

Dynamische Psychiatrie

Begründet
von
Günter Ammon

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse

35. Jahrgang
5.-6. Heft 2002
ISSN 0012-740 X

Dynamic Psychiatry

Heft 196/197

Aus dem Inhalt:

RAYMOND BATTEGAY

Freud und seine – ambivalente – Beziehung zum Judentum, sowie seine Einstellung zu den Religionen im Allgemeinen

MARIA AMMON

Identität und transgenerationale Gruppendynamik

N. NEZNANOV, E. ROMANOV

Die Optimierung der Psychotherapie bei Patienten mit arterieller Hypotonie durch experimentell-psychologische Untersuchungen

ANETA WÓJCIK, ANDRZEJ KOKOSZKA, JANUSZ PALCZYNSKI

Defense Mechanisms in Neuroses and Personality Disorders

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

35. Jahrgang, 5./6. Heft 2002, Nr. 196/197

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 – K.-S. YIP, Hong Kong

Inhalt/Contents

Raymond Battegay

Freud und seine – ambivalente – Beziehung zum Judentum, sowie seine
Einstellung zu den Religionen im Allgemeinen 625

Maria Ammon

Identität und transgenerationale Gruppendynamik 643

N. Neznanov, E. Romanov

Die Optimierung der Psychotherapie bei Patienten mit arterieller Hypotonie durch
experimentell-psychologische Untersuchungen 658

Aneta Wójcik, Andrzej Kokoszka, Janusz Palczynski

Defense Mechanisms in Neuroses and Personality Disorders..... 676

Buchbesprechungen 684

Nachrichten/News..... 688

Ankündigungen/Announcements 695

Index 2001 I

Freud und seine – ambivalente – Beziehung zum Judentum, sowie seine Einstellung zu den Religionen im Allgemeinen

Raymond Battegay (Schweiz)*

Trotz Freuds bewusstem Festhalten am Judentum identifizierte er sich, speziell in seinen jungen Jahren, unbewusst, zumindest zum Teil, mit der christlichen Umwelt. Er hat sogar selbst bemerkt, dass er in seiner Jugend eine Zeit durchlebt habe, in der er ein deutscher Nationalist gewesen sei. Freud war später indes aktives Mitglied der – jüdischen – B'nai-Brith-Loge »Wien« und hielt darin wiederholt vielbeachtete Vorträge, allerdings vorwiegend zu psychoanalytischen Themen. Gleichwohl hat er noch in seinen letzten Lebensjahren eine ambivalente Einstellung dem Judentum gegenüber bewiesen. Er versuchte einerseits, mit historisch und ethymologisch zweifelhaften Annahmen zu untermauern, dass Moses ein Ägypter gewesen und die jüdische Religion von seinem König Ikhnaton übernommen worden sei. Andererseits scheint er dem Judentum eine eigenständige abstrakte Gottes-Erkenntnis und eine spezifische Geistigkeit und Intelligenz zugebilligt zu haben.

Freud sah sich als aufgeklärter Wissenschaftler, der nur das als wahr anzunehmen vermochte, was wissenschaftlich beweisbar ist. Er hat sich in seinem Briefwechsel mit Pfarrer Oscar Pfister aus Zürich als gottloser Jude bezeichnet. Pfister hat demgegenüber Freud immer wieder bezeugt, dass er mit seinem Werk dem gleichen Lebenszweck diene wie er, und handle, »als ob« es einen Lebens- und Weltsinn gäbe.

In der Vorrede zur hebräischen Ausgabe von »Totem und Tabu« vom Dezember 1930 (FREUD, 1948) ist wohl zusammengefasst, was man zu FREUDS Stellung im und Stellungnahme zum Judentum zu sagen vermag:

»Keiner der Leser dieses Buches wird sich so leicht in die Gefühlslage des Autors versetzen können, der die heilige Sprache nicht versteht, der väterlichen Religion – wie jeder anderen – völlig entfremdet ist, an nationalistischen Idealen nicht teilnehmen kann und doch die Zugehörigkeit zu seinem Volk nie verleugnet hat, seine Eigenart als jüdisch empfindet und sie nicht anders wünscht. Fragte man ihn: Was ist an dir noch jüdisch, wenn du alle diese Gemeinsamkeiten mit deinen Volksgenossen aufgegeben hast, so würde er antworten: Noch sehr viel, wahrscheinlich die Hauptsache. Aber dieses Wesentliche könnte er gegenwärtig nicht in klare Worte fassen. Es wird sicherlich später einmal wissenschaftlicher Einsicht zugänglich sein.

Für einen solchen Autoren ist es also ein Erlebnis ganz besonderer Art, wenn sein Buch in die hebräische Sprache übertragen und Lesern in die Hand gegeben wird, denen dieses historische Idiom eine lebende »Zunge« bedeutet. Ein Buch überdies, das den Ursprung von Religion und Sittlichkeit behandelt, aber keinen jüdischen Standpunkt kennt, keine Einschränkung zugunsten des Judentums macht. Aber der Autor hofft, sich mit seinen Lesern in der Überzeugung zu treffen, dass die voraussetzungslose Wissenschaft dem Geist des neuen Judentums nicht fremd bleiben kann.«

Dieses Vorwort konfrontiert den Leser in prägnanter Weise nicht nur mit FREUDs Beziehung zum Judentum, sondern mit der Einstellung zahlreicher Juden im Europa des ausgehenden 19. und des beginnenden 20. Jahrhunderts.

Trotz FREUDs bewusstem Festhalten am Judentum identifizierte er sich, speziell im jungen Erwachsenenalter, zumindest unbewusst, mit seiner nicht-jüdischen Umgebung beziehungsweise mit dem – antisemitischen – Feind. FREUD selbst stand dazu, dass er in seiner Jugend eine Episode durchlief, in der er sich als deutscher Nationalist fühlte und verhielt (CHEMOUNI, 1988). Er war dementsprechend als junger Mann Mitglied des »Lesevereins der deutschen Studenten Wiens«, der einer um SCHOPENHAUER, NIETZSCHE und WAGNER zentrierten dionysischen und antiliberalen Ideologie verpflichtet war. Die Zugehörigkeit zu diesem Verein beeinflusste FREUD. Die Mitglieder dieses »Lesevereins« fühlten sich angezogen durch den deutschen nationalistischen Geist. FREUD bildete damals dazu keine Ausnahme. Einige Mitglieder hegten durchaus antisemitische Ideen, auch Prof. THEODOR BILLROTH, der bedeutende Chirurg, der von 1859 an in Zürich und seit 1867 in Wien wirkte und in seiner 1875 in Wien erschienenen Schrift »Über das Lehren und Lernen der medizinischen Wissenschaften an den Universitäten der deutschen Nation nebst allgemeinen Bemerkungen über Universitäten« unter anderem festhielt, dass keine Aussicht bestehe, noch wünschbar wäre, dass die Juden deutsche Nationalisten würden oder sich an Kämpfen beteiligten wie es die Deutschen tun würden (CHEMOUNI, 1988). Diese Aussage entspricht in keiner Weise der damaligen sozialen Wirklichkeit, denn die Mehrzahl der deutschen und österreichischen Juden des 19. und beginnenden 20. Jahrhunderts haben sich nichts sehnlicher gewünscht, als die Assimilation, und sie repräsentierten einerseits als Dichter und Komponisten und andererseits in den Heeren als treue Soldaten und Offiziere im besten Sinne die deutsche und österreichische Kultur.

Wir können FREUD nicht an unseren heutigen Werten beurteilen, nachdem Israel nach den Vorstellungen des Mit-Wieners THEODOR HERZL nun vor Jahren gegründet wurde und den Juden ein gewisses Selbstwertgefühl verschaffte, das meist selbst in der heutigen Zeit der dortigen Polarisierungen anhält. Die Juden Mitteleuropas der zweiten Hälfte des 19. und beginnenden 20. Jahrhunderts wollten nach ihrer Emanzipation in ihrer intellektuellen und sozialen Entwicklung nicht behindert werden. Sie neigten entsprechend dazu, selbst wenn sie sich ihrer jüdischen Werte bewusst waren, sich mit der deutschen beziehungsweise deutschsprachigen Kultur zu identifizieren oder sogar zu überidentifizieren. Die antisemitischen Tendenzen in Deutschland und Österreich wurden von den Juden dieser Länder bis zur Nazizeit weitgehend aus ihrer Wahrnehmung ausgeblendet. FREUD bildete hierzu keine Ausnahme, und so kam es, dass er die Entwicklung in Österreich mit allen ihren Konsequenzen für die Juden nicht klar voraussah und Wien mit seiner Familie erst am 4. Juni 1938 verließ, nachdem seine Tochter Anna bereits am 22. März desselben Jahres durch die Gestapo zu einem Verhör verhaftet worden und nur wegen ihrer Beherrschtheit und dem Wirken von einflussreichen Freunden wieder entlassen worden war.

SIGMUND FREUD stand der jüdischen, wie allen anderen Religionen, kritisch gegenüber. Er sah sich als Naturforscher, der auch die psychologischen Gegebenheiten und Gesetzmäßigkeiten naturwissenschaftlich zu verstehen versuchte. Wie PETER SEIDMANN (1968) festhält, unterzog sich »der geistsprühende, dichterisch phantasiebewegte, sprachschöpferische und verständnismächtige Forscher und Denker FREUD...« um des Dienstes an der Wissenschaft willen der harten Rationalität einer Fachlogik, deren grausame Strenge er auch gegen sich selbst anwendete.

In dem publizierten Briefwechsel mit Pfarrer OSKAR PFISTER (1963), der von 1902 bis 1939 in der Kirchgemeinde Predigern in Zürich wirkte und sich als Vertreter eines freien Christentums verstand, dem aller Dogmenzwang fremd war, findet sich ein Schreiben FREUDs an PFISTER vom 9. Oktober 1918, in dem er unter anderem das Folgende bemerkt (S. 64): »Um die Möglichkeit der Sublimierung (des Sexualtriebes; *Anmerkung des Verfassers*) zur Religion kann ich Sie therapeutisch nur beneiden. Aber das Schöne der Religion gehört gewiss nicht zur Psychoanalyse. Es ist natürlich, dass sich hier in der Therapie unsere Wege scheiden, und kann so bleiben. Ganz nebenbei, warum hat keiner von all den Frommen die Psychoanalyse geschaffen, warum musste man da auf einen ganz gottlosen Juden warten?«

FREUD betonte während seines ganzen Lebens, dass er nichts mit der jüdischen Religion beginnen könne, wie er das auch nicht mit anderen Religionen zu tun vermöge. Allerdings beschäftigte ihn, besonders in den letzten Jahren seines Lebens, die Figur des Moses, wobei er ihn aber als einen Ägypter betrachtete, der »den Juden geschaffen« habe (GAY, 1987). Im zweiten Teil seines Werkes »Der Mann Moses und die monotheistische Religion« betont FREUD unter anderem: »Die große religiöse Idee, die der Mann Moses vertrat, war nach unseren Ausführungen nicht sein Eigentum; er hatte sie von seinem König Ikhnaton übernommen. Und dieser, dessen Größe als Religionsstifter unzweideutig bezeugt ist, folgte vielleicht Anregungen, die durch Vermittlung seiner Mutter oder auf anderen Wegen – aus dem näheren oder fernerer Asien – zu ihm gelangt waren.« (S. 218) Der Begründer der Psychoanalyse traute den damaligen Juden nicht zu, eine so hoch vergeistigte Religion zu ertragen, wie sie Moses entworfen hatte. FREUD stellte entsprechend die Theorie auf, dass die Juden den echten Moses ermordet hätten. Der Gott, den die Juden nach dem Auszug aus Ägypten angenommen hätten, sei »sicherlich ein Vulkangott« (S. 133) gewesen, der streng und unerbittlich gewesen sei. Im Verlaufe der Jahrhunderte hätten schließlich die Juden die Lehren eines anderen Moses angenommen, die in einem erhabenen Monotheismus mit hohen moralischen Vorstellungen bestanden hätten. FREUD sagt in diesem Zusammenhang: »Unzweifelhaft war es ein gewaltiges Vatern Vorbild, das sich in der Person des Moses zu den armen jüdischen Fronarbeitern herabließ, um ihnen zu versichern, dass sie seine lieben Kinder seien. Und nicht minder überwältigend muss die Vorstellung eines einzigen, ewigen, allmächtigen Gottes auf sie gewirkt haben, dem sie nicht zu gering waren, um einen Bund mit ihnen zu schließen, und der für sie zu sorgen versprach, wenn sie seiner Verehrung treu blieben. Wahrscheinlich wurde es ihnen nicht leicht, das Bild des Mannes Moses von dem seines Gottes zu scheiden, und sie ahnten recht darin, denn Moses mag Züge seiner eigenen Person in den Charakter seines Gottes eingetragen haben wie Zornmütigkeit und Unerbittlichkeit. Und wenn sie dann einmal diesen ihren großen Mann erschlugen, so wiederholten sie nur eine Untat, die sich in Urzeiten als Gesetz gegen den göttlichen König gerichtet hatte und die, wie wir wissen, auf ein noch älteres Vorbild zurückging.« (S. 217)

Der – zumindest symbolische – Vaternmord ist ein Thema, das FREUD stets beschäftigte. Er sah ihn als Voraussetzung der persönlichen und kollektiven Erlangung einer unabhängigen Reife an. In seinem Werk »Totem und Tabu«

(1913) postulierte er ein sehr ähnliches Verbrechen als Grundlage der menschlichen Kultur. Sich auf DARWIN stützend nahm FREUD als Initialzustand der Menschheit eine Urhorde an, in der ein gewalttätiger, eifersüchtiger Vater, der alle Frauen für sich behalte, die heranwachsenden Söhne vertreibe. FREUD wusste indes darum, dass dieser angenommene Urzustand der Menschheit nicht beweisbar ist. Diese Vermutung wird denn auch von den gegenwärtigen Forschern verworfen. FREUD bemerkt in der genannten Schrift »Totem und Tabu«, unter Zufügung von Fußnoten, in denen er weitere Autoren zitiert, hierzu unter Anderem Folgendes : »... Eines Tages taten sich die ausgetriebenen Brüder zusammen, erschlugen und verzehrten den Vater und machten so der Vaterhorde ein Ende...«. (S. 171)

Die Annahmen FREUDS bezüglich des Moses wie auch der Urhorde gründen wohl eher in seiner Beziehung zu seinem Vater Jacob als in der objektiven Berücksichtigung historischer Gegebenheiten.

FREUD wurde am 6. Mai 1856 als Sohn des JACOB FREUD im mährischen Städtchen Freiberg geboren. Dessen Frau AMALIA NATHANSON, die er 1855 in dritter Ehe heiratete, war zwanzig Jahre jünger als er und nur ein Jahr älter als einer seiner beiden Söhne aus erster Ehe. Die Namen, die sich in der Familienbibel für SIGMUND FREUD finden, sind: »SIGISMUND SCHLOMO«. Den Namen SCHLOMO, den sein Großvater väterlicherseits trug, verwendete er nie, und SIGISMUND wandelte er bereits in der Schulzeit, definitiv aber mit Beginn seiner Studentenzeit, in SIGMUND um.

Seinem Vater JACOB gegenüber hatte FREUD immer zwiespältige Gefühle. In seinem Werk »Die Traumdeutung« (1900, S. 201–203) – berichtet er über ein Jugenderlebnis, das in vielen seiner späteren Empfindungen und Träume nachhaltig wirkte: Im Alter von zehn oder zwölf Jahren habe sein Vater begonnen, ihn auf seine Spaziergänge mitzunehmen und ihm in Gesprächen seine Ansichten über die Probleme dieser Welt zu eröffnen. Dabei habe er ihm folgende Begebenheit erzählt: »Als ich ein junger Mensch war, bin ich in deinem Geburtsort am Samstag in der Straße spazieren gegangen, schön gekleidet, mit einer neuen Pelzmütze auf dem Kopf. Da kommt ein Christ daher, haut mir mit einem Schlag die Mütze in den Kot und ruft dabei 'Jud, herunter vom Trottoir!' »Und was hast Du getan?« Ich bin auf den Fahrweg gegangen und habe die Mütze aufgehoben, war die gelassene Antwort. Das schien mir nicht heldenhaft von dem großen starken Mann, der mich Kleinen an der Hand führte. Ich stellte dieser Situation, die mich nicht befriedigte, eine andere gegenüber, die meinem Empfinden besser entsprach, die Szene, in

welcher Hannibals Vater, Hamilkar Barkas, seinen Knaben vor dem Hausaltar schwören lässt, an den Römern Rache zu nehmen. Seitdem hatte HANNIBAL einen Platz in meinen Phantasien.«

FREUD schämte sich offenbar ob des Verhaltens seines Vaters, den er zuvor doch irgendwie geachtet hatte, und ersetzte ihn – in einer Art Vaternord – durch Hannibals Vater und identifizierte sich mit Hannibal.

Mit dem Gebaren seines Vaters hatte dieser eigentlich unbewusst kund gegeben, dass er sich mit dem Feind identifizierte. Der junge SIGMUND konnte sich mit dieser Einstellung des Vaters nicht anfreunden und war damals darauf aus, als Jude seinen männlichen Stolz zu bewahren. Wie ich bereits dargelegt habe, hat sich aber SIGMUND FREUD, vor allem in seinen Studenten Jahren, mehr mit den ihn umgebenden, auf ihr Deutschtum pochenden Studenten identifiziert als mit seinem Judesein. Es ist in diesem Zusammenhang interessant, SIGMUND FREUD, den Begründer der Psychoanalyse, mit THEODOR HERZL, dem Begründer des modernen politischen Zionismus, zu vergleichen wie das der bereits erwähnte Autor CHEMOUNI in seinem 1988 erschienenen Buch unternommen hat. Beide haben ungefähr zur gleichen Zeit ihre Bücher, die eine neue Epoche einleiteten, publiziert, FREUD (1900) sein Werk »Die Traumdeutung« und HERZL (1896) sein Buch »Der Judenstaat«. Wie ich in einer von mir erbetenen Besprechung des Chemounischen Buches für das Journal of the American Psychoanalytic Association festgestellt habe (BATTEGAY: 1993), waren beide Repräsentanten der von DAVID RIESMAN (1950) in seinem Buch »The Lonely Crowd« (1950) beschriebenen innengeleiteten Gesellschaft, in welcher die Maßgeblichen, beeinflusst durch die Ideen der französischen Revolution, dachten, dass alles, was sich in ihrer Phantasie entwickelte, sich in der äußeren, sozialen Wirklichkeit realisieren lasse. FREUD (1933) sagte: »Wo Es war, soll Ich werden«, und er meinte damit, dass alles, was den Menschen triebhaft – unbewusst – bewege, durch die Psychoanalyse bewusst gemacht und folglich dem Ich ergänzend zugeführt werden könne. HERZL (1896) formulierte in Bezug auf den von ihm in seiner Phantasie entworfenen »Judenstaat«: »... und wenn Ihr wollt, ist es kein Traum«. Es war die Zeit der Dreyfus-Affäre und der Einschätzung, dass eine totale Emanzipation und Assimilation der Juden an die Umgebung nicht möglich sei und deshalb nach einer neuen Lösung der Judenfrage gesucht werden müsse. FREUD, der große, dialektische Denker, und HERZL, der Visionär, zeigten zwei Wege der Befreiung auf, der erstere des Menschen ganz allgemein, der zweite des jüdischen Volkes. Ich bin aber nicht damit einver-

standen, wenn CHEMOUNI sagt: »FREUD und HERZL waren große Träumer. In ihrem Sinne träumten sie über das Gleiche, das gelobte Land.« FREUD hatte doch eine auf die ganze Menschheit ausgerichtete Orientierung und zielte auf die innere Befreiung des Menschen, wo auch immer er lebe. HERZL demgegenüber, der die Dreyfus-Affäre in Paris miterlebte, hatte akut wahrgenommen, wie die Juden immer und überall in Europa als Objekte der projektiven Identifikation der Anderen litten, das heißt der Projektion der Aggressivität der sie Umgebenden auf sie, sowie der nachfolgenden Bekämpfung ihrer vermeintlichen Bösartigkeit, die in Wirklichkeit die projizierte eigene der Verfolger war. Er wollte damit die Juden aus ihrer Sündenbockrolle heraus in das Land ihrer Väter führen, in welchem sie sich wieder frei fühlen und von Neuem ein gesundes Selbstvertrauen zu entwickeln könnten.

FREUD benötigte für die von ihm vorgesehene Befreiung kein Land. LEO GOLDHAMMER (1884–1949), ein in Rumänien geborener Schriftsteller und Journalist, der ab 1902 in Wien wirkte, einer der Hauptverantwortlichen der zionistischen Organisation in Österreich und Herausgeber der frühen zionistischen Zeitschriften »Die Stimme« und »Die Hoffnung«, war, wie es scheint, der Erste, der eine Verbindung zwischen dem Werk von FREUD und demjenigen von HERZL herstellte. Er berichtete darüber, dass FREUD in seinen Vorlesungen über folgenden Traum sprach (*zitiert nach CHEMOUNI, 1988, und frei aus dem Französischen übersetzt durch den Autor*): THEODOR HERZL sei ihm darin als majestätische Gestalt erschienen, die sich sehr angestrengt habe, die Notwendigkeit einer unverzüglichen Aktion zur Rettung des jüdischen Volkes zu erklären. Diese Worte hätten FREUD (im Traum) sehr berührt. Er habe in der Vorlesung präzisiert, dass er den Gründer des modernen politischen Zionismus vor diesem Traum nie gesehen gehabt habe. Nachher habe er im Traum HERZL an der Wahringerstrasse Wiens in einem Bus gesehen, der in die Richtung von Döbling gefahren sei. Er habe bemerkt, dass der HERZL seines Traumes und derjenige der sozialen Wirklichkeit einander glichen. In der Folge habe FREUD – im Traum – HERZLS Sohn zu erklären gehabt, dass sein Vater »von einer seltenen und gefährlichen Rasse sei, wie die Garibaldis, die Edisons, die Herels, die Lenins. Ich würde sie einfach als die beharrlichsten Opponenten meiner wissenschaftlichen Arbeiten bezeichnen. In meiner Arbeit versuche ich ohne Anmaßung die Träume zu vereinfachen und sie klarer und allgemein verständlicher werden zu lassen. Sie (die Opponenten) im Gegensatz dazu vermengen die Resultate, verdrehen sie, sie ordnen die Welt, während sie selbst auf der anderen Seite des psychischen Spiegels stehen. Sie bilden eine

spezialisierte Gruppe bei der Vergegenwärtigung der Träume. Ich beschäftige mich mit der Psychoanalyse, sie mit der Psychosynthese. Sie sind Diebe des unbewussten Weltuntergrunds ... Haltet Euch fern, junge Männer ... Haltet Euch fern, selbst wenn einer von ihnen Ihr Vater ist...vielleicht gerade aus diesem Grund.« CHEMOUNI interpretiert leider den Traum nicht. Auch von GOLDHAMMER wird nicht berichtet, dass er das getan hätte. Wenn ich nun versuche, diesen Traum zu deuten, so kann ich sagen, dass HERZL für FREUD einerseits ein Ich-Ideal darstellte, welches er als Jude zu respektieren versuchte. Andererseits erinnerte ihn der Begründer des modernen politischen Zionismus an dessen beabsichtigte Befreiung des jüdischen Volkes nicht nur in der Phantasie der Juden, sondern auch draußen in der sozialen Realität, während FREUD das Gewicht auf die innere Befreiung des Menschen schlechthin legte. Vielleicht hatte FREUD auch Angst vor den HERZLSchen Ideen, da er, wie manche damaligen Juden angenommen haben könnte, dass das zionistische Gedankengut den Antisemiten Argumente liefern könnte, die darauf abzielten, sie als Fremde zu betrachten. Es ist vielleicht kein Zufall, dass FREUD bis zu einem gewissen Grade die Gegebenheiten der äußeren Realität in Österreich vernachlässigte und Wien erst verließ, nachdem seine geliebte Tochter Anna von der Gestapo verhaftet und nicht ohne weiteres wieder aus der Haft entlassen worden war. Dabei war der Antisemitismus in Österreich schon vor dem Einmarsch der Deutschen sehr virulent. Wir dürfen annehmen, dass sich der Begründer der Psychoanalyse nicht nur aus Alters- und Gesundheitsgründen so lange nicht zur Auswanderung aus Österreich nach London entschließen konnte, sondern auch, weil er als ein Forscher, der seine Werke in deutscher Sprache verfasst und auch wesentliche Beiträge zum neuzeitlichen Schriftdeutsch geleistet hat, lange Zeit die antisemitische Realität seiner Umgebung nicht voll und ganz wahrnehmen wollte. Immerhin ist FREUD, den Ausführungen des in Brüssel wirkenden Psychiatrie-Professors WILLY SZAFRAN nach zu schließen, auf Betreiben des ersten Logenpräsidenten EDMUND KOHN am 23. September 1897 in die zwei Jahre vorher gegründete – jüdische – B'nai-B'rith-Loge »Wien« eingetreten. Seinen ersten Vortrag hielt er über die Traumdeutung am 7. Dezember 1897, und er erhielt dafür enthusiastischen Beifall (KNOEPFMACHER; 1979). FREUD hat noch zwölf weitere Vorträge in der Loge »Wien« und einen in der Loge »Mähren« in Brünn gehalten. Während der Dauer von zehn Jahren war er ein sehr aktives Logenmitglied. Er verlegte aber später seine ganze Energie auf die Weiterentwicklung der Psychoanalyse. Von 1923 an hinderte ihn seine Krank-

heit, ein fortschreitender Munddachkrebs, der immer wieder Operationen erforderte, am regelmäßigen Besuch der Sitzungen. Am 29. September 1937 feierte die Loge »Wien« die 40jährige Zugehörigkeit FREUDs. In seinem Buch »Jewish Origins of the Psychoanalytic Movement« erwähnt DENNIS B. KLEIN (1985), dass FREUD im B'nai B'rith vor der ihn umgebenden antisemitischen Ächtung Zuflucht gesucht habe. Im Jahre 1926 schrieb er unter anderem (vom Autor vom Englischen frei zurück übersetzt): »Ich fühlte mich als ein Geächteter, zurückgewiesen von jedermann«. Neun Jahre später fügte er im Hinblick auf B'nai B'rith hinzu: »Ich wurde einer von Euch, mich in Eurer Sympathie sonnend, als ich den Ort aussuchte, an dem ich beinahe ohne Fehl sicher war, Freunde zu finden, wenn ich von extremer Feindseligkeit umgeben war.« FREUD hat damit bekundet, dass er sich im Kreise von Juden, die an ihn und sein Werk glaubten, wohl fühlte. Doch wollte er zu Beginn der psychoanalytischen Bewegung unbedingt in C.G. JUNG einen treuen Gefolgsmann sehen, obschon KARL ABRAHAM diesen betreffend FREUD mehrfach gewarnt hatte (SIGMUND FREUD/KARL ABRAHAM, Briefe, 1907–1926; 1965). Er wollte mit JUNG einen Nicht-Juden im engeren psychoanalytischen Kreis haben, da er offenbar glaubte, dass bei ausschließlicher jüdischer Beteiligung die Zukunft der Psychoanalyse nicht gesichert sei. Bei KARL ABRAHAM, der an der Zürcher Psychiatrischen Klinik Burghölzli als Assistenzarzt wirkte, vermutete FREUD gegenüber C.G. JUNG in erster Linie Neid, während ABRAHAM JUNG doch von der gemeinsamen Tätigkeit in der Zürcher Klinik gut kannte und auch um dessen negativen Charakterzüge wusste. Erst 1913 erkannte FREUD, dass JUNG definitiv eigene Wege ging. In einem Brief vom 27. März 1913 schreibt er an ABRAHAM: »JUNG ist in Amerika aber nur für 5 Wochen, d.h., er muss bald zurückkommen. Er tut jedenfalls mehr für sich als für die Psychoanalyse. Ich bin schrecklich von ihm zurückgekommen und habe keinen freundlichen Gedanken mehr für ihn...«.

Das Festhalten FREUDs an JUNG als Schüler und gar als Präsident der 1910 gegründeten Internationalen Psychoanalytischen Gesellschaft, trotz der starken Opposition seiner loyalen jüdischen Anhänger, zeigt deutlich auf, wie sehr es sein Wunsch war, in der christlichen Umgebung mit seinem Gedankengut anzukommen. Einerseits ist sein Wunsch, von der Mehrheit der Bevölkerung akzeptiert zu werden, verständlich, andererseits lässt seine temporäre Idealisierung JUNGs doch erkennen, dass er sich auch hier mit einem Feind zu identifizieren versuchte, so lange es auch nur ging und obschon ihm dessen Gegnerschaft schon einige Jahre vor dem offiziellen Bruch bereits

bewusst war. Dass ihm die Gefolgschaft von nur jüdischen Forschern nicht genügte, könnte mit auf dem Umstand beruht haben, dass er sich und seine jüdischen Anhänger nicht als JUNG ebenbürtig empfand.

Die Ambivalenz FREUDs gegenüber dem Judentum geht, wie bereits erwähnt, auch aus seinem Werk »Der Mann Moses und die monotheistische Religion« hervor, in dem er die jüdische Religion als die des Ikhnaton (= Aton) betrachtete. Er sagt in diesem Buch unter anderem: »Das jüdische Glaubensbekenntnis lautet bekanntlich: Schema Jisroel Adonai Elohenu Adonai Echod. Wenn der Name des ägyptischen Aton (oder Atum) nicht nur zufällig an das hebräische Wort Adonai und den syrischen Gottesnamen Adonis anklingt, sondern infolge urzeitlicher Sprach- und Sinngemeinschaft, so könnte man jene jüdische Formel übersetzen: Höre Israel, unser Gott Aton (Adonai) ist ein einziger Gott.« (S. 123) Dieser Satz zeigt meines Erachtens, dass FREUD in seinen Überlegungen die Tatsache übersieht, dass Gott im Hebräischen JHWH heisst, ein Wort, das eine Form des Verbums »sein« darstellt, ohne dass sie die Vergangenheit, die Gegenwart oder die Zukunft repräsentierte. Den Juden ist es indes verboten, den Gottesnamen auszusprechen, so dass sie ihn oft mit dem Wort »Herr« (adon) ersetzen. Abgesehen davon, dass FREUD das Wort falsch interpretierte, lässt sich auch aus dem eben angeführten FREUD-Zitat wieder erkennen, wie sehr er die Entstehung des Monotheismus auf die alten Ägypter zurückführte und die Juden als Volk verstand, das nur zu einer durch Moses – den er als Ägypter einschätzte – vermittelten Übernahme eines in Ägypten entstandenen monotheistischen Glaubens für fähig hielt.

Wenn in jüdischen Kreisen immer wieder darauf hingewiesen wird, dass die Psychoanalyse wesentlich durch FREUDs Identität und seine Identifizierung mit den durch Antisemitismus konfrontierten Juden geprägt ist, so muss ich festhalten, dass er in seinem Werk sehr wenig vom jüdischen Gedankengut oder Schrifttum ausging. Dazu kommt, dass er sich, wie erwähnt, als »gottlosen Juden« sah, der die jüdische Religion ablehnte, sie als eine kollektive Neurose wie alle anderen Religionen verstand und, wie dargelegt, den Monotheismus nicht auf die Juden, sondern die Ägypter zurückführte. Wenn man bei FREUD etwas Jüdisches feststellen will, ist es vorwiegend die dialektische Art seiner Argumentation. Wie JOSÉ BRUNNER, Dozent an der Abteilung für Politische Wissenschaften der Universität Tel Aviv, in seiner Arbeit »The (Ir)Relevance of Freud's Jewish Identity to the Origins of Psychoanalysis« betont, pries zwar FREUD sein Judentum als einen soziologischen Faktor, der dazu stimulierte, ein unabhängiges Gedankengut zu entwickeln,

doch verlangte er auch eine Unabhängigkeit von den Beschränkungen des Judentums, das heißt des jüdischen Glaubens wie auch der nationalen Bekenntnisse der Juden. Auf diese Art und Weise, sagt BRUNNER, bilde die Jüdischkeit nach den von FREUD in seinen Schriften geäußerten Ansichten, eine Kraft, die alle kulturellen Beschränkungen aus dem Weg räume und Platz mache, die wissenschaftliche Wahrheit zu sehen, zu äußern und zu hören, eine Wahrheit, deren Universalität keine partikularistischen Grenzen erlaube. BRUNNER bemerkt auch, dass nach FREUD die wissenschaftliche Wahrheit keine Toleranz, keine Kompromisse oder Begrenzungen erlaube. Wissenschaftliche Forschung betreffe jede Sphäre der menschlichen Aktivität. Diese müsse deshalb unnachsichtig kritisch sein, wenn irgendeine andere Kraft einen Teil davon für sich beanspruche. Damit war zweifellos auch die jüdische Religion gemeint.

Obschon FREUD sein Jude-Sein wiederholt erwähnte, sagte er nichts aus über die im 19. Jahrhundert den Juden angelasteten oder bei ihnen tatsächlich häufiger als bei anderen Völkern vorkommenden Krankheiten. Er kämpfte auch nicht an gegen offensichtlich antisemitisch gefärbte diesbezügliche Auffassungen.

In seinem Werk »Der Witz und seine Beziehung zum Unbewussten« (1905) vergleicht FREUD die Witze teilweise mit der Traumbildung: Es sei deren Aufgabe »die Hemmung der Zensur zu überwinden«. Beim Witz werde nun »ein vorbewusster Gedanke ... für einen Moment der unbewussten Bearbeitung überlassen, alsbald von der bewussten Wahrnehmung erfasst.« Die Technik des Witzes könne unter anderem als Werk der unbewussten Verdichtung und Verschiebung im Dienste des Lustgewinns verstanden werden.

Der Begründer der Psychoanalyse bringt in seinem Werk etwa auch jüdische Witze. Dabei zeigt sich einerseits, dass FREUD, übrigens ganz in Übereinstimmung mit der Tendenz jüdischer Witze überhaupt, irgendwie stolz ist, auf die jüdische Art, sich selbst in Frage zu stellen oder gar zu karikieren, andererseits aber auch, dass er den Juden gegenüber ambivalent eingestellt ist und dazu neigt, sich mit dem Feind zu identifizieren. So berichtet er (S. 50) von der »Badescheu der Juden in Galizien« und lässt folgenden Witz folgen: »Zwei Juden treffen in der Nähe des Badehauses zusammen. 'Hast Du genommen ein Bad?' fragt der eine. 'Wieso?' fragt der andere dagegen, 'fehlt eins?'« Die im Traum dargestellte Doppelsinnigkeit lässt bei FREUD ein Stereotyp, ein Vorurteil, durchblicken, das zum Inhalt hat, dass alle galizischen Juden un-

reinlich seien. In die gleiche Richtung geht ein anderer zitierter Witz: »Ein Jude bemerkt Speisereste am Bart des anderen. 'Ich kann dir sagen, was du gestern gegessen hast.' – 'Nun, sag!' – 'Also, Linsen.' – 'Gefehlt, vorgestern!'« (S. 77).

FREUD, der gelegentlich mit großer Freude in Analysenstunden Witze erzählt haben soll, war nicht frei von dem damaligen Minderwertigkeitskomplex vieler im Westen lebenden Juden, die sich, wie erwähnt, um eine Assimilation an die christliche Umwelt bemühten. In diesen Kontext gehört vielleicht auch, dass Freud sich ebenso mit Witzen befasst, die um die Beziehung von Bettlern mit Reichen zu tun haben: »Der Schnorrer bittet beim Baron um das Geld für eine Badereise nach Ostende; der Arzt hat ihm wegen seiner Beschwerden ein Seebad empfohlen. Der Baron findet, Ostende sei ein besonders kostspieliger Aufenthalt; ein wohlfeilerer werde es auch tun. Aber der Schnorrer lehnt den Vorschlag mit den Worten ab: Herr Baron, 'für meine Gesundheit ist mir nichts zu teuer'«. Diesen Witz kennzeichnet eine Verschiebung. Der Baron will offenbar sein Geld sparen, der Schnorrer antwortet aber, wie wenn das Geld des Barons sein eigenes wäre. Bei einem solchen Witz ist das Verständnis nicht durch eine Abwehr des Wunsches gekennzeichnet. Freud fügt hinzu: »... nach den heiligen Vorschriften der Juden (hat der Schnorrer) wirklich fast das Recht zu dieser Verwechslung«. Dabei ironisiert der Autor irgendwie die von der Thora geforderte soziale Hilfsbereitschaft der Juden.

Der amerikanische Historiker JERUSHALMI (1991) lobt einerseits in einem »Monolog mit Freud« im Rahmen seines Buches »Freuds Moses. Endliches und unendliches Judentum« FREUD, da er zu seinem Jude-Sein gestanden sei, hält aber andererseits fest, dass er die Psychoanalyse nicht als jüdische Wissenschaft verstanden haben wollte und am 31. Januar 1939 in einem Brief an den polnisch-jüdischen Psychologen Dr. SAMUEL STENDIG das Schreiben eines Artikels zum Thema »Meine Lehre in Polen, oder meine jüdischen Anhänger in Polen« wie auch eines Briefes an die Redaktion einer polnisch-jüdischen Enzyklopädie betreffend das polnische Judentum sowie die Zustellung einer signierten Photographie abgelehnt habe. ALBERT EINSTEIN habe sich demgegenüber bereit erklärt, entsprechende Unterlagen zu schicken. Allerdings befand sich FREUD in einem sehr schlechten Gesundheitszustand, und er starb ja auch einige Monate danach, am 03.09.1939, nachdem er seit 1923 an einem fortschreitenden und schmerzhaften Munddachkarzinom gelitten hatte. In diesem Monolog schreibt JERUSHALMI unter anderem weiter:

»Solange die Psychoanalyse um ihre Anerkennung kämpfte, kam mir Ihre Sorge, ihr angesichts aller anderen Feindseligkeiten, die es zu überwinden galt, das zusätzliche Stigma einer «jüdischen» Wissenschaft zu ersparen, ganz und gar einleuchtend vor. Selbst Ihre Tendenz, in der Öffentlichkeit als universal orientierter europäischer Wissenschaftler aufzutreten und dabei viele Aspekte Ihrer jüdischen Erziehung und Ihrer jüdischen Gefühle hintanzustellen und ihnen nur im Privaten Ausdruck zu verleihen, störte mich nicht... Ich gehöre also nicht zu denen, die Ihnen einen Vorwurf daraus machen, dass Sie JUNG so lange umwarben oder ABRAHAM dazu drängten, sich gegenüber dem Schweizer ein wenig in »Masochismus« zu üben, alles um der »Sache« willen... Als Sie nach dem Bruch mit JUNG an SABINA SPIELREIN (ehemalige Freundin JUNGs) so tapfere und eindringliche Worte richteten – wissen Sie noch? – »wir sind und bleiben Juden« – hätte es der richtige Augenblick sein können, den Juden, der in Ihnen steckte, ganz an die Öffentlichkeit treten zu lassen. Wo alles von deutscher oder französischer Wissenschaft redete, ohne damit sagen zu wollen, die Inhalte seien nicht universell zugänglich oder gültig – warum da nicht auch eine jüdische Wissenschaft, gerade im Fall der Psychoanalyse?«

FREUD bekannte sich zwar vor allem Juden gegenüber zu seinem Judentum, doch war er auch ein Vertreter seiner Zeit, der wie viele damalige Juden, sich im Grunde genommen schämte, sichtbar als Jude aufzutreten, geschweige denn eine geistige Bewegung zu gründen, die nur von Juden getragen worden wäre. Die Juden Mittel- und Westeuropas jener Zeit wollten, wie die Christen dastehen und hatten Angst, in christlicher Sicht als Juden gestempelt zu werden. In Deutschland und Österreich konvertierten viele von ihnen zum Christentum und wollten nicht selten bessere Christen sein, als die in diese Religion hinein Geborenen. Zahlreiche schämten sich auch der jiddischen Idiome, die vorwiegend in Osteuropa, aber auch zum Teil noch im Elsass und im Badischen gesprochen wurden.

MARIANNE KRÜLL (1979) macht in ihrem Buch »Freud und sein Vater. Die Entstehung der Psychoanalyse und FREUDs ungelöste Vaterbindung« darauf aufmerksam, dass der Begründer der Psychoanalyse in seiner Kindheit oft mit dem Vater die Bibel las (S. 189ff). Insbesondere die bebilderte Philippponsche Bibel mit ihren zum Teil eindrucksvollen Illustrationen hätten die Phantasie des aufgeweckten Kindes angeregt. Diese Bibel enthalte im 5. Buch Mose, in dem die zehn Gebote dem Volk Israel noch einmal, kurz vor Moses Tod, eindringlich nahegelegt werden, eine große Zahl von Abbildungen ägyptischer Gottheiten, um, wie es im Kommentar heiße, dem Leser den Gegensatz dieser

Verirrungen aufzuweisen, und sie der reinen Lehre der Offenbarung gegenüber so recht zur Anschauung und zum Bewusstsein« zu bringen. Der Bibeltext enthält an dieser Stelle Strafandrohungen von Moses für die Übertretung der Gesetze, zugleich aber auch die Verheißung, dass Gott seinem Volk, auch wenn es sich gegen ihn versündigen sollte, die Treue halten werde. MARIANNE KRÜLL weist nun darauf hin, dass die Abbildungen der Philipppsonschen Bibel Ähnlichkeiten mit den ägyptischen Statuetten hätten, die SIGMUND FREUD auf seinem Schreibtisch vor sich stehen gehabt habe. Auch darin dürfte sich FREUDs Ambivalenz in Bezug auf sein Judentum beziehungsweise dem Gott der Väter gegenüber und seine Faszination durch fremde Götter und Sitten erkennen lassen.

Wenn FREUD (1894) die Funktionen des Ichs vorwiegend in der unbewussten Abwehr von Triebgefahren sah, so können dabei seine Erfahrungen in einer ihm und den anderen Juden zur Zeit der Entstehung dieser Auffassung wenig wohlwollenden Umwelt zu deren Überbewertung durch ihn beigetragen haben. Er hat dabei die der menschlichen Kreativität oder der aktiven Integration in die Gesellschaft und dem Coping, der Bewältigung der Realitätsanforderungen dienenden aktiven Ich-Leistungen weitgehend außer acht gelassen. Es war im Rahmen der Psychoanalyse HEINZ HARTMANNs (1939) Verdienst, auf die »konfliktfreie Sphäre« des Ichs aufmerksam gemacht zu haben. Ich habe in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass dieselben Funktionen des Ichs, »die einmal für die Abwehr eingesetzt werden, ein anderes Mal vollkommen konfliktfrei, kreativ zum Zuge kommen können.« (1994)

In seiner »Selbstdarstellung« (1925) hat FREUD unter anderem über seinen Studienbeginn geschrieben: »Die Universität, die ich 1873 bezog, brachte mir zunächst fühlbare Enttäuschungen. Vor allem traf mich die Zumutung, dass ich mich als minderwertig und nicht volkszugehörig fühlen sollte, weil ich Jude war. Das Erstere lehnte ich mit aller Entschiedenheit ab. Ich habe nie begriffen, warum ich mich meiner Abkunft, oder wie man zu sagen begann: Rasse, schämen sollte. Auf die mir verweigerte Volksgemeinschaft verzichtete ich ohne viel Bedenken. Ich meinte, dass sich für einen eifrigen Mitarbeiter ein Plätzchen innerhalb des Rahmens des Menschturns auch ohne solche Einreihung finden müsse. Aber eine für später wichtige Folge dieser ersten Eindrücke von der Universität war, dass ich so frühzeitig mit dem Lose vertraut wurde, in der Opposition zu stehen und von der »kompakten Majorität« in Bann getan zu werden. Eine gewisse Unabhängigkeit des Urteils

wurde so vorbereitet. FREUD hat damit auch gesagt, dass er die antisemitischen Tendenzen seiner Universitätsumgebung unbewusst abwehren musste, um als möglichst unabhängiger Geist wirken zu können.

In dem zitierten Abschnitt seiner »Selbstdarstellung« hat FREUD, oberflächlich besehen, eindeutig für sein Jude-Sein Stellung bezogen. Für den mit dem FREUDschen Werk Vertrauten tönt in seinen Worten aber auch mit, dass er die Frustration seines Wunsches nach dem Angenommen werden durch die kompakte Mehrheit seiner Umgebung durch ein übersteigertes Bekenntnis zum Judentum vorwiegend unbewusst kompensieren und damit abwehren wollte. Man kann also vermuten, dass die Ausrichtung FREUDs auf die Abwehrmechanismen des Ichs in den Erfahrungen, die er mit dem Antisemitismus in seiner österreichischen Umwelt gesammelt hat, zumindest mit begründet ist.

Überblickt man die Werke und die Persönlichkeit von SIGMUND FREUD, kann gesagt werden, dass er ein hervorragender Geistesvertreter der Wende des 19. zum 20. Jahrhundert war, der die Menschen von der Domination durch die Chimären des Unbewussten befreien wollte. Dabei kam ihm das im jüdischen Milieu seiner Herkunft geschulte dialektische Denken zustatten. Die Auseinandersetzung mit seinem alten Vater und seiner relativ jungen Mutter haben ihn für sein ganzes Leben geprägt und bewirkt, dass Oedipus-Komplex und Vaternord zu zentralen Themen seines Lebens und seines Werkes wurden.

Obschon FREUD zu seinem Jude-Sein stand, hat er während seines ganzen Lebens die jüdische wie auch alle anderen Religionen abgelehnt. Er hat sich indes bis in sein hohes Alter teilweise mit dem Feind identifiziert, wie das zu seinen Lebzeiten bei vielen jüdischen Menschen Mittel- und Osteuropas der Fall war. Er bildete darin also keine Ausnahme, während er mit seinem Werk und seiner Psychoanalyse ein überragender Erforscher der menschlichen Psyche war und mit seinen Schriften das Denken seiner Zeit und der Nachwelt wie auch die deutsche Sprache nachhaltig beeinflusste.

Nun hat aber ASSMANN (2002) seine ursprüngliche Auffassung revidiert, die darin bestand, dass FREUD in seinem Moses-Buch Moses als einen Ägypter darstellen wollte, um die »Mosaische Unterscheidung« zwischen wahrer und falscher Religion aufzuheben. Dem Autor scheine nun wie er jetzt formuliert, »dass es FREUD ganz im Gegenteil darum ging, die »Mosaische Unterscheidung« in der Form des Bilderverbots als eine entscheidende, unaufgebbare und überdies als eine zutiefst jüdische Errungenschaft darzustellen, an der es unter allen Umständen festzuhalten gilt ...« ASSMANN

kam in seiner neuen Publikation zum Schluss, dass FREUD dem frühen Judentum eine abstrakte Gotteserkenntnis zubilligt, die nicht allen monotheistischen Religionen gegeben war. Die Ausführungen ASSMANNs schließen aber nicht aus, dass sich FREUD einerseits mehr mit der Umwelt als mit seiner angestammten Volksgruppe identifizierte, andererseits aber doch auf die überbrachte und aktuelle jüdische Geisteswelt und Intellektualität stolz war.

FREUD war ein Meister der deutschen Sprache und hat in der Psychoanalyse das Primat dem Wort gegeben. In der psychoanalytischen Therapie sollte jede Assoziation in Worte gefasst werden und nicht in einer Handlung zum Ausdruck kommen, insbesondere nicht außerhalb der therapeutischen Situation agiert werden. Mit dieser Konzentration auf das Wort war FREUD ganz Jude, denn in der – jüdischen – Bibel bewies Gott durch das Wort seine schöpferische Kraft, und er ließ die Propheten durch ihre aufrüttelnden Worte zu zeitlosen Kündern werden. Irgendwie ist FREUDs Werk auch dasjenige eines jüdischen Künders, der trotz Ambivalenz seinem Herkommen gegenüber, mit seinem Denken und seinen Worten auch die faszinierende Dialektik des Talmuds verriet, die ihn in seiner Kindheit umgab.

Während sich SIGMUND FREUD als Atheist verstand, hat ihn Pfarrer OSCAR PFISTER als Weggefährten auf der Suche nach einem Lebenssinn angesehen. PFISTER führt in seinem Brief an FREUD vom 09.02.1928 unter anderem Folgendes an: »... Im Grunde dienen Sie genau demselben Lebenszweck wie ich, und handeln, »als ob« es einen Lebens- und Welt-Sinn gäbe, und ich kann nur mit meinen schwachen Kräften Ihre prachtvollen analytischen Erkenntnisse und Heilkräfte jenem gedanklich durchgeführten Aufriss einfügen. Wollen Sie wirklich ein so verstandenes »Priestertum« von der analytischen Arbeit ausschließen? Ich glaube nicht, dass Sie Ihr Wort so verstanden«.

Freud and his – ambivalent – relationship to Judaism and his attitude towards the religions in general

Raymond Battegay (Switzerland)

In spite of the fact that FREUD consciously maintained Judaism he identified, especially in his youth and young adulthood, with his Christian environment. He himself remarked, that in his youth he had gone through a time in which he had been a german nationalist. Later, however, he was an active member of the - jewish - B'nai-Brith-Lodge "Wien" where he repeatedly presented much appreciated papers predominantly on psychoanalytic themes. Nevertheless in the last years of his life he has proven to still have had an ambivalent attitude towards Judaism.

On one hand he tried with historically and ethymologically doubtfull theories to prove that Moses was an Egyptian, who had taken over the jewish religion from his king Ikhnaton. On the other hand he seems to have conceded to Judaism an original abstract comprehension of God and a specific spirituality and intellectuality. FREUD saw himself as a researcher who could only accept something as true when it was scientifically confirmed. He named himself in his exchange of letters with the priest OSCAR PFISTER of Zurich as a Jew without god. PFISTER, however, said to Freud again and again, that he with his oeuvre, served the same aim of live as Pfister himself and that FREUD behaved »as if« there would exist a purpose in this life and world.

Literatur

- ASSMANN, J.: Der Fortschritt in der Geistigkeit. Sigmund Freuds Konstruktion des Judentums. *Psyche - Z. Psychoanal.* 56, 154–171, 2002
- BATTEGAY, R.: *Psychoanalytische Neurosenlehre. Eine Einführung*, Hans Huber, Bern, 1971, und Fischer-Taschenbuch-Verlag, Frankfurt a.M. Überarbeitete Neuauflage 1994
- BATTEGAY, R.: Book Review: Chemouni, J.: *Freud et le Sionisme*, les édiitions Solin, Malakoff, France, 1988, *Journal of the American Psychoanalytic Association.* 41, 899–903, 1993
- BRUNNER, J.: The (Ir)Relevance of Freud's Jewish Identity to the Origins of Psychoanalysis. *Psychoanalysis and Contemporary Thought* 14, 655–684, 1991
- CHEMOUNI, J.: *Freud et le Sionisme. Terre Psychanalytique*, Terre Promise, Les éditions Solin, Malakkoff/France, 1988
- FREUD, S.: *Die Traumdeutung*, Franz Deuticke, Leipzig und Wien, 1900 und *Gesammelte Werke*, Bde II/ III, Imago, London, 1942
- FREUD, S.: *Der Witz und seine Beziehung zum Unbewussten*. Franz Deuticke, Wien, 1905, und *Gesammelte Werke* Band VI, Imago, London, 1940

- FREUD, S.: Totem und Tabu, Hugo Heller, Wien, 1913, und Gesammelte Werke, Bd IX, Imago, London, 1940
- FREUD, S.: Selbstdarstellung. In: Grote, L.R. (Hrsg.) Die Medizin der Gegenwart in Selbstdarstellungen, Felix Meiner, Leipzig, 1925, und Gesammelte Werke Bd XIV, 31–96, Imago, London, 1948
- FREUD, S.: Vorrede zur hebräischen Ausgabe von Totem und Tabu, Verlag Strybel, Jerusalem, 1930. Gesammelte Werke, Bd XIV, 569, Imago, London, 1948
- FREUD, S.: Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Int. Psychoanalytischer Verlag, Leipzig/Wien/Zürich, 1933, und Gesammelte Werke Band XV, Imago London, 1940
- FREUD, S.: Der Mann Moses und die monotheistische Religion, Verlag Albert de Lange, Amsterdam, 1939, Gesammelte Werke Bd XVI. 101–246 Imago, London, 1950
- FREUD, S., Pfister, O.: Briefe 1909 - 1939, S. Fischer, Frankfurt a.M., 1963
- GAY, P.: Freud, A Life for our Time, W.W. Norton, New York, 1987. Deutsch: Freud. Eine Biographie für unsere Zeit. S. Fischer, Frankfurt a.M., 1989
- GOLDHAMMER, L.: Zit. in Chemouni, J.: Freud et le Sionisme, Terre Psychanalytique, Terre Promise, Les éditions Solin, Malakoff, France, 1988
- HARTMANN, H.: Ich-Psychologie und Anpassungsproblem. Int. Ztschr. für Psychoanalyse Imago 24, 62 - 135, 1939, und Ernst Klett-Verlag, Stuttgart, 1960
- HERZL, Th.: Der Judenstaat. Versuch einer modernen Lösung der Judenfrage. M. Breitenstein's Verlags-Buchhandlung, Leipzig und Wien, 1896
- JERUSHALMI, Y.H.: Freuds Moses. Endliches und unendliches Judentum. Verlag Klaus Wagenbach, Berlin 1992. Amerikanische Originalausgabe: Freud's Moses. Judaism Terminable and Interminable. Yale University Press, New Haven und London, 1991
- KLEIN, D.B.: Jewish Origins of the Psychoanalytical Movement. The University of Chicago Press, edition 1985 (first edition: 1981), Zit. in Szafran, A. W.: Freud and the Lodge B'nai B'rith "Wien": The Modernity of the Reflection on Jewish Identity. Archives of Psychiatry and Psychotherapy (Poland) Vol. 3, Issue 1, pp 71–79, March 2001
- KNOEFFMACHER, H.: Sigmund Freud and the B'nai Brith. J. Am. Psychoanalytic Assoc. 27, 441 - 449, 1979, Zit. in: Szafran, A.W. Freud and the Lodge B'nai B'rith "Wien": The Modernity of the Reflection on Jewish Identity. Archives of Psychiatry and Psychotherapy (Poland). Vol. 3, Issue 1, pp 71 - 79, March 2001
- KRÜLL, M.: Freud und sein Vater. Die Entstehung der Psychoanalyse und Freuds ungelöste Vaterbindung. Verlag C.H. Beck, München, 1979
- RIESMAN, D.: The Lonely Crowd. Yale Universit. Press, New Haven & London, 1950. Deutsch: Die einsame Masse, Rowohlt, Reineck bei Hamburg, 1958
- SEIDMANN, P.: Freuds Glaube, Volkshochschule, 2. Jahrgang, Heft 4, Zürich, 1968
- SZAFRAN, A. W.: Freud and the Lodge B'nai B'rith Wien: The Modernity of the Reflection on Jewish Identity. Archives of Psychiatry and Psychotherapy (Poland), Vol. 3, Issue 1, 71–79, March 2001

* Prof. Dr. med., emeritierter Ordinarius für Psychiatrie an der Universität Basel und ehemaliger Chefarzt der Psychiatrischen Universitätspoliklinik am Kantonsspital Basel.

Anschrift der Praxis:

Delsbergerallee 54

4053 Basel, Switzerland

Telefon: +41-61-3 32 00 32

Fax: +41-61-3 32 05 05

E-Mail: battegay@bluewin.ch

Identität und transgenerationale Gruppendynamik

Maria Ammon (Berlin/München)*

The following paper deals with the topic of transgenerational transmission of psychic traumata. The author emphasizes that especially in psychoanalysis of children and grandchildren of holocaust victims as well as in the biographies of children of nazi fathers there are unconscious traumata leading to pathological bounding to the family or to restrictions in the development of personal autonomy. After an overview of the research in the field of transgenerational transmission of psychic traumata the author describes her own research with families of schizophrenic patients. Most of these families had repressed severe war traumata in their history. The schizophrenic children did not know about the feelings and the fears of their mostly overprotective parents who tried to prevent them from all unpleasant feelings. The parents themselves were not separated from their own families and did not enable their children to separate from the parents or to develop their own identity. Without the possibility to grow out of the primary group and to work through the traumata transmitted from the parents the children will mostly suffer from psychoses, dissociative emotional patterns, or psychosomatic disorders.

FREUD schreibt bereits 1915: »So ist der Mensch nicht nur ein Subjekt, das unter dem Druck seiner direkten kulturellen Umgebung steht, sondern auch unter dem Einfluss der kulturellen Geschichte seiner Vorfahren.« Weiter präsentiert FREUD (1923) seine These, dass viele Gewohnheiten, kulturelle Gegebenheiten, Ideale, ethische Prinzipien u. a. durch das Über-Ich vererbt werden. Nach seiner Meinung ist das Über-Ich eines Kindes nicht von dem Ich der Eltern geprägt, sondern von deren Über-Ich und alle Anteile des Über-Ichs werden so an zukünftige Generationen weitergegeben.

V. VOLKAN (2001) definiert transgenerationale Weitergabe folgendermaßen: Sie liegt dann vor, wenn ein Erwachsener unbewusst sein traumatisiertes Selbst in die Persönlichkeitsentwicklung eines Kindes externalisiert. So wird das Kind zu einem Reservoir von ungewollten Anteilen einer früheren Generation. Da die Erwachsenen Einfluss auf das Kind haben, nimmt dieses die Wünsche und Erwartungen auf und ist gezwungen, danach zu handeln. So wird es zur Aufgabe des Kindes gemacht zu trauern, Beleidigungen und Gefühle von Hilflosigkeit, die auf dem Traumata seiner Vorfahren basieren, wiedergutzumachen.

Die Weitergabe von traumatisierten Selbst-Images passiert beinahe so wie die Einpflanzung von psychologischer DNS in die Persönlichkeit der jüngeren Generation durch ihre Beziehung zu den Vorfahren.

Was weitergegeben wird, sind Traumata und Gefühle und Über-Ich-Anteile, dabei allem voran Schuld und Projektionen von Destruktionen. Die unbewussten Phantasien von Müttern werden ebenfalls an die heranwachsenden Kindern wie psychologische Gene weitergegeben, was zu negativer Entwicklung führen kann, denn transgenerationale Transmission stellt einen *Circulus vitiosus* dar, denn das Trauma ist nicht bearbeitet und beinhaltet die Möglichkeit, dass es sich wieder ereignet.

Die Erforschung der transgenerationalen Weitergabe von Traumata und ihrer Bedeutung für die verschiedenen psychischen Erkrankungen steht erst am Anfang. Aufschlussreich sind dabei Arbeiten über Psychoanalysen von Kindern und Enkeln von Holocaust-Opfern, die in den letzten Jahren entstanden sind und über die Weitergabe traumatischer Erlebnisse Aussagen ermöglichen.

KISKER (1961), VENZLAFF (1968) und KESTEMBERG (1995) stellten z. B. die Auswirkungen der extremen traumatischen Erfahrungen im Hinblick auf psychotische Zusammenbrüche in Zusammenhang mit Holocaust Überlebenden dar.

OLINER (1995), KOGAN (1995) sowie LINK, VICTOR und BINDER (1985) haben auf die psychotischen Störungen in der zweiten und dritten Generation von Holocaust Überlebenden hingewiesen.

Nach TROJE (2000) lassen sich Besonderheiten wie Traumatisierungen, Unrecht oder Geheimnisse häufig nicht nur im Leben der Patienten antreffen, sondern können bereits anderen Generationen entstammen. Die Weitergabe von Schuld und Unrecht ist sehr problematisch, weil diese emotionalen Qualitäten nonverbal weitergegeben werden und sich deshalb der psychischen Bearbeitung entziehen.

Jedes Kind kommt nach TROJE (2000) mit Belastungen früherer Generationen auf die Welt, denn wer kennt schon Morde, Selbstmorde usw., die viele Generationen zurückliegen. Solche Gegebenheiten sind meistens unbekannt und werden dennoch unbewusst weitervermittelt. Bei psychotischen Patienten muss man sich fragen, welche Last ihnen aufgebürdet wurde, die von den Eltern nicht bewältigt werden konnte.

AULAGNIER (1975) weist auf die Bedeutung der Beziehung der Mütter und Väter zu ihren eigenen Eltern für die Entwicklung der Kinder hin. Danach

können sich Kinder, die später psychotisch reagieren, nicht aus dem psychischen Beziehungsgeschehen mit der Mutter befreien. Das Kind hat Angst, der Mutter die gesamte Kraft zu nehmen, wenn es sie verlässt oder dann selbst keine Kraft mehr zu haben. Ein solches Kind bräuchte einen Vater, der Mutter und Kind unterstützt und beiden Grenzen setzt. Aber die Väter werden von schizophrenen Patienten nach AULAGNIER entweder als unbedeutend und schwach beschrieben oder als ungewöhnlich hart, die ihren Kindern bestimmte Entwicklungen zuweisen wollen, gegen die sich jene nicht auflehnen dürfen. Voraussetzung für einen »guten« Vater ist nach AULAGNIER (1975) die Beziehung zu seiner Mutter. Sie muss ihn antizipatorisch als einen künftigen Vater angesehen haben, der mit einer anderen Frau ein Kind zeugt und erzieht. Voraussetzungen einer »guten« Mutter sind meist positive Erfahrungen mit ihrem eigenen Vater. Der Vater ist derjenige, der gehasst wird aufgrund seiner Beziehung zur Mutter, der aber gleichzeitig von einer zu engen Beziehung bewahrt und als erster den Repräsentanten der Gesellschaft und aller Menschen darstellt. AULAGNIER (1975) sieht die Funktion des Vaters immer in Abhängigkeit von der antizipatorischen Interpretation seiner Eltern. Eine Prädisposition zur Psychose sieht AULAGNIER, wenn die Mutter dem Kind keinen psychischen Raum lässt und damit keinen Zugang zum Vater oder anderen. Es entwickelt einen ersten Wahngedanken, um eine Verbindung zur Welt herzustellen.

Nach H. FAIMBERG (1993) sind Identifikationen des Kindes mit der Mutter wiederum mit der Identifikation der Mutter mit ihrer Mutter verbunden. Sie sind oftmals übernommene Erfahrungen, die nicht in Frage gestellt werden dürfen.

Auch RACAMIER (1995) beschreibt die mehrgenerationale Weitergabe. Er glaubt an einen realen Inzest, der in der Generationenfolge zu weiteren inzestuösen Beziehungen führt. Das Trauma ist zwar eingekapselt, bleibt aber lebendig und hat die Tendenz, sich zu wiederholen. Das durch Inzest geschädigte Kind versucht seine Integrität später als Mutter oder Vater mit dem eigenen Kind wiederherzustellen. Eine Mutter, die Opfer eines Inzests war, hält ihr Kind als inzestuöses Objekt in einer narzisstischen Beziehung fest. Ihm werden keine eigenen Liebeswünsche zugestanden. Der Inzest kann sich über mehrere Generationen wiederholen, dabei nennt RACAMIER das inzestuöse Milieu verrückt, Psychose und Perversion würden zu letzt-möglichen Abwehrmechanismen.

DOUMAS, MARGOLIN und JOHN (1994) untersuchten in diesem Zusammenhang, wie sich Aggression über Generationen weitervermittelt. Hierzu wurden 180 Familien untersucht, die mindestens ein Kind zwischen 8 und 11 Jahren hatten, es sollte die Aggressionsweitergabe über drei Generationen untersucht werden. Die Zielsetzung der Untersuchung bestand darin, herauszufinden, inwieweit Kindesmissbrauch und Gewalt in der Ehe in der Ursprungsfamilie einen Prädiktor für Gewalt in der Ehe und Kindesmissbrauch in der zweiten Generation darstellt und darüber hinaus, wie die Auswirkungen in der dritten Generation sind. Die Ergebnisse lieferten Hinweise dafür, dass männliche Familienmitglieder, die Aggressionen ausgesetzt waren, diese über alle Generationen hinweg weitergaben und sich das aggressive Verhalten in allen Generationen wiederherstellte. Der Befund bei weiblichen Familienmitgliedern bestand darin, dass bei Gewalt in der Ehe in der ersten Generation, sich diese Situation in der zweiten wiederholte. Für die dritte Generation war das nicht zwangsläufig der Fall.

Auch ADELMAN (1995) beschreibt in ihrem Beitrag die Weitergabe traumatischer Erlebnisse über Generationen hinweg. Sie kommt dabei zu dem Schluss, dass sich Traumata nicht nur als autobiographische Vorkommnisse im Gedächtnis manifestieren, sondern auch psychologische Konstrukte bilden, die nicht nur die Selbstwahrnehmung, sondern auch die Wahrnehmung von anderen determinieren. Die Auswirkungen der Traumata auf das »Ich« werden über Generationen weitergegeben. Einen Beleg hierfür sieht die Autorin in innerpsychischen Konflikten, an denen Folgegenerationen von Holocaust-Überlebenden leiden.

ROSENTHAL (2001) machte biographische Untersuchungen zu den transgenerationalen Folgen von Verfolgung und Täterschaft. Besonders bei den verfolgten Familien stellte sich eine starke Auswirkung der belastenden Familienvergangenheit auf die Biographien der Nachgeborenen, die damit einhergehende Bindung und die behinderte Autonomieentwicklung fest. Dabei ist besonders wichtig, wie die Transmission der Vergangenheit stattfindet, d. h. in welchen lebensgeschichtlichen Zusammenhängen den Kindern oder Enkeln etwas angedeutet oder erzählt wurde, was verschwiegen oder gar umgeschrieben wurde. Besonders belastend wirken sich sogenannte Familiengeheimnisse auf die Nachgeborenen aus. Es entsteht die Schwierigkeit, Realität von Phantasie zu unterscheiden, besonders wenn retuschiert oder gar Geschichten erfunden wurden. Denn oft, wenn Bestand-

teile der Familiengeschichte zu bedrohlich werden, werden sie als unreal erklärt oder uminterpretiert.

Trotz fast 60 Jahre nach dem Nationalsozialismus sind die intergenerationalen Folgen der Vergangenheit nicht schwächer geworden. ROSENTHAL untersuchte Drei-Generationen-Familien von Nazitatern, Mitläufern und Verfolgten des faschistischen Regimes. Die Konsequenzen einer belastenden Gesellschafts- und Familiengeschichte zeigen sich in der Enkelgeneration zum Teil noch deutlicher als in der Generation der Kinder. Je weniger offen die Vergangenheit in der Familie ausgetragen wurde, desto größer sind die Folgen für die nachkommende Generation.

Auch ergeben sich erhebliche Unterschiede in den transgenerationalen Folgen bei Familien mit einer Verfolgungsvergangenheit und bei Familien mit einer Verfolgervergangenheit.

In Familien von Überlebenden fürchten sich diese vor dem Erzählen belastender Erinnerungen, haben Angst davor, von ihren Gefühlen überwältigt zu werden, dadurch verschweigen sie Bereiche, die ihnen Scham und Schuldgefühle machen. Das gilt vor allem für erfahrene sexuelle Gewalt und die Ermordung ihrer Kinder. Sie wollen auch nicht ihre Kinder und Enkel mit dieser Vergangenheit belasten. Täter hingegen streiten eine Beteiligung an Verbrechen und ein Wissen darüber entschieden ab und schützen sich vor Ablehnung und Anklage ihrer Nachkommen und einer möglichen Strafverfolgung. Dies verursacht bei den Kinder und Enkeln in Familien der Täter nur vage Vorstellungen. Sie zweifeln dadurch an ihrer Wahrnehmung und fühlen sich für ihre Vermutungen schuldig. Der Dialog in den Täterfamilien ist meist sehr aggressiv und von geschliffener Rechtfertigung mit folgenden Merkmalen:

- Abstreiten einer Täter- oder Zeugenschaft
- Konstruktion einer Opferbiographie
- Schuldzuschreibung an andere

Es wird über eigenes Leid geklagt wie Gefangenschaft, Flucht, Vertreibung usw., über das Leid Anderer wird geschwiegen. Die Diffusität dieser Leugnung wird an die nachfolgende Generation weitergegeben, die dies bewusst oft gar nicht wahrnimmt. Sie ahnt meist Vieles, verleugnet aber dann den Realitätsgehalt ihrer Phantasien. Manche Täter machen kalkulierte Teigeständnisse, damit wirklich belastende Handlungen nicht zu erfahren sind.

Diese Täter sind nach wie vor überzeugt, dass ihr Handeln rechtmäßig war, haben aber gelernt, dies nicht öffentlich zu äußern. Ein offener Dialog ist nicht möglich, wenn Fragen aus der nachkommenden Generation kommen, wird die Tätergeneration oft aggressiv, beschuldigt sie des Misstrauens und weist Schuld zu. Diese Übergabe der Schuld zeigt sich in der Generation der Enkel deutlicher als in der mittleren Generation. Während von Seiten der Tätergeneration ein Verleugnungsdiskurs vorliegt, wird die Transmission der nicht erzählten Vergangenheit in Familien von Überlebenden eher durch Schweigen zu bestimmten Themen, durch fragmentarische Erzählungen oder durch konkrete Verhaltensmuster vollzogen.

Diese Weitergabe von nicht bearbeiteter Familientraumata wirkt sich auf die Lebensgeschichte der Kinder und Enkel unbewusst aus. Dies kann zu einer eingeschränkten Autonomieentwicklung und belastenden Bindung an die Familie führen. (vgl. BAROCAS und BAROCAS 1979, BAR-ON 1993, DAVIDSON 1980, WARDI 1992). Die Folgen werden meist in der 3. Generation deutlicher. Die Kindergeneration kämpft meist mit der Abwehr der Spuren der Vergangenheit in ihrem Leben, die Enkel hingegen entwickeln dann manifeste Störungen und Erkrankungen.

Wie aus der oben beschriebenen Literatur ersichtlich wird, erschwert die transgenerationale Transmission die Abgrenzung und eigene Identitätsentwicklung der nachfolgenden Generation.

Bei meiner Untersuchung von 6 sog. schizophrenen Patienten und deren Familien lagen bei 5 der Familien Kriegstraumata vor, die die Eltern nicht verarbeitet hatten und an ihre Kinder weitergaben. Es wurde weiter bei allen 6 Familien deutlich, dass sie sich aus ihren Herkunftsfamilien noch nicht gelöst hatten und gleichzeitig wiesen sie eine »Heile Welt« Ideologie auf (M. AMMON 2001)

In den Familien, in denen die Väter schwere Kriegstraumata aufwiesen, gaben sie diese nicht verarbeitete Angst und Aggression mit enormen Druck und starken Regeln an die Kinder weiter. Sie waren kontaktmäßig für die Kinder nicht erreichbar. Die Mütter, die Flüchtlingstraumata erlebt hatten, waren überfürsorglich kontrollierend oder ablehnend. Dies sieht auch FONAGY (1998) als eine mögliche Transmission, dass Eltern versuchen, mit einer übergroßen Fürsorge und Kontrolle über die Kinder ihre eigenen Traumata zu bewältigen.

Bei meinen untersuchten Familien war auch bei allen eine Ungelöstheit der Eltern von ihren Herkunftsfamilien vorliegend. Verletzungen der Gene-

rationsgrenzen wurden auch bei den Untersuchungen von LIDZ, CORNELISON, FLECK & TERRY (1969) deutlich. Die Eltern waren noch stark an die eigenen Elternhäuser gebunden, so dass ihnen dadurch die Bildung einer eigenen Familie erschwert wurde.

Ein ähnlicher Mechanismus wie die »Vermittlung von Heiler Welt und Verleugnung von Gefühlen«, der in allen untersuchten Familien vorkam, wurde auch in einer Untersuchung von WYNNE, RYCHOFF, DAY & HIRSCH (1969) in Familien mit schizophrenen Patienten gefunden, im Zusammenhang mit den sog. »Pseudogemeinschaften«. Dieser Mechanismus erschwert es den Patienten, ihre Identität abzugrenzen. Einer dieser Mechanismen ist die Bildung von Mythen, Legenden und Ideologien. Ein weiterer Mechanismus ist die besondere Betonung einer Ideologie, der zufolge Harmonie in allen Beziehungen vorherrschen muss. In dieses starre Familiensystem können abweichende Einflüsse von außen schwer integriert werden.

Heftige Aggressionen, Schwierigkeiten in den Ehen oder auch psychische Probleme mit den Eltern, Angst, Aggression und Trauergefühle bei Verlusten werden in den untersuchten Familien nicht aufgegriffen und nicht verarbeitet, sondern den Patienten wurde vermittelt, dass alles ganz in Ordnung gewesen sei und die Kindheit wäre doch sehr schön gewesen, und sie wären in einer Art »Heilen Welt« aufgewachsen.

Die oben dargestellten transgenerationalen Aufträge der Familie (darüber sind sich alle Autoren einig) sind für die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes von entscheidender Bedeutung. Die emotional nicht bewältigten Traumata und Erfahrungen in der Primärgruppe vermitteln sich als emotionale Erfahrungsdefizite besonders nonverbal von Geburt an auf das Kind weiter. Die noch schwach entwickelten Ich-Grenzen des Kindes werden dadurch von inneren und äußeren Nicht-Ich-Inhalten bedroht. Es kann sich hier keine Ich-Energie zur Entwicklung von Humanstruktur bilden und das Kind erlebt ein reales Erfahrungsdefizit mit einer Verleugnung von äußerer Realität. Dieses strukturelle Defizit in der Persönlichkeit oder Identität basiert auf einem mutuellen Zusammenhang zwischen gruppendynamischer sozialenergetischer Erfahrung und Gehirnentwicklung.

Des Weiteren korrespondiert das Humanstrukturdefizit mit einer Verletzung der Ich-Grenzen, sogenannten »Löchern« in der Identitätsabgrenzung. D.h. mögliche Erfahrungen für Entwicklung und Strukturbildung können nicht aufgenommen werden. Hier sagt AMMON (1979): »Wo sich keine Grenzen entwickeln können, findet auch keine Strukturbildung, d.h.

Identitätsbildung statt«. D.h. das Kind bleibt mit gewissen unintegrierten Identitätsbereichen in einer diffusen Abhängigkeit von undifferenzierten Kommunikationsmustern. Dies führt weiter zu einer Störung der Ich-Integration, die eine wesentliche Funktion der Ich-Identität darstellt.

Die damit einhergehenden Gefühle von Angst und Wut können nicht wahrgenommen werden, sondern müssen durch Verleugnung abgewehrt werden. Für eine gelingende Identitätsentwicklung hat die Primärgruppe für lange Zeit die Ich-Abgrenzung des Kindes nach innen und nach außen zu unterstützen. Sozialenergie als psychische Energie ist als soziale Energie zwischen Menschen zu verstehen, die gruppodynamischen Gesetzmäßigkeiten unterliegt. Identitätsentwicklung geschieht in einem sozialenergetischen Feld, das durch ein Beziehungen bestimmtes Umfeld definiert ist.

Die Vermittlung von Sozialenergie zwischen Individuum und Gruppe passiert auf der unbewussten Ebene, um so mehr, je jünger das Kind ist. Eine erfahrungsfähige Gruppe ermöglicht einen Austausch von positiver Sozialenergie mit Gefühlen von Getragensein, Sicherheit und Wohlbefinden sowie Anerkennung und Verstehen des anderen in seiner Persönlichkeit. Dabei ist auch das Wahrnehmen von Abgrenzungsbedürfnissen, Aggressionen und anderen Gefühlen zentral wichtig.

In der Dynamischen Psychiatrie ist die Identität ein Ausdruck des holistischen Menschenbildes. Sie umfasst alle Bereiche des Menschen, sowohl seine unbewussten als auch bewussten, seine biologisch-neurophysiologischen, sowie seine kreativen und defizitär destruktiven Fähigkeiten, Fertigkeiten und sein Tätigsein. Identität wird aber auch verstanden als eine Human-Funktion, die alle Humanfunktionen interdependierend verbindet und integriert. Die Entwicklung von Identität findet auf der gruppodynamischen Ebene an den Grenzen von Individuum und Gruppe statt. Diese Auseinandersetzung an den Grenzen spannt ein Feld auf in dem sich sowohl Gruppe, als auch Individuum entwickeln können. In einer erfahrungsfähigen Gruppe passiert hier der sozial-energetische Austauschprozess. Sozialenergie ist die Energie, die Struktur und Identitätsaufbau bewirkt und hat somit Transmitterfunktion zwischen Gruppodynamik und Identitätswachstum. Dabei ist Identität »Funktion, Struktur, Ort, gruppodynamischer Niederschlag und ökonomisches Prinzip, wobei jede Dimension in der anderen enthalten ist«. (AMMON 1986).

Identitätsentwicklung wird auch ein Geschehen an der Grenze von Raum und Zeit. Hier wird die Dimension des Unbewussten als bedeutsam verstanden, denn das Unbewusste ist der Ort des »strukturellen Nieder-

schlags« der erfahrenen Gruppendynamik und beinhaltet sowohl Vergangenheit als auch Zukunft. Das Unbewusste ist gleichzeitig zur Gegenwart und zu den realen Gruppendynamischen Erfahrungen hin offen. Sie ist die Gegenwarts-Erfahrung an der Grenze von Raum und Zeit, gleichzeitig ein synergistisches Geschehen zwischen Vergangenheit und Zukunft im Unbewussten und dadurch wiederum identitätsstiftend. Bei der sozialenergetischen Auseinandersetzung kommt es zu Grenzsituationen, die den ganzen Menschen in seiner Existenz betreffen; seine Wertsetzungen und Bedeutsamkeiten in den verschiedensten Bereichen seiner Persönlichkeit werden hier betroffen, verändern sich und können verinnerlicht werden.

Eine Gruppe im pathologischen Sinne kann dem Kind aus Erfahrungsunfähigkeit keine Grenzsituation ermöglichen, sondern eigene krankmachende Aspekte werden aufrecht erhalten, nicht offen gelegt und dadurch wird Identitätswachstum und -entwicklung verhindert oder arretiert.

Identitätsanforderungen, die für die Entwicklung notwendig sind, um aus Abhängigkeiten heraustreten zu können und eigene Grenzen aufbauen zu können, werden in diesen Familien aufgrund eigener Ängste nur wenig an das Kind herangetragen. In den von mir untersuchten Familien war durch das instabile, defizitäre, destruktive sozialenergetische Beziehungsgeflecht in der Familie, das einher ging mit einem Mehrgenerationenkonflikt, eine Abgrenzung und demzufolge adäquate Trennungsschritte nur schwer möglich.

Schon in der frühen Kindheit herrschten in den untersuchten Familien symbiotische Gegebenheiten mit Überfürsorglichkeit, Verwöhnungen oder Unterforderungen und Überängstlichkeit gegenüber den Patienten vor, die die Grenzen der Patienten sich nur unklar entwickeln ließen. Entsprechend waren die Loslösungsschritte in der Kindheit (Kindergarten und Schule) bereits mit großen Ängsten verbunden. Bei den Identitätsanforderungen in der Pubertät folgte meist schon eine psychotische Reaktion, als eine Art nicht gelungener Lösungsversuch. Das Kind darf die konflikthafte Familiensituation, die nur als instabiles Beziehungsgeschehen für seine Entwicklung zu Verfügung steht, durch die »Heile-Welt«-Ideologie immer wieder nicht wahrnehmen. Die Eltern bringen aus ihren Familien bereits Ungelöstheiten mit und geben diese an die Kinder, speziell die Patienten weiter. Dies gilt auch für nicht verarbeitete Traumata. Die Abgrenzungsproblematik beginnt schon in der frühen Kindheit. In vier Familien lag eine Unterforderung der Patienten mit Verwöhnung und Überfürsorglichkeit der Mutter und in zwei Familien eine

Unterforderung und Überängstlichkeit von Seiten der Mutter gegenüber den Patienten vor.

Die Pubertät wird von vielen Autoren als eine besonders schwierige Entwicklungsphase angesehen, da sie eine Schwelle bedeutet, an der sich eine Lösung von den Eltern, sowie eine Entidealisierung von deren Werten und Idealen vollzieht und die Jugendlichen mit ihren sich verändernden Körpern, dem Thema Sexualität und den sich verändernden Freundschaften umgehen müssen (vgl. MERTENS 1996).

Die Loslösungsproblematik und Trauerfähigkeit von Elternseite ist hier ebenfalls von Bedeutung (vgl. MERTENS, 1996; ZETZEL, 1974). Aber auch die Fähigkeit der Eltern zur Kommunikation und Problemlösung spielt eine wichtige Rolle. Dies konnte SCHREER (1995) bei einer Untersuchung von 63 Familien mit Jugendlichen im Alter von 13 bis 18 Jahren anhand von Fragebögen untersuchen und fand einen signifikanten Zusammenhang zwischen mangelnder Kommunikations- und Problemlösefähigkeit der Eltern und Konflikthaftigkeit in der Beziehung zwischen Jugendlichen und Eltern.

In meiner oben erwähnten Untersuchung zeigten alle Patienten bereits in der Pubertät Auffälligkeiten und Symptome. Eine freundlich unterstützende Loslösung aus der Familie gelang nicht, statt dessen reagieren die Patienten mit Symptomen, die als nicht gelungene Befreiungsversuche verstanden werden können.

ORWID (2000) fand bei ihren Untersuchungen von Holocaust-Überlebenden der 2. Generation heraus, dass die Eltern Angst hatten, ihren Kindern die traumatischen entwürdigenden Erfahrungen zu offenbaren. Sie befürchteten sowohl die Kinder zu stark zu belasten, als auch die Tatsache, dass die Kinder sie verachten und Wut auf sie haben würden. Durch die gruppen-therapeutischen Erfahrungen fanden sie (die Überlebenden) einen Weg, sich mitzuteilen. Die Kindergeneration wurde dadurch von einer großen Bürde befreit. Sie konnten mehr zu sich kommen, da ihre Wahrnehmung und Argwohn bestätigt wurde, und sie konnten ihre Eltern besser verstehen.

Dadurch wurde ihnen eine bessere Differenzierung sowie Abgrenzungsschritte erst möglich, da sie nicht das gleiche Schicksal wie die Eltern erleben wollten. Je früher die Aufdeckung der erfahrenen Traumata in der Familie geschahen, desto besser konnten die Kinder dies verarbeiten. Je mehr die ungelöste transgenerationale Weitergabe verinnerlicht war, desto schwieriger konnte die erwachsene Kindergeneration dies bewältigen. Sie reagierten mit Psychosomatik, psychopathologischen Symptomen oder mit Dekompensation.

Sie hatten das Gefühl des Betrogenwordenseins und das Gefühl, alles bricht zusammen.

Abschließend kann gesagt werden, dass transgenerationale gruppensdynamische Aufträge konstruktiven sozialenergetischen Austausch verhindern, d. h. sie verunmöglichen dem Kind adäquate Abgrenzung und eine adäquate Erfahrung für eine gelingende eigene Identitäts-Entwicklung. Das Ausmaß der Auswirkung der Transmission ist bestimmt durch die Hierarchie, sowie durch Zeit, Inhalt, Bedeutung und Intensität. Die sozialenergetische gruppensdynamische Transmission findet im ganzheitlichen Sinne als psychosomatisches unbewusstes Geschehen statt und beeinträchtigt das gesamte Persönlichkeitswachstum.

Aufgabe der Therapie wird es für diese Menschen sein, ein sozialenergetisches therapeutisches Feld als Gruppe oder als Einzelbehandlung zur Verfügung zu stellen, das Veränderung und Wachstum zulässt im Sinne einer nachholenden Identitätsentwicklung, wie dies in der stationären Therapie der Dynamisch Psychiatrischen Klinik Mengerschwaiqe auf verbaler und nonverbaler Ebene versucht wird. Abgrenzungsschritte tun zu dürfen und Auseinandersetzungen um die eigene Identität – mit Wahrnehmen der nicht bewältigten Traumata in der Familiengruppe – führen zu dürfen, ist dabei grundlegend. Das Ernstnehmen der Wahrnehmung der Patienten und ihrer dissoziativen Gefühlszustände, die auf Transmissionen hinweisen, ist hierbei zentral notwendig. Es ist wichtig, die Familiengruppen mit einzubeziehen, um mit ihnen aufdeckende Familiengespräche zu führen. Die Psychopathologie dieser Patienten und die unbewusst gewordenen Konflikte und Transmissionen, die die Identitätsentwicklung behindert haben, lassen nicht nur die pathogene Gruppendynamik einer Familie erkennen, sondern auch die der umgebenden Gesellschaft, die ihre eigenen Identitätskrisen und Traumata nicht bewältigt hat und verleugnet. Die transgenerationale Gruppendynamik einer Familie ist immer auch Ausdruck der Gesellschaft, in der sie eingebettet ist und in wie weit diese ihre Problematik erkennt, öffnet und in Dialog bringt.

Identity and Transgenerational Groupdynamics

Maria Ammon (München/Berlin)

The author starts her paper by giving an overview of the research in the field of transgenerational transmission of psychic traumata, especially in the psychoanalysis of children and grandchildren of holocaust victims.

Beginning with FREUD's theory, that the history of the Superego is transmitted through generations, VOLCAN defines the transgenerational transmission process as an unconscious externalisation of traumata from parents to children. Especially guilt feelings and destructive projections are transmitted to the following generation.

Other authors, like TROJE, FAIMBERG, RACAMIER and ADELMAN give examples of the transgenerational transmission of psychic traumata. ROSENTHAL's biographic research shows the transgenerational consequences of persecution and responsibility for crimes. Especially the secrets in families would cause great strain and distress for the children and grandchildren, as ROSENTHAL could show in three generations of families of nazi murderers, supporters and victims of German fascism.

There are differences in the families with victim experience and families with criminal delicts: families of survivors fear to be overwhelmed by feelings when telling about their memories. They often have guilt feelings and are not able to talk about what happened, especially regarding sexual repression or murder of their own children. They do not want to burden their children or grandchildren with this past. Persons responsible for crimes are mostly lying about their crimes and thereby want to prevent persecution by law or rejection by their children, so that these cannot get a clear view of the reality. They doubt their feelings and remarks and feel guilty for their thinking.

These patterns of transmission in the field of repressed family traumata can lead to a restriction in the development of autonomy in the children's generation as well as to a strong attachment to the family (BAROCAS, BAR-ON, DAVIDSON, WARDI). In the third generation we find the development of severe psychic disorders or illnesses.

In the author's research with six families of schizophrenic patients, five of the families had severe war traumata in their history, not worked through by the parents and transmitted to the children. All six families had a »holy world ideology« and there was no separation between the generations. Most of the

parents lived together with their own parents and tried to protect their children from all disaster, controlling them in an overprotective way (FONAGY, LIDZ et al.). The families are »pseudo-communities«, always in harmony with each other, and the patients could not develop their own identity. Repressed traumata in the primary group were transmitted to the children, showing later as deficits in emotional life. These children have a structural deficit in their personality based on the lack of social energy in early childhood.

Positive social energy can only be transmitted in primary groups conveying security and well being to the children and recognizing aggression as well as the separation processes of the children.

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. Identity in AMMON's thinking is a central human function and can only develop at the borders of space and time. The unconscious is, in this theory, the »dynamic core of identity development« (AMMON, 1979) which under the primacy of identity coordinates, regulates and integrates the whole personality.

Groups or families who are not able to support children in their own identity development, transmit only their own ill parts and fears, so that the children will not be able to separate from their family. In these symbiotic, overprotective families each step of the child, during the time of kindergarten or school, was accompanied by overwhelming fear. In puberty children often try to »separate« by psychosis. None of the schizophrenic patients had any support in this time of puberty.

The author emphasises that unconscious transgenerational group dynamic tasks imposed on the children, prevent them from their own identity development. The therapy must enable the patient to begin with the development of his/her own identity. In this process it is necessary to believe in the patient's perception of his/her life history and to take seriously his dissociative feelings which are caused by the transmissions of the family. Yet here also the repressed traumata of the whole society in which the family is embedded, must be taken into account.

Literatur

- ADELMAN, A. (1995): Traumatic memory and the Intergenerational transmission of holocaust narratives. *Psychoanalytic study of the child*, S. 343-367.
- AULAGNIER, P. (1975): *La violence de l'interpretation. Du pictogramme à l'enonce*. Paris.
- DOUMAS, D.; MARGOLIN, G.; JOHN, R. S. (1994): The intergenerational transmission of aggression across three generations. *Journal-of-Family-Violence*, Vol. 9 (2), S. 157-175.
- FAIMBERG, H. (1993): *Le telescopage des generations*. In: Kaes, R. (Hrsg.). *Transmission de la vie psychique entre generations*. Paris.
- Kerstemberg, M. (1995): Diskriminierende Aspekte der deutschen Entschädigungspraxis: Eine Fortsetzung der Verfolgung. In: Bergman, M. S.; Jucovy, M. E. & Kerstemberg, M. *Kinder der Opfer, Kinder der Täter*. Frankfurt a. M., S. 74-99.
- KISKER, K.P. (1961): Die psychiatrische Begutachtung der Opfer nationalsozialistischer Verfolgung - Vortrag zitiert nach M. Kerstemberg. In: Bergman, M. S.; Jucovy, M. E. & Kerstemberg, M. *Kinder der Opfer, Kinder der Täter*. Frankfurt a. M.
- KLAIN, E. (2002): Psychotrauma and Reconciliation. In: *The International Forum of Group Psychotherapy*, Vol. 10, S. 19-20, mit Hinweis auf: Freud, S.: *The Ego and the Id* (SE XIX). London. Hogarth Press and Institute of Psychoanalysis 1915., p. 275-89.
- KLAIN, E. (2002): Psychotrauma and Reconciliation. In: *The International Forum of Group Psychotherapy*, Vol. 10, S. 19-20, mit Hinweis auf: Volkan, V., *Transgenerational Transmissions and Chosen Traumas: An Aspect of large-Group Identity*. *Group Analysis*. 2001; 34, 79 - 99.
- KOGAN, I. (1995): *Der stumme Schrei des Kindes*. Frankfurt a. M., 1998.
- LINK, N.; VICTOR, B. & BINDER, R. (1985): Psychosis in Children of Holocaust Survivors. *J. Nerv. Ment. Disease*, 173, S. 115-117.
- LIDZ, T.; CORNELISON, A.; FLECK, S. & TERRY, D. (1969): Spaltung und Strukturverschiebung in der Ehe. In: Bateson, G., Jackson, D. D., Laing, R. D., Lidz, Th., Wynne, L. C. u. a. (Hrsg.). *Schizophrenie und Familie*. Frankfurt: Suhrkamp, S. 108-127.
- MANOR, I. & TYANO, S. (2001): Genetics and Intergenerational Transmission. In: *Dynamische Psychiatrie*, 34. Jg., Nr. 2-4, S. 182-205.
- OLINER, M. M. (1995): Hysterische Persönlichkeitsmerkmale bei Kindern Überlebender. In: Bergman, M. S.; Jucovy, M. E. & Kerstemberg, M. *Kinder der Opfer, Kinder der Täter*. Frankfurt a. M., S. 292-231.
- ORWID, M. et al. (2002): Holocaust survivors children (second generation) - identity problems. In: *Dialog*, 11, S. 142-147. Krakau, Münster.
- RACAMIER, P. C. (1995): *L'inceste et l'incestuel*. Paris.
- ROSENTHAL, D. (1970): *Genetic theory and abnormal behavior*. New York: McGraw-Hill.
- ROSENTHAL, G. (2001): Transgenerationale Folgen von Verfolgung und Täterschaft. In: Streeck-Fischer, A., Sachsse, U., Ozkan, I. (Hrsg.): *Körper, Seele, Trauma*, S. 174-206. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, mit Hinweis auf: Barocas, H. A.; Barocas, C. B. (1979): Wounds of the fathers: The next generation of Holocaust victims. *International Review of Psychoanalysis*, 6 (3): 331 - 340.
- ROSENTHAL, G. (2001): Transgenerationale Folgen von Verfolgung und Täterschaft. In: Streeck-Fischer, A., Sachsse, U., Ozkan, I. (Hrsg.): *Körper, Seele, Trauma*, S. 174-206. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, mit Hinweis auf: Bar-On, D. (1993): *Die Last des Schweigens*. Frankfurt a. M.
- ROSENTHAL, G. (2001): Transgenerationale Folgen von Verfolgung und Täterschaft. In: Streeck-Fischer, A., Sachsse, U., Ozkan, I. (Hrsg.): *Körper, Seele, Trauma*, S. 174-206. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, mit Hinweis auf: Davidson, S. (1980): The clinical effects of massive psychic trauma in families of Holocaust survivors. *Journal of Marital and Family Therapy*, 6 (1): 11-21.

- ROSENTHAL, G. (2001): Transgenerationale Folgen von Verfolgung und Täterschaft. In: Streeck-Fischer, A., Sachsse, U., Özkan, I. (Hrsg.): Körper, Seele, Trauma, S. 174-206. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, mit Hinweis auf: Wardi, D. (1992): Memorial Candles. Children of the Holocaust. London/New York.
- TROJE, E. (2000): Die Weitergabe psychischer Inhalte von Generation zu Generation und ihre potenzielle Auswirkung auf die Entstehung einer Psychose. In: Mentzos, S. & Münch, A. (Hrsg.). Die Bedeutung des psychosozialen Feldes und der Beziehung für Genese, Psychodynamik, Therapie und Prophylaxe der Psychosen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- VENZLAFF, U. (1968): Forensic psychiatry of schizophrenia in survivors. In: Krystal, H. (Hrsg): Massive Psychic Trauma.
- WEINBERG, D. (2002): Psychotherapie mit früh und chronisch traumatisierten Kindern. In: Psychotherapeuten Forum, 9. Jg., Nr. 4, S. 9-17.
- WYNNE, L.C.; RYCKOFF, I.M.; DAY, J. & HIRSCH, ST.J. (1969): Pseudogemeinschaft in den Familienbeziehungen von Schizophrenen. In: Bateson, G., Jackson, D. D., Laing, R. D., Lidz, Th., Wynne, L. C. u. a. (Hrsg.). Schizophrenie und Familie. Frankfurt: Suhrkamp, S. 44-80.

* Dr. phil., Dipl.-Psych., Psychoanalytikerin und Gruppenpsychotherapeutin, Psychologische Psychotherapeutin, Klinische Psychologin, Lehr- und Kontrollanalytikerin, Präsidentin der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP); therapeutische Geschäftsführerin der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaike München; Leiterin des Berliner Lehr- und Forschungsinstitutes für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik, Secretary General der World Association for Dynamic Psychiatry (WADP)

Address of the author:

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

Die Optimierung der Psychotherapie bei Patienten mit arterieller Hypotonie durch experimentell-psychologische Untersuchungen

N. Neznanov*, E. Romanov** (Sankt-Petersburg, Russland)

Die arterielle Hypotonie (AH) ist eine polyätiologische Erkrankung, die ihrem Wesen nach endokrinologisch ist. Die Störung ist von erblichen und sozial-psychologischen Faktoren bedingt. Im Krankheitsbild gibt es nicht nur somatische, sondern auch psychische Störungen, die alle Ebenen der Persönlichkeit berühren. Dies macht die Durchführung einer adäquaten Psychotherapie kompliziert. Das Ziel der vorliegenden Arbeit bestand darin, die Art der psychischen Störungen und der Persönlichkeitsstruktur der Patienten zu präzisieren sowie auf dieser Grundlage wirksame psychotherapeutische Interventionsmethoden auszuwählen. Hierzu wurden 40 Frauen mit AH im Alter von 16 bis 60 Jahren untersucht. Ein klinisches Interview und umfangreiche experimentell-psychologische Untersuchungen mit verschiedenen psychometrischen Fragebögen wurden mit den Patientinnen jeweils vor und nach der psychologischen Behandlung (kognitiv-behaviorales sowie körperorientiertes Training unter Anwendung von Elementen einer analytisch-orientierten Psychotherapie) durchgeführt. Nach Abschluß der Behandlung hatte die Fähigkeit der Patientinnen zur interpersonellen Kommunikation zugenommen, die Symptomatik von Depressivität und Nervosität hatte um 45 bis 50 % abgenommen. Daraus folgern die Autoren, dass experimentell-psychologischen Untersuchungen es erlauben, die Methoden der psychotherapeutischen Interventionen zu optimieren.

Die arterielle Hypotonie (AH) ist eine eigenständige polyätiologische Erkrankung, die ihrem Wesen nach neuroendokrinologisch ist. Der hauptsächliche Faktor der Pathogenese der AH ist die primäre Gefäßtonusstörung und die Reaktivitätsstörung der Gefäße. Diese Störung ist durch erbliche und sozial-psychologische Faktoren bedingt. Die AH ist weit verbreitet und wird öfter bei Frauen im jüngeren und mittleren Alters gefunden. Die Kosten, die mit dem Verlust der Arbeitsfähigkeit wegen der AH verbunden sind, liegen in dieser Altersgruppe um 54 % höher, als bei der arteriellen Hypertonie (WEIN A.M., 1998).

Einige Autoren zählen die AH zu den sogenannten kleinen psychosomatischen Erkrankungen. An ihrer Ätiopathogenese sind sowohl biologische als auch sozialpsychologische Faktoren beteiligt. Im Krankheitsbild dieser

Erkrankung gibt es nicht nur somatische, sondern auch psychische Störungen, die alle Ebenen der Persönlichkeit betreffen. So sind für den beschriebenen Patiententyp die Erhöhung von Depressions- und Nervositätsbefunden (WEIN A.M., 1998) und die Veränderung der Persönlichkeitsstruktur kennzeichnend (WEIN A.M., 1998; GERASIMENI W.W., CHRAMELASCHWILI W.W., 1998; MAGDON M., KAWECKA-JASZCZ K., KLOCEK M., LUBASZEWSKI W., BETKOWSKA-KORPALA B., 1994; NOZAWA I., HISAMATSU K., IMAMURA S., FUJIMORI I., NAKAYAMA H., MURAKAMI Y., 1996), die in der Regel neurotischen Charakter haben.

Für die Erkrankten ist der hohe Alexithymiewert charakteristisch (APFEL P.J., SIFNEOS P.E., 1979), was mit der ungenügend entwickelten Identität und mit der nicht differenzierten Ich-Struktur oder den Ich-Grenzen (AMMON G., 1979) eng verbunden ist. Bei den psychosomatischen Erkrankungen sind die Abwehrmechanismen auf das interpersonelle Funktionieren der Kranken in ihrer sozialen Umgebung konzentriert. Die betreffenden Patienten neigen zur Formierung der stärkeren archaischen Abwehrreaktionen, die gegen das Affekterlebnis gerichtet sind (KARASU T.B., 1979). Insgesamt sind die Abwehrmechanismen bei den psychosomatischen Patienten von einer ausgeprägten Passivität und Starre charakterisiert. Solche Kranken sind unfähig, negative Gefühle, wie vor allem Feindseligkeit und Wut, zu äußern.

Die Bildung der pathologischen Abwehrmechanismen beginnt in früher Kindheit aufgrund der interpersonellen Symbiose zwischen der »psychosomatisch-pathogenen« Mutter ohne ausreichende Identitätsentwicklung ihrerseits und dem Kind. Im weiteren kommt es zur Entstehung des »Loches im Ich« oder in den »Ich-Grenzen«. Der gleiche Defekt trägt zur psychosomatischen Auffüllung dieses Loches bei (AMMON G., 1980). In diesem Zusammenhang ist eine komplexe Behandlung der Patienten nicht nur von Allgemeinärzten, sondern auch von Psychotherapeuten nötig. Die psychotherapeutischen Methoden müssen eine wesentliche Rolle in der komplexen Behandlung, Rehabilitation und Prophylaxe der psychosomatischen Störungen ausüben (TASCHLYKOV W.A., 1984; YACHAROVA W.W., 1996; OBUCHOV JA.L., 1997). In einer Reihe von Fällen hängt die Effektivität der Therapie von der richtigen Methodenkombination einer medikamentösen und psychotherapeutischen Behandlung ab. Bis vor kurzem blieben jedoch die Merkmalsausprägung und die Struktur der psychischen Störungen, die Besonderheiten der emotionalen Reaktion und die Persönlichkeitsstruktur der Patienten mit AH und ihre Abwehrmechanismen außerhalb der klinisch-psychologischen Forschung. Das

erschwerte die Durchführung einer adäquaten Psychotherapie und verringerte die Effektivität der komplexen Therapie- und Rehabilitationsmaßnahmen.

Das Ziel unserer Forschung bestand darin, den Charakter der psychischen Störungen und der Persönlichkeitsstruktur der Patienten mit d AH zu präzisieren sowie wirksame medikamentöse und psychotherapeutische Korrekturmethode auszuarbeiten.

Patienten und Methoden

Es wurden 40 Frauen mit AH im Alter von 16 bis 60 Jahren (Durchschnitt 30 Jahre) untersucht. Die Aufnahmekriterien waren: weibliches Geschlecht, niedriger arterieller Blutdruck in der Anamnese – 100/60 mm Hg und niedriger; der niedrige Blutdruck sollte bei dem Arztbesuch nicht weniger als dreimal registriert worden sein. Die Ausschlusskriterien waren: kraniozerebrale Verletzungen, Intoxikationen, endokrinologische und Herz-Kreislaufsystemkrankheiten, die zur Entwicklung der sekundären AH führen.

Das klinische Interview und die experimentell-psychologische Untersuchung wurden mit den Patientinnen zweimal, vor und nach der Durchführung der psychologischen Therapie, durchgeführt. Sie schlossen die Untersuchung der Persönlichkeitsstruktur, der Abwehrmechanismen, des Depressions- und Nervositätsbefundes mit Hilfe der folgenden Verfahren ein:

1. Eine Kurzform des MMPI (»MINI-MULT«), bestehend aus 71 Behauptungen, die der Proband für sich als richtig oder falsch einstuft. Das Ergebnis wird auf 11 Skalen – 3 Bewertungsskalen (L, F, K) und 8 klinischen Skalen (Hs, D, Hy, Pd, Pa, Pt, Sc, Ma) bewertet.
2. Die aus 21 Items bestehende Depressions-Skala nach HAMILTON. Das Ergebnis kann zwischen 0 und 65 rangieren und wird vom Interviewer eingestuft.
3. Die Skala der »Nervosität« nach SHEEHAN. Sie besteht aus 35 Items, die vom Patienten bewertet werden. Die Punktezahl kann zwischen 0 und 140 rangieren. Je höher der genannte Kennwert, desto mehr ist die Nervosität ausgeprägt.
4. Der Life Style Index nach KELLERMAN und PLUTCHIK ist ein Fragebogen, der Abwehrmechanismen erfasst. Er besteht aus 97 Items, die der Proband für sich als richtig oder falsch einstuft. Der Fragebogen besteht aus 8 Skalen, die den Hauptabwehrmechanismen – Verneinung, Verdrängung, Regression, Kompensation, Projektion, Substituierung, Intellektualisation,

reaktive Bildungen – entsprechen. Die Ausprägung der Hauptabwehrmechanismen ist in Prozenten ausgedrückt.

5. Der Ich-Struktur-Test nach AMMON (ISTA). Er besteht aus 213 Items, die der Patient für sich als richtig oder falsch beantwortet. Die Ich-Struktur wird auf den Ich-Funktionen der Aggression, Angst, Abgrenzung nach außen, Abgrenzung nach innen, des Narzißmus und der Sexualität beschrieben. Jede Skala ist in drei Ausprägungen – konstruktiv, destruktiv und defizitär unterteilt.

Als Kontrollgruppen wurden jeweils 10 Patientinnen mit normalem Blutdruck und 10 Patientinnen mit arterieller Hypertonie ersten und zweiten Grades untersucht. Diese Vergleichsgruppen wiesen dem Alter nach keinen signifikanten Unterschied zu den Patientinnen mit AH auf.

Ergebnisanalyse

Die Auswertung der psychologischen Untersuchung erfolgte in drei Schritten. Zunächst wurden die verschiedenen Untersuchungsgruppen insgesamt auf das Vorliegen von signifikanten Unterschieden in den verwendeten klinischen Skalen überprüft.

Danach wurde die Gruppe der Patientinnen mit AH in zwei Untergruppen aufgeteilt. Als Teilungskriterium diente im Profil des MINI-MULT, ob die Skalen der »neurotischen Trias« (Hs, D, Hy) oder aber die der »psychotischen Tetrade« (Pa, Pt, Sc, Ma) vorherrschten. Die erste Untergruppe wurde durch eine Fixierung auf das somatische Empfinden charakterisiert. Für die zweite Gruppe waren psychische Rigidität (Starre) und Nervosität mit einer wahrscheinlichen emotionalen psychischen Desorganisation und Individualität typisch.

Untersuchungsergebnisse

Ergebnis des klinischen Interviews

Als Ergebnis der klinischen Interviews wurden bei den Patientinnen mit arterieller Hypertonie asthenische Symptome in 64 % der Fälle, depressive in 57 %, Symptome der Nervosität in 12 %, hysterische in 12 %, neurasthenische in 12 %, obsessiv-phobische in 9,5 % und hypochondrische in 2,3 % beobachtet. Es erwies sich als charakteristisch, daß die asthenischen und

depressiven Symptome mit deutlichen vegeto-somatischen Bestandteilen einen reaktiven Charakter trugen. Die Nervosität und die obsessiv-phobischen Störungen waren in bedeutendem Maße mit den Persönlichkeitsbesonderheiten verbunden und stabil.

Die höchstausgeprägten Persönlichkeitszüge der Patientinnen mit der AH sind: Geselligkeit, Verantwortlichkeit, Eigensinn, Leichtgläubigkeit, Nervosität, Heftigkeit, emotionelle Labilität, Unentschlossenheit, Verletzbarkeit.

MMPI

Die Skalendurchschnittswerte liegen insgesamt im Bereich des als klinisch unauffällig geltenden Durchschnittsbereiches eines T-Wertes zwischen 40 und 60. (*s. Tab. 1*).

	Hypotonie(N=40)	Hypertonie (N=10)	Normotensiv (N=10)
L	43,6	42,7	48,9
F	51,1	45,1	46,0
K	48,1	51,0	59,3*
Hs	51,2*	45,7	44,4
D	50,9*	44,7	39,9
Hy	52,1*	49,6	43,6
Pd	50,1	44,4	50,4
Pa	51,8	51,9	40,0
Pt	51,5	51,4	47,9
Sc	54,6	51,7	53,9
Ma	54,9	49,0	48,6

Tabelle 1

Ergebnis im MMPI bei Patientinnen mit AH, Arterienhypertonie und Frauen mit normalen Blutdruck

- - signifikant ($p \leq 0,05$, Mann Whitney-U-Test)

Zwischen Patientinnen mit zu niedrigem und erhöhten arteriellen Blutdruck wurden keine signifikanten Unterschiede festgestellt. Im Vergleich zu den Probandinnen mit normalen Blutdruck haben die Patientinnen mit dem niedrigen Blutdruck signifikant höhere Werte in den Skalen der »neurotischen Trias«, das heißt der Hypochondrie, der Depression und der Hysterie. Bei diesen Kranken herrscht die Neigung zu einer bedrückten Stimmungslage, Fixierung auf die somatischen Empfindungen, emotionelle Labilität und Überkontrolle des Verhaltens vor. Demgegenüber zeigen die Probandinnen mit normalem

Blutdruck höhere Werte in der Skala der Kontrolle (K) auf, was auf die Tendenz zur Dissimulation von möglichen Persönlichkeitsdefekten hinweist.

Hamilton Skala

Die Depressivität nach der klinischen Hamilton-Skala rangierte von 12 bis 27 Punkten und ergab im Durchschnitt 13 Punkte (*Tabelle 2*).

	Hypotonie (N=40)	Hypertonie (N=10)	Normotonie (N=10)
Depressivität	13,0	15,9	4,6*
Nervosität	34,9	19,4	10,9*

Tabelle 2:

Depressivität und Nervosität bei Patientinnen mit AH, Hypertonie und bei Personen mit normalen Blutdruck (Hamilton, Sheehan)

* - signifikant ($p \leq 0,05$, Mann Whitney-U-Test)

Die Verstärkung der depressiven Symptomatik hatte reaktiven Charakter und wurde bei einer Verschlechterung des somatischen Zustandes und Verschärfung der intra- und interpersönlichen Konflikte beobachtet. Die Symptomatik der Nervosität befand sich in der klinischen SHEEHAN-Skala im Bereich von 25 bis 81 Punkten (34,9 Punkte im Durchschnitt) und war hauptsächlich bei den Patientinnen mit einer obsessiv-phobischen Symptomatik erhöht. Die Ausprägungen von Depressivität und Nervosität unterschieden sich bei den Patientinnen mit Hypotonie und Hypertonie nicht voneinander, waren aber im Vergleich zu den Personen mit normalem Blutdruck signifikant erhöht.

Abwehrmechanismen

Die Patientinnen mit AH neigten am häufigsten zu den Abwehrmechanismen der Regression (Demonstration von kindlichen Formen im Verhalten und der emotionalen Reaktionen in komplizierten lebenswichtigen Situationen) und der Reaktionsbildung (Wechsel eines sozial nicht gebilligten Verhaltens zum entgegengesetzten, z.B. Demonstration eines überbetonten Liebesgefühls statt Haß und Feindseligkeit). (*s. Tabelle 3*).

Es ergab sich kein Unterschied zwischen den Patientinnen mit niedrigem und erhöhtem Blutdruck. Im Vergleich zu den Probandinnen mit normalem Blutdruck setzen die Patientinnen mit AH stärker die Abwehrmechanismen

Abwehrmechanismen	Hypotonie (N=40)	Hypertonie (N=10)	Normotonie (N=10)
Leugnen	52,4	48,7	48,3
Verdrängung	53,5	54,0	36,0
Regression	63,2	62,9	45,1
Kompensation	42,5	25,4	27,6
Projektion	52,2	70,0	33,1
Substituierung	46,3	52,6	26,0
Intellektualisierung	54,6	67,7	27,0*
Reaktionsbildung	75,0	79,9	47,0*

Tabelle 3

Die Abwehrmechanismen bei den Patientinnen mit der AH, Arterienhypertonie und bei den Personen mit dem normalen Blutdruck (LSI)

*- signifikant ($p \leq 0,05$, Mann Whitney-U-Test)

Es ergab sich kein Unterschied zwischen den Patientinnen mit niedrigem und erhöhtem der Intellektualisierung und Reaktionsbildung ein: sie verstecken sozial nicht gebilligten Gefühle, wie Feindseligkeit und Zorn und ersetzen diese durch sozial zulässige. Charakteristisch war in dieser Gruppe auch das Verbergen von psychischer Desorganisation der kognitiven Funktionen mit der möglichen Beeinträchtigung der intellektuellen Leistungsfähigkeit.

Ich-Struktur-Test nach Ammon (ISTA)

Im Ich-Struktur-Test nach Ammon (ISTA) lagen die Durchschnittswerte der Skalen im Bereich des normalen Wertebereich von 40 bis 60. (s. Tabelle 4)

Skalen im ISTA	Hypotonie (N=40)	Hypertonie (N=10)	Normotonie (N=10)
Konstruktive Aggression	48,6	50,9	50,4
Destruktive Aggression	47,1	45,9	42,0
Defizitäre Aggression	49,8*	49,7	42,6
Konstruktive Angst	51,9	55,9	55,3
Destruktive Angst	47,5*	49,7	40,0
Defizitäre Angst	45,9**	40,7	41,0
Konstruktive Abgrenzung nach außen	48,8	56,3**	55,4
Destruktive Abgrenzung nach außen	47,8*	48,1	38,4
Defizitäre Abgrenzung nach außen	52,2*	51,9	44,3
Konstruktive Abgrenzung nach innen	51,3	56,4	55,4

Destruktive Abgrenzung nach innen	44,4	49,9	39,7
Defizitäre Abgrenzung nach innen	51,1*	47,3	39,9
Konstruktiver Narzißmus	51,7	49,9	53,7
Destruktiver Narzißmus	46,1*	43,1	36,7
Defizitärer Narzißmus	42,1*	44,0	37,0
Konstruktive Sexualität	48,9	50,0	56,0
Destruktive Sexualität	43,4	42,3	42,3
Defizitäre Sexualität	47,4*	50,7	39,1

Tabelle 4:

Persönlichkeitsprofil bei Patientinnen mit AH, Arterienhypertonie und bei Personen mit normalen Blutdruck (ISTA)

* - signifikant ($p \leq 0,05$, Mann Whithny-U-Test)

** - signifikant, ($p \leq 0,05$, Mann Whithny-U-Test) zwischen Hypo- und Hypertonie

Es zeigt sich jedoch eine Reihe von signifikanten Unterschieden zwischen den Untersuchungsgruppen. So unterschieden sich die Patientinnen mit AH von den anderen insbesondere auf allen Skalen durch höhere Defizite (Aggression, Angst, Abgrenzung nach außen und nach innen, Narzißmus, Sexualität).

Untergruppen innerhalb der Patientinnen mit AH

Aufgrund der Ergebnisse im MMPI wurden die Patientinnen mit AH in zwei Untergruppen aufgeteilt. Als Teilungskriterium diente das relative Vorherrschen entweder der Skalen der »neurotischen Trias« (Hs, D, Hy), bezeichnend die Tendenz zum Nicht-Begreifen der aktuellen psychologischen Probleme, oder der Skalen der »psychotischen Tetrade« (Pa, Pt, Sc, Ma). Für die Patientinnen in der Gruppe der »neurotischen Trias« (15 Personen) war das Vorhandensein von Charakterzügen wie emotionale Labilität, Verbindungsstreben, Verletzbarkeit, Empfindlichkeit, Tendenz zur depressiven Stimmung kennzeichnend. Für die Patientinnen, bei denen die Skalen der »psychotischen Tetrade« (25 Personen) auffällig waren, waren Charakterzüge wie Unentschlossenheit, Zurückhaltung, Unsicherheit, Neigung zu Zweifeln und Grübeln sowie emotionale Zähigkeit, Rigidität des Affektes, Heftigkeit, Eigensinn kennzeichnend. Bei den Patientinnen der ersten Untergruppe wurden hypochondrische und neurasthenische Symptome öfter beobachtet. In der zweiten

Untergruppe überwogen die obsessiv-phobischen und Nervositätsymptome, was auch durch die höhere Ausprägung der Nervosität in der SHEEHEN-Skala bestätigt wurde. Die Patientinnen dieser Untergruppe hatten Schwierigkeiten bei der Wahrnehmung und Beschreibung eigener Gedanken und Gefühle, von ihnen wurden seltener Träume und Phantasien berichtet und die Möglichkeiten der emotionalen interpersonellen Kontakte waren bei diesen Patientinnen beschränkt.

Im MMPI waren die Werte auf der Lügen- (Unaufrichtigkeit) und Hysterieskala (emotionale Labilität) in der ersten Untergruppe etwas höher: die Kranken sind durch emotionale Labilität, demonstrative Reaktionen und die Tendenz, die eigenen Probleme zu verbergen, charakterisiert. In der zweiten Untergruppe waren die Skalen der Schizophrenie und Hypomanie erhöht: es wurde eine Neigung zur Distanz in den interpersönlichen Beziehungen, eine Oberflächlichkeit und Formalität der Kontakte und ein erhöhtes Niveau der psychischen Aktivität deutlich. (*s. Tabelle 5*).

MMPI-Skala	Erste Untergruppe (N=15) (Hs, D, Hy erhöht)	Zweite Untergruppe (N=25) (Pa, Pt, Sc, Ma erhöht)
L	46,2	41,8
F	49,9	51,9
K	50,5	46,5
Hs	54,2	49,2
D	51,0	50,8
Hy	55,8	49,5
Pd	50,7	49,8
Pa	48,5	54,1
Pt	49,4	52,8
Sc	50,2	57,6
Ma	49,1	58,9

Tabelle 5

Ergebnisse im MMPI bei Patientinnen mit AH in den beiden Untergruppen.

Die Patientinnen der ersten Untergruppe benutzten als Abwehrmechanismen öfter die »Intellektualisation« und die »Reaktionsbildung«; die Patientinnen der zweiten Untergruppe benutzten öfter die »Regression« und die »Reaktionsbildung«. Dabei war die gesamte durchschnittliche Ausprägung der Abwehrmechanismen in der zweiten Untergruppe höher (52 % versus 57 %) (*s. Tabelle 6*).

Abwehrmechanismus	Erste Untergruppe	Zweite Untergruppe
Leugnen	48,0	55,4
Verdrängung	51,3	55,0
Regression	55,1	68,7
Kompensation	36,9	46,3
Projektion	50,3	53,6
Substituierung	39,8	50,7
Intellektualisierung	57,7	52,8
Reaktionsbildung	76,6	73,9

Tabelle 6

Die Abwehrmechanismen bei Patientinnen mit AH in den beiden Untergruppen.

Einige Unterschiede ergaben sich auch im Ich-Struktur-Test nach Ammon (ISTA). Im Profil der Patientinnen der ersten Untergruppe überwogen im Vergleich zu der zweiten Gruppe die Skalen der konstruktiven Aggression und Ab-

Skalen des ISTA	Erste Untergruppe (N=15)	Zweite Untergruppe (N=25)
Konstruktive Aggression	49,5	47,9
Destruktive Aggression	46,0	47,8
Defizitäre Aggression	49,2	50,3
Konstruktive Angst	51,9	51,9
Destruktive Angst	48,5	46,8
Defizitäre Angst	46,4	45,6
Konstruktive Abgrenzung nach außen	49,2	48,5
Destruktive Abgrenzung nach außen	49,4	46,8
Defizitäre Abgrenzung nach außen	52,2	52,2
Konstruktive Abgrenzung nach innen	51,5	51,2
Destruktive Abgrenzung nach innen	46,6	43,0
Defizitäre Abgrenzung nach innen	49,9	51,9
Konstruktiver Narzißmus	51,3	52,0
Destruktiver Narzißmus	46,5	45,8
Defizitärer Narzißmus	44,8	40,3
Konstruktive Sexualität	48,6	49,2
Destruktive Sexualität	41,0	45,0
Defizitäre Sexualität	47,1	47,2

Tabelle 7

Das Persönlichkeitsprofil bei Patientinnen mit AH in den beiden Untergruppen

grenzung nach innen. Im Gegensatz dazu waren in der zweiten Untergruppe die Skalen der defizitärer Aggression und der defizitären Abgrenzung nach innen stärker ausgeprägt (*s. Tabelle 7*).

Dies könnte als Hinweis auf die sozialisierte, adaptierte Ich-Struktur in der ersten Untergruppe hinweisen, die eine bessere Realitätsanpassung ermöglicht. Diese Patientinnen sind fähiger zur Reflexion und psychischen Selbstregulierung. Aufgrund der gewonnenen Daten und unter Berücksichtigung der signifikanten Unterschiede in den Testwerten im Vergleich zu der Gruppe mit normalem Blutdruck wurden nun die Zusammenhänge bestimmt, die für die Patientinnen mit niedrigem Blutdruck charakteristisch sind. Als Verbindungsanzeigen dienten dabei: erhöhte Depressivität und Nervosität, die Skalen der »neurotischen Trias« nach dem MMPI (Hs, D, Hy), die Veränderung der Ich-Struktur (defizitäre Aggression, destruktive Angst, destruktive und defizitäre Abgrenzung nach innen, destruktiver und defizitärer Narzißmus). Auch die überwiegende Benutzung der »Intellectualisierung« und der »Reaktionsbildung« als Abwehrmechanismen wurde berücksichtigt.

Daraufhin zeigten die Depressivität und die Nervosität eine Korrelation sowohl mit den Skalen der »neurotischen Trias« (Hs, D, Hy) als auch mit der »psychotischen Tetrade« (Ma, Pa, Pt, Sc) nach dem MMPI. Auch zeigte sich die Wechselbeziehung der Depression mit der destruktiven Abgrenzung nach außen und nach innen, und der Nervosität mit destruktiver und defizitärer Angst sowie mit defizitärer Abgrenzung nach außen und mit destruktiver Abgrenzung nach innen.

Einerseits waren Depressivität und Nervosität auch miteinander verbunden, was erlaubt, über ein einheitliches beunruhigt-depressives Kontinuum bei den Patientinnen zu sprechen. Andererseits war die Verbindung zwischen der Ich-Struktur und den MMPI-Skalen deutlich. Defizitäre Aggression, defizitäre Abgrenzung nach außen und innen korrelierten mit den Skalen der Depression (erniedrigte Stimmung; D), der Paranoia (psychische Rigidität, Steifheit; Pa) und der Psychasthenie (Nervosität; Pt). Die destruktive Angst und destruktive Abgrenzung nach innen korrelierten mit der »neurotischen Trias« (Hs, D, Hy), Paranoia und Psychasthenie. Die destruktive Abgrenzung nach außen war mit der Psychasthenie verbunden; destruktiver und defizitärer Narzißmus korrelierten mit den Skalen der Depression, der Paranoia und der Psychasthenie. Die oft von den Hypotoniepatientinnen verwendeten Abwehrmechanismen korrelierten sowohl mit emotionalen Störungen als auch

mit den Besonderheiten der Ich-Struktur. Die »Reaktionsbildung« war mit defizitärer Abgrenzung nach außen, defizitärem Narzißmus, destruktiver Abgrenzung nach innen und destruktivem Narzißmus sowie mit der Depression verbunden. Der Gebrauch der »Intellectualisierung« korrelierte mit defizitärem Narzißmus und defizitärer Sexualität. Es wurde auch die Wechselbeziehung zwischen der »Regression« und dem Nervosität bezeichnet.

Aufgrund der experimentell-psychologischen Untersuchung wurden die psychotherapeutischen Hauptziele bei den Patientinnen mit der AH gewählt. Diese Ziele ergaben sich zuerst durch das Niveau von emotional negativen Zuständen, wie Depression und Nervosität sowie Besonderheiten der Abwehrmechanismen (Regression, Intellectualisierung, Reaktionsbildung) und der Ich-Struktur (defizitäre Aggression, defizitäre Abgrenzung nach außen und nach innen, defizitärer Narzißmus und defizitäre Sexualität, destruktive Angst, destruktive Abgrenzung nach außen, destruktiver Narzißmus). Außerdem wurden die Patientinnen nach dem Charakter der psychopathologischen Störungen in zwei Untergruppen – nämlich die Neigung zu neurotischen und zu psychopathischen Reaktionen – aufgeteilt, was ebenfalls bei der Wahl der Methoden der psychotherapeutischen Behandlung berücksichtigt wurde.

Unter Berücksichtigung der gezeigten psychotherapeutischen Ziele wurde mit den Patientinnen der ersten Untergruppe ein kognitiv-behaviorales Training in einer Kleingruppe mit kontrollierbarer Dynamik durchgeführt. Die gesamte Trainingsdauer betrug 10-12 Sitzungen je 3 Stunden. Die Hauptschwierigkeit bei der Trainingsdurchführung war es, die Patientinnen zum Besuch der Gruppe zu motivieren, was durch das Vorherrschen einer »somatischen« Krankheitssicht bei den Patientinnen bedingt war.

Die Behandlung der Patientinnen der zweiten Untergruppe wurde in zwei Stufen durchgeführt. Auf der ersten Stufe wurde ein kurzfristiges körperorientiertes Training mit kontrollierbarer Dynamik unternommen, dessen Zweck die Befähigung der Patientinnen zur Verbalisation ihrer eigenen Gefühle, Gedanken und Gemütsbewegungen war. Auf der zweiten Stufe wurde dann ebenfalls das kognitiv-behaviorale Training durchgeführt.

Nach der Behandlung bei den Patientinnen mit AH war die Depressivität von 13 auf 4,5 Punkt und die Nervosität von 34,9 auf 18 Grad gesunken.

Diskussion

In der klinischen Diagnostik wurde bei den Patientinnen mit niedrigem Blutdruck eine vorwiegend asthenisch-depressive und ängstliche Symptomatik festgestellt. Diese pathologischen Symptome hatten reaktiven Charakter und waren nicht heftig geäußert. Ihr Erscheinen war entweder mit der Verschlechterung des somatischen Zustandes oder mit der Verschärfung der intra- oder interpersönlichen Konflikte verbunden, was von der niedrigen Toleranz dieser Patientengruppe gegenüber belastenden Faktoren zeugte. In der Regel wurde die spezialisierte psychotherapeutische Hilfe nicht geleistet. Doch hat die experimentell-psychologische Untersuchung zugelassen, die Wechselbeziehung der emotionalen Störungen mit den Persönlichkeitsbesonderheiten der Patientinnen deutlich zu zeigen und auf dieser Grundlage die vorwiegenden psychotherapeutischen Ziele zu bestimmen.

Die Ausprägung und Aufrechterhaltung und die Verarbeitung der krankhaften Störungen bei den psychosomatischen Kranken klären sich durch ihre Persönlichkeitsbesonderheiten, Ich-Konzeption, psychischen Konflikte (intra- oder interpersönlichen), den Charakter der Wahrnehmung und Verarbeitung von belastenden Situationen und die überwiegenden Weisen der Abwehrmechanismen.

Nach unseren Untersuchungsergebnissen erklären sich die kognitiven Störungen vor allen Dingen durch verschiedene somatische oder psychogene Krankheitskonzeptionen, die sich bei dieser Patientengruppe im Laufe der Verarbeitung der pathologischen Empfindungen und der Gemütsbewegungen formierten. Bei den Patientinnen mit niedrigem Blutdruck fanden sich sowohl »somatische« als auch »psychogene« Krankheitskonzeptionen. Das Vorherrschen der »somatischen« Konzeption in der zweiten Untergruppe (25 Personen) wurde durch die den psychosomatischen Patienten in bedeutendem Ausmaß zueigene Alexithymie unterstützt, das heißt die Unfähigkeit zur verbalen Beschreibung der eigenen emotionalen Befindlichkeit. Die alexithymischen Defizite zeigten sich im Interview in der ausführlichen Beschreibung der Symptome der Erkrankung, ohne dass die Patientinnen in der Lage waren, irgendwelche emotionalen Beziehungen zu den geschilderten Symptomen und der Beeinträchtigung durch sie zu äußern. Die Patientinnen beschrieben ihre Nervosität und Depression vorrangig in der Form der körperlichen Empfindungen, hatten Schwierigkeiten in der Auswahl der entsprechenden

Gefühle, berichteten sehr selten von Träumen und Phantasien. Bei diesen Erkrankten waren die zwischenmenschlichen Kontakte beschränkt und trugen vorzugsweise einen oberflächlichen und formalen Charakter. Die kommunikativen Schwierigkeiten mit einer ungenügenden emotionalen Intensität in den interpersönlichen Beziehungen wurden ich-strukturell durch die Defizite in der Ich-Struktur (defizitäre Aggression, defizitäre Abgrenzung nach innen) begleitet.

Im Gegensatz dazu war für die erste Untergruppe (15 Personen) eine »psychogene« Konzeption der Erkrankung charakteristisch, die sich durch die Vorstellungen der Kranken über die Ursachen der eigenen Erkrankung äußerte. Diese Vorstellungen sind mit dem Selbstwerterlebnis der schwierigen lebenswichtigen Situationen und der Beziehungen in ihrer Umgebung verbunden. Doch in der Regel lokalisierten die Kranken unter dem Einfluß von Abwehrmechanismen die Ursache der eigener psychischen Belastung in der äußeren Situation und schlossen einen eigenen Anteil an der Entwicklung der Konfliktsituationen und -beziehungen aus. Dies wurde auch in der Ich-Struktur widerspiegelt: diese war mehr formiert, aber in der Skala der Abgrenzung nach außen überwog ein Defizit. Die Delegierung der Verantwortung für lebenswichtig Schwierigkeiten an »die Umstände« und »andere Leuten« wurde von einer ungenügend aktiven Position, einer übermäßigen Selbstkontrolle und einer Sperrung des freien emotionalen Selbstausdrucks begleitet.

Die emotionalen Störungen schlossen das Empfinden der emotional negativen Zustände der Depression und Nervosität ein. Dabei zeigten sich diese beiden Befindlichkeiten gleichzeitig und bildeten damit ein gemeinsames ängstlich-depressives Kontinuum. Der Nervosität- und Depressionsausdruck trug in der ersten Untergruppe einen reaktiven Charakter, in der zweiten war er mehr von den Besonderheiten der Persönlichkeitsstruktur bedingt.

Die Störungen auf dem Motivations- und Verhaltensniveau prägten sich in den Besonderheiten des Selbstwerterlebens und des Adaptationssystems der Abwehrmechanismen aus. Die höhere Intensität der Abwehrmechanismen bei den Patientinnen der zweiten Untergruppe und das Vorherrschen der protektiven Abwehrmechanismen waren wahrscheinlich mit dem Defizit sowohl der inneren als auch äußeren Abgrenzung und Aggression verbunden. Der Unterschied in den psychopathologischen Störungen in den beiden

Untergruppen gab die Möglichkeit, die Auswahl der psychotherapeutischen Interventionsmethoden und die Ergebnisse derer Durchführung zu konkretisieren. So wurde in der ersten Untergruppe die Durchführung des kognitiv-behavioralen Trainings in kleiner Gruppe als zweckmäßig angesehen, dessen psychotherapeutischen Hauptziele emotionale Störungen (Nervosität, Depression) und überwiegende Formen der Abwehrmechanismen (reaktive Bildungen, Intellektualisation) waren. Im Laufe des Trainings wurden die Elemente der analytisch orientierten Psychotherapie aktiv eingesetzt, die nicht auf die Analyse des Symptoms, sondern auf die Entwicklung des »Ichs« und der Identität gerichtet wurden. Die psychotherapeutische Behandlung der Patientinnen in der zweiten Untergruppe wurde in zwei Stufen durchgeführt. Auf der ersten Stufe wurde ein kurzfristiges körperorientiertes Training mit kontrollierbarer Dynamik unternommen, im dessen Verlauf wurden die Patientinnen bei der Erfüllung der Übungen unterstützt, die eigenen Gefühle, Gedanken und Gemütsbewegungen zu verbalisieren. Auf dieser Stufe wurde das Prinzip der Rückkopplung (Feedback) aktiv benutzt, es wurde das Streben der Patientinnen zur Kommunikation auf der nichtverbalen Ebene gefördert. Unserer Meinung nach könnte zu diesem Zweck auch die Verwendung von Musik- und Tanztherapie effektiv sein. Auf der zweiten Stufe wurde das kognitiv-behaviorale Training mit einer Analyse der neuerworbenen Erfahrung und ihrer Integration in die aktuelle psychische Situation durchgeführt.

Nach dem Trainingsabschluß bemerkten die Patientinnen eine Verbesserung sowohl des somatischen als auch psychischen Zustandes. Die Effektivität der interpersonellen Kommunikation in der sozialen Umgebung hat zugenommen, die Ausprägungen von Depressivität und Nervosität sind um 45 bis 50 % gesunken.

Schlussfolgerungen

1. Psychische Störungen bei Patientinnen mit AH umfassen alle Ebenen der Persönlichkeit: emotionale, kognitive und behaviorale, und sie verlaufen hauptsächlich auf dem Hintergrund einer asthenisch-depressiven Symptomatik.
2. Die experimentell-psychologische Untersuchung erlaubt es, den psychotherapeutischen Fokus im System der komplexen Therapie- und Rehabilitationsmaßnahmen für den Kranken individuell zu bestimmen. Als

psychotherapeutische Foki können emotionale Störungen (Depression, Nervosität), Abwehrmechanismen und Besonderheiten der Ich-Struktur dienen.

3. Die Durchführung der experimentell-psychologischen Untersuchung lässt es bei Kranken mit AH zu, die Methoden der psychotherapeutischen Interventionen unter Berücksichtigung der psychotherapeutischen Zielsetzungen zu optimieren.

Zusammenfassung

Die arterielle Hypotonie (AH) ist eine eigenständige polyätiologische Erkrankung, die ihrem Wesen nach endokrinologisch ist. Die hauptsächlich hämodynamische Pathogenese der AH ist eine primäre Gefäßtonusstörung und Reaktivitätsstörung der Gefäße. Diese Störung ist von erblichen und sozial-psychologischen Faktoren bedingt. Die AH ist weit verbreitet und wird öfter bei den Frauen im jüngeren und mittleren Alters gefunden. Im Krankheitsbild gibt es nicht nur somatische, sondern auch psychische Störungen, die alle Ebenen der Persönlichkeit berühren. Bis vor kurzem blieben die Merkmalsausprägung und die Struktur der psychischen Störungen, die Besonderheiten der emotionalen Reaktion und die Persönlichkeitsstruktur der Patienten mit AH und ihre Abwehrmechanismen außerhalb der klinisch-psychologischen Forschung. Dies machte die Durchführung einer adäquaten Psychotherapie kompliziert und verringerte die Effektivität der komplexen Therapie- und Rehabilitationsmaßnahmen. Das Ziel der vorliegenden Arbeit bestand darin, den Charakter der psychischen Störungen und der Persönlichkeitsstruktur der Patienten mit AH zu präzisieren sowie wirksame medikamentöse und psychotherapeutische Interventionsmethoden auszuarbeiten. Es wurden 40 Frauen mit AH im Alter von 16 bis 60 Jahren (Mittelwert: 30 Jahre) untersucht. Ein klinisches Interview und umfangreiche experimentell-psychologische Untersuchungen wurden mit den Patientinnen jeweils vor und nach der psychologischen Behandlung (kognitiv-behaviorales sowie körperorientiertes Training unter Anwendung von Elementen einer analytisch-orientierten Psychotherapie und des Prinzips der Rückkopplung) durchgeführt. Nach Abschluß der Behandlung hatte die Fähigkeit der Patientinnen, effektiv in der sozialen Umgebung interpersonalen Kommunikation zugenommen, die Symptomatik von Depressivität und Nervosität hatte um 45 bis 50 % abgenommen.

Daraus folgern die Autoren, daß die Durchführung von experimentell-psychologischen Untersuchungen es erlaubt, bei Patienten mit AH die Methoden der psychotherapeutischen Intervention unter Einbeziehung konkreter psychotherapeutischer Zielsetzungen zu optimieren.

Optimizing the psychotherapy with the patients suffering from the arterial hypotonia syndrome using the experimental psychological examination

N. Neznanov, E. Romanov (Saint Petersburg, Russia)

The arterial hypotonia (AH) is an independent polyetiological illness, which is essentially endocrinological. The main hemodynamic components of the AH pathogenesis are primary vascular tonus disturbance and vascular reactivity disturbance. These disturbances are caused by the hereditary and socio-psychological factors. The AH is widespread enough and occurs more often in middle-aged and young females. In the clinical picture of this illness there are not only somatic, but also mental disorders, which affect all levels of the personality. Until recently, the intensity of symptoms and the structure of the mental disorders, peculiarities of the emotional reaction and the personality structure of patients with the AH as well as their defence mechanisms remained outside the clinicopsychological investigations. This rendered difficult carrying-out adequate psychotherapy and reduced the effectiveness of the complex therapeutic and rehabilitation measures. The aim of our study consisted in more precise determination of the character of the mental disorders and personality structure of patients with the AH as well as in development of effective medicamentous and psychotherapeutic methods of correction. We examined 40 females with the AH aged 16 to 60 years (mean age 30 years). The clinical interview and experimental psychological investigation with the patients were carried out twice – before and after the psychological correction, which consisted of cognitive behavioral as well as body oriented training using the elements of analytical oriented psychotherapy and principle of the feedback. After the termination of the training, the effectiveness of communication in the social environment has increased, the level of depression and anxiety fell by 45-50 %.

Conclusion: Carrying-out the experimental psychological investigation with the patients suffering from the arterial hypotonia allows to optimize the methods of psychotherapeutic correction revealing (taking into account) psychotherapeutic targets.

Literatur bei den Autoren

- * Prof. Dr. med., Lehrstuhl für Psychiatrie und Narkologie des I. P. Pavlov-Institutes, St. Petersburg, Leiter der psychiatrisch-wissenschaftlichen Gesellschaft, Mitglied der russischen psychiatrischen Gesellschaft der WADP, Hauptpsychiater für St. Petersburg und Umgebung, Direktor des psychoneurologischen Forschungsinstitutes W. M. Bechterev, St. Petersburg
- ** Dr. med., Assistenzarzt

Defense Mechanisms in Neuroses and Personality Disorders*

Wójcik Neta**, Kokoszka Andrzej***, Palczynski Janusz****
(Kraków/Warsaw)

The defense mechanisms of 23 patients with personality disorders and 15 patients with neurotic disorders were compared. In the Defense Mechanisms Inventory the reversal scale score, including repressive mechanisms of repression, denial and reaction formation was significantly higher in the neurotic group ($p < .02$). The results of the Defense Style Questionnaire suggest that projection ($p < .05$) devaluation ($p < 0.6$), and isolation ($p < .07$) are observed more often in personality disorders; whereas, sublimation is observed more often in neuroses ($p < .05$). This preliminary study indicates that the defense mechanisms questionnaires may be applied as helpful diagnostic tools.

Introduction

The notion of defense mechanisms is widely used in the psychodynamic description of psychological functioning. This concept was popularized by ANNA FREUD, who described them as »the ways and means by which ego wards of unpleasure and anxiety, and exercises control over impulsive behaviors, affects and instinctive urges« (FREUD, A. 1965). However, recently, the definition of the American Psychiatric Association, is also widely applied. According to it, defense mechanisms are »patterns of feelings, thoughts, or behaviors that relatively involuntary and arise in response to perceptions of psychic danger. They are designed to hide or to alleviate the conflicts or stressors that give rise to anxiety« (DSM III-R). Diagnosis of defense mechanisms is an important part of the diagnostic differentiation of neuroses and personality disorders in the psychodynamic approach. It presumes that developmentally earlier, more primitive, immature defenses are more prominent in personality disorders; whereas, neurotic defenses, rooted in further stages of development, are activated more often in neuroses.

Objectives

The comparison of defense mechanisms in neuroses and personality disorders.

Material and Methods

40 patients qualified for psychodynamically oriented group psychotherapy at the Ward of Neuroses Treatment at the Psychiatry Clinic of the Jagiellonian University Collegium Medicum in Krakow volunteered to participate in the study. There were 22 woman (58 %) and 16 men (42 %), their age ranged from 19 to 41 years, with the mean of 31.5 (SD = 7.0). Two subjects (7 %) have completed technical schools, 21 (75 %) had some A-levels, 5 (18 %) were university graduates. The subjects were divided into the neurotic and the personality disordered subgroups on the basis of clinical diagnosis confirmed by the Goldberg indicator, computed from individual MMPI scores (MATKOWSKI 1992). Due to a discrepancy, two cases were omitted in the analysis. Finally, 23 subjects were classified as personality disordered, and 15 as neurotic. The diagnosis defense mechanisms was based on the Defense Mechanisms Inventory (DMI) and the Defense Styles Questionnaire (DQ-40).

The Defense Mechanisms Inventory (IHILEVICH, GLESER 1991) is a projective method measuring the relative strength of five clusters of defense mechanisms, called defense styles. These are:

1. Turning against the object (TAO); aggressive defensive style, giving the illusion of power, mastery, and control, where the aggression is inadequate, exaggerated, and rigid. This style incorporates the classical mechanisms of identification with the aggressor and displacement.
2. Projection (PRO); identical with the classical mechanism of projection, where negative attributions are used to justify one's own aggressive behavior.
3. Principalization (PRN); intellectualizing defense style based on obfuscation, reinterpretation and generalization of the perceived threat, which leads to separation and repression of their emotional meaning. Classical mechanisms of intellectualization, rationalization, and isolation belong here.
4. Turning against self (TAS); intrapunitive defense style, where aggression and hostility are turned against oneself.
5. Reversal (REV); repressive defense style, including classical mechanisms of denial, repression and reaction formation.

The test is composed of ten short fictitious stories depicting various kinds of conflicts. Each story is accompanied by four questions, related to four possible kinds or reactions to the described events:

1. Real behavior.
2. Fantasies about impulsive behavior.
3. Thoughts.
4. Feelings.

Each question is accompanied by five answers (descriptions representing five defense styles). The subject has to choose one answer that would be closest to his own reaction in the described situation, and the one answer that is least likely. The test is constructed in a way that makes giving 'non-defensive' answers impossible.

The Defense Styles Questionnaire (DSQ-40) (ANDREWS, SING, BOND 1993) was designed to measure conscious derivatives of defense mechanisms, as the mechanisms themselves cannot be directly investigated. It tries to pinpoint 20 various mechanisms (the set roughly compatible with DSM-III-R classification of defense mechanisms). Factor analysis scores allowed to group them into »mature«, »neurotic« and »immature«. The Questionnaire is a self-assessment scale. Its 40 statements describe possible behaviors, attitudes, or beliefs. The subject has to mark, on a 9-point rating scale, the extent to which he or she agrees with a given statement. Each defense mechanism is expressed by two items on the scale. Thus, the scores may range from 2 to 18.

Kwestionariusz Samopoczucia (KS-40) (Well Being Questionnaire; MOTYKA unpublished manuscript) is a simple checklist of 40 possible symptoms, including somatic complaints and psychological problems. The subject has to rate the experienced intensity of each symptom on a 0 to 3 scale. The scores vary between 0 and 120.

Results

There was no significant difference between the neurotic and the personality disorders group regarding KS-40 scores (70.33 versus 63.38, $p < .93$ in non-

parametric, Mann-Whitney statistic). The results of the Defense Style Questionnaire (DSQ-40) (see table 1) suggest that projection ($p. < .05$), devaluation ($p. < .06$), and isolation ($p. < .07$) are observed more often in personality disorders; whereas, sublimation ($p. < .05$) is more often observed in neuroses. Thus, the hypothesis of less mature personality structure of personality disorders finds tentative support in the data. However, contrary to expectations, a neurotic mechanism of reaction formation seems to occur more often in personality disorders than in neuroses ($Z = -1.95$, $p. < .05$). It is noteworthy that a »mature« mechanism of sublimation seems to occur more often in neuroses than in personality disorders ($Z = -1.92$, $p. < .05$).

Table 1. The comparison of mean scores in the Defense Styles Questionnaire

DEFENSE MECHANISMS		PERSONALITY DISORDERS N=23	NEUROSES N=15	Z	SIGNIFICANCE LEVEL
MATURE DEFENSE MECHANISMS	SUBLIMATION	16.72	23.77	-1.9205	.051
	HUMOR	20.93	17.30	-0.9900	.322
	ANTICIPATION	20.80	17.50	-0.9020	.367
	SUPPRESSION	19.50	19.50	0.0000	1.0
NEUROTIC DEFENSE MECHANISMS	PSEUDO-ALTRUISM	19.89	18.90	-0.2699	.787
	IDEALIZATION	18.30	21.33	-0.8260	.408
	REACTION FORMATION	22.33	15.17	-1.9508	.051
	UNDOING	17.85	22.03	-1.1409	.254
IMMATURE DEFENSE MECHANISMS	PROJECTION	22.33	15.17	-1.9556	.050
	PASSIVE AGRESION	18.15	21.57	-0.9310	.352
	ACTING OUT	20.39	18.13	-0.6164	.537
	ISOLATION	22.13	15.47	-1.8141	.069
	DEVALUATION	22.26	15.27	-1.9093	.056
	AUTISTIC FANTASY	19.57	19.40	-0.0451	.964
	DENIAL	20.52	17.93	-0.7081	.479
	DISPLACEMENT	20.96	17.27	-1.0061	.314
	DISSOCIATION	21.24	16.83	-1.2177	.223
	SPLITTING	20.76	17.57	-0.8700	.384
	RATIONALIZATION	18.35	21.27	-0.7958	.426
	SOMATIZATION	21.11	17.03	-1.1121	.266

Statistically significant differences in bold

In DMI scores (see table 2), a significant difference was obtained on the reversal scale, including repressive mechanisms of repression, denial and reaction formation. As expected, these mechanisms occur more often in the neurotic than in the personality disorders group ($Z = -2.39$, $p. < .02$).

Table 2. The comparison of mean scores in Defense Mechanisms Inventory

DEFENSE STYLES	PERSONALITY DISORDERS N=23	NEUROSES N=15	Z	SIGNIFICANCE LEVEL
PROJECTION	21.31	16.39	- 1.3209	0.1865
TURNING AGAINST OBJECT	20.96	17.00	- 1.0604	0.2890
PRINCIPALIZA TION	18.29	21.57	- 0.8786	0.3796
TURNING AGAINST SELF	20.54	17.71	- 0.7583	0.4483
REVERSAL	16.21	25.14	- 12.3947	0.0166

Statistically significant differences in bold

Discussion

The results do not support a clear-cut distinction between defense styles in neuroses and personality disorders. Neurotic subjects, apart from dominant neurotic mechanisms, may also employ some immature mechanisms; whereas persons with personality disorders may, to some extent, employ more mature defense operations.

Conclusions

The results of the research have shown – though for only some variables – the different character of the two clinical groups. The immature mechanisms of projection, devaluation and isolation are more dominant in personality disorders; whereas, more mature mechanisms, especially sublimation and repression are seen in neuroses. This preliminary study indicates that the defense mechanisms questionnaires and inventories may be applied as helpful diagnostic tools.

Abwehrmechanismen bei Neurosen und Persönlichkeitsstörungen

Wójcik Aneta, Kokoszka Andrzej, Palczynski Janusz (Krakau/Warschau)

Es wurden Abwehrmechanismen von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen verglichen. Dabei wurden das »Inventar der Abwehrmechanismen« (Defense Mechanisms Inventory; IHILEVICH, GLESER 1991), sowie der »Fragebogen über Abwehrformen« (The Defense Styles Questionnaire DSQ-40; ANDREWS, SINGH, BOND 1993) angewandt.

40 Patienten, die für psychodynamisch orientierte Gruppenpsychotherapie auf der Station für die Behandlung von Neurosen an der Psychiatrischen Klinik des Collegium Medicum der Jagiellonischen Universität in Krakau qualifiziert waren, meldeten sich freiwillig, um an der Studie teilzunehmen. Davon waren 22 Frauen (58 %) und 16 Männer (42 %) im Alter von 19 bis 41 Jahren. Das entspricht einem Durchschnittsalter von 31,5 Jahren (SD 7.0). Zwei Personen (7 %) haben den Abschluß einer Technischen Schule, 21 Personen (75 %) haben Abitur, fünf Personen (18 %) haben Universitätsabschluß.

Die Versuchspersonen wurden eingeteilt in neurotische und persönlichkeitsgestörte Untergruppen auf der Basis klinischer, durch den Goldberg Indikator bestätigter Diagnosen, berechnet nach individuellen MMPI-Punkten

Tafel 1 Das Vergleich von Durschnitspunkten in "Fragebogens der Abwehraten"

Abwehrmechanismen		Personlichkeits-Störungen N=23	Neurosen N=15	Z	Bedeutungslevel
Reife Abwehr-Mechanismen	Sublimierung	16.72	23.77	-1.9205	.051
	Humor	20.93	17.30	-0.9900	.322
	Anticipation	20.80	17.50	-0.9020	.367
	Unterdrückung	19.50	19.50	0.0000	1.0
Neurotische Abwehr-mechanismen	Altruistische Abtretung	19.89	18.90	-0.2699	.787
	Idealisierung	18.30	21.33	-0.8260	.408
	Reaktionsbildung	22.33	15.17	-1.9508	.051
	Ungeschehenmachen	17.85	22.03	-1.1409	.254
Unreife Abwehr-mechanismen	Projektion	22.33	15.17	-1.9556	.050
	Passive Aggression	18.15	21.57	-0.9310	.352
	Acting-out	20.39	18.13	-0.6164	.537
	Isolation	22.13	15.47	-1.8141	.069
	Abwertung	22.26	15.27	-1.9093	.056
	Autistische Phantasie	19.57	19.40	-0.0451	.964
	Verleugnung	20.52	17.93	-0.7081	.479
	Verschiebung	20.96	17.27	-1.0061	.314
	Abspaltung	21.24	16.83	-1.2177	.223
	Splitting	20.76	17.57	-0.8700	.384
	Rationalisierung	18.35	21.27	-0.7958	.426
	Somatisierung	21.11	17.03	-1.1121	.266

Statistisch signifikant Unterschiede sind bold markiert

(gemäß MATKOWSKI, 1992). Auf Grund von Unstimmigkeiten wurden zwei Fälle von der Analyse ausgenommen. Schließlich wurden 23 Personen als persönlichkeitsgestört und 15 als neurotisch klassifiziert.

Ergebnisse

Die Ergebnisse des »Fragebogens der Abwehrformen« legen nahe, dass Projektion ($p. < .05$), Abwertung ($p. < .06$), Isolation ($p. < .07$) öfter bei Persönlichkeitsstörungen, Sublimierung ($p. < .05$) hingegen öfter bei Neurosen beobachtet wurde.

Im »Inventar der Abwehrmechanismen« war die »Reversal«-Punkteskala einschließlich der repressiven Mechanismen von Unterdrückung, Verleugnung und Reaktionsbildung in neurotischen Gruppen signifikant höher ($p. < .02$).

Diskussion und Schlussfolgerung

Die Ergebnisse untermauern keine klare Unterscheidung zwischen Abwehrformen bei Neurosen und Persönlichkeitsstörungen. Neurotische Personen

Tafel 2 Das Vergleich von Durschnitspunkten in "Inventar der Abwehrmechanismen"

Abwehratren	Personlichkeits- storungen N=23	Neurosen N=15	Z	Bedeutungslevel
Projektion	21.31	16.39	- 1.3209	0.1865
Wendung gegen Objekt	20.96	17.00	- 1.0604	0.2890
Principalisation	18.29	21.57	- 0.8786	0.3796
Wendung gegen Self	20.54	17.71	- 0.7583	0.4483
Reversal	16.21	25.14	- 12.3947	0.0166

Statistisch signifikant Unterschiede sind bold markiert

können, abgesehen von dominant neurotischen Mechanismen, ebenso unreife Mechanismen einsetzen, wie auch Personen mit Persönlichkeitsstörungen bis zu einem gewissen Grad reifere Abwehrstrategien einsetzen können.

Die Ergebnisse zeigen den unterschiedlichen Charakter der zwei klinischen Gruppen, obgleich nur für einige Variablen. Die unreifen Mechanismen der Projektion, Abwertung und Isolation sind dominanter bei Persönlichkeitsstörungen, die reiferen Mechanismen, vor allem Sublimation und Repression, bei Neurosen. Diese Studie zeigt, dass Fragebögen zu Abwehrmechanismen als hilfreiche diagnostische Instrumente eingesetzt werden können.

Literatur

- FREUD, A. (1965): *The Ego and the Mechanisms of Defense*. New York, International University Press.
- Diagnostic and Statistical Manual (1987): 3 ed., revised (DSM-III-R), Washington, DC: American Psychiatric Association.
- MATKOWSKI, M. (1992): *MMPI, Research, Analysis, Interpretation*. Poznan, Pracownia Terapii i Rozwoju Osobowosci.
- IHLEVICH, D.; GLENER, G.C. (1991): *Defenses in Psychotherapy. The Clinical Applications of the Defense Mechanisms Inventory*. Owosso, Michigan: DMI Associates.
- ANDREWS, G. ; SING, M.; BOND, M. (1993): The Defense Style Questionnaire. *Journal of Nervous and Mental Disorders* (181) 232-256.

- * The paper is based on Aneta Wójcik's master's thesis in Psychology prepared under the supervision of Andrzej Kokoszka and Janusz Palczynski, which was presented at the Institute of Psychology, Jagiellonian University in Kraków, Poland in 1995. It was also presented as a poster at the XI World Congress of Psychiatry in Hamburg, Germany, 1999.
- ** Publishing Company Medycyna Praktyczna, Kraków, Poland
- *** Department of Psychiatry, Medical University of Warsaw
- **** Institute of Psychology, Jagiellonian University, Kraków, Poland

Address of the author:
Andrzej Kokoszka
II Department of Psychiatry
Medical University of Warsaw
00-665 Warszawa, ul. Nowowiejska 27
Poland

*Buchbesprechungen***Maria Ammon: Kindheit und Pubertät von schizophren strukturierten Patienten***Bonn: Psychiatrie Verlag, 2002*

100 Jahre nachdem die Phänomenologie des Krankheitsbildes in einer modernen wissenschaftlichen Form von Kraepelin und Bleuler erstmals beschrieben wurde, handelt es sich bei der heterogenen Gruppe der Schizophrenen nach wie vor um eine Erkrankung, deren Entstehungsbedingungen noch wenig verstanden sind. Diese bedauernswerten Wissensdefizite sind nicht zuletzt auf Einseitigkeiten und Kommunikationsdefizite in der Schizophrenieforschung zurückzuführen. Insbesondere die universitäre und klinische Forschung in der Psychiatrie hat sich – in Anlehnung an Griesingers (1872) Diktum, dass Geisteskrankheiten Erkrankungen des Gehirns seien – einseitig auf ein biologisches Erklärungsmodell festgelegt und vernachlässigt psychosoziale Faktoren in der Ätiopathogenese weitgehend. In Vergessenheit geriet dabei, dass Griesinger, der zu Unrecht als Vertreter einer somatischen Psychiatrieauffassung gilt, von einer ganzheitlichen Sicht des Krankheitsgeschehens ausging, in dem sich somatische und psychische Komponenten verbinden und auch unbewußte seelische Prozesse eine Rolle spielen. Mit der unbewußten Psychodynamik der Erkrankung befasste sich in der Nachfolge von Freud die psychoanalytische Psychosenforschung und -therapie, die sich aber trotz wichtiger theoretischer Leistungen nicht in der Psychiatrie durchsetzen konnte. Eine bedeutende Erweiterung des Blickwinkels in der Schizophrenieforschung ergab sich durch die familientheoretischen Ansätze im anglo-amerikanischen Raum ab ca. 1950. In dieser Forschungstradition, die mit Namen wie Bateson, Lidz, Wynne und Bowen verbunden ist, wurde der schizophrene Patient als Funktionsträger für die Pathologie der gesamten Familie betrachtet. Während die familienorientierte Forschung in den 50er und 60er Jahren wichtige Impulse für das Verständnis der Schizophrenen geben konnte und die Psychiatrie beeinflusste, trat ihre Bedeutung in der Folge in den Hintergrund. Im letzten Drittel des vergangenen Jahrhunderts dominierte wieder fast uneingeschränkt eine somatische Auffassung der Er-

krankung, die außer Neurotransmitterstörungen und Gendefekten kaum andere Faktoren in Betracht zieht. Die Vernachlässigung biographischer Aspekte in der Schizophrenieforschung zugunsten einer materialistisch biologischen Auffassung wird auch von der Autorin Maria Ammon in ihrem Buch kritisiert. In ihrer Untersuchung über »Kindheit und Pubertät von schizophren strukturierten Patienten« knüpft sie sowohl an die psychoanalytische Tradition an, insofern sie die individuellen Lebensgeschichten der von ihr untersuchten Patienten zum Fokus nimmt, als auch an die familienorientierten Ansätze, da sie Biographie und Pathologie vor allem auf dem Hintergrund eines gestörten Familiensystems zu erklären versucht.

Der Darstellung der empirischen Forschungen der Autorin vorangestellt ist ein umfassender Theorieteil, in dem sowohl die Phänomenologie der Erkrankung, als auch die in 100 Jahren Schizophrenieforschung entstandenen ätiologischen Modelle ausführlich besprochen werden. Neben den wesentlichen biologischen, psychoanalytischen, familientheoretischen und multifaktoriellen Ansätzen wird auch auf die neuere Traumaforschung zur Schizophrenieentstehung eingegangen. Insgesamt bietet der knapp gehaltene, aber differenziert dargestellte Theorieteil eine vorzügliche Einführung in das Thema und einen umfassenden Überblick über die Theoriegeschichte.

Die empirische Untersuchung, deren Darstellung den meisten Raum des Buches einnimmt, wurde von der Autorin an sechs Patienten vorgenommen, die sich wegen einer schizophrenen Erkrankung in stationärer psychotherapeutischer Behandlung befanden. Mit ihnen führte sie jeweils ein problemzentriertes Interview, das sich auf die subjektive Sichtweise und Erlebenswelt der Patienten in ihrer Kindheitsfamilie bezog. Da es das zentrale Anliegen von Maria Ammon ist, für die Erkrankung ursächlich wirksame Familiendynamiken aufzudecken, wurden die Angehörigen der Patienten in der primären Familiengruppe ebenfalls in die Datenerhebung miteinbezogen. Mit insgesamt 23 Verwandten wurde ein Interview durchgeführt, das sich unter anderem auf den Umgang mit Emotionalität, Körperlichkeit und Sexualität in der Familie bezog, auf Schwellenerfahrungen, Beziehungserfahrungen und Beziehungsgeflecht in der Familie, sowie auf die subjektiven Krankheitstheorien der Angehörigen. Aus diesem reichhaltigen Material entstanden sechs »Familienporträts«, die im Praxisteil des Buches ausführlich dargestellt werden. Anhand der Methode des »zirkulären Dekonstruierens« nach Jaeggi und Faas (1993), die es ermöglicht, aus qualitativen Daten den Sinngehalt in Form von objektivierenden Konstrukten zu ermitteln, werden diese sechs Familien von der

Autorin analysiert und miteinander verglichen. Es gelingt ihr so, fünf Konstrukte zu identifizieren, die das Familienklima in allen untersuchten Familien während der Kindheit der Patienten entscheidend prägten. Als zentrales Ergebnis ihrer Analyse bezeichnet die Autorin das Kernkonstrukt »Instabiles Beziehungsgeflecht«, in dem eine Reihe von Konstrukten wie »traumatische Verlassenheits- und Verlustsituationen« oder »aggressive und angstmachende Familienatmosphäre« zusammengefasst sind. Durch die Entdeckung dieses Kernkonstrukts gelingt Maria Ammon der Nachweis, dass für alle Patienten in ihrer Kindheit eine große Häufung von familiär bedingten Risikofaktoren vorlag, darunter unter anderem gestörte Beziehungen zu den Eltern, traumatische Verluste, psychische Auffälligkeiten der Eltern, gestörte Ehe der Eltern, etc. Obwohl tatsächlich eine Familienatmosphäre bestand, die von Verlassenheitsgefühlen, Aggressionen und Ängsten geprägt war, herrschte in allen untersuchten Familien eine »Heile-Welt«-Ideologie vor, welche die Wahrnehmung und Auseinandersetzung mit familiären Konflikten behinderte bzw. verbot. Dieses interessante Ergebnis kann als Beleg für die These von Wynne et.al. (1969) gewertet werden, dass die Familiendynamik in den Primärgruppen von Menschen, die später an Schizophrenie erkrankten, den Charakter von »Pseudogemeinschaften« aufweist. Neben dem zentralen Konstrukt »Instabiles Beziehungsgeflecht« gelingt es der Autorin, eine Reihe weiterer Konstrukte zu ermitteln, die zusätzliche Aufschlüsse über die Familienmorbidity erbringen. So war in allen Familien der Umgang mit Sexualität ein Tabuthema, das mit starken Verboten belegt war. Freundlicher Körperkontakt zwischen Eltern und Kind fand kaum statt. Individuierung und Loslösung der Patienten aus der Primärgruppe wurde von den Eltern nicht unterstützt, bzw. vielfach behindert, weshalb es kaum verwundert, dass sich in den Biographien aller untersuchten Patienten gehäuft nicht bewältigte Trennungsschritte aus der Familie finden. Dieses Ergebnis unterstützt die psychoanalytische Auffassung der Schizophrenien, welche den Kern der Erkrankung in einer nicht aufgelösten Symbiose mit einer massiven Abgrenzungs- und Abhängigkeitsproblematik sieht. Für die Phänomenologie schizophrener Symptomatik von besonderem Interesse ist ein weiteres Konstrukt, das die Autorin als »Flucht in Spiel- und Fantasiewelten« bezeichnet: um der spannungsgeladenen Familienatmosphäre zu entgehen, entwickelten alle Patienten als Kinder einen Selbstschutzmechanismus, der sie Zuflucht in besonderen Spielwelten, Fantasiegeschichten, Träumereien oder extremem Sport suchen ließ.

Insgesamt betrachtet gelingt Maria Ammon mit ihrer verdienstvollen Untersuchung der wichtige Nachweis, dass interpersonale und familien-dynamische Belastungen und Risikofaktoren in der Ätiopathogenese der Schizophrenien eine entscheidende Rolle spielen, die in Forschung und Therapie der Erkrankung nicht ignoriert werden kann. Wegen der aufwendigen Methodik war es der Autorin allerdings nur möglich, eine kleine Stichprobe in ihrer Studie zu untersuchen. Es ist zu hoffen, dass ihre anregenden Hypothesen in weiteren Arbeiten aufgegriffen, und durch zusätzliche empirische Überprüfungen erhärtet werden können.

Thomas Bihler (München)

Nachrichten

Großes Abschiedsfest zu Ehren von Rolf Schmidts

Nach einer Tätigkeit von über 27 Jahren als Chefarzt der dynamisch-psychiatrischen Klinik Mengerschwaike und auch einer entsprechend langen Phase der Trennungsarbeit ging Dr. med. Rolf Schmidts in den Ruhestand. Zu seinen Ehren richtete die Klinik an diesem Tag ein großes Abschiedsfest aus, an dem die Mitglieder des Beirates der Klinik, jetzige und ehemalige Mitarbeiter und Patienten, und zahlreiche offizielle Gäste aus dem psychotherapeutischen und psychiatrischen Umfeld teilnahmen. So etwa, um nur einige Namen zu nennen, die Leitende Ärztin des Atriumhauses, Frau Gabriele Schleuning, Herr Johann Fahn, langjähriger Direktor der AOK Bayern, Herr Herbert Fischer, ehemaliger Direktor der IKK und Herr Stefan Poggemann von der AOK.

Das Fest spiegelte in seiner Vielfalt und Intensität viel von der Persönlichkeit des Gefeierten wider. Langjährige Beziehungen wurden ebenso deutlich wie Gefühle von Dankbarkeit gegenüber Rolf Schmidts, der als Chefarzt, Therapeut und Lehrer geprägt ist von tiefer Hingabe und großem Interesse für

die ihm anvertrauten Menschen. Das Programm bestand aus zwei Abschnitten: am Vormittag fand der wissenschaftliche Teil mit Vorträgen statt, der Nachmittag sollte im Rahmen



*Der neue Chefarzt
Dr. Egon Fabian
dankt dem scheidenden Chefarzt
Dr. Rolf Schmidts*

einer erweiterten Großgruppe Gelegenheit zu persönlichen Danksagungen und künstlerischen Beiträgen bieten.

Maria Ammon, die therapeutische Geschäftsführerin der Klinik, begrüßte die Gäste und eröffnete das Festprogramm, das mit dem Festvortrag von Rolf Schmidts zum Thema: »Stationäre Großgruppenpsychotherapie in der Klinik Mengerschwaike« begann.

In dieser Arbeit – die demnächst auch in dem Reader »Large Group Revisited«, herausgegeben von dem englischen Gruppenpsychotherapie-Spezialisten Malcom Pines erscheinen wird – skizziert Schmidts sein Verständnis von Großgruppentherapie und beschreibt deren historischen, philosophischen und psychotherapeutischen Wurzeln. Bestechend hieran ist die positive, optimistische Sicht auf die konstruktiven und heilenden Kräfte auch großer Gruppen, die sich auf das Menschenbild und Gruppenverständnis Günter Ammons stützt.



*Der scheidende Chefarzt
mit Abschiedsgeschenken*



*Blick in das Auditorium
mit Gästen und Mitarbeitern*

Unter Einbeziehung der Arbeiten, die sich von einem interpersonellen Paradigma psychotherapeutischer und gruppodynamischer Prozesse ausgehen, sowie zahlreicher Autoren auf dem Gebiet der Gruppendynamik, versteht Schmidts die »Unteilbarkeit von Mensch und Beziehung« als Basis für das Konzept der Mehrdimensionalität und einer daraus folgenden ganzheitlichen Sicht auf Großgruppen. Erst ein »Beziehungsdenken« ermögliche es, nach Foulkes, die »psychoanalytische Theorie im Lichte der Gruppenpsychotherapie zu durchdringen«. Nach einer historischen Darstellung der Entwicklung von Ammons gruppodynamischer Konzeption stellt Schmidt die dynamisch psychiatrische Großgruppenarbeit in der »Therapeutischen Gemeinschaft« der Klinik Mengerschwaike dar. Die Bedeutung des Leiters als »zentrale Figur« wird ebenso herausgearbeitet wie die Arbeit mit den »Grenzpersonen« und Untergruppen der Großgruppe. Besonders große Bedeutung hat die Großgruppen-Psychotherapie für die Entwicklung von Grenzen, die erst Veränderung ermöglichen. Der »Legitimationsprozeß« als gesetzgebende Gruppe ist Teil der Therapie, da anstelle sozialer Kontrolle das Vertrauen in die Kommunizierbarkeit von Konflikten wächst und durch »annehmendes Verstehen« eine Wiedergutmachung für die Patienten beginnen kann. Nach Rolf Schmidts ist die Großgruppe somit eine »ethisch-rechtliche Struktur«, die »eine therapeutische Kultur begründet und die Erfahrung von Beziehung ermöglicht, weil sie integriert und individualisiert«.

In ihrer Laudatio, die sie auf der Grundlage von Interviewfragen an Rolf Schmidts gestaltete, stellte Ilse Burbiel, Leiterin der psychologischen Abteilung, die wesentlich geistigen, menschlichen und philosophischen Einflüsse dar, unter denen sich der spezifische Führungsstil von Schmidts entwickelte. Auch persönliche Fragen, etwa nach der Beziehung zu Ammon, dem Begründer der Klinik Mengerschwaike und Lehrer von Schmidts, nach wichtigen Ereignissen im Verlauf seiner Chefarztzeit und nach Zukunftsplänen wurden gestellt.

Die »Leitungsphilosophie« von Schmidts könnte nach Burbiel folgendermaßen zusammen gefasst werden: »Gruppen aufbauen, Gruppen bilden, die Verständigung in Gruppen fördern. In Gruppen rechtliche Normen entwickeln, die für die Gruppe heilsam und förderlich und für ihre Weiterentwicklung wichtig sind, und überhaupt herauszufinden, nach welchen Gesetzen Menschen zusammen leben können.«

Im Anschluß an die sehr bewegende und emotional tiefgehende Laudatio von Ilse Burbiel sprachen Geschäftsführerin Maria Ammon sowie der neue Chefarzt der Klinik, Egon Fabian, Dankes- und Abschiedsworte.

Egon Fabian, der das Amt des Chefarztes der Klinik von Rolf Schmidts übernimmt, stellte die Bedeutung der integrativen Konzeption der Dynamischen Psychiatrie Günter Ammons dar und dankte seinem Vorgänger für seinen unermüdlichen Einsatz für die Klinik und seine Empathie für die Patienten als Grenzpersonen der Gesellschaft. Aber auch seine humanistische Bildung, sein Interesse für Philosophie, Geschichte und Musik und nicht zuletzt sein Humor zeichneten den Jubilar aus.

In Form einer Großgruppe schlossen sich nachmittags künstlerische Darbietungen und Danksagungen von Patienten und Mitarbeitern an. Zur Eröffnung dieses kulturellen Teils fand unter Leitung von Egon Fabian die Uraufführung einer Sonate für Streichquartett von Ludwig Schmidts, Komponist und Vater von Rolf Schmidts, statt.

In bunter Abfolge entfaltete sich nun ein kulturelles Programm, das von Patienten und Mitarbeitern gestaltet wurde und alle Ebenen des expressiven Ausdrucks umfasste. So boten Patienten Musik am Klavier dar, sangen Lieder, trugen Gedichte vor. Mitglieder der Tanztherapiegruppe führten griechische Tänze auf. Ein gemeinsamer Chor aus Mitarbeitern und Patienten sang in mehreren Sprachen. Einer der Höhepunkte war die feierliche Überreichung der »Sonderausgabe zum Abschied Dr. Schmidts« der Patientenzeitung Phönix – ein Heft mit über 120 Seiten, in dem die Patienten ihre Trennungsarbeit kreativ dokumentiert haben.

Ulrike Fabian, Gisela Finke (München)

Nachrichten

30 Jahre Münchner Lehr- und Forschungsinstitut 25 Jahre Psychoanalytischer Kindergarten

Unter dem Motto »An den Grenzen wachsen ... Entwicklungen in der Psychoanalyse« wurde am 15. November 2002 das 30jährige Bestehen des Münchner Lehr- und Forschungsinstitutes der Deutschen Akademie für Psychoanalyse mit einem festlichen Programm gefeiert. Die Feierlichkeiten, die in den Räumen des LFI in der Münchner Goethestraße stattfanden, galten einem doppelten Jubiläum, da zugleich der Psychoanalytische Kindergarten München den 25. Jahrestag seiner Gründung begehen konnte.

Entsprechend der langen Geschichte der beiden Institutionen war eine große Anzahl von Gästen erschienen, deren Lebenswege in den unterschiedlichsten Rollen und Zusammenhänge – als frühere oder jetzige Mitarbeiter, Ausbildungskandidaten, Patienten, befreundete Wissenschaftler, Kinder und Eltern des Kindergartens – mit dieser Geschichte verknüpft waren und sind.

Die über 200 Gäste wurden von der wissenschaftlichen Leiterin des LFI, Dr. phil. Ilse Burbiel, mit herzlichen Worten begrüßt. Der ärztliche Leiter des Münchner Instituts, Dr. med. Rolf Schmidts, gab einen kurzen Überblick über die Geschichte des LFI und hob insbesondere seine geistige und sozialenergetische Verwobenheit mit anderen Institutionen der Deutschen Akademie für Psychoanalyse, wie der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaike und dem Tagungszentrum in Paestum hervor.



Dr. phil. Dipl.-Psych. Ilse Burbiel, die wissenschaftliche Leiterin des Münchner LFI, bei ihrem Hauptvortrag über das Aggressionsverständnis der Dynamischen Psychiatrie

Die Funktionen des Institutes als Ort der Forschung, Lehre und therapeutischen

Praxis, seine Aufgaben im ganzheitlichen Behandlungskonzept der Dynamischen Psychiatrie, wie etwa therapeutische Nachsorge von stationären Patienten der Klinik Mengerschwaige und die enge Verbindung mit den therapeutischen Wohngemeinschaften der DAP, wurden auch von der Präsidentin der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), Dr. phil. Maria Ammon, in ihrer Grußbotschaft betont.

Die wissenschaftliche Reputation des Münchner Institutes und seine internationale Wirkungskraft bezeugten Grußworte des President elect der World Psychiatric Association (WPA), Prof. Juan Mezzich, vom Vertreter des ungarischen Zweiges der WADP, Dr. Füsekí sowie von Prof. Strithi, der für die slowenische Gruppe der WADP Glückwünsche überbrachte. Glückwünsche sprach auch Dipl. Psych. Gabriele von Bülow im Namen des Berliner Lehr- und Forschungsinstitutes der DAP aus.

Das wissenschaftliche Programm begann mit dem Festvortrag von Dr. phil Ilse Burbiel und Dr. med. Rolf Schmidts. Die Referenten stellten die Entwicklung des Aggressionskonzeptes in der Dynamischen Psychiatrie dar und verdeutlichten seinen zentralen Stellenwert für das Menschenbild und die therapeutische Arbeit einer humanstrukturellen Psychoanalyse.

Die Anwendung des Aggressionskonzeptes auf die gruppentherapeutische Arbeit war Gegenstand des Vortrags von OStR. Ulrike Winkelmann. Insbesondere beleuchtete sie die Wichtigkeit von Grenzerfahrungen für die Identitätsentwicklung und den Umgang mit Grenzsituationen in der Gruppenanalyse.

Das Thema des Wachstums an Grenzen wurde von Dr. phil.



Dr. med. Rolf Schmidts, der ärztliche Leiter des Münchner LFI bei seiner Begrüßungs-Einführung und geschichtlichen Darstellung des Instituts



Dr. phil. Dipl.-Psych. Maria Ammon, Präsidentin der DAP und Leiterin des Berliner LFI im Gespräch mit Prof. Dr. Juan Mezzich (New York), Generalsekretär und President elect der World Psychiatric Association (WPA)



Blick in das Auditorium, v.l.n.r.: Dr. med. Dorothee Doldinger, Dr. phil. Gertrud Reitz, Ingeborg Urspruch, Dr. phil. Dipl.-Psych. Maria Ammon

Gertraud Reitz unter dem Aspekt der Entwicklung der Körpergrenzen von Patienten in der Tanztherapie aufgegriffen. Mit der Darstellung des humanstrukturellen Tanzes verwies die Referentin auf die große Bedeutung der nonverbalen, kreativierenden Therapieformen für die therapeutische Arbeit in der Dynamischen Psychiatrie.

Das Kreativitätskonzept von Günter Ammon und seine therapeutische Umsetzung im Rahmen der Theatertherapie wurde von Ingeborg Urspruch anhand von zahlreichen praktischen Beispielen in ihrem Beitrag veranschaulicht.

Kreativität als Motor des wissenschaftlichen Fortschritts war auch ein wichtiger Aspekt des Vortrags von Dipl.-Psych. Martin Urban. Er beschäftigte sich darin mit dem Motto der Grenze hinsichtlich der Überwindung geistiger Grenzen in der Theorieentwicklung der Psychoanalyse. Anhand von drei bedeutenden Forschern – Freud, Bowlby und Ammon – und ihren wesentlichen theoretischen Innovationen – der Triblehre, der Bindungstheorie und dem sozialenergetischen Prinzip – zeigte er auf, wie diese scheinbar gegensätzlichen Positionen in einem integrativen Modell aufeinander bezogen werden könnten.

Neuere Positionen in der psychoanalytischen Forschung im Hinblick auf sogenannte »second and third generation traumata« spielten auch eine wichtige Rolle im Referat von Dr. phil. Maria Ammon. Ausgehend von den Ergebnissen ihres Forschungsprojekts zur Familiendynamik schizophrener Patienten konnte Frau Ammon eindrücklich aufzeigen, wie unverarbeitete Traumata der Großelterngeneration auf dem Wege einer gestörten Familiendynamik an die Kinder und Enkel delegiert werden. Sie betonte dabei insbesondere die Rolle mangelnder oder fehlender Grenzen zwischen den Generationen und die schädlichen Auswirkungen dieser fehlenden Abgrenzung auf die Identitätsentwicklung der nachgeborenen Generationen.

Wie entscheidend der Umgang mit fehlenden Grenzen und defizitärer Identität von Patienten für eine erfolgreiche Therapie in einem stationären Setting sind, erörterte anschließend der Chefarzt der Klinik Mengerschwaige, Dr. med. Egon Fabian, anhand der Problematik des destruktiven Agierens. Da die agierende Wiederholung von in der Kindheit erfahrenen Grenzverletzungen von frühgestörten Patienten in der Regel nicht reflektiert werden kann, ist hier eine allgemeine Containmentsituation, welche das therapeutische Team und die Großgruppe der gesamten Klinik zur Verfügung stellen, von besonderer Bedeutung für die allmähliche Grenzentwicklung dieser Patientengruppe.

Die hirnhysiologischen und neuropsychologischen Grundlagen traumatischen Wiederholungsgeschehens skizzierte in der Folge Dipl.-Psych. Astrid Thome. In ihrem innovativen Beitrag bezog sie die Ergebnisse der neueren Traumaforschung und der Neuroscience auf die theoretischen Konzeptionen der Dynamischen Psychiatrie Günter Ammons.

Schulenübergreifendes, integratives Denken prägte auch den Vortrag von Dipl.-Psych. Rainer Knappe. Ausgehend von seiner eigenen wissenschaftlichen Orientierung als Verhaltenstherapeut, unternahm er den Versuch der Darstellung der gemeinsamen philosophischen Grundlagen von Psychoanalyse und Verhaltenstherapie.

Die Entwicklung des erweiterten psychoanalytischen Rahmens, der neben der klassischen Einzelanalyse Gruppentherapie, nonverbale und kreativierende Therapieformen etc. umfasst, schilderte Dipl.-Psych. Brigitte Schwinert in einem sehr persönlich gehaltenen Erfahrungsbericht. Die schulenbedingten Einengungen des therapeutischen Denkens und Handelns überwunden zu haben, bezeichnete sie als bleibendes Vermächtnis Günter Ammons.

Zu den wissenschaftlichen Leistungen Ammons zählt auch die Weiterentwicklung der psychoanalytischen Pädagogik und Prävention im Hinblick auf das gruppendynamische und sozialenergetische Prinzip, wie im Festvortrag von Dr. phil. Gertraud Reitz und Dr. med. Dorothee Doldinger zum 25-jährigen Bestehen des psychoanalytischen Kindergartens deutlich wurde. Beispielhaft bezogen auf das Thema der Grenzentwicklung von Kindern gelang es den Referentinnen, die vielfältigen Aspekte der Arbeit in Kinder- und Elterngruppen für die Zuhörer lebendig werden zu lassen.

Mit dem Festvortrag von Dr. Reitz und Dr. Doldinger wurde der wissenschaftliche Teil des Festprogramms beschlossen. Während in zahlreichen Beiträgen die Entwicklungen und Ergebnisse von 30 bzw. 25 Jahren erfolgreicher Arbeit resümiert wurden, fanden sich in einigen Vorträgen auch Hinweise darauf, in welche Richtungen sich die wissenschaftliche Arbeit des LFI in den kommenden Jahren weiterentwickeln könnte. Insbesondere die Rezeption und Integration von Bindungsforschung, neuerer Traumaforschung und Neuroscience, sowie der Dialog und die Kooperation mit anderen Therapieschulen scheinen hier bedeutsam.

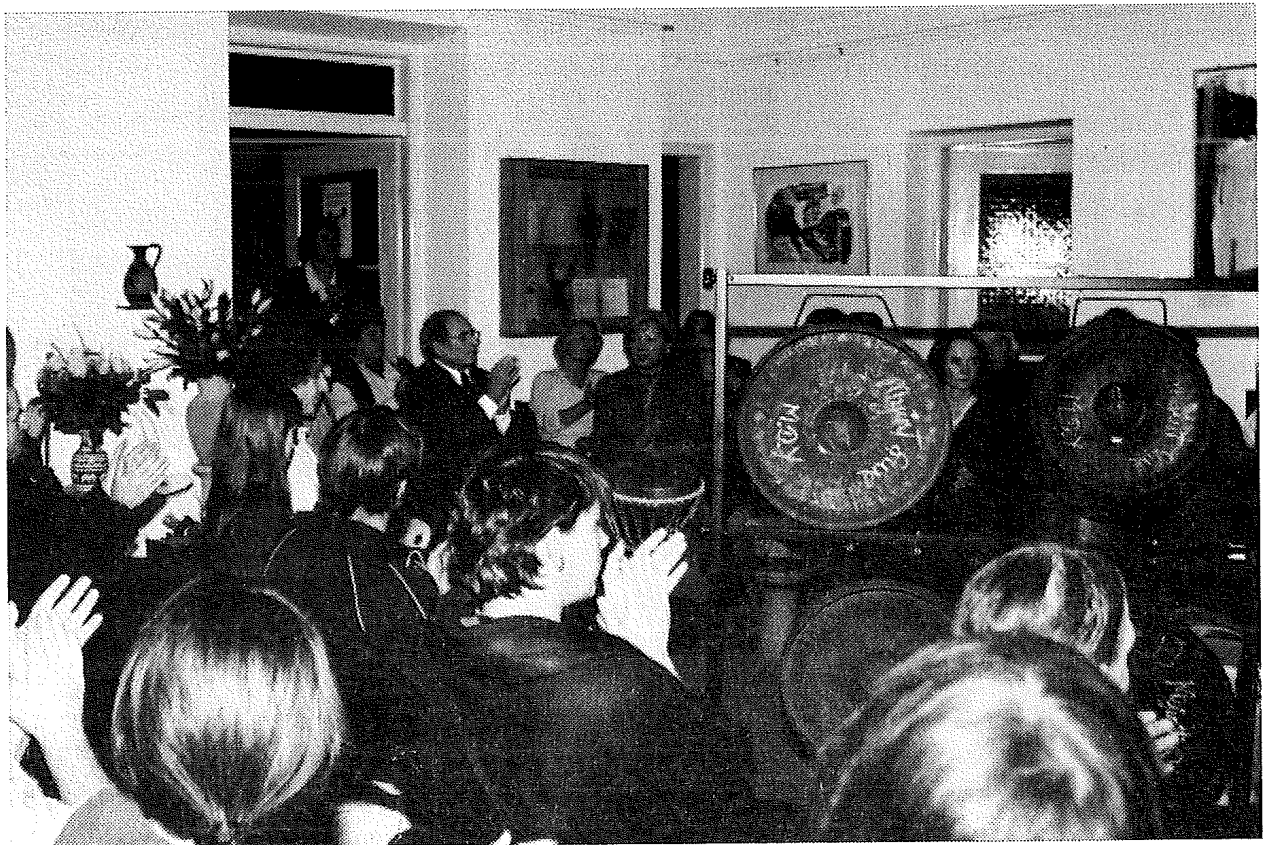
Ergänzt wurde das wissenschaftliche Programm durch eine Reihe von Darbietungen und Demonstrationen der praktischen Arbeit im Münchner Institut. So leitete Dr. Schmidts eine Musikselbsterfahrungsgruppe, demonstrierten Teilnehmer der drei Tanztherapiegruppen des LFI den



Kinder, Eltern und Mitarbeiter des Psychoanalytischen Kindergartens »Purzelbaum« im kreativen Spiel



Workshop mit Mitgliedern der Tanztherapiegruppen des LFI München



Dr. Schmidts bei einer Live-Demonstration im Rahmen der Musik-Selbsterfahrung



Mitglieder der Theatertherapiegruppe von Frau Urspruch bei einer »Faust«-Kostprobe

humanstrukturellen Tanz und gab die Theatertherapiegruppe »Labyrinth« eine kurze Kostprobe ihrer Arbeit und ihres Könnens, worin das Thema der Veranstaltung in schauspielerischer Darbietung erneut aufgegriffen wurde.

In den mit Bildern der Malselbsterfahrungsgruppe schön geschmückten Räumen des Instituts fand am Nachmittag auch ein Fest des Kindergartens mit zahlreichen Darbietungen der Kindergartengruppen statt, sowie am Abend ein geselliges Beisammensein der Teilnehmer, mit dem der Tag einen gelungenen Abschluss fand.

Thomas Bihler (München)

*Ankündigungen***53. Lindauer Psychotherapiewochen**

Leitung: Prof. Dr. M. Cierpka, Prof. Dr. V. Kast
 Titel: 12.-17.4.2003: Kindheit hat Folgen
 21.-26.4.2003: Lebensthemen und Lebenssinn
 Ort: D-Lindau/Bodensee
 Datum: 12.4. - 26.4.2003
 Information: Organisationsbüro, Platzl 4 A
 D-80331 München
 Telefon: +49 - 89 - 29 16 38 55
 Internet: *www.lptw.de*

121. Gruppendynamische Selbsterfahrung in Paestum /Südtalien

Leitung: Dr. med. Rolf Schmidts (München)
 Titel: Unbewußtes und Traum
 Ort: Paestum / Südtalien
 Datum: 14.4.2003 - 24.4.2003
 Information: Münchner Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen
 Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V., Goethestr. 54
 80336 München
 Telefon: +49 - 89 - 53 96 74/75
 Fax: +49 - 89 - 5 32 88 37
 e-mail: *lfi-muenchen@dynpsych.de*
 Internet: *www.dynpsych.de*
 Information: Berliner Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen
 Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V., Kantstr. 120/121
 10625 Berlin
 Telefon: +49 - 30 - 3 13 28 93
 Fax: +49 - 30 - 3 13 69 59

Forum Rehabilitation - Brennpunkte in der Psychiatrie

Ort: CCH Congress Centrum Hamburg
 Datum: 8. - 10.5.2003

Information: Prof. Dr. Michael Sadre Chirazi-Stark, Asklepios
Westklinikum Hamburg, Abt. für Psychiatrie und
Psychotherapie, Suurheid 20, D-22559 Hamburg
Telefon: +49 - 40 - 81 91 29 33
Fax: +49 - 40 - 81 91 28 20
e-mail: *m.duewer@asklepios.com*

3rd European Conference on Psychotherapy

Location: Stadthalle Heidelberg, Neckarstaden 24,
D-69117 Heidelberg
Date: 29. Mai - 1. Juni 2003
Information: AKM Congress Service GmbH, Hauptstr. 18
79576 Weil am Rhein
Telefon: +49-76 21-98 33-0 Fax: ++49-76 21-7 87 14
E-Mail: *akmweil@akmcongress.com*
Internet: *www.akm.ch/aep2003*

4th Summer Academy of DAGG and IAGP: Groups Between Worlds and Cultures

Organizers: German Association of Group Psychotherapy and Group
Dynamics (DAGG) and International Association of Group
Psychotherapy
Location: Granada, Spain
Date: 2nd - 6th June, 2003
Information: *www.granada-academy.org*

122. Gruppendynamische Selbsterfahrung in Paestum /Südtalien

Leitung: N.N.
Ort: Paestum / Südtalien
Datum: 2.6.2003 - 12.6.2003
Information: Münchner Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen
Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V., Goethestr. 54
80336 München
Tel. +49 - 89 - 53 96 74/75
Fax: +49 - 89 - 5 32 88 37

e-mail: *lfi-muenchen@dynpsych.de*
 Internet: *www.dynpsych.de*
 Information: Berliner Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen
 Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V., Kantstr. 120/121
 10625 Berlin
 Tel.: +49 - 30 - 3 13 28 93
 Fax: +49 - 30 - 3 13 69 59

4. Interdisziplinärer Kongreß für Suchtmedizin

Leitung: Dr. med. Markus Backmund
 Ort: Forum Hotel, D-München
 Datum: 3. - 5. 7. 2003
 Information: mic - mi information center
 verlag moderne industrie AG & Co.KG
 D-86895 Landsberg
 Telefon: +49 - 81 91 - 12 53 21
 Fax: +49 - 81 91 - 12 56 00
 Internet: *www.suchtkongress.de*

123. Gruppendynamische Selbsterfahrung in Paestum /Südtalien

Leitung: Dipl. Psych., Dr. phil. Maria Ammon (Berlin/München)
 Ort: Paestum / Südtalien
 Datum: 10. - 20.8.2003
 Information: Berliner Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen
 Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V., Kantstr. 120/121,
 10625 Berlin,
 Tel.: +49 - 30 - 3 13 28 93
 Fax: +49 - 30 - 3 13 69 59
 Information: Münchner Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen
 Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V., Goethestr. 54
 80336 München
 Telefon: +49 - 89 - 53 96 74/75
 Fax: +49 - 89 - 5 32 88 37
 e-mail: *lfi-muenchen@dynpsych.de*
 Internet: *www.dynpsych.de*

11. Weimarer Psychotherapiewoche

Titel: Grenzen und Grenzüberschreitungen im
 psychotherapeutischen Handeln
 Ort: Weimar
 Datum: 12. - 17.9.2003
 Information: Akademie für Psychotherapie e.V. Erfurt
 Fischmarkt 4
 D-99084 Erfurt
 Telefon: +49 - 3 61 - 6 42 22 74
 Fax: +49 - 3 61 - 6 42 24 49
 e-mail: wpw-weimar@gmx.de

2. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Körperpsychotherapie(DGK)

Titel: Körper - Seele - Selbst
 Ort: Freie Universität Berlin
 Datum: 18. - 21.9.2003
 Information: CTW - Congress Organisation Thomas Wiese GmbH,
 Goßlerstr. 30
 D-12161 Berlin
 Tel.: +49 - 30 - 85 99 62 16
 Fax: +49 - 30 - 85 07 98 26
 Internet: www.ctw-congress.de/dgk

60. Psychotherapie-Seminar Freudenstadt

Leitung: Prof. Dr. med. Hartmut Schneider
 Titel: Psychotherapie – wie geht's weiter
 Ort: Karl-von Hahn-Str. 120
 D-72250 Freudenstadt
 Datum: 21. - 26. 9.2003
 Information:
 Tel.: +49 - 74 41 - 54-23 99
 Fax: +49 - 74 41 - 54-25 04
 Internet: www.pt-seminar-freudenstadt.de

**14. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP
XXVII. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für
Psychoanalyse**

Leitung: Prof. Modest M. Kabanow M.D.;
Dipl.-Psych. Dr. phil. Maria Ammon
Titel: Trauma, Bindung und Persönlichkeit – Dynamische Aspekte
Ort: Jagiellonian Universität Krakau, Polen
Datum: 16. - 19.3.2005
Information: Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für
Psychoanalyse (DAP); c/o Dipl.-Psych. Sylvelin Römisch,
Goethestr. 54, D-80336 München;
Telefon: +49 - 89 - 53 96 74/75
Fax: +49 - 89 - 5 32 88 37
e-mail: lfi-muenchen@dynpsych.de
Internet: www.dynpsych.de

Günter Ammon

DAS BORDERLINE-SYNDROM

Krankheit unserer Zeit

Aus dem Vorwort von Ernst Federn:

»Ammon hat in der Diskussion um dieses Krankheitsbild eine neue theoretische Richtung, ein eigenes Verständnis und eine daraus abgeleitete Behandlungsmethodik im Sinne einer humanstrukturellen Identitätstherapie mit der Konzeption der Sozialenergie und Gruppendynamik entwickelt. Es ist daher zu begrüßen, daß Günter Ammons Schriften über die Anwendung seiner weiterentwickelten psychoanalytischen Methodik auf die Behandlung der sogenannten »Borderline-Fälle«, die er als Ich-Störungen erkannte, nun veröffentlicht werden und damit therapeutischer Optimismus auch für eine Gruppe von Patienten möglich wird, die lange Zeit als nur schwer oder kaum therapierbar galt. Daß das Ich eine wichtige soziale Funktion verrichtet, war schon immer bekannt, aber erst die neuen Erkenntnisse über die frühen Beziehungen zwischen Mutter und Kind erlauben uns, neue Behandlungsmethoden für diese seelischen Störungen zu entwickeln. Günter Ammon war ein Pionier auf diesem Gebiet.«

Berlin 1998, 320 Seiten,
Paperback, 20,- EUR
ISBN 3-922109-20-9



Pinel - Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH

Impressum

Verlag, Sitz und Geschäftsstelle/Publisher:

»Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH
 Berlin, Kantstraße 120 / 121, D - 10625 Berlin
 Tel.: 0 30 / 31 32 89 3, Fax: 0 30 / 3 13 69 59
 Amtsgericht Charlottenburg HRB 64279, e-Mail: pinelverlag@web.de

Geschäftsführer des Verlages:

Dipl. Psych. Gabriele von Bülow, Kantstraße 120/121, D-10625 Berlin

Herausgeber/Editor:

Dr. phil. Dipl. Psych. Maria Ammon, Meierottostraße 1, D-10719 Berlin
 (verantwortlich für den wissenschaftlichen Teil)

Abonnentenabteilung/Subscription Management:

Werner Feja, Kantstraße 120 / 121, D - 10625 Berlin,
 Tel. u. Fax: 0 30 / 3 13 69 59, e-Mail: pinelverlag@web.de

Mitglieder der Redaktion/Members of the editorial staff:

Dr. phil. Dipl. Psych. Maria Ammon, Eva Aralikatti, Dipl. Psych. Thomas Bihler, Dr. med. Anette Binder, Dr. phil. Ilse Burbiel, Dipl. Psych. Gabriele von Bülow, Dipl.-Psych. Helmut Cox, Dr. med. Dorothee Doldinger, Dr. med. (Univ. Tel Aviv) Egon Fabian, Dr. med. Ulrike Fabian, Dipl. Psych. Saskia Heyden, Dr. phil. Gertraud Reitz, Dipl. Psych. Gerhard Wolfrum

Nachrichtenteil/News:

Verantwortlich Dr. phil. Ilse Burbiel, Presse- und Informations
 referentin im Executive Council der World Association for
 Dynamic Psychiatry WADP, Jägerwirtstraße 3, D- 81373 München

Buchbesprechungen/Book reviews und Korrektorat:

Dipl. Psych. Saskia Heyden, Auenstraße 14, D-80469 München
 E-Mail: saskiaheyden@tiscali.de

Übersetzung, Lektorat, Satzerstellung/Translation, Editing, Typesetting:

Eva Aralikatti, word.ART.work, Lehrer-Götz-Weg 20, D-81825 München,
Tel.: 0 89 / 45 46 16 68, mobil: 01 73 / 9 26 12 14
word.art.work@t-online.de

Druck:

Offset-Druckerei Gerhard Weinert GmbH, Saalburgstr. 3, 12099
Berlin, Tel.: 0 30 / 60 08 62 - 0, Fax -22, <http://www.weinert-druck.de>
info@weinert-druck.de,

Einsendung von Manuskripten/Manuscripts should be sent to:

Hauptschriftleitung/Address of the editorial staff:

Dr. phil. Dipl. Psych. Maria Ammon
Kantstraße 120/121
D-10625 Berlin
wadp@dynpsych.de

Die Herausgeberin und die Redaktion danken den Gutachtern des Jahrgangs 2002 für ihre sorgfältige Arbeit!

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 Din A4 Seiten nicht überschreiten soll. Die Arbeit muß in jedem Fall auf Diskette (Word-Format) eingereicht werden. Dem Manuskript muss ein englisches Abstract (etwa 100 Worte) vorangestellt sein sowie eine deutsche und englische Zusammenfassung von etwa einem Drittel Länge des Textes hinzugefügt werden. Die Literaturangaben müssen den üblichen Standards dieses Heftes 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 3x jährlich. 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. April. d.J. auf das folgende Konto: Berliner Commerzbank (BLZ 100 400 00), Kto.-Nr. 5 070 560.

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 in German and English. Additionally the manuscript is to be sent on a floppy disc (Word Format). All manuscripts must have an English abstract (roughly 100 words) and a summary in German or English (one third of the text). Literary references 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 copyright for all countries and languages. This journal, or parts thereof, may not be reproduced in any form, by photocopy or any other means without written permission from the publisher. We do not undertake any liability for manuscripts, photos etc. which were not requested 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 at 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 Commerzbank (BLZ 100 400 00), Kto.-Nr. 5 070 560.

Günter Ammon

DER MEHRDIMENSIONALE MENSCH

**Zur ganzheitlichen Schau
von Mensch und Wissenschaft**



Berlin, 2. überarb. Auflage 1995, 466 Seiten, 45 Abb., umfangreiches Glossar und Sachregister, Paperback, 18,- EUR, ISBN 3-922-109-10-1

In einer Gesellschaft, die durch einengende Bedürfnisverbote den Menschen dazu bringt, ein freud- und beziehungsloses, von Routine und Zwang bestimmtes Leben zu führen, bahnt sich die Vision eines neuen Menschen an. »Der mehrdimensionale Mensch« ist das humanistische Konzept, das der Berliner Psychiater und Psychoanalytiker Prof. Günter Ammon in jahrzehntelanger Auseinandersetzung mit dem breiten Spektrum des menschlichen Potentials entwickelt hat.

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

Pinel - Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH