

Dynamische Psychiatrie

Begründet
von
Günter Ammon

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse

34. Jahrgang
1.-2. Heft 2001
ISSN 0012-740 X

Heft 186/187

Dynamic Psychiatry

Die Bedeutung der Gruppe für Krankheit und Gesundheit I

Aus dem Inhalt:

Modest M. Kabanov

Die Bedeutung der Gruppenkommunikation für die Rehabilitation der psychisch Kranken

Maria Ammon

Das Gruppenverständnis in der Dynamischen Psychiatrie

Ernst Federn

Milieuthérapie als Group Work

Raymond Battegay

Hier und Jetzt.

Übertragung und archaische Verhaltensmuster in der therapeutischen Gruppe

»Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH Berlin

Dynamische Psychiatrie / Dynamic Psychiatry

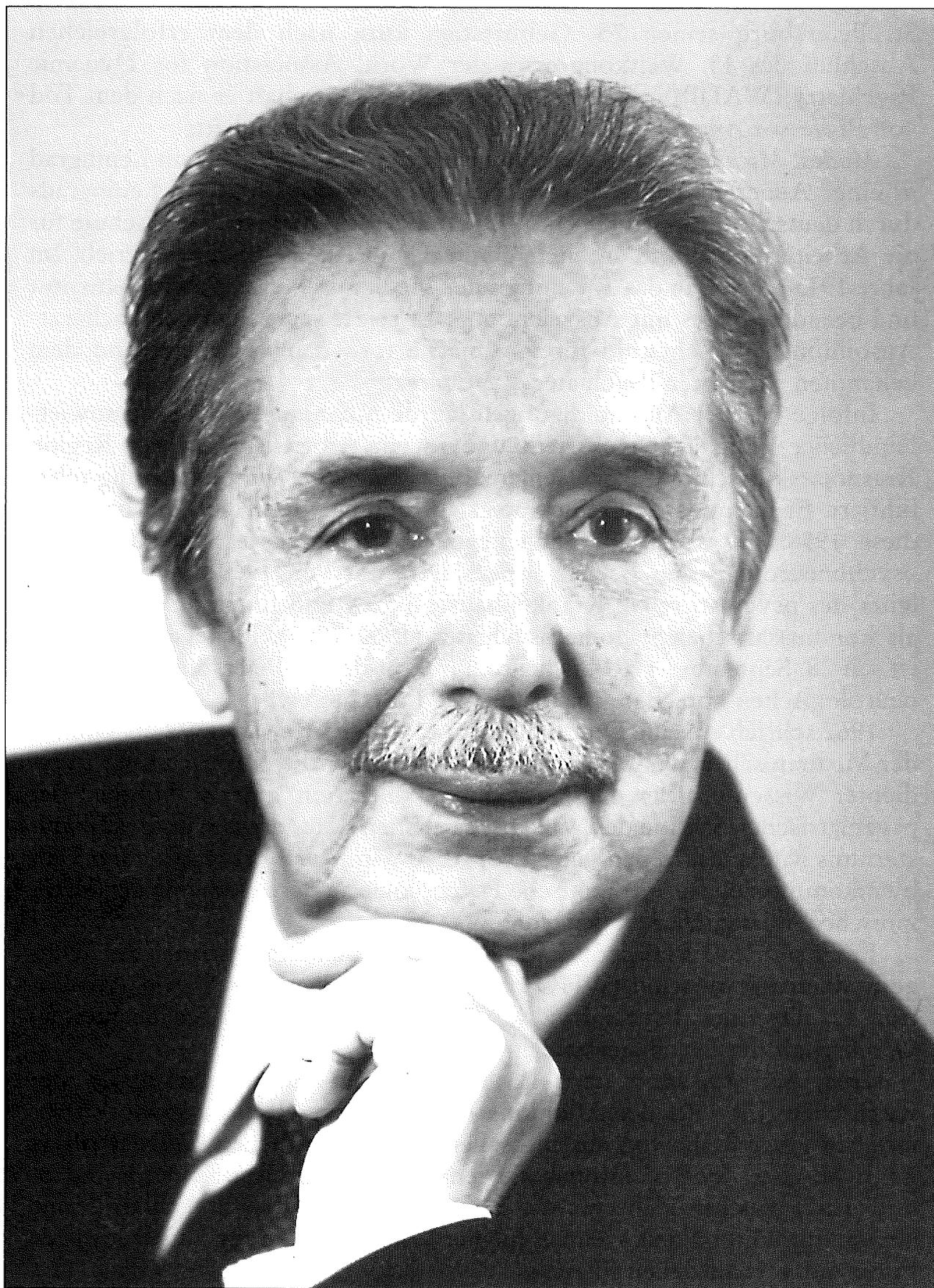
Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse
Organ der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), der
World Association for Dynamic Psychiatry WADP, der
Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG), der
Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM), der
Dynamisch-Psychiatrischen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

34. Jahrgang, 1./2. Heft 2001, Nr. 186/187

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

<i>Modest M. Kabanov</i> Die Bedeutung der Gruppenkommunikation für die Rehabilitation der psychisch Kranken	1
<i>Maria Ammon</i> Das Gruppenverständnis in der Dynamischen Psychiatrie	14
<i>Ernst Federn</i> Milieuthherapie als Gruppenarbeit	31
<i>Raymond Battegay</i> Hier und Jetzt. Übertragung und archaische Verhaltensmuster in der therapeutischen Gruppe	35
<i>Béla Buda</i> Psychiatry and Pharma Industry: Ethical Issues of a Strange Relationship	45
<i>Pittu Laungani</i> Ethical Issues in Psychiatry	57
<i>Thomas Reinert</i> Der Kontext, in den wir gestellt wurden... Über die Bedeutung von „Signifikanten“ für die Entwicklung des Kindes	73
<i>Alina Paiva Nogueira da Silva, Tania Martinez, Ariana Vegesack Kadosca, Miller de Paiva</i> Love and Hate - Orgasm, Death and Epilepsy	83
Nachrichten / News	98
Ankündigungen / Announcements	151



Modest Michajlowitsch Kabanov 75 Jahre

Professor Dr. med. *Modest M. Kabanov* feierte am 19. März 2001 in St. Petersburg seinen 75. Geburtstag, kurz nach dem erfolgreichen Abschluß des 13. Weltkongresses der World Association for Dynamic Psychiatry (WADP) in München, deren Präsidentschaft er nach dem Tod von Professor *Ammon* im September 1995 übernommen hatte.

Modest Michajlowitsch Kabanov wurde am 19. März 1926 in Leningrad in einer Angestelltenfamilie geboren. Während der Blockade Leningrads durch deutsche Truppen (1941–1943) studierte er in einer Abendschule für die Arbeiterjugend und arbeitete als Fräser in einem Rüstungsbetrieb. Im Jahre 1943 ging er an das 1. Leningrader Medizinische I.P. Pawlow-Institut und beendete dieses mit Auszeichnung. Er setzte seine klinische Facharzt-Ausbildung am Lehrstuhl für Psychiatrie fort, damals geleitet von dem bekannten russischen Psychiater *N.I. Oserezki*.

Infolge falscher Anschuldigungen wurde *Kabanov* 1949 wegen sowjetfeindlicher Tätigkeiten verurteilt und in ein Arbeitslager in der Region Krasnojarsk geschickt. Nach seiner Freilassung 1954 wurde er völlig rehabilitiert. Er nahm danach seine Spezialausbildung wieder auf und beendete diese 1958. Er arbeitete anschließend in Leningrad als Chefarzt eines psychoneurologischen Bezirksdispensaires, war von 1960–1964 Anstaltsleiter des psychiatrischen Krankenhauses No. 4 und fungierte gleichzeitig als kommissarischer Stadtchefpsychiater (1960–1965). Professor *Kabanov* ist seit 28. September 1964 bis heute Direktor des St. Petersburger Psychoneurologischen Forschungsinstitutes W.M. Bechterew.

1962 schrieb er seine Doktorarbeit und habilitierte sich 1972 als Doktor der Medizinischen Wissenschaften. 1982 erhielt er die Auszeichnung „Verdienter Wissenschaftler der Russischen Föderation“. Er ist Mitglied der psychiatrischen Sektion des Wissenschaftlichen Rates des Gesundheitsministeriums Rußlands. In den Jahren von 1970 wurde er Vorsitzender der Problemkommission für medizinische Psychologie an der Akademie der Medizinischen Wissenschaften der UdSSR.

Er ist seit 1993 Präsident des Lehr- und Forschungszentrums der Weltgesundheitsorganisation (WHO), seit 1995 Präsident der World Association for Dynamic Psychiatry (WADP), Ehrenpräsident der Bechterew-Gesellschaft der Psychiater St. Petersburgs.

Professor *Kabanov* ist seit vielen Jahren Vorstandsmitglied der Russischen (bis 1991 der Allunions-) Psychiatergesellschaft sowie Ehrenmitglied einer Reihe von ausländischen wissenschaftlichen Gesellschaften. Er ist Mitglied der Redaktionskollegien und Redaktionsräte einer Reihe in- und ausländischer Zeitschriften auf dem Gebiet der Psychiatrie und verwandter Disziplinen, vielfach hielt er Vorträge auf in- und ausländischen Foren auf verschiedenen Ebenen.

Prof. *Kabanov* wurde 1997 vom Cambridge International Biographic Centre (Großbritannien) zum „Menschen des Jahres“ gewählt, 1998 wurden ihm für Verdienste auf dem Gebiet der Sozialpsychiatrie und psychosozialen Rehabilitation von demselben Zentrum eine Auszeichnung

„für Errungenschaften im XX. Jahrhundert“ zuerkannt. 1999 wurde er zum Mitglied des American Biographic Institute (ABI) gewählt, im Jahre 2000 wurde er vom ABI mit der „New Age“-Medaille ausgezeichnet. Viele in- und ausländische Nachschlagewerke, unter anderem „Who is who in the World“ enthalten Kurzangaben über *Modest M. Kabanov*.

Modest M. Kabanov hat eine Konzeption der Rehabilitation der Geisteskranken entwickelt und die Fragen der Bedeutsamkeit des Verhaltens seitens der Umgebung und der Gesellschaft im ganzen den Kranken gegenüber im Hinblick auf die Wirksamkeit der Heil- und Wiederherstellungsmaßnahmen als erster in der Russischen Psychiatrie entwickelt. Die theoretisch-methodologischen Grundlagen dieser Konzeption, welche Anerkennung und breite Anwendung nicht nur in Rußland, sondern auch im Ausland gefunden hat, wurden von ihm in mehr als 250 wissenschaftlichen Arbeiten und 8 Einzelschriften in der russischen und in anderen Sprachen (deutsch, französisch u.a.) dargelegt. Eine besondere Erwähnung verdienen die Monographien „Rehabilitation der Psychisch Kranken“, erschienen in zwei Auflagen (1978, 1985) und „Psychosoziale Rehabilitation und Sozialpsychiatrie“ (1998). Außerdem fanden die von *Modest M. Kabanov* entwickelten Prinzipien der Rehabilitationsrichtung in der Medizin, Rehabilitationsetappen mit der Beschreibung deren Charakteristiken, die Methoden der Wiederherstellungsbehandlung und ein System der Rehabilitationsmaßnahmen Anwendung nicht nur in der Psychiatrie, sondern auch auf anderen verwandten Gebieten der klinischen Medizin (Kardiologie, Onkologie u.a.)

Indem er die theoretischen Entwicklungen eng mit den Bedürfnissen des praktischen Gesundheitswesens koordinierte, wurde *Modest M. Kabanov* seit den 60iger Jahren als erster in Russland zum Initiator und Schöpfer neuer Organisationsformen einschließlich des Regimes der „Teilhospitalisation“ in den stationären Abteilungen der psychiatrischen Krankenhäuser. Später wurden diese Organisationsformen der psychiatrischen Hilfe in die alltägliche psychiatrische Praxis des gesamten russischen Territoriums aufgenommen.

Als praktische Umsetzung der Rehabilitationskonzeption kann auch die in Rußland erstmalige Gründung einer Abteilung für Rehabilitation psychisch Kranker durch *Modest M. Kabanov* betrachtet werden, deren Arbeitsergebnisse in vielen psychiatrischen Institutionen Verbreitung fand.

Das St. Petersburger Psychoneurologische Forschungsinstitut W.M. Bechterew, geleitet von Prof. *Modest M. Kabanov*, wandelte sich in eine weltbekannte, erstklassige wissenschaftliche Einrichtung. Seit vielen Jahren ist das Institut eine Leiteinrichtung Russlands im Fachbereich der Psychiatrie und Medizinischen Psychologie und beteiligt sich aktiv gemeinsam mit ausländischen Wissenschaftlern an der Realisation verschiedener Forschungsprojekte. In den letzten Jahren wird im St. Petersburger Zentrum der Weltgesundheitsorganisation (WHO) unter der Leitung von *Modest M. Kabanov* eine Untersuchung zu Problemen der Lebensqualität von Patienten mit Nerven- und Geisteskrankheiten durchgeführt.

Unter der wissenschaftlichen Betreuung von *Modest M. Kabanov* wurden mehr als 20 Doktor- und Habilitationsarbeiten verteidigt.

1974 wurde *Modest M. Kabanov* für die Entwicklung der theoretisch-methodologischen Grundlagen der Rehabilitation der Geisteskranken mit der Goldmedaille der Landesausstellung für Errungenschaften der Volkswirtschaft ausgezeichnet, 1983 wurde ihm der Bechterew-Preis der Akademie der Medizinischen Wissenschaften der UdSSR zuerkannt. An staatlichen Auszeichnungen wurden ihm drei Orden und fünf Medaillen verliehen. Russlands Präsident *W. Putin* hat Prof. *Kabanov* mittlerweile mit dem Orden „Für Verdienste um das Vaterland“ ausgezeichnet.

Die Redaktion der Zeitschrift „Dynamische Psychiatrie / Dynamic Psychiatry“ möchte Professor *Kabanov* auf das allerherzlichste gratulieren und ihm alles Gute für die Zukunft wünschen, vor allem Gesundheit und weitere Schaffenskraft. Möge er noch viele WADP-Kongresse wissenschaftlich begleiten und als Präsident der WADP leiten.

Die Redaktion

Die Bedeutung der Gruppenkommunikation für die Rehabilitation der psychisch Kranken**

Modest M. Kabanov (St. Petersburg)*

Rehabilitation of the mentally ill (as well as that of patients with other disorders) is a dynamic system of different measures and interventions aimed at restoring or preserving the patient's personal and social status. Rehabilitation of a mentally ill person envisages, in the first place, their resocialisation wherein of essential significance are the patient's relationships and interactions with other people, society on the whole and his/her own „ego“. The correct selection of treatment and rehabilitation strategy and tactics, a holistic approach with an emphasis placed on its psychosocial aspects (for instance, stigmatisation, correction of compliance, measures of preventing or reducing stigmatisation, „training“ of value orientation) ensure to a considerable extent the success of Rehabilitation. We do not intend here to underestimate the significance of purely medical (biological) interventions, of drug treatment, in particular, especially at the first stage of Rehabilitation. In our earlier works (in 1972–1985 and afterwards) we have repeatedly stressed the significance for Rehabilitation of patients, aimed at different aspects of their functioning, with the indispensable appeal to their personality, requires, as a rule, the improvement of their communication with other people; most often this improvement occurs more subgroups, for instance in the process of group therapy including family therapy. This type of communication with the use of group dynamics by way of discussions and other types of group sessions is of great significance in any rehabilitation programme. Various methods of group dynamics for the treatment and rehabilitation of patients have for many years been used at different clinics of the Bekhterev Institute and outside it in the CIS countries. Their effectiveness has been dwelt upon in numerous papers of the Institute's researches including publications in the proceedings of WADP congresses and in the journal „Dynamic Psychiatry“. Investigations of group and social therapy effectiveness have been carried out over the last years together with our German colleagues from Leipzig University (Prof. K. Weise et al.) and, over the last ten years, with the associates of the German Academy for Psychoanalysis in Berlin and Munich (Prof. G. Ammon et al.); the effectiveness of these types of therapy has also been reflected in a number of publications including joint paper.

Im Zusammenhang mit dem Krisenzustand der traditionellen Medizin mit ihrem bis jetzt noch vorherrschenden Paradigma des organismuszentrierten Zugangs zum Menschen gewinnt in unseren Tagen die Rehabilitation der Kranken und Invaliden immer mehr an Bedeutung. In der letzten Zeit begannen die Weltgesundheitsorganisation (WHO) wie übrigens auch die Leiter der entsprechenden Ministerien verschiedener Länder (unter anderem auch Russlands) die Aufmerksamkeit dem Problem der Lebensqualität zu schenken, deren Besserung eigentlich die Hauptaufgabe der Rehabilitation darstellt. Die Rehabilitation wird allmählich zum spezifischen Bereich der Medizin und verwandter wissenschaftlicher Disziplinen sowie der Sphären praktischer Tätigkeit. Bis heute noch ist die Bedeutung der Geistigkeit in der Sache der Rehabilitation und dementsprechend die Heranziehung der religiösen Organisationen, verschiedener Konfessionen,

* M.D., Professor, Director of the W.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute, St. Petersburg, Russia, President of the WADP

** Vortrag gehalten auf dem 13. Weltkongress der Weltgesellschaft für Dynamische Psychiatrie (WADP), März, 13–17, 2001, München

gesellschaftlicher Strukturen einschließlich der Familienorganisationen der Kranken (Invaliden) und deren Angehörigen durch die wissenschaftliche Welt nur ungenügend anerkannt. Unbeachtet jedoch der weltweiten Verbreitung der Ideen der Rehabilitation erfolgte die Gründung einer Reihe internationaler Assoziationen, es entstand ein wachsender Strom an Literatur und sogar der Terminus „Rehabilitation“ wurde in die Umgangssprache eingeführt.

Ich hatte schon mehrmals eine Möglichkeit, vor verschiedenen wissenschaftlichen Foren, darunter auch auf den Kongressen der WADP, über unsere Auffassung von der Rehabilitation als einem dynamischen System der gegenseitig verbundenen Komponenten (medizinischer, psychologischer, sozialer u.a.), gerichtet auf die völlige oder partielle Wiederherstellung (Erhaltung) des Personal- und Sozialstatus des kranken oder erkrankenden Menschen (*M.M. Kabanov*, 1971, 1978, 1985, 1998), zu sprechen. Gleichzeitig kann man nicht selten auch einer reduzierten Auffassung von der Rehabilitation begegnen. Zum Beispiel, Zurückführung deren Wesen zum Prozess der Optimierung der Behandlung oder zur Nachbehandlung. Häufiger aber versteht man unter der Rehabilitation einen Komplex von Maßnahmen, gerichtet auf die Wiederherstellung der einen oder der anderen Funktionen, gestört infolge von Krankheit (Sprechfunktionen, motorische Funktionen u.a.), oder ausgerichtet auf die Ausnutzung der Restarbeitsfähigkeit des Kranken (Invalids) sowie auf eine rationellere Organisation seiner Lebensweise. Das alles ist natürlich sehr wichtig und muss in den Komplex der systemischen Einwirkungen und Maßnahmen aufgenommen werden. Aber solche Auffassungen von der Rehabilitation beschränkt die Maßstäbe der Hilfe für Menschen in Not. Man kann sie zum Beispiel nach durchgemachtem Insult das Tischbesteck zu benutzen lehren oder mit Hilfe von psychotropen Präparaten von irgenwelchem Wahnerleben befreien, ihnen sogar eine ihren Kräften angemessene Arbeit geben. Sie von einer verzerrten Vorstellung des „inneren Bild“ der Krankheit, von der Hoffnungslosigkeit des eigenen Zustands und einer falschen Einschätzung des „Modells“ der erwarteten Behandlungsergebnisse retten, was ziemlich oft zu verschiedenen Arten devianten Verhaltens einschließlich der Autoaggression führt. Denn bei diesem simplifizierten Zugang zur Rehabilitation bleiben die innere Welt des Menschen mit seinem Beziehungssystem und seinem eigenen Ich sowie mit der umgebenden Welt (von der Familie bis zur Gesellschaft im ganzen), die Weltanschauungskomponente des Daseins, die Geistigkeit mit Rücksicht auf ethnische, konfessionelle und andere Seiten der Lebenstätigkeit praktisch beiseite.

Die Rehabilitation der psychisch Kranken hat ihre eigenen Besonderheiten, verbunden vor allem mit der Notwendigkeit der Resozialisation des Kranken (Invalids), während man unter anderem, besonders im Endstadium dieses mehrstufigen Prozesses, das Verhalten der Umgebung des Menschen mit der krankhaften Psyche sowie der Probleme seiner Stigmatisation und demgegenüber die Destigmatisation unbedingt in Betracht ziehen muss.

Diese Umstände im Bereich der Psychiatrie sind am meisten signifikant und erfordern viel Bemühungen seitens der ganzen Gesellschaft mit (anfangs schwerfallender Veränderung ihrer eigenen Mentalität) und nicht nur der fachkundigen „Rehabilitologen“.

Genauer gesagt, wir betrachten den Prozess der Rehabilitation als einen Komplex verschiedener Bemühungen, Einwirkungen und Maßnahmen, gerichtet nicht so sehr auf verschiedenartige pathologische Störungen (das ist vor allem die Aufgabe der Behandlung), sondern in erster Linie auf die psychosoziale Sphäre, die solche Begriffe als Geistigkeit und Lebensqualität einschließt.

Die Rehabilitation stellt eine mehrstufige „Prozedur“ dar, die mit Hilfe der spezialisierten Dienste, „bestimmt zum Schutz der psychischen Gesundheit, und des „Richtens“ der Sozialatmosphäre nach Verbesserung der Lebensqualität des Patienten bis zu einem bestimmten Grade trachtet. Der Terminus „Lebensqualität“ der Kranken und Invaliden, der, wie oben gesagt, die Aufmerksamkeit der WHO und anderer internationaler Organisationen einschließlic der psychiatrischen auf sich zieht, lässt sich schwer definieren. Aber als seine „objektive“ Beurteilung, die eine Vielzahl der Faktoren berücksichtigt, muss die Notwendigkeit eines subjektiven Kriteriums aufgenommen werden, das bei einer entsprechenden Korrektur mit Rücksicht auf die Besonderheiten des klinischen Bildes, kultureller und anderer Indikatoren unterliegt. (*M.M. Kabanov, A.S. Lomatschenkow, D. Bushnell, 2000; G.V. Burkowskij et al., 2000, 2001*). es ist zu betonen, dass sich eine Grenze zwischen der Vorbeugung und Behandlung nur relativ ziehen lässt (*A. Querido, 1964*).

Der Erfolg der Rehabilitation hängt in vieler Hinsicht vom richtigen Aufbau der Heil- und Wiederherstellungsmaßnahmen ab, sowie vom ganzheitlichen Zugang zur Krankheit des Patienten mit Akzentuierung auf psychosozialer Aspekte, unter anderem Korrektur der Compliance, Maßnahmen zur Vorbeugung oder Verminderung der Stigmatisation (d.h. Destigmatisation), „Training“ der Werteinstellungen.

In unseren früheren Arbeiten (1972–1985) unterstrichen wir mehrmals die Bedeutung der Gruppenkommunikationen für die Rehabilitation (obwohl es absurd scheint, möchte ich daran erinnern, dass noch vor ungefähr 20 Jahren manche Leute in unserem Lande die Gruppenpsychotherapie als eine „ideologische Diversion“ des Westens bezeichneten...).

Die psychologischen Kategorien „Umgang“, „Beziehung“, „Empathie“, „Motivation“ und einige andere bilden die Grundlage jeder psychosozialen Handlung, gerichtet auf die Verbesserung der Lebensqualität des Kranken. Der Prozess der Rehabilitation der Kranken, gerichtet auf verschiedene Seiten ihres Funktionierens, mit einer unbedingten Appellation an die Persönlichkeit des Patienten, braucht in der Regel einen wohlwollenden Umgang mit anderen Leuten. Besonders muss man das in unserer Zeit der maßlosen Computerisation und des Internets berücksichtigen, wo die meisten Fernsehprogramme eigentlich die Psyche ruinieren, Zeit verschie-

denartiger flacher Shows, hemmungsloser Reklame und zahlreicher anderer Dinge, die, wie viele glauben, unvermeidliche Merkmale der heutigen „zivilisierten Gesellschaft“ darstellen.

Diese Früchte der Zivilisation“ schlagen besonders schmerzhaft auf die Psyche der Kinder und der Jugend, was deren „Zombierung“, Entwicklung von Neurosen, Abstumpfung der Gefühle des Mitleids, der Liebe, Entstehung des autodestruktiven und aggressiven Verhaltens begünstigt. Hier muß man auch einige stärker materialisierte Faktoren des „Fortschritts“ heutiger Tage erwähnen – biologistische Neigung in der Auslegung vieler Erkrankungen, gehorsame (und nicht selten begeisterte) Zustimmung zur Vorherrschaft verschiedenartiger Heilmittelpräparate, die ab und zu schädliche folgen sowohl für die Psyche als auch für den menschlichen Organismus, die sogenannte Polypragmasie, verursachen. Nebenbei gesagt, möchten wir keinesfalls die Bedeutung der medikamentösen und anderer biologischer Heileingriffe, gerichtet hauptsächlich auf den Organismus des Kranken, herabsetzen (übrigens darf man auch hier die Psychologie nicht vergessen – ich meine vor allem den Placebo-Effekt). Wichtig ist nur, die Medikation der Psychotherapie und anderer Methoden der psychosozialen Arbeit mit den Kranken – individuell und in den Gruppen, einschließlich der Familientherapie und Milieuthherapie – nicht einander entgegenwirken.

Bekanntlich können die Gruppenkommunikationen auf verschiedene Weise entstehen und ausgenutzt werden bzw. sich entwickeln. Die Beziehungen im Arzt-Patient- (oder Psychologie-Patient)-System können auch bedingt als Gruppenkommunikation bezeichnet werden. Und es gibt keine Notwendigkeit, hierher einen dritten, vierten (oder fünften...) Teilnehmer heran zu ziehen, sei es einen Sozialarbeiter, Kunsttherapeuten, eine Krankenschwester oder irgendeinen anderen Spezialisten. In diesen Fällen verwendet man auch verschiedene psychologische und sozialpsychologische Methoden zwecks Behandlung und Rehabilitation. Aber natürlich hat die Gruppendynamik (so bezeichnet man gewöhnlich die eigenartigen „Fluids“, die während der Kommunikation in größeren oder kleineren Gruppen, unter Beteiligung des Therapeuten, zusammen mit einem Kotherapeuten und ohne diesen, sich bilden) eine größere Intensität in der Gruppen- sowie Familienpsychotherapie. Diesem Thema ist dieser Kongress der WADP gewidmet; daran nehmen Spezialisten aus verschiedenen Ländern teil und darum möchte ich über die Rolle der Gruppendynamik im Prozess der Rehabilitation nur in großen Zügen sprechen. Die Bedeutung irgend eines Problems zu verstehen ist bereits wichtig, vielleicht ist es schon fast ein halber Erfolg im Hinblick auf deren Lösung.

Wir sprachen schon über die Bedeutung der Korrektur der Beziehungen mit der Umgebung (im Krankenhaus, auf der Arbeitsstelle oder zu Hause), die für den Erfolg jedes Rehabilitationsprogramms entscheidend ist. Nicht immer gelingt dies auch bei der Individualkommunikation des Arztes (Psychologen) mit dem Patienten; nicht immer, aber, nach unseren Beobachtungen, viel häufiger – in der Gruppe. Ich muss gestehen, dass in

unserem Institut die Arbeit mit einer Gruppe der Patienten ausgehend von verschiedenen theoretiko-metodologischen Auffassungen organisiert wird, darunter psychodynamische (in der Interpretation der Schule *Günter Ammons*) sowie einige andere (kognitiv-behaviouristische, integrative). Die Durchführung aller Formen der psychosozialen Arbeit, unter anderem psychotherapeutischer – Einzel-, Gruppen- und Familientherapie – muss natürlich neben der Qualifikation des Therapeuten und den persönlichen Besonderheiten des Patienten, seine eigene Mentalität sowie diese seiner sozialen Umgebung, das allgemeine Kulturniveau, ethnische, konfessionelle und andere transkulturelle Faktoren berücksichtigen. Ohne Rücksicht auf alle erwähnten Umstände verwandeln sich die Gruppentherapie, sowie Beschäftigungs- und Unterhaltungstherapie ziemlich oft in eine Imitation der psychosozialen Arbeit und können sogar für die Sache der Rehabilitation schädlich sein. Die ideologischen Aspekte spielen auch ihre Rolle in der Psychotherapie, besonders in den Ländern mit autoritären oder, was noch schlimmer ist, mit totalitären Regimes. Es gibt mehr als genug Beispiele dafür, unter anderem in Russland. Es genügt daran zu erinnern, dass noch vor relativ kurzer Zeit in der ehemaligen Sowjetunion selbst das Wort „Unbewusstes“ ostrazisiert und die Lehre *S. Freuds* verdreht und verleumdet wurde.

In der Rehabilitationklinik des W.M. Bechterew-Instituts, gegründet von uns im Jahr 1966, wird schon seit vielen Jahren die Heil- und Wiederherstellungsarbeit durchgeführt. Deren Aufgaben umfassen die Ausnutzung der Gruppenkommunikation zwecks Rehabilitation der Patienten, hauptsächlich mit Schizophrenen, Affektpsychosen und etwas weniger auch mit Grenzzuständen (oft in Anwesenheit der residualen organischen Hirnschädigungen, gewöhnlich festgestellt mit Hilfe der Instrumentaluntersuchungen – Elektroenzephalographie, Computertomographie u.a.).

Bei der langfristigen katamnastischen Untersuchung wurden zuverlässige positive Ergebnisse der Wiederherstellungstherapie der Patienten mit den erwähnten Störungen festgestellt. In jenen, heute bereits entfernten Jahren verwendeten wir auch die Arbeitserfahrung unserer deutschen Partner aus der psychiatrischen Klinik der Leipziger Universität (Direktor – Professor *Klaus Weise*) und anderer europäischer Rehabilitationseinrichtungen. Seit 1988 unterhält die Abteilung für Rehabilitation psychisch kranker des W.M. Bechterew-Instituts eine enge Kooperation mit der Deutschen Akademie für Psychoanalyse und der psychotherapeutischen (psychodynamischen) Klinik Mengerschwaige in München (Gründer und Leiter der Akademie, der Klinik und Präsident der WADP bis zu seinem Tod im Jahr 1995 – Professor *Günter Ammon*). Die Arbeit der Psychotherapeuten – Ärzte und Psychologen – der Klinik Mengerschwaige hat uns, den Mitarbeitern des W.M. Bechterew-Instituts, viel gebracht. Die psychodynamische Orientierung ihrer wissenschaftlichen Forschungen fand ihre Widerspiegelung auch in den Arbeiten unserer Wissenschaftler (*V.D. Wied, Ju. Ja. Tupizin, O.W. Gussewa* u.a.). Die „Instrumente“ unserer

Zusammenarbeit wurden von den Moskauer Psychiatern gleichfalls in ihre "Ausrüstung" aufgenommen, und die praktischen Aspekte dieser, im Grunde genommen, Rehabilitationsarbeit, gerichtet auf die Verbesserung der Lebensqualität der Patienten mit Nerven- und Geisteskrankheiten, werden allmählich auch in den anderen Regionen Russlands verwirklicht.

Meinen Vortrag möchte ich mit der Behauptung beenden, dass die „Gruppenbildung“ als Methode der Verstärkung des lebendigen, beweglichen Strebens zur Verständigung und der schöpferischen Hingabe im Umgang mit Gesundheit und Leben, eine der Hauptmethoden der Heil- und Wiederherstellungsarbeit mit dem Patienten ist, die natürlich auch Psychotherapie einschließt. Bei der Einschätzung der Perspektiven unserer Tätigkeit ermuntert uns auch der Umstand, dass die WHO das begonnene Jahr 2001 zum Jahr der psychischen Gesundheit erklärt hat.

The relevance of group communications for rehabilitation of the mentally ill

Modest M. Kabanov (St. Petersburg)

The rehabilitation of ill and disabled persons with different disorders becomes more and more topical today owing to the crisis of traditional medicine with its still prevailing paradigm of an organism-centered approach to an individual. Lately, the World Health Organization (WHO), as well as the leaders of relevant ministries in different countries (for instance, in Russia) began to pay more attention to the problem of quality of life whose improvement, as a matter of fact, is the principal goal of rehabilitation. Rehabilitation turns gradually into a specific area of medicine and other related scientific disciplines. Up to now the scientific world has not yet adequately assessed the significance of spirituality for rehabilitation and the necessity to involve in rehabilitational work religious organizations representing different confessions as well as various social structures, including the associations of family members of ill and disabled persons. However, despite such factors as the world-wide dissemination of the ideas of rehabilitation, the establishment of a number of international associations for rehabilitation, an increasing amount of special literature and even the introduction into everyday life of the term „rehabilitation“ (in the medical sense of the word), there exist different interpretations of the existence of rehabilitation, as it often happens in other fields of the human nature science.

I have already had many opportunities to present at various scientific forums, including the WADP congresses, our understanding of rehabilitation as of a dynamic system of interdependent (medical, psychological, social, etc). components aimed at complete or partial restoration (preservation) of the personal and social status of an ill person or a person in a pre-morbid state. At the same time, one can often come across a reduced

understanding of rehabilitation, for instance, when its essence is limited to the process of treatment optimization or to after-care. Most often, however, rehabilitation is interpreted as a complex of measures directed at restoring one or another function disturbed by disease (such as speech, motor and other functions) or at using the preserved ability to work of an ill or disabled person and arranging his/her rational everyday life. All these aspects are of great significance of course and should be included in the complex of systemic measures and interventions. However, that sort of understanding of rehabilitation limits the range of care needed by a person with health-related problems. It is possible, for instance, to teach a post-stroke patient to use a dinner cover, or to deliver a patient from various delusions using psychotropic drugs or even to find him/her a job according to his/her possibilities. It is impossible, however, to correct the patient's distorted idea of the „internal picture“ of his/her disease, to deliver him/her from a feeling that his/her state is hopeless or to correct his/her wrong assessment of the „model“ of expected treatment results, which often causes various types of deviant behavior, including autoaggression, because such an oversimplified approach to rehabilitation practically ignores a person's inward life with its system of relationships with both his/her own „ego“ and the social environment (ranging from the family to the society on the whole).

The rehabilitation of the mentally ill has its own specificity connected, first of all, with the necessity of resocialization of an ill (disabled) person in the multi-stage process of which, especially at its final stage, it is obligatory to take into consideration among other things, such factors as an attitude to a person with mental problems on the part of the social environment, the problems of stigmatization and, in contrast to it, of destigmatization. These factors in the field of psychiatry are of top significance; they require much effort not only on the part of special „rehabilitologists“, but also on the part of the entire society (which is very reluctant, at the beginning, to change its own mentality). It should be specified that we interpret the rehabilitation process as a complex of various efforts, measures and interventions directed not so much at different pathological sphere that includes such notions as spirituality and quality of life. Rehabilitation is a multi-stage „procedure“ whose aim is to improve to some extent the patient's quality of life using special mental health care services and „correction“ of the social microenvironment. The term „quality of life“ of ill and disabled persons which, as I have already stated, is now in the focus of attention of the WHO and other international associations, including psychiatric ones, is difficult to define. But its „objective“ assessment that takes into consideration a great number of factors should without fail include a subjective criterion which is to be appropriately corrected taking into account the features of the clinical picture, cultural and other indices.

The success of rehabilitation depends to a great extent on the correct choice of treatment-and-rehabilitation tactics and strategy, on a holistic

approach to the patient's disease with the emphasis placed on its psychosocial aspects, such as the correction of compliance, measures aimed at prevention or reduction of stigmatization (i.e. destigmatization) and the „training“ of value orientations.

In our previous works we have repeatedly emphasized the significance of group communications for rehabilitation (be it noted, no matter how absurd it may seem, that even less than 20 years ago some people in our country still called group psychotherapy „an ideological sabotage of the West“...).

Every psychosocial action aimed at improving the patient's quality of life is based on psychological categories, such as „communication“, „attitude“, „empathy“, „motivation“ etc. The process of rehabilitation of the ill is directed at different aspects of their functioning with an obligatory appeal to the personality of the patients who needs a friendly communication with other people. This factor deserves especial consideration in our time of supercomputerization and wide use of the Internet, the time when the majority of TV programs destroy, as a matter of fact, the mind, the time of various vulgar shows, unrestrained advertising and many other factors that are, as many people think, unavoidable features of contemporary „civilized society“. These „fruit of civilization“ are especially harmful for the mind of children and young people; they make them zombies and cause the development in them of neuroses and self-destructive behavior and the atrophy of the feelings of empathy, compassion and love. We can also add hereto more materialized factors of today's „progress“ – a biologizing tendency in the interpretation of many diseases, an obedient (and often enthusiastic) attitude to the domination of different drugs which sometimes cause such a harmful for the human mind and organism disease as polypragmasy. It should be noted that we do not want to belittle in any way the significance of medical and other biological treatment interventions aimed basically at the organism of an ill person (however, in this case, too, one should not forget about psychology – I mean here the placebo-effect first of all). It is only important not to oppose medical treatment to psychotherapy and other methods of psychosocial work, both individual and group, with patients, including „family therapy“ and „milieu therapy“.

It is known that group communications can originate and be used (developed) in different ways. The relationships in the system „doctor-patient“ (or „psychologist-patient!) can also be called, in a way, „group communication“. There is no need in „adding“ hereto a third, a fourth, a fifth, etc., person – either a social worker, an art-therapist, a medical nurse or some other specialist. In such cases different psychological and social-psychological treatment and rehabilitation methods are also used. It is clear, however, that group dynamics (this term is used to denote a sort of „fluids“ emerging in the process of communication of patients in small and large groups, with the participation of a therapist, with and without co-therapist) is more pronounced in group and family psychotherapy.

We have already discussed the significance of correction of relationships with the social surrounding (in hospital, at work or at home) for any rehabilitation program. It is not always possible to achieve the correction during an individual communication of the doctor (psychologist) with the patient, while in the group the correction can be achieved, according to our observations, much more often. I must admit that we, at the Bekhterev Institute, base our work with a group of patients on different theoretical and methodological positions, such as psychodynamic (in the understanding of the *Günter Ammon* school), cognitive-behavioral, integrative and other ones. In the process of any form of psychosocial work, particularly of psychotherapeutic – individual, group and family – work, it is necessary, of course, to take into consideration not only the therapist's qualification and the patient's personality features, which seem to be self-evident, but also the patient's microenvironment, his/her mentality and that of the social environment, the general cultural level, ethnic, confessional and other transcultural factors. Without taking them into consideration, group therapy, occupational therapy and entertainment therapy often into an imitation of psychosocial work and can even be detrimental for rehabilitation. Ideological aspects also play their specific role in psychotherapy, especially in countries with authoritarian or, which is still worse, with totalitarian regimes.

The founded in 1966 rehabilitation clinic of the Bekhterev Institute has for many years been conducting treatment-and-rehabilitation work using group communications with the ill, mostly with patients with schizophrenia, affective psychoses and, though not so much, with borderline patients. In the course of a long-term follow-up study we obtained reliable positive results of rehabilitation therapy of patients with the above disorders. In our work we have also been using the experience of our German partners. For instance, since 1988 the Department of restorative treatment of the mentally ill of the Bekhterev Institute has been working in close collaboration with the German Academy for Psychoanalysis and the psychotherapeutic (psychodynamic) clinic Mengerschwaige in Munich. The psychodynamic orientation of the clinic's investigations has been reflected in the work of our scientists. The „instruments“ of our collaboration have also been „added to the arsenal“ of the Moscow psychiatrists, and the practical aspects of this rehabilitational, as a matter of fact, work aimed at improving the quality of life of patients with nervous and mental disorders are being gradually realized in other regions of Russia.

Literatur beim Verfasser

Address of the author:

Prof. Dr. med. Modest M. Kabanov
Director of the psychoneurological
Research Institute V.M. Bekhterev
Bekhtereva 3
193019 Saint Petersburg
Russia

Das Gruppenverständnis in der Dynamischen Psychiatrie**

Maria Ammon (Berlin/München)*

At the beginning the author gives a short historical overview of the psychoanalytical and sociological development in group dynamic understanding and in group psychotherapeutic treatment. Further on, she describes the group-dynamic principle as an integral part not only of the theory but also of the treatment in Dynamic Psychiatry. In this way also psychic illness is understood. The unconscious dynamics of a person's primary group determines his psychic development even prenatal. In groups as well as between groups, interpersonal networks are created which develop a structured social energetic field. Günter Ammon's great achievement in group dynamic research was to define this group dynamic social energetic field and to define its constructive, destructive or deficient structure. From this "social energetic field" point of view the individuals are in a synergetic interchange. In order to enable the patients to regain psychic health a group dynamic field has to be provided which also offers social energy. In it, patients may develop an identity, recouping the damages wrought in their early lives.

The whole group concept in Dynamic Psychiatry encloses analytical milieu therapy, nonverbal methods such as dance, music, painting and riding therapy groups as well as analytic group psychotherapy and the whole milieu therapeutic treatment field of the dynamic psychiatric hospital as well as living community groups, supervision groups, psychoanalytic self experience groups and the work in the psychoanalytic kindergarten with children and parents groups.

It was but relatively late that the importance of the surrounding group for a human being as well as the study of its dynamics was brought to attention of scientific interest. Modern group study is based on *Freud* and *Lewin*. *Kurt Lewin* (1947), coming from social psychology, discovered the "reality of social phenomena" and examined the forces which effect groups and thus influence man's way of acting. In psychoanalysis *Freud* (1921) had already dealt with mass phenomena in his work "Mass Psychology and Ego Analysis". Although he remained basically connected to *Le Bon's* theory understanding mass as an immature organisation of regressed individuals, he nevertheless, in 1921, stated the following: "In each person's life of the soul the other person is regularly considered as a role model, an object, a helper and as an enemy, and therefore, from beginning on, individual psychology is also social psychology" (*Freud* 1921). In the following time the different group dynamic aspects were discovered and developed, of which I would like to mention just a few.

The development of an understanding of unconscious group dynamic processes owes much to *Moreno*. In 1932 he formed the term of "group

* Dipl.-Psych., Psychoanalytikerin und Gruppenpsychotherapeutin, Psychologische Psychotherapeutin, Klinische Psychologin, Präsidentin der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP); therapeutische Geschäftsführerin der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaike, Lehr- und Kontrollanalytikerin, Leiterin des Berliner Lehr- und Forschungsinstituts für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik

** Vortrag gehalten auf dem 13. Weltkongress der World Association for Dynamic Psychiatry (WADP) / XXVI. Internat. Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V. vom 13.-17. März 2001 im Physiologikum der Ludwig-Maximilians-Universität München

psychotherapy" for the first time; he introduced sociometrics and already in 1914 he laid the foundation for conversation therapy with his work on "The Encounter". But also *Redl* (1942) has to be mentioned, in working out the idea of the central figure, which is important for the processes of group formation; of further importance is *Bion* (1961) with his basic assumptions as unconscious processes within the group, such as the dependence group, the fight-flight group and the pair-formation group. *Bion* and *Argelander* (1972) regard the group as a unit and treat it like a single person. *R. Schindler* (1957/58) discovered the different rankings within a group with the positions of alpha - the leader, beta - the expert, gamma - the fellow traveller and omega -the outsider.

Slavson (1966) worked group therapeutically with disturbed children and with regard to that, he developed the following principles: unquestioned love, an atmosphere free of prohibition as well as the possibility to catharsis. *Slavson* (1966), *Walter Schindler* (1952), *Loche* (1961), *Wolf* and *Schwarz* (1962) argued in favour of the single person-treatment within the group, whereas *Bion* (1961), *Ezriel* (1959), *Foulkes* (1971), *Liebermann*, *Sutherland*, *Grinberg* (1956) and others took the view of group therapeutic treatment, taking into consideration the psycho-analysis of the whole group.

Foulkes (1974) exceeds both these approaches. In his concept of the group's communication and the group as interacting matrix, he combines group dynamics and psychoanalysis. The matrix is formed by the group's complete acting of relationship and communication. Within a group he distinguishes four different levels of communication: the level of transference, the projective level, the premordial one and the current one (cf. *Ammon* 1979).

Battegay (2000) worked group psychotherapeutically especially with Borderline- and schizophrenic patients. Within the therapy groups he ascertained different forms of unconscious approach, which he called collusion: the narcissistic-fusionary one, the orally depending one, the sado-masochistic one and the oedipal one.

To *Yalom* (1999) there are 11 factors, which are crucial for the process of change within group psychotherapy, as there are

1. The inspiring of people with hope
2. The universality of suffering
3. The message of information
4. Altruism
5. The correcting recapitulation of the primary family group
6. The development of techniques for inter personal dealing
7. Imitating behaviour
8. Interpersonal learning
9. The cohesion of the group
10. Catharsis
11. Existential factors.

Judith Silbermann (2000) stresses the fact that real and honest relationships are mechanisms of change. They offer healing, validity and teach responsibility, but also give support, empathy and put forward demands. "Reliable boundaries and restrictions support a quicker development"; at the same time feedback and interaction of the group's members are important.

Although in the 60s and 70s there was great interest in group dynamics in Germany, especially in the realm of encounter, meanwhile there developed again a tendency to psychotherapeutic treatment of single patients. This may be due to social reasons or to disappointment in too highly set expectations in the group's ability to heal and be omnipotent.

In the meantime various studies have been realized to emphasize the importance of group psychotherapy. Thus *Toseland* and *Siporin* (1986) have examined 32 well controlled studies, in which single- and group psychotherapy were compared. His result was that in 25% of the examinations, group therapy was more effective than single patient therapy. The further 75% showed no special significance between both (cf. *Yalom* 1999). In a retrospective survey *Heinzel* et al. showed that group psychotherapy is equally effective, but much more efficient than single patient therapy.

Tschuschke and *Anbeh* (2000) depicted the results of the PAGE study, i.e. Project Out-Patient Group-Psychotherapy Evaluation of the German study group for group psychotherapy. The study started in 1997 and included groups of 44 qualified group psychotherapists. They examined personal therapeutical aims, symptoms and interpersonal problems. Already after 12 sessions first relieves could be ascertained; a highly significant reduction of all the symptoms had occurred. The decrease of the symptoms corresponded with the reduction of the patients' interpersonal problems. Concerning the symptoms, depression (0.65), psychoticism (0.64) and compulsion (0.60) were reduced. Paranoid thinking and phobic anxieties need a longer treatment. In the interpersonal realm unconfident and submissive behaviour as well as yieldingness and an allowance to be exploited were reduced. From these findings the authors derive an increase of ego strength. The self-imposed aims of treatment could be achieved the easiest. As analytic group therapy attends especially to the interpersonal realm, it may achieve most of the improvements, because it leads to a reduction of symptoms and to a better contentment in life.

Furthermore the study showed that longer treatment achieves better effects. In his contribution "The Future of Group Psychotherapy" *Sabar Rustomjee* (2000) points out that the group is an important link. Relationships may not just be formed within the therapy group - with other members, the group leaders and the group as a whole, but also with all the surrounding society. This means that through group psychotherapy human beings get into contact with their own feelings, their thinking and acting, which then effects their relationships at work, friendship, family and the

further surrounding field. To *Rustomjee* the important principles for the group of the future are an ethical attitude towards life, the recognition of boundaries, the humanization of relationships and the development of an adequate self-esteem.

Schermer (2000) regards the group therapy of the future from a social constructivistic and post-modern point of view. He stresses the influence of system theory, *Foulkes'* group analysis of object-relationship theory, selfconcept, cognitive-behavioural psychology and neuropsychiatry. On the other hand *Brabender* (2000) proceeds from the application of the chaos theory, a non-linear dynamic theory for the understanding of group psychotherapeutic groups. In this connection two group psychotherapeutic features like uncertainty and uniqueness are elucidated chaos-theoretically in a process of order and disorder.

Dalal (2000) examines the relationship between single-analytic theory and *Foulkes'* group-analytic theory and discusses the application of the first to group therapy as post-*Foulkes* group-analytic theory. Here the socio-political factor should play a constituent role for the psyche. *Blackwell* (2000) stresses the importance of the different dimensions, as there are the political, the social, the cultural and the economic one, which have to be included in group therapy and which may be made possible to experience in the group's private area.

Meanwhile psychological literature depicts the application of group psychotherapy especially for the treatment of Borderline illness, schizophrenia and addiction, but also for stress and abuse. Hence, *Campo-Redondo* and *Andrade* (2000) especially describe the importance of the therapist and co-therapist as well as the integration of other groups members without a Borderline diagnosis for the group psychotherapeutical treatment of Borderline patients. When treating personality disturbances, *Rutan* and *Rice* (2000) regard group therapy as the means to the choice.

Gonzales de Chavez, *Ducaju* and *Fraile* (2000) compare the group psychotherapy's therapeutical factors for in-patient and out-patient treatment of schizophrenic patients. Their study is based on *Yalom's* questionnaire of therapeutical factors. In both groups they were not able to explain the results of the different therapeutical factors by way of individual differences.

According to *Degli* and *Cibin* (2000) those patients who dispel drug addiction as well as a disturbance in personality, need a special flexibility in their treatment. They studied two therapy groups with the result that the traditional technique has to be changed:

For the treatment of addiction. *Freimuth* (2000) recommends an integrated group-psychotherapy programme with 12 steps. These 12 steps shall secure abstinence, which is necessary for emotional growth. Group- and single-patient therapy shall concur.

Ulman (2000) presents an integrative model for stress treatment with women. The basis is formed by an eight-week stress management group.

Bio-psychosocial approaches shall be combined with the self-concept of female development and stress management.

Gans and *Counselman* (2000) examined the importance of silence in group psychotherapy. They found five different factors for silence: a factor related to the situation, individual dynamics, interaction amongst the members, group dynamics and dynamics related to the therapist. They conclude that silence is a powerful means to communication, which should be used for therapy. *Liebmann* (2000) examined the mechanisms in a long-term analytic therapy, which allow or prevent the development of intimacy within the group.

The important role of supervision in group therapy is pointed out by *van Wagoner* (2000) especially during the situation of training, the recognition of and work with counter-transference is important. Only then aggression may be dealt with.

The understanding of group in Dynamic Psychiatry is based on a holistic view, i.e. man has to be understood in his various dimensions and in the individuality of his body and his spirituality, which are characteristic of him, and which are always interwoven with other people, with groups and with the society he lives in. Human development and freedom evolve by conflict solving and by the interplay of group dynamic and inner individual processes.

Ammon (1982) says: "Identity and group belong together, because it is only through the experience of one's own personality reflected by other people, as well as through perception, being taken serious and the recognition of others in the group that one's self and identity may develop".

Dynamic psychiatry understands man as a group being. A human being is born into groups, develops his own identity in groups and from the group receives energy for his development, which *Ammon* calls social energy. Here a human being is allowed to creatively develop in his own right or also to fall ill. *Ammon* (1982) understands the group as a field in which health and illness may evolve. The determining factors are the group atmosphere, the dynamics and as a whole the social energy as well as the group's feeling of being integrated within a social and cultural larger context. It is already the prenatal development, which depends on a group dynamic and social energetic influence and which postnatally is constantly being continued. The group dynamic field-happening can be understood as a fine and delicate tissue of energetic forces being a constant interplay of action and reaction. In adaption to *Lewin* (1947) group dynamics in our view means more than just the sum of interactions and of role behaviour of the single members, because the unconscious, the current and also the historical dimensions are included.

According to *Ammon* constructive group dynamics is characterized by the fact that each of the group's member is allowed to develop and to change, that toleration and encouragement alternate with one another and that a permanent, communicative exchange takes place. Destructive group

dynamics means that the group's members actively keep each other from going through processes of development; communication is being used to mutually obstruct each other for fear of change. In deficient group dynamics each communication for development and growth is being stopped - here one can talk of dead groups.

I would like to briefly consider the term social energy. This concept was presented by *Ammon* for the first time in 1982, after he had dealt with the question of energy as narcissistic attention. Social energy is interpersonal psychic energy; it means "contact, conflict solving, security, reliability, love, demands and encouragement for doing, and being active and for taking tasks" (*Ammon* 1982). The primary group's social energetic processes of exchange are essential for the development of human structure and therefore for the human being's identity.

The concurrence of group dynamic social energy and growth of identity can be understood in a social energetic circle. This means exchange of social energy - human structure finds its expression in the unconscious, identity and again contact to the group. With his human structure, which developed depending on group- and social energy, and which can be seen as coagulated social energy, the human being develops his own individual identity. These central human functions, embodied in the unconscious, are inter-dependently related to the functional realm of behaviour of the human being's abilities and skills and his biological and neurophysiological human functions. Here the unconscious as well as the conscious group dynamic and social energetic experiences are integrated.

In this connection special importance has to be paid to aggression and creativity, because they contribute to determine the group dynamic field. The human function of aggression is of special importance, because from the human structural point of view all human functions, especially the ones of aggression, ego demarcation towards the inside and the outside, creativity, anxiety, narcissism, ability to contact and being in a group, the ability to dream etc. develop depending on group- and social energy.

Ammon defined them as an original, constructively given force, entering into relationships with other people and things as *ad gredi*, "as a vehicle of all human, loving and creative doing, dedicated to life" *Ammon* (1970). Already in 1971 he also group dynamically defined creativity. Thus he says, the "development of sexuality free of guilt, constructive aggression and creativity are primarily depending on communication with the surrounding group. It is the group and in a larger sense the society, who determine to what extent creativity may develop and express itself". (In saying so, he broke away from *Freud's* understanding of thrive and sublimation.) The group dynamic social energetic field may be developed constructively as well as destructively or even deficiently; concerning the first, constructive development is possible because of meaningful encounter and the coping with conflicts; concerning the second there prevails the element of

forbidding life and development, and concerning deficient social energy, the rejection of contact dominates so that no development is possible.

The image of man, which is at the root of a constructive development, is important for the social energetic, group dynamic understanding, which is interdependent with a human being's development of identity. This means to what extent space, time, inner peace, sincerity, ethical values, dealing with work, contact and friendship, tasks, spiritual values and interests are being conveyed and lived, together with an attitude towards social and political matters.

In Dynamic Psychiatry social energy, group, identity, human structure and the unconscious are quantities, which are in a constant interdependent exchange and which determine human development in a life-long process.

I would like to talk about the Dynamic Psychiatry's concept of group, which comprises analytic group dynamics as well as out-patient group psychotherapy, in-patient non-verbal and verbal group therapy, milieu therapeutic group dynamic living communities, up to the psychoanalytic kindergarten. I'd like to put the analytic or human structured group dynamics first. Studying unconscious group dynamics, which are a natural occurrence, means to every single human being, especially in the study- and selfexperience groups, to experience oneself in the group, to understand one's role and position, to study feed-back mechanisms, the dynamics of overthrowing the group's leader, the formation of sub-groups, the dynamics of aggression, creative development, relationship and erotic in the group, but also the dynamics of transference and counter-transference and processes of resistance.

It further means the development of every single one in the group's here and now. Transference and regression are understood as resistance against contact in the here and now. Here it is important to have an experienced and well trained group leader who is at everyone's disposal as the central person, because in our view, group boundaries and group processes form themselves around the central figure. Especially at a group's initial phase, the group leader has to put himself at the group's disposal for their anxieties and aggressions and he has to protectively stand up for the group dynamic scapegoat, who otherwise would be excluded by the group. In our group dynamic understanding it is of crucial importance to integrate the so-called scapegoat, because he expresses important unconscious levels of the group. When the group has been closed, each one in the group may develop. In the middle phase, the group is experienced as the so-called "motherly element", as was described especially by *Foulkes* (1948), *Bion* (1961), *Walter Schindler* (1951) and others. This is the basis for a creative enlargement of identity. Of central importance is the waiting on separation, because only by doing so the interpersonal experience may be internalized and taken along to other group relations of life.

Analytic group dynamics renders to every human being the possibility for publicity, i.e. a whole group listens to him, he is being taken serious and

important and is being loved, but he also has the chance to solve conflicts with other people, cope with critical situations and to delimitate himself. Analytic group dynamics means a so-called therapy for the healthy. In the further development of analytic group dynamics, *Ammon* included nonverbal means of expression, like painting, theatre, but also very centrally, the human structural dance. Here a level of communication may be established by way of body language, integration, the unconscious, spirituality and the body. In the enlarged social energetic field phenomena of resistance and transference may be recognized and disentangled. Furthermore it serves creativation and creative expression beyond verblivity.

Ammon included the study of group dynamic processes also for the job-specific group dynamic Balint groups, and thus further developed Balint's model.

Here I'd like to show the principles of psychoanalytic group dynamics:

1. The importance of the central person for the group process.
2. The constructively coping with group boundaries
3. The central importance of the working through of aggression
4. The including of the weakest member into the group's protection through the group leader's dedication and referring to himself the aggressions present in the group
5. The group member's function as auxiliary ego for each other
6. The working in the here and now
7. The group's function of reflection
8. The taking into consideration and working through of processes of transference
9. The taking into consideration of the complete plenary group and the complete milieu in the group's surrounding field
10. The focussing of all group dynamic processes under the aspect of identity
11. The social energetic exchange amongst the group's members
12. The inclusion of non-verbal expression

(*Ammon* 1979)

For the study of groups and for the control work, sociometrics, the control group, the work in seminars, video recordings, the ISTA and the ADA are being applied.

The fact that - to our understanding - a human being may fall ill in a group, but may also become healthy again in a group, means for a group psychotherapeutic group that a group dynamic social energetic field has to be established. This then forms the ground for confidence, for retrieving development and for conflict solving, concerning the destructive and deficient realms of each single group member's identity.

The structuring of the group with the careful examination and choice of members with the healthy and ill parts of their personality and their group dynamic life-historical development is crucial. If possible, the group should

be structured heterogenically, with the group members taking an interest in each other, with the possibility to mutually take over functions as helping-Ego, to mutually reflect each other and allow the working through of aggression. A structure as heterogenic as possible with different clinical pictures, different socio-economical belonging and different attitudes brings about a manifold field for possibilities of development. The group psychotherapist and the co-therapist should bring along solid psychoanalytic, group dynamic and group psychotherapeutic training. The single member's retrieval of identity development will then occur within the interpersonal social energetic happening within the flexible group boundaries in an interplay of working through the there and then and the group's here and now.

Here the therapy group reflects and integrates the group's different levels, which the patient brings along, and the current one in which he works therapeutically:

1. The internalized primary group which is reflected in transference and projection
2. The current life group the patient comes from and which is equally reflected
3. The direct group dynamic happening with its real relationships in the therapy group

In the therapeutic process it is important to integrate, to differentiate and to further develop the interpersonal and group specific levels. Doing so, the working through of destructive aggression is important as well as the internalization of the recouping reflected dynamics of the current group process, instead of the pathogenic primary process.

First the group's work will focus on the symbiotic level with a delimitation free of guilt and a working through of destructive aggression, which marks a turning point in the therapeutic process. Then the work can deal with the actual problem of identity and also with oedipal problems. Working with dreams begins, when the group boundaries have been formed and when the patient has been able to internalize the group boundaries as his own ego- boundaries. Through this the individual as well as the interpersonal dynamics become clear. In the middle phase, when working on resistance, the group may split into a party of illness and a party of health. By working with transference and counter-transference in the group's field as well as by including the relationships in the here and now, destructive processes may be turned into constructive ones. Also in group therapy, the work on separation is crucially important for the single members; this means to be able to internalize the gained development of identity and to lead a life in one's own right.

I would like to briefly deal with another group therapeutic sphere of work, that is the analytic milieu therapy. The analytic milieu therapy is of central importance especially for early disturbed patients with so-called archaic human-structure diseases. Due to living together in the group for the whole day and due to the common work and being active, destructive

anxiety and aggression may be directly worked with in the milieu therapeutic object and may be internalized. The milieu therapeutic project is the third object for communication in the group. Through working on a self-chosen, meaningful and creatively formable project, it is especially the healthy parts of the patient and his resources that may be strengthened and developed. He may get helping-Egos to his disposal and deficitary-destructive dynamics, which re-establish themselves, may be experienced and demarcated.

The Dynamic Psychiatric Clinic as a whole is a milieu therapeutic, group dynamic, social energetic field for a recouping/repairing social energetic, group therapeutic experience. It allows a multidimensional concept of treatment with the different verbal and non-verbal group therapies. Each patient is part of different groups and thus surrounded by different co-patients, as well as by a group of different therapists, who treat him multidimensionally. Thus he is constantly surrounded by a social energetic, group dynamic network, giving him the chance for acting-out, experiencing and changing the different group levels.

The milieu of the whole clinic includes formal single patient- and group therapy, the milieu therapeutic life group with work in projects, the non-verbal therapies like music-, dance-, theatre-, painting-, sports- and other therapy groups and the group-dynamic group of the co-workers with single patient and group supervision.

To end with, I'd like to say that the conception of the group dynamic social energetic understanding of field is the base for development in the time of man's health and illness. The impressed group dynamic social energetic tissue of relationships may contribute to a growth in human structure and may thus allow a constructive development of identity, but in its deficient, destructive impression, it may cause a disturbed development of identity. A constructively formed group dynamic, social energetic field may mean growth of human structure and healing. In my opinion this has also immense social consequences.

Das Gruppenverständnis in der Dynamischen Psychiatrie

Maria Ammon (Berlin / München)

Die Autorin gibt zunächst einen Überblick über wichtige Vertreter der Gruppenforschung. *Freud* (1921) blieb in seiner Arbeit „Massenpsychologie und Ich-Analyse“ zwar im wesentlichen *Le Bons* Theorie verbunden, die Masse als eine unreife Organisation regredierter Individuen zu verstehen, andererseits postulierte er aber auch, dass Individualpsychologie von Anfang auch Sozialpsychologie sei. *Moreno* (1973) prägte bereits 1932 den Begriff Gruppenpsychotherapie und legte einen Grundstein für die Gesprächstherapie. *Redl* (1942) betonte die Bedeutung der zentralen Figur für den Gruppenbildungs-

prozess, während *Bion* (1961) mit seinen basic assumptions die unbewussten Phänomene in der Gruppe wie die Abhängigkeits-Gruppe, die Kampf-Flucht-Gruppe und die Paarbildungsgruppe herausarbeitete. *R. Schindler* (1957/58) entdeckte die Bedeutung der verschiedenen Gruppenpositionen Alpha - dem Führer, Beta - dem Fachmann, Gamma - den Mitläufern und Omega - dem Aussenseiter. *Slavson* (1966) führte die gruppentherapeutische Arbeit mit gestörten Kindern durch und entwickelte dafür die Prinzipien: bedingungslose Liebe, verbotsfreie Atmosphäre und Möglichkeiten zur Katharsis. *Slavson* (1966), *Walter Schindler* (1952), *Loche* (1961), *Wolf* und *Schwarz* (1962) waren Vertreter der Behandlung des Einzelnen in der Gruppe, während *Bion* (1961), *Ezriel* (1950), *Foulkes* (1971), *Liebermann*, *Sutherland*, *Grinberg* (1956) u.a. die Gruppe als Ganzes behandelten. *Foulkes* (1974) sah darüber hinaus das gesamte Beziehungs- und Kommunikationsgeschehen in einer Gruppe als Entwicklungsmatrix mit vier Kommunikationsebenen: die Übertragungsebene, die projektive, die primordiale und die aktuelle Ebene (vgl. *Ammon* 1997). *Battegay* (2000) stellte verschiedene Formen von unbewusster Annäherung, die er Kollusion nennt, in den Therapiegruppen fest: die narzisstisch fusionäre, die oral abhängige, die sadomasochistische und die ödipale.

Für *Yalom* (1999) sind 11 Faktoren für Veränderungsprozesse in der Gruppenpsychotherapie wesentlich:

1. Das Hoffnung-Einflößen,
2. Die Universalität des Leidens,
3. Die Mitteilung von Informationen,
4. Der Altruismus,
5. Die korrigierende Rekapitulation der primären Familiengruppe,
6. Die Entwicklung von Techniken des mitmenschlichen Umgangs,
7. Das nachahmende Verhalten,
8. Interpersonelles Lernen,
9. Die Gruppenkohäsion,
10. Die Katharsis und
11. Existenzielle Faktoren.

Judith Silbermann (2000) betont die realen und ehrlichen Beziehungen als Veränderungsfaktoren, die Unterstützung, Empathie, Forderungen, verlässliche Grenzen, Rückmeldung und Interaktion umfassen sollten.

In einer Metaanalyse von 32 Studien kamen *Toseland* und *Siporin* (1986) zu dem Ergebnis, dass in 25 % der Untersuchungen die Gruppenpsychotherapie wirksamer war als die Einzeltherapie. In einer Evaluation von 47 Gruppen qualifizierter Gruppenpsychotherapeuten konnten *Tschuschke* und *Anbeh* (2000) bereits nach 12 Sitzungen die ersten Entlastungen feststellen, insgesamt fand eine hochsignifikante Reduktion der Symptome und der interpersonellen Probleme der Patienten statt, die nach Ansicht der Autoren mit einer Zunahme der Ich-Stärke einher ging. Gerade die Bearbeitung des interpersonellen Bereiches seien für die meisten Verbesserungen entscheidend. Längere Behandlungen erzielten auch bessere Effekte.

In der Literatur werden die Anwendung und die Wirkfaktoren von Gruppentherapie besonders bei der Behandlung von Borderline-Erkrankung (*Campo-Redondo* und *Andrade* 2000), Schizophrenie (*Chavez, Gutierrez* et al. 2000) und Sucht (*Degli* und *Cibin* 2000, *Freimuth* 2000), aber auch bei Stress und Missbrauch (*Ulman* 2000) dargestellt. Meist kommen integrative Modelle oder Stufenprogramme zur Anwendung. *Gans* und *Counselman* (2000) untersuchten die Bedeutung des Schweigens in der Gruppenpsychotherapie, *Liebmann* (2000) beschrieb Mechanismen in einer langlaufenden analytischen Gruppentherapie, die die Entwicklung von Intimität in der Gruppe herstellen lassen oder verhindern. Auf die Bedeutung der Supervision insbesondere für das Erkennen und die Bearbeitung der Gegenübertragung wies *Wagoner* (2000) hin.

Die Autorin beschreibt im folgenden das Gruppenverständnis der Dynamischen Psychiatrie, das auf einem holistischen Verständnis basiert: der Mensch ist mit seinen unterschiedlichen Dimensionen und in seiner eigenen Individualität in Körperlichkeit und Geistigkeit immer verwoben mit anderen Menschen und Gruppen und der Gesellschaft, in der er lebt, zu verstehen. Die menschliche Entwicklung und Freiheit manifestiert sich durch die Auseinandersetzung und das Zusammenspiel von gruppenspezifischen und innerindividuellen Prozessen. Die Dynamische Psychiatrie versteht den Menschen als ein Gruppenwesen. Der Mensch wird in Gruppen hineingeboren, er entwickelt sich in seiner Identität in Gruppen, er erhält für seine humanstrukturelle Entwicklung Energie aus der Gruppe, die *Ammon* (1982) Sozialenergie genannt hat. Sozialenergie bedeutet „Kontakt, Auseinandersetzung, Geborgenheit, Verlässlichkeit, Liebe, Forderungen an die Identität, Forderungen und Aufforderungen zum Tun, zur Tätigkeit und zur Aufgabe“ (*Ammon* 1982). Die Gruppe wird hierbei als Feld für die Entstehung von Krankheit und Gesundheit verstanden. Entscheidend ist hier die Gruppenatmosphäre, die Dynamik und Sozialenergie und das Eingebettetsein der Gruppe in einen sozialen und kulturell größeren Zusammenhang. Im Verständnis der Autorin sind in der Gruppendynamik immer auch die unbewusste, die aktuelle und die geschichtliche Dimension mit einbezogen.

Eine konstruktive Gruppendynamik ist nach *Ammon* dadurch gekennzeichnet, dass jedes Gruppenmitglied sich entwickeln und verändern kann. Destruktive Gruppendynamik bedeutet, dass die Gruppenmitglieder sich aktiv daran hindern, Entwicklungsprozesse zu machen, sie blockieren sich gegenseitig aus Angst vor Veränderung. In der defizitären Gruppendynamik wird Kommunikation für Entwicklung und Wachstum verhindert.

Die in dem gruppenspezifischen Feld sich manifestierende sozial-energetischen Austauschprozesse finden ihren Niederschlag in der individuellen Humanstruktur und in der Identität, mit der der Mensch sich wieder in die Gruppe entwirft, was die Autorin als sozialenergetischen Kreis beschreibt. Die im Unbewussten verankerten zentralen Humanfunktionen, hier v.a. die der Aggression, der Ich-Abgrenzung nach aussen

und innen, Kreativität, Sexualität, Angst, Narzissmus, Kontakt und Gruppenfähigkeit, Traumfähigkeit stehen dabei in interdependenter Beziehung zu dem funktionalen Verhaltensbereich der Fähigkeiten und Fertigkeiten und zu den biologischen und neurophysiologischen Humanfunktionen des Menschen. Sozialenergie, Gruppe, Identität, Humanstruktur und Unbewusstes befinden sich somit in einem ständigen interdependenten Austausch und bestimmen die menschliche Entwicklung in einem lebenslangen Prozess.

Den Humanfunktionen der Aggression und der Kreativität kommen hier besondere Bedeutung zu, da sie das gruppensdynamische Feld zentral mitbestimmen. Aggression hat *Ammon* (1970) als eine ursprünglich gegebene konstruktive Kraft definiert, die als *ad gredi* in Beziehung tritt zu anderen Dingen und Menschen, „als ein Vehikel allen menschlichen liebenden und schöpferischen Tuns im Dienste des Lebens“. Auch die Kreativität hat er bereits gruppensdynamisch definiert (*Ammon* 1971): „Die Gruppe und im weiteren Sinne die Gesellschaft bestimmen, wie weit sich Kreativität entwickeln und äußern kann. Wichtig für das sozialenergetisch-gruppensdynamische Verständnis der Dynamischen Psychiatrie ist ein Menschenbild, das einer konstruktiven Entwicklung zu Grunde liegt, d.h. inwieweit Raum, Zeit, innere Ruhe, Echtheit, ethische Werte, Umgang mit Arbeit, Kontakt und Freundschaft, Aufgaben, geistige Werte und Interessen, mit einem Standpunkt für soziale und politische Belange in einer Gruppe vermittelt und gelebt werden.“

Anwendungsbereiche des Gruppenkonzeptes der Dynamischen Psychiatrie sind v.a. die analytische Gruppensdynamik, ambulante Gruppenpsychotherapie, die stationäre nonverbale und verbale Gruppensdynamik, milieutherapeutische gruppensdynamische Wohngemeinschaften bis hin zum psychoanalytischen Kindergarten.

Bei der analytischen oder humanstrukturellen Gruppensdynamik bedeutet das Studium der unbewussten Gruppensdynamik für die Teilnehmer, sich selbst in der Gruppe zu erfahren, ihre Rollen und Positionen zu verstehen, Feed-Back-Mechanismen, Leitersturzsdynamiken, Untergruppenbildungen und Aggressionsdynamiken, kreative Entfaltung, Beziehung und Erotik in der Gruppe zu erkennen und Übertragungs- und Gegenübertragungsdynamiken und Widerstandsprozesse zu studieren. Sie stellt eine sog. „Therapie für Gesunde“ dar, in der der einzelne im Hier und Jetzt der Gruppe, in der er wichtig und erst genommen wird, sich auseinandersetzen und entwickeln kann. Wichtig ist, dass sich ein gut ausgebildeter Gruppenleiter als zentrale Person zur Verfügung stellt, denn die Gruppengrenzen und Gruppenprozesse bilden sich um die zentrale Figur. Diese muss sich besonders in der Anfangsphase einer Gruppe für die Ängste und Aggression zur Verfügung stellen und den Sündenbock schützen. Nachdem sich die Gruppe geschlossen hat, wird in der Mittelphase die Gruppe als „mütterliches Element“ (*Foulkes* 1948, *Bion* 1961, *Schindler* 1951) erlebt, als Basis für eine kreative Identitätserweite-

rung. Besonders wichtig ist die Trennungsbearbeitung, denn nur dadurch kann die zwischenmenschliche Erfahrung verinnerlicht werden. In der Weiterentwicklung der analytischen Gruppendynamik hat Ammon die nonverbalen Ausdrucksmöglichkeiten mit einbezogen, wie Malen, Theater und insbesondere den humanstrukturellen Tanz. Hier kann über die Körpersprache eine Kommunikationsebene hergestellt werden, die Unbewusstes, Geistiges und Körperliches integriert. Für die berufsspezifischen Balint-Gruppen hat Ammon das Studium der gruppendynamischen Prozesse mit einbezogen.

Als grundlegende Prinzipien der psychoanalytischen Gruppendynamik nennt die Autorin:

1. Die Bedeutung der zentralen Person für den Gruppenprozess
2. Die Auseinandersetzung um die Gruppengrenzen
3. Zentrale Bedeutsamkeit der Bearbeitung von Aggression
4. Einbeziehen des schwächsten Mitgliedes in den Schutz der Gruppe durch den Einsatz und Auf-sich-Beziehen der Aggression von Seiten des Gruppenleiters
5. Hilfs-Ich-Funktion der Gruppenmitglieder untereinander
6. Das Arbeiten im Hier und Jetzt
7. Spiegelfunktion der Gruppe
8. Berücksichtigung von Übertragungsprozessen
9. Berücksichtigung der gesamten Grossgruppe und des gesamten Milieus im Umfeld einer Gruppe
10. Die Fokussierung aller gruppendynamischen Prozesse unter dem Aspekt der Identität
11. Sozialenergetischer Austausch unter den Gruppenmitgliedern
12. Einbeziehung des nonverbalen Ausdrucks.

Für die Gruppenforschung und Kontrollarbeit werden die Soziometrie, die Kontrollgruppe, Videoaufnahmen, der ISTA und ADA herangezogen.

In der Gruppenpsychotherapie muss ein gruppendynamisches sozialenergetisches Feld hergestellt werden, das einen Vertrauensboden bildet für die Nachentwicklung und die Auseinandersetzung um destruktive und defizitäre Bereiche der Humanstruktur und der Identität der einzelnen Gruppenmitglieder. Die sorgfältige Untersuchung und Auswahl der Gruppenmitglieder ist grundlegend, die Gruppe sollte auch möglichst heterogen strukturiert sein, mit einem Interesse der Gruppenmitglieder aneinander, mit der Möglichkeit, Hilfs-Ich-Funktionen gegenseitig zu übernehmen, sich gegenseitig widerzuspiegeln und Aggressionsbearbeitung zuzulassen, damit ein vielfältiges Feld für Entwicklungsmöglichkeiten entsteht. Die nachholende Identitätsentwicklung findet innerhalb der flexiblen Gruppengrenzen in einem Zusammenspiel der Bearbeitung des Dort und Damals und dem Hier und Jetzt der Gruppe statt. Die Therapiegruppe widerspiegelt, reflektiert und integriert die verschiedenen Gruppenebenen:

1. Die verinnerlichte Primärgruppe, die sich in der Übertragung und Projektion widerspiegelt
2. Die aktuelle Lebensgruppe, aus der der Patient kommt, die sich ebenfalls widerspiegelt
3. Das direkte gruppenspezifische Geschehen mit den realen Beziehungen in der Therapiegruppe

Nach der Bearbeitung der symbiotischen Phase mit dem Ziel einer schuldfreien Abgrenzung und Durcharbeitung der destruktiven Aggression, die einen Wendepunkt im therapeutischen Prozess darstellt, kann am eigentlichen Identitätsproblem und an der ödipalen Problematik gearbeitet werden. Die Traumbearbeitung beginnt dann, wenn die Gruppengrenzen gebildet sind und der Patient diese als eigene Ich-Grenze verinnerlichen konnte. In der Mittelphase kann sich in der Widerstandsbearbeitung die Gruppe in eine Krankheitspartei und Gesundheitspartei spalten. Durch die Bearbeitung von Übertragungen und Gegenübertragungen im Feld der Gruppe und Einbeziehen der Beziehungen im Hier und Jetzt können die destruktiven Prozesse in konstruktive umgewandelt werden. Auch für die Gruppentherapie ist die Bearbeitung der Trennung für die einzelnen Mitglieder zentral wichtig, um ein Leben in eigenem Recht führen zu können.

Die analytische Milieuthherapie ist besonders für früh gestörte Patienten mit sog. archaischen Humanstruktur-Erkrankungen von zentraler Bedeutung. Das milieutherapeutische Projekt dient als drittes Objekt für die Kommunikation in der Gruppe, durch die Arbeit an einem ausgewählten, sinnvollen und kreativ gestaltbaren Projekt können besonders die gesunden Bereiche und die Ressourcen des Patienten gestärkt und entwickelt werden. Er kann Hilfs-Ichs zur Verfügung gestellt bekommen, und defizitär-destruktive Dynamiken, insbesondere Aggression und Angst, die sich wiederherstellen, können erlebt und abgegrenzt werden.

Die Dynamisch-Psychiatrische Klinik bildet insgesamt ein milieutherapeutisches, gruppenspezifisches, sozialenergetisches Feld für eine wiedergutmachende gruppentherapeutische Erfahrung. Durch das multidimensionale Behandlungskonzept mit verschiedenen Gruppentherapien wie die milieutherapeutische Lebensgruppe mit Projektarbeit, verbale Einzel- und Gruppenpsychotherapie, die nonverbalen Therapien wie Musik-, Tanz-, Theater-, Mal-, Sport- u.a. Therapiegruppen sowie die gruppenspezifische Gruppe der Mitarbeiter mit Einzel- und Gruppensupervision, ist der Patient ständig von einem sozialenergetischen, gruppenspezifischen Geflecht umgeben, das ihm die Möglichkeit gibt, in den verschiedenen Gruppenebenen zu agieren, sie zu erfahren und zu verändern.

Die Konzeption des gruppenspezifischen sozialenergetischen Feldverständnisses bildet die Basis für die Entwicklung in Gesundheit und Krankheit. In seiner konstruktiven Ausprägung kann es Humanstrukturwachstum und eine konstruktive Identitätsentwicklung ermöglichen und

Heilung bedeuten. Dies hat nach Ansicht der Autorin auch immense gesellschaftliche Konsequenzen.

References

- Ammon, G.* (1970): Gruppendynamik der Aggression. Beiträge zur psychoanalytischen Therapie. (Berlin: Pinel Publikationen)
- (1971): Kreativität und Ich-Entwicklung in der Gruppe. In: *Ammon G.* (Hrsg.): Gruppendynamik der Kreativität (Berlin: Pinel-Publikationen) S. 12-36
 - (1983): Das Prinzip der Sozialenergie im holistischen Denken der Dynamischen Psychiatrie. In: *Dyn. Psych.* (16) 169-191
- Argelander, H.* (1972): Gruppenprozesse. Wege zur Anwendung der Psychoanalyse in Behandlung, Lehre und Forschung. (Reinbek: Rowohlt)
- Backwell, D.* (2000): The politicisation of group analysis in the 21st century. In: *Group* (24)1, 65-73
- Battegay, R.* (2000): Die Gruppe als Schicksal. (Göttingen: Vandenhoe & Ruprecht)
- Bion, W.R.* (1961): *Experiences in Groups.* (London: Tavistock)
- Campo-Rendon, M.; Andrade, J.* (2000): Group psychotherapy and borderline personality disorder: A psychodramatic approach. In: *Psychodynamic Counselling* (6)1, 17-30
- Dalal, F.* (2000): From psychoanalysis to a post-Foulkesian group analysis. In: *Group* (24)1, 59-64
- Degli, M.; Cibir, M.* (2000): Institutional experiences in psychotherapy with drug and group in the opiate-dependence dynamic. In: *Group Analysis* (33)2, 251-264
- Ezriel, H.* (1950): A psychoanalytical approach to group treatment. In: *British Journal of Medical Psychology* (23) 59-74
- Foulkes, S.H.* (1948): *Introduction to Group-Analytic Psychotherapy.* (London: Heinemann)
- Freimuth, M.* (2000): Integrating group psychotherapy and 12-step work: A collaborative approach. In: *International Journal of Group Psychotherapy* (50)3, 297-314
- Freud, S.* (1921): Massenpsychologie und Ich-Analyse. In: *Ges. Werke, Bd. 13* (London: Imago)
- Gans, J.; Counselma, E.F.* (2000): Silence in group psychotherapy: A powerful communication. In: *International Journal of Group Psychotherapy* (50)3, 71-86
- Gonzalez de Chavez, M.; Gutierrez, M.; Ducaju, M.; Fraile, J.C.* (2000): Comparative study of the therapeutic factors of group therapy in schizophrenic inpatients and outpatients. In: *Group Analysis* (33)2, 251-264
- Grinberg, L.* (1956): Aspectos magicos de la transferencia y contra transferencia identificacion y contra identificacion proyectiva. Sus implicaciones tecnicas. Vortrag gehalten vor der Assoc. Psychoanal. Argentina.
- Lewin, K.* (1947): Frontiers in groupdynamics concept, method and reality in social science: Social equilibrium and social change. In: *Hum. Rel.* (5)
- Liebmann, M.* (2000): Some aspects of intimacy in an analytic therapy group. In: *Journal of Psychotherapy in Independent Practice* (1)2, 13-19
- Locke, N.* (1961): *Group Psychoanalysis.* (New York: Univ. Press)
- Moreno, J.L.* (1973): Gruppenpsychotherapie und Psychodrama. In: Festvortrag von Grete Leutz: "Zeit für Psychodrama" bei der Tagung 25 Jahre Moreno Institut Überlingen
- Redl, F.* (1974): Gruppenemotion und Führerschaft. In: *Redl F.* (Hrsg.): *Die Erziehung schwieriger Kinder* (München: Piper) S. 114-130
- Rustomjee, S.* (2000): The future of group psychotherapy. In: *The International Forum of Group Psychotherapy* (8)2,
- Rutan, J.S.; Rice, C.A.* (2000): Personality disorders: Group psychotherapy as a treatment of choice. In: *Journal of Psychotherapy in Independent Practice* (1)2, 3-11
- Schermer, V.* (2000): On the future of group therapy theory. In: *Group* (24)1, 13-17
- Schindler, W.* (1957): Gruppenprinzipien der Psychodynamik in der Gruppe. In: *Psyche* (11) 308-314
- Schwarz, E.; Wolf, A.* (1962): *Psychoanalysis in Groups.* (New York: Grune & Stratton)
- Silverstein, J.C.* (2000): Ausagieren in der Gruppentherapie: Vermeidung von Machtkämpfen. In: *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* (36)2, 174-189

- Slavson, S.P.* (1966): Die historische Entwicklung der analytischen Gruppenpsychotherapie. In: *Preuss H.G.* (Hrsg.): Analytische Gruppenpsychotherapie (München: Urban und Schwarzenberg)
- Toseland, R.; Siporin, M.* (1986): When to recommend group treatment: A review of the clinical and the research literature. In: *International Journal of Group Psychotherapy* (36) 171-201
- Tschuschke, V.; Anbeth, T.* (2000): Wirkungen ambulanter analytischer Gruppenpsychotherapie in Deutschland - erste Ergebnisse der DAGE-Studie. In: *Psychotherapeuten Forum* (7)6, 5-12
- Ulman, K.H.* (2000): An integrative model of stress management groups for women. In: *International Journal of Group Psychotherapy* (50)3, 341-361
- Wagoner von, S.L.* (2000): Anger in group psychotherapy, countertransference and the novice group therapist. In: *Journal of Psychotherapy in Independent Practice* (1)2, 6
- Yalom, I.D.* (1999): *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie.* (München: J. Pfeiffer)

Address of the author:

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

Milieuthherapie als Gruppenarbeit**

Ernst Federn (Wien)*

The milieu as therapy consists of a various number of professions. Each representative of his field brings problems into the milieu group, which are connected with his profession. But each partner brings also his own personal problems and difficulties, which create conflicts in the milieu. Finally each group creates problems through its existence as e.g. who is Alpha, who is Omega. From experience we know today that as soon as problems are expressed in words within the group they change its character, they become stronger or weaker. All these phenomena bring us to the conclusion that supervision is necessary, even essential. It should come from outside of the milieu and should take place weekly.

Was wir heute Milieuthherapie nennen, ist die älteste Form der Behandlung seelischer Störungen, die dokumentarisch bis in das 14. Jahrhundert nachgewiesen werden kann, wo in Ghael, in Flandern, Geisteskranke in Familien untergebracht wurden. Wieso das Milieu aber helfen kann, verstehen wir erst seit *Freud*, durch den wir wissen, dass bereits frühe Ereignisse der Kindheit, wenn gestört, zu späteren sehr schweren Störungen der Seele führen können. Entwickelt wurde das Milieu als therapeutisches Instrument vor allem in den Vereinigten Staaten bereits vor dem 2. Weltkrieg und nach ihm hat *Bettelheim* in der „Orthogenic School“ Milieuthherapie aufgebaut und in mehreren Büchern beschrieben. Aber im Beginn des Jahrhunderts wurde sie auch in der Schweiz angewandt.

Woraus besteht das Milieu? An der Spitze steht gewöhnlich ein Sozialarbeiter, es kann aber auch ein Psychologe oder Psychiater sein, der zusammen mit einem Betreuer oder Betreuerin, einem Koch oder Köchin, Lehrperson, Arbeitstherapeuten und Arzt, einen Patienten den ganzen Tag, also 24 Stunden betreut. Es muß daher jede dieser Positionen zumindest doppelt besetzt sein, mit Ausnahme der Küche und dem Lehrpersonal und den Arbeitstherapeuten. Anders ausgedrückt müssen doppelt besetzt sein: Die Position des Betreuers und des Therapeuten. Es ist auch wichtig, dass die Hälfte des Milieus weiblich besetzt ist. Es besteht also normalerweise aus 2 Psychologen, 2 Psychiatern, 2 Sozialarbeitern, einer Köchin, einem Arbeitstherapeuten oder einer Therapeutin und einer Aufräumefrau, also 8–9 Personen. Ein Betreuer kann höchstens 6 Patienten betreuen, wo mehr Patienten untergebracht sind, muss daher die Zahl der Teamarbeiter gesteigert werden. Für unsere Betrachtungen besteht das Team aus 10–12 Mitgliedern. Das ist eine richtige Gruppe und was wir heute über Gruppenpsychologie wissen, sollte auf diese Gruppe angewendet werden.

* Professor, M.A. für Sozialarbeit, Psychotherapeut, Ehrenmitglied der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung

** Vortrag gehalten auf dem 13. Weltkongress der World Association for Dynamic Psychiatry/XXVI. Intern. Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 13. bis 17. März 2001 in München.

Eine psychoanalytische Gruppenpsychologie gibt es seit *Aichhorns* Buch „Verwahrloste Jugend“, sie wurde dann durch *Foulkes* und *Bion* in England und *Sam Slavson*, *Fritz Redl* und einige Psychiater in den Vereinigten Staaten und in Italien erweitert und ausgebaut. Gruppenpsychoanalytiker gibt es auch in Deutschland, Österreich und anderen europäischen Ländern. *Michael Balint* hat psychoanalytisches Denken auf die Gruppe angewendet und Balintgruppen sind heute eine allgemeine Einrichtung auf psychotherapeutischen Gebiet. Das Milieu ist nun eine ganz besondere Gruppe und zu meiner Kenntnis ist diese Besonderheit bis jetzt theoretisch nicht bearbeitet worden, zumindest ist mir eine solche Bearbeitung nicht bekannt. Sollte sie es geben, so tut es mir leid, daß ich sie nicht kenne.

Mit anderen Gruppen gemeinsam hat auch das Milieu eine A- und eine Z-Position, Alpha und Omega, d.h. einer ist Erster und einer Letzter. Das ist ein unumstößliches Gesetz der Gruppe und der Streit um die erste Position ist ebenso wichtig, wie der Versuch aus der letzten herauszukommen.

Da das Milieu eine Gruppe mit einer gemeinsamen Aufgabe darstellt, nämlich der Behandlung Ich-gestörter Menschen, ist der Kampf um die erste und letzte Stelle von größter Bedeutung, weil die Patienten diesen Kampf benützen, um ihrer Behandlung zu widerstehen. Eine zweite Besonderheit des Milieus als Gruppe sind die Eifersucht und Positionskonflikte zwischen den verschiedenen Berufen. Psychologen streiten mit den Psychiatern und Sozialarbeitern und umgekehrt. Die nicht professionellen Persönlichkeiten wie Koch und Wohnungsbetreuer setzen ihre persönlichen Beziehungen zu den Patienten gegen die professionellen ein und überschätzen sie gewöhnlich oder verkennen sie überhaupt. Abgesehen von diesen sozial bedingten Konflikten zwischen den verschiedenen Berufen, bringt jedes Mitglied seine persönlichen Schwierigkeiten in die Ausübung seines Berufes hinein. Nun hat ja jedes Milieuteam seine Supervisoren für die Behandlung der Patienten. Diese Supervision kann aber schon aus Zeitgründen nicht andere Probleme als die der Patienten behandeln. Ich halte es daher für absolut notwendig, dass ein Milieuteam eine Supervision der Probleme des Milieus bekommt. Diese Supervision sollte wöchentlich stattfinden, es kann aber auch zweiwöchentlich Resultate bringen. Der Supervisor muss beruflich über dem Streit der einzelnen Berufe stehen. Es wird entweder ein Psychologe oder ein Sozialarbeiter sein und er muss in seiner Autorität als einer, der mehr weiß, von der Gruppe anerkannt werden. Solche Persönlichkeiten gibt es nirgends in großer Zahl, daher ist Milieusupervision sehr kostspielig. Dass der Leiter der Anstalt diese Supervision übernimmt ist nicht empfehlenswert, da er durch seine administrative Position in einer gleichmäßigen Einstellung zu allen vorhandenen Berufen gestört wird. Ob die Supervisoren der einzelnen Berater und Therapeuten auch an den Supervisionsstunden teilnehmen sollen, ist nicht geklärt. Theoretisch gesehen ist die Antwort ja, aber es ist noch nicht entschieden. Aus dem bisher Gesagten kann man ersehen, dass die Supervision des Milieus eine große Schwierigkeit darstellt. Wo sie fehlt, wird sie durch die Autorität des Leiters der Anstalt in der

Milieuthherapie ersetzt. Ist diese Persönlichkeit sehr stark und kompetent, geht alles scheinbar gut, geht diese Persönlichkeit weg, bricht das ganze System gewöhnlich zusammen.

Ich bin mir im klaren, daß praktisch gesehen ein ideales Milieuteam mit Supervision im Augenblick nur an wenigen Orten in der Welt existiert. Was ich hier gesagt habe, scheint mir aber für die Zukunft von großer Wichtigkeit zu sein und ich danke Ihnen, mir zugehört zu haben.

Milieutherapy As Group Work

Ernst Federn (Wien)

What we today call milieu therapy is the oldest form of psychotherapy for the mentally ill. It has been in use since the 14th century, when in Ghael, Flanders persons suffering from mental illness were housed with normal families. However, only since *Freud* showed that difficulties in very early childhood could lead to serious emotional disorders in later life, have we understood how the milieu helps people get better. In the United States milieu therapy already was practiced before World War II. It became widely recognized as a result of the work of *Bruno Bettelheim*, who used it to treat severely disturbed children at his „Orthogenic School“ in Chicago and wrote several books about it.

What is the milieu? It is a group of therapists, usually headed by a social worker but sometimes by a psychiatrist or psychologist instead. It also includes a cook, a teacher, an ergonomist and a physician. Since a milieu must care for its patients twenty-four hours a day, it must involve at least two shifts. It is important that at least half of the people in it are female. Normally, a milieu consists of two social workers, two psychiatrists, two psychologists, one cook, one ergonomist and one caretaker of the living quarters; altogether eight to nine people. One social worker should not have more than six patients under his or her care. When there are more patients, the number of therapists in the milieu must be increased. The milieu we are considering here consists of ten to twelve members, which is precisely the group about which we know more today than ever before.

A psychoanalytic group psychology has existed ever since the publication of *August Aichhorn's* book, *Wayward Youth*. *Foulkes* and *Bion* in England, *Sam Slavson*, *Fritz Redl* and some others in the United States, Italy and Germany also have made important contributions to the study of group psychology. *Michael Balint's* understanding of groups is based on psychoanalytic theory and today *Balint* groups are a common form of psychotherapy. A milieu is a special type of group, and as far as I know psychoanalytic theory has not been used to study the special problems inherent in its functioning.

Just like all other groups, a milieu contains an alpha and an omega position, that is a top position and a bottom position. Such positions are to

be found in all groups, and the fight to achieve the first position and to avoid the last position is of the greatest importance, because the resistances of patients against treatment and recovery make use of these fights.

A characteristic common to all therapeutic milieus is the conflict between various professions, particularly those between psychologists and social workers. Milieu members who are not mental health professionals, like the cook and the caretaker of the living quarters, use their relationships with the patients to compete with the professionals, either by over or underestimating these relationships. In addition to the socially conditioned conflicts, each milieu member brings his or her own personal difficulties into the milieu.

Although the members of a milieu receive supervision for the difficulties, which are encountered in the course of treating patients, few milieus have supervision for the problems, which its members encounter in their dealings with each other. But such supervision is absolutely necessary because of the reasons indicated above. It is best for such supervision to be held once a week but holding it biweekly also can be helpful. The supervisor must stand apart from the milieu, and all its members must recognize him or her as a forceful and influential personality. Supervisors with such forceful and influential personalities are not plentiful. Therefore, such supervision can prove costly. No matter how forceful the personality of the institution's director may be, it is not a good idea for he or she to assume the role of milieu supervisor. His or her administrative position makes it impossible for him or her to have an equal distance to all a milieu's members. Whether the director should participate in the milieu supervision is still undecided. Theoretically, the answer is yes, but precisely how to implement this participation is not yet known.

From all that has been said, it is clear that the supervision of the milieu presents a great problem. When it does not occur, the institution's director must resolve the problems created by its absence as best as he or she can. When he or she possesses a forceful personality and is strong and capable, everything runs well in the institution. However, when he or she leaves, the whole system usually breaks down. I am fully aware that an ideal milieu whose members receive such supervision only exists in very few places in this world. What I have said today is meant for a future when milieu therapy will be more widely recognized than it currently is as an effective method for treating ego disturbed patients. I thank you for listening.

Literatur beim Verfasser

Adresse des Autors:

Prof. Ernst Federn
Kolingasse 20/11
A-1090 Wien
Österreich

Hier und Jetzt, Übertragung und archaische Verhaltensmuster in der (therapeutischen) Gruppe**

Raymond Battegay (Basel)*

The manifold interactions in each group reflect processes between the members linked to the momentaneous situation and, on a deeper, mainly unconscious level transferences, which are reciprocally evoked by members as well as the group constellation as a whole. The behaviour patterns which become manifest in a group however, are not only result of specific individual experiences of the participants, but also of archaic patterns of human reactions, which may be released in the framework of collectives. In therapeutic groups these multiple determinants should be considered. The members should be trained to gain an insight in the complex innerpsychic as well as interactional processes, in which they are included and to undergo a social learning process.

Die (therapeutische) Gruppe mit ihren multiplen und multidimensionalen Interaktionen reaktiviert einerseits etwa vorher latente psychotische Symptome, führt aber auch das Realitätsprinzip viel stärker an die beteiligten Individuen heran als die klassische duale psychotherapeutische Situation. Dementsprechend kann ein Schizophrener/eine Schizophrene gelegentlich in einer therapeutischen Gruppe wieder akut psychotisch werden, doch dann unter Umständen erstmalig das Abwegige seiner/ihrer geäußerten Wahnvorstellungen erkennen.

(Wieder-) Aufflackern psychotischer Symptome – Realitätstest

In gemischt-diagnostischen Gruppen oder in einer Gruppe mit ausschließlich Schizophrenen, die der Autor moderierte, kam es wiederholt vor, dass Psychosekranken im Hier und Jetzt negativer Reaktionen der übrigen Gruppenmitglieder mit ihren paranoiden Äußerungen innehielten und selbst an ihren krankhaften Feststellungen zu zweifeln begannen.

Eine 1949 geborene Biologin, die vor 24 Jahren, 1977, erstmalig psychotische Symptome aufwies, hat in einer 1963 gegründeten Schizophrenengruppe, an der sie kurz nach Krankheitsbeginn teilzunehmen begann, nach vielen Jahren, in denen sie auch immer unter Neuroleptikamedikation stand und vollkommen unauffällig wirkte, am 01.02.2001, trotz Einhaltung einer neuroleptischen Erhaltungsmedikation, erstmalig wieder Zeichen einer akuten psychotischen Erregung aufgewiesen. Sie war, wie das oft bei ihr vorkam, 10 Minuten zu spät in die 1 Stunde dauernde Gruppensitzung gekommen, unterbrach bald die

* Prof. Dr. med., emeritierter Ordinarius für Psychiatrie an der Universität Basel und ehemaliger Chefarzt der Psychiatrischen Universitätspoliklinik am Kantonsspital Basel. Privatpraxis: Delsbergerallee 65, CH 4053 Basel, Schweiz

** Vortrag gehalten auf dem 13. World Congress der World Association for Dynamic Psychiatry/XXVI. Intern. Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 13.–17.3.2001 in München.

Diskussion der übrigen 7 Anwesenden (von total 12 Gruppenmitgliedern) und sagte, dass sie das älteste Mitglied eines Studentenchors sei und deshalb wohl bald daraus austreten müsse, doch tue ihr das leid, denn es befänden sich noch einige ihres Alters dabei. Auch schätze sie dessen Leiter sehr. Plötzlich erklärte sie, dass ihr die anderen im Chor zu nahe kämen.

Sie ging dann in ihrer Erregtheit dazu über zu sagen, dass ihr Vater, Professor an einer Universität, und ihre Mutter sie zum Studieren gezwungen und viel zuviel von ihr verlangt hätten. Sie habe sich aber stets in die Forderungen der Eltern eingefühlt, auch wenn diese nichts Entsprechendes gesagt hätten. Auch sie habe die Eltern wortlos zu beeinflussen vermögen. Sie sehe ebenso in der Gruppe immer wieder, was die anderen Mitglieder dächten, wie diese auch feststellten, was in ihr gedanklich vorgehe. Wiederholt wurde sie durch die anderen Gruppenmitglieder zu unterbrechen und auf ihre mangelnde Abgrenzung gegenüber den anderen sowie die damit zusammenhängenden irrationalen Vorstellungen aufmerksam zu machen versucht. Sie wiederholte indes weiter ihre Behauptungen. Nur ein teilnehmender Lehrer, der ebenfalls an einer Psychose gelitten hatte und unter einer Erhaltungstherapie mit Neuroleptika stand, zeitigte bei seinem Hinweis auf ihre ungenügende Ich-Abgrenzung mehr Wirkung auf sie. Er betonte mehrmals, es sei nicht möglich, dass sie die Gedanken anderer lesen könne. Auch interessierten sich die anderen nicht dauernd für sie und vermöchten keinesfalls ihre Gedanken zu lesen. Gegen das Ende der Sitzung wurde die Patientin ruhiger, und sie war besser in der Lage, auf die anderen einzugehen. Nach Beendigung der Sitzung begab sie sich, wie immer nach der Gruppenstunde, in aller Ruhe mit den anderen Gruppenmitgliedern für eine Stunde in ein nahe gelegenes Café, um mit ihnen weiter zusammen sein zu können.

Wenn wir zu verstehen versuchen, was in dieser Therapiegruppe vorging, müssen wir berücksichtigen, dass die Intensität des Geschehens in der therapeutischen Gruppe und die erlebte Nähe zum erwähnten Chor bei gleichzeitig erwogener Trennung von diesem bei der Patientin erstmalig nach Jahren wieder zu einer psychotischen Episode geführt haben. Zweifellos wirkte dabei die Verstärkerwirkung der Gruppe auf die Gefühle mit. Der akute Psychosenausbruch trug weiter dazu bei, dass sie keine Kontrolle über ihre Gefühle mehr gewinnen konnte. Erst die durch ihr psychotisches Verhalten aktivierten anderen Gruppenmitglieder und insbesondere der erwähnte Lehrer mit seinem energischen und repetitiven Vorhalten der realen Gegebenheiten vermochten der Kranken das Realitätsprinzip nahe zu bringen. Sie erkannte dadurch schließlich das Pathologische ihrer Annahme, dass sie und die anderen Gruppenmitglieder wie auch sie und ihre Eltern gegenseitig ihre Gedanken lesen könnten.

Es hat sich bei dieser Patientin gezeigt, dass die (therapeutische) Gruppe entweder gleichzeitig oder nacheinander einerseits als Aktivatorin unbewusster Vorgänge und andererseits als Milieu der Realitätsverstärkung wirken kann. Wäre die Patientin alleine und aus anderen Gründen von

einem akuten Psychosengeschehen überflutet worden, hätte sie dementsprechend wohl kaum so rasch die Gegebenheiten der sozialen Realität wieder erkannt. Zum Psychosenausbruch bei der Patientin in der Therapiegruppe mag ferner beigetragen haben, dass sie sich darin, wie zeitweilig gegenüber ihrer sehr dominierenden Mutter - die wir in einer früher parallel geführten Angehörigengruppe kennen gelernt hatten - in Momenten, in denen sie sich den übrigen Mitgliedern zu nahe erlebte, nicht abzugrenzen vermochte. Sie nahm dann die Gruppe wie übrigens auch den Chor als „böse Mutter“ wahr, während sie in Zeiten, in denen sie sich gegen die Mutter, den Chor und die Therapiegruppe abzugrenzen vermochte, diese je als „gute Mutter“ erlebte. Wie es von *Melanie Klein* (1946) bei Kindern beschrieben wurde, ängstigte sich die Patientin, wenn das Ich bei mangelnder Abgrenzung einen Spaltungsprozess und eine Desintegration durchmachte, von der Mutter und, in der Übertragung, von der Gruppe oder vom Chor „aufgefressen“ zu werden. In Zeiten, in denen sie zur Mutter, zum Chor und zur Gruppe die notwendige Distanz einhalten konnte und ihr Ich wieder besser zusammen hielt, vermochte sie sich ihrer „Haut“ besser zu erwehren und ihre Ich-Integrität zu bewahren.

Tschuschke (1999) betont zu Recht, dass die Gruppenpsychotherapie „neben der Familientherapie derjenige psychotherapeutische Ansatz (ist), der die interpersonelle Genese der menschlichen Persönlichkeit spezifisch nutzt, indem er sich gerade interpersonell wirksamer therapeutischer Wirkfaktoren bedient.“ Dazu kommt, dass durch die gegenseitigen emotionalen und kognitiven Einflussnahmen bisher unbewusste oder hintangehaltene Erinnerungen, Vorstellungen und Phantasien in den Vordergrund treten und somit oft als akut erlebt werden oder unbewusst auf einen oder einige Gruppenmitglieder oder die Gruppe als Ganzes übertragen werden. Diese Verstärkerwirkung der Gruppe auf die Gefühle und die etwa damit einhergehende Intensivierung der kognitiven Prozesse (*Battegay*, 1961, 2000) trägt meist zum Heilungsprozess bei den Mitgliedern bei, da sie damit Gelegenheit erhalten, unter Mithilfe der Einfälle der übrigen Beteiligten, die auf diese Weise aktivierten Probleme durchzuarbeiten.

Überich-Übertragung auf die Gruppe – ein Traum liefert den Schlüssel dazu

Oft spiegeln Träume eines Patienten/einer Patientin, der/die eben eine Überlegung oder Vorstellung vorgebracht hat, oder Träume anderer Gruppenmitglieder die Thematik in symbolisch bildlicher Weise wider, so dass einem Patienten/einer Patientin die tieferen Zusammenhänge des Vorgebrachten bewusst werden. Gleichzeitig erkennen etwa andere Beteiligte anhand der Träume von Gruppenkolleginnen und -kollegen ihre Probleme, die sich bis zu einem gewissen Grade mit ihren überschneiden. Ich nenne solche Träume „Gruppenträume“, da sie für die ganze Gruppe relevant sind (*Battegay*, 1977).

In einer Selbsterfahrungsgruppe von 9 Mitgliedern – 4 Frauen, 5 Männer, die sich in Bezug auf die Berufe aus Ärzten und Psychologen zusammensetzte, welche, mit Ausnahme einer älteren weiblichen Beteiligten, 40-55 Jahre alt waren, ergab sich in der 48. Sitzung folgende Sequenz:

Frau W.: „Was ist mit ihrer Frau, Herr K.?"

Herr K.: „Sie ist nicht daran (Lösung der Ehekrise) interessiert. Sie sagt gelegentlich, dass ich mich mehr zusammennehmen soll. – Ich war heute auch verärgert, weil Herr P. (Gruppenmitglied aus einer Nachbarstadt) heute absagte. Ich erinnere mich an einen Traumfetzen: Herr P. saß in der Mitte eines Pultes und verurteilte mich mit strengem Blick. Ich dachte: 'mein Gott, was nimmt er sich heraus!' P. vermag sich am besten durchzusetzen, dachte ich, und ich kann es nicht."

Therapeut: „Wir wissen noch recht wenig über diese Richterseite in Ihnen, Herr K."

Herr K.: „Es ist nicht recht, dass ich so leben muss. In meiner Ehe bestehen so viele Mängel, dass sie ausgesprochen werden müssen. Meine Versuche, ein außereheliches Verhältnis zu lösen, sind fruchtlos verlaufen."

Seit dieser Episode wurde in der Gruppe, die sich jeweils vierteljährlich zu je 4 Sitzungen à 2 Stunden an einem Wochenende traf, wiederholt von Partnerproblemen gesprochen. In der 56. Sitzung berichtete eine Beteiligte, die drei erwachsene Kinder hatte und sich von ihrem dem Alkohol im Übermaß zusprechendem Mann Jahre zuvor scheiden ließ, über folgenden Traum:

Frau D.: „Ich war an einem Fest bei einer Freundin. Es war eine große Sache. Ich konnte nicht rechtzeitig da sein, weil ich noch einen Berg Strümpfe waschen musste. Es war schon alles im Gang, als ich kam, und es dauerte lang, bis ich richtig dabei war. Ich fand dann aber auf dem Fest einen Partner. Dann zeichnete sich ab, dass das Fest jählings unterbrochen wurde durch drohenden Krieg. Im letzten Traumbild sehe ich mich mit dem Partner eine Straße entlang gehen. Der ganze Ort wird ins Fest einbezogen. In der Ferne, im Norden, fallen bereits die ersten Schüsse der Artillerie. Pulverwolken steigen auf. Sie sind kupferfarben. – Beim Aufwachen dachte ich, dass ich Wesentliches vom Unwesentlichen nicht unterscheiden könne."

Wie sich aus den Beiträgen von Frau D. in dieser und den weiteren Gruppensitzungen herausstellte, hat sie sich die durch sie veranlasste Scheidung von ihrem Mann noch in keiner Weise verziehen. Sie hat einen netten Partner gefunden, der den gleichen Beruf ausübt und gleich alt ist wie sie. Doch wird die Partnerschaft dadurch getrübt, dass Frau D. einem archaisch strafenden Überich ausgesetzt ist, das ihr nicht gestatten will, sich dieser eigentlich für sie passenden Partnerschaft zu erfreuen. Sie erlebte im weiteren Verlauf die Gruppe als eine Art Gericht, das über sie urteilt, wird aber von den Mitgliedern in der Auseinandersetzung mit dem Überich gestützt.

Die Problematik von Frau D. wurde, wie dargelegt, aktualisiert durch die Eheprobleme, über die Herr K. berichtete. Auch er lebte im Konflikt mit seinem Überich, das er auf Herrn P. übertrug. Bei ihm wurde also die Richtinstanz auf ein Mitglied der Gruppe verlegt, wobei er allerdings seine Ehesituation und seine außereheliche Beziehung der Gruppe vorlegte, so dass man annehmen kann, er sah die Gruppe ebenfalls als ein Gericht an. Diese Übertragung der Richter- und Gerichtsfunktion auf die Gruppe entspricht einer archaischen Angst des Menschen, durch die mitmenschliche Umgebung schlecht beurteilt oder gar verurteilt zu werden.

Der amerikanische Psychiater und Psychotherapeut *Sullivan* (1953) sagt, dass die Angst des Erwachsenen ganz allgemein oft zum Inhalt habe, durch für ihn wichtige Personen ungünstig beurteilt zu werden. Wie das von Herrn K. berichtete Traumfragment betreffend Herrn P. und der Traum von Frau D. deutlich machen, wurden beide von Ängsten erfasst. Bei Herrn K. war es die Angst vor dem in jener Gruppensitzung abwesenden und dadurch als unfassbar und noch bedrohlicher erlebten Herrn P. Bei Frau D. zeichnete sich ab, dass während eines im Traum erlebten Festes bei einer Freundin, an dem sicher eine größere Zahl von Menschen, also eine größere Gruppe, teil hatte, ein ängstiger und zerstörerischer Krieg ausbrach. Sowohl im Erleben von Herrn K. als auch von Frau D. wurde also die Gruppe angstbedingt zu einem lebensbedrohlichen Milieu. Bei beiden hatte die Angst den archaischen Inhalt, nicht mehr an der Gruppe, beziehungsweise nicht mehr am Fest des Lebens, das die Gruppe auch symbolisierte, mitwirken zu dürfen, aus ihr ausgeschlossen zu sein.

Urängste, Kränkungen und tradierte Traumata

Die erwähnten Urängste können im großen Rahmen der Geschichte und Politik verheerende Folgen zeitigen. Im eben erst vergangenen Jahrhundert wurden Genozide an den Armeniern, den Juden und den Zigeunern und Massenmorde in Angola, Bosnien, Kongo, Kosovo, Ruanda und nun, zu Beginn des 21. Jahrhunderts, in Borneo verübt. Offenbar wollen die Menschen auf einer archaischen Beziehungsebene nur Gleichartige um sich haben, um mit ihnen eine narzisstisch-fusionäre Bindung eingehen zu können und durch sie eine Erweiterung ihres Selbst zu erfahren.

Ammon (1986) spricht in diesem Zusammenhang von narzisstischer Komplizenschaft. Weicht ein Volksteil oder ein Nachbarvolk auch nur ein wenig von dieser Gleichheit ab, so werden in projektiver Identifikation (*Melanie Klein*, 1946) eigene aggressive Anteile auf das andere Volk, die andere Gruppe verlegt und dieses somit als Feind angesehen, den es zu vernichten gilt.

Die Gruppe mobilisiert also nicht nur ein reifes Interesse der Beteiligten aneinander und an anderen Kollektiven, sondern auch Urängste und wohl auch deshalb das Bedürfnis, nur Gleiche um sich haben zu wollen.

Die erwähnten Urängste sind damit auch am Ursprung des Bestrebens, nicht ganz Gleiche oder andersartige aus der Gruppe oder aus ihrer Nachbarschaft auszuschließen, auszumerzen und letztlich sogar umzubringen. Jegliche Scham geht dabei verloren, und das in einer Gruppe etwa scharf in Erscheinung tretende Überich der Beteiligten wird korrumpiert.

Auf diese Weise entstehen auch die Kriege. Dabei werden alte Niederlagen, die eine Nation, eine ethnische Gruppe erlitt, durch pathologische Nationalisten in jeder Generation im Volk immer wieder in Erinnerung gerufen. *Volkan* (1999) spricht in diesem Zusammenhang von einem „chosen trauma“ (ausgewähltem Trauma), das über die Generationen hinweg immer wieder zu Kriegen und vernichtenden Kämpfen zwischen ethnisch unterschiedlichen Gruppen führt. So wurde beispielsweise die Niederlage der Serben in der Schlacht auf dem Amselfeld im Jahre 1389 gegen die Türken in Serbien durch alle Jahrhunderte hindurch als Trauma von Generation zu Generation mythologisiert weitergegeben. Es wurde, wie *Volkan* aufzeigt, zu einem „Marker“, zu einem Kennzeichen der Serben, das ihre Identität weitgehend bestimmte. *Milosevic* und seine Parteigänger wie auch die Serbische Kirche haben dabei in den 1980er und 1990er Jahren das Trauma erneut reaktiviert und damit zu den zerstörerischen Handlungen gegen die moslemische Bevölkerung Kosovos entscheidend beigetragen.

Wiederbelebung ausgestandener Todesängste

Wiederholt habe ich an Kongressen in der Selbsterfahrung dienenden Großgruppen mit ca. 50-450 Mitgliedern erlebt, dass einige der Beteiligten misstrauisch wurden, wenn ihnen gewisse andere Mitwirkende oder gar der Moderator als fremd erschienen. Auch konnte es vorkommen, dass Mitglieder, die vor Jahren in Konzentrationslagern interniert waren, in der Großgruppe qualvolle Gefühle erlebten, wie sie sie damals durchmachen mussten. Wie *McFarlane* und *Bessel van der Kolk* (1956) feststellen, führt das langjährige Erleben eines mörderischen Verhaltens einer Nation oder einer ethnischen Gruppe bei den Opfern in prädisponierenden Situationen, zum Beispiel in einer Gruppe, oft zu einer Wiederbelebung der ausgestandenen Todesängste. Angehörigen von Völkern mit einer Vergangenheit und/oder Gegenwart, in der sie Minderheiten verfolgten/verfolgen, neigen hingegen dazu, ihre Verbrechen zu negieren und/oder zu verdrängen.

An einem Internationalen Seminar für Sozialarbeiter in der Therapie Suchtkranker, veranstaltet durch die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren und den Deutschen Caritasverband sowie den International Council on Alcohol and Addictions mit Sitz in Lausanne, Schweiz (*Zeit*, 1973), hatte der Autor, unter anderen Verpflichtungen, eine Selbsterfahrungsgruppe mit ungefähr 50 Personen, hauptsächlich Sozialarbeitern

und einigen Ärzten aus verschiedenen Ländern zu leiten. Die Gruppe dauerte nur während einiger Stunden an, das heißt so lange der Kongress dauerte. Nachdem der Gruppenmoderator mitgeteilt hatte, wer er ist und was er sich als Ziel und Zweck der Gruppe vorstellt, sagte ein schwarzhaariger Mann von ca. 30 Jahren: „Wie ist es möglich, hier offen zu sprechen, wenn Sie (der Leiter) anwesend sind“. Der Gruppenleiter fragte dann, weshalb dieser Mann denke, dass hier ein freier Austausch von Meinungen nicht möglich sei. Dieser antwortete: „Weil ich ein Saudi bin und Sie ein Jude sind“. Darauf antwortete der Moderator: „Ich kann ihre Angst nicht verstehen, denn für die Juden sind die Araber nahe Verwandte. Sie haben zum Beispiel in Spanien, manche Jahrhunderte in guten Beziehungen zusammen gelebt.“

Plötzlich begann in der Folge ein etwa 60 Jahre alter koreanischer Arzt zu sprechen. Er sagte, dass er während des 2. Weltkrieges Häftling in einem japanischen Konzentrationslager und mit vielen anderen Gefangenen zusammen in einem kleinen Raum eingepfercht gewesen sei. Die Häftlinge seien so nahe beieinander gestanden, dass sie sich nicht hätten zu bewegen vermögen. Sitzen sei ihnen ohnehin verboten gewesen. Auch hätten sie keine Toiletten zur Verfügung gehabt, und sie seien stets unfreiwillig aneinander gestoßen. Es sei ein Kampf um das Überleben gewesen. Viele Häftlinge seien gestorben. Dieser Arzt sagte danach, dass er zum ersten Mal, seitdem er nach dem Ende des 2. Weltkrieges aus dem Konzentrationslager entlassen worden sei, es gewagt habe, an einer Experimentiergruppe teilzunehmen, denn er habe immer befürchtet, dass in einem solchen Milieu alle mit dem Konzentrationslager zusammenhängenden Reminiszenzen wiederbelebt würden. Und tatsächlich wurden, wie erwähnt, die alten, schmerzlichen, Angst erregenden Erlebnisse in der Selbsterfahrungsgruppe reaktiviert. Die Gruppenmitglieder und der Leiter waren sichtlich emotional bewegt durch seinen Erlebensbericht aus dem Konzentrationslager. Sie zeigten ihm ihr Mitgefühl.

Es war für alle Beteiligten der Gruppe offensichtlich, dass das Erfahren einer solchen archaischen Destruktivität, die aus einer projektiven Identifikation eines Volkes kommt, welches in das Territorium eines Nachbarvolkes einbricht, von den Opfern nie vergessen werden kann.

In prädisponierenden Gruppensituationen, die die Überlebenden in irgend einer Weise an die traumatisierende Erfahrung erinnern, kommt es also leicht zu der erwähnten Reaktivierung der ursprünglichen Schreckenssituation. Wie von Japan bekannt ist und wie ich aus Selbsterfahrungsgruppen mit vorwiegend aus Deutschland stammenden Ärzten und Psychologen weiß, die ich jeweils viermal pro Jahr an einem Wochenende, meist in Basel, führte, und die dann für vier bis fünf Sitzungen à je 2 Stunden zusammenkamen, neigen Menschen der Täternation, selbst wenn sie als Soldaten die begangenen Greuelthaten nur zufällig mit ansehen mussten, ihr Wissen zu verdrängen. Es kommt höchstens in Träumen, über die sie in einer Gruppe berichten, in verschlüsselter Form zum Vorschein,

wobei das Geträumte oft auch darauf hinweist, dass die Wahrheit nicht zur Kenntnis genommen werden möchte. So berichtete beispielsweise ein 65-jähriger Arzt, dass er im Traum mit seiner Frau eine Arche gebaut habe, offensichtlich um der schwer zu verarbeiteten historischen Realität in diese entfliehen zu können.

Hoffnungen für die Zukunft

Die Anfälligkeit der Menschen zu narzisstisch-fusionärem Einbezug der als gleich Erlebten in ihr Weltbild und zum Ausschluss der anderen aus der Eigengruppe oder aus der Mitmenschlichkeit durch projektive Identifikation und die damit einhergehende Verlegung der eigenen Aggressivität auf eine als fremd erlebte Gruppe oder Nation, wird wohl für die Menschheit immer ein Gefahrenquell bleiben. Besonders in ökonomischen Krisenzeiten wird die Tendenz zu einem Rückfall auf diese archaischen Beziehungsmuster bestehen. Deshalb ist die beste Prophylaxe eines solchen Rezidivs nicht etwa die Propagation eines blinden Friedensoptimismus für die Zukunft, sondern die Prävention dieser möglichen Regression auf die archaischen Beziehungsmuster durch Aufklärung der Heranwachsenden in den Schulen und entsprechende Orientierung auch der Erwachsenen.

Linus C. Pauling, der 1954 den Nobel-Preis für Chemie und 1962 den Friedens-Nobel-Preis erhielt, hat als einziger Träger dieses Preises nicht einfach Friedensforderungen verkündet, sondern anlässlich der Ehrung seiner Friedensbemühungen im Jahre 1962 auf diese Gefährdung des Menschen durch Rückfall auf archaische Verhaltensmuster hingewiesen (*Abrams*, 1990). Er sagte dabei unter anderem Folgendes:

„Nun sind wir gezwungen, diese Überreste prähistorischer Barbarei, diesen Fluch der menschlichen Rasse, für immer vom Angesicht der Erde zu entfernen. Wir haben das Privileg, in einer aussergewöhnlichen Zeit zu leben, in einer einzigartigen Epoche der Weltgeschichte, der Epoche, der die Grenzlinie zwischen Jahrtausenden des Leidens und der Kriege und einer Zukunft in Frieden, Gerechtigkeit, Anstand und Wohlergehen zieht. Wir sind privilegiert, denn wir haben die Gelegenheit, zur Abschaffung des Krieges und seiner Ablösung durch das Weltgesetz beizutragen...“

Zusammenfassung

Die (therapeutische) Gruppe übt eine aktivierende Wirkung auf das Unbewusste aus und vermittelt zugleich ein Milieu, das die soziale Realität an die Beteiligten heranträgt. Entsprechend ist darin eine Reaktivierung psychotischen Erlebens wie auch ein erstmaliges Erkennen des Abwegigen von Wahnerlebnissen möglich. Auf die Gruppe wird nicht selten die Überich-Instanz übertragen. Dabei kann ein gruppenrelevanter Traum (ein „Gruppentraum“) den symbolischen Schlüssel dazu liefern. Urängste, die die Mitglieder von Klein- und Großgruppen ergreifen, bedingen es, dass

archaische Muster der Objektbeziehungen sich entwickeln und mit den Angehörigen der Eigengruppe eine narzisstisch-fusionäre Beziehung entsteht, während in der Fremdgruppe in projektiver Identifikation eigene Aggressionen gesehen und bekämpft werden. In Konzentrationslagern ausgestandene Todesängste werden von den Opfern in Gruppen oft wieder erlebt, während bei den Tätern und/oder Mitwissern in Kollektivsituationen Verdrängungsprozesse zum Negieren von Greuelthaten führen, wobei allerdings damit zusammenhängende Träume in verdeckter Weise darauf hin deuten können. Regressionen in den Gruppen und Völkern auf die erwähnten archaischen Beziehungsmuster sind in Krisensituationen immer möglich. Daher müssen bereits die Heranwachsenden in den Schulen auf die damit zusammenhängenden Gefahren aufmerksam gemacht und die Erwachsenen, wo und wann auch immer, stets aufs Neue darauf hingewiesen werden.

Here and Now, Transference and Archaic Behaviour Patterns in the (Therapeutic) Group.

Raymond Battegay (Basel)

The (therapeutic) group has an activating effect on the unconscious while at the same time confronting the members with social reality. Accordingly, in the group a reactivation of a psychosis is possible as well as a recognition of the delusions as not corresponding to reality. Not seldom does a super-ego transference onto group develop. A dream relevant to the group (a „group dream“) may deliver the symbolic key for that. Archaic anxieties may seize the members of both small and large groups. They lie at the origin of the development of archaic patterns of object relations as a narcissistic-fusional relationship with the members of the own group and a projective identification onto the foreign group with which own aggressions are seen and fought in others. The terror experienced in concentration camps is often revived in groups, whereas the perpetrators there or who are aware of their acts, tend in group situations toward processes of repression and denial of the acts. Regression in groups and peoples to these archaic patterns of object relations in crises situations is always possible. Thus even children and adolescents but also adults, should be directed to the dangers linked with it.

Literatur

- Abrams, I.* (Hrsg., 1990): *Worte für die eine Welt. Aus den Reden der Friedensnobelpreisträger.* (Herder, Freiburg i.Br./Basel/Wien)
- Ammon, G.* (1986): *Der mehrdimensionale Mensch* (Pinel-Verlag, München)
- Battegay, R.* (1961): *Die Verstärkerwirkung der therapeutischen Gruppe* 6, 9-13
- (1977): *The Group Dream*, in Wolberg, L.R., Aronson, M.L., Wolberg Arlene R. (Hrsg.) (Stratton Intercontinental Medical Book Corporation, New York)

- (2000): Die Gruppe als Schicksal. Gruppenpsychotherapeutische Theorie und Praxis (Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen)
- Klein, Melanie* (1946): Notes on Some Schizoid Mechanisms, Int. J. Psycho-Anal. 27, 99-110, 1962. Deutsch: Bemerkungen über einige schizoide Mechanismen. In *Melanie Klein: Das Seelenleben des Kleinkindes*, Beiheft zur „Psyche“, herausgegeben von *Hans A. Thorner* (London, Ernst Klett, Stuttgart 1962)
- McFarlane, A. C., Van der Kolk, Bessel A.* (1996): Trauma and its Challenge to Society. In: *Van der Kolk, Bessel A., McFarlane, A. C., Weisaeth, L.* (Eds,) 1966: (Gilford Press, New York)
- Pauling, L.*(1962), in *Abrams, I.* (Hrsg.,1990). Worte für die eine Welt. Aus den Reden der Friedensnobelpreisträger, Seite 63 (Herder, Freiburg i.Br./Basel/Wien)
- Sullivan, H.St.* (1953): The Interpersonal Theory of Psychiatry. (New York: Norton)
- Tschuschke V.* (1999): Gruppenpsychotherapie – die „dritte Säule“ der psychotherapeutischen Versorgung. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 35, 114-144
- Volkan, V.* (1999): The Tree Model: A Comprehensive Psychopolitical Approach to Unofficial Diplomacy and the Reduction of Ethnic Tension. *Mind and Human Interaction. Windows Between History, Culture, Politics, and Psychoanalysis.* Vol.10, Nr. 3 (Madison/Connecticut: International Universities Press)
- Zeit, H.* (Hrsg., 1973): Sozialarbeit und Suchterkrankung (Lambertus, Freiburg i.Br.)

Adresse des Autors:

Prof. Dr. Raymond Battegay
 Delsberger Allee 65
 CH-4053 Basel
 Schweiz

Psychiatry and Pharma Industry: Ethical Issues of a Strange Relationship**

Béla Buda (Budapest)*

Psychopharmacology is presently dominating psychiatry and its influence has both beneficial and problematic influences. It is beneficial, that there are scientific informations available for everybody in unprecedented quantity, detail and practical utility. It is again beneficial, that pharma industry supports congresses, postgraduate medical education and travels of well-known presenters as well as participants to scientific meetings. This activity of pharma industry is lowering the former difference between the professional perspectives of doctors of western and Eastern countries. There are, however, also problems and issues of serious concern. The big economic power of pharma industry gives advantage to biological research over psychological and especially psychotherapeutical studies. Biological research results are spread over through the world with efficacy by congresses, special meetings, sponsored books and periodicals, nowadays by financially supported electronic means of communication. Doctors are made interested to use and to promote drugs in their treatment practice by different financial means. Valuable gifts, high sum payments for lectures and lavish trips to abroad (sometimes including spouses, children or even partners) raise concern all over the world. In the post-communist and third-world countries, where salaries in psychiatry are low, the gifts and travel opportunities amount to bribery and corruption. The paper tries to deal with these issues with a systematic way and gives account of the usages in post-communist countries and suggests solutions for the problems. Psychotherapy has to cope with these problems and it can do it only relying upon such allies as clinical psychologists, social workers, users' and carers' associations, self help groups and last but not least turning to public opinion and to the media.

In the last decades medicine has been increasingly taken over by industry. Especially pharmacological industry is exerting a growing influence in respect of research, scientific publications, graduate and postgraduate education and patient care. Pharmacological industry interests are so heavily represented that concern has been voiced in important medical journals (e.g. *Angell*, 2000.). The situation in psychiatry, many experts assert, is even worse. Theory and practice are dominated there by biological psychiatry and every disorder is conceptualized as neuro-biological or biochemical imbalance, where proper therapy is considered if this imbalance is eliminated by chemical means (or physical therapies eliciting curative or beneficial substance production in the brain, like ECT is supposed). Different therapies such as psycho- or sociotherapies are labeled unscientific, because their effects have not been empirically demonstrated by randomized, double-blind clinical trials (against control groups treated by placebo or psychopharmacons), i.e. are not evidence-based.

- * Prof. M.D., Psychiatrist, Vice-President of the World Association for Dynamic Psychiatry, Vice-President of the Hungarian Psychiatric Society, Vice-Director at the institute of Behavioural Sciences of Semmelweis Medical University of Psychotherapeutic Services and Chairman of the Department for Communication and Medical Anthropology
- ** Paper presented at the 13th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry (WADP) / XXVth Internat. Symposium for the German Academy for Psychoanalysis (DAP), March 13–17, 2001, University Munich

Officially psycho- and sociotherapies are acknowledged as legitimate means of treatment and subjects of research and there are nice catchwords in currency such as „comprehensive” psychiatry or „biopsychosocial model”, and nowadays leading psychiatrists often console their psychotherapist colleagues that new biological psychiatric research (e.g. new imaging techniques like PET and SPECT) show that psychotherapy can produce the same beneficial endogenous substances in specific brain structures which are supplied, metabolized or activated by psychopharmacological drugs (and therefore psychotherapy can be scientifically legitimated – in the future ...), psychotherapy is practically pushed out from psychiatry and survives mainly as adjunct or adjuvant therapy, and increasingly restricted from health insurance coverage, especially in countries where managed care is dominant.

Research and practice have proven that psychotherapy and pharmacotherapy can be used concurrently in a meaningful, coordinated way (e.g. *Karasu*, 1982, *Goldhamer*, 1983, *Stone*, *Rodernhouster*, *Markart*, 1991, *Salvendy*, *Joffe*, 1991, *Barlow*, *Gorman*, *Shear*, *Woods*, 2000, etc.) and community care and community integration of chronically mentally ill persons are successfully accomplished psycho- and sociotherapy (now increasingly by psychoeducation techniques as well) (e.g. *Matakas*, 1992, *Mosher*, *Burti*, 1994, etc.), the prevailing biological thinking is interested only in biochemical processes of illness and treatment. This is problematic for dynamic psychiatry, such as the Berlin school of psychoanalysis and psychiatry conceived by *Günter Ammon*, which regards major psychiatric disorders as structural, developmental pathology of ego and identity and which tries to motivate, restore and reshape processes of personal growth and problem solution and identity formation (*Ammon*, 1979, 1980, 1982, 1986, 1993, etc.) and which is now the theoretical basis of a systemic in- and outpatient practice spread over to many countries (represented in the World Association of Dynamic Psychiatry).

The dominance of biological thinking and practice raises concern in many contemporary criticism, mainly of the American psychiatric scene and the widespread use of SSRIs such as Prozac (*Kramer*, 1993, *Caplan*, 1995, *Healy*, 1997, *Parsons*, 1998, *Fee*, 1999, etc.), and Viagra and other chemical means of enhancing sexual functions bring the concerns further as well in experts as in public mind.

Since pharma industry has enormous economic and political power, and the one-sided biological practice yields great power to psychiatry in academic and research institutions, there is no hope of change for the subsequent years. Academic psychiatry has been always exclusively biological, as a recent historical survey showed it to me (*Buda*, 2001), by such examples as the total lack of psychogenesis in classical mainstream theories (e.g. *Kraepelin* accepted „exogenous” causal factors only in biological forms, like toxins or chemical substances reaching the brain; or the case of *Freud* who never ceased to believe in genetic and other biological

bases of diseases – expressed in his model of „Ergänzungsreihe” - and whose dictum, that psychotherapy is only reasonable until diseases can't be cured by medicines, is so frequently quoted today by biological psychiatrists...), and this is only reinforced and strengthened by the new drugs very successfully marketed, heralding the advent of a decade of the brain, the era of psychopharmacology, or the „antidepressant era” (Healy, 1997).

In this situation ethics seems to be the field where the problem can be discussed and solution can be looked for and recommended. Interestingly, the media is more sensitive to the ethical issues connected with the predominance of biological psychiatry than the public opinion of the professions concerned (probably inhibited by existential and scientific interests tied to industry relationships). In the early 2001 the Washington Post published a report about aggressive marketing and clinical trial practices of international pharmaceutical companies in Eastern European countries, pointing out many anomalies. The low salaries of doctors in these countries make them dependent from the incomes stemming from participation at clinical trials. The companies' wide profit margins make psychiatric care increasingly expensive for these economically weak countries. Psychiatrists get luxurious travel opportunities, in many cases in direct return for prescribing the companies' product (the companies, obviously, have access to sales records and other documentations of the pharmacies). Professional organizations are as well dependent from the industry in these countries because only the money of pharmaceutical companies makes organizational activities (conferences, publications, etc.) possible. Psychiatrists, thus, are involved in lobbying for the firms (product licencing, prescription conditions, indications, cost coverage from the part of health insurance systems or companies, etc.). The financial supports and contracts, usually kept secret, permeate the profession, constitute reinforcements for existing power structures in the profession, mean a lot of vested interest in biological psychiatry and often create a climate of corruption, or at least, are contributing to a suspicion of such a climate in general public.

Since the main companies are there in the most Eastern European countries, and compete with each other in influencing the market (e.g. in Hungary seven major SSRI preparates are heavily advertized and pushed by seven international companies), psychiatrists rationalize their compliance with the firms and their low threshold of resistance against gifts and travel offers of the companies that they remain impartial and follow only professional guidelines in using the different drugs. The low salaries and income opportunities are also mentioned as a reason of close connections with the pharmaceutical firms, as well as the general underfinancing of psychiatric services and the unfavorable position of psychiatry in the power hierarchy and bargaining position in the health care system. Formerly Eastern European countries were participating at several „dirty grants” operations, e.g. blood and cerebrospinal fluid could be gained more easily

there for research purposes from psychiatric patients because of the more lax human rights situation, but nowadays strict human rights laws are operating in most countries which protect patients. However, as the above mentioned Washington Post series has implied, informed consent rules in regard of participating in clinical trials are not taken always and everywhere in this region seriously enough. The ethically unregulated situation is unfavourable, because it makes similar allegations possible and this might be detrimental as well for the international prestige of some countries and their psychiatric professions, as for the confidence of patients and relatives in the respective countries.

The role and the involvement of pharmaceutical industry in psychiatry merit, thus, closer scrutiny.

Without doubts, there are positive effects of the presence and financial involvement of pharmaceutical industry in psychiatry.

These benefits, if they exist, don't need further comments, except the stress that professional organizations should exert pressures to maximize these beneficial manifestations of industrial interests, in an impartial way,

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Availability of New Drugs – as well as older ones – market economy concerning psychopharmacological products - Uptodate and Detailed information about molecules, effects, side-effects and interactions, indications, etc. - Advanced systems of monitoring of side-effects - Promoting better standards of care (good clinical practice, diagnostic and treatment protocols, auditing, quality assessment, etc.) - Postgraduate education about drugs and pharmaceutical treatment regimes - Access to CME courses, local conferences and congresses as well as international ones (APA, WPA, INPC, etc.) – practically for every psychiatrists - Help in search for and in provision of professional literature - Involvement in research (especially 3. and 4. phases) of new drug effects – for many psychiatrists - Financial support of <ul style="list-style-type: none"> o research (basic and applied) o graduate teaching of psychiatry o postgraduate education o professional organizations, activity, communication, meetings, etc. o local and national conferences and congresses o patient education & mental health promotion (e.g. national mental health days and weeks, special programs, etc.) o outpatient services, liaison services, consultations, psycho-education programs, community care projects, etc. o young psychiatrists by research & travel grants o patients', relatives' & parents' organizations, meeting, communication, etc. |
|--|

Table 1: Advantages of the Involvement of the Pharmaceutical Industry in Psychiatry

strictly for the sake of the profession itself and for the improvement of psychiatric care and rehabilitation (if possible, no string attached from the part of the pharmaceutical companies).

Unfortunately, there are a lot of „side-effects” in the industrial involvement.

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - The dominance of biological thinking concerning illness, treatment and recovery - Promotion of biological thinking in public opinion in general and in patients and relatives in particular - Fostering a „chemical culture” in relation of mood, conscience and behavior - Emergence of new forms of chemical dependency - Devaluation (denial) of personal control over psychic processes in respect of autonomy, self-efficacy, mastery, resilience, etc. - Hidden pressures towards conformity, adaptation, compliance - Promotion of (biological) medicalization and psychiatrialization of deviances and problematic issues of identity - Overextension of some nosological categories (e.g. depression) - Counteracting and repressing psychological culture in public mind (and indirectly strengthening irrational way of thinking, e.g. alternative medicine, new age mentality, sects, etc.) - Pushing out psychotherapy from medicine and psychiatric care - Overshadowing or starving research in psychological etiology, pathogenesis and therapy of mental disorders - Leaving out standards of psychological therapy and care from clinical protocols and quality control - Supporting rigid power structures and hierarchies in psychiatric institutions - Hidden incentives to use (particular) drugs in practice - Hidden influences in professional organizations in order to support drug therapy and insurance claims - Contributing to a climate of corruption in psychiatry (especially in the postcommunist and developing countries, e.g. „dirty grants”) |
|--|

Table 2: The Negative Sides of the Overwhelming Influence of the Pharmaceutical Industry in Psychiatry

Some of these are very obvious and disturbing in some countries, while most of them remain hidden or subtle. Changes in the professional thinking or in public opinion belong, in general, to globalization trends and are more expressed in the industrially developed countries and reach the third World or the postcommunist countries later, and their dysfunctional character becomes obvious only there. E.g. psychotherapy’s position is not bad in the advanced western countries because of the long tradition of the privatisation of services, heavy involvement of charity organizations, strong pressure groups of therapists (and different professional groups, such as clinical

Table 1: Advantages of the Involvement of the Pharmaceutical Industry in Psychiatry

institutions as they are in the postcommunist countries. Public opinion is also more resistant to the influence of biological thinking in Western countries, while psychology has been repressed and underdeveloped in the countries formerly belonging to Soviet Union or to the communist block. Industrial involvement in professional activities is, in general, better regulated in Western countries both legally and ethically and therefore some manifestations don't happen there or are more disguised and subtle. In many developing countries and in countries of NIS economic difficulties don't permit the import of the expensive new drugs and this is detrimental to patients and to psychiatry, and in contrast of this minor problems with industrial involvement don't seem so important.

- neglect of important clinical research areas
- indoctrination effects in graduate and postgraduate teaching of psychiatry
- ideological functions of some scientific premises e.g.
 - o organic (biochemical, immunological, neuroanatomic) correlates of mental symptoms and diseases as causal factors or proofs of organic etiology
 - o dogmatization of nosological categories (barriers against their critical research and reformulation)
 - o nonbiological (psychotherapeutic) treatment methods as inappropriate (ineffective) forms of therapy
 - o psychiatric genetics as source of ultimate truth (neglect of serious logical and methodological problems in research and data interpretation of genetics and discouragement of any criticism in this respect)
 - o equation of mental health with psychiatric diagnoses and proper (long-term) pharmaceutical treatment
 - o public health approach in psychiatry = diagnoses + drugs
 - o neglect of prevention and mental health promotion in conceptualization of mental health
 - o reducing social and psychological problems to simple stress factors
 - o neglecting socialization, development and growth aspects in mental health and disease
- neglect of research in placebo effect (and the effects of suggestion, doctor-patient relationship and other „metapharmacological” factors in therapy, influencing outcomes of treatment and prognosis of disorders), e.g. neglect of „active placebo” issue, etc.
- uneasiness in approaching important issues of present-day psychiatry – e.g. poverty, inequity, minorities, culture, women, gay & lesbian issues, etc.
- overextension of explanatory power of such concepts as comorbidity, dual or multiple diagnosis, etc.
- neglect of research in biopsychological positive feedback processes in acute illness, relapses and exacerbation (e.g. the role of abuse of culturally permitted chemical substances, such as alcohol, nicotine, coffee, theobromine, etc.), medical drugs (analgetics, sleeping pills, etc.) and behavioral manifestations (sleep deprivation, overexercise, eating anomalies, abnormal forms of stimulus seeking etc.)

Table 3: Scientific Damages of Psychiatry in Consequence of Heavy (Business & Marketing) Involvement of Pharmaceutical Industry

According to my opinion, the present high profile of psychopharmacology and the dominance of biological approaches in psychiatry cause a lot of scientific damages which will influence research and practice on the long run in a detrimental way.

All these negative effects sum up in weakening the position of psychotherapy and sociotherapy in the psychiatric care and also the position of psychosocial prevention and up-to-date mental health promotion. An overall process of biological ideologization seems to be going on, which tend to make some mainstream theoretical theses, which should be issues of research and criticism, dogmas and taboos, such as the present nosological categories (DSM-IV, ICD-10, etc.), the biological disorder theory of psychiatric diseases, the genetic determination of vulnerability (even in case of addictions or suicide), etc. Some important issues are neglected topics in research, e.g. the role of trauma and psychological vulnerability factors, such as developmental phases and transitions, the self-initiated behavioral processes of self-damage or stress, e.g. eating and sleeping excesses or deficits, excess in self-stimulation, fatigue, consumption of chemical substances, e.g. coffee, etc. in outbreak of symptoms, decompensations or relapses, etc. Placebo response is a key issue also for psychopharmacology, nevertheless the phenomenon is not researched enough or psychological researches concerning its effects are neglected in or even excluded from mainstream psychiatry. New investigations show that response expectancy sets are very strong mechanisms in behavior which act in forms of automaticity and contribute to placebo responses if the placebo used is not an inert substance but has some effects upon perception (active placebo). Active placebos elevate the placebo effects and bring them very close to the effects of some psychopharmaca, such as antidepressants (*Kirsch, Lynn, 1999, Kirsch, 1999, Andrews, 2001, etc.*). The importance of the issue lies again in the possibility of empirical proof of psychotherapeutic effects in the dominant biological concepts, similarly to the above mentioned biological evidence of „therapeutic” substance releasing effects of psychological influences - discoveries which enable biological psychiatrists to consider psychotherapy scientific, being the „gate-keepers” of science. Turning back to psychiatric or behavioral genetics, there is a lot of methodological problems in twin studies, nevertheless, critical thinking here is not regarded appropriate in psychiatry and important publications in other fields (e.g. *Maccoby, 2000.*) are not payed proper attention.

Examples could be mentioned in great number. But it is obvious that at the moment the influence of pharmacological industry makes psychiatry one-sided and reinforces the rule of biological thinking and practice in it. This is not acceptable neither scientifically, nor ethically. Non-pharmacological psychiatry and the long tradition of psychotherapy and sociotherapy would need protection and ethics should be asked for help in this situation. It should help to reestablish critical approaches, free

discussion, protection of psychological values and personal autonomy to overcome symptoms and illnesses in behavior and experience by psychic growth, insight, and psychological change.

Some of the ethical stances and measures to support non-pharmacological or non-biological (at least not exclusively biological) psychiatry are enumerated in Table 4.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Making industry involvement transparent – on every level – from scientific and practice support, subsidy and grant, through publication and travel support, to personal affiliations to organizations and groups representing industry interests - Policy of special support of research in psychosocial issues of psychiatry and in psychotherapy by academic and scientific bodies - Firm stances of professional organizations concerning ethical standards of industry involvement (clear standards of conditions of accepting financial support and grants for costs, congresses or research, of advertisement, and for product promotion and PR relationships) - Ethical control committees in professional organization - High level discussions of ethical and practical problems between leading professionals and health insurance companies - Encouragement of professional and public discussion and debates and of critical thinking concerning the influences of the pharma industry - Support of formulations of needs, interests and objections of users and carers concerning drug treatment and maintenance regimes - Informing the public about ethical discussions, standards and violations of norms and about measures taken in consequences of problems - Clear ethical standards for individual psychiatrists concerning their cooperation with industry, marketing groups and company representants (e.g. accepting travels, grants, gifts, disclosing treatment informations, etc.) |
|---|

Table 4: Ethical Recommendations in Relation of Psychiatry Concerning Pharmacological Industry

These steps to be taken are clearly not miracle cures, but they could contribute to slowing down of some dangerous trends in the present-day psychiatry and to start some new trends of discussions and debates and protection of psychotherapy, which is very important and necessary for the psychiatric patients as well as for public health and for the healthy development of psychiatry.

Psychiatrie und Pharmaindustrie – eine seltsame Beziehung

Béla Buda (Budapest)

In den letzten Jahrzehnten erweiterte die Pharmaindustrie immer stärker ihren Einfluss in der Medizin, sowohl in der Forschung, in Publikationen, in der Grund- und weiterführenden Ausbildung von Medizinern sowie auch in der Patientenbetreuung. Dabei zeigen sich diese Phänomene besonders stark in der Psychiatrie, in der sowohl Theorie als auch Praxis von der biologischen Psychiatrie dominiert werden. Jede Störung wird neurobiologisch oder biochemisch verstanden und behandelt.

Psycho- und Sozialtherapie werden dagegen als unwissenschaftlich abgestempelt, weil deren Effekte nicht empirisch nachgewiesen werden, etwa in Doppel-Blindversuchen u.ä. Psychotherapie ist praktisch nur noch ein Anhängsel, der biologischen Vorgehensweise untergeordnet. Außerdem wird deren Kostenerstattung von den Krankenkassen immer mehr beschnitten.

Dabei haben Forschung und Praxis belegt (z.B. *Karasu* 1982, *Goldhamer* 1983, *Stone, Roudernhouer, Markart* 1991, *Salvendy, Joffe* 1991, *Barlow, Gorman, Shear, Woods* 2000 u.a.), dass Psychotherapie und Psychopharmakologie in einer sinnvollen Weise koordiniert werden können. Auch die Krankenversorgung und die Integration chronisch psychisch kranker Patienten in die Gemeinde hat Psycho- und Soziotherapie erfolgreich anwenden können.

Die biologische Sichtweise ist ganz besonders problematisch für ein dynamisches Verständnis der Krankheit, wie es etwa die Berliner Schule von *G. Ammon* besitzt, die psychiatrische Störungen als strukturelle und entwicklungsbedingte Pathologie von Ich und Identität versteht und versucht, Prozesse persönlichen Wachstums in Gang zu setzen.,

Die Dominanz biologischen Denkens, auch der verbreitete Gebrauch von Medikamenten wie Prozac und Viagra führen in psychiatrischen Kreisen, aber auch in der Öffentlichkeit zu Besorgnis. Der Autor sieht für die kommende Zeit keine Veränderung der kritisierten Sichtweise, denn nach seiner Ansicht hat die Pharmaindustrie zu viel Macht, sowohl ökonomisch wie auch politisch. Es kommt hinzu, dass die akademische Psychiatrie schon immer eher biologisch orientiert war, selbst *Freud* glaubte an genetische und andere biologische Ursachen psychischer Erkrankungen, was er in seinem Modell der „Ergänzungsreihe“ ausdrückte.

In dieser Situation ist nach Meinung des Autors die Ethik das Feld, in dem diese Fragen diskutiert und gelöst werden können, unterstützt von einer Presse, die auch sensibel reagiert.

Anfang 2001 hat die *Washington Post* auf die aggressive Vermarktung von Psychopharmaka in osteuropäischen Ländern aufmerksam gemacht. In entsprechenden Ländern mit niedrigen Arztgehältern besteht die Gefahr, dass zusätzliches Einkommen durch Teilnahme an klinischen Versuchen von Pharmafirmen geschaffen werden. Es gibt Geld für luxuriöse Reisen,

Teilnahme an Kongressen usw. mit der Bedingung, ganz bestimmte Medikamente zu verordnen.

Auch Organisationen, die mit psychisch Kranken befasst sind, werden abhängig von Pharmafirmen, die ihnen Kongresse, Publikationen u.ä. finanzieren. Die Psychiatrie wird so zur Lobby der Pharmaindustrie. Dabei werden deren Verbindungen geheim gehalten, es entsteht ein Klima von Verdacht auf Korruption. Die Pharmafirmen konkurrieren hart miteinander, so gibt es etwa in Ungarn sieben SSRI-Präparate von sieben verschiedenen internationalen Firmen.

Zwar werden die Menschenrechte in den osteuropäischen Ländern nach der Wende nicht mehr so lax gehandhabt, dennoch, so die *Washington Post*, werden Regeln, etwa die des *informed consent* zu wenig beachtet. Somit wird das Prestige der entsprechenden Länder beschädigt, aber auch – was schwerer wiegt – das Vertrauen der Patienten und ihrer Angehörigen untergraben.

Der Autor zeigt indessen auch eine ganze Reihe von Vorteilen des Engagements von Pharmafirmen (Tabelle 1) wie bessere Information, besseren Standard hinsichtlich Diagnostik und Behandlung, Zugang zu internationalen Kongressen, bessere Ausbildung u.ä.

In diesem Sinne fordert der Autor, dass der Einfluss der Pharmaindustrie nur für die Sache selber, d.h. für die Verbesserung von psychiatrischer Versorgung und Rehabilitation, reichen solle.

Er betont noch einmal, dass die Lage in den osteuropäischen Ländern schlechter sei. Im Westen ist nach seiner Meinung die Stellung der Psychotherapie besser und unabhängiger (durch Privatisierung, Engagement von Wohltätigkeitsgruppen, Stärke von Interessentengruppen wie Therapeuten und anderen Berufsgruppen usw.) Auch die öffentliche Meinung hält er in den westlichen Ländern für weniger anfällig für das biologische Denken. In den östlichen Ländern waren Psychologie und Psychotherapie in der Sowjetära unterdrückt und blieben daher unterentwickelt. Gerade in diesen Ländern führt die Dominanz des biologischen Ansatzes zu schädlichen Wirkungen (Tabelle 3) mit Vernachlässigung wichtiger klinischer Forschung, Indoktrinierung in der Ausbildung von Psychiatern, Vernachlässigung in der Forschung von Placeboeffekten, Unbehagen, sich mit Themen wie Armut, Ungleichheit, Minoritäten, Frauen, Homosexualität u.a. zu beschäftigen, ferner Überbetonung von Konzepten wie Komorbidität, multiplen Diagnosen, Vernachlässigung von Forschung in biopsychologisch positiven feedback-Prozessen in der akuten Erkrankung, bei Rückfällen und Exazerbation (etwa auch die Rolle von Missbrauch kulturell erlaubter Substanzen wie Alkohol, Nikotin, Koffein, Analgetika, Schlaftabletten und entsprechende Verhaltensmanifestationen wie Essstörungen, Sucht).

Nach Meinung *Budas* schwächen diese Effekte die Position von Psycho- und Soziotherapie und der psychosozialen Vorsorge. Die allgemeine biologische Ideologisierung schafft Tabus und Dogmen, wozu nach Meinung des Autors auch die derzeitigen nosologischen Kategorien (DSM-IV, ICD-10 usw. gehören).

In der Forschung werden dagegen wichtige Themen vernachlässigt, etwa die Rolle von Träumen, die Bedeutung der Vulnerabilität u.a. Der Autor hält es für unakzeptabel, dass die Pharmaindustrie einen solchen Einfluss hat und damit Psychiatrie ohne Medikamente sowie die lange Tradition von Psychotherapie und Soziotherapie ohne Schutz seien.

Er fordert eine freie Diskussion und den Schutz psychologischer Werte und persönlicher Autonomie und macht Vorschläge für eine Veränderung, etwa mehr Transparenz der Einflussnahme von Pharmafirmen, Forderung ethischer Standards, bessere Kontrolle durch Berufsorganisationen, ferner Diskussion zwischen Fachleuten und Krankenkassen, mehr Information in der Öffentlichkeit und nicht zuletzt klare ethische Standards.

Literature

- Ammon, G.* (Hg.): 1979, Handbuch der Dynamischen Psychiatrie. Bd. 1 (Ernst Reinhardt Verlag, München)
- 1980, Dynamische Psychiatrie (erweiterte Neuauflage) (Luchterhand, Darmstadt, Neuwied)
 - (Hg.): 1982, Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 2 (Ernst Reinhardt Verlag, München, Basel)
 - 1986, Der mehrdimensionale Mensch. Zur ganzheitlichen Schau von Mensch und Wissenschaft („Pinsel“ Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie, München)
- Andrews, G.*: 2001, Placebo response in depression: bane of research, boon to therapy, Editorial. *British Journal of Psychiatry*, 178. 192-194.
- Angell, M.*: 2000, Is Academic Medicine for Sale? *The New England Journal of Medicine*, May 18. 1516-1518.
- Barlow, D.H., Gorman, J.M., Shear, M.K., Woods, S.W.*: 2000, Cognitive-Behavioral Therapy, Imipramine, or their Combination for Panic Disorder. A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 283.19.2529-2536.
- Buda B.*: 2001. Body and Mind. The (Cultural and Scientific) History of a (Pseudo)Problem and its Relevance for Psychiatry. Keynote Lecture, National Congress of Hungarian Psychiatrists, Miskolc, Jan.16.2001. (In Hungarian – in press)
- Caplan, P., J.*: 1995, They Say You're Crazy. How the World's Most Powerful Psychiatrists Decide Who is Normal. Addison-Wesley, Reading, MA
- Fee, D.*(ed.): 1999, Pathology and The Postmodern, Mental Illness as Discourse and Experience (SAGE, London, Thousand Oaks)
- Goldhamer, P.M.*: 1983, Psychotherapy and Pharmacotherapy: The Challenge of Integration. *Canadian Journal of Psychiatry*, 28.173-177.
- Healy, D.*: 1997, The Antidepressant Era (Harvard University Press, Cambridge, Mass)
- Kirsch, I.* (ed.): 1999, How Expectancies Shape Experience. American Psychological Association (Washington, D.C.)
- Kirsch, I., Lynn, S.J.*:1999, Automaticity in Clinical Psychology. *American Psychologist*, 54.7.504-515
- Karasu, T.B.*: 1982, Psychotherapy and Pharmacotherapy: Toward an Integrative Model. *American Journal of Psychiatry*, 139.-9,1102-1113.
- Kramer, P.*: 1993. Listening to Prozac (Penguin Books, New York)
- Maccoby, E.E.*: 2000, Parenting and Its Effects on Children: On Reading and Misreading Behavior Genetics. *Annual Review of Psychology*, 51. 1-27
- Matakas, F.*: 1992, Neue Psychiatrie. Integrative Behandlung: psychoanalytisch und systemisch (Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen)
- Moscher, L.R., Burti, L.*: 1994, Community Mental Health. A Practical Guide. (sec.ed.) (W.W. Norton, New York, London)
- Parens, E.* (ed.): 1998, Enhancing Human Traits. Ethical and Social Implications (Georgetown University Press, Washington, D.C.)
- Salvendy, J.T., Joffe, R.*: 1991, Antidepressants in Group Psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*. 41.4. 465-480

Stone, W.N., Rodenhouter, R., Markart, R.J.: 1991, Combining Group Psychotherapy and Pharmacotherapy: A Survey. *International Journal of Group Psychotherapy*, 41.4. 449-464

Adress of the author:

Béla Buda, M.D., psychiatrist
Head Department of Communication
Department of Medical Anthropology
Semmelweis University of Medicine
Institute of Behavioural Sciences
1089 Budapest, Nagyváradi tér 4
P.O. Box 370 B-1445
Hungary

Ethical Issues in Psychiatry**

Pittu Laungani, Ph.D. (London)*

Psychiatry, for a variety of historical reasons, has come to be associated with general medicine, and, for over hundred years, has been firmly entrenched within the medical model. Consequently mental illness is construed as a disease, which like any other physical disease may have an organic, biological, genetic, or neurological origin. A psychiatric disorder therefore needs to be treated like any other physical disease or illness, with drugs, surgery, and other forms of physical interventions. The disease model of psychiatry has been seriously questioned, criticised and to a large extent invalidated. But it persists. Psychiatrists have displayed remarkable tenacity in clinging to the medical model, which is in insurgent need of a paradigm shift. Why the existing medical models of psychiatry have not been replaced by other model(s) of mental disorders shall be examined.

It should be recognised that psychiatry, not unlike psychoanalysis and clinical psychology, is concerned with helping individuals to alleviate their pain, suffering, and distress. As a human enterprise therefore, it raises the highest ethical considerations. This paper will critically examine the ethical issues pertaining to psychiatry.

Introduction

The practice of psychiatry has been and continues to be the preserve of the medical profession. Since all psychiatrists are initially trained in general medicine, after which they qualify in psychiatry, it is only natural that they should come to see their profession as a specialised branch of medicine. And given their own training and grounding in medicine, they tend to conceptualise problems of mental illness in medical or disease terms. Mental illness, or a psychiatric disorder therefore, is not significantly different from other forms of physical illnesses; like most other diseases, mental illness too has an organic, biological, genetic, or neurological origin. A psychiatric disorder therefore needs to be treated like any other physical disease or illness – with drugs, surgery, and other forms of physical and organic interventions.

The medical model, also referred to as the disease model or the organic model, has been the ruling paradigm with regard to clinical work and research in psychiatry. For almost a century, the medical model has continued to exercise an undisputed power over other approaches to mental illness.

In recent years, however, the power of the medical model has come to be seriously questioned. The attack has come from several disparate groups. These include clinical psychologists, psychoanalysts, psychotherapists, counsellors, health professionals, feminists, blacks, members of other ethnic minority groups, and those who are seen as the disaffected members of society. The medical model has been attacked on socio-political grounds, arguing that the medical model is socially iniquitous, in the sense that it can

* Ph.D., South Bank University, London

** Paper presented at the 13th World Congress of the WADP, Munich, 13–17 March, 2001

be (and is) used to incarcerate different members of society who do not subscribe to the broader social norms and mores of society. The custodial powers of psychiatry are seen as an infringement of human rights and liberty. But the more serious criticisms are related to the validity of the medical model. Even within the field of psychiatry many psychiatrists have broken rank, so to speak, and have questioned the validity of the medical model. Not the least outspoken among them is *Thomas Szasz*, who questions the very notion of mental illness. He compares the modern day psychiatrists to witch doctors, dressed up in white coats, pretending to be scientists.

But despite these attacks, the medical model continues to exert an extremely powerful influence in psychiatry (*Laungani, 1996*). Psychiatrists have displayed remarkable tenacity in clinging to the medical model. One might ask a question here. Why have psychiatrists clung on to the medical model of mental illness?

There are at least four reasons. And since all the reasons touch upon the ethical issues in the practice of psychiatry, it is important to discuss them briefly.

1. Political reasons

A disease model presupposes an organic illness. Organic illnesses in general are treated with drugs. Drugs are produced and sold by multi-billion dollar, multi-national pharmaceutical companies. The profits of drug companies, to a large extent, are directly related to the speed, the frequency, and the generosity with which drugs are prescribed. It is therefore in the pecuniary interests of drug companies to keep the psychiatrists in their good books. This of course can be done in several different ways: through the funding of research programmes, the organization of international conferences and workshops, the introduction and the underwriting of professional academic journals, etc.

2. Increased income potential for psychiatrists

The ability and the willingness of the psychiatrist to prescribe drugs allows the psychiatrist to see far more patients (private, or otherwise) during the course of the day than he/she would if a non-medical, non-drug related therapeutic intervention were to be implemented. Such an arrangement offers greater financial rewards to the psychiatrist. In this context, it comes as no surprise to learn that even within the American Psychological Association concerted attempts are being made to ensure that clinical psychologists would be legally empowered with the privilege to prescribe drugs to their patients (*Albee, 1999; Sanua, 1999*). *Albee (1999)* goes further and adds that the prescription of drugs needs to be seen within its wider political context. The use of drugs as a means of controlling psychiatric

disorders is in keeping with present government policy in America. If psychiatric disorders have an organic origin, then there is no justification to implement hugely expensive federal policies to look into those environmental factors, such as poverty, racism, lack of education, prejudice, etc. *Albee* claims, it is these factors which, to a large extent, lead to a variety of psychiatric disorders, such as depression and schizophrenia (*Albee*, 1999). In proposing an „environmental deprivation” model of psychiatric disorders, *Albee* is arguing for a paradigm shift. Whether *Albee's* exhortations will lead to a crisis of confidence in the existing paradigm and result in a scientific revolution, leading to a paradigm shift, remains a futuristic issue. But given the present entrenched position of psychiatry with respect to psychotic disturbances, it seems extremely unlikely. The prescription of drugs therefore continues to enjoy the tacit blessings of the psychiatrists, the pharmaceutical companies and of course the federal government.

3. Social and psychological reasons

As is well known, the medical profession tends to be covertly organized along its own hierarchical lines. Some areas of expertise, e.g., cardiology, oncology, experimental medicine, neurology, cardiac surgery, transplant surgery, neuro-surgery, are seen as being more glamorous, more desirable, and more prestigious, and financially more lucrative than some other areas within the field of medicine. Sadly, psychiatry does not have about it, the same glamour, prestige, and financial rewards that are traditionally associated with other areas of medicine. Although part of the medical fraternity, psychiatry remains apart. It tends not to enjoy a particularly good image even within mainstream medicine. The psychiatrists, acutely aware of the subtle prejudices from within the medical fraternity, may often feel the need to be recognized as an integral part of the medical profession. This may partly explain their stubborn adherence to the organic model of mental illness. Were they to abandon the medical model and espouse a non-medical model, they would expose themselves to the danger of „alienating” themselves even further from their medical fraternity.

It is clear that the medical model of mental illness is stubbornly resistant to change. Given the unreserved approval and involvement of the various governmental agencies, the multi-national pharmaceutical companies, not to mention, insurance companies, it seems unlikely that any sudden, cataclysmic changes will occur in the foreseeable future to bring about the desired paradigm shift. This leads us on to our final reason, which is concerned with the nature and methodology of scientific research programmes and the manner in which research paradigms change, yielding place to new paradigms.

4. *Paradigm shifts in research programmes*

Lakatos (1971), an eminent philosopher of science, offers a brilliant analysis of the methodology of scientific research programmes. He argues that in scientific research some research programmes are subject to degeneration and decay and some lead to progress and growth. Progressive research programmes survive and lead to an objective growth of knowledge, and degenerative programmes fade away and become obsolete, of interest mainly to historians of science. What constitutes a progressive research programme and what, a degenerative research programme in Lakatolian terms need not concern us here. He points out that when unexplained anomalies creep into the work of scientists working within a given programme, or when critical negative findings threaten to topple their theoretical framework, they do not, as might be expected, abandon their research programmes. They defend their theories with even greater tenacity, and find seemingly rational ways of 'explaining away' the anomalies and/or the negative findings. Scientists, in that sense, are „thick skinned” and will not easily abandon their research programmes or paradigms despite glaring evidence to the contrary.

Kuhn (1962) points out that as the anomalies increase and become larger they cannot be explained away or ignored or 'digested' by refinements in research design and methodology. Such anomalies threaten the very survival of the paradigm. This, according to *Kuhn* (1962) leads to a state of crisis - a crisis of confidence - in the paradigm. The crisis leads to a scientific revolution, which then brings about a paradigm shift or paradigm change. The old paradigm is abandoned, and scientists start to work within the new paradigm. There is a return to what *Kuhn* refers to as 'normal science'. Once again, given the stronghold of medical model, it is impossible to predict whether there will be a crisis of confidence within psychiatry, leading to a scientific revolution, and a final paradigm-shift.

There are several ethical issues that arise out of the above. The current state of psychiatry, to put it mildly, is riddled with a series of anomalies, which threaten the very survival of the structure of the medical model, which guides their clinical practice and research enterprises. These anomalies and other critical negative findings have been discussed elsewhere (*Laungani*, 1999).

I. DEFINITION AND DIAGNOSIS OF MENTAL DISORDERS

Since the psychiatric definition of mental illness and its diagnosis is inextricably linked with the DSM IV, a brief discussion of the DSM IV would serve as an excellent starting point.

1.1 The DSM IV

The DSM IV in its present form is the official diagnostic manual for psychiatric disorders. It is a comprehensive manual and lists close to 300 mental disorders. Clinicians using the DSM IV are expected to evaluate a client's condition on five separate axes, or branches of information. The fact that 300 mental disorders have been listed and described, must make one wonder if the creation of such finer and finer distinction in disorders has any conceptual and theoretical justification. There is the danger that such finer distinctions may ultimately result in a *reductio ad absurdum*.

A careful examination of the DSM IV makes it clear that conceptions of normality derived through the use of the DSM IV are, to a large extent, based on notions of social conformity. When a psychiatrist observes a set of psychological and behavioural attributes in the client, conforming to those listed in the manual they are seen as indicators of abnormality or a psychiatric disorder. Each identified attribute is construed as a symptom, and their coherence in a certain specified order constitutes a syndrome. Through the process of a brief interview, aided in some cases by the administration of a psychological test, the psychiatrist labels the perceived syndromes, in terms of their reflecting a specific psychiatric disorder, such as bipolar depression, schizophrenia, or whatever.

The DSM IV is used by psychiatrists not only in America but all around the world. However, as has been argued above, the popularity and the extensive usage of an empirical instrument does not, in itself, guarantee either its reliability or its validity. The popularity of a given research programme, or a diagnostic manual is not an indication of its validity. A theory, according to *Lakatos* (1981) may be true, even if no one believes in it, and it may be false, even if everyone believes in it. A thousand-year unquestioning belief in *Ptolemy's* geocentric model of the Universe was challenged and shown to be false by *Copernicus*, *Galileo*, and others. The testability of a theory, it must be emphasised, is independent of the motivations of the scientist and indeed of the mind that created the theory. (*Popper*, 1972). Once a theory has been formulated, it enjoys a form of autonomy and an 'existence' of its own.

1.2. Reliability and validity of the DSM IV

One would justify and commend the world-wide usage of the DSM IV, were it to be demonstrated clearly and unequivocally that it identifies most, if not all disorders accurately and classifies them in accordance with established taxonomies. It should also be able to distinguish clearly between one psychiatric disorder and another. Such, however, does not appear to be the case. Evidence suggests that there are significant within-and-between cultural differences in the manner in which diagnostic categories are interpreted and diagnostic labels used (*Crow*, 1986; *Keller*, et al., 1995

Rosenhan, 1973; WHO 1973; 1979; *Zinbarg*, et al., 1994; *Zubin*, 1967). *Seligman and Rosenhan* (1998)), without mincing their words, point out that the reliability of the DSM IV has been particularly disappointing. If the DSM IV is a valid diagnostic instrument as it is purported to be, it should come up with a similar, if not identical diagnosis of a patient regardless of who the patient is, where he/she has been tested, and who has administered the test. A valid classification system should also be able to predict accurately future symptoms, disturbances or events. But sadly the DSM IV although it continues to get used widely, does not appear to have high levels of predictive validity (*Zinbarg*, et al., 1994).

A recent survey (*Kessler*, et al., 1994) undertaken in America revealed that just under 50% of the American population would qualify for a DSM diagnosis during the course of their lives. The survey also revealed that 21% of the population suffered from one disorder, 13% from two disorders, and 14% from three or more disorders. These figures are alarming, to say the least. As the list of mental disorders grows, many cynical clinicians and health professionals in America have started to believe that „normal behaviour is increasingly being viewed as the somewhat drab absence of abnormal functioning,” (*Comer*, 1998).

Two points emerge from the above finding. Is it reasonable to ask if madness is being 'manufactured' in western society at an alarming rate and, if so, what role do psychiatrists play in its 'manufacture'? Or secondly, are psychiatrists and other health professionals responding to a social expectation in western society in general and in America in particular that every individual has the right to be illness-free, remain young and healthy, to feel good and of course, be happy? Is the rise in mental illness consumer-driven or profession driven? This question is difficult to answer with any degree of certainty.

II. RESEARCH AND TREATMENT OF MENTAL DISORDERS

II.1. The use of drugs

We shall now examine the ethical issues related to the treatment of mental disorders. Let us for a moment side with the psychiatrists and go along with their contention that most psychological disorders have an organic origin. If that is the case one would expect the psychiatrist to ensure that a variety of physiological, haematological, and other appropriate investigations, including X-rays, MRIs, CT scans, etc. were carried out on the patient before any firm diagnostic decisions are made. That is considered standard practice in general medicine, and one would expect a similar practice within psychiatry. But as *Seligman & Rosenhan* (1998) state, „no evidence of psychological disorder can be found in feces, blood, or on X-rays”, (pp.97). In other words, psychiatrists have to rely almost exclusively on checking the observations of their patients, obtained through different

sources, against the categories and attributes listed in the manual. Given the fact that hardly any physical investigations are carried out, it does seem strange, if not presumptuous, that the therapeutic interventions given to patients consist mainly of drugs and other forms of physical treatments, including ECT. Although there is some evidence to suggest that antipsychotic drugs, (chlorpromazine, haloperidol, clozapine,) have some beneficial effects when given to schizophrenics, they also tend to produce a variety of unpleasant side effects that often prompt patients to discontinue using them (*Breslin, 1992; Buchanan, 1995; Dixon, Lehman, and Levine, 1995*).

That the drugs used by psychiatrists provide some symptom relief is not the issue. The important question is whether the effectiveness of the drugs goes beyond symptom relief and leads to a cure. At present there is little evidence to support the curative efficacy of the drugs currently used in psychiatry (*Seligman & Rosenhan, 1998*). This raises a fundamental ethical question: given the unpleasant side effects which many drugs produce, and given their limited efficacy, why do psychiatrists continue to give them to patients? Part of the answer to this question was offered in the earlier section of the paper. The psychiatrist, in defence, would argue that many of the patients who are admitted into hospital are often in very serious states of psychosis; without the use of sedating drugs, they could cause themselves (or others) irreparable harm.

II.2. The use of ECT

In addition to the use of drugs, psychiatry also concerns itself with the use of the ECT.

According to *Foderaero, (1993)* ECT is used on tens of thousands of patients annually. After surveying the research on ECT, *Taylor & Carroll, (1987)* present cogent arguments both for and against the use of Electroconvulsive Therapy. It is clear that in presenting balanced arguments, they have chosen to sit on a „neutral fence“. „While it could be this, it could also be that...“ goes the argument. However, a closer examination of the literature reveals that in cases of severe depression, characterised by delusions, ECT does appear to have some beneficial effects (*Buchan et al., 1992; O'Leary et al., 1995; Ray & Walter, 1997; Sackeim, 1988*). And moreover, about 60% of patients show some improvement after the ECT treatment. How and why six patients out of ten 'recover' and the remaining four do not, remains unknown. And since psychiatrists cannot predict which of the six patients out of ten will recover partially, and which will not (and might even deteriorate), the decision to administer ECT would have to be made on a „hit and miss“ basis. Since ECT is by no means a painless form of treatment, which may, in certain instances, lead to irreversible neurological and/or cortical damage, it does raise a serious ethical dilemma for the psychiatrist. What should - or what ought - the psychiatrist to do

in the face of such a dilemma? Ignoring the moral dilemma or talking one's way out of the dilemma does not bring about its satisfactory rebuttal. This dilemma, along with several others faced by a psychiatrist is, in a sense, a psychiatrist's 'grist to the mill' - or, as some would say, his/her nemesis.

III. PROFESSIONAL RESPONSIBILITY OF THE PSYCHIATRIST

Psychiatrists cannot hide behind their professional garb and condone their actions that might lead to unintended harm. Nor can they resort to actions, which could be construed as a gross abuse of their power - a power, which society has endowed them with and which *Perry London* (1986) refers to as a form of „secular priesthood”. Nonetheless a psychiatrist, like all other professional, is accountable for his/her actions.

The accountability of the psychiatrist extends into several areas related to his work. We have already considered the areas related to diagnosis and treatment. The one area that in recent years has received the greatest attention, is involuntary commitment of a patient into a psychiatric institution. Involuntary commitment leads to an infringement of a person's liberty. It is therefore extremely important that the psychiatrist concerned produces clear and convincing evidence that indicates that the person requires hospitalisation.

Here too, two major sources of errors can occur: Type I, and Type II errors. Type I errors, as we know, occur when we reject a hypothesis when in fact it is true, and Type II errors occur when we accept a hypothesis, when in fact, it is false. Type I error occurs when a patient who in reality needs to be committed is not committed. And in Type II errors, a patient is committed when he/she in reality ought not to be committed.

But it appears that psychiatrists are more likely to commit Type II errors - wrongfully diagnosing a person suffering from a psychiatric disorder, leading to the patient's involuntary commitment. This finding has been confirmed by *Morse* (1983), who argues that commitment is far too easily accomplished. Although clear procedures for involuntary commitment are clearly instituted, and require court orders, etc., they can, as *Morse* (1983) points out, be circumvented and even violated.

In defence, the psychiatrists claim that the political, social, and moral pressures under which they work often force them into the direction of Type II errors. Society, so the defensive argument goes, needs to be protected from destructive or potentially destructive and violent individuals. It is better to be safe than to be sorry. *Clare* (1976) points out that psychiatrists are not particularly skilled at predicting dangerousness, violence and destructiveness. The potential violence of a few does not and ought not to provide a justification for contending that all mental patients may be dangerous. It is this belief in the psychiatrist's omniscience that gives rise to the popular idea that all mental patients are potentially or actually violent. From a scientific point of view such an inductive

generalisation is totally without foundation. From a moral and ethical point of view, such actions of the psychiatrist are suspect to say the least!

In general medicine, if an initial diagnosis of a malignant tumour is reversed, it becomes a cause for celebration; both the patient and the consultant are relieved. But a psychiatric patient is unable to escape the pejorative legal, social, and moral stigma that psychiatric labels carry in society. Considering the uncertain nature of psychiatric diagnosis it is unfortunate that psychiatrists (and clinical psychologists too) instead of exercising the utmost caution often pronounce hasty judgements based on the most cursory and superficial observations (*Jeffry, 1964*).

CONCLUSION

I would like to end this paper by asking you to take an imaginative leap and ask ourselves what would have happened had had we administered the DSM IV to the following people - people who in amazing and wonderful ways have enriched our own lives. Let us choose the people who will be given the DSM IV.

They are: *Socrates, Plato, Aristoteles, Sophocles, Confucius, Buddha, St. Augustine, St. Aquinas, Martin Luther, Mohammed, Descartes, Galileo, Newton, Rousseau, Dante, Leonardo da Vinci, Michelangelo, Shakespeare, Nietzsche, Freud, Brecht, Goethe, Tolstoy, Dostojewskij, Balzac, William Blake, Picasso, Van Gogh, Beethoven, Brahms, Bach, Mozart, Hemingway, Abraham Lincoln, James Joyce, Dylan Thomas, Shelly, Coolidge, Voltaire, Gandhi*, and last but not the least, *Jesus Christ*. How many of the persons named above would have been diagnosed as suffering from serious psychiatric disorders? Perhaps with the exception of *Plato, Aristoteles, Shakespeare*, and a few others, the rest of them, including *Jesus Christ*, would have been diagnosed as suffering from extremely serious psychotic disorders, ranging from depression and manic depressive psychosis to schizophrenia. Hardly any one of them would have met the criteria of being diagnosed as a normal person! It is hard to imagine if their astonishing achievements and contributions would have become possible if they had been placed in psychiatric institutions for a major part of their lives. Imagine the colossal loss to humanity! I am not even sure that we would be gathered here, holding this conference!

„An unexamined life”, *Socrates* claimed, „is not worth living” This is decidedly one of the most profound remarks *Socrates* was reputed to have made. Even a moment's reflection on the lives of the people mentioned above would be enough to convince us that their lives could not have been easy. They were turbulent, tumultuous, and even cataclysmic. They were each driven by a life-long search - a quest - of their inner self. In gaining self-knowledge of the inner self, in making this startling discovery, they hoped to discover their true being and their lost 'soul'. The road to self-discovery, as *Buddha* preached over 2400 years ago, is long and arduous.

They all followed different paths, believing that their chosen paths would lead them to their coveted goal of self enlightenment and fulfilment. What they all shared in common was their intense personal suffering which they experienced along the way. Their life, to say the least, was cataclysmic. They went through doubts and uncertainties, loneliness and isolation, hopes and despairs, pain and suffering, ridicule and censure, passing from one crisis to another, from one depressive phase to another, in their life-long quest.

It is my contention that most intelligent and reflective people pass through similar torments, doubts and uncertainties concerning the nature and substance of their lives and the meaning and purpose, which they could legitimately assign to their inner and outer existence.

But American psychology and American psychiatry in its hasty and mindless adoption of the natural science model have banished from their newly acquired scientific vocabulary, concepts of the mind, awareness, consciousness, unconsciousness, and of course the soul. In so doing, they have severed our links with our past history and have instead, presented a new image of humankind - an ahistorical person transported into the present century with little or no awareness of the influences of the past which have shaped his/her present life. The ahistorical person, although given the nominal approval to 'do his/her own thing', is driven by a desire to conform to the existing social norms and mores (*Rahman, 1990*).

There are many persons who would argue - *Nietzsche* being one of the outspoken ones - that the Renaissance Man was a far superior person to the Modern Man! While the Renaissance Man produced great works of art and literature, music, painting, and poetry, knowledge, philosophy, and wisdom, the Modern Man produces technology and information! Yet very few persons from the present century would even consider living under the harsh and repressive conditions under which they lived, worked, and created astonishing works of beauty and wisdom.

The Renaissance Man has given way to media chefs and writers of cookery-books, to hairdressers, pop-stars, and film stars, to multi-national financiers, technologists, and bureaucrats, to mannequins and models, to manufacturers of designer-ware, to media figures, and sportsmen, to gurus and religious freaks, who are the modern day messiahs!

Were *Michael Jackson* and *Michelangelo* to disembark from the same plane at Heathrow airport in London or at JFK in New York, the ratio of eager fans waiting to get glimpse of their super-hero would, at a conservative estimate, be 10.000:1 in favour of *Michael Jackson*!

The sad fact which many psychiatrists are unable to come to terms with is that not all deviant behaviours, not all swings of moods, not all depressive states which many thinking and reflective individuals pass through are indications of psychopathology. As an alternative they may be seen as positive attempts by an individual to understand the forces of his/her inner self and nature.

Like the emperor without clothes, psychiatrists, victims of their own self deception, will perhaps be the last of the professionals to become aware

of their own nudity and barrenness. But until such time this realization dawns upon their psyche, if it ever does, they will continue to engage in practices which, to say the least, are both dubious and unethical. In the long run such practices may turn out to be inimical to the growth of a sane, healthy, and genuinely creative society.

Ethische Probleme in der Psychiatrie

Pittu Laungani, Ph.D (London)

Das medizinische Modell stellte für das gesamte letzte Jahrhundert das vorherrschende Paradigma sowohl in der klinischen Arbeit als auch in der psychiatrischen Forschung dar. Psychische Krankheit wird hier in medizinischen Begrifflichkeiten und Krankheitskategorien beschrieben. Eine psychiatrische Erkrankung wird somit wie jede andere Erkrankung physischer Art behandelt, entweder mit Medikamenten, chirurgischen Eingriffen oder anderen physischen Behandlungsmethoden.

In den letzten Jahren ist diese Vormachtsstellung jedoch von verschiedenster Seite ernsthaft in Frage gestellt worden. Sie wird mit dem Argument der sozialen Ungerechtigkeit angefochten und grenzt somit genau die Menschen aus, die der sozialen Norm und Moral nicht entsprechen. Die Macht der Psychiatrie Menschen in Gewahrsam zu nehmen wird als Verstoß gegen die Menschen- und Freiheitsrechte betrachtet. Auch innerhalb der Psychiatrie wird die Validität des medizinischen Modells immer mehr angezweifelt (*Thomas Szasz*). Trotzdem hat dieses Modell weiterhin einen starken Einfluß innerhalb der Psychiatrie (*Laungani, 1996*).

Dafür gibt es mindestens vier Gründe:

– Politische Gründe:

Das Krankheitsmodell bedingt ein organisches Verständnis psychischer Erkrankung und deren medikamentöse Behandlung. Davon profitiert die internationale pharmazeutische Industrie, die durch die Finanzierung von Forschung, Konferenzen und Fachzeitschriften einen direkten Einfluß auf die Psychiater nimmt.

- Ein höheres Verdienstpotalential für Psychiater:

Wenn dieser nach einer nicht medizinischen Behandlungsmethode ohne den Einsatz von Medikamenten vorgehen würde, wäre es ihm kaum möglich die gleiche Anzahl an Patienten täglich zu sehen, wie es bisher der Fall war. Solch eine Vorgehensweise ist für den Psychiater wesentlich lukrativer. *Albee* (1999) fügt hinzu, daß die Verschreibung von Medikamenten in einem weiter gefaßten politischen Kontext zu sehen ist und keineswegs die Implementierung von immens teuren staatlichen

Forschungsprojekten zu Umweltfaktoren wie Armut, Rassismus, dem Mangel an Schulbildung, Vorurteilen etc. rechtfertigt. Albee ist der Meinung, daß es gerade diese Faktoren sind, die zu einer Vielfalt psychischer Erkrankungen führen, wie beispielsweise Depression oder Schizophrenie. Hiermit argumentiert Albee für einen Paradigmenwechsel.

– *Soziale und psychologische Gründe*

Bekanntermaßen neigt die Medizin dazu, sich anhand von internen Hierarchien in Fachbereiche aufzuspalten, wobei einige angesehener, glamouröser, wünschenswerter und lukrativer sind als andere. Dies alles gilt leider für die Psychiatrie nicht. Psychiater verspüren oftmals das Bedürfnis, als ein integraler Teil der Medizin angesehen zu werden und bleiben somit dem organischen Modell verhaftet. Plötzliche Veränderungen in nächster Zukunft sind höchst unwahrscheinlich.

– *Paradigmenwechsel in Forschungsprogrammen*

Nach *Lakatos* (1971) ist wissenschaftliche Forschung einem kontinuierlichen Veränderungsprozess unterworfen: Fortschrittliche Forschungsprogramme überleben und führen zu einem objektiven Anwachsen von Wissen, während degenerative Programme verblassen und schnell überholt sind, um dann nur noch für die Wissenschaftshistoriker von Interesse zu sein. Wenn unerklärliche Anomalien in der wissenschaftlichen Arbeit auftreten oder schwierige negative Funde drohen, das theoretische Gerüst über den Haufen zu werfen, tendieren Forscher dazu dies einfach „wegzuargumentieren“, um ihre Ansichten nicht aufgeben zu müssen.

Kuhn (1962) weist darauf hin, daß wenn diese Anomalien so groß werden, sie nicht mehr „weg-erklärt“ oder ignoriert werden können sondern das Überleben des Paradigmas an sich bedrohen, dies zu einem Krisenzustand d.h. einer Vertrauenskrise führt (*Kuhn*, 1962).

Des Weiteren bin ich der Meinung, daß das DSM IV als offizielles diagnostisches Handbuch für psychiatrische Erkrankungen so umfangreich und detailliert ist, daß es am Ende zu einer *reductio ad absurdum* führt. Bei einer sorgfältigen Untersuchung des DSM IV wird klar, daß die Vorstellungen von Normalität zum größten Teil auf der Vorstellung von sozialer Angepaßtheit fußen. Die Popularität und die weltweite verbreitete Verwendung eines empirischen Instrumentes an sich garantieren noch lange nicht seine Zuverlässigkeit und Validität.

Reliabilität und Validität des DSM IV

Zur mangelnden Reliabilität und Validität werden verschiedene Studien angeführt (*Crow*, 1986; *Keller et al.*, 1995; *Rosenhan*, 1973 WHO 1973; 1979; *Zinbarg et al.*, 1994; *Zubin*, 1967).

Eine neuere amerikanische Statistik (*Kessler et al.*, 1994) zeigte, daß knapp 50 % der amerikanischen Bevölkerung in ihrem Leben einmal für

eine DSM Diagnose in Frage kommen. Damit stellt sich die Frage, ob Verrücktheit in der westlichen Gesellschaft nicht etwa „künstlich erzeugt“ wird und welche Rolle Psychiater dabei spielen. Liegt der Anstieg der psychischen Erkrankungen nun am Einzelnen oder an der Berufsgruppe? Diese Frage ist schwer mit Bestimmtheit zu beantworten.

Die Verwendung von Medikamenten

Eine wichtige Frage ist auch, ob diese Medikamente jenseits von Symptombekämpfung zu Heilung führen. Dies scheint jedoch bei den heutzutage in der Psychiatrie angewendeten Medikamenten kaum der Fall zu sein (*Seligman & Rosenhan, 1998*), was wiederum eine fundamentale ethische Frage aufwirft: Warum werden sie, bei der eingeschränkten Wirksamkeit und den Nebenwirkungen vieler Medikamente, trotzdem weiterhin verschrieben? Außer den oben genannten Gründen zum Teil auch deshalb, weil viele der in eine Klinik aufgenommenen Patienten sich in einem schweren psychotischen Zustand befinden und die Möglichkeit bestünde, daß sie sich selbst (und/oder anderen) ohne sedierende Medikation nicht wieder gutzumachende Schäden zufügen könnten.

Die Verwendung von Elektroschocktherapie

Bei Zehntausenden von Patienten (*Foderaero 1993*) wird selbst heute noch Elektroschocktherapie angewandt, die auch bei ca. 60 Prozent der Patienten zu einer Besserung zu führen scheint (*Buchan et al. 1992; O'Leary et al. 1995; Ray, Walter 1997; Sackeim 1988*). Da die Behandlung keineswegs schmerzlos ist und zudem in manchen Fällen zu irreversiblen neurologischen und kortikalen Schäden führt, entsteht daraus ein ernstes ethisches Dilemma, das es zu bewältigen gilt.

Professionelle Verantwortung des Psychiaters

Auch was die Zwangseinweisung eines Patienten in eine psychiatrische Klinik angeht, trägt der Psychiater die volle Verantwortung für sein Handeln und kann sich nicht hinter seiner Professionalität verstecken. Von der Gesellschaft ist er mit einer solchen Macht ausgestattet, daß *Perry London* (1986) sogar von „säkularer Priesterschaft“ spricht. Er muß im Interesse des Patienten die Möglichkeiten sehr sorgfältig abwägen. Daß eine Person fälschlicherweise als psychisch krank eingestuft wird, kommt viel häufiger vor als der umgekehrte Fall (*Morse 1983*), eine Tatsache die Psychiater auch auf den Druck zurückführen, die Gesellschaft vor Gefahren zu schützen. Jedoch bedeuten längst nicht alle psychisch Kranken eine Gefahr für die Gesellschaft. Während in der Medizin sich Arzt wie auch wird eine einmal als psychisch krank diagnostizierte Person dieses Stigma nur sehr schwer wieder los. Angesichts der großen Unsicherheit psychiatrischer Diagnosen ist es mehr als unglücklich, daß Psychiater und klinische Psychologen, anstatt äußerste Vorsicht walten zu lassen, ihre oft

voreiligen Urteile meist nur auf der Basis oberflächlicher Beobachtungen treffen.

Schlußfolgerungen

Man möge sich einmal fragen, was passiert wäre, wenn man das DSM IV beispielsweise auf folgende Personen angewandt hätte: *Sokrates, Plato, Aristoteles, Sophokles, Konfuzius, Buddha, Mohammed, Luther, Descartes, Galilei, Newton, Dante, da Vinci, Shakespeare, Nietzsche, Freud, Brecht, Goethe, Tolstoi, Dostojewski, Balzac, Picasso, van Gogh, Beethoven, Brahms, Bach, Mozart, Hemmingway, Abraham Lincoln, Voltaire, Gandhi* und nicht zuletzt *Jesus Christus*. Kaum einer wäre einer psychiatrischen Diagnose entkommen!

„Ein unreflektiertes Leben ist es nicht wert, gelebt zu werden“, sagte Sokrates. Selbst bei nur oberflächlicher Betrachtung wird deutlich, daß das Leben all dieser Menschen keineswegs einfach war, daß sie getrieben waren von einer lebenslangen Suche nach ihrem innersten Wesen. Gemeinsam war ihnen auch intensives persönliches Leid; sie durchlitten Zweifel, Unsicherheit, Einsamkeit, Isolation, Schmerz, Leid, Hoffnung und Verzweiflung- von einer Krise zur nächsten, von einer depressiven Phase zur anderen.

In ihrer hastigen und geistlosen Übernahme des naturwissenschaftlichen Modells haben die amerikanische Psychologie und Psychiatrie die Konzeptionen von Geist, Bewußtheit, Bewußtem und Unbewußtem und natürlich auch der Seele aus ihren wissenschaftlichen Begrifflichkeiten herausgelassen. Damit erstellen sie auch ein neues, a-historisches Menschenbild. Obwohl behauptet wird, daß diese a-historische Person tun kann was sie möchte und für richtig hält, ist sie doch getrieben von dem Wunsch, den existierenden sozialen Wertvorstellungen zu entsprechen.

Unter anderem *Nietzsche* würde sich dafür aussprechen, daß der Mensch der Renaissance mit seinen großartigen Werken in Kunst, Literatur, Musik, Wissenschaft und Philosophie dem Menschen der Moderne weit überlegen ist, der lediglich Technologie und Information produziert, aber wohl kaum unter den damaligen harten Bedingungen leben und arbeiten wollte.

Es ist eine traurige Tatsache, daß viele Psychiater nicht akzeptieren, daß nicht alles abweichende Verhalten, nicht alle Stimmungsschwankungen, nicht alle depressiven Zustände, die denkende und reflektierende Menschen durchleben, Anzeichen von Psychopathologie sind. Vielmehr können sie als positives Streben des Einzelnen verstanden werden, die Kräfte der Natur und seines inneren Selbst zu verstehen. Es erscheint zwar zweifelhaft, aber doch auf lange Sicht zu hoffen, daß die Psychiater ihr Engagement in dubiose und unethische Praktiken aufgeben, da es sich dies für die Entwicklung einer geistig und körperlich gesunden und kreativen Gesellschaft hinderlich erweist.

Literatur

- Albee, G.W. (1999): Psychodynamic Models Versus Organic Psychiatry: Irreconcilable Differences? Paper read at the 12th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP Inc., Bern, March 17–21, Humboldt University, Berlin, Germany.
- Breslin, N.H. (1992): Treatment of Schizophrenia: Current practice and future promise. *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 877–885.
- Buchan, H.; Johnstone, E.C.; McPherson, K.; Palmer, R.L. et al. (1992): Who benefits from electroconvulsive therapy? Combined results of the Leicester and Northwick Park trials. *British Journal of Psychiatry*, 160, 255–359.
- Buchanan, R.W. (1995). Clozapine: Efficacy and Safety. *Schizo. Bull.*, 21 (4) 579–591
- Clare, A. (1976): *Psychiatry in Dissent*. London: Tavistock Publications.
- Comer, Ronald, J. (1998): (3rd ed.), *Abnormal Psychology*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Crow, T.J. (1986): The continuum of psychosis and its implication for the structure of the gene. *British Journal of Psychiatry*, 149, 419–429.
- Dixon, L.B.; Lehman, A.F. & Levine, J. (1995): Conventional antipsychotic medications for schizophrenia. *Schizo. Bull.*, 21 (4), 567–577.
- Foderaero, L.W. (12. Aug. 1993): Electroschock therapy makes a comeback. *Anchorage Daily News*, p. D3.
- Jeffery, R. (1964): The psychologist as an expert witness on the issue of insanity. *American Psychologist*, 19, 838–843.
- Keller, M.B.; Harrison, W.; Fawcett, J.A.; Gelenberg, A.; Hirschfeld, R.M.A.; Klein, D.; Kocis, J.H.; McCullough, J.P.; Rush, A.J.; Schatsberg, A. & Thase, M.E. (1995): Treatment of chronic depression with sertraline or imipramine: Preliminary blinded response rates and high rates of undertreatment in the community. *Psychopharmacol. Bull.*, 31 (3), 205–212.
- Kuhn, T. (1982): *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lakatos, I. (1971): Falsification and the Methodology of Scientific Programmes. In: I. Lakatos & A. Musgrave (Eds.) *Criticism and the Growth of Knowledge*. London: Cambridge University Press.
- (1981): (Ed.) *The methodology of Scientific Research Programmes*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Laungani, P. (1996): Cross-cultural investigations of stress: Conceptual and methodological considerations. *International Journal of Stress Management*, Vol. 3, No. 1, 25–35.
- (1999): Cultural constructions of Schizophrenia: A proposed paradigm shift. *Dynamic Psychiatry*, Vol. 32, No. 3–6, 267–292.
- London, P. (1986): *The modes and morals of psychotherapy*. New York: Hemisphere.
- Morse, S.J. (1983): *Mental Health Law*. In B. Sales (Ed.) *The professional psychologist's handbook* (pp. 339–442). New York: Plenum.
- O'Leary, D.; Gill, D.; Gregory, S. & Shawcross, C. (1995). Which depressed patients respond to ECT? The Nottingham results. *J. Affect Disorders*, 33 (4), 245–250.
- Popper, K. (1972): *Objective Knowledge: An Evolutionary Approach*. Oxford, The Clarendon
- Rahman, M. (1990): *The Psychological Quest: From Socrates to Freud*. Revised Edition. Ontario, Canada: Captus University Publications.
- Ray, J.M. & Walter, G. (1997): Half a century of ECT use in young people. *American Journal of Psychiatry*, 154 (5), 595–601.
- Rosenhan, D.L. (1973): On Being Sane in Insane Places. *Science*. 179 (4070) 250–258.
- Sackheim, H.A. (1988): Mechanisms of action of electroconvulsive therapy. In A.J. Frances and R.e. Hales (Eds.), *American Psychiatric Press Review of Psychiatry* (Vol. 7), Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Sanua, V. (1999): The Fallacies of the Medical Model in Schizophrenia. Paper read at the 12th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP Inc., Bern, March 17–21, Humboldt University Berlin, Germany.
- Seligman, M.E.P. & Rosenhan, D.L. (1998): *Abnormality*. New York: W.W. Norton & Co.
- Szasz, T. (1963): *The Manufacture of Madness*. New York: Harper & Row
- Taylor, J.R. & Carroll, J.L. (1987). Current issues in electroconvulsive therapy. *Psychological Reports*, 60, (3, Pt. 1).
- WHO (World Health Organization) (1973): *Report of the International Pilot Study of Schizophrenia*. Geneva: World Health Organization.
- (1979): *Schizophrenia. An international follow-up study*. Geneva: Wiley.

- Zinbarg, R.E.; Barlow, D.H.; Liebowitz, M.; Street, L.; Broadhead, E.; Katon, W.; Roy-Berne, P.; Lepine, J.P.; Thearani, M.; Richards, J.; Brantley, P. & Kraemer, H. (1994): The DSM IV field trial for mixed anxiety and depression. *American Journal of Psychiatry*, 151 (8): 1153-62.
- Zubin, J. (1967): Classification of the behaviour disorders. *Annual Review of Psychology*, 18. 373-406.

Address of the author:

Pittu Laungani, Ph.D.
South Bank University, London
111 Chelmsford Square
London NW103 AP
England

„Der Kontext, in den wir gestellt wurden ... Über die Bedeutung von 'Signifikanten' für die Entwicklung des Kindes“ **

Thomas Reinert (Velbert-Langenberg)*

Infant research shows us in increasingly precise observations how differentiated the dialog is, especially between the mother and the newborn baby or infant, even in the earliest stages of life. Over and above that, in the scientific literature there are more and more indications to the importance of the prenatal sphere for the development of the personality. At present, a third sphere is not yet receiving the scientific importance which it should actually be entitled to: the living atmosphere, determined by various factors, into which a child is born. The child's unconsciously perceived „orientation points“, which the Argentinian Ricardo Rodolfo calls „significancies“, are on the one hand indispensable developmental helpers for the child. On the other hand, though, they can also lead to a massive „obstruction of his living movement“. In the work, some aspects of the importance of significancies shall be emphasized and, with the use of concrete case examples, explained.

Während die *Freud'sche* Psychoanalyse seelisches Geschehen primär „als Auseinandersetzung mit Trieben und daraus erwachsenden Bedürfnissen“ sieht, die Selbstpsychologie *Kohut's* „das Selbst-Erleben und Störungen des Gleichgewichtes der subjektiven Befindlichkeit“ in den Mittelpunkt ihrer Betrachtungen rückt, die Objektbeziehungspsychologie „frühe Interaktionsvorgänge zwischen Mutter und Kind“ als entscheidend für Entwicklung ansieht und schließlich die Ich-Psychologie ihre Beobachtungsschwerpunkte „in der Fähigkeit zur Anpassung, zur Realitätsprüfung und zur Abwehr sowie deren Gebrauch“ hat, ist es das unbestreitbare Verdienst *Alfred Adlers*, den Menschen von vornherein als in ein soziales Feld eingebettetes Wesen interpretiert zu haben und menschliches Verhalten im Sinne einer zweckdienlichen sozialen Bezogenheit zu interpretieren (Einzelformulierungen entlehnt bei *Hemmer*, 2001). 1923 schreibt *Adler*: „Der Natur gegenüber ist der Mensch recht stiefmütterlich bedacht. ... Der Prozess, den die Natur gegen uns anstrengt, ist hart und unerbittlich. Die Spannung, in die er uns versetzt und die Vergänglichkeit alles Irdischen, ferner die Hilflosigkeit unserer ersten Jahre, erzeugen in jeder Seele eine Stimmung der Unsicherheit und Minderwertigkeit, aus der sich zwangsmäßig das Streben nach Besserung der menschlichen Lage entwickelt. Der Weg zur Linderung der kindlichen Unsicherheit ist in der Logik der Tatsachen ziemlich eindeutig vorgeschrieben. Er führt in die menschliche Gemeinschaft. Die Anlehnung und das Gefühl

* Dr. med., Facharzt für Neurologie / Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalyse (DGIP/DGPT/DAGG), Lehranalytiker (DGIP); 1. Vorsitzender des Alfred-Adler-Institutes Düsseldorf e.V., leitender Arzt der Fachklinik Langenberg

** Vortrag in modifizierter Form gehalten auf dem 13. Weltkongress der World Association for Dynamic Psychiatry (WADP) / XXVI. Intern. Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 13. – 17. März 2001 in der Universität München

der Zugehörigkeit sind im Stande, die Unsicherheit des Kindes zu bannen. Deshalb ist es Aufgabe der Erziehung, den Prozess des 'Wurzelschlagens' zu fördern und das Heimatgefühl für diese Erde zu erwecken.“ Er sieht aber „eine große Anzahl von Menschenkindern“ aufwachsen, „ohne Wurzeln gefasst zu haben. Sie bewegen sich wie Fremdlinge unter den anderen und schalten sich von den gemeinsamen Aufgaben aus. Der Varianten gibt es unzählige.“ Bei diesen Kindern komme es „zu einem frühzeitigen unverwischlichen Eindruck einer Feindseligkeit des Lebens“ (*Adler*, 1923/1982, S. 48/49). Aus der „Verknüpfung zur Mutter“ entwickle sich ein „Anfang seines Gemeinschaftsgefühls“, diese „erste Einheit“ sei aber nur „eine Vorbereitung ... für die vielen größeren Einheiten Familie und Umwelt. Das ist der Beginn des gesellschaftlichen Menschen.“ (*Adler*, 1926/1982, S. 120). Wieder an anderer Stelle heißt es bei *Adler*: „Wir müssen auch der Einflüsse gedenken, die durch die Führung eines Kindes sehr frühzeitig auf das Kind einwirken. Nicht nur die ökonomischen Bedingungen, ..., sondern die gesamte Familiensituation auch. Von außen her fluten die Wellen des sozialen Lebens bis in die Kinderstube und beeinflussen ununterbrochen das Kind. Auch hier hat das Kind Stellung zu nehmen, um nicht in seinem seelischen Gefüge auseinanderzufallen, es muss eine Richtung finden, und diese Richtung wird dahin zielen, irgendwie fertig zu werden mit den Problemen des Lebens, irgendeine Endform zu erreichen, eine Lösung der Schwierigkeiten usw. Aber aus der Familiensituation stammt natürlich ein großer Zustrom von Regungen und Erregungen, ...“ (*Adler*, 1931/1982, S. 178). In etwas anderem Zusammenhang äußert er 1927 ganz ähnlich: „Außer dem Verhältnis zur Mutter gibt es noch viele andere wichtige Momente in der Erziehung, welche zu beachten sind. So ermöglicht insbesondere eine behagliche Kinderstube dem Kind, sich in diese Welt gern und mit Leichtigkeit hineinzufinden. Bedenkt man, mit welchen Schwierigkeiten die meisten Kinder zu kämpfen haben, wie wenig leicht es ihnen meist wird, sich in ihren ersten Lebensjahren die Welt als einen angenehmen Aufenthaltsort zu Gemüte zu führen, dann begreift man, dass die ersten Kindheitseindrücke außerordentlich bedeutsam sind, weil sie dem Kinde eine Richtung geben, in der es weiterforscht und weitergeht.“ (*Adler*, 1927, S. 246). Und an anderer Stelle: „Eindrücke, Ereignisse, die uns Erwachsenen oft als unbedeutende Kleinigkeiten erscheinen, nehmen einen ungeheuren Einfluss auf das kindliche Seelenleben und damit vor allem auf die Entstehung seines Weltbildes.“ (*Adler*, 1927, S. 52).

Adler beschreibt also insgesamt eine Atmosphäre des Eingebettetseins und der notwendigen Ermutigung in einem familiären Umfeld. Ganz analog findet sich eine Beschreibung der frühen Entwicklung bei *Winnicott* (1965/1974, S. 315/316): „Der Reifungsprozess wird im einzelnen Säugling nur insofern wirksam, als eine fördernde Umwelt existiert. Das Studium der fördernden Umwelt ist am Anfang so wichtig wie das Studium des individuellen Reifungsprozesses. Das Merkmal des Reifungsprozesses ist

der Drang zur Integration, deren Bedeutung immer komplexer wird, während der Säugling heranwächst. Das Merkmal der fördernden Umwelt ist Anpassung, die fast bei 100 % beginnt und in abgestufter Dosierung zur Nicht-Anpassung wird, gemäß den neuen Entwicklungen im Säugling, die Teil der allmählichen Wandlung zur Unabhängigkeit sind“.

Ähnlich auch die Betonung der absoluten Bedeutung der Subjektivität für die Entwicklung des Weltbildes eines Kindes durch *Adler* und auch *Winnicott*: Schreibt *Adler* (1931/1982, S. 128): „Wenn ich glaube, ich habe einen Abgrund vor mir, so bleibt es sich gleich, ob wirklich ein solcher vorhanden ist oder nicht. Ich leide unter der Meinung, nicht unter der Wirklichkeit. Wenn ich glaube, es sei ein Löwe im nächsten Zimmer, dann läuft das auf dasselbe hinaus, ob einer da ist oder nicht. Ich werde mich in beiden Fällen gleich verhalten. Deswegen müssen wir die Meinung (einer) Person suchen“, so schreibt *Winnicott* (1968/1990, S. 146): „Für die fünf Kinder einer Familie gibt es fünf Familien. Man braucht keinen Psychoanalytiker dazu, um zu begreifen, dass diese fünf Familien einander nicht notwendigerweise ähneln müssen und dass sie ganz sicherlich nicht identisch sind“. Das bedeutet: Beide führen bildhaft vor Augen, dass Persönlichkeit ein subjektiv entwickeltes Konstrukt ist, das jedes Individuum selbst bildet. D.h. aber auch: Eine entscheidende Bedeutung für die Persönlichkeitsbildung und die Entwicklung unserer Individualität haben unsere Phantasien, die wir in Verarbeitung der aus der Umgebung apperzipierten Informationen als Kinder darüber gebildet haben. Explizit formulierte dies später *Hanna Segal* (1991/1996, S. 41), eine *Melanie-Klein*-Schülerin: „Es lässt sich sagen, dass die unbewusste Phantasietätigkeit und die von ihr entwickelten Konstruktionen die grundlegenden Strukturen und Eigenschaften unserer Persönlichkeit bestimmen und die Matrix unserer psychischen Struktur und unseres psychischen Lebens bilden“.

Nun wissen wir aus der neueren Säuglingsforschung der letzten beiden Jahrzehnte, dass das Geflecht unbewusst ablaufender Interaktionen zwischen bereits sehr kleinen Kindern und Umgebung außerordentlich differenziert ausgebildet ist und der Säugling dabei als „kompetenter Partner“ angesehen werden muss, der sehr wach aufnimmt, was in der Umgebung an atmosphärischen Bedingungen geboten wird. (vgl. *Dornes*, 1997). Ja, es gibt sogar ernstzunehmende Hinweise darauf, dass bereits pränatale Einflüsse auf die kindliche Entwicklung in Form von Gefühlserinnerungen gespeichert bleiben und in die Persönlichkeitsbildung einfließen (vgl. *Piontelli*, 1992/1996; *Reinert*, 2000). Und dabei gilt, was *Adler* (1933/1983, S. 46) schrieb: „Der ehrliche Psychologe kann seine Augen nicht davor verschließen, dass es Zustände gibt, die das Eingehen des Kindes in die Gemeinschaft, sein Sich-zu-Hause-Fühlen verhindern und es aufwachsen lassen wie in Feindesland.“ Auch die Erkenntnisse der neuen Säuglingsforschung deuten darauf hin, dass Fehlausformungen der kindlichen Entwicklung und das Entstehen bedrohlicher Empfindungen im Kind nicht, wie dies die Triebtheorie früher annahm, intrapsychisch

im Kind entstehen, sondern im Rahmen der sozialen Interaktion in der Primärgruppe. *Dornes* (1997, S. 304) nennt dafür Beispiele und interpretiert: „Daraus folgt, dass unbewusste Überzeugungen nicht auf Impulse zurückgeführt werden sollten, die per se gefährlich sind und deshalb verdrängt werden müssen, sondern dass sie (in erster Linie) dadurch entstehen, dass bewusste, 'harmlose', altersangemessene kindliche Bedürfnisse von den Eltern dramatisiert werden. Diese Dramatisierung führt (evtl. im Verein mit der kognitiven Unreife des Kindes) zur Aufladung der Bestrebungen mit bedrohlichen unbewussten Bedeutungen.“

Zusammengefasst trifft das Kind also während seiner intrauterinen Entwicklung und erst recht nach der Geburt auf eine Familien-Atmosphäre, die nach *Heisterkamp* (1983) als „interaktionale Wirkungseinheit“ verstanden werden kann, die sich „durch die lebensstil-typische Teilhabe der einzelnen Familienmitglieder konstituiert“. Nach *Ricardo Rodulfo* (1996, S. 38) ist die Familienatmosphäre eingebettet in eine „Vorgeschichte“, die er „Familienmythos“ nennt: „'Familienmythos' ist also in seiner Funktion vergleichbar der Luft oder dem Sauerstoff, ein Vergleich, der über die bloße Analogie hinausgeht und eine wesensmäßige Übereinstimmung betont. 'An einem Ort atmen' bezieht sich auf all die alltäglichen Praktiken, seien es Handlungen, Redensarten, ideologische Elemente, Erziehungsnormen oder der Umgang mit dem Körper. All das zusammen bildet ein Bündel, in dem der Familienmythos in Erscheinung tritt.“ Vom Familienmythos hängt nach *Rodulfo* ab, ob einem Kind Wachstum, Entwicklung und Werden als Subjekt ermöglicht oder ob sie blockiert werden. Die in einer Familie vorherrschenden, sich wiederholenden, das Klima bestimmenden Werthaltungen und Orientierungspunkte nennt *Rodulfo* „Signifikanten“. Diese können hemmenden Charakter haben, in diesem Falle nennt *Rodulfo* sie „Überich-Signifikanten“, sie können aber auch förderlich sein, in diesem Falle bezeichnet er sie als „Subjekt-Signifikanten“. Als letztere sind sie unentbehrliche Leitlinien für die weitere Entwicklung des Kindes. Ich halte dieses Signifikanten-Konzept *Rodulfos* für eine Errungenschaft der Psychoanalyse; mit diesem Begriff lassen sich atmosphärische, sonst schwer zu beschreibende Phänomene sehr gut handhaben. Signifikanten können, wenn sie mit Überzeugung innerhalb der Familie vertreten werden, in simplen Leitsätzen zum Ausdruck kommen, so z.B. in einem ermutigenden Grundsatz wie: „Wenn man etwas wirklich will, dann kann man es erreichen!“ Genauso können simple „Signifikanten in Satzform“ auch blockieren: „Schon der zweite Platz ist eine Niederlage!“ Signifikanten sind jedoch nicht unbedingt nur derart einfacher Natur, vielmehr werden als Signifikanten vor allem auch solche Einflüsse bezeichnet, die latent vorhanden sind, eine Werthaltung repräsentieren und selbst dann hochwirksam sind, wenn sie nie ausgesprochen werden. Atmosphäre überträgt sich auf ein kindliches Empfinden auch ohne Worte. Ich möchte dies anhand der Zusammenfassung einer Krankengeschichte vor Augen

führen: Gerd, ein bei Behandlungsbeginn 46-jähriger Mann, weist eine schwerste narzisstische Persönlichkeitsstörung auf, die dazu geführt hat, dass er sozial völlig isoliert ist, eine Arbeitsstelle nach der anderen eingebüßt hat, nirgendwo zurechtkommt. Die Isolation hat sich auf die Familie übertragen; in Behandlung kommt der Patient nicht etwa aus eigenem Entschluss, sondern auf Empfehlung des Schulpsychologen, dem die Tochter des Patienten wegen Auffälligkeiten in der Schule vorgestellt wurde und der sehr schnell bemerkte, dass die Schwierigkeiten des Kindes in der jede familiäre Lebendigkeit unterdrückenden Persönlichkeit des Vaters ihren vorrangigen Ursprung hatten. Gerd tut sich in der Analyse zunächst sehr schwer, er kann sich nur mühsam einlassen, ist schnell gekränkt, reagiert dann überschießend, klagend, anklagend und verzweifelt. Die Lebensgeschichte ist deutlich auffällig: Er ist (obwohl dies nie offen ausgesprochen wurde) als sicherlich ungewünschtes zweites Kind seiner Eltern geboren, und zwar nur 15 Monate nach seinem älteren Bruder, der aber wiederum als Kleinkind verstarb, als der Patient nur einige Wochen alt war. Der Bruder, Wunschkind, verstarb also, er, ungewünschtes Kind, überlebte. Im Laufe der späteren Analyse wird dem Patienten der katastrophale Zusammenhang zwischen seinen Problemen, seinem Welt-Erleben und dieser „Entstehungs-Konstellation“ deutlich: Er bezeichnet sich als „Zombie“, hat das Gefühl, er sei ein lebender Toter insofern, als er eigentlich totgewünscht wurde, wohingegen sein verstorbener Bruder hätte leben sollen. Er ist also quasi ein „Usurpator“, ein unberechtigterweise die Stelle seines Bruders Einnehmender, der latent sogar das Gefühl hat, am Tode des Bruders dadurch schuldig geworden zu sein, dass er durch seine Ankunft die Mutter möglicherweise daran gehindert hat, für den kränkenden Bruder so zu sorgen, wie dieser es gebraucht hätte. Eine wahrhaft fürchterliche Selbst- und Selbstwert-Einengung des Patienten. Hatte er immer im Leben das Gefühl gehabt, von der Mutter bei allen sich bietenden Gelegenheiten zurückgestellt, herabgesetzt und gedemütigt zu werden, so findet dieses subjektive Gefühl noch während der Therapiezeit eine geradezu bedrückende Bestätigung: Während dieser Zeit erkrankt die Mutter sehr massiv an einem „Morbus Alzheimer“, wird zum Pflegefall und vom Patienten und seiner Familie betreut. Als der Patient an einem Tag an das Bett seiner Mutter tritt, um sie zu füttern, blickt sie ihm feindselig entgegen und herrscht ihn an: „Was willst Du hier! Du sollst weg! Der Willi soll kommen!“ Willi war der Name seines als Baby verstorbenen Bruders.

In welcher Weise das Leben und das Selbst-Gefühl des Patienten durch den Signifikanten „Du bist falsch! Du sollst nicht da sein!“ geprägt wurde, zeigt auch folgendes Beispiel sehr klar: Zu einer Sitzung erschien Gerd in einer sehr aufgebrachten, wütenden Verfassung. Er hatte vor der Fahrt zu mir noch einige Kleinigkeiten in einem großen Markt eingekauft. Als er sich mit seinen Waren an einer von vielen Kassen angestellt hatte, hatte die dort tätige Kassiererin gerufen: „Bei mir nicht mehr!“ Gerd war gleichwohl in der an dieser Kasse stehenden Schlange stehengeblieben. Als die vor ihm

wartenden Käufer abgefertigt waren und er bei der Kassiererin ankam, erklärte sie, indem sie ihre Kasse abschloss: „Ich hatte gesagt, bei mir nicht mehr. Tut mir leid, bitte gehen Sie an eine andere Kasse.“ Gerd war vollkommen entrüstet, beschimpfte die Kassiererin, fühlte sich völlig ungerecht behandelt und beanspruchte, von ihr doch noch bedient zu werden. Es kam zu einem Auflauf mit heftigen Wortwechseln, in deren Folge Gerd (wieder einmal) nachgeben musste. Die Wirkung dieser Situation hielt bis in unsere Stunde hinein an. Zu interpretieren ist das, was sich hier abgespielt hatte, eigentlich sehr leicht: Er kommt, ungewollterweise, bei einer Frau an. Diese hat nun in der Hand, mit ihm in förderlicher oder in seinem Empfinden „abwürgender“ Art in Kommunikation zu treten. Hätte die Kassiererin erklärt: „Ich hatte zwar gesagt, bei mir nicht mehr, aber, kommen Sie her, Ihre paar Sachen kassiere ich eben noch ab“, dann wäre er für diesen Moment glücklich gewesen. Für den Augenblick wäre hier ein Stück Wiedergutmachung, ein Stück Widerlegung seiner Unerwünschtheit subjektiv fühlbar gewesen; so handelte er sich eine Re-Traumatisierung ein.

Ein weiteres Beispiel: Herr D., ein 42-jähriger Mann leidet unter einem im weitesten Sinne depressiven Syndrom mit einer Neigung, in Konfliktsituationen immer nachzugeben, hinterher deprimiert zu sein, sich als Versager zu fühlen und auch eine Aggression gegen sich selbst zu spüren, ohne an diesem sich wiederholenden Phänomen etwas aktiv ändern zu können. Die Analyse ergibt, dass er als ältestes von drei Kindern sich gegenüber seiner immer wieder um seine „Entthronung“ bemühten Schwester nie hatte durchsetzen dürfen. Wenn er in seinem Erleben „als Junge auftrat“, schalteten sich die Eltern ein, der Standardspruch, der ihm gegenüber dann zur Geltung kam, war: „Wer ist fünf Jahre älter!?“ Dieser Satz wurde für ihn zum Signifikanten in der Gestalt, dass er immer die Rolle des Vernünftigen, Zurückhaltenden, Friedfertigen aufrechterhalten musste, um nicht die elterliche Zuwendung und Akzeptanz zu verlieren. Erst die Bewusstmachung dieses quasi „Handlungs-Gesetzes“ bzw. auch „Handlungs-Verbotes“ konnte ihm ermöglichen, sich konstruktiv-aggressiv abzugrenzen von dieser Einengung seines Verhaltens-Spielraumes, deren Überwindbarkeit ihm nie in den Sinn gekommen war. Zum ersten Mal konnte sich der Patient in der Therapie mit Brüllen und Um-sich-schlagen vom „Überich-Signifikaten“ befreien, was er mit tiefer Beglückung erlebte.

Dies ist ein typisches Beispiel für einen Erziehungsstil der Eltern, der mittels Überich-Signifikanten-Bildung wirksam wird und das Kind in seiner Selbst-Entfaltung massiv blockiert. Über derartige Familienatmosphären schreibt *Hans Müller-Braunschweig* (1975, S. 232): „..., dass immer wiederkehrende spezifische Interaktionsstile dem Kinde eine Welt vermitteln, in der es keine ‚normalen‘, sondern pathologische Reaktionen lernt. Bewusste und unbewusste Einstellungen, Erwartungen, Konflikte der Eltern sind hier als desorientierender dauernder Einfluss wirksam. Ein Kind, dessen Eltern im Umgang mit aggressiven Impulsen unsicher sind und

diesen Umgang nicht genügend in ihr Verhalten integriert haben, werden auch bei impulsiv-aggressiven Äußerungen des Kindes unwillkürlich mit Ablehnung reagieren, obwohl sie evtl. bewusst diese kindlichen aggressiven Äußerungen in gewissem Maße tolerieren. Das Kind wird die Unsicherheit der Eltern spüren. In deutlicher ausgeprägten Fällen werden die Eltern sich zurückziehen oder ihrer Unsicherheit soweit Ausdruck geben, dass das Kind sich 'bestraft' fühlt, negative Impulse also mit einem Unlusterlebnis verbunden sind. Außerdem hat das Kind nicht die Möglichkeit, den gekonnten Umgang der Eltern mit Aggressivität zu imitieren. Es tendiert schließlich eher dazu, bewusst und unbewusst besonders destruktive und beängstigende Folgen von Aggression zu phantasieren, die nicht zu bewältigen sind. Sie müssen deshalb schon in Vorstadien der Entstehung durch Abwehrmechanismen am verbalen oder motorischen Ausdruck gehindert werden. ... in jedem Falle kann eine bestimmte Verhaltensweise nicht ausgebildet werden und prägt die spätere Haltung des Kindes.“

In der Therapie kann es oft sehr schwierig sein, Signifikanten als solche mit dem Patienten herauszuarbeiten in einer Weise, dass der Patient deren behindernde Bedeutung bemerkt und vor allem sich davon lösen kann. Signifikanten werden in der Regel früh geprägt, sind tief in die seelische Struktur eingebettet und präsentieren sich gegenüber der analytischen Aufdeckung häufig als massiver latenter Widerstand. Aber es bedarf gerade der langfristigen analytischen Arbeit, um sie aufzulösen, weil es in der Regel nur im Rahmen einer als unbedingt zuverlässig erlebten tiefen Beziehung zum Therapeuten möglich wird, sich gegen den behindernden familiären Kontext zu stellen, was mit Angst, Scham und Schuldgefühlen verbunden ist. Gelingt die Auflösung eines die Lebensbewegung blockierenden Signifikanten in einer Psychotherapie nicht, wird über kurz oder lang auch eine mit anderen Methoden durchaus erreichbare Symptom-Milderung oder -Beseitigung sich nicht als dauerhaft erweisen können. Signifikanten werden wie tief „engrammierte“ Gesetze sich wieder durchsetzen und eine neue oder die alte Symptomatik erneut erzeugen.

Die Bedeutung von Signifikanten kann nicht hoch genug eingeschätzt werden. Mehr denn je halte ich in diesem Zusammenhang eine Beschreibung der gegenwärtigen Erziehungskultur für zutreffend, die *Günter Ammon* 1979 veröffentlichte (*Ammon*, 1979, S. 101): „Jenseits soziologischer und sozialpsychologischer Untersuchungen der gesellschaftlichen Bedingungen für psychische Erkrankungen können wir – auch jenseits aller Ideologie – zunehmende Tendenzen feststellen, die den archaischen Abwehrmechanismen der Kleinfamiliengruppen und ihrer Mitglieder entsprechen. Durch die Inhalts- und Wertentfremdung weiter Lebensbereiche im Gefolge einer Überbürokratisierung und Überverwaltung entsteht der allgemeine Erfordernisdruck an die äußere Fassade. Kinder in ihren Bedürfnissen und Wünschen stellen jedoch eine Identitätsanforderung völlig anderer Qualität, d.h., ihre Entwicklung und

Verweigerung der Eltern spiegeln oftmals die Kinder in ihrem Symptomenverhalten den Eltern wider. Sie stellen somit sozusagen von innen heraus aus der Familiengruppe eine Bedrohung der Gruppengrenzen dar und werden deshalb zu den Adressaten der Aggression, weil sie die defekte Gruppendynamik deutlich werden lassen. ... Gesellschaftliches Handeln nach dem 'Sühneprinzip' oder ein konsequenzenloses 'Verstehen' schaffen keine Abhilfe. Verstehen in unserem Sinne heißt: Eltern und Kindern die Hilfe anzubieten, mit der sie sich verändern können; den sichersten Schutz für das Kind stellen nicht Ordnungsmaßnahmen dar, sondern eine erfahrungsfähige Familiengruppe, die eine kreative Entwicklung ermöglicht, eingebettet in einen gruppendynamisch offenen Zusammenhang von Beziehungen in einem gesamtgesellschaftlichen System von Gemeinschaft.“

The context into which we are placed

Thomas Reinert (Velbert-Langenberg)

Contrary to other psychoanalytical authors, *Alfred Adler* has always interpreted man as a „social being“. The obligatory experience of human limitation, according to *Adler* „inevitably results in the striving for improvement of the human condition“. On this path of overcoming own insecurities and weaknesses, the child is dependent on the help of its environment, which will have to facilitate a foundation of „being rooted in life“. The social environment of the first years is however the family, the atmosphere of which is the space for the child to experience „world“ and „life“. For the child to develop in a healthy manner it needs, according to *Adler* an atmosphere that will enable the child to perceive its entry into this world as a „friendly invitation“. The parallels to the „facilitating environment“, which *Winnicott* later on thought to be necessary for healthy development, are quite evident. Both *Adler* and *Winnicott* emphasize the importance of the individual subjective processing of environmental impressions by the child. Here also phantasy plays an important role in the area of personality development (*Segal*). These basic assumptions of the mentioned pioneers of psychoanalysis are confirmed by recent infant research. It becomes very clear that the atmosphere into which the child is born, is of utmost importance for its development. *Ricardo Rudolfo*, a psychoanalyst from Argentina tries to visualize the different influencing aspects of the family atmosphere that determine the child's further development, using the term „significancies“. For him these are the way the family defines its values and attributes meaning to various emotions, which in turn have an influence on the child. The significancies have either a hindering (super-ego significancies) or an enabling (subject significancies) character. For *Rudolfo* these significancies are as indispensable for a positive orientation regarding the child's values and finding its place in this world, as

they also can potentially be hindering and blocking the zest for life. The author of this presentation attempts to especially show the importance of hindering significancies for the development of psychological pathology with the help of two case histories. In the first instance a patient is described, who as the younger of two siblings was born unwanted only fifteen months after his older brother, who died within a few weeks after the patient was born. The patient ever since then was perceived as the one that is actually superfluous, having annexed the place of a previously wanted child and occupying it unwarranted. This was expressed towards the child on a conscious as well as a subconscious level, which always hindered the patient in developing adequate self-worth and coming to a realization of his own self. Another example is that of a patient who was the elder of two siblings and was constantly hindered by his parents to defend his role as the first born in way of a demarcation against his sister, who had a strong tendency to „de-throne" him. Throughout his life he then related to his (constructive as well as destructive) aggression in a disturbed manner. The author thinks the uncovering of the corresponding significancies a indispensable necessity and closes with quoting Ammon, in which the same demonstrates the dangers of our way of raising children nowadays, which results in the suppression and impossibility of authentic intra-familiar dispute.

Literatur:

- Adler, A.* (1923): Die Gefahren der Isolierung; in: *Adler, A.*: Psychotherapie und Erziehung, ausgewählte Aufsätze, Bd. I (Fischer Taschenbuch-Verlag, Frankfurt, 1982)
- (1926): Schwer erziehbare Kinder; in: *Adler, A.*: Psychotherapie und Erziehung, ausgewählte Aufsätze, Bd. I (Fischer Taschenbuch-Verlag, Frankfurt, 1982)
 - (1927): Menschenkenntnis (Fischer Taschenbuch-Verlag, Frankfurt, 1966/ 17. Auflage 1983)
 - (1931): Symptomwahl beim Kinde; in: *Adler, A.*: Psychotherapie und Erziehung, ausgewählte Aufsätze, Bd. II (Fischer Taschenbuch-Verlag, Frankfurt, 1982)
 - (1931): Der Fall von Frau A.; in: *Adler, A.*: Psychotherapie und Erziehung; ausgewählte Aufsätze, Bd. II (Fischer Taschenbuch-Verlag, Frankfurt, 1982)
 - (1933): Die Formen der seelischen Aktivität; in: *Adler, A.*: Psychotherapie und Erziehung, ausgewählte Aufsätze, Bd. III (Fischer Taschenbuch-Verlag, Frankfurt, 1983)
- Ammon, G.* (1979): Kindesmisshandlung (Kindler-Verlag, München, 1979)
- Dornes, M.* (1997): Die frühe Kindheit; Entwicklungspsychologie der ersten Lebensjahre (Fischer Taschenbuch-Verlag, Frankfurt, 1997)
- Heisterkamp, G.* (1983): Familientherapie als Wirkungsanalyse; in: Mohr, F. (Hrsg.): Beiträge zur Individualpsychologie IV (Ernst-Reinhardt-Verlag, München/Basel, 1983)
- Hemmer, K.* (2001): Beobachtungs- und Beschreibungskategorien; Arbeitspapier, 2001
- Müller-Braunschweig, H.* (1975): Die Wirkung der frühen Erfahrung; das erste Lebensjahr und seine Bedeutung für die psychische Entwicklung (Ernst Klett-Verlag, Stuttgart, 1975)
- Piontelli, A.* (1992): Vom Fetus zum Kind: Die Ursprünge des psychischen Lebens; eine psychoanalytische Beobachtungsstudie (Klett-Cotta-Verlag, Stuttgart, 1996)
- Reinert, T.* (2000): Pränatalpsychologische Aspekte der Borderline-Störung; Dynamische Psychiatrie 33/Heft 180/181, 2000, S. 89 - 101
- Rodulfo, R.* (1996): Kinder – gibt es die?: Die lange Geburt des Subjekts (Kore-Verlag, Freiburg, 1996)
- Segal, H.* (1991): Traum, Phantasie und Kunst (Klett-Cotta-Verlag, Stuttgart, 1996)

Winnicott, D.W. (1965): Reifungsprozesse und fördernde Umwelt (Kindler-Verlag München, 1974)

Winnicott, D.W. (1986): Der Anfang ist unsere Heimat (Klett-Cotta-Verlag, Stuttgart, 1990)

Adresse des Autors:

Dr. med. Thomas Reinert
Leitender Arzt der Fachklinik Langenberg
Krankenhausstraße 17
52555 Velbert-Langenberg

Love and Hate - Orgasm, Death, and Epilepsy

Alina Paiva Nogueira da Silva, Tania Martinez, Ariana Vegesack Kadosca, Miller de Paiva (São Paulo – Brazil)*

The love-hate theme expanded to orgasm-death is first broached with the citing of famous paintings: „Wedding Night” by Dorothea Tanning; „The Nightmare” by Henry Fusli, „The sleeping Venus” by Paul Delvaux; „La Licorne” and „Autumn Cannibalism” by Salvador Dali. Clinical Material from a psychoanalytical and group session is commented upon to clarify, in practice, the conflict between love / death and orgasm / death.

In 254 cases, we observed lack or deficiency of affection, that is, of the parental libidinal elements (love, affection, „reverie“, patience, tolerance, or else self-absorbed parents with a fragile ego). In 67 cases, there resulted a greater incidence of instability of mood, reaching 41.1% (24 out of 67 cases) of total vital dissatisfaction or aphanisis. The individuals do not become schizophrenic only because there is an absence of genetic predisposition towards the disease.

Hymeneuphobia (fear of marriage) for both sexes is more accentuated when the home where they were brought up was unhappy.

The authors discuss the difficulties in obtaining pleasure and broach the deeper causes for non-obtention of orgasm, or only clitoral orgasm and premature ejaculation.

The individual may be led by the life instinct (love) and be contaminated by the death instinct (destructiveness) during sexual intercourse. He broaches the impulse of life and of death as an object relation, where the defensive process disorganises the affective state itself leading to impotence, frigidity, perversity and the fetish (the latter as a transitional object and adjunct factor).

Hate may give rise to aggressive behaviour, which is highly pleasurable – sadism by humiliation or arrogance bring about suffering. These processes are, at times, unconscious, stemming from the molding periods – the bad mother fantasy as a powerful enemy.

Hate stemming from secondary elaborations of unconscious fantasies and a subsequent feeling of guilt would lead to an inability to love and through orgasm to do away with the subsequent frustrations.

In conclusion, the secondary elaborations of unconscious fantasies, which produce, in certain individuals, intense guilt, can prevent somatic pleasure and even the joy of living (suicidal ideas).

The predominance of the death instinct prevents love, orgasm, and the ability to love. If this unconscious guilt is less intense, it will not prevent clitoral orgasm or the introducing of the penis (premature orgasm) or a certain pleasure of being alive. If, however, the guilt is very marked, orgasm will be rendered difficult for a woman with the penis inside the vagina or will lead to impotence in the case of a man, owing to strong aggressivity towards his partner; in the woman, this guilt is reinforced by phallogocentric culture (the woman-slave), so that the individual defends himself face of a greater evil (death) preferring the lesser evil (pseudo-frigidity or impotence).

The authors continue to believe, despite opinions to the contrary, that vaginal orgasm is the acme of psychosexual maturity, just as rapid orgasm may be a sign of male immaturity. In order to acquire sexual maturity, it would not only be necessary to get rid of the decathexis of the clitoris, but to achieve an adequate vaginal cathexis and the integration of the function with the whole being, so as to reach plenitudinous orgasm. Psychoanalytical sessions can bring to light these conflicts; the therapist should be alert so as to be able duly to elaborate them.

* Drs at the Clinica Lux Vitae in Sao Paulo, Brazil

„The priest in the soap opera was going to die at the hand of an individual... Then he murmurs something in the ear of the probable assassin and the latter started to laugh... he laughed so much, he ends up by dying of laughter” (fragment of a woman patient’s comments, during a session).

I. Introduction

The love-hate theme expanded to orgasm-death is first broached with the citing of famous paintings: „Wedding Night” by *Dorothea Tanning*; „The Nightmare” by *Henry Fuseli*, „The sleeping Venus” by *Paul Delvaux*; „La Licorne” and „Autumn Cannibalism” by *Salvador Dali*.

Desire is the phenomenon that tends to accentuate the basic lack and consequently, the feeling of castration when the child experiences separation from the mother. The child desires to be the mother's phallus - that is - to be the desire of the desire of the mother, or the reinforcement of maternal desire. Need (the result of internal tension) is not desire. Desire is linked to mnemonic traits.

Desire is the result of the breach between need and demand and is not linked, basically, to a real object, but rather to the fantasy related to it. Desire is irreducible to the demand (without taking the Other's unconscious into account).

The observations of a psychoanalytical practice corroborate the monistic theory, which entails a single essence directed both to the life instinct and to death. For better understanding, will usually compare this theory with the hormonal formation of the steroids: with a simple change in the position of a ketonic or hydroxylic radical in the perhydrocyclophenanthrene nucleus, one could form either a male or a female hormone.

The energetic nucleus would be the same, as much for the libido as for Thanatos. During the whole life span of the human being, there is a continual battle between constructive and destructive attitudes (unconscious in the majority of cases).

The same phenomenon occurred in the origins of Homo Sapiens as well as those of the religions: with the development of the prefrontal brain and its dendritic connections, the superego was formed along with the capacity for unconscious fantasies (Homo Mythicus) becoming imputable (Homo Moralis); i.e., God bestowed upon him the soul, according to religious belief; from this point the cannibal began to have feelings of guilt for having committed parricide, making it necessary to practice the totemistic ceremonial (through love, mixed with hate, for his father). The same happened to Abraham, when he had fillicidal fantasies against Isaac, whilst Jesus „allowed” himself to be crucified by the Celestial Father, in order to redeem the sins of humanity (unconscious fantasies of parricide and fillicide through guilt and expiation).

This battle between the libido and Thanatos (orgasm and the fear of dying) can be found in pseudo-frigidity, impotence, epileptic crises and fear of marriage.

In previous studies, one of the authors (*Miller Paiva*, 1973, 1977, 1992) was able to observe the battle between thanatos-libido, i.e., orgasmic difficulties linked to the fear of dying. On the other hand, it was also verified that if satisfaction was not obtained through the sex act, it was achieved through fights, discussion and quarrels, through a dislocation of secondary elaborations of unconscious fantasies (according to the concepts of *Heimann* (1962), *Isaacs* (1962), *Klein* (1962) and *Segal* (1965).

The feeling of death linked to pleasure, is more frequent than one might think; suffice it to remember that a child reared by parents who are very loving, but at the same time, aggressive, results in the child linking pleasure with suffering; later on, as an adult, he may tend towards sadistic coitus, genital masochism, rape, sex crimes, etc. The broaching of the subject of this competitive correlation between pleasure-death, as well as the comprehension of this conflict, is important for the progress of the psychosomatic treatment.

II. Clinical Material

In 254 cases, we observed lack or deficiency of affection, that is, of the parental libidinal elements (love, affection, „reverie", patience, tolerance, or else self-absorbed parents with a fragile ego); in 67 cases, there resulted a greater incidence of instability of mood, reaching 41.1% (24 out of 67 cases) of total vital dissatisfaction or aphanisis. The individuals do not become schizophrenic only because there is an absence of genetic predisposition towards the disease. Hymeneuphobia (fear of marriage) for both sexes is more accentuated when the home where they were brought up was unhappy.

Some clinical examples make for better understanding:

- Case 1:

Patient A., of the female sex, lost her mother at the age of three. Her father married again two years later, and the patient was sent to a boarding convent school; she was a difficult child, always very rebellious, with aggressive impulsivity (positive EEG - amygdaloid nucleus syndrome), timid, withdrawn and jealous, all of which handicapped her social life. She began her psychoanalysis at her fiancé's insistence, owing to their frequent quarrels; she felt strong sexual desire. The patient married, but could not achieve orgasm, not even through masturbation, although she demanded daily sexual relations. The phobic symptoms increased (fear of going out alone and of being sexually assaulted). As the analysis proceeded, it revealed her intense feeling of guilt for unconscious fantasies of having murdered her mother, as well as conscious fantasies of jealousy and aggressive feelings towards her father and stepmother. Her very frequent dreams revealed parricidal fantasies (her father suffering a car accident; the analyst never

returning to Brazil from a trip abroad, etc.), and made it clear that were she ever to obtain genital pleasure, she would be punished for two reasons: firstly, for feeling she had a „vagina dentata”, castrating the penis she so envied (hate for the male figure), and fear of being punished by her mother if she were to experience orgasm - she felt she had no right to experience genital pleasure and to enjoy living (her crises of depression were accompanied by ideas of suicide).

As the analysis evolved, after four years patient A. showed an improvement in her social behaviour, the quarrels decreased, but she was still unable to achieve orgasm, except during only three dreams, one of which with the figure of the analyst. After this situation, and very reluctantly, owing to fear of having a deformed child (she used tranquilizers) and fear of dying in childbirth, she decided to become pregnant.

The patient demanded of her husband the best obstetrician, the best hospital and also that the birth should be by caesarean section.

During pregnancy, which ran its course normally, without her even vomiting, her dreams revealed a normal child and her mother's forgiveness; one month before the birth she dreamt of her own mother (she could not remember the face, but knew that it was her mother's). Although the obstetrician, an experienced doctor, had accepted her demands for a caesarean, when the birth pangs began and these were normal, he did not in fact operate. In view of the natural birth and healthy child, the patient felt forgiven, although she had only a short period of lactation. A genital orgasm was achieved some short time later, which took her entirely by surprise.

This case shows the predominance of the death instinct, which prevents sexual pleasure, owing to feelings of guilt for having had unconscious fantasies of parricide and retaliatory filicide. This type of Thanatos was due to fears that she would die if she achieved orgasm.

The quarrels were the equivalent of orgasm and of epileptic crises (although the EEG was positive, there were no convulsions); they were the only permitted form of orgasm as: „Orgasm is a little death”. The suicidal ideas were a form of eroticizing the fantasy of death, such as in the case of the Catholic youth that feels himself a sinner when masturbating, and, once orgasm is achieved, thinks that he will become oligophrenic or tubercular, through divine punishment, and finish up by dying.

- Case 2:

Another similar case was that of a Mrs B., who, ever since she was a child, felt rejected because her father was disappointed that she had not been born a boy, and that her brother was the „figli maschi” who enjoyed all the privileges (domestic and social); she married late, through reluctance to accept her own sex; forever frigid, she felt the sexual act to be as though it were between two men; she never masturbated; she was excessively

religious. Patient B. had several children, and her home was a pandemonium, for there were frequent marital quarrels, owing to the domineering, authoritarian, despotic and miserly character of her husband. She abandoned analysis four times, owing to the fear of knowing herself and „unleashing her instincts” (in her own words).

In the process of analysis, she became aware of her unconscious fantasies of aggressiveness towards her father, also a despot, superposing the image of her husband, and a strong resentment towards her mother for being weak and very submissive. On one occasion, during a session, and after a few minutes of silence, she said: „I had a dream last night - very short, but it impressed me deeply. I was sitting in the dining room wearing a straitjacket. What impressed me was that everyone was smiling calmly, including myself. At a given moment, I asked serenely that the straitjacket be removed awhile, so that I might scratch myself.

I have the impression that this scene means that I was disrupting the harmony of my home with my aggressiveness. In actual fact, not only am I afraid of going mad, but also lately, I have felt persecuted by the fear of death. It is my fiftieth birthday on the first of next month, and it happens to coincide with the opening of the opera season. I chose to dress purple in colour. The colour reminded me of a coffin; in fact, I had the impression that I would be buying a dress because I was going to die on my birthday. I associated my birthday with death (at that moment).

The analyst said: „The fear you felt of death was not of physical death, but fear of the death of a taboo and along with it the birth of reality”. The association between life and death was then explained in a series of considerations; the analyst then showed the importance of purple in relation to the colour of her hair at that time, including the content of the opera „Madam Butterfly” who committed suicide.

The analyst went on: „These facts would make you more feminine; you could even feel yourself to be a butterfly. The fear of losing the battle after so many years of fighting - to be feminine would be complete destruction...; your father’s rejection, at your birth, for being a girl, made you feel revolted by your own sex which you felt to be fragile; owing to this, you used aggressiveness, without noticing that you used the mask of goodness, which produced, as a means of defence, frigidity, lack of interest in your husband and terror of your own sex”. Patient B. said: „The Salvador Dali painting („The Resurrection”) always bothers me, and today I feel it all the more. When I look at the painting, I have the sensation that the face of the painter could be my father’s, and the Gaba’s could be mine. I feel the Gaba as a martyr, and that is exactly what I feel I am”. (There is a copy of the painting in the consulting room).

Analyst: „It is the fear of being feminine, fear of being fragile, of being tender; in a word, fear of being a woman, fear of loving - this would mean to exchange anguish for pleasure, aggressiveness for love, and your frigidity would turn into enjoyment, pleasure”.

Patient B. said: „I feel as if a casement of the window had been opened. Although I know that it is going to be very difficult to open it all the way, I shall acquire the strength at least not to give up so soon to help myself”.

At the next session, patient B. recounts that she achieved orgasm during sexual relations with her husband and had feared having a stroke; for immediately after the act, she had had a very strong headache, having to call the first aid clinic; they could diagnose no organic trouble. The mother of this patient died in consequence of intra-cerebral vascular accident; during the treatment the analyst discovered her projective identification.

Her purple dress and purple-tinted hair meant also, opposite „Madam Butterfly” (the lover commits suicide on being abandoned), the fear that with orgasm, the menstrual flow would pour onto her head and cause her death, like a dissociation between mind and body, despite the fact that the mother-dressmaker (analyst) had permitted this sexual activity.

- Case 3:

Mrs C., who during treatment apperceived, opposite the person of the analyst, in the same way as she had done with her father, a thanatotic object felt to be good (*Miller Paiva*, 1973). On one occasion patient C. brought three paintings, and at the beginning of the session said: „Look at what I painted”. One of them consisted of a bed with a green quilt, standing in a plain room; the second showed a coffin with a lid made from a wedding-dress; the third depicted soldiers and lots of people in a cemetery, attending what appeared to be a wedding-feast. Based on the association of ideas, the analyst showed that the patient’s marriage (sexual relations) and her social life were contaminated with the death instinct. This destructiveness originated from her fantasies of the „combined figure” (sadistic coitus of her parents who are felt to be persecutory) (*Miller Paiva*, 1977, 1987, 1989).

A similar case occurred in a group analytical psychotherapy session:

- Case 4:

Patient D., after five years of group analysis under another analyst, became impressed with the topic of pseudo-frigidity as a defence against destructive aggressiveness towards men, against the fantasy of being punished by the phallic mother, and the lack of menstruation (to be a man, therefore, signifies to be strong). At a certain session she said: „I was affected deeply; I have never felt such sexual attraction for the analyst as I do now; it is as if having genital relations with my husband, is having them with the analyst.

When (Case 5) Patient E. said that coitus with her husband was like sexual relations between two men, and that she had the sensation of death during the act, I felt deeply affected; however, what affected me most was F’s homosexuality (Case 6), because Dr. Miller interpreted: „to have

relations with another woman would be a stage: seducing her mother (projected in another woman) would be to obtain her consent to have relations with the analyst-father”.

Patient D. went on: „I feel that F. is playing the man’s part, because she is influenced by, or identifying with, her father (he died when she was four; she felt she had the right, and that it was her duty to substitute for him to protect her mother and to fortify herself), and that is why she only achieves clitoral orgasm; her companion has a vaginal orgasm because she feels she is a woman. It is as the analyst once said: „A phallogocentric culture exerts a great influence on the woman, by valorising the penis as an organ representing potency and security - the phallus”.

Patient D. continued: „For the first time, I achieved orgasm with the penis inside the vagina. But I became angry with the analyst and felt that I would not achieve this type of orgasm in my next relations, because I would go back to being a woman-slave”.

Finally, Case 7 shows a genital orgasm related to the death instinct being involved in epileptic crises. Patient G., who during the process of analysis (her dreams revealed an incestuous love for her father and great resentment of the fact that he would not accept her with her crises of loss of consciousness), felt that her dysrhythmic crises were related to feelings of guilt for having incestuous desires, and the need to be punished for these phenomena. She dreamt that she was having sexual relations with her own father, and on awakening told her husband of the dream: seconds later, she suffered a strong convulsion.

III. Commentary

Klein (1967) describes a similar behaviour (our case 1) in her analysis of the child Richard, when the latter wanted to bite the photograph of the boat, the rats, and wanted to throw bombs at the dog, etc., through envy of the potent penis, but at the same time, wanted to tear it off with his teeth; to attack the rats (penis) and his mother’s babies (some of *Klein*’s other patients), would mean running the risk of having them all turning against him, persecuting him and then devouring him; this is the function of *Bion*’s bizarre objects (1957).

Freud (1948) said: „the girl is afraid of being killed (devoured) by the mother”. The woman, whose orgasm is only obtained through clitoral excitation, cannot manage to evolve, owing to penis envy, and uses pseudofrigidity as a defence. The authors agree with (*Moore* 1976) that penis envy is not a reality or an end, but a myth, another expression of the desire to triumph over maternal omnipotence through the possession of an organ which the mother herself lost: the penis. Such is the case of the session in which the patient B. (Case 2) states that coitus with her husband was like sexual relations between two men, for she was feeling the phallic mother is,

superposed on the image of her husband; however, when she felt the approval of the analyst-mother, she was able to face this situation and overcome it; on the other hand, real factors can contribute to this triumph through feeling that her mother is not „the strong one”, but „the weak one”, principally when she becomes conscious of her real personality defects, previously unrevealed (through a defence mechanism and idealisation). Penis envy appears to occur proportionately to the intensity of the power of the maternal imago, for however more severe and castrating the mother greater shall be the fear of orgasm with the penis inside.

In our patients, the injustices committed by extremely aggressive mothers, caused them to have aggressive fantasies (of death) against their mothers for which reason they did not deserve to attain orgasm and to have a son or daughter. If they were to achieve it, they would be punished by death, because they would be stealing the man-father from the mother.

In the man the erection of the penis can be normal but does not reach orgasm and ejaculation, because he can have pleasure but not climax (orgasm) - he does not have permission to have a son of his own.

The fillicidal feeling in a man may be manifest mainly in the fear of marriage; he has normal genital relations, loves the woman, but is incapable of deciding whether, in fact, he will marry, which would mean having a child. If the woman becomes pregnant, he forces her to undergo an abortion without reasonable justification.

Besides, the behaviour of the individual would depend only on the non-desire of a desire or of a non-desire of pleasure, that is directed both towards „and individual“ and towards „this individual“ (*Miller Paiva, 1986*). In the first instance, the mother would say openly that she did not wish to have any children; in the second case, that the procreative act that gave rise to this individual was not a source of pleasure and also that no pleasure accompanied pregnancy, that was lived as a painful experience.

These concepts would be explicit in the Japanese legend known as the Ajase Complex (*Miller Paiva, 1987*).

The group showed its surprise that patient 2, was not satisfied, and after some considerations on the weakness of the „fragile sex”, which is afraid of a cockroach, like *Kafka*, and also after some phallophorias, fell into a long silence. The following comments can be made as to what prevented the group from continuing:

1. The group had become conscious of the permission to experience orgasm, by perceiving the analyst-strong-man, who would not be destroyed (the „vagina dentata” had not cut off the phallus).
2. To be female was the fear of being weak, as preached by the phallogocentric culture, of being the woman-slave, obedient, subservient, without authority, dominated, without an active voice and with other objectives used by the group; hence the frequency of amenorrhea in the young girls who attend convent schools and whose menstruation only reappears when they return home. Not to menstruate means, to their unconscious, to be a

man, and to be a man is to be strong and to be equipped to face the vicissitudes of life.

3. The association made by the group between *Kafka's* book „Metamorphosis” and the „analyst-cockroach”, a moment when the phobia of the cockroach is made clear, means the terror of the bad-and-destructive-mother, and assisted the group in losing this fear of the analyst, no longer felt to be castrating but to be the possessor of good, a condition which allowed the patient to experience a conscious sexual attraction for the analyst, and thus superpose his image with her husband's, so as to obtain the right to achieve orgasm without much fear of being destroyed.

Our opinion was, that the disrhythmic or epileptic convulsion is an ultra-rapid process of love-punishment; the aura was similar to the spasm of orgasm, but charged with guilt, producing a muscular contraction as punishment and as a way of discharging the guilt itself.

It is as (*Freud* 1948) said: „ Even the most ancient doctors said that coitus was a small epilepsy, thus linking coitus to the act of mitigation and to an adaptation of the epileptic discharge of the impulses”, hence distinguishing an organic crisis from a psychic one.

In the case of *Dostojewskij* (1970), his true epileptic crisis appeared after the suffering he experienced with the murder of his father; he gives a masterly account of it in „The Brothers Karamazov”; the attacks, which preceded the true epileptic crisis, signified death and were anteceded by the fear of death, which consisted in lethargic sleep. Fedor used to leave a note by his bed to the effect that, should he fall into a lethargic state, he should be buried only after five days. These symptoms were due to the guilt of parricide (the elimination of his father as a rival), a guilt, which intensifies the castration complex. In women (in the above patients), the impossibility of achieving orgasm, accentuated the desire to change sex.

It was the need to be punished, i.e., not to have an orgasm or to suffer an epileptic crisis was a dislocation: she wished to kill the mother; the latter was internalised in the patients, inhibiting their feelings of pleasure, preventing orgasm and producing a convulsive crisis. The symptom of death was a masochistic satisfaction. The aura was the greatest happiness (sexual excitement and joy), followed by punishment (not to achieve orgasm and to feel frustrated) - it is a terrible unknown guilt of having committed a crime. The parricide in Oedipus, is practised by the individual through arrogance; in the Shakespearean act it was carried out by another character, due to sexual rivalry, and in *Dostojewskij* (1970) it is a direct act, be himself, in the person of another brother, Dimitri, commits parricide because he is an epileptic and a neurotic - it amounts to the famous deception which usually happens in psychoanalytical processes (the only judgement which matters is that of self-judgement). The fact that the patient was incapable of achieving orgasm through masturbation is similar to the fear of being punished, as happens in the passion for gambling (the manipulation of the cards is equivalent to an onanistic obsession, through erotic transference).

Certain immature patients, with great oedipal guilt feelings, feel excitement mixed with anxiety when they masturbate, cannot achieve orgasm, and end up in depression. They are afraid, unconsciously, and choose pseudofrigidity as the „lesser evil”, compared with the „greater evil” (orgasm), the obtention of which would bring terrible punishment; they would be robbing the father from the mother or else participating in their sexual relations, for which reason they suffer from success neurosis: if they were to achieve orgasm, the punishment would be much greater - death. A similar fact occurs also in dyspareunia and in the success neurosis (professional).

The authors continue in the belief, despite opinions to the contrary (*Glenn & Kaplan, 1948, Marmor, 1973*), that vaginal orgasm is the acme of psychosexual maturity, just as rapid orgasm may be a sign of male immaturity. In order to acquire sexual maturity, it would not only be necessary to get rid of the decathexis of the clitoris, but to achieve an adequate vaginal cathexis and the integration of the function with the whole being, so as to achieve a plenitudinous orgasm.

Patient D. had the right to feel female, and as such, to feel valorised by the analyst, because he too was felt as the female-good-mother and, at the same time, the strong-man, without superiority or arrogance, which are the generators of phallogentricity. This battle of the sexes was the subject of many sessions and was intensely lived out, which enabled the group to eliminate the „combined figure”, transforming it from persecutory into protective, united by love, thereby dissociating love from the death instinct.

The evolution of the analytical treatment of these types of patients was satisfactory, there being an evident change, as much in the personality, as in relation to their sexual life. These sessions can be included in the so-called threnody - an ode of a funereal character. In neurotics and psychotics, the plots are always tragic and follow faithfully *Aristotele's* principle of dramatic art; they include a prologue, climax and catastrophe, with real and symbolic pathos. Destiny's compulsion is related to the thanatotic instinct and death is long awaited at the end of the plot. From the beginning, psychoanalysis considered this destiny to be prepared, largely by the person himself and was determined in the so-called moulding periods, in the author's view by remote influences in infancy (*Miller Paiva, 1989*).

The identification with thanatotic objects which might be observed during the sessions, should be duly broached whenever possible, so as to obtain a sufficient interior view, for it is a renitent and destructive introjection which can cause the analysis to be given up, or its lack of success. To broach the subject causes suffering, just as physical growth causes pain in the adolescent; it is the pain of emotional growth. Apart from the need to feel the importance of the recognition of the thanatotic object, the analysand needs, at the same time, the analyst's „reverie”, as an object which will confer on the patient a sufficient feeling of security to enable him to tolerate the liberation of the bad objects of his unconscious, allowing them finally to be „exorcised”.

One of the authors (*Miller Paiva*, 1960) demonstrated that the injection of testosterone (250 mg depot) is an adjunct in obtaining orgasm, but only when conflicts are not so deep. Similar results could be obtained with antidepressive drugs, mainly when the patient suffered from masked depression or an asthenic depressive state.

IV. Conclusion

In conclusion, when unconscious fantasies are charged with intense guilt, they so increase the death instinct, that the latter sets itself against the life instinct, preventing somatic pleasure and even the pleasure of living (suicidal ideas). If this thanatos is less intense, it does not prevent clitoral orgasm or a certain pleasure of living; however the guilt will make it difficult to achieve orgasm with the penis inside the vagina, owing to aggressiveness against men (reinforced by the phallogentric culture and the woman-slave); finally, punishment for incest is manifest by the convulsive crisis - these are the various somatizations of the feeling of guilt.

Liebe und Haß - Orgasmus, Tod und Epilepsie.

A. Nogueira da Silva, T. Martinez, A. Vegesack Kadocsa, L. Miller de Paiva (São Paulo, Brasilien)

Das Thema Liebe und Haß, Orgasmus und Tod, wird zunächst anhand von berühmten Gemälden, wie „Die Hochzeitsnacht“ von *Dorothea Tanning*, „Der Alptraum“ von *Henry Füssli*, „Schlafende Venus“ von *Paul Delvaux*, „La Licorne“ und „Oktober-Kannibalismus“ von *Salvador Dali* erläutert.

Sowohl Libido, als auch Thanatos haben denselben energetischen Keim. Das menschliche Wesen unterliegt sein Leben lang einem kontinuierlichem Kampf zwischen konstruktiven und destruktiven Tendenzen (zumeist unbewußt). Diese Auseinandersetzung zwischen Libido und Thanatos (Orgasmus und Todesangst) schildern die Autoren anhand von Fällen von Pseudo-Frigidität, Impotenz, epileptischen Anfällen und Ehe-Phobie.

Die unbewußte Verknüpfung der Lust mit dem Tod erfolgt öfter als angenommen, zumal beispielsweise eine Erziehung durch liebevolle und zugleich aggressive Eltern im Kind die Assoziation von Befriedigung mit Leiden bewirkt. Das Ergebnis sind dann Erwachsene, welche zu sadistischem Koitus, genitalem Masochismus, Vergewaltigung, sexuellen Verbrechen etc. tendieren. Zum anderen wird Befriedigung, sofern sie nicht im sexuellen Akt erreicht wird, als Fehlverarbeitung unbewußter Phantasien in Diskussionen, Gefechten und Streitigkeiten angestrebt. Falsch verarbeitete Haßgefühle können demzufolge - als lustvoll empfundene - aggressive Verhaltensweisen verursachen und somit grobes Leid mit sich bringen: Sadismus und Masochismus, Arroganz und Unterwerfung ergeben

sich oft aus frühkindlichen Phantasien bezüglich der schlechten Mutter als allmächtigem und stets gegenwärtigem Feindobjekt. Für den Erfolg einer psychosomatischen oder psychoanalytischen Behandlung ist das Verständnis dieses Konflikts zwischen Lust- und Todesersehnen unentbehrlich.

In 254 derartigen klinischen Fällen wurde ein völliges Fehlen von Zuneigung seitens der Eltern, das heißt die Entbehrung jeglicher elterlicher libidinaler Elemente, wie Liebe, Zärtlichkeit, Rêverie, Geduld, Toleranz festgestellt; die Eltern erwiesen Selbstbezogenheit und ein schwaches Ego. 67 dieser Patienten litten unter starken Stimmungsschwankungen, der Unfähigkeit zu wahrer Liebe und sexueller Befriedigung; bei 41,1% führten die Symptome zu totaler Lebensunzufriedenheit oder Aphanisis. Diese Patienten entwickelten lediglich aufgrund fehlender genetischer Prädisposition keine Schizophrenie. Auch zu Hymeneuphobie (Angst, einen Ehebund zu schließen) kommt es bei beiden Geschlechtern häufiger, sofern die Patienten aus einem zerrissenen Elternhaus stammen.

Im Folgenden sollen klinische Beispiele zum Verständnis dieses Konflikts beitragen.

Im Alter von drei Jahren verlor Frau A. ihre Mutter. Zwei Jahre später heiratete ihr Vater abermals und schickte die Patientin in ein Klosterinternat. Sie war ein schwieriges, rebellisches Kind mit aggressiven Impulsen (positives EEG – Nucleus Amygdaloideus-Syndrom). Auf Drängen ihres Verlobten und aufgrund ihrer Streitsucht, unterzog sie sich einer psychoanalytischen Therapie; sie hatte einen starken sexuellen Drang. Nach ihrer Hochzeit konnte sie nicht einmal mittels Masturbation zu einem Orgasmus kommen, obwohl sie ihren Mann täglich um Geschlechtsverkehr anhielt. Nach vier Jahren Analyse erwies Frau A. Verbesserungen in ihrem sozialen Verhalten, die Streitigkeiten wurden seltener, doch den Klimax konnte sie lediglich während dreier Träume erreichen, in einem davon hatte sie Geschlechtsverkehr mit dem Analytiker. Dieser Fall steht für die Vorherrschaft des Todesinstinkts über die sexuelle Lust, welche sich aus Schuldgefühlen aufgrund von unbewußten Phantasien, den Vater töten zu wollen, ergibt: parizide und daher vergeltungsmäßige filizide Phantasien führen zu der Befürchtung, während des Orgasmus sterben zu müssen.

Einen ähnlichen Befund ergab der Fall Frau B., welche sich seit jüngster Kindheit von ihrem Vater abgelehnt fühlte, da dieser sich einen Jungen gewünscht hatte. Als dann ihr Bruder geboren wurde, genoß dieser sämtliche Vorteile des „erstgeborenen männlichen Sohnes“, sei es auf gesellschaftlicher Ebene, als auch im Elternhaus selbst. Frau B. heiratete relativ spät, da sie Schwierigkeiten hatte, ihre eigene Sexualität zu akzeptieren. Den Geschlechtsverkehr erlebte sie als Akt zwischen zwei Männern, ohne jegliche Lust; auch befriedigte sie sich aufgrund ihrer exzessiven Religiösität nicht selbst. In einer analytischen Sitzung berichtete die zunächst frigide Patientin, sie habe mit ihrem Mann einen Orgasmus erlebt, jedoch gefürchtet, dabei einen Schlaganfall zu bekommen. Wegen starker Kopfschmerzen suchte sie sofort das nächstliegende Krankenhaus

auf, wo allerdings keinerlei organische Störungen nachgewiesen werden konnten. Im Lauf der Analyse stellte sich heraus, daß die Mutter der Patientin an einem Schlaganfall gestorben war, so daß die projektive Identifikation eindeutig wurde.

Eine weitere Patientin, Frau G., litt unter wiederholten Ohnmachtsanfällen, sowie unter der Tatsache, daß ihr Vater diese „Schwäche“ nicht akzeptierte. Die Deutung von Träumen dieser Patientin offenbarte die inzestuöse Liebe, welche diese unbewußt für ihren Vater hegte. Die Analyse ergab, daß ihre EEG-Rhythmusstörungen sich auf Schuldgefühlen ob dieser inzestuösen Triebe basierten: in Träumen erlebte sie lustvolle sexuelle Beziehungen mit ihrem Vater. Kaum erwacht, „bestrafte sie sich dann selbst“ mit heftigen Krampfanfällen.

Bei Männern führt dieses Phänomen zu einer Art von Pseudo-Impotenz: es kommt zu einer normalen Erektion, jedoch ohne eigentlichen Orgasmus, da zwar Lust empfunden, jedoch keine völlige Befriedigung erreicht werden darf. Die Ejakulation beinhaltet die „Gefahr“ einen eigenen Sohn zu zeugen... Filizide Phantasien bei Männern führen meist zu der Scheu vor der Eheschließung: sie haben normalen Geschlechtsverkehr, lieben die Frau, können sich jedoch nicht dazu entscheiden, zu heiraten, da dies damit verbunden wäre, eigene Kinder zu zeugen. In manchen Fällen wurde sogar beobachtet, daß der Mann die Frau, sobald sie schwanger wird, dazu anhält, das Kind abzutreiben, da er fürchtet, eine Mißgeburt, bzw. einen ihn hassenden Sohn (so wie er seinen Vater gehabt hat), auf die Welt zu bringen.

Unter den weiblichen Patienten in den phallogozentrischen Kulturen prädominiert das Schwächegefühl dem „starken, männlichen Geschlecht“ gegenüber: die Frau fühlt sich dem Mann untergeben, versklavt, ohne jegliche Autorität und Mitspracherecht. Das Streben nach Gleichheit führt nicht selten zu Amenorrhoe, wie sie bei Klosterschülerinnen vorgefunden wird, die erst wieder menstruieren, wenn sie der Leistungssituation entkommen. Keine Menstruation zu haben bedeutet, im Unterbewußtsein auch „stark = männlich“, das heißt den Gegebenheiten des Lebens gewachsen zu sein.

Bestimmte unreife Patienten mit starken oedipalen Schuldgefühlen empfinden während der Masturbation eine Mischung aus Lust und Angst, erreichen keine Befriedigung und verfallen in Depression. In ihrer Angst „wählen“ sie unbewußt die Pseudo-Frigidität als das „kleinere Übel“ im Vergleich zum „gröberen Übel“, dem Orgasmus, welcher zu unerträglicher Bestrafung - schlimmstenfalls zum Tode - führen würde. Die frühkindliche Phantasie, der Mutter den Vater zu „rauben“ (oder umgekehrt), oder sonst in irgendeiner Weise am Geschlechtsverkehr der Eltern teilzunehmen, führt beim Erwachsenen zu sexuellen Störungen (z.B. Dyspareunie) und selbst zu groben Schwierigkeiten im Berufsleben, der sogenannten Erfolgs-Neurose. Hier wird der Klimax (Orgasmus=Erfolg) als Höhepunkt der Bestrafungswürdigkeit empfunden.

Im Widerspruch zu anderen Autoren (*Glenn & Kaplan*, 1948; *Marmor*, 1973), vertreten wir die Überzeugung, daß der vaginale Orgasmus der

höchsten Stufe psycho-sexueller Reife entspricht, während Pseudo-Frigidität bei Frauen bzw. ein zu schneller Orgasmus oder Ejaculatio praecox bei Männern ein Zeichen von Unreife sind. Als Bedingung für die sexuelle Reife muß eine vollkommene Integration der Geschlechtsfunktion herrschen, eine bewußte Harmonie zwischen Körper (Penis/Clitoris & Vagina) und Psyche, eine angemessene vaginale Kathexis (und nicht nur fehlende clitorale Dekathexis); nur so kann der Orgasmus in seiner Vollkommenheit wahrgenommen werden.

Der Kampf der Geschlechter ist immer wieder Gegenstand therapeutischer Sitzungen und wird in diesen intensiv durchlebt und erarbeitet. Somit wird es den Patienten möglich, die „kombinierte Figur“ (der Eltern in der Primärszene), zunächst als verfolgend wahrgenommen, anhand der therapeutischen Übertragung zu einer beschützenden, in Liebe vereinten Instanz zu verwandeln, und auf diesem Weg Liebe und Befriedigung vom Todesinstinkt zu trennen.

Einer der Autoren (*Luiz Miller de Paiva*) bewies, daß in leichteren Fällen die Injektion von 250 mg Depot-Testosteron zum Erreichen des weiblichen Orgasmus beitragen kann. Ähnliche Ergebnisse konnten in Fällen von larvierter Depression und depressiver Asthenie mittels Antidepressiva erzielt werden.

Zusammenfassend kann der Schluß gezogen werden, daß mit starken Schuldgefühlen belastete, unbewußte Phantasien dem Todesinstinkt ein derartiges Übergewicht verleihen, daß die Libido in jeglicher Form unterworfen wird. Körperliche Befriedigung, die Fähigkeit zu Lieben und selbst der Überlebensinstinkt an sich verlieren an Kraft und Bedeutung, werden dermaßen unterdrückt, daß es zu völliger Lebensunlust und Selbstmordgedanken kommt. Bei weniger starken thanatotischen Objekten ist ein Orgasmus durch Clitoris-Stimulation bei Frauen, bzw. eine Einführung des Penis in die Scheide bei Männern, sowie eine gewisse Lebenslust zwar noch gegeben, einen vollkommenen Orgasmus erlaubt das Schuldgefühl jedoch nicht. In phallogozentrischen Kulturen wird dies durch die Aggressivität dem männlichen Geschlecht gegenüber seitens der Frau als Sklavin noch erschwert; eine dominante Mutterfigur kann jedoch auch im Mann Aggressionen gegen das weibliche Geschlecht hervorrufen, welche den harmonischen Geschlechtsakt unmöglich macht. Letztendlich konnten selbst Konvulsionen als Selbst-Bestrafung für inzestuöse Triebe beobachtet werden. Mit anderen Worten: es wird das kleinere Übel der Pseudo-Frigidität bzw. Impotenz dem größeren Übel der „Todesstrafe“ vorgezogen. Dies sind nur einige der vielen Beispiele von psychosomatischen Symptomen als Folge unverarbeiteter Schuldgefühle.

References

- Bion, W.* (1957) „Second thoughts”. (Edit. Heimann. London)
- Dostojewskij, F.* (1970) „Irmãos Karamazov”. Trad. R. Neves e O. Mendes. (Edit. Abril Cultural: São Paulo)
- Freud, S.* (1945) „Obras Completas”. Trad. L.L. Torres. Edit. Nova Madrid. Vol. II - pg. 1044; Vol. III - pg. 520.
- Glenn, J. & Kaplan, E.* (1948) „Types of orgasm in women”. *Am. J. Psychoanal.* 16: 549-564.
- Heimann, P.* (1962) „Notas sobre la teoria de los instintos de vida y de muerte”. In „Desarrollos en psicoanálisis”. *M. Klein et al. Trans. H. Friedenthal.* (Edit. Hormé. Buenos Aires. Pgs. 279-291)
- Isaacs, S.* (1962) „Naturaleza y función de la fantasía” in *M. Klein et al. „Desarrollos en psicoanálisis”. Trans. H. Friedenthal.* (Edit. Hormé. Buenos Aires. Pgs. 71-114)
- Klein, M.* (1961) „Relato del psicoanálisis de un niño”. Trad. T. Segovia. (Edit. Sec. 21. México)
- (1962) „Desarrollos en psicoanálisis”. *H. Friedenthal.* (Edit. Hormé. Buenos Aires)
- Marmor, J.* (1973) „Freud’s sexual theories 70 years later”. *Med. World News Psychiat.* Pg. 86.
- Miller de Paiva, L.* (1960) „Medical treatment of the pre-menstrual tension, pseudo-frigidity and obesity (colab. J. R. Valle and H. S. Correa). I Int. Congr. Endocr. Copenhagen, pg. 631.
- (1973) „Abwehrmechanismen in der therapeutischen Gruppe. Die introjektive Identifikation mit dem thanatotischen Objekt”. *Dyn. Psychiat.* (Berlin). 21: 233-248.
- (1977) „Fantasias de morte ligadas ao orgasmo (decatexis da vagina e do clitóris)”. *Trenódia. VI Congr. Bras. Psicanal. Rio.*
- (1977) „Phases of Psychosexual Evolution in a Group’s Attempts to Dismantle the Combined Figure”. *Dyn. Psychiat.* (Berlin). 46: 387-405.
- (1986) „A Dialética do Desejo em Psicoterapia Analítica de Grupo” *FLAPAG*, 2: 45-69.
- (1987) „Técnica de Psicanálise - bricolagem e filigranas”. Edit. Imago. Rio, pg. 261.
- (1989) „Psychosomatic Psychiatry”. Vol. I - Diagnosis. Vol. II - Psychoanalytical Treatment of the Psychosis. (Edit. Garatuja. São Paulo)
- (1992) „Love and Hate - Orgasm and Death”. Presented in the 11th Int. Congr. Group Psychotherapy. Montreal, Canadá.
- (1994) „Medicina Psicossomática - psicoterapia e terapêutica”. (Colab. Dra. A. Paiva Nogueira da Silva). (Edit. Artes Médicas. São Paulo. 872 págs)
- Moore, B. E.* (1976) „Freud and female sexuality”. *Int. J. Psycho. Anal.* 57: 257-300.
- Segal, H.* (1965) „Introducción a la obra de Melanie Klein”. Trad. *H. Friedenthal.* (Edit. Paidós. Buenos Aires)

Adress of the authors:

Dr. Alina Paiva Nogueira da Silva
 Dr. Tania Martinez
 Dr. Ariana Vegesack Kadocsa
 Dr. Luiz Miller de Paiva
 Clínica Lux Vitae
 Av. Lavandisca, 64
 04515-010-Moema-Sao Paulo (SP)
 Brazil

Nachrichten / News

„Die Bedeutung der Gruppe für Krankheit und Gesundheit“ –
 Bericht über den 13. Weltkongress der World Association for Dynamic
 Psychiatry WADP / XXVI. Internationales Symposium der Deutschen
 Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V. vom 13. bis 17. März 2001 an der
 Ludwig-Maximilians-Universität München

Vom 13. - 17. März 2001 fand der 13. Weltkongress der Weltgesellschaft für Dynamische Psychiatrie (WADP) / 26. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) zum Thema "Die Bedeutung der Gruppe für Krankheit und Gesundheit" an der Ludwig-Maximilians-Universität in München statt. 120 Referenten aus über 20 Ländern stellten in mehr als 150 Referaten das Kongressthema in seinen theoretischen und praktisch-therapeutischen Aspekten dar. Dabei bezogen sich die wissenschaftlichen Ergebnisse und Stellungnahmen nicht nur auf fachspezifische Themenkomplexe wie z.B. analytische Gruppendynamik und Gruppenpsychotherapie, sondern darüber hinaus auch auf die Bedeutung der Gruppe im gesamtgesellschaftlichen Kontext. Das starke Echo, das der Kongress in der Presse und den Medien fand, zeigte deutlich die gesellschaftliche Aktualität und Relevanz des Gruppenthemas angesichts tiefgreifender sozialer Umbrüche und Veränderungsprozesse in unserer Zeit.

Unter den beteiligten Wissenschaftlern bestand Einigkeit darüber, dass die Gruppenbezogenheit des Menschen eine anthropologische Grundkonstante darstellt, die, wie Prof. *Ernst Pöppel* zu Beginn des Kongresses betonte, als Bestandteil der biologischen Ausstattung des Individuums auch neurologisch verankert ist. Die Existenz des Anderen und eine konstruktive Dynamik der umgebenden Gruppe sind in dieser Hinsicht als unverzichtbare Voraussetzungen für eine gesunde Entwicklung der Persönlichkeit zu werten. Prof. *Raymond Battegay* drückte dies bei der Eröffnung des Kongresses durch die Abwandlung eines berühmten Satzes von *Martin Buber* aus: "Der Mensch wird am Wir zum Ich".

Da menschliche Entwicklung existentiell an die Gruppe und ihre Prozesse gebunden ist, kann der Mensch in Gruppen krank werden, in ihnen aber auch wieder gesunden. Die entscheidende Größe dafür, ob die Gruppe eine gesundheitsfördernde oder Pathologie erzeugende Rolle für ihre Mitglieder spielt, ist die Qualität der in ihr stattfindenden interpersonalen Austauschprozesse, die *Ammon* unter dem Begriff der Sozialenergie konzeptualisiert hat. Die Berücksichtigung der in Gruppen ablaufenden sozialenergetischen Prozesse ist deshalb nicht nur für die Psychotherapie von Bedeutung, sondern grundlegend für konstruktive Entwicklungen in nahezu allen Lebensbereichen. Gruppendynamisches Denken ermöglicht insbesondere die kreative Kooperation von Individuen,

Abb. 1: Eröffnung des Kongresses im großen Hörsaal des Physiologikums der Ludwig-Maximilians-Universität München durch den Dekan der medizinischen Fakultät, Prof. Dr.Dr.h.c. Klaus Peter, daneben Hans Zehetmair, Bayerischer Staatsminister für Wissenschaft, Forschung und Kunst sowie Dr.med. Rolf Schmidts, Chefarzt der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige München



Abb. 2: Hans Zehetmair, Bayerischer Staatsminister für Wissenschaft, Forschung und Kunst bei seinen Grußworten zur Eröffnung des Kongresses. V.l.n.r.:Dipl.-Psych. Maria Ammon, Präsidentin der DAP, Prof.Dr. Modest Kabanov, Präsident der WADP, Prof. Dr. Ernst Pöppel, Humanwissenschaftliches Zentrum der Universität, Prof.Dr. Hans-Jürgen Möller, Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik, Josef Mederer,Vertreter des Bezirks Oberbayern, Prof. Dr.Dr.h.c. Klaus Peter, Dekan der medizinischen Fakultät, Dr.med. Rolf Schmidts, Chefarzt der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige

deren Identität auf ganz unterschiedlichem Boden ruhen mag, im Dienste eines gemeinsamen Ziels. Ausdruck einer solchen freundlichen und vertrauensvollen Zusammenarbeit war auch der Kongress selbst, der in Kooperation mit der medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität in deren Räumlichkeiten stattfand. Der Dekan der medizinischen Fakultät, Prof. Dr. Dr. hc. *Klaus Peter* begrüßte als erster Redner des Kongresses die Teilnehmer im Namen der Universität. Er verwies auf die bedeutende Tradition der Psychiatrie in München und gab seiner Hoffnung Ausdruck, dass sich im Rahmen des Kongresses ein fruchtbarer wissenschaftlicher Austausch unter den Teilnehmern entwickeln möge. Der Gedanke der Interdisziplinarität und Kooperation von Wissenschaftlern unterschiedlicher fachlicher und theoretischer Herkunft wurde auch vom Bayerischen Staatsminister für Wissenschaft, Forschung und Kunst, Herrn *Hans Zehetmair*, in seiner Eröffnungsansprache besonders betont. Den multiperspektivischen Ansatz des Kongresses bezeichnete er in dieser Hinsicht als zukunftsweisend und als Chance für das Entstehen innovativer Konzepte, die gerade im Hinblick auf die Umbrüche in der Gesundheitspolitik dringend erforderlich seien. In diesem Sinne verwies der Vertreter des Bezirks Oberbayern, Herr *Josef Mederer*, auf die Berechtigung unterschiedlicher Ansätze in der psychiatrischen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung und auf die Notwendigkeit ihres Zusammenwirkens im Interesse der Patienten. Die Integration des biologischen und des psychotherapeutischen Ansatzes in der Psychiatrie war auch das Thema der Eröffnungsansprache von Prof. Dr. *Hans-Jürgen Möller*, dem Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München. Prof. *Möller* unterstrich besonders die dabei in den letzten Jahrzehnten erzielten Erfolge und bezeichnete die "Grabenkämpfe der Vergangenheit" als überholt. Das Prinzip der Ganzheitlichkeit, als Leitbild aller Forschung, stellte Prof. Dr. *Ernst Pöppel*, als Repräsentant des Humanwissenschaftlichen Zentrums der Universität München, in den Mittelpunkt seiner Rede zur Eröffnung des Kongresses. Dementsprechend betonte er die Gemeinsamkeit des Forschungsinteresses von neurologischer und psychoanalytischer Forschung. Prof. Dr. *Modest M. Kabanov*, Präsident der World Association for Dynamic Psychiatry (WADP) bezog sich in seiner Eröffnungsansprache vor allem auf die steigende Aufmerksamkeit und Bedeutung, die der WADP in den vergangenen Jahren zuteil geworden ist. Er verwies auch auf die wichtige Kooperation mit der WHO, die das Jahr 2001 zum "Jahr der psychischen Gesundheit" deklariert hat, wodurch die Bedeutung des salutogenetischen Ansatzes für das psychiatrische und psychotherapeutische Denken unterstrichen werde.

Frau Dipl. Psych. *Maria Ammon*, die Präsidentin der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), griff in ihrer Ansprache diesen Gedanken auf, und betonte die entscheidende Rolle von Gruppendynamik und Sozialenergie für die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer und physischer Gesundheit. Frau *Ammon* drückte den Wunsch aus, der



Abb. 3: Prof. Dr. Ernst Pöppel vom Humanwissenschaftlichen Zentrum der Ludwig-Maximilians-Universität bei seinen Grußworten zur Eröffnung des Kongresses

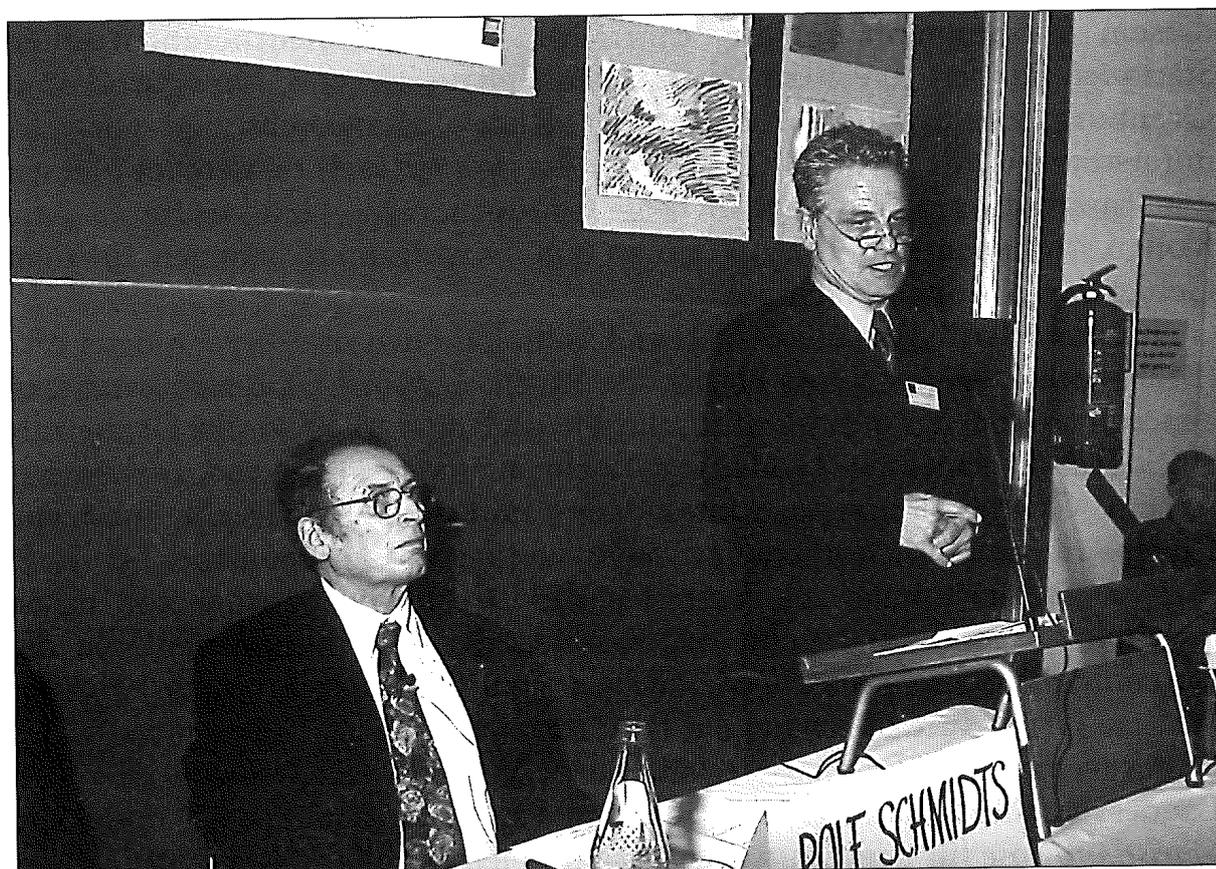


Abb. 4: Prof. Dr. Hans-Jürgen Möller, Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München bei seinen Eröffnungsgrußworten

Kongress möge selbst ein konstruktives sozialenergetisches Feld darstellen, im Rahmen dessen kreative Zusammenarbeit der teilnehmenden Wissenschaftler und die Weiterentwicklung bestehender theoretischer Konzepte möglich werden.

Die Realität eines solchen sozialenergetischen Feldes wurde in der anschließenden Schweigeminute des Auditoriums für die verstorbenen Mitglieder der WADP, Prof. *Marius Erdreich* und Prof. *Adam Szymuszik* eindrücklich spürbar.

Prof. Dr. *Juan Mezzich* (New York), Secretary General der World Psychiatric Association (WPA), bezeichnete in seinem Grußwort eine konstruktive Gruppendynamik als elementar für das Wohlergehen des Individuums, dies werde in zunehmendem Maße auch von der WPA erkannt und verweise auf die Bedeutung des Kongresses. Prof. Dr. *Shridar Sharma* (Delhi), President Elect of the World Association for Social Psychiatry (WASP), nannte in seinem Grußwort die humanistische Orientierung die Grundlage aller Forschung und Wissenschaft und forderte die fachübergreifende Zusammenarbeit aller Wissenschaftler, gleich welcher theoretischen Herkunft, im Geiste des Humanismus. Der Vertreter des Gesundheitsministeriums der Russischen Föderation, Prof. Dr. *Kazakovtsev*, dankte in seinen Grußworten der Deutschen Akademie für Psychoanalyse für die Hilfe bei der Ausbildung russischer Psychiater und Psychotherapeuten und bei der Umsetzung innovativer Behandlungskonzepte in psychiatrischen Kliniken in Russland. Besonders erwähnte er in diesem Zusammenhang die Einrichtung von milieuthérapeutischen Stationen in den psychiatrischen Krankenhäusern von Nowgorod und Orenburg, die von Mitarbeitern der Klinik Mengerschwaige vor Ort unterstützt wurde. Prof. Dr. *Raymond Battegay* (Basel) richtete im Namen der International Association for Grouptherapy Grußworte an die Kongressteilnehmer und erinnerte an *Ammons* Pionierleistungen auf dem Gebiet der Gruppenforschung.

Für den Berufsverband deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (BDP) sprach im Anschluss Herr Dipl. Psych. *Martin Urban* Grußworte, in denen er sowohl das individualistische wie auch das biologistische Denken als zwei Grundirrtümer der Moderne bezeichnete und betonte, dass *Ammon* mit seinem Gruppenkonzept uraltes Menschheitswissen für die moderne Psychiatrie und Psychotherapie wieder verfügbar gemacht habe. Dr. *J. P. Mishra* (Bihar) sprach als Vertreter der World Association for Peace Psychology und überreichte im Rahmen der Eröffnungszeremonie die Ehrenmitgliedschaft seines Verbandes an Frau Dipl. Psych. *Maria Ammon*. Weitere Grußworte überbrachten Frau *Karin Haehn* als Repräsentantin des Bundesverbandes Psychiatrieerfahrener e.V., Frau *Eva Straub* für den Landesverband Bayern der Angehörigen Psychisch Kranker e.V. und Herr *Christian Klose* für den Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband.

Die Eröffnungszeremonie des Kongresses wurde durch die Ehrung von zwei international bedeutenden Wissenschaftlern feierlich beschlossen.



Abb. 5: Prof.Dr. Modest M. Kabanov, Präsident der WADP und Direktor des St.Petersburger Psychoneurologischen Forschungsinstitutes W.M.Bechterev, erhält aus der Hand von DAP-Präsidentin Maria Ammon zusammen mit Chefarzt Dr.Rolf Schmidts die Goldmedaille der DAP überreicht



Abb. 6: Blick in den großen Hörsaal des Physiologikums. Im Vordergrund links: Dr.phil. Dipl.-Psych. Margit Schmolke (New York), dahinter: Prof.Dr. Driss Moussaoui, Secretary for Meetings der WPA (Casablanca), Prof.Dr. Shmouel Tyano (Petah-Tiqva, Israel), Frau Lydia Kabanova (St.Petersburg)

Prof. Dr. *Modest M. Kabanov* erhielt in Würdigung seines Lebenswerks die Goldmedaille der Deutschen Akademie für Psychoanalyse. In ihrer Laudatio betonte die Präsidentin der DAP, Frau Dipl. Psych. *Maria Ammon*, besonders Prof. *Kabanovs* Verdienste für die Integration von Psychiatrie und Psychotherapie und sein Engagement für eine humanistische Psychiatrie, die er in seiner nunmehr 36-jährigen Amtszeit als Direktor der bedeutendsten psychiatrischen Ausbildungs- und Forschungseinrichtung in Russland, des Bechterev-Instituts in St. Petersburg, tatkräftig gefördert habe.

Prof. Dr. *Raymond Battegay* wurde von Frau *Ammon* die Ehrenmitgliedschaft der Deutschen Akademie für Psychoanalyse überreicht. In ihrer Ansprache hob Frau *Ammon* Prof. *Battegays* bedeutende Leistungen im Bereich der Gruppenforschung hervor sowie seine Verdienste für die Verbreitung der Gruppenpsychotherapie im deutschsprachigen Raum, wobei ihm gerade die Behandlung von frühgestörten Patienten immer ein besonderes Anliegen gewesen sei. In seinen Dankesworten sprach Prof. *Battegay* besonders auch den von ihm in seiner langjährigen Praxis behandelten Patienten seinen Dank aus, da er sehr viel von ihnen gelernt habe. Im Hinblick darauf betonte Prof. *Battegay* die Wechselseitigkeit des Therapeut-Patient-Verhältnisses nicht nur für seine eigene Arbeit, sondern als Richtschnur für jedes therapeutische Handeln.

Der Eröffnungsvortrag von Prof. *Kabanov* befasste sich mit der Bedeutung der Gruppentherapie für die Rehabilitation von Patienten mit psychischen Störungen. Da ein wesentlicher Aspekt psychischer Störungen immer die gestörte Kommunikation des Patienten mit seiner Umwelt ist, spielt die Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit in gruppendynamischen Feldern eine entscheidende Rolle für die Rehabilitation der Betroffenen. Prof. *Kabanov* berichtete in diesem Zusammenhang über Erfahrungen, die am Bechterev-Institut in langjähriger Forschungsarbeit bezüglich der Effektivität gruppentherapeutischer Behandlung gesammelt wurden.

Die konzeptuelle und praktische Unterscheidung von Gruppendynamik und Gruppenpsychotherapie war der Ausgangspunkt des Eröffnungsvortrags von Frau Dipl. Psych. *Maria Ammon*. Davon ausgehend beschrieb sie das gruppendynamische Prinzip als wesentliche Grundlage des theoretischen Denkens *Günter Ammons* und seine praktische Umsetzung im Behandlungskonzept der Dynamischen Psychiatrie.

Die Fortschritte in der medikamentösen Behandlung der Schizophrenie waren Gegenstand des Eröffnungsvortrags von Prof. *Hans-Jürgen Möller*. Er beschrieb eindrucklich die Vorteile, die sich durch die Verwendung atypischer Neuroleptika ergeben, sowohl für die Langzeitbehandlung schizophrener Symptomatik, wie auch für die Lebensqualität der Patienten. Zudem sei eine effektivere antipsychotische Medikation auch für das Zusammenwirken mit psychotherapeutischen Behandlungsansätzen bedeutsam, da sie oft erst die Therapiefähigkeit des Patienten gewährleiste.

Abb. 7:
Prof. Ernst Federn (Wien),
Ehrenmitglied der Wiener
Psychoanalytischen
Vereinigung, bei der
Pressekonferenz im
Münchner Lehr- und
Forschungsinstitut (LFI)
der DAP



Abb. 8:
Prof.Dr. Yurij
Alexandrovskij (Moskau),
stellvertretender Direktor
des Serbski National
Research Center for Social
and Forensic Psychiatry
bei der Pressekonferenz



Der medikamentösen Behandlung psychiatrischer Störungen und ihrer Integration mit psychotherapeutischen Behandlungsansätzen war im Rahmen des Kongresses ein eigenes Symposium unter der Leitung von Prof. Dr. *Robert Cancro* (New York) gewidmet. In seinem einleitenden Vortrag bezeichnete Prof. *Cancro* ein dualistisches Denken in der Psychiatrie, das entweder nur den biologischen oder den psychologischen Ansatz gelten lassen wolle, als verfehlt, es gehe vielmehr darum, die beiden Vorgehensweisen im Interesse einer optimalen Behandlung des Patienten zu integrieren und patientenspezifisch zu kombinieren. Die praktischen Konsequenzen dieses Gedankens veranschaulichte Prof. *Cancro* im Folgenden anhand der Verwendung antipsychotischer Medikamente in der psychiatrischen Behandlung. Spezifische Parameter einer kombinierten Behandlung psychotischer Erkrankungen und ihr Einfluss auf das Outcome wurden von Prof. Dr. *Victor Wied* (St. Petersburg) in seinem Beitrag analysiert. Über die Anwendung von Antidepressiva und Anxiolytika im Rahmen eines integrativen psychiatrischen Konzeptes berichtete im Anschluss Dr. *D. Ginsberg* (New York), während Dr. *N. Sussmann* (New York) die Rolle der Antikonvulsiva in der psychiatrischen Praxis darstellte.

Das Symposium "Psychiatrie-Gesetzgebung und Ethik" unter der Leitung von Judge *Amnon Carmi* (Haifa) widmete sich sowohl der rechtlichen Stellung psychisch Kranker im internationalen Vergleich, wie auch dem juristischen Rahmen psychiatrischer Behandlung und der besonderen Rolle, die ethische Erwägungen im Kontext von Psychiatrie und Psychotherapie spielen. Prof. *Carmi* wies in seinem Vortrag darauf hin, dass Menschen mit psychischen Störungen eine gesellschaftliche Minderheit mit nur wenigen (Für-) Sprechern darstellen. Die Integration der psychisch Erkrankten in die Gemeinschaft muss in den meisten Ländern nach wie vor als sehr unbefriedigend bezeichnet werden. Reintegration und Rehabilitation sind als wesentliche Rechte der Patienten anzusehen und müssen dementsprechend den Kern der gesetzgeberischen Aktivitäten ausmachen. Prof. *Carmi* beschrieb die in den letzten Jahrzehnten auf diesem Gebiet erreichten Fortschritte, so habe sich eine verstärkte Aufmerksamkeit für Patientenrechte als einem Spezialfall der allgemeinen Menschenrechte entwickelt, die eine extensive Gesetzgebung im Bereich der seelischen Gesundheit nach sich zog.

Weltweit ethische Standards und Prinzipien in der psychiatrischen Ausbildung zu vermitteln bezeichnete der Generalsekretär der World Psychiatric Association Prof. *Mezzich* (New York) in seinem Beitrag als eine wesentliche Aufgabe der WPA. Als bedeutende Aspekte der ethischen Grundlagen von Medizin und Psychiatrie nannte er unter anderem die Aufmerksamkeit für die Ganzheit der Person und den Respekt für individuelle und kulturelle Verschiedenheit. Dem Umgang mit multikulturellen Identitäten im psychiatrischen Handeln wird dabei in Zukunft ein immer größerer Stellenwert zukommen. Prof. *Mezzich* plädierte für eine veränderte Einstellung der Praktiker: ethische Erwägungen sollten nicht als

Abb. 9:
 Prof.Dr. Raymond
 Battegay (Basel),
 Past President der Swiss
 Medical Society for
 Psychotherapy und der
 Internationalen
 Association für
 Gruppenpsychotherapie,
 bei seiner Key Lecture

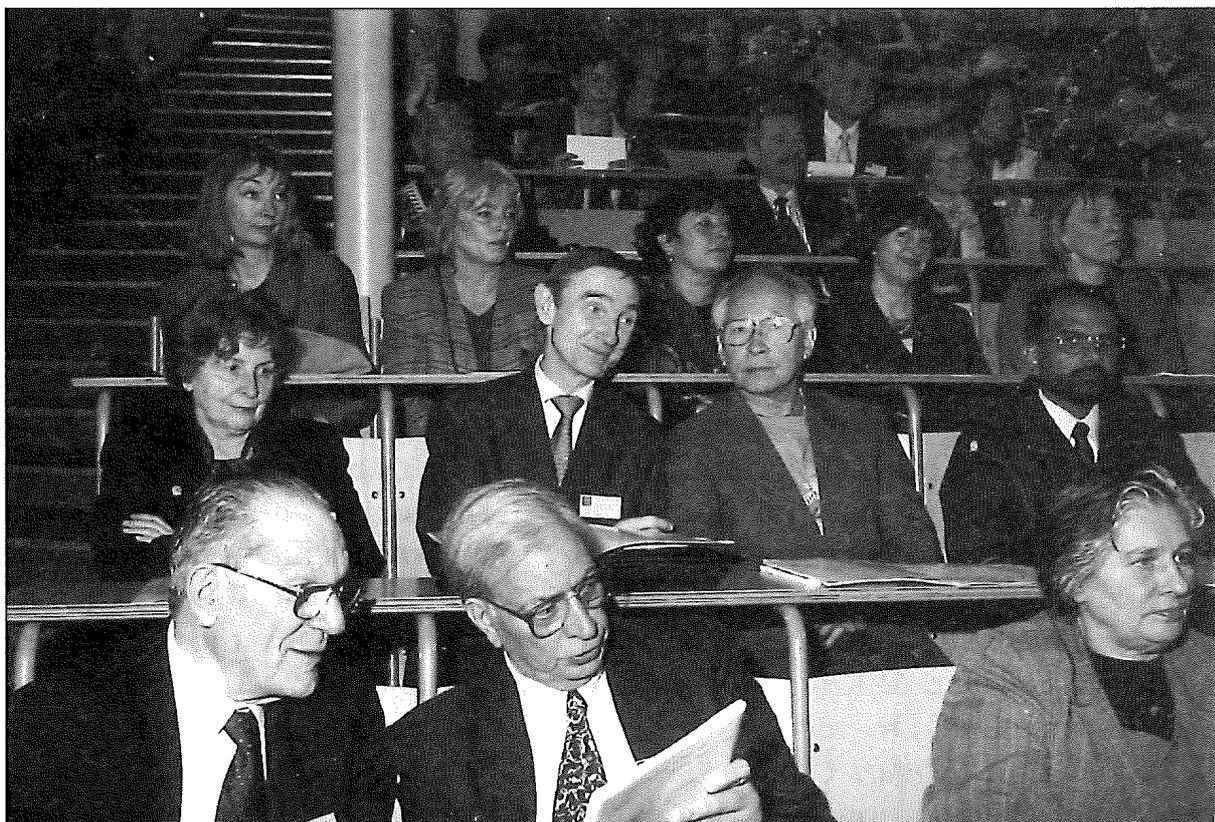
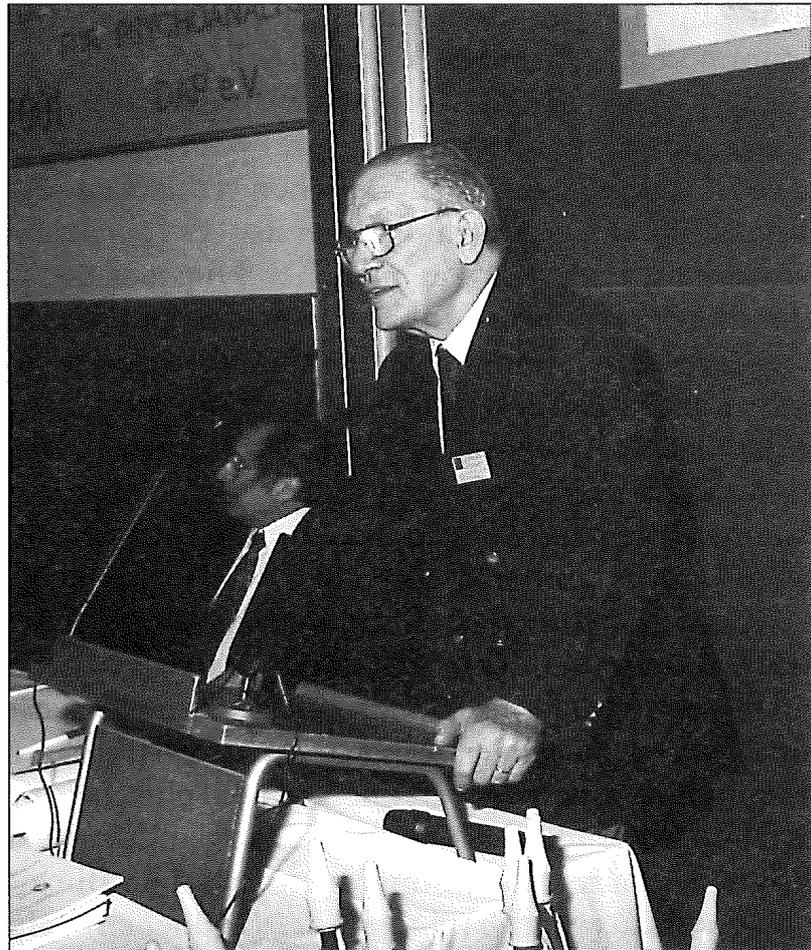


Abb. 10: Blick in den großen Hörsaal. V.l.n.r.: Prof. Dr. Raymond Battegay, Prof.Dr. Shridar Sharma (Dehli), President Elect der World Association for Social Psychiatry (WASP), Karin Haehn (Bad Heilbrunn), dahinter v.l.n.r.: Dr.med. Grete Leutz (Überlingen), Dipl.-Psych. Martin Urban (Esslingen), Prof.Dr. Takashi Yamaguchi (Tokyo), Dr. J.P.Mishra (Singhbhum)

eine Bürde für den Kliniker aufgefasst werden, sondern als eine stimulierende Herausforderung.

Dr. *Bela Buda* (Budapest) beschrieb am Beispiel Ungarns die Verflechtung von Psychiatrie und pharmazeutischer Industrie und die sich daraus ergebenden bedenklichen ethischen Konsequenzen. Die große finanzielle Unterstützung, die der Psychiatrie von Seiten der Industrie zukommt, verbessert in mancher Hinsicht die psychiatrische Versorgung der Bevölkerung in Ungarn. Auf der anderen Seite wird dadurch jedoch einseitig das biologische Denken gefördert, während der Bereich der Psychotherapie zunehmend ins Hintertreffen gerät. Um der Gefahr des Missbrauchs finanzieller Macht zu begegnen, machte Dr. *Buda* eine Reihe von Verbesserungsvorschlägen, z.B. obligatorische Offenlegung von Interessenverflechtungen und die Einführung ethischer Kontrollgremien in allen beteiligten Institutionen.

Dr. *Pittu Laungani* (London) bezweifelte in seinem Vortrag die Validität des biologischen Erklärungsmodells psychischer Störungen. Das Festhalten an diesem Paradigma habe in erster Linie (wissenschafts-) politische Gründe und führe zu einer ethisch nicht vertretbaren Medizinalisierung und Fragmentierung von Personen mit psychischen Problemen. Dass depressive Krisen Bestandteil eines menschlichen Entwicklungswegs sind und sein können, gerate dabei immer mehr aus dem Blick.

Rechtsanwalt *Thomas Hessel* (München) referierte über die rechtliche Situation psychisch Kranker in der Europäischen Union. Insbesondere ging er der Frage nach, ob die in der Erklärung von Madrid (1996) deklarierten Patientenrechte in der Europäischen Grundrechtscharta (2000) verankert sind, und welche rechtlichen Konsequenzen daraus entstehen würden.

Gruppendynamische Prozesse auf gesellschaftlicher Ebene am Beispiel der Diskussion um eine neue Einwanderungsgesetzgebung in Deutschland war das Thema von Rechtsanwalt *Albrecht Göring* (München). Anhand des aktuellen Streits um eine deutsche "Leitkultur", der sich Zuwanderer anpassen sollen, machte er deutlich, wie ethnische und kulturelle Minderheiten zu Sündenböcken der Gesellschaft gemacht werden.

Ein interdisziplinäres Symposium unter der Leitung von Prof. *Juan Mezzich* (New York) und Frau Dipl. Psych. *Maria Ammon* hatte es sich zur Aufgabe gemacht, das Phänomen der Gruppe aus unterschiedlichen Perspektiven zu beleuchten. Prof. *Hermes A. Kick* (Heidelberg) skizzierte künstlerische und kreative Potentiale von Gruppen, Prof. *Mezzich* zeigte auf, welche Rolle die Gruppe in der psychiatrischen Diagnostik spielen kann. Psychotherapeutische Sichtweisen der Gruppe wurden von Dr. phil. *Ilse Burbiel* und Dr. med. *Rolf Schmidts* (beide München) beigeleitet. Während Prof. *Robert Cancro* (New York) belegte, wie hilfreich Gruppen bei der Rehabilitation von Patienten mit psychischen Störungen sein können, ergänzte Dr. phil. *Margit Schmolke* (New York) diese Herangehensweise durch einen Beitrag, der sich mit den Möglichkeiten der Gesundheitsförderung in und durch Gruppen beschäftigte. Wesentlich ist

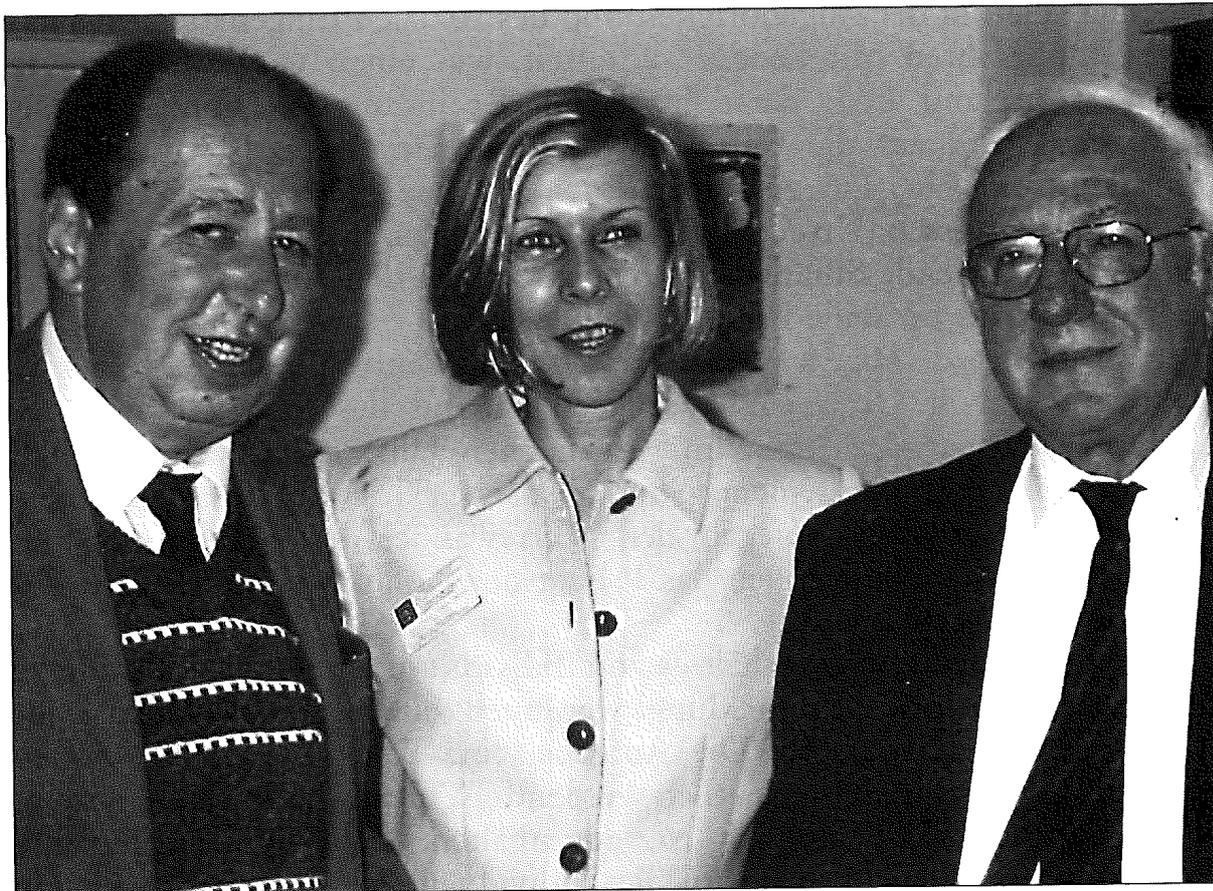


Abb. 11: Beim Referentenempfang im LFI der DAP: Prof. Dr. Vadim Rotenberg (Tel Aviv), DAP-Präsidentin Maria Ammon, Prof. Judge Amnon Carmi (Haifa)



Abb. 12: Beim Referentenempfang: Prof. Shridar Sharma (WASP, Dehli) zusammen mit Dipl-Psych. Monika Dworschak (München), rechts Prof. Shmouel Tyano (Petach-Tiqva)

dabei das Gefühl der Zugehörigkeit und des sozialen Eingebettetseins, das eine Gruppe ihren Mitgliedern vermittelt, was einen wirksamen Schutz gegen Stress und Leid darstellen kann. Rechtsanwalt Thomas Hessel (München) wies auf die Relevanz von Gruppenprozessen in Gerichtsverhandlungen hin und zeigte eindrucklich, wie diese zum Beispiel in Strafrechtsprozessen Urteile beeinflussen können, wenn sich etwa eine unbewusst bleibende Sündenbockdynamik gegen den Angeklagten richtet und Verständnis für seine Person verhindert.

Prof. Dr. med. *Michael von Cranach* (Kaufbeuren) beschrieb ethische Perspektiven von Gruppenphänomenen anhand des Wandels, den das Therapeut-Patient-Verhältnis im vergangenen Jahrhundert erfahren hat. Die Veränderung von einem paternalistischen hin zu einem partnerschaftlichen Verhältnis spiegelt den Wertewandel der Großgruppe der Gesellschaft wider, durch den das Primat des Kollektivs vom Primat des Individuums abgelöst wurde.

Das polare Spannungsverhältnis von Individuum und Gruppe als Quelle von Kreativität und Entwicklung war auch ein zentrales Thema der anschließenden Diskussion. Die Aufgabe, eine Balance zwischen diesen Polen zu finden und dabei deutlich werdende Widersprüche zu vermitteln, oder, wo dies nicht möglich ist, auszuhalten, stellt eine permanente Herausforderung nicht nur für die Individuen, sondern auch für die Gesellschaft als Ganzes dar. Dem Konflikt durch Spaltungsprozesse eine Scheinlösung entgegenzusetzen, indem entweder im Individualismus oder im Kollektivismus nur eine Seite der Polarität betont und die andere negiert wird, hat entwicklungshemmende Konsequenzen. Diese Erkenntnis ist auch in einer historischen Perspektive von Bedeutung, da der Missbrauch und die Förderung von destruktiven gruppenspezifischen Prozessen im Nationalsozialismus nach dem Zweiten Weltkrieg in Deutschland zu einem tiefen Misstrauen gegen Gruppendynamik und zu großen Gruppenängsten geführt haben, die bis in die Gegenwart fortwirken. Die negativen Folgen dieser historisch verständlichen Reaktion lassen sich auch an einer zunehmenden Tendenz zur Vereinzelung in der Gesellschaft und dem Fehlen von Gruppenstrukturen, welche die Individuen tragen könnten, ablesen.

Ein weiterer wichtiger Diskussionspunkt widmete sich der Rolle des Leiters einer Gruppe. In einer gesunden gruppenspezifischen Situation sind kontrollierende Tendenzen eines Leiters kontraproduktiv und von vorneherein zum Scheitern verurteilt. Er kann nur Werbung für seine innere Vision des Geschehens machen und die anderen Gruppenmitglieder davon überzeugen. In Reaktion auf den Vortrag von Dr. phil. *Margit Schmolke* entspann sich im weiteren eine Diskussion über verschiedene Begriffe von Krankheit und Gesundheit. Dabei wurde deutlich, dass sich im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie allmählich ein Paradigmenwechsel abzuzeichnen scheint: weg von den pathologieorientierten traditionellen Konzepten, hin zu einer ressourcenorientierten Sichtweise, deren Ziel die



Abb. 13: Die „russische Delegation“ mit ihrem Präsidenten. V.l.n.r.: Prof.Dr. Neznanov (St. Petersburg), Prof. Dr. Yuri Popov, stellvertretender Direktor des Bechterew-Institutes, WADP-Präsident und Direktor des Bechterew-Institutes, Prof.Dr.Modest M. Kabanov, Anette Böhm, Dolmetscherin, Prof. Dr. Yuri Alexandrovski (Moskau), Prof.Dr. Yuri Tupizin (St.Petersburg), Prof. Dr. Boris Kazakovzev, Chefspsychiater des Gesundheitsministeriums der Russischen Föderation, Moskau



Abb. 14: Prof. Dr. Modest M. Kabanov und seine Gemahlin Lydia Kabanova im Gespräch mit Prof. Dr. Hans-Jürgen Möller, dem Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München

Gesundheitsförderung ist. Die herkömmlichen Pathologiekonzepte der psychiatrischen Klassifikationen werden diesem Verständnis nicht gerecht, da sie den Blick für individuelle und ganzheitliche Krankheits- und Gesundheitsprozesse verstellen.

Neben der gesundheitsfördernden Rolle der Gruppe, die ebenfalls von Prof. Dr. *Guilherme Ferreira* (Lissabon) in seinem Vortrag dargestellt wurde, stand auch ihre Bedeutung in der psychotherapeutischen Behandlung als ein Schwerpunktthema im Mittelpunkt des Kongresses. Zahlreiche Beiträge beschäftigten sich mit der Gruppenpsychotherapie, unter verschiedenen Aspekten. Dr. *Grete A. Leutz* (Überlingen), frühere Präsidentin der International Association of Group Psychotherapy, beschrieb in ihrem Referat die Anfänge der Gruppentherapie in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts und die weitere Entwicklung dieses Behandlungsverfahrens bis in die Gegenwart. Wichtige Unterschiede von gruppen- und individualtherapeutischen Ansätzen in der Psychoanalyse wurden von Prof. Dr. *Claus Bahne Bahnson* (Kiel) dargestellt. Die interaktionalen Effekte von gleichzeitig stattfindender Einzel- und Gruppentherapie bei schizophrenen Patienten waren das Thema von Dr. *Katarzyna Wenglarczyk*, Dr. *Maria Wojnar* und Dr. *Andrzej Cechnicki* (Krakau). Über spezifische und unspezifische Wirkfaktoren in der Gruppenpsychotherapie sprach Prof. Dr. *Jerzy W. Aleksandrowicz* (Krakau), ein Thema, das auch von Dr. phil. *Ilse Burbiel*, Dipl.-Psych. *Astrid Thome*, Dipl.-Psych. *Renate Splette* und Dipl.-Psych. *Gisela Finke* (alle München) im Hinblick auf spezifische Veränderungsfaktoren in der dynamisch psychiatrischen Gruppenpsychotherapie aufgegriffen wurde.

Ein unspezifischer Wirkfaktor, die unbewusste Identifikation mit den Leitern in der stationären Gruppenpsychotherapie, wurde von Dr. *Bernhard Richarz* (Berlin) und Dipl.-Psych. *Sylvelin Römisch* (München / Augsburg) anhand der wechselseitigen Bezogenheit von Gruppenprozess und Therapeutenträumen eingehend beleuchtet. Mit dem Nutzen der Gruppentherapie für unterschiedliche Patientengruppen befassten sich mehrere Vortragende. Dipl.-Psych. M.A. *Astrid Thome* (München / Augsburg) stellte die spezifischen Themen, Schwierigkeiten und Chancen in der gruppentherapeutischen Behandlung von komplex traumatisierten Patienten dar. Die Therapie sexueller Störungen im Rahmen einer psychoanalytischen Gruppe wurde von Prof. Dr. *Luiz Miller de Paiva*, Dr. *Alina Mont Alegre* und Dr. *Ariana Vegesack Kadocsa* (Sao Paulo) in ihrem Referat erörtert. Prof. *Bahnson* berichtete in einem Workshop über seine Erfahrungen in der gruppentherapeutischen Behandlung von Patienten mit schweren körperlichen Erkrankungen. Ein weiterer Workshop zu einem gruppentherapeutischen Thema wurde von Dr. med. *Johannes Vogler* und Dipl.-Psych. *Achim Votsmeier-Röhr* (Bad Grönenbach) veranstaltet, die das Grönenbacher Modell zur Behandlung von Patienten mit Borderline-Störung vorstellten.

Spezifische Behandlungskonzepte bei einzelnen Störungsbildern waren Gegenstand mehrerer Vorträge. So referierte Prof. Dr. *Juri Aleksandrovski*



Abb. 15: Dr.med. Grete Leutz, Moreno-Institut (Überlingen) im Gespräch mit Chefarzt Dr. med. Rolf Schmidts (München)



Abb. 16: Prof. Dr. Pittu Laungani, South Bank University (London), im Gespräch mit Dr. Anette Binder vom Münchner Lehr- und Forschungsinstitut der DAP

(Moskau) über komplexe Therapie bei neurotischen und somatoformen Störungen, und Prof. Dr. *Peter Müller*, Dr. *A. Dümpelmann* und Dr. *E. Schäfer* (alle Göttingen) präsentierten in einer Key Lecture einen Gesamtbehandlungsplan für die Schizophrenie. In ihrem integrativen Konzept werden die verschiedenen Verfahren wie medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung, Soziotherapie und sozialarbeiterische Unterstützung etc. so aufeinander abgestimmt eingesetzt, dass der optimale Erfolg für den Patienten im Sinne von Rehabilitation und Lebensqualität erreicht werden kann.

Um die speziellen Krankheitsprozesse bei der Entstehung des präpsychotischen Selbst ging es im Workshop von Prof. Dr. *Franz Resch* (Heidelberg). Neben der Diskussion des psychodynamischen Geschehens im Vorfeld und beim Übergang in die akute Psychose, drehte sich der wissenschaftliche Austausch vor allem um das Verständnis der Primärgruppendynamik und ihrer Rolle bei der Entstehung einer präpsychotischen Persönlichkeit. Im Rahmen des Workshops von Prof. *Resch* wurde auch eine Regionalgruppe der International Society for the Psychological Treatment of Schizophrenia and other Psychoses (ISPS) gegründet, die auf großes Interesse der Anwesenden stieß. Ein nächstes Treffen dieser Gruppe wurde für September 2001 in Heidelberg vereinbart.

Die internationale wissenschaftliche Kooperation war auch ein wichtiger Gegenstand des Vortrags von Dr. *Valery Tscherniagov* und Mitarbeitern aus Nowgorod (Russland). Zwischen der dortigen psychiatrischen Klinik und der Deutschen Akademie für Psychoanalyse besteht seit 1997 ein Kooperationsvertrag, der unter anderem zur Einrichtung einer speziellen Abteilung für Dynamische Psychiatrie in Nowgorod geführt hat. In dieser findet seit Dezember 1999 Milieuthérapie statt. In ihrem Vortrag stellten *Tscherniagov* et. al. die vielversprechenden Anfänge und ersten Erfolge dieses Behandlungskonzeptes vor, beschrieben die von den Patienten durchgeführten Milieuprojekte und die positiven Auswirkungen der Milieuarbeit auf das Befinden der Patienten. Eindrucksvoll belegt wurden diese Erfolge durch eine Ausstellung von Patientenbildern aus Nowgorod, die im Rahmen des Kongresses, parallel zu den Bildern von Patienten aus der Maltherapie der Klinik Menterschwaige, gezeigt wurden. Aus dem Bezirkskrankenhaus in Orenburg (Russland), in dem seit kurzem auch milieuthérapeutische Konzepte der Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie umgesetzt werden, berichteten Dr. *Ludmilla Sakharova*, Dr. *E. Anisimova* und Dr. *Sergeij Babin*. Neben diesen Beiträgen aus der russischen Psychiatrie waren eine Reihe von weiteren Vorträgen dem Thema der Milieuthérapie als eines wichtigen gruppentherapeutischen Behandlungsverfahrens gewidmet. Zentral war hier die Key Lecture von Prof. *Ernst Federn* (Wien), in der er die konzeptionellen Grundlagen milieuthérapeutischen Arbeitens und die sich daraus ergebenden Chancen und Schwierigkeiten erläuterte. Indem Prof. *Federn* das Thema durch Beispiele aus seiner langjährigen Erfahrung mit dem milieuthérapeutischen



Abb. 17: Prof. Dr. Juan Mezzich (New York), Generalsekretär der World Psychiatric Association (WPA) zusammen mit Prof. Dr. Hans-Jürgen Möller, Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München



Abb. 18: Dipl.-Soz.-päd. Christel Kümmel (Berlin) im Gespräch mit Prof. Dr. Claus Bahne Bahnson (Kiel) vom John-Rittmeister-Institut für Psychoanalyse, Psychotherapie und Psychosomatik

Vorgehen illustrierte, wurde dieses für die Zuhörer in besonderer Weise lebendig und anschaulich. Aus der Perspektive der englischen milieuthérapeutischen Tradition der „Therapeutic Community“ berichtete Dr. *Jenny Robinson* (Birmingham) über gruppendedynamische Prozesse in einer von ihr geleiteten therapeutischen Gemeinschaft. Die Bedeutung der Gruppendynamik in der stationären Milieuthérapie wurde von Dipl.-Psych. *Monika Dworschak*, Dipl.-Psych. *Nataly Hoffmann* und Dipl.-Psych. *Renate Fischer* (alle München) anhand der Milieugruppen in der Klinik Menterschwaige dargestellt.

Ein weiteres deutsch - russisches Kooperationsprojekt wurde im Verbund mit Frau Prof. Dr. *Tatjana Dimitrieva* von Prof. Dr. *Boris Poloshij* vom Serbsky Forschungszentrum für Forensische und Sozialpsychiatrie in Moskau vorgestellt. Auf deutscher Seite waren an dieser Studie Frau Dipl.-Psych. *Maria Ammon* (München/Berlin), Dr. phil. *Ilse Burbiel*, Dipl.-Psych. *Gisela Finke* und Dipl.-Psych. *Gerhard Wolfrum* (alle München) maßgeblich beteiligt. Der Vergleich der Persönlichkeitsstrukturen psychiatrischer Patienten in Deutschland und Russland war Gegenstand des Forschungsprojekts, das auf die seit 1988 bestehende wissenschaftliche Kooperation des Serbski Instituts, der größten wissenschaftlichen Einrichtung auf dem Gebiet der Psychiatrie in Russland, mit der Deutschen Akademie für Psychoanalyse zurückgeht. Die mit dem Ich-Struktur-Test nach *Ammon* (ISTA) erfassten Persönlichkeitsprofile der Patienten ergaben, dass sich die deutschen Patienten humanstrukturell vor allem im defizitären Bereich befanden, während die russischen Patienten vorwiegend im destruktiven Bereich angesiedelt waren. Ob sich in diesen Diskrepanzen gesellschaftliche Unterschiede zwischen den beiden Ländern abbilden, oder ob sie nur für die Gruppen der Patienten bedeutsam sind, soll durch weitere Forschung geklärt werden. Zur Bekräftigung der guten wissenschaftlichen Zusammenarbeit und als Zeichen des wechselseitigen fruchtbaren Austauschs wurde von den russischen Vertretern eine am Serbski Institut entwickelte Computerversion des ISTA an ihre deutschen Kollegen übergeben. Dass diese Kooperation auch Anstoß zu kreativen Weiterentwicklungen ist, wurde im Referat von Prof. Dr. *Yuri Y. Tupitsin* und Dr. *V. V. Botscharov*, Mitarbeiter des Bechterev Instituts (St. Petersburg), deutlich. Sie berichteten über ein neues, von ihnen konstruiertes psychiatrisches Erhebungsverfahren, das auf dem ISTA basiert.

Die Rolle der Gruppe in verschiedenen nonverbalen Selbsterfahrungs- und Therapieformen war Gegenstand einer Reihe von Beiträgen. Dipl.-Psych. *Gerhard Wolfrum* und Dipl.-Psych. *Gerhard Sandermann* (beide München) berichteten über Gruppenprozesse in einer ambulanten Malselbsterfahrungsgruppe und zeigten, wie diese in den Bildern der Teilnehmer ihren Ausdruck finden. Die Möglichkeiten der nachholenden Ich-Entwicklung und Kreativierung der Persönlichkeit in einer stationären Maltherapiegruppe der Klinik Menterschwaige wurden von *Georg Kress* und *Thomas Bihler* (beide München) dargestellt. Die Förderung der

Abb. 19:
Prof. Dr. Jerzy W.
Alexandrowicz
von der Jagellonian
Universität Krakau



Abb. 20: Prof. Dr. Maria Orwid von der Jagellonian Universität Krakau mit Gespräch mit
Dipl.-Psych. Dr. phil. Ilse Burbiel (München)

Kreativität ihrer Mitglieder durch die umgebende Gruppe war auch ein wichtiger Aspekt des Vortrags von Dipl.-Psych. *Heide Dotzauer* und Dipl.-Psych. *Petra Kiem* (beide Berlin). Anhand ihrer langjährigen Erfahrungen in der Leitung einer Diplomanden- und Doktorandengruppe machten sie deutlich, wie hilfreich eine Gruppe für geistiges Arbeiten und die Verwirklichung wissenschaftlicher Projekte sein kann. Wie sich prozesshaft entwickelnde Beziehungen und dadurch entstehende Gruppendynamik im musikalischen Zusammenspiel der Teilnehmer einer Musikselbsterfahrungsgruppe umsetzen und dadurch hörbar werden, wurde von Dipl.-Psych. *Erwin Lessner* und *Julia Taylor-Mützel* (beide München) durch zahlreiche Beispiele demonstriert. *Daniela Schmidt*, *Eva Aralikatti* und *Marisa Medina* (alle München) berichteten über die Reittherapie in der Klinik Mengerschwaige. In ihrem Referat wurden nicht nur die gruppendynamischen Prozesse in der Reittherapie dargestellt, sondern auch die theoretisch-konzeptuellen Grundlagen dieser Therapieform.

Mit den verschiedenen hilfreichen Funktionen, die eine therapeutische Gruppe für die Entwicklung des einzelnen Patienten in der Tanztherapie übernehmen kann, befassten sich mehrere Beiträge. Dr. phil. *Gertraud Reitz* (München) konnte dies im Rahmen ihres Vortrags mit Videobeispielen aus der ambulanten humanstrukturellen Tanztherapie eindrucksvoll belegen. Welche Erfolge in der stationären Tanztherapie möglich sein können, zeigte Dipl.-Psych. *Maria Rettenberger* (München) in einer Einzelfallschilderung einer Patientin mit epileptischen Anfällen, der es in einer Reihe von existentiell bedeutsamen Tänzen gelang, sich mit ihrer Epilepsie auseinanderzusetzen und sie dadurch zu einem großen Teil zu bewältigen.

Das Wesen von Grenzerfahrungen, wie sie hier an einem konkreten Fallbeispiel nachvollziehbar wurde, konzeptuell zu erfassen und festzustellen, welche Rolle sie für Entwicklungsprozesse in der Gruppenpsychotherapie spielen, war die Aufgabe, die sich OStR *Ulrike Winkelmann*, *Bettina Weber* und Dipl.-Psych. *Anita Witte* (alle München) mit ihrer Untersuchung gestellt hatten. Ausgehend von einer philosophischen Definition der Grenzsituation durch *Jaspers* und einer Fragebogenuntersuchung in ambulanten psychotherapeutischen Gruppen kamen sie zu dem Schluss, dass ein entscheidender Punkt für die Entwicklung eines Patienten in der Gruppentherapie ist, dass er lernt, Grenzsituationen zulassen und durcharbeiten zu können. Dass therapeutisch im Sinne der Veränderung wirksame Grenzsituationen in der Gruppentherapie nur zugelassen werden können, wenn die Gruppe eine mütterliche, beschützende Funktion für ihre Mitglieder erfüllt, war ein zentraler Punkt des Referats von Prof. Dr. *H.-J. Maaz* (Halle). Gerade für Patienten mit Frühstörungen, die unter den Folgen von Vernachlässigung und narzisstischer Ausbeutung in der Kindheit leiden, kann die Gruppe als "Mutterkörper" die Chance eines Neuanfangs eröffnen.

Wie dieses Konzept in praktische therapeutische Arbeit umgesetzt werden kann, bei der sich verbale und nonverbale Elemente wechselseitig



Abb. 21: Prof. Dr. Juan Mezzich (New York), Generalsekretär der World Psychiatric Association (WPA) zusammen mit seiner Frau, Dipl.-Psych. Dr. Margit Schmolke

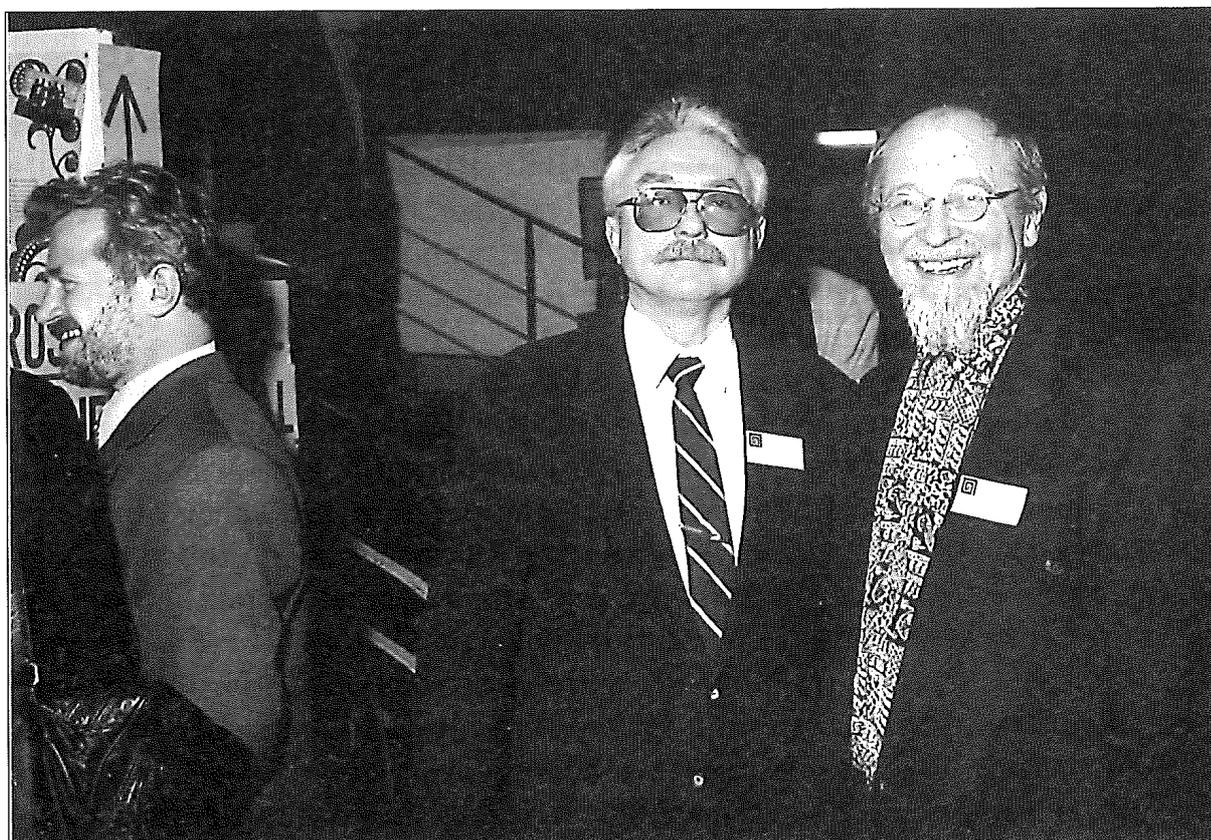


Abb. 22: Dr. med. Valery Tscherniagov, Chefarzt der Psychiatrischen Klinik Novgorod, im Gespräch mit dem Maltherapeuten der Klinik Mengerschwaige, Georg Kress. Links: Abteilungsarzt Dr. med. Nikolai Kuznetsov (Novgorod)

ergänzen, zeigte im Anschluss daran Dr. *U. Gedeon* (Halle). Die in den von Dr. *Gedeon* gezeigten Bildern eindrücklich nachvollziehbaren Momente der Krise in der Entwicklung von Patienten, ihre Bewältigung und konstruktive Auflösung waren auch Thema des Vortrags von Dr. *Rita Primbas* und Dipl.-Psych. *Ute Wiefel-Mertens* (beide München). Anhand mehrerer Fallgeschichten konnten sie die konstruktiven, zukunftsweisenden Aspekte von tiefgreifenden Lebenskrisen aufzeigen, die immer auch als ein Anstoß verstanden werden können, eine unhaltbar gewordene, durch destruktive und/oder defizitäre Sozialenergie gekennzeichnete Lebenssituation zu verändern.

In welcher Form die sichere Bindung an eine beschützende und unterstützende Gruppe bei frühgestörten Patienten strukturverändernd wirken kann, belegte Dipl. Psych. *Martin Urban* (Esslingen). Anhand einer empirischen Untersuchung von ehemaligen Bewohnern einer therapeutischen Wohngemeinschaft mit Borderline- und psychotischer Problematik konnte er belegen, dass sich durch die WG als „sichere Basis“ die Bindungsqualität der Patienten, erfasst mit einem Verfahren der Bindungsforschung, positiv verändern kann.

Mit einer besonderen Form der Bindungen in einer Gruppe, nämlich den erotischen Anziehungskräften, beschäftigte sich Dipl.-Psych. *Gerhard Wolfrum* (München). Dabei war es ihm ein besonderes Anliegen, in Anlehnung an das dimensionale Denken *Ammons*, die unterschiedlichen Qualitäten von Erotik - konstruktiv, destruktiv und defizitär - konzeptuell zu klären und zu beschreiben. In gewissem Sinne kontrapunktisch dazu stand das Thema des Referates von Dr. *Kurt Theodor Oehler* (Zimmerwald), das dem Phänomen der Rivalität in Gruppen gewidmet war. Obwohl alle Menschen rivalisieren, stellt Rivalität ein großes gesellschaftliches Tabu dar. Dr. *Oehler* ging der Frage nach, warum sich dies so verhält, und versuchte, ebenfalls unter Verwendung des dimensional Ansatzes, die konstruktiven Aspekte der Rivalität von den destruktiven und defizitären Qualitäten zu unterscheiden.

Ammons Humanstrukturmodell und seine Erkenntnisse über die Rolle des sozialenergetischen Austausches bei der Entwicklung der Humanstruktur waren zentrales Thema im Rahmen des Symposiums „Soziale Energie und psychische Dynamik als Komponenten seelischer Strukturentwicklung“. *Ammons* Modell wurde im Rahmen des Symposiums das Konzept der seelischen Dynamik von *Janzarik* zur Seite gestellt. Unter der Leitung von Prof. *Hermes A. Kick* (Heidelberg), Dr.phil. *Ilse Burbiel* und Dr. *Rolf Schmidts* (beide München) wurden die beiden Erklärungsansätze seelischer Strukturbildung im Hinblick auf ihre theoretischen Voraussetzungen, ihre Terminologie, ihre Konvergenzen und Divergenzen und speziell im Hinblick auf ihre jeweilige Relevanz für die psychotherapeutische Praxis diskutiert.

Die Auseinandersetzung mit verschiedenen therapeutischen Schulen und Konzepten war ebenfalls ein wichtiger Aspekt des Kongresses. So



Abb. 23: Dr. Andrej Cechnicki von der Jagellonian Universität (Krakau) im Gespräch mit dem Geschäftsführer der Klinik Mengerschwaige Dipl.-Sozialwirt (FH) Waldemar Dziakowski



Abb. 24: Dipl.-Psych. Temeleva zusammen mit Dr. med. S. Babin (Orenburg) beim Referentenempfang

verglich Dr. *Anette Binder* und Dr. *Daniel Hermelink* (beide München) die therapeutischen Ansätze von *Marsha Linehan* und *Günter Ammon* in der Behandlung von Borderline-Patienten. Während in der Dialektisch-Behavioralen Therapie *Linehans* ein biologisch basiertes Defizitmodell in therapeutische Strategien umgesetzt wurde, geht *Ammon* von einem Entwicklungsmodell aus, das nachholende Ich- und Identitätsentwicklung als reale Chance beinhaltet.

Prof. Dr. *Klaus Heinerth* (München) stellte das Verständnis von Gruppenpsychotherapie im klientenzentrierten Konzept dar. Von zentraler Bedeutung ist hier die Entwicklung des Selbstkonzepts des Klienten, die nur in sozialen Beziehungen möglich ist, d.h. mittels der Anerkennung durch einen selbstkongruenten Partner. Die Haltung des Therapeuten sollte durch unbedingte Wertschätzung des Klienten und akkurate Einfühlung in seine Sicht der Realität gekennzeichnet sein. Vertieft wurde die Auseinandersetzung mit dem Spannungsverhältnis von therapeutischer Identität und Rolle durch den Vortrag von Prof. *Hermes A. Kick* (Heidelberg), der dieses als ethisches Grundproblem und entscheidende Determinante allen therapeutischen Handelns darstellte.

Die Entstehung von authentischer Empathie und ihre Bedeutung für die Gruppenpsychotherapie war auch eines der Themen, über die Prof. *Malcolm Pines* (London) in seiner Key Lecture referierte. Er sprach über einige Wirkfaktoren der Gruppentherapie, wie Empathie, Intersubjektivität und Kohärenz, und deren heilende Effekte. Als besonders bedeutsam hob er die im Prozess sich ereignenden Momente der Begegnung hervor, in denen sich für die Beteiligten neue, gemeinsame Verstehenshorizonte eröffnen, die verändernd wirken.

Die Identitätsfindung einer Gruppe in Form von Mythen und Geschichten war das Thema von Dr. *Rolf Schmidts*, Chefarzt der Klinik Mengerschwaige, und Dipl.-Psych. *Gerhild Sandermann* (beide München). In ihrem Vortrag über "Mythen, Erzählungen und Geschichten im großgruppensdynamischen Prozess einer Klausurtagung - zur Integration von Untergruppen" führten sie aus, wie eine Gruppe aus einem quasi mythischen Anfangszustand, der sich z.B. durch die "basic assumptions" *Bions* beschreiben lässt, zu narrativen Deutungsmustern gelangen kann, in denen sich die zu(r) Geschichte gewordene Auseinandersetzung über ihre Identität abbildet. Das gruppensdynamische Erarbeiten einer Gruppengeschichte kann als ein Stück Aufklärung und Einführung des Realitätsprinzips gegen die Vorherrschaft mythologischer Urängste verstanden werden.

In eine ähnliche Richtung wies Prof. *Raymond Battegay* (Basel) in seiner Key Lecture zum Thema "Hier und Jetzt. Übertragung und archaische Verhaltensmuster in der therapeutischen Gruppe." Seine These ging dahin, dass eine Gruppe leicht archaische, durch starke Realitätsverzerrung gekennzeichnete Übertragungen auslösen kann, zugleich aber auch das Realitätsprinzip repräsentiert. Die Regression auf archaische Beziehungs-



Abb. 25: Beim festlichen Kongressdinner. V.l.n.r.: Prof. Malcom Pines, Prof. Mauricio Knobel (stehend), Prof. Robert Cancro, gegenüber Prof. Modest Kabanov und Dipl.-Psych. Maria Ammon

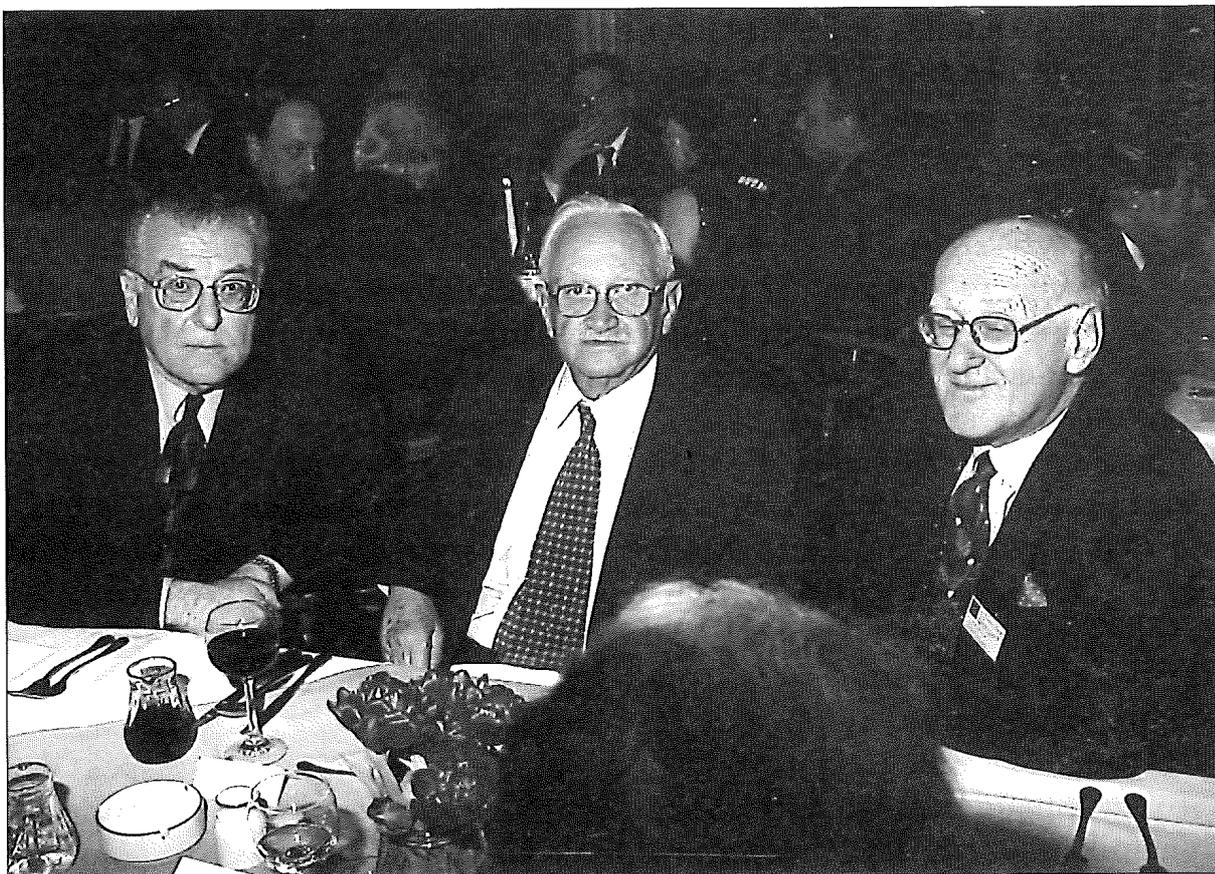


Abb. 26: Prof. Robert Cancro (New York), Prof. Mauricio Knobel (Campinas) und Prof. Malcom Pines (London) beim Kongressdinner

formen kann nicht nur in der Gruppentherapie ein Problem darstellen, sondern auch und vor allem im gesamtgesellschaftlichen Kontext destruktive Folgen haben, wenn es zu einer narzisstischen Fusion mit der eigenen politisch/ethnisch/religiösen Gruppe und zur Projektion der Aggression auf andere Gruppen kommt, wie der Autor an historischen und aktuellen politischen Geschehnissen demonstrierte. Um solchen Rückfällen in archaisch-grausame Verhaltensweisen vorzubeugen, machte Prof. *Battegay* in der Diskussion den Vorschlag, in Schulen und Betrieben Selbsterfahrungsgruppen einzurichten, in denen Konflikte und Aggressionen einen Ort finden und der Umgang mit ihnen gelernt werden kann.

Mit den jüdischen Opfern des Terrors, der durch solche destruktiven Gruppendynamiken entstehen kann, befasste sich der Beitrag von Prof. Dr. Dr. *Maria Orwid* und Mitarbeitern (Krakau). In berührender Weise schilderten sie, welche traumatischen Folgen das Erleben des Holocaust für die Überlebenden und die Generation ihrer Kinder hatte und immer noch hat, aber auch, wie durch Solidarität, konstruktive Gruppendynamik und Gruppenpsychotherapie hier positive Veränderungen möglich werden können.

Prof. Dr. *Takashi Yamaguchi* (Tokio) beschrieb in seinem daran anschließenden Referat den therapeutischen Prozess einer Gruppe von Überlebenden des Atombombenabwurfs auf Hiroshima, die unter seiner Leitung an einer langfristigen Kunsttherapie teilgenommen hatten. Die Ursachen der von Prof. *Battegay* angesprochenen archaischen Übertragungen untersuchten Dipl.-Psych. *Gabriele von Bülow* und *Eugen Kiem* (beide Berlin) in ihrem Beitrag über das Wiedererleben der Primärgruppendynamik in der analytischen Gruppenpsychotherapie. Dabei gelang es den Autoren, die Doppelnatur dieser regressiven Prozesse aufzuzeigen, die je nach Person und Situation den Charakter des Widerstands oder der Heilungschance annehmen können. Welche Mechanismen diesen Prozessen ursprünglich zugrunde liegen, demonstrierte Prof. *Shmouel Tyano* (Tel Aviv) in seinem Vortrag. Er machte nachvollziehbar, wie aus individueller Problematik der Beteiligten Gruppendynamik entsteht und welche Rolle diese wiederum bei der transgenerationalen Transmission psychischer Konflikte spielt.

Mit den spezifischen Folgen der Primärgruppendynamik auf die Geschlechtsrollenentwicklung und Androgynität des Menschen beschäftigten sich Dipl.-Psych. *Maria Ammon*, Dipl.-Psych. *Gerhard Wolfrum* und cand. psych. *Thomas Bihler* (München) in ihrem Referat. Sie konnten dabei deutlich machen, wie sich gruppendynamische Prozesse in einer Selbsterfahrungsgruppe positiv auf die Androgynitätsentwicklung der Teilnehmer auswirken können.

Aktuelle gesellschaftliche Entwicklungstendenzen unter dem Aspekt der Großgruppendynamik, kulturspezifische und interkulturelle Gruppendynamiken waren das Anliegen mehrerer Untersuchungen. Prof. *Mauricio Knobel* (Campinas) analysierte gesamtgesellschaftliche Gruppendynamiken im Zeichen einer neoliberalen Postmoderne, die in destruktiver und

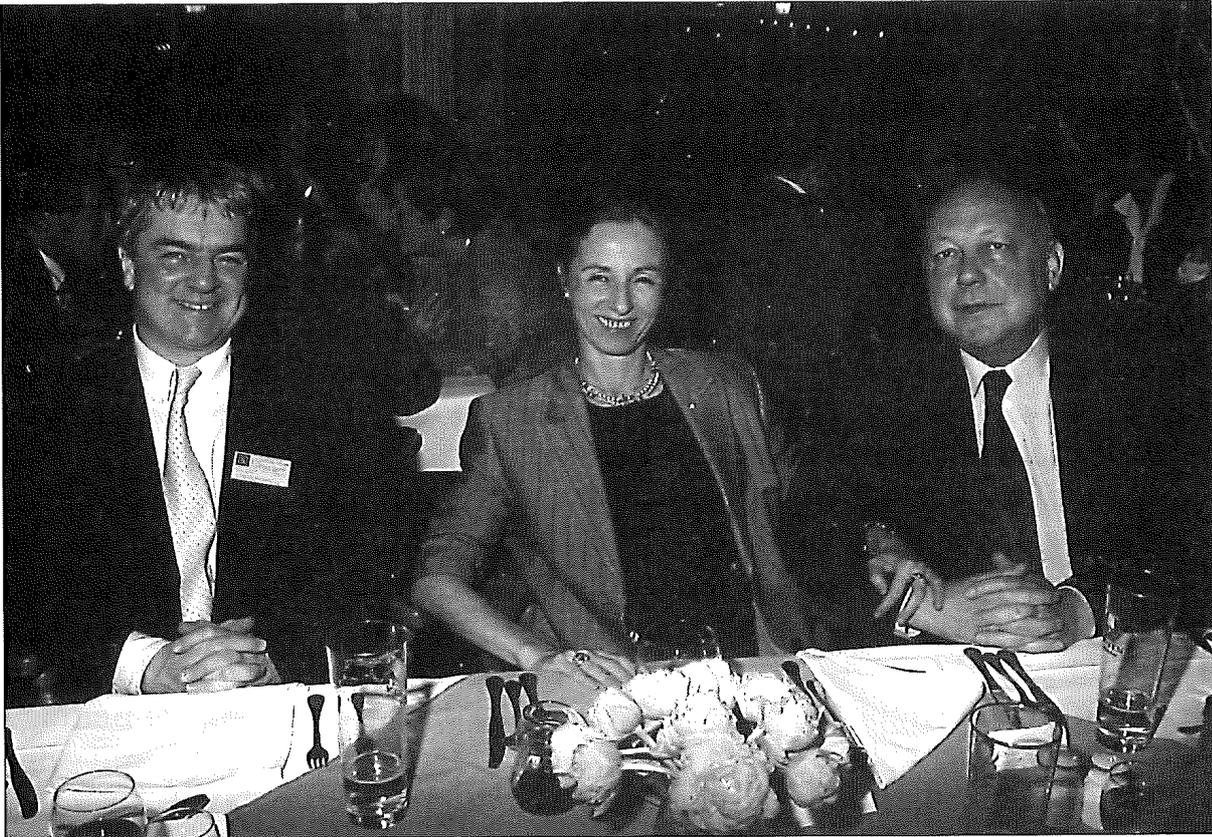


Abb. 27: Dr. Kevin Browne, WHO-Consultant (Birmingham) zusammen mit Dr. Bela Buda (Budapest) und seiner Gemahlin



Abb. 28: Dr. phil Györgyi Körmendy (Budapest) zusammen mit Annette Göring (München) beim Kongressdinner

defizitärer Sozialenergie resultieren, und ihre negativen Folgen für gesellschaftlich marginalisierte Gruppen. Dr. Dr. *Pittu Laungani* (London) berichtete über kulturspezifische Unterschiede in den Äußerungsformen und im Umgang mit psychischen Erkrankungen, während Prof. *Jyoti Verma* (Patna) die psychischen und gruppendynamischen Probleme von Emigranten darstellte.

Der Gruppendynamik in Betrieben und Institutionen war ein eigenes Symposium gewidmet. Unter der Leitung von Dipl.-Psych. *Gabriele von Bülow* (Berlin) und Dipl.-Psych. *Bernd Mützel* (München) diskutierten Experten den Nutzen und die Anwendungsmöglichkeiten psychoanalytischer Gruppendynamik in diesem Bereich.

In einem speziellen Symposium „Die Zukunft der stationären Psychotherapie: Menschenbild - Personenwürde – gruppendynamische Perspektiven“ referierten Prof. Dr. med. *Wolfram Schmitt* (Saarbrücken) zur Geschichte der psychotherapeutischen Ansätze in der klinischen Therapie und Prof. Dr. med. *Hermes A. Kick* (Heidelberg) zur Ethik im Verhältnis von therapeutischer Identität, Rolle und Institution. Die Beiträge von Prof. Dr. med. *Matthias Krisor* (Herne), der sich mit der Gewaltproblematik in der Psychiatrie beschäftigte, und von Prof. Dr. med. *Raoul Schindler* (Wien), dessen Thema die Rollendynamik in der stationären Psychotherapie war, wurden ergänzt durch Beiträge aus der Klinik Mengerschwaige: Dr. med. *Rolf Schmidts* sprach über die Bedeutung der therapeutischen Großgruppe für die Klinikbehandlung insgesamt und Dr. med. (Univ. Tel Aviv/Israel) *Egon Fabian* stellte die Funktion gruppendynamischer Prozesse im Rahmen der stationären Psychotherapie dar.

Ein weiterer Schwerpunkt waren die psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen und ihre psychotherapeutische Behandlung. Dr. *Hugues Scharbach* (Nantes) referierte in diesem Kontext über therapeutische Strategien in der Behandlung von Borderline – Störungen bei Kindern und Adoleszenten. Die wichtige Perspektive der Prävention psychischer Störungen in der frühen und mittleren Kindheit wurde von Dr. *Dorothee Doldinger* (München) vertreten. Aus ihren Erfahrungen mit den Gruppen eines psychoanalytischen Kindergartens berichtete sie, welche Faktoren hier präventiv wirksam werden können. Die Bedeutung von Familiendynamiken für die Kinder- und Jugendlichentherapie wurde von Dr. *Györgyi Körmendy* (Budapest) dargestellt. Wie sich ihre theoretischen Ausführungen zu Symbiose und Trennung und über die Bedeutung der Elternarbeit in praktisches therapeutisches Handeln umsetzen lassen, zeigten Mitarbeiter der Känguruh-Klinik in Budapest in mehreren Fallgeschichten. Dipl.-Psych. *Agnes Fazekas* berichtete über Methoden in der Behandlung von Scheidungskindern, Dr. *Judit Krasznai* über Loslösungstherapie im Schulalter und *Maria Feher* über die Anwendung dieses therapeutischen Modells in der Pubertät.

Das Schicksal von Kindern, die Misshandlung und Missbrauch erleiden müssen, war ein besonderes Anliegen des Kongresses. Prof. *Juri V. Popov*



Abb. 29: Frau Dr. phil. Gertraud Reitz (rechts) zusammen mit Dr. Bernhard Strithi (Ljubjana) und seiner Frau

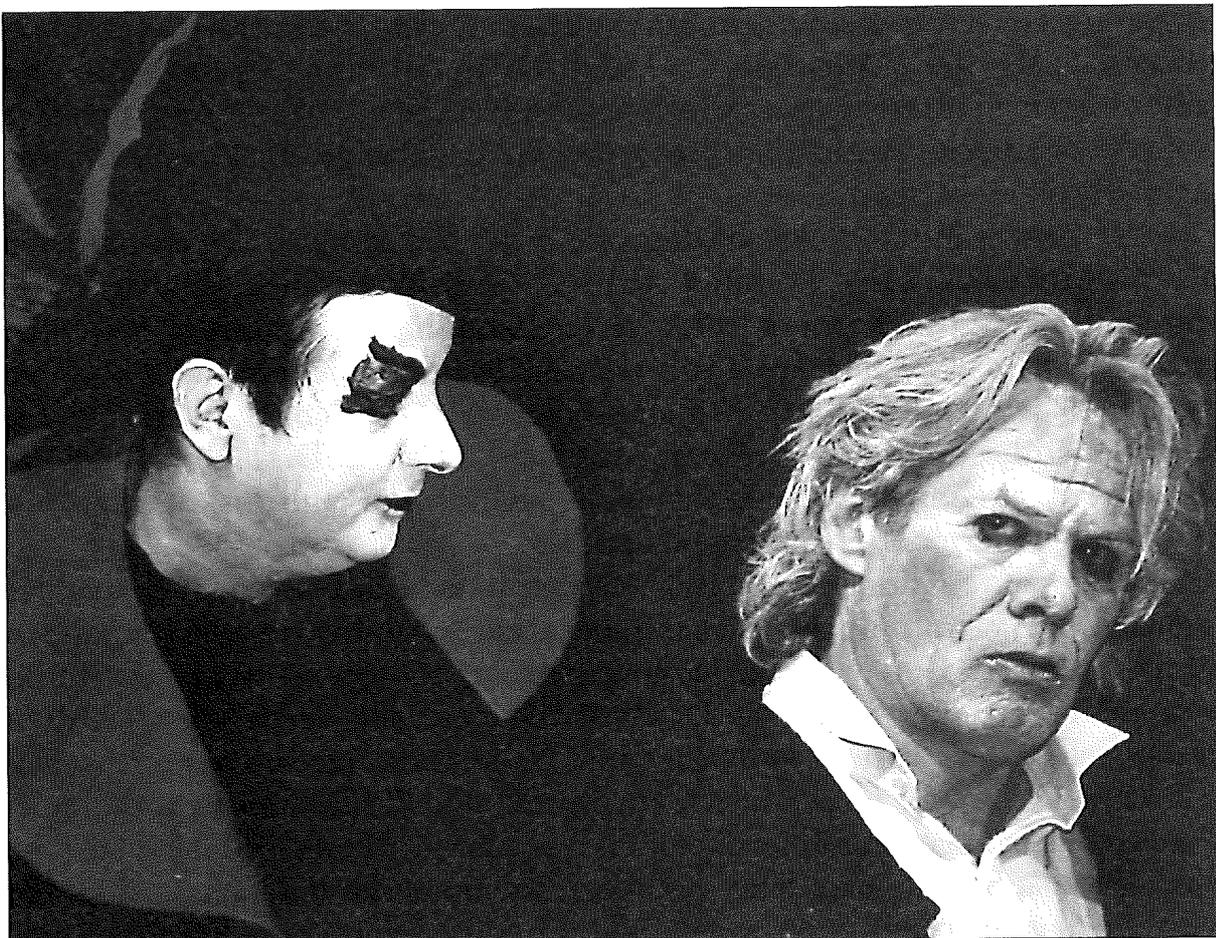


Abb. 30: „Mephisto“ und „Faust“ bei der Aufführung der Theatertherapiegruppe „Labyrinth“

(St. Petersburg) erläuterte anhand einer Untersuchung mit Opfern sexueller Gewalt in der Kindheit die traumatisierenden Folgen solcher Erfahrungen. In einer Round Table-Diskussion der WHO unter Leitung von Dr. *Kevin D. Browne*, dem WHO Consultant and Temporary Advisor to the European Region for Child Protection and against Family Violence, wurde das bedeutende Thema der Gewalt gegen Frauen und Kinder in der Gesellschaft von einer Gruppe von Wissenschaftlern umfassend dargestellt und lebhaft diskutiert. Dabei wurden von mehreren Diskutanten besonders die Bedeutung und die Möglichkeiten der Prävention von Gewalt hervorgehoben.

Abschließend fand im großen Hörsaal ein wissenschaftliches Forum zur Auswertung und Diskussion der Kongressergebnisse unter Beteiligung der Presse statt, in dem die Bedeutung der Gruppenforschung, der therapeutisch-gruppendynamischen Arbeit und der gesellschaftlichen Wertigkeit des Gruppenkonzepts von den Sprechern hervorgehoben und eine Verstärkung aller Kräfte auf diesen Gebieten gefordert wurde. Im Rahmen des Abschlusspanels wurde vom Präsidium der WADP auch bekanntgegeben, dass der 14. Weltkongress im Jahr 2004 in Krakau (Polen) stattfinden wird.

Am Abend gab es als feierlichen Abschluss für alle Kongressteilnehmer eine Aufführung des Dramas „Faust“ von Johann Wolfgang von Goethe, gespielt von der Theatertherapiegruppe „Labyrinth“ unter Leitung von *Ingeborg Urspruch*. Bei vollem Saal in der barocken Atmosphäre des Max-Joseph-Saals der Münchner Residenz zeigten die Schauspieler der ambulanten Theatertherapie, wie eine gute Gruppendynamik und intensive sozialenergetische Auseinandersetzung eine großartige Theateraufführung hervorbringen können.

Auf dem klinischen Nachkongress in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaike konnten sich die Teilnehmer einen Eindruck von der stationären psychotherapeutischen Behandlung frühgestörter Patienten machen. In einer Großgruppe von Gästen, Teammitgliedern und Patienten stellten Chefarzt Dr. *Rolf Schmidts*, Oberarzt Dr. *Egon Fabian* und die Geschäftsführerin für den therapeutischen Bereich, Dipl.-Psych. *Maria Ammon* das therapeutische Konzept der Klinik vor und diskutierten mit den Teilnehmern der Großgruppe darüber.

Die gesamte Klinik mit ihren Patienten und Mitarbeitern, auch aus der Küche und Verwaltung, wird als ein therapeutisches Instrument verstanden und organisiert, dessen Aufgabe darin besteht, ein gruppendynamisch und sozialenergetisch vorwiegend konstruktives therapeutisches Milieu herzustellen. Der Patient kann hier und in den verschiedenen spezifischen Therapien, wie z.B. in der formalen Einzel- und Gruppenpsychotherapie, der projektbezogenen Milieuthérapie, der Tanz-, Musik-, Mal-, Theater-, Film-, Reit-, Sport-, Familien- und Soziotherapie, der Massage und in den verschiedenen Interessengruppen wie Literaturseminaren, Sprachenlerngruppen, Lern- und Vorlesegruppen, sowie in Vorbereitungsgruppen für



Abb. 31: Mitglieder der Theatertherapiegruppe „Labyrinth“ beim Hexensabbat



Abb. 32: „Mephistopheles“ (Carmen Fiebig), „Gretchen“ (Sabine Lindner) zusammen mit der Leiterin der Theatertherapiegruppe, der Psychoanalytikerin Frau Ingeborg Urspruch, sowie „Faust“ (Robert Obermayer) bei der Premiere im Max-Joseph-Saal der Münchner Residenz

berufliche und schulische Förderung in all seinen gesunden und kranken Seiten gesehen und behandelt werden, wobei auch der therapeutische Verlauf beobachtet und kontrolliert werden kann.

Im Anschluss an eine Führung durch die Klinik und einem gemeinsamen Mittagessen konnten die Gäste in einem Two-way-vision Raum live bei einer gruppenpsychotherapeutischen Sitzung unter Leitung von Dipl.-Psych. *Maria Ammon* dabei sein, deren Prozess anschließend diskutiert wurde, während sich andere Teilnehmer bei Videovorführungen mit den nonverbalen Therapiemethoden wie z.B. der humanstrukturellen Tanz-, Theater- und Musiktherapie vertraut machten. Eine Sitzung der humanstrukturellen Tanztherapie, bei der die Patienten sich in ihren Tänzten den Besuchern zeigten, bildete den Abschluss des klinischen Nachkongresstages und damit des gesamten Kongresses.

Thomas Bihler (München)

Der 13. Weltkongress im Spiegel der Presse

Hat Eintauchen ins Internet mit Angst zu tun?

Psychotherapeuten wollen in München über die Bedeutung der Gruppe diskutieren

Einsamkeit kann krank machen. Und die Gruppe kann heilen. Dies sind Grunderfahrungen, die einem großen Psychiatrie-Kongress in München die Richtung weisen. Das Thema des 13. Weltkongresses der World Association für Dynamic Psychiatry vom 13. bis 17. März heißt: „Die Bedeutung der Gruppe für Krankheit und Gesundheit“. 150 Vorträge werden gehalten, reger Erfahrungsaustausch findet statt, insbesondere auch zwischen Wissenschaftlern verschiedener Länder und Kontinente.

„Das Verständnis von Gruppe“, sagt die Psychotherapeutin *Ilse Burbiel*, die an der Vorbereitung beteiligt ist, sei in unterschiedlichen Gesellschaften unterschiedlich. Habe die Gruppe hier eher negativen Stellenwert, so sei dieser etwa in Indien durchaus positiv. Die mitteleuropäische Vorstellung, meint *Ilse Burbiel*, dass die Persönlichkeit sich für sich selbst zu entwickeln hat, spielt da eine Rolle – offenbar nicht ungefährlich nach Ansicht der Psychologen.

Da Strategien für die Therapie zu entwickeln, ist ein Ziel des Kongresses. *Burbiel*: „Die Bedeutung der Gruppe soll hervorgehoben werden. Der Säugling wird in eine Gruppe hineingeboren. Im Lauf unseres Lebens leben wir in vielen Gruppen, sogar in mindestens 30 Gruppen gleichzeitig. Die Beziehungen in diesen Gruppen sind entscheidend für die Entwicklung der Persönlichkeit. Es kommt darauf an, welche Atmosphäre in der Gruppe herrscht, ob es Spannungen gibt, wie die Beziehungen der Gruppenmitglieder untereinander sind. Dies hat Einfluss darauf, ob der Mensch Gefühle

haben kann, ob er sie äußern kann, ob er einen Sinn im Leben sieht, ob er soziale Kontakte eingehen und bindungsfähig werden kann. Die ganz frühen Bindungen beginnen spätestens nach der Geburt. Dieser Prozess ist unglaublich störanfällig, aber auch wieder reparierbar.“

Scheitert der Mensch in der Gruppe, dann besteht die Gefahr, dass er Krankheitssymptome ausbildet. Kranksein und Gesundsein haben, so heißt es, auch damit zu tun, dass Menschen immer wieder in Beziehungen wie Freundschaften, eigenen Familien, Arbeitsverhältnissen früh gelernte Rollen einnehmen, „die nicht immer positiv für sie sind“. Burbiel: „Aus dem therapeutischen Bereich weiß man, dass die Gruppentherapie für viele geeignet wäre zur Korrektur zwischenmenschlicher Probleme.“ Indes hat es die Therapeuten sehr verwundert, dass im Jahr 1995 nur fünf Prozent aller Kassenanträge auf Gruppentherapie zielten, 1996 nur sieben Prozent. Denn für viele Patienten wäre Gruppenbehandlung – je nach Störung – sinnvoller als Einzelbehandlung, meint Burbiel, „ganz abgesehen davon, dass Gruppentherapie billiger ist“. Gerade Menschen, die schon in sehr frühen Bindungen gestört worden seien und etwa unter Depressionen leiden, brauchten Gruppen, um dies mit weniger Angst und gegenseitiger Unterstützung nochmals erleben zu können.

Der Kongress soll auch darauf aufmerksam machen, dass wir in einer Welt leben, die Vereinzelung bewirkt. Ilse Burbiel rechnet dazu „übermäßiges“ Eintauchen ins Internet: „Das kann eine tiefe Angst ausdrücken, das reale Leben überhaupt noch bewältigen zu können.“ Es sei für junge Menschen schwer, da wieder Kontakte aufzunehmen.

In vielen Fällen haben solche Krisen mit der Pubertät zu tun, die eine Zeit der Ablösung (vom Elternhaus) ist. „Die Ablösung bedeutet Depression oder Rückzug aus der Welt. Man soll erwachsen werden, fühlt sich aber noch nicht so weit. Wenn dies nicht bewältigt wird, dann ist das ein ziemlich typisches Zeichen dafür, dass später auch in der Arbeitswelt Probleme entstehen.“ Es ist eine Frage der Entwicklung von Selbstbewusstsein und Umgang mit anderen.

Dass Ilse Burbiel als eine Fehlreaktion die Ausformung von Größenwahn nennt, legt die Frage nahe, ob in der Vereinzelung eine Wurzel für den Anschluss an rechtsradikale Gruppen liegen kann. Die Psychotherapeutin hält dies für möglich, sieht im Rechtsradikalismus aber eher das Problem einer „Großgruppe“, der gesamten Gesellschaft. Wir sind nämlich, so weiter die Erklärung, „ein Netzwerk von Untergruppen“, gruppendynamisch betrachtet „ein großer Netzwerk-Gruppenraum“.

Daraus gibt es nicht ohne weiteres ein Entkommen. Einsamkeit hilft jedenfalls nicht. Burbiel: „Vereinzelung ist die beste Voraussetzung krank zu werden, wenn sie nicht bereits ein Stück Krankheit ist. Denn wir Menschen sind soziale Wesen. Wir brauchen im Grunde permanent den menschlichen Kontakt, um nicht zu verhungern und um uns weiterzuentwickeln. Wir sprechen von Sozialenergie: Das ist die Energie, die im Kontakt zwischen Menschen entsteht, Veränderungen bewirkt und Konfliktlösungen möglich

macht. Wenn wir das auf die Dauer abkappen, dann braucht nur eine kleine persönliche Krise zu kommen, und schon kippt das ganze System, das die Persönlichkeit darstellt.“ – Den Facetten sozialer Beziehungen, die, so Ilse Burbiel, sich nicht nur auf die Persönlichkeit, sondern sogar auf die Struktur des Gehirns auswirken, wird der Münchner Kongress also in viel Kleinarbeit und gegenseitiger Information der Teilnehmer nachspüren.

Rainer Hartmann, Kölner Stadtanzeiger (1.3.2001)

Psychiater: Dramatischer Anstieg von Depressionen bei Jugendlichen

München (dpa) – Die Vereinzelung und Vereinsamung in Deutschland hat nach Auffassung von Psychiatern zu einem dramatischen Anstieg von Depressionen und Ängsten bei Kindern und Jugendlichen geführt. Als Gründe für diese Entwicklung nannten Wissenschaftler auf einem Internationalen Symposium für Dynamische Psychiatrie in München die oft exzessive Nutzung des Internets und den Verlust zwischenmenschlicher Beziehungen.

Auch elf Prozent der Erwachsenen in Deutschland leiden unter Depressionen, hieß es. Die „erlebte Vereinzelung“ entspreche nicht dem menschlichen Urbedürfnis nach Kontakt und Bindung, hieß es auf dem Kongress. Seine Persönlichkeit und Identität entwickle der Mensch vor allem im Austausch mit anderen Menschen. Misslinge diese Form der Sozialisation, seien Beziehungsstörungen, soziale Ängste und Beziehungserkrankungen (Borderline-Störungen) die Folgen.

Zu dem fünftägigen Kongress (13. bis 17. März) sind in München rund 400 Teilnehmer aus mehr als 20 Ländern zusammen gekommen. Ziel der Veranstaltung sei es, die Bedeutung „zwischenmenschlicher Netzwerke“ zu betonen und Behandlungsformen für Störungen der Gruppenbindung zu diskutieren. Im Mittelpunkt der Behandlung psychischer Störungen steht für die Dynamische Psychiatrie die Gruppentherapie.

dpa München (13.3.2001)

Wenn das Internet krank macht...

AZ-Interview mit Psychologin Dr. Ilse Burbiel über die Folgen von Einsamkeit

Einsamkeit macht krank, kann Depressionen und Ängste auslösen. Soziale Kontakte können dagegen heilen. Wir sprachen mit der Münchner Diplom-Psychologin Dr. Ilse Burbiel über die neuesten Erkenntnisse dazu beim Weltkongress für Dynamische Psychiatrie.

AZ: Warum macht Einsamkeit krank?

Dr. Ilse Burbiel: Wir Menschen sind darauf angewiesen, dass wir uns durch soziale Kontakte austauschen. Dadurch bekommen wir eine Sozial-Energie, die zum Wohlbefinden beiträgt und Konfliktlösungen möglich macht. Wir füllen praktisch unsere Batterien wieder auf. Fehlt dieser Austausch über einen längeren Zeitraum, kommt es zu psychischen Störungen. Die Menschen werden depressiv oder reagieren mit Ängsten und Persönlichkeitsstörungen.

München ist die Stadt der Single-Haushalte. Brauchen wir alle eine Gruppentherapie?

Nicht jeder, der allein lebt, ist gleich ein Fall für den Therapeuten. Es ist aber so, dass die Zahl der Angst- und Depressionspatienten ansteigt. Nicht nur bei Erwachsenen, sondern auch bei Kindern und Jugendlichen. Gerade bei diesen Erkrankungen halte ich eine Gruppentherapie für sehr sinnvoll. Einen Teil Schuld an der zunehmenden Vereinsamung trägt sicher die exzessive Nutzung des Internets. Wir haben in unserer Praxis schon 12-Jährige, die ausschließlich virtuelle Kontakte übers Internet unterhalten, aber keinen einzigen wirklichen Freund haben.

Wie kann man vorbeugen?

Wichtig ist ein Aufbau der Jugendarbeit, hier sind vor allem die Schulen, aber auch die Kirchen gefragt. Eltern sollten versuchen, die eigene Kleinfamilie in ein Netzwerk einzubetten. Wichtig ist auch, Kinder dazu zu ermuntern, öfters Freunde nach Hause einzuladen oder sie zu besuchen.

Ulrike Reisch, AZ (13.3.2001)

Lösung: Gruppentherapie

Seit gestern tagen 400 Teilnehmer aus 20 Ländern beim Weltkongress für Dynamische Psychiatrie in München. Thema in diesem Jahr ist „Die Bedeutung der Gruppe für Krankheit und Gesundheit“. Die wichtigste Erkenntnis: Einsamkeit und fehlende Sozialkontakte machen krank, funktionierende Beziehungen in Familie, Freundeskreis oder Job schützen vor Depressionen, Ängsten und Persönlichkeitsstörungen.

Das menschliche Urbedürfnis nach sozialem Austausch wird seit Jahren immer weniger befriedigt. Schuld daran ist neben einer stetigen Zunahme der Single-Haushalte auch das Internet, das besonders von Jugendlichen exzessiv genutzt wird. Gruppenbeziehungen sind jedoch nicht nur im Alltag wichtig, auch in der Behandlung von psychischen Erkrankungen hat die Gruppentherapie ihren Platz. Nach Ansicht von Experten wird diese Form der Psychotherapie viel zu wenig eingesetzt.

Abendzeitung (13.3.2001)

*Immer mehr Menschen vereinsamen
Weltkongress für Psychiatrie über die Bedeutung von Gruppen*

„Wir leben in einem Kommunikationszeitalter, doch die Einsamkeit nimmt immer mehr zu“, so die Münchner Psychologin Ilse Burbiel in einem Gespräch zum Auftakt des Weltkongresses für Dynamische Psychiatrie an der Ludwig-Maximilians-Universität. Moderne Technologien ermöglichten den zwischenmenschlichen Kontakt eigentlich immer und überall, dennoch fühlten sich immer mehr Menschen alleine und viele würden depressiv.

Die Art des zwischenmenschlichen Kontaktes, die ein Säugling erfährt, sei die Wurzel für seine spätere Persönlichkeit, erklärte Burbiel. Der emotionale Bindungsaufbau kurz nach der Geburt präge die spätere Bindungs-, Kontakt- und Trennungsfähigkeit des Erwachsenen.

„Wir leben in einer Welt, in der die Gefahren der Vereinzelung und auch die Gefahr destruktiver Gruppenentwicklungen nicht zu übersehen sind“, so die Psychologin. Doch traditionelle Gruppen-Strukturen seien fast gänzlich verloren gegangen, der Mensch wachse in Kleinfamilien oder nur mit einem Elternteil auf, verbringe teilweise mehr Zeit vor dem Computer als mit anderen.

Nach einer Studie der Münchner Max-Planck-Gesellschaft leiden bereits elf Prozent der Erwachsenen in Deutschland an Depressionen.

Auch Modest M. Kabanov, Psychiater aus St. Petersburg, betonte, Gruppen seien sehr wichtig, um die täglichen Stressfaktoren, die auf den einzelnen einwirken, zu lindern. Derzeit würde der zwischenmenschliche Kontakt immer mehr abnehmen, eine Trendwende sei noch nicht zu erkennen.

Wie wichtig für die psychosoziale und körperliche Entwicklung des Menschen Gemeinschaften und Gruppen sind, wollen rund 400 Teilnehmer aus über 20 Ländern in über 150 Symposien, Vorträgen und Workshops erörtern. Zum wissenschaftlichen Programm im Physiologikum der Ludwig-Maximilians-Universität, Pettenkoferstraße 14, können Interessenten sich heute ab 8.30 Uhr zur Teilnahme anmelden.

*Nicolas A. Zeitler
Münchner Merkur (14.3.2001)*

Immer mehr Kinder depressiv

Die Vereinzelung und Vereinsamung in Deutschland hat nach Auffassung von Psychiatern zu einem dramatischen Anstieg von Depressionen und Ängsten bei Kindern und Jugendlichen geführt. Als Gründe für diese Entwicklung nannten Wissenschaftler auf einem Internationalen Symposium für Dynamische Psychiatrie in München die oft exzessive Nutzung des Internets und den Verlust zwischenmenschlicher Beziehungen.

Auch elf Prozent der Erwachsenen in Deutschland leiden unter Depressionen, hieß es. Die „erlebte Vereinzelung“ entspreche nicht dem menschlichen Urbedürfnis nach Kontakt und Bindung, hieß es auf dem Kongress. Seine Persönlichkeit und Identität entwickle der Mensch vor allem im Austausch mit anderen Menschen. Misslinge diese Form der Sozialisation, seien Beziehungsstörungen, soziale Ängste und Beziehungs-Erkrankungen (Borderline-Störungen) die Folgen.

Zu dem fünftägigen Kongress (noch bis 17. März) sind rund 400 Teilnehmer aus mehr als 20 Ländern zusammen gekommen. Ziel der Veranstaltung sei es, die Bedeutung „zwischenmenschlicher Netzwerke“ zu betonen und Behandlungsformen für Störungen der Gruppenbindung zu diskutieren. Im Mittelpunkt der Behandlung psychischer Störungen steht für die Dynamische Psychiatrie die Gruppentherapie.

dpa

Süddeutsche Zeitung (14.3.2001)

Kids immer häufiger mit Depressionen

München – Immer mehr Kinder und Jugendliche leiden unter Ängsten und Depressionen. Auf einem internationalen Symposium für Dynamische Psychiatrie in München diskutieren 400 Wissenschaftler aus 20 Ländern die Gründe. Offensichtlich der wichtigste: Vereinsamung durch die „oft exzessive Nutzung des Internets“.

Wer sich abkapselt, verliert zwischenmenschliche Beziehungen, sagen die Fachleute. Sie warnen: „Vereinzelung“ entspricht nicht dem menschlichen Urbedürfnis nach Kontakt und Bindung.

Bild München (14.3.2001)

Vereinsamung in der Gesellschaft nimmt zu Menschen leben immer weniger in sozialen Gruppen

München (AP): Die Vereinsamung in der Gesellschaft nimmt nach Meinung von Psychologen immer mehr zu. Bei der Eröffnung des 13. Kongresses des Weltverbands für dynamische Psychiatrie am Mittwoch in München wiesen Wissenschaftler darauf hin, dass die Menschen immer weniger in sozialen Gruppen integriert seien und deshalb oft unter Einsamkeit litten. Der Baseler Psychologe Raymond Battegay sprach von einer „Zeit der Gruppenkrise“.

Laut Ilse Burbiel aus München sind besonders zwei gesellschaftliche Gruppen gefährdet: Jugendliche, die sich von ihren Eltern lösten, und ältere Menschen, die sich aus dem Berufsleben verabschiedeten. Bei beiden bestehe die Gefahr, dass sie mit dem Ausscheiden aus ihrer sozialen Gruppe Depressionen bekommen könnten.

Die wissenschaftliche Leiterin des Kongresses, Maria Ammon, sagte, dass es in der Gesellschaft immer weniger Gruppen mit Zielen oder Idealen gebe, wie zum Beispiel Pfadfinder-Gruppen. Stattdessen nehme die Zahl der „destruktiven Gruppen“ zu, in denen Alkohol oder Drogen konsumiert würden. Außerdem verliere die Familie zunehmend ihre Funktion als soziale Gruppe. Eltern lebten getrennt, die Kinder verbrächten immer mehr Zeit allein, sei es beim Essen, vor dem Fernseher oder dem Computer.

Der Münchner Psychotherapeut Gerhard Wolfrum nannte es ein typisches Symptom für Vereinsamung, dass es Menschen gebe, die mehr Kontakte im Internet hätten als reale Kontakte.

In Gruppentherapien muss es laut Battegay darum gehen, Menschen mit Depressionen wieder zu helfen, sich in eine Gruppe zu integrieren. Ammon sagte: „Wenn der Mensch in oder durch eine Gruppe krank werden kann, dann kann er auch in oder durch Gruppen wieder gesund werden.“

Der 13. Kongress des Weltverbandes für dynamisch Psychiatrie, die auch von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) unterstützt wird, findet noch bis Samstag im Institut für Physiologie der Ludwig-Maximilians-Universität in München statt.

Associated Press (15.3.2001)

Gesellschaft: Trend zu Vereinsamung und Depressionen

Die Vereinsamung in der Gesellschaft nimmt nach Meinung von Psychologen immer mehr zu. Auf dem 13. Kongress des Weltverbands für dynamische Psychiatrie in München wiesen Wissenschaftler darauf hin, dass die Menschen immer weniger in soziale Gruppen integriert seien und deshalb oft unter Einsamkeit litten. Der Baseler Psychologe Raymond Battegay sprach von einer „Zeit der Gruppenkrise“. Laut Ilse Burbiel aus München sind besonders zwei gesellschaftliche Gruppen gefährdet: Jugendliche, die sich von ihren Eltern lösten, und ältere Menschen, die sich aus dem Berufsleben verabschiedeten. Bei beiden bestehe die Gefahr, dass sie nach dem Ausscheiden aus ihrer sozialen Gruppen zu Depressionen neigten. Die wissenschaftliche Leiterin des Kongresses, Maria Ammon, sagte, dass es in der Gesellschaft immer weniger Gruppe mit Zielen oder Idealen gebe, wie zum Beispiel Pfadfinder-Gruppen. Stattdessen nehme die Zahl der „destruktiven Gruppen“ zu, in denen Alkohol oder Drogen konsumiert würden. Außerdem verliert die Familie zunehmend ihre Funktion als soziale Gruppe. Eltern lebten getrennt, die Kinder verbrächten immer mehr Zeit allein, sei es beim Essen, vor dem Fernseher oder dem Computer. Der Münchener Psychotherapeut Gerhard Wolfrum nannte es ein typisches Symptom für Vereinsamung, dass es Menschen gebe, die mehr Kontakte im Internet hätten als reale Kontakte. In Gruppentherapien muss es laut Battegay darum gehen, Menschen mit Depressionen wieder zu helfen, sich in eine

Gruppe zu integrieren. Ammon sagte: „Wenn der Mensch in oder durch Gruppen krank werden kann, dann kann er auch in oder durch Gruppen wieder gesund werden.“ Weiter Informationen von dem Kongress im Internet unter <http://www.dynpsych.de>

General Anzeiger Bonn (14.4.2001)

PRESSEMITTEILUNG Januar 2001

Wird der Mensch immer einsamer?

Wissenschaftlicher Kongress über die Bedeutung von Gruppen für unsere Gesundheit

Vereinzelung und Vereinsamung haben auf allen gesellschaftlichen Ebenen zugenommen. Eine Folge davon ist der dramatische Anstieg von Depressionen und Ängsten bereits bei Kindern und Jugendlichen. Elf Prozent der Erwachsenen leiden nach einer Umfrage des Max Planck Instituts an einer deutlichen Depression. Es häufen sich Beziehungs-Erkrankungen - klinisch als Borderline-Störungen bekannt.

Die Ursachen für diese Entwicklung sehen Psychotherapeuten und Psychiater in der Auflösung von positiven Gruppenstrukturen. Der Mensch ist zwar formal Mitglied in immer mehr Gruppen, scheint darin aber zunehmend zu vereinsamen. Eine wachsende Zahl von Menschen surft und chattet mehr im Internet, statt reale zwischenmenschliche Kontakte zu pflegen.

Die erlebte Vereinzelung entspricht nicht dem menschlichen Urbedürfnis nach Kontakt und Bindung. Fehlen im Umfeld des Menschen - besonders von Kindern und Heranwachsenden - gesunde Gruppenangebote, so suchen sie sich Ersatz. Sie sind verführbar durch pseudo-solidarische Gruppierungen im rechtsradikalen, kriminellen oder Sektenbereich.

Die Auflösung der traditionellen Gruppenbindungen ist eine Tatsache, die nicht mehr rückgängig gemacht werden kann. Der Verlust der alten Strukturen muss durch neue soziale Strukturen und Lebensformen ausgeglichen werden.

Nicht nur im Sinne einer Prävention psychischer Erkrankung geht es darum, konstruktive Alternativen, zum Beispiel auch im Arbeitsbereich, zu entwickeln. Der Verlust an sozialer Bindung muss zudem auch Konsequenzen für die Behandlungsmethode von psychischen Störungen haben.

Die Dynamische Psychiatrie und humanstrukturelle Psychoanalyse der Berliner Schule Günter Ammons stellt seit jeher die Gruppe in den Mittelpunkt ihrer Theorie der Persönlichkeitsentwicklung und ihres Behandlungsmodells: „Der Mensch wird in der Gruppe krank, und er sollte in der Gruppe wieder gesunden“ (Günter Ammon).

Identitäts- und Persönlichkeits-Entwicklung findet in Auseinandersetzung und Austausch zwischen Individuum und Gruppe statt. Eine gesunde psychische Entwicklung ist ohne Kontakt und Beziehung und damit ohne Gruppenbezug nicht möglich. Deshalb sind die adäquaten Behandlungsmethoden psychischer Krankheit vor allem gruppenbezogene Therapieformen, die neue und wiedergutmachende Gruppenerfahrungen zulassen und fördern.

Der Kongress „Die Bedeutung der Gruppe für Krankheit und Gesundheit“, findet im März in München statt. Erwartet werden renommierte Wissenschaftler aus dem In- und Ausland, u.a. bekannte Schizophrenie-Forscher wie Raymond Bategay (Bern) und Ernst Federn (Wien), die vormalige russische Gesundheitsministerin Tatjana Dimitrieva (Moskau), Robert Cancro von der New York University, Malcom Pines aus London, Jorge Costa e Silva von der WHO (Genf) sowie Juan Mezzich (New York), der Generalsekretär der WPA. Der Kongress steht unter der Schirmherrschaft der Weltgesellschaft für Psychiatrie (WPA), der World Health Organisation (WHO) und findet wieder in enger Zusammenarbeit mit der Weltgesellschaft für Soziale Psychiatrie (WASP) und der International Health Society statt.

Die Veranstalter des Kongresses, WADP und DAP arbeiten seit vielen Jahren an einer Konzeption, welche Psychoanalyse und Psychiatrie verbindet und die unbewussten Prozesse der Familiengruppe des Patienten mit in das Verständnis der psychiatrischen Störung einbezieht. Auch schwerste psychische Erkrankungen werden so einem zwischenmenschlichen Verständnis in ihren Entstehungsbedingungen zugänglich und durch erweiterte Konzepte behandelbar. Dies geschieht seit Jahren erfolgreich im ambulanten und im stationären Bereich, wie z. B. in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige in München.

Weitere Informationen erhalten Sie bei

Dipl.-Psych. Dr. phil. Ilse Burbiel und Dipl.-Psych. Gerhard Wolfrum,
DAP; Tel. 089/539674-75, Fax: 039/532 8831

Sie finden uns im Internet unter: www.dynpsych.de

e-mail: LFI-Muenchen@dynpsych.de

PRESSEMITTEILUNG März 2001

Bindungen sind lebensnotwendig

Der Mensch braucht Bindungen, um leben und überleben zu können. Er entwickelt, wie in der Wissenschaft unstrittig ist, seine Persönlichkeit und Identität vor allem im Austausch mit anderen Menschen. Das Rüstzeug dafür erhält er von Geburt an in den verschiedensten Gruppen in Verlauf von vielschichtigen gruppendynamischen Austauschprozessen. Sind diese Beziehungen stabil und unterstützend, wird die Identitätsentwicklung auch

genügend gut gelingen. Sind sie geschwächt - und dies ist heute immer mehr festzustellen - kann diese primäre Sozialisation misslingen mit der Folge von psychischer Krankheit, die sich vor allem in Beziehungsstörungen, sozialen Ängsten und Vereinsamung äußern. Um diese Störungen erfolgreich zu behandeln, eignet sich besonders gut die Gruppentherapie sowohl in verbaler als auch nonverbaler Form. Sie ermöglicht wieder-gutmachende gruppenspezifische Erfahrungen. Die Gruppe bietet - unter Anleitung eines qualifizierten Gruppentherapeuten - die Möglichkeit, familiäre Konflikte zu reinszenieren und Entwicklung nachzuholen. Die psychotherapeutische Versorgung steht diesem Bedarf völlig konträr gegenüber. Nur 10 % aller von den Kassen übernommenen Therapien sind Gruppentherapien, 90 % sind Einzeltherapie. Auch fehlt es in Deutschland an qualifizierten Gruppentherapeuten, wie Bedarfsanalysen ergeben.

Erwartet werden 400 Teilnehmer und über 100 Referenten aus weltweit ca. 20 Ländern. In über 150 Vorträgen, Workshops und Symposia stehen Fragen um die Bedeutung der Gruppe für die menschliche Entwicklung im Mittelpunkt. Der Kongress will dazu beitragen, dass die zwischenmenschlichen Netzwerke, auch aus gesellschaftlicher und interkultureller Sicht, den Stellenwert erhalten, der ihnen zukommen sollte.

WADP-/DAP- Eröffnungs-Presskonferenz München, 13.3.2001

Morgen öffnen der 13. Weltkongress der World Association for Dynamic Psychiatry und das XXV. Internationale Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse seine Tore. Circa 400 Teilnehmer und Referenten aus mehr als zwanzig verschiedenen Ländern und Kontinenten werden in über 150 Vorträgen, Symposien und Workshops ihre Erfahrungen austauschen, welche Bedeutung die Gruppe für die psychosoziale und körperliche gesunde und kranke Entwicklung des Menschen hat und welche Bedeutung der Gruppe für die Heilung von gestörten Entwicklungsprozessen zukommt.

Denn, so der 1995 verstorbene Begründer der Dynamischen Psychiatrie in Deutschland, *Günter Ammon*: "Der Mensch wird in der Gruppe krank und kann in der Gruppe auch wieder gesund werden."

Wie können wir uns das vorstellen?

Der Säugling wird in eine Gruppe hineingeboren, auf die er existentiell angewiesen ist - und dies nicht nur im Hinblick auf sein physiologisches Überleben. Wir wissen inzwischen, dass die Wurzeln für all das, was später die Persönlichkeit eines Menschen ausmacht, (die Entwicklung des späteren Umgangs mit den Gefühlen, die Verbalisationsfähigkeit, die Wahrnehmung, die Bindungs-, Liebes- und Beziehungsfähigkeit, das Selbstvertrauen und die Selbstachtung, das basale Sicherheitsgefühl oder Urvertrauen, das Gefühl, wer man ist (Identität) bis hin zur Entwicklung der Kognitionen,

Einstellungen, der Frage nach dem Sinn im Leben) wesentlich von der Art des zwischenmenschlichen Kontaktes, dem zwischenmenschlichen Beziehungsgeschehen abhängen - wir sprechen hier von gruppendynamischen Prozessen - und von der Atmosphäre, der Trag- und Konfliktfähigkeit dieser ersten, aber auch all der vielen anderen Gruppen, in denen wir im Laufe unseres Lebens leben und arbeiten.

Aus den Ergebnissen der sogenannten Bindungsforschung in der Folge von *René Spitz* und *John Bowlby*, die sich mit der Bedeutung von früher Bindung, Trennung und Verlust beschäftigen, wissen wir, dass der frühe, kurz nach der Geburt einsetzende Prozess eines emotionalen Bindungsaufbaus des Säuglings zu einer oder mehreren Bezugspersonen nicht nur prägend für die spätere Bindungs-, Kontakt- und Trennungsfähigkeit des erwachsenen Menschen ist, sondern dass dieser Prozess auch äußerst störanfällig ist. Er ist aber auch durch korrigierende emotionale andere Gruppenerfahrungen bis zu einem gewissen Umfang reparabel. Diese Ergebnisse bestätigen die Erfahrung psychoanalytischer Theorien und Arbeit, die sich mit der Psychotherapie sog. "Frühstörungen" beschäftigen, zu denen beispielsweise die Persönlichkeits- und Borderline-Störungen, affektive - wie beispielsweise depressive - Störungen, schwere psychosomatische Erkrankungen, aber auch die psychotischen Erkrankungen gehören.

Misslingt diese primäre Sozialisation, und kommt es auch in der Folge zu keinen emotional-sozial korrigierenden Gruppenbezügen, kann es zu Entwicklungs- und Krankheitssymptomen, vor allem zu Beziehungs- und Arbeitsstörungen, sozialen Ängsten, Depressionen, Vereinsamungen und sozialem Rückzug kommen. Früh gelernte, auch negative Rollenmuster werden in späteren Arbeits- und Freundschaftsbeziehungen und in den eigenen Familien wiederholt, die ihrerseits wieder negative Reaktionen bei den Gruppenmitgliedern hervorrufen und es somit zu einem Teufelskreis der Beziehungen kommen kann, aus dem es nicht ohne Weiteres ein Entkommen gibt.

Unsere Schule der Dynamischen Psychiatrie beschäftigt sich seit nahezu vierzig Jahren mit diesen Problemen und hat in Bezug auf andere Wissenschaftler und Forscher und im Austausch mit anderen Kollegen und Vertretern verschiedener therapeutischer Richtungen (im Rahmen der WADP seit nunmehr zwanzig Jahren) Strategien für die Therapie entwickelt, die genau dort ansetzen, wo ursprünglich die Störung verwurzelt ist, nämlich in der Gruppe. In verschiedenen verbalen und auch nonverbalen Therapien wie beispielsweise in der Musik-, Mal-, Tanz-, Theater- und Reittherapie soll durch wiedergutmachende gruppendynamische Erfahrungen im vielschichtigen Beziehungsgeflecht genau dort wieder angesetzt werden, wo die frühen leidvollen Erlebnisse begonnen haben - oft eben auch zu einer Zeit, in der es dafür noch keine Sprache gab, um sich mitzuteilen. Diese früh gespeicherten Erfahrungen können dann in Bildern, Tänzen und Musik in neue und korrigierende

zwischenmenschliche Begegnungen eingebracht und verarbeitet werden. Unter Leitung von qualifiziert ausgebildeten Psychotherapeuten werden frühkindliche und auch spätere gruppenspezifische Erfahrungen und Konflikte reinszeniert und es kann zu einer Korrektur zwischenmenschlicher Probleme und zu nachholenden Entwicklungsprozessen der Persönlichkeit kommen.

Indes verwundert sehr, dass auf der einen Seite der Bedarf an Gruppenpsychotherapie enorm wächst (dies hat ein groß angelegtes Gutachten über den Bedarf psychotherapeutischer Versorgung in Deutschland festgestellt), dass es aber auf der anderen Seite an ausgebildeten Gruppenpsychotherapeuten und auch an der entsprechend psychotherapeutisch ausgerichteten Versorgung in Deutschland fehlt: nur ca. 10 Prozent aller von den Kassen übernommenen Therapien sind Gruppentherapie, 90 Prozent sind Anträge auf Einzelpsychotherapie. Für viele Patienten wäre jedoch Gruppenbehandlung sinnvoller als die alleinige Einzelbehandlung. Ganz abgesehen davon, dass Gruppentherapie nachgewiesenerweise wesentlich kostengünstiger ist.

Der Kongress möchte auch auf diese Diskrepanz aufmerksam machen, zumal inzwischen auch die Wirksamkeit von Gruppenpsychotherapie durch eine Vielzahl von Untersuchungen nachgewiesen wurde. Der Kongress möchte aber auch darauf aufmerksam machen, dass wir in einer Welt leben, in der die Gefahren der Vereinzelung und auch die Gefahr destruktiver Gruppenentwicklungen, die mit Diskriminierung, Ausgrenzung und Gewalt einhergehen, nicht zu übersehen sind. Um diese und auch andere gesellschaftliche Probleme wie beispielsweise die Möglichkeiten der Unterstützung von Kleingruppen (auch der Familien), die sich oftmals in ihrer Tragfähigkeit überfordert fühlen und wieder in größere Gruppenzusammenhänge eingebettet werden müssten, und auch mit dem Verständnis von Gruppen in den unterschiedlichen Kulturen und Gesellschaften wird sich der Kongress auseinandersetzen haben. All diesen verschiedenen Facetten, die dieses Phänomen Gruppe als Netzwerk sozialer Beziehungen mit sich bringt, werden sich die Referenten und Teilnehmer des Kongresses widmen und neueste Ergebnisse ihrer Arbeit vorstellen.

Eröffnet wird der Kongress mit der Grußadresse des Dekans der medizinischen Fakultät der LMU München, Prof. Dr. *Klaus Peter*. Danach sprechen *Hans Zehetmair*, der Bayerische Staatsminister für Wissenschaft, Forschung und Kunst, *Franz Jungwirth*, Bezirkstagspräsident des Bezirks Oberbayern, sowie Prof. *Hans-Jürgen Möller*, der Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik der LMU München. Es schließen sich an Prof. *Ernst Pöppel* für das Humanwissenschaftliche Zentrum der LMU München, das gemeinsam mit der WADP und DAP, für die Prof. *Kabanow* und Frau Dipl.-Psych. *Maria Ammon* sprechen werden, den Kongress veranstaltet. Im Anschluss an die Grußworte wird Prof. *Modest Kabanow* für seine Verdienste auf dem Gebiet der Dynamischen Psychiatrie durch die Überreichung der Goldmedaille der DAP geehrt werden.

Die mittäglichen Key-Lectures am Mittwoch und den folgenden Kongresstagen werden gehalten von:

- Prof. *Ernst Federn* (Wien), der Sohn des einflussreichen Schülers *Freuds Paul Federn*, über "Milieu-therapie als Gruppenarbeit"
- Prof. *Raymund Battegay* (Basel), bekannt geworden durch seine Gruppenforschungen auf dem Gebiet der Persönlichkeits-, Borderline- und schizophrenen Störungen, über "Hier und Jetzt. Übertragung und archaische Verhaltensmuster in der therapeutischen Gruppe"
- Prof. *Malcom Pines* (London), der einflussreichste Schüler aus der Schule um den britischen Gruppenanalytiker Foulkes über "Some Ways in which Group Analysis Heals: Moments of Meeting"
- Prof. *P. Müller, A. Dümpelmann* und *E. Schäfer* (Göttingen) über den "Gesamtbehandlungsplan der Schizophrenie".

Der Kongress wird unterstützt von der WPA (World Psychiatric Association) mit der die WADP affiliert ist, und deren General Secretary Prof. *Juan Mezzich* und *Driss Moussaoui* (Casablanca) anwesend sind. Außerdem von der WASP (World Association for Social Psychiatry), vertreten durch Prof. *Shridhar Sharma* aus Delhi/Indien und der WHO, deren Vertreter *Kevin D. Browne* das Round Table Gespräch der WHO zum Thema: „Gewalt gegen Frauen und Kinder“ leitet. Unterstützt wird der Kongress auch durch das International Health Institute.

Am Donnerstag werden außerdem zwei Ausstellungen eröffnet:

- um 14.30 Uhr die traditionelle Ausstellung der Bilder aus der Maltherapie der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaipe in München sowie
 - um 14.45 Uhr die Ausstellung von Anjella Aschoff "Gebetsfahnen".
- Den Kongress beschließen wird ein
- Diskussionsforum am Samstag von 14.00 - 15.00 Uhr, zu dem Pressevertreter sehr herzlich eingeladen sind, über die Auswertung und Diskussion der Kongressergebnisse und
 - am Abend um 19.30 Uhr mit einer Aufführung des Faust I (Goethe) der Theatertherapiegruppe "Labyrinth" im Max-Joseph-Saal der Residenz, Residenzstraße 1.

Außerdem herzliche Einladung auch zum Klinischen Nachkongress am Sonntag, Beginn um 10.00 Uhr, und abschließend Einladung zur zweiten Pressekonferenz am Mittwoch, also morgen, um 13.30 Uhr nach den Vormittagsvorträgen im Pressebüro in der Pettenkoferstraße 14.

Symposien:

- "Psychiatry Law and Ethics" (*Amnon Carmi*, Haifa),
- "The Integration of Pharmacology and Psychotherapy with Psychological Treatment in Rehabilitation" (*Robert Cancro*, New York),
- "The Group: An Interdisciplinary Symposium" (*Juan Mezzich*, New York, *Maria Ammon*, Berlin),
- "Die Zukunft der stationären Psychotherapie: Menschenbild -

- Personenwürde - gruppensdynamische Perspektiven" (*Rolf Schmidts*, München, *Hermes Kick*, Heidelberg),
- "Health and Illness across Cultures: Cultural Variations in Coping Strategies" (*Pittu Laungani*, London),
 - "Soziale Energie und psychische Dynamik als Komponenten seelischer Strukturentwicklung" (*Hermes Kick*, Heidelberg, *Ilse Burbiel*, *Rolf Schmidts*, München),
 - "Behandlung der Schizophrenie durch Gruppenpsychotherapie" *Viktor Wied*, St. Petersburg, *Martin Urban*, Stuttgart),
 - Ein von *Lilly* gesponsertes Symposium "Psychopharmacological Issues in Child and Adolescent Psychiatry" (*Shmouel Tyano*, Tel Aviv. *Maria Orwid*, Krakau),
 - "Die Bedeutung der Familiendynamiken in Gesundheit und Krankheit für das Kind: Eine neue Konzeption stellt sich vor: Die Känguruh-Klinik in Budapest" (*Geörgy Körmendy*, Budapest) sowie
 - "Mosaics from Hungarian Social Psychiatry and Group Therapy" (*Istvan Kappeter*, Budapest) und
 - "Zur Gruppendynamik in Management und Institutionen" (*Gabriele von Bülow*, Berlin, *Bernd Mützel*, München).

Vom Ego zum „We-Ego“

Pressemitteilung München, 18.3.2001

München stand in den letzten Tagen ganz im Zeichen der Gruppe und der zwischenmenschlichen Beziehungen - denn diese waren das zentrale Thema eines internationalen Psychiatrie- und Psychotherapiekongresses, der von der Deutschen Akademie für Psychoanalyse und der Weltgesellschaft für Dynamische Psychiatrie ausgerichtet wurde. 500 Teilnehmer und Wissenschaftler aus 20 verschiedenen Ländern tauschten ihre Erfahrungen aus. Eines wurde deutlich: Nicht nur in den westlichen Ländern, sondern auf der ganzen Welt lösen sich die traditionellen sozialen Strukturen auf. Der Globalisierung der ökonomischen Beziehungen steht eine Vereinzelung und Vereinsamung der Menschen gegenüber. Die Aufgaben, die die Menschheit zu Beginn des 3. Jahrtausend jedoch zu bewältigen hat, erfordern eine soziale Vernetzung. Es ist notwendig, wie der britische Gruppenforscher *Malcolm Pines* (London) erklärte, vom Ego des einzelnen zum „We-Ego“ der Gruppe umzudenken. Dies gelte nicht nur für die Psychotherapie. Es scheint, wie es *Boris Kazakovzev* (Moskau) ausdrückte, einen Zusammenhang zu geben zwischen Kommunikation und Armut. Je ärmer eine Nation ist, desto mehr sind die Menschen auf Kontakt angewiesen, während der zunehmende Wohlstand von Menschen, vor allem in den westlichen Ländern, die natürlichen Kommunikationsmöglichkeiten schwinden lässt. Um so wichtiger werde die Rolle der Psychotherapeuten,

um diesem Kollaps der Kommunikationsstrukturen etwas entgegen zu setzen. *Ernst Federn* (Wien) sagte dazu: „Die Gruppenarbeit ist außerordentlich wichtig, denn die moderne Gesellschaft ruft viel mehr Ich-Störungen hervor als frühere Gesellschaften. Man muss die Regierungen darauf aufmerksam machen, dass dies ein lebenswichtiges Problem ist, das zu einer Katastrophe führen kann. Die Menschen sind nicht mehr imstande, das, was die Gesellschaft von ihnen verlangt, zu erfüllen.“

WADP-Nachrichten / WADP-News

Anlässlich seines 75. Geburtstages wurde Prof. Dr. *Modest M. Kabanov*, Direktor des Psychoneurologischen Institutes W.M. Bechterev (St. Petersburg) vom russischen Präsidenten *Wladimir W. Putin* mit der Auszeichnung „Für Verdienste um das Vaterland“ geehrt (siehe Würdigung auf S. 3).

Seminar des indischen WADP-Zweiges zum Thema: Günter Ammons Theorie und Praxis zu Gesundung und Heilung am 5. Mai 2001.

Seminar of the Indian WADP-Branch with the theme: „Gunter Ammon's Theory and Practice of Health & Healing“ on May 5, 2001.

Wir drucken im folgenden den Brief von Prof. Jai B.P. Sinha (Patna) ab:

Assert Institute of Management Studies (AIMS)
P.O.Box 50, G.P.O., Patna 800 001
143-D, S. K. Puri, Patna 800 001, India
Ph. & Fax: 91-612-223942

May 14, 2001

Mrs. Maria Ammon, Dipl.-Psych.
Secretary-General
World Association For Dynamic Psychiatry
Kantstraße 120/121
D-10625 Berlin, Germany

My Dear Friend Mrs. Ammon,

I am very happy to know that the Congress was a grand success. The three delegates from the Indian Branch of WADP (Dr. *Jyoti Verma*, Dr. *Sudha R. Sinha*, and Dr. *R.B.N. Sinha*) have been very much impressed and energized by the warmth, friendliness, and cooperation among the delegates of the Congress as well as the hospitality that they received from their hosts. We held a meeting in which they described the main activities of the Congress. The members of the Indian Branch of WADP also felt a strong need to activate the Indian Branch by initiating a series of activities...

The Members of the Indian branch felt that we shall take initiative and energize other National branches by setting examples and throwing ideas.

We have planned three sets of activities. First, to make the psychologists, psychiatrists and psychotherapists of Patna, Ranchi, and Muzafferpur (and later on in other cities of India) aware of the relevance of Dr. *Gunter Ammon's* theory of Dynamic Psychiatry by holding a number of seminars and workshops. Second, we shall write articles in journals and newspapers to publicize the theory and practices of Dynamic Psychiatry. Eventually, we want to start **The Ammon's Centre For Health & Healing** in ASSERT itself.

As a part of our first set of activities, we organized a seminar on GUNTER AMMON'S THEORY & PRACTICES OF HEALTH & HEALING on May 5, 2001. We advertised the seminar in both leading English newspapers: Hindustan Times (HT) and The Times of India (TOI). We invited all leading psychiatrists and psychotherapists of Patna, along with ASSERT's members (see the pictures). I delivered the keynote address. The participants discussed and highlighted that the Dynamic Psychiatry holds a great deal of promise for healing patients and promoting mental health; particularly because the pluralistic and integrative culture of India is highly conducive to the ideas of Dr. *Gunter Ammon*. We have agreed to prepare and share cases of treatment using the principles and techniques of Dynamic Psychiatry. We hope to bring them to the next congress.

We are planning more such seminars in Patna and other places. We need a poster size picture of you and Gunter for displaying during the seminars and workshops. Our members feel that in our culture, the persons who propounded the theory of Dynamic Psychiatry and the person (that is, you) who carries this mission must be presented in the seminars. I, for example, highlighted the fact that the theory of Dynamic Psychiatry and the personality of our dear friend Gunter was so integrated that you can learn about the theory from HIM and about Him from his theory. Is it possible to get such a poster size picture of both of you together by an airmail?

As I stated above, our ultimate aim is to establish a clinic in Gunter's name. This requires that one or two members of the Indian Branch get a thorough and rigorous training in the Munich Clinic. They will have to learn German and techniques of healing through group dynamics and other forms of therapies. Please advise how should we proceed about it? Can WADP or DAP arrange such a training? The persons so trained will commit their career for the Gunter's Clinic.

Jai B.P. Sinha, Ph.D.

Professor of Psychology & Management
Vice President, WADP &
President of Indian Branch of WADP

Psychiatrists' stress on Ammon's method
HTLIVE Correspondent Patna, May 5, 2001

GROWING CASES of psychiatric diseases and mental disorders now require a fresh line of treatment and Gunter Ammon's theory of Dynamic Psychiatry could prove much helpful in this regard.

A host of psychiatrists and psychologists assembled at a seminar on „Gunter Ammon's Theory and practices of Health and Healing“ organised by the Assert Institute of Management Studies on Saturday agreed to the view that the new approach of treatment recommended by Ammon, the German psychotherapist has better impact on mental health.

In his keynote address, Prof. J.B.P. Sinha, a renowned social psychologist said Ammon believed that the culture itself is therapeutic and in case of psychiatric diseases it must be taken into consideration.

He said Ammon, the founder of the World Association of Dynamic Psychiatry, was greatly impressed by Indian culture and believed that the soul of dynamic psychiatry laid in the plurality and integrative outlook of the Indian society.

Prof. Sinha stated Ammon emphasised the importance of ego structure both in patient and the doctor and believed this factor largely determined the process of healing and recovery.

Dr. Suman Kumar Singh, a psychologist of Magadh University, lamented that Ammon's theory despite having all the merits could not find enough support in India.

He stressed the need for developing a mental hospital with latest tools and techniques in the State Capital. Dr. Bakshi K.R.P. Sinha, Dr. S.K. Sinha, Dr. M. K. Mishra, all psychiatrists, Dr. Seema, director „Disha“, Dr. B. K. Verma, Dr. Shukh Sagar Kumar and Ms Sarita Siwangi also expressed their views at the seminar.

20 Jahre La Casa - Festveranstaltung am 30. Juni 2001

Bei strahlendem Sommerwetter hatten die Bewohner ein Fest zum 20jährigen Bestehen der Wohngemeinschaft La Casa und der Wohngemeinschaften des "Trägervereins für Freie und Therapeutische Wohngemeinschaften" arrangiert. Rund 100 Gäste waren der Einladung gefolgt und feierten mit dem Vorstand in fröhlicher Atmosphäre die Erinnerung an diese lange Geschichte. *Herbert Fischer*, der gruppenspezifische Leiter ging nach der Begrüßung der Gäste und dem Dank an die Bewohner für die sorgfältige und liebevolle Vorbereitung des Festes darauf ein, dass es nicht selbstverständlich sei, dass so eine Einrichtung die Zeiten so lange überdauert. Er betonte dabei den Stellenwert der ehrenamtlichen Mitarbeiter, die so eine Einrichtung stützen und tragen und die in Treue

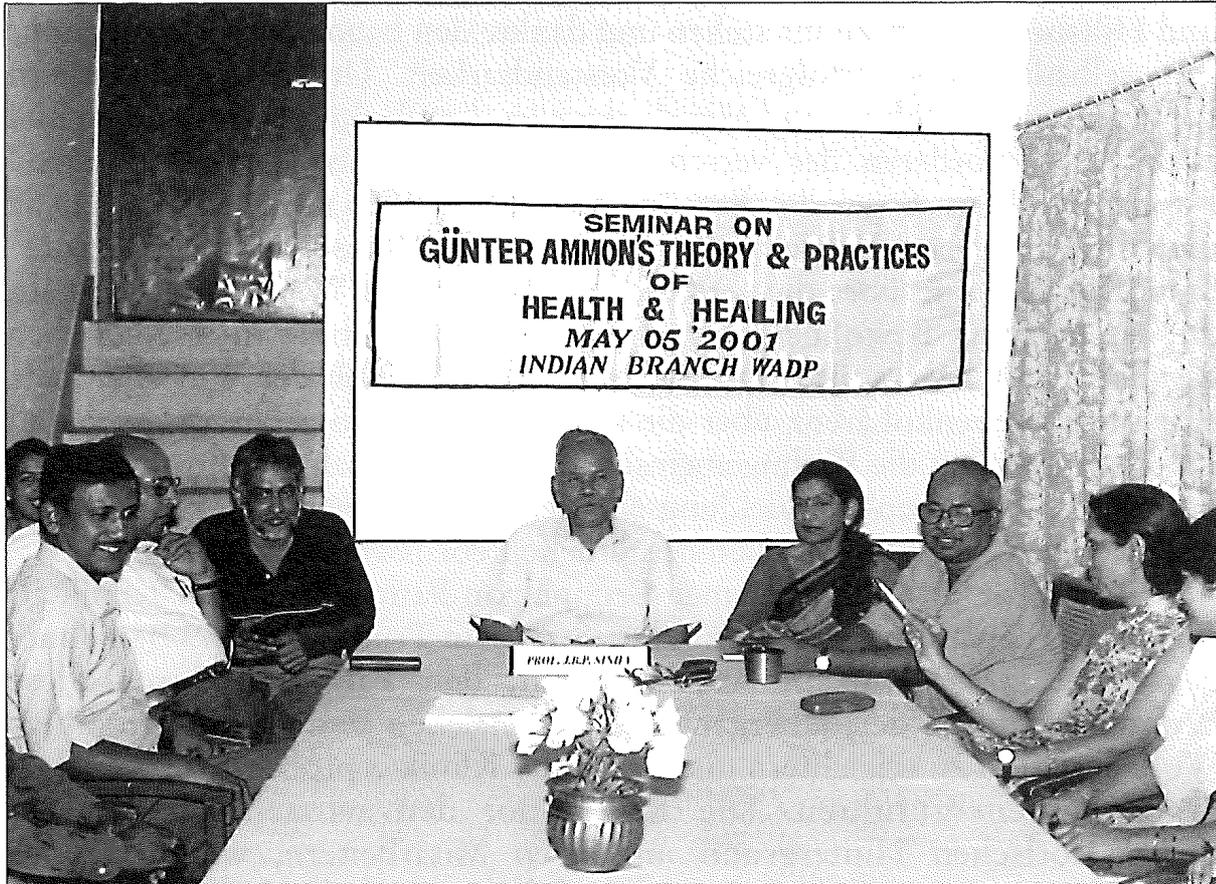


Abb. 1 und 2: Professor Jai B. P. Sinha vom Assert Institute of Management Studies in Patna (Indien) zusammen mit seinen Mitarbeitern beim Seminar „Günter Ammon's Theory and Practices of Health and Healing, am 5. Mai 2001



und Hilfsbereitschaft zu ihr stehen und dankte den handelnden Personen für ihre selbstlose und erfolgreiche Vorstandsarbeit. Unter den Besuchern befanden sich Bewohner und Mitarbeiter aller drei Wohngemeinschaften und auch die Altvorderen der verschiedenen Generationen des gemeinsamen Zusammenlebens. Sogar der Begründer der ersten Casa-Generation war da und es fand ein reger Erfahrungs- und Gedankenaustausch über das "Heute" und "Damals" und über die verschiedenen Wege und Weggabelungen statt, die die früheren Bewohner nach diesem Zwischenschritt in ihrem Leben gegangen sind. Man spürte dabei die innere Kontinuität der WG und auch, dass die Gruppenkohärenz über die lange Zeit erhalten geblieben ist. Rund 120 Bewohner hat die Wohngemeinschaft in zwanzig Jahren ihres Bestehens beherbergt, hat ihnen Entwicklungschancen und Lebensfreude geboten und viele Ehemalige sind inzwischen beachtliche Lebenswege gegangen.

1981 wurde La Casa von einer Gruppe von Patienten aus der Klinik als sog. Halbweghaus in der Von-Erckert-Strasse in Trudering für 9 Bewohner gegründet. Das Konzept war zunächst, den Patienten durch diese Wohnmöglichkeit den Übergang ins Arbeitsleben und in die endgültige Wohnsituation zu erleichtern und das in der Klinik erprobte Gruppenleben draußen weiterzuführen. Die Klinik bot den wirtschaftlichen und organisatorischen Hintergrund mit ihren Mitarbeitern, was allerdings wegen der Homogenität der Gruppe und der emotionalen Nähe zur Klinik die Versuchung förderte, immer wieder in Situationen einzutauchen, die eine stationäre Wiederaufnahme als einzigen Fluchtweg erscheinen ließen, obwohl ein ausreichendes ambulantes Therapienetz vorhanden war. Die Hilfe von Klinik und ambulanten Gruppen war jedoch so tragend, dass nur



Abb. 1: Bei der Eröffnung der Festveranstaltung: V.l.n.r.: Dr. Dorothee Doldinger, Dipl.-Psych. Maria Rettenberger, Dr. Gertraud Reitz, Trägervereins-Vorsitzende, und Dr. Rolf Schmidts, Chefarzt der Klinik Menterschwaige

ein einziger Patient wieder stationär aufgenommen werden musste. Die Übernahme der gruppenspezifischen Leitung durch eine Mitarbeiterin des Instituts brachte mehr Abstand zur Klinik und es entstand die Idee, ambulante Patienten, die zwar realitätstüchtig, aber trotz Therapie vereinsamt lebten, mit aufzunehmen. Diese Wende führte zu gegenseitigem Austausch und lebendiger Dynamik und war in Verbindung mit milieutherapeutischer Arbeit eine lange Zeit Merkmal der Casagruppe. Das große Interesse an La Casa initiierte die Gründung weiterer Wohngemeinschaften:

Im Mai 1982 entstand die WG an der Mozartstrasse, deren Stärke das Gruppenleben und eine kreative Raumgestaltung war.

Im Januar 1983 entstand die WG in der Weinbauernstrasse, eine sog. freie WG, die ab 1985 in eine Hausgemeinschaft mit eigener Verwaltung umgewandelt wurde.

Im Juni 1983 wurde der Trägerverein gegründet, um die Arbeit in den WGs zu koordinieren und den wirtschaftlichen Rahmen abzustecken und zu gewährleisten.

Einen Höhepunkt bildet das Jahr 1983 mit Kongressvorträgen und Filmen über die drei WGs die in München und Berlin auf großes Interesse stießen und die sich auf das gruppenspezifische Netzwerk und die Frage „Was macht eine Gruppe zur Gruppe“ zentrierten.

1984 entstand in Berlin eine WG, die an das LFI angegliedert wurde.

Im Mai 1984 erfolgte der Umzug der La Casa in das Doppelhaus an der Leschkircherstraße mit 16 Plätzen. Frau *Petra Hieber*, besonders erfahren in gruppenspezifischer Arbeit, übernahm die Leitung und hatte sie bis 1996 inne.



Abb. 2: Die Wohngemeinschaftsgruppe stellt sich vor und begrüßt ihre Gäste. In der Mitte Sascha Berger bei der Begrüßungsrede

Im Jahre 1988 wurde die erste betreute WG in der Hamburger Straße mit festen Mitarbeitern gegründet, wodurch eine Entlastung der La Casa eintrat. Gleichzeitig erfolgte die Übergabe der Betreuung der La Casa an den Trägerverein. Die Folge waren eine weitgehende Selbstverwaltung, ein eigener Schatzmeister sowie die Mitwirkung bei der Aufnahme neuer Bewohner. Seither finden monatliche Vorstandssitzungen mit Mitarbeitern und gewählten Beiräten aus den WG-Gruppen statt.

1994 entstand eine WG in Germering mit sechs Plätzen und gemeinsamer Gruppensitzung mit La Casa. Diese WG wurde aber bereits 1998 wieder aufgelöst, da die Selbstverwaltung der Gruppe noch nicht möglich war. Die Bewohner zogen teils in die La Casa, teils in die 1995 gegründete zweite betreute WG in Grünwald mit 21 Plätzen.

Rückblickend lässt sich feststellen, dass immer 3 WGs parallel bestanden, die WG La Casa permanent seit nunmehr 20 Jahren. Sie änderte ihre Struktur vom Halbweghaus der Klinik zu einer freien, d.h. gruppenspezifisch betreuten und wirtschaftlich durch den Trägerverein supervidierten WG. Die Räume sind vom Trägerverein angemietet, die Bewohner haben ein therapeutisches Setting und eine tragende Tagesstruktur.

Als freie WG mit übergeordneter Trägerschaft unterscheidet sich La Casa deutlich von den anderen beiden Wohngemeinschaften mit hauptamtlicher Betreuung.

Die Wohngemeinschaften – und vor allem die La Casa – sind heute ein wichtiger und fester Bestandteil im Behandlungsspektrum der dynamischen Psychiatrie mit unterschiedlicher Gruppenkultur und -dynamik, was insbesondere in Zeiten enger werdender Ressourcen im stationären Bereich eine starke Herausforderung an alle dort Handelnden bedeutet. Sie bieten darüber hinaus sowohl für gruppenspezifische wie auch therapeutische Ausbildungskandidaten hervorragende Ausbildungsmöglichkeiten und wecken immer wieder großes Interesse bei unseren Freunden im Ausland, die auch immer wieder gerne als Gäste dort gesehen werden.

So haben wir gemeinsam 20 Jahre durchschritten und freuen uns, dass wir dieses Fest mit Freunden, Gästen und Mitarbeitern feiern konnten.

Dr. Gertraud Reitz
1. Vorsitzende des Trägervereins

Ankündigungen / Announcements

116. Gruppendynamische Selbsterfahrung in Paestum /Südtalien

Leitung: Dipl. Psych. Maria Ammon (Berlin/München)
 Titel: Androgynität und Kreativität
 Ort: Paestum / Südtalien
 Datum: 20. – 30. August 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

9. Westfälische Psychotherapiewoche Hattingen/Ruhr

Leitung: Dr. med. Bernd van Husen, St. Josefs-Hospital Bochum-
 Linden, Institut für Interdisziplinäre Psychosomatik
 Thema: Das Menschenbild im Wandel der Zeit
 Ort: Hattingen/Ruhr
 Datum: 29. September 2001 – 5. Oktober 2001
 Information: Dr. med. Bernd van Husen, Ärztlicher Direktor des
 St.-Josefs-Hospitals Bochum-Linden, Institut für
 Interdisziplinäre Psychosomatik, Axstr. 33a,
 D-44970 Bochum,
 Tel: +49 – 234 – 418 360; Fax: +49 – 234 – 418 624;
 e-mail: EWilde@Bochum.Helios-Kliniken.de

International Scientific Conference on „The Problems of Deviant Behaviour of Young People in the Contemporary Society“

Organization: Ministry of Public Health of Russia, Bekhterev Association
 of Psychiatrists of St. Petersburg, St. Petersburg
 V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute
 Location: St. Petersburg, Rußland
 Date: 16. – 17. October 2001
 Information: Bekhterev Institute, St. Petersburg, 2 Bekhterev Street,
 St. Petersburg, 193019, Russia.
 Tel: +7 – 812 – 567-71-28 bzw. +7 – 812 – 265 – 20 – 80;
 Fax: +7 – 812 – 567 – 71 – 27/28;
 e-mail: spbinstb@infopro.spb.su

117. Gruppendynamische Selbsterfahrung in Paestum /Südtalien

Leitung: Dipl. Psych. Maria Ammon (Berlin/München)
 Ort: Paestum / Südtalien
 Datum: 22. Dezember 2001 – 1. Januar 2002
 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

2nd International Conference on Ethics Education in Medical Schools
Organization: Internatinal Center for Health, Law and Ethics, University
of Haifa, School of Law

Location: Eilat, Israel, Hilton Queen of Sheba Hotel
 Date: February 3-7, 2002
 Information: ISAS International Seminars, P.O. Box 574, Jerusalem 91004,
 Israel,
 Tel.: +972 – 2 – 6520574; Fax: +972 – 6520558;
 e-mail: meeting@isas.co.il

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 Infor-

mationsreferentin 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)

Abonnenenabteilung/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 Schreibmaschinenseiten nicht überschreiten soll. Das Manuskript soll eine Zusammenfassung von mindestens zwei doppelzeiligen Schreibmaschinenseiten in Deutsch oder Englisch enthalten. Die Literaturangaben müssen jenen in diesem Heft entsprechen. Arbeiten können nur ohne Zahlung von Honorar zur Veröffentlichung entgegengenommen werden. Bilder und graphische Darstellungen können nur auf Kosten des Autors mitgedruckt werden. Der Autor erhält kostenlos 5 Beleghefte.

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

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

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

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

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

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

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