwehr der Identität auf der Ebene des Körper-Ichs.

*Schur* greift das Konzept der konfliktfreien Zone von *Hartmann* auf, begreift das Ich als eines mit neutralisierter Triebenergie arbeitenden

Anpassungsorgans (*Schur* 1955) Er weist darauf hin, daß der Vorgang einer Neutralisierung von Triebenergie verbunden ist mit einer fortschreitenden Desomatisierung des Verhaltens. Mit zunehmender psychischer und körperlichen Reifung wird das primärprozeßhaft bestimmte Verhalten der frühen Entwicklungsstufe mehr und mehr ersetzt durch ein sekundärprozeßhaftes Verhalten. Dieses sei aber wesentlich charakterisiert durch eine wachsende Desomatisierung der Reaktion. Die Desomatisierung ist das Ergebnis der Neutralisierung von Triebenergien und ermöglicht sekundärprozeßhaftes Verhalten. Die Resomatisierung sei im Sinne von *Schur* eine Regression auf ödipale oder präödipale Triebwünsche, also ein Einbruch der Ich-Abwehr. Er spricht auch von narzißtischer Regression. Die Frage nach der Bedeutung, welche das Körpererleben und Körperverhalten für die Ich-Entwicklung im Sinne der Identitätsentwicklung hat, wird in *Schurs* Konzept nicht deutlich. Unverständlich bleibt wie eine Persönlichkeit mit Defiziten im präödipalen Bereich (Symbiosekomplex), die die Entwicklungsstufe der ödipalen Auseinandersetzung nicht erreicht hat, eine Regression auf präödipale Triebwünsche vollziehen kann.

*Federn* unterscheidet ein Körper-Ich-Gefühl von dem seelischen Ich-Gefühl und weist auf die zentrale Bedeutung des Körpers als Ich-Grenze hin. Das körperliche Symptom sieht *Federn* als selbstzerstörerischen Versuch zum Aufbau der Ich-Grenze, um ein narzißtisches Defizit auszufüllen. Jede Frustration, jeder Objektverlust wird als unmittelbare Bedrohung der durch die Ich-Grenze konstituierten Einheit des Ichs erlebt und muß als Gefahr für die Ich-Integrität unverzüglich abgewehrt werden (*Federn* 1952).

Oben genannte Ansätze verbinden sich mit dem theoretischen Konstrukt des Humanstruktur-Modells nach *Ammon* dahingehend, dass auch *Ammon* die narzißtische Wunde als einen Anteil der fehlenden Ich-Funktionen als Ursache des körperlichen Symptoms betrachtet. *Federn* bleibt mit dem Aggressionsbegriff, dem Begriff des Unbewußten und Instanzenmodell dem Triebkonzept *Freuds* treu. *Ammon* hingegen entwickelte einen konstruktiven Begriff der Aggression, die sich durch defizitäre oder destruktive verinnerlichte gruppendifamische Erfahrungen defizitär oder destruktiv verändert. Dem Triebmodell setzt *Ammon* das Konzept der Sozialenergie entgegen, was einen interpersonellen und gruppendifamischen Ansatz der Identitätsentwicklung bietet. Das hinter dem körperlichen Symptom liegende Identitätsverbot wird durch die sogenannte Identitätstherapie i. S. einer nachholenden Ich-Entwicklung integriert, bearbeitet und durch konstruktive Ich-Funktionen ersetzt.

Im Folgenden wird der psychogenetische Zusammenhang zwischen dem somatischen Symptom und der Ich-Struktur-Defizite des oben beschriebenen Patienten anhand des Humanstruktur-Modells nach *Ammon* dargestellt.

Vor dem Hintergrund seiner symbiotisch-ambivalenten und angstbesetzten Beziehung des Patienten zu seiner Mutter und einer idealisierenden

angstbesetzten emotionalen Beziehung zum Vater wurde die frühe Identitätsentwicklung in den zentralen Humanfunktionen erschwert. Seine Überlebensstrategien in der Familie verlangten, dass er sich in einem ambivalenten, idealisierenden Gehorsam gegenüber der Mutter einstellt und in partieller Identifikation mit dem arbeitsamen aber emotional unerreichbaren Vater, ein Vorbild eines strebsamen, tüchtigen Sohnes liefern sollte, was ihm aber durch die aktualisierten präödipalen Wünsche nur teilweise gelang. Die zentralen Ichstrukturdefizite wie die der Identität, Ich-Autonomie, Körper-Ich-Gefühl, Ich-Abgrenzung, Narzißmus, Ich-Integrations- und Frustrationsregulation, Aggression, Sexualität, Angst und Gruppenfähigkeit wurden durch die intakte Fassade von sekundären Humanfunktionen wie Denken, Sprache, Intelligenz, Affekte, Gedächtnis, Körpersprache und Fertigkeiten kompensiert.

Die Ambivalenz des Patienten kommt zum Ausdruck durch das unbewußte Streben nach einem symbiotischen Beziehungsmodus zur Mutter bzw. geschiedenen Ehefrau und langjährigen Freundin einerseits und durch das Streben nach Autonomie anderseits. Die Hilfs-Ich-Funktion, die die Partnerin dabei übernimmt, hat einen unterstützenden Einfluß auf die Regulation seiner zentralen Humanfunktionen wie Angst, Narzißmus, Abgrenzung und der Aggression. Die Beziehung zu seiner langjährigen Freundin ist emotional eher im Sinne einer Bruder-Schwester oder Mutter-Sohn-Bindung zu sehen als eine im eigenen Recht gewählte reife Partnerschaft. Auf der bewußten Ebene sucht Herr X eine reife Partnerschaft, unbewußt stellte er eine mütterliche Übertragungsbeziehung her. Er habe große Angst von Frauen kontrolliert, einvernommen und damit in seiner Autonomie beeinträchtigt zu werden. Diese oben beschriebenen Regulationsdefizite des Patienten, die sich im Sinne eines Wiederholungszwanges in der Partnerschaftsproblematik widerspiegeln, liegen im präödipalen Bereich verwurzelt.

Kern aller Angst scheint seine Todes- und Identitätsangst zu sein, d.h. ein Leben in eigenem Recht zu haben. Er trifft scheinbar eine Pseudolösung des archaischen Ambivalenzkonfliktes, die er durch fassadäre Ersatzidentitäten (pathologisches aufgeblähtes Selbst) und nicht integrierte Ich-Zustände (Angstattacke mit somatischen Symptomen) abwehrt. Die Abwehr seines archaischen Identitätskonfliktes zeigt sich auf der Ebene des Körper-Ichs. Das heißt das somatische Symptom füllt das sogenannte "Loch im Ich". Die starke Somatisierungstendenz des Patienten scheint somit Ausdruck seiner abgewehrten Identitätsanteile zu sein. Die oben ausführlich dargestellte Weiterentwicklung der psychoanalytischen Bedeutung des somatischen Symptoms hat somit erweiterte Behandlungsmöglichkeiten mit entsprechenden Behandlungstechniken zur Folge, die im weiteren am Behandlungsverlauf des o.g. Patienten dargestellt werden.

### *Behandlungsverlauf des Patienten*

Der psychoanalytischen Behandlung ging eine im Vorjahr erlittene Hirnblutung und eine im gleichen Monat stattgefundene räumliche Trennung von seiner langjährigen Lebenspartnerin voraus. Zu Beginn jeder Analysenstunde berichtete der Patient immer wieder über seine körperlichen Symptome wie Herzdruck, Herzrasen, Bluthochdruck, Atemnot u.a. mit begleitenden Angstattacken, die „aus heiterem Himmel“ auftauchten. Herr X. wirkte zu Beginn der Analyse latent aggressiv, ängstlich, hilfsbedürftig, unsicher, ambivalent-symbiotisch im Kontakt. In der Gegenübertragung des Therapeuten waren Angst, Fürsorge, gemischt mit Schuldzuweisung und Wut spürbar. Den inneren Impulsen in der Gegenübertragung zu folgen wurde vermieden und die Sorge und Angst des Therapeuten wurden nicht mitgeteilt, sondern der Patient wurde dahingehend beruhigt, daß die medizinische Diagnostik nach der Hirnblutung keinen krankhaften Befund mehr aufwies und keine Gefahr bestand, daß sich eine erneute Blutung einstellen könnte. Das somatische Symptom galt als Kontaktangebot und Aufforderung nach Schutz, Zuwendung und Verständnis.

Die wichtigste Aufgabe zu Beginn der psychoanalytischen Therapie des Patienten bestand zunächst darin, ihn ohne Vorbedingung emotional anzunehmen und eine Kontaktbrücke zu ihm herzustellen. Der Therapeut diente ihm zunächst als Gegenüber, überwiegend als Zuhörer ohne Interventionen, ohne Deutungen, ohne Konfrontation unter Vermeidung des Arbeitens mit Widerstand und Übertragung. Es wurde am Anfang der Analyse also mehr im Hier und Jetzt als mit der Dynamik der Primärgruppenfamilie gearbeitet und eine Konfrontation auf der konkreten Ebene vermieden. Eine genügende Distanz wurde für sinnvoll erachtet, da er schon bei der Wahl, die Analyse im Sitzen zu absolvieren, signalisierte, daß er große Kontakt- und Verlassenheitsängste hatte. Er sagte, daß er den Blickkontakt benötige, um einerseits Sicherheit zu haben, daß ihm zuhört wurde und daß er andererseits die Regulierung der Nähe und Distanz besser kontrollieren könne. Aufgrund der vom Patienten erlebten Identitätsängste galt es also nicht, die internalisierte böse Mutter in der Therapie zu zerstören, sondern den Aufbau einer flexiblen Abgrenzung gegenüber dem verinnerlichten Objekt zu erarbeiten, welches eine schuldfreie und angstfreie Kommunikation nach innen und außen ermöglichen soll. Somit begann im therapeutischen Setting zunächst die Betonung seiner Begabungen, Fähigkeiten und Interessen, um ihm somit über seine konstruktiven Anteile als liebenswerter Persönlichkeit zu begegnen. Es galt also ihm Raum, Zeit und Geduld anzubieten, damit eine vertrauensvolle und tragfähige therapeutische Beziehung aufgebaut werden konnte. Die für ihn noch nicht zu integrierenden Gefühle wie Todesangst, Verlassenheitsangst, Identitätsangst und enorme Traurigkeit und Wut wurden von der Therapeutin mitgetragen. Es begann also eine lange Zeit des „holdings“, in der der Patient die Tragfähigkeit der therapeutischen

Beziehung testen konnte. Auffällig erschien, daß die somatischen Beschwerden immer dann auftraten, wenn er sich in einer emotionalen Verlassenheitssituation befand.

Nach und nach gelang es dem Patienten durch die langsame Aufarbeitung seiner Lebensgeschichte insbesondere die Aufarbeitung seiner Beziehung zur Mutter und die Parallelen in der Beziehung zu seiner Freundin als Übertragung zu verstehen. Vom Therapeuten wurden die für ihn nicht integrierten Gefühle im Sinne eines Hilfs-Ichs übernommen und es gelang dem Patienten zu seiner Freundin zunehmend einen freundlicheren Kontakt aufzunehmen und zu intensivieren. Herr X lernte, daß Angst und Ärger eine Qualität menschlicher Begegnung sind und nicht nur die körperliche Krankheit die Fürsorge implizieren und Kontaktaufnahme sein soll. Mehr und mehr war Herr X fähig, seine Angst teilweise selbst zu tragen und somit langsam zunehmend Kontakt zu sich selbst zu entwickeln. Dies spiegelte sich auch im Kontakt zur Therapeutin wieder, d.h. er konnte mehr und mehr Ärger und Angst in den therapeutischen Kontakt bringen und entwickelte somit eine freundlichere Beziehung zu seinem Unbewußten. Er fing an, Träume in die Analyse zu bringen, die das Thema der ambivalenten Beziehung zur Mutter (Therapeutin, Freundin), sein aufgeblähtes Selbst, seine Todesängste, seine Verlassenheitsängste und das Thema der Sexualität mit seinen inzestuösen Phantasien beinhalteten. Doch aufgrund der mangelnden assoziativen Fähigkeit wurden seine Träume von ihm sehr konkretistisch interpretiert, so daß sie noch wenig integrativen Charakter hatten. Dem Patienten wurde klar, daß in seiner Primärfamilie an die Stelle des lebendigen körperlichen emotionalen Kontaktes zwischen Mutter und Kind eine Nicht-Beziehung in Form des emotionalen Rückzugs der Mutter und einer reaktiven zwanghaften Kontrolle aller Lebensäußerungen seinerseits trat. Er erlebte demnach in seiner Primärfamilie eine pervertierte Symbiose. Innerhalb eines Jahres zeigte sich allerdings eine deutliche Abnahme seiner somatischen Beschwerden und seiner Angstattacken. Sie traten nur noch in Trennungssituationen wie Therapieferien, Urlaub seiner Freundin und in vereinzelten emotionalen Verlassenheitssituationen auf. Erschreckend für o.g. Patienten war die Erkenntnis der leeren Routine seines Lebens, die nach dem Zerbrechen der Fassade der 14-jährigen Lebensgemeinschaft deutlich wurde. Die innere Leere in seinem ungelebten Leben wurde zu deutlich, so daß das Loch in seinem Ich mit einem Krankheitsgeschehen (Hirnblutung) präsentativ ausgefüllt wurde. Ihm wurde auch klar, daß die bloße Beseitigung des Symptoms nichts an seiner inneren Welt auszurichten vermochte und damit aus dem ungelebten Leben nicht ein gelebtes Leben machen läßt. Im therapeutischen Verlauf zog Herr X mittlerweile wieder mit seiner zwischenzeitlich getrennt lebenden Freundin in ein gemeinsames Haus am Rande von Berlin. Nach dem Einzug in das gemeinsame Haus kämpfte Herr X. um den Kontakt zu seiner Freundin, was ihm nur partiell gelang. In dem Moment, indem er sich ihr gegenüber öffnete und Kontakt anbot, bestrafte seine Freundin ihn mit

Schweigen, sexueller Verweigerung und mit Kontaktabbruch. In die Analyse brachte er Themen und die damit verbundenen Gefühle, die am Anfang der Analyse bearbeitet wurden. Er klagte über die tote Zeit mit seiner Lebenspartnerin, die sadomasochistischen aggressiven Auseinandersetzungen und die Enttäuschung, seiner mit dem Umzug verbundenen Wünsche nach Kontakt, Anerkennung, Liebe und Sexualität. Ihm wurde klar, daß er solch eine Beziehung nicht mehr fortzuführen wünscht. Wichtig in der Beziehung zu der Therapeutin war, daß Herr X. fähig war, zentrale Ich-Funktionen wie Aggression und Angst selber zu tragen und auch der Therapeutin gegenüber diese Gefühle in den emotionalen Kontakt bringen konnte. Er war nun in einer konstruktiven Abgrenzung seiner Freundin gegenüber fähig ihr ohne Schuldgefühle mitzuteilen, daß er sich von ihr trennen und in eine eigene Wohnung ziehen möchte. Im Rahmen der Träume zeigten sich die destruktive Angst und Aggression und waren in der analytischen Situation bearbeitbar, abgrenzbar und brauchten nicht ausagiert zu werden. Nach Einzug in seine neue Wohnung in Berlin entwickelte sich eine neue Freundschaft zu einer weit entfernt lebenden Frau. Diese Beziehung gestaltete er in einer freundlichen, abgegrenzten und nicht symbiotischen Form. Die Einzelanalyse wurde in den folgenden vier Monaten beendet ohne dass er psychosomatische Symptome oder Angstattacken aufwies. Herr X. konnte im inneren Kampf um seine eigene Identität an der Grenzlinie von Sein oder Nicht-Sein, Leben oder Tod im therapeutischen Verlauf sich innere Reichtümer erobern. Herr X. erfuhr an der Grenze der emotionalen existentiellen Vernichtungsangst einen Schritt freier Abgrenzung im eigenen Recht, ein Stück Sterben (Trennung von der Freundin, der feindlich verinnerlichten Mutter und seiner Freundin und seiner Therapeutin), aber auch ein Stück neugeboren werden. Zusammenfassend kann gesagt werden, daß das körperliche Symptom Ausdruck der archaischen Abwehr seiner Identität auf der Ebene des Körper-Ichs darstellte. Durch sein körperliches Symptom kamen sowohl seine Bedürfnisse nach Zuwendung, Autonomie und narzisstische Bestätigung als auch das unbewußte Verbot dieser Wünsche zum Ausdruck. Mit anderen Worten konnte er bei o.g. Lebensgeschichte seine Bedürfnisse nur in einer selbstdestruktiven und schmerzhaften Art und Weise zeigen bzw. partiell erfüllen. Sein Identitätsdefizit also „Das Loch im Ich“ wird durch das Krankheitsgeschehen ausgefüllt. Seine Krankheitsgeschichte ist eine Geschichte des verweigerten Lebensrechtes, das bei o.g. Patienten aber unbewußt blieb und für ihn einen chronischen Lebensverrat bedeutete (Ammon 1974). Durch o.g. Identitätstherapie konnte sich Herr X. die im präödipalen Bereich verwurzelten Defizite der Ich-Funktionen nachholend erarbeiten, so daß das „Loch im Ich“ mit konstruktiven Ich Anteilen ersetzt wurde.

*The Somatic Symptom as a Defence against Identity in a Borderline-Patient*

M.Braun / Y.Müller-Leutloff (Berlin)

*Life data of the patient*

Mr. X was born in 1950 as an unwanted second child among three sons. His father was to him a person who was rarely present, workaholic and emotionally untouchable. His mother was very nervous, anxious, controlling as well as ambivalent and aggressive in contact, her care confined to the „functional“ aspects like food, clothing and household. The patient remembered three somatic diseases in childhood, a life-threatening tonsillitis, an idiopathic facialis-paralysis and tuberculosis, which filled him with mortal agony. Only then he had received the care he always wished to get from his mother. The family dynamics had an emotionally tense, cold and aggressive quality with fierce battles among the parents and physical punishment of the children.

After having passed the tenth grade he made training as TV-technician, the profession in which he still is working. Aged 21 he moved from his parents and married a dental nurse one year later. The four years of matrimony passed in formal relationship without an emotional basis of care, warmth or liveliness. After the birth of their son they had no more sexual relationship. 6 years after his divorce he came to know his present girl-friend. In this new relationship he again had chosen a woman without the ability for emotional debate and fear of deeper contact. Mr. X described her as clinging, controlling and in general as very similar to his mother. When his son moved from their home, where he had lived from age 14-18, Mr. X reacted on his 40th birthday with multiple somatic symptoms, accompanied by fits of fear.

When his girl-friend became pregnant in December 1995, Mr.X suffered from severe anxiety of becoming father again. He was in great fear that the catastrophe of his first marriage should repeat and demanded his girl-friend for an abort, which she consented. In consequence she reacted to any physical contact with the patient with feelings of nausea. The patient's reaction to this were fits of tachycardia, difficulty in breathing, heart pressure a.o., alongside with fits of fear.

Shortly before their planned emigration to another continent he suffered a cerebral stroke with a temporary rightsided arm-paralysis. Half a year later his former girl-friend moved to another flat together with her then boy-friend. These life-events where regularly answerd by the patient with a psychosomatic complex of symptoms like fits of fear, in association with functional vegetative symptoms such as gastrointestinal, pulmonal and dermatologic reactions.

*Psychogenetic, psychodynamic and structural aspects of the patient*

Because of the patient's symbiotic and ambivalent relationship to the mother, simultaneously marked by considerable anxiety, and an idealizing and also anxiety-ridden emotional relationship to his father, the development of an identity was impaired in the central human functions from a very early point of time. The strategies of survival in the family demanded that the patient submit obediently, albeit in an ambivalent and idealizing way, to the mother, providing her with a model son interested in getting ahead and working hard. This meant partially identifying with the diligent, but emotionally unreachable father. The strategy was successful only in part due to the oedipal conflicts resurfacing during puberty. Central ego-structural deficits such as those found in his identity, ego-autonomy, body-ego-awareness, ego-demarcation, narcissism, regulation of ego-integration and frustration, aggression, sexuality, anxiety, and the ability to function in groups were compensated by an intact façade made up of secondary human functions such as thought, language, intelligence, emotions, memory, body language, and other abilities.

The patient's ambivalence is expressed by his unconscious efforts to on the one hand achieve a symbiotic mode of relations to his mother and, respectively, to his divorced wife and his companion of many years, and to, on the other hand, strive for autonomy. The function his partner takes over in supporting his ego helps him to regulate his central human functions such as anxiety, narcissism, demarcation, and aggression. The relationship to his girl-friend emotionally corresponds to that between brother and sister or mother and son rather than to a partnership between adults chosen in its own right. On a conscious level, Mr. X wants to have a relationship on an adult level, while unconsciously generating a mother-transfer relationship. He stated that he was very much afraid of being controlled and devoured by women, which would of course entail a reduction of his autonomy. The regulatory deficits of the patient as described above, which are reflected in his partnership in the sense of a compulsion to repeat, have their roots in the pre-oedipal time.

The source of all his anxiety seems to be his fear of death, his fear of achieving an identity, i.e. living a life in his own right. He seems to find a solution, a pseudo-solution, for the archaic conflict of ambivalence by defending himself in developing substitute identities as façades (pathologically inflated self) and non-integrated ego-states (anxiety attacks with somatic symptoms). The defence against his archaic identity conflict is represented on the level of his body-ego: The somatic symptom fills the so-called "hole in the ego". The patient's marked tendency to develop somatic symptoms thus seems to be an expression of the parts of his identity he is defending himself against.

*Treatment process of the patient*

The psychoanalytic treatment was preceded by the cerebral stroke he suffered one year before and was accompanied by the separation from his long-term girl-friend one month ago. At the beginning of each therapeutic session the patient repeatedly reported about his somatic symptoms such as heart pressure, heart attacks, difficulty in breathing, high blood pressure, accompanied by fits of fear, emerging completely unexpected.

At the onset of the therapy Mr. X made an aggressive, anxious, self-unsure and ambivalent-symbiotic impression. In my counter-transference I felt fear and feelings of care, mixed with anger and assignments of guilt. I avoided to follow these impulses and didn't tell him about my worries and fears, but appeased him in the way that I told him no pathologic result was found at the reexamination of his cerebral stroke and that there was no danger of relapse. I understood his somatic symptom as an offer of contact and a call for defence, care and understanding. My most important task was in that case to accept him in an emotional way and to find a bridge of contact.

At first I simply listened, without intervention or confrontation, without interpretation of resistance and transference. Consequently I worked completely in the actual situation rather than with the family dynamics and avoided any confrontation with real-life-requirements. I kept enough distance because his choice for the chair instead of the coach indicated his great fear of contact and desolateness. He said that he needed the visual contact to make sure that I listen and in order to control the regulation of nearness and distance. The aim was then not to destroy the internalized bad mother but to work out a flexible demarcation from the internal object, which should enable him for a communication to the inner and outside world free from guilt and fear. Thus I started to take up the contact with his constructive abilities and interests in order to come to know the aimable parts of his personality. I offered him space, time and patience for building up his belief and trust in the therapeutic relationship and I helped him bear his as yet unintegrated mortal agony, his fear of desolateness and identity, his sadness and fury. A long period of „holding“ started, in which the patient could test the therapeutic relationship.

After some time I realized that his somatic symptoms reappeared whenever he was in a situation of abandonment. By and by he could work up his relationship with his mother and similarly with his wife and girl-friend and he was able to understand the transference aspect in it. I took over his unintegrated emotions and step by step he could take up a friendlier and more intense contact with his girl-friend.

Mr. X learnt that anger and fear are qualities of human contact and that it is not only somatic diseases which lead to care and contact. More and more Mr.X was able to support his fears and thus to get into contact with himself. This was also reflected in the therapeutic relationship, he could

express more and more anger and fear and developed a friendlier contact with his own unconscious. He started bringing dreams into the analysis which included the topics of his ambivalent relationship with his mother, his puffed-up self, his mortal agony, his fears of desolation and the subject of sexuality with his incestuous wishes. But due to his lack of associationability he interpreted the dreams in a concretistic way so that it had no integrating effect. The patient realized that instead of real physical and emotional contact in the primary group there had been only the emotional withdrawal of his mother and his own reactive compulsive control of all life impulses. So he had experienced in his family a perverted symbiosis.

Within one year he showed a marked reduction in somatic complaints and symptoms as well as fits of fear. They only reappear in abandonment situations such as the therapeutic holiday or the holiday of his girl-friend. The patient was shocked about the empty routine of his life, which became apparent after the break-down of his 14-year relationship. The inward emptiness became all too apparent, so that metaphorically spoken the hole in his ego was filled by the blood of his cerebral stroke. He also realized that the mere removal of symptoms would not change his inward world and that it would not change his unlived life into a lived one. During the therapeutic process the patient moved to a house on the outskirts of Berlin together with his girl-friend.

After this move, Mr. X actively sought to establish contact to his girlfriend, but was only partially successful. As soon as he opened himself to her and offered a certain degree of contact, his girlfriend punished him with long periods of silence, sexual refusal and by breaking off contact altogether. In his analysis, he dealt with subjects and feelings which had already been present at the beginning of his analytical process. He complained about the dead time with his girlfriend, the sado-masochistic aggression of their fights, and about his disappointment at finding that his wishes for more contact, recognition, love and sexuality were frustrated. It became extremely clear to him that he no longer wished to continue this sort of relationship. Very important in the relationship to his therapist was the fact that Mr. X was able to bear central ego-functions such as aggression and anxiety himself and could make emotional, therapeutic contact with his therapist on the level of these feelings.

He was now able to tell his girlfriend, without any feelings of guilt and as part of a constructive demarcation, that he was leaving her and was moving into his own apartment. The destructive aggression and anxiety became apparent in his dreams; they were dealt with in his analytical situation, were demarcated and did not need to be acted out. After moving into his own apartment in Berlin, Mr. X found a new companion. He was able to make this relationship a friendly, demarcated and non-symbiotic one. In the next four months, he terminated his analysis without experiencing any further psychosomatic symptoms or attacks of anxiety. Mr. X was able to achieve inner richness as a result of his struggle for an

identity in his own right, working along the boundaries of being or not being, life or death. Mr. X experienced a step of free demarcation in his own right at the border of emotional, existential fear of annihilation, dying a bit (separation from his girlfriend, from the hostile mother he had internalized, and from his therapist), while at the same time being born again.

In conclusion it can be said that the somatic symptom depicts the archaic defence of identity on a physical level. Encoded in it are both his needs for care, autonomy, narcissistic recognition and the ban on these needs. He can speak about his needs only in the self-destructive and painful somatic language and so partially fulfil them. His deficit in identity, his „hole in his ego“ is filled by the somatic pathology. His case report is the story of a denied right to live, which was unconscious to the patient and which meant to him a chronic betrayal to his own life.

## Literatur

- Alexander, F.*(1935): The Logic of Emotions and its Dynamic Background. In: ders.: The Scope of Psychoanalysis. (New York: Basic Books 1961)
- (1950): Psychosomatic Medicine: Its Principles and Applications. New York: Norton Dt. Ausg.: Psychosomatische Medizin, Grundlagen und Anwendungsbereiche. (Berlin: de Gruyter )1951
- Ammon, G.* (1974): Psychoanalyse und Psychosomatik (Piper: München)
- (1979): Handbuch der Dyn. Psychiatrie Bd. 1.( Ernst Reinhardt:München)
- Deutsch, F.*(1922): Psychoanalyse und Organkrankheiten. In: Int. Z. Psychoanal.( 8,) S. 290-306
- (1924): Zur Bildung des Konversionssymptoms. In: Int. Z. Psychoanal. (10), S. 380-392
- (1939): The Choice of Organ and Organ Neuroses. In. Int. J. Psychoanal. (20), S. 252-262
- (1953): Basic Psychoanalytic Principles in Psychosomatic Disorders, in: Acta psychother. Psychosom.
- (1959): Symbolization as a Formative Stage of the Conversion Process. In: ders., Ed.: On the Mysterious Leap from the Mind to the Body. (New York: Int. Univ. Press)
- Federn, P.*(1927): Narzißmus im Ich-Gefüge. In: Int. Z. Psychoanal. (13), S. 420-438
- Freud, S.*(1894): Die Abwehr-Neurosen. Ges. W. Bd. 1 (London: Imago)
- (1895): Über die Berechtigung, von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als Angstneurose abzutrennen. Ges. W. Bd. 1, aaO.
- Groddeck, G.*(1917): Psychische Bedingtheit und psychoanalytische Behandlung organischer Leiden. In: ders.: Psychoanalytische Schriften zur Psychosomatik, Hrsg. (Wiesbaden: Limes)
- Schilder, P.F.* (1924): Das Körperschema. Ein Beitrag zur Lehre vom Bewußtsein des eigenen Körpers. (Berlin: Springer)
- (1931): Über Neurasthenie. In: Int. Z. Psychoanal. 17, S. 36
- Schur, M.* (1950): Basic Problems of Psychosomatic Medicine. In: *Herma,H.; Kurth,G.M.*; Ed.: Elements of Psychoanalysis. (New York: World Publ).
- (1955): Constitutional Aspects of Psychosomatic Medicine. In: Samiksa 8
- (1955): Comments on the Metapsychology of Somatization. In: Psychoanal. Study Child X, a.a.O.
- Weizsäcker, V.v.* (1949): Psychosomatische Medizin. In: Psyche III, S. 331-341

## Adressen der Autoren:

M. Braun

Barstr.28

D – 10713 Berlin

Dr. Yorck Müller-Leutloff

Schopenhauerstr. 74 a

D – 14129 Berlin

# Erfahrungen und Ergebnisse aus der Arbeit in den Wohngemeinschaften der Dynamischen Psychiatrie\*\*\*

Gertraud Reitz\*, Thomas Hessel\*\* (München)

Wohngemeinschaften gehören zum Behandlungsspektrum der Dynamischen Psychiatrie. Theoretische Basis für das Leben in den Wohngemeinschaften ist das Gruppen- und Identitätskonzept von Günter Ammon. Die therapeutische WG wird als eine Übergangssituation verstanden. Wöchentliche gruppendifferentielle Sitzungen und milieutherapeutische Projekte mit allen Bewohnern zielen darauf ab, ein konstruktives sozialenergetisches Feld für ein entwicklungsförderndes Zusammenleben aufzubauen. Die Bewohner sind verpflichtet, begleitend an einer ambulanten Psychotherapie teilzunehmen. Angesichts der steigenden Kosten im Gesundheitswesen kommt nach Ansicht der Autoren den therapeutischen Wohngemeinschaften große Bedeutung zu, da sie die stationären Behandlungszeiten verkürzen können. Sie können den Bewohnern dazu verhelfen, im Zusammenleben mit anderen Menschen einen eigenen Lebensstil zu entwickeln. Therapeutische Wohngemeinschaften tragen so dazu bei, die psychiatrische Nachsorge zu verbessern. Mittels quantitativer Analysen und Befragungen von Team und Therapeuten versuchen die Autoren herauszufinden, inwieweit Praxis und Theorie übereinstimmen. Hierbei werden aufgrund von fast 20jähriger Erfahrung die bestehenden Statistiken durchgearbeitet und analysiert.

Die Wohngemeinschaften, die seit 1981 bestehen, sind Teil des Behandlungsspektrums der Dynamischen Psychiatrie, das von der Prävention in psychoanalytischen Kindergärten über Balint-Gruppen (für alle mit Menschen arbeitende Berufe), über Selbsterfahrungsgruppen, psychoanalytische Beratungsstellen, Versorgung in ambulanten Praxen bis hin zur stationären Behandlung in unserer Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Minterschwaige in München reicht.

Die Wohngemeinschaften dienen der Suche und Entwicklung neuer Lebensperspektiven und Lebensformen sowie der Erweiterung des Behandlungsspektrums der Dynamischen Psychiatrie im Sinne der Vorbeugung psychischer Erkrankung und der Vertiefung und Erweiterung der ambulanten therapeutischen Situation bis hin zur Nachsorge im Anschluß an eine stationäre Therapie.

Die Wohngemeinschaften sind in einem Spektrum zu sehen: von starker Unterstützung, wie in der *Hamburger Straße* und in *Grünwald*, die sich selbst verwaltenden Wohngemeinschaften *La Casa*, mit gruppendifferentieller Betreuung, bis hin zu den *Freien Wohngemeinschaften*, die sich um

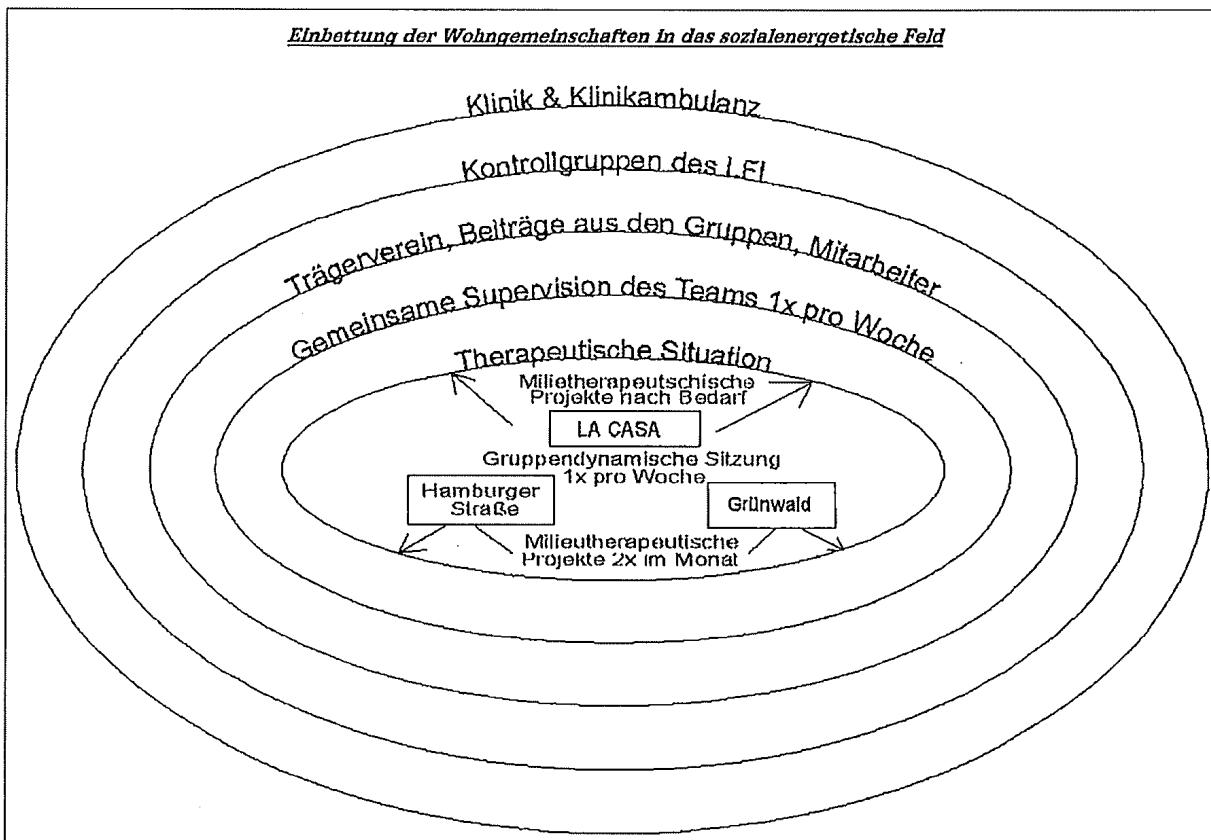
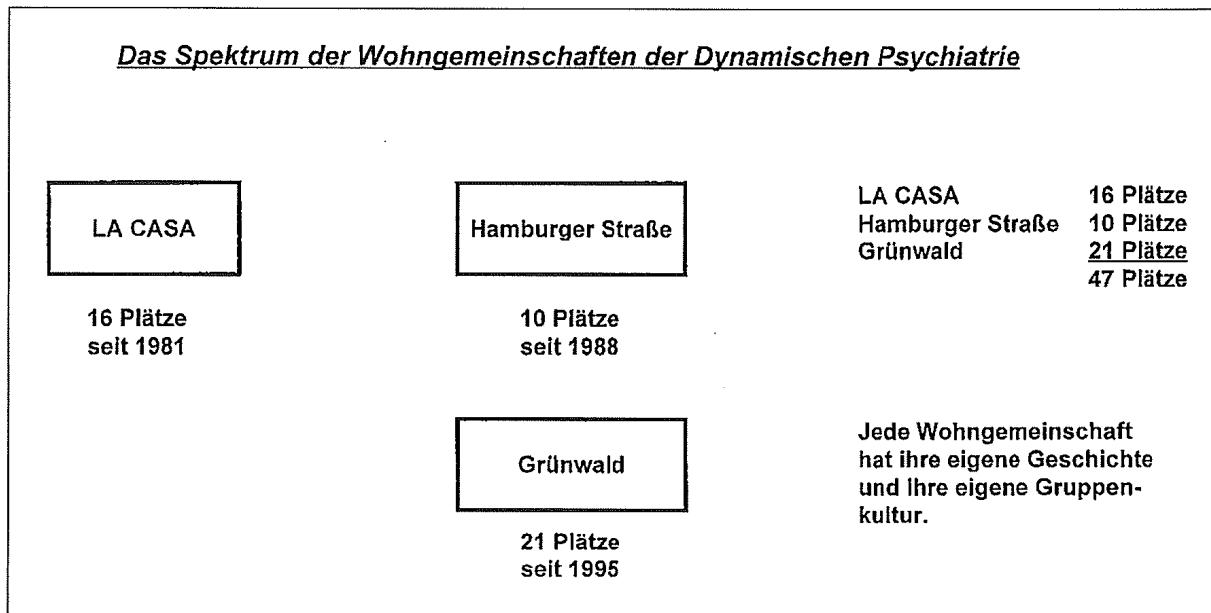
\* Dr. phil., Lehranalytikerin am Münchener Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse, Vorsitzende des Trägervereins für Freie und Therapeutische Gemeinschaften der Dynamischen Psychiatrie e.V.

\*\* Rechtsanwalt

\*\*\* Vortrag gehalten auf dem 12. Weltkongreß der WADP / XXV. Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 17. bis 21. März 1999 in der Humboldt-Universität Berlin

gruppendynamische Sitzungen bemühen, bei auftretenden und von der Gruppe nicht selbst zu lösenden Arretierungsvorgängen, die das Zusammenleben behindern.

Zur Zeit werden drei Wohngemeinschaften betreut.



### *Der Trägerverein für Wohngemeinschaften*

Um die Aktivitäten, Gründungen und Betreuung der Wohngemeinschaften zu koordinieren, wurde 1983 ein eigener Trägerverein gegründet. Dieser Verein schließt Mietverträge mit Hauseigentümern ab, stellt Mitarbeiter ein, besorgt Gelder, verhandelt mit Behörden, erstellt Konzepte und erledigt alles Organisatorische.

Um alle Bewohner der Wohngemeinschaften an diesen Aktivitäten zu beteiligen, ist die Mitgliedschaft im Trägerverein erwünscht. Die Wohngruppen wählen Vertreter, die als Beiräte die Interessen der Bewohner beim Vorstand des Vereins vertreten.

Es ist immer wieder darauf zu achten, daß die Bewohner in ihren kreativen gesunden Fähigkeiten gefordert und unterstützt werden.

Theoretische Basis für das Leben in einer Wohngemeinschaft bilden das Gruppenkonzept von *Günter Ammon* und das Menschenbild der Dynamischen Psychiatrie.

### *Die therapeutischen Wohngemeinschaften*

Dieser Typ der Wohngemeinschaft ist für diejenigen Menschen gedacht, die bei der Entlassung aus der psychiatrischen Klinik noch nicht in der Lage sind, sich eigene Gruppen zu schaffen und denen deswegen eine Gruppe in ihrem Lebensbereich zur Verfügung gestellt wird, die das durch die Therapie in der Klinik Erworbene weiterführt und ausbauen kann. Bewohner der therapeutischen Wohngemeinschaften brauchen deswegen eine ambulante Therapiesituation, in der sie Übertragungen und Identitätsängste bearbeiten können, andererseits aber auch ein milieutherapeutisches Feld in ihrer Wohnsituation. Hier sind die Realitäts- und Beziehungsebene bedeutsam, die Auseinandersetzung und der Austausch mit anderen WG-Bewohnern. Die Wohnsituation ist zugleich Lern- und Agierfeld, wo unbewußte Konflikte deutlich werden und mit Hilfe der Gruppe neue Lösungsmöglichkeiten ausprobiert werden können. Daher ist – neben einer Tagesstruktur wie Arbeit und Schule und einer gesicherten Finanzierung – eine ambulante Psychotherapie grundlegende Voraussetzung für die Aufnahme in unsere therapeutische Wohngemeinschaft. Denn eine Therapie selbst findet innerhalb der Wohngemeinschaften nicht statt (Vgl. dazu: *Römisch et al. 1991*).

Das Betreuer-Team besteht aus Psychologen, Sozialpädagogen und Honorarkräften, die in Milieuarbeit erfahren sind. Das Team erhält regelmäßig Supervision. Das Betreuer-Team sollte so zusammengesetzt sein, daß es in der Lage ist, den destruktiven und defizitären Persönlichkeitsanteilen der Bewohner konstruktive und aktivierende Seiten entgegenzusetzen. Betreuungsarbeit zielt in erster Linie auf das Entstehen eines konstruktiven, sozialenergetisch gruppendifnamischen Feldes, um ein lebendiges, entwicklungsförderndes Zusammenleben zu ermöglichen. Um dies zu ermöglichen oder zu fördern, gibt es folgende Einrichtungen:

### *Die gruppendifynamischen Sitzungen*

Sie finden einmal wöchentlich statt. Die regelmäßige Teilnahme der Bewohner an diesen Sitzungen ist Pflicht. In diesen Sitzungen geht es darum, die Konflikte der Bewohner untereinander, die das Zusammenleben behindern, aufzulösen. Außerdem geht es um die Auseinandersetzung mit dem Betreuer-Team.

Therapeutische Bedürfnisse, die immer wieder auftauchen, werden in die jeweiligen Therapien hineingenommen. Deswegen ist eine Zusammenarbeit mit dem Therapeuten wichtig.

### *Die milieutherapeutischen Wochenenden*

Regelmäßige milieutherapeutische Arbeit in der Gruppe an einem selbstgewählten Projekt ermöglicht den Bewohnern, ihr Wissen und Können konstruktiv einzubringen und ihre Zeit selbst zu gestalten. Sie fördert den Kontakt der Bewohner untereinander und wirkt vorhandenen Arbeitsstörungen entgegen. Die Milieutherapie findet mindestens zweimal pro Monat an den Wochenenden statt. Die Teilnahme ist ebenfalls verpflichtend. Bestandteil der Milieutherapie ist neben der Projektarbeit auch das Fördern und Entwickeln von geistigen und kulturellen Interessen. Das wünschen und initiieren auch die WG-Mitglieder immer wieder – z.B. Opern- und Theaterbesuche, Radtouren und Ausflüge.

So sind alle Therapeuten durch die gemeinsame Kontrollgruppe über das Geschehen der milieutherapeutischen Wochenenden informiert. An diesen Wochenenden ist auch immer ein Psychotherapeut telefonisch erreichbar.

Auch die Zusammenarbeit mit der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Minterschwaige ist gewährleistet. Wenn ein Bewohner aufgrund einer akuten Krise eine stationäre Behandlung benötigt, wird ihm sein Platz in der WG für mehrere Monate freigehalten, damit ihm seine dort entstandenen Beziehungen nicht verlorengehen und er in sein Wohnmilieu zurückkehren kann.

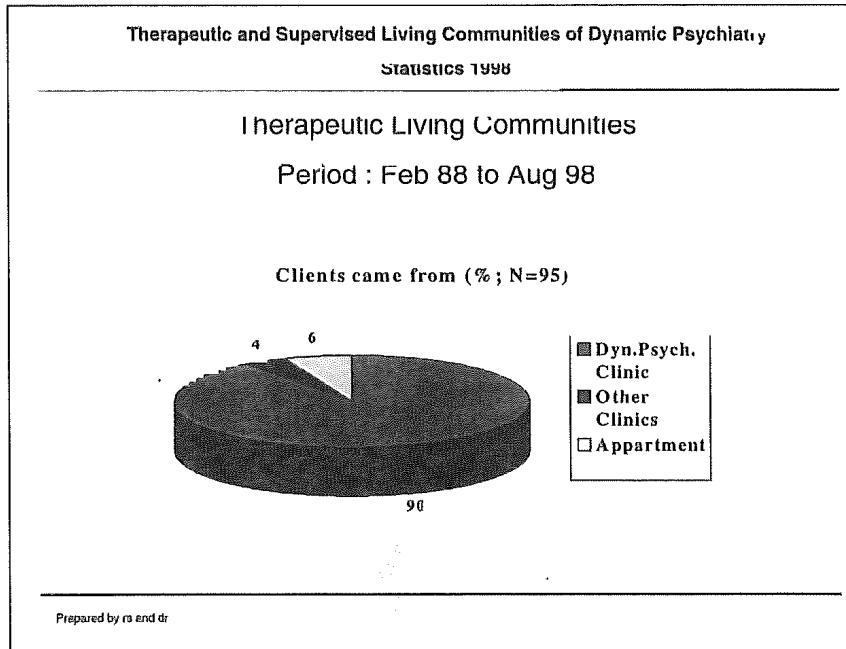
Da die Kosten im Gesundheitswesen in Deutschland enorm gestiegen sind, ist es politischer Wille, die Krankheitskosten zu dämpfen. Dies macht sich vor allem auch dadurch bemerkbar, daß stationäre Krankenhausaufenthalte – gerade auch in der Psychiatrie – verkürzt werden und an sich notwendige längere stationäre Behandlungen deswegen nicht weitergeführt werden können, weil die Krankenkassen die dafür erforderlichen Gelder nicht bewilligen. Teilstationäre Einrichtungen, wie Halbweghäuser, Tag- und Nachtkliniken und ambulante Vorsorge-Einrichtungen, wie eben auch die therapeutischen Wohngemeinschaften, übernehmen daher eine immer wichtigere Stellung in der Gesundheitsfürsorge in Deutschland. Die Wohngemeinschaften der Dynamischen Psychiatrie sind daher sowohl ein wichtiger Faktor im Sinne der Prävention als auch im Sinne der Nachsorge.

Die Wohngemeinschaften der Dynamischen Psychiatrie sind nicht als lebenslange Wohngruppen geplant und konzipiert, sondern stellen einen

zeitlich begrenzten, wichtigen Schritt zur Weiterentwicklung der Persönlichkeit dar. Sie sollen den Bewohnern helfen, ihre eigene Identität zu entwickeln und ihren eigenen Lebensstil zu finden.

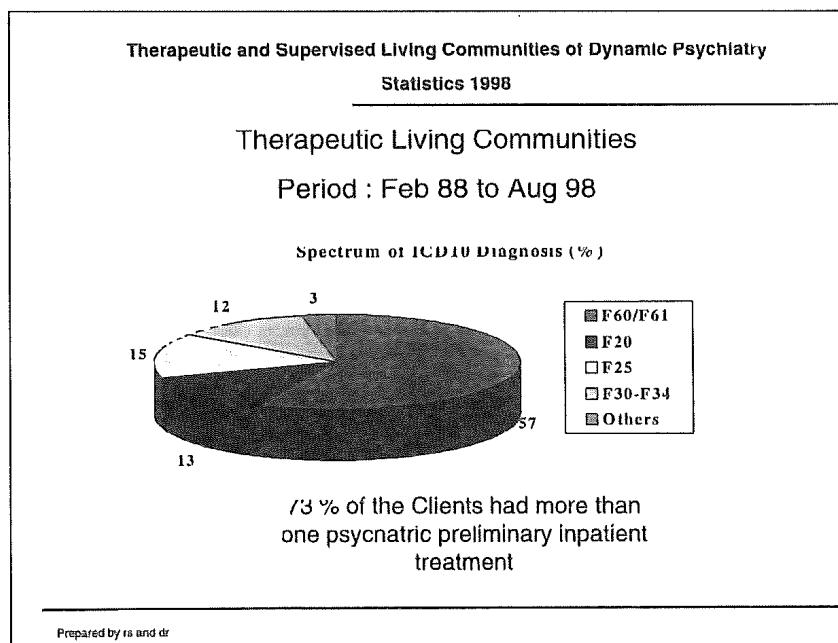
### *Übersicht der Ergebnisse*

#### 1) Einzugsgebiet der Bewohner



90 Prozent der Bewohner kommen aus der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige, vier Prozent aus anderen Kliniken und sechs Prozent aus einer eigenen Wohnsituation.

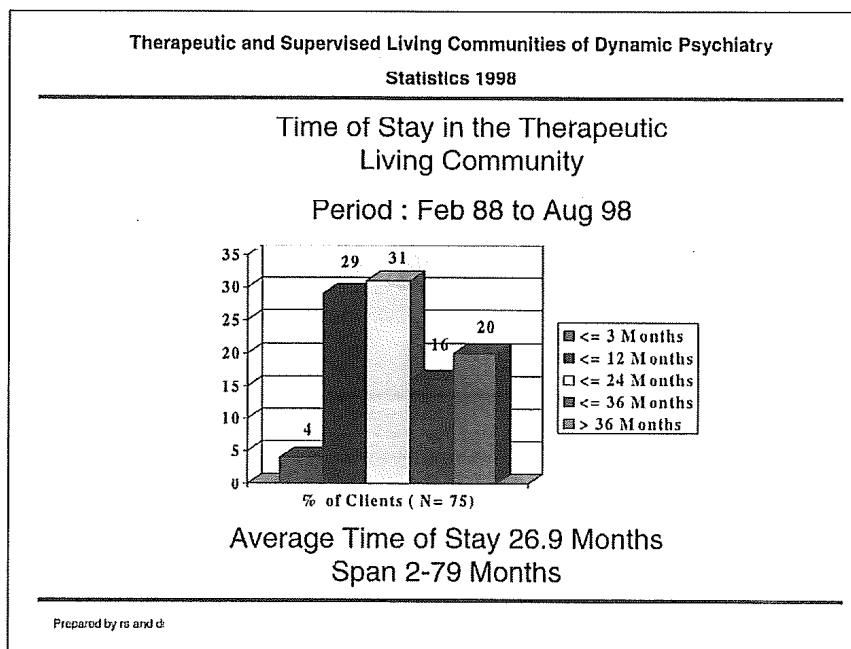
#### 2) Zusammensetzung der Wohngruppen bezüglich der Krankheitsbilder



- 57 Prozent: Borderline-Störungen
- 15 Prozent: schizo-affektive Störungen
- 13 Prozent: schizophrene Reaktion
- 12 Prozent: affektive Störungen
- 3 Prozent: Angst-Zwangsneurosen, Essstörungen

73 Prozent der Bewohner hatten vor der WG-Aufnahme mehr als einen stationären Aufenthalt.

### 3) Verweildauer



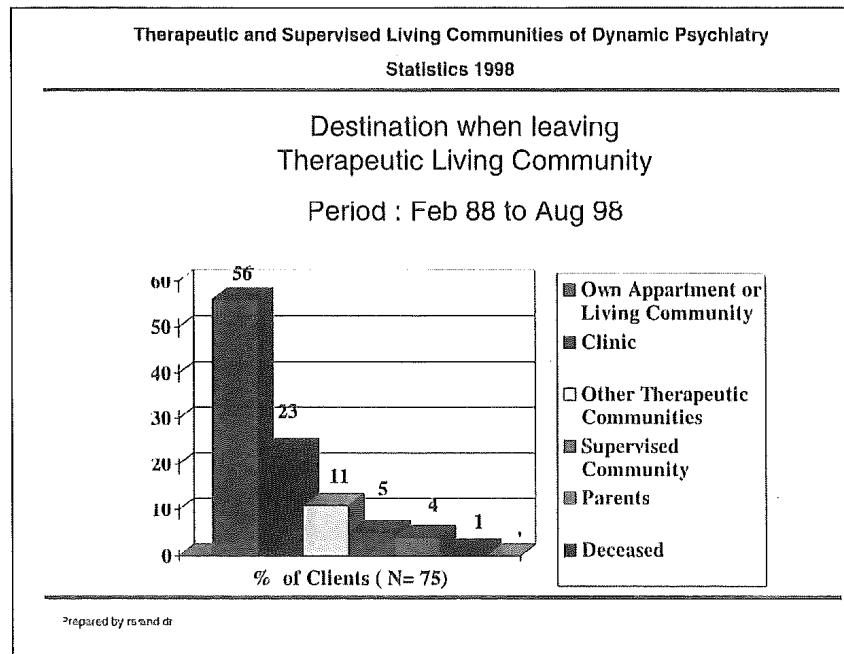
Im Durchschnitt ergibt sich eine Verweildauer von 26,9 Monaten, bei einer Spanne von zwei bis 79 Monaten.

Nach unserem Konzept sollte der Aufenthalt in einer therapeutisch betreuten Wohngemeinschaft ein bis zwei Jahre dauern. Dann sollte eine Entwicklung eingetreten sein, die den Bewohnern eine eigenständige Wohnsituation ermöglicht. Nach unserer Auswertung erreichen dies 60 Prozent. Immerhin hat sich bei 20 Prozent der Bewohner ein längerer Aufenthalt, nämlich mehr als drei Jahre, als notwendig erwiesen.

### 4) Fluktuation: Wohngemeinschaft - Klinikaufenthalt - Wohngemeinschaft

Bei 95 Bewohnern konnten wir 25 Klinikaufenthalte mit einer Rückkehr in die WG verzeichnen. Dies sind ca. 25 Prozent. Nach unserer Konzeption ist ein Klinikaufenthalt bis zu zwei Monaten enthalten. Bei längeren Klinikaufenthalten wird jeweils im Einzelfall mit den behandelnden Klinikärzten abgeklärt, ob der Platz in der WG freigehalten wird oder eine Neuaufnahme nach Beendigung des stationären Aufenthalts erfolgen kann.

## 5) Verbleib der Bewohner nach Verlassen der WG



- 56 Prozent: eigene Wohnung oder WG
- 23 Prozent: Klinik
- 11 Prozent: Aufnahme in anderen therapeutischen Wohngemeinschaften
- 5 Prozent: Gruppendynamisch supervidierte Wohngemeinschaften
- 4 Prozent: Rückkehr zu den Eltern

### Qualitätssicherungsfragen

Als Überprüfungsmaßstab orientieren wir uns an der Leistungsvereinbarung, die zwischen dem Bezirk (Geldgeber) und dem Trägerverein geschlossen ist und in § 9 Abs. 5 folgendermaßen formuliert ist:

„Die Ergebnisqualität ist der Zielerreichungsgrad der gesamten Leistungserbringung. Anhand der vereinbarten Leistungsziele ist das Ergebnis regelmäßig zu überprüfen. Bei der Beurteilung der Erlebnisqualität ist die Sichtweise der Betreuten zu berücksichtigen.“

Kriterien für die Feststellung der Ergebnisqualität können daher sein:

- Soziale Integration
- Berufliche Integration
- Entwicklungsförderung und Förderung der Leistungsfähigkeit, z.B. Wahrnehmungs-/Bewegungsförderung, kognitive Förderung
- Einbeziehung des sozialen Umfeldes
- Krisenmanagement
- Öffentlichkeitsarbeit

Grundlage der Erhebung (diagnostisches Mittel) waren Vorgesprächs- und Zielfragebögen im Zeitraum von Januar 95 bis März 99. Die Stichprobe umfaßte 57 BewohnerInnen der therapeutischen Wohngemeinschaften Hamburgerstraße und Grünwald.

Die Geschlechterverteilung war im Verhältnis: 30 weiblich, 27 männlich.  
Altersstreuung: 19 bis 58 Jahre.

Vier Bereiche wurden erfragt:

- a) Wunsch nach Kontakt
- b) Hilfe bei der Arbeit
- c) Hilfen bei der Freizeitgestaltung
- d) Hilfen im Wohnbereich

Von N = 57 = 100 Prozent wünschen:

- 82,5 Prozent: mehr Kontakt
- 56,1 Prozent: Hilfen bei der Arbeit (Tagesstruktur)
- 40,4 Prozent: Hilfen bei der Freizeitgestaltung
- 28,1 Prozent: Hilfen im Wohnbereich

Die Befragungen werden laufend durchgeführt und je nach Erfordernissen erweitert und verändert.

### *Experiences and Results of the Work with the Living Communities of the Dynamic Psychiatry*

Getraud Reitz, Thomas Hessel (München)

The living communities are part of the treatment spectrum of Dynamic Psychiatry ranging from prevention over care in out-patient practices, up to the inpatient treatment. Furthermore, it is the object of the therapeutic living communities to test new styles of life and then to find a life style of one's own. They promote the relation of the group members among one another. Staying in a therapeutic living community is only a transient life situation, in which the strong sides of a human being's character and his/her constructive qualities can be displayed and developed. Arising difficulties and deficits are to be worked through. The people living in this therapeutic living communities therefore require an out-patient therapy situation, enabling them to work through transferences and anxieties of identity.

The theoretical basis for the life in a living community is the group and identity concept of *Günter Ammon*, identifying man as a social being with a true need for identity.

In order to coordinate the activities, foundations and care for the dynamic psychiatric living communities, a non-profit-corporation was founded. It cares about all organizational matters. To let the people of the living communities participate in all activities of the corporation, it is desirable to

be a member of it. The groups living there elect representatives protecting their interests at the corporations's board of trustees.

The therapeutic living community – as a special type of living communities – has been developed for those persons which upon dismissal from the hospital are not yet in a position to establish groups of their own; therefore, a group is placed at their disposal continuing the work of the hospital by developing and consolidating the thoughts and attitudes acquired in the therapy. Here are of importance the level of reality and the level of relations, discussion and exchange with other group members of the living community. This situation of living can be considered to be a field of learning and acting, where unconscious conflicts become visible and where new ways of solution can be tried out. For this reason a basic prerequisite for the accommodation in a living community is on out-patient therapy, as well as a daily structure, as for example going to school or having an employment, and a secured financing.

The team of caretakers consists of psychologists, social-pedagogues and honorary manpower being experienced in milieu-therapeutic work. To enable or promote this, there are the group-dynamic sessions. They take place once a week. To participate regularly at these sessions is obligatory.

Regular milieu-therapeutic work in the group at a self-chosen project enables the people of the living community to bring in their knowledge and skills in a constructive way and to frame their own time. Cooperation with the therapists is necessary.

Since the costs in the public health sector have increased considerably, out-patient institutions of supply, such as the therapeutic living communities, will play an ever increasing role in the preventive health care in Germany.

In the last part experiences and results from the work with living communities are discussed by using quantitative analysis and appraisal by the team and the therapists. The authors try to find out how far the practice comes close to the theoretical expectations. Based on 20 years experience, statistics were worked out and analysed.

## Literatur

- Ammon, G. (1959): Theoretical Aspects of Milieu Therapy. Menn. School Psychiat., Topeka/Kansas
- (1986): Der mehrdimensionale Mensch (München: Pinel)
- Reitz G.; Schibalski, W.; Zohner, C. (1985): Freie und Therapeutische Wohngemeinschaften der Deutschen Akademie für Psychoanalyse. In: Wild und verschlafen, Jugend nach 1960 (Weingarten: Drumlin)
- Reitz, G.; Hessel, T. (1994): Living Communities in the Spectrum of Treatment of Günter Ammons Dynamic Psychiatry. In: Dyn. Psychiat. (144 - 145) 90 - 94
- Römisch, S.; Pressel, R.; Stichel S. (1990): Möglichkeiten der Entwicklung für psychotisch reagierende Patienten in einer therapeutischen Wohngemeinschaft. Vortrag gehalten auf dem 8. Weltkongress der World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XXI. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 5. - 8. Oktober 1990 an der Hochschule für Künste Berlin.

*Splete, R.; Richartz, D. (1999): Gruppendynamisches Arbeiten in Wohngemeinschaften der Dynamischen Psychiatrie. Vortrag gehalten auf dem 12. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XXV. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 17. - 21. März an der Humboldt Universität Berlin.*

Address of the authors:

Dr. Gertraud Reitz, Thomas Hessel  
Arcisstraße 59  
D - 80799 München

# Gruppendynamische Arbeit in Wohngemeinschaften der Dynamischen Psychiatrie\*\*

Renate Splete (München)\*

Dem Entwicklungskonzept der Dynamischen Psychiatrie zufolge, wird das Zusammenleben in einer Gruppe der Entwicklung des Einzelnen dann besonders förderlich, wenn es gelingt, ein sozialenergetisch konstruktives und kreatives Wohnmilieu zu gewährleisten. Am Beispiel einer von der Autorin betreuten Wohngruppe, die sich aus überwiegend borderline- und psychotisch- strukturierten Patienten zusammensetzt, wird verdeutlicht, wie dabei Reflexion und Handhabung des gruppendynamischen Geschehens eine notwendige Arbeitsgrundlage darstellen. Mit Hilfe von milieutherapeutischer Projektarbeit, Wohngemeinschaftssitzungen und Interessengruppen wird versucht, den Bewohnern möglichst breitgefächerte Lern- und Erfahrungsfelder zu eröffnen, die als Matrix für mögliche Nach- und Weiterentwicklung dienen und pathologisches Agieren als Reaktion auf das Gruppengeschehen einsichtig machen. In diesem Zusammenhang zeigen borderline- und psychotisch- strukturierte Bewohner ein typisches Widerstandsagieren. Im Sinne einer konstruktiven Unterstützung ist deshalb eine differenzierte Übernahme von Hilfs-Ich-Funktionen gefordert, die vom Team wie auch von Mitbewohnern geleistet werden kann.

Wohngemeinschaften gehören seit vielen Jahren zum Behandlungsspektrum der Dynamischen Psychiatrie. Sie dienen als Übergangseinrichtungen der Prävention, der Vor- und Nachsorge psychisch kranker Menschen (Ammon 1986). Während gruppendynamische Gesichtspunkte im Rahmen einer geschichtlichen Reflexion der Wohngemeinschaftsarbeit keine besondere Bedeutung erfahren (Vormann, Heckmann 1980), sind sie aus der Sicht der Dynamischen Psychiatrie zentral (Ammon 1978). (Funktion, Zielsetzungen, Möglichkeiten und erste Evaluationsergebnisse sind nachzulesen bei Ammon 1979, 1986, Reitz, Schibalski, Zohner 1985, Reitz 1994, Richartz, Hessel 1996, Splete 1997, Reitz, Hessel, Splete 1998, Reitz, Hessel 1999). Das Spektrum dieser Wohngruppen zeichnet sich durch eine unterschiedliche Betreuungsdichte aus: So werden manche Wohngemeinschaften einmal wöchentlich von externen Fachkräften supervidiert, in den therapeutischen Wohngemeinschaften wird jedoch kontinuierlich gruppendynamisch mit den Bewohnern gearbeitet, um ein sozialenergetisch konstruktives und kreatives Wohnmilieu zu erhalten.

Eine solche Wohngemeinschaft wird hier vorgestellt: Sie hat zehn betreute Plätze, befindet sich in einem Wohnblock im Norden Münchens und wird von mir als Psychologin und einer Sozialpädagogin mit je zwanzig Arbeitsstunden teilbetreut. Z. Zt. leben hier sieben Frauen und drei Männer im Alter von 22 bis 44 Jahren. In der Regel haben sie einen oder mehrere

\* Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin, Gruppendynamikerin, Balintgruppenleiterin (DGG), Gruppendynamische Leiterin einer therapeutischen Wohngemeinschaft des Trägervereins für Dynamische Psychiatrie

\*\* Vortrag gehalten auf dem 12. Weltkongress der WADP/XXV. Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 17. bis 21. März 1999 in der Humboldt-Universität Berlin

stationär-psychiatrische Krankenhausaufenthalte hinter sich, ca. 60 % haben Borderline-Diagnosen, mehr als 20% sind schizophren bzw. psychotisch strukturiert, bei oft depressiver, zwanghafter, hysterischer oder psychosomatischer Überformung.

Die Bewohner bewerben sich, weil sie in einer Gemeinschaft leben wollen, weil sie Kontakt suchen und brauchen und hoffen, daß sich Freundschaften entwickeln. Die meisten trauen sich nicht zu, alleine zu wohnen, sie wollen drohender Isolation entgehen und müssen erst lernen, sich zu pflegen, einen Haushalt zu führen, die Freizeit aktiv und zufriedenstellend zu gestalten. Viele befinden sich in einer schulischen oder beruflichen Orientierungsphase. Um in der Wohngemeinschaft wohnen zu können, ist jedoch ein Minimum an Tagesstruktur Voraussetzung, das kann heißen, in eine Schule zu gehen, auf dem ersten oder zweiten Arbeitsmarkt mindestens stundenweise beschäftigt zu sein oder eine Tagesklinik zu besuchen.

Wir orientieren uns an den Zielsetzungen der Bewohner, d.h. den beim Einzug in die Wohngemeinschaft explizit geäußerten Wünschen, die das Zusammenleben, persönliche Stabilisierung und Entwicklung betreffen. Neben diesen Zielen, die wir in regelmäßigen Abständen mit den Bewohnern reflektieren, konzentrieren wir uns sehr darauf, was der Einzelne mitbringt, was ihn interessiert, welche Fähigkeiten er hat und was er dadurch zum Gemeinschaftsleben beitragen kann. Die Verbündung mit den Wünschen und konstruktiven Potentialen ist wesentlich, wobei eine möglichst heterogene Gruppe ein breiteres Spektrum gegenseitiger Anregung beinhaltet.

Die Berücksichtigung gruppendifnamischer Aspekte ist in unserer Arbeit zentral, weil wir ein Entwicklungskonzept vertreten, nach welchem sich die Identität eines Menschen jeweils neu in Gruppen gestaltet. Das humanstrukturelle Menschenbild *Ammons* definiert den Menschen als ein "Gruppenwesen mit dem Bedürfnis nach Identität, Selbstverwirklichung und Sinnfindung im Leben" (*Ammon, Finke, Wolfrum* 1998). Wie dieses Bedürfnis ermöglicht oder verunmöglich wird, hängt davon ab, wie wohlwollend und erfahrungsfähig die umgebende Gruppe, besonders die Primärgruppe, ist (*Ammon* 1970, *Burbiel* 1997, 1998). Gruppen sind der Ort, an dem sich durch gruppendifnamische und sozialenergetische Prozesse Identität und Gesundheit, aber auch Krankheit entwickeln. Psychische Erkrankung wird als Ausdruck einer verinnerlichten, destruktiv-defizitären Gruppendifnamik und Sozialenergie verstanden. Diese bleibt im Sinne eines pathologischen Wiederholungszwanges weiterhin wirksam und wird in die Lebens- und Therapiegruppen des Kranken hinein agiert. Deshalb bedarf es zur Gesundung einer Entwicklungsmöglichkeit, die sowohl Strukturgewinn wie Regulation beinhaltet, so daß krankmachende Erfahrungen ihre Bedeutung verlieren bzw. aufgehoben werden (*Burbiel* 1992, 1994, 1997).

Für die Wohngemeinschaftsarbeit ist der Leitgedanke, daß das Zusammenleben in Gruppen der Entwicklung des Einzelnen in besonderer

Weise förderlich sein kann, wenn es gelingt, ein sozialenergetisch konstruktives und kreatives Wohnmilieu zu gewährleisten. - Nun kann aber selbst bei deutlich spürbarer Motivation der Bewohner nicht davon ausgegangen werden, daß sich z.B. aufgrund von Sympathien ein solches Wohnmilieu quasi von selbst entfaltet. In den täglichen Auseinandersetzungen, die das Zusammenleben und die beruflichen Anforderungen mit sich bringen, stoßen die Bewohner regelmäßig an ihre Grenzen. Schwierigkeiten und Defizite werden offen, was dazu führt, daß Enttäuschung und Eifersucht destruktiv agiert werden. Beispielsweise werden gemeinschaftliche Verantwortlichkeiten geleugnet, indem die von allen genutzten Räume verwahrlosen, Informationen nicht weitergegeben, Telefoneinheiten nicht eingetragen sind und anderes mehr. Das Zusammenleben droht durch Mißachtung, Ignoranz, gegenseitige Entwertungen, Schuldzuweisungen, Drohungen, Verweigerung und Kontaktabbrüche verunmöglich zu werden. Genau an dieser Grenze gilt es, gruppendynamisch zu arbeiten und Destruktion abzugrenzen und zu verdeutlichen, daß dieses Agieren als Widerstand gegen Entwicklung und Kontaktabwehr zu verstehen ist. Bei allen persönlichen Schwierigkeiten wird Solidarität in bezug auf das Zusammenleben erwartet und für möglich erachtet, d.h., daß jemand sehr wohl abwaschen kann, auch wenn er Stimmen hört (vgl. Schröter 1990). In Aufforderungen, Konfrontation und Kritik drückt sich der Wunsch nach Veränderung aus, die das Miteinander erleichtern und die eigene Entwicklung fördern sollen. Sündenbockdynamiken, bei denen sich die Wut projektiv auf einzelne entlädt, gilt es abzugrenzen, indem die so abgewehrte Bedrohung als Teil der Persönlichkeit aller bewußt gemacht wird. Die Betreuer solidarisieren sich mit konstruktiven Entwicklungszielen der Bewohner, sie sprechen pathologisches Agieren an. Konfliktgeschehen und damit einhergehende negative Übertragungen werden ernst genommen, aber – und das ist wesentlich – nicht tiefergehend innerhalb der Wohngemeinschaft auf ihren lebensgeschichtlichen Zusammenhang hin analysiert. Für die Bearbeitung dieser unbewußten Dynamik gibt es ein therapeutisches Setting in Form von Einzel oder Gruppentherapie, das aus der Wohngemeinschaft ausgelagert ist. Das Splitting entlastet die Wohngemeinschaftsatmosphäre und ermöglicht, sich auf neue Erfahrungen und die Auseinandersetzung mit dem Alltagsgeschehen zu konzentrieren und darauf, wie Schwierigkeiten mit Hilfe der Gruppe zu überwinden sind. Kontaktaufnahme des Teams zu den Einzel- und Gruppenpsychotherapeuten, Integrationssitzungen und milieutherapeutische Verlaufsberichte dienen dazu, die beiden unterschiedlichen Entwicklungsfelder miteinander zu verbinden.

Ziel der gruppendynamischen Wohngemeinschaftsarbeit ist, der pathologischen Lebenseinengung, wie sie sich im Hier und Jetzt des Zusammenlebens zeigt, entgegenzuwirken. Dazu gehört, aktiv neue Erfahrungsräume zu erschließen und Entwicklungsmöglichkeiten zu schaffen, die die Bewohner in der Findung einer eigenverantwortlichen und selbstbestimmten Lebensführung unterstützen.

Innerhalb der WG sind es unterschiedliche gruppendifnamische Arbeitsfelder, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung eines sozialenergetisch konstruktiven und kreativen Wohnmilieus beitragen können: Dies sind z.B.

1. die regelmäßig durchgeführten milieutherapeutischen Projekt-Wochenenden,
2. die wöchentlichen Gruppensitzungen und
3. die von den Bewohnern oder durch uns initiierten Interessengruppen.

### *Gruppendifnamische Arbeit im Rahmen milieutherapeutischer Wochenenden*

Das Konzept der analytischen Milieutherapie in der dynamischen Psychiatrie wurde von Ammon in Deutschland eingeführt und weiterentwickelt (Ammon 1959, 1977, 1994, Schmidts, Dworschak 1998, Winkelmann 1998). In Abgrenzung zur herkömmlichen Arbeits- und Beschäftigungstherapie geht es bei milieutherapeutischen Projekten in der Wohngemeinschaft um die Planung und Durchführung von selbstgestellten, das Alltagsleben betreffende Aufgaben. Das kann bedeuten, eine Trennwand einzuziehen, ein Regal einzubauen, Teppichböden zu legen, Renovierungs- und Verschönerungsarbeiten im Haus durchzuführen, Feste zu gestalten usf.. Das beinhaltet notwendige Einkäufe, erfordert zeitliche Koordination und fachliches Können. Während des Projektes fallen so Lebens- und Arbeitssituation zusammen. Unterschiedlichste Talente, aber auch Arbeits- und Beziehungsschwierigkeiten werden offen. Neues kann entdeckt, vermittelt und erprobt werden, das gemeinsam Erreichte verbindet und es ist von praktischem Nutzen. Auch hier gilt es, destruktives Verhalten abzugrenzen. Die gegenseitigen Rückmeldungen tragen zu einer realistischen Selbsteinschätzung bei. In der Regel übernimmt ein Wohngemeinschaftsmitglied die Projektleitung, d.h. anzuleiten, zu koordinieren, zu delegieren und dafür zu sorgen, daß die erfolgreiche Zusammenarbeit gewährleistet bleibt. Grundsätzlich geht es auch in diesem Setting darum, Verantwortungsgefühl zu fördern und dort, wo sich Nicht-Können zeigt, zum Tun zu ermutigen und hinzuführen. Das Team unterstützt die Arbeitsgruppe in diesem Sinn.

Mitbewohner, die borderline- und schizophrene- strukturiert sind, zeigen bei der Projektarbeit spezifische Schwierigkeiten. So wirken Borderlinepersönlichkeiten in der Wahl des Projekts eher ansprüchlich, mit überhöhten Vorstellungen. Sie sind dominant, zeigen Drive und vermitteln, daß sie die Aufgabe mühelos kompetent meistern werden, da sie bereits alles Nötige zu wissen scheinen. Auf Nachfragen und Einwände reagieren sie beschwichtigend oder gleich genervt und aggressiv-abweisend, so daß man dazu neigt, sie in Ruhe zu lassen. Bei genauem Hinschauen erweist sich die Ausführung des Projektes aber häufig als fehlerhaft oder flüchtig. Auf entsprechende Kritik reagieren sie äußerst gekränkt und abwehrend. Dies wird verständlich, weil die sekundären Fähigkeiten und Fertigkeiten diesen Menschen dazu dienen, die im Kern defizitäre und tief verunsicherte

Persönlichkeit notdürftig zu stabilisieren und die damit einhergehende starke Angst abzuwehren (vgl. Ammon 1976). Diese Bewohner sind deshalb nur schwer lernfähig und der Kontakt droht destruktiv zu entarten. Viel ist bereits erreicht, wenn sie nicht immer "top-sein-müssen" und ihre Angst und tieferliegende Bedürftigkeit für andere sichtbar werden darf. Schizophrene strukturierte Patienten sind eher zurückhaltend. Selbst wenn sie das gemeinsame Projekt gewählt haben, verhalten sie sich in bezug auf die konkrete Ausführung häufig inaktiv, wirken unsicher und unentschlossen. So ist man versucht, sie zu schonen und ihnen alles abzunehmen. Man traut ihnen kaum etwas zu und vergißt dabei leicht, daß sie bestimmte Fähigkeiten sehr wohl schon unter Beweis gestellt haben. Bereits in der Familie wurde ihnen fast alles abgenommen, so daß sie nicht lernen konnten, ein Gefühl für eine eigene Existenz und eigene Werte zu entwickeln. Nichts erscheint wichtig, ob es um die eigene Pflege, ums Geldverdienen, um Wohnqualität oder anderes geht. Wesentlich ist, sich durch dieses Rückzugsverhalten nicht demotivieren und den Kontakt nicht abreissen zu lassen, sondern diese Bewohner kontinuierlich einzubeziehen und aufzufordern, die übernommenen Aufgaben verantwortlich abzuschließen.

### *Gruppendynamische Arbeit in den wöchentlichen Gruppensitzungen*

Sie konzentriert sich v.a. auf die Beziehungen der Gruppenmitglieder, darauf was sie zusammen erlebt haben und unternehmen wollen: Was sind ihre Wünsche, wo sind sie enttäuscht voneinander, wie nehmen sich die Einzelnen wahr, wie gehen sie miteinander um, wo liegen ihre Stärken und Schwächen, wo können sie sich gegenseitig unterstützen, was ist zu kritisieren usf.. Diese Auseinandersetzungen können auch mit Hilfe von Soziogrammen geführt werden. - Wesentlich ist, daß therapeutische Bedürfnisse abgegrenzt werden (Ammon 1976). So versuchen Bewohner oft, Eigenverantwortlichkeiten zu delegieren, um sich nicht der Angst und Aggression, die sie im Zusammenhang mit solchen Anforderungen erleben, auszusetzen. Die Wohngemeinschaft soll so zu einer sie versorgenden Institution umfunktioniert werden. Solche regressiven Tendenzen sind als Widerstand gegenüber Entwicklung zu interpretieren, den es in der Therapie zu bearbeiten gilt. Allerdings ist die Grenze nicht immer leicht zu ziehen, denn die Einzelnen brauchen viel Unterstützung und sie wachsen auch daran, wenn sie füreinander Hilfs-Ich-Funktionen übernehmen können. Werden jedoch längere Zeit gemeinsame Verbindlichkeiten negiert, droht Gewalt gegenüber Menschen oder Sachen oder kann eine Tagesstruktur trotz intensiver Bemühungen nicht mehr gewährleistet werden, dann ist eine teilbetreute Wohngemeinschaft in ihrer Tragfähigkeit überfordert. Vom Team sind entsprechend grenzsichernde Reaktionen nötig, z.B. zu veranlassen, daß sich Bewohner in Krisensituationen in stationäre Behandlung begeben.

### *Gruppendynamische Arbeit in Interessengruppen*

Ein weiteres gruppendynamisches Arbeitsfeld sind die Interessengruppen. Die Gruppen entstehen aus den Wünschen der Bewohner heraus. Es handelt sich um Kreativ-, Koch-, Sport-, Seminar- oder Lerngruppen, usf., die in Anwesenheit von Betreuern und teilweise mit Gästen stattfinden. Die eigentliche Leitung übernehmen die Bewohner. Sie bestimmen, über welches Thema sie z.B. beim Seminarfrühstück referieren möchten. Die Gruppe sorgt für den entsprechenden Rahmen. In der Regel wird sehr lebhaft diskutiert, eine angeregte Stimmung entsteht, alle Pathologie ist plötzlich vergessen. Wir staunen immer wieder, welches kreative Potential sich hier auftut, z.B. wird in Anwesenheit slowenischer Gäste plötzlich eine englisch geführte Unterhaltung möglich, kulturelles Interesse sichtbar und neue Ideen, wie Reisepläne, werden geboren. Zu unserer Aufgabe wird es hier v.a., die Kontinuität dieser Gruppen zu sichern, ihre Strukturen zu wahren und weitere Pläne zu unterstützen. So fuhr beispielsweise auch eine Bewohnergruppe mit zum Kongreß, um Berlin kennenzulernen.

Die hier aufgezeigten gruppendynamischen Arbeitsfelder ließen sich noch erweitern, z.B. durch Integration von nonverbalen Medien. Hier sollte vor allem aufgezeigt werden, daß so ganz unterschiedliche Entwicklungsmöglichkeiten bereitgestellt werden, was nach unserer Auffassung das Wesentliche ist.

### *Group-dynamic Work within Dynamic-Psychiatric Living Communities*

Renate Splete (Munich)

Living communities are part of the Dynamic Psychiatric range of treatment. They support the prevention as well as aftercare (Ammon 1986). They have existed for many years, for results of function, goals, possibilities and initial evaluation see Reitz, Schibalski, Zohner (1985), Reitz (1994), Richartz, Hessel (1996), Splete (1997), Reitz, Hessel, Splete (1998), Reitz, Hessel (1999). These communities range from closely monitored to sporadically supervised ones. In the monitored communities social workers and psychologists do intensive and continuous group-dynamic work to maintain a social energetically constructive and creative atmosphere. The topic of this paper is such a cared - for living community. It provides ten cared inhabital places. Virtually all residents have a record of being treated at least once in psychiatric hospitals. 60% of them are diagnosed as borderline disorders and more than 20% are schizophrenic or psychotic structured often with secondary symptoms like depression, compulsive disorder, hysteria or psychosomatic reactions. In our work we are above all orientated to residents' goals i.e. the wishes concerning living together, personal stabilization and development they expressed when they joined the

living community. But we also concentrate on constructive potentials, interests, abilities and on what each member may contribute to community life. It is essential to consider these positive aspects. We try to form heterogenous groups as a wider spectrum evokes mutual stimulation.

It has to be mentioned, that we are following the developmental concept, that means according to the dynamic psychiatric health condition, the identity of a person can always be formed anew. *Ammon's* human structural concept as well as his concept of social energy are basics of our work (*Ammon 1970,1979, Burbiel 1992,1994,1997*).

Our topic here is to demonstrate the form of group dynamic work in three contextual fields:

1. the regularly held milieu-therapeutic project-weekends,
2. the weekly group sessions and
3. the interest groups which are initiated by residents or staff.

Borderline and the psychotic patients differ from each other in their way of acting out and the form of resistance against development.

Group-dynamic work at milieu-therapeutic weekends: The concept of analytical milieu therapy in the Dynamic Psychiatry in Germany was created by *Günter Ammon* (see *Ammon 1959, 1977,1980, Schmidts, Dworschak 1988, Winkelmann 1988*). In contrast to the common work- and ergotherapy, milieu-therapeutic projects contain the planning and realization of self-chosen tasks. For example to do up a house, to carpet a room, to construct a shelf, to organize parties, a.s.o.. Part of the work is the purchase of the necessary material, to obtain the know- how and to coordinate time. During project work, life and work situation are identical, so that different abilities cooperate, but at the same way difficulties in work and communication become obvious. New discoveries are made and worked out and the joint success is unifying and of practical use. Here it is as well important to eliminate destructive behaviour. The feedback given by the residents also contributes to a realistic self-esteem. Normally one of the occupants takes on the project management, that means he or she coordinates , delegates and cares for a successful team-work. Responsibility is promoted. When lacking knowledge becomes obvious, residents are encouraged and enabled to do the works.Borderline and schizophrenic structured residents show specific difficulties in project work. In the choice of the project borderliners are quite demanding and have exaggerated imaginations. They are often dominant, show drive and convey that they will master their task competently as they seem to have the necessary knowledge. When asked or criticized they have a tendency to react angrily or rejecting quickly, so that you tend to prefer leaving them alone. This can be understood since the secondary abilities of these persons serve to stabilize their deficient and deeply insecure personality and helps them to regulate the high amount of underlying anxiety (*Ammon 1976*). Looked upon closely, the realization of the project often turns out to be superficial. When critizised, borderline patients react extremely offended and repugnant.

Therefore they are hardly able to learn and contacts are easily destroyed. Schizophrenic structured patients are more secluded and reserved. Even if they have chosen the common project, they behave passively in the realization. They appear uncertain and undecisive. So you are tempted to spare them and to take over their work and so it is easily forgotten that they have often proved certain abilities. Already in their families everything was done for them, so that they were unable to develop a feeling of an own existence and self-esteem. It is important not to get demotivated by this retreat behavior and to hold contact. They must be integrated continuously and encouraged to conclude the works they are responsible for.

The group-dynamic work in the weekly sessions concentrates above all on the relationships among the group members, on what they have experienced together and what they want to do: What are their wishes, where are disappointments, how do they realize each other, how do they treat each other, how can they support and criticize each other. Group-dynamically the delimitation of therapeutic needs is essential (Ammon 1976). Regressive tendencies are interpreted as resistance against development, which must again be worked out in outside therapy. To circumvent fear and rage arising with real demands, residents often try to make the living community to a ward, that is to a caring institution.

Another group-dynamic field of work are interest groups. Here it is important to protect structures and continuity. Corresponding to the needs of the community members there are cookery courses, sport clubs or certain seminars which take place in the presence of supervisors and sometimes also of guests. The residents are in charge of the whole process of conducting. They decide which topic is to be discussed e.g. at seminars and the group takes care for an adequate setting. Usually there is a very lively and stimulated discussion - all therapeutical needs seem to be forgotten. It is astonishing what creative potentialities develop in such situations, such as a sudden conversation held in English with guests from Slovenia about cultural similarities or differences. Our goal is to turn resulting ideas or plans into reality together with all group members.

The most important aim of group-dynamic work with community groups is to counteract pathological restrictions of life by showing actively new ways of experience to support the occupants to live an autonomous and self-responsible life. Contacts and wishes in the sense of constructive social-energy among the room-mates is essentially beneficial.

## Literatur

- Ammon, G. (1959,1977): Theoretical Aspects of Milieu Therapy. The Menninger School of Psychiatry. Topeka, Kansas and Pinel Publ., Berlin
- (1976): Das Borderline-Syndrom - ein neues Krankheitsbild. In: Dyn.Psych. (9)317-348 und Dyn. Psychiat.(20)339-368
  - (1979, 2000) (Hg.): Handbuch für Dynamische Psychiatrie, Bd.1. (Frankfurt am Main: Klotz)
  - (1980): Ich-strukturelle und gruppendifnamische Aspekte bei der Entstehung der Schizophrenie und deren Behandlungsmethodik. In: Dyn.Psych. (13) 429-488

- (1994): Milieu Therapy. In: Dyn.Psych. (27) 24-30
- Ammon, G., Finke, G., Wolfrum, G. (1998): Ich-Struktur-Test nach Ammon (ISTA). (Frankfurt am Main:Swets & Zeitlinger)
- Burbiel, I. (1992): Grundzüge der klinischen Humanstrukturellen Therapie. In: Dyn. Psych. (25) 1-22
- (1994): The Group-Dynamic Principle in Diagnosis and Research of Dynamic Psychiatry. In: Dyn.Psych. (27) 1-7
- (1997): Das Humanstrukturmodell. In: Dyn.Psych. (30)145-155
- Reitz, G. (1994): Living Communities in the Spectrum of Treatment of Günter Ammon's Dynamic Psychiatry. In: Dyn.Psych.(27) 90- 94
- Reitz, G., Schibalski, W., Zohner, A. (1985): Freie und Therapeutische Wohngemeinschaften der Deutschen Akademie für Psychoanalyse. In: Wild und verschlafen, Jugend nach 1960. (Weingarten:Drumlin)
- Reitz, G., Hessel, T., Splete, R.. (1998): Rehabilitation and Prevention: The Meaning of Living Communities in the Spectrum of Treatment of Günter Ammon's Dynamic Psychiatry. - Vortrag gehalten auf dem 6. Weltkongress der World Association for Psychosocial Rehabilitation (WAPR) - unveröffentlichtes Manuskript
- Reitz, G., Hessel, T. (1999): Erfahrungen und Ergebnisse: Über die Arbeit in den Wohngemeinschaften der Dynamischen Psychiatrie. Vortrag gehalten auf dem 12.Weltkongreß der WADP/XXV. Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) - unveröffentlichtes Manuskript
- Richartz, B., Hessel, T. (1996): Der mehrdimensionale Ansatz dynamisch-psychiatrischer Nachbehandlung. In: Dyn.Psych. (29) 249-255
- Schmidts, R., Dworschak, M. (1998): Grundzüge stationärer humanstruktureller Milieutherapie. In: Dyn.Psychiat. (31) 1-7
- Schroeter, R. (1990): Psychosoziale Rehabilitation: Das kalifornische Modell der Therapie für psychisch Kranke in Übergangseinrichtungen (Freiburg/Brg.: Lambertus)
- Splete, R. (1997): Zur Gruppendynamik der Aufbauphase Therapeutischer Wohngemeinschaften. Vortrag gehalten auf dem 11. Weltkongreß der WADP/XXIV. Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) - unveröffentlichtes Manuskript
- Winkelmann, U. (1998): Ambulante Milieutherapie. In: Dyn.Psych. (32)8-26
- Vormann, G., Heckmann, W. (1980): Zur Geschichte der therapeutischen Wohngemeinschaften in Deutschland. In: H.Petzhold (Hg). Therapeutische Wohngemeinschaften, Erfahrungen, Modelle, Supervision (Paderborn: Jungermann)

Adresse der Autorin:

Dipl.-Psych. Renate Splete  
Martin-Lutherplatz 2  
D-86150 Augsburg

# Gruppendynamische Aspekte gesellschaftlicher Ausgrenzungsprozesse \*\*

Albrecht Göring (München)\*

The article deals with questions regarding the treatment of minorities in our society. In the past few years, everyone had noticed that changes in the world of business have been accompanied by a dramatic development in which large numbers of people are being driven to the fringes of society. It has been possible to observe how individuals are forced into hopeless situations. These fates can be assigned to a variety of problem categories, such as for example the mentally ill delinquents, the unemployed and foreigners.

The article illuminates the mechanism causing these people to be relegated to society's fringes. This work is based on the premise that the way a society treats its weakest members is a measure of its health. The premise is examined with the help of Günter Ammon's principle of group dynamics and the image of humanity expressed in German Basic Law.

*These: Eine Gesellschaft ist nur so gesund, wie sie mit ihren schwächsten Mitgliedern umgeht*

Ein Land, welches sich, wie die Bundesrepublik Deutschland als Industriestandort definiert, braucht aber Menschen, die funktionieren. Funktionieren sie nicht so, wie das Diktat des Industriestandorts es vorgibt zu benötigen, so sind sie Mißbraucher. Die ersten dieser Mißbraucher waren die Asylmißbraucher.

Die herrschende Politik tut so, als wäre weniger mehr: z. B. zuviel Asylrecht fördere angeblich den Asylmißbrauch; also soll weniger Asylrecht dem Asylrecht dienen. In den Zeiten, in denen das politische Motto noch „mehr Demokratie“ hieß, ging es um Chancengleichheit, um soziale Gerechtigkeit, um Toleranz, um Schutz und Hilfe für die Schwachen. Jetzt geht es um „mehr Wachstum“ und dieses Wachstumsprogramm wird begleitet von Kampagnen, die suggerieren, das Land sei bevölkert von Nichtsnutzern und Schmarotzern.

Nirgendwo ist die Entsolidarisierung, und zwar die staatlich organisierte, so weit gedeihen wie in zwei weit auseinanderliegenden Gebieten - nämlich im Bereich des Flüchtlings- und Asylrechts und im Bereich des Umgangs mit Alten und mit kranken Menschen.

Frage man sich heute wie die staatlich organisierte Entsolidarisierung so weit gedeihen konnte und warum trotz der unmenschlichen Behandlung von Asylbewerbern, von Alten und Kranken man auf so wenig Widerstand stößt, dann muß man, um dies zu erklären, auf den staatlichen Umgang mit diesen Personengruppen eingehen. Diese eint etwas: Sie können sich in den Verfahren, die sie betreffen, kaum selber helfen.

\* Rechtsanwalt, niedergelassen in 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. - 21. März 1999 in der Humboldt-Universität Berlin

Es wird zunächst eine Bestandsaufnahme des Asylrechts vorgestellt und anschließend am Beispiel der Europäischen Bioethikkonvention, die fremdnützige Forschung an Einwilligungsfähigen und Eingriffe zur Gewinnung nachwachsender biologischer Rohstoffe diskutiert.

### *Asylpolitik*

Nach den das Asylrecht betreffenden Verfassungsgesetzänderungen vom Juni 1993 und weiteren späteren begleitenden Gesetzesänderungen ist vom Asylrecht in Deutschland wenig übrig geblieben.

Nach dem Willen des Gesetzgebers, sowie er sich in den Gesetzesänderungen offenbart, wird jetzt der wohlhabende Asylbewerber privilegiert, der mit gültigem Heimatpaß und von der deutschen Auslandsvertretung in seinem Land ausgestelltem Visum mit dem Flugzeug in die Bundesrepublik Deutschland einreist. Asylbewerber die über den Landweg kommen, sind wegen der nunmehr geltenden Regelung über die sogenannten sicheren Drittstaaten vom Asylrecht ausgeschlossen. Es bleibt ihnen nur das Ziel einer qualitativ minderwertigeren Flüchtlingsanerkennung, die ebenso wie das Asyl politische Verfolgung voraussetzt, aber erheblich weniger soziale Integration gibt.

In der mündlichen Verhandlung vor dem Bundesverfassungsgericht zum neuen Asylrecht im November 1995 schwärzte der damalige Bundesinnenminister *Kanther* von einem europäischen Konzept, von einem großen europäischen Verantwortungszusammenhang. Das neue deutsche Asylrecht sei ein Teil dieses Konzepts, dessen Schutz und die Wirkung sich leider noch nicht entfaltet haben. *Kanther* bat die Verfassungsrichter, diesen Entfaltungsprozeß nicht zu stören. Tatsächlich hat sich bis heute nicht dieser Verantwortungszusammenhang, sondern ein System der europäischen Unverantwortlichkeit entfaltet. Jeder Staat schiebt den Flüchtling weiter in den nächsten Staat ohne sich darum zu kümmern, was dort mit ihm geschieht. Als Alibi dient dem abschiebenden Staat die Mitgliedschaft des Nachbarstaates in der Genfer Flüchtlingskonvention. Es gibt bis heute kein einheitliches, europäisches, materielles und verfahrensrechtliches Flüchtlingsschutzsystem. Dagegen gibt es ein einheitliches System der Flüchtlingsabwehr, niedergelegt in den Schengener und Dubliner Abkommen. Dieses Abwehrsystem wird begleitet von flankierenden gesetzlichen Maßnahmen wie der Abschiebehaft, dem Arbeitsverbot für Asylbewerber die nach dem 15.05.1997 in die Bundesrepublik Deutschland gekommen sind und dem sogenannten Asylbewerberleistungsgesetz.

Am erschütterndsten aber ist in diesem Bereich die Haltung der Justiz und hier unseres höchsten Gerichts, des Bundesverfassungsgerichts in Karlsruhe. Natürlich kann immer noch jede Entscheidung eines Verwaltungsgerichts durch Verfassungsbeschwerde beim Bundesverfassungsgericht mit der Begründung angegriffen werden, daß eine verwaltungsgerichtliche Entscheidung selbst Verfassungsrecht verletze.

Bis zur Entscheidung des BverfG vom 14.05.1996 (Az.: II: BvR 1516/93) aber galt, daß die Ausreisepflicht und damit die Abschiebung nicht vollzogen wurde, solange nicht das in einer solchen Sache angerufene Verfassungsgericht, regelmäßig in einem Eilverfahren, entschieden hatte. Vor dem Hintergrund der erheblich verkürzten Rechtsschutzmöglichkeit eines durch die Exekutive abgelehnten Asylbewerbers, im Verhältnis zu anderen vor Verwaltungsgerichten der Bundesrepublik Deutschland Recht Suchenden, war und ist dies auch unabdingbar. Denn in bestimmten Fällen ist das Bundesverfassungsgericht die einzige Überprüfungsinstanz einer verwaltungsgerichtlichen Entscheidung, wenn man weiß, daß die Verwaltungsgerichte, wie etwa in Bayern, durch das Innenministerium, also die Exekutive beaufsichtigt werden; wenn man weiß, daß Geschäftsverteilungspläne der Gerichte sich so ändern, daß sie bestimmte außenpolitisch sensible Länder, d.h. Länder mit denen die Bundesrepublik Deutschland enge oder aufstrebende Geschäftsbeziehungen pflegt, wie z. B. China, per Geschäftsverteilungsplan einer besonders rigorosen Kammer zugeteilt werden, wenn man weiß, daß in diesen Verfahren, bei bestimmten Konstellationen, etwa das Bundesamt als Beklagte mit dem Vertreter des Bundesbeauftragten als Kläger verfahrensmäßig und inhaltlich zusammenarbeiten. Das bedeutet freilich auch, daß der Gesetzgeber im Asylverfahren dem Bundesverfassungsgericht eine besondere Rolle, nämlich die einer finalen Kontrollinstanz zugewiesen hat.

Galt also bis zu oben benannter Entscheidung, daß das Bundesverfassungsgericht eine Abschiebung notfalls durch einen Telefonanruf beim Bundesgrenzschutz am betreffenden Flughafen stoppte, mit der Maßgabe die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts abzuwarten, so gilt nunmehr, daß es dem Flüchtling nach wie vor unbenommen ist ein Urteil oder einen Beschuß eines Verwaltungsgerichts mit Verfassungsbeschwerde anzugreifen, aber „das Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes nach § 32 BverfGG nicht (mehr) darauf angelegt ist, möglichst lückenlosen Schutz vor dem Eintritt auch endgültiger Folgen der sofortigen Vollziehung hoheitlicher Maßnahmen zu bieten“ (BverfG a.a.O.).

Ich zitiere weiter aus dieser grundlegenden Entscheidung BverfG: „In die vom BverfG vorzunehmende Folgenabwägung muß zwar auf der einen Seite eingestellt werden, daß der Asylbewerber um die Anerkennung des Asylgrundrechts streitet und Schutz vor drohender politischer Verfolgung nach Abschiebung oft nicht mehr effektiv gewährt werden kann. Auf der anderen Seite fallen schwerwiegende Belange des Gemeinwohls ins Gewicht. Hat der Staat dem Asylgrundrecht Geltung zu verschaffen, daß von einer großen Zahl von Antragstellern zu Unrecht (!) in Anspruch genommen wird, so muß er die offensichtlich unbegründeten Asylanträge einer schnellen Erledigung zuführen“ (BverfG a.a.O.). Dies gelte auch dann, wenn dem Antragsteller ein Eingriff in Grundrechte droht, der als solcher nicht mehr rückgängig gemacht werden kann.

Weil das Bundesverfassungsgericht sich überlastet fühlte, überließ es mit und ab dem hier zitierten Asylurteil erstmals die Flüchtlinge ihrem

Schicksal. Flüchtlinge, die in der Eile zu Unrecht abgeschoben wurden, so sagten die Richter, könnten ja später wieder einreisen. Was die Verfassungsrichter hier postulieren, und man von der Exekutive, aber nicht von der Judikative schon gewohnt war, erinnert an das mittelalterliche Gottesurteil: Damals wurde der Delinquent gefesselt ins Wasser geworfen; wenn die „reine Flut“ ihn aufnahm, dann erwies sich zwar seine Unschuld - aber leider war er dann ertrunken.

### *Biotechnik - medizinische Verwertung von Leistungsschwachen*

Ich komme jetzt zu sprechen nicht auf ein Horrorszenario eines fiktiven Films oder auf ein vor 60 Jahren in unserem Land verabschiedetes nazistisches Erb-Gesundheitsgesetz „zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ mit dem „entschlossenen Willen, den Volkskörper zu reinigen und die krankhaften Erbanlagen allmählich auszumerzen“, sondern auf ein europäisches Gesetz mit dem Namen „Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin: Menschenrechtsübereinkommen zur Biomedizin.“

Diesem Gesetz geht es nicht um Vernichtung unwerten Lebens, sondern um die medizinische und wirtschaftliche Nutzung des Menschen als Wirtschaftsgut. Hierbei sollen im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin zur Gewährleistung des Schutzes der Menschenwürde, der Grundrechte und Grundfreiheiten Maßnahmen ergriffen werden.

Auch hier wird Schutz suggeriert schon in der Bezeichnung um den eigentlichen Zweck zu verschleiern. Der wesentliche Regelungsgehalt des Gesetzes, neben der ebenso problematischen Forschung an Embryonen ist der Zugriff auf Schwache und Hilflose, 1. für Genversuche und 2. als lebendes Lager für nachwachsende biologische Rohstoffe. Diese Konvention unterscheidet zwischen zwei Kategorien von Menschen: zum einen die Gesunden - sie sind schutzwürdig und zum anderen die Behinderten sie haben dem Fortschritt von Medizin und Wissenschaft als Forschungsobjekt zu dienen. Die Konvention erlaubt das Menschenexperiment an „einwilligungsunfähigen Menschen“ (was in etwa definiert werden kann als das Fehlen natürlicher Funktions- und Steuerungsfähigkeit).

a) Ohne direkten therapeutischen Nutzen für die „Person“ darf an geistig Behinderten geforscht werden, wenn ein geringes Risiko und eine minimale Belastung für die Person entstehe (vgl. Art. 17 I, II, Art. 16 der Konvention). Natürlich steht formal auch diese Forschung unter dem Einwilligungsvorbehalt des Betroffenen. Ist dieser Behinderte aber zur Einwilligung nicht fähig, so ist, vorbehaltlich des Art. 17, ein Eingriff an einer einwilligungsunfähigen Person nur zu ihrem unmittelbaren Nutzen vorzunehmen (Art. 6 III). Ein fremdnütziger Eingriff ist aber dann

gestattet, wenn dieser mit Einwilligung des gesetzlichen Vertreters, einer gesetzlich vorgesehenen Behörde oder Person oder eines gesetzlich vorgesehenen Gremiums gegeben wird. Hier wird der Mensch zum Objekt von einem ganz bestimmten Wissenschafts-, Forschungs- und Wirtschaftsgebahren gemacht.

b) Die andere Nutzungsmöglichkeit des Behinderten als Wirtschaftsgut ist sein Körper als Ersatzteillager. Artikel 20 regelt den „Schutz von einwilligungsunfähigen Personen bei Organentnahme“. Auffällig ist hier, daß im Abs. 2 die Voraussetzung aufgestellt ist, daß der Empfänger ein Bruder oder eine Schwester des einwilligungsunfähigen Spenders sein muß. Man merkt, daß dies ein sehr enger Anwendungsbereich ist. Die spätere Entfernung dieser Voraussetzungsbeschränkung aus der Konvention ist förmlich mit Händen zu greifen.

Um Mißverständnissen vorzugreifen: Dieses Gesetz ist nach dem subjektiven Willen des Gesetzgebers nicht ein reines Machwerk für ungehinderten Zugriff von Wissenschaft, Forschung und Industrie auf das menschliche Leben. Teilweise stellt die Konvention den begrüßenswerten Versuch dar, in einem Europa mit unterschiedlichsten Regelungen akzeptable ethische Mindeststandards für Gentechnik und Fortpflanzungsmedizin aufzustellen. Der ehemalige Bundesjustizminister *Schmidt-Jortzig* nutzte dann auch die Eröffnung der ersten Weltkonferenz „Ethik und Medizin“ im Oktober 1997 in Freiburg, um für die Bioethik-Konvention zu werben: Ein rechtlich verbindlicher Mindeststandard werde gebraucht, um zu verhindern, daß Staaten mit niedrigstem ethisch-rechtlichen Standard der Forschung Standortvorteile (!) bieten können.

Im Gegensatz zu den Hoffnungen des Ex-Ministers wird die Industrie auch die niedrig gelegten europäischen bioethischen Regeln noch heute unterschreiten. Sie wird sich zu diesem Zweck nach Afrika oder nach Asien begeben. Das heißt aber auch wenigstens Europa müßte unanfechtbar hohe ethische Normen setzen. Man muß kein Prophet sein, um vorherzusehen, daß die Industrie darauf verweisen wird, daß überall sonst die Standards lockerer sind und aus der ethischen Debatte wird eine Standort- und Wettbewerbsdebatte werden.

Greifen wir nun die These auf, daß eine Gesellschaft nur so gesund ist, wie sie mit ihren schwächsten Mitgliedern umgeht, so stellt der Inhalt der beiden gezeigten Beispiele, der Asylpolitik und des sogenannten Menschenrechtsübereinkommen zur Biomedizin, eine Kriegserklärung an die Menschlichkeit und damit an eine menschliche Gesellschaft dar.

Die gezeigte Ausgrenzung von Menschen die vor politischer Verfolgung in ihren Heimatländern in unserem Land Schutz suchen, sowie der Herabwürdigung von hilflosen Menschen als bloßes Forschungsobjekt und Ersatzteillager von Medizin, Wissenschaft und Industrie, muß verstanden werden als eine destruktive Entwicklung von Mensch und Gesellschaft und damit als ein pathologischer Prozeß. Die Mittel einer solchen gesellschaftlichen Politik sind angstmachender Populismus auf der Suche nach einem

Sündenbock. Diese Politik ist eiskaltes rationales Kalkül mit Planung, Vorbereitung und Massensuggestion. Es wird vorgegeben eine Politik zu betreiben, die dem Menschen dient, ihn schützt und integriert. Es wird vorgegeben, eine Wissenschaft zu fördern, die dem menschlichen Fortschritt dient, wobei der Respekt, der Schutz, durch die Herabwürdigung des Menschen als bloßes Objekt, auf der Strecke bleibt. Die Aufgabe und Herausforderung um die es aber vielmehr geht, ist den inneren Frieden und die Humanität einer Gesellschaft zu gewährleisten und zu entwickeln. „Zum inneren Frieden gehören in erster Linie Verständnisbereitschaft, Toleranz und Interesse die Lebensbedingungen aller Bürger kontinuierlich zu verbessern. Dazu gehören ferner Schaffung menschenfreundlicher Arbeitsplätze, menschenfreundliche und den Bedürfnissen dienende Behandlung von Kindern, Kranken, Alten und Sterbenden, sowie ein freundliches Verhältnis gegenüber Minderheiten gleich welcher Art im eigenen Lande, die Schaffung toleranter Gesetze und eines humanen Strafvollzuges“ (*Ammon 1984*).

Wir sprechen hier über ein gesellschaftliches Politikverhalten mit bestimmter Energie und bestimmter Gruppendynamik. Es ist zwar nicht so, daß pathologische gesellschaftliche Destruktion unmittelbar aufgrund destruktiver Aggression Einzelner oder einer Summe von vielen entsteht. Die Energie der Gruppendynamik aktueller Situationen spielt eine weit größere Rolle als die psychologische Entwicklungsgeschichte von Einzelnen. Man kann also nicht mittels Induktion von der Destruktion eines Einzelnen oder vieler auf ein daraus resultierendes destruktives Bild einer Gesellschaft schließen. Dies wäre Spekulation, die vor allem die Phänomene der Gruppendynamik sowie der Ökonomie und politischen Gegebenheiten außer acht lassen würden (vgl. *Ammon 1969*). Jedoch muß m. E. eine pathologisch destruktive Wahnsinnesidee, wie die Lösung ökonomischer Problemstellungen, der Umbau der Industriegesellschaft in eine vorwiegend Dienstleistungsgesellschaft, durch die Bekämpfung der Mißbraucher oder wenigstens die Bereitstellung von Menschen mit erhöhtem Kostenfaktor sozusagen als verdinglichtes Ersatzteillager oder Forschungsobjekt, auch auf eine spezifische Verfaßtheit von einzelnen Menschen in dieser Gesellschaft treffen.

Wenn aber die unmittelbare Induktion von der Destruktion eines Einzelnen oder vieler auf ein daraus resultierendes destruktives Bild einer Gesellschaft unzulässige Spekulation ist, so wirkt sich umgekehrt eine Einstellung, ein Menschenbild, ein Machtgefühl einer Gruppe oder Institution entscheidend auf den Einzelnen aus. Beschränkungen, auch der eigenen Grundrechte, geschehen zuerst immer über die Einschränkung bei Schutz- und Wehrlosen und Minderheiten. Das was im 3. Reich die Juden waren, sind heute die hier lebenden Ausländer und Asylsuchenden und die alten und kranken Menschen. Erst wird durch allgemeine, das heißt vage Reden, die jeglicher Spekulation Raum lassen, wobei der tatsächliche Inhalt Gift ist und die Verpackungen in allen möglichen Standpunkten schillern,

der Startschuß gegeben und immer wieder nachgelegt. Ein Feindbild wird aufgebaut, Personengruppen herausgenommen, die vorgeblich dafür verantwortlich sind, daß sie Arbeitsplätze nehmen oder den Staat und damit andere Personengruppen zuviel kosten.

Vor diesem Hintergrund werden strengere Gesetze proklamiert, die die Rechte dann jedes einzelnen Bürgers auch in seinen elementaren Grundrechten einschränken. Betrachtet man den inneren Frieden, Solidarität und Gesundheit einer Gesellschaft so muß man sagen: „Zum inneren Frieden eines Landes gehören in erster Linie Verständnisbereitschaft, Toleranz und Interesse, die Lebensbedingungen aller Bürger kontinuierlich zu verbessern“ (Ammon 1984).

Wir verstehen den Staat und die Gesellschaft deshalb als eine in sich lebendige Gruppe mit spezifischen Beziehungsmäßigkeiten. Die im Einzelnen sich niederschlagenden Identitätsqualitäten oder vereinfacht ausgedrückt die Gesundheit des Einzelnen, steht rückgekoppelt zur verinnerlichten Sozialenergie, bzw. zu den ihn so umgebenden Gruppen. Die Gruppe hat hierbei an der Entwicklung selbst teil, wird also nicht als statische Versorgungseinheit gesehen.

Folgende Prinzipien sind vor allem herauszustellen:

1. Die Bedeutung der zentralen Person für den Gruppenprozeß
2. Die Auseinandersetzung um die Gruppengrenzen
3. Zentrale Bedeutsamkeit der Bearbeitung von Aggression
4. Einbeziehung des schwächsten Mitglieds in den Schutz der Gruppe durch den Einsatz auf sichbeziehender Aggression von Seiten des Gruppenleiters
5. Hilfs-Ich-Funktion der Gruppenmitglieder untereinander

An diesen Kernpunkten lassen sich gruppendifamische Prozesse in ihrer besonderen Eigenheit, ihrer Identität und Prozeßhaftigkeit bestimmen.

Entsprechend dieser Prinzipien kann man sagen, daß die gesellschaftliche Entwicklung der Ausgrenzung vor allem gekennzeichnet ist durch das Nichteinbeziehen des schwächsten Mitglieds in den Schutz der Gruppe und das Produzieren von Sündenböcken. Kurzfristig bewirkt das eine Entlastung bezüglich der Anforderung, gesellschaftliches Konfliktpotential zu lösen. Mittel- und langfristig aber wird bewirkt die Verunsicherung eines jeden einzelnen in der Gesellschaft, in welcher oder welchen Gruppen er auch zugehörig ist, da sich die Erfahrung verinnerlicht, daß gerade der Schwächste nicht nur nicht geschützt, sondern verantwortlich gemacht wird für den Konflikt. So entsteht zwangsläufig zum einen ein Vielfaches an schutzloser Pathologie in den ausgegrenzten Menschen, aber auch bei den scheinbar gesicherten Menschen eine zunehmende Angst, eine immer stärker anwachsende Gefangenheit in Nichtkommunikation, in Nichtaus-einandersetzung, in Nichtlösung von Problemen, ein immer weiter sich

Zurückziehen, da der Nächste, der verantwortlich gemacht werden könnte, für eine scheinbar nicht zu lösende Problematik, man selbst sein kann. Bewirkt wird auch eine Atomisierung, eine Aufsplittung der Gesellschaft in viele gegeneinander, um ihre einzelnen Interessen ringenden Menschen. Ein geschützter Raum in dem Entwicklung und Auseinandersetzung und das wirkliche Angehen der Probleme und deren Lösungen möglich ist, wird so in Wahrheit verhindert, denn der ausgegrenzte Sündenbock personifiziert die Gruppenkonflikte, die aber durch die Ausgrenzung nicht angegangen und gelöst werden können.

Ein inhaltlich doch anderes Modell hat *Raoul Schindler* mit einem Vortrag 1956 vorgestellt. Er ging dort davon aus, daß das Gamma-Mitglied der Gruppe (in der Terminologie *Schindlers* der Mitläufer oder eigentlich die Masse der Gesellschaft), sich affektiv gegen das Omega wendet (der Sündenbock in der Terminologie *Schindlers*), mit den gleichen Affekten mit denen es wünscht und träumt, sich gegen den Feind zu wenden.

Die Omegaposition erfülle eine für die Gruppendynamik wesentliche Aufgabe, nämlich eine Art Repräsentation des Feindes in der Gruppe. Das Konzept ging davon aus, daß jede Gruppe auch Außenfeinde hat und der Führer der Gruppe sozusagen immer auf dem Sprung sei diesem Außenfeind, in Repräsentation seiner eigenen Gruppe, zu bekämpfen. Der Sündenbock oder Omega nach *Schindler*, für dessen Rolle sich besonders Gruppenneue oder Unterbegabte oder auch ängstlich Unsichere eignen würden, würde sich aufgrund seiner Position am Rande der Gruppe vor allem mit dem Gegner identifizieren und nicht wie die Mitläufer mit dem Führer. Und der Gegner sei der Feind der Gruppe.

Diese Vorstellungen, denke ich, beschreibt den hier von mir aufgezeigten Zustand der Gesellschaft sehr gut, könnte aber nicht ein taugliches Mittel zur Überwindung dieses Zustandes sein.

Ich bin mit der Berliner Schule *Günter Ammons* der Auffassung, daß erst durch die Schutzgewährung des Sündenbocks der Konflikt in die Gesellschaft hereingenommen wird und bearbeitet werden kann. Dadurch erst findet Entwicklung statt. Findet diese Integration oder man kann auch sagen diese spezifische Art von Solidarität nicht statt, so ist sich keiner seines Platzes in der Gesellschaft sicher. Er muß immer Angst haben mit seinem Problem allein gelassen zu werden. Er kann sich also nicht frei bewegen, was wiederum Abhängigkeitswünsche und Abhängigkeiten und damit geistige Unfreiheit schafft. So wird der Einzelne zum willfährigen Objekt einer spezifischen Interessenpolitik. Damit einhergehend zeigen sich abwechselnd Gefühle von Allmacht und Unfähigkeit. Man kann sagen, das ist die Dynamik der Borderline Gesellschaft.

Bei funktionierenden Gruppen hingegen entsteht zwischen den Polen Individuum und Gruppe ein Spannungsverhältnis und in diesem eine neue Dimension nämlich die der Identität als psychische Energie. Ammon hat diese Energie als Sozialenergie bezeichnet. Die Sozialenergie ist motivierender Faktor. Sie ist es, die den Strukturaufbau des Menschen veranlaßt.

*Groupdynamical Aspects of Discriminating Processes of Society*

Albrecht Göring (Munich)

*Thesis: A society only is as healthy as it can deal with the weakest members.*

At the example of the actual right of asylum of the Federal Republic of Germany and the European agreement of Human Rights about bio medicin it is showing how this pretented rights, in the case of the right of asylum is to be recognized as a legal system of defence accompanied by supporting legal measures like remand legal deportation - prohibition of work - and reduction of state services. In the case of the convention of the bio-ethics this means for the persons concerned to be placed and misused without any rights as on object of research for the foreign use of the extraction of biological raw material.

Until the decision of the federal constitutional court on the 14th of May in 1996 it had been in force that the deportation and the duty of leaving the country could not be executed until the court had decided in a quick procedure on that case. So after this decision it is in force that the proceedings don't provide (anymore) legal protection of the for political reasons persecuted persons who failed in lower instances with their aim for protection. So, the concerned persons had to be deported - even under the threats of death. Here we are dealing practicely with general prevention.

The European convention of bio ethics -which in contrary to other European countries is not yet ratified in the Federal Republic of Germany - shows how the foreign use of research on persons not able to agree - whereas the agreement can be substituted by an office of authority. Now 55 years after the end of the Third Reich a new setting appears following the growth of business profit and not anymore a racial mania. Since the victims of 1933 and 1945 still were opponents of the former regime - today the victims are the abused human beings made to plain objects beneath contempt.

The applicants for political asylum and the research objects for the so called convention of bio ethics have in common that the concerned persons are the scape goats and border persons of the surrounding society. They are not able to help themselves in proceedings concerning themselves. That means that the conflict is not carried into the society as an integrating protecting element for the persons concerned and so this disability of society can not be worked through and prolongs the conflict. This does not only lead to an inhuman society - but society sooner or later will break in two. The discrimination of human beings seeking protection in our country from the political persecution in their home countries as well as the indignification of the helpless persons down to sheer objects of research and to medical sources for science and industry - is to understand as a destructive development of society and is therefore a pathological process. This kind of politics is characterized through rational calcul with planning,

preparation and populistic suggestion. It is only pretended that this kind of politics means to serve the human being with the promise of protection.

It is pretended to promote a science which helps the human development. Alone, the respect, the protection are left behind through the indignification of the human beings down to an object.

The groupdynamic concept of the group dynamic of *Günter Ammon* emphasizes that the task and the challenge of a society is to guarantee and develop inner peace and humanity. The discrimination of the conflict carriers has for a short time a relieving effect through avoiding a solution concerning the conflicts of society. In the middle and long run it will result in an insecurity of the single person of society - no matter which group he feels related to - because, as well as he did not experience that the weakest ones have been protected - he had to realize that these persons were made responsible for the conflict. So as a result a multiple of unprotected pathology developed in these discriminated human beings - but also seemingly secured human beings are developing a growing fear which is showing in non-communication, lack of discussions, non-solving of problems and more and more withdrawal - all this arises out of the fear to be the next one who could be made responsible for problems which are not to solve. The effect is also a splitting of society into many who are fighting for their seemingly own interests and then turn against each other. This hinders to create a protecting surrounding where discussions and development take place and the real interest and the solution of a problem is possible. If this integration or specific kind of solidarity does not take place - nobody can be sure of his position in society. Everybody has permanently to be afraid to be left alone with his problem. This way it is impossible to act free. The desire to depend on something, actual psychic and real dependency as well as mental unfreedom is created this way. So, the single person turns into a willingless object of that kind of politics which represents only the own specific interests with the corresponding feelings of omnipotence and disability. One can say - this is the dynamic of the borderline society.

#### Literatur beim Verfasser

#### Adresse des Autors:

Rechtsanwalt Albrecht Göring  
Heßstraße 90  
D-80797 München

## Buchbesprechungen / Book Reviews

*Wolfgang Schneider, Harald J. Freyberger (Hrsg):*

*Was leistet die OPD?*

*Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik*

Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 2000

Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) ist ein standardisiertes Verfahren, das seit 1999 von einer Arbeitsgruppe um *Schneider* und *Freyberger* entwickelt wurde und sich inzwischen etabliert hat. Mit ihm soll „Persönlichkeitspathologie“ diagnostiziert werden; es beruht (anders als ICD oder DSM) auf einem psychodynamischen Modell und orientiert sich am klinischen Denken, d.h. aus der Diagnostik sollen sich Hinweise für die Art und den Fokus der Therapie ergeben.

Die Art des psychodynamischen Modells ist dabei nicht eindeutig einer bestimmten Schule zuzuordnen. Diagnostiziert wird auf 5 Achsen:

Achse 1: Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen

In die Achse gehen Konzepte des Copings, der Therapiemotivation, der Abwehr und Anpassungsleistungen ein, wobei theoretisch mehr eine Nähe zur kognitiven Psychologie als zur Psychoanalyse besteht.

Achse 2: Beziehung

Die Beziehungsachse basiert auf dem deskriptiven Zirkumplex-Modell und dem Modell des zentralen Beziehungskonfliktes von *Luborsky*.

Achse 3: Konflikt

Es werden 7 überdauernde Konfliktbereiche herausgearbeitet: Abhängigkeit vs. Autonomie, Unterwerfung vs. Kontrolle, Versorgung vs. Autarkie, Selbstwertkonflikte, Über-Ich und Schuldkonflikte, Ödipal-sexuelle Konflikte, Identitätskonflikte (Identität vs. Dissonanz).

Achse 4: Struktur

In dieser Achse ist der Entwicklungsbegriff enthalten, insbesondere der der Ich-Entwicklung und Selbst-Entwicklung. Störungen werden in vier Gruppen unterschieden: gut integriert - mäßig integriert - gering integriert - desintegriert.

Achse 5: Syndrome nach ICD-10

Da das OPD nicht im engeren Sinne einer psychoanalytischen Schule zugeordnet werden kann, sondern ihm etwas Eklektizistisches anhaftet, kann es auch von Nicht-Analytikern verwendet werden – eine Möglichkeit, die von einigen Experten begrüßt, von anderen wegen der Gefahr der Verwässerung kritisch betrachtet wird.

Im vorliegenden Reader wird so auch das OPD zunächst aus der Sicht verschiedener therapeutischer Schulen gewürdigt: der Psychoanalyse (*Janssen*) und der Verhaltenstherapie (*Margraf*).

Im zweiten Teil werden neuere Entwicklungen und Definitionen der Arbeitsgruppe OPD zu den einzelnen Achsen sowie zur Anwendung des OPD in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgestellt, die zum Ziel haben, die Operationalisierungen eindeutiger zu formulieren und somit die Interrater-Übereinstimmung zu erhöhen.

Es folgen verschiedene Beiträge zur Empirie, hier ist das Kapitel über die Veränderungsmessung interessant, welche über die reine Befunderhebung hinausgeht. Dies ist generell ein methodisches Problem, denn einerseits erwartet man, daß eine OPD-Diagnose zeitlich stabil ist, d.h. überdauernde Persönlichkeitsmerkmale erfaßt, andererseits soll sich im Verlauf einer Psychotherapie etwa die Beziehungsfähigkeit oder die Integration der Struktur des Patienten verbessern, was sich in einem revidierten OPD-Befund niederschlagen müßte. Um solche Veränderungen abbilden zu können, wurde die „Heidelberger Umstrukturierungsskala“ (*Grande, Rudolf, Oberbracht*) entwickelt, denn nach Sicht der Autoren ist die OPD nicht ohne weiteres als ein Instrument der Erfolgsmessung (und damit Ergebnis-Qualität) geeignet.

Das Buch ist interessant für den Anwender, der bereits Erfahrungen mit der OPD gesammelt hat und nun viele Ergänzungen für die Durchführung und Interpretation des Instruments erhält. Einstieg in die OPD ist aber zunächst das (1998 in 2. Aufl. bei *Huber* publizierte) Manual anzuraten.

*Dipl. Psych. Gisela Finke (München)*

*Martin Urban (Hrsg.)  
Psychotherapie der Psychosen.  
Konzentrische Annäherungen an den Weg der Heilung*

Papst Science Publishers

In dem vorliegenden Band stellt der Autor Beiträge eines gleichnamigen Symposiums im Rahmen des 4. Deutschen Psychologentages am 3. Oktober 1997 in Würzburg vor. Jedem Beitrag folgen zentrale Ausschnitte der Diskussion und ein Kommentar des Autors.

*Urbans* Ziel ist es, in einer Zeit, in der die biologisch orientierte Psychiatrie das Meinungsbild beherrscht, moderne Ansätze der Psychosentherapie vorzustellen. Schizophrenie ist im Lauf der Wissenschaftsgeschichte zu einer Metapher geworden, zu einem Zankapfel, an dem sich die verschiedenen Ansätze der Medizin und ihre verschiedenen Menschenbilder spiegeln. Heute wird die biologisch orientierte Psychiatrie von Politik und Wirtschaft massiv gefördert, und mit ihr ein Krankheitsverständnis, das

psychisches Leid aus dem gesellschaftlichen Raum, d.h. aus den Beziehungen ausgrenzt und allein im Körperlichen des Kranken ortet. Eine Heilung der Psychosen, wie sie der Untertitel propagiert, stellt somit ein Politikum dar, das der Autor ganz bewußt wählt. Als erklärtes Ziel weist der Autor auf, Helfern und Betroffenen Mut zu machen, den Weg der Heilung weiterzugehen, ohne dabei in den engen Grenzen bestimmter Schulen und Professionen zu verharren. So kommen in seinem Buch nicht nur Vertreter unterschiedlicher Behandlungsansätze zu Wort, sondern auch Betroffene, die selbst oder als Familienangehörige mit dem Thema Psychose konfrontiert waren.

*Urbans* Werk enthält Beiträge von Forschern und Therapeuten wie *Evelyne Steimer-Krause* als Vertreterin der Emotionspsychologie. *Günter Lempa*, *Norbert Kienzle* und *Arnold Retzer* beschreiben die Konzeptionen ihrer jeweiligen Therapieschule. Daneben werden unterschiedliche therapeutische Settings vorgestellt. Für den gemeindenahen ambulanten Ansatz stehen *Susanne Bode* und *Andreas von Wallenberg-Pachaly*. *Matthias Krisor* als Gemeindepsychiater und *Ilse Burbiel* als Vertreterin für die Dynamische Psychiatrie *Günter Ammons* beschreiben ihre Realisierungen im stationären Bereich. Die Erfahrungsberichte von Betroffenen verdeutlichen darüberhinaus, daß Psychotherapie als Anwendungs- und Grundlagenwissenschaft nie ohne die hilfreichen Beiträge derer betrieben werden sollte, die durch ihre persönlichen Erlebnisse ebenfalls zu Experten dieses Themas geworden sind.

Als Zusammenschau der wichtigsten Ansätze der Psychosenpsychotherapie ist *Martin Urban* ein wichtiges und auf dem derzeitigen Büchermarkt wohl einzigartiges Werk gelungen. Die einzelnen Beiträge der Autoren bieten einen kurzen aber intensiven Einblick in ihre wertvolle Arbeit. Erfreulich scheint dabei, daß die Gemeinsamkeiten und die sich ergänzenden Punkte bei weitem die trennenden Aspekte überwiegen. Somit wird *Urban* seinem Anspruch auf Integration und Überwindung des Schulenstreits vollauf gerecht. Etwas ermüdend wird das Buch bei der seitenlangen, protokollartigen Wiedergabe der Diskussion nach jedem Beitrag. Was innerhalb der Tagung sicherlich als bereichernd empfunden worden sein mag, wirkt im Rahmen eines Buches langatmig. Auch auf Kosten der wohl angestrebten Authentizität des Textes hätte man sich an dieser Stelle eine vom Autor stärker aufgearbeitete, verdichtete Wiedergabe gewünscht.

*Gudrun Klak* (München)

Rudolph F. Wagner / Peter Becker (Hrsg.)

Allgemeine Psychotherapie

Neue Ansätze zu einer Integration psychotherapeutischer Schulen

Hogrefe, Verlag für Psychologie, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, 1999, 252 Seiten

Das vorliegende Buch befaßt sich mit der Integration psychotherapeutischer Schulen. Dahinter stehen Wünsche, den „Therapiedschungel“ zu lichten, über den Tellerrand der einzelnen Therapierichtungen mit ihrer oft eingeengten Sichtweise und daraus resultierendem Reduktionismus hinauszusehen, den „Gurus“ (incl. Freud) teilweise den Garaus zu machen. Denn, so die Autoren: es gäbe kein Therapieverfahren, das die „ganze Wahrheit“ repräsentiere.

Bemühungen um eine solche Integration gibt es bereits seit den 50er Jahren. In einem Rückblick auf die Geschichte der Therapieintegration weisen die Autoren auf drei Hauptrichtungen hin, auf die theoretische Integration, die eine Verknüpfung verschiedener Ansätze versucht. Als Beispiel werden *Dollard* und *Miller* genannt, die schon 1950 ihre theoretische Verbindung von Psychoanalyse und Lerntheorie vorstellten.

Der zweite Ansatz ist die Suche nach gemeinsamen Faktoren der verschiedenen Richtungen, wie sie 1961 der Amerikaner *J.D. Frank* beschrieb. Wir erwähnen die von ihm erarbeiteten Faktoren ausführlich, um zu zeigen, wie praxisnah und relevant sie sind. Er nennt die „Demoralisierung“ beim Patienten, das Wecken von Hoffnung in der Therapie, das Anbieten eines Erklärungsschemas für die Störungen, Verwendung eines spezifischen Settings, Aktivierung von Emotionen, Ermutigung zu verändertem Verhalten außerhalb der Therapiesituation, Förderung einer veränderten Sicht auf die eigene Person und die eigenen Probleme durch Interpretation sowie korrigierte emotionale Erfahrungen.

Die dritte Hauptrichtung nach *Frank* besteht in einem technischen Eklektizismus, d.h. der Therapeut bedient sich auf pragmatische Weise aus dem Fundus bestehender Therapierichtungen, eine heute durchaus üblichen Praxis.

Eine heftige Wiederbelebung des Integrationsbedürfnisses stellt nach Meinung der Autoren das 1994 von *Grawe*, *Donati* und *Bernauer* publizierte Werk „Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession“ dar, eine Arbeit, die gleichzeitig eine breite wissenschaftliche Basis zur Verfügung stelle.

Während des im Oktober 1997 in Würzburg Veranstalteten 4. Psycholgentages des BDP unter dem Thema „Gesellschaft im Wandel... Psychologische Antworten auf Fragen der Zeit“, gab es mehrere Beiträge, die sich mit dem Problem der Integration verschiedener psychotherapeutischer Ansätze beschäftigten. Unter der Leitung von *Rudolph F. Wagner* fand ein Symposium statt mit dem Thema „Allgemeine und methodenübergreifende Psychotherapie“.

Das vorliegende Buch stellt nun überarbeitete und aktualisierte Vortragsmanuskripte dieser Tagung vor, *Grawe* liefert einen eigenen neuen Beitrag.

Bei der Lektüre fällt einem die Pluralität von Konzeptionen zum Thema Therapieintegration auf, die aber durchaus nicht als inkompatibel, sondern als sich ergänzend zu verstehen sind und als Bausteine einer noch in der Entwicklung stehenden Systematik gesehen werden können.

Einige Bausteine sollen hier genannt werden: etwa Vorschläge für eine ganz neue eigenständige Ausbildung in Psychotherapie im Rahmen der Universitäten, also einer Reform heutiger Gepflogenheiten, die allerdings durch die Richtlinienverfahren im neuen Therapeutengesetz eher blockiert wurde.

*R. Wagner* vergleicht unterschiedliche Menschenbilder der verschiedenen Schulen und fordert eine metatheoretische Betrachtungsperspektive. Er schlägt ein integratives Menschenbild unter ethischen Aspekten vor und definiert eine Rangreihe für die Auswahl psychologischer Theorien und Verfahren. Er gelangt zu einer anthropologisch nicht-reduktiven Allgemeinen Psychotherapie, die „es ermöglicht, über die Grenzen einzelner Therapieschulen und den teilweise widersprüchlichen Menschenbildannahmen hinweg, Psychotherapie durchzuführen, die sich am Stand der Therapieforschung orientiert und den Patienten nicht unnötig einschränkt“.

*H. Hummitzsch* hält u.a. eine übergreifende Sprache für unerlässlich, in welcher sich die Ergebnisse und Erkenntnisse verschiedener Schulen ausdrücken lassen.

*K. Grawe* betont in seinem Beitrag, daß eine Allgemeine Psychotherapie eine aufeinander bezogene Theorie und Empirie brauche. Er stellt eine konsistenztheoretische Sichtweise der Entstehung, Aufrechterhaltung und Behandlung psychischer Störungen dar. Daraus leitet er empirisch überprüfbare Hypothesen ab, die auch in klinischen Therapievergleichsstudien weiter überprüft werden können. Er stellt zudem eine Systematik wirkungsrelevanter Aspekte des Therapiegeschehens und eine prozeßanalytische Methode zur Analyse von Therapieprozessen im Hinblick auf die Verwirklichung der postulierten Wirkfaktoren vor.

Einig sind sich die Autoren, daß die immer neuen Erkenntnisse in den Grundlagenwissenschaften Psychologie und der angewandten klinischen Psychotherapie zu einer ständigen beruflichen Weiterbildung zwingen werden. Über die Schulen hinweg sollen gemeinsame Wirkfaktoren beschrieben werden, die störungsspezifische Perspektive soll betont werden. Auch sehen sie einen wachsenden Einsatz standardisierter diagnostischer Verfahren, die einmal die komplexen diagnostischen Entscheidungen erleichtern sollen und außerdem für Evaluation und Qualitätssicherung unverzichtbar werden.

Die Autoren weisen darauf hin, daß beim Überschreiten der Schulgrenzen Orientierungs- und Identitätsverlust eintreten könnten. So kann beim Therapeuten ein Zustand zwischen „Verbohrtheit“, d.h. Kleben am eigenen Konzept und „Entwurzelung“, d.h. Offensein nach allen Richtungen eintreten. Mahnende Stimmen fordern deshalb praktikable Ansätze mit ausgearbeiteten und empirisch erprobten Indikationsregeln (die immer

wieder optimiert werden müssen, da sich eine Allgemeine Psychotherapie ja in ständiger Entwicklung befindet).

Das kann dann dazu führen, daß sich trotz überwunden geglaubter Schulengläubigkeit bestimmte Realisationsformen einer Allgemeinen Psychotherapie zu einer neuen Therapieschule entwickeln.

Das Buch wirft viele Fragen auf, regt zur Diskussion an und sollte von jedem Therapeuten, gleich welcher Schule, zur Lektüre empfohlen werden. Angehörige von Therapieverbänden werden nicht in Begeisterung ausbrechen, aber wissenschaftliches Interesse und Redlichkeit, vor allem aber Verantwortung für den leidenden Patienten, um den es ja vor allem geht, verpflichten nach meiner Meinung durchaus zur Auseinandersetzung mit Gedanken dieses Buches.

*G. Sandermann (München)*

## Ankündigungen / Announcements

### *Tage der Klinischen Psychologie*

Titel: Notfallpsychologie  
Organisation: Bund Deutscher Psychologen, BDP  
Ort: Köln  
Datum: 2. - 3. September  
Information: Sektion Klinische Psychologie im BDP,  
Postfach 1309, 55003 Mainz  
Tel: 06131 / 233002, Fax: 06131 / 236066  
e-mail: gst@bdp-klinischepsycholog.org  
[www.bdp-klinischepsycholog.org](http://www.bdp-klinischepsycholog.org)

### *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 Reseort 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  
Lacation: Barcelona  
Date: September 6-9, 2000  
Information: Secretaria técnica-Mensa Molinos Relacions Pùbliques, Portal de l'Angel 4, 08002 E - Barcelona  
Tel.: +34 - 93 - 3016578, Fax: +34 - 93 - 3016578  
e-mail: mensa-molinos@bcn.servicom.es

### *Interdisziplinäre Tagung „Bindungsentwicklung und Bindungsstörung im psychologischen, medizinischen, sozialpädagogischen Anforderungsspektrum“*

Ort: Leipzig  
Datum: 14. - 15. September  
Information: Universität Leipzig, Institut für Entwicklungspsychologie, Persönlichkeitspsychologie und Psychodiagnostik  
Seeburgstraße 14/20, Leipzig  
Tel.: 0049 - 341 - 9735900, Fax: 0049 - 341 - 9735909

*15. Internationaler Kongreß für Hypnose*

Veranstalter: Milton Erickson Gesellschaft für Klinische Hypnose (M.E.G.)  
Titel: Moderne hypnose im Gesundheitsdienst  
Ort: Ludwig-Maximilian-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

*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>

*Konferenz für Humanstrukturelle Kinderpsychotherapie (Kinderzentrierte Familitentherapie)*

Leitung: Dynamische Psychologische und Psychiatrische Vereinigung  
Ungarn  
Thema: Familie, Kind und das Recht  
Ort: Tahi, Ungarn  
Datum: 20. - 22. Oktober 2000  
Information: Dr. György Körmendy, Ugró Gyula u. 17  
1046 Budapest, Ungarn

*10th Congress of the Association of European Psychiatrists*

Title: Growing Together in Diversity  
Location: Prague Cingress Centre  
Date: October 28 - November 1, 2000  
Information: AEP Congress Organisers (Kenes), P.O.B. 5006 Tel Aviv  
61500, Israel  
Tel.: +972 - 3 - 5140018/9, Fax: +972 - 3 - 5140077  
e-mail: AEP2000@kenes.com  
[www.kenes.com/aep](http://www.kenes.com/aep)

*Jahrestagung des Niederländisch-Deutschen Vereins für seelische und geistige Gesundheit*

Titel: Macht, Autorität und Einfluss: Wer hat etwas zu sagen in der Psychiatrie?  
 Ort: Psycho-Medizinisches Regionalzentrum „Vijrerdal“, Maastricht, Niederlande  
 Datum: 16. November 2000  
 Information: Medi-Science Lindemannstr. 28, 44137 Dortmund  
                  Tel.: 0049 - 231 - 521372, Fax: 0049 - 231 - 7213455  
                  e-mail: medi@medi-science.de

*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: spbininstb@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: Münchener Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.,  
Goethestraße 54, 80336 München  
Tel.: +49 - 89 - 539674/5, Fax: +49 - 89 - 5328837  
e-mail: lfi-muenchen@dynpsych.de  
[www.dynpsych.de](http://www.dynpsych.de)

## 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 Schmidt, 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)

Abonentenabteilung/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. Sylvéline Römis, 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 Kindergarten 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 author'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.

**Dr. Günter Ammon**

# **Der mehrdimensionale Mensch**



**Zur ganzheitlichen Schau von  
Mensch und Wissenschaft**

Zweite überarbeitete Auflage  
ca. 420 Seiten  
45 Abbildungen  
mit ausführlichem Glossar  
und Sachregister  
Paperback DM 34,-  
ISBN 3-922109-10-1

In einer Gesellschaft, die durch einengende Bedürfnisverbote den Menschen dazu bringt, ein freud- und beziehungsloses, von Routine und Zwang bestimmtes Leben zu führen, bahnt sich die Vision eines neuen Menschen an. "Der mehrdimensionale Mensch" ist das humanistische Konzept, das der Berliner Psychiater und Psychoanalytiker Dr. Günter Ammon in jahrzehnte-

langer Auseinandersetzung mit dem breiten Spektrum des menschlichen Potentials entwickelt hat.

Mehrdimensionalität bedeutet bei Ammon immer das Potential an konstruktiver Lebensentfaltung, das aus dem Einklang von Körper, Geist und Seele erwächst. Ein weiterer wichtiger Beitrag zum weltweiten Aufbruch zur Errichtung einer menschenorientierten Zukunft.

Günter Ammon (geb. 1918), Dr.med., Arzt für Psychiatrie und Neurologie, Psychotherapie, Psychoanalyse, ist Begründer der ganzheitlichen und humanistischen Dynamischen Psychiatrie. Als Präsident der "World Association for Dynamic Psychiatry" WADP, Bern, und Begründer der "Deutschen Akademie für Psychoanalyse", DAP, München, ist er an Lehr- und Forschungsinstituten in Berlin, München und in Südalien tätig.



**»PINEL« Verlag für humanistische Psychiatrie  
und Philosophie GmbH**

Kantstraße 120/121, D-10625 Berlin Tel. (030) 313 26 98 / Fax (030) 313 69 59