

Dynamische Psychiatrie

Begründet
von
Günter Ammon

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse

33. Jahrgang
5.-6. Heft 2000
ISSN 0012-740 X

Dynamic Psychiatry

Heft 184/185

PROBEHEFT

Aus dem Inhalt:

Modest M. Kabanov

Rehabilitation von psychischen Kranken und die Einschätzung der Lebensqualität – zur Frage der psychiatrischen Versorgung

I. Manor, Shmouel Tyano

Brain and Mind – Separated or Integrated

Martin Urban

Schizophrenia: Fatal illness or traumatising process? Observations on young patients – implications for theory and practice

Bernhard Richarz, Sylvelin Römisch

Vom Agieren zum Träumen – Entwicklungsprozesse in der stationären Gruppenpsychotherapie

Gabriele von Bülow, Werner Schütz, Bianca Schütz, Sylvelin Römisch

Humanstrukturelles Tanztheater – gruppendynamische Selbsterfahrung und therapeutische Effekte

»Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH Berlin

Dynamische Psychiatrie / Dynamic Psychiatry

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

33. Jahrgang, 5./6. Heft 2000, Nr. 184/185

Begründet von Günter Ammon,
herausgegeben von Maria Ammon unter Mitarbeit von
F. Antonelli, Rom – L. Bellak, New York – B. Buda, Budapest – I. Burbiel, München –
A. Carmi, Haifa – R. Ekstein, Los Angeles – Th. Freeman, Antrim – A. Garma, Buenos
Aires – F. Hansen, Oslo – I. Jakab, Pittsburgh – M.M. Kabanow, St. Petersburg –
M. Knobel, Campinas – A. Lambertino, Parma – U. Mahlendorf, Santa Barbara –
A. Mercurio, Rom – L. Miller de Paiva, Sao Paulo – K. Okonogi, Tokio – M. Orwid,
Krakau – J.F. Pawlik, Warschau – V.S. Rotenberg, Tel Aviv – D. Shaskan, Los
Angeles – J.B.P. Sinha, Patna – Y. Tokuda, Tokio – H. Volger, Berlin – T. Yamaguchi,
Tokio

Inhalt/Contents

Modest M. Kabanov

Rehabilitation von psychischen Kranken und die Einschätzung der Lebensqualität –
zur Frage der psychiatrischen Versorgung 371

I. Manor, Shmouel Tyano

Brain and Mind – Separated or Integrated 380

Martin Urban

Schizophrenia: Fatal illness or traumatising process? Observations on young patients –
implications for theory and practice 396

Bernhard Richarz, Sylvelin Römisch

Vom Agieren zum Träumen – Entwicklungsprozesse in der stationären Gruppenpsychotherapie 407

Gabriele von Bülow, Werner Schütz, Bianca Schütz, Sylvelin Römisch

Humanstrukturelles Tanztheater – gruppenspezifische Selbsterfahrung und therapeutische Effekte 423

Evgenij Losinskaya, Victor Wied

Individuelle und gesellschaftliche Ursachen für das Burnout-Syndrom. Ein internationaler Vergleich 443

Carlos R. Acosta Nodal

Extreme Regression in an non-psychotic Patient 449

Buchbesprechungen / Book Review 463

Nachrichten / News 466

Ankündigungen / Announcements 470

Rehabilitation von psychisch Kranken und die Einschätzung der Lebensqualität – Zur Frage der psychiatrischen Versorgung**

Modest M. Kabanov (St. Petersburg)*

During the last few decades the concept of rehabilitation has made certain progress in its development. The author, following the general recommendations of the Prague Meeting of Ministers of public health of East European countries held in 1967, defines rehabilitation as a system of interdependent dynamic (governmental, socio-economic, psychological, pedagogical and other) components aimed at restoring (preserving) the patient's (invalid's) complete or partial personal and social status. The paper presents the author's formerly described principles of rehabilitation which allow interpreting it not merely as the ultimate goal, but as a new paradigm — a system of the doctor's and his partners' thinking.

Rehabilitation is closely linked with the problems of compliance and stigmatization which, in their turn, are closely linked with the quality of life problems. The paper presents the data of a survey of 217 respondents ("people in the street") which allow assessing different variants of this complex psychological (and, in part, psychopathological) phenomenon. The study was carried out conjointly with Dr. G.V. Bourkovski. It is evident that the process and ultimate goal of rehabilitation are inseparably linked with the improvement of the quality of life and with public mental health care. The data of another study carried out together with Russian and foreign scientists present a situation in the assessment of the quality of life of 1179 patients with unrecognized depressions in 4 general-type polyclinics of St. Petersburg. The latter study was carried out with the use of the WHO instruments within the framework of international collaboration.

Der Begriff der „Rehabilitation“ ist in der Justiz seit vielen Jahren verwendet worden. In der Medizin fand er in der zweiten Hälfte des XX. Jahrhunderts eine breite Verwendung, aber wenig bekannt ist, dass es bereits im mittelalterlichen Spanien, zu Zeiten der Heiligen Inquisition, in einem der Klöster in der Umgebung von Salamanca bei der Behandlung der „Geisteskranken“ Maßnahmen durchgeführt worden sind, die heutzutage als Rehabilitationsmaßnahmen bezeichnet werden könnten (es war sogar ein solcher Begriff in Gebrauch).

Schon im XIII. Jahrhundert, in dem kleinen belgischen Dorf Guilles, pflegten die dort angesiedelten „geisteskranken“ Menschen die Selbstversorgung, ein Verhaltensmuster, das man heute als ein grundsätzliches Prinzip der Rehabilitation betrachtet. Die Tätigkeit der Vorgänger der Rehabilitation in der Psychiatrie, *Ph. Pinel*, *D. B. Tuke*, *J. Conolly* sind hauptsächlich den Spezialisten gut bekannt. Die Auffassung der Rehabilitation ist seit dem zweiten Weltkrieg in den angelsächsischen Ländern weiterentwickelt worden, obwohl es schon früher, am Anfang des zwanzigsten Jahrhunderts, *H. Simon* in Deutschland (Klinik Gütersloh) und *P. Sivadon* in Frankreich (Klinik Ville Evrard) die Wirksamkeit des Rehabilitationszu-

* Prof. Dr. med., Direktor des Bechterev Psychoneurologischen Forschungsinstituts, St. Petersburg, Russland, Präsident der WADP

** Vortrag gehalten auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie am 20.09.2000 in Aachen

gangs bei der Versorgung der psychisch Kranken demonstrieren konnten. Vieles ist in diesem Bereich auch von einem holländischen Psychiater und Soziologen *A. Querido* getan worden, der auf dem I. Weltkongress der Gesellschaft für soziale Psychiatrie in London (1964) die Relativität der Grenzen zwischen Vorbeugung, Behandlung und Rehabilitation betont hat.

Die Werke der englischen Psychiater und Psychotherapeuten *T. Main* und *M. Jones*, des Begründers des Konzeptes der „therapeutischen Gemeinschaft“, sowie von *J. Bierer*, des Begründers und des ersten Präsidenten der internationalen Gesellschaft für soziale Psychiatrie sollen noch besonders erwähnt werden.

Im Jahre 1967, während des sogenannten Prager Frühlings, fand in Prag eine Konferenz der Gesundheitsminister aus den Ländern des Warschauer Paktes statt. Dort wurde die Rehabilitation als ein dynamisches System von wechselseitig verbundenen staatlichen, ökonomischen, medizinischen, psychologischen und pädagogischen Komponenten definiert, das auf die Vorbeugung eines pathologischen Prozesses ausgerichtet ist, der zu einem vorübergehenden oder permanenten Verlust der Arbeitsfähigkeit führt, sowie auf eine effektive und frühe Rückkehr der Kranken und Behinderten in die Gesellschaft und zur gemeinnützigen Arbeit. Anders gesagt, das Endziel der Rehabilitation ist die volle oder partielle Wiederherstellung und Erhaltung des persönlichen und sozialen Status eines erkrankten oder erkrankenden Menschen.

Diese Definition, mit der wir völlig übereinstimmen, war unsere Richtlinie bei der theoretisch-methodologischen und praktischen Ausarbeitung des Konzeptes der psychosozialen Rehabilitation, das wir im Bechterew-Institut im Laufe von mehr als 30 Jahren durchgeführt haben. Die Prinzipien der Rehabilitation sind, unter Berücksichtigung des nosologischen Spezifikums, bei der Behandlung von verschiedenen Patientengruppen realisiert worden: schizophrene und affektive Störungen, Epilepsie, Alkoholismus und andere Suchtkrankheiten, Persönlichkeitsstörungen, neurotische und psychosomatische Krankheitsbilder, zerebrale Gefäßkrankheiten, kinderpsychiatrische, psychogeriatrische und neurochirurgische Erkrankungen.

Es muss betont werden, und wir haben es mehrmals in unseren Vorträgen dargestellt, dass bis heute keine Einigkeit in der Auffassung des Wesens des vielseitigen und dynamischen Prozesses der Rehabilitation besteht. Bei der Einschätzung dieses, mit der Lebensqualität des Menschen untrennbar verbunden Prozesses, dominiert eine Tendenz zum Reduktionsismus und zur Vereinfachung des vielseitigen Begriffes der „Rehabilitation“.

Am meisten ist die Auffassung von der Rehabilitation, als eine Wiederherstellung der bürgerlichen Rechte und der Arbeitsfähigkeit, als eine rationale Organisation des Alltagslebens, verbreitet. Das sind natürlich wichtige Aspekte der Rehabilitation, die aber nicht völlig deren Wesen und Endziel bestimmen. Man kann (und soll) dem Kranken oder Behinderten juristische

Rechte gewähren (zum Beispiel, die Möglichkeit, sich an einen Rechtsanwalt zu wenden), ihm bei der Arbeitsfindung helfen (die momentane wirtschaftliche Lage in vielen Ländern, darunter auch in Russland, macht es leider sehr schwierig), bei der Normalisierung des Alltagslebens unterstützen (zum Beispiel bei der Verbesserung der Wohnbedingungen, was, aus dem obengenannten Grund, ebenfalls nicht einfach ist) und dabei das erwünschte Endziel die Wiederherstellung des persönlichen und sozialen Status, das heißt, die vom Patienten selbst erlebte Besserung seiner Lebensqualität doch nicht erreichen. In einer Reihe der Fälle kann eine unbedachte Arbeitsanforderung, wenn persönliche und soziale Faktoren nicht ausreichend berücksichtigt werden, schwerwiegende Konsequenzen haben: Es kann zu einer mangelhaften Compliance kommen, mit entsprechenden Konsequenzen wie Rezidiv und selbstzerstörenden Verhaltensweisen (Suizid, Alkoholismus und andere Suchtkrankheiten).

Es gibt auch andere weit verbreitete Begriffsbestimmungen der Rehabilitation. Zum Beispiel wird sie als Optimierung der traditionellen Behandlung, oder noch öfter als deren Fortsetzung in Form der Nachbehandlung aufgefasst, unter Anwendung der an sich nützlichen physiotherapeutischen, psychotherapeutischen oder balneologischen Maßnahmen. Viele Spezialisten verwechseln Rehabilitation mit der Ausnutzung der Restarbeitsfähigkeit des Kranken (Behinderten). Wir glauben, dass die Rehabilitation nicht nur das Endziel (Wiederherstellung des Status des Patienten) sondern auch ein komplizierter, systemhafter Prozess, mit seinen eigenen psychophysiologischen und soziopsychologischen Parametern, ist. Aber in erster Linie betrachten wir die Rehabilitation als eine Methode des Zugangs zu einem kranken Menschen.

Von 1969-1972 haben wir die Prinzipien der Rehabilitation von psychisch Kranken ausgearbeitet, die auch für somatische Krankheitsbilder, unter Berücksichtigung derer Spezifitäten, brauchbar sind. Es gibt vier Prinzipien: Das erste Prinzip ist die Partnerschaft des Arztes und des Kranken, die eine Zuwendung an die Persönlichkeit des Patienten beinhaltet. Als obligatorische Bedingung für die Realisierung dieses Prinzips, ist das Bestehen eines vertrauensvollen Kontaktes in der Arzt-Patient-Beziehung und die Notwendigkeit des gegenseitigen Beistands zu nennen. Das zweite Prinzip ist die Vielseitigkeit der Bemühungen, Einwirkungen und Maßnahmen, die nicht nur, und auch nicht hauptsächlich auf den Organismus des kranken Menschen, sondern auf die verschiedenen Aspekte seines psychosozialen Wesens gerichtet sein sollten. Dazu gehört die Einstellung des Patienten zu sich selbst, seiner Krankheit, seiner Zukunft im Hinblick des Modells der erwarteten Behandlungsergebnisse, zu seiner Familie, Umwelt, Arbeitsstelle und zur Gesellschaft im Ganzen. Es ist offensichtlich, dass bei der Realisierung dieses Prinzips Hilfe von kompetenten Spezialisten notwendig ist, z. B. eines Psychologen, Sozialarbeiters, und manchmal auch eines Pädagogen, Juristen oder Priesters. Das dritte Prinzip der Rehabilitation ist die Einheit der biologischen und psycho-

sozialen Einwirkungen, die zugleich auf den Organismus, auf die Persönlichkeit und auf die Umwelt des kranken Menschen gerichtet werden sollten. Und zum Schluss das vierte Prinzip der Rehabilitation, die stufenhafte Vorgehensweise bei der Durchführung von sowohl biologischen (medikamentösen, physiotherapeutischen usw.) als auch insbesondere psychosozialen Maßnahmen. Zu den letzteren gehört vor allem die Einzel-, Gruppen- und Familienpsychotherapie, die Milieuthherapie, Beschäftigungstherapie und die Arbeitstherapie (Ergotherapie).

Man unterscheidet normalerweise drei Phasen der Rehabilitation, die medizinische, psychologische und soziale (berufliche). Wir ziehen es vor, die Anfangsphase der Rehabilitation als Wiederherstellungstherapie zu bezeichnen, die zweite Phase nennen wir Readaptation, und die dritte, die Abschlussphase, in der es um das Erreichen der Endziele geht, die Rehabilitation im eigentlichen Sinne des Wortes (zwei vorangehende Phasen sind quasi eine Vorbereitung dazu). Es gibt eine bestimmte Bevorzugung (und Verhältnis) bei der Anwendung der spezifischen biologischen und psychosozialen Maßnahmen auf jeder Etappe der Rehabilitation. Während der Anfangsetappe der Rehabilitation werden die Akzente im allgemeinen auf die biologische, und während der letzten Etappen auf psychosoziale Therapiemethoden verlegt. Eine besondere Bedeutung während der Abschlussphase wird der Normalisierung der Einstellung des Patienten zu seiner Krankheit und im Zusammenhang damit, der Stigmatisierung und den Problemen des Compliance, beigemessen.

Wir haben gemeinsam mit G. W. *Burkowski* eine Untersuchung über die Einstellung der Bevölkerung zu psychisch Kranken durchgeführt, die, wie bereits bekannt ist, viel zu wünschen übrig lässt. Es sind 217 junge Leute beider Geschlechter (Durchschnittsalter 26 Jahre) auf den Straßen in Sankt Petersburg befragt worden. Die Untersuchung wurde mit einem speziell dazu entwickelten Verfahren "Stigma" durchgeführt. Der Fragebogen enthält 119 Items in Bezug auf die verschiedenen Seiten des Lebens der Versuchspersonen, deren Einstellungen, Wertorientierungen und Gesundheitszustand.

Die Grundskala war bestimmt für die Messung der indirekten, projektionsbedingten Bereitschaft der Versuchspersonen psychische Kranke zu stigmatisieren (es sind hier 7 Items aus dem Fragebogen von *Link* enthalten). Die Ergebnisse der Untersuchung haben eine ziemlich komplizierte Charakteristik der Einstellungen der „Menschen auf der Straße“ zu psychisch Kranken erwiesen. Es sind drei relativ voneinander unabhängige Motivationsquellen zur Diskriminierung der psychisch Kranken festgestellt worden. Die erste Quelle der Stigmatisierung (mehr typisch für die Frauen) entspricht dem Bedürfnis der Befragten, zufriedenstellende Lebensverhältnisse zu bewahren und der Angst vor Einmischung von Personen mit normabweichendem Verhalten in dieses Leben. Für die Personen mit solcher Motivierung ist eine positive Lebenserfahrung typisch, der Standpunkt, dass die Mehrzahl der Leute mit ihrem Leben zufrieden sind

und die Unduldsamkeit gegenüber den Menschen mit abweichendem Verhalten. Die zweite Quelle entspricht dem Bedürfnis der Befragten, das notwendige Niveau des sozialen Funktionierens zu bewahren und der Angst vor der Entstehung von kognitiven Störungen bei sich selbst. Für die Versuchspersonen mit solcher Motivierung ist die Vorstellung typisch, dass psychische Erkrankungen ansteckend sind, und dass die kognitiven Störungen eine wichtige Rolle im Krankheitsbild spielen. Die dritte Quelle entspricht dem Bedürfnis der Befragten, ihr emotionales Gleichgewicht zu bewahren und der Angst vor einer emotionalen Krise. Für solche Versuchspersonen ist eine negative Lebenserfahrung typisch, das Vorhandensein einer eigenen psychischen Vulnerabilität, die Tendenz psychosoziale Faktoren als Ursachen der psychischen Erkrankungen zu interpretieren, die Tendenz, psychische Krankheiten als emotionale Störungen anzusehen und das Anerkennen des Vorhandenseins der positiven Aspekte des „Wahnsinns“.

Das von uns vorgeschlagene empirische Modell der Stigmatisierung zeigt, dass verhaltens-, kognitiv- und emotionalbedingte Schwächen bei den durchschnittlichen Menschen deren Tendenz zur Stigmatisierung der psychisch Kranken determinieren. Das heißt, das Phänomen der Stigmatisierung ist ein komplizierter Prozess, der unter anderem eine spezielle Ausbildung des medizinischen und psychologischen Personals und auch die Aufklärung der Bevölkerung mit besonderer Beteiligung der Massenmedien erforderlich macht (wir haben in unserer Studie die Untersuchung der Autostigmatisierung absichtlich außer Acht gelassen). In einer Gesellschaft, wo die heilsame Wirkung der Behandlung durch Kurpfuscher und Wunderärzte in Massenmedien über alle Maßen angepriesen wird, wo die Kurpfuscher sich bereit erklären, mittels nur einer Sitzung den Patienten von den verderblichen Folgen des „bösen Blicks“ oder der Alkoholabhängigkeit zu befreien, wo in der Presse und im Fernsehen solche Bezeichnungen wie „Verrückte“, „meschugge“ und „Irrenhaus“ üblich sind, ist es schwierig, die Fragen der Compliance und der Stigmatisierung zu lösen. Die Aufmerksamkeit der Bevölkerung für Parapsychologen und Kurpfuscher ist grundsätzlich durch das mangelhafte Vertrauen in die offizielle Medizin zu erklären, sowie durch die teilweise richtige Vorstellung, dass die Behandlung bei „Kurpfuschern“ mit weniger Gefahr durch Stigmatisierung behaftet ist. Die Angst vor den psychisch Kranken nistet sich oft in Bereichen des Unbewussten ein, so dass deren volle Überwindung in den breiten Schichten einer sogar zivilisierten Gesellschaft kaum wahrscheinlich ist (was nicht bedeutet, dass die Neutralisierung oder wenigstens Minderung dieser Angst nicht angestrebt werden sollte). Es soll hierzu eine Studie erwähnt werden, die 1969 von *Malachow*, einem anderen Mitarbeiter unseres Instituts, durchgeführt wurde. Er hatte über 200 Studentinnen der Pädagogischen Hochschule von St. Petersburg untersucht. Man konnte bei der Mehrzahl der Befragten eine argwöhnische (negative) Einstellung zu psychisch Kranken feststellen. Eine eher positive Einstellung zu psycho-

tischen Patienten zeigten diejenigen Versuchspersonen, die psychisch kranke Angehörigen oder Bekannten gehabt hatten.

Die Wichtigkeit des Problems der Stigmatisierung für die Rehabilitation von psychisch Kranken ist eindeutig. Dessen Lösung hat manchmal eine entscheidende Bedeutung. Die Einstellung zu den „irrsinnigen Menschen“ ist in verschiedenen kulturellen Verhältnissen mit bestimmten Traditionen unterschiedlich. Es gibt Beispiele einer positiven Einstellung im mittelalterlichen Russland, oder die Einstellung der Eingeborenen zu den sibirischen Schamanen oder den afrikanischen Zauberern (die letzteren sind, nebenbei gesagt, von *Albert Schweitzer* zur Arbeit in seiner Klinik in Gabon herangezogen worden).

Am Anfang des 21. Jahrhunderts, mit den Fortschritten in der Raumfahrt, des Internets, der Biologie, Genetik und Medizin, sieht die sichtbare oder verdeckte Scharlatanerie in der Wissenschaft betrüblich aus. Dies trifft besonders auf die Humanen Wissenschaften zu, wo diese Sachlage von einer tiefen Geisteskrise und von der Suche nach nicht adäquaten Lösungen der kognitiven, emotionalen und Verhaltensprobleme zeugt. Es soll noch der wachsende Einfluss der religiösen Sekten und rechtsradikalen Elementen erwähnt werden, die ähnlich wie Kurpfuscher zur Schädigung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung beitragen.

Dies macht verständlich, warum die Weltgesundheitsorganisation das Jahr 2001 zum Jahr der psychiatrischen Fürsorge erklärt hat. Sehr viele für den Wohlstand ihrer Länder verantwortliche Personen (sog. Very Important Persons) haben leider eine mangelnde Einsicht in die drohende Gefahr der sich nähernden Lawine der manifesten und larvierten psychischen Störungen, einschließlich aggressiver und selbstzerstörerischer Verhaltensweisen. Heutzutage kommt deshalb der Untersuchung der Lebensqualität in allen Bereichen des Gesundheitswesens eine außerordentlich große Bedeutung zu.

Im Laufe der letzten drei Jahre haben wir gemeinsam mit *A. S. Lomatschenkow* (Bechterew Psychoneurologisches Institut) und *D. Bushnel* (The Health Studies Corporation, Seattle, USA) Untersuchungen zur Lebensqualität von Kranken mit nicht diagnostizierten Depressionen in allgemeinmedizinischen Praxen durchgeführt. Es sind 1179 Patienten untersucht worden, die in vier allgemeinmedizinischen Polikliniken in St. Petersburg behandelt wurden. Bei 40% dieser Patienten sind depressive Störungen von unterschiedlichem Schweregrad diagnostiziert worden, darunter schwere Symptome der Depression bei 15% der Patienten (laut der Literaturangaben werden in 20 bis 80% aller depressiven Störungen nicht diagnostiziert). Es muss betont werden, dass 65,4% der Patienten mit leichteren depressiven Symptomen und 76,3% der Patienten mit endogenen Depressionen auf die Unmöglichkeit verwiesen haben, die Behandlungskosten zu tragen. Es ist bei dem Vergleich der drei Patientengruppen (ohne depressiven Symptomatik, 529 Patienten, nicht endogene Depression, 136 Patienten und endogene Depression, 173 Patienten) festgestellt worden,

dass die Patienten der letzten zwei Gruppen, im Vergleich mit der ersten, ein signifikant niedrigeres Niveau des Selbstempfindens, der Lebensqualität und der sozialen Funktionen gezeigt haben. Diese Patienten konsultierten häufiger Ärzte, waren länger krankgeschrieben und stationär aufgenommen, wobei endogen depressive Patienten die niedrigste Kennziffer gehabt hatten. Diese Untersuchung an einer beträchtlichen Anzahl von Patienten, die an allgemeinmedizinischen Polikliniken in einer Großstadt behandelt wurden, zeigt die Notwendigkeit einer größeren Aufmerksamkeit der psychiatrischen Versorgung, nicht nur von Seiten der Psychiater. Viele ökologische, demographische, ökonomische u.a. Probleme der Menschheit sind mit der psychischen Gesundheit der Bevölkerung eng verknüpft. Damit ist der intellektuelle, emotionale und moral-ethische Zustand der Menschheit verbunden. Die psychiatrische Gesundheitsfürsorge ist eine der wichtigsten staatlichen Aufgaben, die nur durch die Bemühungen vieler Länder gelöst werden kann. Die WHO und einige internationale Gesellschaften (Internationale Gesellschaft für Psychiatrie, Internationale Gesellschaft für psychische Gesundheit, Internationale Gesellschaft für soziale Psychiatrie, Internationale Gesellschaft für psychosoziale Rehabilitation usw.) versuchen schon längst, die Aufmerksamkeit von Regierungskreisen auf die tragische Situation der psychischen Gesundheit der Welt zu lenken. Der Erfolg dieser Bemühungen ist bis jetzt sehr bescheiden. Möglicherweise wird das Jahr zu Beginn des neuen Millenniums, das von der WHO zum Jahr der psychischen Gesundheit erklärt worden ist, die Situation verbessern und wir alle, Ärzte, Psychologen, Soziologen, Pädagogen, Juristen, Künstler, Journalisten und Priester werden imstande sein, einen wesentlichen Beitrag in diese Richtung zu leisten. Denn es ist wichtig, nicht nur die Jahre zum Leben, sondern auch das Leben zu den Jahren hinzuzufügen. Dies scheint heutzutage zu einer unbestrittenen Wahrheit geworden zu sein.

Rehabilitation of the mentally ill and their quality of life assessment - On the problem of mental health care

Modest M. Kabanov (St. Petersburg)

In the second half of the XX. century the term of rehabilitation was widely used. Already in the XIII. century the psychiatric sick in the Belgian village Gilles used to be self-sufficient. Behavior is one of the fundamental principles of the rehabilitation. Pioneers of the rehabilitation are: Ph. Pinel, D. B. Tuke, J. Conolly, H. Simon, P. Sivadon, and A. Querido, who pronounced the relativity of the borders between prevention, treatment and rehabilitation at the 1. world congress of the Society of Social Problems in London in 1964. T. Main and J. Bierer, the founder of the International Society of Social Psychiatry were significant too.

During "Spring of Prague" in 1967 there was a conference of the ministers of public health of the countries of the Warsaw Pact. They defined

rehabilitation as a dynamic system, in which public, economical, medical, psychological and educational components help to avoid the loss of the ability to work and to make it possible for the patient the return to society and non profit work. The aim of the rehabilitation is to restore and preserve the social and personal status of the sick persons. The definition corresponds to the concept of psychosocial rehabilitation and is used in the Bekhterev Research Institute for 30 years.

There are different views about the meaning of the concept of rehabilitation. Mostly it is used as the reachievement of the ability to work and of a rational structure of daily life. But it is possible, that sick persons returned to legal rights, helping them by the seek for a job and a flat (what is now difficult in Russia) and trying to normalize their everyday lifes without restoring their social and personal status. It is possible that without the consideration of personal and social factors a recidivism of the illness and autoaggressive actions (suicide, alcoholism) will be produced. Often rehabilitation is used as a follow-up treatment in the form of physiotherapeutic or hydrotherapeutic measures. Rehabilitation is not only the ultimate goal of the social and professional integration but is also a method of getting in contact with sick persons. From 1969 –1972 we found 4 methodical principles. The first principle is partnership between the doctor and the patient. This means care for the personality of the patient and a confidential relationship. The second principle is the complexity of the efforts for the different organic and psychosocial aspects. The third principle is the unity of the biological and psychosocial aspects. The forth and last principle is the gradual action by the biological and psychosocial measures.

Normally rehabilitation is divided into 3 phases: the medical, mental and social phase. We prefer the subdivision of rehabilitation into an initial phase, which include the restoration, a second phase of readaptation and a third phase with the purpose of realization of the ultimate goal. At the beginning medical measurements are more important, whereas the mental measures gain importance at the end. During final phase the normalization of the patients view of his sickness and the problem of the stigmatization are important. Together with G. W. *Burkowski* we made a survey of 217 young people about the problem of stigmatization of mental disease. We found 3 sources for discrimination. The first source (more typical for women) was people's fear that persons with deviate behavior could threaten their own satisfying life-situation. The second source is the fear of cognitive disturbances, joined with a loss of the social function. The imagination of these persons is dominated by the importance of cognitive disturbances by mental diseases and by the idea that the disease is infectious. The third source is the wish to maintain the own unstable emotional equilibrium. For this group a negative experience of life, an own mental vulnerability and the willingness to look at mental diseases as an emotional disturbance, is typical.

Because of the importance of these processes for the health of the sick, it is necessary that the medical personal is trained and the population is

informed. In a society where mass media report about wonder doctors, who claim successful healing from the negative consequence of evil eyes and from alcoholism in only one meeting, it is difficult to achieve a change in the attitude to mental diseases. The attention which the population and the mass media pay to wonder doctors and parapsychologists is founded on the mistrust of medicine.

As the negative attitude towards people with mental disorders is embedded in the unconscious, no unprejudiced behavior can be expected by the population. A survey with 2000 Students at the University of Education in St. Petersburg by *Malachow* (1969) showed that most of the persons questioned had a suspicious attitude towards people with mental disorders. People with sick relatives showed a positive attitude. Because of these frequent prejudices it is important that the year 2001 will be proclaimed the Year of Mental Diseases by the WHO.

In studies about non-diagnosed mental diseases in surgeries of general medicine during the last 3 years *A. S. Lomatschenkow* and *D. Bushnel* found that 40% of the patients questioned suffered from depressive disorders. 15% had severe depressive disorders. The depressive patients showed a significantly lower state of self-confidence, quality of life, and social functioning. These people were more often noted for illness, went to a doctor and were treated in a hospital. This examination showed the necessity of a more intensive consideration of mental diseases. Possibly the consideration of the importance of mental diseases will be improved with the proclamation of the first year in the new millenium as Year of the Mental Disorders. Because it is important that we do not add only years to life but add life to the years.

References at the author

Address of the author:

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

Brain and Mind – Separated or Integrated?

I. Manor, Shmouel Tyano (Petah-Tiqva)*

The following study compares the connection between brain and mind with the connection between psychotherapy and psychopharmacology. Based on the thesis that human being is not only his surrounding creation nor his genetics exclusively, but a synthesis of the different elements contained in its creation, the authors criticize the usual way to analyse by scientific means as using only one tool at a time. This linear way of thinking can even not explain most phenomena in the human nature. The authors believe that the globular way is the more effective way to grasp the humane. The globular way is governed by probability rules and is multi-dimensional in its shape, as pointed out in this paper.

Introduction

The connection between Psychotherapy and Psychopharmacology is a sample, or a mere expression to a broader and more global conundrum of the connection between the brain, or the mind in its organic perspective, and the psyche. It is the choice or the comprehension of the existed gap between the linear view and the globular one. When we wonder: Is it possible, that one whole integer can emerge out of these two different worlds? We actually ask whether to much in the limits of the bear thinking, the convenient route, but not the real one in our point of view, or alternatively, to choose the globular thinking, which is the much harder., but enables inclusion of many worlds into one synthesis.

The medicine emblem was, since *Asclepius* age in ancient Greece, the serpent. Since ancient times the serpent had two roles, that symbolized the medicine two facets. On one hand, the serpent symbolized by its venom which it's refining enables producing drugs with its widespread uses, sometimes lethal. On the other hand, the serpent had a mystic significance all over the ancient world. It is demonstrated by the fact, that the serpent in Ancient Greece was the sacred animal of *Asclepius*, God of Medicine, whom to its temple people came to dream "healing dreams". These dreams were introduced to the priests who were dream diviners and used them for cure, the ancient times analytic tool.

This conception of the serpent as the medicine symbol with its variant implications represents well the synthesis, as we see it, between psychotherapy and psychopharmacology, between brain and psyche. Since the days of *Asclepius* till nowadays synthesis is the intellectual operation whereby we collect elements of knowledge about a specific area and organize them into a coherent, structured, homogenous system. It is more than the development of two parallel systems, each of which maintains its independent philosophy, basic theory and technics, or even a comprehensive system

* M.D., Prof. of Child and Adolescent Psychiatry, President of the Israel Psychiatric

wherein both schools of thought are complementary. To determine when and how drugs should be added to psychotherapy and when and how psychiatric symptoms are better treated by psychopharmacology, we seek the point of merging, the point where the two disciplines fuse into one, much like the synthesis of electrical signs produces sound on a synthesizer. Therefore, we suggest that the joint between these two worlds does not exist in the modus of two parallel lines, never to be met, but in the way of coalescence and synthesis. As synthesis, from its nature, is composed of two integers who are intermingled and transformed into another new integer, more than once bigger than all its ingredient together, therefore, we add the procreating factor to the equation - the part that enables more development beyond the static supplement of each one.

The existing psychiatric concept is a linear one. It links between two factors by the cause and effect relation. The advantage of this conception is in its clarity while its weakness, according to our view, is in the distortion and flattening emerging from the linear concept compulsion on every round and deep case. The search for lineal connection between factors is a need of the human thinking and not necessarily a genuine nature's expression. Moreover, as this conception causes simplicity, it inescapably distorts the image in a way of flattening a three-dimensional embossment to a two-dimensional map, which deforms and crooks its shape. The transition to a globular and multi-dimensional world-view characterizes currently many fields of science, such as mathematics and physics. In this way has been developed the probability theory and the quantum theory. The implication of these theories to psychiatry is that the dimmer outlook may seem less "scientific" in the simplistic way, but maybe more meaningful and valuable in prognostication of complicated and sophisticated systems that organizes themselves. An interesting example to the possible link among these different fields - physics and psychiatry is the time experience. Time in modern physics is not any longer a lineal factor that moves persistently from the past to the future. Vice versa, one physical conception deals with the time experience as a wanderer from the future to the past, in a way that events from the future impresses the past. This conception is well integrated exactly so with the Freudian analytic theory, which according to it the childish traumas happen postfactum (*Freud, 1918*). Meaning, they cause to be a part of sequence of events until any future event causes regression and turns a certain event of the sequence to traumatic.

Considering the integrating ability between modern physics and analytic psychotherapy, we would suggest a similar conjunction trial within the mind-psyche world, which might be seen more ambitious, the conjunction between the "biologic-organic" psychiatry and the "dynamic" psychiatry world. A sizeable difficulty exists in combining these two concepts, which were in a ceaseless conflict since their first days and are apparently seen so remote from each other. Still, to our view, these two concepts not only share the same square, but have mutual dependence, and possibly without

separated power of exist. As to outlook, each of them cannot be abolished or denied, or even neglected, as we deal not with an approach, but with an integral and fundamental part of a whole.

The whole means the psychological whole and thereby the therapeutically whole. Therapy, to the medical point of view, so much the more to the psychiatric one, constitutes the arrowhead and the windup of our entire comprehension of the patient. Therefore, there is a logical failure, or even more than logical, in the attitude that reads comprehension as "dynamical", while the care is medical - or vice versa, the comprehension is organic, but the "placebo" concept is significant.

We bring to this discussion several theories presenting the connection between the two therapeutic methods and thus between the two whole world-views. We suggest that the therapeutic process should also be grasped as a synthetic one, which is globular without the practicality of cause and effect relation. It is dealt with two or more factors (probably plenty of factors, when it comes to the human mind). They merge themselves in an integrated connection, where promoters and negatron factors add and subtract, nobody knows where one ends and the other one emerges, and the whole may be more, or less, than the sum-total of all its constituents.

The classical theory

Ostow (1954) was the first to try linking psychopharmacological clinical data with analytic assumptions. Ostow connected between clinical findings, such as: Extra-pyramidal influence of psychopharmacological drugs, motorial changes in affective patients, neurophysiological researches, and basically commitments to the analytic outlooks, the topographic as well as the energetic. This work, despite its weaknesses, is important in its effort to describe the reciprocal connections between medicine and personality. The worry pronounced by Ostow was the fear that broadening the theory and practice scope would cause eventually the analytic method basis undermining.

We suggest, that this view is problematic, since this apprehension might ease the exclusion of psychoanalysis from science.

According to *Kandel* (1999), percipience of the unconscious, psychotherapeutic influence on the mind, and more issues will be significantly inspired by the biological research and will turn to be the main research of the 21st century. In the subject of integrating psychoanalysis and psychopharmacology, according to *Kandel* view, the dialogue between biology and analysis is important to read the mind's functioning mode. Kandel claims that we deal with three fields (neurobiology, analytic, and cognitive) which are overlapping but not alike. Biology role is to illuminate specific directions through its demanded preciseness and inflexible way of thought, as well as through the analysis profundity it enables. Among these

directions we find heredity and genetics, the cell structure, the development of the body and the mind scheme. The analysis intensity is latent in the complexity and sonority of the issues it deals with, and thus it can be an important guide to sophisticated comprehension of the link between mind and psyche.

We believe that this theory uses same terms for two different matters. The question is, when it comes to two different voices and two remote relationship fields, is it right to use conjunction methods with no link or conversion between one field to another. An attempt to operate in additional dimension might enable enough "space" for the distinct existence of the other fields. In our opinion, a transfer of linear connecting lines is built here, which because of the need for clarity it might be caught as constrained. This grasp is problematic as it flattens the third dimension (probably the unknown dimension), that might connect between these fields and let them hold a significant area without losing their unique value. We suggest the perspective of globular comprehension of such integration between these domains. It enables free motion between the different domains, although it is less obvious and needs using three-dimensional "glasses". This view can be found at *Globus* and *Arpaia* theory (*Globus, Arpaia*, 1994).

The globular concept

These researches deal with the cognitive science, as it is on the lean line between artificial intelligence and the science of the brain, cognitive psychology, languages and the mind philosophy. The meaning of the non-linear conception is the comprehension of unstable behaviors, which are very much exquisite to tiny changes. According to these researchers conception, in contrast to the lineal conception, which regards the brain as a computer, the brain is a sophisticated system, which is able to present chaotic behaviors. Meaning, it is a system which although it seen random its basis is determinate, but the reaction intensity is not related to the effect intensity. The non-linear model exploits a visual spectrum to describe the system behavior, when the system evolution through the time shows a line or a rout along a topological area from the visual spectrum. The topology is set upon a restriction set, external and internal, on the system development. The system has got tendency to self-organizing; a tendency that is responsible to the restrictions eventually imposed upon its topology. The new dynamic uses a visual spectrum, which its dots show dynamically all its possible situations. This space is multi-dimensional and it is called therefore "hyper-space". It is a mathematical space that cannot be shown visually. Each variant is represented as a dimension within the hyper-space.

The situation is defined as the entry of each variant in time - t . This state will be presented as a dot in the hyper-space. When we talk about representation of neutron systems, activation of each neutron in the net gets

dimension. And so, the state of each neuron will be represented by innumerable dots all over the N variants, and the system development in time follows a course in the hyper-space. The limitations of the systems include also the input - output. Another limitations are the inter-synaptic connection. The limitations induct the topology and tune the selected course when the topology framed by all the most possible situations, in which the system would move accordingly. Thus, in a given inceptive point and under given restrictions, the most possible situations, and therefor the stable ones, exist. We call them *Attractants*. On the other hand, the unstable and unreasonable situation, called *Repellers*, also exist. Between these two edges the courses in the system move. While the attractants enable maximum limitations fulfillment, the hyper-space topology shows the fulfillment level. In addition to the aforementioned, there is also a restriction modulation - *Tuning* - from time to time.

The information flow in the nervous system depends on the number of the interactions in the system, and the interaction limitations set the distinction between apparently equal neuron masses. The limitations might be fixed, by genes for instance, or tunable, as for example, by releasing classical transmitter in low frequencies and correspondingly another neuron-peptide in high frequencies. The released transmitter nature is a most important limitation, as it is tunable and leaving no trace. The tuning enables streaming changes to occur, so that all the system stays dynamical and flexible. The limitations create the dynamical system's development shape, as it spontaneously organizes itself in unexpected way. The brain is built in a way that it tunes itself its limitations in accordance to the entry of its input from the system, or alternatively, by outer stimuli - outer stimuli might also invoke tuning. The hyper-space topology fluctuates upon the modulation alterations, meaning that the brain is a dynamical system, which tunes itself not with rigid rules, but through the modulation of the limitations. The self-modulation equips the brain with auto-dynamical attribute, namely, the brain invigorate its own development by its self-modulation.

This is a key point to understand the brain function non-linear theory. In contrast to the computer which is outer organized by the programmer the brain organizes itself. There are many conditions in the limitation suppliers and the net organizes itself unexpectedly to one of these conditions. The nerve webs own also repetitive recurrence ability. The more the system is sophisticated, when each web is a net of nerves and possesses its own super-format, so its recurrent quality is able to create a system that rewrites and duplicates itself. According to the writers opinion, the varied condition of this super-dynamic web with its dynamic components, through streaming according to the course in the hyper-space, which is unconscious and run independently and paralleled, is analogous to the varied state of the conscious.

According to the accepted biological psychiatric concept, the assumption is that something is disrupted chemically, so the right therapy is

pharmacological. The psychiatry comprehension in the non-lineal system frame reads that psychotropic drugs improve the encephalic tuning, but do not "cure the brain". The cerebral *modus operandi* limitations are altered in a state of sickness, so these lanes create behaviors that reflect the varied diagnosis. According to this concept, mental illness is primal mental disorder of drive tuning, affective and cognitive alike. Pharmacotherapy improves the tuning and behavioral therapy matches adapted limitations, in an outer conduct of the cerebral tuning. The interpersonal therapist (dynamical) transfers through lingual means and so, eclectic therapy influences different fitting and adjustment mechanisms.

For example, in manic-depressive state, the idea is that it is a three-track array - motor activity, affect level and energy. The system which glides to limitation fulfillment states, will be fitted to these three dimensions. A person, who suffers from major depression, shows hard vegetative signs and will place himself in a low motor activity and negative affect zone. A person, who suffers from bipolar disorder, shows both sides, when the transfer from one state to another of depression and euphoria, will consume less energy.

The spontaneity, the system inability to prognosticate and self organizing, remind indeed very much the human nature and compensate the difficulty in transferring from one way of thinking to another. It is very easy, for instance, to match the gap between input to output from the point the primal interaction intensity mother-child and the attempt to determine durability.

Hence, accepting the non-lineal concept means, at the same time, that we are disable to capture precise and full image concurrently. In order to be captured unaffected, the picture cannot be seen wholly, but distorted and fractionally, and imagination is needed for completion, as the conjunction between two different fields is anfractuouse and complicated. Moreover, the joining implication might be coalescence and a formation of a third part from the binding point of the two.

Clinical considerations

In order to show the synergistic, concept of the relations between mind and psyche, particularly between psychopharmacology and psychotherapy, we present a common disorder in children and adolescence psychiatry, namely Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD). The child world fits particularly to demonstrate the synergistic concept, as in these ages, the synergistic connection between the three routs – biological, psychological and social - is conspicuous. The child is a more globular being, as from the start, his gestation period and his birth, his creation is derived from all the routs and create utterance in all of them. The creation is a mixture of physical, social and psychological nets, which mingles inside many different issues, e.g., fecundity, physical health, a wish for a child, peer

pressure, use of aids (and its causes), contraceptives forgetfulness (and its causes), etc. During pregnancy, many areas are affected by the child existence, still an imaginary, but already a real living embryo, and together also the recurring effects on the child are multiplied. Upon the birth, he is already born into a loaded and exciting texture, with all the physical effects of the birth along with the emotional, social and environmental ingredients surrounding him. Any attempt to separate between them is destined somehow to fail. Their mutual effect is so immense that their proportional influence can be measured only by the correlation mean. Meaning that we have no obvious way to determine post-factum the absolute importance of any factor of the child development, only to indicate its relative value. For instance the importance of genetic in relation to the social effect importance, with certain disturbances. It should be mentioned that there is a heated argument even about the relative effects in considerable part of the disturbances and deviations. A debate that may exemplify it is the question of intelligence - heredity or environmental.

An interesting example of the utility of synthesis between the organic and the psychological is Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD). This syndrome deals with the concentration ability, but its borders are actually quite vague. The uniqueness of ADHD starts already in its name, mainly in Hebrew when it is called Attention and concentration disorder. Are really, attention and concentration the same? We suggest that attention can be defined as the concentration organic component, namely, the part that enables the concentration development physically. Yet, concentration is not attention and is not organic in human being as a whole and in children particularly. Concentration is the recapitulative total of all the cerebral activities, but also of all the mental, emotional and environmental states, that facilitate us to sit quietly and receive. Hunger, weariness, languor, sorrow, motivation and interest affect the concentration for instance. Thus, any interruption dealing with it should clear its borderlines. Apparently, as it already published, ADHD is an organic disorder with all it implies. This disorder source is in a minor brain damage. It is shown in neuroanatomical researches (decrease of volume in the right frontal lobe as a whole and in specific nuclei specifically) (Swanson 1998) neurophysiological researches (relative decrease of the oxygen and glucose consumption in concentration compared to healthy children) (Cantwell, 1997), and neurochemical researches (decrease of dopamine secretion by the presynaptic cell and its consumption by the postsynaptic one) (Cantwell, Swanson). It is worthy of note that according to Globus and Arpia concept, the participation of a sub-system in the hyper-space function depends on two components: Input and attention. Whether the stimulus is located inside the system range or not, and if the attention is directed to the same system, then it will be participated. Therefore, attention mobilizes sub-systems to take part in super-net. Presuming that there is an interruption in the attention concentrating towards specific sub-systems, then the visual

memory system does not function well inside the super-net, it as in the calm sitting ability. They all are sub-systems in the learning-experience hyper-web, which is inside the consciousness super-net. This can explain the difficulty of attention disturbance in little bit more three-dimensional mode, although it insinuates also of existence of other subsystems that might not take part too. According to *Globus* and *Arpaia* (1994) the brain adjusts by itself the nets through chemical neurotransmitters. This reminds us the connection between ADHD and dopamine, and arouses the query: Does the disturbance in this internal tuning caused by one of the problems in the super-systems of these children?

Beside this biological concept exists the analytic-psychological concept, that ties the attention disorder with lack of emotional succession in the mother-child connection and disturbance in the object relationships, which causes the child inability to achieve object constancy.

Beyond the controversy between these two concepts, the child who suffer from attention disorder, presents something separate and bigger than the lack of dopamine in states demanding concentration. Parallely, it is not explained sufficiently by the lack of emotional continuity experience. One of several indications to this is the only partial efficiency of sporadic treatments, e.g. Ritalin as a sole therapy to deal with the whole attention disorder phenomenon. On the other hand, if we consider the attention disorder as existing in the globular world of mind-psyche synergism, even if a primal minor neurological damage does really exist, the emotional and social developments of the child with this damage is not less important than the "organic" attention disorder. The contacts with the surrounding, the parental acceptance (or unacceptance), the experience of the self-image and the physical-image that grow and develop in the child, all of these might lead to much more severe damage than the primal minor damage. It can be compared to the pearl formation. Penetration of varied stimuli into the shell cause petrification layers around the primal damages. The same happens with the child's primal minor damages, organic or psychological. It occurs through development of growing circles of damage (or petrification) on the self-image, the academic and the social functioning, which might severely reflect in the future on broad areas e.g. motivation, self-control, emphatic ability and so forth. The importance of psychological development aspect in attention disorder is demonstrated in children who had "recovered" from it at adolescence. It is known that third of the children stop suffering from ADHD at adolescence in the sense that the attentive ability achieves normal levels. This maturing ability can be evaluated through several examinations, such as CPT. Yet, part of the children that were diagnosed as suffering from ADHD and "recovered" from it, continued still to suffer from all its phenomena, without disturbance in the attention itself. This means that they continue to be bad students, they have difficulties to concentrate in the classroom, they are unmotivated, their self-image is lowly and they have social interaction difficulties. Eventually, they are taken out of the school

setting, in spite of their normal attention ability. As to say, the attention has been improved, but the concentration remained damaged, as an expression of problematic totality, which most of its ingredients remained damaged.

This comprehension, an outcome of our concept, leads us to the therapy recommendation, which is indeed the most acceptable today in the professional literature, regarding multi-dimensional treatment. Taking care of the ADHD should include psychotropic drugs, because of its basic organic component, which cannot be ignored, but it is very important to combine it with psychotherapy. Psychotherapy should include at least working with the parents (guidance and providing know-how as well as working on attitude and approach to the child) and behavioral therapy. In many cases, mostly when dealing with adolescents, adding dynamic individual therapy should be considered, in order to work on the self-image and the damaged emotional segments. Therefore, the keyword in ADHD therapy is individuality, fitting of the individual child therapy and constructing its components according to the child exclusive needs. The child distinction is reflected in his needs and difficulties more than the minor organic damage, which is apparently homogeneous. Therefore, each child presents one and unique picture, which characterizes him solely and the "super-net" where he lives, which belongs to him exclusively.

Conclusions

The individual distinction is an expression to the endless potential of the seed and the ovule in addition to the changeable surrounding. Human being is not only his surrounding creation and not his genetics exclusively, but also the expression of many complicated elements, so that the individual is eventually "in fate's hands". Beyond the possible philosophical discussion in this point, the practical outcome of this conception is that we should approach everyone regarding to his specific personality by understanding the profound complexity between mind and body and between environment and heredity. Therefore, there are no "magic words" and there is no complete option to infer from one to another. The alternative is always limited and bound to the theory of probability, as it can be concluded, for instance from the quantum theory, another scope that deals with the globular and not in the linear.

The development of mankind might be compared to a spiral, where each personal course of life is a small additional ring. This ring or this course of life starting-point starts in the womb and thus, the experience and the effect start in the motion: embryo → placenta → womb → mother. This motion is multi-dimensional, as it moves between the objects (interpersonal) through varied junctions, as well as inside them (intrapsychic). This is true for certain for the mother and becomes true also for the embryo. The set mother-embryo is dynamical and we propose to refer to it as a globular one. The mother, who experiences varied feelings toward her embryo, goes

through several shocks and different outer experiences. She secretes chemicals that are carried to the embryo through the placenta. We may in this context refer to the placenta as to an interpreter that transfers messages from the mother to the child and vice-versa. The material received by the embryo invokes in him also different reactions that can be included within the term: Experiences. And so, the emotional basis of the human being is created already when he was apparently isolated and remote from the outer-world. In the following, as per our concept, the experiencing embryo delivers his senses and experiences back to the mother through secreted chemicals and by motion. These fetal behaviors return to the mother invoking in her new experiences and emotions. The mother responds (regular samples: The embryo stops moving - the mother searches sweet food, or the child who moves too much - the mother soothes by various means). This is how a circle is closed, the first dyad that absorbs from the outside and yet intact within itself.

Already from the start, the human nature is in a multi-dimensional sophisticated system, which can be watched and understood according to probability rules only. This system grows and develops in an exponential manner through the course of life. If, as *Kandel* says, psychotherapy is able to affect the brain structure, then every strong experience, profound thought or generally every mental act might affect the brain structure. According to this idea, the brain is a dynamic organ with its unlimited developing ability. This dynamics, included in the sophisticated system, turns the humane comprehension to even more complicated and more comprehensive. Therefore, the attempt to analyze the humane in a single and unique tool scientific as it can be, will appear pathological.

The attempt to analyze by scientific means is not strange to the mankind and so is the attempt to exploit one tool at a time. It can be related as "monotheism", which according to it, the faith is conducted each time by a sole basic tenet. When the analyzing attempt is held concerning the human mind, this "monotheism" is very much more dangerous than its somehow pathological look. The twentieth century has been characterized by two big revolutions from the medical angle, when without them, this lecture would not take place. The first was the psychological revolution with the discovery of the unconscious and fixing the mind development basic laws. The biological revolution followed with the discovery of the drugs that affected the mental diseases and the determination of genetics as the personality basis, and with its normal and pathological discoveries. In a certain aspect, the two revolutions failed. They both had promised the coming of the Messiah, namely, the cure of the human race of all its mental diseases and both disappointed. The disenchantment followed each revolution, did not generate a change in the way of altering the concept but led the researchers to look for a new Messiah. Today we are facing the beginning of the third one, the social revolution that emphasizes the importance of the social criteria, home, spouse, family in the normal development of the

human creature and the development of the various pathologies development. An example is the development of combat reaction, which is affected, as we know today, by social elements mainly, while the biologic or the psychological elements that specify it have not been isolated. Precisely now, when it is only the very start of this revolution, the alert is a necessity. The picture today shows a split between two world-views, based on the monotheistic lineal concept. Shall we try again to look for all the answers through a single furrow concept? Namely, will we be compelled to become sober in another 50 years and find out that we still marked time?

Arieti discusses in his essay "Pinocchio, alienated and newly committed youth" about the danger of splitting between science and humanism. He warns from using scientific methods only, because when they are implemented on all individual life spheres, they might cause the individualism destruction and the depersonalization phenomenon. On the other hand, culture without science, based on violent passions and primitive motives, might cause a disaster, based on violence, cruelty and may lead to genocide. But may be, as we suggest, the most dangerous state is where science and "non-science" (the primitive impulses) live under the same roof but in a split between them. The rift between these two is the space inhumane. Meaning that science without room for humanity along with, as a nourishing and fertilizing factor, enables the primitive impulses flourishing with no limit and no hindrance. Such a science, as *Arieti* says, turns to be statistical science. It oppresses the individual with his uniqueness and his right for distinction and encourages the street rules. On the other hand, there is a danger that encouraging humanism without the limits and the bright criticism of science will bring to chaos, from which the primitive "dark forces" will break out without restraint. The combination between science and humanism - two forces that on one hand fight each other, but on the other hand relay on each other and are essential for their mutual existence, this is the golden path for the development of mankind and humanity. The gap between them, as it might be pronounced in many different areas, but primarily in the contempt and alienation that standard bearer of these domains feel for each other, might end in a rupture and even retreat to primitivism. In our sight, this is the basis of any integration and first of all in the area of the human soul. In other words: Without science we are lost, but without humanism we are doomed.

The synthesis principal core suggests that the split, existed obviously today between the biologic and the psychological, is clearly artificial and wrong. If we accept the globular and multi-dimensional concept, we also accept that the two concepts live together, side by side, and only so, as mutuality and interaction are vital for both. We suggest that what is called the social revolution, the understanding of the importance of the social criteria, is of tremendous significance. But only in one condition, that when this dimension inserted, it will be inserted as a part of a multidimensional synthesis and would not try to draw us back to one-dimensional world. We

suggest that the same as the inner developmental world of the child, also the world-view essence is triangular built, and there is an essential and nourishing inner tension between its parts. The three vertexes, namely the biological, the psychological and the social, each of them represents a whole world of itself, but all these worlds live from each other pour to each other, as they synthesize one another. In the middle of the triangle stands the synthesis creature, which is the human being.

In this point, it is important to emphasize that the synthesis, or the combination between the different elements that build the synthesis, is not necessarily a positive joint. It means that not always one element plus another one is compared to "one plus X", but may become "one minus X". In other words, in the merger of these forces, which creates the mental map, there are mountains and valleys, synergism and antagonism. Again, as a continuance to the modern physics conception, there are in the plentiful forces inner space not only planets but also black holes, and as some factors have gravity, others have rejecting abilities. This understanding of the minus existence, while creating depth in the mental picture, creates also confusion.

Any therapy, while being a nursing to the whole human creature and not to its parts, sophisticated as they can be, must also draw from the synthesis principle. The therapy enables the globular concept implementation in the way that it closes the succession of the normative development concept → the pathologic concept → therapy. Accordingly, the therapy should aspire to be "globular". As a part of the understanding, derives from the theory of probability, the reason for drugs and talks joint is not because "putting two and two together". That is because "one plus one" can create different outcomes, which would not repeat themselves from one person to another and from certain point to another. The therapy is the situation where the synthesis becomes a substantial and practical expression, which is the main possibility to express the globular concept novelty. Again, it is valuable to emphasize that the importance of this concept is that the combination between several elements in the therapy, the reflection of those elements that work in the mind, is not just to spite the joint of these elements to one another. It is certainly not a joint in accordance to the simple arithmetic principle of "putting two and two together". On the other hand, when thinking about elements that cancel each other, "one plus one" might create any number that is more than one or less than one and in certain situations it might even be one. Accordingly, the therapy based on the combined concept is not a preplanned prescription with rigid rules, but a flexible system that should be modified for each individual carefully and uniquely.

Language, for all its components, measures and different implications, is highest transcendent expression to the fullness of the humane "roundness". Accordingly, the therapy can be likened to the continuity decoding, or to the code or the unique language that has created the code we see. The mental apperception disorder is assuredly a code, which we try to decipher by the

analysis. On the other hand, the organic disorder is also a code, not less complicated, which is ciphered in another language. The organic code and the mental code move in a complicated circle of merger and disconnection and the connecting and disconnecting point is unseen.

The next problem is how to perform this integration. Does each person act "to the point", as to say, "This part or that in the treatment you get from another person"? It seems that there is here a certain problem. This situation reminds us of the one whom in order to verify the time; he gathers dismantle clock parts and study each one separately. There is actually the rub, or questioning, where the splitting starts? Is it between the patient body and his mind, or is it between the therapists' concept A and concept B? It is obvious that the splitting begins where we put a stop to a single one in order to make room for the other one. The moment we start dealing with borders, namely drawing lines, the circle is broken. This and more, we cancel in this way the possible mutual influence between the different mechanisms and force apparently each of them to work separately, although, the work actually as one integer.

A different interesting question is why the splitting between the different world-views exists? This splitting, which cause different therapies by different therapists, whom it serves? As this splitting puts matters in light of black and white, it obviously encourages wars. Do we really need these wars as a part of our world-view, when the truth definition basis is being right, while the other is wrong? Is the basis for humane aspiration for knowledge mean willing to fight for a cause?

In the movie "Wild strawberries" (*Bergmann*) the doctor was blamed for resembling to God and therefore he was ordered to plead forgiveness. In comparison, the modern psychiatrist is pretending to excel God by trying to break off connections made by God. This trial helps us to turn the chaos, which exists by the theory of relativity, to be clear and logical, so that the individual feels small and not intimidated. This trial is actually the attempt to understand the Creation, but also to rebuild it simultaneously. It is interesting to indicate that this matter is also described in the modern physics and named under the term "the absence of objectivity", when the meaning is, that it is impossible to experiment without changing the world in which the experiment is done. This attempt to understand Nature loads the human being more than once to what is beyond his nature and this is what the Greeks meant by the term "Hybris". "Hybris" the basis of thinking and human race achievement, but also the basis of humane torment. It is worthwhile to remember that these are the suffering we condemn not only ourselves, but also our patients, by attempting to draw lines where they should not be and trying to make the chaos logical.

We offer the milieu concept as alternative one to the individual therapist therapy. The same as the therapy of splitting is by integration, so the therapists' splitting might be corrected by the integration of the therapist team. It is true that one sole therapist is not able to know everything

sufficiently - theories and neurotransmitters. For that purpose there is the therapist group, the team, which should find answers to the different needs. But, the milieu must be, first of all, integrated within the therapist. A true milieu therapy cannot be achieved without the understanding and the internalization of the different meanings of the symptom, as well as the various and separated values of different therapeutic ways. On the contrary, it turns to a battlefield between the Crusaders of different and alienated monotheistic concepts. In order to turn the group of therapists to a team and in order that the therapy will be globular and not linear, we have to adapt the varied understanding in a certain meaning, a set of values and conceptions that we were not accustomed to. This understanding is not so simple and "linear", as it should be comfortable for us to accept. It forces us to confront the chaos without aid of the points that create imaginary lines in it. It is likely that mankind went through the same experience when accepted the discovery that the earth is globular and when it was set that the universe is four-dimensional and that time is also a dimension. On the other hand, because knowledge is a mean to achieve liberty, then, with all the confusion and dizziness it causes, it enables us a little more understanding which means a little more freedom to move in the lanes of the mortal mind.

Gehirn und Geist - Getrennt oder integriert

I. Manor, S. Tyano (Petah-Tiqva)

Die Autoren gehen aus von der Prämisse, daß die Beziehung von Gehirn und Geist ebenso wie von Geist und Psyche eine nicht lineare, mehrdimensionale und globale Beziehung sein muß und umreißen in der Einführung zunächst klassische Theorien, in denen die Verbindung von Psychopharmakologie und Psychotherapie untersucht wirdt (*Ostow, Kandal*).

Da die menschliche Natur offensichtlich durch lineare wissenschaftliche Analysen nicht begreifbar wird, stellen die Autoren ihre globale, multidimensionale Sichtweise im folgenden ausführlich dar, beginnend mit einem klinischen Beispiel aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie, nämlich dem Krankheitsbild der Hyperaktiven Störung.

Es wird deutlich, daß der Mensch nicht nur seine Umgebung oder seine Erbmasse repräsentiert, sondern Ausdruck komplexer Zusammenhänge sein muß. Neben einer möglichen philosophischen Diskussion dieser Tatsache ist der praktische Sinn dieser Vorstellung, daß jede Persönlichkeit in ihrer Gesamtheit und Komplexität von Geist und Körper, Umgebung und Genetik betrachtet werden muß.

Schon die embryonale Entwicklung des Menschen zeigt eine Wechselbeziehung von Mutter und Embryo, von Emotionen und Erfahrungen wechselseitiger Natur, in einer spiralenförmigen Weise. D.h. von Anfang an ist das menschliche Leben ein multidimensionales System, das nur durch

Wahrscheinlichkeitsregeln beschrieben werden kann und im Verlauf des Lebens in exponentieller Weise wächst und ausgebaut wird. Wenn, wie *Kandal* sagt, Psychotherapie die Gehirnstrukturen verändern kann, kann auch jede schwerwiegende Erfahrung, jeder tiefere mentale Akt die Struktur des Gehirns beeinflussen. Dementsprechend ist das Gehirn des Menschen ein dynamisches Organ mit unbegrenzten Entwicklungsmöglichkeiten.

Der Versuch, den Menschen mit wissenschaftlichen Methoden zu analysieren, stellt eine Art „Monotheismus“ dar, indem nur ein verfügbares Werkzeug zur gleichen Zeit eingesetzt wird, und das in der Zeit des 20. Jahrhunderts, in der sowohl eine psychologische als auch eine biologische Revolution stattgefunden hat: Die Entdeckung des Unbewußten mit ihren therapeutischen Implikationen und die Entwicklung psychopharmakologischer Methoden. Beide konnten ihrer messianischen Versprechung aber nicht gerecht werden, die Geisteskrankheiten zu heilen. Die Enttäuschung darüber führte zu einer dritten Entwicklung, einer sozialen Revolution, die als »neuer Messias“ gelten soll. Heutzutage wird die Bedeutung der Umgebung, der Familie, der sozialen Bezüge des Menschen in den Vordergrund gestellt, ohne die biologischen und psychologischen Elemente in dieses Konzept zu integrieren.

Die Bedeutung der sozialen Bezüge wird von den Autoren betont, jedoch sei es notwendig, diese Dimensionen mit den biologischen und psychologischen Dimensionen zu einem mehrdimensionalen Konzept zu integrieren. Wie eine solche Integration zu erreichen ist, erinnert an die Situation des Menschen, der versucht, die Zeit zu begreifen und dazu eine Uhr in ihre Einzelteile zerlegt in der Vorstellung, aus der Summe der Teile das Ganze zu begreifen.

Ein möglicher Weg in der Psychotherapie scheint das milieutherapeutische Konzept als Alternative zur Einzeltherapie zu sein, indem einer Spaltung und Zersplitterung des Patienten therapeutischerseits durch Integration in Gruppen und innerhalb des therapeutischen Teams begegnet wird. Als erstes muß hier der Therapeut selbst integriert sein, eine therapeutische Konzeption haben, die über die reine Symptombehandlung hinausgeht und mehrdimensional in ihrer Struktur ist.

Die momentane Entwicklung erinnert insofern an die Entdeckung, daß die Erde eine Kugel ist und das Universum vierdimensional mit der Zeit als einer der vier Dimensionen. Da das Wissen einerseits verwirrt, andererseits aber den Menschen auch befreien kann, ist zu hoffen, daß etwas mehr menschliche Freiheit durch etwas mehr Verständnis entstehen kann.

Literature

- Arieti, S.*: Pinocchio alienated and newly committed youth. In: *The will to be human*.
- Cantwell, D.P.* (1997): Attention deficit disorder: A review of the past 10 years. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 35, 978-987.
- Edelson, M.* (1984): *Hypothesis and evidence in psychoanalysis*. Chicago, University of Chicago Press.
- Freud, S.* (1918): From the history of an infantile neurosis. *S.E.* 17, 7-122.
- Globus G.G.; Arpaia, J.P.* (1994): Psychiatry and the new dynamics. *Biol. Psychiatry* 35,
- Kandel, E.R.* (1999): Biology and the future of psychoanalysis: A new intellectual framework for psychiatry revisited. *Am. J. Psychiatry* 156, 505-524
- Kochanska, G.* (1995): Children's temperament, Mothers' discipline and security of attachment: Multiple pathways to emerging internalization. *Child development*, 66, 597-615.
- Ostow, M.* (1962): *Drugs in Psychoanalysis and Psychotherapy*. New York, Basic Books.
- (1954): The psychoanalytic contribution to the study of brain function. *Psychoanal. Q.* 24, 383-423.
- Sander, L.* (1998): Introductory comment. *Infant Ment. Health J.* 19, 280-281.
- Stern, D.* (1998): The process of therapeutic change involving implicit knowledge: some implications of developmental observation for adult psychotherapy. *Infant Ment. Health J.* 19, 300-308.
- Swanson J. E.* (1998): Cognitive neuroscience of attention deficit hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder. *Current Opinion in Neurobiology* 8, 263-271.

Address of the Authors:

I. Manor
Prof. S. Tyano
Children and Adolescent Division
Geha Mental Health Center
P.O. Box 102
Fax: 972 - 9241041
Tel.: 972 - 9258206/6

Schizophrenia: Fatal illness or traumatising process? Observations on young patients – implications for theory and practice**

Martin Urban (Esslingen) *

The author discusses an epidemiological study on patients with first episodes of schizophrenia. In all cases a preceding interval of about 6 years with early symptoms could be observed starting with unspecific and negative symptoms. Almost half the number of disorders had developed in childhood or adolescence. All cases seem to be biologically determined. The author proposes another concept which takes the factor of life events and disturbances of the emotional development into stronger consideration. In comparing the behavioural disorders before the onset of illness and the peculiarities of the familiar environment of two groups - psychotic patients and borderline patients - he observed that there are severe symptoms, but almost no differences within the prodromal phase in both groups. He concludes that biological factors are less important than it is normally assumed according to the vulnerability-stressmodel of Zubin and Ciompi, while the psycho-social factors have an overwhelming impact, so it can be truly spoken of "traumatisation». Negative as well as positive symptoms of schizophrenia can be interpreted alternatively as posttraumatic reactions.

Epidemiological Results

The most comprehensive issue on this theme to be found in literature was an article by *Heinz Häfner* and colleagues, the former leader of the German Central Institute for Mental Health in Mannheim. In 1996, he edited the results of an epidemiological study on 232 persons with first schizophrenic episode, taken into hospital in the region of Heidelberg and Mannheim within two years. He found that

1. the average age at the onset of the illness was at 27 with men and at 32 with women. Independently of the difference by gender (which *Häfner* attributes to the »protective effect of oestrogen») each group showed a preceding interval of 6 years in which early symptoms could be observed, firstly »unspecific», afterwards »negative», and only shortly before the summit of the first psychotic episode even »positive» symptoms of the illness.
2. Concerning the age of the patients one must take in consideration that these are the average values. Yet according to *Häfner's* results, 41 % of the cases are before the 20th year of life, and 4 % even before the 10th year. That means that nearly half the number of schizophrenic illnesses are developing within the time of youth or even childhood.

* Dipl. Psych., Leiter der "Therapeutischen Wohngemeinschaften Esslingen (Therapeutic living communities Esslingen)

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

3. Which are the "prodromal symptoms" that precede the onset of illness? The five most popular are, according to *Häfner*: (1) disturbances of concentration and thinking, (2) lack of energy and slowness, (3) distrust and social withdrawal, (4) general slowing down, and finally (5) anxiety. The consequences concern all areas of life, from daily life mastering, success at school or work, leisure activities, and especially the social relations in the family or partnership. Mainly here one can observe the primary signs of the beginning process: social withdrawal and the cooling down in emotional relations. So a remarkable disability and social disadvantage is caused, even before the onset of the real psychotic illness.

So far *Häfner's* results. In the whole, one gets the impression that these are the symptoms of a naturally and inevitably ongoing process which is mainly biologically defined (remember his remarks about the role of oestrogens.). His consequences for treatment or prevention are sparse: only at one point he says: "A practical consequence of these findings would be the trial of early detection of beginning of schizophrenias, in order to administer immediately a treatment." He does not say, which treatment – one can only assume that he means mainly a pharmacological treatment, e.g. by neuroleptics ².

From a psychological viewpoint, one would suppose that factors of life events and disturbances of the emotional development should have a much stronger effect than biologically oriented psychiatrists would assume. Comprehensive research on this question, up to now, seems not to exist.

Own findings

In the sense of a pilot study, the author presents his own findings. It will be an overview of the observations he has made analysing the life histories of his patients preceding the onset of schizophrenic illness. The study includes the patients who – during the last 6 years – came into his institution of supportive housing, named "Therapeutische Wohngemeinschaften Esslingen" (Therapeutic living communities in Esslingen, Southern Germany). The author is the leader of this institution and had an intense therapeutic contact with each of these young people over about two years. By that he had probably more information than one would have had merely

- 2 In a lecture given recently about "Early Intervention" (Hamburg, March 2000), *Häfner* argued in favour of the recently growing efforts for early detection and early intervention of young schizophrenic persons at their first episode. Here he pointed out that the treatment should not be merely pharmacological, but combined with psycho-education, behaviour group therapy, and other means. Nevertheless, in his eyes the process of schizophrenic illness is mostly determined by biological factors.
- 3 There is a new field of child psychology, named Developmental Psychopathology, which combines the research on all factors of child and youth development, biological as well as psycho-social ones: cf. *F. Petermann et al. (1998), Entwicklungspsychopathologie*. There exist e.g. studies about the development of aggressive behaviour disorders, and depression, but until now not about the developmental disturbances preceding schizophrenic illness.

by interviews or questionnaires. The author presents results of the work with 14 persons. Additionally, there were 4 outpatients who came into his office for a psychotherapy, so they were 18 patients, 11 men and 7 women, whose illness started between the 13th and 22nd year of life except two persons who were elder.

Contrasting to *Häfner*, this investigation was not merely about the "prodromal symptoms" but even about the patients' life situation, burden of conflicts etc.

The author compared these results with those of another group of my patients who suffered from a personality disorder on the borderline level (in the psychoanalytical sense, as pointed out by *Ammon*, *Kernberg* and others, including even persons with a severe schizoid, dissocial, or dependent personality disorder). Even they had lots of problems and conflicts, but they did not develop a psychotic illness. They were 17 persons, 8 men and 9 women. As both groups are nearly equivalent, there are given no percentage values.

As mentioned before, the results can have only the validity of a pilot study, firstly because the patients group is not representative- the institution usually has a negative selection of patients who failed other trials of social rehabilitation. Secondly, the categories of traits or events are difficult to define objectively: e.g. when shall we speak about "social withdrawal", that means, from which degree on the behaviour should be estimated as "abnormal"? Or from what degree onwards we should speak about "aggravating faults in parental behaviour"? (There are extreme cases, e.g. a father who did not speak with his 9-year- old daughter for a whole year because she imitated his signature after a bad school test). Thirdly, all these data were assessed and estimated a posteriori, after the onset of illness, and in the retrospective of the patients or their relatives, that means the data will be subjectively transformed and are not complete.

Nevertheless these results are presented in the sense of a first draft of an important matter which claims for further research.

What can we conclude from these results?

1. Each patient showed more than one sort of behaviour disorders (group 1: 2.9; group 2: 3.4 different disorders). None of these peculiarities was significant for the whole group. But each of them would have been a sufficient reason for treatment, if one could have afforded. In reality, nearly none of them had a treatment before the onset of the strong illness.
2. There is no clear difference to be seen between the groups, that means: The "prodromal symptoms" of the psychotic group were not special or distinctive for the beginning of a schizophrenic illness. We only can observe a majority of protesting aggressive behaviour in the borderline group, and respectively a higher number of over-adjustment in the psychotic group. On the other hand, the pattern of social withdrawal was equal in both groups. Only the item "break of efficiency" (*Leistungsknick*) was special for the psychotic group, but seldom at all.

Tab. 1:

**Behavioural disorders
before onset of illness**

	group of psychotic patients N=18	group of patients with Borderline disorders N=17
breaking off school or apprenticeship	8	9
"break of efficiency" (Leistungsknick)	2	0
social withdrawal	6	5
protesting behaviour, conflicts with authorities	3	12
over-adjustment	5 (4 women)	1
expanded dream-world (often clandestine)	1	1
ideas of grandiosity	3	1
strong feelings of inferiority, being disadvantaged or "mobbed" at school	2	2
stuttering	0	3
fear and panic-syndromes	3	2
complex of guilt	3	0
disability to name feelings	2	2
psychosomatic disturbances	1	3
eating disorders	3	3
drug and/or alcohol addiction	8	7
sexual disorders (homosexuality, fetishism)	1	2
suicidal attempts	0	2
signs of being neglected (Verwahrlosungstendenz)	1	2

Tabl.2

**Peculiarities of familiar
environment:**

	group of psychotic patients N = 18	group of patients with Borderline disorders N = 17
broken home	10	6
strong partnership problems of the parents	3	4
brought up in a children's home	1	3
maltreated, sexually misused	2	4
aggravating faults in parental behaviour	4	3
problematic behaviour of parents (e.g. remarkable overprotection)	8	4
"inaccessibility" of one of the parents (father)	4	2
strong denial of illness on the part of the parents	1	1

3. Even concerning the familiar situation, no clear difference appears between the groups. The first hypothesis was not verified, that people with a borderline personality organisation can sustain more difficulties than psychotic persons (who – according to the vulnerability thesis – would come earlier to a breakdown). We see more persons brought up in a children's home in the borderline group, and a greater number of (only) "problematic parents' behaviour", which means usually over-protection. But these are small numbers, and there might be a selective factor in our population.
4. Over all, even in respect to the familiar environment in each group every patient had one or two burden factors. This does not mean that "all is because of the parents' fault" (a thesis caused namely by the school of family therapy⁴, which is outdated since e.g. *Klaus Dörner's* book "Freispruch der Familie" – Acquittal for the family – 1985). And as well it does not mean that all can be explained by psychological reasons. There might be biological factors as well. But in that well known "vulnerability-stress-model" of *Zubin* (1977) and *Ciampi* (1985) it seems that in the end the biological factors – as a basic defect of the information processing system – have a predominant weight against the psychosocial factors. In contrast, the author observations got the impression that in each single case there is such a burden of psychological factors that one can realistically speak about early traumatising and a consequent consequent process of further deterioration.

Early traumatising

The author presents a case: It is the story of a young patient who moved the author's thoughts into a certain direction. Peter, a 23-year-old man, came into the institution one year ago. He suffered from a schizoaffective psychosis since his 17th year of life and – with a "double diagnosis" – as well from addiction to alcohol and drugs. The whole last year before he came to the institution he stayed in a closed care unit of a psychiatric hospital, by decision of the judge. So he was what they call a "difficult patient".

In his manic episodes he searched for the murderer of a young girl which really was killed next to his house when he was 9 years old. And he was convinced that he himself must have been kidnapped and maltreated when he was a child at the kindergarten. He begged the therapist to speak with his mother (that means, his adoptive mother) who would know more about it. The mother was a kind, naturally behaving person. She said, that her son was never kidnapped nor that he had bigger problems with other children, but he was somewhat shy and withdrawn, and rather seldom played with other children. And he did not achieve at school and had to go to a special school for emotionally handicapped children (Sonderschule L). She had

4 CF Bateson et al (1956)

taken the boy for adoption from the children's home when he was about one year old. At that time he could not look into one's face in contact with adult persons. This changed after some months. The main difficulties began, in her view, at his 17th year of life, with alcohol and drugs, and then becoming psychotic.

Just when the therapist was leaving, the mother said, by the way, that the most severe problem for her were the first months when the little boy came out of the home into her family, because he cried every night and woke her up, 15 to 20 times per night, and she could not stop him by cuddling and speaking softly to him. He seemed not to realise it at all and cried on and on like in a psychomotoric attack.

The therapist was moved by what he had heard. For him was clear: This was a severely traumatised child. He must have been beaten, or locked up, or both, with fear of death, in his first year of life, to show such reactions. And even worse: He could not understand human closeness as helpful and comforting – he had a generalised all-consuming fear of contact to all adult persons.

The boy improved slowly, about after one year he was better. But it seems to be understandable, now, that he remained a withdrawn child and was not attentive and successful at school.

Are these the "negative" prodromal symptoms of psychosis: "distrust and social withdrawal", and: "disturbances of concentration and thinking" which Häfner enumerates? And the patient's "positive symptoms", his belief of being kidnapped and maltreated like this other girl, was is only a sort of relationship-delusion? Or, instead of "psychotic" in the sense of an unreal phantasm, wasn't it rather a reflection and symbolisation of his real experiences in the first year of his life and, in this sense, a creative act?

In this case, we know – or we can conclude – that he was a really traumatised child. This allows also an alternative interpretation of his symptoms or illness, namely as a posttraumatic reaction.

Posttraumatic reaction

What do we know about posttraumatic reactions with children? A Norwegian therapist, Elin Hordvik, who had worked as a psychologist with children traumatised by war in Near East, Ex-Yugoslavia and Rwanda, gives the following description⁵:

"After such experiences (extreme events, perceived as life-threatening) multiple reactions and emotions may rise. The immediate reactions may be characterised as states of shock: A feeling of unreality, lack of emotional feeling or confusion; further: physical reactions like trembling, freezing, or nausea. Long-term consequences might be, among others: anxiety, vulnerability, depression and pessimism, excitability and anger, sleeping disorders, extreme tiredness, or difficulties of concentration, further the repeated and uncontrollable re-experiencing of the event."

5 More comprehensive material may be found in the book of Adam, Riedesser et al (1995).

In this description one can find nearly all the "negative prodromal symptoms" of a psychotic disorder as listed by Häfner. Moreover: Even the positive psychotic symptom of Peter, the content of his "delusion", could it not be interpreted as a "repeated and uncontrollable re-experiencing of the event"? In general, this interpretation would lead us to the assumption that schizophrenic persons who e.g. suffer from a delusion of being persecuted (by enemies, the police, or extra-terrestrials) are probably re-experiencing - in a symbolic form - their early subjective feelings of real threatening situations with fear of death.

It is to admit that Peter was an extreme case. But does one really know how serious the childhood experiences of other psychotic patients were - in their subjective perception? Perhaps we need a more critical view on this point. The observed behavioural disorders in the childhood of the later psychotic patients could - perhaps - show us the traces of early experiences of severe emotional, or even catastrophic impact. We should look at them in detail:

For example: The "simple symptom" of stuttering has to be taken as a sign of a highly generalised anxiety of the child, or fear of all persons. It presupposes aggravating anxiety-causing experiences - for instance with a shouting father in outbursts of rage. Or the perception of a mother being in real danger by her partner, with feelings of helplessness and the fear of loss. If one imagines that such events could happen again and again over months or even years, in the infancy of a person, the result could very well be "traumatic", hidden by a simple symptom like stuttering or emotional instability.

Another example: The disability to name feelings. The author remembers a young man who, after a first psychotic episode and being one year in an outpatient group-psychotherapy, one evening came into the group-session and said: "I know that this strange feeling I always have in my stomach coming into the group must be anxiety, because you explained it to me, but I still cannot feel it." For the author, this symptom presupposes a burden of negative feelings - anxiety, pain, and aggression - which were too severe to sustain and therefore were suppressed or split away.

So, even if there are no striking events to find in the "objective anamnesia" of a patient, one or more of those "soft symptoms" in the list of behaviour disorders might be seen as markers of a highly burdened emotional development, so that the terminus "traumatised" seems not to be too much exaggerated.

Consequences

Which are the consequences of these observations and deliberations?

1. Theoretically: We have to question the whole classical psychopathology in psychiatry. The so called "negative symptoms", in this light, may be interpreted alternatively: psychologically, by means of trauma-

psychology - instead of an interpretation as basic symptoms in the sense of a biologically based disturbance of the information processing system.

2. Practically: What can we do in order to help such people? If it is a disturbance caused by interpersonal relationship, it can only be cured by interpersonal relationship, that means by psychotherapy. *Hordvik* resumes her therapeutic experiences with traumatised children: "To communicate their experiences" (by telling, drawing, playing theatre etc.) is the best and shortest way for them to overcome withdrawal and other signs of traumatisisation.
3. A matter of equal importance as therapy would be the question for the possibilities of prevention. Why nobody noticed the deep suffering of Peter? As the mother told the therapist, neither the doctor nor the social service personnel could help her, or gave at least a hint what sort of therapy could help, when she spoke about his horrible crying at night. The doctor said: Let him cry, it will stop by itself! Perhaps many future illness and suffering could be avoided by (very) "early intervention" if the personnel at kindergarten and school as well as in the social services and the doctors (mainly general practitioners and pediatricists) would be better informed about these stress phenomena with children and youngsters: that they could be the prodromal symptoms of a beginning severe mental illness.

Jugendalter und psychotische Entwicklung.

Praktische Erfahrungen und Konsequenzen für Diagnostik und Prävention.

Martin Urban (Esslingen)

Thema dieses Artikels ist die Frage nach den Vorboten einer psychotischen Erkrankung: ob man nicht vorher hätte erkennen können, dass mit diesen meist jungen Menschen etwas nicht stimmt, und entsprechend etwas dagegen tun können, um ihnen diesen schockierenden Zusammenbruch zu ersparen.

H. Häfner veröffentlichte 1996 die Ergebnisse einer epidemiologischen Studie des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit an 232 erkrankten Schizophrenen. Er stellte Folgendes fest:

1. Das durchschnittliche Alter bei der Ersterkrankung liegt bei Männern um 27, bei Frauen um 32 Jahre. Unabhängig von dieser Geschlechterdifferenz konnte in jeder der Gruppen eine Vorlaufzeit von etwa sechs Jahren ermittelt werden, in welcher zunächst "unspezifische", dann "negative", und erst kurz vor dem Gipfel der ersten Episode "positive" Symptome der Krankheit zu beobachten waren.
2. Bei den Altersangaben handelt es sich um die Durchschnittswerte aller Ersterkrankten. Nach Häfners Untersuchung liegen 41 % der Fälle vor dem 20. Lebensjahr, 4 % sogar vor dem 10. Lebensjahr. Rechnet man die

6 Jahre Vorlaufphase hinzu, so bedeutet dies, dass etwa die Hälfte aller Fälle schizophrener Erkrankungen sich in Kindheit und Jugend anbahnen.

3. Die häufigsten "Prodromalsymptome" sind, nach *Häfner*: Konzentrations- und subjektive Denkstörungen, Energiemangel und Langsamkeit, Misstrauen und sozialer Rückzug, allgemeine Verlangsamung, und schließlich Angst. Die Auswirkungen im Sozialleben betreffen alle Bereiche; es kommt zu einer erheblichen sozialen Behinderung und Benachteiligung bereits vor der eigentlich psychotischen Erkrankung.

Nur in einem Satz spricht *Häfner* von der Möglichkeit einer Frühbehandlung oder Prävention, wobei er – einem vorwiegend biologischen Konzept folgend – offenbar hauptsächlich an die Gabe von Neuroleptika denkt.

Aus psychologischer Sicht ist dagegen anzunehmen, dass den Faktoren der emotionalen Entwicklung ein viel stärkeres Gewicht zukommt. In Ermangelung befriedigender wissenschaftlicher Ergebnisse zu dieser Frage werden hier im Sinne einer Pilot-Studie die Ergebnisse referiert, die der Autor an einer kleinen Stichprobe eigener Patienten gewonnen hat.

Es sind 18 psychotisch erkrankte Personen (meist Klienten des Betreuten Wohnens; manifeste Ersterkrankung zwischen dem 13. und 22. Lebensjahr) sowie 17 Personen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (im Sinne einer Struktur-Diagnose). Bei der Interpretation der Ergebnisse ist die mangelnden Repräsentativität der Stichprobe zu berücksichtigen.

Die in der obigen Tabelle (vgl. englischer Text) dargestellten Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. Jeder Klient wies mehrere Verhaltensauffälligkeiten auf (Gruppe 1: 2,9 ; Gruppe 2: 3,4), von denen jede eine Behandlungsbedürftigkeit begründet hätte. Real war kaum einer vor Ausbruch der massiven Störung in Behandlung.
2. Es zeigt sich kein durchgängiges Muster von Vorzeichen einer psychotischen Erkrankung, welches klar vom Störungsbild einer Borderline-Erkrankung zu unterscheiden wäre.
3. Auch bezüglich der Besonderheiten der familiären Umgebung zeigt sich kein durchgängiger Unterschied. Die mögliche Hypothese, dass Menschen mit einer Borderline-Struktur mehr "aushalten" (störende Einflüsse) als künftige Psychotiker, die auf Grund ihrer höheren "Vulnerabilität" leichter dekompensieren, lässt sich zumindest an dieser Stichprobe nicht erhärten.
4. Grundsätzlich ist es aber auch bei den Besonderheiten des familiären Milieus so, dass sich in beiden Gruppen pro Klient ein bis zwei Auffälligkeiten fanden, die als erhebliche psychosoziale Belastungsfaktoren zu werten sind.

Ohne die Mitwirkung biologischer Faktoren (etwa im Sinne einer erhöhten "Verletzlichkeit") auszuschließen, ergibt sich aus der Untersu-

chung der Eindruck, dass in der Vorgeschichte eines jeden Klienten ein solches Maß an psychologischen Belastungsfaktoren vorlag, dass man von einer frühen Traumatisierung sprechen kann, die zu einem Prozeß der weiteren Beeinträchtigung führte.

Ein Fallbeispiel regt zu weiteren Überlegungen an. Peter, ein 23jähriger junger Mann mit der Doppeldiagnose schizoaffektive Psychose und multiple Sucht, suchte in seinen manischen Episoden nach dem Mörder eines jungen Mädchens, das in der Nähe seines Wohnorts umgebracht worden war, als er 9 Jahre alt war. Er war überzeugt, dass er selbst als Kindergartenkind entführt und misshandelt worden sei. Die Pflegemutter verneinte dies, es sei nichts Spektakuläres passiert, außer dass Peter etwas scheu und zurückgezogen war und Lernschwierigkeiten hatte. Als sie ihn mit gut einem Jahr aus einem Säuglingsheim in Pflege genommen hatte, konnte er niemandem ins Gesicht schauen und hatte allnächtlich 15 bis 20 Schreianfälle, in denen er durch nichts zu beruhigen war. - Eine solche Verhaltensauffälligkeit ist mit ziemlicher Sicherheit auf massive Traumatisierung durch Misshandlung zurückzuführen.

Lassen sich die Störungen, die der Junge später zeigte, außer als "Prodromalsymptome" im Sinne *Häfners* auch als posttraumatische Belastungsreaktion beschreiben?

Posttraumatische Belastungsreaktionen bei Kindern in Kriegsgebieten werden z.B. von *E. Hordvik* wie folgt beschrieben: Unmittelbare Reaktionen, die als Schockzustand charakterisiert werden können: ein Gefühl von Unwirklichkeit, emotionale Gefühllosigkeit oder Verwirrtheit sowie physische Reaktionen wie Zittern, Frieren oder Übelkeit. Zu den Langzeitfolgen zählen Angst, Verletzbarkeit, Depressionen und Pessimismus, Reizbarkeit und Wut, Schlafstörungen, extreme Müdigkeit oder Konzentrationsstörungen sowie das wiederholte und unkontrollierbare Wiedererleben des Ereignisses.

Hier finden sich nahezu alle von *Häfner* genannten "negativen Prodromalsymptome" einer schizophrenen Erkrankung wieder. Aber auch die positive Symptomatik einer Psychose, z.B. Peters Wahnvorstellungen, könnte man interpretieren als "wiederholtes und unkontrollierbares Wiedererleben" seiner traumatischen Erfahrungen.

Peters Fall ist gewiss ein extremes Beispiel. Aber die beobachteten kindlichen Verhaltensauffälligkeiten im Vorfeld psychotischer Erkrankungen können generell als Spuren kindlicher Erfahrungen verstanden werden, die emotional gravierend wenn nicht gar katastrophal gewesen sein müssen. Zum Beispiel: Stottern - ein Kennzeichen für hohe, generalisierte Angst bei einem Kind. Es setzt gravierende angstausslösende Erfahrungen voraus - z.B. vor einem Vater, der regelmäßig seine Wutausbrüche bekam - es gab solche Beispiele in der untersuchten Patientengruppe. Oder die Wahrnehmung einer Mutter, die von ihrem Partner physisch bedroht wurde, was beim Kind abgründige Gefühle von Ohnmacht und Verlustangst ausgelöst haben muss - möglicherweise über Monate und Jahre anhaltend. Das Ergebnis kann

sehr wohl ein "Trauma" sein, das sich hinter einem simplen Symptom wie Stottern oder "emotionale Labilität" verbirgt.

Aus diesen Beobachtungen und Überlegungen ergeben sich folgende Konsequenzen:

1. theoretisch: Die gesamte psychiatrische Psychopathologie bedarf einer Revision unter dem Aspekt der Psychotraumatologie. Die sog. "negativen Symptome" der Schizophrenie könnten - anstatt im Sinne einer biologisch verstandenen "Basis-Störung" (*Huber*) des zentralnervösen Informations-Verarbeitungssystems - auch psychologisch, als anhaltende posttraumatische Reaktionen interpretiert werden.
2. praktisch: Wie kann diesen Menschen geholfen werden? Wenn solche Störungen durch interpersonelle Beziehungsstörungen (oder -katastrophen) entstanden sind, dann können sie auch nur durch interpersonelle Beziehungen, d.h. durch Psychotherapie, geheilt werden.
3. Ebenso wichtig wie die Therapie ist die Prävention. Späteres Leiden könnte verhindert werden durch eine (sehr) "frühe Intervention" durch Kindergarten, Schule, Beratungsdienste und Ärzte (hauptsächlich Haus- und Kinderärzte) - wenn diese besser gerüstet wären, solche Belastungssymptome bei Kindern als Prodrome einer möglichen gravierenden Krankheitsentwicklung zu erkennen und entsprechend gegenzusteuern.

Literatur

- Adam, H.; Riedesser, P.; Riquelme, H.; Verderber, A.; Walter, J.* / Stiftung für Kinder (1995): Children - War and Persecution. Proceedings of the congress, Hamburg Sept.26-29, 1993. Socolo Verlag, Osnabrück.
- Bateson, G.; Jackson, D.D.; Haley, J.; Weakland, J.H.* (1956): Towards a theory of schizophrenia. Behavioral Science (1) 251-259. (Deutsch: Schizophrenie und Familie. Suhrkamp, Frankfurt/M. 1972.)
- Ciampi, L.* (1985): Schizophrenie als Störung der Informationsverarbeitung. Eine Hypothese und ihre therapeutischen Konsequenzen. In: Stierlin, H.; Wynne; Wirsching; Psychotherapie und Sozialtherapie der Schizophrenie. Ein internationaler Überblick. Springer, Berlin, S. 60-70.
- Dörner, K.; Egetmeyer, K.; Koenning, K.*: (Eds.) (1985): Freispruch der Familie. Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- Häfner, H.; Maurer, K.; Löffler, W.; Novotny, B.* (1996): Der Frühverlauf der Schizophrenie. In: Zeitschr. f. Med. Psychol. (5) 22-31.
- Hordvik, E.* (1997): Was ist ein psychisches Trauma? Methoden zur Behandlung. In: *Hilweg, W.; Ullmann, E.* (Eds.): Kindheit und Trauma: Trennung, Missbrauch, Krieg. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S. 37-45.
- Huber, G.; Gross, G.* (1989): The concept of basic symptoms in schizophrenia and schizoaffective psychoses. Recent Progressi in Medicina, 80, 646-652.
- Petermann, F.; Kusch, M.; Niebank, K.* (1997): Entwicklungspsychopathologie. Ein Lehrbuch. Psychologie Verlags Union, Weinheim.
- Süllwold, L.; Huber, G.* (1986): Schizophrene Basisstörungen. Springer, Berlin/Heidelberg...
- Zubin, J.; Spring, B.* (1977): Vulnerability - a new view of schizophrenia. J. Abn. Psychol. 86, 103-123.

Adresse des Autors:

Martin Urban, Dipl. Psych.
Mülbergerstr. 170
D-73728 Esslingen

Vom Agieren zum Träumen - Entwicklungsprozesse in der stationären Gruppenpsychotherapie***

Bernhard Richarz (Berlin)*, Sylvelin Römisch (München)**

Die Autoren gehen davon aus, daß das Agieren wesentlicher Bestandteil jeder Behandlung archaisch ich-kranker Patienten ist, da in ihm das Potential zur Veränderung pathologischen Verhaltens enthalten ist. An einem Beispiel aus der von ihnen geleiteten stationären Gruppenpsychotherapie belegen sie ihre Auffassung, daß durch einen therapeutischen Prozeß eine Übersetzung des unbewußten Materials von der unreifen Sprache des Agierens in die reifere Sprache des Träumens festzustellen ist. Entlang des Gruppenprozesses über acht Sitzungen wird vor allem dargestellt, wie Grenzen zwischen innerem und äußerem Erleben entstehen. Agieren und Träumen sind als Ausdrucksformen des Unbewußten sowohl Mitteilungen über die Dynamik des einzelnen Patienten als auch der Gruppe als Ganzes. Die Aufgabe des Therapeuten ist dabei nicht so sehr das Deuten als vielmehr, durch seine Person den inneren Raum für Entwicklung zu schaffen.

Agieren im psychotherapeutischen Prozeß

Im Agieren und im Träumen teilen sich eines Menschen verinnerlichte Lebens- und Beziehungserfahrungen mit, die durch Erinnern allein nicht erfaßt werden können. Freud sah das Agieren, d.h. das Aktualisieren von Erlebnissen der Vergangenheit in Form von Handlungen in der Gegenwart, als Widerstand, da es an die Stelle des Erinnerns trete. "Der Patient ... agiert gleichsam vor uns, anstatt uns zu berichten" (Freud 1938). Es komme vor allem dann zum Agieren, wenn die Übertragung feindselig oder überstark werde. Der Patient reproduziere das Vergessene und Verdrängte nicht mehr als Erinnerung, sondern als Tat, er wiederhole es, ohne natürlich zu wissen, daß er wiederhole (Freud 1914). Damit beschrieb Freud ein wesentliches Merkmal des Agierens, nämlich daß der Patient selbst sein Verhalten als ich-synton empfindet und keinerlei Gefühl dafür hat, daß er sich innerlich in der Vergangenheit befindet.

Bereits jede Form der Übertragung ist als eine Form des Agierens zu sehen, wobei zwischen einem Agieren in die Beziehung hinein, dem sogenannten Acting-In, und einem Agieren aus der Beziehung heraus, dem sogenannten Acting-Out, unterschieden werden kann. Solange das Agieren auf das Wiedererleben von Impulsen und Affekten, von kindlichen Wünschen und Haltungen beschränkt bleibt und nicht in motorische

* Dr. med., Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychoanalyse, Ärztlicher Leiter des Berliner Lehr- und Forschungsinstituts für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik der Deutschen Akademie für Psychoanalyse

** Dipl.Psych., Psychologische Psychotherapeutin, Psychoanalytikerin, Mitarbeiterin des Münchner Lehr- und Forschungsinstituts der Deutschen Akademie für Psychoanalyse

*** Vortrag gehalten auf dem 12. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP / XXV. Internat. Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 17.-21.3.1999 an der Humboldt-Universität Berlin

Aktion umgesetzt wird, verstand es *Freud* als dienlich für die Behandlung, da dadurch ein Zugang zu ansonsten verborgenen, tieferen Schichten des Unbewußten gewonnen werden könne. Als unerwünscht galt es ihm jedoch, wenn ein Patient außerhalb der Übertragung agierte, auch wenn es im Behandlungsverlauf nicht unerwartet geschehe. "Wir müssen also darauf gefaßt sein, daß der Analysierte sich dem Zwange zur Wiederholung ... nicht nur im persönlichen Verhältnis zum Arzt hingibt, sondern auch in allen anderen gleichzeitigen Tätigkeiten und Beziehungen seines Lebens, zum Beispiel, wenn er während der Kur ein Liebesobjekt wählt, eine Aufgabe auf sich nimmt, eine Unternehmung eingeht" (*Freud* 1914).

Diese Überlegungen *Freuds*, die auf seinen Erfahrungen bei der Psychoanalyse neurotischer Patienten beruhten, sind in dem Maße ergänzt und verändert worden, wie Patienten mit sogenannten Frühstörungen oder archaischen Identitäts-Krankheiten analytisch behandelt worden sind. *Anna Freud* (1968) meinte, daß das Agieren gegenüber der Traumanalyse und den Übertragungsmanifestationen für den Behandlungsprozeß um so mehr Bedeutung gewinne, je mehr man sich mit präöipalen Störungen befasse. Ihrer Meinung nach gehört es zum Wesen der delinquenten, süchtigen oder psychotischen Patienten, daß sie ihr frühes Erleben ausagieren, da es sich um präverbale Erfahrungen handele, die eben nicht durch Sprache, sondern nur durch motorische Aktionen mitgeteilt werden könnten.

Anna Freud weist uns damit auf einen Befund hin, dessen Bedeutung gar nicht groß genug eingeschätzt werden kann, nämlich auf die Sprachlosigkeit des agierenden Patienten, die ihn letztlich immer wieder einsam und unverstanden macht. Oft ist das Agieren das einzige Mittel der Kommunikation, das ihm verblieben ist, und wir stimmen *Rangell* (1968) zu, daß es auf keinen Fall verboten werden dürfe. Es ist ein Versuch, die Erinnerung wiederzugewinnen (*Ekstein, Friedman* 1957), die auf andere Weise nicht erschlossen werden kann, und es beinhaltet die verzweifelte Suche nach einem Objekt, wie *Grinberg* (1987) meint, nach einem Gegenüber, das dem Patienten hilft, seine Verlassenheitsangst auszuhalten. Der Ansatz *Kernbergs* (1989), das Agieren von Borderline-Patienten durch Behandlungsverträge in Griff bekommen zu wollen, ist demnach nicht nur falsch, sondern auch gefährlich, weil es den Patienten erneut, sobald er seinen Schmerz auf die ihm mögliche Art mitteilt, mit Verlassenheit bedroht. Wie *Battegay* (1979) schreibt, wird "nicht selten erst nach oftmaliger Wiederholung in der Aktion ... wahrgenommen, welche Erinnerung das im Verhalten Agierte darstellt", denn das bewußte Erinnern geschehe im therapeutischen Prozeß erst als zweiter Schritt.

Mit der psychoanalytischen Milieuthherapie formulierte *Ammon* (1959) ein Behandlungskonzept, das dem Agieren einen therapeutisch geschützten und kontrollierten Rahmen gibt, und seine Schule der Dynamischen Psychiatrie bezog das Agieren als einen wesentlichen Ausdruck des Unbewußten in die ambulante und stationäre Behandlung von Patienten

mit archaischen Ich-Krankheiten mit ein (*Bühling* 1977, *Schibalski* 1978, *Schmidts* 1978). Es wurde als ein Versuch angesehen, die internalisierte Dynamik der Primärgruppe szenisch darzustellen und darüber Kontakt zu finden. Da das Agieren zeigt, wie wenig innere und äußere Realität voneinander getrennt sind, reicht es nach Auffassung der Dynamischen Psychiatrie auch nicht aus, das Agieren deutend zu interpretieren, weil auf diese Weise die Ebene des Unbewußten, die das Agieren ausdrücke, gar nicht erreicht werden könne (*Schibalski* 1978). Vielmehr ist es erforderlich, daß der Therapeut den unbewußten Inhalt des Agierens versteht und durch sein Handeln darauf antwortet.

Somit hat das Agieren im Verlauf der Theoriebildung einen Wandel seiner Bedeutung erfahren, weg vom Widerstandscharakter hin zu seiner kommunikativen und reparativen Funktion. In der jüngsten Literatur wird sein Ausbleiben im Behandlungsprozeß als ebenso ungünstig bewertet wie das Ausbleiben von Träumen (*Boesky* 1982). Denn: "Die Wiederholung der Vergangenheit, die Vergegenwärtigung in Form des Agierens ... eröffnet erst die Möglichkeit einer Transformation des Wiederholten zu etwas Neuem. So gesehen ist das Agieren ... der mögliche Ort eines Neubeginns" (*Klüwer* 1995). Es ist ein Gesichtspunkt, den bereits Balint (1934) hervorgehoben hat, er sprach von der "innovativen Seite des Agierens".

Agieren und Traum

In seiner Psychodynamik gleicht das Agieren dem Träumen. *Greenson* (1967) meinte: "Es ist eine Art Schlafwandeln, ein Traum in Pantomime." Gemeinhin gilt dabei der Traum als die reifere Ausdrucksform des Unbewußten. *Grinberg* (1968) betrachtete das Agieren als einen Traum, der nicht geträumt werden kann, einen dramatisierten Traum, der im Wachen ausgelebt wird. Einen ähnlichen Zusammenhang sah auch *Jung* (1906), als er feststellte, wenn man einen Träumer wach herumgehen, reden und handeln ließe, hätte man das Bild einer Psychose.

Bei einer nachholenden Persönlichkeitsentwicklung, wie sie die Behandlung in der Dynamischen Psychiatrie anstrebt, müßte demnach eine Übersetzung des unbewußten Materials von der unreifen Sprache des Agierens in die reifere Sprache des Traumes festzustellen sein. Bekannt ist, daß ein Patient um so weniger agiert, je mehr Träume er produziert (*Grinberg* 1987), jedoch wurde der Übergang vom Agieren zum Träumen unseres Wissens nach in der Literatur bisher nur wenig beschrieben. *Sterba* (1945) teilte seine Beobachtung mit, daß Traum inhalte, unmittelbar bevor sie in einer Sitzung erzählt wurden, ausagiert wurden, und er vermutete deshalb, daß das Agieren ein Vorläufer der Traumassoziation sei und derselben unbewußten Dynamik entstamme.

Mehrfach beschrieben wurde dagegen, wie sich Träume im Verlauf einer psychoanalytischen Behandlung verändern. *Blechner* (1983) untersuchte die Träume von Borderline-Patienten; er beobachtete, daß sie zu Therapie-

beginn ganz im Gegensatz zu den oft chaotischen Lebensbedingungen der Patienten geordnet und gewissermaßen realistisch waren und daß sie im Verlauf sich mehr den Träumen neurotischer Patienten anglichen, d.h. bizarrer und sprunghafter wurden. Für die Gruppenpsychotherapie zeigten Schanne und Wolfrum (1994), daß die Fortschritte im Gruppenprozeß sich an den von den Teilnehmern berichteten Gruppenträumen ablesen ließen. Diese Mitteilungen legen nahe, anzunehmen, daß ein therapeutischer Prozeß auch die Form, wie unbewußtes Material entäußert wird, zu verändern mag.

Bei frühgestörten oder archaisch ich-kranken Patienten, wie sie in unserem Krankenhaus, der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menter-schwaige, überwiegend behandelt werden, ist die Fähigkeit, Unbewußtes durch Träume auszudrücken, gering. "Diese Patienten träumen sozusagen im Wachzustand, ihr tatsächliches Verhalten ist bestimmt von einer primärhaften Logik. Sie sind daher darauf angewiesen, daß ihnen die Therapie zunächst einmal eine Situation herstellt, ... in der das Verhalten des Patienten wie ein Traum und seine Träume als reales Verhalten sichtbar und erfahrbare werden können" (Ammon 1973). Sie benötigen für eine psychotherapeutische Behandlung, die das Unbewußte miteinbeziehen soll, ein therapeutisches Milieu, in das sie ihre unbewußte Psychodynamik agieren können. In der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik umfaßt es neben dem therapeutischen Feld der gesamten Klinik eine Vielzahl von Gruppentherapien, die vielfach miteinander vernetzt und aufeinander bezogen sind, angefangen bei der täglichen analytischen Milieuthherapie, über nonverbale Therapieformen wie Tanz-, Musik-, Mal- und Theatertherapie bis zur zweimal wöchentlich stattfindenden Gruppenpsychotherapie, wobei die Gruppen jeweils unterschiedlich zusammengesetzt sind. Die Integration der verschiedenen Gruppenprozesse findet auf mehreren Ebenen statt, vor allem in den Kontroll- und Supervisionsgruppen der Mitarbeiter und in den Großgruppen aller Patienten und Mitarbeiter.

Gruppenprozeß im therapeutischen Milieu

Die stationäre Gruppenpsychotherapie, über die im folgenden berichtet wird, ist dabei ein Bestandteil des gesamten therapeutischen Feldes. In ihr spiegelt sich die Gruppendynamik der Gesamtklinik ebenso wie umgekehrt das Agieren der Gruppenmitglieder aus der Gruppenpsychotherapie hinaus die Dynamik des therapeutischen Milieus bestimmt. Andererseits bestimmt das Agieren der Gruppenmitglieder in die Gruppenpsychotherapie hinein die Gruppendynamik der Therapiegruppe, die auf diese Weise zu einem erweiterten psychischen Raum ihrer Mitglieder wird. Wie die Gruppendynamik in ihrer Mischung aus Übertragungsbeziehungen und Hier-und-Jetzt-Beziehungen verbunden ist mit den Träumen und Traumberichten der Teilnehmer, wollen wir im folgenden am Beispiel einer Sequenz von acht Sitzungen der von uns geleiteten stationären Gruppenpsychotherapie herausarbeiten.

Die Gruppe wurde halboffen geführt, tagte zweimal die Woche über 100 Minuten und bestand aus zwölf Teilnehmern, nämlich acht Frauen und vier Männern. Bei drei von ihnen war eine psychotische Struktur diagnostiziert worden, bei sechs eine Persönlichkeitsstörung einschließlich Borderline-Syndrom, bei zwei eine depressive Struktur und bei einer Teilnehmerin eine anorektische Struktur. Die genauen Angaben zu den ICD-Diagnosen, zum Alter und zur bisherigen stationären Behandlungsdauer sind in Tabelle 1 aufgeführt. Der Leiter der Gruppe war Psychoanalytiker und Gruppenpsychotherapeut, die Cotherapeutin in fortgeschrittener psychoanalytischer Ausbildung.

Name	Alter in Jahren	Bisherige Dauer der stationären Therapie	Diagnose (ICD-10)
Frau A.	17 Jahre	3 Monate	emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (F 60.31)
Frau B.	25 Jahre	10 Monate	gemischte Persönlichkeitsstörung (F 61.0)
Herr C.	25 Jahre	6 Monate	paranoide Persönlichkeitsstörung (F 60.0) angeborene Schwerhörigkeit (Q 86)
Frau E.	16 Jahre	11 Monate	Anorexia Nervosa (F 50.0)
Herr F.	30 Jahre	5 Monate	Persönlichkeitsstörung (F 60.9) Psychomotorische Anfälle (G 40.2) Polytoxikomanie (F 19.2)
Frau H.	33 Jahre	7 Monate	gemischte schizoaffektive Störung (F 25.2)
Herr N.	22 Jahre	5 Monate	emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (F 60.31)
Frau O.	43 Jahre	5 Monate	paranoide Persönlichkeitsstörung (F 60.0)
Frau P.	32 Jahre	4 Monate	paranoide Form der Schizophrenie (F 20.04)
Herr R.	25 Jahre	7 Monate	paranoide Form der Schizophrenie (F 20.04)
Frau T.	36 Jahre	8 Monate	Rezidivierende schwere Depression ohne psychotische Merkmale (F 33.2)
Frau U.	19 Jahre	10 Monate	schwere depressive Episode ohne psychotische Merkmale (F 33.2)

Tabelle 1: Teilnehmer der Gruppentherapie nach Alter Dauer der bisherigen stationären Behandlung und ICD-Diagnose

In der Therapiegruppe waren die vorausgegangenen Sitzungen von nicht aufzulösenden Rivalitäten unter den Teilnehmerinnen gekennzeichnet, während die Männer sich eher zurückhielten. Die gesamte Klinik befand sich zu diesem Zeitpunkt in einem Zustand der Depression. Die Großgruppe aller Mitarbeiter und Patienten stand noch unter dem Eindruck des Suizidversuches eines jungen psychotisch strukturierten Patienten, der etwa vierzehn Tage zuvor geschehen war. Wie erst nachträglich durch den Vater mitgeteilt wurde, hatte die Mutter ihrem Sohn immer wieder zu verstehen gegeben, sein Einzeltherapeut in der Klinik taue nichts.

Als in der Gruppenpsychotherapie die Cotherapeutin einmal fehlte, sprachen die Teilnehmer so offen wie noch nie zuvor über Sexualität. Frau B., die ansonsten eher schweigsam gewesen war, eröffnete, daß sie in einen Mitpatienten außerhalb der Therapiegruppe verliebt sei. Sie hatte bisher nur einmal von sich aus gesprochen, als sie von einer sexuellen Nötigung durch einen Nachbarn erzählte, die sie als Kind erlebt hatte; sie stammte aus einer Familie, deren Dynamik von der eifersüchtigen Mutter bestimmt war, die ihr Freunde und Beziehungen wegnahm, während der Vater eher ungeheuerlich als alkoholisierter Grobian erschien. Die Gruppe reagierte freundlich auf ihre Eröffnung, alle bis auf eine Teilnehmerin (Frau A.) beteiligten sich mit Nachfragen und zeigten Frau B. ihre mögliche Gefährdung durch Hörigkeit auf. Frau U. sprach darauf ebenfalls erstmals über ihre Verliebtheit in den Gruppenleiter. Die Gruppe zog von sich aus die Verbindung zum Vater, zu dem Frau U. nach der Scheidung der Eltern lange Zeit keine Beziehung haben durfte, weil die Mutter dies verbot. Frau A., das jüngste Gruppenmitglied mit einer ganz ähnlichen Familiendynamik der verbotenen Beziehung zum Vater, verließ währenddessen die Gruppe, während andere Teilnehmer - Männer wie Frauen - über ihre ersten befriedigenden sexuellen Erfahrungen berichteten. Es entstand ein überaus dichter Kontakt untereinander, auch Frau A. war von sich aus in die Gruppe zurückgekommen, lediglich Frau U. blieb nachdenklich.

In den Tagen danach ging Frau B. mit dem erwähnten Mitpatienten eine Hose kaufen, ließ die depressive Frau T. sich die Frisur richten, während Frau H. in einem Einzelgespräch ihre Verzweiflung und Einsamkeit mitteilen konnte; vier andere Gruppenmitglieder unternahmen in ihrer Freizeit einen gemeinsamen Kinobesuch. Alle Gruppenteilnehmer bis auf Frau U. suchten in den Tagen nach der Sitzung den Kontakt zum Gruppentherapeuten.

Die folgenden Sitzungen, die wieder in Anwesenheit der Cotherapeutin stattfanden, waren von Abwehr gekennzeichnet. Die anorektische 16jährige Frau E. hatte ihren unbewußten Schuldgefühlen angesichts des freien Sprechens über Sexualität dadurch Ausdruck verliehen, daß sie in der folgenden Nacht zusammen mit einer Mitpatientin (nicht aus der Gruppentherapie) ein Graffiti auf eine Wand des Klinikgebäudes gemalt hatte mit dem Text: "Das jüngste Gericht ist Nudelsuppe" sowie "Nun lasset uns singen und beten". Die Atmosphäre in der Therapiegruppe war schuldbeladen: Die psychosenahe Frau H., die durch die Scheidung ihrer Eltern zwei Väter gehabt hatte und immer wieder sadomasochistische Männerbeziehungen eingegangen war, sprach davon, daß sie früher einmal daran gedacht habe, ins Kloster zu gehen, während Frau B. daran erinnerte, daß ihr dieses Schicksal von ihren Angehörigen zugedacht gewesen sei. Allein der psychotisch strukturierte Herr R. erwähnte drei Sitzungen später, wie gut ihm das offene Sprechen über Sexualität getan habe. Gerne würde er von den beiden Gruppenmitgliedern, die sexuelle Beziehungen außerhalb der Klinik hatten - Frau U. und Herr N. - noch mehr darüber wissen wollen, wie sie ihre Partnerschaft gestalteten.

In der achten Sitzung schließlich berichtete Herr R. einen Traum, den er schon einige Zeit zuvor gehabt hatte: Er ist in der Klinik, es ist dunkel, lauter Scherben liegen herum. Er hat Angst, daß eine Mitpatientin außerhalb der Gruppentherapie (dieselbe, mit der Frau E. die Klinikwand bemalt hatte) ihn damit schneiden will. Er läuft zunehmend verwirrt durch das Haus und ist schließlich völlig verrückt. Mit einem Messer sticht er auf die Mitpatientin ein und bringt sie um. Herr R. war als einziges Kind bei seiner alleinerziehenden Mutter und deren Eltern aufgewachsen; in seinem akut-psychotischen Wahnerleben hatte er sich wiederholt wie ein Messias als Erlöser der Welt gefühlt. Seinen Vater kannte er kaum, auch die Mutter sprach fast nie von ihm. Sie nannte vielmehr ihren Sohn, unseren Patienten, öfters mit dem Namen des Vaters; für sie war er der "kleine José". Herr R. verstand die Beziehung insoweit, daß er Partnerersatz für seine Mutter war, die nach der Begegnung mit seinem Vater keine anderen Männer mehr an sich herangelassen hatte. Erst durch den Traum wurde offensichtlich, wie sehr er sich dadurch bedroht gefühlt hatte und welch mörderische Wut er über diese Bindung empfand.

Im Vergleich zur Großgruppendynamik vor der ersten berichteten Sitzung hatte sich die Atmosphäre der gesamten Klinik wesentlich verändert. Die Vorbereitungen für eine extramurale Milieuthérapie in Süditalien hatten begonnen, es herrschte verhaltene Aufbruchstimmung. Die Therapiegruppe hatte sich in der Zwischenzeit in Träumen und Erinnerungen mit frühen Familiendynamiken auseinandergesetzt. Frau T., die in ihrer Kindheit an schwerster Neurodermitis gelitten und keine tragende Fürsorge durch die Mutter erlebt hatte, sah in einem Traum, den sie in der vierten Sitzung berichtete, ein Baby auf dem Boden liegen, auf dessen Kopf Wasser herabrann; sie nahm es auf, ging damit zu anderen Menschen und sagte: "Ja". In der darauffolgenden Sitzung erzählte Frau U., die als Kind ihre desolate Mutter hatte organisieren müssen und wiederholt von ihr massiv mißhandelt worden war, einen Traum, in dem sie ein kleines Kind auf dem Arm hatte, mit dem sie ein Bilderbuch anschaute; Frau T. las dabei einen Text vor, der nicht zu den Bildern paßte, was wiederum für Frau U. im Traum ausgesprochen quälend war.

Die Gruppe nahm die beiden Träume freundlich auf und empfand es als Ich-Leistung der Träumerinnen, frühe Kindheitssituationen geträumt und damit entäußert zu haben. Die beginnende Abgrenzung gegenüber der verinnerlichten Familiendynamik zeigte sich im folgenden daran, daß von den beiden Patientinnen wie auch von mehreren anderen Patienten der Gruppentherapie im therapeutischen Milieu der Klinik Schritte vorbereitet wurden, die eine Änderung ihrer Lebenssituation nach der stationären Behandlung einleiteten. In zwei weiteren Träumen von Herrn N. und Frau U. taten sich den Träumern auf einmal Wege auf, wo bisher keine gewesen waren.

Die aggressiven Gefühle, die mit der Trennung aus der pathogenen Symbiose mit der Familie verbunden waren, wurden von den Gruppen-

mitgliedern zuerst gegen die Gruppe oder gegen sich selbst gerichtet. Während der Gruppensitzungen war ein lebhaftes Kommen und Gehen der Teilnehmer, andere fehlten und waren während der Gruppentherapie in der gesamten Klinik nicht auffindbar, galten als suizidal wie Frau H. oder wollten wie Frau O. und Frau T. die Behandlung abbrechen, da für sie keine Fortschritte festzustellen seien. In der achten Sitzung schließlich sprach Frau E. nach langem Schweigen von ihren aggressiven Phantasien gegenüber der Cotherapeutin: Am liebsten wolle sie sie mit einem Nagel durchs Gehirn an die Wand nageln. Von anderen wurde das Thema als ihnen ebenfalls vertraut aufgegriffen, fast alle kannten ebenso heftige aggressive Phantasien, die sie gegen sich oder andere richteten oder denen sie sich ausgesetzt fühlten. Von den Gruppentherapeuten wurde dabei der wesentliche Unterschied zwischen Phantasie und Realität betont, worauf schließlich Herr R. seinen oben erwähnten Traum erzählte (in dem er eine Mitpatientin ermordet). Die Sitzung endete mit einem langen berührten Schweigen, nachdem Frau U. verzweifelt weinend über das Ende ihrer Beziehung mit ihrem Freund berichtet hatte und von Frau T. liebevoll getröstet worden war.

Entwicklung als Grenzbildung

Die Auseinandersetzung mit der verinnerlichten Mutter als eines Teiles der pathogenen frühkindlichen Familiendynamik war damit vorläufig an ein Ende gekommen; die folgenden Sitzungen beschäftigten sich mehr mit den traumatischen Aspekten der Beziehung zum Vater. Die Therapiegruppe war dabei in Wechselwirkung mit der Großgruppendynamik der gesamten Klinik einen Weg gegangen, der bei einer lähmenden Depression begonnen hatte, als ausgedrückt durch den Suizidversuch des psychotischen jungen Patienten eine gesunde Trennung von der Mutter unmöglich erschien, und der endete, als im Traum die ebenso verführerische wie vernichtende Mutter ermordet werden konnte. In der Übertragung der Gruppenteilnehmer war die Cotherapeutin lange Zeit die Mutter, deren einmaliges Fehlen einerseits befreiend wirkte und die Äußerung sexueller Wünsche erlaubte, andererseits wegen der zum damaligen Zeitpunkt noch unbewußten Mordphantasien ihr gegenüber auch heftige Schuldgefühle weckte. Erst indem die Gruppe die realen Versäumnisse und Mißhandlungen der Mutter-Kind-Beziehung untersuchte und wahrnehmen durfte und die damit verbundenen Gefühle erlebt werden konnten, erfolgte die innere Trennung zwischen Übertragungsbeziehungen und Hier-und- Jetzt-Beziehungen.

Es kennzeichnet den Entwicklungsprozeß, der in der Gruppe stattgefunden hat, daß Trauer möglich wurde, als das unbewußte Erleben nicht mehr im therapeutischen Milieu der Klinik oder in der Therapiegruppe ausagiert werden mußte, sondern als Traum mitgeteilt werden konnte. In dem Maße, wie Grenzen zwischen innerem und äußerem Erleben entstanden sind, kann der seelische Schmerz erlebt werden, der mit Trennung einhergeht und ohne den wiederum Grenzen nicht verinnerlicht werden

können (vgl. *Federn* 1952, *Ammon* 1979). Erst wenn die Verletzungen der Kindheit empfunden und betrauert werden können, wird ein Mensch frei, sich zu entwickeln, Lebensfreude zu gewinnen und neue Beziehungen einzugehen (*von Bülow, Primbas* 1997).

Der Prozeß der Gruppe von der Depression und der Abwehr aggressiver und sexueller Phantasien hin zur Trauer, zuerst in der Klinik, dann in der Gruppe und schließlich auch im Traum, fand statt in Wechselwirkung mit der Großgruppendedynamik der gesamten Klinik. Es ist das besondere an der stationären Gruppenpsychotherapie, daß sie innerhalb des therapeutischen Milieus der Klinik eine eigene therapeutische Situation mit eigenen Grenzen darstellt. Das Agieren aus der Gruppentherapie heraus verletzt damit zwar die Grenzen der Gruppe, bleibt aber durch die weiteren Grenzen der Klinik dennoch geschützt und in ein therapeutisches Feld integriert. Durch die Einbettung der stationären Gruppenpsychotherapie in ein umfassenderes therapeutisches Milieu entstehen unterschiedliche psychische Räume, die gleichermaßen miteinander verbunden wie flexibel gegeneinander abgegrenzt sind.

Wo welche unbewußte Dynamik agiert wird, gibt deshalb auch Aufschluß über den Grad ihrer Integration in das psychische Erleben eines Patienten: Je weitgehender Wünsche und Phantasien abgespalten sind, desto ferner von der therapeutischen Situation werden sie ausgelebt. Als Beispiel kann die Verliebtheit in einen Mitpatienten gelten, die Frau B. in der Gruppentherapie berichtete, zuerst aber nur weit außerhalb des therapeutischen Feldes bei Besuchen in der Stadt zulassen konnte, während sie in der Gruppentherapie gewissermaßen zur Beruhigung der Mutter die gefährlichen Seiten der Sexualität erinnerte. Durch die freundliche Annahme ihrer Verliebtheitsgefühle in der Therapiegruppe konnte sie später ihre Beziehung bei der extramuralen Milieuthérapie offen zeigen, was in ihrer therapeutischen Entwicklung einer beginnenden Abgrenzung von der eifersüchtigen Mutter und einer zunehmenden Integration ihrer sexuellen Phantasien entsprach. Es mußte aber nach wie vor weit außerhalb der Gruppentherapie geschehen, die sie weiterhin in Übertragung ihrer Mutterbeziehung als kontrollierend empfand. Die Deutung einer weiteren Bedeutungsebene ihres Agierens, nämlich die Verliebtheit in den Vater, war zu diesem Zeitpunkt nicht denkbar, da sie dies ganz und gar als ein erneutes Beziehungsverbot erlebt hätte, wie es ihr wiederholt von ihrer Mutter ausgesprochen worden war. Ihr inneres Verbundensein mit der Mutter zeigte sich auch daran, daß die gesamte Therapiegruppe einen Traum, den sie in einer der folgenden Sitzungen erzählte, in dem sie eine Mitpatientin hatte sich suizidieren lassen, nicht aufgriff: Die darin enthaltenen Todeswünsche gegen die Mutter durften noch nicht bewußt werden.

Traum und Gruppe

Behandlungstechnisch gesehen verstehen wir den Traum mit *Ammon* (1973) sowohl als eine Funktion des Ichs als auch der Gruppe, der gleichermaßen Aufschluß gibt über das Unbewußte des Träumers wie der gesamten Gruppe. Dabei ist der Patient, der einen Traum berichtet, die Person, die der Gruppe ihre unbewußte Dynamik sichtbar macht. Damit ist nicht nur der Traum, der über die Gruppe geträumt wird, ein Gruppentraum, wie *Battegay* (1979) meint, sondern jeder Traum, der in die Gruppe gebracht wird, ist als Gruppentraum zu betrachten. Er ist "zu verstehen als ein persönlicher Kommentar, eine Interpretation der unbewußten Dynamik des Gruppengeschehens. Er bringt zugleich die individuelle und die interpersonelle Dynamik des Träumers und der Gruppe insgesamt zum Ausdruck" (*Ammon* 1973). Wenn eine Gruppe Träume zuläßt, zeigt es an, daß die Gruppe als ganze begonnen hat, sich gegenüber ihrer Umwelt abzugrenzen. Sie hat eine Gruppenidentität gefunden und kann eine Öffnung zu unbewußten Prozessen zulassen.

Ebenso ist bei archaisch Ich-Kranken das Auftreten von Träumen dahingehend zu werten, daß sich bei ihnen Grenzen gebildet haben, die es ihnen erlauben, zwischen innen und außen zu unterscheiden. Wenn ein Patient beginnt zu träumen, muß er seine unbewußte Dynamik nicht mehr zwanghaft in seinem Leben oder in der therapeutischen Situation ausagieren; in seinem Erleben überlagern sich die Dynamiken der Primärgruppe, der aktuellen Lebensgruppe und der therapeutischen Situation nicht mehr völlig. Seine Beziehungen mit anderen Menschen sind nicht mehr nur von seinen Übertragungen bestimmt, sondern er vermag, ihnen echt zu begegnen.

Im Verständnis *Ammons* ist der Traum nicht nur ein intrapsychisches Ereignis, wie *Freud* (1900) es in der "Traumdeutung" beschrieben hat, sondern er ist ganz wesentlich ein interpsychisches Geschehen. So wie der Traum entsprechend der Persönlichkeitsstruktur des Träumers aus der Gruppe entsteht und so wie die Gruppe durch den Träumer Bilder ihres unbewußten Prozesses erhält, braucht der Träumer die Gruppe, um die Bilder seines Traumes integrieren zu können (vgl. *Friedman* 1998). In unserem Beispiel war Herr R. zuerst über mehrere Sitzungen hinweg nicht in der Lage, seinen Traum von der Ermordung der Mitpatientin zu erzählen, da er ihn wörtlich nahm und schuldhaft verarbeitete. Ehe er sich zu seiner Erzählung überwinden konnte, bedurfte es der Erinnerungen und Phantasien der übrigen Gruppenmitglieder; erst sie brachten ihn dazu, seinen Traum in die Gruppe hinein zu entäußern. Mit Hilfe der Gruppe konnte er ihn schließlich verstehen und die Verbindungen zu seiner eigenen Lebensgeschichte ziehen. Durch den Prozeß der Gruppe war es bei ihm zu einer Erweiterung seiner Persönlichkeit und Veränderung seiner Ich-Grenzen gekommen, so daß er die zuvor aus Angst abgewehrten aggressiven Phantasien in sich integrieren konnte.

Agieren und Gruppe

Wie den Traum sehen wir auch das Agieren als eine Ich- und Gruppenfunktion, und wie der Traum zeigt das Agieren auf, welche unbewußte Dynamik den einzelnen und die Gruppe beschäftigt. Im Unterschied zum Traum handelt es sich aber um eine Dynamik, über die nicht gesprochen werden kann, sondern die in Handlungen umgesetzt werden muß, um mitgeteilt werden zu können. Der Patient, der agiert, ist das schwächste Gruppenmitglied, seine unbewußte Angst ist am größten, und im Umgang mit ihm entscheidet es sich, ob die Gruppe als ganze die von seiner Person zum Ausdruck gebrachte Dynamik integriert oder nicht. Da ihm selbst sein Verhalten als realitätsgerecht erscheint, hängt es davon ab, inwieweit sich die Gruppe ihrem unbewußten Prozeß gegenüber öffnen kann, ob der agierende Patient in der Bedeutung seines Verhaltens verstanden oder als Sündenbock ausgegrenzt wird.

Die szenische Darstellung der unbewußten Dynamik durch den agierenden Patienten bezieht die anderen Gruppenmitglieder als Übertragungsfiguren in das Geschehen mit ein, so daß auch dem Agieren wie dem Traum eine interpsychische Bedeutung zukommt. Das Agieren eines Patienten und die Gruppe, vor der er agiert, sind wechselseitig aufeinander bezogen. Durch das Agieren eines ihrer Mitglieder wird die Gruppe dazu aufgefordert, ihre unbewußte Dynamik zu erkennen, während die Gruppe dem agierenden Patienten hilft, eine Sprache für seine präverbalen und szenisch dargestellten Erinnerungen zu finden. Sein Agieren fordert die Gruppe auf, sich mit Phantasien auseinanderzusetzen, die bisher nicht bewußt werden durften. Gleichzeitig schafft er durch seine Aktion den anderen Gruppenmitgliedern die äußere Realität, die sie brauchen, um sich abgrenzen zu können. Indem das agierte Verhalten sie zu einer Stellungnahme veranlaßt, erhält er von der Gruppe, wozu er selbst nicht in der Lage ist, nämlich sich und sein Verhalten in der unbewußten Dimension zu verstehen.

In unserem Beispiel war es Frau E., die ihre zu diesem Zeitpunkt noch völlig unbewußten Gefühle der Mutter gegenüber agierte, als sie eine Wand des Klinikgebäudes durch ihr Graffiti beschädigte. Für sie selbst war diese Aktion ein Fortschritt, hatte sie doch bis dahin in entsprechenden Situationen sich selbst durch tiefes Ritzen der Haut verletzt (*Römisch* 1999). Dieses Agieren aus der Gruppentherapie heraus wurde von ihrer Milieutherapiegruppe entgegen ihren Schuldgefühlen nicht verurteilt, sondern freundlich abgegrenzt, indem sie gemeinsam den Schaden behoben. Einige Sitzungen später agierte Frau E. ihre unbewußten Gefühle der Mutter gegenüber in die Gruppentherapie hinein, als sie in Übertragung auf die Co-Therapeutin ihr eröffnete, sie würde sie am liebsten mit einem Nagel durch das Gehirn an die Wand nageln. Wie beschrieben, entstand daraus eine intensive Gruppensituation, die für die gesamte Gruppe zu einer Neubestimmung ihrer Grenzen von Phantasie und Realität führte und schließlich die Traumerzählung von Herrn R. ermöglichte.

Therapeut und unbewußter Gruppenprozeß

Bei der Deutung des unbewußten Materials sind wir gerade in der Psychotherapie archaisch ich-kranker Patienten sehr zurückhaltend, da jede Deutung von ihnen unbewußt als Zurückweisung erlebt wird und Verlassenheitsgefühle aktiviert. Wenn überhaupt, erfolgt sie eher auf die Gruppe als auf den einzelnen bezogen. Ebenso verhalten wir uns bei der Konfrontation mit Abwehrmechanismen; wenn wir sie ansprechen, dann vor allem in ihrer Bedeutung der Abwehr des unmittelbaren Kontaktes im Hier und Jetzt. Vielmehr suchen wir als Gruppentherapeuten immer wieder das Bündnis mit den konstruktiven Persönlichkeitsanteilen der Teilnehmer, die durch unsere Interventionen gestärkt werden sollen, um auf diese Weise die Abgrenzung gegen pathologische Inhalte des Unbewußten zu verbessern. Entscheidend ist schließlich die Integrationsfähigkeit der Gruppentherapeuten, da sie die Grenzen der Gruppe festlegt; sie bestimmt letztlich, auch unbewußt, was im Kontakt zugelassen oder abgewehrt wird, von ihr hängt ab, was als bedeutungsvoll für den therapeutischen Prozeß aufgegriffen wird und was nicht.

Für wesentlich halten wir es, daß die Gruppentherapeuten selbst innerlich am Gruppenprozeß teilnehmen. Es genügt dabei nicht, daß sie sich ihres Enactments bewußt werden, d.h. daß sie die Momente erkennen, wo sie im Widerstand mit den Patienten mitagieren, wie es bei der Behandlung archaisch ich-kranker Patienten häufig geschieht (*Ammon* 1998). Um die Gruppenmitglieder wirklich verstehen zu können, müssen die Leiter gerade bei der Therapie frühgestörter Patienten sich selbst auf denselben unbewußten Prozeß einlassen und sich einer eigenen Identitätsentwicklung stellen (*Richarz, Römisch* 1999). Denn ähnlich wie Eltern mit ihrer eigenen Entwicklungsfähigkeit ihren Kindern als Modell- und Identifikationsfiguren dienen, wird sich eine Therapiegruppe nur entsprechend dem Ausmaß der Lernfähigkeit ihrer Gruppentherapeuten weiterentwickeln können. In unserem Beispiel befand sich der Gruppentherapeut vor der ersten berichteten Sitzung in einem Zustand gekränkten Rückzugs, ausgelöst durch eine teaminterne Auseinandersetzung; gewissermaßen agierte er seine Gefühle gegenüber der Klinik als einer mütterlichen Übertragungsfigur aus. Durch den Gruppenprozeß änderten sich seine eigenen Grenzen: Nach der ersten beschriebenen Sitzung träumte er zum einen, er lasse eine alte Wunde am Arm chirurgisch behandeln, zum anderen ging er im Traum eine wütende Auseinandersetzung mit einer Kollegin ein, gegenüber der er vehement seinen Standpunkt verteidigte. Schließlich kam es im weiteren dazu, daß er eine für die gesamte Klinik wichtige Aufgabe übernahm. Von der unbewußten Dimension her nahm er wieder einen freundlichen Kontakt zur Klinik auf, nachdem er seine eigenen Grenzen gegenüber mütterlichen Übertragungsfiguren neu bestimmt hatte, wie es der zweite Traum zeigte.

Schlußbemerkung

In der stationären Gruppenpsychotherapie sind die unbewußten Prozesse der Gruppenteilnehmer, der Gruppenleiter und der gesamten Klinik miteinander verknüpft. Ihre Bearbeitung auf den unterschiedlichen Ebenen der Großgruppe, der Kontrollgruppe, der Gruppenpsychotherapie, der nonverbalen Gruppentherapien und der Milieuthherapie ermöglicht ihre Abgrenzung aus den gegenwärtigen Beziehungen heraus in die Welt des Traumes hinein. Auf diese Weise erfolgt eine nachholende Persönlichkeitsentwicklung, die wir in der Dynamischen Psychiatrie der Berliner Schule *Günter Ammons* als wesentlich für die Behandlung archaisch ich-kranker Patienten annehmen.

From Acting-Out To Dreaming – Developmental Processes In In-Patient Group Psychotherapy

Bernhard Richarz (Berlin), Sylvelin Römisch (München)

Since early psychoanalysis acting out has been understood in different ways. As the number of patients disturbed in early childhood increases, it is nowadays looked upon as an essential part of any therapeutic process, because it contains the potential to overcome pathological behaviour. We suggest that the unconscious material should be transformed by the therapeutic process from the less mature language of acting out into the more mature language of dreaming. This is exemplified by the process of an analytic group conducted by us (half-openly twice a week) within the therapeutic milieu of the Dynamic Psychiatric Hospital Meterschwaige, Munich. The group process of eight sessions is described, especially how boundaries between inner and outer reality arise.

Anna Freud (1968) wrote, that acting-out is of greater importance (compared to the analysis of dreams and transference), the more one is concerned with pre-oedipal disturbances, since these patients can communicate their pre-verbal experiences only by motorious activities rather than language. Like several other authors also *Ammon* (1973, 1979, 1998) and his co-workers (*Schmidts* 1978, *Schibalski* 1978) understand acting-out as an essential communication of the unconscious, by which the patient strives to get in contact.

It is special to in-patient group psychotherapy that it creates an own therapeutic space with own borders within the therapeutic milieu of the clinic, so acting out is injuring the group's borders and in the same time stays protected and integrated into a therapeutic field. The group process takes place in interaction with the clinic's group dynamics: from depression and defence of aggressive and sexual phantasies to grief, first within the clinic, then within the group and finally within dreams. The more wishes

and phantasies are split off, the more they can be experienced only far from the therapeutic situation.

At the reported time the group consisted of eight women and four men (for diagnoses and length of in-patient therapy see tab. 1). When the female co-therapist was absent one day, the group would talk more open than ever on sexuality, especially Ms. B. and Ms. U. spoke of their being in love, the first with a co-patient, the latter with the therapist. The following days, except one all patients contacted the male therapist and most of them also brightened up their appearance. The following sessions, when the female co-therapist was present again, were characterized by defense and feelings of guilt. Ms. E., a 16-years-old anorectic girl, had painted at night a graffiti on the walls of the clinic, together with her best girl-friend in the clinic who did not attend the group. Two other female patients, Ms. H. and Ms. B., spoke of ideas of joining a convent. Only Mr. R. spoke of the beneficial effects of talking about sexuality and was interested to hear more about it, especially by those group members who had sexual partnerships outside the clinic. Meanwhile the therapy group had confronted itself with early family dynamics and reminiscences. The group continued to report dreams, which reflected the members' bitter life experiences and which were accepted in a friendly and understanding way. After a lot of coming and leaving of the group participants during several sessions, Ms. E. broke her long lasting silence and uttered her aggressive phantasies against the female co-therapist. Aggressive phantasies were recognized to be familiar to other group members, too. Then Mr. R. told a dream, in which he was prosecuted and threatened by a young female co-patient (not attending the group), whom he ended up killing with a knife.

In this sequence of sessions the group was concerned with the introverted mother as part of the pathogenous family dynamics in early childhood and who was represented in transference by the female co-therapist. Only after the group had studied the real parents' sins of omission against their children and after the feelings had been experienced, an inner separation of transference and relations in the here and now could take place and instead of acting-out the unconscious experience could be reported by dreams.

In a group, the patient who acts out is the meanest member, he feels the most anxiety. His acting-out demands the group to recognize its unconscious dynamics expressed by him and to integrate it by understanding this patient instead of putting him off as a scapegoat. E.g. Ms. E. acted out the then unconscious negative feelings towards her mother by her graffiti painting. For her, who often hurted and cutted herself, this was a progress. As she did not expect and in contrast to her feelings of guilt, this was demarcated friendly and she got help to repair the damage. Later, she acted into the group her transference towards the co-therapist. This helped the group to open up towards their phantasies and finally enabled the telling of Mr. R.'s dream.

As far as psychoanalytic technique is concerned, we are rather restrictive in interpretation of unconscious material for early disturbed patients, for they would experience it easily as being let down and put off. All interpretation and confrontation is referred to the here-and-now-contact and we are always looking for an alliance with the constructive and healthy parts of a patient's personality. For the therapy of patients with early disturbances we think it to be crucial that group therapists get involved in the same unconscious process and in an own development of identity.

Literatur

- Ammon, G. (1959): Theoretical Aspects of Milieu Therapy. The Menninger School of Psychiatry, Topeka, Kansas, USA
- (1973): Der Traum als Ich- und Gruppenfunktion. *Dyn. Psychiat.* 6, 145-164
- (1979): Tod und Identität. In: Ammon, G. (Hrsg.): *Handbuch der Dynamischen Psychiatrie*. Bd. 1. München: Ernst Reinhardt
- (1998): Das Borderline-Syndrom. *Krankheit unserer Zeit*. Berlin: Pinel
- Balint, M. (1934): Charakteranalyse und Neubeginn. *Int. Zschr. Psychoanalyse* 20, 54-63
- Battegay, R. (1979): Der Mensch in der Gruppe. Bd. 3: Gruppendynamik und Gruppenpsychotherapie. 3. Aufl. 1987. Bern: Hans Huber
- Blechner, M. J. (1983): Changes in the dreams of Borderline Patients. *Contemp. Psychoanal.* 19, 485-498
- Boesky, D. (1982): Acting Out: A Reconsideration of the Concept. *Int. J. Psychoanal.* 63, 39-55
- Bühling, W. (1977): Die Funktion des Agierens von Borderline-Patienten in der Milieuthera-
peutischen Gemeinschaft. *Dyn. Psychiat.* 10, 307-316
- Bülöw, G.; Primbas, R. (1997): Trauer und Identitätsentwicklung im psychotherapeutischen
Prozeß von Borderline-Patienten. *Dyn. Psychiat.* 30, 330-339
- Ekstein, R.; Friedman, S. W. (1957): The Function of Acting Out, Play Action and Play Acting
in the Psychotherapeutic Process. *J. American Psychoanalytic Ass.* 5, 581-629
- Federn, P. (1952): *Ego-Psychology and the Psychoses*. New York: Basic Books
- Freud, A. (1968): Acting Out. *Int. J. Psychoanal.* 49, 165-170
- Freud, S. (1900): Die Traumdeutung. *G.W.* 2/3
- (1914): Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten. *G.W.* 10
- (1938): Abriß der Psychoanalyse. *G.W.* 17
- Friedman, R. (1998): The Interpersonal Containment of Dreams in Group Psychotherapy -
Contribution to the Work with Dreams in the Group. Paper presented at the 13th Internat.
Congress of the Internat. Ass. Of Group Psychotherapy (IAGP) in London
- Greenson, R. M. (1967): *The Technique and Practice of Psychoanalysis*. London: Hogarth
- Grinberg, L. (1968): On Acting Out and its Role in the Psychoanalytic Process. *Int. J.*
Psychoanal. 49, 171-178
- (1987): Dreams and Acting Out. *Psychoanalytic Quarterly* 56, 155-176
- Jung, C. G. (1906): *Psychologie der Dementia Praecox*. Halle: Merhold
- Kernberg, O. (1993): *Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten*. Bern: Hans Huber
- Klüwer, R. (1995): Agieren und Mitagieren - Zehn Jahre später. *Zschr. Psychoanalyt. Theorie*
u. Praxis 10, 45-70
- Rangell, L. (1968): A Point of View on Acting Out. *Int. J. Psychoanal.* 49, 185-201
- Richarz, B.; Römisches S. (1999): The Common Unconscious of Therapists and Patients in In-
Patient Group Analysis. Paper presented at the 11th World Congress of WADP, Munich.
- Römisches, S. (1999): Zur Aggressionsdynamik bei einer anorektischen Jugendlichen in
stationärer Psychotherapie. Vortrag gehalten beim XXV Internat. Symposium der
Deutschen Akademie für Psychoanalyse/ 12th World Congress of the World Ass. For
Dynamic Psychiatry, Berlin
- Schanne, U.; Wolfrum, G. (1994): Dreams as Indicators of Unconscious Developmental
Processes in Psychoanalytic Group Psychotherapy. *Dyn. Psychiat.* 27, 387-394

- Schibalski, W.* (1978): Formen des therapeutischen Mitagierens und seine strukturelle Bedeutung. Dyn. Psychiat. 11, 252-265
- Schmidts, R.* (1978): Die Psychodynamik des Ausagierens im Rahmen einer Dynamisch-Psychiatrischen Klinik. Dyn. Psychiat. 11, 232-240
- Sterba, R.* (1946): Dreams and Acting Out. Psychoanalytic Quarterly 15, 175-179

Adresse der Autoren:
Dr. med. Bernhard Richarz
Kantstr 120/121
D-10625 Berlin
Dipl.Psych. Sylvelin Römisch
Goethestr. 54
D-80336 München

Humanstrukturelles Tanztheater - gruppendedynamische Selbsterfahrung und therapeutische Effekte *****

Gabriele von Bülow (Berlin)*, Werner Schütz (Berlin)**, Bianca Schütz (Berlin)***, Sylvelin Römisch (München)*****

Das Tanztheater als gruppendedynamische Selbsterfahrung entwickelte sich aus dem Humanstrukturellen Tanz unter Integration von Elementen der Theaterarbeit im Rahmen der humanstrukturellen Theatertherapie und Theaterselbsterfahrung sowie der psychoanalytischen Gruppendedynamik. Das Tanztheaterprojekt fungiert dabei als drittes Objekt, das den gruppendedynamischen Prozeß einerseits widerspiegelt und andererseits vorantreibt.

Die Autoren machten während der Arbeit mit Tanztheater-Selbsterfahrungsgruppen die Beobachtung, daß die Kombination von gruppendedynamischer Selbsterfahrung mit ambulanter Einzel- oder Gruppentherapie geeignet ist, im Widerstand arretierte Therapiesituationen zu mobilisieren. Tanztheater-Selbsterfahrungsgruppen finden im Rahmen sowohl von gruppendedynamischen Balint-Wochenenden an den Instituten der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) als auch auf zehntägigen Klausurtagungen statt. Sie stehen für alle Interessierten offen und werden häufig auch von ambulanten Patienten genutzt. Für letztere stellen sie eine extravertale gruppendedynamische Erweiterung des ambulanten Behandlungsspektrums dar.

Die Autoren beschreiben allgemeine Faktoren, die eine synergistische Wirkung von gruppendedynamischer Selbsterfahrung und ambulanter Psychotherapie bedingen. Sie zeigen, warum insbesondere archaisch Ich-krankte Patienten von dieser Kombination therapeutischer und sog. nicht-therapeutischer Verfahren profitieren. Die spezifische Wirkung der nonverbalen Ebene wird am Beispiel des Humanstrukturellen Tanztheaters aufgezeigt. Dazu werden Fallvignetten vorgestellt.

Das Humanstrukturelle Tanztheater als gruppendedynamische Selbsterfahrung entwickelte sich aus dem Humanstrukturellen Tanz nach *Günter Ammon* unter Integration von Elementen der Theaterselbsterfahrung sowie der psychoanalytischen Gruppendedynamik. Es stellt eine neue Ausdrucksmöglichkeit dar innerhalb des Spektrums von nonverbalen Selbsterfahrungsformen und dient der Kreativierung der Teilnehmer. Die Autoren machten in ihrer gruppendedynamischen Arbeit mit Tanztheater-Selbsterfahrungsgruppen die Beobachtung, daß einige Patienten von der Teilnahme an diesem außertherapeutischen Angebot auch für ihre parallel laufenden psychotherapeutischen Prozesse deutlich profitierten. So konnten in den Therapien - sowohl Gruppen- wie auch Einzeltherapie - beispielsweise langdauernde symbiotische Übertragungswiderstände aufgelöst, Trennungsprozesse mobilisiert und Identifizierungsprozesse in Gang gesetzt und damit Identitätsentwicklung gefördert werden.

* Dipl.-Psych., M. A., Psychologische Psychotherapeutin, Lehranalytikerin (DAP)

** Dipl. Ing., cand. med., Gruppendedynamiker

*** Dr. med., Psychoanalytikerin (DAP)

**** Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin, Psychoanalytikerin (DAP)

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

Im folgenden werden wir die gruppendynamischen Prozesse während einer zehntägigen Tanztheaterselbsterfahrung, die Szenen aus "Die Geschöpfe des Prometheus" von Beethoven erarbeitete, schildern. Im Mittelpunkt steht dabei die Auseinandersetzung um die Rollenfindung als Ausdruck des Ringens um die Identität des Einzelnen sowie der gesamten Gruppe. Anhand der Fallvignette einer Patientin, die während ihrer analytischen Einzeltherapie an mehreren Tanztheaterprojekten teilnahm, wird die Wechselwirkung von gruppendynamischer nonverbaler Selbsterfahrung und ambulanter Psychotherapie erläutert.

Ausdruckstanz

Die Ausdruckstanzbewegung dieses Jahrhunderts, die sich löste von der starren kodifizierten Ballett-Technik, wurde von einigen ihrer Vertreter wie *Emil Jacques-Dalcroze* und *Isadora Duncan* auch als eine Wiederbelebung des Tanzes der griechischen antiken Kultur verstanden, in deren Anfängen Theater, Tanz und Musik noch eine unauflösbare Einheit bildeten.

Wesentliches Moment im Ausdruckstanz ist die Suche nach einem unmittelbaren und elementaren Körper-Ausdruck und einem Nachspüren des eigenen Körper-Rhythmus. *Rudolf von Laban* (1879-1958), der eigentliche Schöpfer des Ausdruckstanzes, verstand Tanz als Ausdruck und Abbild des Lebens und die Bewegung als Ursprung allen Seins. "Der Tanz ist eher die Urkunst, aus der Musik und Schauspiel dadurch entstanden sind, daß sich seine seelischen und formalen Grundprinzipien einzeln herauschälten und besonders entwickelten. Das neue Tanztheater hat nunmehr die Aufgabe, alle Möglichkeiten tänzerischen Ausdrucks zu ergründen und wieder zu einer Synthese zusammenzuschweißen" (zitiert nach *Müller* 1986). Tanztheater ist für *Laban* dann ein Kunstwerk, wenn "das Tanzereignis als Symbol eines vielleicht typischen Lebensereignisses in uns wirksam wird, uns erschüttert, uns erfreut". Im Gruppentanz sah er ein sozial verbindendes und integrierendes Geschehen - "Der Tänzer im Bewegungschor gibt sich selbst, nur gereinigt, erhöht, seiner Idealform näher gespannt. Er holt aus seinen Tiefen den neu erweckten Bewegungssinn und verankert ihn dauerhaft und kräftig in seinem Wesen nicht als einzelner, sondern als Teil der lebendigen, größeren Gruppe" (ebda.)

Humanstruktureller Tanz nach Günter Ammon

Der Humanstrukturelle Tanz, der seit 1983 von *Günter Ammon* und *Maria Ammon* entwickelt wurde, ermöglicht eine Vertiefung und Integration der Selbsterfahrung des einzelnen in der Gruppe. Tanz ist hier die zentrale Kraft eines sozialenergetischen und gruppendynamischen Feldes für die teilhabende Gruppe, in der der Einzelne tanzt. Wesentlich dabei ist, daß weder Thema noch Rolle oder Choreographie von außen vorgegeben sind. Der Humanstrukturelle Tanz ist ein spontaner Ausdruckstanz, in dem

sich das Unbewußte des Tänzers im Medium der Körpersprache äußert. *Ammon* spricht in diesem Zusammenhang vom Tanz als einer *via regia* zum Unbewussten, in Analogie zu *Freuds* Aussage über den Traum. Der Tanz innerhalb einer Gruppe kann eine Brücke bilden zum Ausdruck innerpsychischer Prozesse und so eine ganz andere Kommunikationsebene und Öffentlichkeit erreichen als ein Traumgeschehen. Es handelt sich dabei um einen "kreativen Prozeß, der weder durch Regie noch durch Choreographie und in der Regel auch nicht durch Wille und Wollen bestimmt ist", in dem das "unerwartete, kreative, spontane Element im Mittelpunkt" steht (*Ammon* 1986). *Ammon* selbst regte an, den Humanstrukturellen Tanz in dem Sinne weiterzuentwickeln, noch nicht gelebte Identitätsaspekte oder neue Identitätsentwürfe der eigenen Person in tänzerisch-theatralischer Form darzustellen.

Diese Anregung wurde im Rahmen des Humanstrukturellen Tanzes nur sehr zögernd aufgegriffen. Im Unterschied zum Humanstrukturellen Tanz kommen beim Tanztheater vorgegebene Elemente wie Thema, Handlung, Rollenangebote und gewisse choreographische und Musikvorgaben hinzu. Der Tänzer zeigt sich darüber hinaus nicht allein auf der Bühne, sondern inmitten einer mitspielenden Gruppe. All diese Momente bieten Schutz und mindern Angst. Das Humanstrukturelle Tanztheater, wie wir es nennen möchten, stellt eine neue Ausdrucksmöglichkeit dar innerhalb des Spektrums von nonverbalen Selbsterfahrungsformen.

Beziehung zur Humanstrukturellen Theaterarbeit

Insbesondere besteht eine enge Verwandtschaft mit der Humanstrukturellen Theatertherapie und -selbsterfahrung. Sinn und Ziel aller nonverbalen Selbsterfahrung und Therapie ist die Kreativierung des Menschen. *Urspruch* (1993) spricht für die Theaterarbeit von der Dimension des dritten Objekts, über das sich Kontakt und Beziehungen vermitteln. Dabei kommt der Auseinandersetzung in der Gruppe um die Rolle des einzelnen und der Rollenfindung besondere Bedeutung zu. Die Identifikation mit der Rolle wird aus dem Unbewußten gespeist, der Spielende "kann vergangen Erlebtes in der Rolle wiederfinden, er kann Gegenwärtiges in Szene setzen und Zukünftiges ausprobieren". "Die Rolle ... kann eine Brücke zur Identitätsfindung sein" (*Urspruch* 1993).

Im Gegensatz zum Sprechtheater steht die Dimension des Körpers, der Körpersprache und der Musik beim Tanztheater im Vordergrund. Beides sind archaischere Ausdrucksformen - menscheitsgeschichtlich ebenso wie in der Persönlichkeitsentwicklung - gegenüber der verbalen Sprache. Damit ermöglicht das Tanztheater einen unmittelbareren Zugang zu tieferen Schichten des Unbewußten.

Psychoanalytische Gruppendynamik

In gruppendynamischen Selbsterfahrungsgruppen erlebt sich der einzelne im Spiegel der anderen und innerhalb des sich entwickelnden und differenzierenden Beziehungsgeflechts, das Ammon als sozialenergetisches Feld charakterisierte. Das Unbewußte des einzelnen und der Gruppe als ganzer sind dabei miteinander verwoben: die Gruppenmatrix bildet den Boden für die Identitätsentfaltung des einzelnen, der wiederum seinen je spezifischen Beitrag in die Gruppe einbringt. "Der Mensch entwickelt seine Identität in der Gruppe. Der Gruppenbezug integriert ihn, die Identität differenziert ihn aus der Gruppe heraus" (Ammon 1982). Wesentlich für die Integration einer Gruppe, dafür, daß sich die Gruppengrenzen schließen können, ist das gemeinsame Anliegen.

Das gemeinsame Ziel der Tanztheater- Gruppe ist die Aufführung zum Abschluß des Projekts innerhalb der vorgegebenen Zeit. Dies ist eine Identitätsanforderung für den einzelnen und die gesamte Gruppe. Wie bei anderen Formen der Gruppendynamik steht das Arbeiten mit den gesunden und kreativen Persönlichkeitsanteilen im Hier und Jetzt im Zentrum. Alles was den gruppendynamischen kreativen Prozeß der Gruppe blockiert - wie Übertragungen und Re-Inszenierungen der Primärgruppendynamik - wird thematisiert und auf die aktuelle Gruppensituation bezogen, eine analytische Bearbeitung findet dagegen nicht statt. Im Humanstrukturellen Tanztheater entwickelt sich die Rollenfindung aus dem gruppendynamischen Prozeß heraus. Voraussetzung dafür ist, daß sich ein konstruktives sozialenergetisches Feld entwickeln kann, das Raum für Phantasien, Kreativität und Erotik eröffnet.

Bewußt wird ein anspruchsvolles Stück für das Tanztheater ausgewählt, weil über die Beschäftigung mit dem geistigen, kulturellen und historischen Hintergrund eine Auseinandersetzung über Sinnhaftigkeit und Werte stattfinden kann. In der Gruppe wird die zentrale Aussage des Stücks erarbeitet, die auch dem Publikum vermittelt werden soll. Diese geistige Meta-Ebene ermöglicht darüber hinaus eine Relativierung und Integration eigenen Erlebens und Fühlens.

Beim Humanstrukturellen Tanztheater bleibt der Charakter des spontanen, kreativen Ausdrucks aus dem Unbewußten erhalten, der - wie wir sahen - den Humanstrukturellen Tanz kennzeichnet. Die Dimension des Unbewußten der Gruppe kommt hier noch sehr viel stärker zum Tragen, als es bereits beim Humanstrukturellen Tanz der Fall ist. Durch die vorgegebenen Momente erfährt der Prozeß des freien Tanzes eine stärkere Strukturierung und Kristallisation. Wie beim humanstrukturellen Tanz und beim humanstrukturellen Arbeiten überhaupt steht der Identitätsaspekt ganz im Mittelpunkt.

“Die Geschöpfe des Prometheus”

Im Sommer 1996 fand in Paestum bei Neapel im Tagungszentrum der Deutschen Akademie für Psychoanalyse zum ersten Mal ein Tanztheaterprojekt im Rahmen einer zehntägigen gruppendynamischen Klausurtagung statt. Der Tagungsort, die Casa Ammon, liegt am Rande des archäologischen Geländes mit seinen imposanten griechischen Tempeln aus der Zeit der Magna Graecia zwischen Meer und Bergen. Das Gelände der Casa ist eine parkähnlich angelegte mediterrane Landschaft mit Gärten, Terrassen, Statuen, Brunnen und üppiger Vegetation und einem antiken Vorbildern nachempfundenen Amphitheater, Ort der Tanztheatergruppe. Parallel dazu tagten die auf das Medium der Sprache sich konzentrierende gruppendynamische Selbsterfahrungsgruppe, sowie eine Kindergruppe. Integrierendes Moment waren die täglich stattfindenden humanstrukturellen Tanzsitzungen für alle Klausurtagungs-Teilnehmer sowie die abendlichen wissenschaftlichen Seminare.

Die Tanztheater-Gruppe bestand aus zehn Teilnehmern, die Hälfte der Gruppe war zum ersten Mal auf einer Klausurtagung bzw. hatte keinerlei Erfahrung im humanstrukturellen Tanz. Die drei Leiter teilten sich die Aufgaben der gruppendynamischen und choreographischen Leitung. Die Sitzungen umfaßten neben dem Tanzen je nach Erfordernis auch das Sprechen über Gefühle und das Arbeiten an den gerade aktuellen gruppendynamischen Prozessen.

Durch ein flexibles Umgehen mit dem Wechsel von Sprechen und Tanzen erwiesen sich festgefahrene Gruppensituationen als leichter auflösbar. Dieser Wechsel des Mediums ist vergleichbar dem Einsatz von bildhafter Sprache wie dem Erzählen von Geschichten etc. in gruppendynamischen oder auch therapeutischen Situationen (vgl. Ammon 1984). Beides schafft wieder Abstand bei arretierten Gruppenprozessen, denn es führt weg vom Konkreten, an dem sich eine Gruppe leicht festbeißen kann.

Die Leiter brachten als Projektthema die Ballettmusik von *Ludwig van Beethoven* "Die Geschöpfe des Prometheus oder die Macht der Musik und des Tanzes" in die Gruppe ein. Dieses Ballett schrieb Beethoven 1801 in einer Phase, wo er *Napoleon Buonaparte* als prometheischen Heros verehrte. Musikalische Themen des Finalsatzes griff er in seiner zwei Jahre später entstandenen 3. Symphonie "Eroica" wieder auf. Prometheus hat seinen aus Lehm geformten Geschöpfen, einem Mann und einer Frau, Leben eingehaucht, aber noch sind sie nur das äußere Abbild ihres Schöpfers, sind noch dumpf, gefühl- und geistlos. Nach anfänglicher Freude ist Prometheus so enttäuscht und zornig über seine lernunfähigen Geschöpfe, daß er sogar glaubt, sein Werk zerstören zu müssen. Doch er besinnt sich eines Besseren und schleift seine beiden Menschen zum Parnaß. Dort vermögen es Apollon, die Musen, Pan mit Gefolge und Orpheus, im Kontakt mit den Geschöpfen des Prometheus, diese zu beseelen und zum eigentlichen Menschsein zu erwecken. Schließlich erkennen die beiden ihren Schöpfer,

trennen sich vom Parnas und gehen gemeinsam in die Welt hinaus (Alle übrigen Sätze des Balletts wurden von uns nicht bearbeitet).

Mit diesem Hintergrund und der mythologischen Bedeutung der Figuren machten sich die Teilnehmer zunächst vertraut und lernten dabei einander kennen. Der Schritt von der Beschäftigung mit dem Thema und den in den Köpfen entstehenden Bildern zur ersten tänzerischen Umsetzung war für die ganze Gruppe eine spürbare Anforderung. Es herrschte unterschwellig sehr viel Angst in der Gruppe, die sich in einer chaotischen Choreographie und in einer Kontaktlosigkeit in den Tanzszenen äußerte. In der Widerspiegelung bekamen die Leiter Sorge, daß das Tanztheater eine heillose Überforderung der Neuen sei und die nicht gespürte Angst in körperlichen Verletzungen ausagiert werden könnte. Es war, als ob die ganze Gruppe in ein depressives Loch gefallen wäre. Die Auseinandersetzung mit dem Stück, mit den Rollen, kam nicht voran, keiner wollte sich tiefer darauf einlassen.

Zu einem Wendepunkt wurde die Soziogramm-Besprechung am vierten Tag. Im Soziogramm erhielten zwei Gruppenmitglieder, Frau T. und Frau P., die meisten positiven Zusammenbeitspfeile, während die Leiter weitgehend ausgeklammert blieben. Auch die beiden Mitglieder, die am meisten über den mythologischen Hintergrund des Stückes beigetragen hatten, Frau K. und Frau E., waren von der Gruppe in ihrem Einsatz für das gemeinsame Projekt nicht gewürdigt. So hatte sich Frau K. wie ein Regieassistent mit den Leitern verbündet. Frau E. ihrerseits, die als erfahrene Reiseleiterin die ganze Welt bereist hatte, brachte ihr Wissen über geschichtliche und kulturelle Zusammenhänge großzügig in die Gruppe ein.

Bei Frau T. und Frau P. hingegen wurde im Laufe der Auseinandersetzung deutlich, daß hinter der vordergründig kooperativen Haltung eine massive Rivalität und Autoritätsproblematik verborgen lag. Unbewußt identifizierte sich Frau T. bereits mit der Rolle des Prometheus, der es auch besser zu wissen meint als die Götter. Für die Gruppe war sie durch ihr angepaßtes überkonstruktives Verhalten kaum als Mensch sichtbar geworden. In der Sitzung wurde jetzt für alle spürbar, daß sie damit ihre starke Kontaktangst abwehrte. Erst als sie mit ihrer Wut und Verweigerung konfrontiert wurde, brach die Abwehr zusammen. Frau T. schrie, wie unglaublich wütend sie darüber sei, daß die Leiter und Frau E. so viel mehr über die griechische Mythologie wüßten als sie selbst, daß sie lieber alles zerstören wolle als sich dieser Kränkung zu stellen. Andere schlossen sich an und forderten mit massiver Kritik die Leiterin auf, weniger oberlehrerhaft und verspielter zu sein. Diese antwortete, in dieser Atmosphäre eiskalter Verweigerung könne sie nicht mehr verspielt sein. Darauf entstand eine heftige Auseinandersetzung zwischen Frau P. und Frau T., in der klar wurde, daß Frau P. sich von Frau T. unterdrückt fühlte, sehr eifersüchtig auf sie und ihre Darstellung des Prometheus war. Jetzt wurde die große Angst von Frau T. sichtbar, sie reagierte sehr abweisend und kalt.

In dieser zentralen Auseinandersetzung in der Gruppe spiegelt sich ein Aspekt der Handlung des Balletts wider - Prometheus als Rivale der Götter, der versuchte, ohne die Hilfe anderer auszukommen. Auch er ist über sein Mißlingen rasend gekränkt und will aus Wut zunächst die von ihm geschaffen Geschöpfe wieder zerstören. Schließlich bringt er sie doch zum Parnass und bittet um Hilfe. Das sichtbar gewordene Angstbündnis von Frau T. und Frau P. drückte den Widerstand der gesamten Gruppe aus, sich der eigenen Angst vor der Weiterentwicklung des Stücks zu stellen.

Für Frau T. ging es um eben diesen Punkt, nicht weiter allein die Gruppe zu kontrollieren, sondern mit den anderen zusammen Neues auszuprobieren. Sie war Protagonistin des Gruppenthemas, das sich auch im Tanz zeigte: die Geschöpfe des Prometheus tanzten anfangs ohne eigene Seele, in reiner Imitation ihres Schöpfers. Prometheus genügte das aber nicht, er entwickelte den Wunsch nach einem menschlichen, differenzierteren Gegenüber. Frau T., die den Prometheus spielte, ist für sich selbst durch genau die gleichen Gefühle gegangen wie die von ihr verkörperte Figur, sie identifizierte sich auf der unbewußten Ebene mit der Rolle und machte sie sich zu eigen.

Der Leiter als die zentrale Person der Gruppe muß die auf ihn gerichtete - konstruktive oder destruktive - Aggression und die Auseinandersetzung annehmen. Sie ist der archimedische Punkt dafür, daß sich die Gruppe schließen kann und arbeitsfähig wird. Nicht durchgearbeitete Wut und Destruktion, die vom Leiter nicht angenommen und verstanden wird, kann den gesamten Gruppenprozeß blockieren (vgl. *Ammon* 1976).

Nachdem der Knoten geplatzt war, wurden viele kreative Phantasien, Erotik und Ideen zu den Rollen und ihren Darstellern frei. Herr H., der sich zunächst in der Rolle des Apoll glanzlos versucht hatte, fühlte sich gespiegelt mit seiner Lebensgeschichte und seinem aktuellen Erleben in der Gruppe in dem zum Leben erwachenden Ton-Geschöpf, das er dann auch sehr gut verkörperte.

Interessanterweise tat sich Frau K., die die anderen in der Gruppe sehr gut unterstützen konnte, am schwersten von allen, ihre Rolle zu finden. Zwar hatte sie einmal den Prometheus gut gespielt, aber nach der oben geschilderten Auseinandersetzung war es gruppensdynamisch völlig eindeutig, daß Frau T. diese Rolle übernehmen mußte. Frau K. fand keine ihr zusagende Gestalt im Stück. So wurde für sie eine neue Rolle eingeführt, die weder im Mythos noch in Beethovens Ballett vorkommt, die der Eurydike. Frau K. genoß es sehr, Orpheus zu Füßen zu liegen, passiv-weiblich hingegossen zu lauschen. Im zweiten Probelauf wirkte es aber bereits symbiotisch und langweilig.

Frau E. blühte in der Rolle des Apoll richtig auf, sie konnte ihre große Erfahrung und Wissen einbringen ebenso wie ihre sonnenartige Ausstrahlung. Allerdings gelang es ihr in ihrer milden Art nicht, Ordnung in ihr Parnass-Gefolge zu bringen: Pan, der Faun, die Musen machten, was sie wollten, es wirkte chaotisch. Die Gruppe schlug vor, daß Apoll/Frau E.

eine tatkräftige Unterstützung an die Seite bekommen sollte. Als Figur wurde Athene gewählt, die Göttin, die kriegerische Eigenschaften einerseits, Weisheit und Schönheit andererseits in sich vereint. In Beethovens Ballett kommt die Athene nicht vor, wohl aber in Goethes Dramenfragment und in einigen Varianten des antiken Mythos. Frau K. übernahm diese Rolle, die ihr gestattete, ihre ausgeprägten androgynen Seiten zu leben. Hier konnte sie ihre männlich-dominanten wie auch die von ihr neu gezeigten erotisch-weiblichen Seiten integrieren.

Dadurch kam Frau E. als Apoll erneut in Bedrängnis, denn Athene drohte ihr den Rang als Herrscher abzulaufen. Bei der ersten Begegnung der beiden während der Probe neigte sich Apoll ganz unterwürfig Athene zu. Konnte Frau E. die Rolle des Apoll halten? Sie kannte genau dieses Problem aus ihrem Leben, daß sie sich bei Rivalitätsdynamiken stets zurückzog. Mit Unterstützung der Gruppe konnte sie ihre Rolle als Herr des Hauses zurückerobern, was für sie ein bedeutsames Erlebnis war, das ihr in späteren ähnlichen Situationen zugute kam, wie sie uns längere Zeit nach Abschluß der Tagung berichtete. *Manfred Brauneck* (1993) spricht von der "Dialektik der Theatersituation als spielerische Imagination und als ernsthaft wirkliches Leben".

Mit dieser Gestaltung von Szenen des Balletts "Die Geschöpfe des Prometheus" hat sich die gesamte Gruppe für alle Teilnehmer der Klausurtagung erarbeitet und ausgedrückt, was ein wesentliches Thema des Menschen überhaupt ist: das Ringen um die "Menschwerdung", d.h. um Geist, Seele, Gefühl, Lebendigkeit, Neugierde und Erotik, um den Raum für Phantasien, Ideen und Kreativität im Kontakt. Thema des Balletts und damit des Tanztheaters war zugleich das Thema der gesamten gruppendynamischen Tagung: Das Lebendigwerden durch den lebendigen Kontakt zu anderen Menschen.

Die abschließende Aufführung war ein gelungener Zusammenklang von tanzenden Menschen, Musik und Natur. Die Umgebung des Amphitheaters wurde direkt mit einbezogen. Zu Beginn waren Athene, die Musen und der Faun bei ihren Statuen postiert und lösten sich bei ihrem Auftritt; die Statuen wurden jetzt lebendig. Die Kraft und Spannung der Aufführung, die alle Zuschauer berührte, kam zustande durch die Kreativität einer Gruppe von Menschen, die in ernsthaft-spielerischer Identifikation ihr Thema in Szene gesetzt hatten.

Bisherige Projekte von Tanztheatergruppen waren neben den "Geschöpfen des Prometheus" u.a. Szenen zu der Musik von *Carl Orffs* "Carmina Burana", in denen anhand der Figur der Schicksalsgöttin Fortuna Werden und Vergehen, Freud und Leid als Sinnbild menschlicher Grenzsituationen und Entwicklung in einem Reigen mittelalterlichen Szenen dargestellt werden.

Mit dem Projekt "Scheherazade erzählt den ‚Feuervogel‘" ging eine Tanztheatergruppe über vorgegebene Sujets hinaus: verkörpert Scheherazade den Sieg der Geistigkeit, Phantasie und Mut über Kränkung und Grau-

samkeit, hat das Märchen des Feuervogels als Thema die Kraft des Mitgefühls, Starrheit und Einengung zu besiegen und aufzulösen.

Leitend bei der Auswahl der Projektthemen ist der Bezug zu menschlichen Problematiken, in denen es letztlich immer um das Erringen von Identität in der Auseinandersetzung zwischen lebensverbietenden und kreativen, lebensbejahenden Kräften geht.

Therapeutische Effekte

Tanztheater-Selbsterfahrungsgruppen finden auch im Rahmen von gruppendedynamischen Balint-Wochenenden an den Lehr- und Forschungsinstituten der Deutschen Akademie für Psychoanalyse mehrmals jährlich statt. Sie sind für alle Interessierten offen und werden häufig auch von ambulanten Patienten genutzt. Für diese stellen sie eine nonverbale gruppendedynamische Erweiterung des ambulanten Behandlungsspektrums dar.

Die Institute der DAP, innerhalb derer ambulante Psychotherapie stattfindet, stellen ein angereichertes sozialenergetisches gruppendedynamisches Feld dar (vgl. Ammon 1994). So bietet das Berliner Institut, an dem die Autoren sowohl therapeutisch wie auch gruppendedynamisch tätig sind, neben dem psychotherapeutischen Angebot im engeren Sinne folgende Möglichkeiten der Partizipation: die Humanstrukturelle Tanzselbsterfahrung, Balintgruppen, Diplomanden- und Doktoranden-Gruppen, Wohngemeinschaftsgruppen, sowie verbale und nonverbale Selbsterfahrungsgruppen im Rahmen von gruppendedynamischen Wochenenden. Etwa ein Drittel bis die Hälfte der ambulanten Patienten nutzt dieses außertherapeutische Angebot. Die Teilnahme an diesem Selbsterfahrungsangebot zeitigt offensichtlich therapeutische Effekte, oftmals gerade deshalb, weil es sich nicht um explizit als solche ausgewiesene Psychotherapie handelt.

Für bestimmte Patienten gewinnt es elementare Bedeutung, daß sie ihren Einzel- oder Gruppentherapeuten auch als Leiter einer gruppendedynamischen Selbsterfahrungsgruppe erleben können. Die abstinente Rolle des Analytikers wird – ähnlich wie in der Milieuthérapie (vgl. Ammon 1959, 1973) – aufgehoben. Das gemeinsame Tun im Hier und Jetzt stellt dann einen Erfahrungshintergrund sowohl für den Patienten als auch für den Analytiker dar, der wiedergutmachenden Charakter annehmen kann. Es sind Situationen, die den Therapie- bzw. Entwicklungs-Widerstand des Patienten qua Konstellation unterlaufen. Auch, wenn der eigene Analytiker als gruppendedynamischer Leiter mit anwesend ist, wird nicht mit Übertragungen gearbeitet. Sie werden abgegrenzt und auf die psychotherapeutische Situation verwiesen.

a. Widerstand

Ziel der gruppendedynamischen Tanztheaterselbsterfahrung ist die abschließende öffentliche Aufführung des ausgewählten und erarbeiteten Pro-

jekts. Diese gemeinsame, das interne Gruppengeschehen überschreitende Aufgabe, stellt eine konkrete, realitätsbezogene Forderung dar mit einer ganz klaren zeitlichen Grenze. Deswegen sorgt auch die Gruppe selbst dafür, entkreativierende ausufernde Übertragungs- und andere Widerstände abzugrenzen. Das Zurverfügung-Stellen eines kreativen Feldes ermöglicht das Machen neuer Erfahrungen - im Gegensatz zum Widerstand, der das Wiederholen des Immer-Gleichen beinhaltet.

Das Unterlaufen des Widerstands, der hier sowohl ein Arbeitswiderstand gegen das reale Gruppenprojekt als auch auf einer tieferen Ebene ein therapeutischer Widerstand ist, erfordert keine expliziten therapeutischen Interventionen des Analytikers, sondern resultiert direkt aus dem gemeinsamen kreativen Anliegen der Gruppe, innerhalb der der einzelne Teilnehmer seinen ureigenen, für das Gelingen des Gruppenprojekts bedeutsamen Beitrag leistet.

b. Aspekte von Abgrenzung und Trennung

Dies verdeutlicht ein Grundprinzip des humanstrukturellen Arbeitens von *Günter Ammon* überhaupt, daß nämlich alle Identitätsentwicklung an der Grenze von Raum und Zeit geschieht und an Trennungsprozesse gebunden ist: hier die Trennung von dem erarbeiteten Tanztheaterstück, der Gruppe sowie den eingenommenen Rollen und deren Identifikationsangeboten. Die pathologischen Seiten des Menschen werden abgegrenzt, die kreativen und konstruktiven Seiten sind gefordert und werden gefördert: der behandelnde Analytiker kann in der Leitung der Tanztheatergruppe selbst anwesend sein - in jedem Falle ist er aber "virtuell" anwesend, indem er über die Kontrollgruppe des Instituts miteinbezogen wird und die öffentliche Aufführung miterlebt. Gerade archaisch ich-kranke Patienten, die unter dem starken verinnerlichten Trennungsverbot ihres ungelösten Symbiosekomplexes leiden, erleben diese Konstellation als eine Erlaubnis schuldfreier Abgrenzung bei gleichzeitigem Kontakt: der Patient darf einen anderen Spiel-Raum betreten, darf neue und ganz andere Möglichkeiten von sich zum Ausdruck bringen außerhalb der therapeutischen Situation, und gleichzeitig ist der Therapeut als Gewährsmann, zumindest im Hintergrund, mit dabei. Entwicklungspsychologisch sehen wir hier eine Analogie zu dem Kleinkind, das seine ersten Schritte von der Mutter weg macht in Anwesenheit der Mutter, deren freundliches Gewährenlassen und Unterstützung das Kind elementar braucht.

c. "Konstruktives Agieren"

Alle außertherapeutischen, vom Patienten im Feld des Instituts gemachten Aktivitäten ermöglichen den Patienten ein Ausagieren seiner inneren Dynamik in dieses Feld hinein, wo er wahrgenommen und gesehen wird und was wieder in den therapeutischen Prozeß einfließt. Dadurch

werden den Patienten konstruktive Agiermöglichkeiten eröffnet. Die Erfahrungen des Patienten im außertherapeutischen Bereich des Instituts-milieus werden in der verbalen Psychotherapie thematisiert und auch durch Videoaufzeichnungen einbezogen und werden so zum integralen Bestandteil des therapeutischen Prozesses. Es entsteht dadurch eine Dialektik zwischen einem größeren Freiheitsgrad für die Patienten, sich in vielen unterschiedlichen Feldern, Kontakten und Konstellationen übertragungsfreier zu bewegen einerseits und einem Aufgefangensein in einem dichter geknüpften Netz von Verbundenheit andererseits.

d. Integration

Die gruppodynamischen und therapeutischen Mitarbeiter haben in intensiver Kontrollarbeit dafür Sorge zu tragen, daß die sichtbar gewordenen konstruktiven wie destruktiven Facetten des Patienten aufgegriffen und zusammengetragen werden, um eine antitherapeutische Abspaltung zu verhindern. Wie *Ammon* dies für die Milieuthérapie formuliert hat, ist diese erweiterte Form der Behandlung gerade indiziert für Patienten mit einer sogenannten zersplitterten Persönlichkeit und desintegrierten Humanstruktur (vgl. *Ammon* 1994).

e. Therapeutische Wirkung der Gruppe

Nach unserer Erfahrung profitieren auch solche Patienten von der Tanztheatergruppenarbeit, die so starke Gruppenängste haben, daß ihnen die Teilnahme an einer verbalen Gruppenpsychotherapie (noch) nicht möglich ist. Die nonverbale projektbezogene Selbsterfahrungsebene ermöglicht die Teilhabe an therapeutischen Effekten des Gruppengeschehens: Zum einen, weil die vorgegebene zeitliche Begrenzung und die Beschränkung auf die Selbsterfahrung im Hier und Jetzt weniger Angst machen als ein Sich-Einlassen auf eine zeitlich nicht absehbare kontinuierliche Psychotherapie. Ein in Raum und Zeit deutlich begrenztes, konkretes Erleben mit entsprechend kristallisierten Erlebnisinhalten erleichtert den Patienten eine umrissene Erinnerung einer bedeutsamen Begegnung mit anderen Menschen und sich selbst und kann daher antisymbiotisch wirksam werden. Zum anderen, weil das "dritte Objekt" des Projektes gleichzeitig eine Kontaktbrücke und einen Abstand durch Schaffen eines zwischenmenschlichen Raumes ermöglicht (vgl. intermediärer Raum nach *Winnicott*). Wenn das Medium der Sprache nicht im Vordergrund steht, werden tiefe Identitätsängste vor verbindlichem Kontakt und Beziehungen unterlaufen. Es wird ein "Spiel-Raum" zur Verfügung gestellt, in dem der Patient nicht sofort befürchten muß, festgelegt zu werden, was er als Festnagelung und unerträgliche Reduzierung seiner phantasierten Möglichkeiten erleben würde. Sprache an sich stellt Verbindlichkeit her, fordert zur Eindeutigkeit und zur Festlegung auf.

Wie oben bereits erwähnt, steht im Tanztheater (im Gegensatz zur verbalen Selbsterfahrungsebene) die Dimension des Körpers, der Körpersprache und der Musik im Vordergrund. Da beides archaischere Ausdrucksformen gegenüber der verbalen Sprache sind, ermöglicht das Tanztheater einen unmittelbaren Zugang zu tieferen Schichten des Unbewußten (vgl. von Bülow 1990).

Um die oben beschriebenen Teilaspekte der therapeutischen Wirksamkeit Humanstruktureller Tanztheaterselbsterfahrung zu verdeutlichen, folgt nun eine Fallvignette:

Fallvignette:

Als Frau H. zu mir (G.v.B.) in einzelanalytische Behandlung kam, litt sie unter einer schweren Depression mit gravierenden Schlafstörungen und Zukunftsängsten, Lernstörungen, Rede- und Schreibhemmungen – sie hatte gerade begonnen, über den zweiten Bildungsweg ihr Abitur nachzumachen. Sie war eine attraktive Frau in den Vierzigern, wirkte aber arrogant und abweisend in ihrer maskenhaften Starre, hinter der sich ihre großen Kontaktängste verbargen. Sie lebte seit langem getrennt von ihrem Ehemann. Sie war gebunden in einer ungelösten, destruktiv-symbiotischen Beziehung zur Mutter, die in ihrer Kindheit an ihr „geklebt“ habe, sie, vor allem im alkoholisierten Zustand, geherzt und abgeküsst habe, sie aber auch schikaniert, häufig geschlagen und sie abrupt für Monate ins Kinderheim gegeben habe. Die sadistisch-abwertende Einstellung ihrer Mutter ihr gegenüber – „Du kannst nichts, weißt nichts, bist zu doof zum Lernen“ – hatte sie tief verinnerlicht; nur knapp war sie an der Sonderschule vorbeigekommen. Jetzt, als alte, körperlich wie psychisch kranke Frau, nahm ihre Mutter sie massiv in Anspruch mit grenzenlosen, Schuldgefühle machenden Wünschen nach Bemutterung durch ihre Tochter. Der als unreif und unzuverlässig erlebte Vater der Patientin war in ihrer Kindheit kaum vorhanden. Lichtblick in dem ganzen Chaos war ihre Oma, die mit ihr in einer freundlichen, ruhigen Atmosphäre spielte, und bei der sie oft Wochen verbrachte.

Der Verlauf ihrer Behandlung illustriert einmal mehr, daß es nicht möglich ist, einen tief verwurzelten Symbiosekomplex mit seinen Trennungsverboten allein in einer therapeutischen Zweiersituation aufzulösen (s. Ammon 1979). Auf der Basis einer freundlichen Oma-Übertragung auf mich war der Patientin eine nachholende Ich-Entwicklung mit wiedergutmachenden Aspekten möglich geworden. Ihr Vertrauen in die Tragfähigkeit und Kontinuität menschlicher Kontakte war gewachsen, ihre depressive Symptomatik deutlich gebessert. Der Bearbeitung ihrer destruktiven Aggression allerdings setzte sie einen unüberwindbaren Widerstand entgegen – zu bedrohlich war es für sie, eine negative Mutter-Übertragung auf mich zu entwickeln, noch einmal den archaischen Gefühlen von Vernichtet- und Verschlungenwerden ausgesetzt zu sein. Eine aggressive Auseinandersetzung mit mir einzugehen konnte sie einfach nicht riskieren. Es kam zu

einer Arretierung des therapeutischen Prozesses durch diesen, in der Zweiersituation nicht aufzulösenden symbiotischen Übertragungswiderstand. Das Angebot einer zusätzlichen Gruppenpsychotherapie wies sie zurück. Schließlich nahm sie auf meine Einladung hin als Gasthörerin an einem Seminar unter meiner Leitung am Institut teil. Dort saß sie dann wieder völlig erstarrt und maskenhaft, ließ das Ganze ein paar Mal über sich ergehen, um dann wegzubleiben. Sie hatte mich, so konnte sie anschließend in der Analysensitzung sagen, als strenge, verbietende, kontrollierende Lehrerin-Mutter wahrgenommen; das ganze Szenario ihrer schrecklichen Schulzeit sowie der sie kleinmachenden, ihre geistigen Fähigkeiten in Frage stellenden Mutter hatte sie leidvoll wiedererlebt. Dieses erste erweiterte Feld gemeinsamen Erlebens in einer Gruppensituation ermöglichte es ihr erstmalig, sich mit mir auseinanderzusetzen und bedrohlichere Facetten einer Mutterübertragung auf mich zu bearbeiten. Ermutigt durch diese Erfahrung nahm sie die Aufforderung an, an dem „Carmina Burana“-Tanztheaterprojekt am Institut – unter meiner Leitung und der von zwei männlichen Co-Leitern – teilzunehmen. Dies war ein ganz großer Schritt für sie, der mit viel Angst verbunden war, führte er doch aus der engen, exklusiven Symbiose mit mir heraus und damit ein Stück weiter heraus aus der pathogenen Symbiose mit der Mutter. Das Medium „Tanz“, das ihr vertraut war und eine positiv besetzte Rolle in ihrem Leben gespielt hatte, machte ihr diesen Schritt leichter. Außerdem verfügte sie, von Beginn der Analyse an, über eine ausgesprochen kreative, phantasievolle, bilderreiche und geistvolle Traumwelt. So konnte sie zum Traum als ihre differenziert entwickelte *via regia* zum Unbewußten mit dem Tanz ein weiteres archaisches Ausdrucksmedium hinzugewinnen.

Ihre erste Rolle war die des Archipoeta, des Saufkumpans und Wanderpoeten aus den „Carmina Burana“, der durch die Welt zieht, ohne Ziel umherschweift und das Leben genießt. Sie gestaltete diese Rolle sehr männlich-energisch. In den „Geschöpfen des Prometheus“ nahm sie die Rolle der Muse des Tanzes an. Sie tanzte in einer jungmädchenhaft anmutenden Grazie, Weiblichkeit, Weichheit und Lebendigkeit, was sie selber völlig überraschte. Über ihre Rolle kam sie in Berührung mit ihren zarten, femininen Seiten, die sie lange Zeit abgewehrt hatte, um sich in ihrer Verletzlichkeit zu schützen. Gleichzeitig beschäftigte sie sich intensiv mit griechischer Mythologie, arbeitete sich begierig in diese Welt ein und entdeckte sich so immer mehr als geistiges Wesen.

Ihre letzte Tanztheaterrolle war die der Scheherazade aus „Tausendund-einer Nacht“. Diese Rolle war hart umkämpft von drei Frauen in der Gruppe. Die Tanzgruppe fand schließlich die kreative Lösung, dass alle drei Frauen in verschiedenen Episoden die Scheherazade tanzen konnten; für jede von ihnen war es stimmig und für die eigene Identitätsentwicklung bedeutsam. Frau H. war diejenige, die am meisten um diese Rolle kämpfen, sich gegen die weibliche Konkurrenz durchsetzen und um den Kontakt zum grausamen Sultan ringen musste. Die Verbindung von Geistigkeit und

Erotik, von emotionaler Klugheit und Sinnlichkeit, die sie tänzerisch ausdrücken konnte, half ihr bei der Akzeptanz und wachsenden Integration dieser Persönlichkeitsaspekte in ihrem Leben.

Mit spürbarem Spaß tanzte sie auch ihre aggressiven Seiten aus in der Rolle des Kastschai aus dem Märchen „Der Feuervogel“ – der Verkörperung des Bösen und Lebensverbietenden.

Im Schutz der Gruppe und in der Folge auch mehr und mehr in der Einzelanalyse, setzte sie sich nun mit mir auseinander, lernte, Übertragung und reale Beziehung zu differenzieren. Als kontinuierliche Gruppe konnte sie sich nun die fortlaufende Humanstrukturelle Tanzgruppe am Institut gestatten.

Sie absolvierte erfolgreich das Abitur und begann ein Studium. Der Sieg über die alten verinnerlichten Verbote ihrer Geistigkeit bedeutete zugleich eine weitgehende Trennung aus der arretierenden Symbiose mit der Mutter. Bevor sie ihre Analyse beendete, nahm sie noch einmal an einem von mir gehaltenen Seminar teil – diesmal mit einer freundlichen und geöffneten Ausstrahlung. Mit anderen zusammen arbeitete sie niveauvolle Referate aus.

Die menschlichen und geistigen Befreiungsschritte der Patientin wären ohne Gruppe – hier konkret: die verschiedenen extratherapeutischen Gruppen, die sie für ihre psychotherapeutische Entwicklung nutzen konnte – nicht möglich gewesen.

Durch die geschilderte Erweiterung des psychotherapeutischen Settings wird der Gegensatz von explizit therapeutischer Arbeit und gruppendynamischer Selbsterfahrung aufgehoben in einem übergreifenden Konzept des humanstrukturellen Arbeitens im Sinne einer „den ganzen Menschen umfassenden Heilkultur“, wie der Heidelberger Psychiater, Philosoph und Medizinhistoriker *Heinrich Schipperges* das Konzept der Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie charakterisierte.

Humanstructural Dance Theatre – Groupdynamic Self-Discovery and Therapeutic Effects

Gabriele von Bülow (Berlin), Werner Schütz (Berlin), Bianca Schütz (Berlin),
Sylvelin Römisch (Munich)

Humanstructural dance theatre is a form of groupdynamic self-discovery developed from humanstructural dance according to *Günter Ammon* by integrating elements pertaining to theatre self-discovery and psychoanalytical groupdynamics. It provides a new possibility for expression, within the spectrum of non-verbal self-discovery forms and serves to enhance the participant's creativity.

Some patients profit considerably for their psychotherapies from participation in a non-therapeutic dance theatre self-discovery group. For example longlasting symbiotic transference resistances were dissolved, separation and identification processes were mobilised and so the

developing of identity was enhanced. The authors portray group-dynamic processes which emerged during a ten-days dance theatre self-discovery project, where scenes from „The Creatures of Prometheus“ by *Beethoven* were worked on. The focus is the argument over finding roles, which is understood as struggling for individual identity and also group identity. The case vignette of a female patient who participated in several dance theatre projects during her individual psychoanalysis annotates the interaction of nonverbal groupdynamic self-discovery and ambulant psychotherapy.

Von Laban, Jacques-Dalcroze and *Isadora Duncan* with „expression dance“ searched for an immediate and elementary expression of the body and its own rhythm, following the tradition of antique greek dance culture, where theatre, dance and music formed an indissoluble entity.

Humanstructural dance, which was developed since 1983 by *Günter Ammon* and *Maria Ammon*, enables a deepening and integration of self-discovery for the individual within the group. Dance is here the central power of a social-energetic and groupdynamic field for the participating group, in which the individual dances. An essential fact is that neither theme, nor role nor choreography are pre-given. Humanstructural dance is spontaneous expression dance, in which the dancer's unconscious expresses itself by means of body language (*Ammon* 1986).

In dance theatre, there are, unlike humanstructural dance, pre-given elements, such as theme, plot, roles and certain choreography and musical points. Moreover, the dancer is not alone on stage, but rather, is a member of a group. All of these factors serve to provide a protective atmosphere and reduce fear. A close relationship exists between human-structural theatre therapy and dance theatre self-discovery.

Urspruch (1993) speaks about the dimension of the „third object“ within therapeutic theatre work, whereby contact and relationships become evident. Particularly significant is the argument within the group about the role of the individual and finding one's role. Identification with the role is fed by the unconscious; the player „can regain past experiences; he/she can enact the present and try out the future.... The role can be a bridge to finding self-identity“ (*Urspruch* 1993).

In contrast to speech theatre, in dance theatre the dimension of the body, body language and music is first and foremost. These are more archaic forms of expression as opposed to verbal language. „The human being becomes integrated through the group and his/her identity differentiates him/her from the group“ (*Ammon* 1982). The unconscious of the individual and of the group as a whole are interwoven; the common aim of the group unites the group.

The common goal of the dance theatre group is a performance at the conclusion of the project within the prescribed time. This challenges the identity of the individual and the entire group. As in other forms of group dynamics, the central focus consists of working with the healthy and

creative personality components in the here and now. Everything which blocks the groupdynamic process of the group is taken as a theme and related to the actual group situation, but analytical treatment does not take place. In humanstructural dance theatre the process of finding roles develops from the groupdynamic process, provided that a constructive social-energetic field can develop, which in turn creates space for phantasy, creativity, and eroticism.

Consciously a demanding piece is chosen for dance theatre, because in dealing with the spiritual, cultural and historical background, a discussion on meaning and values can take place. The group works on the central message of the piece, which is to be conveyed to the public. This spiritual meta-level moreover enables a relativisation and integration of the individual's experience and feeling. In humanstructural dance theatre, the character of spontaneous and creative expression from the unconscious is maintained, which is the trademark of humanstructural dance. Through pre-given elements, the process of free dance experiences a stronger structuring and crystallization. As in humanstructural dance and humanstructural work at any rate, the aspect of identity is the central focus.

„*The Creatures of Prometheus*“

In summer 1996, at the day-centre of the DAP in Paestum, near Naples, a dance theatre project took place within the framework of a ten-days groupdynamic convention with three parallel groups. The conference-location, Casa Ammon, is situated on the edge of an archeological site with imposing Greek temples. The property is similar to a large park, with gardens, terraces, statues, fountains, lush vegetation and an amphitheatre modelled like an ancient one. This was the location for the dance theatre group.

The group consisted of ten participants. Half of them took part in this kind of convention for the first time, i.e. they had no experience whatsoever in humanstructural dance. The three leaders shared the tasks of groupdynamic and choreographic management. The meetings encompassed, apart from dancing, as was deemed necessary, talking about feelings and working on the exact topical groupdynamic processes.

Ludwig van Beethoven's Ballet music „Die Geschöpfe des Prometheus oder die Macht der Musik und des Tanzes / The Creatures of Prometheus“ was the theme for the project. It was composed in 1801, when *Beethoven* admired *Napoleon Bonaparte* as a Promethean hero, and includes some musical themes later used in the „Eroica“ symphony. Prometheus has breathed life into his two creatures formed of clay, a man and a woman. They are, however, still only the external image of their creator and have not yet feeling or spirit. After his initial joy, Prometheus becomes so disappointed and angry on his creatures who seem incapable of learning, that he even wants to destroy them. He thinks of a better idea, however, and

drags his creations to Parnassus. There Apollo, the muses, Pan with entourage and Orpheus achieve to impact them with souls and to awaken them as real living human beings. Finally the two creatures recognise their creator, leave Parnassus and venture out into the world together (All remaining movements of the ballet were not worked on).

On this background and with the mythological significance of the figures, the participants became acquainted with the theme as well as each other. The step between working out the theme and translating it into actual dance movements, was a real challenge for the group. The undercurrent amount of fear within the group became apparent through chaotic choreography and lack of contact. It was reflected in the leaders' concern, that the dance theatre definitely seemed to demand too much of the „new“ participants and that their unfelt fear could result in physical injuries. The entire group seemed to have landed in a hole of depression, no one wanted to involve him/herself more intensely.

The sociogram discussion became a turning point: Ms. T. and Ms. P. received most of the positive citings, whereby the leaders remained left aside. Also Ms. K. and Ms. E., who had contributed the most on the mythological background of the piece, were not given recognition by the group for their dedication to the common project. In a violent argument, not only between group members but also with the leaders, it came clear, that Ms. T. felt massive rivalry and authority. She unconsciously identified herself with the role of Prometheus, who thinks he knows better than the gods.

An aspect of the plot of the ballet was thus reflected within the group: Prometheus as the gods' rival, who attempted to get by without help from others. He also is wildly furious about his failure and wants, in his anger, to immediately destroy his creations.

Ms. T. was the protagonist of the group theme which also shared itself in the dance. She played Prometheus and experienced exactly the same feelings as her body personified – she identified herself on an unconscious level with the role and made it her own. The leader, who is the central person of the group, must be prepared to accept constructive and destructive aggression aimed at him/her and also the discussion. The aggressive argument represents the archimedian point through which the group becomes united and capable of working. Unventilated rage and destruction which have not been accepted and understood by the leader, can block the entire group process (see *Ammon* 1979).

After this aggressive discussion, creative phantasies, eroticism and ideas for the roles and their players released themselves. Mr. H. felt mirrored his life history and actual experience within the group by the waking clay creature, whom he then also embodied very well. Interestingly Ms. K. who was able to support the others in the group really well, had the greatest difficulty in finding a role she felt comfortable with. First she tried out a newly „invented“ role (by the group: Euridyce), which she really enjoyed, but turned out to be rather symbiotic and boring.

Ms. E. in the role of Apollo incorporated her extensive experience and knowledge. She didn't succeed, however, in her mild way, in organising her Parnassos entourage, it was mayhem. The group suggested that Apollo/Ms. E. should receive strong support from someone by her side. So the goddess Athene was decided on, who possesses warlike traits on the one hand, united with wisdom and beauty on the other. Athene does not appear in Beethoven's ballet, but does, however, in Goethe's drama-fragment and in some variants of antique myth. Ms. K. took over this role. Here she was able to integrate her masculine-dominant side with her newly shown erotic-feminine one. Therewith Ms. E. as Apollo found herself yet again threatened by Athene who was to take over the position as a ruler. Could Ms. E. keep the role of Apollo? She already was aware of this problem in her own life, where in rivalry dynamics she always retreated. With the support of the group she was able to reconquer her role as lord of the manor. This was a significant experience for her, and it helped her in similar situations later, as she reported to us a long time after the convention had ended.

Through these scenes from the ballet „Prometheus' creations“ the entire group worked on an essential human theme: struggling „to become a human being“ with spirit, soul, feeling, liveliness, curiosity, eroticism. The concluding performance was powerful, intense and moving, achieved by a group of people, who seriously and yet playfully indentified with their theme and enacted it.

Therapeutic effects

The institutes of DAP in Berlin and Munich, in which take place outpatient psychotherapy as well as groupdynamic week-ends, provide an enriched social-energetic groupdynamic field (Ammon 1994). A third to half of the out-patients in psychotherapy also use the opportunity to participate, moreover, in a special self-discovery group, among others a dance theatre group. Obviously this yields therapeutic effects. For some patients it is even fundamental to experience their therapist in a self-discovery group, where the psychoanalytic abstinence is interrupted and, like in milieu therapy (Ammon 1959, 1973), the shared cooperation enables new experiences making good. Resistances are evaded and demarcated, also by the group itself, because there is the common task to be achieved in a given time. A basic principle of humanstructural psychotherapy is that all development of identity is bound to the limits of space and time and to separation processes, which in the dance theatre group is built by the performance which challenges separation from the piece, the group, the roles with their identifications.

In self-discovery groups pathological dimensions are demarcated. Since the therapist is (at least virtually) present in the supervision group, especially early disturbed patients with an unsolved symbiosis complex who

have internalized a strong prohibition of separation, thus feel allowed to demarcate themselves without guilt and to stay still in contact with the therapeutic situation. They may enter a new play-ground, express new and different potentials.

In the field of the institute the patient can act out (resp. in) his inner dynamics and he will be perceived and understood, because his extra-therapeutic activities flow back into his therapeutic process. It is the task of the institute's co-workers, to collect the different constructive and destructive aspects of a patient in order to avoid an antitherapeutic and splitting desintegration. According our experience even patients who are too much afraid of groups and can not frequent a therapeutic group can stand a dance theatre group. Here the limitations in time, on the here and now and the concrete work restrict anxiety and help the patient to build up a clearly defined remembrance of his encounters and thus have an antisymbiotic effect.

Case vignette

The following case vignette is to illustrate these therapeutic effects: Ms. H. (in her forties) suffered from severe depression and sleep disorders, disturbances of learning, talking and writing, when she came into therapy. She looked arrogant and cold, thus fending off her fear of contact. Living already for a long time separated from her husband, she still was bound in a destructive and symbiotic relationship with her mother, who had always devaluated her as a child („you are stupid, even too stupid for learning, you are not able for anything“). Her father had been emotionally absent, only her grandmother used to be friendly.

In the first period of therapy she had transferred her grandmother onto her therapist (G.v.B.) and she felt much better. But she could by no means face her destructive aggression and risk any argument with the therapist: it just was too threatening for her to revive the archaic feelings of being annihilated and entwined. The therapeutic process was locked by a symbiotic transference resistance which could not be solved in the dyadic situation; an additional group psychotherapy she rejected. Finally she took part in a seminar conducted by her therapist, but experienced her, as she said in her analysis, as her strict, forbidding and controlling teacher-mother. At least this allowed her for the first time to argument and discuss with her therapist and to work on more threatening aspects of her mother transference. Encouraged she participated in the „Carmina Burana“ dance theatre project in the institute, conducted by her therapist and two male co-conductors. Dance was familiar and positively occupied for her and this helped her much to overcome her big fear, to leave the close and exclusive symbiosis with the therapist and experience dance as another way to her unconscious (beside her creative dreams).

Her first role was the Archipoeta, a drinking mate and itinerant poet enjoying his life without perspective, whom she played in a masculine and

vigorous manner. In „The Creatures of Prometheus“ she embodied the muse of dance, dancing graceful, soft and living like a young girl. She herself was surprised by her feminine aspects which she had fended off longtime in order to protect herself. By this role she discovered her intellectual interest for greek mythology. She then enjoyed very much to play and dance the role of Kastchai from „Firebird“, incorporating evil and life restriction. In „Thousandandone Nights“ she had to struggle with two other women for the role of Scheherazade and for contact with the Sultan. This rivalry, playful and with a creative solution, enabled her to accept and integrate more and more her intellectuality, eroticism, emotional intelligence and sensitivity. Under the protection of the group and then also in her individual analysis she learned to argument and to differentiate transference and real relationship. She achieved her bachelor and started studying at the university. Without the help of the different extra-therapeutic dance theatre groups this liberation would have not been possible for her.

In the described enlargement of the psychotherapeutic setting the contrast of explicit therapeutic work and groupdynamic self-discovery is overcome and integrated in a „healing culture including the hole human being“ as *Schipperges* calls the concept of Humanstructural Dynamic Psychiatry.

Literatur:

- Ammon, G.* (1959): Theoretical Aspects of Milieu Therapy. The Menninger School of Psychiatry, Topeka, Kansas, USA. Berlin: Pinel Publikationen 1977.
- (1973): Psychoanalytische Milieuthérapie. In: Dyn. Psychiat. (6), 112-130.
 - (Hrsg., 1976): Analytische Gruppendynamik. (Hoffman und Campe: Hamburg).
 - (Hrsg., 1979): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie 1. (Ernst Reinhardt: München)
 - (1982): unter Mitarbeit von *Griepenstroh, H.* und *Harlander U.*: Methodenintegration aus der Sicht der Dynamischen Psychiatrie. In: Handbuch der Dynamischen Psychiatrie 2. (Ernst Reinhardt: München).
 - (1984): The Dynamics of Holocaust. In: Dyn. Psychiat. (17), 404 - 415.
 - (1986): Humanstruktureller Tanz - Heilkunst und Selbsterfahrung. In: Dyn. Psychiat. (19), 317 - 342
 - (1994): Zur Methodenintegration in der Psychotherapie. In: Dyn. Psychiat. (27), 149 - 170.
- Brauneck, M.* (1993): Die Welt als Bühne. (Metzler: Stuttgart).
- von Bülow, G.* (1992): Die Rolle der Sprache in nonverbalen Therapieformen.. In: Dyn. Psychiat. (25), 41 - 49.
- Müller, M.; Stöckemann, P.* (1986): „... jeder Mensch ist ein Tänzer.“ (Anabas : Gießen).
- Urspruch, I.* (1993): Theatertherapie - eine milieuthérapeutische Erweiterung ambulanter Psychotherapie. In: Dyn. Psychiat. (26), 73- 89.

Adresse der Autoren:

Dipl. Psych. Gabriele von Bülow
 Dipl. Ing. Werner Schütz
 Dr. med. Bianca Schütz
 Lehr- und Forschungsinstitut der DAP
 Kantstr. 120/121
 D - 10625 Berlin
 Dipl. Psych. Sylvelin Römisch
 Lehr- und Forschungsinstitut der DAP
 Goethestr. 54
 D - 80336 München

Individuelle und gesellschaftliche Ursachen für das Burnout-Syndrom. Ein internationaler Vergleich

Evgenij Losinskaya*, Victor Wied (St. Petersburg)**

The biologically based treatment ideology is detrimental both for psychiatrists and their patients. This is the main result of a research study on the burnout syndrome which was carried out in the Bechterew-Institute in St. Petersburg. The authors show that a treatment which primarily bases on biological axioms predisposes - in opposite to a psychotherapeutical based treatment - to the appearance of the burnout syndrome. So it is not mere the intensity of exposure to interaction with the patient or the length of work that contributes to burnout. Besides there have been established cross-cultural differences in the intensity of the syndrome between Russian, Swedish and American respondent samples.

Der Begriff „Burnout-Syndrom“ ist 1974 von *Freudenberger* eingeführt worden. Er bezeichnete damit Zustände der Erschöpfung und Enttäuschung, die bei Mitarbeitern im Gesundheits- und Sozialwesen unter dem Einfluß der beruflichen Streßbelastung auftreten können. Es wird angenommen, daß das Syndrom drei Grundparameter, nämlich emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und mangelhafte Wahrnehmung des beruflichen Wachstums beinhaltet (*Cherniss* 1980).

Es ist schwierig, die Verbreitung des Burnout-Syndroms präzise einzuschätzen; man kann nur vermuten, daß etwa 30-40 % der Ärzte in einem Ausmaß davon betroffen sind, das ihre berufliche und persönliche Situation wesentlich beeinflusst (*Schaufel, Maslach, Marek* 1993).

Die Charakteristika des Arbeitsprozesses und die Persönlichkeits-züge der Mediziner sind Risikofaktoren für die Entwicklung des Burnout-Syndroms. Es besteht jedoch ein noch spezifischerer Faktor, der typisch für alle Betroffenen ist, die an einer hohen Ausprägung des Syndromes leiden. In der Studie von *Farber* (1983) verweisen 74 % der 215 untersuchten Psychiater auf den „Mangel an therapeutischem Erfolg“ als stärkster Belastung ihrer Arbeit.

Das Ziel unser Studie, die am psychoneurologischen Forschungsinstitut Bechterew in St. Petersburg durchgeführt wurde, war es herauszufinden, wo die Ursachen für die Entstehung dieser Krankheit liegen und inwieweit die therapeutischen Grundannahmen der Erkrankten einen Einfluß darauf ausüben. Ein internationaler Vergleich sollte uns weitere Aufschlüsse über die Ätiologie geben. Die Meßmethoden umfaßten sowohl bekannte Verfahren wie Maslach-Burnout-Inventary, Pines & Aronson-Burnout-Measure und Bion's Ward-Atmosphere-Scale als auch das in Schweden entwickelte Verfahren Treatment-Ideology-Questionnaire.

* Dr. med., Mitarbeiter des Psychoneurologisches Institutes W.M.Bechterew, St. Petersburg

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

Unsere Probanden waren Psychiater, Psychologen und Krankenschwestern, Mitarbeiter von an der traditionellen biologischen Therapie orientierten Kliniken einerseits und andererseits Vertreter einer integrativen Vorgehensweise, die sowohl auf psychopharmakologische als auch auf psychotherapeutische Behandlungsmethoden zurückgreift. Die Ergebnisse der Studie sind mit Daten ähnlicher Studien von psychiatrischen Institutionen und Sozialdiensten in Schweden und den Vereinigten Staaten verglichen worden.

Die 77 Testpersonen der Experimentalgruppe bildeten entsprechend ihrer Berufe vier Untergruppen. Die biologisch orientierten Psychiater zählten 15 Personen, die psychotherapeutisch orientierten 26, die Psychologen 13 sowie die Krankenschwestern 23 Personen. Wir betonen, daß die Aufteilung in biologisch und psychotherapeutisch ausgerichtete Psychiater nicht aus der ursprünglichen persönlichen Wahl der jeweiligen theoretischen Richtung durch die Probanden resultiert, sondern durch die Besonderheiten der nachfolgenden Ausbildung und Arbeit bestimmt wurde.

Wir haben bei den russischen Medizинern eine höhere Ausprägung des Burnout-Syndroms als bei unseren schwedischen und amerikanischen Kollegen erwartet. Dies war jedoch nur teilweise gerechtfertigt. Die durchschnittliche Kennzahl der emotionalen Erschöpfung erwies sich bei den amerikanischen Kollegen als höher (21,5) als bei den russischen und schwedischen Ärzten, wo sich die Mittelwerte praktisch nicht unterscheiden (16 bzw. 15). Der durchschnittliche Wert auf der Depersonalisationsskala war in der amerikanischen Gruppe auch wesentlich höher (9,5 %), insbesondere im Vergleich mit der schwedischen Gruppe (3,5 %). Der entsprechende Mittelwert in der russischen Gruppe nahm eine Zwischenstellung ein (6,5). Die amerikanischen und schwedischen Testpersonen haben absolut identische Werte auf der Subskala „persönliche Errungenschaft“ (Durchschnittszahl 35 in beiden Gruppen). Die russischen Probanden zeigen hier einen niedrigeren Durchschnittswert (31). Der Wert auf der Subskala „Langeweile“ ist in der russischen und schwedischen Gruppe identisch (3). Wir verfügen leider nicht über entsprechende Angaben aus der amerikanischen Gruppe.

Es ist bei der Untersuchung unserer Testpersonen festgestellt worden, daß sich die Werte des Burnout-Syndroms nicht immer als parallel zueinander erweisen, wobei spezifische Differenzen zwischen den beruflichen Untergruppen entstehen. Der Umfang unseres Materials erlaubte es nicht, statistisch gesicherte Unterschiede in der Ausprägung des Burnout-Syndroms zwischen den oben erwähnten Untergruppen festzustellen. Es wurde allerdings deutlich, daß die Psychologen die niedrigsten Werte auf der Skala „emotionale Erschöpfung“ und die höchsten auf den Skalen „Langeweile“ und „Depersonalisation“ im Vergleich zu anderen Untergruppen zeigen. Die Krankenschwestern weisen umgekehrt den niedrigsten Wert auf der Depersonalisationsskala auf. Die psychotherapeutisch orientierten

Psychiater haben bessere Werte auf der Skala „persönliche Errungenschaft“.

Weil die psychotherapeutisch ausgerichteten Psychiater weniger vom Burnout-Syndrom betroffen sind, haben wir versucht, die Besonderheiten der therapeutischen Grundannahmen herauszufinden, die die Untergruppen der biologisch und psychotherapeutisch orientierten Psychiater unterscheiden und möglicherweise die Entwicklung des Burnout-Syndroms begünstigen.

Es stellte sich heraus, daß sich beide Gruppen in der Einschätzung der Rolle biologischer Faktoren bei der Entstehung psychischer Störungen nicht voneinander unterscheiden, jedoch sind die psychotherapeutischen Psychiater geneigt, die Bedeutung der psychosozialen Ursachen stärker zu betonen. Im Vergleich zu den traditionell denkenden Psychiatern messen die Psychotherapeuten Faktoren wie einer positiv ausgeprägten Beziehung zum Patienten, ausreichender sozialer Unterstützung, Möglichkeiten, über Gefühle und über kreative Aktivitäten zu sprechen, die Übernahme von Verantwortung für den Verlauf der eigenen Therapie durch den Patienten und auch außertherapeutischen Faktoren wie Arbeit, Verliebtheit, sportlichen Betätigungen, Beschäftigung mit Religion und anderem eine höhere Bedeutung zu. Wie zu erwarten war, schätzen sie den Wert der psychotherapeutischen Behandlungsmethoden höher ein ($p < 0,01$).

Desweiteren haben wir herauszufinden versucht, wie die therapeutische Grundhaltung unabhängig von der beruflichen Orientierung die Ausprägung des Burnout-Syndroms beeinflusst. Es wurde deutlich, daß der Krankheitsgrad positiv mit den Skalenwerten der negativen Einstellung zu den Patienten und der Einschätzung der Familie als wenig bedeutender therapeutischer Faktor korreliert ($p < 0,01$).

Zusammenfassend können wir im internationalen Vergleich Unterschiede in der Ausprägung des Burnout-Syndroms bestätigen. Es ist nicht geklärt, welcher Krankheitsgrad noch tolerierbar ist, und auch unsicher, ob es überhaupt möglich ist, diesbezüglich Normen auszustellen. Die Tatsache, daß wesentliche individuelle Differenzen in der Ausprägung des Burnout-Syndroms fehlen, spricht jedoch für die Annahme, daß es nicht auf einer individuell neurotischen Einstellung zur Arbeit beruht, sondern eher auf der jeweils kulturell bedingten Einstellung zur Arbeit in der Medizin im allgemeinen.

Die unterschiedlichen Werte der amerikanischen und der russischen Gruppe auf der Skala „emotionale Erschöpfung“ läßt sich vermutlich durch die erhöhten Anforderungen in bezug auf berufliches Niveau und Arbeitstempo in der amerikanischen Medizin erklären.

Die Unterschiede in den Werten zur Depersonalisation bedürfen einer gründlicheren Untersuchung. Die hohen Zahlen in der amerikanischen und russischen Gruppe bedeuten, daß hier ein distanziertes Verhalten gegenüber den Patienten häufiger zugelassen wird.

Da es keinen Grund gibt, daß sich die russischen Mediziner im Vergleich zu anderen einer stärkeren Selbstkritik unterziehen, kann das bei ihnen

festgestellte Gefühl der Unzulänglichkeit persönlicher Errungenschaften aus der Einsicht in die eigene Unfähigkeit resultieren, den Standardnormen psychiatrischer Fürsorge unter den derzeit ungünstigen Verhältnissen zu entsprechen. Hier kann man von einer spezifisch russischen Ursache des Burnout-Syndroms sprechen.

Die Tatsache, daß die Krankenschwestern, die einen engeren Kontakt zu den Patienten haben, niedrige Werte auf der Depersonalisationsskala aufweisen, ist unerwartet. Dies kann sowohl auf hypernormative Einstellungen der Testpersonen zurückgehen als auch darauf, daß ein intensiver Umgang mit Patienten nicht unbedingt eine unpersönliche Haltung zu ihnen hervorruft.

Die Unterschiede zwischen den traditionell und den psychotherapeutisch ausgerichteten Psychiatern in der therapeutischen Grundauffassung betreffen Fragen nach dem Nutzen von Psychotherapie sowie nach der Bedeutung sozialer Unterstützung der Patienten und des persönlichen Wachstums einschließlich kreativer Aktivitäten und persönlicher Autonomie. Es ist bekannt, wie sehr die Dauer von Remissionen von den Besonderheiten der therapeutischen Ausrichtung bestimmt wird (*Friis* 1986). Eine günstigere Prognose ist durch das höhere Maß an sozialer Unterstützung, Ordnung und Regelung des Behandlungsprozesses bedingt. (Letzteres betrifft insbesondere psychotisch reagierende Patienten). Die in unserer Studie statistisch signifikanten Unterschiede in der Stärke der Burnout-Erkrankung zwischen den biologisch und psychotherapeutisch orientierten Psychiatern betreffen die Parameter der Autonomie und der sozialen Unterstützung. Da diese beiden von den psychotherapeutisch ausgerichteten Psychiatern bevorzugt werden, erscheint die Annahme überzeugend, daß die Überbetonung biologischer Zusammenhänge in den therapeutischen Grundannahmen schwerwiegende Konsequenzen sowohl für die Psychiater selbst als auch für ihre Patienten nach sich zieht.

Wir möchten zum Schluß betonen, daß die geringere Ausprägung des Burnout-Syndroms bei den russischen Medizинern im Vergleich mit den Kollegen in den Vereinigten Staaten und in Schweden das Problem als solches nicht entschärft und daß weitere Untersuchungen nötig sind, um rechtzeitig präventive Maßnahmen einleiten zu können.

Individual and social reasons for the burnout syndrome in psychiatry. An international comparison

Evgenij Losinskaya, Viktor Wied (St. Petersburg)

The objective of a study on the burnout syndrome carried out in St. Petersburg was to make a cross-cultural comparison and to explore the influence of treatment ideology upon this syndrome. Our responders were psychiatrists, psychologists and nurses working in psychiatric facilities

with predominant orientation towards traditional biological treatment or towards more complex approach including both psychopharmacological and psychotherapeutic treatment modalities. The results of the study were compared with coordinate data gained in psychiatric facilities and social services in Sweden and USA.

There were found transcultural differences in the intensity of the burnout syndrome across various countries. The higher level on the Emotional-Exhaustion-Scale by the american responders is probably due to higher demands on professionals and the more strained working tempo typical for the american medicine. Swedish responders had lower level on the Depersonalization-Scale. This allows to assume that american and russian medical workers might be more frank in admitting the callous and impersonal attitude towards patients, which is highly incompatible with moral standards in the Swedish middle-class culture. The lower level on the Personal accomplishment scale in Russian re-sponders may result from the awareness of one's own inability to meet normative expectations to the standard of mental health care in the present unsatisfactory conditions; in this sense it might be a specifically Russian aspect of the burnout syndrome.

The intensity of the burnout syndrome seems not depending on age. One can assume that it is not the total amount of work or professional experience that causes the burnout syndrome, but rather the culturally based conditions of work and group attitudes of professionals towards it.

Among all psychiatric professionals, the nurses are the lowest on the Depersonalization-Scale. It may be an important evidence of the fact, that it is not mere the intensity of exposure to interaction with the patient (or length of work in medicine) that contributes to the burn-out.

The biological or psychosocial orientation in psychiatrists is the result of a conceptual framework of their professional education and not of their preliminary selection for a specific school. Therefore it would be justified to assume that psychiatrist's ideology, secondary acquired during education, may explain the difference in psychiatrist's feeling of personal accomplishment and predispose to the later appearance of the burnout syndrome. That is perhaps the most striking result of the present study.

The points of ideological discrepancy between traditional and psychotherapeutically minded psychiatrists concern different views on the usefulness of psychotherapy, on the importance of patients' social influencing and their individual growth, including autonomy and creativity. It has been shown that some features of treatment ideology are good predictors for long intermissions, especially in psychotic patients. The prognosis for the better outcome is connected with high involvement, support, order, organization, autonomy and open expression of angry feelings, i.e., aggression (the later feature is a good predictor mostly for non-psychotic patients). In our study only two of these features discriminate between traditional and psychotherapeutically oriented psychiatrists:

social support and autonomy. Since both of them favor psychotherapeutically working psychiatrists, it is convincing that biologically based treatment ideology is detrimental both for psychiatrists and for their patients.

Interesting enough is the finding that the ideological bias consists not in the underestimation of biological reasons by psychotherapeutically oriented psychiatrists, but in the underestimation of the role of psychological reasons in mental disorders by traditional psychiatrists. This finding may be crucial for the reform in medical education.

Literature

- Cherniss, C.* (1980): Staff burnout: Job stress in the human services.(Beverley Hills: Sage)
- Farber, B.* (1983): Introduction: A critical perspective on burnout. In: B.Farber (Ed.): Stress and burnout in the human service professions (Pergamon Press: New York), p.1-22.
- Freudenberger, H. J.* (1974): Staff burnout. In: Journal of Social Issues, 30, p.159-165.
- Friis, S.* (1986): Characteristics of a good ward atmosphere. In: Acta psychiat. Scand. 74, 469-473.
- Schaufel, W. B.; Maslach, C.; Marek, T.* (1993). Professional burnout: Recent developments in theory and research (London: Taylor and Francis)

Adresse der Autoren:

Dr. med. Evgenij Losinskaya
Prof. Dr. Viktor Wied
Psychoneurologisches Institut W. M. Bechterew
Ul. Bechterewa 3
193019 St. Petersburg
Rußland

Extreme Regression in a non-psychotic Patient

Carlos R. Acosta Nodal (Havana) *

In this article the author discusses the oral phase of libidinal development. He does not so much put his emphasis on working out the theoretical aspects of this phase of development, but rather aims at pointing out its practical side with the help of a case vignette. It is the description of the treatment of a 23 year old male patient, that suffers a lot with his homosexual tendencies. During treatment, the author comes to know about the existence of phenomena and symptoms that point to the oral phase of libidinal development. As treatment continues it becomes evident, that these phenomena and symptoms are manifestations of normal as well as of pathological development. The author draws the conclusion, that the oral phase can bring about some unusual manifestations in sick people, but also in healthy ones. One of the most prominent phenomena is the so-called „schnauzkrampf“ (i.e. contractions of the facial muscles), others are the „dreamscreen“ while being awake, „hallucinations with critical distance“, „abdominal contractions with the enclusion of erogenous zones“ and „heat in the stomach together with feelings of dizziness“. Throughout this study, close relations between orality and schizophrenia have been confirmed.

C. M. is a 23 year old single male, who came for treatment because of his homosexuality. He has a job in a factory where he works as a packer and occasionally at the counter as well. In general he gets along well at work, being honest, generous, sympathetic, courteous and considerate. He still lives with his parents and one brother, the mother being the most important person in his life. Yet C. M. is aggressive towards her, in this way hiding his strong desire of being loved by her. He accuses her of not showing that she loves him, preferring his brother and desiring his death, because of which he swears and imprecates her. His brother who lives at home, he hates and accuses him of being an inconsiderate, lazy, homosexual scoundrel. The father is a retired undertaker, who doesn't communicate much. Having shown little interest in his children when they were small, as C. M. points out, he seems to be a rather weak character in general. His mother's aunt, who died a year ago, while the patient was already in treatment, was like a mother to him showing him lots of affection. He loved her very much and still visits the grave every sunday, bringing flowers with him. There are also one brother and two step sisters from the father's side, that do not live in the house anymore. The brother is 24 years old and married with two children. Apart from being violent and insulting towards his family he is also addicted to alcohol. The two step sisters have remained vinculated to the home. One has abandoned her three children, in which she shows no interest, nor does she have any contact with them. The other sister is very affectionate, even to the point that the other children call her „Mummy“.

At 14 years of age the patient was seduced by a much older man, who was a friend of his father. His sweetheart is a young girl of eighteen, who as

* Dr., Ph. D., Psychiatrist, Chairman of the Cuba Branche of World Association for Dynamic Psychiatry

far as I could see, really cares about C. M. and is obviously not aware of his enormous immaturity. In her presence he behaves energetically, trying to hide his weaknesses out of pride and fear of losing her.

From the beginning of the treatment the doctor-patient relationship has been a very harmonious one, marked by complete trust in me and great dependency. I treat him with fatherly affection, without leaving the parameters of the therapeutical setting, which makes him feel well. Very early I discovered, that the patient behaves in a way that reminds me of a nursing infant. I judge this to be due to an arrest primarily in the oral stage of his development. Yet there seems to be little repression of impulses derived from this fixation. Because of his ego- weakness, early primitive material surfaces. Without the usual clearing out of other material, the child in him is easily recognizable.

He shows great interest in his penis, preferably in a state of erection, which he then desires to suck, caress and kiss. The patient says, that once he had found the penis, he is never been able to forget it again. Having totally split off the ownership of his penis, he tells me, that the owner has spoken to him something like this: „Make good use of it, because this is better than „creme de vie!“ (a special beverage made from eggs and milk). One of his favorite fantasies while masturbating is this: a big penis all by itself, not being joined to anyone.

He has very little interest in his partners and rarely meets more than once or twice with the same man. Relations then usually consist only of masturbating his partner and sucking his penis and, if he happens to like the man, swallowing his sperm, which in spanish is called „milk“. Very often while masturbating he falls asleep, before ejaculation is reached. He also plays with his urine, either by alternately squeezing his penis and letting it go, as to let the urine sprout out, or by turning it upwards, so he would get the urine into his mouth. As a child he used to suck his toes and later on at fourteen, he would suck on his arms. Regarding his excrements there is greater evidence of repression, but nonetheless one day he defecated on the floor and took the excrements in his hands to the toilet. He admits to his coprophilic desires but does not want to talk about them. When he passes gas, he smells it with pleasure. He also eats the mucus from his nose, the taste of which so he says, is delicious comparing it to cake or candy. It also gives him pleasure to look at his anus and his penis with a mirror. At present this is accompanied by a strong desire, which he at times satisfies, to put his finger into the anus.

One of the most peculiar things happening to C. M is, what he calls „air through the mouth“. This phenomena which worries him quite a bit, occurs either when coming face to face with females, usually mother figures (especially his mother-in-law) or when he travels by bus, the wind blowing into his face, or simply just from sitting in a bus. It consists of disagreeable contractions of his facial muscles, which I imagine to be somewhat similar to making faces. This is troubling him so much, that he said the other day,

that he wouldn't like to give a party after his wedding, which he is planning at present. At the time that he would be leaving with his bride, everyone will be watching and he is afraid that he would have the „air through the mouth“ and people would notice. The same sensation he used to feel, when his mother carried him in her arms from one room into the next. Another phenomena is described by the patient as abdominal contractions, similar to those that one would voluntarily make to expell feces. In this context he mentions feeling a triple repercussion on anus, penis and stomach (which shows an involvement of erogenous zones). Unlike the phenomena of „air through the mouth“, he has voluntary control over these contractions. Nonetheless, he seems to have done it so many times that one could conclude, that it is connected with sexual excitation, especially since these days it also happens in his girlfriends bathroom. There is a feeling of dizziness, that goes along with it, which he tries to relieve by taking medicine or having a cup of black coffee (occasionally with milk), while waiting to catch a connecting bus on his way to our office.

One morning, during an interview he told me that he had masturbated, while waiting for the milk for breakfast to come to boil. He thought that just at the point when the milk would begin to boil he would ejaculate. The masturbation was accompanied by the following day dream: He was having sexual relations with his girlfriend, sucking her breasts thinking that milk would come sprouting out and when it happened so, he ejaculated, but nearly all of the sperm fell outside, as if the penis had not completely been inside the vagina.

In the course of another interview, with him lying down on the couch and me somewhat behind as usual, C.M. saw a large crumb of bread, that according to his own words had the shape of a pear or a bottle, which gradually came closer to his face. While this phenomena was developing, he said something like this: „Look, now it's passing here!“ and pointed to it with his right thumb. Concerning this „hallucination“, it is interesting to note, that as a child he used to suck his thumb, almost certainly the same one on which he saw the crumb. During this particular interview he also felt „heat in the stomach“ and dizziness. I want to point out here, that the patient was awake, so that this has neither been a dream nor an imagination, but that he had clearly seen it. He also talked about efforts on his part, to suck his or his brother's breasts, while his brother was asleep or pretended to be asleep.

Once he told me, that while being at his girlfriend's house he had fallen asleep and upon awakening was peeking into her decollete and seeing her breasts, (in his own words) „clouded and with dark spots“ similar to a glass of milk being poured out, the glass remaining covered with a film of milk. In regard to the spots he said: „They can only be compared with those that we find on the faces of pregnant women“. While I was out of the room he nearly fell asleep, which he associated with the time that he unwillingly fell asleep at his girlfriend's house, for which he felt ashamed.

The patient's eating habits are also rather peculiar. Unlike other people of his social standing, he eats tenderloin steak whenever he can. Different kinds of sausages however, that contain fat, white clots, subcutaneous cellular tissue or anything like that, provoke nausea and make him vomit. Finding nerves and sponeurosis in meat, causes the same sensations. He associates these things with semen.

After 200 sessions with him, a rather superficial and concise resume from my side would be, that his adaption to treatment has been very good, his dependance on the therapist and his trust being remarkable, even to the point of showing his gratefulness by bringing boxes of candy as a gift.

What I here find of outstanding importance is, that in C.M.'s symptomatology phenomena are being found produced in a state of being awake, that are more frequently encountered in a state of just falling asleep, in dreams and in states of psychotic regression. He did not see *Bertrand Levin's* „dream screen“ while dreaming, but while being awake and that precisely on the breast of a mother surrogate -his girlfriend- which supports *Levin's* opinion. Although, by all means, the patient has been in an oneiric state since the hallucination appeared after suddenly waking up at his girlfriend's side. It should be noted here that the dream screen would in this case be a condensation of two different objects, namely the breast and the face, since it appears on the breast and the spots were associated with the chloasma on the faces of pregnant women.

The big crumb of bread was a hallucination of the breasts displaced on the thumb, which would not have been a surprise had the patient produced it during a dream. But having been a production in a state of being awake on the couch during an analytical session, he concretized something out of the unconscious in order to show symbolically, that lying down on the couch means a grateful incorporation of a generous fifty minute suck I was giving him. That was the meaning of the therapeutic session for him at the time.

The „air through the mouth“ is a symptom, that like any other eventually communicates or hides something. The association with maternal care while being dandled in his mother's arms, is an evidence of the ambivalent character of the mother-child relationship: love and hate in the patient, care and rejection on the mother's side.

While being in Havanna, reading a paper to *Leo Bartemeier* who was my analytical training supervisor, *René Spitz* heard of this case and decided to use the case material as an excellent illustration for his paper „The Primal Cavity“. I quote :

“C.M.'s sensations of muscular contractions of his mouth region, which he associates with the fantasies connected with the breast, with the breast feeding and with seeing „maternal-looking“ women. He is so intensely conscious of these contractions that he has to avert his head for fear that the women notice „that he is making faces“. This suggests that the “Schnauzkrampf” symptom in the schizophrenic may be connected with the

wishful fantasies of breastfeeding and with the mnemic traces of the proprioceptive percept of mouth activity during nursing."

There is a close relation between schizophrenia and the oral phase of libido.

Now a quote from Bertrand Levin: „A schizophrenic patient of Dr. *John Rosen* ...had ceased to hallucinate visually except for a vague fogginess before his eyes, which interfered with his vision, so that he would ask: "Is it raining?" or „Is the sun shining?" etc. When Dr. *Rosen* heard from the patient, that he had previously seen his imaginations as if projected out of this fog, he actively adjured the patient: „Get away from your mother's breast!". The patient was startled, rubbed his eyes and said: "Why, it is gone!":

The fog here is an equivalent to the coated film, that C. M. saw on his girlfriend's breast. His dreams are seen on a screen connected with the breast, while the psychotic imaginations of Dr. *Rosen's* patient are seen on a very similar screen.

Another phenomena often experienced in childhood and closely related to orality, is the *Isakower* phenomena, a hypnagogic manifestation, not only appearing in patients with widely differing types of psychological disorders, but in normal people as well. Let me give you an illustration out of my own experience: When I was five years old I had the same hallucination every night before falling asleep. A huge round mass of dark brown colour something like a cosmic corp coming from the infinite, slowly advanced towards me. By the time it came close to my face, I had already fallen asleep. This phenomena produced a blissful sensation in me.

During my psychoanalysis I associated this mass with some kind of rubber ball with grains, reminding me of the grained aspect of the areola (dark area around the nipple) and of course of the breast as the whole image.

The pressing necessity of having a mother, even if circumstances happen to be bad, becomes evident in the relationship between Mrs. *Secheyaye* and her schizophrenic patient Renee. For reasons not precisely known, Renee had a mother, who in psychoanalytic terms might be called „bad“, not having been able to satisfy Renee's needs during the oral stage of libidinous development. Apart from the delirious courtship quality of her sickness and consequent autistic manifestations, Renee also had whims concerning the selection of her food, for example rejecting juicy ripe apples. During her treatment it became known, that she preferred green apples, because they came directly from the tree, while the ripe ones had already fallen on the ground or were obtained in commercial stores. While having a panic attack one night, Renee ran away from the foster home where she was living, in search of Mrs. *Secheyaye*. During a dramatic but fruitful dialogue *Secheyaye* cut up a ripe apple and said: "It is time to drink the good milk from Mummy's apples, Mummy is going to give it to you." Renee then leans up against my shoulder, presses the apple upon my breast, and very solemnly, with intense happiness eats it."

What has been said so far, makes us reflect upon the mother's role as the provoking agent for schizophrenia. There is no doubt about Renee's mother having perturbed her oral development stage. She withdrew the apples (the milk), refused to give them to Renee and also did not allow her to penetrate her bosom, where she would have found calmness and warmth. This kind of benevolent communication is not enjoyed by the infant in the oral stage, that will later turn out to be schizophrenic. During the oral stage, it is no wonder that the voracious little „animal“, not yet humanized, tries to penetrate the maternal bosom that is so frustrating to him, in a destructive manner. *Melanie Klein* insisted on this view.

This is the kind of communication, deprivity and antagonism which predominates the oral stage of a child who will later become schizophrenic. Although sour as a green apple, every child needs his mother, for his very life depends upon her. The schizophrenic seeks refuge in an autistic world, which he has built himself. This according to Mrs. *Sechehaye* is comparable to living within his mother's body. This regression however does not take him back to the basically stable and quiet intrauterine world from where he was expelled, but rather into the turbulent motherly bosom where he was introduced to instability and insecurity during the primary oral stage. This indeed is a ghostly world where the newborn baby comes to know a queer environment which refuses to be dominated by its instinctive impulses, which are still rather scarce anyway and in this kind of environment in no way adequate. It all depends on the mother. If she is not prepared to facilitate his development into a fullgrown human being, he will take refuge in a closed world full of enigmas, persecution and threats. The „advantage“ here is, that since the world of the schizophrenic is self-created, they do understand it thoroughly and are its center, everything referring to themselves. The autistic lead a life harassed by enemies, but they do possess exceptional powers, which at times tell them they are wise men, or -as Renee put it- the Queen of Tibet!

In this paper we have looked at a normal child (the author), a non-psychotic patient (C.M.), a schizophrenic woman (Renee) and the schizophrenic patient of *J. N. Rosen*. All of them have in common, that they experience rather peculiar phenomena closely related to the oral stage. This confirms that development is a matter of evolution with common traits and a high degree of systematization. All infants during the oral stage develop in a structurally similar environment, only that for some this very structure is a protective one and for others it is tormenting, lined with more or less serious difficulties. Some of these children develop normal behaviour, others non-psychotic disorders and the most unfortunate succumb to schizophrenia. Thus there is a basic structure to be found in the oral phase, with a varying degree of irregularity, which derives from inadaptation causing the appearance of symptoms of diverse seriousness. Or, if the structure happens to be normal, there will be an absence of symptoms.

The symptoms constitute only the scintillations, but in order to treat the schizophrenic, one will have to plunge the hand into the schizophrenic vulcano, as far as the incandescent entrails. We need to remember, that the first to refer to the false image of the maternal breast, was *Freud* himself. From his description we may deduce the fact, that when a mother is nursing her child, hunger disappears and if this situation is frequently repeated when the baby is hungry, then by a conditioned reflex, there will a representation be developing in his mind of the one that has previously been satisfying his need for nourishment. At first he will confuse the real image of the mother's breast with its mental representation. This will lead to an initiation of the movements accompanying lactancy, but will leave him frustrated. In time however, he will learn to distinguish the mental representation from the real image. Consequently there will be a refusal of the mental representation, which does not yield the sweet, warm liquid satisfying his desire. The false image will disappear from the infant's mind, but there will still be a mnesic trace accompanied by the pejorative content that the infant assigned to it. Also the idea cannot be disdained, that if one has had inadequate mothering, one could be the victim of this mnesic trace, which provokes very harmful schizophrenic distortion.

Let's listen to *Freud*: „The first wish should have been an alucinatory charge of the memory of the satisfaction. This alucination showed that when it could not be kept till exhaust the excitation it was incapable to attract (?) the suppression of necessity, which is the pleasure linked to satisfaction.“

„The deception in front of the absence of satisfaction crested afterwards the abandon of this attempt of satisfaction by means of alucinations, and in order to substitute for it the psychic apparatus had to decide to represent the real circumstances of the outer world and to tend to its real modification. With this a new principal of the psychical activity was introduced...This introduction of the principle of the reality brought about very important consequences.“

Finally it seems justified to us to consignate that the symptomatology of this patient does exactly fit with the opinions of *Edmund Berglar* describing the close relations of the symptoms homosexual activities with those derived of the oral stage of libido. From this book „Neurotic counterfeit sex“ we reproduce some fragments of the dialogue sustained between Berglar and one of his patients:

Patient: „You know, that I detest female breasts. This washes out your argument.“

Berglar: „On the contrary, it clinches it. It is exactly your compensatory hatred which betrays you: you don't want, even unconsciously, to be reminded of the graveyard of infantile megalomania.“

P.: „I don't get you. How is the purely asthetic rejection of an udder a proof of attachement?“

B.: „In homosexual cases, it is, as defensive cover. Just look at the frantic effort at avoidance: the future male homosexual finds in his penis a substitute for the alleged refuse breast.“

B.: „...breast and penis, mouth and vagina, milk and sperm identified.“

P.: „Do I understand you correctly: the penis of the partner is but the disguised breast I am after?“

B.: „...yes, you understand correctly.“

In relation with the impersonal character of homosexual relations, it is true that C. M. never had a real partner, since he doesn't consider sexual objects to be „persons“. His only interest in them is in their penis, which also is in accordance with *Berglar's* description of homosexuality. But contrary to *Berglar's* patients he is not a chronic „injustice-collector“. He is friendly with his male and female co-workers, not usually acting defensively, with one exception: He becomes furious, when somebody alludes to his homosexual condition. Also complaints about his family are rather frequent.

All psychiatric treatment requires careful understanding of the early failure of parental empathy during the patient's childhood, that prevented the development of intrapsychic structures which can regulate self-esteem. Therapy must provide an environment, where these structures can belatedly and effectively develop.

Self-psychology holds, that repeated empathic failure by the parents and the child's response to them, are the root of almost all psychopathology. The schizophrenic is a bundle of chaotic drives, but it is because there is no self-object milieu there to welcome him.

In the beginning of his life the child had no object. Yet this need is a matter of life and death. Because of that, there will be a desperate search for the mother's breast, which is the first step in finding the mother. Initially, in a normal course of happenings, the baby needs the mother to be an extension of himself in order to always have her at his disposal. This is what *Kohut* called „selfobject-relationships“. Now, having in mind, that schizophrenics regress to a very early stage of psychical development, it can be expected that they would have the same desire. But, contrary to the normal child, they are very suspicious, ready to reject the therapist using contact avoidance, evasion and even fugues.

Here it is useful for the therapist to work with a mirroring transference, meaning unconditional approval, (*Kohut*) and an idealized parental imago. The latter is seen by the schizophrenic patient as a secure source of power always ready to protect him and to satisfy his needs (something like Aladine and the marvellous lamp).

To get the schizophrenic out of his psychotic refuge is an arduous task. The therapist must act like a generous mother, strong and mighty being able to affront the peculiarly hard psychotic resistance, that very often is translated into defensive aggression, negativism or evasion.

One ought to bear in mind, that there are some remarkable differences in the way of dealing with neurotic and with schizophrenic patients. With both of them it is necessary to be tolerant and comprehensive. With adult

neurotic patients it is advisable to maintain an affective distance, taking a more or less neutral stance. While with the schizophrenic patient one needs to be very friendly or severe, depending on the necessity of the situation, sometimes even to the point of openly opposing some delirious manifestation. Above all we shouldn't forget, that for anyone –psychotic or non-psychotic- it is desirable to have someone who makes us feel safe, comfortable and calm, especially when in difficulties.

On a final note: whether symptomatic or asymptomatic, improved or not improved, cured or not cured, we always need to be ready to tend to our schizophrenic patients, even if they are asking something from us, that is not related to our profession. We are the loved parent, in whom they find security and protection. And once in a while, there will even be treatment without fees, if the patient is not in a position to afford it.

Extreme Regression bei einem nicht psychotischen Patienten

Carlos Acosta Nodal (Havana)

Der Autor beschreibt die Fallgeschichte eines 23 jährigen Mannes (C. M.), der sich wegen seiner Homosexualität in Behandlung begab. Er hatte einen Job in einer Fabrik, wo er als Packer arbeitete. Im Allgemeinen machte er seine Arbeit gut, er war ehrlich, höflich, sympathisch und rücksichtsvoll. Er lebte immer noch bei seinen Eltern und einem Bruder, wobei die Mutter die wichtigste Person in seinem Leben war. C. M. verhielt sich jedoch ihr gegenüber aggressiv und versteckte auf diese Art seine Wünsche, von ihr geliebt zu werden. Seinen Bruder haßte er und bezichtigte ihn der Faulheit und der Homosexualität. Der Vater wurde als charakterlich schwach beschrieben, er befaßte sich von je her sehr wenig mit den Kindern. Die vor einem Jahr verstorbene Tante mütterlicherseits hatte ihm sehr viel Zuneigung entgegengebracht. Ansonsten gab es noch einen Bruder und zwei Stiefschwestern väterlicherseits, die das Elternhaus verlassen hatten. Der 24 jährige verheiratete Bruder war Alkoholiker und seiner Familie gegenüber gewalttätig. Von den beiden Stiefschwestern hatte eine ihre drei Kinder verlassen, an denen sie auch keinerlei Interesse mehr zeigte. Die andere Schwester hingegen war sehr liebevoll, so daß sie von den anderen Kindern oft "Mami" genannt wurde. Im Alter von 14 Jahren wurde der Patient von einem Freund der Familie sexuell mißbraucht.

Die Arzt-Patient Beziehung verlief von Anfang an sehr harmonisch, sie war geprägt von großem Vertrauen und Abhängigkeit von Seiten des Patienten. Der Therapeut verhielt sich ihm gegenüber väterlich, ohne jedoch die Parameter des therapeutischen Settings zu verlassen, was ihm gut tat. Bedingt durch eine Arretierung seiner Entwicklung in der oralen Phase und der damit einhergehenden Ich-Schwäche, verhielt sich der Patient im Behandlungssetting wie ein Stillkind und schien kaum in der Lage

Triebimpulse zu verdrängen. Archaisches Material lag dicht unter der Oberfläche.

Was den sexuellen Bereich anbelangte, masturbierte er entweder selbst, wobei er Phantasien hatte, in denen er seinen Penis als ein völlig von ihm abgespaltenes Organ erlebte, oder er saugte am Glied seines häufig wechselnden Partners, wobei er das Sperma, das er schluckte als "Milch" bezeichnete. Häufig schlief er aber auch noch vor der Ejakulation ein. Auch zeigten sich koprophile Neigungen, die der Patient aber nicht offen zugeben konnte.

Eines der vom Patienten beschriebenen Phänomene, wurde von ihm als "Luft durch den Mund" bezeichnet. Es handelte sich hier um eine Kontraktion der Gesichtsmuskulatur, die vor allem in der Gegenwart von Mutterfiguren auftrat, oder wenn er Bus fuhr und ihm dabei der Wind ins Gesicht blies. In seiner Kindheit erlebte er dies immer wenn er von seiner Mutter in ihren Armen von einem Raum in den anderen getragen wurde. Ein anderes Phänomen wurde vom Patienten als "Hitze im Magen" bezeichnet. Er beschrieb dies als Kontraktionen im Abdomen, die sich in die erogenen Zonen ausbreiteten. Im Gegensatz zu erstgenannten, waren diese willentlich beeinflussbar und schienen mit sexueller Erregung zusammenzuhängen, da sie sich oft im Badezimmer seiner Freundin abspielten. Dieses Phänomen wurde von Schwindelgefühlen begleitet, die der Patient entweder mit Medikamenten oder mit Kaffee zu bekämpfen versuchte. Des weiteren berichtet der Autor von Masturbationsphantasien seines Patienten in Form von Tagträumen und von "halluzinatorischen Erlebnissen" im Wachzustand. Während einer analytischen Sitzung auf der Couch halluzinierte er, daß ein großer Brotkrumen, den er auf seiner Daumenspitze sah immer näher und näher auf ihn zukam. Eine andere Begebenheit, die er schilderte, spielte sich im Haus der Freundin des Patienten ab, wo er an die Brust der Freundin gelehnt einschlief. Als er wieder aufwachte, fiel sein Blick in ihr Decollete. Er sah ihre Brüste mit seinen eigenen Worten gesprochen "in einem Nebel mit dunklen Flecken", ähnlich einem Glas Milch, das, wenn man es ausgießt, mit einem dünnen Film überzogen bleibt. Die Flecken assoziierte er im Behandlungszimmer mit den Flecken im Gesicht einer schwangeren Frau. Die vom Autor beschriebene Phänomenologie, die vom Patienten zumeist im Wachzustand produziert wurde, fand normalerweise eher in der Phase kurz vor dem Einschlafen, in Träumen und in Zuständen psychotischer Regression statt. Der Patient sah den "Traumhintergrund" (*Levin*) nicht im Traum, sondern im Wachzustand an den Brüsten einer Mutterfigur. In diesem Fall wäre der Traumhintergrund eine Zusammensetzung aus zwei verschiedenen Objekten, der Brust und den Flecken. Auch der große Brotkrumen war dem Autor zufolge, eine Halluzination der Brust, auf den Daumen projiziert. Dies wäre nicht weiter verwunderlich gewesen, hätte es sich um eine Traumproduktion gehandelt. Aber in diesem Fall entstand das Bild im Wachzustand während einer analytischen Sitzung auf der Couch. Hier

konkretisierte der Patient unbewußte Inhalte, um symbolisch darzustellen, daß er die Sitzung auf der Couch als wohlthuendes fünfzig Minuten andauerndes Gestilltwerden vom Therapeuten, erlebte.

Das Phänomen "Luft durch den Mund" und die Erinnerungen des Patienten an das Getragenwerden von der Mutter, bringt der Autor in Verbindung mit dem ambivalenten Charakter der Mutter-Kind Beziehung - auf Seiten des Patienten als Liebe und Haß und bei der Mutter in Form von Sorge um ihr Kind und gleichzeitig vorhandener Ablehnung.

René Spitz, der ein Fallbeispiel zur Illustration seines Artikels "The Primal Cavity" heranzog, schrieb dazu, daß der Patient die muskulären Kontraktionen im Mundbereich mit Fantasien von Gestilltwerden assoziierte. Diese Fantasien wurden so übermächtig, daß er sein Gesicht abwenden mußte, aus Angst, daß die Frauen sehen könnten, wie er "Gesichter schnitt". Daher könnte man annehmen, daß das "Schnauzkrampf"-Symptom beim schizophrenen Menschen verbunden ist mit Wunschphantasien des Gestilltwerdens und mit mnestischen Spuren vom „propioceptive percept“, der Mundbewegungen beim Saugen.

Der Autor sieht einen engen Zusammenhang zwischen Schizophrenie und der oralen libidinösen Phase. Hierzu schrieb *Levin*: Ein schizophrener Patient von Dr. John Rosen hatte aufgehört visuell zu halluzinieren, außer eines unbestimmten Nebels vor den Augen, der sein Sehvermögen behinderte. Er fragte dann: "Regnet es"? oder "Scheint die Sonne"? etc. Als Dr. *Rosen* von dem Patienten erfuhr, daß er seine Bilder wie aus diesem Nebel heraus projiziert sah, forderte er seinen Patienten aktiv heraus mit einem : "Geh weg von der Brust deiner Mutter"! Der Patient erschrak, rieb sich die Augen und sagte: "Seltsam - er ist weg"! Hier ist der Nebel zu vergleichen mit dem, was der Patient des Autors auf der Brust seiner Freundin sah. Auch haben die psychotischen Bilder des Patienten von Dr. *Rosen* einen ähnlichen Hintergrund. Das *Isakower*-Phänomen, das eng mit der Oralität in Verbindung steht, kommt nicht nur bei Patienten mit unterschiedlichster Symptomatik vor, sondern auch bei nicht kranken Menschen. Der Autor beschreibt hier eine Begebenheit aus seiner eigenen Kindheit, wo er im Alter von fünf Jahren jede Nacht, kurz bevor er einschlief, dasselbe erlebte. Eine Masse von gewaltiger Größe und brauner Farbe, wie ein kosmischer Körper aus dem Nichts, bewegte sich langsam auf ihn zu und kam seinem Gesicht immer näher. Kurz bevor sie ihn erreichte, schlief er ein. Während dieses Phänomens fühlte er sich sehr wohl.

Ein anderes Beispiel für die Zusammenhänge von Schizophrenie und der Rolle der Mutter in der oralen Phase zeigte sich in der Beziehung von *Sechehaye* und ihrer schizophrenen Patientin Renee. Die Mutter von Renee war nicht in der Lage gewesen, den Bedürfnissen ihrer Tochter in der oralen Phase adäquat zu begegnen, so daß ihre Krankheit einerseits Züge geradezu wahnhaften Verbens um die Therapeutin aufwies, dem dann aber autistische Manifestationen auf dem Fuße folgten. Auch war Renee in ihrer Nahrungsaufnahme sehr selektiv, sie aß zum Beispiel keine saftigen

reifen Apfel, sondern bevorzugte grüne, unreife Äpfel. Eines Nachts, während einer Panikattacke rannte sie von ihrer Pflegefamilie fort, auf der Suche nach ihrer Therapeutin. In einem ebenso dramatischen wie fruchtbaren Dialog, gab ihr *Sechehaye* einen aufgeschnittenen reifen Apfel mit den Worten: "Es ist an der Zeit, die gute Milch aus Mamis Äpfeln zu trinken. Mami wird sie dir nun geben." Renee lehnte sich daraufhin an die Schulter ihrer Therapeutin, drückte den Apfel an deren Brust und verspeiste ihn mit großem Genuß. Dieses Beispiel weist deutlich auf die Rolle der Mutter in der Schizophrenie hin, die in Renee's Fall, ihr nicht mit Äpfeln (Milch) zur Verfügung gestanden hatte und ihr das Gefühl von Geborgenheit und Wärme nicht vermitteln konnte. Diese Art von gutartiger Kommunikation, wie sie von der Therapeutin praktiziert wurde, hat in der oralen Phase eines später schizophrenen Menschen nicht stattgefunden und wendet sich durch die erlebte Frustration in eine destruktive Richtung (siehe hierzu *Melanie Klein*). Obgleich sauer wie ein grüner Apfel, ist die Mutter dennoch (über-)lebensnotwendig für das Kind. Der schizophrene Mensch sucht Zuflucht in einer autistischen selbstgezimmerter Welt. Gemäß *Sechehaye* ist dies vergleichbar mit der Rückkehr in den Mutterleib. Diese Regression jedoch, führt nicht zurück in eine stabile und ruhige intrauterine Welt, sondern in einen turbulenten mütterlichen Schoß, wo der Patient in der oralen Phase Instabilität und Unsicherheit ja erst kennengelernt hat. Dies führt dazu, daß der Patient sich später in eine abgeschlossene paranoische Sicht der Welt zurückzieht. Der "Vorteil" hierbei ist, daß die Welt des schizophrenen Menschen von ihm selbst kreiert ist und er sie somit in- und auswendig kennt. Der Schizophrene ist der Mittelpunkt dieser Welt - es dreht sich alles nur um ihn. Der autistische Mensch lebt in einer Welt bedrängt von Feinden, verfügt aber auch über außergewöhnliche Mächte, die ihm erzählen, er wäre ein Weiser, oder auch - wie in Renee's Fall-: „die Königin von Tibet“!

Alle diese Beispiele zeigen, daß sowohl kranke als auch gesunde Menschen bestimmte Phänomene erleben, die eng mit der oralen Phase ihrer Entwicklung in Zusammenhang stehen. Jedes Kind entwickelt sich in dieser Phase in einem ähnlich strukturierten Umfeld, mit dem Unterschied jedoch, daß für einige von ihnen diese Struktur eine Sicherheit gebende ist und andere in dieser Struktur schmerzhaftes erleben. Manche von diesen Kindern legen später ein recht normales Verhalten an den Tag, andere entwickeln nicht-psychotische Störungen und einige von ihnen werden schizophren. So findet sich also in der oralen Phase eine grundlegende Struktur, erwirbt das Kind aufgrund ungünstiger Bedingungen nicht die Fähigkeit sich anzupassen, führt dies zur Herausbildung von Symptomen unterschiedlichen Schweregrades. *Freud* war einer der Ersten, die Bezug nahmen auf das falsche Bild der Mutterbrust. Aus seiner Beschreibung können wir ableiten, daß, wenn die Mutter ihr Kind stillt, der Hunger verschwindet. Wenn sich diese Situation dann oft genug wiederholt, wenn das Baby hungrig ist, wird sich aufgrund eines konditionierten Reflexes eine

Repräsentation der nahrungsspendenden Mutter im Gedächtnis des Kindes entwickeln. Am Anfang wird es noch nicht möglich sein, die reale Mutterbrust von der inneren Repräsentation zu unterscheiden. Dies führt dann dazu, daß das Kind Bewegungen macht in Erwartung des Gestilltwerdens, aber darin frustriert bleibt. Mit der Zeit lernt es jedoch das innere Abbild von der realen Brust zu unterscheiden, woraufhin das Kind das innere Abbild der Brust ablehnt, da es keine Milch hergibt. Dieses falsche Abbild wird aus dem Gedächtnis des Kindes verschwinden, obwohl immer noch eine mnestische Spur bleibt, mit dem (pejorativen) Inhalt, den ihm das Kind gegeben hat. Auch ist es nicht von der Hand zu weisen, daß ein Mensch, wenn er in der Kindheit ungenügende Bemutterung erfahren hat, dieser mnestischen Spur zum Opfer fallen könnte, die dann schizophrene Verzerrungen bewirkt. Der Autor zitiert hier *Freud* und weist ferner darauf hin, daß die Symptomatik des anfangs beschriebenen Patienten mit der Meinung *Edmund Berglars* übereinstimmt, der enge Zusammenhänge sieht zwischen der Symptomatik homosexueller Aktivitäten und der sich aus der oralen Phase heraus entwickelnden Symptomatik. In seinem Buch "Neurotic Counterfeit Sex" schreibt *Berglar*, daß der Homosexuelle im Penis seines Partners die Mutterbrust wiederfindet, die er in defensiver Verzweiflung ablehnt und versucht zu vermeiden. Jegliche psychiatrische Behandlung muß darauf abzielen, das frühe Versagen der elterlichen Empathie in der Kindheit des Patienten zu verstehen, das die Entwicklung intrapsychischer Strukturen zur Regulierung des Selbstwertgefühls verhindert hat. Die Therapie muß ein Umfeld bereitstellen, wo sich diese Strukturen im nachhinein entwickeln und entfalten können. Die Selbst-Psychologie lehrt uns, daß immer wiederkehrendes empathisches Versagen auf Seiten der Eltern die Wurzel fast aller Psychopathologie ist. Am Anfang des Lebens eines Kindes gibt es kein Objekt, und doch ist dies lebensnotwendig. So beginnt eine verzweifelte Suche nach der Mutterbrust, was der erste Schritt dazu ist, die Mutter selbst zu finden. In der Anfangsphase benötigt das Kind die Mutter als eine Erweiterung seiner selbst, um sie zu jeder Zeit zur Verfügung zu haben. Dies nennt *Kohut* Selbstobjekt-Beziehung. Wenn wir uns an die Tatsache erinnern, das der schizophrene Mensch auf ein sehr frühes Niveau psychischer Entwicklung regrediert, könnte man annehmen, daß er denselben Wunsch hegt. Aber anders als das normale Kind ist er sehr mißtrauisch, jederzeit bereit den Therapeuten abzulehnen durch Abwehren von Kontakt, Vermeidung oder gar Dissoziation. Hier empfiehlt es sich mit einer spiegelnden Übertragung (gemäß *Kohut*) zu arbeiten, das heißt, den Patienten ohne jegliche Einschränkung anzunehmen, und einem idealisierten Eltern-Imago. Dies bedeutet für den schizophrenen Menschen, daß ihm eine sichere Quelle der Kraft zur Verfügung steht, die ihn beschützt und seine Bedürfnisse befriedigt - so in etwa, wie in "Aladin und die Wunderlampe". Den Schizophrenen aus seiner Zuflucht hervorzulocken, ist eine schwierige Aufgabe. Der Therapeut muß sich wie eine großzügige Mutter verhalten, die stark genug ist gegen den harten psychotischen

Widerstand anzugehen, der sich oft in passiver Aggression, Negativismus oder Vermeidung zeigt. Man muß dabei im Auge behalten, daß es große Unterschiede im Umgang mit neurotischen und psychotischen Patienten gibt. Mit beiden ist es wichtig, tolerant und gründlich zu sein. Mit erwachsenen Neurotikern ist eine affektive Distanz angebracht, wobei man eine mehr oder weniger neutrale Haltung einnimmt. Mit dem schizophrenen Patienten geht man je nach Situation freundlich oder streng um, manchmal sogar bis an den Punkt, wo man einer wahnhaften Manifestation offen widersteht. Aber bei alledem dürfen wir niemals vergessen, daß jeder Mensch - ob psychotisch oder nicht - sich ein Gegenüber wünscht, das ihm ein Gefühl von Wärme, Sicherheit und Ruhe vermittelt, besonders wenn er gerade in Schwierigkeiten steckt. Wir sollten immer bereit sein, für unsere psychotischen Patienten da zu sein, auch wenn sie uns manchmal um Dinge bitten, die mit unserem Beruf eigentlich nichts zu tun haben, denn wir sind der geliebte Elternteil für sie, in dem sie Sicherheit und Schutz finden.

Literatur

- Berglar, E.* (1951): Neurotic Counterfeit-Sex, pages. 187-188. (Grune and Stratton, INC.: New York)
- Freud, S.* (1948): Obras Completas, vol. 1 pag. 403. (Editorial Biblioteca Nueva: Madrid)
- Lewin, B.* (1953): Reconsideration of the Dream Screen. The Psychoanalytic Quarterly, vol. XXII, no. 2, pag. 182
- Sechehaye, M. A.* (1952): Symbolic Realization, 2da.ed. pag. 51. (Intern. Universities Press, INC.: New York)
- Spitz, R.* (1955): The Primal Cavity. In: The Psychoanalytic Study of the Child, vol. X, pag. 229. (Intern. University Press INC.: New York)

Adresse des Autors:

Dr. Carlos R. Acosta Nodal, Ph.D.
Calle 23 No. 303, entre L y J. Vedado.
C. de La Habana
10400. CUBA

Buchbesprechungen / Book Reviews

Henk Smeijsters

Grundlagen der Musiktherapie

Hogrefe, Göttingen, 229 Seiten

Eine Anfrage beim Buchhandel zum Thema Musiktherapie weist eine aktuelle Zahl von 47 lieferbaren Titeln aus, die Hälfte davon ist seit Beginn 1999 erschienen. Musiktherapie - und auch andere nonverbale Therapieformen - haben Konjunktur. Hierbei nimmt die Behandlung der aktiven, kreativen Musiktherapie mittlerweile einen wesentlich breiteren Raum als die rezeptive Musiktherapie ein.

Henk Smeijsters hat, seit 1987, eine Vielzahl von Veröffentlichungen zu dem Thema beigesteuert. Sein Interesse gilt dem Nachweis und der ins Detail gehenden Untersuchung der psychotherapeutischen Wirksamkeit von Musiktherapie. Ziel des Buches ist es, ihre Methodik anhand von Fallstudien und Forschungsergebnissen diagnosespezifisch zu systematisieren. Eine ins Detail gehende Untersuchung der Tauglichkeit von Musiktherapie bei Schizophrenie, Depression, Autismus und Geistiger Behinderung ist beigelegt. Sorgfältig definiert *Smeijsters* die Begriffe Indikation - unterschiedliche Aspekte und Auffassungen der Indikation zur MT - und Analogie- zwischen pathologischen, musikalischen und therapeutischen Prozessen. Beide Begriffe spielen eine wichtige Rolle in der Rechtfertigung der Notwendigkeit und Wirksamkeit von Musiktherapie für die Behandlung bestimmter Krankheitsbilder.

Auffallend ist, daß als Indikationskriterium der Wunsch des Patienten, an der Musiktherapie teilzunehmen, keine Rolle spielt. Der mündige Patient kommt hier nicht vor, sondern der Patient ist Objekt von Diagnosen und Verschreibungen. Dementsprechend spielt auch die musiktherapeutische Gruppe keine Rolle, in der Patienten miteinander in Beziehung treten und sich dadurch verändern können.

Die Stärken des Buches liegen auf einem anderen Gebiet: Beispielsweise in dem Versuch einer „musikalischen Krankheitslehre“, die angibt, wie unterschiedliche Störungen und Behinderungen im musikalischen Verhalten zum Ausdruck kommen. Hier finden wir eine Reihe von Beispielen und Abstraktionen, die unsere Wahrnehmung für die Facetten des musikalischen Ausdrucks bereichern. Die vielfältigen Kategorisierungen des musikalischen Ausdrucks wirken anregend und lesen sich unterhaltsam. Ebenso sind die Reichhaltigkeit der referierten Literatur und psychologischen Forschung über den Zusammenhang zwischen musikalischem Verhalten und psychischer Erkrankung sowie die entsprechenden therapeutischen Möglichkeiten bemerkenswert.

Umfangreiche Überlegungen widmet *Smeijsters* der Frage, ob musikalischer Ausdruck authentischer Ausdruck der Persönlichkeit und ihrer

Störungen sein kann. Spiegelt musikalischer Ausdruck die Psyche des Musizierenden wider? Die Ursache dieser Zweifel ist m.E. das von *Smeijsters* zugrundegelegte Menschenbild, das eine Diskontinuität zwischen Bewußtem und Unbewußtem annimmt. Die verschiedenen Aspekte der Persönlichkeit werden auseinanderdividiert ohne zu berücksichtigen, daß Bewußtes und Unbewußtes im menschlichen Ausdruck jederzeit gleichermaßen präsent sind und insofern natürlich der nichtsprachliche Ausdruck ebenso gültig für die Widerspiegelung der Persönlichkeit respektive ihrer Störungen ist wie der sprachliche und daß beides im musiktherapeutischen Prozeß einander ergänzt.

Der intellektuelle Vorbehalt gegenüber dem Geschehen in musiktherapeutischen Gruppen ist natürlich berechtigt, insofern er die Reflexion dessen, was geschieht, vertieft. Im vorliegenden Fall wirkt er wie eine Absicherung - einerseits gegenüber Kostenträgern und Kollegen, andererseits gegenüber den oft nicht ganz geheuren Vorgängen mit ihrer vitalen, manchmal unberechenbaren und eruptiven Dynamik, in der sich Menschen im Handumdrehen begegnen und berühren, aber auch verfehlen können und in der eine nicht verstandene und nicht angenommene Gruppendynamik schnell ohrenbetäubend wirkt.

Erwin Leßner (München)

Hansruedi Ambühl und Bernhard Strauß
Therapieziele

Hogrefe Verlag für Psychologie Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, 1999, 336 Seiten

Das wichtigste Kapitel in diesem Buch stammt nach Meinung der Rezensentin von *L. Kottje-Birnbacher* und *Dieter Birnbacher* mit ihrem Kapitel über ethische Aspekte bei der Setzung von Therapiezielen. Die Autoren weisen darauf hin, daß Therapieziele keine Lebensziele seien, vielmehr zeitlich und kausal begrenzte Ziele- und immer als ein Prozeß zu verstehen, der zwischen Therapeut und Patient abläuft und dessen Bedingungen immer neu diskutiert werden müssen (im Sinne eines informed consent).

Das Thema der Therapieziele wird im vorliegenden Buch als Dreh- und Angelpunkt jeder Psychotherapie beschrieben. Sowohl der Patient wie auch der Therapeut mit seiner ganz speziellen therapeutischen Ausrichtung haben bestimmte Vorstellungen und Ziele, die miteinander ausgehandelt werden müssen. Dieser Aushandlungsprozeß tangiert ethische Fragen, Fragen des Menschenbildes; denn Therapieziele sind immer auch normative Aussagen und damit wissenschaftlich schwer zu begründen (was sicher dazu führte, daß man sich wissenschaftlich diesem Thema nur zögerlich widmete).

Der Aspekt des Aushandelns sollte nach Meinung von *Kottke Birnbacher* und *Birnbacher* dabei nicht schulenspezifisch sein, sondern

unabhängig, einem allgemeinen Berufsethos aller therapeutisch Tätigen verpflichtet. Der Therapeut sollte dabei Experte hinsichtlich der Mittel zur Veränderung und nicht Experte hinsichtlich der Ziele sein. In dieser Weise wäre es unethisch, Patienten unter Ausnützung der hochsuggestiven Position des Therapeuten hinsichtlich ihrer Ziele zu beeinflussen, bedingt etwa durch Schulenloyalität, Fürsorge u.ä.

So sollte etwa einem Patienten, der sich eine Symptomkontrolle wünscht, nicht eine tiefgreifende Analyse unbewußter Konflikte nahegelegt werden, ohne ihn über andere, weniger aufwendige Verfahren aufmerksam zu machen. Damit ist die Frage der Autonomie des Patienten ein gewichtiger Gesichtspunkt der Autoren.

Diese Überlegungen sind durchaus radikal und fordern implizit zu einer Annäherung der verschiedenen Richtungen auf, was auch durchaus zu beobachten ist, etwa darin, daß Therapeuten zunehmend eklektisch denken und handeln und daß eine spurbare Bewegung in Psychotherapiekreisen vom schulen- und methodenorientierten zu einem mehr patientenorientierten Vorgehen zu verzeichnen ist. Auch die Diskussion einer Allgemeinen Psychotherapie gehört in diese Fragestellungen.

Innerhalb der Therapieforschung wird die Frage der Therapieziele kontrovers diskutiert, gilt als theoretisch und berufspolitisch - in einer Zeit der knapper werdenden Ressourcen - als brisant. Die theoretische Fundierung und die Evaluation von Therapiezielen spielen deshalb in der Forschung eine immer wichtigere Rolle.

Im vorliegenden Buch nimmt die Beschreibung der Therapieziele wichtiger Therapierichtungen einen breiten Raum ein. Wichtige Vertreter der jeweiligen Schulen diskutieren ihre Ziele auch in Hinblick auf deren empirische Erfäßbarkeit. Es werden hinsichtlich dieser Fragestellungen die psychoanalytische Therapie, Gesprächstherapie, kognitive Verhaltenstherapie, Familien- und Hypnotherapie, Tanztherapie sowie Integrative und Systemische Therapie vorgestellt.

Psychoanalyse, die die vorliegende Zeitschrift vertritt, tut sich »naturgemäß«, wie *Strauß* es in seinem Kapitel formuliert, schwer mit der Thematik der Therapieziele, da Tendenzlosigkeit des Analytikers genauso gefordert ist wie sich der analytischen Situation »ohne Erinnerung oder Absicht« zu stellen (*Bion*, 1970). So sei eher der Weg das Ziel, und Reflexionen über das Ziel fänden sich eher zum Ende als zu Beginn der analytischen Therapie. Dennoch weist *Strauß* auf den zunehmenden Konkretheitsgrad der Psychoanalyse hin. Zwar stehe die Psychoanalyse in der Frage der Therapiezielformulierung eher am Anfang, dennoch werden in Richtung auf Prozeßforschung therapeutische Ziele einzelner Behandlungsverfahren und -settings bereits kritisch reflektiert, diskutiert und evaluiert.

Ein sehr lesenswertes Buch, das dem Therapeuten und Forscher viele Anregungen gibt und zur kritischen Selbstreflexion auffordert, ihn auch durchaus entschieden auf seine große ethische Verantwortung hinweist.

Gerhild Sandermann (München)

Nachrichten / News

Bericht über den „Quality of Life“-Kongreß in St. Petersburg vom 4. – 6. 12. 2000

Unter der wissenschaftlichen Leitung von Professor *Modest Kabanov*, Direktor des W.M. Bechterev-Institutes und Präsident der World Association for Dynamic Psychiatry, fand vom 4. – 6. 12. 2000 in den Räumen des Bechterev-Institutes in St. Petersburg ein internationaler Kongreß zum Thema „Quality of Life“ statt. Das Bechterev-Institut unter der Leitung von Prof. *Kabanov* ist eines der zentralen Forschungszentren zum Thema Lebensqualität, das eng mit der WHO zusammenarbeitet. Als zentrales Motto formulierte Professor *Kabanov* in seinem Eröffnungsvortrag, es gehe in Bezug auf Lebensqualität nicht darum, dem Leben Jahre hinzuzufügen, sondern den Lebensjahren des Menschen echtes Leben zu geben. Im Jahre 1966 wurde der Begriff „Lebensqualität“ zum ersten Mal verwendet und seither in seinen vielen verschiedenen Dimensionen untersucht. Zentrale Redner der Eröffnungsveranstaltung war der Professor für Neurologie *B.A. Karlov* aus Moskau, der Lebensqualität als Index für den Erfolg von Psychotherapie hervorhob, Professor *V.A. Krasnov* aus Moskau, Präsident der russischen psychiatrischen Gesellschaft, Professor *Kazakovtsev*, Chefspsychiater des russischen Gesundheitsministeriums in Moskau und Professor *Hans Speidel* aus Kiel als langjähriger Vorsitzender des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin.

Der Kongreß befaßte sich mit den beiden Schwerpunkten: Lebensqualität in Psychiatrie und Lebensqualität im Bereich Neurologie. Von den zahlreichen russischen Vertretern insbesondere aus dem Bechterev-Institut wurden bedeutsame neue Forschungsergebnisse vorgestellt. Als zentrale Arbeit von Professor *Kabanov* und Kollegen stellte Professor *Bourkovsky* das im Bechterev-Institut entwickelte „Lebensqualität“-Meßinstrument vor, das die vielfältigen Ebenen des Begriffs mitberücksichtigt, hin zu einer spirituellen und religiösen Dimension. Professor *Alexandrovsky* (Moskau) diskutierte die Frage, was wichtiger sei, die Psychopathologie zu reduzieren und die psychische Störung zu heilen oder aber den Körper vor der Psychopharmaka-Belastung zu schützen. Professor *Popov* betonte als zentrales Ziel bei der Diskussion um den Begriff Lebensqualität die Wiederherstellung des sozialen Umfeldes. Frau Dipl.-Psych. *Monika Dworschak* vertrat in einem Beitrag über „Lebensqualität in der humanstrukturellen Milieuthérapie“ die Sichtweise der Dynamischen Psychiatrie und die Arbeitsweise der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaike.

Neben den anregenden Beiträgen und offiziellen Diskussionen des Kongresses gab es immer wieder Möglichkeiten, in einem informellen Rahmen in Kontakt zu kommen und einen kleinen Einblick zu gewinnen in die Offenherzigkeit und Lebendigkeit der russischen Mentalität.

Vor dem offiziellen Beginn des Kongresses konnte mit Unterstützung von Frau *N.M. Salutskaja* die Gelegenheit genutzt werden, eine Fortbil-

zung zum Thema Milieuthherapie in der Dynamisch-Psychiatrischen Abteilung der psychiatrischen Regionalklinik in Novgorod mit den sehr interessierten Mitarbeitern der Abteilung in anregender Atmosphäre durchzuführen.

Monika Dworschak (München)



Während der Eröffnungsfeierlichkeiten des Kongresses. V.l.n.r.: Prof. Karlov, Prof. Krasnov, Prof. Kazakovzev, Moskau, Prof. Speidel, Kiel, Dr. Salutskaja, St. Petersburg



Milieutherapeutische Fortbildung in der Psychiatrischen Klinik Novgorod: v.l.n.r.: Dr. Alexey Tserkovnyi, Dipl.-Psych. Monika Dworschak, Dr. Valerie Tscherniagov, Chefarzt der Klinik, Dr. Salutskaja, St. Petersburg, Dipl.-Psych. Tatjana Iwanowa, Dr. Nikolai Kutznetzov, Leiter der milieutherapeutischen Abteilung

Aktivitäten der ungarischen Dynamisch-Psychiatrischen und Psychologischen Gesellschaft in Ungarn

An dieser Stelle möchten wir über die erfreulichen Aktivitäten der Ungarischen Dynamisch-Psychiatrischen und Psychologischen Gesellschaft (DPPE) berichten, die sich unter der Leitung von Dipl.-Psych. Dr. *Györgyi Körmendy* im Laufe der Jahre zu einer engagierten, mit der Klinik Menter-schwaige und den Lehr- und Forschungs-Instituten in Berlin und München eng zusammenarbeitenden Gruppe von beachtlicher Größe entwickelt hat. Jährliche gruppendynamische Selbsterfahrungs-Veranstaltungen zusammen mit deutschen Kollegen, regelmäßige Teilnahme der in Weiterbildung befindlichen Mitglieder an den Selbsterfahrungs-Wochenenden und Praktika in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menter-schwaige in München gehören seit mehreren Jahren zum Mittelpunkt der ungarischen Gruppe. Viele von ihren Mitgliedern nehmen mit eigenen Arbeiten an den WADP- / DAP-Kongressen teil. Der Leiterin der Gruppe, Frau Dr. *Körmendy*, gebührt das Verdienst, die Gruppe aufgebaut und um den geistigen Inhalt des humanistischen Konzeptes der Dynamischen Psychiatrie *Günter Ammons* gesammelt und die neuen Erfahrungen in die Praxis umgesetzt zu haben.

Umso mehr möchten wir hier auch unser Mitgefühl über den Tod ihres Gatten, Dr. *Miklós Fehér*, ausdrücken. *Miklós* war in der Tiefe seines Herzens ein Humanist und leidgeprüfter Kämpfer – vor allem als politischer Gefangener in der Stalin-Ära – für politische Freiheit und echte menschliche Werte. Besonders herauszustellen ist, dass er zahlreiche wissenschaftliche Abhandlungen und Texte der Dynamischen Psychiatrie ins ungarische übersetzte. Für seinen Beitrag zur Verbreitung des Gedankengutes der Dynamischen Psychiatrie in Ungarn danken wir ihm von Herzen.

Egon Fabian (München)

WADP-Mitglied des polnischen Zweiges Professor Adam Szymusik gestorben

Mit Bedauern müssen wir den Tod des langjährigen Mitgliedes des polnischen Zweiges der WADP, Prof. *Adam Szymusik*, im Juli letzten Jahres zur Kenntnis nehmen. Schon als junger Arzt beschäftigte sich Prof. *Szymusik* mit den Folgen für Menschen, die einen KZ-Aufenthalt überlebt hatten. Er beschäftigte sich auch mit Gerichtspsychiatrie, erforschte die psychischen Eigenschaften von Straftätern und untersuchte die für die seelische Gesundheit schädigenden Arbeitsbedingungen in großen Industriebetrieben. In Kraków war maßgeblich an der Entstehung eines Systems für eine gemeindenähe psychiatrische Versorgung beteiligt und sorgte mit für den Aufbau kleiner, menschenfreundlicher psychiatrischer Abteilungen in der Krakauer Region. Er war mehrfacher Preisträger und

Ehrenmitglied vieler ausländischer psychiatrischer Gesellschaften und wurde dank seiner wissenschaftlichen und moralischen Autorität 1976 zum Vorsitzenden der Polnischen Psychiatrischen Gesellschaft und 1997 zum Dekan der Medizinischen Fakultät gewählt. Er war Mitbegründer, Vorsitzender und Ehrenvorsitzender der Polnisch-Deutschen Gesellschaft für Seelische Gesundheit sowie Mitbegründer der Polnisch-Israelischen Psychiatrischen Gesellschaft.

Über 25 Jahre leitete er umsichtig und effizient den Lehrstuhl für Psychiatrie an der Jagiellonian-Universität in Krakau. Er setzte sich für die Gründung und Entwicklung der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie ein, initiierte die Gründung des Institutes für Sozialpathologie und befürwortete die Entstehung des einzigen in Polen existierenden Institutes für Familientherapie und des ersten Lehrstuhles für Psychotherapie in Polen. In seinem Denken und Arbeiten stand er dem Konzept der humanistischen Dynamischen Psychiatrie *Günter Ammons* sehr nahe.

Professor *Adam Szymusik* starb am 16. Juli 2000, wir trauern um einen Mitstreiter und Freund.

Die Redaktion

Ankündigungen / Announcements

*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-Maximilian-Universität München
Datum: 13. - 17. März 2001
Information: Münchner Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen
Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.,
Goethestraße 54, 80336 München
Tel.: +49 - 89 - 539674/5, Fax: +49 - 89 - 5328837
e-mail: lfi-muenchen@dynpsych.de
Internet: www.dynpsych.de

115. Gruppendynamische Selbsterfahrung in Paestum /Südtalien

Leitung: Dr. med. Rolf Schmidts (München)
Titel: Mythen, Erzählungen und Geschichten im gruppen-
dynamischen Prozess
Ort: Paestum / Südtalien
Datum: 8. - 18. April 2001
Information: Münchner Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen
Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.,
Goethestr. 54, 80336 München,
Tel. +49 - 89 - 539674/75, Fax: +49 - 89 - 5328837
Berliner Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen
Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.,
Kantstr. 120/121, 10625 Berlin,
Tel.: +49 - 30 - 3132893, Fax: +49 - 30 - 3136959
e-mail: LFI-Muenchen@dynpsych.de
Internet: www.dynpsych.de

*Wissenschaftliche Jahrestagung der Vereinigung der Analytischen Kinder-
und Jugendlichen-Psychotherapeuten (VAKJP)*

Titel: Die Dynamik der Sexualität in der Kinder- und Jugendlichen-
Psychoanalyse – Wie (er)leben Kinder und Jugendliche Sexualität ?
Ort: München (Deutschland)
Datum: 29. April – 1. Mai 2001
Information: Geschäftsstelle der VAKJP, Tullastr. 16, D-68161 Mannheim,
Tel.: +49 - 621 - 4186444, Fax: +49 - 621 - 413169,
Internet: www.vakjp.de

8. Treffen der Internationalen Arbeitsrunde zur Geschichte der Seelen-Heilkunde

Titel: Frauen in der Geschichte der Seelenheilkunde
Ort: Krankenhaus Bremen-Ost, Deutschland
Datum: 25. – 26. Mai 2001
Information: G. Wahl, Facharzt für Psychiatrie/Psychotherapie,
Kornstr. 19, D-88427 Reichenbach,
Tel.: +49 – 7583 – 1801, Fax: +49 – 7583 – 770

2. Sommerakademie des DAGG

Veranstalter: DAGG – Deutscher Arbeitskreis für Gruppenpsycho-
therapie und Gruppendynamik
Titel: Zwischen Welten und Kulturen – Identität im Wandel
Ort: Granada / Spanien
Datum: 28. Mai – 1. Juni 2001
Information: Geschäftsstelle des DAGG, Frau J. Bohnhorst,
Landaustr. 18, 34121 Kassel,
Tel: +49 – 561 – 284567, Fax: +49 – 561 – 284418
e-mail: dagg.ks@t-online.de

116. Gruppendynamische Selbsterfahrung in Paestum/Südditalien

Leitung: N.N.
Ort: Paestum/Südditalien
Datum: 2. – 12. Juni 2001
Information: Berliner Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen
Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.,
Kantstr. 120/121, 10625 Berlin,
Tel.: +49 – 30 – 3132893, Fax: +49 – 30 – 3136959
Münchner Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen
Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.,
Goethestr. 54, 80336 München,
Tel. +49 – 89 – 539674/75, Fax: +49 – 89 – 5328837
e-mail: LFI-Muenchen@dynpsych.de
Internet: www.dynpsych.de

6. Steprather Symposium

Veranstalter: Freie gemeinnützige Beratungsstelle für Psychotherapie e.V.
Titel: Visionen in der Psychosenpsychotherapie „Auf der Suche
nach dem inneren bild“
Ort: Haus Steprath / Nordrheinwestfalen
Datum: 29. Juni – 1. Juli 2001
Information: Freie gemeinnützige Beratungsstelle für Psychotherapie e.V.,
Berliner Allee 32, 40212 Düsseldorf,
Tel.: +49 – 211 – 8800099, Fax: +49 – 211 – 8800097

Impressum

Verlag, Sitz und Geschäftsstelle/Publishing House, Seat and Office:

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

Gesellschafter des Verlages (mit Einlagen über 5% des Stammkapitals):

Dipl. Psych. Maria Ammon, Berlin (14%); RA Thomas Hessel, München (7%);
Dr. med. Rolf Schmidts, München (6%)

Geschäftsführer des Verlages: Dipl. Psych. Gabriele von Bülow,

Dipl. Ing. Werner Schütz, Kantstraße 120/121, D-10625 Berlin

Druck: Alfa-Druck GmbH, Buch- und Offsetdruckerei, Levinstraße 9a,
D-37079 Göttingen, Tel. 05 51 - 50 51 5-0, Fax 05 51 - 50 51 5 44

Umschlaggestaltung: Konturwerk, Rainald Schwarz, Jagdstraße 3, D-80639 München

Herausgeber/Editor: Dipl. Psych. Maria Ammon, Meierottostraße 1,
D-10719 Berlin (verantwortlich für den wissenschaftlichen Teil)

Buchbesprechungen/Book reviews: Dipl. Psych. Gerhild Sandermann,
Rottenbucher Straße 36, D-81377 München

Nachrichtenteil/News: Verantwortlich Dr. phil. Ilse Burbiel, Presse- und Informationsreferentin im Executive Council der World Association for Dynamic Psychiatry WADP, Jägerwirtstraße 3, D-81373 München

Rechtsanwalt Thomas Hessel, Justitiar und Schatzmeister im Executive Council der World Association for Dynamic Psychiatry WADP, Arcisstraße 59,
D-80803 München

Anzeigen/Advertising Manager: Karin Frohnholzer, Herzogstraße 10
D-80335 München (verantwortlich)

Abonnenntenabteilung/Subscription Management: Dipl. Ing. Werner Schütz,
Kantstraße 120/121, D-10625 Berlin

Manuskripte nimmt die Redaktion/Manuscripts should be sent to:

Hauptschriftleitung/Address of the editorial staff:

Dipl. Psych. Maria Ammon, Kantstraße 120/121, D-10625 Berlin

Mitglieder der Redaktion/Members of the editorial staff:

Dipl. Psych. Maria Ammon, Dr. med. Anette Binder, Dr. phil. Ilse Burbiel, Dipl. Psych. Gabriele von Bülow, Dr. med. Dorothee Doldinger, Dipl. Psych. Monika Dworschak, Dr. med. (Univ. Tel Aviv) Egon Fabian, Dr. med. Ulrike Fabian, Mag. theol. Malte Heidemann, Dr. phil. Gertraud Reitz, Dr. med. Bernhard Richarz, Dipl. Psych. Sylvelin Römisch, Dipl. Psych. Gerhild Sandermann, Dipl. Psych. Gerhard Wolfrum.

Die veröffentlichten Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Manuskripte werden in Deutsch und Englisch in dreifacher Ausfertigung entgegengenommen, deren Umfang nach Möglichkeit 20 doppelzeilige Schreibmaschinen-seiten nicht überschreiten soll. Das Manuskript soll eine Zusammenfassung von mindestens zwei doppelzeiligen Schreibmaschinenseiten in Deutsch oder Englisch enthalten. Die Literaturangaben müssen jenen in diesem Heft entsprechen. Arbeiten können nur ohne Zahlung von Honorar zur Veröffentlichung entgegengenommen werden. Bilder und graphische Darstellungen können nur auf Kosten des Autors mitgedruckt werden. Der Autor erhält kostenlos 5 Beleghefte.

In der Regel dürfen nur Arbeiten eingereicht werden, die vorher weder im In- noch im Ausland veröffentlicht worden sind. Der Autor verpflichtet sich, sie auch nachträglich nicht an anderer Stelle zu publizieren.

Mit der Annahme des Manuskripts und seiner Veröffentlichung geht das Verlagsrecht für alle Sprachen und Länder einschließlich des Rechts der photomechanischen Wiedergabe oder einer sonstigen Vervielfältigung an den »Pinel« Verlag für humanistische Psychologie und Philosophie GmbH München über. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Fotos etc. wird keine Haftung übernommen.

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

The authors's opinion does not necessarily reflect the opinions of the editorial staff. Manuscripts (three copies), each limited to 20 double-spaced typed pages, will be accepted German and English. All manuscripts must have a summary in either German or English (minimum two double-spaced typed pages). Literary reference should be adapted to those in the journal. There can be no remuneration for contributions. Pictures and graphic illustrations are printed at the author's own expense. The author receives 5 voucher copies of the journal.

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

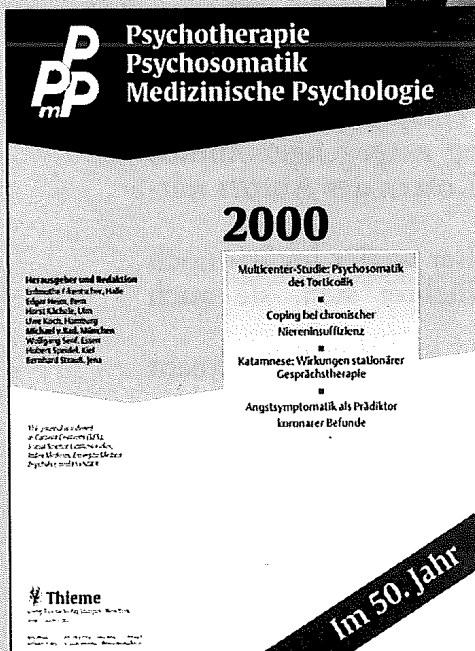
With the acceptance of the manuscript and its publication, the »Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH München reserves the copyrights in all countries and languages. This journal, or parts thereof, may not be reproduced in any form, by photocopy or any means without written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

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

Fakten statt Fantasie

FACH

ZEITSCHRIFTEN



Ja, mit der Zeitschrift
**PPmP-Psychotherapie,
Psychosomatik,
Medizinische Psychologie:**

- Psychotherapie-
Forschung und Evaluation
- Therapie-Strategien und
-Erfahrungen
- Diskurs und Diskussion
zu Themen, die Sie
bewegen
- **Psychotherapie
in ihrer Komplexität
und Lebendigkeit!**



Thieme

Ja, ich abonniere die Zeitschrift **PPmP** ab _____. Sie erscheint 12mal im Jahr.
Die Hefte erhalte ich direkt vom Verlag. Die Berechnung erfolgt über eine Buchhandlung.

Name, Vorname

Straße/Postfach

PLZ, Ort

Telefon/Fax

e-mail für aktuelle Angebote

Beruf. berufliche Stellung

VI 41

☐ Preis 2001: DM 279,-*

Unverbindliche Preisempfehlung inkl. MwSt.,
zzgl. Versandkosten (Inland: DM 20,80;
Auslandspreise auf Anfrage). Der laufende
Jahrgang wird anteilig berechnet.

* Sonderpreise auf Anfrage

Vertrauensgarantie: Ich kann diese Bestellung
innerhalb von 10 Tagen (Poststempel) durch
eine schriftliche Mitteilung an den
Georg Thieme Verlag widerrufen.

X

Datum/Unterschrift

X

2. Unterschrift