

S. Mentzos

Ein integratives Modell zum Verständnis der unterschiedlichen Therapien von Psychosen

Zusammenfassung Es wird ein zweidimensionales Modell der Psychodynamik der Psychosen dargestellt: Die Selbst-Objekt- (bzw. „Beziehungs“-) Achse ermöglicht eine sinnvolle Einordnung der psychotischen Syndrome je nach Überwiegen einer Selbstbezogenheit oder wiederum einer Objektbezogenheit der Abwehr und der Kompensation. Die zweite Achse präsentiert den Gegensatz zwischen überwuchernder Phantasie, Emotionalität und Überstimulation einerseits und emotionaler Entleerung andererseits.

Psychodynamisch orientierte therapeutische Verfahren arbeiten mehr im Bereich der ersten Dimension (Beziehungsachse); die Wirkung von Verhaltens- und kognitiv-therapeutischen, aber auch psychopharmakologischen Behandlungen, läßt sich am besten auf der zweiten Achse darstellen. Mit diesem Modell sowie mit der zusätzlichen Berücksichtigung der primären und sekundären Circuli vitiosi in der Psychodynamik der Psychosen lassen sich spezifische Wirksamkeiten und spezielle Interaktionen der verschiedenen Behandlungsverfahren bei Psychosen definieren, voneinander unterscheiden, aber auch integrieren.

Schlüsselwörter: Psychosen-Psychotherapie, Psychosen-Dynamik, Integration von Therapieverfahren.

An integrated model for understanding different treatments of psychoses

Abstract A two-dimensional model of the psychodynamics of psychoses is presented: The axis between the self and the object (the “relationship”-axis) enables us to classify sensibly psychotic syndromes according to either a predominant focus on the self or on the object in terms of defence and compensation. The second axis represents the contrast between an overflowing imagination, emotionalism, and overstimulation on the one hand, and emotional depletion on the other.

Psychodynamically oriented therapeutic methods operate primarily within the first dimension (the relationship-axis); the results of behavioural and cognitive-therapeutic treatments as well as psychopharmacological therapies can be delineated best on the second axis. Using this model, and additionally taking into consideration the primary and secondary vicious circles inherent in the psychodynamics of psychoses, it is possible to define, differentiate, and integrate specific efficacies and special interactions of various methods of treatment in the case of psychosis.

Keywords: Psychosis-psychotherapy, dynamics of psychoses, integration of therapies in psychosis.

Un modèle intégré permettant de saisir les différentes thérapies des psychoses

Résumé La plupart des modèles psychiatriques, mais aussi psychanalytiques concernant les aspects psychodynamiques des psychoses se centrent sur la notion de manque, c'est-à-dire de faiblesse du moi. Ici, nous saisissons au contraire les différentes syndromes et symptômes comme des mécanismes de défense et de compensation qui sont mis en oeuvre lorsqu'apparaissent des dilemmes fondamentaux et en apparence insolubles. Ces derniers sont le produit d'un conflit entre deux bi-polarités à l'origine normales: l'opposition d'abord entre l'identité du soi et le rapport (à l'objet); celle ensuite entre la valence du soi et celle de l'objet. Du point de vue de la psychopathologie, ces groupes de pôles correspondent à l'opposition autisme / psychose fusionnelle extatique (par rapport à la

schizophrénie) ou, au niveau des psychoses affectives, manie / dépression avec sentiments de culpabilité. Dans les deux cas, il s'agit de pseudo-solutions visant à résoudre de manière extrémiste et pathologique un même dilemme fondamental. On peut ajouter à cette donnée une dimension supplémentaire, représentée par l'axe “psychologie du moi”; à l'une des extrémités de cet axe se situent une imagination débordante, une sur-stimulation et une dilatation du moi alors qu'à l'autre extrémité correspondent les aspects restriction, sous-stimulation et constriction du moi. On obtient ainsi un schéma bi-dimensionnel des aspects psychodynamiques de la psychose, permettant par exemple de distinguer les images psychotiques “productives” de celles qui présentent une valence négative. Alors

que les procédures thérapeutiques de type psychodynamique se concentrent sur le premier axe, celui des relations, celles qui se fondent sur des bases de type comportement / cognition mais aussi sur la psychopharmacologie, se centrent plus sur l'axe psychologie du moi. Un modèle complémentaire, tenant compte des cercles vicieux qui accompagnent le développement primaire ou secondaire de la psychose, permet de mieux différencier mais aussi d'intégrer les différentes procédures. En effet, les mécanismes de défense dont nous avons parlé font que le patient ne peut pas faire l'expérience de nouvelles relations qui lui permettraient de corriger la solution trouvée; ils contribuent donc à renforcer la pseudo-solution pathologique. Il s'agit là d'un cercle vicieux primaire, que tentent en particulier de rompre les procédures psy-

chodynamiques devant permettre de surmonter le mur des défenses dans le cadre de la relation thérapeutique. Les processus pathologiques de défense aboutissent toutefois à la perte progressive des compétences sociales et autres, et à une atrophie des systèmes neuronaux, provoquée par l'inactivité (cercle vicieux secondaire). Il semble qu'à ce niveau les procédures de type thérapie du comportement et celles impliquant des exercices concrets soient efficaces.

Ce que nous venons de décrire n'est pas en contradiction avec les résultats obtenus par la psychiatrie biologique. Au contraire, les deux approches peuvent être regroupées au sein d'une conception globale selon laquelle ce que l'on appelait autrefois les psychoses endogènes, peuvent être perçues comme des psychosomatoses du cerveau.

In diesem Beitrag wird ein psychodynamisches und psychotherapeutisches Modell geschildert, welches – innerhalb eines übergreifenden Bezugsrahmens – das Verständnis zwischen den Vertretern verschiedener psychotherapeutischer Schulen und verschiedener psychotherapeutischer Verfahren fördern soll. Ein solches Verständnis ist nicht nur in Bezug auf eine Kooperation in der Praxis unbedingt erforderlich, sondern auch schon in der Theorie unerlässlich. Dies ergibt sich schon aus der Tatsache, daß ein paralleles Einsetzen der verschiedensten Therapieverfahren, wenigstens in Kliniken, inzwischen Alltag geworden ist – obwohl ein überzeugend integrierendes Modell kaum existiert. Bemerkenswerterweise wird – wenigstens auf Kongressen – kein offener Streit darüber geführt, es machen sich auch keine offenen Dissonanzen zwischen diesen therapeutischen Angeboten bemerkbar. Nur, daß man dabei den Eindruck gewinnt, daß diese äußerliche Einmütigkeit und Harmonie nicht auf einem gegenseitigen Verständnis und einer Respektierung der Methode des anderen, sondern vielmehr auf einer, aus praktischen Gründen gebotenen, „Friedfertigkeit“ oder auch auf einem höflichen Gentlemen agreement basiert. Es fehlt also vielfach an einem logisch kohärenten Bezugsrahmen, welcher das Vorgehen des anderen, wenn nicht nachahmenswert, so doch wenigstens verständlich machen würde.

Defekt, Konflikte und Vulnerabilität in der Psychose

Das in der modernen Psychiatrie weitgehend akzeptierte Vulnerabilitätskonzept stellt sicher einen Fortschritt dar, im Vergleich zu der früheren statischen Auffassung von einem vorgegebenen primären Defekt bei der Psychose: Nicht letzterer, sondern eine relativ unspezifische Vulnerabilität sei genetisch oder sonst biologisch vorgegeben. Mit Hilfe dieses Modells wird eine differenziertere Erforschung, auch der psychosozialen Faktoren, wenigstens legitimiert. Im folgenden gehe ich jedoch einen entschiedenen Schritt weiter mit der Annahme, daß es bei der Psychodynamik der Psychosen vorwiegend um aktive Abwehr, um die Abwehr von

„Grundkonflikten“ geht, worunter freilich nicht die „reifen“, neurotischen Konflikte, sondern mehr elementare Gegensätzlichkeiten, gleichsam „Grunddilemmata“ gemeint sind. Letztere entstehen aus der Konkretisierung von anthropologisch vorgegebenen und zunächst als „normal“ zu bezeichnenden universellen Bipolaritäten. Es geht um die eigentlich gleichsam „normale“ Spannung zwischen selbstbezogenen und objektbezogenen Tendenzen und spezieller zwischen autonomer Selbstidentität einerseits und bindender Gemeinschaftlichkeit andererseits. Die hier zu leistende Integration gehört zu der zentralen entwicklungspsychologischen Aufgabe der Selbst-Objekt-Differenzierung. Die schizophrenen Psychosen werden nun als Störungen definiert, bei denen das Selbst nicht ausreichend vom Nicht-Selbst unterschieden wird und die genannte Integration nicht gelingt. Diese gewagte und hypothetisch anmutende Annahme stützt sich auf eine Fülle von klinischen Beobachtungen, die uns zeigen, daß der psychotische Patient nicht so sehr ein Ich-angeschwächter, defektöser, in seinen Ich-Funktionen reduzierter, sondern zunächst und im wesentlichen ein in Antinomien und unlösbaren Gegensätzlichkeiten befangener Mensch ist. Diese Tatsache ist übrigens auch für die Schwierigkeiten und Komplikationen innerhalb der Übertragung und Gegenübertragung von großer Bedeutung (vgl. Mentzos, 1991, 1992, 1995, 1996). Diese Schwierigkeiten manifestieren sich freilich allgemeiner im Leben des Schizophrenen als eine Nähe-Distanz-Problematik: Jede zu große Nähe impliziert eine Verwischung des Unterschiedes zwischen Selbst und Nicht-Selbst, während die zu große Distanz als eine, ebenfalls wie die Nähe stark befürchtete, Objektlosigkeit erlebt wird.

Das hier kurz in Bezug auf die Schizophrenie Skizzierte gilt analog auch für die affektiven Psychosen, nur, daß es bei letzteren nicht wie bei der Schizophrenie um Selbstidentität versus Fusion geht, sondern um die Bipolarität (und den daraus eventuell entstehenden Grundkonflikt) von Selbstwertigkeit versus Objektwertigkeit (vgl. Mentzos, 1995). Das Selbstwertgefühl auf der einen Seite, die Hochwerteinschätzung des Objek-

tes auf der anderen Seite, können nicht wie bei einer gesunden Entwicklung integriert werden und sich gegenseitig verstärken, sondern geraten in einen unlösbar erscheinenden Konflikt, dessen extreme pathologischen Pseudolösungen manische Psychose einerseits, depressive Psychose andererseits heißen: In beiden Fällen handelt es sich um eine einseitige, eine extremisierende Pseudolösung. Im ersten Fall wird das eigene Selbst als stark, gut, groß empfunden, im zweiten Fall unterwirft man sich einem hochidealisierten Objekt und erklärt das eigene Selbst als klein, schwach, schlecht, nichtig.

In ähnlicher Weise finden wir auf der klinisch-psychiatrischen Ebene, wenn wir noch einmal die schizophrenen Psychosen betrachten, den Gegensatz zwischen Autismus auf der einen Seite und Fusion der ekstatischen Psychose auf der anderen. Überhaupt lassen sich die zahlreichen, von der Psychiatrie der letzten 150 Jahre beschriebenen Syndrome zwanglos auf eine Achse aneinanderreihen, an deren einem Ende die absolut selbstbezogenen autistischen Psychosen und an ihrem anderen Ende die psychotischen fusionellen Zustände stehen. Dazwischen liegen psychopathologische Bilder, die in gewisser Hinsicht als kompromißhafte pathologische Pseudolösungen zu begreifen wären, so z.B. der Verfolgungswahn oder der Beziehungswahn, bei denen Beziehung und Distanzierung amalgamiert sind.

Diese Einordnung verschiedener klinischer Bilder bzw. psychischer Störungen, je nach der Selbstbezogenheit oder wiederum der Objektbezogenheit der involvierten defensiven Mechanismen (bzw. der hier sichtbar werdenden Modi der Verarbeitung des Grundkonfliktes), läßt sich auch auf die Persönlichkeitsstörungen und wahrscheinlich auch auf die Neurosen extrapolieren (vgl. Abb. 1). Man kann auch hier, genau wie bei den

Psychosen, Polarisierungen und dazwischenliegende „Kompromisse“ beobachten, wenn auch freilich auf einer jetzt höheren Organisationsstufe (Borderline, Persönlichkeitsstörungen, Neurosen). Gleichzeitig wird – zunächst bei den Psychosen – auch das zweite Kriterium, nämlich die Frage, ob es sich um eine Selbst-Objekt-Differenzierungsproblematik oder wiederum um ein Selbstwertigkeits- versus Objektwertigkeitsdilemma handelt, auf der horizontalen Achse der Abb. 1 berücksichtigt. Dadurch ergibt sich die Möglichkeit, zwischen schizophrenen und affektiven Psychosen zu unterscheiden bzw. bei einer Kombination der Problematik eine erste psychodynamische Definition der schizoaffektiven Psychosen zu formulieren. Übrigens erinnert diese Differenzierung, hinsichtlich dieses Kriteriums, an das Konzept der schizoid-paranoiden bzw. depressiven Position bei Melanie Klein (unabhängig von den sonst bestehenden Unterschieden zu unserem Modell).

Dennoch reicht dieses Kriterium noch nicht ganz zu einer befriedigenden Differenzierung psychotischer Zustände aus. Mit Hilfe des bis jetzt Geschilderten läßt sich z.B. ein sogenanntes „produktives“ psychotisches Bild nicht ausreichend von einem schizophrenen Bild, in dem die Minussymptomatik herrscht, differenzieren. Auch läßt sich der Unterschied zwischen einem zurückgezogenen autistischen Schizophrenen und einem solchen, mit einem expansiven, selbstbezogenen Wahn, nicht befriedigend beschreiben. Aus diesem Grunde empfiehlt sich die zusätzliche Einführung einer weiteren Achse (vgl. Abb. 2). Wenn wir die erste Achse „Beziehungsachse“ nennen (Beziehung zum Selbst und zum Objekt), so könnte man diese zweite Achse als die „Ich-psychologische“ bezeichnen. An ihrem einen Ende, links, wäre die überwuchernde Phantasie, das

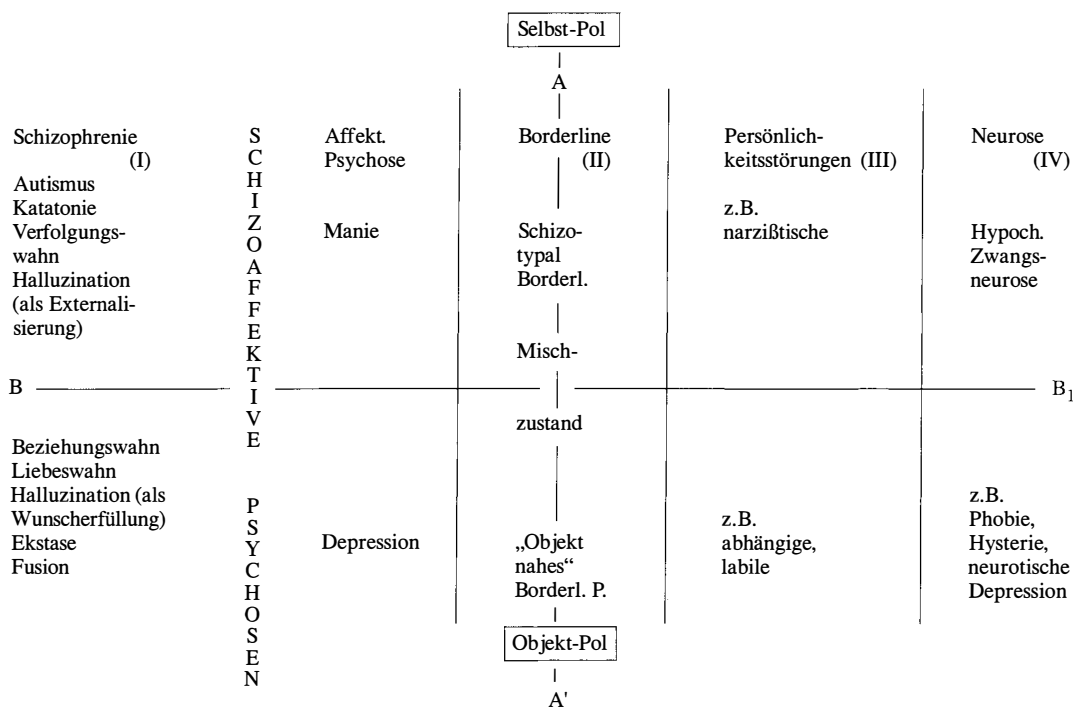


Abb. 1. Selbst- versus Objektbezogenheit der Abwehr und Kompensation bei den verschiedenen Organisationsstufen (I-IV)

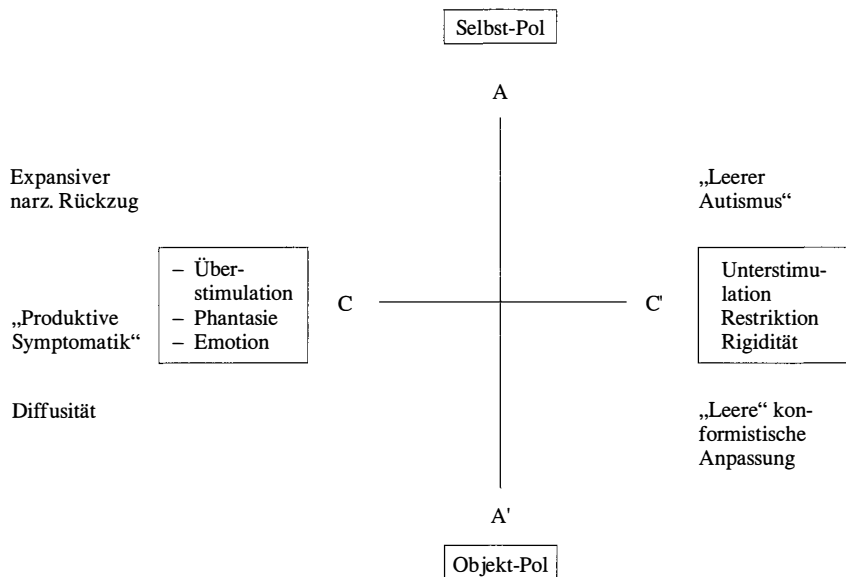


Abb. 2. Beziehungs- und Ich-funktionaler Aspekt der Abwehrmodi (A–A' und C–C' Achse)

Emotionale, die Überstimulation zu postieren sein; das andere Ende würde die Unterstimulation, die Restriktion, die letztlich zur emotionalen Entleerung führende, „rationale“, einschränkende, dann aber auch abspaltende, fragmentierende, reduzierende Denk- und Erlebnisweise repräsentieren, welche in ihrem pathologischen Extrem in die Verarmung der psychotischen Minussymptomatik führt. Begreift man – wie wir – fast alle psychotischen Prozesse als defensive und/oder kompensierte Prozesse, so kann man hier also von einer *expansiven* versus einer *restriktiven* Abwehr und Kompensation sprechen.

Benutzt man die zwei Achsen gleichzeitig innerhalb eines zweidimensionalen Koordinatensystems (wie in Abb. 2), so ergibt sich die Möglichkeit einer differenzierteren psychodynamischen Klassifikation psychotischer Syndrome. Freilich ist die horizontale Achse gleichsam „überfrachtet“, die Einführung jedoch von weiteren Achsen würde die Praktikabilität und Anschaulichkeit des Modells sehr beeinträchtigen.

Bevor nun die Nützlichkeit dieses Bezugsrahmens bei der differenzierteren Darstellung auch des psychotherapeutischen Prozesses bei verschiedenen Verfahren gezeigt wird, möchte ich ein zusätzliches, ebenfalls wichtiges und nützliches Modell einführen, welches in vereinfachter Form, die bei psychotischen Patienten wirksam werdenden pathologischen *Circuli vitiosi* betrifft.

Die in der psychotischen Dynamik wichtigen *Circuli vitiosi*

Der Leidensdruck des Patienten bzw. die objektiv beobachtbare „Störung“ in Bezug auf seine Ich-Funktionen und auf seine Lebensmöglichkeiten im sozialen Feld resultiert nicht nur und nicht in erster Linie aus den beschriebenen Grundkonflikten und den pathologischen Abwehrmechanismen *als solchen*, sondern aus dem in der Weiterentwicklung entstehenden *Circuli*

vitiosi. Diese sind für die Hartnäckigkeit und für die ständige Intensivierung der Symptomatik, wie für die verhängnisvolle Progredienz des psychotischen Prozesses und des damit verbundenen Leidens verantwortlich zu machen. Dies wird verständlich, wenn man berücksichtigt, daß sowohl innerhalb von günstig verlaufenden Therapien, aber auch bei spontanen positiven Verläufen, der hauptsächliche therapeutische bzw. der der psychotischen Störung entgegenwirkende Faktor in der Möglichkeit und Verwirklichung *neuer* positiver *Erfahrungen* in Beziehungen besteht. Es sind Beziehungserfahrungen, die den Betroffenen zunehmend deutlich spüren lassen, daß Selbständigkeit und Autonomie ohne weiteres mit intensiver, auch emotionaler Bindung vereinbar sind. Es ist ja auch zu vermuten, daß bei der Entstehung der Störung das Ausbleiben oder seltene Vorkommen solcher positiver integrativer Erfahrungen (die zu einer Normalentwicklung gehören) von großer pathogenetischer Bedeutung gewesen ist. Eine Besserung oder Wiederherstellung des Zustandes des Patienten (sei es spontan oder in Therapien) ist hauptsächlich dann zu erwarten, wenn mittels solcher Erfahrungen eine Milderung oder sogar Aufhebung des pathogen wirksamen Grundkonfliktes erreicht wird. Diese positive Entwicklung wird jedoch gerade durch die Besonderheiten der defensiven Mechanismen blockiert und regelrecht verunmöglicht: Sowohl der Rückzug und die Isolation (also die defensive Bewegung zum Selbstpol hin) als auch umgekehrt die Eliminierung und die Verleugnung der Selbstobjektdifferenz in der psychotischen Fusion (Vereinnahmung des Objekts oder Verschmelzen mit ihm) machen solche positiven Erfahrungen unmöglich. Die Angst vor dem ersehnten, aber gleichzeitig gefährlichen oder unzuverlässigen Objekt führt entweder zur psychotischen Isolierung oder – beim Überwiegen des anwachsenden „Objekthungers“ – zu der Fusion. Aber auch die oben kurz geschilderten psychotischen Kompromißlösungen, wie Beziehungswahn oder Verfolgungswahn, verunmöglichen ebenfalls

solche positiven Beziehungserfahrungen. Dieser verhängnisvolle kreisförmige Prozeß trägt zur Chronifizierung und Intensivierung der Symptomatik und des Leidensdruckes bei. Zusätzlich zu diesem *primären Circulus vitiosus* kommen nun auch weitere *sekundäre Circuli vitiosi* hinzu, die erheblich zur Therapieresistenz und Verschlechterungstendenz beitragen: Gemeint sind die aus dieser Art der Abwehr resultierenden Verluste an kognitiven emotionalen und sozialen Fertigkeiten. Es kommt zu einem Verlernen und zum Verlust solcher Kompetenzen sowie zu einer nunmehr tatsächlich defektiven Beeinträchtigung der Symbolsysteme, die schließlich auch auf inaktivitätsbedingte Beeinträchtigung der neuronalen Systeme beruht. Daß dadurch die Wahrscheinlichkeit der Verwirklichung von positiven Beziehungserfahrungen noch kleiner wird, liegt wohl auf der Hand. Diese sekundären *Circuli vitiosi* (vgl. Abb. 3) entwickeln mit der Zeit eine Eigenesetzmäßigkeit, so daß auch nach einer Abschwächung oder – mit dem Alter eintretenden – Relativierung der Bedeutung der ursprünglichen Konflikte und Dilemmata die Störung persistiert: Jetzt nicht so sehr aus konflikt- und abwehrbedingten Dynamiken, sondern aus einem, mit der Zeit entstandenen, kognitiven und sonstigen Mangel an Kompetenz und Fertigkeiten.

Zwischenbemerkung

Das geschilderte psychodynamische Modell der Psychosen steht nicht im Widerspruch zu den Ergebnissen der biologischen Psychiatrie der letzten Jahre. Es läßt sich nämlich ohne weiteres mit der Annahme eines erbgenetischen und auch sonst biologischen Faktors vereinbaren. Die ungünstigen Bedingungen, welche eine normale Integration der Bipolaritäten (sowohl in Bezug auf die Selbst-Objekt-Differenzierung als auch in Bezug auf die Selbstwertigkeit versus Objektwertigkeit) verhindern, können nämlich sowohl psychosozialer als auch biologischer bzw. somatischer Natur sein. Hier

erweist sich das Konzept der Psychosomaten (aus der allgemeinen Psychosomatik) als sehr nützlich: Eine somatisch vorgegebene Abweichung, Vulnerabilität, Sensibilität, Mangel usw., trägt bei einer ungünstigen psychosozialen Konstellation zur Entwicklung der Konfliktualisierung bei. So kann z.B. eine somatisch-biologisch bedingte Beeinträchtigung der Informationsverarbeitung dazu führen, daß auch nur mäßig ungünstige psychosoziale Bedingungen zu der geschilderten negativen Entwicklung führen. Und es ist z.B. ohne weiteres denkbar, daß ein in dieser Hinsicht vulnerables (oder bloß sensibles?) Kind auf eine nur mäßig oder nur leicht pathogene „intrusive Mutter“ so heftig mit Rückzug und Isolierungstendenzen reagiert, daß dadurch der verhängnisvolle pathologische, kreisförmige Prozeß in Gang gesetzt wird. In ähnlicher Weise ist es möglich, daß eine biologisch vorgegebene Labilität des limbischen Systems bei einer entsprechenden psychosozialen Konstellation zur Entwicklung der charakteristischen Störungen der Selbstwertgefühlsregulation bei den affektiven Psychosen beitragen kann. Aufgrund solcher und ähnlicher Überlegungen könnte man die früher so genannten endogenen Psychosen auch „Psychosomaten des Gehirns“ nennen (vgl. Mentzos, 1995).

Beziehungs- und Ich-psychologische Achse bei den verschiedenen therapeutischen Verfahren

Die in den Grafiken durch die senkrechte Achse präsentierte Beziehungsdimension ist besonders für die Objektbeziehungstheorie relevant, während die horizontale, Ich-psychologische oder Ich-funktionale Achse deutliche Verbindungen zu der Ich-Psychologie, zu dem Bewußtes/Unbewußtes Modell, aber auch zur Lerntheorie und kognitiven Therapie aufweist. Praktisch wichtig erscheint mir die Möglichkeit, mit Hilfe dieses Koordinatensystems und durch Berücksichtigung der Unterscheidung zwischen primären und sekundären

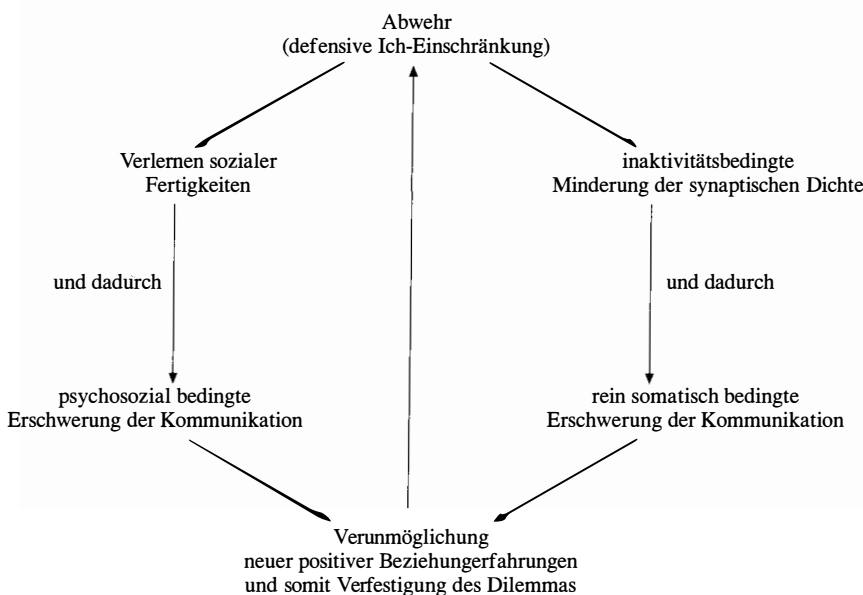


Abb. 3. Die sekundären *Circuli vitiosi*

Circuli vitiosi (siehe oben), eine differenziertere Beschreibung der Vorgehensweise verschiedener therapeutischer Methoden in der Psychosebehandlung zu erfassen. So ist es offensichtlich, daß psychoanalytisch bzw. psychodynamisch orientierte Verfahren mehr an der senkrechten, an der Beziehungachse und dabei am primären *Circulus vitiosus* „arbeiten“, während kognitive, psychoedukative und übende Verfahren mehr für die auf der horizontalen Achse repräsentierten Störungsaspekte relevant sind. Mit den letzteren Therapieverfahren – übrigens auch mit den Psychopharmaka – versucht man großen Abweichungen nach links (ausufernde Phantasie und Überwucherung der inneren Welt) oder nach rechts (emotionelle Verarmung, Inaktivitätsatrophie verschiedener Funktionen etc.) entgegenzuwirken. Schließlich versuchen andere therapeutische Verfahren wie Gestalttherapie, körperbezogene Therapien usw. die, sei es defensiv oder auf die Dauer, defektuös gestörte Kommunikationsmöglichkeiten zu verbessern, indem sie andere „Kanäle“ (und nicht die verbalen) sich zunutze machen. Benedetti und sein Mitarbeiter Pecicia (Benedetti, 1992) benutzen in ihrem Verfahren des „progressiven therapeutischen Spiegelbildes“ eine Kombination von gestalttherapeutischer Technik und psychoanalytisch verstandener Beziehung. Sie arbeiten, wenn man so will, sowohl auf der

senkrechten als auch (im linken Teil) auf der horizontalen Achse.

Es kann hier nicht auf weitere Einzelheiten eingegangen werden, es ging nur um den Versuch, durch diese zwei Modelle sowohl einen einheitlichen Bezugsrahmen als auch ein Differenzierungsinstrument zur Verfügung zu stellen, mit dessen Hilfe man nicht nur die jeweiligen spezifischen Vorgehensweisen des Therapeuten, sondern auch die in der Zukunft zu entwickelnden denkbaren Kooperationen und Innovationen sich besser vorstellen und ausdrücken kann.

Literatur

- Benedetti G (1992) Psychotherapie als existentielle Herausforderung. Vandenhoeck und Rupprecht, Göttingen
 Mentzos S (1991) Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie. Vandenhoeck und Rupprecht, Göttingen
 Mentzos S (Hrsg) (1992) Psychose und Konflikt. Vandenhoeck und Rupprecht, Göttingen
 Mentzos S (1995) Depression und Manie. Psychodynamik und Therapie affektiver Störungen. Vandenhoeck und Rupprecht, Göttingen
 Mentzos S (1998) Psychodynamische Klassifikation psychotischer Zustände. Psychotherapeut (im Druck)

Korrespondenz: Prof. em. Dr. Stavros Mentzos, Beethovenstraße 15, D-60325 Frankfurt, Bundesrepublik Deutschland.