

# Dynamische Psychiatrie

Herausgegeben  
von Günter Ammon

*Dynamic  
Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für  
Psychiatrie und Psychoanalyse

*Günter Ammon*

Gesellschaft, Kultur und Schuldgefühl

*Antonio Lambertino*

Pathologie des Gewissens

*Thomas Hessel*

Beurteilung der Schuldfähigkeit in Strafprozessen anhand des  
Borderline-Konzeptes von Günter Ammon

*Ilse Burbiel/Egon Fabian/Christa Emmert/Gerhard Wolfrum*

Klinisch-psychologische Effizienzuntersuchungen bei der  
stationären Behandlung von Borderline-Patienten in der  
Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige

*Hanna Jaklewicz*

Do the Children Show any Symptoms Predicting the Borderline-  
Syndrome?

*Béla Buda*

Practical Advantages and Theoretical Problems of the Concept  
of the Borderline-Syndrome

*Edward J. Dehné*

International Disability Insurance: USA Entry in Health for All  
Practice

*Werner Billeter/Hedwig Billeter*

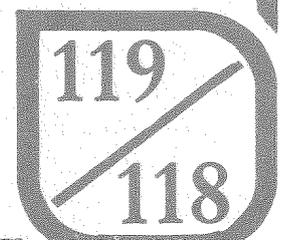
Zur Psychosomatik des Borderline-Syndroms

Buchbesprechungen

Nachrichten

22. Jahrgang  
5./6. Heft 1989

»Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie  
und Philosophie GmbH München



# 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 Mengerschwaige, der  
Deutschen Gesellschaft für Dynamische Psychiatrie (DGDP) und der  
Psychoanalytischen Kindergärten

22. Jahrgang, 5./6. Heft 1989, Nr. 118/119

Herausgegeben von Günter Ammon  
unter Mitarbeit von

F. Antonelli, Rom — F.V. Bassin, Moskau — L. Bellak, New York — B. Buda, Budapest —  
I. Burbiel, München — A. Carmi, Haifa — N. Destounis, Richmond — R. Ekstein, Los Angeles  
— Th. Freeman, Antrim — A. Garma, Buenos Aires — F. Hansen, Oslo — H. Illing, Los  
Angeles — I. Jakab, Pittsburgh — M. Knobel, Campinas — A. Lambertino, Parma — U. Mah-  
lendorf, Santa Barbara — A. Mercurio, Rom — L. Miller de Paiva, Sao Paulo — K. Okonogi,  
Tokio — M. Orwid, Krakow — J.F. Pawlik, Warschau — E. Ringel, Wien — V. S. Roten-  
berg, Moskau — F. S. Rothschild, Jerusalem — D. Shaskan, Los Angeles — J.B.P. Sinha,  
Patna — J. Sutherland, Edinburgh — Y. Tokuda, Tokio — E. Weigert, Chevy Chase — E. D.  
Wittkower, Montreal — Wu Chen-I, Peking.

## Inhalt / Contents

<i>Günter Ammon</i> (Berlin/München)	
Gesellschaft, Kultur und Schuldgefühl	307
Society, Culture and Sense of Guilt	316
<i>Antonio Lambertino</i> (Parma)	
Pathologie des Gewissens	320
Pathology of the Conscience	327
<i>Thomas Hessel</i> (München)	
Beurteilung der Schuldfähigkeit in Strafprozessen anhand des Borderline-Konzeptes von Günter Ammon	330
Assessment of Guilt Capability in Criminal Processes based upon the Borderline-Concept of Günter Ammon	341
<i>Ilse Burbiel/Egon Fabian/Christa Emmert/Gerhard Wolfrum</i> (München)	
Klinisch-psychologische Effizienzuntersuchungen bei der stationären Behandlung von Borderline-Patienten in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige	343
Psychological Efficiency-Research of the Therapy of Hospitalized Borderline-Patients of the Dynamic-Psychiatric Hospital Menger- schwaige	363

<i>Hanna Jaklewicz</i> (Gdansk)	
Do the Children Show any Symptoms Predicting the Borderline-Syndrome?	367
Zeigen Kinder Symptome, die als Vorboten der Borderline-Erkrankung zu verstehen sind?	369
<i>Béla Buda</i> (Budapest)	
Practical Advantages and Theoretical Problems of the Concept of the Borderline-Syndrome	371
Praktischer Nutzen und theoretische Probleme des Konzeptes des Borderline-Syndroms	377
<i>Edward J. Dehné</i> (Carson City)	
International Disability Insurance: USA Entry in Health for All Practice	381
Das ganzheitliche Konzept der Diagnose, Therapie und Rehabilitation von Behinderungen in der internationalen Sozialversicherung für Behinderte: Der Einstieg der USA in die Praxis der »Gesundheit für Alle«	391
<i>Werner Billeter/Hedwig Billeter</i> (Rickenbach/Schweiz)	
Zur Psychosomatik des Borderline-Syndroms	394
On the Psychosomatics of the Borderline-Syndrome	404
Buchbesprechungen / Book Reviews	407
Nachrichten / News	416
Ankündigungen / Announcements	431

XXI th International Symposium of the  
German Academy for Psychoanalysis  
(DAP) e.V.

**8.**

of the World Association  
For Dynamic Psychiatry  
WADP INC. BERN

# **WORLD CONGRESS**



## **Psychotherapy of Psychoses**

**A Change of Paradigm in Psychoanalysis and Psychiatry**

**Scientific Direction:  
Dr. med. Günter Ammon**

# **October 5 - 8, 1990**

**Hochschule der Künste Berlin  
Hardenbergstraße 33 / West-Berlin**

**Information and Registration:  
Organisation Committee of the 8th World Congress of WADP  
Wielandstraße 27/28, 1000 Berlin 15  
Tel. (030) 881 80 59  
Goethestraße 54, 8000 München 2  
Tel. (089) 53 96 74-75**

The WADP is member of the non-governmental organisations of the UNO for Population Activities UNFPA and the WHO for Water and Food Supply for the World.  
The congress is sponsored by the International Health Society (USA) and the World Association of Social Psychiatry (USA)

# Gesellschaft, Kultur und Schuldgefühl\*

Günter Ammon (Berlin/München)

Der Autor unterscheidet zwischen bewußtem Schuldgefühl, das sich auf bewußte Schuld bezieht und ethisch positiv zu werten ist und nichtbewußtem Schuldgefühl, das in der Regel pathologisch und irrational ist und oft bei psychischen Krankheitsformen auftaucht. Er betrachtet es als eine wichtige menschliche Fähigkeit, Schuld erleben zu können.

Freud sah in der Urhordentese den Beginn von Religion und Kultur und im Ödipuskomplex die Wurzel der Schuldgefühle. Diese Auffassung von Freud sieht er durch das damalige Patriarchat gesellschaftlich bedingt. Sie zeigt auch eine übersteigerte Bedeutung der Erwachsenen für die Kinder. In seiner Weiterentwicklung der psychoanalytischen Theorie zum Human-Struktur-Modell rückt der Symbiosekomplex mehr in das Zentrum der Aufmerksamkeit.

Schuldgefühle hängen damit zusammen, daß das Kind sich nicht schuldfrei aus der Symbiose mit der Mutter lösen kann und kranke Menschen wiederholen den Symbiosekomplex im Wiederholungszwang. In der Sprache des Unbewußten wird die Trennung wie ein Mord erlebt und damit gleichgesetzt. Von echter Schuld können wir dann sprechen, wenn der Mensch nicht alles tut, was für die Entwicklung seiner Persönlichkeit notwendig ist. Er hat eine Verantwortung sich selbst gegenüber, seine eigene Identität zu entwickeln. Schuldgefühle sind im Verständnis des Autors ein gruppenspezifisches Geschehen; sie sind der Ausdruck einer entwicklungsarretierten Gruppe. Die Dynamik dieser Gruppe begreift er als das entscheidende Agens, das die jeweils spezifische Human-Struktur ausbildet.

Auf diesem Hintergrund wird auch klar, daß er das Dogma der Erbsünde und des angeborenen Destruktionstriebes überwindet. Die Annahme eines angeborenen Destruktionstriebes — den die institutionalisierte Psychoanalyse auch 50 Jahre nach Freud's Tod unkritisch weitertradiert — ist unvereinbar mit der Einführung des prozeßhaften Denkens, das zum Verständnis der Konflikte des seelisch kranken Menschen und zu therapeutischen Möglichkeiten verholfen hat.

Im Rahmen des von ihm entwickelten Human-Struktur-Modells begreift Ammon Aggression als eine Funktion des Ich im Dienste der Selbstentfaltung; als ein Vehikel allen menschlichen liebenden und schöpferischen Tuns im Dienste der Entwicklung der Identität. Die Aggressionsdynamik ist Dreh- und Angelpunkt gesunder wie auch destruktiver und defizitärer Ich-Struktur-Entwicklung.

Konstruktive Aggression dynamisiert andere Humanfunktionen; destruktive Aggression ist Ausdruck einer reaktiven Verformung, entstanden aus einem Konflikt oder realem Defizit. Defizitäre Aggression ist bedingt durch eine umfassende Erfahrungs- und Entwicklungsunfähigkeit. Der gruppenspezifische Kontext und das sozialenergetische Umfeld sind wichtige Komponenten für die jeweilige Aggressionsentwicklung. Die menschliche Identitätsentwicklung ist auch beeinflusst durch die Kultur und zur Kultur gehören auch religiöse und kulturelle Bedürfnisse. Dabei ist die Relativität von gut und böse wichtig, besonders in Gesetzgebung und Strafe. Gut und Böse sind nichts Absolutes, sondern ganzheitlich zu sehen in Prozessen und Entwicklung. Dennoch bleibt der Mensch voll verantwortlich für sein Unbewußtes, seine Phantasien und Träume.

Zur notwendigen Richtschnur für Mensch, Kultur und Gesellschaft wird für den Autor die Ethik, die vor allem humanistisch ausgeprägt sein muß. Menschenrecht muß vor kulturell bedingtem Recht und vor ideologisch hergeleitetem Recht gelten. Ethische Grundprinzipien sollten auch die Herrschenden leiten, kontrollieren und supervidieren. Wo diese Grundlagen fehlen, kann auch der Staat — wie manchmal die Eltern — als Aggressor auftreten, wie wir dies im Nationalsozialismus, Stalinismus und in Militärdiktaturen kennengelernt haben.

Einen wesentlichen Schritt zur Befreiung aus pathologischen Schuldgefühlen bietet die Konzeption des Autors vom mehrdimensionalen Menschen. Die Gegensätze eines schädlichen dualistischen Denkens und Erlebens werden aufgehoben und der Mensch kann sich selbst und andere Menschen ganzheitlich erfahren und erleben. Erst wenn das breite Spektrum des menschlichen Potentials, das Dimensionen wie Androgynität, Körper, Identität, Kreativität, Arbeit, Zeit, Tod und Sterben, Religiosität, Wissenschaft und Frieden umfaßt, integriert und gelebt wird, wird die

\* Vortrag für den Internationalen Kongreß der Università degli Studi di Parma, Dipartimento di Filosofia, »Jenseits des Schuldgefühls«, Parma, 4.—7. Dezember 1989; veranstaltet von Prof. Lambertino

Vorstellung vom ganzen Menschen Realität. Das mehrdimensionale Prinzip des Menschen in Gesundheit und Krankheit befreit von den Makeln der Unbehandelbarkeit und damit von Resignation und Verzweiflung.

Das Thema Gesellschaft, Kultur und Schuldgefühl ist an sich ein transkulturelles Problem, was bei meinem Vortrag eingeschränkt werden muß auf unsere abendländische Welt. Von Wichtigkeit für unser Unternehmen sind hierbei das Phänomen der sog. Erbsünde in der christlichen Lehre und das Freudianische Dogma von den angeborenen Trieben von Zerstörung und Sexualität.

Das neugeborene Kind ist nach humanistischer Ethik frei von Schuld, Schuldbewußtsein, Schuldgefühlen und folgerichtig auch noch nicht schuldig. Durch kulturelles Lernen in Familie, Kindergarten und Schule erfährt das Kind die Wertigkeit von Verhalten, Denken und Fühlen, was erwünscht ist und was unerwünscht ist und letztlich bis hin zu den Extremen von Gut und Böse.

Die Problematik von Gut und Böse wird deutlich bei gesellschaftlichen Prozessen, die bereits im Hier und Jetzt unseres gesellschaftlichen Lebens zu studieren sind, wie man dies im Augenblick an dem Wandel der bisher herrschenden Gesellschaftssysteme in Osteuropa beobachten kann, wo das, was gestern eine hohe Wertigkeit hatte, heute verachtungsvoll abqualifiziert wird, und das, was gestern verfolgt und bestraft wurde, heute hohe Anerkennung hat.

Es wird hier die Relativität von gut und böse deutlich, besonders in Gesetzgebung und Strafe. Gut und Böse stellen somit nichts Absolutes dar, sondern sind ganzheitlich zu sehen in Prozessen und Entwicklung, was jedoch nicht heißt, daß wir ethisch gesehen kein Gut und kein Böse kennen. Im Gegenteil, wir halten den Menschen auch für voll verantwortlich für sein Unbewußtes, für seine Phantasien und Träume, ähnlich wie *Freud* dies tat. Hierbei ist das Wichtigste die Verhütung von Bösem und die Therapie des Bösen, möchte ich fast sagen, in einem heilenden Sinn, aber frei von Vergeltung.

Jedoch müssen wir jenseits von gesellschaftlichen und kulturellen Vorstellungen die humanistische Ethik setzen, die kulturbedingte Normen durchbricht, und natürlich erst recht gesellschaftliche Normen. Ich erinnere da meinen Vortrag in Kairo vor Kolleginnen und Kollegen der Ägyptischen Psychiatrischen Gesellschaft, wo ich transkulturell gesehen meine Achtung vor jeder bestehenden Kultur und Religion in den verschiedenen Teilen der Welt bekundete. In der Diskussion fragte man mich jedoch, wie ich dazu stehen würde, daß man nach dem Gesetz des Korans Frauen, die des Ehebruchs angeklagt sind, steinigen würde. Ich sagte, daß dort, wo Menschlichkeit verletzt werde, Menschenrecht vor kulturell bedingtes Recht gesetzt werden müsse und erst recht vor den aus gesellschaftlichen Ideologien hergeleiteten Rechtsauffassungen, wie z.B. Eindämmung des Rechtes freier Rede, freier beruflicher Tätigkeit und freier Bewegungsmöglichkeit und von destruktiven Ideologien, die zu Anarchismus und Terrorismus führen können. Wenden wir uns nun einer Definition von »Schuld« und »Schuldgefühlen« zu.

Ich würde unterscheiden zwischen einem nichtbewußten Schuldgefühl und

einem bewußten Schuldgefühl, aber möchte darauf hinweisen, daß es dabei gleitende Übergänge gibt im Sinne meiner Spektraltheorie und des Synergismus zwischen Bewußtem und Unbewußtem. Das bewußte Schuldgefühl bezieht sich auf eine bewußte Schuld. Es ist eine sehr wichtige menschliche Fähigkeit, Schuld erleben zu können. Bewußte Schuld ist immer verbunden mit einer zerstörerischen Aktion gegen Menschen, Tiere oder Dinge. Hierbei ist dieses Schuldgefühl ethisch gesehen positiv zu werten und kann zu Einsicht, zu Besserung, zu Wiedergutmachung und zur Veränderung der Persönlichkeit führen.

Die Fähigkeit, Schuld zu erleben, ist eine besonders wertvolle menschliche Eigenschaft, die nicht immer voll entwickelt ist. So gibt es Menschen, die besonders zu der Gruppe der Persönlichkeitsstörungen oder Borderline-Gruppe von Patienten gehören, die kein Gefühl von Schuld entwickelt haben. Dieselben Menschen haben auch in der Regel keine Fähigkeit, Angst zu entwickeln. Man kann sagen, daß der Borderline- oder Grenzfallpatient an der Pathologie des Gewissens leidet, d.h. er ist ein Mensch ohne Identität und Verlässlichkeit. Ja, es fehlt ihm in seinem Ich die Ethik. Hier liegt gewissermaßen sein »Loch im Ich«.

Das unbewußte Schuldgefühl ist in der Regel pathologisch, d.h. es ist ein Gefühl von Schuld, ohne daß eine schuldhafte Tat vollbracht wurde. Es ist ein irrationales Schuldgefühl, wobei es oft auch um unbewußte Strebungen und Phantasien, um destruktive Aggression und um destruktive Sexualität geht, die den Menschen in Schuldgefühle bringen. Oft treten auch unbewußte Schuldgefühle auf beim Tod oder bei schwerer Krankheit von Angehörigen. Der Betroffene hat dann das Gefühl, er wäre dafür verantwortlich. Im Extremfall hat er auch das Gefühl, Schuld an Kriegen, an Erdbeben oder an Flugzeugunglücken zu haben. Es ist auch ein Schuldgefühl, das oft bei psychischen Krankheitsformen wie Paranoia, Depression oder auch innerhalb der Schizophrenie auftaucht.

Dieses pathologische Schuldgefühl ist nach *Antonio Lambertino* (1989) die einfache Fortsetzung des Vergangenen, d.h. es stellt eine Zwangsvorstellung dar, derzufolge »es dem Menschen, dem die anderen verzeihen haben, nicht gelingt, sich selbst zu verzeihen und über sich selbst hinauszugehen; als solches gewinnt das pathologische Schuldgefühl nicht nur keinen Wert als moralische Dimension, sondern verhindert auch die Entstehung der Moral sowie jeden Ausdruck psychologischer Reife«.

Dazu ein Beispiel: Ein Kaplan der amerikanischen Truppen von West-Berlin schickte mir einen jungen Leutnant, der mit Schuldgefühlen wegen seiner zwanghaften Onanie zu mir in psychoanalytische Behandlung kam. Der Geistliche hatte ihn ein Jahr während der Beichte in Betreuung gehabt. Der Leutnant hatte immer wieder geklagt über seine Schuldgefühle, woraufhin der Kaplan ihm stets die Vergebung des Herrn gegeben hatte mit Auflagen, den Rosenkranz zu beten oder Ähnliches zu tun. Aber die Vergebung in der Beichte half ihm nichts, er hatte trotzdem diese Schuldgefühle und er konnte

diese nicht mehr aushalten. Selbst die Ermahnung, daß es eine Sünde wäre, wenn er trotz der Absolution Schuldgefühle habe, half ihm nicht weiter. So schickte ihn der Kaplan schließlich zu mir zur Psychoanalyse. Er kam dann in die analytische Behandlung bis zu seiner Rückversetzung in die Staaten. Während der Analyse ging es ihm verhältnismäßig gut und die Schuldgefühle wurden weniger.

*Sigmund Freud* sah in seiner Urhordenthese mit dem Schuldgefühl den Beginn von Religion und Kultur. Der von den Söhnen ermordete Vater wurde aus Schuldgefühl zum Gott erhoben und zum Begründer der Kultur gemacht. *Freud* nahm an, daß ähnlich wie beim Ödipusmythos auch bei seinem Urhordenmythos es sich ursprünglich um historische Begebenheiten gehandelt habe. So ist für *Freud* auch in dem Ödipuskomplex die Wurzel von Schuldgefühl zu finden und auch die damit verbundene Angst, die Angst vor der Strafe, wie auch die Angst vor dem verbotenen sexuellen Wunsch nach dem andersgeschlechtlichen Elternteil. Die zerstörerische Aggression, nach *Freud* eine angeborene Triebenergie, gilt dem gleichgeschlechtlichen Elternteil, woraus sich ebenfalls Schuld, Schuldgefühle und Strafe herleiten lassen und somit dem Menschen wesensimmanent seien.

Heute 50 Jahre nach dem Tod des großen *Sigmund Freud* sehe ich die Entwicklung des Gewissens im Über-Ich aus dem Ödipuskomplex heraus als *eine* Variante und *eine* Möglichkeit der Entstehung von unbewußten Schuldgefühlen.

Die Auffassung von *Freud* ist durch das damalige Patriarchat gesellschaftlich bedingt und besitzt m.E. eine übersteigerte Bedeutung der Erwachsenen für die Kinder. Ich möchte mich wundernd fragen, ob jedes kleine Mädchen unbedingt ihren Papi zum Mann haben will oder jeder Junge die Mami zur Frau. Ich glaube, das ist auch eine sehr narzißtische Sichtweise der Welt der Erwachsenen, da die Erwachsenenwelt keineswegs immer so vorbildlich und attraktiv für die Kinder ist. Wir wissen heute, daß Kinder sehr oft unter den Eltern gelitten haben und auch, daß der Inzest bedeutend stärker verbreitet war und ist, als die Wissenschaft dies bisher annahm. Ich habe mich deswegen schon vor 20 Jahren im Zuge meiner damaligen Aggressionsstudien auch zu dem Laios-Komplex bekannt.

In meiner psychoanalytischen und psychiatrischen Erfahrung konnte ich nie Zeichen eines Zerstörungs- oder Todestriebes feststellen. Auf dem theoretischen und empirisch fundierten Hintergrund meiner Aggressionslehre im Rahmen des Ich- bzw. Human-Struktur-Modells gehe ich von Verkrüppelungen einer auf das Leben gerichteten konstruktiven Ich- bzw. Human-Funktion der Aggression aus, wie ich das übrigens in meiner Arbeit seit 1968 vertreten und weiterentwickelt habe (*Ammon* 1968, 1969 a-c, 1970 a-d, 1973 a-e, 1976, 1978 a-c, 1979 a, b, 1981, 1982 a, b, 1983, 1984 a, b, 1985, 1988).

Lassen Sie mich hierzu aus meiner Arbeit von 1968 zitieren, die heute genauso Gültigkeit hat: »Durch die Annahme eines angeborenen Destruktionstriebes wird die größte Leistung der Psychoanalyse, nämlich die Einführung des

prozeßhaften Denkens in die Psychologie, aufgehoben. Prozeßhaft gesehen ist der Mensch ständig in Entwicklung begriffen; so auch seine Störungen und Konflikte. Er ist wandelbar. Erstaunlich ist, daß *Freud* an diesem Punkt prozeßhaft dynamisches Denken aufgab und psychodynamisch verstehbares, destruktives Verhalten als angeboren und final gegeben ansah.

Es seien hier vier hauptsächliche Einwände gegen die Destruktionstriblehre angeführt, die besonders im Hinblick auf die psychoanalytische Theorie m.E. von Bedeutung sind:

1. Die Annahme eines angeborenen Destruktionstriebes ist unvereinbar mit der Einführung des prozeßhaften Denkens, das uns zum Verständnis der Konflikte des seelisch kranken Menschen und dadurch zu therapeutischen Möglichkeiten verholfen hat.
2. Die Folge eines solchen Postulats ist eine Kapitulation vor dem angeborenen und somit unbeeinflussbaren Phänomen. Diese Einstellung kennen wir aus der Zeit vor *Freud* gegenüber geistig-seelischen Erkrankungen.
3. Hinsichtlich destruktiv-aggressiver Tendenzen in Gruppen könnte diese pessimistisch-defätistische Haltung gegenüber tatsächlich verstehbaren Gruppenphänomenen zu einer Gefahr für die Gesellschaft werden.
4. Vereinigt man Destruktionen und Aggressionen unter dem Begriff eines Triebes, so wird die konstruktive Aggression im Sinne des lateinischen »ad gredi« ignoriert.

Wenn wir den Thesen von *Mitscherlich* (1965) folgen, so können wir im Sinne *Barans* (1966) »alle Hoffnungen auf eine Gesellschaft ohne Ausbeutung des Menschen durch den Menschen, ohne Ungerechtigkeit und ohne Krieg fahren lassen, weil alle diese Phänomene das unausweichliche Resultat immerwährender menschlicher Eigenschaften sind. Eingesperrt in seine »ewige Natur« ist der Mensch für alle Ewigkeit verdammt. . .«. Alle zukünftige Aggressionsforschung muß, wenn sie diesem Dilemma entgehen will, Struktur- und Entwicklungsforschung betreiben, nicht Trieb Spekulation. *Freuds* bedeutender Ansatz von 1921 in dieser Richtung wurde von der institutionalisierten Psychoanalyse zu ihrem Schaden nicht weiterentwickelt. Ein starres Festhalten an der Dual-Instinkt-Theorie verurteilt die psychoanalytische Aggressionsforschung zur Stagnation.

Unser Arbeitskonzept, welches konstruktive Aggression als Funktion des Ichs im Dienste der Selbstentfaltung begreift, möchte verstanden werden als Versuch, der zitierten Sackgasse zu entgehen und als Anstoß zu einer Neuformulierung und Weiterentwicklung der Aggressionslehre im Rahmen der psychoanalytischen Ich-Psychologie.« (*Ammon* 1968)

Ich fasse die Aggression im Sinne des »ad gredi«, des Hergehens an Menschen und Dinge, als eine Humanfunktion der Persönlichkeit auf, als ein Vehikel allen menschlichen liebenden und schöpferischen Tuns im Dienste der Entwicklung der Identität.

Im Rahmen meines Human-Struktur-Modells sehe ich die Aggression als eine zentrale Human-Funktion, die im Nichtbewußten des Menschen wurzelt,

gemeinsam mit den zentralen Human-Funktionen wie Kreativität, Abgrenzung nach innen und außen, Angst, Sexualität, Narzißmus, konzeptionelles Denken, Körper-Ich-, Traum- und Phantasiefähigkeit u.a. bis hin zur Identität. Die zentralen Human-Funktionen stellen komplexe, integrierte psychologische Einheiten dar und stehen in einem synergistischen wechselseitigen Zusammenhang mit den primär organischen Strukturen, die die neurophysiologischen und biologischen Funktionen des Menschen beschreiben und den sekundären Human-Funktionen, die mehr das Verhalten bestimmende Funktionen meinen, wie logisches Denken, Fähigkeiten und Fertigkeiten u.a. Es besteht immer ein Synergismus zwischen allen Human-Funktionen. Die alle Human-Funktionen integrierende Kraft ist die Identität des Menschen, die Struktur, Funktion und Ausdruck der Gesamtpersönlichkeit ist.

Die Aggressionsdynamik ist Dreh- und Angelpunkt gesunder wie auch defizitärer und destruktiver Ich-Struktur-Entwicklung. Konstruktive Aggression bedeutet, daß der Säugling ein primäres Bedürfnis nach Eindrücken, nach Kontakt und Beziehungen von Beginn seiner Geburt an hat. Die regulatorische Bedeutung der konstruktiven Aggression besteht darin, daß sie andere Human-Funktionen dynamisiert und Handlungen kohärenter und zielgerichteter formuliert. Die konstruktive Aggression des kreativen »ad gredi« bedeutet auch, sich von der frühkindlichen Symbiose der Primärgruppe schuld- und angstfrei abzugrenzen mit dem Bestreben, eine eigene Identität zu realisieren. Insofern ist die konstruktive Aggression stets im Zusammenhang mit der zentralen Human-Funktion der Kreativität zu sehen.

Die klinisch beobachtete destruktive Aggression verstehe ich im Rahmen meines Human-Struktur-Konzeptes als Ausdruck einer reaktiven Verformung der zentralen Human-Funktion der konstruktiven Aggression. Destruktive Aggression ist aus Konflikt oder realem Defizit entstanden. Sie ist ursprünglich konstruktive Aggression, welche keine menschliche Beziehung fand, in der sie sich betätigen konnte und in der sie verständnisvoll angenommen wurde. Diese ursprüngliche konstruktive Aggression, die kein wirkliches Gegenüber fand, richtete sich reaktiv gegen die eigene Human-Struktur oder gegen die Umwelt als destruktiv bzw. als defizitär gewordene Aggression. Defizitäre Aggression bedingt eine umfassende Erfahrungs- und Entwicklungsunfähigkeit.

Der Erbsünde des sexuellen Sündenfalls und dem Fluch eines angeborenen Zerstörungstriebes, mit dem der Mensch verdammt ist, immer wieder Kriege zu machen in seinem Umkreis wie mit anderen Völkern, setzten wir das Paradigma eines menschenfreundlichen und optimistischen Wesens gegenüber. Durch neues und ganzheitliches Denken sowohl in der Medizin wie in der Psychologie, Psychiatrie und in der Gesellschaft entsteht vor uns das Bild eines Menschen, der in sich die Gegensätze eines schädlichen dualistischen Denkens und Erlebens aufgegeben hat und sich selbst und andere Menschen ganzheitlich erfahren und erleben kann.

In der heutigen Zeit, die eine Aufbruch- und Umbruchzeit ist, steht m.E.

der Symbiosekomplex viel mehr im Vordergrund als der Ödipuskomplex. Die freundliche Lösung von der Mutter zusammen mit dem ersten abgrenzenden Nein des Kindes ist der Beginn seiner Identitätsentwicklung und -findung.

Die Entstehung von Schuldgefühlen hängt hier damit zusammen, daß das Kind sich nicht schuldfrei von der Mutter aus der Symbiose lösen kann und im übertragenen Sinne wiederholen diese Kranken den Symbiosekomplex immer wieder in den sog. symbiotischen Partnerschaften, Ehen und Familien, wobei ganz besonders die Borderline-Kranken unter dem Symbiosekomplex leiden. Sich trennen heißt hier, mit der Sprache des Unbewußten, Morden, d.h. die Mutter vergeht in Einsamkeit, Armut und Tod, wenn ich mich von ihr trenne. Eine der großen Wurzeln des sich selbst nicht Erfolg Gestattens im Leben ist auch hierin zu suchen. Denn jeder schulische und berufliche Erfolg bedeutet eine Trennung von der Mutter, von den Eltern und bedeutet auch, über die Eltern hinauswachsen.

In gesunden Familien, so *Erik Erikson* (1965) wachsen die Eltern mit den Kindern, d.h. die Eltern entwickeln sich mit den Kindern.

Wie bereits diskutiert, macht in der Sprache des Unbewußten die Trennung aus einer pathologischen Symbiose schuldig. Aber auch in der Sprache des Bewußten können wir vom Standpunkt des Analytikers sagen, daß auch der Patient eine Verantwortung sich selbst gegenüber hat. Er macht sich schuldig gegen sich selbst, gegen seine eigene Identitätsentwicklung, gegen sein Menschsein und gegen seinen Sinn im Leben, wenn er nicht alles tut, was für die Entwicklung seiner Persönlichkeit notwendig wäre. Hier kann und muß man von echter Schuld sprechen, nicht nur von Schuldgefühlen, sich selbst gegenüber.

Schuldgefühle sehe ich in dem oben dargestellten Zusammenhang als ein gruppenspezifisches Geschehen. Dies bedeutet, daß das Schuldgefühl Ausdruck von arretierter destruktiver Aggression ist, die gegen sich selbst gerichtet ist und mit dem ersten Nein des Kindes, im Sinne der Abgrenzung aus der Primärgruppe, hin zu einer eigenen Identität beginnt. Schuldgefühle sind so verstanden Ausdruck einer entwicklungsarretierten Gruppe, deren Dynamik eine spezifische Human-Struktur ausbildet.

Die Identität ist nicht nur die integrierende Kraft der Persönlichkeit, wie ich dies bereits ausführte. Sie ist auch Ausdruck der Geschichte der Persönlichkeit, d.h. Resultat der sozialenergetischen Entwicklungsprozesse, durch die der Mensch in seinem Leben geht.

Sozialenergie bedeutet dabei psychische Energie, die ich immer in Abhängigkeit von zwischenmenschlichen und gruppenspezifischen Bezügen sehe, von der Umwelt des Menschen, von gesellschaftlichen Faktoren und seinem Sein in dieser Gesellschaft.

Zu einer Psychoanalyse ohne Schuldgefühle (gemeint ist nicht die reale Schuld) gehört zwingend, und dies möchte ich im folgenden noch ausführlich, die Konzeption des mehrdimensionalen Menschen, da Mehrdimensionalität präventiv die Entstehung von Schuldgefühlen verhindern kann, was auch einen befreienden Charakter hat.

Das ganzheitliche Konzept der Mehrdimensionalität des Menschen bedeutet bei mir immer das Potential an konstruktiver Lebensentfaltung, das aus dem Einklang von Körper, Geist und Seele erwächst. Erst wenn das breite Spektrum des menschlichen Potentials, das Dimensionen wie Androgynität, Körper, Identität und Sozialenergie, Kreativität, Arbeit, Zeit, Tod und Sterben, Religiosität, Wissenschaft und Frieden umfaßt, integriert und gelebt wird, wird die Vorstellung vom ganzen Menschen Realität. Das mehrdimensionale Prinzip des Menschen in Gesundheit und Krankheit, Leiden und Heilkunst befreit den Menschen von den Makeln der Krankheit und der Unbehandelbarkeit und damit von Schuldgefühlen und Verzweiflung. An die Stelle der Kategorie »Krankheit« tritt der Prozeß von Dysregulation der Homöostase von Geist, Körper und Seele, eine uralte Vorstellung von Heilmedizin und Menschsein.

Dabei sind die mehrdimensionalen Möglichkeiten und Bedürfnisse dieses Menschen für seine Heilung wichtiger als die Kausalität seines Zustandes. Einen Menschen zu kategorisieren und sich vorwiegend auf die Kausalität seiner Verhaltensweisen zu konzentrieren, zerstört jede menschliche Beziehung und ist deshalb antitherapeutisch.

Zweifellos ist die Entwicklung der Identität des Menschen beeinflusst durch die Kultur, d.h. durch die traditionellen Werte der Kultur, die geistigen und seelischen Leistungen der Kultur und ihre ethischen und ästhetischen Leistungen.

Zur Kultur gehören auch die Religion und die kulturellen und religiösen Bedürfnisse eines Menschen. Die kulturellen Werte und Überlieferungen, besonders auch religiöser Art, können Bestandteil der individuellen Identität sein. Die Identität kann nur in Beziehung zum gesellschaftlichen und kulturellen Feld des Individuums gesehen werden; denn die Human-Struktur eines Menschen bildet sich in einem Prozeß, in dessen Verlauf das Individuum und die Gruppe, deren Mitglied es ist, sich über ihre Bedürfnisse gruppenspezifisch und sozialenergetisch verständigen und deren Befriedigung ermöglichen.

Genauso wie sich der Mensch gegen seine eigene Identität vergehen kann, so kann er sich auch gegen die kulturelle Identität, seine kulturelle wie auch gesellschaftliche Umgebung vergehen. Dies hat oft strafrechtliche Konsequenzen. Dabei können dem Begriff von Strafe, wie er in die Strafgesetzgebung einfließt, innerhalb der Gesellschaft und Kultur durchaus verschiedene Auffassungen zugrundeliegen. So z.B. Strafe als Sühne oder Strafe zur Besserung, wie sie besonders bei modernen Rechtsauffassungen zu finden sind. Hier werden kriminelle Akte als krank angesehen. Man meint, der kriminell entartete Mensch müsse umerzogen und therapiert werden, er müsse neue Erfahrungen machen im Strafvollzug, um als ein gesellschaftsfähiger und gebesserter Mensch die Anstalt wieder verlassen zu können.

Bei den Schuldgefühlen der Kultur und der Gesellschaft gegenüber könnten die gleichen Überlegungen angestellt werden, wie ich dies bereits bei meinen Ausführungen über die Schuldgefühle der eigenen Wesenhaftigkeit und Iden-

tität gegenüber dargelegt habe. Diese beziehen sich auf die echte Schuld gegenüber der kulturell-gesellschaftlichen Umgebung.

In meiner frühen Arbeit »Herrschaft und Aggression« (1969) habe ich auf die Möglichkeit hingewiesen, daß auch der Staat, ähnlich wie manchmal die Eltern, durchaus als Aggressor auftreten kann, wie wir dies im Extremen bei der Herrschaft des Nationalsozialismus und des Stalinismus und in mittel- und südamerikanischen Militärdiktaturen kennengelernt haben.

So wie der Einzelne sich immer in einem Lebensprozeß befindet, in Arbeitsprozessen, Krankheitsprozessen, kreativen, erotischen Prozessen und vieles mehr, so befinden sich Gesellschaft und Kultur auch in ihrer Interdependenz in ständigen Prozessen und sollten auch veränderbar sein, wenn sie den Menschen nicht mehr dienen, sondern eher für sie schädlich sind.

Ich sehe die gesellschaftliche und kulturelle Umwelt nicht wie die psychoanalytischen Ich-Psychologen, wie z.B. *Heinz Hartmann* (1960), als etwas Gegebenes und zu Erwartendes an, sondern als etwas, das in Bewegung und durchaus vom Menschen veränderbar ist, veränderbar auch durch menschliche Arbeit und menschliches Tätigsein.

Nichts kann die Ethik als notwendige Richtschnur für Mensch, Kultur und Gesellschaft ersetzen. Die Ethik und ihre Grundprinzipien im Sinne des Humanismus könnten dabei Prinzipien sein, die die Herrschenden leiten, kontrollieren und supervidieren sollten. Gerade der augenblicklich atemberaubende Wendeprozess in den osteuropäischen Ländern unter Leitung des Genies *Gorbatschow* wird uns zwingen, die Werte, für die wir stehen und leben, wieder ernst zu nehmen und bürokratische Mystifizierung durch Transparenz, Parteienherrschaft durch Demokratie und vieles andere mehr zu ersetzen.

Mein georgischer Freund Professor *Zurabashvili* hat als Krönung seines psychiatrischen Lebenswerkes zu der Frage von Tätigkeit und Ethik eine Arbeit in unserer Zeitschrift »Dynamische Psychiatrie/Dynamic Psychiatry« veröffentlicht, wobei er 30 Punkte als ethische Grundfragen in den Mittelpunkt stellte, die er der jungen Generation dringend ans Herz legen wollte. Mit einem ähnlichen Anliegen hat sein Landsmann *Shewardnadze* vor dem Obersten Sowjet ein Plädoyer für Anstand und Treue, Sittlichkeit, Ehrlichkeit und andere ethische Werte gehalten. Diese Rede hätte auch in unserem Parlament gehalten werden können.

Lassen Sie mich zum Schluß kommen und noch einmal zusammenfassen: 50 Jahre nach *Freud* heißt in meiner Konzeption, bezogen auf das heutige Vortragsthema »Gesellschaft, Kultur und Schuldgefühl«, eine Entwicklung weg vom Ödipuskomplex hin zum Symbiosekomplex, weg von der dualen Triebtheorie hin zum prozeßhaften, ganzheitlichen Denken, weg vom Kategoriendenken hin zum prozeßhaften, ganzheitlichen Denken, weg von der Eindimensionalität hin zur Mehrdimensionalität des Menschen, weg von pathologischen Schuldgefühlen hin zu der Dimension der menschlichen Ethik.

*Society, Culture and Sense of Guilt*

Günter Ammon (Berlin/Munich)

In this article the author shows that guilt feeling is to be understood as a groupdynamic process. In the view of humanistic ethics the newborn child is free of guilt and guilt feeling. *Ammon* distinguishes between conscious guilt feeling, which relates to real guilt and has a positive ethic value, and nonconscious guilt feeling, which is in general pathologic and irrational and appears often in cases of psychic disorders.

It is an important human ability to experience guilt: conscious guilt is always connected with destructive actions against human beings, animals and objects. This guilt experience can lead to insight, reparation and change of personality.

In the case of personality disorders or in the group of borderline-patients no sense of guilt has been developed. There is also a lack of the ability to develop feelings of anxiety. They suffer from a pathology of conscience, they lack identity and reliability. *Ammon's* further development of psychoanalytic theory to the human-structure-model puts the focus more on the symbiosis-complex.

The benevolent separation from the mother is the initiation of identity development. Guilt feelings are in connection with the fact, that the child has no possibility to leave guiltlessly the symbiosis with the mother. Patients repeat the symbiosis-complex again and again in their symbiotic relationships. In the language of the unconscious separation means to kill: the mother pines away in loneliness, poverty and death, if the child separates from her. This process is in *Ammon's* view one of the roots for the phenomenon, that people cannot have success in their lives; for success means separation from parents and to become more than what they are. In healthy families parents develop together with their children and are able to learn from them.

*Ammon* points out the responsibility of the analyst, to see, that the patient also is responsible for his own development. It results in guilt, if he is not doing all what is necessary for the development of his personality. In this way we can speak of real guilt.

In the author's view development of guilt feelings is the result, when the group process is blocked and no further development can happen. The group dynamic is the main point for the development of the specific human-structure. *Ammon* is going beyond *Freud's* thinking, formed by the dogma of original sin and the innate drive of destruction. He points out, that *Freud's* view to postulate the thesis of primal horde as the beginning of religion and culture and the oedipus complex as the root for guilt feelings is dependent on the specific patriarchal form of society. It shows an exaggerated significance of the adults for the children and a narcissistic view of the world of the adults. The main point of criticism is directed against the innate drive of death and destruction, which the author has never experienced in his long psychiatric and psychotherapeutic work.

The postulate of an innate drive of destruction — 50 years after the death of *Freud* uncritically handed down by the institutionalised psychoanalysis — is incompatible with *Freud's* thinking in processes which contributed to understand the conflicts of mental ill people and made therapeutic help possible.

On the background of his aggression-concept within the framework of the human-structure-model *Ammon* overcomes the rigid adherence to the instinct-dualism-theory, which condemns the psychoanalytic aggression-research to stagnation.

He starts from a constructive human-function of aggression directed towards life and understands it as a function of the ego in the service of self-evolution. It means approaching men and matters full of curiosity, a loving and creative acting in order to develop identity.

The baby has a primary need for impressions, contact and relations since his day of birth.

Constructive aggression means also demarcating oneself without feelings of guilt and anxiety from the symbiosis of the early childhood. It has a close relation to creativity and provides energy for other human-functions. *Ammon* regards the clinically observed destructive aggression as expression of a reactive deformation of constructive aggression stemming from conflict or from real deficits. This originally constructive aggression did not meet a human vis-à-vis and a human relationship where it could become active and where it was accepted sympathetically. Consequently it turned reactively against the own human-structure or against the environment. Deficitary aggression is a product of the complete lack of the ability to experience and to development within the surrounding group.

The dynamics of aggression — being likewise understood as a groupdynamic process — is the turning point and key moment within the healthy ego-structure development as well as within its destructive and deficitary form.

Human identity development is also influenced by culture, with religious needs included. Through cultural learning in family, kindergarten and school the child experiences the value of behaviour, thinking and feeling: what is desired, what is unwanted, up to the extremes of good and evil.

*Ammon* emphasizes the relativity of good and evil, being nothing absolute, but having to be considered as being objects of processes and developments. That does not mean, that in ethical terms there is no good and evil: *Ammon* holds man fully responsible for his unconscious, his fantasies and his dreams. Of great importance is the prevention of the evil, the therapy of the evil in a healing sense, free of retaliation. Supreme standard is the humanistic ethics, transcending norms created by culture and society as well as by ideology.

Ethical basic principles should also guide, control and supervise those in power. Where these principles are absent, the state may appear as aggressor, as we have experienced it in Fascism, Stalinism and military dictatorships.

The author regards the concept of multi-dimensional man as an essential contribution to the deliverance from pathological guilt feelings. This concept

means for man the access to a large potential of constructive life evolution, growing through the harmony of body, soul and mind. Only if this large spectrum of human potential is lived — i.e. dimensions such as androgyny, body, identity, social energy, creativity, work, time, death and dying, religiosity, science and peace — then the notion of the whole man comes true. These multidimensional possibilities are of greater importance for the healing process of man than the causality of his state. It is anti-therapeutic and destroys the therapeutic relationship, when the therapist categorizes the patient in terms of diagnoses and focuses on the causality of the patient's behaviour.

The identity of man including all these dimensions can only be realized in relation to the social and cultural surroundings. The human structure develops in the course of a process where individual and group come to terms about their needs and make their satisfaction possible.

*Ammon* regards the social and cultural environment not as something given — like the ego-psychologists such as *Hartmann* — but as something which is in motion, can be changed by man through human work and activity.

## Literatur

- Ammon, G.* (1968): *Dynamische Psychiatrie — eine gesellschaftliche Forderung*. Berlin: Pinel Publikationen
- (1969): Abrupter Durchbruch destruktiver Aggression als psychiatrisches Problem. In: *Beiträge zur gerichtlichen Medizin* (27). Wien: Deuticke
  - (1970a): *Gruppendynamik der Aggression*. Berlin: Pinel Publikationen
  - (1970b): Ich-Struktur und Gesellschaft. Zur psychoanalytischen Kulturtheorie. In: *Dyn. Psychiat.* (3) 65—76
  - (1970c): Herrschaft und Aggression: Zur Psychoanalyse der Aggression. In: *Dyn. Psychiat.* (3) 122—133
  - (1970d): Schicksale von Aggression und die emanzipatorische Funktion der Entwicklung von Ich-Autonomie in der psychotherapeutischen Gruppe. In: *Ammon, G.*: *Gruppendynamik der Aggression*. Berlin: Pinel Publikationen
  - (1971): Gruppe, Aggression und Autonomie. In: *Selecta* (13), Heft 1
  - (Hrsg.) (1972): *Gruppendynamik der Kreativität*. Berlin: Pinel Publikationen
  - (1973): *Dynamische Psychiatrie*. Darmstadt: Luchterhand
  - (1974): *Psychoanalyse und Psychosomatik*. München: Piper
  - (1976): Das Borderline-Syndrom, ein neues Krankheitsbild. In: *Dyn. Psychiat.* (9) 317—348
  - (1978): Das Verständnis eines Entwicklungsdefizits von Ich-Strukturen in Persönlichkeit und umgebender Gruppe als Grundlage für Wissenschaft und Praxis einer Dynamischen Psychiatrie. In: *Dyn. Psychiat.* (11) 120—140
  - (1979a): Entwurf eines Dynamisch-Psychiatrischen Ich-Struktur-Konzeptes. Zur Integration von funktional-struktureller Ich-Psychologie, analytischer Gruppendynamik und Narzißmus-Theorie. In: *Ammon, G.* (Hrsg.), *Handbuch der Dynamischen Psychiatrie*, Band 1. München: Ernst Reinhardt
  - (1979b): *Kindesmißhandlung*. München: Kindler
  - (Hrsg.) (1979c): *Handbuch der Dynamischen Psychiatrie*, Bd. 1. München: Ernst Reinhardt
  - (1982a): Identität — ein Geschehen an der Grenze von Raum und Zeit. Zum Prinzip der Sozialenergie. In: *Dyn. Psychiat.* (15) 114—128
  - (Hrsg.) (1982b): *Handbuch der Dynamischen Psychiatrie*, Bd. 2. München: Ernst Reinhardt
  - (1983): Das Prinzip der Sozialenergie im holistischen Denken der Dynamischen Psychiatrie. In: *Dyn. Psychiat.* (16) 169—191
  - (1984a): Frieden und Aggression. In: *Dyn. Psychiat.* (17) 393—403
  - (1984b): Die Unerreichten — Zur Behandlungsproblematik des Urnarzißmus. In: *Dyn. Psychiat.* (17) 145—164

- (1985): Der mehrdimensionale Mensch. In: *Dyn. Psychiat.* (18) 99–110
- (1986): Der mehrdimensionale Mensch. München: Pinel-Verlag
- (1988): Vorträge 1969–1988. München: Pinel-Verlag
- Ammon, G., Griepenstroh, D.* (1982): Methodenintegration – Möglichkeiten und Gefahren aus der Sicht der Psychoanalyse. In: *Petzold, H.* (Hrsg.): *Methodenintegration in der Psychotherapie*. Paderborn: Junfermann
- Baran, P.A.* (1966): *Marxismus und Psychoanalyse*. In: *Unterdrückung und Fortschritt*. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Erikson, E.* (1965): *Kindheit und Gesellschaft*. Stuttgart: Klett
- Freud, S.* (1921): *Massenpsychologie und Ich-Analyse*. Ges. Werke, Bd. XIII. London: Imago, 1940
- Hartmann, H.* (1960): *Ich-Psychologie und Anpassungsprobleme*. Stuttgart: Klett
- Lambertino, A.* (1989): Pathologie des Gewissens. Vortrag gehalten auf dem 7. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry / XX. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse, März 1989, West-Berlin
- Mitscherlich, A.* (1965): *Auf dem Weg zu einer vaterlosen Gesellschaft*. München: Piper
- Zurabashvili, A.* (1988): Ideas related to principles of work and morality. In: *Dyn. Psychiat.* (21) 395–400

Adresse des Autors:  
Dr. med. Günter Ammon  
Meierottostraße 1  
1000 Berlin 15

## Pathologie des Gewissens\*\*

Antonio Lambertino (Parma)\*

Aus der Sicht der Moralphilosophie setzt sich der Autor kritisch mit der Freud'schen Konzeption von Ursprung, Identität und Wesen des Gewissens auseinander, das bei ihm genetisch und strukturell als eine Funktion des Über-Ichs beschrieben ist. Es erscheint im wesentlichen als negative Funktion, als eine Moral des Verzichts, als ein repressiver, aggressiver Hemmechanismus für impulsive Triebe und Wunschregungen. Der Autor wirft Freud, der das Gewissen primitiver Völker und Neurotiker als Ausgangspunkt seiner Theorie nimmt, einen methodologischen und epistemologischen Fehler vor, da er vom moralischen Phänomen als psychologischer Haltung auf das Wesen von Moral schließt und so von einer historisch positivistischen zu einer analytisch-deduktiven Methode übergeht. Demgegenüber geht der Autor in seinem positiven Menschenbild von einem angeborenen Bedürfnis nach Moral aus und versucht, eine Moral des Ichs zu entwickeln, die nicht primär auf Verzicht und Einschränkung gegründet ist, sondern die Fähigkeiten und Möglichkeiten des Individuums in den Mittelpunkt stellt, positive moralische Werte und Ideale zu entwickeln, die auf der Würde der eigenen Person und dem Respekt vor dem Anderen beruhen. Eine reife Persönlichkeit zeigt sich nicht zuletzt in ihrer Fähigkeit zu einem gesunden Schuldgefühl, das über eine echte Betroffenheit zu einer tätigen Reue führt. Während das pathologische Schuldgefühl im wesentlichen passiv und regressiv ist, erwächst aus einem reifen Schuldgefühl die Chance einer Weiterentwicklung der Persönlichkeit und eines schöpferischen Aufschwungs.

Zunächst möchte ich Dr. G. Ammon für seine Einladung danken, über eines der von mir in meinem letzten Buch behandelten Themen zu sprechen. Dieser Band mit dem Titel »Psychoanalyse und Moral bei Freud« wird soeben ins Deutsche übersetzt.

Es wird hier von der Entstehung und der Struktur des Gewissens die Rede sein, wie sie gemäß der *Freudschen* Theorie dargestellt ist, einer Theorie, die psychoanalytische sowie philosophische Züge aufweist.

Ich bitte Sie, zu entschuldigen, daß das von mir behandelte Thema nicht ausdrücklich in den Bereich der von der Tagung vorgesehenen Thematik fällt, auch wenn ich der Ansicht bin, es könne darunterfallen, insofern als die identitätslose, »Borderline«-Persönlichkeit auch pathologische Züge hinsichtlich des Gewissens aufweist.

Ferner ersuche ich Sie auch um Verständnis dafür, daß dieses Thema von einem rein theoretisch-philosophischen Gesichtspunkt aus behandelt wird: dies ist einerseits auf meine philosophische Herkunft und andererseits auf die Tatsache zurückzuführen, daß *Freud* selbst es absichtlich unter einem theoretisch-philosophischen Gesichtspunkt analysiert hat.

Die Zeit, die mir zur Verfügung steht, erlaubt es mir nicht, mich auf eine eingehende Untersuchung einzulassen, daher werde ich mich nur auf einige Überlegungen beschränken.

\* Prof. Dr. phil., Direktor der philosophischen Fakultät der Universität Parma

\*\* Vortrag gehalten auf dem 7. Weltkongreß der WADP und XX. Internationalen Symposium der DAP, 17.—21. März 1989, Hochschule der Künste Berlin, zum Thema »Das Borderline-Syndrom in Theorie und Praxis«

Die Bedeutung, die *Freud* der Psychogenese des Gewissens zuschreibt, beruht auf der wesentlichen Beziehung, die zwischen Gewissen und Schuldgefühl besteht: das Gewissen wird nämlich als »die Bereitschaft, sich schuldig zu fühlen« (*Freud* 1930) bezeichnet.

Außerdem besteht nach *Freud* ein wesentlicher Zusammenhang zwischen der Neurose, insbesondere der Zwangsneurose, und dem Gewissen: die Entstehung aller Neurosen ließe sich somit auf die sadistische Komponente des Über-Ichs zurückführen, und diese Überlegung ist von ihm so weit getrieben worden, daß er in seiner Schrift: »Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse« die Psychotherapie als die Absicht bezeichnet, »das Ich zu stärken, es vom Über-Ich unabhängiger zu machen« (*Freud* 1932a). Zwischen Theorie und Praxis der Psychoanalyse und dem Gewissen besteht somit ein innerer Zusammenhang.

Aber *Freud* beschränkt sich nicht nur darauf, die Entstehung und die Struktur des Gewissens beim Neurotiker zu untersuchen. Abgesehen von der Ablehnung eines theoretischen Unterschiedes zwischen Neurose und Normalität besteht seine Aufgabe in der Erforschung des Ursprungs des Gewissens an sich: »auf die Natur und Entstehung des Gewissens« (*Freud* 1912).

Die Frage, mit der er sich ausdrücklich auseinandersetzt, ist folgende: Was ist Gewissen? d.h. was ist sein Wesen? Die Antwort ist, daß eine »Wesensgleichheit von Tabuverbot und Moralverbot« (*Freud* 1912) besteht.

Nach *Freud* ist das Gewissen nicht im Wesen des Menschen verwurzelt, sondern drückt lediglich eine »Reaktion« auf die Vätertötung aus, so daß sein Entstehen ausschließlich auf das »schöpferische Schuldbewußtsein« (*Freud* 1912) zurückzuführen ist. Ein einfach emotionaler und nicht ontologischer Ursprung folglich. Diese Entstehung bestimmt ihrerseits seine wesentliche Struktur. »Was ist das Gewissen? . . . Gewissen ist die innere Wahrnehmung von der Verwerfung bestimmter in uns bestehender Wunschregungen« (*Freud* 1912). Das als Reaktion auf Schuld entstandene Gewissen ist selbst nur Anschuldigung und Verwerfung der Wunschregungen und nicht z.B. auch innere Wahrnehmung positiver zu aktualisierender Werte.

Das Gewissen wird somit als (eine) negative Funktion beschrieben (es ist das Bewußtsein des Nicht-Tuns), die nur die Ablehnung und die Begrenzung vorschreibt; es ist aggressiv, repressiv, hemmend, sadistisch, beklemmend, mit einem Wort pathologisch. *Freud* geht so weit, das Gewissen als Bedürfnis nach Selbstbestrafung zu bezeichnen, einem Zug, der für das Gewissen des Zwangsneurotikers typisch ist, aber der auch in jeglichem Gewissen festzustellen ist. »Wir haben sogar die Ketzerei begangen, die Entstehung unseres Gewissens mit dem Todestrieb zu erklären« (*Freud* 1932b). Mit der Introjektion der äußeren Aggressivität und mit deren Erhöhung zur Instanz des Über-Ichs gegen die Triebregungen, würde das Ich seinen eigenen Tod verordnen, ja sogar danach streben.

Es ist zweifellos das größte Verdienst *Freuds* gewesen, die Entstehung und die Grundzüge des Gewissens bei den primitiven Völkern, dem Zwangsneuro-

tiker und dem kindlichen Ich analysiert und deren tiefgehende Analogie gezeigt zu haben.

Insbesondere beim Zwangsneurotiker gewinnt das Schuldgefühl eine schöpferische Funktion, in dem Sinn, daß es neue sittliche Vorschriften, wiederholte Einschränkungen, Wiedergutmachungszwänge sowie das Bedürfnis schafft, für die tatsächlichen oder eingebildeten Übel, die eigenen sowie die anderer, zu büßen und den potentiellen vorzubeugen.

Die Psychoanalyse lehrt zu Recht, daß bei der Neurose das sittliche Phänomen in seiner Entstehung einem das Triebleben hemmenden Mechanismus und einem Selbstbestrafungszwang verpflichtet ist. Zugleich hat sie den inneren Zusammenhang hervorgehoben, der zwischen den aus dem ersten »du sollst« Erlebnis entstandenen Konflikten und der Entfaltung des Gewissens besteht.

Sicherlich besteht ein Kontinuum im psychischen Leben, wie auch ein innerer Zusammenhang zwischen der Reifung des Gewissens und den psychologischen Phasen des Selbstbewußtseins besteht. In dieser Hinsicht hat *Freud* klar hervorgehoben, daß das sittliche Phänomen im kindlichen Leben nicht über einen Identifikationsprozeß mit einem elterlichen Kulturmodell hinausgeht und aus dem Bedürfnis nach Bestätigung oder aus der Angst vor dem Liebesverlust entsteht. Es handelt sich dabei um ein pragmatisches und bestechliches Gewissen, das im wesentlichen rezeptiv, vorschreibend und zwingend ist.

Was *Freud* nicht beachtet hat, ist, daß beim Kind potentielle Kräfte vorhanden sind, die eine derartig vollkommene Reifung erlangen können, daß sie die Struktur des Gewissens wesentlich verändern, eine vollkommene Reifung, die weder bei den primitiven Völkern noch bei den Zwangsneurotikern zu finden ist. Der methodologische und wissenschaftstheoretische Fehler *Freuds* liegt nämlich gerade darin, daß er das Gewissen der primitiven Völker und der Zwangsneurotiker als semantischen und phänomenologischen Ausgangs- und Anhaltspunkt des Gewissens annimmt. Es wird ihm deshalb schwer fallen, theoretisch gesehen ein Gewissen anzunehmen, das über die passive Introjektion des sozio-elterlichen Kulturmodells und über den einfachen Mechanismus zur Entfernung einer Gefahr hinausgeht.

Damit hat sich *Freud* nicht nur darauf beschränkt, das sittliche Phänomen zu analysieren, sondern hat sich auch um eine Begriffsbestimmung der Moral an sich, in ihrem Wesen und ihrer Natur bemüht, und darüber hinaus hat er dabei nur eine zeitlich begrenzte, historische und abnormale Gegebenheit, bzw. Gepflogenheit (d.h. das Verhalten der Zwangsneurotiker und der primitiven Völker) als erschöpfenden Prototyp angenommen. Indem er unrechtmäßig von einer historisch-positivistischen zu einer analytisch-deduktiven Methode übergeht, verrät er gerade dieselben positivistischen Voraussetzungen, von denen er ausgegangen ist. Das hat ihn zu der kategorischen und beschränkten Behauptung geführt: »Das Verständnis des Tabu wirft auch ein Licht auf die Natur und Entstehung des Gewissens« (*Freud* 1912). Halten wir uns immer vor Augen, daß er in diesem Fall, gemäß seiner nie verleugneten

und ausdrücklich betonten Absicht, Philosophie zu betreiben, auf der Suche nach der Lösung eines theoretischen Problems ist: seine »Arbeitsrichtung« ist »die neu gewonnenen analytischen Einsichten zur Erforschung der Ursprünge von . . . Sittlichkeit auszunützen« (*Freud* 1935).

Es stellt sich dann die Frage, ob *Freud*, trotz seines ausdrücklichen Versuches, eine neue, von der Religion befreite, nicht heuchlerische und beklemmende, liberalere, zugleich rationale und gesellschaftliche Moral zu begründen, eine der Moral des Über-Ichs gegenübergestellte Moral des Ichs für den reifen Menschen hat entwerfen wollen. Dabei ist darauf hinzuweisen, daß *Freud* den Ausdruck »Moral des Ichs« niemals gebraucht hat, welcher hingegen bei nicht wenigen der ihm nachfolgenden Theoretiker der Psychoanalyse zu finden ist.

Übrigens sollte man beachten, daß *Freud* den von ihm selbst bestätigten schwerwiegenden methodologischen und semantischen Fehler nie korrigiert hat, und zwar »daß wir die Bedeutung einiger Worte wie Über-Ich, Gewissen, Schuldgefühl, Strafbedürfnis, Reue . . . vielleicht zu lose und eines für andere gebraucht haben« (*Freud* 1930). Während angesehene Wissenschaftler wie *Plé* und *Fenichel* der Ansicht sind, daß die von *Freud* erwünschte Moral als eine Moral des Ichs bezeichnet werden kann, scheint es mir, daß für *Freud* eine Moral des Ichs und nicht des Über-Ichs eine *contradictio in terminis* sei.

Für *Freud* darf man nämlich im Menschen »ein ursprüngliches sozusagen natürliches Unterscheidungsvermögen für Gut und Böse« ablehnen, es bestimmt also »ein fremder Einfluß«, »was Gut und Böse heißen soll« (*Freud* 1930).

Die Moral ist also nur »ein therapeutischer Versuch« (*Freud* 1930), der von der Gesellschaft ausgedacht und auferlegt ist, um die zwischenmenschlichen Beziehungen zu ermöglichen. Ursprünglich und grundsätzlich besteht die Moral in einer verinnerlichten gesellschaftlichen Instanz. Damit hat *Freud* die Beeinflussung mit der Begründung oder dem Gefüge verwechselt, und so hat er die Entwicklung von einem beginnenden zu einem reifen Gewissen in Frage gestellt. Anzunehmen, daß das Kulturmodell, auch notwendigerweise, einen Einfluß auf die Entstehung und die Entwicklung jedes Gewissens ausübt, ist etwas anderes, als anzunehmen, daß es für jedes Gewissen bestimmend sei, und sogar so weit zu gehen, jede Initiative und jede wenn auch begrenzte Freiheit zu leugnen.

Folglich ist die moralische Instanz für *Freud* etwas Äußerliches, Zwingendes, Induziertes, Abgeleitetes und Reflektiertes, d.h. sie ist die Instanz des anderen (des Außen, des Feindes) und wird nur in psychologischer Hinsicht verinnerlicht, so daß sie »eine kritische Instanz im Ich bleibt, die sich auch in normalen Zeiten dem Ich kritisch gegenübergestellt hat« (*Freud* 1921).

Das Über-ich »ist das Denkmal der einstigen Schwäche und Abhängigkeit des Ichs und setzt seine Herrschaft auch über das reife Ich fort« (*Freud* 1923). Und auch wenn *Freud* mehrmals von »Erstarkung« des Ichs dem Über-Ich gegenüber redet, so bleibt diese Behauptung ziemlich unvollkommen und äußerst selten (*Freud* 1932).

Die Moral ist somit ihrem Wesen nach eine kulturelle Instanz des Über-Ichs, insofern als die Sittlichkeit keine angeborene und ursprüngliche Eigenschaft des Ichs ist. In jedem Menschen ist das Gewissen überichhaft, auch wenn es sich nur beim Neurotiker besonders grausam erweist (*Freud 1923*).

Wenn die Moral nicht als innerliches Bedürfnis des Ichs und als der Person angeborene ontologische Verfassung entsteht, kann das Gewissen nie positive Werte aufstellen. »Das Wesentliche an der Sittlichkeit«, behauptet *Freud* in »Dostojewski und die Vätertötung«, ist der Verzicht . . ., denn die sittliche Lebensführung ist ein praktisches Menschheitsinteresse« (*Freud 1928*).

Die Moral legt keine positiven persönlichen Werte vor, sondern das praktische Menschheitsinteresse. Und dabei gewinnt sie eine negative Funktion individuellen Verzichtes. Ziel des sittlichen Handelns ist nicht die vollkommene Verwirklichung der als Selbstzweck verstandenen Person, sondern das Wohlergehen der Gesellschaft, für die der Einzelne seine Triebregungen einschränken bzw. darauf verzichten muß, um dafür die Möglichkeit des Zusammenlebens zu verwirklichen. Das sittliche Wesen wird somit auf das gesellschaftliche Wesen zurückgeführt. Da bei *Freud* ein Nachdenken über die grundlegenden Elemente und die ursprünglichen Grundlagen der Person fehlt, beruht das »nicht töten« nicht auf dem wirklichen Wert der eigenen Würde als Person und der Achtung vor der anderen Person, sondern ausschließlich auf einem gesellschaftlichen Verbot, mit dem einzigen Zweck, die eigene Beschädigung zu vermeiden. Das so verstandene Gewissen muß unbedingt repressiv und negativ sein, auch wenn sich *Freud* darum bemüht, es von den beim Zwangsneurotiker vorhandenen Funktionen von Angst, Schuldgefühl und Selbstbestrafung zu befreien.

Der Verzicht oder die Begrenzung der eigenen Triebregungen ist m.E. sicherlich jeder Moral eigen. Aber während *Freud* behauptet, das Wesen der Moral liege im Verzicht, bringt meiner Meinung nach das Wesen der Moral und des Gewissens zunächst die Aufwertung der Person, die Selbstvollendung des Ichs und nur als Folge die Begrenzung und die Regelung der Wunschregungen mit sich. Nur von diesem zweiten Gesichtspunkt aus wird die Gefahr psychologischer Konflikte vermieden. Um das Risiko der Neurose auszuschalten, genügt es nicht, das Verbot des Vaters und insbesondere Gottes zu beseitigen, indem dann die väterliche Figur durch die Gemeinschaft ersetzt wird, welche als dem Menschen fremd und als das geringere Übel angesehen wird. Es ist nur die positive Durchsetzung der Werte der Person, die den Verzicht verständlich und gerechtfertigt werden läßt und nicht umgekehrt. »Das Leben respektieren« bedeutet etwas anderes als »nicht töten«. Und das gilt sowohl auf der ontologischen als auch auf der psychologischen Ebene.

Die moralische Erfahrung ist psychologisch reif, wenn sie in erster Linie ein Ideal oder ein zu aktualisierendes Projekt aufweist, das notwendigerweise eine durch den Begriff »Wert« ausgedrückte Positivität besitzt. Und nur auf Grund dieser Positivität und nur in einem untergeordneten Bezug zum Verständnis derselben, kann die moralische Erfahrung mit dem Verzicht ausgedrückt

werden. Somit ist der Konflikt weder die ursprüngliche, noch die wesentliche Eigenschaft der moralischen Erfahrung. In diesem Zusammenhang scheint es angebracht, daran zu erinnern, daß es neben einem »verwerfenden«, auch ein »zustimmendes« Gewissen gibt, und das verwerfende Gewissen setzt das zustimmende voraus, aus dem es seine Daseinsberechtigung ableitet. *Freud* ist hingegen Gefahr gelaufen, die Position *Kants* einzunehmen, der das Gewissen ausschließlich als »Gericht« mit der Aufgabe des Richtens und Verurteilens ansieht. Bei beiden Autoren wird das Gewissen hauptsächlich als psychologischer Konflikt angesehen, wobei erschwerend hinzukommt, daß *Freud* dieses Gericht als dem Ich ursprünglich fremd betrachtet.

Lassen Sie mich nun eine letzte Überlegung anstellen. *Freud* hat das Gewissen reduktiv als »die Bereitschaft, sich schuldig zu fühlen« (*Freud* 1930) bezeichnet. Und daher rührt vielleicht die Tatsache, daß er, zumindest nicht ausdrücklich, zwischen pathologischem und nicht pathologischem Schuldgefühl nicht unterscheidet. Eine derartige Unterscheidung erscheint mir dagegen wesentlich.

Das pathologische Schuldgefühl, das gewöhnlich als Schuldkomplex verstanden wird, ist ursprünglich unbewußt und geht derselben Übertretung voraus. Es weist eine klare Phänomenologie auf: es ist zwingend, beklemmend und über den verletzten Narzißmus des Ichs gebeugt. Das reife Schuldgefühl ist hingegen Quelle von seelischer Ruhe und ist dem vernünftigen Menschen eigen, der sich dessen bewußt ist, eine Disharmonie zwischen idealem und wirklichem Ich geschaffen zu haben und der seine eigene Lage des moralischen, von Natur aus fehlbaren Subjekts annimmt und nach der Überwindung des Bruches sowie nach der Versöhnung mit dem Andersartigen strebt. Das pathologische Schuldgefühl ist im wesentlichen passiv und regressiv, und als solches läßt es traurig, depressiv oder aggressiv werden; das reife ist im wesentlichen aktiv und konstruktiv, es beschränkt sich nicht auf das »es tut mir leid«, sondern erstreckt sich bis zum »ich bereue« und folglich zum Willen zur Reintegration.

Ein gesundes Schuldgefühl — dessen grundlegende Wurzel in der freien Wahl zu suchen ist — entspricht dem Verhaltensmuster »sich schuldig zu fühlen«, d.h. der Sensibilität der Schuld gegenüber, bzw. dem grundlegenden Verhalten oder der Bereitschaft, sich angesichts des begangenen Übels für schuldig zu halten. Wenn es sich einstellt, löst es »Gewissensbisse« aus, d.h. den genauen und konkreten Akt einer Reaktion des Bedauerns angesichts des verübten Übels, auf welchen die freie Wahl der »Reue« folgen kann, die aus eigenem Handeln verurteilt und richtigstellt. Die Fähigkeit, sich selbst aufgrund der Wahl des Übels in Frage zu stellen, setzt also neben der Selbsterkenntnis auch ein gesundes Gefühl von Stolz und Selbstachtung voraus, und zwar noch vor der Achtung für das Gesetz.

Wie daraus einfach zu schließen ist, können die Begriffe von Schuld, Scham oder Gewissensbissen nicht auf den Begriff der Angst zurückgeführt werden: das Vorhandensein von Angst (d.h. eines Gefühls, das an sich amoralisch ist)

stellt weder eine ausreichende noch eine notwendige Bedingung dar, um sich schuldig zu fühlen. Diese Unterscheidung findet sich — wie wir bereits gesehen haben — auch bei *Freud*, auch wenn er nur das Schuldgefühl in Betracht gezogen hat, das Gegenstand der Psychoanalyse ist, und sich nur durch sie erklären läßt. In einem derartigen analytischen Zusammenhang ist der Frieden des Herzens nicht nur mit einem gesunden Schuldgefühl vereinbar, sondern kann ohne dieses nicht erreicht werden: der Frieden des Herzens ist nämlich ein Gefühl, das als Reaktion auf das Bewußtsein entsteht, die eigenen Werte verwirklicht zu haben und sich der Selbstentfremdung widersetzt zu haben, d.h. es setzt ein ausgeprägtes Wertbewußtsein und eine beträchtliche Bereitschaft zur Selbstkritik voraus.

Während beim pathologischen Schuldgefühl die Reue Selbstzweck und ohne einen Ausweg ist, der über die Funktion der Selbstbestrafung hinausgeht, ist sie beim reifen Schuldgefühl Anzeichen einer Wiedergeburt und eines neuen schöpferischen Aufschwungs.

Das pathologische Schuldgefühl ist einfache Fortsetzung des Vergangenen, es handelt sich um eine richtige Zwangsvorstellung, derzufolge es dem Menschen, dem die anderen verzeihen haben, nicht gelingt, sich selbst zu verzeihen und über sich selbst hinauszugehen; als solches gewinnt das pathologische Schuldgefühl nicht nur keinen Wert als moralische Dimension, sondern verhindert auch die Entstehung der Moral sowie jeden Ausdruck psychologischer Reife.

Das Zwangschuldgefühl geht über die Schuld hinaus und zeigt eine nur scheinbar moralische Besorgnis; in Wirklichkeit beschränkt es sich auf die Äußerung einer psychologischen Reaktion auf den eigenen übertriebenen Wunsch nach Vollkommenheit und absoluter Idealität sowie auf das daraus resultierende Selbstbestrafungsbedürfnis.

Die Selbstkritik ist dagegen eine wirkliche Erneuerung des Seins, Anlaß und Gelegenheit, ja sogar paradoxe Ursache weiterer psychologischer Reifung und moralischer Erhöhung. Sofern es aus dem vollen Selbstbewußtsein hervorgeht, ist ein gesundes Schuldgefühl, nicht weniger als das Gewissen, gleichsam als dessen natürliches Ergebnis, dem psychologisch reifen Menschen eigen.

Daraus folgt, daß ein wahlloses, angeborenes oder erworbenes Fehlen des so verstandenen Schuldgefühls notwendigerweise mit einem gänzlichen Fehlen der Persönlichkeit zusammenfällt, und als solches unbedingt pathologisch sein muß. Häufiger ist dagegen ein Fehlen des Schuldgefühls hinsichtlich eines begrenzten Wertbereichs auch ohne eigene Schuld anzutreffen.

Auf jeden Fall erleichtert das mehr oder weniger ausgedehnte Fehlen eines Schuldgefühls die Schuld selbst, während die Sensibilität gegenüber der Schuld hilft, das geplante Übel aufzuhalten.

Um in einem psychoanalytischen Zusammenhang zu verbleiben, könnte der verborgenste Grund dafür, daß der Mensch nach einem schuldlosen Daseinszustand strebt, in seinem prometheischen Wunsch liegen, von jeglichem Anlaß zum Vorwurf, d.h. letztendlich von moralischer Unzulänglichkeit an sich frei zu sein.

Abschließend liegt die notwendige Bedingung dafür, daß man vom reifen Schuldgefühl oder besser von Sensibilität gegenüber der Schuld oder von Bereitschaft zur Selbstkritik sprechen kann, in der theoretischen Annahme der Möglichkeit eines mit eigenen Prinzipien ausgestatteten Gewissens, und zwar mit ursprünglich innerlichen Prinzipien. Ein derartiges Gewissen ist leider von *Freud* nicht in Betracht gezogen worden.

### *Pathology of the Conscience*

Antonio Lambertino (Parma)

Main topic of this paper is to discuss the *Freudian* understanding of development and structure of the moral conscience which is seen both in a psychoanalytical and philosophical context. The author describes several forms of pathology of the conscience.

For *Freud*, the development of the conscience in man is closely connected to the feeling of guiltiness, he described it as an »readiness to feel guilty«. In this context, the development of neuroses, especially of the compulsion neurosis, is due to the sadistical component of the conscience which affects the weak ego. The origin of the conscience in *Freud's* view is not rooted in the nature of mankind. It is seen as a mere »reaction« of the murder of the father, in a more general view the conscience is seen as a perception of rejection of own wishes and strives.

The author criticizes that in *Freud's* theory the conscience is described mainly as a negative function: It is aggressive, repressive, rejecting, inhibiting, narrowing and sadistical, or just pathological as a whole. Furthermore *Freud* described it as the individual's need of self-punishment which has its origin in the death-instinct.

The psychoanalysis emphasizes the close connection between the development of the conscience and the development of the self-consciousness. In this context the development of moral values is seen as a process of identification with the cultural values of the parents and the society which arises from the need of confirmation and from the fear of the loss of love. The author states that there is a methodological mistake in *Freud's* theory by taking the conscience of primitive cultures and of compulsive neurotics as his basic approach. *Freud's* mistake in his writing »Totemism and taboe« is to shift from a historical positivistic approach to an analytical deductive one which corrupts his own premises. This leads to a categoric and restricted view of conscience in terms of a passive introjection, a simple determinative, pragmatic mechanism in order to remove from a danger.

On contrary to this, the author states that the child has potentialities of growth which can lead to a more developed conscience different to primitive cultures and neurotics.

It was *Freud's* attempt to come up to a nonreligious, nonhypocritical, liberal and social morality. But in his view, man is unable to discern between good and evil: morality is something coming from the outside, a social and cultural instance put upon the individual who has to internalize and to regard it in order to make social relations possible. Thus, it is mainly an instance of the Super-Ego which compels the Ego to renounce, to suppress the individual strives.

In contrast to this, *Lambertino* claims for a morality of the ego, morality as an inborn need, i.e. the mature individual is able to set up positive values and ideals and to pursue them. Moral acting, for instance not to kill somebody, is not only due to a social prohibition, but also due to the own dignity and the respect of the other person which is the basis of self-fulfilment. Based on this, renunciation is understandable and justified and not the other way round. Moral experience does not have to be conflictuous. In this context *Lambertino* mentions the conception of an »agreeing conscience« which he regards as the basic presupposition for the »rejecting conscience«.

But still, there is the phenomenon of the pathological feeling of guilt which is originally unconscious. In the opinion of the author this has to be clearly distinguished from the non-pathological feeling of guilt.

The author describes the phenomenology of the pathological feeling of guilt as oppressing, passive, regressive, burdened upon the injured narcissism of the Ego; the person appears depressive or aggressive.

The mature feeling of guilt is a source of psychic calmness, a quality of a sane, rational person who is conscious of the discrepancy between his ideals and his real ego, who accepts a situation of his moral fallible subject, who is actively striving to overcome this discrepancy towards reconciliation with the other. He is not saying »I am sorry« but rather »I regret«, by his own free will. This implies not only a sensitivity for the own guilt, and to call oneself in question but also to have a good consciousness of values and a sane feeling of pride and self-respect.

In this conception guilt, shame, pangs of conscience cannot be simply reduced to the conception of anxiety. Anxiety is neither the sufficient nor a necessary condition for feeling guilty.

For the pathological feeling of guilt the repentance is of no outlet, it ends in itself, mostly in self-punishment. It is a simple continuation of the past, a compulsive attitude which hinders any development of morality and the own personality. Actually the compulsive feeling of guilt is hypocritical and a psychological action to the exaggerated wish for perfection.

The author states that the repentance which arises from a mature feeling of guilt can be a source of rebirth and of a creative development of the personality and the moral conscience. A sane feeling of guilt which comes from a sane consciousness of self can be regarded as a sign of a mature, well-developed person. Being unable to this kind of feeling of guilt is pathological. A person who is not able to feel guilty is more likely to become guilty than a person with a

healthy sensitivity for guilt.

### Literatur

- Freud, S.* (1912): Totem und Tabu. Ges. Werke, Bd. IX. Imago, London  
– (1921): Massenpsychologie und Ich-Analyse. Ges. Werke, Bd. XIII  
– (1923): Das Ich und das Es. Ges. Werke, Bd. XIII  
– (1928): Dostojewski und die Vätertötung. Ges. Werke, Bd. XIV  
– (1930): Das Unbehagen in der Kultur. Ges. Werke, Bd. XIV  
– (1932a): Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Ges. Werke, Bd. XV  
– (1932b): Warum Krieg? Ges. Werke, Bd. XVI  
– (1935): Nachschrift zur Selbstdarstellung. Ges. Werke, Bd. XVI

Adresse des Autors:  
Prof. Dr. Antonio Lambertino  
Via Marzabotto, 11  
Parma  
Italien

## Beurteilung der Schuldfähigkeit in Strafprozessen anhand des Borderline-Konzeptes von Günter Ammon\*\*

Thomas Hessel (München)\*

In der vorliegenden Arbeit untersucht Thomas Hessel die Frage, ob und inwieweit die Borderline-Erkrankung bei der Beurteilung der Schuldfähigkeit von Straftätern Eingang in die deutsche forensische Psychiatrie gefunden hat.

Ausgehend von einem Überblick über die Geschichte der Zurechnungs- oder Schuldlehre in der deutschen Justiz analysiert Hessel das Zurechnungskonzept der heutigen Rechtsprechung: es geht vom Postulat der Willensfreiheit aus, deren Einschränkung durch Beeinträchtigung der Bewußtseinsfähigkeit eine entsprechende Einschränkung der Schuldfähigkeit nach sich zieht. Die im Strafgesetzbuch und in der höchstrichterlichen Rechtsprechung genannten Kriterien für eine derartige tiefgreifende seelische Störung oder Bewußtseinsstörung orientieren sich nach wie vor an der klassischen symptomorientierten, kategorisierenden Nosologie Kraepelins und Kurt Schneiders. Das bedeutet, daß das Borderline-Konzept Günter Ammons, wie er es seit 1976 der wissenschaftlichen Öffentlichkeit vorgestellt hat, noch keinen genügenden Eingang in die forensische Psychiatrie bisher gefunden hat.

Hessel macht deutlich, daß gerade für den Borderline-Straftäter ein humanstrukturelles psychodynamisches Verständnis dringend erforderlich ist: seine angepaßte, oft intakte Persönlichkeitsfassade läßt ihn gesund erscheinen, die Gefühlsverleugnung nach der Tat läßt oft den Juristen die Schwere der psychischen Erkrankung nicht erkennen, die tiefgreifende, im Persönlichkeitskern liegende Identitätsschädigung mit archaischen Ängsten und destruktiver Aggression. Durch eine persönliche Krisensituation ausgelöst, kann diese destruktive Aggression wenden und in der kriminellen Handlung durchbrechen. Die Schuldfähigkeit ist in diesem Ich-Zustand erheblich eingeschränkt oder sogar aufgehoben, was juristisch bedeutsam ist, wie Hessel an einem Fallbeispiel illustriert.

Die Borderline-Erkrankung ist als *die* Erkrankung unserer Zeit apostrophiert worden. *Ammon* konnte aufgrund statistischer Erhebungen 1976 zeigen, daß von insgesamt 1 085 Patienten, die in den Instituten der DAP behandelt wurden, 70% auf die Borderline-Struktur entfielen (*Ammon* 1976).

Ziel dieses Referates ist es, der Frage nachzugehen, ob und inwieweit die Borderline-Erkrankung als Krankheitsbild eigener Art, wie es bereits von *Ammon* 1976 und dann ausführlich im Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1 (1979) vorgestellt worden ist, Eingang in die Gerichtspsychiatrie gefunden hat. Ferner ist es mein Anliegen, mit der Vorstellung dieses Krankheitsbildes Verständnis von der Täterpersönlichkeit und der Tat zu vermitteln und Hinweise zu geben, wie adäquate Maßnahmen auch gerade im Gerichtssaal diskutiert und gefunden werden können. Eine Beschäftigung mit der Gerichtspsychiatrie, wie es in diesem Referat geschieht, muß auch die Art und Weise der Begutachtung berücksichtigen. So stellt *Ammon* in seiner Arbeit

\* Rechtsanwalt, Schatzmeister und Rechtsberater der World Association for Dynamic Psychiatry WADP Inc. Bern

\*\* Vortrag gehalten auf dem 7. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP / XX. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V. vom 17.—21. März 1989 in der Hochschule der Künste Berlin zum Thema: Das Borderline-Syndrom in Theorie und Praxis; und in erweiterter Fassung gehalten auf dem Kongreß »50 Jahre nach Freud — Jenseits des Schuldgefühls« an der Universität Parma vom 4.—6.12.1989.

»Psychische Schäden durch berufliche und gesellschaftliche Diskriminierung infolge der sogenannten Nürnberger Gesetze« (1980) die Frage, ob die üblichen »psychologischen Kriterien der Begutachtung dem Anspruch einer humanistischen Wissenschaft gerecht werden«. Die herkömmliche Psychiatrie stellt lediglich Symptom-Diagnosen. Er fährt fort, »eine so verfahrenende Wissenschaft kann dem Grundrecht jedes Menschen auf die Entwicklung seiner Persönlichkeit und seiner Identität in intakten und lebendigen Gruppen, sowie den Folgen, wenn ein solches Grundrecht nicht verwirklicht ist, nie entsprechen«. Er fordert daher eine »veränderte Humanwissenschaft, die nicht mehr, wie bisher, die latente bürokratische Menschenfeindlichkeit unterstützt durch Theorien, wie besonders die der angeblich der Natur des Menschen immanenten Destruktivität, die vielmehr statt dessen die unbewußten Strukturen sozialer Gebilde im Dienste an den Bedürfnissen und an der Identitätsentwicklung der Menschen untersucht« (Ammon 1980).

#### *Schuldfähigkeit — Borderline-Erkrankung — »Gerichtswirklichkeit«*

Zuerst ist zu untersuchen, wieso der Schuldfähigkeit in Strafprozessen eine so entscheidende Bedeutung zukommt. Dies war nicht immer so. In den Frühformen des germanischen Rechts bis ins Mittelalter hinein spielte die Frage der Schuld für die Zurechnung einer Tat keine Rolle. Allein der Taterfolg zählte. Die Motive einer Tat blieben außer Betracht. Zugerechnet wurde die Tat auch nicht dem Täter, sondern dem Sippenverband, dem er angehörte. Die Sippe als umfassende solidarische Lebensgemeinschaft haftete als Haftungsverband für alle Taten, die aus ihrer Mitte anderen gegenüber begangen wurden. Da der Schaden alleine schon die Haftung des Sippenverbandes zur Folge hatte, kam es nicht darauf an, ob er durch Gesunde, Kinder, Kranke oder Tiere verursacht wurde. Als mit der Änderung der Lebensform die Sippen als Organisationsformen menschlicher Gemeinschaften zerfielen, stellte sich das Problem, die Tat dem einzelnen Täter zuzurechnen, und die Frage des Umganges mit geistig kranken Tätern. Dem Bedürfnis, von den starren, allein am Taterfolg orientierten Regeln des germanischen Rechtes abzuweichen, um differenziert auf die Person des Täters eingehen zu können, kam das römische Recht entgegen, welches 1532 mit dem Erlaß der *Constitutio Criminalis Carolina* rezipiert wurde. Nunmehr war es dem Richter möglich, von dem rigiden Strafrechtsystem (*poena ordinaria*) abzuweichen und im Sinne eines freieren richterlichen Ermessens geringere, der jeweiligen Tatsituation entsprechende Strafen (*poena extraordinaria*) auszusprechen. Dabei mußte das Prinzip der Schuldhaftung allen staatlichen Strafen zugrundegelegt werden. Das römische Recht kannte bereits den seit der Antike herrschenden Gedanken der Willensschuld. Nur die vorwerfbare Willensbildung als Vorsatz (*dolus*) oder Fahrlässigkeit (*culpa*) konnte zugerechnet werden, d.h. die gewollte Tat wurde damit vom zufälligen Erfolg geschieden. Die kriminellen Handlungen Geisteskranker blieben straffrei (*Digesten*, 48, 8; 12, 1; 18; 14).

Der geistige Rahmen, in dem diese Wandlung stattfand, war die philosophisch-juristische Diskussion um das dem Schuldbegriff zugrundeliegende Menschenbild und dessen Konsequenzen für die Reaktion auf kriminelles Verhalten. Die ethischen Maximen des 16. und 17. Jahrhunderts waren vor allem stoischen Ursprungs. Die aus der Stoa stammende Naturlehre nahm so auf die Entwicklung des Begriffes »Zurechenbarkeit« entscheidenden Einfluß. Das damit zusammenhängende Humanitätsideal von einem von Vernunft und Freiheit getragenen menschlichen Wesen fand Eingang in die Strafrechtspflege. Auf diesem geistigen Hintergrund entwickelte *Samuel Pufendorf*, der Begründer des ersten Lehrstuhls für Naturrecht in Heidelberg, seine sogenannte Imputationslehre. Hierauf ruht, wie *Richard Löbning* urteilt, auch heute noch alles, was als Zurechnungs- oder Schuldlehre im Strafrecht gang und gäbe ist. *Pufendorf* geht von einem Gesellschaftsvertrag aus, der von freien Menschen geschlossen wird. Er versteht die freie Handlung dabei jedoch nicht in einem wertbezogenen Sinne, vielmehr stellt sie ein formales Moment dar, das er Imputativitas (Zurechenbarkeit) nennt. Diese Imputativitas bezeichnet ein funktionales Verhältnis zwischen der Handlung, dem Handelnden und den sich aus dem Gesellschaftsvertrag ergebenden Rechten und Pflichten.

Eine ethische Dimension erhält das Schuldproblem erst in der absoluten Straftheorie *Kants*. Eine Tat erfordert, rein weil sie geschieht, eine entsprechende Strafe, weil die freiheitliche Entscheidung des Menschen ihn zu einem sozialen Wesen bestimmt und antisoziales Verhalten diese freiheitliche Entscheidung negiert. In einem zeitlichen Konnex entwickeln sich die sogenannten Strafzwecke der Generalprävention, die Abschreckung der Allgemeinheit (*Feuerbach*) und die Spezialprävention, die auf den einzelnen Täter eingehende Betrachtungsweise (*von Liszt*).

Das Strafrecht geht also von dem Postulat der Willensfreiheit aus. Wer einen freien Willen hat, ist auch schuldfähig und wird auch bestraft. Fehlt andererseits der freie Wille, so ist auch die Schuldfähigkeit ausgeschlossen oder eingeschränkt, so entfällt auch die Strafe, es wird eine »Behandlung« angeordnet. Der Jurist kann aufgrund seiner Ausbildung nicht beurteilen, ob Schuld und Willensfreiheit ausschließende oder einschränkende Faktoren bei einem Angeklagten gegeben sind. Die Ärzte, Gerichtspsychiater betreten hier die Gerichtsbühne.

Parallel zur Durchsetzung der *Darwinschen* Evolutionstheorie hatte sich in der Psychiatrie die Entartungslehre entwickelt. Die weitere Entwicklung psychiatrischer Nosologie führt über *Kraepelin* zu *Schneider*, die eine Differenzierung psychiatrischen Erfahrungsgutes in eine Vielzahl von nosologischen Einheiten und Untereinheiten vornehmen. Die Beschreibungsmethode ist symptomatologisch, psychopathologisch, phänomenologisch und deskriptiv. Medizin war spätestens seit der Zellular-Pathologie *Virchow's* als Naturwissenschaft verstanden. Konsequenz war, daß dann der psychiatrische Krankheitsbegriff auf krankhafte Veränderungen des Leibes reduziert wurde (*Kurt Schneider*, *Klinische Psychopathologie*, 1966). Kennzeichen dieses Krankheits-

begriffes ist, daß er als psychische Krankheit nur auf nachweisbaren oder jedenfalls postulierten organischen Prozessen beruhende Störungen anerkennt. Krankhaft sind nur die körperlich begründbaren und die endogenen Psychosen, bei denen aufgrund von Symptomen ein organischer Prozeß angenommen wird. Ihnen gegenüber stehen als qualitativ andersartig, nicht körperlich bedingte und damit nicht krankhafte Störungen die Neurosen, Psychopathien und Triebstörungen, von *Kurt Schneider* als Spielarten menschlichen Seins bezeichnet. So hat *Rolf Schmidts* (1980) in seiner Arbeit »Psychodynamische Aspekte in der forensischen Psychiatrie« auf die auffallende Parallelität zwischen der nosologischen Systematik der deutschen Schulpsychiatrie einerseits und der Definition strafrechtlicher Verantwortlichkeit in der Fassung des Strafgesetzbuches hingewiesen.

§ 20 Strafgesetzbuch — zur Schuldunfähigkeit wegen seelischer Störungen — lautet: »Ohne Schuld handelt, wer bei Begehung der Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tiefgreifenden Bewußtseinsstörung oder wegen Schwachsinn oder einer schweren anderen seelischen Abartigkeit unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln.«

§ 21 Strafgesetzbuch bestimmt eine Minderung der Strafe, wenn bei Begehung der Tat die Einsichts- und Handlungsfähigkeit des Täters erheblich gemindert war, und zwar aus den in § 20 aufgezählten Gründen.

Die Gerichtsmedizin und ihr folgend die Rechtsprechung haben die genannten Begriffe ausgefüllt. So sind krankhafte seelische Störungen »alle nicht mehr im Rahmen eines verstehbaren Erlebniszusammenhanges liegenden psychischen Anomalien, die somatisch-pathologisch bedingt sind« (*Schönke-Schröder*, ein ausführlicher Kommentar zum Strafgesetzbuch). Hierunter fallen die sogenannten exogenen Psychosen, sie sind nachweisbar auf organischen Ursachen beruhend. Es zählen hierzu die sogenannten endogenen Psychosen, deren körperliche Begründbarkeit lediglich angenommen wird. Hierher gehören Geisteskrankheiten aus dem Formenkreis der Schizophrenie und Zykllothymie. Seit neuester Rechtsprechung auch die Einbeziehung gewisser Extremformen von Psychopathie und Neurose (Nachweise bei *Krümpelmann*, ZStW 88, 17).

Der sogenannte Schwachsinn, an dritter Stelle in § 20 StGB genannt, wird als eine Unterart der vierten Variante, der »schweren seelischen Abartigkeit«, angesehen. Auch hier soll der Schwachsinn nur dann schuldausschließend relevant sein, wenn ein hirnorganischer Krankheitsprozeß nachgewiesen werden kann.

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes (BGH MDR 83, 447) ist eine Beeinträchtigung der Bewußtseinsfähigkeit, die zu einer Trübung oder partiellen Ausschaltung des Selbst- oder Außenweltbewußtseins und damit zu einer Einschränkung der Selbstbestimmung führt, die *Bewußtseinsstörung* im Sinne des Gesetzes. Nach dieser Definition können selbstverständlich auch psychologische Faktoren zu einer Bewußtseinsstörung führen, was zu einem

sattsam bekannten Gutachterstreit zwischen Psychologie und Psychiatrie in der jüngeren Rechtsgeschichte geführt hat. Mit dem Adjektiv »tiefgreifend« werden allerdings alle Bewußtseinsstörungen ausgeschieden, die noch im Spielraum des Normalen liegen (wie z.B. Ermüdungs- oder Erregungszustände). Die Rechtsprechung fordert vielmehr, daß es sich um eine Bewußtseinsstörung handelt, die in ihrer Wirkung den krankhaften seelischen Störungen im Sinne der ersten Alternative gleichwertig ist. Im Falle des § 20 muß sie daher so schwerwiegend sein, daß »das seelische Gefüge des Betroffenen zerstört ist« (Bundestagsdrucksache V-4095, S. 11 — es handelt sich um die Begründung zur Gesetzesänderung). Mit dieser Begründung des Gesetzgebers sollten die Affektstörungen auf ganz besondere Ausnahmefälle beschränkt bleiben, entgegen einer in der früheren Rechtsprechung zu beobachtenden Tendenz zu einer großzügigeren Berücksichtigung der sogenannten Affektstörungen.

Gleichwohl bietet diese Alternative die Möglichkeit, andere, modernere Auffassungen von Krankheitsgeschehen in die Gerichtspraxis einzuführen, entgegen der von herrschender Meinung in Rechtsprechung und Gerichtspsychiatrie vertretenen biologistischen Betrachtungsweise. So lassen sich hier auch Auffassungen psychoanalytischer Verständnisweise oder psychodynamischen Krankheitsgeschehens zu Gehör bringen.

Unter »schweren anderen seelischen Abartigkeiten« werden diejenigen Abweichungen von einer für den Durchschnittsmenschen zugrundegelegten Norm des seelischen Zustandes erfaßt, die nicht auf nachweisbaren oder zu postulierenden organischen Prozessen oder Defekten beruhen, in diesem Falle kommt die erste Alternative in Betracht, sondern entweder rein seelisch oder zwar körperlich bedingt sind, sich letzterenfalls aber nicht in Form eines Organprozesses entwickelt haben, und die von solcher Erheblichkeit sind, daß das Persönlichkeitsgefüge in gleicher Weise in Mitleidenschaft gezogen ist wie bei den echten Psychosen (so die Definition im Strafrechtskommentar *Schönke-Schröder*). Die seelischen Abartigkeiten sollen sich von den meist rasch vorübergehenden Bewußtseinsstörungen im Sinne der zweiten Alternative durch die längere Dauer unterscheiden. Zu den seelischen Abartigkeiten werden die sogenannten Psychopathien, die Neurosen und die Triebstörungen ohne Organbefund gezählt. Für diese vierte Alternative gilt das, was ich gerade für die zweite Alternative vorgetragen habe. Der Gesetzgeber hat aber auch hier die Schranke des Adjektivs »schwer« gesetzt, was bedeutet, daß bei Psychopathien, Neurosen und Triebstörungen eine Exkulpation nur unter ganz besonderen Voraussetzungen in Betracht kommt. So hat der Bundesgerichtshof in einer Entscheidung aus dem Jahre 1982 geurteilt, daß Psychopathien nur in extremen Ausnahmefällen zu einer Schulausschließung führen. Die herrschende Rechtsprechung und unisono die gerichtspsychiatrischen Lehrbücher lassen hier nur psychoseähnliche Störungen in Betracht kommen, die im Grenzbereich zu den Psychosen oder psychotischen und hirnrorganischen Persönlichkeitsveränderungen liegen.

Das bedeutet, daß Krankheit in dem eben beschriebenen schulpsychiatri-

schen Sinne fast automatisch eine Exkulpierung mit sich bringt, Abnormitäten oder psychische Variationen hingegen die Verantwortungsfähigkeit im Prinzip nicht einschränken. Wie *Schmidts* in seinem oben erwähnten Vortrag nachgewiesen hat, läßt eine solche Systematik lediglich eine Aussage über die Determinationsstruktur einer Tat zu, nicht jedoch eine Aussage über individuelle Gegebenheiten, geschweige denn über eine individuelle Verantwortlichkeit. In der Praxis führt eine derartige diagnostische Zuordnung den Verurteilten entweder einem Strafvollzug zu oder er wird im Exkulpationsfalle auf unabsehbare Zeit in einer psychiatrischen Anstalt im sogenannten Maßregelvollzug untergebracht.

### *Borderline-Erkrankung und Schuldfähigkeit*

Im Stichwortverzeichnis des gebräuchlichen Handbuchs der forensischen Psychiatrie, herausgegeben von den Professoren *Göppinger* und *Bresser*, aus dem Jahre 1972, werden Sie vergeblich nach der Borderline-Erkrankung suchen, obwohl *Günter Ammon* seit 1976, so vor allem in dem Handbuch-Artikel 1979, diese Erkrankung als sozusagen eigenständiges Krankheitsbild beschrieben hat. *Kurt Schneider* (1950) hat die Gruppe der Patienten, die weder den Psychosen noch den Neurosen zuzurechnen ist, als Psychopathen klassifiziert. Die von *Schneider* beschriebenen Typen würden unter den Borderline-Begriff *Ammons* fallen. In dem hier vorgestellten Zusammenhang ist von Belang, daß die von *Schneider* beschriebenen Psychopathien in der gericht psychiatrischen Begutachtung eine große Rolle spielen, aber gemäß *Schneiders* Postulat den Psychopathien kein Krankheitswert beigemessen wird. In der Gerichtspraxis bedeutet dies, daß die so vom Gerichtspsychiater Diagnostizierten nur in seltenen Ausnahmefällen eine verminderte Schuldfähigkeit zugeschrieben erhalten, geschweige denn einen Schuldausschließungsgrund für sich reklamieren können.

Viel weitgehender ist das humanstrukturelle, psychogenetische und gruppendynamische Verständnis des Borderline-Syndroms, wie es *Günter Ammon* seit 1976 kontinuierlich entwickelt und beschrieben hat. Danach »zeichnet sich das Borderline-Syndrom durch Störungen im zentralen Persönlichkeitskern der Identität und den damit verbundenen Ich-Strukturen aus; obwohl es eine Bereitschaft zu kurzen psychotischen Reaktionen hat, unterscheidet es sich jedoch von den psychotischen Krankheitsformen durch eine relativ intakte Fassade, manchmal sogar überkompensierte und brillierende Ich-Funktionen. Die Unterscheidung zur Neurose liegt in der eklatanten Schwäche der sekundären Ich-Funktion der Verdrängung, obwohl passager neurotische Reaktionen verschiedenster Art auftreten können« (*Ammon* 1976).

### *Phänomenologie des Borderline-Syndroms*

Wesentliches Kennzeichen des Borderline-Syndroms ist die fehlende Identität, bei aller Unterschiedlichkeit der klinischen Symptomatik. Trotz seiner Krankheit besitzt der Patient eine funktionierende Persönlichkeitsfassade mit brüchiger und

wechselnder Identifikation. Der Borderline-Patient wird daher sehr schwer als psychisch krank zu erkennen sein. Dies erschwert natürlich auch die forensische Beurteilung. Am Gerichtsverfahren beteiligte Juristen (Richter, Staatsanwälte, Verteidiger) erkennen so unter Umständen gar nicht, daß eine im Sinne von § 20/21 StGB relevante Krankheit vorliegen könnte. Denn ein gerichtliches Gutachten wird nicht automatisch in Auftrag gegeben, sondern nur dann, wenn es einer der Verfahrensbeteiligten beantragt, und dieser Antrag muß durch sogenannte Anknüpfungstatsachen erhärtet sein. Der Verteidiger, der ein Gutachten in Auftrag geben möchte, muß also vortragen, daß die und die Verhaltensweise des Mandanten auf diese oder jene »Krankheit« zurückzuführen sein könnte. Nur bei Mord- und Totschlagsdelikten wird sozusagen automatisch vom Gericht aus ein Sachverständigengutachten eingeholt.

Es werden die Borderline-Patienten phänomenologisch zunächst in zwei Gruppen eingeteilt: »die zurückgenommenen, schweigenden, und die nach außen gerichteten, agierenden Patienten. Beiden Patientengruppen gemeinsam ist die zentrale Störung der Identität« (*Ammon 1979*). Weiterhin sind Denkstörungen beobachtbar sowohl formaler (Denkloch, magisches Denken) als auch inhaltlicher (Zwangsgedanken, Wahn, Projektionen, ideologisches Denken) Art. Ferner eine Partnerwahl im narzißtisch-pathologischen Sinne, die sich entweder in einer Beziehungslosigkeit oder aber in einer versachlichten parasitären Art und Weise äußert oder in einer symbiotisch verbackenen Weise, wobei die Erscheinungsformen auch häufig wechseln.

Besonders zu betonen ist aber der häufige Wechsel der sich darstellenden »klinischen« Erscheinungsformen und vor allem das Nicht-Fachleuten, wie Juristen, sehr schwer durchschaubare Krankheitsbild, weil die Borderline-Patienten als »Normalbürger« erscheinen, in ihrem Bestreben, sich jeder Situation anzupassen.

Gerade für die juristischen Kollegen wird es interessant sein, beim Durchsehen eines Lebenslaufes auf derartige eben beschriebene Erscheinungsformen zu achten. Es kann ja dann ein Anstoß sein, eine Begutachtung zu beantragen.

In aller Kürze möchte ich jetzt die von der Borderline-Erkrankung betroffenen Humanstrukturen zusammenfassen und im Anschluß daran die von den Borderline-Patienten entwickelten Abwehrformen darstellen, wobei ich *Ammon (1976)* zitiere:

- »1. Zersplitterung der Identität durch Störung in der Symbiose;
2. defizitärer Narzißmus (tertiärer Narzißmus);
3. Verkrüppelung der Ich-Funktion der konstruktiven Aggression, nach innen und außen gerichtete Destruktion;
4. defizitäre Ich-Frustrationsregulation;
5. defizitäre Ich-Abgrenzung nach innen und außen;
6. defizitäre Ich-Integration;
7. Defizite der Affektivität, des Denkens, der Sexualität und der Oralität.

Dabei werden die ich-strukturellen Ich-Defizite unbewußt von gesunden funktionalen Ich-Anteilen überlagert.«

Die Schädigungen der Borderline-Patienten wurden in frühester Kindheit gesetzt, er versucht diese mit archaischen Formen abzuwehren. *Ammon* beschreibt die Abwehr der Kontaktangst der Borderline-Patienten durch Idealisierung und Idolisierung. Ein weiterer Abwehrmechanismus ist die Introjektion, ein anderer die Projektion. Im engen Konnex mit der defizitären Ich-Abgrenzungsfunktion (nach innen und außen) führt dies zu einer »Verwechslung von Innen- und Außenwelt, Realität und Irrealität, Traum und Wirklichkeit«. Weitere Momente der Abwehr sind Isolation, suizidale Depression, destruktive Aggression nach innen und außen, Verleugnung und Ambivalenz.

Dieses neue Krankheitsbild des Borderline-Syndroms kann nur mit einem theoretischen Ansatz verstanden und damit auch behandelbar gemacht werden, der von Dynamik und Genese der Humanstrukturen ausgeht, die von ihren »mit dem unbewußten Komplex verwobenen Gruppenbezügen bestimmt sind« (*Ammon* 1976). Daher steht im Mittelpunkt der Behandlung das Ermöglichen einer nachholenden Ich-Entwicklung durch Gruppentherapie, verbale Therapieformen (Milieuthherapie, Tanztherapie etc.) und hinzukommend auch Einzelspsychotherapie.

Welchem Umstand verdankt es nun die Borderline-Erkrankung, von der Kriminologie in einem größeren Maße beachtet zu werden als andere Krankheitsformen?

Aufgrund ihrer verinnerlichten destruktiven Aggression haben Borderline-Patienten einen »latenten Zug zur Kriminalität« (*Ammon* 1979), sie können also bei Identitätsanforderungen, um alte archaische Ängste abzuwehren, mit kriminellen Handlungen, destruktiv nach außen gerichtet, reagieren.

Wird die destruktive Aggression so zentral, daß sie »als Leitlinie praktisch an die Stelle der fehlenden Identität tritt«, kann man auch von »Borderline-Kriminalität« sprechen (*Ammon* 1969 in seiner Arbeit »Abrupter Durchbruch destruktiver Aggression als psychiatrisches Problem«; *Ammon* und Mitarbeiter in dem 1979 erschienenen Buch »Kindesmißhandlung«; *Ammon* in seiner Borderline-Arbeit im Handbuch der Dynamischen Psychiatrie Bd. 1/1979 — hier: Auswertung seiner langfristigen Arbeit mit Strafgefangenen und als Gutachter).

Besonders signifikant bei den sogenannten Borderline-Kriminellen ist die aus scheinbar nichtigem Anlaß (Auslösephänomen) hervorbrechende destruktive Aggression, bezeichnet als »plötzlicher Durchbruch destruktiver Aggression« (*Ammon* 1969), die sich im kriminellen Akt entlädt. Dabei beobachtet man eine Gefühlsverleugnung, die den Vernehmungsbeamten immer besonders auffällt, wenn sie davon sprechen, daß der Täter über seine Tat völlig emotionslos, »eiskalt«, »wie nicht von ihm selbst« berichtet. Oft wird dann gerade in Verkennung der tatsächlichen Beweggründe ein solches Verhalten dem Täter im Urteil straferschwerend angerechnet. Dabei versuchen diese Menschen, wie *Ammon* es formuliert (*Ammon* 1979), »ihre innere Leere im kriminellen Akt aufzufüllen, d.h. sie erleben sich im Augenblick der Tat als existent«. Er fährt fort: »Durch das Auslösephänomen öffnet sich die Ich-Grenze

nach innen, in diesem Zustand ist die Ich-Kontrolle ausgeschaltet und schließt sich nach der Tat wieder, so daß der Täter wieder realitätsangepaßt erscheint und sich oftmals an die Tat nicht erinnern kann«. Diese »abnorme« Verhaltensweise konnten *Ammon* und Mitarbeiter (1979) in den von ihnen beschriebenen Tatgeschehen der von ihnen untersuchten Kindesmißhandlungen nachweisen. Auch *Ulrike Harlander* beschreibt dies in ihrem auf dem 1. Weltkongreß der WADP gehaltenen Vortrag »Destruktive Sozialenergie in den Lebensgeschichten von Mördern — eine Untersuchung auf der Basis der Theorie der Sozialenergie von *Günter Ammon*« (1982).

Aufgrund des eben Gehörten fällt es nicht schwer festzustellen, daß die Borderline-Erkrankung in ihrer Phänomenologie, Ätiologie und Behandelbarkeit nicht in die biologistisch festgefahrene Betrachtungsweise — *Moser* (1971) spricht von Charakterbiologie — der Gerichtspsychiatrie paßt.

Dabei kann man die nach dem *Ammonschen* Konzept beschriebene Borderline-Erkrankung nach dem Gesetzeswortlaut unter die »schwere andere seelische Abartigkeit« subsumieren. Die eben beschriebenen Fälle eines Durchbruchs destruktiver Aggression, wobei in der Tatsituation ein psychotischer Zustand festzustellen ist, der danach aber wieder verschwindet, lassen sich ohne weiteres unter das Merkmal »tiefgreifende Bewußtseinsstörung« fassen, wobei sogar das vom Bundesgerichtshof geforderte »zerstörte seelische Gefüge des Täters« gegeben ist. Die Schwierigkeit für den Gerichtspsychiater bzw. den diese Umstände für seinen Mandanten ins Feld führenden Verteidiger ist es, dann darzulegen, daß diese tiefgreifende Bewußtseinsstörung eben nicht auf einer endogenen Psychose, aber gleichwohl auf einem krankhaften Zustand beruht.

Diese Problematik möchte ich an einer Fall-Vignette darstellen. Der Fall ist über die Presse unter dem Stichwort »Gutachterstreit« bekanntgemacht worden und von dem Gerichtsreporter der Süddeutschen Zeitung, *Erwin Tochtermann*, in seinem Kapitel »Gutachter in Sachen Mord« in seinem Buch »Die Leichen im Keller der bayerischen Justiz« (München 1983) beschrieben worden. Dem damals 39jährigen Arbeiter Rudolf R. wird vorgeworfen, die Rentnerin Hedwig T., die den ihr Fremden zum Kaffee eingeladen hatte, erst auf ein Bett gestoßen und mißbraucht zu haben. Als die Frau sich wehrte, schlang der Angeklagte ihr einen Seidenschal um den Hals, um sie zu töten. Er tat dies, um die Vergewaltigung vollenden zu können und so seinen Geschlechtstrieb zu befriedigen — so die Anklage. Der Angeklagte schildert seinen Lebenslauf und die Tatsituation. Er will einen Bekannten besuchen, trifft zufällig im Flur die Frau T., die ihn zum Kaffee einlädt. Im Gespräch eröffnet sich die Möglichkeit, daß er in der Wohnung der Frau das gerade zuvor durch den Auszug ihres Sohnes freigewordene Zimmer beziehen könnte. »Ich habe in Frau T. denselben Menschen wie meine Mutter gesehen und gedacht, ich bekäme wieder ein Zuhause«, schildert er dem Gericht. Herr P. hat aber befürchtet, daß die Frau T. von dritter Seite über seine Vergangenheit aufgeklärt werden könnte, er hatte ja eine Menge Vorstrafen. Er erzählte Frau T. davon.

Diese reagierte darauf mit der Bemerkung des Inhalts, »er sei auch so ein Rabe«. Diese Bemerkung wurde zum Auslöser der Gewalttat. An sie selbst kann sich R. nicht mehr erinnern. »Ich bin erst wieder zu mir gekommen, wie sie dagelegen hat.« Dr. *Rolf Schmidts*, dessen Arbeit über die dynamisch-psychiatrischen Aspekte der forensischen Psychiatrie ich vorhin zitiert habe, war als Gutachter bestellt. Er legte zunächst die Faktoren dar, auf denen die Fehlentwicklung des Angeklagten resultiert: die uneheliche Geburt, eine frühe Störung des Verhältnisses zu seiner Mutter, die sich sadistisch verhielt, den kleinen Sohn zum Stehlen schickte und die auf den Tod ihrer Tochter mit der Feststellung reagierte, jetzt haben wir wenigstens einen Fresser weniger. Ein Arbeitsunfall während der Lehrzeit, der eine Hodenoperation nach sich führte und zu sexuellen Schwierigkeiten. Ein Mädchen hatte ihn sitzengelassen, er geriet auf die schiefe Bahn. Während er im Gefängnis saß, wurde seine Ehe geschieden. Eine Verlobung wurde wegen des Vetos des Vaters der Verlobten aufgelöst, nachdem er von R. selbst über seine Vorstrafen informiert wurde. Die Folge waren nach den Feststellungen des Sachverständigen massive Trennungstraumen, archaische Vernichtungsängste und manchmal heftige Durchbrüche destruktiver Aggression. Das mörderische Potential wird aktiviert, wenn das Opfer als Schlüsselfigur gesehen wird, und genau dies sei bei der Tat geschehen: R. habe in Frau T. eine Mutter gesehen, sich ein neues Zuhause erhofft. Als er ihr seine Vergangenheit gebeichtet hatte und sie mit der Bemerkung, er sei ein Rabe, darauf reagiert habe, habe dies bei dem psychisch schwer gestörten Angeklagten zu einem hochgradigen Affekt geführt, der sich in der Tat entlud. Dafür sei er wegen einer tiefgreifenden Bewußtseinsstörung strafrechtlich nicht verantwortlich zu machen. Bei R. liege eine Borderline-Schizophrenie vor, die behandelt werden müsse; er empfahl daher eine Anstaltseinweisung.

*Tochtermann* kommentiert: »Es war eine Sternstunde der Psychiatrie, wie man sie leider in unseren Gerichtssälen nicht sehr oft erlebt.« Das Gutachten überzeugte alle Beteiligten, neben dem Gericht, dem Staatsanwalt und dem Verteidiger auch den Nebenklägervertreter, der den Sohn der Getöteten vertrat. Das Urteil wird beraten, niemand zweifelt an dem Spruch. Da schaltet sich noch im Beratungszimmer telefonisch der Vorgesetzte des damaligen Gutachters ein, er habe Bedenken gegen das Ergebnis des Gutachtens Dr. *Schmidts*. Der Richter tritt noch einmal in die Beweisaufnahme ein. Der Leiter des landgerichtsarztlichen Dienstes, der Gerichtspsychiater Dr. *Dahse*, kann nun seine Bedenken dem Gericht vortragen. Das Krankheitsbild der Borderline-Schizophrenie kenne er nicht. Er habe aber in der Literatur nachgesucht und auch gefunden: Wie die Übersetzung Grenzlinie besagt, handele es sich bei den mit diesem amerikanischen Ausdruck bezeichneten Fällen um Zustandsbilder, die auf der Grenze zwischen neurotischer und psychotischer Störung stehen. Ein Grenzfall könne zwar bei R. vorliegen, aber Schizophrenie sicherlich nicht. Er wird darauf hingewiesen, daß nach Dr. *Schmidts*' Gutachten eine krankhafte seelische Störung zusammen mit einer Bewußtseinsstörung zu einer explo-

sionsartigen Affektentladung geführt habe. Dr. *Dahse* erwidert, daß eine Entladung auch eine Aufstauung voraussetze und daher ein Affekt im Sinne der forensischen Psychiatrie nicht bestätigt werden könne. Dr. *Schmidts* führt nun aus, daß eine Schizophrenie nicht vorliege, das habe er auch nicht behauptet, wohl aber eben eine Borderline-Schizophrenie. Die Tat sei eben nach diesem Krankheitsbild Folge eines affektiv aggressiven Durchbruchs. Das Gericht hält bei diesen gegensätzlichen Auffassungen ein weiteres Sachverständigen-gutachten für erforderlich, mit der Erstellung wird Prof. *Mende* von der Universitäts-Nervenlinik beauftragt. Nach seiner Untersuchung ergeben sich bei R. zahlreiche Verdachtsmomente für einen schwerwiegenden frühkindlichen Hirnschaden. Weiter attestiert er dem Angeklagten, daß die Tat aus einer hochgradigen Erregung heraus begangen worden sei, die zwar nicht so hochgradig gewesen sei, daß sie die Annahme einer tiefgreifenden Bewußtseinsstörung rechtfertigen könne, aber doch Krankheitswert habe. Diese ausgeprägte neurotische Fehlhaltung habe zusammen mit dem Hirnschaden und einer affektiven Labilität zu einem Versagen des Steuerungsmechanismus bei R. geführt, was die Schuldfähigkeit erheblich eingeschränkt habe, aber sicher nicht völlig aufgehoben. Warum nur beschränkt, aber nicht völlig aufgehoben, kann Prof. *Mende* nicht begründen.

Das Gericht schließt sich nun dem Gutachten Prof. *Mende's* an und verurteilt den Angeklagten zu 14 Jahren Freiheitsstrafe und Unterbringung in einer geschlossenen Anstalt, wobei die Anstattungsunterbringung vor Verbüßung der Strafe angeordnet wird.

Wäre das Gericht dem Gutachten Dr. *Schmidts* gefolgt, so wäre der Angeklagte freigesprochen worden, hätte sich einer Behandlung in einer geschlossenen Anstalt eines Bezirkskrankenhauses unterziehen müssen und wäre nach erfolgreichem Abschluß der Behandlung entlassen worden. Wäre das Gericht dem Gutachten Dr. *Dahse's* gefolgt, so hätte es den Angeklagten zu lebenslänglicher Freiheitsstrafe verurteilen müssen. Nach dem nunmehrigen Urteil besteht immerhin die Chance, daß nach einer erfolgreichen Behandlung in der Psychiatrie die dann noch offene Strafe zur Bewährung ausgesetzt werden kann. Dies hängt aber von der zuständigen Strafvollstreckungskammer ab. Genauso möglich ist es, daß R. dann den Rest der 14 Jahre in einer Justizvollzugsanstalt absitzen muß.

Diese Fall-Vignette zeigt, wie schwer es ist, eine psychodynamische Betrachtungsweise, selbst in gerichtspsychiatrische Terminologie eingebettet, zu gerichtspsychiatrischer Akzeptanz zu bringen, wobei das Gericht zuerst durchaus aufgeschlossen gewesen ist, dann aber wieder in alte Bahnen zurückfiel und »dankbar« auf die »Kompromißlösung« des Universitätsgutachters zurückgriff. Dabei weist die Annahme eines frühkindlichen Hirnschadens, körperlich nicht nachgewiesen, auf das Bestehen einer Borderline-Erkrankung hin.

Die Fall-Vignette beweist aber auch, wie wichtig es für den jeweiligen angeklagten Menschen ist, daß seine Person und die von ihm begangene Tat ver-

standen werden kann und ihm geholfen werden kann. Die Gerichtspsychiater müssen bereit sein, nicht im alten Denken steckenzubleiben, neue Erfahrungen zu machen, neue Krankheitsbilder kennenzulernen, diese in die Begutachtung einzuführen, wobei ich noch einmal daran erinnern möchte, was ich eingangs über jedwede Begutachtung und die Gutachter schlechthin gesagt habe.

An dieser Stelle ist zu fordern, daß die Borderline-Erkrankung als »schwere andere seelische Abartigkeit« im Sinne von § 20 StGB anerkannt wird. Dann bleibt es nicht dem Zufall überlassen, welches Urteil je nach verschiedener Gutachterwahl herauskommt. Denn durch die jahrzehntelange klinische Erforschung des Borderline-Syndroms durch *Ammon* und seine Mitarbeiter ist es erwiesen, daß diese Erkrankung von solcher Erheblichkeit sein kann, daß sie das Persönlichkeitsgefüge in gleicher Weise in Mitleidenschaft zieht wie eine echte Psychose, wie es die Rechtsprechung verlangt. Dann hätten auch die von *Kurt Schneider* so bezeichneten gefühlkalten Psychopathen, die ja nach gängiger gerichtspsychiatrischer Meinung nicht einmal vermindert schuldfähig sein sollen, eine Chance auf gerechte Behandlung.

*Assessment of Guilt Capability in Criminal Processes based upon the Borderline Concept of Günter Ammon*

Thomas Hessel (Munich)

The author, a lawyer, analyses the question, in how far the borderline disease has hitherto found access into German forensic psychiatry. Starting from the ethic postulate of the free will, i.e. the capability to decide and act freely, for the question, whether a person is guilty in the sense of penal law and should be punished, the German judicial system restricts or excludes the guilt capability according to the severity of the mental illness, leading to a partial or complete loss of the ability of reasoning, reflection and self awareness, as it is defined in the penal code (Strafgesetzbuch).

In its understanding of disease, culpability and free will, forensic psychiatry in Germany, advising the law courts in the issue of guilt capability through its medical expert certificates, still clings to a biological concept of mental disease, oriented at the categorizing nosological concepts of *Kreapelin* and *Kurt Schneider*. In this concept the borderline disease, which — according to statistical epidemiological research — can be found with an increasing number of psychiatric patients, is regarded as psychopathology, i.e. *Kurt Schneider* considers it to be a character deformation and not a mental illness. Thus a »psychopath« is regarded to be fully culpable.

The borderline patient indeed shows such a changeable symptomatology and often a rather intact personality façade, i.e. he »functions« well, that it is difficult to evaluate the severity of the illness without an integrative and psychodynamic approach. *Günter Ammon* has developed such a concept within

the framework of his Humanstructurology. He considers the borderline disease as a severe archaic ego-illness originating from early childhood and resulting in a disturbance in the central core of identity and essential ego-functions. While the borderline patient has a functioning personality facade, his identifications are fragile and are changing constantly and he is prone to brief psychotic episodes because of his deep-rooted anxiety, destructive aggression and lack of identity. When he is challenged or stressed in crisis situations, the destructive aggression can suddenly break through in a criminal deed. Because of his intact façade the borderline-patient is difficult to recognize as mentally ill, in particular by non-medical people in the law-courts.

By means of a case history *Hessel* makes it plain that in the acute psychotic state — as *Ammon* has outlined in his borderline-concept — the borderline-patient loses his ego-control temporarily, but regains it after the criminal deed, so that he appears »normal« again. In this case a homicide was committed by a man who in the opinion of the medical expert of the law court suffered from a borderline schizophrenia and committed the crime in an acute psychotic state. First the court was ready to follow this medical opinion, then — due to an intervention of a superior official of the expert — the court heard a second and a third expert representing different opinions on the case and came to the conclusion, that the guilt capability was restricted by an infantile brain damage, a neurotic reaction and an affective lability and thus combined a sentence of 14 years prison with a foregoing treatment in a closed psychiatric clinic. Thus they did not follow the first experts' view who had pleaded for the verdict of not guilty because of a complete lack of guilt capability during the deed.

This case history illustrates the importance of the psychodynamic borderline concept for forensic psychiatry.

*Hessel* calls for more knowledge of the borderline concept by means of post-graduate education of psychiatrists and jurists; further for the recognition of borderline disease as an own understandable and treatable entity within the framework of forensic assessment, and including this knowledge in dealing with criminal behaviour.

### Literatur beim Verfasser

Adresse des Autors:  
Thomas Hessel  
Schellingstraße 48  
8000 München 40

## Klinisch-psychologische Effizienzuntersuchung bei der stationären Behandlung von Borderline-Patienten in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige\*\*\*\*\*

Ilse Burbiel\*, Egon Fabian\*\*, Christa Emmert\*\*\*, Gerhard Wolfrum\*\*\*\*\*

Die Autoren stellen in der vorliegenden Arbeit einen weiteren Beitrag zur Effizienz der psychotherapeutischen Arbeit der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige München vor, die nach dem humanstrukturellen Behandlungskonzept Günter Ammons arbeitet. In einer theoretischen Einführung unterstreichen die Autoren die Bedeutung des Entwicklungsaspekts im humanstrukturellen Konzept und diskutieren die Relevanz des Menschenbildes und des sozialenergetischen Denkens hinsichtlich einer Psychotherapie-Effizienz. Anliegen der empirischen Untersuchung ist die Wirksamkeit stationärer Psychotherapie bei Borderline-Patienten zu überprüfen. In einer Vorher/Nachher-Studie werden die Ergebnisse zweier psychometrischer Meßverfahren (ISTA — Ich-Struktur-Test nach Ammon — und MMPI-Saarbrücken) von Borderline-Patienten, die in der Klinik stationär behandelt wurden (N = 46), auf statistische Mittelwertsunterschiede überprüft. In einem zweiten Untersuchungsschritt werden Borderline-Untergruppen nach differentialdiagnostischen Kriterien hinsichtlich Symptomatologie und Ich-Regulation gebildet und deren Unterschiede im Entwicklungsprozeß überprüft.

Die Ergebnisse zeigen die hochsignifikante Abnahme der defizitären Anteile aller mittels ISTA gemessenen Human-Funktionen (Aggression, Angst, Ich-Abgrenzung nach innen und außen, Narzißmus), den signifikanten Zuwachs der konstruktiven Ausprägungen dieser Human-Funktionen und die signifikante Abnahme der mittels MMPI-Saarbrücken gemessenen Symptomatologie. Weiterhin gelingt eine statistisch signifikante Differenzierung der untersuchten Patientengruppe nach dem Kriterium der Ich-Abgrenzung nach innen und außen. Danach unterscheiden sich Patienten mit offenen Ich-Grenzen von solchen mit geschlossen Ich-Grenzen in der Veränderung der einzelnen Human-Funktions-Anteile während des therapeutischen Prozesses. Die Studie unterstreicht die Bedeutsamkeit und die Wirksamkeit des stationären dynamisch-psychiatrischen Behandlungskonzepts bei Borderline-Patienten und läßt diagnostische und prognostische Rückschlüsse für den therapeutischen Verlauf und den zu erwartenden Human-Struktur-Zuwachs in Abhängigkeit von der zugrundeliegenden Human-Struktur des jeweiligen Patienten zu.

### Einleitung

Die vorliegende Untersuchung ist eine Fortsetzung psychologischer Studien über die stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige München (Ammon et al. 1982 und Burbiel u. Wagner 1984). Die Arbeit befaßt sich mit der Effizienz-

\* Dipl.-Psych., Dr. phil., Klinische Psychologin (BDP), Lehranalytikerin (DAP), Leiterin der Psychologisch-Diagnostischen Abteilung der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige München

\*\* Dr. med. (Tel Aviv/Israel), Oberarzt der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige München

\*\*\* Dipl.-Psych., Klinische Psychologin (BDP), Mitarbeiterin der Psychologisch-Diagnostischen Abteilung der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige München

\*\*\*\* Dipl.-Psych., Mitarbeiter der Psychologisch-Diagnostischen Abteilung der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige München

\*\*\*\*\* Vortrag gehalten auf dem 7. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP / XX. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 17.—21.3.1989, Hochschule der Künste Berlin

diagnostik bei Borderline-Patienten. Aus dem gesamten Spektrum der diagnostischen Verfahren, das sowohl psychiatrische, humanstrukturelle, inter-nistisch-medizinische, wie auch sozialarbeiterische und ausführliche psychologische Untersuchungen umfaßt, konzentriert sich diese Untersuchung im Sinne einer Vorher/Nachher-Untersuchung beispielhaft auf die Ergebnisse zweier psychologisch-psychometrischer Testverfahren, die routinemäßig Bestandteil der psychologischen Diagnostik sind, den Ich-Struktur-Test nach *Ammon* (ISTA) und den MMPI-Saarbrücken. Es wurden zwei Untersuchungsschritte vorgenommen:

1. Ein Vergleich der Aufnahme- und Entlastungs-Testergebnisse von 46 Borderline-Patienten, die in der Klinik Menterschwaige behandelt wurden, mit den oben erwähnten Meßmethoden und
2. eine Untersuchung von Borderline-Untergruppen selektiert nach diagnostischen Gesichtspunkten bei Aufnahme und Entlassung, mit der Frage nach differentialdiagnostischen Unterschieden zwischen den Gruppen und deren Veränderungen.

Die Subgruppen sind demzufolge gebildet nach:

- a) der Symptomatologie (im Sinne einer dominant in Erscheinung tretenden Symptomatik, die sich strukturell niederschlägt) und
- b) nach dem Gesichtspunkt der Ich-Regulation, die sich u.a. in der Human-Funktion der Ich-Abgrenzung nach innen und außen zeigt. Die Qualität der Ich-Regulation ist unseres Erachtens für die prognostische Einschätzung therapeutischer Effektivität von entscheidender Bedeutung.

Effizienz bzw. Wirksamkeit von Psychotherapie ist relativ und kann nur im Zusammenhang mit den therapeutischen Zielen beschrieben und untersucht werden, die wiederum aus dem der psychotherapeutischen Schule zugrundeliegenden Menschenbild abgeleitet werden (vgl. *Ammon et al.* 1982; *Burbiel u. Wagner* 1984; *Leichsenring u. Hager* 1986).

Die daraus resultierenden Schwierigkeiten der Vergleichbarkeit effizienzfor-scherischer Arbeit aus verschiedenen Psychotherapieschulen werden derzeit in der Literatur diskutiert (z.B. von *Biefang* 1980; *Häfner* 1983; *Tucker et al.* 1987). Wie neuere Arbeiten zeigen, sind Ansätze vorhanden, einheitliche Effizienz-kriterien für die unterschiedlichen Ebenen der Wirksamkeitsmessung zu finden. Beispiele dafür sind u.a. metatheoretische Arbeiten von *Glass u. Smith* (1977) und *Leichsenring u. Hager* (1986).

Essentielle Bestandteile im Menschenbild der Humanstrukturologie sind, den Menschen ganzheitlich und mehrdimensional in seinen seelischen, geistigen und körperlichen Seiten, in seinen gesunden und kranken Anteilen und in seiner Identitätsentwicklung zu sehen. Dabei wird Entwicklung als ein permanenter Prozeß verstanden, der von der Geburt bis zum Tode reicht. »Identität ist das Bleibende in einer Persönlichkeit und sie ist gleichzeitig nichts Bleibendes. Identität ist ein Prozeß, ein fortwährendes Suchen, eine fortwährende Entwicklung« (*Ammon* 1986a). Unter dem Begriff Entwicklung verstehen wir den ständigen Prozeß von Differenzierung der Human-Funktionen aller drei

Bereiche des Human-Struktur-Modells, d.h. den primären, den zentralen und den sekundären Anteilen, bei gleichzeitiger Integration aller Funktionen über die sich prozeßhaft entwickelnde Identität.

Entwicklung ist nur in Beziehung zur Gruppe zu denken. Unter gesunder Entwicklung verstehen wir die Möglichkeit, entwicklungsfähig zu bleiben, Sozialenergie annehmen und in Struktur umwandeln und wieder in die Gruppe geben zu können. Strukturell gesehen äußert sich dies in vorwiegend konstruktiven Strukturanteilen eines Menschen. Kranksein bedeutet unter diesem Aspekt Stillstand von Entwicklung, eine Arretierung und ständige Wiederholung von Dynamiken, die keine strukturverändernde Energieaufnahme zulassen. Dadurch ist der für Entwicklung notwendige Integrations- und Differenzierungsprozeß blockiert, was sich in einer vorwiegend destruktiv-defizitären Humanstruktur zeigt. Krankheitssymptome sind als ein Integrationsersatz und als Kompensation des strukturellen Defizits im zentralen Kern der Persönlichkeit zu verstehen.

Die Sozialenergie ist als diejenige psychische Energie zu verstehen, die den Strukturaufbau und das Persönlichkeitswachstum des Menschen aus frühester Kindheit bestimmt und durch den Auseinandersetzung- und Forderungsprozeß entsteht. *Ammon* schreibt u.a. hierzu: »Sozialenergie geben heißt nichts anders, als Verständnis zu entwickeln, Interesse zu haben am Anderen und der Gruppe, sich mit einem Anderen einzulassen, auseinanderzusetzen und den anderen Menschen ernstzunehmen mit seinen Freuden, Leistungen, Interessen, aber auch mit seinen Sorgen und Schwierigkeiten.« (*Ammon* 1982)

Die Bedeutung der Diagnostik in unserem Verständnis liegt in der Beschreibung der kranken und gesunden Seiten eines Menschen, in der »ganzheitlichen Betrachtung der konstruktiven, destruktiven und defizitären Aspekte eines Leidenden und des Beziehungsgeflechts, besonders im Hinblick auf den Grad gestörter Identität. . . mit dem Ziel der Heilung. Die Anwendung von Krankheitsbegriffen. . . hat dabei den Stellenwert einer groben und der Kommunikation dienenden Orientierung« (*Ammon* 1986b). Die Diagnose selbst wird prozessual aufgefaßt, d.h. sie verändert sich während des therapeutischen Prozesses im Sinne eines »diagnosing process« (*Ammon* 1959). Der Therapieverlauf wird während des stationären Aufenthaltes ständig in den Kontrollgruppen des Teams, in Großgruppen, in den Case-Konferenzen, über soziometrische und psychologische Testverfahren u.a. überprüft.

Behandlungsziel ist es, den Menschen unter dem Gesichtspunkt seiner Identitätsentwicklung entwicklungsfähig zu machen, d.h. die Nachentwicklung defizitärer Strukturen und die Entwicklung destruktiver zu konstruktiven Strukturen hin. Die Symptomreduzierung ist dabei nicht das zentrale Anliegen der humanstrukturellen Therapie. Es wird davon ausgegangen, daß die Symptome verschwinden, wenn eine strukturelle Veränderung stattgefunden hat.

Dynamisch-psychiatrische Therapie ist Identitätstherapie, die *Ammon* folgendermaßen beschreibt: »Im Mittelpunkt jeder Identitätstherapie steht, wer

ein Mensch wirklich ist und wer er sein kann. Das Verstehen menschlichen Leidens auf der Grundlage des Ich-Struktur-Modells ermöglicht es, ein oberflächliches Arbeiten an der Persönlichkeitsfassade, ein bloßes Aufbauen von sekundären Ich-Funktionen, die letztlich unintegriert bleiben, wie es bei vielen Anpassungstherapien der Fall ist, zu vermeiden. Die Identitätstherapie hat den Menschen in seinem Kern zu erreichen. . . sie ist eine ständige Auseinandersetzung, wer der Mensch in der Gruppe ist, wer er sein kann, wie er mit anderen Menschen leben kann« (*Ammon et al.* 1979).

Das Ziel und die Bedeutung der Verlaufs- und Effizienzdiagnostik liegt in der Überprüfung der Identitätsentwicklung eines Menschen während seiner psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung. Effizienzdiagnostik dient dabei immer einer Kontrolle der therapeutischen Arbeit und der Weiterentwicklung von Therapie und Theorie. Theorie und Therapie sind unter systemtheoretischer Sichtweise als ein offenes System zu verstehen.

Gerade für die Gesundung von Borderline-Patienten ist die von *Ammon* beschriebene Identitätstherapie von zentraler Bedeutung. Bezogen auf die stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung in der Klinik Menter-schwaige impliziert dies das Einsetzen der gesamten Klinikgroßgruppe als therapeutisches Milieu, das Zusammenspiel von Gruppenpsychotherapie, Einzeltherapie und non-verbale Gruppentherapien unter dem Aspekt der Identitätsentwicklung des einzelnen Patienten. Die Effizienz dieser Kombination wird auch von anderen Autoren bestätigt (vgl. *Kretsch* 1987; *Piper et al.* 1984).

Der Borderline-Patient leidet an einer Störung im zentralen Ich der Persönlichkeitsstruktur, dem sogenannten »Loch im Ich«, das in »der Regel abgedeckt ist durch eine mehr oder weniger intakte Fassade von Ich-Funktionen und Abwehrfunktionen« (*Ammon* 1979). Bei dieser gleichen Grundstruktur der Borderline-Patienten ist die Symptomatologie wechselnd und unterschiedlich ausgeprägt und dient der Flucht vor Identität (verweisen möchten wir hier auf *Ammons* Arbeiten von 1976, 1979, 1983, 1984, 1988 und 1989). Obwohl *Ammon* keine Leitsymptomatiken als dominant beschreibt, können unterschiedliche Symptomatiken im Vordergrund stehen. So kann ein Borderline-Patient vorrangig depressiv, psychosomatisch, hysterisch, paranoid etc. reagieren, seine Symptomatologie kann jedoch wechseln.

Der Borderline-Patient sucht die stationäre Behandlung auf, wenn seine sekundären Human-Funktionen bei Identitätsanforderungen und in Krisen zusammenbrechen. In seiner Entwicklung bedeutet dies eine kritische Grenze, an der das Potential an Energie, Struktur und Strukturdefizit einen Ungleichgewichtszustand erreicht hat. Die defizitär und destruktiv entwickelten Strukturanteile stehen im Vordergrund, in dem Sinn, daß die Kompensation durch die sekundären Humanfunktionen nicht mehr aufrechterhalten werden kann. Die Symptomatologie wird zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme vielfältig sein; zu beobachten ist aber immer eine schwere Depression. Bei einem strukturellen Defizit im zentralen Kern der Persönlichkeit ist allen Borderline-Patienten die Störung der Identität und der Ich-Regulation gemeinsam. Die

von uns mit dem ISTA untersuchten Human-Funktionen der Aggression, Angst, Ich-Abgrenzung nach innen und außen und des Narzißmus sind vorwiegend destruktiv und defizitär entwickelt.

Ziel der Therapie wird eine nachholende Ich-Entwicklung im Kern der Persönlichkeit des Patienten sein, d.h. die Arbeit an der Identität und der Integrations- und Ich-Regulationsfähigkeit des zersplitterten Kerns der nicht-bewußten Struktur des Patienten. Unter dem Aspekt der Entwicklung können wir sagen, daß ein Borderline-Patient aus der stationären Behandlung entlassen werden kann, wenn seine konstruktiven Anteile über strukturbildende, sozialenergetische Austauschprozesse — trotz noch gestört entwickelter Persönlichkeits-Bereiche — soweit nachentwickelt sind, daß er seinen Lebensweg im eigenen Recht gestalten kann. Dies müßte sich humanstrukturell, bezogen auf unsere Untersuchung, in einer Veränderung der vier gemessenen Human-Funktionen in Richtung des Anwachsens der konstruktiven Anteile und einer Abnahme der defizitären Anteile im zentralen Kern der Persönlichkeit und in der Reduzierung der Symptome zeigen.

Zur allgemeinen Diagnostik von Borderline-Patienten sind zahlreiche Veröffentlichungen bekannt, wobei je nach theoretischem Hintergrund und Psychotherapieschule divergierende Diagnostizierungen vorliegen. Eine einheitliche Beschreibung des Borderline-Syndroms in der Literatur ist nicht vorhanden (vgl. *Ammon* 1976a, 1979, 1984, 1988, 1989; *Lohmer* 1988; *Kernberg* 1984; *Rohde-Dachser* 1982, 1983; *Schepank u. Tress* 1988, *Saß u. Köhler* 1983 u.a.). Diese Schwierigkeit spiegelt sich auch in der symptomorientierten Diagnostik von ICD und DSM-III wider, die gegenüber unserem dynamischen und spektralen Verständnis der Diagnostik Unzulänglichkeiten aufweisen, die u.a. in den wichtigen Katamnestik-Studien von *Stone* (1987) und *Tucker et al.* (1987) aufgezeigt werden. So sind nur 80% der von *Stone* untersuchten Borderline-Patienten nach dem DSM-III als Borderline-Patienten eingestuft worden (*Stone* 1987).

Dergleichen ist uns eine epidemiologische Studie über die Verbreitung des Borderline-Syndroms nicht bekannt, obwohl ein häufigeres Auftreten dieses Krankheitsbildes allgemein konstatiert wird (*Lohmer* 1988; *Heigl u. Heigl-Evers* 1988; *Schepank* 1988; *Saß u. Köhler* 1983). Untersuchungen mit psychometrischen Testverfahren über dieses Krankheitsbild sind selten (*Gunderson et al.* 1984), obwohl einige empirische Studien zur Differenzierung des Borderline-Syndroms gegenüber anderen diagnostischen Gruppen vorliegen (z.B. *Perry* 1987; *Carpenter* 1977; *Gunderson* 1978; *Sheehy et al.* 1980).

ISTA und MMPI sind Bestandteile der in der Klinik verwendeten Testbatterie. Bei diesen beiden verwendeten Persönlichkeitstests handelt es sich um Selbsteinschätzungsfragebögen, die nach statistischen Kriterien objektive und signifikante Aussagen über die Differenzierung von Krankheitsbildern machen und die den Gütekriterien der Reliabilität und Validität genügen. Der MMPI-Saarbrücken umfaßt drei relevante Neuroseskalen: Hypochondrie (HS), Depression (D), Hysterie (Hy), fünf Charakterskalen: Depression (DE),

Schizoidie (SC), Psychopathie (PD), Psychasthenie (PT), Soziale Introversion/Extraversion (SI) und drei Einstellungsskalen (F, K, L). Wie Höck et al. (1974) nachweisen, können mit dem MMPI grundlegende Verhaltens- und Einstellungsänderungen gemessen werden.

Der Ich-Struktur-Test nach Ammon (ISTA) wurde auf der Basis der Theorie der Dynamischen Psychiatrie formuliert, statistisch überprüft und entspricht den Gütekriterien der Reliabilität und Validität (vgl. Ammon, Burbiel, Wagner, Finke, 1982, Burbiel, Wagner, Finke 1984). Mittlerweile wird der ISTA an zahlreichen in- und ausländischen Kliniken und Institutionen eingesetzt. Über die Werte der Skalen der Human-Funktionen der Aggression, Angst, Ich-Abgrenzung nach innen und außen und des Narzißmus in ihren konstruktiven, destruktiven und defizitären Ausprägungen wird versucht, Rückschlüsse auf die Qualität und Strukturierung der Human-Funktionen im nichtbewußten Bereich der Persönlichkeit zu ziehen. Dies geschieht über die Herleitung von Operationalisierungen, wie sich die vorwiegend im nichtbewußten Bereich markierten Funktionen phänomenologisch äußern. »Die Statements im ISTA sollen die Probanden in gruppendedynamische Situationen versetzen; die unbewußte Ich-Struktur äußert sich über die Selbsteinschätzung eigenen Erlebens und Verhaltens in vorgestellten Beziehungssituationen« (Ammon, Burbiel, Finke, Wagner 1982).

### *Die Hypothesen der Untersuchung*

Die allgemeine Untersuchungshypothese der vorliegenden Studie lautet: Im Verlauf des therapeutischen Prozesses nimmt das Defizit in den Human-Funktionen der Aggression, Angst und des Narzißmus ab, das Potential an Konstruktivität zu, das Potential an Destruktivität ab, allerdings je nach Human-Funktion in unterschiedlichem Ausmaß: Klinische Beobachtungen und empirische Untersuchungen (vgl. Burbiel, Vogelbusch 1981; Ammon et al. 1982 und Burbiel, Wagner 1984) haben gezeigt, daß sich die destruktive Aggression als »Drehpunkt« der Veränderung zwischen dem Rückgang an defizitärer Aggression und Zunahme an konstruktiver Aggression darstellt und somit zu verstehen ist als »Umschaltstelle« sozialenergetischer Auseinandersetzung, welche strukturbildende Funktion hat. Demzufolge werden die destruktiven Anteile der Human-Funktionen der Angst und des Narzißmus zurückgehen. Hinsichtlich der Human-Funktion der Ich-Abgrenzung nach innen und außen ist eine Zunahme der Werte zu erwarten, also insgesamt eine Zunahme an Flexibilität der Abgrenzungsfähigkeit. Im MMPI sollte sich die Einflußnahme der Therapie in einer Annäherung der Skalenwerte an den Normbereich zeigen — i.S. der Reduzierung von Symptomen bzw. eines Rückgangs der Streuung der Werte in den einzelnen Skalen.

Im einzelnen liegen dieser Untersuchung folgende Hypothesen zugrunde:

1. Die Werte auf den Skalen zu den defizitären Qualitäten des ISTA in den Human-Funktionen der Aggression, der Angst, der Ich-Abgrenzung und

des Narzißmus sind bei Klinikaufnahme bei allen Borderline-Patienten höher als die Werte auf den Skalen zur konstruktiven Qualität. Bei den Entlassungswerten liegen die konstruktiven Anteile höher als die defizitären. Die destruktiven Anteile der gemessenen Human-Funktionen variieren nur zufällig.

2. Die Werte der Skalen im MMPI-Saarbrücken liegen bei Klinikentlassung in den Skalen Depression, Schizoidie, Psychopathie, Psychasthenie, Soziale Introversion/Extraversion und den Einstellungsskalen F und K niedriger als bei Klinikaufnahme und bewegen sich dem Normbereich zu.
3. Die Variabilität der Symptomatologie im MMPI-Saarbrücken nimmt auf den oben genannten Skalen ab, d.h. die Werte streuen geringer um den Mittelwert.

Bei einer grundsätzlich gleichen Grundstruktur aller Borderline-Patienten, d.h. bei gleichermaßen großem archaischen Defizit in der Human-Struktur, kann man dennoch verschiedene »Typen« von Borderline-Patienten differenzieren, je nach der dominant vorherrschenden Symptomatologie und je nach den verschieden ausgeprägten Human-Funktionen. Dabei ist besonders die Ich-Regulation als die Verbindung zwischen Innenwelt und Außenwelt von zentraler Bedeutung, auf die *Ammon* bereits 1959 in seinem Artikel über Milieuthherapie hingewiesen hat (*Ammon* 1959, 1979).

*Ammon* et al. (1979) teilt die Borderline-Patienten phänomenologisch in zwei Gruppen ein: »Die zurückgenommenen, schweigenden und die nach außen gerichteten, agierenden Patienten. Beiden Patientengruppen gemeinsam ist die zentrale Störung der Identität.« Entsprechend werden von uns diagnostische Untergruppen gebildet, wobei als Indikator der Ich-Regulation die ISTA-Skala der Ich-Abgrenzung nach innen und außen dient. Die Differenzierung zwischen den Gruppen erfolgt selektiv und beispielhaft durch die Einteilung nach den empirischen Werten der Ich-Abgrenzung nach innen und außen. Es werden deshalb vier Gruppen gebildet, bei denen wir Patienten mit Extremwerten der Abgrenzung, d.h. Patienten, die extrem offen bzw. extrem geschlossen sind, erfassen. Als weiteres Kriterium der Subgruppen-Unterteilung verwenden wir die Abgrenzungswerte nach innen und außen unter der Annahme, daß Menschen mit der vorherrschenden Symptomatik Depression, Zwang und Psychosomatik nach innen und außen eher starr abgegrenzt sind, wodurch sie in ihrem nach außen gerichteten Verhalten angepaßt erscheinen, hingegen Menschen mit der dominanten Symptomatik Schizophrenie, Psychose und Hysterie eher über unflexibel offene Grenzen nach innen und außen verfügen, wodurch ihr Verhalten nach außen unangepaßt erscheint.

Für die vorliegende Studie formulieren wir weitere Hypothesen, die sich auf die differentialdiagnostische Unterscheidung zwischen den von uns gewählten Borderline-Subgruppen und deren Veränderungen nach therapeutischer stationärer Behandlung beziehen:

- 4a. Im ISTA werden sich Mittelwertunterschiede zwischen den beiden Sub-

- gruppen Depression, Zwang, Psychosomatik und Hysterie, Schizophrenie und Psychose jeweils zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme und Entlassung auf den Skalen Aggression, Angst, Narzißmus und Ich-Abgrenzung nach innen und außen nachweisen lassen.
- 4b. Im MMPI werden sich die Mittelwerte zwischen den beiden Subgruppen in den jeweiligen Skalenausprägungen zu Klinikaufnahme und -entlassung unterscheiden.
- 5a. In den Borderline-Subgruppen zur Ich-Regulation, also der Gruppe mit einer nach außen extrem offenen (Gruppe A1), mit einer nach außen extrem starren Abgrenzung (Gruppe A2), der Gruppe mit einer nach innen extrem offenen (Gruppe A3) und der Gruppe mit einer nach innen extrem hohen Abgrenzung (Gruppe A4) werden sich sowohl zwischen den Gruppen als auch zwischen Klinikaufnahme und -entlassung bedeutsame Mittelwertsunterschiede in den genannten ISTA-Skalen finden lassen.
- 5b. Zwischen den vier genannten Gruppen lassen sich in den Skalen des MMPI sowohl zwischen den einzelnen Subgruppen als auch zwischen Aufnahme- und Entlassungs-Zeitpunkt Unterschiede nachweisen.

### *Versuchsplan*

Es handelt sich bei der vorliegenden Studie um eine Vorher/Nachher-Untersuchung anhand zweier oben beschriebener psychometrischer Meßverfahren. Die Meßzeitpunkte liegen im Zeitraum von sechs Wochen vor oder nach Klinikaufnahme oder -entlassung.

Untersucht wurden 46 Patienten aus einer Gesamtstichprobe von 461 Patienten, die in den Jahren 1983—1988 in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige, München, behandelt und entlassen wurden. Unsere Untersuchungsgruppe setzte sich zusammen aus 32 weiblichen und 14 männlichen Patienten bei einem Altersdurchschnitt von 30,6 Jahren und einer Verweildauer von 14,1 Monaten. Bei dieser Stichprobe handelt es sich um eine selektive Stichprobe, da nur die Probanden herangezogen werden konnten, die ordnungsgemäß ihre testpsychologischen Untersuchungen absolvierten. Die Diagnostizierung erfolgte aufgrund der Diagnose der Case-Konferenz und eines Expertenratings, bestehend aus drei Psychiatern und drei Diplom-Psychologen. Es wurde sowohl eine humanstrukturelle als auch eine ICD-Diagnose für jeden Patienten erstellt.

Die humanstrukturelle Diagnostik geht von einer Grundstruktur des Borderline-Patienten und einer dominant erscheinenden Symptomatik aus, die mit anderen Symptomen wechseln kann (siehe oben). Dominant in Erscheinung tretende Symptome können sein: Schizophrenie, Depression, Zwang, Hysterie, Paranoia, Anorexia, Psychose, Psychosomatik und Sucht. Interessanterweise mußten wir zur Subgruppendifferenzierung uns des empirischen Wertes auf den Skalen der Ich-Abgrenzung nach außen und innen bedienen, da die Verteilung unserer Borderline-Gruppe gegenüber den statistischen

Kennwerten der Eichstichprobe um rund eine Streuungseinheit in Richtung Skalen-Nullpunkt verschoben ist. Unser Extremgruppen-Vergleich bewertet also die Patienten unterhalb und oberhalb der Ein-Sigma-Grenze.

### Empirische Ergebnisse

Tabelle 1 zeigt die hochsignifikanten Mittelwerts-Unterschiede in den ISTA-Skalen, mit Ausnahme der Skala der destruktiven Aggression. Abbildung 1 zeigt die qualitative Umverteilung der konstruktiven, destruktiven und defizitären Anteile zwischen Klinik-Aufnahme und Klinik-Entlassung in den Humanfunktionen Aggression, Angst, Ich-Abgrenzung nach außen und innen und Narzißmus. Deutlich zu sehen ist in allen drei defizitären Skalenwerten ein erheblicher Rückgang, ein weitgehend unveränderter Wert bei der destruktiven Aggression, ein Rückgang der Skalenwerte der destruktiven Angst und des destruktiven Narzißmus, ein deutliches Anwachsen der konstruktiven Werte in den Funktionen der Aggression, der Angst und des Narzißmus. Bei der Ich-Abgrenzung nach außen und innen nehmen die Werte deutlich zu. Den gleichen Sachverhalt veranschaulicht Abbildung 2.

Hypothese 1 kann damit als bestätigt gelten, ein Ergebnis, was auch den Resultaten früherer Untersuchungen mit einer Gruppe psychiatrisch gemischter Krankheitsbilder (*Burbiel u. Wagner 1984*) sowie einer vergleichenden Studie mit Klinikmitarbeitern (1983) entspricht. Hier zeigte sich im Verlauf der stationären Psychotherapie ein Rückgang der defizitären Qualität der Humanfunktionen sowie das Anwachsen der konstruktiven Anteile

Die Tatsache, daß von allen durchgerechneten ISTA-Humanfunktionen sich einzig und allein nur die Qualität der destruktiven Aggression im Vorher-/Nachher-Vergleich als nicht signifikant erwies, korrespondiert mit vorangegangenen Untersuchungen (*Burbiel u. Vogelbusch 1981; Ammon et al. 1982*) und wird von uns unter dem Aspekt der Sonderstellung der destruktiven Aggression im therapeutischen Prozeß bzw. der Entstehung psychischer Erkrankung ganz allgemein gesehen. *Ammon (1979)* schreibt hierzu: »Die zentrale Ich-Funktion der konstruktiven Aggression steht . . . deshalb an erster Stelle, weil in ihr das Prinzip der primären Umweltgerichtetheit und Umweltoffenheit des Menschen zum Ausdruck kommt und weil die Aggressionsdynamik Dreh- und Angelpunkt gesunder wie auch defizitärer und destruktiver Ich-Struktur-Entwicklung ist.« Und weiter: »Die klinisch beobachtbare destruktive Aggression verstehe ich . . . als Ausdruck einer reaktiven Verformung der zentralen Ich-Funktion der konstruktiven Aggression. Diese ursprünglich konstruktive Aggression, welche kein wirkliches Gegenüber fand, richtet sich reaktiv gegen die eigene Ich-Struktur oder die Umwelt als destruktiv bzw. als defizitär gewordene Aggression.« Dementsprechend verstehen die Besonderheit dieses Ergebnisses als Hinweis darauf, daß alle Psychotherapie auf Strukturgewinn und -veränderung ausgerichtet ist, über diese »Umweltstelle« im Sinne sozialenergetischer Auseinandersetzung laufen muß, was wiederum *Ammons These (Ammon 1976b)* untermauert, daß jegliche echte Gruppenpsychotherapie eine Therapie der destruktiven Aggression ist.

ISTA	N	$\bar{X}$	s	t	p
Aggression konstruktiv Aufnahme Entlassung	46 46	8.8 13.4	4.2 3.8		
destruktiv Aufnahme Entlassung	46 46	5.8 5.0	3.6 3.2	-9.4	0.000 ***
defizitär Aufnahme Entlassung	46 46	8.2 3.2	3.2 2.4	1.6	0.125
Angst konstruktiv Aufnahme Entlassung	46 46	6.3 9.0	2.7 2.9	12.23	0.000 ***
destruktiv Aufnahme Entlassung	46 46	9.1 6.5	3.4 3.7	-5.75	0.000 ***
defizitär Aufnahme Entlassung	46 46	5.9 3.1	2.5 2.1	4.09	0.000 ***
Abgrenzung nach außen Aufnahme Entlassung	46 46	4.0 7.9	3.0 2.7	6.79	0.000 ***
Abgrenzung nach innen Aufnahme Entlassung	46 46	5.0 9.6	3.3 3.9	-8.91	0.000 ***
Narzißmus konstruktiv Aufnahme Entlassung	46 46	17.9 23.8	5.4 5.2	-7.81	0.000 **
destruktiv Aufnahme Entlassung	46 46	12.0 6.3	4.8 4.2	-7.74	0.000
defizitär Aufnahme Entlassung	46 46	8.1 3.6	4.1 2.7	8.4	0.0
				9.4	

Tabelle 1: Statistischer Mittelwerts-Vergleich der ISTA-Aufnahme- u  
Borderline-Patienten mit Mittelwert ( $\bar{X}$ ), Streuung (s), t-V  
terschieds (p), \*\*\* < 1%

üb  
des  
wir  
pie,  
schalt  
wiede  
penne

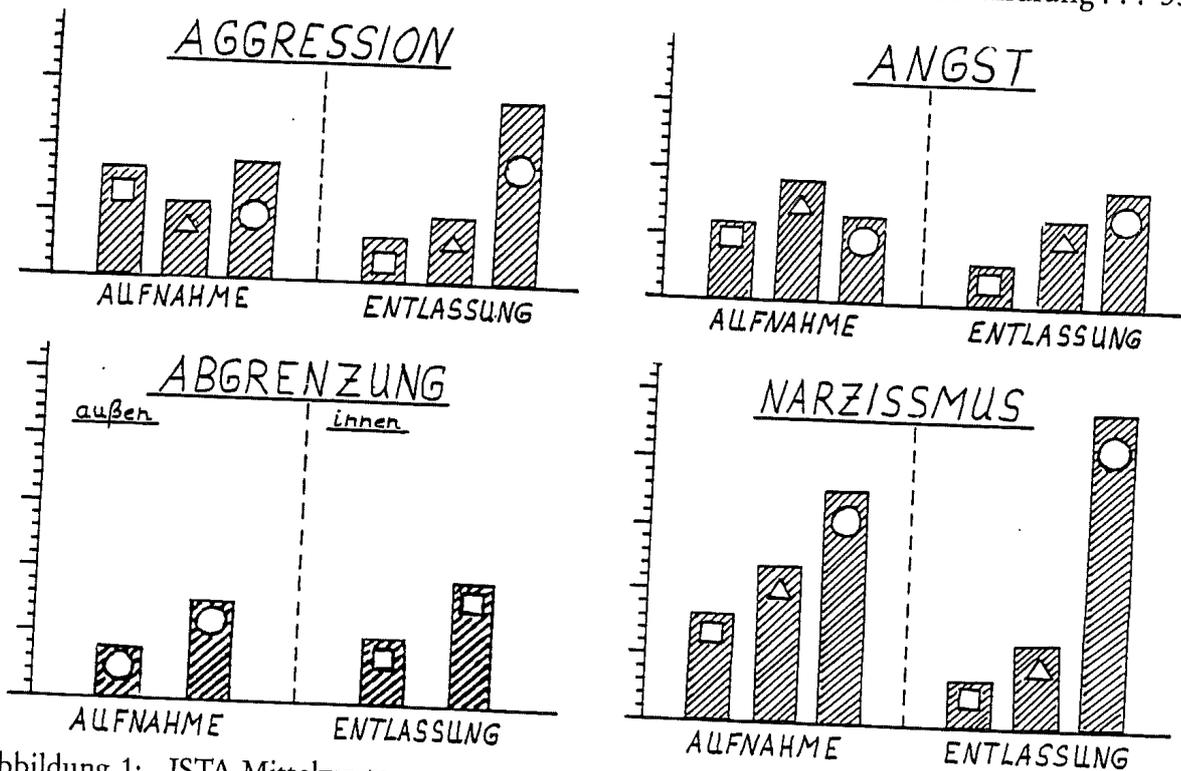


Abbildung 1: ISTA-Mittelwerte  
 Qualitative Umverteilung des über alle Borderline-Patienten gerechneten Mittels der konstruktiven (○), destruktiven (△) und defizitären (□) Anteile zwischen Klinik-Aufnahme und Klinik-Entlassung in den Human-Funktionen der Aggression, der Angst, der Abgrenzung nach außen und innen und des Narzißmus

### ISTA-Profilblatt

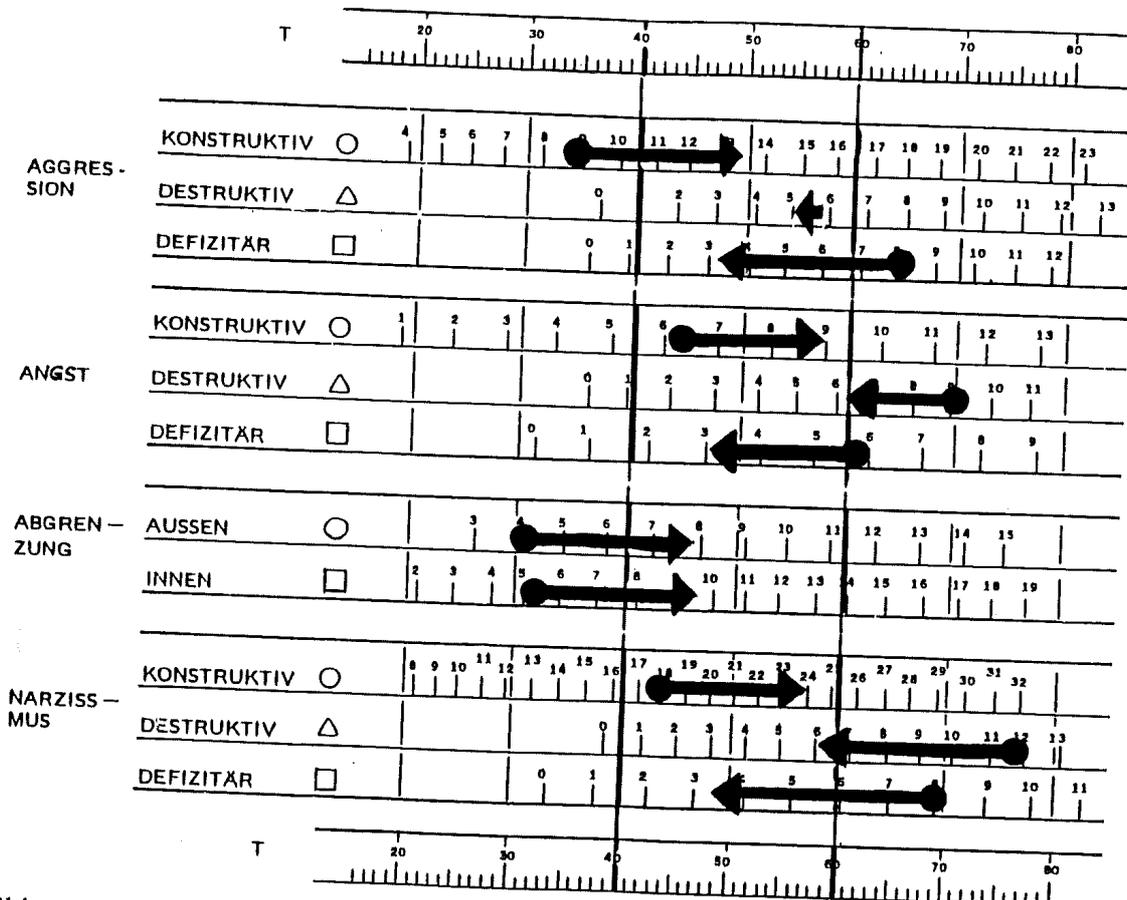


Abbildung 2: Veränderung der ISTA-Werte im statistischen Mittelwerts-Vergleich aller Borderline-Patienten zwischen Klinik-Aufnahme (●) und Klinik-Entlassung (○). N = 46

Abbildung 3 zeigt die MMPI-Aufnahme- bzw. Entlassungsverteilung der Gesamtgruppe mit überwiegend signifikanten Mittelwerts-Unterschieden (siehe Tabelle 2). Damit ist auch Hypothese 2 bestätigt, das heißt, die Symptomatologie reduziert sich zur Klinik-Entlassung hin in den MMPI-Skalen der Hypochondrie, der Depression, der Hysterie, Psychopathie, Paranoia, Psychasthenie, Schizoidie und der sozialen Introversion. Wir verstehen diesen Rückgang an psychiatrischen Symptomen vor dem Hintergrund unseres Krankheitsverständnisses, wonach mit einer Zunahme an Strukturbildung Symptome an Bedeutung verlieren, da dem Menschen im Zuge seines Humanstruktur-Zuwachses zunehmend mehr Möglichkeiten der Kommunikation, der Äußerung von Wünschen, Ängsten und Bedürfnissen etc. zur Verfügung stehen und er auf Kommunikation ersetzende Symptome nicht mehr angewiesen ist.

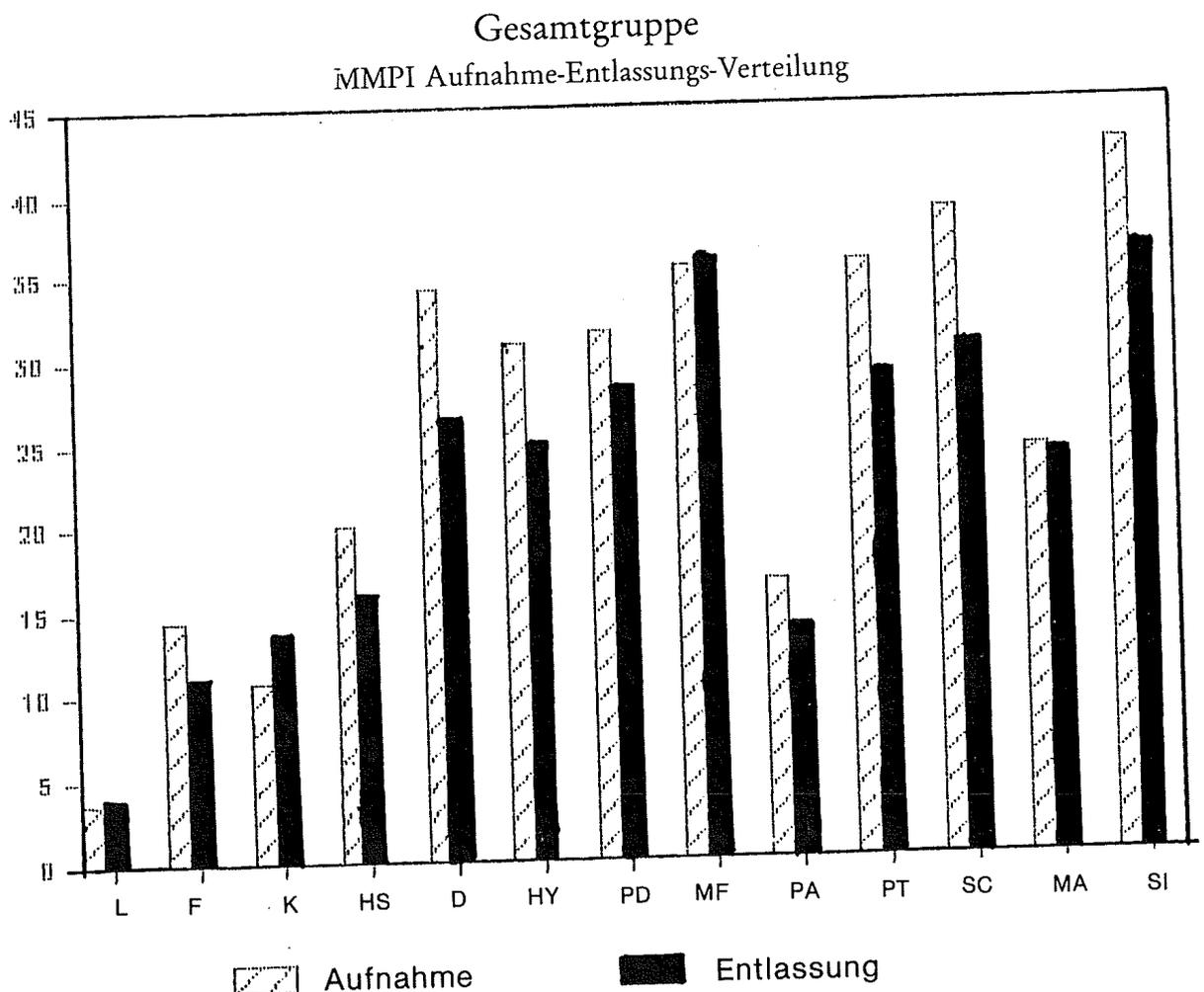


Abbildung 3: Statistischer Mittelwertsvergleich der durchschnittlichen MMPI-Werte aller Borderline-Patienten zwischen Klinik-Aufnahme (hatched) und Klinik-Entlassung (solid black)

MMPI-Skala	N	$\bar{X}$	s	t	p	
Lügen-Skala						
Aufnahme	46	3,7	2,3			
Entlassung	46	3,9	1,9			
				-0.62	0.539	
F-Skala						
Aufnahme	46	14,5	5,7			
Entlassung	46	11,2	5,1			
				4.07	0.000	***
K-Skala						
Aufnahme	46	10,8	3,2			
Entlassung	46	13,8	4,7			
				-4.42	0.000	***
Hypochondrie						
Aufnahme	46	20,1	5,8			
Entlassung	46	16,0	5,3			
				4.77	0.000	***
Depression						
Aufnahme	46	34,3	5,8			
Entlassung	46	26,5	6,1			
				7.85	0.000	***
Hysterie						
Aufnahme	46	30,9	5,3			
Entlassung	46	25,0	5,6			
				7.11	0.000	***
Psychopathie						
Aufnahme	46	31,6	5,0			
Entlassung	46	28,2	5,2			
				4.39	0.000	***
Maskulinität/Femininität						
Aufnahme	46	35,4	5,6			
Entlassung	46	35,9	4,7			
				-0.73	0.472	
Paranoia						
Aufnahme	46	16,5	4,1			
Entlassung	46	14,0	4,7			
				3.87	0.000	***
Psychasthenie						
Aufnahme	46	35,6	7,1			
Entlassung	46	28,9	6,1			
				7.02	0.000	***
Schizoidie						
Aufnahme	46	38,7	10,4			
Entlassung	46	30,5	8,1			
				5.74	0.000	***
Manie						
Aufnahme	46	24,3	4,1			
Entlassung	46	23,7	3,6			
				0.89	0.378	
Soziale Introversion						
Aufnahme	46	42,7	9,5			
Entlassung	46	36,4	9,5			
				4.0	0.000	***

Tabelle 2: Statistischer Mittelwerts-Vergleich der MMPI-Klinik-Aufnahme- und Klinik-Entlassungs-Werte aller Borderline-Patienten mit Mittelwert ( $\bar{X}$ ), Streuung (s), t-Wert und Signifikanz des Unterschieds (p), \*\*\* < 1‰

Die Hypothese 3 konnte nicht bestätigt werden, d.h. die Streuungswerte zwischen Klinik-Aufnahme- und Entlassungswerten in den MMPI-Skalen variieren zufällig.

Zur Überprüfung der Hypothesen 4a und 4b wurden die ISTA- und MMPI-Werte der Subgruppen Depression, Zwang, Psychosomatik und Hysterie, Schizophrenie und Psychose (jeweils 20 Probanden) einem t-Test zur Überprüfung auf Mittelwertsunterschiedlichkeit unterzogen. Die Hypothese konnte nicht in dem von uns erwarteten Ausmaß bestätigt werden. Es fand sich lediglich ein Hinweis bei der Aggression und der Angst, demzufolge die Gruppe der depressiv bzw. zwanghaft bzw. psychosomatisch Reagierenden die Klinik mit einem geringeren Ausmaß an konstruktiv entwickelter Angst und einem höheren Ausmaß an defizitärer Aggression verläßt als die zweite Gruppe. Dieses Ergebnis ist insofern nicht überraschend, als hier eine Subgruppen-Einteilung nach symptomatologischen Kriterien vorgenommen wurde. Dem entsprechend kann dieser Befund als Hinweis darauf verstanden werden, daß die Borderline-Erkrankung als archaische Ich-Erkrankung zwar in den verschiedensten Facetten auf der Symptom-Ebene phänomenologisch beschreibbar ist, jedoch nur in den Dimensionen der Humanstruktur wirklich erfaßt werden kann — gerade auch angesichts der bekannten häufig wechselnden Symptomatik des Borderline-Patienten.

Die Testung der vier genannten Subgruppen entsprechend Hypothese 5 zur Qualität der Ich-Abgrenzung brachte folgendes Ergebnis:

ISTA	$\bar{X}_1$	$\bar{X}_2$	t	P	
Aggression					
konstruktiv	4.9	14.5	-7.02	0.000	***
destruktiv	6.4	2.5	2.57	0.037	*
defizitär	11.0	3.75	5.34	0.005	**
Angst					
konstruktiv	4.1	9.2	-4.29	0.002	**
destruktiv	12.1	6.0	3.58	0.006	**
defizitär	7.2	2.2	5.74	0.001	***
Abgrenzung außen	0.6	10.7	-5.38	0.000	
Abgrenzung innen	3.2	7.5	-2.61	0.006	
Narzißmus					
konstruktiv	15.9	22.7	-2.92	0.015	**
destruktiv	16.2	7.2	4.4	0.001	***
defizitär	12.1	4.5	3.49	0.003	**

Tabelle 3: Statistischer Mittelwerts-Vergleich der niedrig ( $\bar{X}_1$  = Gruppe 1) und hoch ( $\bar{X}_2$  = Gruppe 2) nach außen abgegrenzten Borderline-Patienten bei Klinik-Aufnahme, mit t-Wert und Signifikanz-Niveau des Unterschieds (\* < 5%, \*\* < 1%, \*\*\* < 1%)

ISTA-Profilblatt

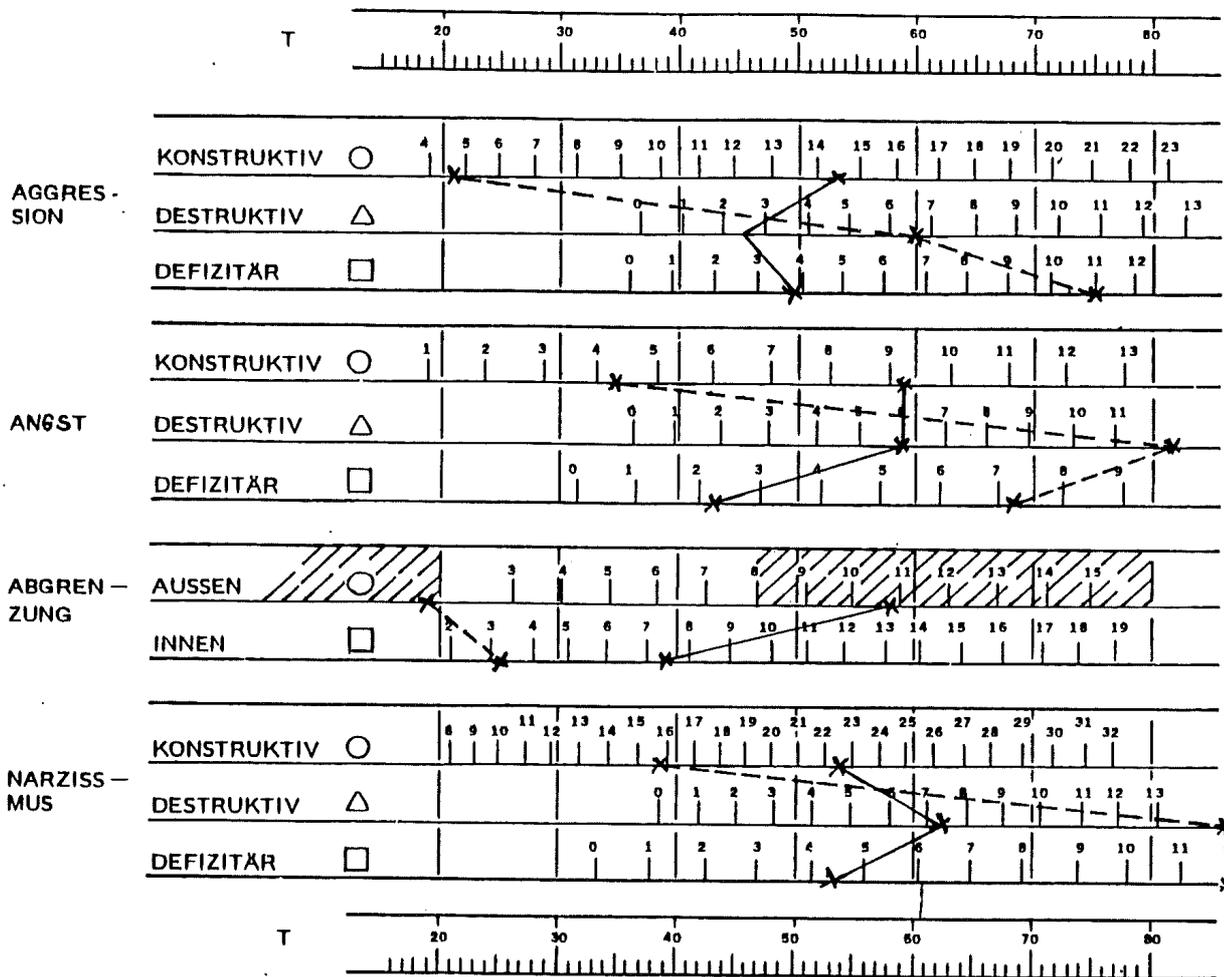


Abbildung 4: Vergleich der Mittelwerts-Profile der niedrig nach außen abgegrenzten Borderline-Patienten (N = 9, -----) und hoch nach außen abgegrenzten Borderline-Patienten (N = 4, —) zum Zeitpunkt der Klinik-Aufnahme

Hier zeigen sich für die Subgruppen 1 und 2 (Abgrenzung nach außen) bei Klinik-Aufnahme statistisch bedeutsame Unterschiede auf dem 1- und 5%-Signifikanz-Niveau auf allen gemessenen Skalen. Dabei zeigt die Gruppe 1 der wenig nach außen abgegrenzten Patienten ein erheblich »kränkeres Profil«, mit durchgehend niedrigeren Werten in den konstruktiven Skalen sowie deutlich höheren Werten in den destruktiven und defizitären Skalen.

Die Gruppe 2 der hoch nach außen abgegrenzten wirkt auf den ersten Blick erheblich gesünder. Das Profil erinnert an das von Ammon (1984) beschriebene »Anpassungs-Profil« von Borderline-Patienten, das durch eine relativ hohe Abgrenzung nach außen und innen charakterisiert ist.

Die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen verringern sich zum Zeitpunkt der Entlassung: Wir finden hier nur noch statistisch bedeutsame Unterschiede bei der konstruktiven und defizitären Aggression sowie dem destruktiven und defizitären Narzißmus.

ISTA	$\bar{X}_1$	$\bar{X}_2$	t	p	
Aggression					
konstruktiv	10.9	17.9	-3.83	0.014	*
destruktiv	7.3	5.5	1.01	0.34	
defizitär	4.2	1.2	3.31	0.017	*
Angst					
konstruktiv	8.0	10.7	-1.35	0.11	
destruktiv	8.6	4.2	1.71	0.107	
defizitär	3.8	1.5	2.42	0.099	
Abgrenzung außen	5.6	11.0	-5.99	0.005	
Abgrenzung innen	7.4	12.5	-1.71	0.104	
Narzißmus					
konstruktiv	22.9	27.0	-1.28	0.200	
destruktiv	8.8	2.5	3.04	0.020	*
defizitär	5.6	2.2	2.94	0.048	*
	N = 9	N = 4			

Tabelle 4: Statistischer Mittelwerts-Vergleich der niedrig ( $\bar{X}_1$  = Gruppe 1) und hoch ( $\bar{X}_2$  = Gruppe 2) nach außen abgegrenzten Borderline-Patienten bei Klinik-Aufnahme, mit t-Wert und Signifikanz-Niveau des Unterschieds (\* < 5%)

### ISTA-Profilblatt

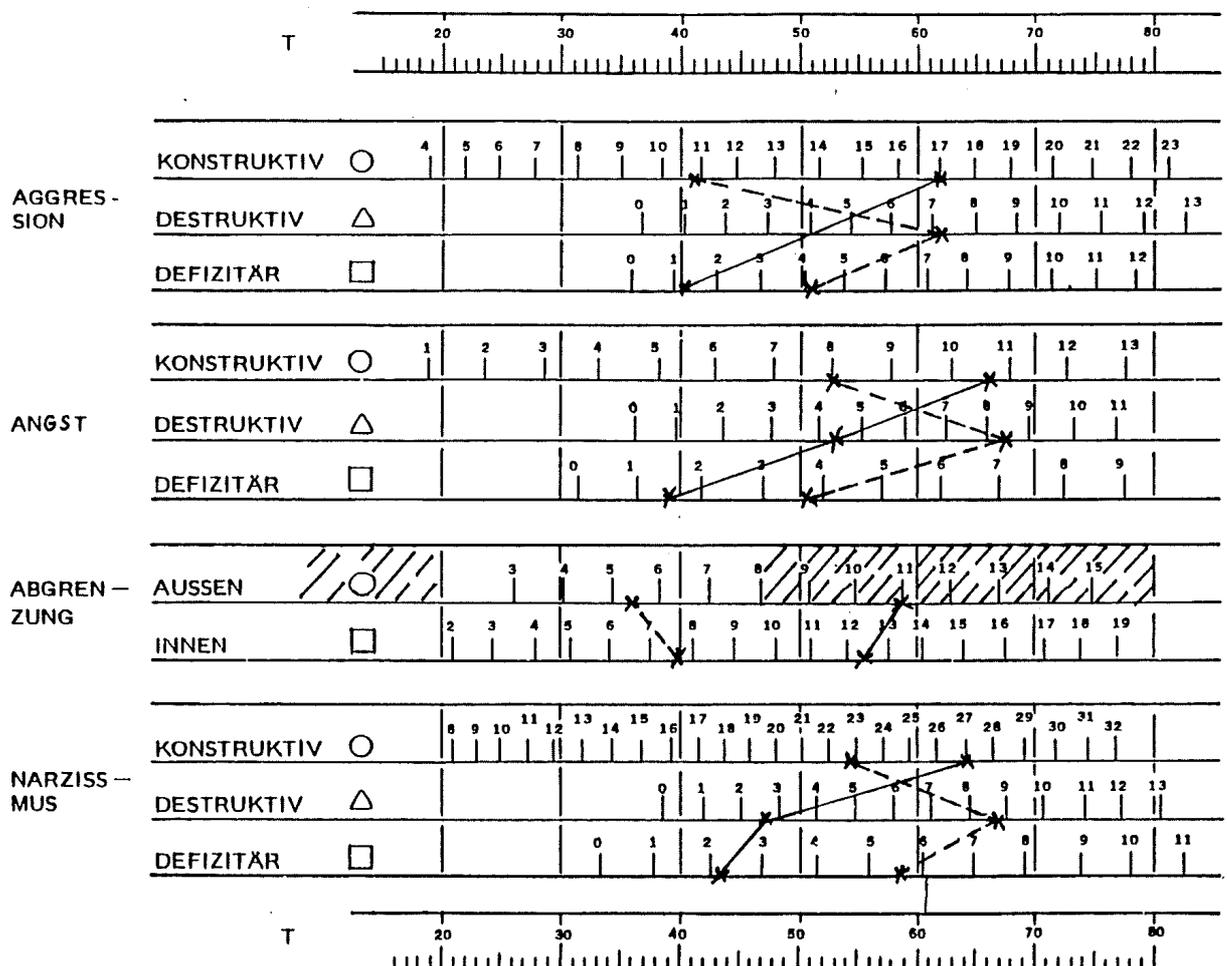


Abbildung 5: Vergleich der Mittelwerts-Profile der niedrig nach außen abgegrenzten Borderline-Patienten (N = 9, - - - -) und hoch nach außen abgegrenzten Borderline-Patienten (N = 4, —) zum Zeitpunkt der Klinik-Entlassung

ISTA	$\bar{X}_3$	$\bar{X}_4$	t	p	
Aggression					
konstruktiv	7.6	11.2	-2.70	0.013	*
destruktiv	6.7	3.7	2.38	0.028	*
defizitär	8.8	6.5	2.02	0.056	
Angst					
konstruktiv	5.1	8.7	-4.34	0.000	***
destruktiv	10.7	5.7	5.07	0.000	***
defizitär	6.7	4.4	2.90	0.007	**
Abgrenzung außen	2.7	6.2	-2.76	0.015	
Abgrenzung innen	1.6	9.8	18.53	0.000	
Narzißmus					
konstruktiv	16.5	21.9	-2.68	0.012	*
destruktiv	14.4	6.8	6.49	0.000	***
defizitär	10.4	4.5	5.67	0.000	***
	N = 13	N = 12			

Tabelle 5: Statistischer Mittelwerts-Vergleich der niedrig ( $\bar{X}_3$  = Gruppe 3) und hoch ( $\bar{X}_4$  = Gruppe 4) nach innen abgegrenzten Borderline-Patienten zum Zeitpunkt der Klinik-Aufnahme, mit t-Wert und Signifikanz-Niveau des Unterschieds (\* < 5%, \*\* < 1%, \*\*\* < 5‰)

ISTA-Profilblatt

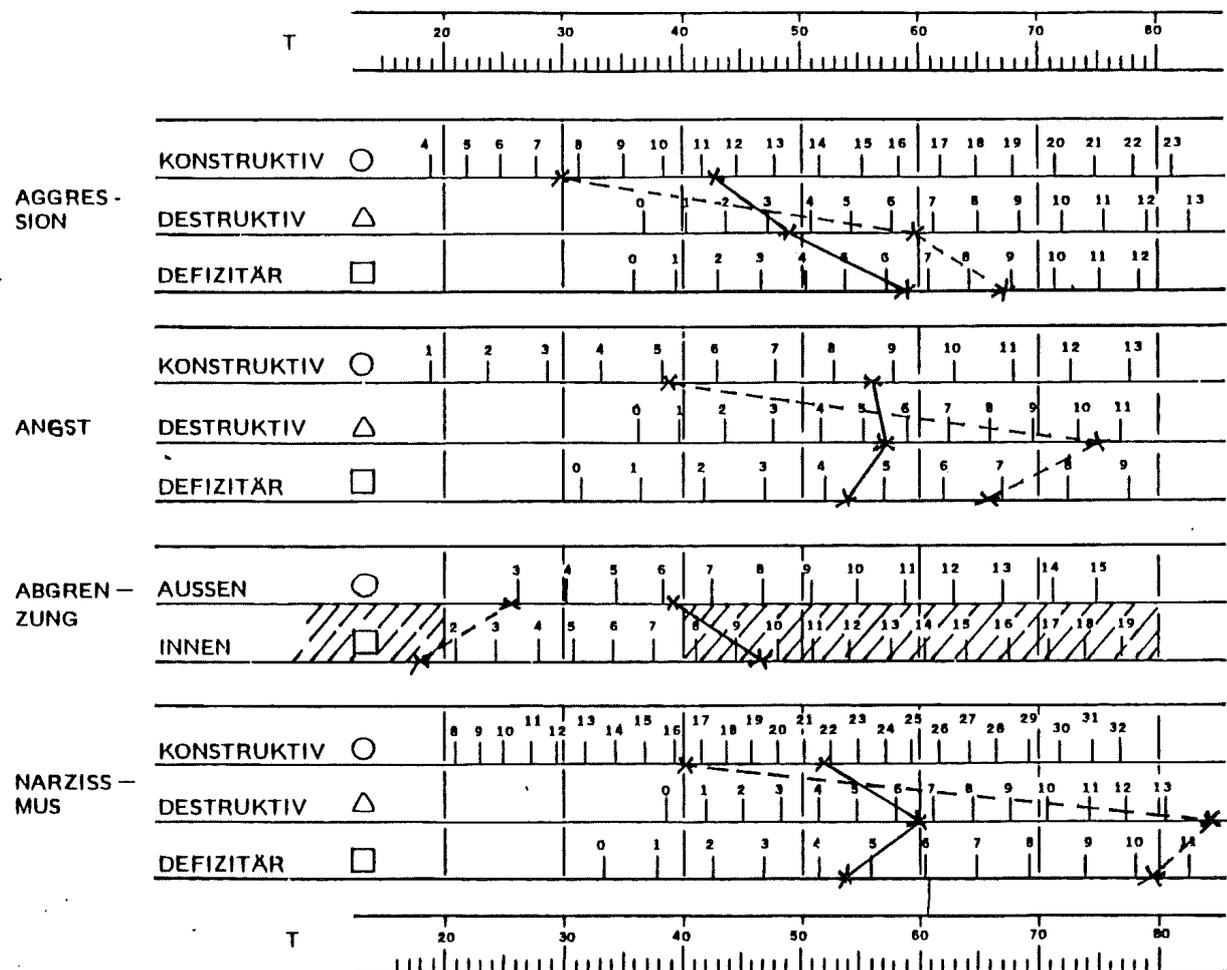


Abbildung 6: Vergleich der Mittelwerts-Profile der niedrig nach innen abgegrenzten Borderline-Patienten (N = 13, -----) und hoch nach innen abgegrenzten Borderline-Patienten (N = 12 —) zum Zeitpunkt der Klinik Aufnahme

ISTA	$\bar{X}_3$	$\bar{X}_4$	t	p	
Aggression					
konstruktiv	12.7	15.5	-2.73	0.012	*
destruktiv	6.1	3.2	2.3	0.033	*
defizitär	3.1	2.2	0.95	0.343	
Angst					
konstruktiv	9.2	10.9	-1.73	0.091	
destruktiv	6.7	4.5	1.77	0.093	
defizitär	2.9	2.4	0.65	0.514	
Abgrenzung außen	7.1	9.2	-1.89	0.072	
Abgrenzung innen	7.1	11.7	-3.22	0.004	
Narzißmus					
konstruktiv	22.6	26.2	-1.94	0.064	
destruktiv	8.2	3.8	2.98	0.007	**
defizitär	5.1	2.3	3.08	0.005	**
	N = 13	N = 12			

Tabelle 6: Statistischer Mittelwerts-Vergleich der niedrig ( $\bar{X}_3$  = Gruppe 3) und hoch ( $\bar{X}_4$  = Gruppe 4) nach innen abgegrenzten Borderline-Patienten zum Zeitpunkt der Klinik-Entlassung mit t-Wert und Signifikanz-Niveau des Unterschieds (\* <5%, \*\* <1%)

ISTA-Profilblatt

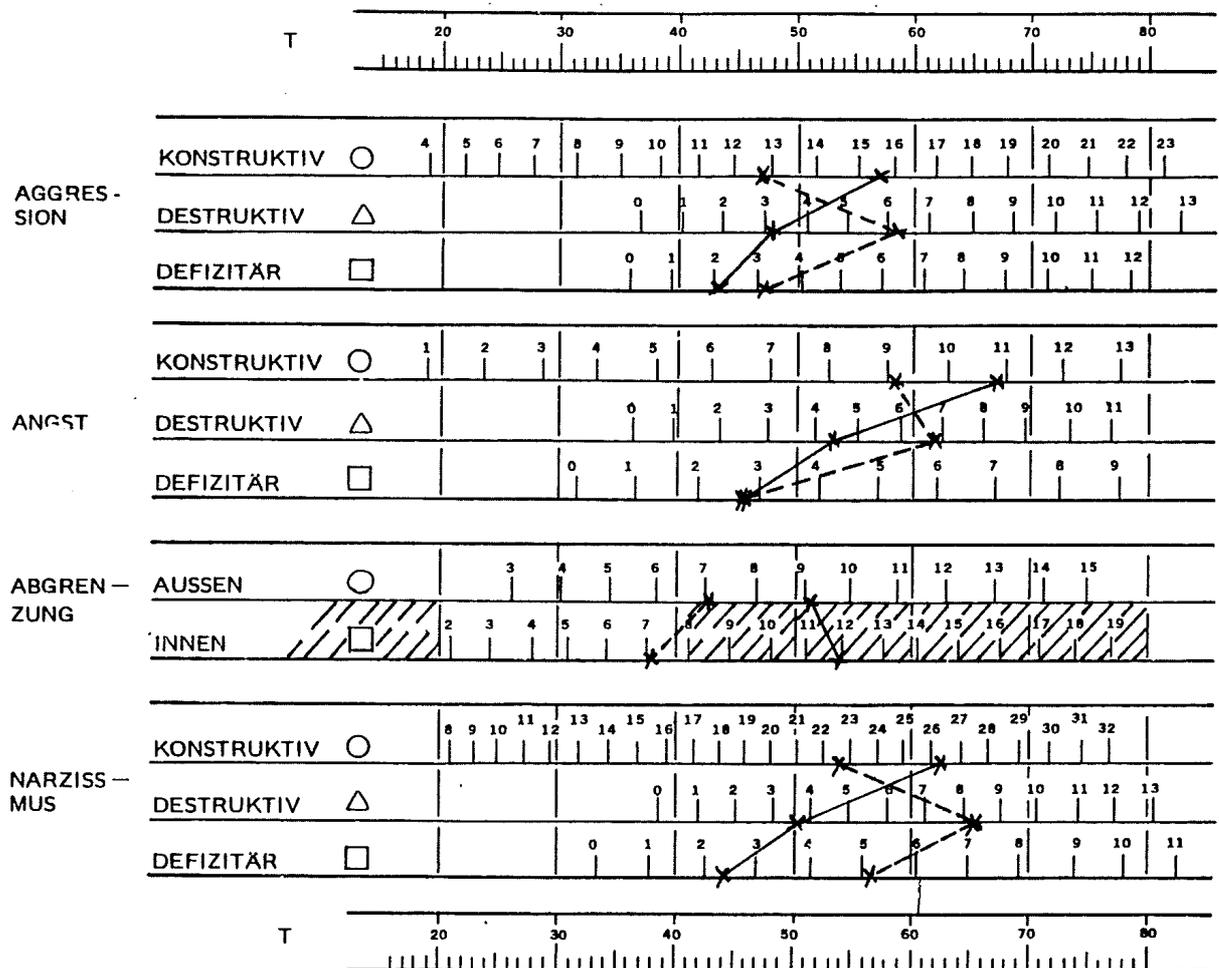


Abbildung 7: Vergleich der Mittelwerts-Profile der niedrig nach innen abgegrenzten Borderline-Patienten (N = 13, -----) und hoch nach innen abgegrenzten Borderline-Patienten (N = 12, —) zum Zeitpunkt der Klinik-Entlassung

Bei den Subgruppen 3 und 4 (Abgrenzung nach innen zum Zeitpunkt der Klinik-Aufnahme und Entlassung) zeigen sich bei Klinik-Aufnahme in allen Skalen statistisch bedeutsame Mittelwerts-Unterschiede mit Ausnahme der defizitären Aggression: Wiederum stellt sich die Gruppe der nach innen wenig abgegrenzten Patienten als defizitärer dar, was jedoch im Vorher-/Nachher-Vergleich dieser Subgruppen aufgefangen wird: Die Subgruppen 1 und 3 (die beiden Gruppen mit den offeneren Ich-Grenzen) zeigen den größeren Zuegewinn an Struktur gemessen im ISTA im Verlauf der stationären Psychotherapie (Tabelle 6 und Abbildung 7).

Im Extremgruppen-Vergleich zum Zeitpunkt der Entlassung zeigt sich eine weitgehende Annäherung der Profile zwischen den Gruppen 3 und 4.

Der Extremgruppen-Vergleich zur Ich-Regulation erbrachte auf der Meßebene des MMPI (Tabellen 7–10) einzelne, aber uneindeutige Mittelwerts-Unterschiede auf dem 5%-Signifikanz-Niveau.

*Aufnahme*

MMPI	$\bar{X}_1$	$\bar{X}_2$	t	p	
K-Wert	9.1	14.75	-3.34	0.004	**
PT-Wert	41.4	32.25	2.75	0.045	*
SI-Wert	49.8	33.75	5.43	0.000	***

*Entlassung*

MMPI	$\bar{X}_1$	$\bar{X}_2$	t	p	
F-Wert	15.1	6.5	2.95	0.034	*
PD-Wert	29.3	24.0	2.49	0.040	*

Tabellen 7 + 8: Statistischer Mittelwerts-Vergleich der MMPI-Werte der niedrig und hoch nach außen abgegrenzten Borderline-Patienten ( $\bar{X}_1$  = Gruppe 1 und  $\bar{X}_2$  = Gruppe 2) zu den Zeitpunkten Klinik-Aufnahme und Klinik-Entlassung, mit t-Wert und Signifikanz-Niveau des Unterschieds (\* < 5%, \*\* < 1%, \*\*\* < 1‰)

*Aufnahme*

MMPI	$\bar{X}_3$	$\bar{X}_4$	t	p	
F-Wert	9.3	12.3	-2.78	0.010	*
D-Wert	36.3	30.5	2.60	0.018	*
HY-Wert	31.8	27.3	2.38	0.027	*
PT-Wert	36.7	30.1	2.82	0.010	*
SC-Wert	40.8	32.8	2.10	0.050	*

*Entlassung*

MMPI	$\bar{X}_3$	$\bar{X}_4$	t	p	
D-Wert	29.4	24.5	2.12	0.044	*
HY-Wert	26.5	22.1	2.10	0.047	*
SI-Wert	39.6	30.6	2.79	0.010	*

Tabelle 9 + 10: Statistischer Mittelwerts-Vergleich der MMPI-Werte der niedrig und hoch nach innen abgegrenzten Borderline-Patienten ( $\bar{X}_3$  = Gruppe 3 und  $\bar{X}_4$  = Gruppe 4) zu den Zeitpunkten Klinik-Aufnahme und Entlassung mit t-Wert und Signifikanz-Niveau des Unterschieds (\* < 1%)

Die Hypothese 5 kann teilweise bestätigt werden, da sich die Extremgruppen 1 und 2 sowie 3 und 4 zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme signifikant sowohl im ISTA als auch im MMPI unterscheiden. Darüberhinaus zeigte sich tendenziell ein stärkerer Strukturgewinn bei den Gruppen 1 und 3 der niedrig Abgegrenzten im Verlauf des therapeutischen Prozesses. Es fällt außerdem auf, daß sich insgesamt die stärksten Veränderungen zwischen Klinikaufnahme und -entlassung in den Humanprägungsformen des Narzißmus nachweisen lassen, was den Rückschluß zuläßt, daß gerade diese Human-Funktionen bedeutsame regulative Faktoren für die Entwicklung des Menschen sind. Dementsprechend scheint sich die Gruppe der stärker abgegrenzten Borderline-Patienten schwerer in den therapeutischen Prozeß einzulassen und damit die zum Strukturaufbau notwendige Sozialenergie weniger gut aufnehmen zu können.

Unserer Meinung nach kommt hinsichtlich der Bereitschaft eines Menschen zur Veränderung, also seiner Offenheit und dem Risiko, sich in einen therapeutischen Prozeß einzulassen, den Human-Funktionen der Ich-Regulation, d.h. der Abgrenzung und dem Narzißmus große Bedeutung zu. Sie können u.E. als Indikatoren für die Einschätzung der Prognose des therapeutischen Verlaufes und dessen Effizienz angesehen werden, da Reguliertheit der Funktionen im Sinne einer starren Abgrenzung nach innen und außen und eines gestörten Narzißmus dem Strukturgewinn und der notwendigen Veränderung im therapeutischen Prozeß eines Menschen stark entgegenstehen.

### *Zusammenfassung*

Unsere Untersuchungshypothesen konnten nach statistischer Überprüfung weitestgehend bestätigt werden:

1. Im Verlauf des therapeutischen Prozesses nimmt das Defizit in den Human-Funktionen der Aggression, der Angst und des Narzißmus ab. Das Potential an Konstruktivität nimmt in den oben genannten Human-Funktionen hochsignifikant zu. Das Ausmaß an Flexibilität in der regulativen Human-Funktion der Ich-Abgrenzung nach innen und außen nimmt hochsignifikant zu. Das destruktive Potential in der Human-Funktion der Aggression verändert sich nicht signifikant.
2. Die mittels MMPI-Saarbrücken gemessene Symptomatologie nimmt im Verlauf des therapeutischen Prozesses hochsignifikant ab.
3. Die beiden nach ihrer Symptomatologie voneinander unterschiedenen Untergruppen der Borderline-Patienten, zum einen die Subgruppe mit der Leitsymptomatik Depression, Zwang und Psychosomatik, zum anderen die Subgruppe mit der Leitsymptomatik Hysterie, Schizophrenie und Psychose, unterscheiden sich nicht hinsichtlich ihrer Werte in den ISTA-Skalen und MMPI (entgegen der Untersuchungshypothese). Nach Meinung der Autoren weisen diese Ergebnisse auf die relative Bedeutsamkeit von Symptomatologie hin, d.h. daß die Symptome nicht im Vordergrund der diagnostischen Diffe-

renzierung beim Borderline-Patienten stehen können, sondern, wie die nachfolgenden Ergebnisse zeigen, diese Differenzierungen nur strukturell möglich sind.

4. Werden die Borderline-Patienten hinsichtlich der Humanfunktion der Abgrenzung nach innen und außen, nach der Qualität ihrer Geöffnetheit bzw. Abgegrenztheit in die 4 Gruppen, nämlich Gruppe A 1: nach außen extrem offen, Gruppe A 2: nach außen extrem starr, Gruppe A 3: nach innen extrem offen, Gruppe A 4: nach innen extrem starr, dann finden sich signifikante Differenzen zwischen den 4 Gruppen wie auch hochsignifikante Unterschiede zwischen den Werten bei der Klinikaufnahme und Entlassung. Dabei zeigt sich für die 4 Subgruppen ein unterschiedlicher, statistisch signifikanter Zuwachs in den Werten des ISTA. Für die Werte aus dem MMPI konnte die Hypothese nicht bestätigt werden, daß sich hier die Subgruppen voneinander im Mittel unterscheiden. Ebenso wenig lassen sich hier statistisch signifikante Veränderungen in den Entlassungswerten im Vergleich zu den Aufnahmedaten beobachten.

Wir können also sagen, daß durch die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung mittels sozialenergetischer Austauschprozesse im Rahmen des von *Ammon* entwickelten Identitätstherapeutischen Konzeptes entscheidende Veränderungen in der Human-Struktur und der Symptomatologie von Borderline-Patienten, gemessen mit ISTA und MMPI, nachweisbar sind und im Verlaufe der stationären Psychotherapie eine Entwicklung der Patienten zu einer gesünderen Persönlichkeit stattfindet. Diese Untersuchung bestätigt frühere Ergebnisse über Krankheitsverläufe anderer Patientengruppen und zeigt die Entwicklung in der stationären Psychotherapie, wie sie in den eingangs zitierten Veröffentlichungen aus unserer Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige genannt wurden.

*Psychological Efficiency-Research of the Therapy of Hospitalized Borderline-Patients of the Dynamic-Psychiatric Hospital Mengerschwaige*

Ilse Burbiel, Egon Fabian, Christa Emmert, Gerhard Wolfrum (München)

The present paper represents a continuation of earlier studies of the Psychological-Diagnostic Department of the Hospital Mengerschwaige, whose one issue is an efficiency survey of the psychiatric-psychotherapeutic treatment of hospitalized patients. This study is a contribution to the efficiency investigation of the therapy of hospitalized borderline-patients which has as yet earned little interest in the literature.

Measuring the efficiency of therapy means finding objective measuring methods for the development of a person through his therapy. The idea of development, as well as the therapeutic optimism are both central issues in the Dynamic-Psychiatric therapy concept of *Günter Ammon*. Ultimate goal of

therapy in the Hospital Mengerschwaige is the retrieval of Ego development of the patient within his group. A measurable expression of such a development is the decrease of destructive and deficient structural components and the increase of constructive structural components in the central core of the patients' personality.

*Ammon* conceives the borderline syndrome human-structurologically as an archaic disease of the Ego characterized by an arrested development of central ego functions such as aggression, anxiety and narcissism in early childhood. The result is a deficient identity compensated by adapted pseudo-identities and the development of secondary ego-functions, e.g. intelligence and various talents. The corresponding clinical picture is determined by a changing constellation of various symptoms. The patient typically asks for clinical help in critical situations of his life, in which his personality threatens to desintegrate, the disponibility of his secondary ego-functions becoming insufficient.

The authors' aim is the efficiency estimation of the treatment of hospitalized borderline-patients, using two psychometric tests (ISTA, i.e. Ego-structure Test by *Ammon*, and MMPI-Saarbrücken). The human functions of aggression, anxiety, narcissism and inner and outer Ego-demarcation are measured by ISTA; furthermore, all clinical scales in MMPI are used. The test results of 46 hospitalized borderline patients are evaluated and compared at clinical admission and discharge. Moreover, subgroups of borderline patients are constituted according to differential-diagnostic criteria including symptomatology and Ego-regulation (the latter selected according to the extent of the human function of Ego-boundary), and the therapy-induced changes in these subgroups are compared. The obtained test values are submitted to the t-test with the purpose of statistical examination of mean value differences of dependent samples.

The results of the study generally confirm the outlined hypotheses:

1. The decrease in the deficit of the human functions of aggression, anxiety and narcissism in the course of the therapy is highly significant on the  $p < 1\%$  level; the increase in the constructive potential of the same human functions is highly significant ( $p < 1\%$ ); the increase in flexibility extent of inner and outer regulative Ego-functions is highly significant as well ( $p < 1\%$ );
2. The destructive potential in the human function of aggression changes insignificantly. This result confirms earlier studies (*Burbiel u. Vogelbusch* 1981 and *Ammon, Burbiel, Finke u. Wagner* 1982). This shows, in the opinion of the authors, the destructive aggression to function as an axis, around which the decrease of deficient aggression and the increase of constructive aggression take place. Destructive aggression is thus to be understood as a structuring force in the context of a constructive social energetic exchange;
3. Symptomatology, as measured by MMPI-Saarbrücken, decreases in the course of the therapeutic process highly significant ( $p < 1\%$ ) in the scales hypochondria (HS), depression (D), hysteria (HY), psychasthenia (PT), paranoia (PA), psychopathy (PD), schizoidy (SC) and social introversion/extraversion

(SI). Examination of the Hypomaniascale (Ma) shows no significant change;  
 4. A differentiation of borderline subgroups is possible according to the criterion of Ego-regulation, as measured by the human functions of inner and outer Ego-demarcation. The subgroups display significantly different ( $p < 1\%$ ) structure-increases in the Ego-functions aggression, anxiety and narcissism. The extent of change measured by human function values at admission of patients with open Ego-boundaries is higher than that of patients with closed ego-boundaries. In the opinion of the authors, this emphasizes the significance of the regulative human functions and offers important indications for the individual prognosis of the therapy. At the same time, it yields further information for an individually conceived therapeutic plan. In other words, important therapeutic indications can be obtained from an evaluation of Ego-regulation values at admission in the hospital;

5. Differential-diagnostically defined subgroups according to symptomatology display no significant results.

Concluding, it can be stated that as a result of clinical psychiatric-psychotherapeutic treatment of borderline patients based upon the concept of identity therapy developed by *Günter Ammon*, definite changes can be demonstrated on the level of ISTA and MMPI-Saarbrücken. These changes consist of a structural gain of healthy human-structural components, as well as of a decrease in the symptomatology of borderline patients. They correspond to a development of borderline patients towards a healthier personality, beyond the therapeutic effect of symptom reduction.

## Literatur

- Ammon, G.* (1959): Theoretical Aspects of Milieu Therapy. The Menninger School of Psychiatry. Topeka, Kansas, USA und Berlin: Pinel Publikationen, 1977
- (1976a): Das Borderline-Syndrom — ein neues Krankheitsbild. In: *Dyn. Psychiat.* (9) 317—348.
  - (1976b): Gruppendynamik der Aggression. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): *Analytische Gruppendynamik.* (Hamburg: Hoffmann & Campe)
  - (1982): Das sozialenergetische Prinzip in der Dynamischen Psychiatrie. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): *Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Band 2,* (München: Ernst Reinhardt)
  - (1984): Das Borderline-Syndrom — ein neues Krankheitsbild in Abgrenzung zur Schizophrenie (diagnostische, klinische und therapeutische Aspekte). In: *Dyn. Psychiat.* (17) 357—380.
  - (1986a): Das Prinzip der Sozialenergie. In: *Ammon, G.*: *Der mehrdimensionale Mensch.* (München: Pinel-Verlag)
  - (1986b): *Der mehrdimensionale Mensch.* In: ebda.
  - (1989): Das Borderline-Syndrom, eine humanstrukturelle Erkrankung: Zur Weiterentwicklung der Ergebnisse des DAP-Borderline-Symposiums 1976. In: *Dyn. Psychiat.* (22) 1—15
- Ammon, G.* et al. (1979): Das Borderline-Syndrom u. das ich-strukturelle Arbeiten. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): *Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1* (München: Ernst Reinhardt)
- Ammon, G., Burbiel, I., Wagner, H., Finke, G.* (1982): Ergebnisse Dynamisch-Psychiatrischer Forschung. In: ebda., Bd. 2.
- Biefang, S.* (Hrsg.) (1980): *Evaluationsforschung in der Psychiatrie: Fragestellung und Methoden.* (Stuttgart: Enke)
- Burbiel, I.; Vogelbusch, W.* (1981): Persönlichkeitstheorie Günter Ammons als Grundlage psychometrischer Untersuchung. In: *Dyn. Psychiat.* (14) 16—37.
- Burbiel, I., Wagner, H., Finke, G.* (1983): Der Ich-Struktur-Test des Narzißmus. In: *Dyn. Psychiat.* (16) 221—253.

- Burbiel, I., Wagner, H. (1984): Einige Ergebnisse Dynamisch-Psychiatrischer Effizienzforschung. In: *Dyn. Psychiat.* (17) 468–500.
- Carpenter, W.T., Gunderson, J.G. (1977): Five years follow-up comparison of borderline and schizophrenic patients. In: *Comp. Psychiatry* (18) 567–571.
- Glas, G., Smith, M. (1977): Meta-Analysis of Psychotherapy Outcome Studies. In: *American Psychology*, 1977.
- Gunderson, J.G. (1984): *Borderline-Personality disorder.* (Washington D.C.: American Psychiatric Press)
- Gunderson, J.G. et al. (1984): Effects of psychotherapy on schizophrenia: II Comparative outcome of two forms of treatment. In: *Schizophrenia Bulletin*, (10) 564–598.
- Gunderson, J.G., Kolb, J.E. (1978): Discriminating features of borderline patients. In: *Am J Psychiatry*, 135, 792–796.
- Häfner, H. (Hrsg.) (1983): *Forschung für die seelische Gesundheit* (Berlin, Heidelberg, New York: Springer)
- Heigl, F. und Heigl-Evers, A. (1988): Eine überregionale Psychotherapie — ihr Rahmen und ihr therapeutisches Konzept. In: *Schepank u. Tress* (Hrsg.) *Die stationäre Psychotherapie und ihr Rahmen.* (Berlin, Heidelberg, New York, Tokio: Springer).
- Höck, K. et al. (1974): Zur Eignung des MMPI für die Effektivitätsmessung in der Psychotherapie. In: *Helm, J.* (Hrsg.): *Psychotherapieforschung.* (Berlin: VEB)
- Kernberg, O. (1984): *Severe personality disorders. Psychotherapeutic strategies.* (Yale London: Yale Univ. Press)
- Kretsch, R., Goren, Y., Wassermann, A. (1987): Change Patterns of Borderline Patients in Individual and Group Psychotherapy. In: *Int. J. Group Psychotherapy* (37) 95–112.
- Leichsenring, F., Hager, W. (1986): Das Kriterium der Effektivität psychotherapeutischer Methoden: Zur Definition und Empirischen Bestimmung.
- Lohmer, M. (1988): *Stationäre Psychotherapie bei Borderline-Patienten.* (Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokio: Springer)
- Perry, J.C., Klemann, G.C. (1978): The Borderline patients. A comparative analysis of four sets of diagnostic criteria. In: *Arch. Gen. Psychiatry* (35) 141–150.
- Piper, E., Debbane, E., Garant, I. (1984): A Comparative Study of Four Forms of Psychotherapy. In: *J. of Consulting and Clinical Psychology* (52) 268–279.
- Rohde-Dachser, Ch. (1982): Diagnostische und behandlungstechnische Probleme im Bereich der sogenannten Ich-Störungen. In: *Psychiat. und Psychol.* (32) 14–18.
- (1983): *Das Borderline-Syndrom:* (Bern, Stuttgart, Wien: Fischer)
- Saß, H., Köhler, K. (1983): Borderline-Syndrom: Grenzgebiet oder Niemandland? In: *Nervenarzt* (54) 221–230.
- Schepank, H. (1988): Die Mannheimer Psychosomatische Klinik am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit. In: *Schepank, H. und Tress, W.* (Hrsg.): *Die stationäre Psychotherapie und ihr Rahmen.* (Berlin, Heidelberg, New York, Tokio: Springer)
- Schepank, H.; Tress, W. (Hrsg.) (1988): *Die stationäre Psychotherapie und ihr Rahmen.* (Berlin, Heidelberg, New York, Tokio: Springer).
- Sheehy et al. (1980): A comparative study of Borderline patients in a psychiatric outpatient clinic. In: *Am. J. Psychiatry*, 137, 1374–1379.
- Spreen, O. (Hrsg.) (1963): *Minnesota Multiphasic Personality Inventory MMPI* Saarbrücken (Bern: Huber) Deutschsprachige Ausgabe.
- Stone, M.H. (1987): Psychotherapy of Borderline-Patients in Light of Long-Term Follow-up. In: *Bulletin of Menninger Clinic*, (51) 231–247.
- Tucker et al. (1987): Long-Term Hospital Treatment of Borderline Patients. A Descriptive Outcome Study. In: *Am. J. Psychiatry*, 144, 1443–1448.

## Adressen der Autoren:

Dipl.-Psych. Dr. phil. Ilse Burbiel  
Karl-Theodor-Straße 73  
8000 München 40

Dr. med. (Univ. Tel. Aviv) Egon Fabian  
Werinherstraße 20  
8000 München 90

Dipl.-Psych. Christa Emmert  
Kapuzinerstraße 48  
8000 München 5

Dipl. Psych. Gerhard Wolfrum  
Erhardtstraße 11  
8000 München 5

## Do the Children Show any Symptoms Predicting the Borderline Syndrome?\*\*\*

Hanna Jaklewicz (Gdansk)\*

Die Professorin für Kinderpsychiatrie an der Universität Gdansk Hanna Jaklewicz stellt einen Bericht vor über eine klinische Studie an Patienten, die im Pubertätsalter Symptome zeigten, die zu der Diagnose Borderline-Syndrom berechtigten. Anhand der qualitativen Auswertung von erhobenen Lebensgeschichten sowie der Erhebung von Fremdanamnesen der Mütter wird im Rahmen eines entwicklungspsychologischen Konzepts versucht, die Hypothese zu bestätigen, daß das Borderline-Syndrom als Folge von pathogenen Faktoren während der frühen Kindheit zu betrachten ist.

Als wichtigste Ergebnisse in der Frage der Pathogenese der Borderline-Persönlichkeitsstrukturen der untersuchten Jugendlichen werden zwei hervorgehoben: erstens eine konstitutionelle Prädisposition — hierzu wird eine konstitutionelle physiologische Übererregbarkeit dieser Kinder auf äußere Reize gezählt — und zweitens die Beziehung zwischen Mutter und Kind. Diese wird als Beziehung mit symbiotischem Charakter dargestellt.

Als Hauptmerkmal der Persönlichkeitsstruktur der untersuchten Patienten wird der hohe Grad an Angst hervorgehoben. Aufgrund dieser Angst vermeiden die Patienten sehr früh zwischenmenschliche Kontakte einzugehen.

Die Autorin fordert genaue und eingehende qualitative Längsschnittstudien, um mehr Licht in das Borderline-Syndrom zu bringen.

Up to date clinical and theoretical investigations do not answer the question of whether the borderline syndrome is linked with the specificity of adolescence or whether it is a consequence of previous personality disturbances.

I assume adolescence to be a successive developmental period and to form on the basis of formerly attained values. For that reason I try to find the causes of the borderline syndrome in earlier periods of personality development.

My investigations aimed to find out what pathological factors had occurred in the histories of patients who later displayed the borderline syndrome. Patients showing psychotic symptoms were included in the study.

Analysis of the material permits to distinguish two factors which I suppose to be important in the creation of the borderline syndrome:

- constitutional features
- pathological relation between mother and child.

A very characteristic reaction of children who were to become borderline patients, was an intense physiological response to minimal stimulations. I regard this kind of reaction as a constitutional feature.

Disorders of sleep and eating were the first symptoms observed by mothers. Symptomatic between the ages of 3 and 6 years were fear and anxiety appearing in a new milieu. These children were helpless in peer group and withdrew from peer contacts. Attempts at leaving them in the kindergarten were

\* Professorin für Kinderpsychiatrie an der Universität Gdansk, Institut für Psychologie

\*\*\* Vortrag gehalten auf dem 7. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XX. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 17.-21.3.1989 in der Hochschule der Künste Berlin, zum Thema »Das Borderline-Syndrom in Theorie und Praxis«

unsuccessful. The school period presented a new phase of difficulties, mainly in social contacts.

The vulnerability of these children contributed to make them more sensitive to traumata in contacts with peers. Anamnesis revealed that these children were anxious to have friends and to be accepted by them. The lack of former social experiences made it impossible for these children to find a way to undertake social tasks imposed to them by their role of school children and of members of a peer group.

These children understood that they were »different« and that they were isolated by the fact being different. It is very probable that this feeling was the starting point of decreased self-estimation.

The fear of new contacts with other children turned the child to the mother, the only person able to give him a feeling of security. The bonds between child and mother became closer and closer. In the course of time, this dependence on the mother took the form of a symbiotic relationship.

The absence of social experiences and the lack of satisfaction from these experiences, was very important in adolescence.

To be with others and to be like them, is a natural need in adolescence. The barrier of isolation increased owing to decreased self-estimation. Isolation intensified tension and anxiety which triggered defense mechanisms. These might find expression in various symptomatological pictures, as behaviour disturbances with aggression often directed against oneself, depressive or paranoid syndromes:

The fact that the feeling of reality was maintained, was an important clinical argument permitting to make a distinction between the borderline syndrome and schizophrenia and affective illness.

### *Discussion*

My consideration on the origin of the borderline syndrom were based on an analysis of the history of life of patients who in adolescence had shown symptoms permitting to make a diagnosis of borderline syndrome.

In the clinical picture of these patients the following characteristic symptoms could be distinguished:

- extreme fluctuation of mood
- growing fear of loneliness
- decreased self-estimation
- lack of empathy
- frequently co-existing neurotic disorders.

The constellation of these symptoms makes normal interpersonal relations and adaptation to changing social conditions difficult or impossible. It prevents adolescents from undertaking new social and emotional tasks they are faced with.

My investigations aimed to confirm the hypothesis that the borderline syn-

drome arises as an effect of some pathological factors which in successive development stages make it difficult to create normal social and emotional attitudes. They also make it impossible to form personality features determining the creation of new personality structures in adolescence.

Among the factors playing an important role in the origin of the borderline syndrome I distinguished: neuropathic constitutional features and a pathological relation between mother and child.

In discussions on the origin of the borderline syndrome much attention is being paid to the bonds between mother and child and between family and child.

Analysis of these relations in the patients discussed confirmed the importance of these relations in the genesis of the borderline syndrome. These patients had since infancy required more attention and care from their mothers because of eating and sleeping disorders and of groundless crying. The arising of a symbiotic bond with the mother was a consequence of the child's neuropathic reactions. The symbiotic bond made the process of self-creation difficult and was responsible for social and emotional consequences in the future.

Investigating the borderline syndrome in the developmental context is one of the ways to explain the process of its formation. It may be supposed that there exist many other mechanisms and dependences which may lead to the appearing of symptoms defined as borderline syndrome.

More thorough studies and longitudinal investigations are necessary to cast more light on the borderline syndrome.

*Zeigen Kinder Symptome, die als Vorboten der Borderline-Erkrankung zu verstehen sind?*

*Hanna Jaklewicz (Gdansk)*

Die Professorin für Kinderpsychiatrie Hanna Jaklewicz untersucht im Rahmen einer klinischen Studie die Lebensgeschichten von Patienten, die im Pubertätsalter Symptome zeigten, die zur Diagnosestellung des Borderline-Syndroms berechtigten.

Das Ziel dieser Studie war, die Hypothese zu bestätigen, daß das Borderline-Syndrom als eine Folge von pathogenen Faktoren in der frühen Kindheit zu verstehen ist. Auch Patienten mit psychotischen Symptomen wurden in die Studie miteinbezogen. Die Auswertung der Lebensgeschichten dieser Patienten ergab als wichtigste pathogenetische Faktoren für das Krankheitsbild des Borderline-Syndroms: erstens konstitutionelle Merkmale und zweitens eine pathologische Beziehung zwischen Mutter und Kind. Als Beispiel für den ersten Faktor, die konstitutionellen Merkmale, wird eine sehr charakteristische Reaktion dieser Kinder angeführt: die ausgeprägte physiologische Reaktionsbereitschaft auf minimale äußere Reize.

Bei den untersuchten Jugendlichen ergaben die Lebensgeschichten, die durch Fremdanamnesen der Mütter ergänzt wurden, daß schon in der frühen Kindheit

Störungen aufgetreten waren. Dazu zählten Schlaf- und Eßstörungen. Im Alter zwischen drei und sechs Jahren folgten als Hauptsymptome starke Angst sowie Hilflosigkeit in Gruppen von Gleichaltrigen und Rückzugsverhalten. In der Schulzeit zeigten sich vor allem Schwierigkeiten in den sozialen Kontakten.

Als Hauptsymptom im Kindesalter wird die Angst »Freunde zu haben« dargestellt. Diese Angst führt dazu, daß für diese Kinder soziale Kontakte und Erfahrungen unmöglich wurden; dies führte zu ihrer im Schulalter ausgeprägten Hilflosigkeit in Gruppen von Gleichaltrigen. Die Patienten entwickelten im Kindesalter ebenso das Gefühl, »anders zu sein«. Dies war begleitet von dem Gefühl, daß gerade sie aufgrund dieser Andersartigkeit isoliert und minderwertig wären.

Aufgrund der übermäßigen Angst der Kinder vor Kontakten mit anderen Kindern mußten sie die Bindung an die Mutter stärken, um überhaupt ein Gefühl von Sicherheit zu haben. Diese Bindung nahm den Charakter einer symbiotischen Beziehung an. Auch für die Pubertät dieser Kinder war der Mangel an sozialen Erfahrungen charakteristisch. Das für das Pubertätsalter wesentliche Bedürfnis »mit anderen zusammen zu sein« und »so zu sein wie die anderen« konnte nie befriedigt werden. Durch die Isolation konnte die Angst und die Spannung und dadurch die verschiedenen Abwehrmechanismen nur noch mehr verstärkt werden.

Die Autorin betrachtet die vielfältigen Symptome der Jugendlichen als Ausdruck der so entstandenen Abwehrmechanismen. Dazu gehören z.B. Verhaltensstörungen wie Aggressionen gegen sich selbst, depressive oder paranoische Syndrome. Folgende Symptome des in der Adoleszenz sich manifestierenden Borderline-Syndroms hebt die Autorin weiterhin hervor:

- extreme Stimmungsschwankungen
- zunehmende Angst vor Alleinsein
- vermindertes Selbstwertgefühl
- Fehlen von Einfühlungsvermögen
- häufig neurotische Störungen.

Auf dem Hintergrund dieser Symptome sind für die Jugendlichen normale zwischenmenschliche Beziehungen schwierig bis unmöglich. Demzufolge werden sie neue soziale und emotionale Aufforderungen vermeiden.

Die Entstehungszusammenhänge des Borderline-Syndroms, die diese Studie aufzeigt, erklärt nach Meinung der Autorin auch, daß bei diesen Patienten die notwendigen Voraussetzungen fehlen, damit sie in ihrer Pubertät neue Persönlichkeitsstrukturen aufbauen können.

#### Literature at the author

Authors address:  
Prof. H. Jaklewicz, M.D.  
Department of Psychiatry  
University of Gdansk  
Bazynskkego 15a  
80-309 Gdansk  
Poland

## Practical Advantages and Theoretical Problems of the Concept of the Borderline Syndrome\*\*

Béla Buda (Budapest)\*

In der vorliegenden Arbeit analysiert der Autor die Bedeutung des Borderline-Syndroms für die Weiterentwicklung der therapeutischen Methodik und Theoriebildung in Psychotherapie und Psychiatrie am Beispiel des Borderline-Konzepts Günter Ammons. Da das vorhandene begriffliche und therapeutische Instrumentarium nicht ausreichte, die Borderline-Kranken wirksam therapieren zu können, gab dieses Dilemma einen Anstoß zur Entwicklung neuer psychiatrischer Denkmodelle: Es machte methodenintegratives Denken, die Entwicklung komplexer Behandlungssysteme und die Anwendung gruppenpsychotherapeutischer Behandlungsformen erforderlich, sowie eine differenzierte Diagnostik auf dem Hintergrund integrativer Persönlichkeitsmodelle, um das Borderline Syndrom, das sich hinter den »Fassaden« der Symptomatologie anderer Krankheitsbilder verbergen kann, zu erfassen. Der Autor führt aus, wie das Borderline-Konzept Günter Ammons diesen Anforderungen entspricht, indem es auf dem Hintergrund seines humanstrukturellen Verständnisses der archaischen Ich-Krankheiten historisch-genetische, interpersonelle und Aspekte der Zeitdimension integriert und die Planung des Behandlungsprogramms und die Kontrolle seiner Effizienz ermöglicht wird. Die Arbeit macht deutlich, daß gerade die Diagnostik und Therapie des Borderline-Syndroms ein Verständnis psychiatrischer Krankheitsbilder erfordert, der ihren engen Zusammenhang beleuchtet, Übergänge bzw. Wechsel der Symptomatologie erklärt und in einem differenzierten, aber integrierten Behandlungsprogramm die Facetten der Borderlinepersönlichkeit in einer nachholenden Ich-Struktur-Entwicklung zu integrieren versucht.

The idea of the borderline disorder is attracting much interest in the last 25 years in psychoanalysis and psychiatry and from its vast literature it could be deduced that it is first of all an important theoretical issue. Theories and speculations about its nature, etiology and treatment are really manifold and numerous and the complexity of the field now is equaling that of the field of schizophrenia. In view of this situation it may seem paradoxical if I state that the nosological concept has the foremost characteristic of heuristical value and of practical usefulness. The concept's great advantage has been a particular sort of restoration of order in respect of indication to psychoanalysis and psychotherapy. Before the acceptance of the borderline diagnosis a growing group of patients, despite being obviously ill and disturbed and in need of psychological help, was not responding neither to classical analysis nor to other methods of verbal psychotherapy and it was not clear why this had happened. The result was — beside uncertainty and guilt feelings among psychoanalysts — a restriction of indication to psychotherapy, and the abandonment of the »psychopathic«, »characteropathic«, »acting out« etc. (— labels were always available for the therapists —) cases to the institutional psychiatry. These cases showed

\* Dr. med., Psychoanalytiker, Leiter der Psychotherapeutischen Abteilung des National Institute of Nervous and Mental Diseases, Budapest, Vize-Präsident der Ungarischen Psychiatrischen Gesellschaft, 1. Vize-Präsident der World Association for Dynamic Psychiatry WADP, Chairman des ungarischen Zweiges der WADP

\*\* Vortrag gehalten auf dem 7. Weltkongreß der WADP und XX. Internationalen Symposium der DAP, 17.—21. März 1989, Hochschule der Künste Berlin, zum Thema »Das Borderline-Syndrom in Theorie und Praxis«

deficits in impulse control, had difficulties in experiencing feeling states and establishing intimate relationships and were not helped by interpretations and insight (*Buda 1977*) and therefore were regarded as unsuitable for psychotherapy. Some authors stipulated that the bulk of these patients have a severe hidden pathology, a »forme frustré« of psychosis or an atypical presentation of some psychoorganic syndrome.

The emergence of the borderline concept made new sense in this question. It made clear that these patients need a qualitatively new approach in psychotherapy, the therapy has to be put within specific »parameters« (*Eissler 1953*), and that not the patient is not suitable for therapy, but therapy is insufficient to the requirements of the patient's pathology. A shift in thinking and emphasis has thus taken place and this has been useful and practical for several different reasons. The borderline concept makes methodological integration necessary and weakens the positions of orthodoxy and chauvinism in psychoanalysis. Especially the use of group methods is facilitated by the concept but it has contributed also to the development of brief therapy methods (*Wolberg 1982*) and to the deployment of more complex and cooperative systems of treatment. Psychodynamic diagnosis has become an important issue again since it had been clear that a borderline structure can be latent behind the façade of neurotic complaints or — to borrow *Cleckley's* phrase — behind the mask of sanity (*Cleckley 1955*). The use of tests and questionnaires in intake evaluation has been enhanced and planning of therapy, tentative prediction of course and outcome of the treatment — neglected topics during the upsurge of psychoanalysis in the fifties — and a new kind of care and responsibility for the patient has become routine and commonplace activity even in psychoanalysis. The gap between psychodynamic approaches and psychiatric nosology has been narrowed and new avenues for an integration, in a form of dynamic psychiatry or psychoanalytic psychiatry have been opened. If we take *Lewin's* much quoted dictum serious that there is nothing more practical than a good theory, the spectacular theoretical evolution connected with the borderline concept can also be counted to the advantages of the new nosological entity. A need arose to reconceptualize ego functions and the working of defence mechanisms, a new theoretical light had to be cast upon pregenital ego development and traumas, parents had to be seen more as real persons and partners of interaction with the child than merely objects or sources of interiorization. Without the borderline concept such thinkers as *Grinker, Bellak, Kernberg, Kohut* or others could not expand and articulate their theories which are all very important for our present perspectives even if most of them are criticized, modified or included in new theoretical frames now.

I think the usefulness and the practical advantages of the concept can be demonstrated also in the development of *Günter Ammon's* ideas. Being already aware of the psychoanalytic implications of the schizophrenia and related clinical pictures during his American years and devising approaches to the treatment of them (such as milieu therapy) he had to realize the necessity of theore-

tical and therapeutical innovation after he had returned to Berlin and had faced the psychological problems of the new generation of the German youth caught in the turmoil of the late sixties. Without the challenge of these experiences and without the theoretical and methodological possibilities offered by the borderline concept it is quite probable that his present-day system of therapy could not have evolved. The real innovation was the introduction of the theory of archaic ego disturbances, the symbiosis complex and the gliding spectrum of archaic ego pathology. Without these developments — made easier by the previous elaboration of a new view about ego functions, especially their manifestations in destructive and deficitary forms, and by an innovative approach to group psychotherapy — the pivotal concept of the »nachholende Ich-Entwicklung« and the corollary concepts of social energy, androgynity, human-structural dance as a specific way to therapy etc. could not be reached (*Ammon* 1973, 1979, 1982, etc.). After *Menninger's* efforts to explain psychopathology in an unitary frame on the basis of general systems theory (*Menninger, Mayman, Pruyser* 1963) and after *Masserman's* attempts to systematize psychiatry within a dynamic framework, the first really comprehensive and integrative school of dynamic psychiatry could be born in his oeuvre. As I stated in my commemoration of *Ammon's* 70th birthday, the present situation of psychiatry in the world, — biologism, narrow-minded empiricism, avoidance of theory and rivalry between the psychotherapeutic schools — unfortunately hinders the recognition of the importance and width, and the possible public health impact of this system of thought and therapy on a larger international scale. I am convinced, however, that in the next years this situation will change and more centers and organizations in the world psychiatry will share our experiences with this system, not only its power of orientation and effectivity but also its openness, its capacity to change and to reach new levels of complexity by integrating new aspects of human existence and activity.

The borderline concept allows us to make a diagnosis which concerns many processes and interrelationships within the personality both in a historical-genetic (in the developmental sense) — and in an interpersonal, as well as prospective, goal-oriented respect. Ego functions, the functional role of symptoms (such as stabilizing factors helping the ego to avoid desintegration or filling up the »hole« in the ego structure), the state of identity development, resources such as healthy elements in the ego, the capacity to participate at group processes, etc. are evaluated and taken into consideration from the point of view of the therapeutic programmes. The borderline patient can be understood in a meaningful way in similar coordinates as a schizophrenic, depressive or psychosomatic personality, diagnostic categories are conceived on a continuum, within a constellative and highly individualized set of interdependent psychic elements.

The borderline syndrome, according to *Ammon's* view, is characterized by many specific features among the archaic ego disturbances. The capacity of adaptation to the external social norms, at least to a certain degree is empha-

sized, this is coupled with a peculiar sensitivity and narcissistic vulnerability of the self. The maintenance of ego boundaries is difficult for the patient, splitting is used as a defense mechanism in a specific way, and while attachment and empathy are disturbed in interpersonal relations, there is a tendency to symbiotic, all-encompassing transference in the therapy. In the first period of his investigations concerning the borderline syndrome *Ammon* underlined the importance of the unlimited availability of the therapist to the patients, later the importance of identificatory processes in groups and the emergence of new structural elements in the ego through work in milieu therapy and of new phases of identity formation in consequence of therapy were stressed. During the transitory stages of psychotic decompensation and during the manifestation of schiziform symptoms, therapy or therapy system has to take over temporarily the missing or incapacitated ego functions, while some problems of feeling and behavior shown during the adapted stages are amenable to classical analytic or even to focal treatment (*Chessick* 1979).

The borderline structure of personality is a pathogenic force in small social systems, such as primary groups, families or relationships. Borderline dynamics can be permanently acted out on the expense of somebody else, and this is usually the child. This was pointed out very early by *Ammon* and coworkers and this led to the establishment of psychoanalytic kindergartens in the system of the Berlin school of dynamic psychiatry. Borderline dynamics were followed by *Ammon* also in their manifestations in events of the child abuse (*Ammon* 1979).

The practically advantageous side of the borderline concept is somewhat shadowed by many theoretical problems. First of all the exceptionally great symptomatic variability of the borderline manifestations causes difficulties, since a temporarily stable symptom configuration can be misleading and the case can be put into some other diagnostic category. From this respect schizophrenia, neurosis and perversion are the most widely used labels. Sometimes therapy based on these diagnostic premises can be apparently successful, at least for a while, till decompensation due to narcissistic injury occurs. Drug therapy, the panacea and ultimate recourse of psychiatry, may bring some relief, and some complexes may be worked through by the analytical approach suitable in the treatment of neuroses. Borderline diagnosis is in doubt in the eye of institutional or biological psychiatry, the case is listed as atypical schizophrenia being in a relatively compensated state (according to the nonspecific organic vulnerability concept according to *Zubin* and others) or is interpreted as a latent manifestation of depression, as it is claimed now by *Akiskal* and other (*Akiskal* et al. 1985).

In reference to psychoanalytic theories it is the role of narcissism in the borderline dynamics which seems to be problematic. Pathological narcissism and severe forms of narcissistic neuroses are conceptually difficult to be separated from the borderline syndrome. The former states are regarded now rather stable disturbances embedded in a more strong ego structure while the core

pathology in borderline cases consists in the weakness and the structural deficits of the ego.

Narcissism is a tricky question in the whole borderline issue anyway, since both its deficits and its excesses, as well as its deformations can cause dysregulations in behaviour and in the cognitiv-emotional sphere. There are many data and considerations that induce doubts in the old psychoanalytic belief that the dynamics of narcissism is determined mainly by the early experiences in childhood. Although it is true that the archaic ego disorders are basically the consequences of pathological family relationships and of disturbances in the socializing primary group (a term coined by *Günter Ammon* to stress the point that it is not only the nuclear family and within it the parent-child — and especially the mother-child-ties which act as socializing instances, but also the extended family, the network of kins, friends and neighbors, who influence also the family and parental relations and sometimes constitute causative factors in the deviant uprearing of a child), and thus the roots of the borderline syndrome go back to the childhood, but nevertheless narcissism has to do much with the social and cultural norms and challenges surrounding the growing person.

In a consumer society, with its paramount values of an achievement, success, excellence and conspicuous and externally validated happiness and with its almost paranoid atmosphere of rivalization self-esteem and identity are put always pressure and are constantly questioned. Failures, crises and conflicts in this realm can cause eccentric or incoordinated emotional and behavioral responses, going to temporary decompensation and psychotiform reactions, sometimes manifestations bordering with criminality. Destructive emotions can manifest themselves and autodestructive tendencies may come to the foreground. Suicidal crises may go together with deep regression and show usually a background of narcissistic vulnerability (as pointed out e.g. by *Henseler* 1974 and others) and they usually conjure up the picture of borderline syndrome and are in fact diagnosed as such.

The situations can be misleading, since in a narcissistic society and culture (as described by *Christopher Losch* 1979 and others) neurotic symptoms can have a narcissistic basis and narcissism merges with every kind of dynamics. The decline of the interiorization of a strong father figure, the growing emphasis on peer groups and the so-called youth culture, the free expression of sexuality among young people, may contribute to the disappearance of the classical neurosis, transference is no more typical in analytic therapy and insight is of a limited value when the ego is involved in dilemma about itself and with its maneuvers to assert and validate itself in a confusing external world, in a highly artificial reality.

Maybe the diagnosis of the borderline syndrome — a diagnosis doubtless with an own footing and domain of relevance — is frequently overstretched and covers also cases which could be better understood as narcissistically structured neuroses. In these cases a seemingly borderline dynamics can be a transitory phase of the identity development with a favorable chance of out-

come. In many cases the outcome can be attributed to other forms of structured archaic ego disorders, such as depression, or psychosomatic disease, or to schizophrenic, which, on the other hand shows nowadays frequently a »borderline« face, in the sense of a capacity to integration to a functioning level, and a capacity to remain adapted and to behave in a normal way, but usually only within certain and not too wide limits. An interesting light is cast upon this question by the fact that the diagnosis of the borderline syndrome is increasingly rare as age progresses.

It is a characteristic diagnosis in the younger age brackets, among people who have still strong ties and unsolved problems with the parental family (which is still present or exerts influence symbolically). I do not remember a patient above 50 who would have had the diagnosis — I mean a fresh label — of borderline syndrome, not even in the material of crisis departments or of wards who host unusual cases. Maybe the transition to a more mature — or at least a more advanced, more settled — phase of identity is completed. Maybe the dynamics in the original sense of the word, i.e. the instinctual tension of the personality became weaker, and the self is no more concerned so much with its sex roles and impressions in the interpersonal relationships (see the impression management concept of *Goffman* 1963, 1980 etc. and its role in the regulation of behavior) as it was before and this helped to change not only facades of behaviour, but also systemic schemes of behavior regulation and tension-relief. Maybe a part of the young borderline patients are later depressives or manic-depressive cases reinforcing the conviction of the biological psychiatrists (a question already mentioned) that atypical patients categorized frequently as borderlines are in reality latent or mashed forms of depression.

It is difficult to differentiate among these phenomena, it is difficult to tell which patient has a such a severe developmental deficit that he should be helped by a more simple intervention. If the patient's ecological environment (ecology used here in a psychological meaning, referring to the family and to the network of relationships) is taken into consideration, if actual determining forces (such as family pathology, »collusive« partner or marriage relationship (*Wolli* 1978, 1981), narcissistically difficult profession or lifestyle, etc.) can be recognized, which make borderline dynamics functional and reinforce it constantly, maybe some specific therapeutic techniques are indicated and can reach good results, such as marriage, family therapy or network therapy.

Despite theoretical difficulties the practical advantages remain, the complex system of treatment which is devised and used by *Günter Ammon* and by the Mengerschwaige Clinic and in the centers of the milieu therapy, and which aim to foster maturation, restorative tendencies and structural growth (in areas where the self has been defective and underdeveloped) are useful for every kind of archaic ego-disorders and in practice puts the theoretical questions mentioned here in brackets.

*Praktischer Nutzen und theoretische Probleme des Konzepts des Borderline-Syndroms*

Béla Buda (Budapest)

Die treibende Kraft bei der Entwicklung des Borderline-Konzepts in den letzten 25 Jahren war für den Autor ein reales Dilemma in der Indikationsstellung für Psychoanalyse und Psychotherapie: eine wachsende Gruppe von Patienten, die offensichtlich psychisch krank waren und therapeutischer Hilfe bedurften, sprachen weder auf die klassische Analyse noch auf andere Methoden verbaler Psychotherapie an, Patienten, die von der institutionellen Psychiatrie mit diagnostischen Etiketten wie »Psychopathen«, »Charakterpathologische Patienten« bedacht wurden und mit dem Diktum der Nichttherapierbarkeit aufgegeben wurden. Diese Patienten zeigten in ihrer Symptomatik u.a. Defizite bei der Impulskontrolle, hatten Schwierigkeiten beim Erleben von Gefühlszuständen und bei der Entwicklung enger persönlicher Beziehungen, in der Therapie halfen Interpretation und Appell an die Einsicht nichts (vgl. *Buda 1977*).

Erst die Entwicklung des Borderline-Konzeptes brachte die Lösungsmöglichkeiten für jenes therapeutische Dilemma: Jene Patienten brauchten ein qualitativ neues Konzept: die Patienten waren nicht für die Therapie ungeeignet, sondern die bisherigen Therapiemodelle waren ungenügend an den Erfordernissen orientiert, die die Pathologie der Borderline-Patienten impliziert. Insofern hat das Borderline-Syndrom nach *Budas* Auffassung einen qualitativen Wechsel im Denken in der Psychotherapie provoziert, und das in mehrfacher Hinsicht:

1. Das Borderline-Syndrom machte eine intensive Methodenintegration in der Diagnostik und Therapie notwendig.
2. Es förderte die Anwendung der Gruppentherapie in der Psychotherapie und trug zur Entwicklung von Formen der Kurztherapie bei (zum letzteren vgl. *Wolman 1982*).
3. Es machte die Entwicklung komplexerer und kooperativer Behandlungssysteme unabdingbar.
4. Die psychodynamische Diagnostik gewann gerade durch das Borderline-Syndrom an Bedeutung, seit es deutlich geworden war, daß die Borderline-Struktur sich hinter der Fassade neurotischer Beschwerden oder hinter der »Maske der Gesundheit« (*Cleckley 1955*) verbergen kann.
5. Der Einsatz von psychologischen Tests und Fragebögen zur Therapieplanung und zur Kontrolle der therapeutischen Effizienz wurde unumgänglich und führte in Reaktion auf die besondere Persönlichkeitsstruktur der Borderline-Kranken zu einem neuen Verständnis der therapeutischen Verantwortlichkeit gegenüber dem Patienten.
6. Letztendlich hat das Borderline-Syndrom zur Verkleinerung der Kluft zwischen klassischer psychiatrischer Nosologie und psychodynamischen Ansätzen geführt durch die Entwicklung der integrativen Modelle der Dynamischen Psychiatrie *Günter Ammons*.

7. Das Borderline-Syndrom gab metatheoretisch gesehen einen starken Impuls zur Erweiterung des Theoriegebäudes in der Psychoanalyse: Das Verständnis der Ich-Funktionen, der Abwehrmechanismen und der prägenitalen Entwicklung wurde revidiert, die Eltern wurden nun stärker als reale Personen und Interaktionspartner der Kinder anstatt als Objekte der Internalisierung angesehen.

Ohne das Borderline-Konzept hätten — so *Buda* — Wissenschaftler wie *Grinker*, *Bellak*, *Kernberg* und *Kohut* ihre Theoriesysteme nicht entwickeln können.

Am umfassendsten und deutlichsten kann der praktische Nutzen des Borderline-Konzepts verdeutlicht werden: *Ammon* schuf das Borderline-Konzept auf der Grundlage seines schon entwickelten psychodynamischen Verständnisses der Schizophrenie angesichts der psychologischen Probleme der jungen Generation in der BRD in den 60er Jahren: sie machten umfassende theoretische und therapeutische Innovationen erforderlich: So entwickelte *Ammon* das Theoriegebäude der archaischen Ich-Krankheiten, die auf einem gleitenden Spektrum angeordnet sind, das Konzept des Symbiosekomplexes in Verbindung mit einer erweiterten Sicht der Ich-Funktionen in ihren konstruktiven, destruktiven und defizitären Ausprägungen und das therapeutische Konzept der nachholenden Ich-Entwicklung und ein neues Konzept der Gruppenpsychotherapie. Konsequenter folgte dann die Integration weiterer Elemente wie die Konzepte der Sozialenergie, Androgynität, des Humanstrukturellen Tanzes (*Ammon* 1973, 1979, 1982).

Nach *Menningers* Bemühungen, die Psychopathologie in einen unitären Rahmen auf der Grundlage der Allgemeinen Systemtheorie zu erklären (*Menninger*, *Mayman* und *Pruyser* 1963) und *Massermans* Versuch, die Psychiatrie in einem dynamischen Rahmen zu systematisieren, entstand hier — nach *Budas* Auffassung — die erste wirklich umfassende und integrative psychiatrische Schule, die Dynamische Psychiatrie *Günter Ammons*. *Buda* sieht dabei den Hauptgrund für die Probleme in der universitären Psychiatrie und manchen Fachorganisationen, die Tragweite und Wirksamkeit dieses Konzepts für die öffentliche Gesundheit im internationalen Maßstab zu erkennen, in dem Biologismus, engstirnigen Empirismus und Theoriefeindschaft in der Psychiatrie. *Buda* ist überzeugt, daß die Dynamische Psychiatrie in naher Zukunft das Modell für die Neuorganisation der Weltpsychiatrie in neuzuschaffenden Zentren und Forschungsstätten darstellen wird.

*Ammons* Borderline-Konzept ermöglicht eine Diagnose, die die Prozesse und Wechselbeziehungen innerhalb einer Persönlichkeit sowohl historisch-genetisch betrachtet, als auch interpersonell, ebenso wie in einer Zukunftsdimension und Zielorientierung. Die Symptome erfüllen in diesem Verständnis die Aufgabe das Ich vor der Desintegration zu bewahren und das »Loch im Ich« (*Ammon*) zu füllen. In der Diagnose werden der Stand der Ich-Entwicklung, die gesunden Ich-Anteile und die Teilnahmefähigkeit an Gruppenprozessen evaluiert und bei der Erstellung therapeutische Programme berücksichtigt. Die Borderline-Persönlichkeit kann in *Ammons* Konzept in

sinnvoller Weise in den Rahmen der Persönlichkeitstheorie eingeordnet werden wie die schizophrene, die depressive und die psychosomatische Persönlichkeit. Dabei werden die diagnostischen Kategorien als auf einem gleitenden Spektrum befindlich angesehen. Das Borderline-Syndrom weist in *Ammons* Konzept viele Merkmale der archaischen Ich-Krankheiten auf, wie die »narzißtische Verletzlichkeit des Selbst«, Probleme bei der Aufrechterhaltung der Ich-Grenzen, Splitting als Abwehrmechanismus, ein Mangel an Empathie und eine Tendenz zur symbiotischen Übertragung in der Therapie.

Weiterhin sind für *Buda* im Borderline-Konzept *Ammons* von Bedeutung, daß der Therapeut sich dem Patienten zur Verfügung stellt bis hin zur zeitweisen Übernahme von Ich-Funktionen durch den Therapeuten in der Phase psychotischer Dekompensation und schizophrener Symptomatik sowie die Prozesse der Neubildung von Ich-Strukturen und der Identitätsentwicklung. Das Verständnis der Rolle der pathogenen Borderline-Familiendynamik auf Kosten des Kindes (*Buda*) hat mit zur Entwicklung der psychoanalytischen Kindergärten in der Dynamischen Psychiatrie beigetragen und der Erforschung der Psychodynamik der Kindesmißhandlung durch *Ammon* und seine Mitarbeiter befruchtet.

Nach *Budas* Auffassung stehen diesen eminenten Vorzügen des Borderline-Konzeptes gewisse theoretische Probleme gegenüber:

1. Die große Variabilität der Symptome kann oft zur Einordnung in andere diagnostische Kategorien wie z.B. Schizophrenie, Neurose, Perversion, führen, wobei die Therapie zeitweilig erfolgreich sein kann bis zur Dekompensation durch narzißtische Kränkung.
2. Die Einordnung der Rolle des Narzißismus im Krankheitsbild macht oft Schwierigkeiten, die Differenzierung zwischen pathologischer und schwerer Formen der narzißtischen Neurose und der Borderline-Struktur ist oft nur schwer vorzunehmen, tendenziell weist die erste Gruppe stabilere und weniger defizitäre Ich-Strukturen auf.

*Buda* diskutiert in diesem Kontext das Verhältnis zwischen familiendynamischen und sozialisationstheoretischen Aspekten des Narzißismus:

Einerseits ist es zweifelsfrei, daß die archaischen Ich-Krankheiten die Konsequenz pathologischer Familienbeziehungen und Störungen in der sozialisierenden Primärgruppe (ein Begriff von *Ammon*, der die psychodynamische Bedeutung der erweiterten Familiengruppe mit Verwandten, Nachbarn und Freunden hervorhebt) — andererseits hat Narzißismus zweifellos mit den sozialen und kulturellen Normen der umgebenden Gesellschaft zu tun. Die sozialen Werte der Konsumgesellschaft wie Leistung, Erfolg und extern validiertes Glück und die soziale Atmosphäre von Rivalität führen zu evidenten Belastungen der Identitätsentwicklung und Fehlentwicklungen und zur Herausbildung destruktiver Gefühle und autodestruktiver Tendenzen, tiefer Regression, die dem Bild des Borderline-Syndroms nahekommen und häufig als solche diagnostiziert werden. *Buda* hebt hervor, daß die narzißtischen Strukturen der Gesellschaft die Entwicklung narzißtischer Störungen außerordent-

lich begünstigt, die in jeder Psychodynamik beteiligt sind und differentialdiagnostische Probleme und behandlungsmethodische Probleme aufwerfen können.

Borderline-Dynamiken können Übergangphasen einer an sich konstruktiven Identitätsentwicklung sein, sie können Element anderer archaischer Ich-Krankheiten wie der Depression oder der Psychosomatik oder Schizophrenie sein. Abschließend relativiert *Buda* die differentialdiagnostischen Probleme, indem er betont, daß das komplexe Behandlungssystem, das von *Ammon* entwickelt und in der Klinik Mengerschwaige und anderen Zentren der Dynamischen Psychiatrie praktiziert wird und das darauf abzielt, Reife, Wiederaufbau und Strukturwachstum in defizienten Ich-Bereichen zu fördern, sich — so führt *Buda* aus — sehr effektiv für das Borderline-Syndrom und alle Arten der archaischen Ich-Krankheiten erwiesen hat.

#### Literature at the author

Address of the author:  
Dr. med. Béla Buda  
Ostrom u. 6  
1012 Budapest  
Ungarn

# International Disability Insurance: USA Entry in Health For All Practice\*\*

Edward J. Dehné\*

Wie der Autor einleitend hervorhebt, liegt die Aufgabe der Systeme der Gesundheitsdienste und Krankenversorgung in aller Welt in der Prävention, Diagnose, Behandlung und Rehabilitation von Krankheiten und Verletzungen.

Dabei sind, das macht Dehné am Beispiel der Gesundheitssysteme der Entwicklungsländer deutlich, die ganzheitlichen Strukturen und Konzepte der Gesundheitssysteme wichtiger als die Höhe der finanziellen Investitionen der Regierungen und/oder internationalen Organisationen: Dehné zitiert das WHO-Programm »Gesundheit für alle für das Jahr 2000«, das den Akzent auf die individuelle und kollektive Selbstorganisation in den Kommunen, Regionen und Nationen legt bei der Entwicklung primärer medizinischer Gesundheitsaufklärungs-, Erziehungs- und Behandlungsprogramme. Wichtige Kriterien sind neben der Eigenverantwortlichkeit die Ganzheitlichkeit und soziale Vernetzung der Gesundheitssysteme bei der Diagnose, Behandlung und Rehabilitation. Als Modell einer solchen ganzheitlichen Krankheits- und Sozialdiagnose mit dem Ziel der Rehabilitation stellt der Autor das diagnostische Kriteriensystem der Sozialversicherung für Behinderte der USA vor, das neben einer differenzierten psychiatrischen und psychologischen Erfassung der gesamten Kranken- und Behandlungsgeschichte die sozialen Fähigkeiten im Alltag, am Arbeitsplatz, die Fähigkeiten bei der Bewältigung geistiger Anforderungen usw. erhebt, die Effekte der wiederholten Hospitalisierung und der Psychopharmaka zu erfassen sucht und den Einfluß des strukturierten Milieus in der psychiatrischen Klinik im Vergleich zur sonstigen Lebensumwelt des Kranken auf sein Verhalten. Die Arbeit Dehnés verdeutlicht die Bedeutsamkeit des Krankheitsverständnisses für Konzepte präventiven, diagnostischen und therapeutischen Vorgehens gerade für bürokratische Systeme der staatlichen Gesundheitsversorgung.

## Introduction

The International Conference on Primary Health Care in Alma Ata in 1978 expressed the urgent need to protect the health of all people of the world through planning and implementing a dynamic primary health care system to be developed by the people themselves individually and collectively since they are ultimately responsible and should set their own priorities.

The World Health Organization called for efforts to attain »health for all by the year 2000.« The majority of people in developing countries have no access to organized health care (also true for many in developed countries) and a re-orientation was needed to correct the inequalities that existed in the distribution of health resources. The International Year of Disabled Persons was dedicated to those people of the world who had the greatest need. It is appropriate that this segment of the population be identified by criteria that may permit special attention to their needs on a priority basis.

\* M.D., M.P.H., Dr. P.H.

Executive Vice-President Continuing Medical Education of the International Health Society, 2nd Vice-President of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP

\*\* Vortrag gehalten auf dem 7. Weltkongress der WADP und XX. Internationalen Symposium der DAP, 17.—21. März 1989, Hochschule der Künste Berlin, zum Thema »Das Borderline-Syndrom in Theorie und Praxis.«

In this paper we will take a look at the workings of a disability program of vital concern to many millions of patients-including many for whom coverage of costs of health care is especially important while disabled. It is expected that familiarity with this program will provide insight into distributing health resources to those in greatest need as well as to all having little or no access to health care.

In principle health service programs provide prevention, diagnosis, treatment and rehabilitations and clinical evaluations aid in assuring physical and mental compatibility for various levels of function and activity; and surveillance of the individual and environment minimizes disease and enhances physical, mental and social wellbeing. Health insurance, disability and rehabilitation services aid the individual and family when sick or incapacitated and facilitate return to work or rehabilitation.

Clinical familiarity with mental, psychological and physical criteria for disability and impaired levels of functioning, and maintenance of factual records heighten psychoanalytic diagnostic and therapeutic acumen and enhance vocational and rehabilitational guidance to permit the patient to lead socially and economically productive lives.

This program in the U.S.A. expanded over ten-fold between 1957 and 1976 and doubled between 1976 and 1977, having paid more than \$20 billion in 1977 to the disabled and their beneficiaries, without reference to whether the disability was occupational or nonoccupational. Despite all the progress and advancements in health and making work and the living environment less hazardous to health, disease and accidents still occur, leaving people disabled and often without livelihood. Insurance for the people disabled and often without resource to the individual, the family and the community when disability occurs. The interest, understanding and participation by all health professionals in maintaining vital records and counseling their patients as well as providing medical records will facilitate the patient's access to this vital resource.

The International Health Society fully supports WHO's assertion that the countries of the world could accelerate vast improvements in the health of their populations with relatively little increase in costs by involving the people individually and collectively in planning and implementing a dynamic and comprehensive continuing medical and health education program. This program should emphasize:

1. A program of professional enrichment to heighten the professional competence of the existing supply of doctors, health professionals to provide advanced training, teaching and local research opportunities.

2. Implementing practical measures for updating local and remote professional and physician assistance, improving communications and transportation for immediate access to the next higher level of treatment, evacuation or clinical treatment and consultation.

It has been our experience that despite devastation, widespread disease and

poverty, the emerging communities with guidance and assistance progressively developed and implemented realistic community health and primary care service which compare favorably with contemporary health program standards. The problems unique to the area were identified and dealt with by the indigenous people by helping them to help themselves.

In the U.S.A. the Social Security Administration has the responsibility for assuring that benefits are granted to those fully entitled to them and none other using standards and criteria outlined in the following guidelines which are updated at several year intervals to keep abreast to medical developments:

*A. Criteria for Mental Disorders:* The medical evaluation criteria describe mental disorders and impairments in terms of severity and duration-symptoms, signs and clinical findings in a quantitative assessment.

*B. Need for Medical Findings:* The existence of a medically determinable impairment of the required duration must be established by medical findings consisting of clinical signs, symptoms and/or laboratory or psychological test findings. These findings may be intermittent or persistent depending on the nature of the disorder. Clinical signs are medically demonstrable phenomena which reflect specific abnormalities of behavior, affect, thought, memory, orientation, or contact with reality. These signs are typically assessed by a psychiatrist or psychologist and/or documented by psychological tests. Symptoms are complaints presented by the individual. Signs and Symptoms generally cluster together to constitute recognizable clinical syndroms (mental disorders). Both symptoms and signs which are part of any diagnosed mental disorder must be considered in evaluating severity.

*C. Assessment of Severity:* For mental disorders, severity is assessed in terms of the *functional limitations* imposed by the impairment. Functional limitations are assessed using the criteria in the foregoing paragraph B (descriptions of restrictions of *activities of daily living; social functioning; concentration, persistence, or pace; and ability to tolerate increased mental demands associate with competitive work*). Where »marked« is used as a standard for measuring the degree of limitation, it means more than moderate, but less than extreme. A marked limitation may arise when several activities or functions are impaired or even when only one is impaired, so long as the degree of limitation is such as to seriously interfere with the ability to function independently, appropriately and effectively.

Four areas are considered:

1. *Activities of daily living* including adaptive activities such as cleaning, shopping, cooking, taking public transportation, paying bills, maintaining a residence, caring appropriately for one's grooming and hygiene, using telephones and directories, using a post office, etc. In the context of the individual's overall situation, the quality of these activities is judged by their independence, appropriateness and effectiveness. It is necessary to define the extent to which the individual is capable of initiating and participating in activities independent of supervision or direction.

»Marked« is not the number of activities which are restricted but the overall degree of restriction or combination of restrictions which must be judged. For example, a person who is able to cook and clean might still have marked restrictions of daily activities if the person were too fearful to leave the immediate environment of home and neighborhood, hampering the person's ability to obtain treatment or to travel away from the immediate living environment.

2. *Social functioning* refers to an individual's capacity to interact appropriately and communicate effectively with other individuals. Social functioning includes the ability to get along with others, e.g., family members, friends, neighbors, grocery clerks, landlords, bus drivers, etc. Impaired social functioning may be demonstrated by a history of altercations, evictions, firings, fear of strangers, avoidance of interpersonal relationships, social isolation, etc. Strength in social functioning may be documented by an individual's ability to initiate social contacts with others, communicate clearly with others, interact and actively participate in group activities, etc. Cooperative behaviors, consideration for others, awareness of others' feelings, and social maturity also need to be considered. Social functioning in work situations may involve interactions with the public, responding appropriately to persons in authority, e.g., supervisors, or cooperative behaviors involving coworkers.

»Marked« is not the number of areas in which social functioning is impaired, but the overall degree of interference in a particular area or combination of areas of functioning. For example, a person who is highly antagonistic, uncooperative or hostile but is tolerated by local storekeepers may nevertheless have marked restrictions in social functioning because that behavior is not acceptable in other social contexts.

3. *Concentration, persistence and pace* refer to the ability to sustain focused attention sufficiently long to permit the timely completion of tasks commonly found in work settings. In activities of daily living, everyday routines. Deficiencies in concentration, persistence and pace are best observed in work and work-like settings. Major impairment in this area can often be assessed through direct psychiatric examination and/or psychological testing, although mental status examination or psychological test data alone should not be used to accurately describe concentration and sustained ability to adequately perform work-like tasks. On mental status examinations, concentration is assessed by tasks such as having the individual subtract serial sevens from 100. In psychological tests of intelligence or memory, concentration is assessed through tasks requiring short-term memory or through tasks that must be completed within established time limits. In work evaluations, concentration persistence, and pace are assessed through such tasks as filing index cards, locating telephone numbers, or disassembling and reassembling objects. Strengths and weaknesses in areas of concentration can be discussed in terms of frequency of errors, time it takes to complete the task, and extent to which assistance is required to complete the task.

4. *Deterioration or decompensation in work or work-like settings* refers to

repeated *failure to adapt to stressful circumstances* which cause the individual either to withdraw from that situation or to experience exacerbation of signs and symptoms (i.e., decompensation) with an accompanying difficulty in maintaining activities of daily living, social relationships and/or maintaining concentration, persistence, or pace (i.e., deterioration which may include deterioration of adaptive behaviors). Stresses common to the work environment include decisions, attendance, schedules, completing tasks, interactions with supervisors, interactions with peers, etc.

*D. Medical Record for Documentation:* The presence of a mental disorder should be demonstrated or documented primarily on the basis of reports from individual treatment sources such as psychiatrists and psychologists, and facilities such as hospitals and clinics. Adequate descriptions of functional limitations must be obtained from these or other sources which may include programs and facilities where the individual has been observed over a considerable period of time.

Information from both medical and nonmedical sources may be used to obtain detailed descriptions of the individual's activities of daily living; social functioning; concentration, persistence and pace; or ability to tolerate increased mental demands (stress). This information can be provided by community mental health centers, day care centers, sheltered workshops, etc. It can also be provided by others, including family members, who have knowledge of the individual's functioning. In some cases descriptions of activities of daily living or social functioning given by individuals or treating sources may be insufficiently detailed and/or may be in conflict with the clinical picture otherwise observed or described in the examinations or reports. It is necessary to resolve any inconsistencies or gaps that may exist in order to obtain a proper understanding of the individual's functional restrictions.

An individual's level of functioning may vary considerably over time. The level of functioning at a specific time may seem relatively adequate or, conversely, rather poor. Proper evaluation of the impairment must take any variations in level of functioning into account in arriving at a determination of impairment severity over time. Thus, it is vital to obtain reports from relevant sources over a sufficiently long period prior to the date of evaluation in order to establish the individual's impairment severity. These reports should include treatment notes, hospital discharge summaries and work evaluation or rehabilitation progress notes.

Some individuals may have attempted to work or may actually have worked during the period of time pertinent to the evaluation of disability. This may have been an independent attempt at work, or it may have been in conjunction with a community mental health or other sheltered program which may have been of either short or long duration. Information concerning the individual's behavior during any attempt to work and the circumstances surrounding termination of the work effort are particularly useful in determining the individual's ability or inability to function in a work setting.

The results of well-standardized psychological tests such as the Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS), the Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), the Rorschach and the Thematic Apperception Test (TAT), may be useful in establishing the existence of a mental disorder. For example, the WAIS is useful in establishing mental retardation, and the MMPI, Rorschach and TAT may provide data supporting several other diagnoses. Broad-based neuropsychological assessments using, for example, the Halstead-Reitan or the Luria-Nebraska batteries may be useful in determining brain function deficiencies, particularly in cases involving subtle findings such as may be seen in traumatic brain injury. In addition, the process of taking a standardized test requires concentration, persistence and pace; performance on such tests may provide useful data. Test results should, therefore, include both the objective data and a narrative description of clinical findings. Narrative report of intellectual assessment should include a discussion of where or not obtained IQ scores are considered valid and consistent with the individual's development history and degree of functional restriction.

In cases involving impaired intellectual functioning, a standardized intelligence test, e.g. the WAIS, should be administered and interpreted by a psychologist or psychiatrist qualified by training and experience to perform such an evaluation. In special circumstances, nonverbal measures, such as the Raven Progressive Matrices, the Leiter International Scale, or the Arthur Adaptation of the Leiter Scale may be substituted.

Identical IQ scores obtained from different tests do not always reflect a similar degree of intellectual functioning. In this connection it must be noted that on the WAIS, for example, IQs of 69 and below are characteristic of approximately the lowest 2 percent of the general population. In instances where other tests are administered, it would be necessary to convert the IQ to the corresponding percentile rank in the general population in order to determine the actual degree of impairment reflected by those IQ scores. In cases where more than one IQ is customarily derived from the test administered, i.e., where verbal, performance, and full-scale IQs are provided as on the WAIS the lowest of these is used.

In cases where the nature of the individual's intellectual impairment is such that standard intelligence tests, as described above, are precluded, and physical function should be obtained. Actual observations by qualified personnel, reports from educational institutions and information furnished by public welfare agencies or other reliable objective sources should be considered.

*E. Chronic Mental Impairments:* Particular problems are often involved in evaluating mental impairments in individuals who have long histories of repeated hospitalizations or prolonged outpatient care with supportive therapy and medication. Individuals with chronic psychotic disorders commonly have their lives structured in such a way as to minimize stress and reduce their signs and symptoms. Such individuals may be much more impaired for work than their signs and symptoms would indicate. The results of a single examination

may not adequately describe these individuals' sustained ability to function. It is, therefore, vital to review all pertinent information relative to the individual's condition, especially at times of increased stress. It is mandatory to attempt to obtain adequate descriptive information from all sources which have treated the individual either currently or in the time period relevant to the evaluation.

*F. Effects of Structured Settings:* particularly in cases involving chronic mental disorders, overt symptomatology may be controlled or attenuated by psychosocial factors such as placement in a hospital, board and care facility, or other environment that provides similar structure. Highly structured and supportive settings may greatly reduce the mental demands placed on an individual. With lowered mental demands, overt signs and symptoms of the underlying mental disorder may be minimized. At the same time, however, the individual's ability to function outside of such a structured and/or supportive setting may not have changed. An evaluation of individuals whose symptomatology is controlled or attenuated by psychosocial factors must consider the ability of the individual to function outside of such highly structured settings.

*G. Effects of Medication:* Attention must be given to the effect of medication on the signs, symptoms and ability to function. While psychotropic medications may control certain primary manifestations of a mental disorder, e.g., hallucinations, such treatment may or may not affect the functional limitations imposed by the mental disorder. In cases where overt symptomatology is attenuated by the psychotropic medications, particular attention must be focused on the functional restrictions which may persist. These functional restrictions are also to be used as the measure of impairment severity.

Neuroleptics, the medicines used in the treatment of some mental illnesses, may cause drowsiness, blunted effect, or other side effects involving other body systems. Such side effects must be considered in evaluating overall impairment severity. Where adverse effects of medications contribute to the impairment severity such adverse effects must be considered in the assessment of the mental residual functional capacity.

*H. Effect of Treatment:* It must be remembered that with adequate treatment some individuals suffering with chronic mental disorders not only have their symptoms and signs ameliorated but also return to a level of function close to that of their premorbid status. Our discussion herein has been designed to reflect the fact that present day treatment of a mentally impaired individual may or may not assist in the achievement of an adequate level of adaption required in the works place.

#### *Category of Impairments-Mental*

##### *Organic Mental Disorders:*

Psychological or behavioral abnormalities associated with a dysfunction of the brain. History and physical examination or laboratory tests demonstrate the presence of a specific organic factor judged to be etiologically related to the abnormal mental state and loss of previously acquired functional abilities.

The required level of severity for these disorders is met when the requirements in both A and B are satisfied.

A. Demonstration of a loss of specific cognitive abilities or affective changes and the medically documented persistence of at least one of the following:

1. Disorientation to time and place; or
2. Memory impairment, either short-term (inability to learn new information), intermediate, or long-term (inability to remember information that was known sometime in the past); or
3. Perceptual or thinking disturbances (e.g., hallucinations, delusions); or
4. Change in personality; or
5. Disturbance in mood; or
6. Emotional lability (e.g., explosive temper outbursts, sudden crying, etc.) and impairment in impulse control; or
7. Loss of measured intellectual ability of at least 15 I.Q. points from premorbid levels or overall impairment index clearly within the severely impaired range on neuropsychological testing, e.g., the *Lauria-Nebraska*, *Halstead-Reitan*, etc.;

and

B. Resulting in at least two of the following:

1. Marked restriction of activities of daily living or
2. Marked difficulties in maintaining social functioning; or
3. Deficiencies of concentration, persistence or pace resulting in frequent failure to complete tasks in a timely manner (in work settings or elsewhere); or
4. Repeated episodes of deterioration or decompensation in work or work-like settings which cause the individual to withdraw from that situation or to experience exacerbation of signs and symptoms (which may include deterioration of adaptive behaviors).

*Schizophrenic, Paranoid and Other Psychotic Disorders:*

Characterized by the onset of psychotic features with deterioration from previous level of functioning.

The required level of severity for these disorders is met when the requirements in both A and B are satisfied, or when the requirements in C are satisfied.

A. Medically recorded persistence, either continuous or intermittent of one or more of the following:

1. Delusions or hallucinations; or
  2. Catatonic or other grossly disorganized behavior; or
  3. Incoherence, loosening of associations, illogical thinking, or poverty of content of speech if associated with one of the following:
    - a. Blunt affect; or
    - b. Flat affect; or
    - c. Inappropriate affect; or
  4. Emotional withdrawal and/or isolation:
- and

B. Resulting in at least two of the following:

1. Marked restriction of activities of daily living; or
2. Marked difficulties in maintaining social functioning; or
3. Deficiencies of concentration, persistence or pace resulting in frequent failure to complete tasks in a timely manner (in work settings or elsewhere); or

B. Resulting in at least two of the following:

1. Marked restriction of activities of daily living; or
2. Marked difficulties in maintaining social functioning; or
3. Deficiencies of concentration, persistence or pace resulting in frequent failure of complete tasks in a timely manner (in work settings or elsewhere); or
4. Repeated episode of deterioration or decompensation in work or work-like settings which cause the individual to withdraw from that situation or to experience exacerbation of signs and symptoms (which may include deterioration of adaptive behaviors); or

C. Medically documented history of one or more episodes of acute symptoms, signs and functional limitations which at the time met the requirements in A and B of this paragraph, although these symptoms or signs are currently attenuated by medication or psychosocial support, and one of the following:

1. Repeated episodes of deterioration or decompensation in situations which cause the individual to withdraw from that situation or to experience exacerbation of signs or symptoms (which may include deterioration of adaptive behaviors); or

2. Current history of two or more years of inability to function outside of a highly supportive living situation.

*Affective Disorders:*

Characterized by a disturbance of mood, accompanied by a full or partial manic or depressive syndrome. Mood refers to a prolonged emotion that colors the whole psychic life; it generally involves either depression or elation.

The required level of severity for these disorders is met with the requirements in both A and B are satisfied.

- A. Medically documented persistence, either continuous or intermittent, of one of the following:
  1. Depressive syndrome characterized by at least four of the following:
    - a. Anhedonia or pervasive loss of interest in almost all activities; or
    - b. Appetite disturbance with change in weight; or
    - c. Sleep disturbance; or
    - d. Psychomotor agitation or retardation; or
    - e. Decreased energy; or
    - f. Feelings of guilt or worthlessness; or
    - g. Difficulty concentrating or thinking; or
    - h. Thoughts of suicide; or
    - i. Hallucinations, delusions or paranoid thinking; or
  2. Manic syndrome characterized by at least three of the following:
    - a. Hyperactivity; or
    - b. Pressure of speech; or
    - c. Flight of ideas; or
    - d. Inflated self-esteem; or
    - e. Decreased need for sleep; or
    - f. Easy distractibility; or
    - g. Involvement in activities that have a high probability of painful consequences which are not recognized; or
    - h. Hallucinations, delusions or paranoid thinking; or
  3. Bipolar syndrome with a history of episodic periods manifested by the full symptomatic picture of both manic and depressive syndromes (and currently characterized by either or both syndromes);

and

- B. Resulting in at least two of the following:
  1. Marked restriction of activities of daily living; or
  2. Marked difficulties in maintaining social functioning; or
  3. Deficiencies of concentration, persistence or pace resulting in frequent failure to complete tasks in a timely manner (in work settings or elsewhere); or
  4. Repeated episodes of deterioration or decompensation in work or work-like settings which cause the individual to withdraw from that situation or to experience exacerbation of signs and symptoms (which may include deterioration of adaptive behaviors).

*Mental Retardation and Autism:*

Mental retardation refers to a significantly subaverage general intellectual functioning with deficits in adaptive behavior initially manifested during the developmental period (before age 22). (Note: The scores specified below refer to those obtained on the WAIS, and are used and are used only for reference purposes. Scores obtained on other standardized and individually administered tests are acceptable, but the numerical values obtained must indicate a similar level of intellectual functioning.) Autism is a pervasive developmental period.

The required level of severity for this disorder is met when the requirements in A, B, C, or D are satisfied.

A. Mental incapacity evidenced by dependence upon others for personal needs (e.g., toileting, eating, dressing, or bathing) and inability to follow directions, such that the use of standardized measures of intellectual functioning is precluded; or

B. A valid verbal, performance, or full scale IQ of 59 or less; or

C. A valid verbal, performance, or full scale IQ of 60 to 69 inclusive and a physical or other mental impairment imposing additional and significant work-related limitation of function; or

D. A valid verbal, performance, or full scale IQ of 60 to 69 inclusive or in the case of autism, gross deficits of social and communicative skills with two of the following:

1. Marked restriction of activities of daily living; or

2. Marked difficulties in maintaining social functioning, or
3. Deficiencies of concentration, persistence or pace resulting in frequent failure to complete tasks in a timely manner (in work settings or elsewhere); or
4. Repeated episodes of deterioration or decompensation in work or work-like settings which cause the individual to withdraw from that situation or to experience exacerbation of signs and symptoms (which may include deterioration of adaptive behaviors).

*Anxiety Related Disorders:*

In these disorders anxiety is either the predominant disturbance or it is experienced if the individual attempts to master symptoms; for example, confronting the dreaded object or situation in a phobic disorder or resisting the obsessions or compulsions in obvious compulsive disorders.

The required level of severity for these disorders is met when the requirements in both A and B are satisfied, or when the requirements in both A and C are satisfied.

A. Medical records or findings of at least one of the following:

1. Generalized persistent anxiety accompanied by three out of four of the following signs or symptoms:
  - a. Motor tension; or
  - b. Autonomic hyperactivity; or
  - c. Apprehensive expectation; or
  - d. Vigilance and scanning; or
2. A persistent irrational fear of a specific object, activity, or situation which results in a compelling desire to avoid the dreaded object, activity, or situation; or
3. Recurrent severe panic attacks manifested by a sudden unpredictable onset of intense apprehension, fear, terror and sense of impending doom occurring on the average of at least once a week; or
4. Recurrent obsessions or compulsions which are a source of marked distress; or
5. Recurrent and intrusive recollections of a traumatic experience, which are a source of marked distress; and

B. Resulting in at least two of the following:

1. Marked restriction of activities of daily living; or
2. Marked difficulties in maintaining social functioning; or
3. Deficiencies of concentration, persistence or pace resulting in frequent failure to complete tasks in a timely manner (in work settings or elsewhere); or
4. Repeated episodes of deterioration or decompensation in work or work-like settings which cause the individual to withdraw from that situation or to experience exacerbation of signs and symptoms (which may include deterioration of adaptive behaviors); or

C. Resulting in complete inability to function independently outside the area of one's home.

*Somatoform Disorders:*

Physical symptoms for which there are no demonstrable organic findings or known physiological mechanisms. The required level of severity for these disorders is met when the requirements in both A and B are satisfied.

A. Medically documented by evidence of one of the following:

1. A history of multiple physical symptoms of several years duration, beginning before age 30, that have caused the individual to take medicine frequently, see a physician often and alter life patterns significantly; or
2. Persistent nonorganic disturbance of one of the following:
  - a. Vision; or
  - b. Speech; or
  - c. Hearing; or
  - d. Use of a limb; or
  - e. Movement and its control (e.g., coordination disturbance, psychogenic seizures, akinesia, dyskinesia; or
  - f. Sensation (e.g., diminished or heightened).
3. Unrealistic interpretation of physical signs or sensations associated with the preoccupation or belief that one has a serious disease or injury; and

B. Resulting in three of the following:

1. Marked restriction of activities of daily living; or
2. Marked difficulties in maintaining social functioning; or
3. Deficiencies of concentration, persistence or pace resulting in frequent failure to complete tasks in a timely manner (in work settings or elsewhere); or
4. Repeated episodes of deterioration or decompensation in work or work-like settings which

cause the individual to withdraw from that situation or to experience exacerbation of signs and symptoms (which may include deterioration of adaptive behavior).

*Personality Disorders:*

A personality disorder exists when personality traits are inflexible and maladaptive and cause either significant impairment in social or occupational functioning or subjective distress. Characteristic features are typical of the individual's long-term functioning and are not limited to discrete episodes of illness.

The required level of severity for these disorders is met when the requirements in both A and B are satisfied.

A. Deeply ingrained, maladaptive patterns of behavior associated with one of the following:

1. Seclusiveness or autistic thinking; or
2. Pathologically inappropriate suspiciousness or hostility; or
3. Oddities of thought, perception, speech and behavior; or
4. Persistent disturbances of mood or affect; or
5. Pathological dependence, passivity, or aggressivity; or
6. Intense and unstable interpersonal relationships and impulsive and damaging behavior; and

B. Resulting in three of the following:

1. Marked restriction of activities of daily living; or
2. Marked difficulties in maintaining social functioning; or 3. Deficiencies of concentration, persistence or pace resulting in frequent failure to complete tasks in a timely manner (in work settings or elsewhere); or
4. Repeated episodes of deterioration or decompensation in work or work-like settings which cause the individual to withdraw from that situation or to experience exacerbation of signs and symptoms (which may include deterioration of adaptive behaviors).

*Substance Addiction Disorders:*

Behavioral changes or physical changes associated with the regular use of substances that affect the central nervous system.

The required level of severity for these disorders is met when the requirements in any of the following (A through I) are satisfied:

- A. Organic mental disorders
- B. Depressive syndrome
- C. Anxiety disorders
- D. Personality disorders

*Das ganzheitliche Konzept der Diagnose, Therapie und Rehabilitation von Behinderungen in der internationalen Sozialversicherung für Behinderte: Der Einstieg der USA in die Praxis der »Gesundheit für Alle«*

Edward J. Dehné (Carson City)

Die internationale Konferenz der WHO in Alma Ata 1978 hat sich dem genden Problem der Entwicklung und Planung eines dynamischen primären Systems der Gesundheitsdienste und Krankenversorgung durch das Prinzip individueller und kollektiver Selbstorganisation gewidmet mit dem Ziel, im Jahr 2000 Gesundheit für alle zu gewährleisten, d.h. den ausreichenden Zugang zu wirksamen Systemen der Krankenversorgung und Gesundheitserziehung für alle sozialen Schichten und Regionen in allen Staaten der Erde; ein Ziel, das bei weitem noch nicht erreicht ist. Dabei unterstützt *Dehné* ausdrücklich die Feststellung der WHO in diesem Zusammenhang, daß schon mit geringen finanziellen Investitionen in aller Welt — vor allem auch in der Dritten Welt — die Wirksamkeit der Gesundheitssysteme zu steigern ist, wenn die nötigen strukturellen und konzeptionellen Prinzipien beachtet werden:

1. Die gezielte Förderung individueller und kollektiver Selbstverantwortung im Gesundheitssystem.
2. Der Ausbau der Ausbildungssysteme in den Zentren mit dem Ziel der Kapazitätserweiterung der Ausbildung von Mitarbeitern im primären Gesundheitsdienst vor Ort.
3. Der Ausbau des Beratungswesens für die Ärzte und Mitarbeiter vor Ort und Verbesserung der Transportsysteme, um den Zugang der Patienten zu den größeren Zentren der Gesundheitsversorgung zu gewährleisten.
4. Ein umfassendes, ganzheitliches und dynamisches Konzept der Prävention, Diagnose, Therapie und Rehabilitation von Krankheiten und Verletzungen.

Ein derartiges Modell ganzheitlicher und zugleich differenzierter Gesundheitsdienste und Krankenversorgung sieht *Dehné* in der Sozialversicherung der USA für Behinderte, die in den letzten zwei Jahrzehnten ein System von Kriterien für Prävention, Diagnose und Behandlung sowie Rehabilitation entwickelt hat, das diesen Konzeptionen gerecht zu werden sucht:

1. Psychiater und Psychologen erheben körperliche, seelische und geistige Symptome der Gesundheitsstörung und objektivieren sie durch eine Batterie psychologischer Tests wie TAT, MMPI, Rorschach, Wechsler-Intelligenz-Test. Sie schätzen den Schweregrad der Erkrankung bzw. Behinderung ein unter Erfassung der sozialen Fähigkeiten bzw. Funktionseinschränkungen und der Einschränkungen im geistig-intellektuellen Bereich, so z.B. die Aktivitäten des täglichen Lebens wie Kochen, Einkaufen usw., soziale Interaktion mit Nachbarn usw., geistige Fähigkeiten wie Konzentration, Ausdauer, Belastungsfähigkeit bei Stress durch geistige Aufgaben, das Verhalten am Arbeitsplatz.

Bedeutsam ist dabei im Sinne einer umfassenderen Erfassung der Lebenssituation die Rolle der früheren Krankenhausaufenthalte auf die Persönlichkeitsstruktur des Patienten, die Wirkung der Psychopharmaka auf die konstruktiven Fähigkeiten des Patienten sowie die Rolle der Strukturiertheit des Milieus in der Klinik im Vergleich zum häuslichen Milieu in ihrem Einfluß auf die Symptomatik des Patienten.

Ziel der Behandlung und Rehabilitation ist dabei die Fähigkeit des Patienten, einen adäquaten Arbeitsplatz ausfüllen zu können, der ihm ein aktives, produktives Leben ermöglicht.

Anschließend dokumentiert der Autor ausführlich den Kriterienkatalog für psychische Erkrankungen im Rahmen des obenerwähnten Konzeptes für Behinderungen der amerikanischen Sozialversicherung.

Er umfaßt die Untergruppen:

- 1) Organisch bedingte psychische Erkrankungen
- 2) Schizophrene, paranoische und andere psychotische Reaktionen
- 3) Affektive Störungen
- 4) Geistige Retardierung und Autismus
- 5) Störungen, die mit Angst verbunden sind
- 6) Somatoforme Störungen
- 7) Persönlichkeitsstörungen

Die Bedeutsamkeit des von *Dehné* vorgestellten Konzepts der amerikanischen Sozialversicherung liegt in seinem integrativen Vorgehen: die Lebenssituation des Patienten und seine vorhandenen konstruktiven Potentiale werden im Verbund mit den Funktionseinschränkungen durch die Krankheit gesehen. Ebenso wird prozeßhaft der Einfluß früherer Krankenhausaufenthalte und v.a. des Klinikmilieus miteinbezogen, d.h. hier wird die Krankheit als Prozeß verstanden, dessen bisheriger Verlauf bei Diagnostik, Therapie und Rehabilitation berücksichtigt werden muß.

#### Literature at the author

Address of the author:  
Edward J. Dehné, M.D., M.Ph., Ph.D.  
250 Tahoe Drive  
Carson City, Nevada 89701  
USA

## Zur Psychosomatik des Borderline-Syndroms\*\*\*

Werner Billeter\*, Hedwig Billeter\*\* (Rickenbach, Schweiz)

Die Autoren gehen in ihrem Verständnis der somatisch-psychologischen Symptomatik psychischer Erkrankungen von Freuds individualpsychologischem Ansatz und von Ammons Humanstruktur-Konzept aus: das humanstrukturelle Defizit, das »Loch im Ich« (Ammon), Ausdruck einer Störung der Identitätsentwicklung, findet auf der Körperebene seinen Ausdruck in einer Störung der Körperidentität in Form des psychosomatischen Symptoms. Die Körpersprache des psychosomatischen Symptoms ergänzt die psychoanalytisch erfassbare Symbolsprache des Unbewußten, die Sprache der Gruppendynamik und die Übertragungsmanifestationen im therapeutischen Prozeß. Die Autoren beziehen sich dabei in ihrem Verständnis des psychophysischen Zusammenhanges auf die entsprechende empirische Forschung in der Dynamischen Psychiatrie, v.a. Vadim Rotenbergs Forschungen über die physiologischen Korrelate der Suchaktivität bzw. des Suchverzichts.

Die körperliche Symptomatik wird erfaßt anhand der Kriterien Körperhaltung und -bewegung, Atem- und Sprechrhythmus, Blutzirkulation in den Extremitäten und des Meßparameters des Hautwiderstandes. Das Borderline-Syndrom, das im Verständnis der Autoren vor allem durch mangelnde Integration und Brüche in der Kommunikation innerhalb der Persönlichkeit und mit der umgebenden Gruppe gekennzeichnet ist, äußert sich psychosomatisch — wie Billeter und Billeter darstellen — durch physiologische Zeichen mangelnder Integration der körperlichen Prozesse vor dem Hintergrund eines gesteigerten körperlichen Spannungszustandes: Störungen der Blutzirkulation, der Pulsfrequenz und des Blutdrucks, unwillkürliche Muskelzuckungen bzw. Verkrampfungen und Hemmungen des Atemrhythmus bis hin zu einem Pseudoasthma spiegeln das gestörte physiologische Gleichgewicht und die fehlende Integration der Regulationsmechanismen wider.

Therapeutische Effizienz kann daher auf der Körperebene an der Veränderung dieser Parameter relativ einfach erfaßt bzw. gemessen werden im Sinne besserer Regulation und verminderter körperlicher Spannungszeichen.

In ihrem therapeutischen Konzept betonen Billeter und Billeter neben der Einzel- und Gruppenpsychotherapie die Bedeutung körperorientierter Behandlungsmethoden wie Rücken- und Ganzkörpermassage, Atem- und Stimmtherapie, damit der Patient symbolisch wie auch körper-sprachlich lernt, mit Hilfe des Therapeuten frei zu gehen, zu atmen und zu sprechen.

Noch immer gilt für mich das, was ich einleitend am Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse sagte, damals zum Thema Schizophrenie (München 1980): Der heutige Vortrag ist keine wissenschaftlich nach allen Regeln der Kunst abgesicherte Aussage. Sie ist aber in diesem Fall ein möglicher Ergänzungsvorschlag zu der bisherigen Sichtweise des Borderline-Syndroms.

Die Beobachtungen und Folgerungen basieren nach wie vor auf den psychoanalytischen Erkenntnissen *Sigmund Freuds* und seiner Schüler sowie auf den »schizopsychoanalytischen« — ich möchte das so nennen — Forschungen und Resultaten *Günter Ammons* und seiner Schüler.

\* Dr. med. Dipl. Psych., Psychoanalytiker, Akademie für Angewandte Psychologie, Forschungsgemeinschaft für Psychologie und Psychosomatik in Rickenbach bei Winterthur/Schweiz, Chairman des Schweizer Zweiges der WADP

\*\* Dr. Psychotherapeutin

\*\*\* Vortrag gehalten auf dem 7. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XX. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 17.—21. März 1989 in der Hochschule der Künste Berlin, zum Thema »Das Borderline-Syndrom in Theorie und Praxis

Aus Ammons Arbeit über »Identität — ein Geschehen an der Grenze von Raum und Zeit« (Ammon 1982) sind mir ein paar Sätze in lebhafter Erinnerung geblieben, die ich gleichsam als Basis meiner Überlegungen und Forschungen betrachte. Er sagt:

»1. daß konstruktive Identität das Wesen eines Menschen bezeichnet, der selbstbestimmt auf schöpferische Weise mit anderen zusammenleben kann;

2. daß destruktive Identität das Wesen eines Menschen meint, der destruktiv agierend sich selber darstellt. Ein typisches Beispiel für destruktive Identität sind die *Borderline-Kranken* (Hervorhebung durch W. B.), die immer wieder mit einer neuen Fassade sich brillierend darstellen, ohne sagen zu können, wer sie sind auf dieser Welt und was sie wollen.

3. Nicht zu wissen, wer er ist und was er will, ist auch ein Charakteristikum für einen Menschen mit defizitärer Identität. Gegenüber einem Menschen mit destruktiver Identität sind diese Menschen jedoch nicht in der Lage, destruktiv zu agieren; was sie kommunizieren können, ist allein das Loch und die Leere, die in ihnen ist.«

Wenn ich es richtig verstanden habe, handelt es sich dabei um Aussagen im individuell-analytischen sowie im sozio-analytischen Feld. Infolgedessen benutzt man in der Therapie

- a) die verbale Aussage
- b) die Beobachtung der Gruppendynamik (Wie verhält er/sie sich in der lebendigen Gruppe?)
- c) die Interpretation des Übertragungsgeschehens (unter den Mitgliedern der Gruppe — projektive Vorgänge also und auf den Analytiker bezogene).

Aus Forschungen auf derselben Basis lassen sich epochemachende Resultate ziehen und sind bereits gezogen worden. Die Therapie der Dynamischen Psychiatrie funktioniert auf dieser Basis.

Es ist nun gleichsam mein Hobby, eine Sprache möglichst in all ihren Dimensionen zu verstehen. Bis dahin haben wir verstanden: die psychoanalytisch-symbolische Sprache, den analytisch erhellbaren Gruppenkontext, die Projektions- und Übertragungssituationen und die Definition des jeweils defizitären oder kreativen Ichs als Basis der Aussage.

Mir scheint nun auch — auf der Basis der Reichschesen Forschungen — die Körpersprache dazuzugehören, denn oft drückt ein Mensch psychosomatisch aus, was er selber nicht in Worte fassen kann.

Auch aus dem Raum der Dynamischen Psychiatrie sind Ansätze zu einem physiologischen Verstehen der psychischen Interaktion hörbar geworden. Ich erinnere an *Vadim S. Rotenberg* mit seinem Artikel: »Schizophrenie im Lichte des Konzepts der Suchaktivität psychophysiologischer Aspekte« (Rotenberg 1982) und an weitere die Physiologie einbeziehende Arbeiten der Deutschen Akademie für Psychoanalyse.

Ich selbst möchte aus meinen Erfahrungen heraus strukturell nicht einengend-systematisch vorgehen. Ich werde mich an Erfahrungswerte halten, über die ich praxis- und forschungsbezogen verfüge und die wir gesammelt

und gesichtet haben. Daraus geht, das Borderline-Syndrom betreffend, hervor:

1. Die psychisch schillernde Vielfalt des Borderline-Syndroms hat ihre Parallele und/oder Ergänzung in der *Körpersprache*. Die Körperwerte zeigen, daß eine präzise neurosenpsychologische Definition des Borderline-Kranken nicht möglich ist. Er ist und bleibt zwischen der Definition Neurose und Psychose. So finden sich Bilder, die sich dem hysterischen Formenkreis nähern, ebenso solche, die dem Bereich der Zwangsneurose nahekommen, solche, die das phobische Moment ausdrücken und solche, die kaum mehr unterscheidbar vom psychotischen Geschehen sind. Im psychosomatischen Feld taucht in dieser Wirbelorgel u.a. die sogenannte »Anorexia nervosa« auf.

2. Die Körpersprache als Ausdruck unbewußter psychischer Abläufe hilft, jenseits des schillernden Ganzen den Basisinhalt einzusehen und zu verstehen.

3. Das diagnostische Erfassen der Körpersprache und das begleitend therapeutische Einsetzen der daraus gewonnenen Erkenntnisse führt zu einem möglicherweise umfassenderen Therapiemodell.

Gehen wir nun zu den Details der Körpersprache beim Borderline-Syndrom. Bei diesem Syndrom ist nach *Ammon* die Reduktion der Kommunikation auf das Loch und die Leere in den Patienten der zentrale Punkt. Wie läßt sich dies auf der Körperebene verstehen?

Wie wir aus der Psychoanalyse wissen, geht dieses Erscheinungsbild zurück auf eine Fixierung im oralen Bereich bzw. weist auf eine — mangels möglicher Entwicklung — Regression in dieses frühkindliche Stadium hin. Es ist die erwachsen überspielte Suche eines Riesenbabies nach Geborgenheit und mütterlicher Nähe. Die Körpersprache zeigt uns hinter den verschiedensten kompensatorischen Kulissen folgendes Bild:

A. *Visuell und taktil direkt erfassbar sind:*

Durchblutungsstörungen in Beinen, Armen und Händen. Die Beine stehen körpersymbolisch für den Kontakt zur Erde, die Füße für die Verwurzelung, aus der heraus man sich fortbewegt. Die Arme und die Hände stehen für das Handhaben — das Begreifen (im wahren Sinne des Wortes) über das Etwas — Halten bis zum Adgreedere. Man erfühlt, streichelt, hält fest, wehrt sich, indem man schlägt etc.

B. *Instrumentell erfassbar sind:* (mittels Hautwiderstand (HW)-Messungen; ausführliche Beschreibung im Anhang)

Die Meßwerte der Beine sowie der Arme und Hände sind gegenüber der Normkurve desintegriert. Im Gegensatz zur eigentlichen Psychose (Schizophrenie) ist beim Borderline-Syndrom der Genitalwert nicht total desintegriert. (s. Tab. 1)

Dazu ein kasuistisches Beispiel:

Es handelt sich um einen Mann von 42 Jahren, der ursprünglich Gymnasiallehrer war. Sein intellektuelles Niveau im Gespräch ist recht hoch. Seine emotionalen Äußerungen sind agierend eskalierend. Körperlich zuckt er beim Sprechen mit Schultern und Armen, hemmt das Atmen und hat kalte Füße. Mehrmals träumte er, durch die Schamlippen einer Frau (nicht definiert) aufgesogen zu werden in die Wärme eines Uterusbades.

C. Das *subjektive Körperbild* ist gesamthaft gestört. So können Patienten ihren somatischen Leidenszustand nur schlecht und diffus schildern. Sie leiden, aber ihr Leiden läßt sich kaum orten.

D. Anhand der Meßwerte läßt sich zeigen, daß eine so oder so gelagerte neurotische Störung aufzeigbar ist, jedoch im Gegensatz zu den eigentlich neurotischen Fällen in gleichsam abgeschwächtem, verwässertem Maß. Dieses beobachtbare Phänomen kann nun wiederum psychoanalytisch erklärt werden. Auf der Basis des von *Ammon* bezeichneten »Lochs«, der Leere, die ich als »orales Loch« bezeichnet habe, konnte eine strukturierte Ich-Entwicklung nur partiell stattfinden. Dies findet einen Niederschlag in der der Ich-Schwäche parallel laufenden Körperidentität.

Wir leiten daraus die These ab: Das komplexe Geschehen des Borderline-Syndroms ist auch auf der somatischen Ebene faß- und diagnostizierbar. Es dient der Ergänzung der psychoanalytischen Exploration, ohne den Anspruch zu erheben, diese ersetzen zu wollen. Nur hat manchmal der Körper mehr zu sagen als die verbalisierte Psyche, die oftmals in unserem Themenkreis schlecht bis nicht fähig ist, sich zu artikulieren.

Ausgehend von *Ammons* Darstellung der psychoanalytischen Gruppendynamik (*Ammon* 1976) versuche ich nun, die damalige Auflistung mit ein paar psychosomatischen (parallel laufenden) Erfahrungen zu ergänzen.

*Ammon* erwähnt auf psychoanalytischer Ebene die Vertrauenssituation. Auf psychosomatischer Ebene bedeutet das Wärme — eine bessere Durchblutung von Armen und Beinen — und höhere Energiewerte in den betreffenden Bezirken.

Während auf psychoanalytischer Ebene die Sprache beachtet wird, richtet sich auf der psychosomatischen Ebene das Augenmerk auf die Artikulierung mit fließender oder verhaltener Atmung. Was die nonverbale Verständigung betrifft, so berühren sich die psychoanalytische und die psychosomatische Ebene stark. Die Psychosomatik beschäftigt sich mit Mimik, Gestik sowie mit unwillkürlichen oder eingefahrenen Bewegungsabläufen; s. weiter unten.

Weiter berücksichtigt die psychoanalytische Ebene Übertragungsmanifestationen (im Falle des Borderline-Syndroms oraler Art das Auffressen des Therapeuten). Auf psychosomatischer Ebene ist ein Spannungsanstieg bei einzelnen Mitgliedern meßbar. Der erste Wert wird in der Situation vor der Gruppensitzung genommen, dann die Veränderung im Übertragungsgeschehen festgestellt.

Während auf psychoanalytischer Ebene therapeutische Effekte sichtbar werden, läßt sich auf psychosomatischer Ebene eine Abreaktion von gestauten Spannungen feststellen.

Es sollte damit gezeigt werden, daß der psychoanalytische Prozeß eine somatisch erfassbare Parallele hat. Erfasst werden kann diese somatische Parallele mit den heutigen Methoden sehr einfach.

Wie verhält es sich nun konkret beim Borderline-Syndrom? Ich möchte aus meiner psychosomatischen Sicht sprechen und die psychoanalytischen Darlegungen der Deutschen Akademie für Psychoanalyse als bekannt voraussetzen.

Sowohl in der entsprechenden Gruppensituation als auch im individuellen Therapiefall finden wir folgende spezifisch zu wertenden psychosomatischen Syndrome:

1. Die grundsätzliche Desintegration der Fuß/Beinwerte wurde bereits erwähnt.
2. Grundsätzliche Desintegration der Hand/Arm/Schulterwerte.
3. Reduktion des vor allem expiratorischen Atempotentials bis hin zu pseudoasthmatischen Störungen (spirometrisch nachweisbar); damit verbunden natürlich die Gepreßtheit der Sprache. Diese ist außerdem stereotyp in Tonfall und Wortwahl, oft salopp bis vulgär. Man könnte meinen, ein Computer spreche die ewiggleichen Worte und Sätze.

4. Permanent leichte Tachykardie, oder aber, bei Kompensation, Absinken des Blutdruckes und lethargisches Erscheinungsbild mit entsprechend hochschnellenden Werten.

5. Durchs Band weg nicht voll integrierter Genital/Beckenbereich, wenn allerdings auch schwächer als bei der ausgewachsenen Psychose (z.B. Schizophrenie) ausgeprägt.

6. Die Bewegungen sind — entsprechend der Sprache — steif, hölzig, gelegentlich unwillkürlich unkoordiniert. Ein typischer Borderline-Patient wirkt wie jemand, der Bewegung wohl geübt hat, es aber nicht bis zu einem freien Bewegungsfluß geschafft hat. Die Gangart wirkt meist stelzig. Der Rumpf wird krampfhaft aufrecht erhalten, während der Kopf vornübergeneigt wird.

Der Zwang zum dauernden Adaptieren des Körpers, der wie das »Ich« letzten Endes dazu unfähig ist, erzeugt in gewissen Körperregionen starke Spannungen, die sich in extremen Fällen — dann, wenn der Druck zu hoch wird — in unwillkürlichen Abreaktionen entladen, z.B. in einem Zucken der Schultern, der Gesichtsmuskulatur, des Zwerchfells. Außerdem läßt sich auch das Phänomen des Zappelphilipps beobachten.

Ich hoffe, mit diesen Ausführungen die Tatsache nähergebracht zu haben, daß über die hörbare Sprache, die sichtbare Gestik hinaus auch der Körper — und dieser oftmals ehrlicher — die individuelle und gruppenspezifische Geschichte erzählen kann. Es mag für Therapeut wie für Klient wertvoll sein, die so »von unten« formulierte Geschichte miteinzubeziehen.

Wir sind im Augenblick daran, ein Gerät zu entwickeln, das ohne Kompliziertheit den dynamisch — somatischen Ablauf eines therapeutischen Gruppengeschehens für den Gruppenleiter auf einem Monitor sichtbar macht und werden gerne weiter darüber berichten.

Aus dem Aspekt der von unten formulierten Geschichte nun einige mögliche therapeutische Ansätze:

Die Skirennen der letzten Monate haben gezeigt, wie sekundenbruchteilnahe Erfolg und Nicht-Erfolg stehen. Der Borderline-Kranke ist allermeist ein Fahrer zwischenem großen Erfolg und Versagen. Die Chance ist da, aber auch die Niederlage. Ein geistiges, seelisches und körperliches Vorgehen ist erforderlich.

Da der Körper im Borderline-Case die bessere Sprache spricht und auch besser versteht, das »Loch im Ich« ursprünglich auch ein Mangel an Körperkontakt war, beginnen wir eine Borderline-Therapie in der Regel mit einer Stärkung des Rückens, der den Körper ja trägt. Die Körpersituation läßt sich durchaus auf die psychische Situation übertragen: Eine Rückenmassage stärkt das »Ich« und die Tragfähigkeit des Klienten. Erst allmählich wächst das Vertrauen in die (vorerst übertragungsmäßig bestimmte) Beziehung und später dann in das größere Feld der Gruppe, die allerdings fachmännisch geleitet sein muß.

Eine Möglichkeit der Rückenstützung ist bekannterweise auch die Hypnose. Ich bin erstaunt darüber, wie entsetzlich wenig Echo die Bemühungen unseres europäischen Hypnoseexperten *Léon Chertok* in München gefunden haben.

Weitere wichtige Elemente der Therapie sind die Gestaltung des Arbeitsraumes und die Wärme thermometrischer wie psychischer Art, Elemente also, die eine Art von Uterusgefühl vermitteln können. Dazu kommt die Berührung in Form von Massagen und die Atmung, die beim Borderline-Case sehr blockiert ist.

Wie bekannt sein dürfte, repräsentiert der Atem und seine Intensität, die Durchlässigkeit der Respirationsfähigkeit also, den Austausch zwischen Außen und Innen, und zwar im physiologischen wie im psychischen Sinne. Er ist die physische und psychische Komponente des Kommunikationsflusses schlechthin.

Wie bereits erwähnt, spricht der Borderline-Patient sehr stereotyp und monoton. Wir haben festgestellt, daß er bei einer verstärkten Atmung oft keine Töne produzieren kann, was mit seiner gehemmten Kreativität zusammenhängt. Infolge seines lädierten »Ichs« ist er unfähig, sich als eigenständige Persönlichkeit adäquat auszudrücken. Deshalb arbeiten wir in einer solchen Therapie auch sehr stark mit der Stimme, beispielsweise mit Singen. Ganz allgemein geht es auch um eine Differenzierung der Stimme. Der seelenlos leiernde Klient soll sich vorstellen, wie ein begabter Schauspieler dasselbe ausdrücken würde. Er muß begreifen, daß seine Stimme ein Instrument ist, das gestimmt und geübt werden muß, um sein psychophysisches Empfinden und seine diesbezüglichen Wünsche ausdrücken zu können. Wenn die Stimme Färbung anzunehmen beginnt, arbeiten wir auch auf der inhaltlich-analytischen Ebene, beispielsweise, indem Therapeut und Klient gegenseitig Gedichte machen, dies im Sinne der »Ich«-Entwicklung (Kommunikation auf der Primärprozeßebene).

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß wir in der individuellen Kommunikationserfahrung (die allein nicht genügt) und dann in dem sich öffnenden Gruppenkontext eine Möglichkeit schaffen, das vorhandene »Loch« »aufzufüllen«.

Massage allein genügt nicht. Übertragung auf den Analytiker reicht nicht. Geleiteter Gruppenkontext ist notwendig. *Günter Ammon* und seine Schule haben uns aus der psychoanalytischen Perspektive auf diesen Weg geholfen.

Im schamanistischen Prozeß nimmt der Schamane das Gegenüber wie ein Kind und lehrt es Sprechen und das Erwachsenwerden überhaupt. Allerdings geschieht das Ganze primärprozeßhaft mit bestimmten Symbolen, die näher zu schildern uns der Raum hier fehlt. Für diejenigen, die sich für diesen Bereich interessieren, verweise ich auf die Literaturliste.

Immer bezieht der Schamane auch die größere Gruppe in den Heilprozeß ein, in die der Ratsuchende verwoben ist.

### *Der sozialpsychologische Aspekt des Borderline-Case*

Nicht zu vergessen ist die Feststellung, daß das »Loch und die Leere«, von der *Ammon* spricht, im gegenwärtigen sozialpsychologischen — sprich: gesellschaftlichen System beachtet werden muß. Keine Psychoanalyse, keine Psychosomatik kommt ohne diese Erkenntnis aus. Wir müssen uns damit abfinden, daß wir noch immer auf einer Erde voll destruktiver Energie leben, die eben erst daran ist, aus den Erfahrungen zu lernen. Wir — die Therapeuten — haben Vorkämpfer zu sein für die Wandlung des destruktiven Adgredere in ein konstruktives.

In diesem Zusammenhang möchte ich Ihnen das Protokoll einer aktiven Imagination aus unserer Praxis schildern, die — bizarr vielleicht — die Borderlinesituation illustriert:

### *Die Geburt des Achtjährigen — eine aktive Imagination*

Cyntia imaginierte ihren Leib als aufgequollen, unverhältnismäßig aufgequollen. Es schmerzte sie aber nicht. Nach einem seit Jahren vernachlässigten Routine-Checkup bei ihrem Arzt überwies sie dieser an den führenden Gynäkologieexperten Prof. Mc. Gregor.

Sie ging zum vereinbarten Termin zur Untersuchung. Mc. Gregor war entsetzt. Was er mit seinen Händen tasten und mit Ultraschall sehen konnte, war ein unglaublich überdimensioniertes Baby. Er konferierte mit Prof. Williams, dem Genspezialisten. Dieser riet zur unverzüglichen Einleitung der Geburt. Obschon Cyntia sich zuerst etwas sträubte, willigte sie ein und begab sich in die Klinik. Prof. Mc. Gregor, Prof. Williams sowie zwei Schwestern waren anwesend. Eine Pflegerin begleitete sie zu ihrem Zimmer. Von dort wurde sie in einen hochmodern eingerichteten Kreissaal gefahren. Erneute Untersuchung. Dann ließ sich Mc. Gregor von einer der Schwestern eine Spritze geben, die er intravenös applizierte. Sie führte die Wehen herbei, die über ungefähr 12 Stunden anhielten und allmählich in den Rhythmen kürzer wurden.

Cyntia stieß — unter Schmerzen — das Wesen aus. Mit Hilfe von Mc. Gregor und Williams — sie mußten schneiden — erschien ein blond behaarter Kopf. Mit entsprechender Nachhilfe kam auch der Rest. Langsam. Mühsam. Er wies die Größe eines ungefähr achtjährigen Kindes auf. Nachdem er gebadet war — es war ein Junge — begann er sogleich zu sprechen. In der Sprache eines Acht-

jährigen. Die Schwestern gaben ihm einen schwarzen Wollmantel. Und er begann, im Kreissaal zu spazieren. Betrachtete und betastete die Instrumente und Apparaturen. Schaute zu, wie Mc. Gregor mit der Assistenz der Schwester die Mutter nähte.

Als sie versorgt war, wandten sich die Ärzte dem Kind zu. Es benahm sich absonderlich und voller Neugier, wie auf Entdeckungsreise. Sie wußten nicht, was mit ihm zu tun sei. Es störte ganz offensichtlich die Sterilität und Ordnung im Raum.

Ob man es vielleicht in den Uterus zurückverpflanzen sollte? In den einer anderen Frau vielleicht, der ja aber erst dilatiert werden müßte? Oder vielleicht in die künstliche Uterustonnen (ein Gerät mit Uterustemperatur und der Möglichkeit des künstlichen Wiederanschließens der Nabelschnur, die das Wesen dann, gleich wie im Mutterleib, versorgte)?

Über eines waren sich die Herren einig: Brauchen konnte man das Kind nicht. Zurück also. In einen natürlichen oder künstlichen Mutterleib. Doch unbedingt zurück. Er war zerstörend, der Knabe. Sie entschlossen sich dann für die Tonne und trafen die ersten Vorbereitungen.

Ich verzichte auf eine ausführliche psychoanalytische Besprechung des Materials, die sich Ihnen wohl von selbst ergibt. Beeindruckt war ich von der sozialpsychologisch-gesellschaftlichen Aussage des unbewußten Bildwerks und seinen dem Bewußtsein durchaus zugänglichen Aussagen im Zusammenhang dessen, was wir als Borderline-Syndrom hier auf den verschiedensten Ebenen diskutieren.

Wer sind hier die Professoren Mc. Gregor und Williams? Im Zusammenhang mit dieser Frage wäre für einen Analytiker doch folgendes überlegenswert:

Die Psychosomatik spricht eine ehrliche Sprache. Sie erzählt uns z.B. zum Borderline-Syndrom, daß da etwas fehlt, was nur im beziehungsmaßigen oder im gruppensystemischen Kontext gefüllt und gelebt werden kann. Sie erzählt uns auch von einer infolge des »Lochs« nicht gelebten Kreativität, sei dies im literarischen, musikalischen oder wissenschaftlichen Bereich. So möchte ich das Borderline-Syndrom nicht einseitig als therapiebedürftiges Syndrom betrachten, sondern — aus dem oralen Bereich — als nicht gelungene *Participio Mistica* — als eine Schwäche wohl, die, adäquat überwunden, im Sinne gleichsam schamanistischer Sicht, durchaus zur Stärke werden kann. Eine Therapie hat auf dieser potentiellen Stärke zu basieren und sie nicht sozialpsychologisch zu pathologisieren. Die Analytiker und Therapeuten müßten offen genug sein, sich zu überlegen und zu erfühlen, wie nahe ihnen selbst dieses Defizit ist und wie weit ihre Motivation der eigenen Berufswahl damit in Zusammenhang stehen könnte. Nur aus dieser Reflexion heraus wird echte Hilfe möglich sein (vergl. *W. Billeter* 1981).

Als Aufforderung aus diesen Resultaten folgende Meditationssätze für die Psychiatrie, Psychoanalyse etc.:

— Das Borderline-Syndrom ist ein Produkt kranker gesellschaftlicher Prozesse.

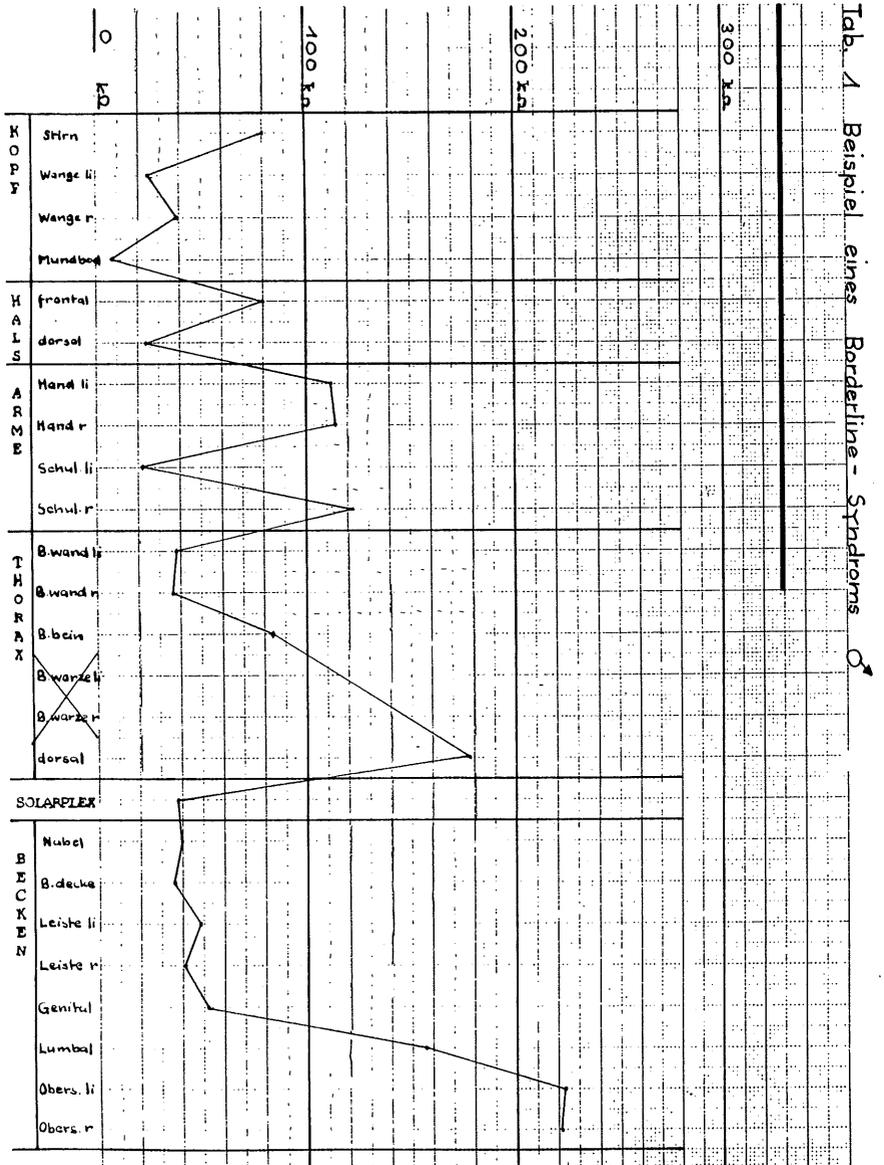


Tabelle 1:

Wir haben gespannte Werte im Gesicht, gespannte Nackenwerte, fluoreszierende Werte im Thoraxbereich, klare Desintegration des Kreuzbereiches, nicht ganz normkonformer Genitalwert, absolute Desintegration der Beine — Der Körper insgesamt ist in einem relativ hohen Spannungszustand.

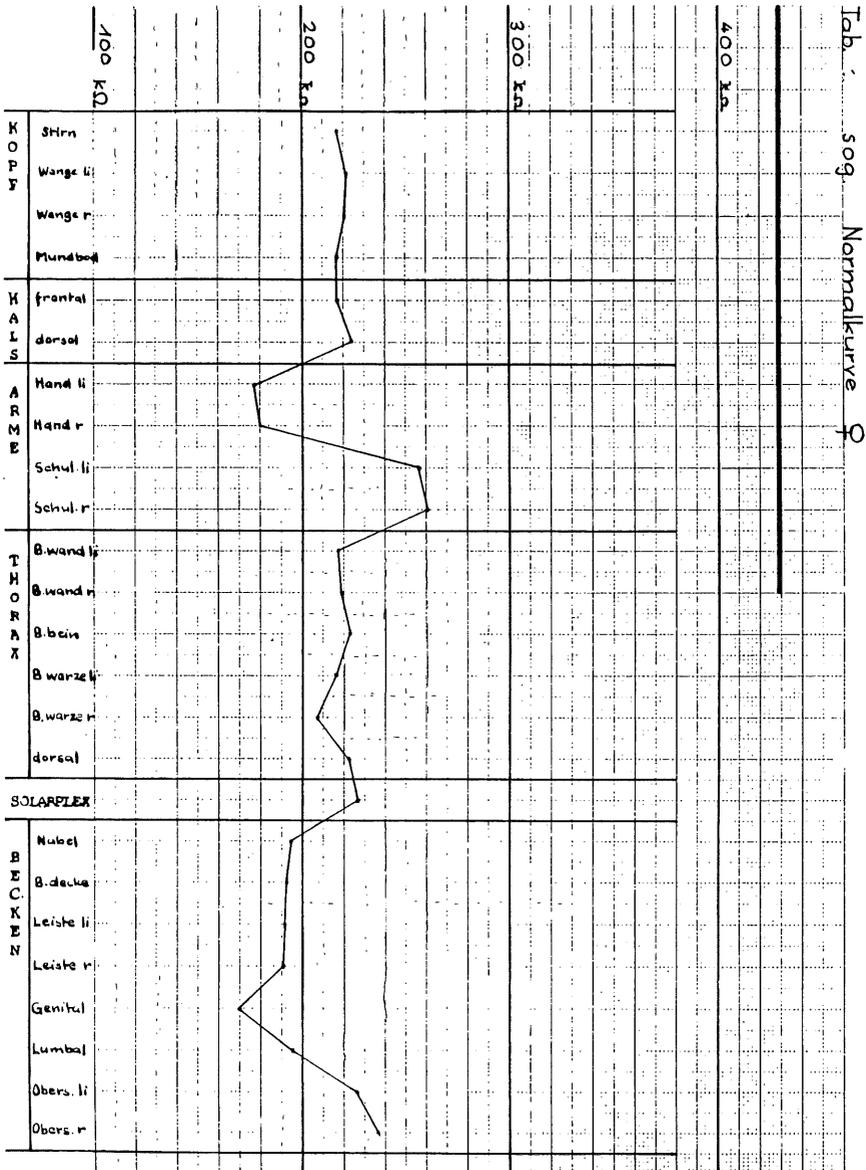


Tabelle 2:

Wir sehen hier die Werte eines entspannten Gesichts, aktive Werte in Händen und Armen, die übliche schlechte Durchblutung des Schulterbereiches, entspannte, ausgewogene Brustwerte, leicht erhöhte Bauchspannung. Das Genital ist hier der Tiefstwert, d.h. Motor des jeweils Geschehenden. Die leichte Erhöhung der Beinwerte deckt sich wohl mit der These, daß auch ausgereifte Genitalität normale Geborgenheitswünsche nicht abdeckt.

- Die Rolle der heutigen Psychiatrie ist, dieses »Loch« im Individuellen kollektiv zu heilen.
- Der ethische Auftrag der Psychiatrie, weg vom Einzelfall kollektive Erscheinungsbilder einzubeziehen, erscheint notwendiger denn je.

### *On the Psychosomatics of the Borderline-Syndrome*

Werner Billeter, Hedwig Billeter (Rickenbach/Switzerland)

The authors base their understanding of the borderline syndrome on the psychoanalytic concept of *Sigmund Freud* as well as on the research and humanstructural theory of *Günter Ammon* and his Berlin School of Dynamic Psychiatry. Accordingly they regard the borderline syndrome from the viewpoint of individual psychology as well as from a socio-analytic point of view, i.e. in terms of group dynamics and social relationships. The authors stress the importance of the psychosomatic symptoms as an expression of body language which complement the symbolic psychoanalytic language and the language of group dynamics and which is often the only language at the disposal of the verbally speechless patients. *Billeter* und *Billeter* refer in this connection to the research in Dynamic Psychiatry about the psycho-physiological relationship, particularly the research of *Vadim S. Rotenberg* about the physiological correlates of search activity and renunciation of search in man (*Rotenberg* 1982, 1986).

The authors understand the somatic reaction of the patient as symbolic language which parallels often some of the psychological criteria inherent in *Ammon's* personality theory. Referring to *Ammon's* concept of psychoanalytic group dynamics, they see certain physiological reactions as parallels of psychic processes, reactions which can be observed or measured with instruments: thus the degree of confidence in someone else in the group is accompanied by the corresponding coldness or warmth of the body, particularly in legs and arms due to the blood circulation in the body, the speech is accompanied by the flow of breathing during the articulation, expressing relaxation or tension, ease or inhibition. The transference dynamics within the group is accompanied by an increase of tension with certain group members, measurable by a corresponding change of the skin resistance. In the same way therapeutic efficiency can be verified by measuring the decrease of physiological tensions within the body.

With regard to the borderline syndrome *Billeter* and *Billeter* found signs of desintegration on the body level: obvious signs of a disturbed blood circulation in feet, legs, hands and arms, accompanied by desintegrated levels of skin resistance in the different areas of the body as compared with the healthy testee, in particular a lack of coherence between legs and trunk and between the genital region and the legs and the trunks on the other hand. The expiratory

breathing potential is reduced up to a form of pseudo asthma bronchiale, verifiable by spirometric tests, the speech is subdued, »pressed«, stereotype and monotonous like a computer in intonation and rhythm. A permanent tachycardia — or in a compensated form a decrease of the blood pressure with a lethargic appearance of the patients, but sudden peaks of increased blood pressure, — can be found with the patients. The body movements are stiff and without fluency, the trunk being constantly upright, with the head bent forward. The whole body appears in a state of tension with involuntary abreactions such as convulsions of the shoulder, the face or the diaphragm.

The subjective body image is disturbed, the patients describe their somatic symptoms in a diffuse, vague manner. The authors interpret their physiological findings on the background of *Günter Ammon's* humanstructural postulation of the »hole in the ego« with reference to the psychopathological processes. Thus the psychosomatic symptom is an expression of the disturbed identity on the body level; the »hole« in the psychic structure and break-down of communication is expressed on the body level by the deficiencies in the blood circulation, the disturbed breathing rhythm and the lack of integration in the skin resistance all over the body.

Their therapeutic methods with borderline patients tend to complement individual and group psychotherapy and hypnosis by therapeutic interactions on the body level: back massage, breath therapy and voice therapy: on the symbolic level the patients must learn again to breathe and to talk.

In their understanding of the borderline syndrome *Billeter* and *Billeter* underline the role of the social structures for the personality development: by virtue of a case study they illustrate in how far the sterile, technological, perfect world — in the image of a clinic perceived in the imagination of the patient about child birth — destroys the curiosity, spontaneity and creativity of the children and grown-ups. Thus they understand the borderline syndrome as expression of un-lived creativity, the blocked »unio mystica« with the spiritual world. The therapist has to search for his own motivations and impulses in order to understand and help the patients, in view of the social nature of the illness psychiatry can heal this illness only collectively in groups and it has to call for changes in the social structures and values.

## Literatur

- Ammon G.* (Hrsg.) (1976): Analytische Gruppendynamik (Hamburg : Hoffmann & Campe)  
 — (1982): Identität — ein Geschehen an der Grenze von Raum und Zeit. In: *Dyn. Psychiat* (15) 114–128.  
 — (1982): Die Bedeutung der Hirnhemisphärenforschung für die Humanstrukturologie. In: *Dyn. Psychiat.* (15) 195–226.  
*Billeter, W.* (1981): Der leibliche Niederschlag pathogener Gruppendynamik bei Schizophrenen — Diagnose und Therapie, ein Konzept. In: *Dyn. Psychiat.* (14) 277–294  
*Charcot, J.-M.* (1886): Oeuvres Complètes, Leçons sur les maladies du système nerveux (Paris)  
*Harner, M.* (1982): Der Weg des Schamanen, Ein praktischer Führer zu innerer Heilkraft (Interlaken)

*Reich, W.* (1936): Die Funktion des Orgasmus

— (1933): Charakteranalyse

— (1948): Der Krebs

*Rotenberg, V.S.* (1982): Schizophrenie im Lichte des Konzepts der Suchaktivität psychophysiologischer Aspekte. In: *Dyn. Psychiat.* (15) 10–20

*Villoldo, A., Krippner, S.* (1986): Heilen und Schamanismus, Dokumente anderer Wirklichkeiten (Basel)

Adresse der Autoren:

Forschungsgemeinschaft für  
Psychologie und Psychosomatik  
Praxis Rickenbach  
Dr. Werner und Dr. Hedy Billeter  
Huebstraße 2  
Ch-8545 Rickenbach ZH  
Schweiz

## Buchbesprechungen

*John E. Mack with Rita S. Rogers*

*The alchemy of survival: One woman's journey*

Addison-Wesley Publishing Comp., Reading/Massachusetts 1988, 238 S.

Wenn gegenwärtig von einem Paradigmenwechsel in der internationalen Politik die Rede ist, dann bezieht sich dies auf Ansätze zu einem grundlegenden Umdenken hinsichtlich der Art und Weise, wie die internationale Staatengemeinschaft mit globalen Problemen wie Krieg und Frieden, Hunger, Umweltkatastrophen usw. umzugehen gewillt ist: Nicht mehr der Systemgegensatz und das konkurrierende, von gegenseitigen Vorurteilen geprägte Gegenüber der Nationen sollen das globale Krisenmanagement bestimmen, sondern Verständigung, beruhend auf wechselseitigem Respekt und Kooperation. Erste Ansätze einer praktisch-politischen Umsetzung dieses neuen Denkens, wie sie im Rahmen der UNO oder im Zuge von Glasnost und Perestroika in der Sowjetunion stattfinden, bedürfen jedoch, um sich dauerhaft stabilisieren und als herrschendes Paradigma durchsetzen zu können, in allen Gesellschaften der geistigen und politischen Träger, die dafür sorgen, daß solches Denken sich verbreitet und in der Bevölkerung Wurzeln schlägt.

Eine Frau, die in ihrer Person solches Denken und Handeln beispielhaft repräsentiert, ist die amerikanische Kinderspsychiaterin und Spezialistin für internationale Psychologie *Rita Rogers*, deren Biographie im vorigen Jahr unter dem Titel »The alchemy of survival« in englischer Sprache erschienen ist. An ihrer Lebensgeschichte wird exemplarisch deutlich, wie internationale Ereignisse wie Kriege, Systemauseinandersetzungen, Nationalitätenkonflikte usw. in das individuelle Leben der Menschen eingreifen und dieses prägen, wie aber unter bestimmten, vom jeweiligen sozialen Umfeld und der Persönlichkeit der Menschen abhängigen Bedingungen diese in der Lage sind, die damit verbundenen Schicksalsschläge produktiv zu verarbeiten und damit ein tiefgehendes, jenseits von Nationalitäten und Systemzugehörigkeit angesiedeltes Verständnis vom Menschen zu gewinnen, das einer wahrhaft humanistischen Haltung zugrunde liegt.

Das Leben der *Rita Rogers*, geb. *Stenzler*, ist bewegt und ereignisreich. 1925 wurde sie in Radauti, einer Kleinstadt in der nordrumänischen Provinz Bukovina geboren. In ihrer wohlhabenden und lebensfrohen jüdischen Familie verlebte sie eine behütete und glückliche Kindheit, die mit dem Abschluß des Hitler-Stalin-Paktes und der Annexion der nördlichen Bukovina durch Stalin im Sommer 1940 abrupt endete. Zahlreiche Familienangehörige und Freunde, die in diesem Landesteil lebten, wurden nach Sibirien deportiert. Radauti selbst verblieb beim rumänischen Reststaat. Dort etablierte sich die faschistische Regierung *Antonescu*, die im November 1940 einen Pakt mit Deutschland und Ungarn schloß. Im Gefolge dieser Konstellation verstärkten sich antisemitische Tendenzen in Rumänien, restriktive antisemitische Gesetze wur-

den verabschiedet. Ende 1940 wurde *Ritas* Vater von der faschistischen Eisernen Garde überfallen und zusammengeschlagen. *Rita* wurde der weitere Besuch ihrer Schule untersagt. Nach dem deutschen Überfall auf die Sowjetunion wurde die Familie *Stenzler*, wie die gesamte jüdische Bevölkerung der Gegend, in die südwestliche Ukraine deportiert, in ein Durchgangslager bei der kleinen Industriestadt Mogilev Podolskiy. Von dort aus sollte die Verteilung in die Vernichtungslager erfolgen. *Rita* brachte es jedoch fertig, sich als Arbeiterin in einer Eisengießerei unentbehrlich zu machen und bewahrte damit die gesamte Familie vor dem Weitertransport.

Im Vergleich zu anderen Konzentrationslagern war die Situation in Mogilev Podolskiy besser. *Rita* mußte jedoch mit ansehen, wie ihre beiden Großväter und andere Familienmitglieder am Typhus starben. *Rita* selbst, ihre Schwester *Nora* und die Eltern überlebten das Lager mit Hilfe eines starken Überlebenswillens und der Entschlossenheit, auch unter solch widrigen Umständen sich ein Minimum an Lebensfreude zu bewahren.

Im April 1944 wurde das Lager von sowjetischen Partisanen befreit. Die Deutschen zogen sich langsam zurück, aber erst im Juni, nach der Landung der Alliierten in der Normandie, wurde Mogilev Podolskiy von offiziellen sowjetischen Truppen erobert. Die neuen sowjetischen Behörden suchten *Rita*, die sich als tüchtige Arbeiterin erwiesen hatte, in der Fabrik zu halten, so daß es der Familie erst im September gelang, im Schutze eines russischen Militärorchesters und als Musikanten verkleidet, die Stadt heimlich zu verlassen und in die nördliche Bukovina zurückzukehren. Dieses von den Sowjets annektierte Gebiet, das nach dem deutschen Überfall auf die Sowjetunion von den Deutschen an Rumänien zurückgegeben worden war, wurde nach der deutschen Niederlage abermals von der Sowjetunion vereinnahmt. (Heute bildet es einen Teil der sowjetischen Republik Moldavien, wo die Vergangenheit ihre Spuren hinterlassen hat und sich gegenwärtig als einer der zahlreichen Nationalitätenkonflikte der Union manifestiert.)

Am 9. Mai 1945, einen Tag nach der bedingungslosen Kapitulation des deutschen Reiches, erhielt die Familie die Erlaubnis zur endgültigen Repatriierung. *Rita* begann ein Universitätsstudium in Iasi, der führenden rumänischen Universitätsstadt. Dort geriet sie immer mehr unter den Druck kommunistischer Studentenverbände, die sie für ihre Aktivitäten zu gewinnen suchten. Um dem zu entgehen, setzte sie sich nach nur einem Studienmonat heimlich nach Prag ab, das bis zur kommunistischen Machtübernahme im Februar 1948 pluralistisch-demokratisch regiert wurde. Dort nahm sie ihr Medizinstudium auf, und dort hatte sie über eine Arbeitsstelle in der rumänischen Botschaft erstmals direkten Kontakt zur internationalen Politik. Da sie nach den Erfahrungen in der Sowjetunion und Rumänien unter einem kommunistischen Regime nicht leben wollte, setzte sie 1948 ihre Odyssee fort und ging nach Wien, wo sie unter härtesten wirtschaftlichen Bedingungen ihr Studium weiterführte. Sie begann, sich auf Psychiatrie und Neurologie zu spezialisieren. Durch ihren Lehrer, *Hans Hoff*, der als Jude die Zeit des Faschismus im

amerikanischen Exil verbracht hatte, wurde ihr die Idee, in die USA zu emigrieren, nahegebracht, zumal ihre Aufenthaltsgenehmigung in Österreich mit dem Tage ihres Abschlußexamens ablief und es damit für sie immer dringender wurde, sich nach einer endgültigen neuen Heimat umzusehen. Im Herbst 1951 reiste sie erstmals in die USA, wo sie die Immigrationerlaubnis erhielt. Nach Abschluß des Studiums im Mai 1953 ließ sie sich dann endgültig in den USA nieder. Zunächst setzte sie ihre Ausbildung als Kinderpsychiaterin an der Westküste fort. Gleich zu Beginn lernte sie ihren Mann, *Allan Rogers*, kennen, den sie im Frühjahr 1954 heiratete. Drei Kinder, zwei Mädchen und ein Junge, gingen aus dieser Ehe hervor. 1960 ging sie mit ihrer Familie nach Kalifornien, wo sie an der UCLA Medical School eine Abteilung für Kinderpsychiatrie aufbaute und später — nachdem sie zur Professorin für klinische Psychiatrie promoviert war — für die gesamte Ausbildung in Kinderpsychiatrie verantwortlich war.

Seit Ende der 60er Jahre beschäftigte sie sich daneben zunehmend mit Fragen der internationalen Psychologie. Die vier Hauptgebiete ihres Interesses bildeten der israelisch-arabische Konflikt, sowie das geteilte Deutschland, die US-sowjetischen Beziehungen und Polen, also Probleme des Ost-West-Konfliktes. Im Zusammenhang damit unternahm sie zahlreiche Reisen nach Israel, wohin ihre Eltern zu Beginn der 50er Jahre ausgewandert waren, sowie nach Deutschland, Polen und natürlich in ihre alte Heimat Rumänien, aber auch nach Ägypten. Seit 1977 nahm sie als Delegierte an den Pugwash-Konferenzen teil, die 1955 von *Bertrand Russel*, *Albert Einstein* und anderen prominenten Wissenschaftlern ins Leben gerufen worden waren, um Strategien gegen das Vernichtungspotential nuklearer Aufrüstung zu entwickeln. Hier beschäftigte sie sich mit dem Beitrag, den die Psychiatrie zur Verhinderung eines nuklearen Holocaustes zu leisten imstande ist.

Die liberale Einstellung ihrer jüdischen Ursprungsfamilie, die — ohne die eigenen Traditionen zu verleugnen — sich grundsätzlich aufgeschlossen zeigte gegenüber anderen Kulturen, war bestimmend auch für *Ritas* Haltung. Vor allem aber sorgte der enge Familienzusammenhalt und das entsprechende Zusammengehörigkeitsgefühl sowie die unterstützende und die Eigenpersönlichkeit des Kindes fördernde Erziehung dafür, daß *Rita* und ihre Schwester *Nora* ein grundlegendes Gefühl von Vertrauen, Sicherheit, Kontinuität und seelischer Stärke entwickeln konnten, welches sie später befähigte, mit politischer Verfolgung und Deportation, Vertreibung aus der Heimat und der Notwendigkeit vollständiger Neuorientierung in den USA fertig zu werden und auch daraus noch Stärke zu gewinnen. Dieses Eingebettetsein nicht nur in den familiären, sondern auch in einen größeren sozialen Zusammenhang, und das Bewußtsein von dessen Kontinuität, sowie die Erfahrung von mitmenschlicher Zusammengehörigkeit bei gleichzeitigem Respekt vor der Einzigartigkeit jedes einzelnen Individuums wie ganzer Kulturen, prägte später auch ihre Tätigkeit als Kinderpsychiaterin. Ihr Selbstverständnis als Therapeutin beruhte auf der beständigen Übersetzung einer zunächst fremden menschlichen Reali-

tät in die andere, um sie so verstehbar und therapeutisch zugänglich zu machen. Kinderpsychiatrie besteht für sie in der Möglichkeit, einen sich ständig wiederholenden Zyklus emotionaler Verwundung zu durchbrechen, der bei früheren Generationen begann, die Entwicklung der Eltern bestimmte und sich in dem gestörten Verhalten des Kindes reproduziert. Da die Eltern in ihrem Kind die eigenen Frustrationen und Verletzungen wiedererleben, sind sie außerstande, die Einzigartigkeit ihres Kindes zu verstehen. Aus dem reichen Fundus ihrer eigenen Kindheitserfahrungen schöpfend, die durch liebevollen Kontakt zwischen den Generationen geprägt sind, ist *Rita Rogers* in der Lage, die destruktive familiäre Kommunikation ihrer Patienten zu unterbrechen, wobei ihre Anteilnahme nicht nur dem gestörten Kind selbst, sondern auch dem verletzten Kind in den Eltern gilt. In ihren wissenschaftlichen Schriften setzt sie sich in erster Linie mit diesem Aspekt der Generationenbeziehung auseinander und besonders mit den emotionalen und sozialen Faktoren, welche die Kontinuität zwischen Eltern und Kind unterbrechen, bzw. mit der Rolle, die Kindertherapeuten bei der Wiederherstellung des unterbrochenen Kontaktes spielen können.

Die Bedeutung, die *Rita Rogers* dieser Neigung von Eltern, ihren Kindern die in ihrer Jugend erlittenen bewußten und unbewußten Verletzungen und Leiden mitzuteilen, beimißt, bestimmt auch ihre Arbeit auf dem Gebiet der internationalen Psychologie. Grundlegend ist die Erkenntnis, daß Kinder und Enkel in den verschiedensten gesellschaftlichen und kulturellen Kontexten dazu neigen, die realen und eingebildeten Verletzungen, die ihre Eltern und Großeltern erfahren haben, zu rächen, was dazu führt, daß internationale Konflikte über Generationen hinweg wachgehalten und vertieft werden. Genauso, wie sie Verständnis für Erwachsene, auch wenn diese ihre Kinder mißhandeln, aufbringt, weil sie in ihnen das verletzte Kind sieht, genauso ist sie auch in der Lage, den Haß ganzer Nationen zu verstehen, weil sie das Leiden erkennt, das zu diesem Haß geführt hat. Ihre Aufgabe als Psychiaterin im Bereich internationaler Beziehungen versteht sie zum einen als die Bemühung, ihre eigenen Motive und dabei die Rolle von persönlichen, historischen und ethnozentrischen Vorurteilen zu verstehen. Weiterhin jedoch gehen ihre Bestrebungen dahin, einen Beitrag dazu zu leisten, daß in nicht allzu ferner Zukunft auch Diplomaten und politisch Verantwortliche sich dieser Selbstprüfung stellen, um auf diese Weise die Überidentifikation mit der Sache der von ihnen vertretenen Gruppe oder Nation zu vermeiden und dafür frei zu werden, die Erfahrungen, Verletzungen und Positionen der Gegenseite verstehen können. Wenn *Rita Rogers* auch eine vollständige Befreiung von Vorurteilen für illusorisch hält, weil Vorurteile nun einmal zum Menschen dazugehören, so geht es ihr doch darum, zu verhindern, daß verantwortliche Politiker sich ihnen blindlings ausliefern und damit auch blind werden für den Anteil, den ihre eigene Seite für die Entstehung und Eskalierung eines Konfliktes hat.

*Rita Rogers* ist weder die Begründerin einer politischen Bewegung, noch einer revolutionären Theorie. Ihre Begabung liegt, wie sie selbst es sieht, viel-

mehr auf dem Gebiet der Gefühle, der Intuitionen und zwischenmenschlichen Beziehungen. Hier hat sie durch ihre Herkunft eine starke Grundlage erworben, die es ihr ermöglicht hat, trotz der Erfahrung von Konzentrationslager und Unterdrückung, trotz Flucht und langanhaltender Staatenlosigkeit ihre Identität zu bewahren und die Verantwortung für ihr Schicksal und das ihrer Mitmenschen bewußt zu tragen. Um zu überleben, hat sie aber auch sehr viel Glück gebraucht. Beides: dieses Glück und eine so starke emotionale Ausstattung in der Kindheit, sind keine Selbstverständlichkeiten, und die Lebensgeschichte der *Rita Rogers* ist dadurch einzigartig. Trotzdem kann sie beispielhaft wirken in einer Zeit und einer Gesellschaft, die arm ist an Vorbildern, die jedoch, um überleben zu können, auf solche Vorbilder angewiesen ist; Vorbilder, die zeigen, daß Veränderungen zum Besseren möglich sind, daß ein globales gesellschaftliches Umdenken nicht im Bereich bloßer Utopie angesiedelt, sondern realisierbar und in Realität umsetzbar ist. Die Biographie der *Rita Rogers* ist daher ein lesenswertes Buch, ein Buch, das Mut und Hoffnung vermittelt.

*Barbara Töpfer* (Berlin)

*Klaus Ernst*

*Praktische Klinikpsychiatrie*

Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1988, 2 neubearb. und erweiterte Auflage, 254 S.

In seinem Bestreben, die psychiatrische Versorgung zu verbessern, wendet sich *Klaus Ernst*, ärztlicher Leiter der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, an die in psychiatrischen Kliniken tätigen Menschen. Mit seinem Buch »Praktische Klinikpsychiatrie« möchte er ihnen Empfehlungen geben, damit sie in ihrer täglichen Arbeit Patienten und Angehörigen besser begegnen können; er erfaßt dabei nahezu alle Bereiche des Anstaltslebens.

Anschaulich und belegt durch zahlreiche Einzeldarstellungen aus der Fachliteratur beschreibt *Ernst* die Wirklichkeit des psychiatrischen Alltags. Einstellung zum Beruf, das Verhältnis zwischen Ärzten und Krankenpflegern bzw. -schwestern, Form und Regeln des psychiatrischen Gesprächs, Gewalt in der Psychiatrie und Liebe in der Anstalt sind nur einige der Themen, die er sachkundig und aus großer persönlicher Erfahrung schöpfend abhandelt. Wer sich Einblick verschaffen will in die gängige Schulpsychiatrie, findet bei *Ernst* Antworten auf alle nur denkbaren Fragen.

Zahllose Ratschläge regen zum Nachdenken über das eigene Handeln an. Da sie sich ohne große Schwierigkeiten in die Tat umsetzen lassen, umgeht *Ernst* die oft zu hörende Klage über die Verhältnisse, die angeblich nichts anderes als den gewohnten Mißstand zulassen. Unter dem Stichwort »Grundsätze bei der Verordnung von Psychopharmaka« heißt es beispielsweise: »Unter

keinen Umständen darf der behandelnde Arzt geruch- und geschmacklose Psychopharmaka den Kranken ohne ihr Wissen ins Essen geben lassen, etwa um gewalttätige Auseinandersetzungen anlässlich der Medikamentenverabreichung zu vermeiden.« Oder unter dem Stichwort »Anwendung von Gewalt und Zwang durch die psychiatrische Klinik« schreibt *Ernst*: »Der kardinale und ubiquitäre Fehler bei unvermeidlichen Gewaltanwendungen jeglicher Art durch Ärzte und Pflegepersonal besteht nun aber nicht in den technischen Einzelheiten, sondern darin, daß über das Geschehen am folgenden Tag nicht mit den Patienten gesprochen wird.« Vielfach sind es Selbstverständlichkeiten, auf die *Ernst* hinweist, aber die Wirklichkeit in den psychiatrischen Anstalten scheint immer noch vielfach so zu sein, daß solche Hinweise notwendig und hilfreich sind.

Der Gefahr, die dem Erteilen von Ratschlägen innewohnt, unterliegt jedoch auch *Ernst*: Dadurch daß sich in seiner Darstellung Wendungen wie »Man soll. . .«, »Man wird. . .« usw. häufen, liest sich sein Buch an vielen Stellen wie ein Knigge für die Psychiatrie. Mit angelerntem Anstand allein werden die Mitarbeiter der psychiatrischen Anstalten den Patienten und deren Angehörigen nicht gerecht werden können.

*Bernhard Richarz* (München)

*Wolfgang Böker/Hans D. Brenner*  
*Schizophrenie als systemische Störung —*  
*Die Bedeutung intermeditärer Prozesse für Theorie und Therapie*  
 Verlag Hans Huber, Bern, Stuttgart, Toronto, 1989, 341 S., DM 49,80

In dem neu auf dem Markt erschienenen Buch werden die aktuellsten Konzepte zur Ätiologie und Behandlung der Schizophrenie von Wissenschaftlern und Ärzten dargestellt. Die Forschungsergebnisse in den Schwerpunktgebieten der Neurobiologie und Pharmakotherapie, Psychologie des Individuums, Beziehung zwischen Individuum und Umwelt, Angehörigenarbeit und Selbsthilfe werden nicht einfach aufgelistet, sondern in einem Zusammenhang von Interaktionen und Mechanismen der Regulation gesehen: Wie ist die Wechselwirkung von intraindividuellen Variablen miteinander, welche Zusammenhänge bestehen zwischen biochemischen, kognitiven, emotionalen und psychosozialen Faktoren bei Patienten und Umwelt, wie gestaltet sich unter diesen Aspekten der Krankheitsverlauf und die Therapie der Schizophrenie?

Das Buch zeichnet sich hierbei aus durch eine ausführliche Darstellung und methodisch exakte Untermauerung der Prozesse, die zwischen pathogenetischen, verlaufsbeeinflussenden und restitutiven Faktoren vermitteln, sowie durch einige neue Ansätze für integrative therapeutische Konzeptionen in der Schizophrenietherapie. Dabei wird jedoch der Boden einer verhaltenstherapeutisch-medikamentösen und sozialtherapeutischen Sichtweise nicht verlas-

sen. Somit, bei genauer Betrachtung des Werkes, bleibt die Schizophrenie als systemische Störung im Rahmen des Systems einer angepaßten, gesellschaftlich anerkannten Psychiatrie gefangen. Für den schizophren reagierenden Menschen ist in einem tieferen Sinn deshalb kein echtes Verständnis spürbar, weil weder ein einheitliches Krankheitsverständnis noch ein Menschenbild der Theorie zugrundegelegt wird.

*Ulrike Schanné* (München)

*H. Schepank, W. Tress (Hrsg.)*

*Die stationäre Psychotherapie und ihr Rahmen*

Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1988, 215 S., geb. DM 52,—

Das Buch, das den Versuch einer aktuellen Bestandaufnahme der stationären Psychotherapie in der Bundesrepublik darstellt, entstand im Anschluß an ein Expertensymposium zum Anlaß des 10-jährigen Bestehens der Psychosomatisch-Psychotherapeutischen Klinik am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (ZSG) in Mannheim.

Im ersten Teil des Buches werden in jeweils zwei Referaten die Hauptthemen entwickelt: die Entwicklungsgeschichte der stationären Psychotherapie in Deutschland, ihre Bedeutung als eigenständige Behandlungsmethode und die Probleme ihrer Integration in die allgemeine Krankenversorgung, sowie in die Inneren bzw. Psychiatrischen Abteilungen der jeweiligen Universitätskliniken. Der zweite Teil beinhaltet Diskussionsbeiträge der Symposiumsteilnehmer, insbesondere zum Thema der nicht-verbalen Therapiemethoden.

Schon die ersten Beiträge verdeutlichen, daß die stationäre Psychotherapie in der BRD sehr verbreitet ist: Es gibt hier mehr psychotherapeutische Betten, — etwa 5 000 —, als in der ganzen übrigen Welt zusammen. *Schepank* analysiert die soziopolitischen, juristischen, wirtschaftlichen und versicherungsbedingten Faktoren, die diese Verbreitung gefördert haben und betont, daß die klinische Psychoanalyse in Deutschland seit *Ernst Simmel* (1927) Tradition hat. Trotzdem stößt ihre Integration in die klinische Psychiatrie, ähnlich wie die Integration der Psychosomatik in die somatische Medizin (die bereits *Thure vom Uexküll* als »integrierte Psychosomatik« forderte), auf Schwierigkeiten.

Unter den beschriebenen Modellen befinden sich auch solche, die versuchen, z.B. Borderline-Patienten zur Persönlichkeitsentwicklung zu verhelfen, wobei jedoch ein grundlegendes psychotherapeutisches Entwicklungskonzept und ein Menschenbild fehlen.

Erstaunlich ist, daß die seit 10 Jahren bestehende und sehr erfolgreich mit psychotisch reagierenden und Borderline-Patienten arbeitende Klinik für Dynamische Psychiatrie Mengerschwaige mit keinem Satz erwähnt wird. Das verwundert umso mehr, als in der Klinik Mengerschwaige, im Unterschied zu den beschriebenen Kliniken und Stationen, die Behandlung von Borderline- und psychotisch reagierenden Patienten im Vordergrund steht.

*Egon Fabian* (München)

*Helmut Remschmidt und Martin H. Schmidt (Hrsg.)  
Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis. Bd. II  
Georg Thieme Verlag, Stuttgart/New York 1985, 394 S.*

Der Band II des mittlerweile dreibändigen Werkes »Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis«, das 1985 erschienen ist, konzentriert sich auf hirnorganisch verursachte Krankheitsbilder, Oligophrenien, Epilepsien, Psychosen und auf Fragen der Begutachtung und der forensischen Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Wie die Autoren *Helmut Remschmidt* und *Martin H. Schmidt* es selbst ausdrücken, haben sie versucht, die Untersuchungen der letzten Jahre in den oben genannten Bereichen, die »neue Erkenntnisse« zutage gefördert haben, »synoptisch zu erfassen« und in eine »mehrdimensionale Perspektive einzubeziehen«.

Der Inhalt dieses Bandes ist im Kontext der beiden anderen Bände zu sehen, wovon Band I die Grundzüge der allgemeinen Kinder- und Jugendpsychiatrie darstellt und Band III psychogene und alterstypische Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen behandelt.

Das Entwicklungskonzept der Autoren basiert in erster Linie auf physiologischen Reifungsvorgängen und sozialen Lernprozessen, wobei die sozialen Lernprozesse bei fortschreitender Entwicklung immer mehr Bedeutung bekommen. Die Autoren betonen die Wechselwirkungen zwischen Reifungs- und Lernprozessen, wie sie von neueren Forschungsergebnissen bestätigt wurden. Störungen entstehen durch mangelnde Nutzung vorhandener Potentiale (der sog. Entwicklungsvoraussetzungen) durch Umwelteinflüsse. Die Autoren betonen ein aktives Element, d.h. das bewußte Sich-Einstellen auf bestimmte Situationen, das neben dem sozialen Lernen die Anpassungsprozesse bestimmt.

Im frühen Kindesalter kommen aus entwicklungspsychologischen Gründen psychische Störungen selten vor: durch fehlende Realitätsprüfung und fehlende Abwehrmechanismen. Beispielhaft treten in diesem Alter Eßstörungen auf. Umschriebene psychische Auffälligkeiten werden in der Regel erst im Schulalter sichtbar. Sie sind Ausdruck einer differenzierten intrapsychischen Verarbeitung, z.B. zwanghafte Gewohnheiten und Kontaktprobleme. Zum Verständnis des Buches ist die Darstellung der psychomotorischen Funktionen wesentlich. Die Autoren legen das Schwergewicht auf vegetative (Schlafstörungen, Eßstörungen) und kognitive Prozesse (Gedächtnisfunktionen, Sprache, Denkvorgänge und Intelligenz). Emotionale Prozesse spielen dem gegenüber eine eher untergeordnete Rolle. Z.B. wird für die Entstehung von Ängsten Konditionierung und Imitationslernen als ursächlich angeführt.

Grundpfeiler des Therapiekonzepts der Autoren sind verhaltenstherapeutische Herangehensweisen unterstützt durch pharmakologische Therapie insbesondere bei Psychosentherapie.

Der wesentliche Verdienst dieses Lehrbuches liegt in einer systematischen

und detaillierten Literaturbearbeitung, wobei Forschungsergebnisse quantitativ-empirischer Studien einen hohen Stellenwert einnehmen, sowie verhaltens-therapeutische Ansätze. Kritisch anzumerken ist, daß psychoanalytische Ansätze nur am Rande erwähnt werden.

Aus der Darstellung psychischer Entwicklung und psychischer Funktionen wird ein an Symptomen und Verhalten orientiertes mechanistisches Menschenbild deutlich. Es fehlen ein psychodynamisches Erklärungsmodell und die Einbettung der verschiedenen Ansätze in ein umfassendes Persönlichkeitskonzept.

*Rita Primbas, Monika Dworschak (Berlin)*

## Nachrichten/News

### *Dokumentation zur Einstellung des Strafverfahrens gegen Dr. med. Günter Ammon und Dipl. Psych. Ilse Burbiel*

Wir hatten in früheren Heften der Dynamischen Psychiatrie/Dynamic Psychiatry (vgl. Heft 96, S. 80-102; Heft 99/100, S. 414—426) über die Diffamierungskampagne des Leiters des Städtischen Gesundheitsamtes München, Dr. *Norbert Kathke*, gegen die Dynamisch-Psychiatrische Klinik Mengerschwaige München berichtet: Er hatte im November 1985 seitens des Gesundheitsamtes München die Schließung der Klinik verfügt, ein Bescheid, dessen Vollzug erfolgreich in zwei Verwaltungsgerichtsinstanzen gerichtlich gestoppt wurde. Inzwischen hat Dr. *Kathke* per Brief die Rücknahme des Schließungsbescheides durch einen neuen Bescheid angekündigt.

Wie wir ebenfalls berichtet hatten, hatte die Strafanzeige Dr. *Kathkes*, die er im Herbst 1985 gegen die Dynamisch-Psychiatrische Klinik Mengerschwaige bei der Staatsanwaltschaft München erstattet hatte, zu einem Ermittlungsverfahren der Staatsanwaltschaft geführt und dabei — ein einmaliger, skandalöser Vorgang in der deutschen Justizgeschichte — zu einer großangelegten Durchsuchung der Klinik mit mehr als 160 Polizisten mit Waffen und Hunden geführt, eine Durchsuchung, die in der Art ihrer Durchführung eklatant Grundrechte verletzt hat. Nachdem die im Sommer 1988 erfolgte Hauptverhandlung die offensichtliche Unbegründetheit der gegen Dr. med. *Günter Ammon* und Dr. phil. *Ilse Burbiel* erhobenen strafrechtlichen Vorwürfe ergeben hatte, die Hauptverhandlung jedoch wegen einer lebensgefährlichen Erkrankung mit 3 Operationen von Dr. *Ammon* ausgesetzt werden mußte, hat nun — wie wir im folgenden dokumentieren — die Strafkammer beim Landgericht München I das Strafverfahren gegen Dr. *Ammon* und Dr. *Burbiel* nach § 153a STGB bei Auflage einer Geldbuße von 5 000,— DM an eine gemeinnützige Organisation eingestellt.

Zur Information über den Hintergrund der Einstellung drucken wir außerdem einen Artikel des Gerichtsjournalisten der Süddeutschen Zeitung, *Erwin Tochtermann*, in der Süddeutschen Zeitung vom 12. Januar 1990 ab, sowie einen Artikel von *Hans-Joachim Ehlers* aus »Raum und Zeit«, Nr. 44/März-April 1990.

*Die Redaktion*

## Ausfertigung

Aktenzeichen: 2 KLs 338 Js 19976/85  
 Wl.

München, 27.12.1989

Betreff: Dr. Ammon / Burbiel

## Beschluß

der 2. Strafkammer des Landgerichts München I:

Das Verfahren gegen die Angeklagten Dr. Ammon und Burbiel wird gemäß § 153 a Abs. II StPO endgültig eingestellt, da die Auflagen erfüllt wurden.

Dr. Hanreich  
 Vors. Richter am LG

Tüting

Leibl  
 Richter am LG

Der Gleichlaut der Ausfertigung mit der Urschrift wird bestätigt.  
 München, den 29. Dez. 1989

Der Urkundungsbeamte der Geschäftsstelle des Landgerichts München I

Dienstsiegel                   gez. Unterschrift

\* \* \*

*Nach Hausdurchsuchung mit rund 160 Polizisten im Jahre 1985:*

*Verfahren gegen Mengerschaige-Klinik beendet*

*Verdachtsmomente entkräftet/Chefkonsiliaris Ammon und Psychoanalytikerin zahlen Geldbuße*

*Was mit einer monströsen Polizeiaktion gegen die »Dynamisch-Psychiatrische Klinik Mengerschwaige« begonnen hatte, wurde jetzt sehr bescheiden und unauffällig abgeschlossen: Die 2. Strafkammer beim Landgericht München stellte das Verfahren gegen Günter Ammon (71), den Chefkonsiliaris der Klinik, und die Geschäftsführerin und Psychoanalytikerin Ilse Burbiel (44) gegen jeweils 5 000 Mark Geldbuße ein. Wie es dazu kam, erläuterte Rechtsanwalt Ulrich Ziegert gestern bei einer Pressekonferenz.*

*Von Erwin Tochtermann*

Eine von Norbert Kathke, dem Leiter des städtischen Gesundheitsamts, erstattete Strafanzeige führte dazu, daß am 10. Dezember 1985 an die 160 Polizeibeamte — teilweise mit Diensthunden — die Klinik ohne Rücksicht auf die psychiatrisch kranken Patienten besetzten, als handle es sich um ein Terroristennest. Gleichzeitig erließ Kathke einen Schließungsbescheid, dessen Voll-

zug die Klinik jedoch mit einer Klage zum Verwaltungsgericht abwenden konnte.

Die auf den Angaben eines entlassenen Mitarbeiters der Klinik gestützte Strafanzeige enthielt im wesentlichen gegen *Ammon* gerichtete Verunglimpfungen und Diffamierungen, die sich als haltlos erwiesen. Die Staatsanwaltschaft erhob denn auch insoweit keine Anklage, wohl aber wegen Verstoßes gegen das Betäubungsmittelgesetz, Veruntreuung von Klinikgeldern und Abrechnungsbetrugs gegenüber den Krankenkassen. Auch davon blieb freilich im Juli 1988 in einem aufsehenerregenden Prozeß, der nach sechs Tagen wegen einer lebensgefährlichen Erkrankung *Ammons* ausgesetzt werden mußte, kaum noch etwas übrig.

Der Vorwurf, der Chefkonsiliarius habe sich unberechtigt in den Besitz eines unter das Betäubungsmittelgesetz fallenden Schlafmittels gebracht, erwies sich als unhaltbar. Auch dem Untreuevorwurf, der auf angeblich überhöhte Bezüge *Ammons* gestützt war, trat die Verteidigung erfolgreich entgegen: Sie konnte belegen, daß ihr Mandant bei Abrechnung der in der Klinik erbrachten Leistungen nach der Gebührenordnung der Ärzte ein Vielfaches der Beträge hätte beanspruchen können, die er tatsächlich bekam, nämlich zwischen 6 000 und 13 500 Mark monatlich.

Dem schwerstwiegenden Anklagepunkt der betrügerischen Schädigung von Krankenkassen lag laut *Ziegert* ein Irrtum der Staatsanwaltschaft zugrunde. Die Klinik hatte als einen neuen Weg bei der Psychosenbehandlung den der Therapieverlagerung beschritten, der inzwischen auch zum Repertoire der klassischen Psychiatrie gehört. Es geht dabei darum, durch eine zeitweilige Behandlung außerhalb der Klinik einer Hospitalisierung der Patienten entgegenzuwirken und ihre Realitätsbezüge wiederherzustellen. Hier vermutete die Anklagebehörde, es sei der Klinik darum gegangen, durch Therapieverlagerung die Bettenkapazität zu erhöhen und dadurch von den Krankenkassen höhere Vergütungen zu erhalten. Durch eine Dokumentation des Patientenflusses konnte die Verteidigung jedoch nachweisen, daß die Betten der verlegten Patienten bis zu ihrer Rückkehr freigehalten wurden.

Dies alles habe — so *Ziegert* weiter — die Kammer zu dem Vorschlag veranlaßt, das Verfahren gegen eine Geldbuße einzustellen. Der durch das Verfahren und den Prozeß psychisch und physisch erheblich belastete *Ammon* habe im Interesse seiner Gesundheit dem zugestimmt, insbesondere aber — wie Frau *Burbiel* —, um unbelastet Zeit und Kraft für die wissenschaftliche und therapeutische Arbeit zu haben. Beiden sei aber daran gelegen, deutlich zu machen, »daß mit der Bußgeldzahlung kein Schuldeingeständnis verbunden ist«.

Ein derartiger Zusammenhang, betonte der Anwalt, sei auch schon objektiv abwegig: Die zur Großen Strafkammer erhobene Anklage zeige, daß die Staatsanwaltschaft von einer Straferwartung von über drei Jahren ausgegangen sei. Ein Bußgeld von 5 000 Mark könnte also niemals einen Schuldausgleich bewirken, wenn die erhobenen Vorwürfe auch nur annähernd zuträfen.

(*Süddeutsche Zeitung* vom 12.1.1990)

*Dynamische Psychiatrie ist gerettet*von *Hans-Joachim Ehlers*, München

*Vier Jahre lang hat der Leiter des Münchner Gesundheitsamtes versucht, eine weltweit anerkannte, ganzheitliche Psychiatrie zu vernichten (raum&zeit Nr. 27 »Paradigmenwechsel einer Behandlungswissenschaft«). Jetzt hat er aufgegeben. Die Dynamische Psychiatrie war in ihrer Existenz bedroht. Jetzt ist sie gerettet. Die Anwaltskanzlei Rolf Bossi in München, die den Begründer der Dynamischen Psychiatrie, Dr. Ammon und die mit verfolgte Frau Burbiel gegen die unglaubliche Behördenwillkür verteidigte, ließ es sich nicht nehmen, in einer Pressekonferenz in München den glücklichen Ausgang der Verteufelungskampagne bekanntzugeben. In für Juristen ungewöhnlich scharfer Form nennt die Kanzlei die wahren Hintergründe der Aktion beim Namen: Hier die Presseerklärung in Auszügen:*

Mit Beschluß der 2. Strafkammer des Landgerichts München I vom 27.12.1989 wurde das Verfahren gegen Dr. *Ammon* und Frau *Burbiel* nach § 153 a StPO eingestellt gegen eine Bußgeldzahlung in Höhe von jeweils DM 5 000,—.«

Wir möchten diesen Abschluß eines sehr langen Strafverfahrens, das in der Öffentlichkeit sehr viel Beachtung gefunden hat, zum Anlaß nehmen, die Prozeßgeschichte und die Umstände der Beendigung des Verfahrens darzustellen:

Durch den Leiter des städtischen Gesundheitsamtes, Dr. *Kathke*, wurde 1985 Strafanzeige erstattet, die sich in erster Linie gegen Herrn Dr. *Ammon* richtete. Diese Vorwürfe verfolgten das Ziel, Herrn Dr. *Ammon* als Arzt und als Menschen persönlich zu diskreditieren und zu diffamieren.

Hintergrund dieses Versuches von Herrn Dr. *Kathke*, die persönliche Integrität von Herrn Dr. *Ammon* in Zweifel zu ziehen, waren Auseinandersetzungen um die dynamische Psychiatrie, eine Schule, die von Herrn Dr. *Ammon* begründet wurde und die weltweite Verbreitung gefunden hat. Dr. *Kathke* vermied dabei eine sachliche Auseinandersetzung mit dieser Therapieform, sondern versuchte vielmehr über den Weg der Diffamierung und Kriminalisierung eine Schule anzugreifen, die ihm aus Gründen, die für Herrn Dr. *Ammon* nicht nachvollziehbar sind, nicht akzeptabel war.

Parallel zu den Versuchen, über Strafverfolgungsbehörden die dynamische Psychiatrie zu treffen, erließ Hr. Dr. *Kathke* einen Schließungsbescheid. Hiergegen klagte die Klinik vor dem Verwaltungsgericht. Dieses Verfahren hatte zur Folge, daß der Klinikbetrieb aufrechterhalten bleiben konnte. Nachdem auch ein weiterer Vorstoß von Herrn Dr. *Kathke*, im Rahmen eines Eilverfahrens zu erreichen, daß Herrn Dr. *Ammon* und Frau *Burbiel* jede therapeutische Tätigkeit in der Klinik untersagt wird, gescheitert war, hat das Gesundheitsamt nunmehr angekündigt, die Schließungsverfügung zurückzunehmen, womit das verwaltungsgerichtliche Verfahren insgesamt beendet wäre. (Es folgen Prozeßdetails).

Die dynamische Psychiatrie hat sich darum bemüht, neue Wege der Psychotherapie zu beschreiten. Sie hat hierbei Dinge wie Tanztherapie, Theatertherapie, Reittherapie eingeführt, die mittlerweile zum anerkannten therapeutischen Repertoire in der Psychiatrie zählen. Obgleich diese Ansätze lange Zeit von Fachkollegen kritisiert und bekämpft wurden, haben mittlerweile viele Bezirkskrankenhäuser diese therapeutischen Ansätze übernommen.

Dasselbe gilt für die sogenannten Therapieverlagerungen. Auch hier war die dynamische Psychiatrie mit ihrer Klinik Mengerschwaige Vorreiter der therapeutischen Entwicklung. Bei der Therapieverlagerung geht es draum, der Hospitalisierung in einer psychiatrischen Klinik entgegenzuwirken und gesunde Anteile in den Kranken zu fördern und zu stärken. Wesentlich ist vor allem, dafür zu sorgen, daß die Realitätsbezüge des Patienten wieder hergestellt werden und er an ein Leben außerhalb der psychiatrischen Klinik schrittweise herangeführt wird.

Der Gang der sechstägigen (!) Hauptverhandlung wie auch die Dokumentation, die die Verteidigung nach Abbruch der Hauptverhandlung vorlegte, haben das Gericht veranlaßt, den Vorschlag zu machen, das Verfahren gegen eine Geldbuße einzustellen.

Herr Dr. *Ammon* war durch das bisherige Verfahren, insbesondere die Hauptverhandlung, psychisch und physisch erheblich belastet worden. Die Hauptverhandlung führte zu einer lebensbedrohlichen Erkrankung, die inzwischen vollkommen ausgeheilt ist. Um derartige gesundheitliche Risiken nicht nochmals einzugehen, insbesondere aber auch um Zeit und Kraft für seine wissenschaftliche und seine therapeutische Arbeit zu haben, ist Herr Dr. *Ammon*, ebenso Frau *Burbiel* auf den Vorschlag des Gerichts eingegangen. Herr Dr. *Ammon* wie auch Frau *Burbiel* ist daran gelegen, deutlich zu machen, daß mit der Bußgeldzahlung kein Schuldeingeständnis verbunden ist. Ein derartiger Zusammenhang wäre schon objektiv abwegig.

Es handelte sich um eine Anklage zur Großen Strafkammer, die Staatsanwaltschaft ging also davon aus, daß die Straferwartung über drei Jahre liegt. Auch der Verfahrenszuschnitt allgemein ist nicht so gestaltet, daß eine Bußgeldzahlung in Höhe von DM 5 000,— einen Schuldausgleich bewirken könnte, wenn die Vwürfe zutreffen. Herr Dr. *Ammon* und Frau *Burbiel* haben diese Art der Verfahrensbeendigung allein unter dem Gesichtspunkt der Gesundheit von Herrn Dr. *Ammon* und im Interesse der ungestörten wissenschaftlichen und therapeutischen Arbeit zugestimmt.«

(*Raum und Zeit* vom März/April 1990)

*Kongreß »50 Jahre nach Freud — Jenseits des Schuldgefühls —« vom 4.-6.12.1989 in Parma*

Anläßlich des 50. Todestages Freuds fand an der Universität Parma der Kongreß zum Thema »50 Jahre nach Freud — Jenseits des Schuldgefühls?« vom

4.—6. Dezember 1989 unter Leitung von Professor *Antonio Lambertino*, dem Dekan der philosophischen Fakultät der Universität Parma, statt.

Dr. *Ammon* war mit einer Gruppe der Weltgesellschaft für Dynamische Psychiatrie WADP eingeladen, die Weiterentwicklung seit *Freud* durch Vorträge darzustellen. So nahmen Dr. *Béla Buda* vom ungarischen Zweig, Frau Dr. *Julia Nekrasowa* vom russischen Zweig und Dr. *Andrzej Cechnicki* vom polnischen Zweig der WADP daran teil.

Die Veranstaltung war von dem philosophischen Department und dem Institut für klinische Psychiatrie organisiert. Die romantische Atmosphäre der kultur- und geschichtsträchtigen Stadt Parma mit ihren eindrucksvollen Bauten, der gewaltigen Palastanlage des Geschlechtes der Farnese, die Plätze, Straßen und Gassen, Kirchen und Schlösser, gaben eine vom *genius loci* her bestimmte Stimmung von Historie und Esprit. Die Referenten waren in warmer und großzügiger Gastfreundschaft im Hotel Stendhal untergebracht und hatten Gelegenheit zu vielseitigen Kontakten und Gesprächen.

*Günter Ammon* fand sich dort überraschenderweise inmitten vieler Freunde neben seiner aus München und Berlin kommenden Begleitung wie *Maria Berger* und Dr. *Ilse Burbiel* und Dr. *Gertraud Reitz* mit Rechtsanwalt *Thomas Hessel*, der selbst ein Vortragender auf dem Kongreß war und einen vielbeachteten Beitrag über »Schuld und psychoanalytische Kriminologie« hielt.

Dr. *Béla Buda* aus Budapest, sprach über »Die Phänomenologie und Therapie des Schuldgefühls«, Dr. *Andrzej Cechnicki* aus Krakau war mit einem Vortrag über das »Schuldgefühl beim schizophrenen Menschen« und Frau Dr. *Nekrasowa* aus Moskau mit einem Vortrag und einer Filmvorführung zur »Therapie von Kommunikationsstörungen beim Jugendlichen: Praxis und Forschungen in der Sowjetunion« vertreten.

Prof. *Lambertino* (Parma) führte den Kongreß ein mit einer fundamentalen Auseinandersetzung über das pathologische Schuldgefühl, das die Entstehung der Moral verhindere; auch klangen die Grundgedanken seines neuesten Werkes »Psychoanalyse und Moral bei Freud« an.

Weitere Höhepunkte der Tagung, an der 16 geladene internationale Wissenschaftler und über 300 Teilnehmer teilnahmen, waren Beiträge von Prof. *Ernst Federn* (Wien), Prof. *Albert Görres* (München), Prof. und Bischof *Kurt Krenn* (Wien) und Prof. *Eugen Drewermann* (Paderborn). Prof. *Boris Luban-Plozza* (Locarno) gab der Tagung einen großartigen Abschluß mit dem Fazit »Nekrophilie und Biophilie: Fromm jenseits Freud«. Bemerkenswert war, daß sein Beitrag die *Ammon'sche* Schule mit ihren auf die Praxis bezogenen Beiträgen herausstellte.

*Günter Ammon* sprach über »Gesellschaft, Kultur und Schuldgefühl«. Dieser Vortrag wird in diesem Heft veröffentlicht. In der lebhaften, freundlichen und durchaus kontroversen Diskussion, die auch an anderen Stellen des Kongresses fortgeführt wurde, ging es vorwiegend um die Vorstellung von *Freud* bis zu seinem Tode 1939 und die Weiterentwicklung während der letzten 50 Jahre, wobei die Dynamische Psychiatrie mit ihrer Humanstrukturologie eine entscheidende Schule darstellte.

Weitere Vortragende waren die Professores *J. Guyotat* (Lyon), *A. Polaino-Lorente* (Madrid), *G. Carloni* (Bologna), *M. Mancina* (Mailand), *A. Caretenuto* (Rom), *V. Mathieu* (Turin), die vorwiegend theologisch-philosophische, orthodox-freudianische, kleinianische und adlerianische, sowie frommianische Positionen zum Thema des Schuldgefühls vertraten.

Trotz der kontroversen Positionen der Referenten, die nach Meinung von Prof. *Lambertino* keine allgemeingültige Auswertung des Kongresses zuließen, trug der Austausch und die Diskussion zu gegenseitiger Befruchtung bei.

*Maria Berger* (Berlin)

### *Die ersten russischen Austauschwissenschaftler in der Klinik Mengerschwaige*

Vom 28. Januar bis 4. Februar 1990 besuchten Professor Dr. med. *August Shereshevsky* und Dr. phil. *Wied* vom Bechterew-Institut Leningrad unsere Klinik. Professor *Shereshevsky* hielt dort einen vielbeachteten Vortrag über »Transkulturelle Probleme in der Entwicklung der Psychotherapie« und zeigte einen historischen Film über das Leben von *Bechterew*. Zum ersten Mal im Ausland gab der prominente russische Psychiatriehistoriker einen Bericht über die Ermordung bzw. Vergiftung von *Bechterew* bei einem Abendessen durch *Stalin*. (*Bechterew* hatte im Zusammenhang mit einer neurologischen Untersuchung von *Stalin* die Bemerkung gemacht, daß *Stalin* sich wie ein Paranoiker bei der Untersuchung benommen habe.)

Einen weiteren Vortrag hielt Professor *Shereshevsky* in dem Münchner Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse in der Goethestraße 54 zu dem Thema »Humanistische Traditionen in der russischen und deutschen Psychiatriegeschichte«.

Alle Vorträge wurden von Dr. *Wied*, dem Abteilungsleiter für Rehabilitation und Psychotherapie schizophrener Erkrankung, simultan vom Russischen ins Deutsche übersetzt und fanden lebhaftes Interesse und eine gute Diskussion. Es ist ihre Veröffentlichung in unserer Zeitschrift vorgesehen.

Beide Wissenschaftler nahmen an dem vollen Programm unserer Klinik teil und besuchten auch die diagnostische Forschungsabteilung. Dabei entstand ein gemeinsames Forschungsprojekt für eine therapeutische Effizienzvergleichsuntersuchung einer Patientengruppe aus der Klinik Mengerschwaige und des Bechterew-Instituts. Es ist vorgesehen, daß im April dieses Jahres Frau Dr. phil. *Ilse Burbiel* und Dr. med. *Rolf Schmidts* für zehn Tage zu einem Studienaufenthalt ins Bechterew-Institut in Leningrad gehen werden.

Die nonverbalen ins gesamte Therapieprogramm integrierten Therapieformen fanden besonderes Interesse bei den russischen Wissenschaftlern. Ihre geistige Aufgeschlossenheit und menschliche Wärme förderten ein gemeinsames Denken und gab den Auftakt für weitere wissenschaftliche Zusammenarbeit.

*Maria Berger* (Berlin)



v.l.n.r.: Bei einer Panel-Diskussion. Dr. sc. Ernst Federn (New York), Dr. med. Günter Ammon (Berlin/München), Professor Dr. phil. Antonio Lambertino (Parma), Professor em. Dr. med. Dr. phil. Albert Görres (München), Dipl. Psych. Maria Berger (Berlin)



v.l.n.r.: Ernst Federn, eine Mitarbeiterin von Professor Lambertino, Günter Ammon, Antonio Lambertino



Prof. Dr. Shereshevsky (links), Dr. Wied (rechts), beide Bechterew-Institut Leningrad, beim Vortrag von Prof. Shereshevsky im Münchener Lehr- und Forschungsinstitut der DAP am 2.2.1990



Blick ins Auditorium

*Bericht von einer Studienreise in die Dynamisch-Psychiatrische Klinik  
Menterschwaige*

Nachdem *Günter Ammon* im Jahre 1988 Ungarn besucht hatte, bekam ich die Möglichkeit, im Mai und Juni 1989 in München in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige zu arbeiten und in Paestum/Salerno an der 10tägigen Gruppendynamischen Klausurtagung der DAP teilzunehmen.

Die Klinik Menterschwaige arbeitet in München seit 1979 nach *Ammons* Konzept und kann als eine Modellklinik der dynamischen Psychiatrie aufgefaßt werden. So war es für mich, der als Gast in der Klinik wohnte, eine besondere Gelegenheit, an den verschiedensten Programmen teilnehmen zu können und das Funktionieren ihres therapeutischen Systems von innen zu erkennen. Mein Bericht ist subjektiv, das muß ich zugeben, ich möchte aber mit Absicht einige Aspekte des Systems besonders hervorheben.

Das Wort »System« möchte ich betonen. Wie ich sah, werden alle Elemente der Tätigkeiten in der Klinik im Zusammenhang des therapeutischen Konzeptes, auf dasselbe Ziel hin organisiert. Der milieuthérapeutischen Anschauung entsprechend, kommt dasselbe Konzept in der diagnostischen und therapeutischen Arbeit, in den psychologischen und psychophysiologischen Forschungen der Klinik zum Ausdruck.

In der Klinik werden mit psychotherapeutischen Behandlungsmethoden psychotische, Borderline und psychosomatische Patienten — behandelt. Das therapeutische Ziel des dynamisch-psychiatrischen Human-Struktur-Konzeptes, das die funktional-strukturelle Ich-Psychologie, die analytische Gruppendynamik und die Narzißmus-Theorie integriert, ist die Ermöglichung einer »nachholenden Ich-Entwicklung«. Dazu trägt vor allem das therapeutische Milieu der ganzen Klinik bei. Die gesunden Anteile der Patienten werden bestärkt, und mit ihrer Hilfe werden die Patienten mit ihren kranken Anteilen konfrontiert. Bei dieser Identitätstherapie steht nicht im Vordergrund, Symptome zu kurieren. Die Klinik bedeutet für die Patienten ein geschütztes Milieu, in dem sie ihre unbewußten Konflikte ausagieren können, die so verstehbar werden. Das therapeutische Milieu vereinigt mehrere therapeutische Methoden, darunter verschiedene verbale und non-verbale Formen der Gruppentherapie; das Programm ist mehrdimensional, arbeitet mit den kreativen Möglichkeiten, Begabungen und Interessen des Patienten. Wie ich sah, ist in der Klinik Menterschwaige die Strukturierung des ganzen Tages für die Patienten sehr wichtig, das Personal aktiviert die Patienten, sich selber zu helfen. Der Patient wird als Mensch respektiert, was auch darin konkret zum Ausdruck kommt, daß man den Patienten bei der Aufnahme so viele Identitätsmerkmale d.h. persönliche Sachen, Bücher, Photos, eigene Kleidung läßt, als es irgend möglich ist.

Die Patienten verbringen in der Klinik eine lange Zeit, durchschnittlich ein Jahr. Es gibt drei Milieugruppen, die Teilnehmer einer Gruppe leben, essen

und arbeiten zusammen. Die Patienten der Milieugruppen entwickeln ein gemeinsames Arbeitsprojekt (z.B. einen Brunnen, ein Steinrelief, eine Totensäule) und können dadurch in Kontakt treten und Beziehungen entwickeln. Die Identifikation mit dem Projekt gibt ihnen eine narzißtische Gratifikation, welche die Basis für die Weiterentwicklung ihrer konstruktiven Fähigkeiten bildet. Schwierigkeiten und kreative Potentiale werden offengelegt und für die therapeutische Arbeit zugänglich. Die Milieuthérapeuten sind in der Klinik aktive Partner in der Lebenssituation des Patienten. Ich sah eine psychologisch integrierte, kreative Tätigkeit, die sich grundsätzlich von der anderswo oft angewandten beziehungslosen mechanischen Beschäftigungstherapie unterscheidet. Die Klinik bildet als Ganzes ein milieuthérapeutisches Feld, in dem Maltherapie, Tanztherapie, Theatertherapie, Reit-, Film-, Sport-, Musiktherapie, psychoanalytische Gruppentherapie, Einzeltherapie und Milieuthérapie als therapeutische Facetten ihren Platz haben. Die verbale Therapiegruppe konnte ich regelmäßig durch den Two-way-Vision-Spiegel mit Einverständnis der Patienten beobachten, an der Therapie der anderen Gruppen konnte ich als teilnehmender Beobachter anwesend sein.

Thérapeutisches Reiten stellt eine Erweiterung des therapeutischen Spektrums um eine wichtige Facette dar. Archaisch Ich-krankte Patienten, die kein Vertrauen zu einem lebendigen Wesen haben, können auf diesem Wege lernen, wieder Kontakt und Berührung zuzulassen und in der übertragungsfreien Beziehung zum Tier grundsätzlich neue Erfahrungen zu integrieren. Der Sport hat eine wesentliche Rolle im Leben der Klinik, jeden Nachmittag spielen die Patienten Volleyball, Tischtennis usw. Auch diese Tätigkeiten werden von der therapeutischen Konzeption bestimmt.

In der aktiven Musiktherapie ist es für die Mitglieder der Gruppe möglich, ihre verbal nicht oder schwer kommunizierbaren Gefühle und Konflikte mit Hilfe der Musikinstrumente (Trommel, Gong, Monochord) auszudrücken. Es geht um eine kreative Improvisation in einer Gruppe; sie bekommen von den anderen Patienten Feed-backs verbal, mit Musik oder mit Stimmen. Die Gruppenleiter sind aktiv, arbeiten mit in der Musik zum Ausdruck kommenden psychopathologischen Inhalten sowie mit Aspekten von Symbiose, Trennung und Identität.

Bei der humanstrukturellen Tanztherapie findet ein ständiges Wechselspiel zwischen Psyche und Körper, bewußt und unbewußt, Individuum und Gruppe, weiblich und männlich statt, wobei das Therapieziel die Integration der verschiedenen Dimensionen in der Identität des Menschen ist. Es handelt sich um einen spontanen Einzeltanz in der Gruppe mit einer selbstgewählten Musik oder mit Trommeln, der Tanz ist eine Bewegungssprache, ein Ausdrucksmittel, welches über den Körper einen Zugang zu Gefühlen, Bedürfnissen, zum Unbewußten ermöglicht. Die Tanzgruppe beginnt mit Meditation. Nach den Tänzen bekommen die einzelnen Tänzer Rückmeldungen von der Gruppe, dieses sozialenergetische Feld ist von hoher Bedeutung für die Ausdrucksmöglichkeiten. Ich konnte die Entwicklung der Kontaktfähigkeit und des

Vertrauens in der Gruppe, die Begegnung mit dem eigenen Körper, die Integration bei den Patienten beobachten.

Die Maltherapie und Theatertherapie erhalten ihre therapeutische Wirksamkeit durch die kreativen non-verbale Ausdrucksmöglichkeiten in der Gruppe, durch die Begünstigung der konstruktiven Prozesse, durch die Auseinandersetzung und Bearbeitung der destruktiven Gefühle innerhalb des gesamten therapeutischen Milieus der Klinik.

Das therapeutische Konzept und die Wirkungsmechanismen der Klinik spiegeln sich präzise in der Großgruppe wider und dort ist auch die demokratische Praxis unmittelbar zu beobachten.

Die Patienten haben auch die Gelegenheit, in der Stadt spazieren zu gehen, ins Kino zu gehen, aber — entsprechend der Konzeption der Sozialenergie — immer gemeinsam mit anderen, selbstgewählten Mitpatienten. Die verschiedenen, wichtigen Aspekte des Konzeptes drücken sich ebenso in den Case-Konferenzen aus, die für mich sehr erlebnisreich waren.

Nach der Entlassung lebt die Mehrheit der Patienten vorübergehend in therapeutischen Wohngemeinschaften.

Es war für mich eine große Möglichkeit, an dem Seminar der DAP in Berlin über psychometrische Tests teilnehmen zu können, wodurch ich viele Aspekte der psychodiagnostischen Arbeit der Klinik besser kennenlernte. Ich fand den von *Ammon* entwickelten Ich-Struktur-Test (ISTA) besonders interessant und wichtig und wir haben damit begonnen, diesen Test in unserer Klinik in Pécs auszuprobieren und anzuwenden. Die humanstrukturelle Musik- und Tanztherapie haben auch wir eingeführt.

Wichtige Eindrücke konnte ich auch noch von dem Autokinetischen Lichttest (AKL), der Schlafforschung, von der ISTA-Weiterentwicklung und von den Borderline-Effizienzuntersuchungen gewinnen.

Eine schöne Gelegenheit war es für mich, an der 75. Gruppendynamischen Klausurtagung der DAP in Paestum im Juni 1989 teilnehmen zu können. Paestum ist ein geweihter kultischer Ort seit Tausenden von Jahren, die Casa Ammon liegt auf archäologischem Gelände, nicht weit von den antiken Tempeln und vom Meer. Täglich fanden zwei gruppendynamische Selbsterfahrungssitzungen statt. Nach der Mittagspause traf sich die Gruppe zur Tanzsitzung, abends wurden im Seminar wissenschaftliche Themen diskutiert. In der Mitte der Tagung fuhren wir für einen Tag nach Capri.

Das Konzept von *Ammon*, dessen theoretische Bedeutung ich schon früher kennenlernen konnte und welches ich in der Klinik Mengerschwaige in der Praxis verwirklicht sah, wurde für mich in Paestum auch noch zu einem außergewöhnlichen persönlichen Erlebnis.

Ich bin Dr. *Ammon* und Frau *Burbiel* für die Einladung, die Unterstützung und für die besonderes herzliche Gastfreundschaft zu großem Dank verpflichtet.

*Aus dem Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim*

*Professor Dr. Dr. Heinz Häfner*, Direktor des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit, Mannheim, wurde zum Honorary Member der 1864 gegründeten Amerikanischen Gesellschaft für Psychopathologie (American Psychopathological Association: APPA) ernannt. Des weiteren wurde Professor *Häfner* in Anerkennung seiner wissenschaftlichen Leistungen zum Mitglied der 1652 gegründeten Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina in Halle (Saale) gewählt.

Prof. Dr. Dr. *Robert Olbrich*, Leitender Oberarzt an der Psychiatrischen Klinik des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit, Mannheim, wurde als erstes europäisches Mitglied in die amerikanische Society for Research in Psychopathology, Lawrence, aufgenommen.

Diabetes mellitus, die sogenannte »Zuckerkrankheit«, gehört zu den häufigsten chronischen Erkrankungen; an ihr leiden, wie Wissenschaftler nachweisen konnten, etwa 2 bis 6% der Bevölkerung von Industrieländern. Die Zahlen liegen wahrscheinlich wesentlich höher, wenn man die unentdeckten Fälle berücksichtigt. Neben gesicherten Risikofaktoren wie höherem Alter, Übergewicht und genetischer Belastung hat man seit langem vermutet, daß auch psychische Erkrankungen überdurchschnittlich häufig bei Diabetikern vorkommen. Überzeugende Studien, in denen dieser Zusammenhang in repräsentativen Bevölkerungsstudien untersucht wurde, gibt es kaum.

Basierend auf Daten einer oberbayerischen Feldstudie konnten Wissenschaftler des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit, Mannheim, zeigen (*S. Weyerer et al: Psychiatric Disorders and Diabetes — Results from a Community Study. Journal of Psychosomatic Research 323/1989, 633—640*), daß die Häufigkeit des Diabetes in der Erwachsenenbevölkerung bei 4% lag, und mit zunehmendem Alter stark anstieg. Die Untersuchung ergab, daß unter Berücksichtigung auch leichterer psychischer Störungen die psychiatrische Krankheitsrate bei Diabetikern mit 43,1% in einer ähnlichen Größenordnung lag wie bei einer Kontrollgruppe von Probanden mit einer anderen körperlichen Erkrankung (50,7%). Beide Werte waren jedoch im Vergleich zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen von 26,2% bei körperlich Gesunden deutlich erhöht. Bei Diabetikern treten somit wie auch bei anderen körperlich Kranken in der Allgemeinbevölkerung psychische Erkrankungen überdurchschnittlich häufig auf.

Zwischen dem Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim und der Bulgarischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften in Sofia wurde eine Vereinbarung getroffen, die eine Zusammenarbeit auf dem Gebiet der klinischen und epidemiologischen psychiatrischen Forschung zum Ziel hat. Dabei ist sowohl eine gemeinsame Durchführung bestimmter Forschungsvor-

haben wie auch die Teilnahme und Weiterbildung junger Wissenschaftler an den jeweiligen Projekten vorgesehen.

Wie die Initiatoren des Projekts, Professor Dr. *Assen Jablensky* und Prof. Dr. *Dr. Heinz Häfner*, betonen, *ist zunächst eine Erprobungsphase mit einer Laufzeit von zwei bis drei Jahre geplant. In dieser Vorlaufzeit sollen jedoch bereits konkrete Vorhaben durchgeführt werden.*

*Professor Jablensky*, Präsident der Bulgarischen Medizinischen Akademie, Direktor des National Neuroscience and Behaviour Research Programme und zuvor acht Jahre lang Leiter der Schizophrenieforschung der WHO in Genf, sieht in der zukünftigen Kooperation mit den Mannheimer Wissenschaftlern eine Fortsetzung der Zusammenarbeit, die bereits seit 1976 im Rahmen der Weltgesundheitsorganisation zwischen beiden Instituten mit Erfolg für zahlreiche Bereiche der psychiatrischen Forschung besteht. Ein weiterer Aspekt bietet sich durch die Möglichkeit, die von ihm eingeleitete Neuorganisation der Forschungsaktivitäten seines Landes und der staatlichen Forschungsförderung an die Kriterien anzulehnen, die den Richtlinien der Deutschen Forschungsgemeinschaft zugrunde liegen.

(ZI, Februar 1990)

## Ankündigungen/Announcements

*Interdisziplinäre Fortbildungsveranstaltung für Berufsgruppen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich*

*19. Verhaltenstherapiewoche*

Ort: Kiel

Zeit: 4.—8. Mai 1990

Information: IFT Institut für Therapieforchung, Parzivalstraße 25,  
8000 München 40

*8. Wissenschaftliche Tagung der DG-Sucht*

Thema: Rechtliche Probleme bei Abhängigkeitserkrankungen

Ort: Büsing-Palais in Offenbach

Zeit: 10. und 11. Mai 1990

Information: Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung  
und Suchttherapie e.V., Postfach 1369, 4700 Hamm 1

*Internationales Symposium*

*Psychiatrische Universitätsklinik Basel*

Thema: Ethik in der Psychiatrie — Wertebeurteilung, Wertedurchsetzung

Ort: Psychiatrische Universitätsklinik Basel

Zeit: 19./20. Mai 1990

Information: Frau Ulrike Evers, Freundallee 19—23, D-3000 Hannover 1,  
Tel. 05 11 / 2 80 78-14

*14. Fortbildungstage für Psychosomatik und Sexualmedizin*

*10. Wissenschaftliche Sitzung der Gesellschaft für praktische Sexualmedizin (GPS)  
Gesellschaft zur Förderung sexualmedizinischer Fortbildung*

Ort: Stadthalle Heidelberg

Zeit: 13.—17. Juni 1990

Information: Prof. Dr. med. Volker Herms, Chefarzt, Kreiskrankenhaus  
Erlenbach, Krankenhausstraße 46, 8765 Erlenbach/Main

*International Congress on Psychopathology of Expression*

*American Society of Psychopathology of Expression*

Thema: 1. Art Media as a Vehicle of Communication

2. The Historical Development of the Therapeutic Use of Art Media

Place: Concordia University, Montreal, Canada

Time: September 20, 21, 22, 1990

Information: Dr. Irene Jakab, 228 Parkman Avenue, Pittsburgh, PA 15213 USA

*Second European Conference on Traumatic Stress*

Thema: Traumatic Stress Reactions — Prevention, Coping and Treatment

Place: Leeuwenhorst Congress Centre Noordwijkerhout, The Netherlands

Time: September 23—27, 1990

Information: Second European Conference on Traumatic Stress,

c/o National Institute for the Victims of War (ICODO),

Mirjam Bossnik, P.O.Box 13362, 3507 LJ Utrecht, The Netherlands

*DGPN-Kongreß 1990*

*Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde*

Thema: Alterspsychiatrie

Ort: Kongreß-Hotel Maritim, Bonn

Zeit: 26.—28. September 1990

Information: Congress Organisation Hausberg — Kongreß der DGPN 1990

Postfach 180180, D-5000 Köln 1

*8. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP*

*21. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP)*

Thema: Psychotherapie der Psychosen — Zum Paradigmenwechsel in  
Psychoanalyse und Psychiatrie

Ort: Hochschule der Künste, Berlin

Zeit: 5.—8. Oktober 1990

Information: Organisationskomitee 8. Weltkongreß der WADP,

Wielandstraße 27/28, 1000 Berlin 15

*Arbeitstagung 1990*

*Internationale Gesellschaft für Tiefenpsychologie e.V.*

Thema: Abschiedlich leben

Ort: Lindau im Bodensee

Zeit: Montag, 29. Oktober bis Freitag, 2. November 1990

Information: Internationale Gesellschaft für Tiefenpsychologie e.V.

Postfach 1147, 7310 Plochingen

*Das Fritz-Perls-Institut für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung (FPI), gemeinnützige GmbH* bietet in seinem reichhaltigen Programm unter anderem folgende Veranstaltungen an:

8.—10. Juni 1990

Körpertherapie in der Drogenhilfe

Köln

6.—8. Juli 1990

Dialoge über Theorie: Fritz Perls und die Folgen

Passau

28.—30. September 1990  
Tanztherapie-Tagung  
Remscheid

19.-21. Oktober 1990  
1. Europäisches Symposium für Stimme und Therapie  
Hückeswagen

25.-28. September 1990  
7. Deutsches Symposium für Kunsttherapie und Therapie mit kreativen  
Medien: Die Fähigkeit zu trauern. Trauerarbeit in der Kunsttherapie.  
Hückeswagen

Informationen für diese Veranstaltungen sind zu erhalten über folgende  
Adresse:

Fritz Perls Institut, gemeinnützige GmbH, Brehmstraße 9,  
D-4000 Düsseldorf 1, Tel.: 02 11 / 62 22 55

## Im nächsten Heft erscheint . . .

*Vadim S. Rotenberg/J.S. Korostoleva* (Moskau)

Psychological Aspects of the Search Activity and Learned Helplessness in Psychosomatic Patients and Healthy Testees

*Guilherme Ferreira* (Lissabon)

Borderline Syndrome and Disability

*Christina McGuire* (Chicago)

The Dynamics of Medical Education

*Helen Basina* (Moskau)

Identification: Reality or Theoretical Construct?

*Michel Bénézech* (Bordeaux)

Der Objektverlust in der kriminologischen Klinik erfahrung oder die Leiden Werthers

*Nicholas Destounis* (Milwaukee)

Grief

*Gabriele von Bülow/Paul Weskamp/Gabriele Glatzel* (Berlin)

Die von-Ardenne-Methode zur Steigerung des Energiestatus des Menschen

*Gerhard Menzel/Paul Schmalisch* (Berlin)

Die Psychopathielehre Kurt Schneiders und die humanstrukturelle Borderline-Konzeption Günter Ammons als Modell schwerer Persönlichkeitsstörung

*Gebriele von Bülow/Margit Schmolke* (Berlin)

Kritische Diskussion des Diagnostischen Systems des DSM III R aus humanstruktureller Sicht

*David J. Weeks* (Edinburgh)

Eccentric Personality and the Borderline Syndrome

*George B. Palermo* (Milwaukee)

Cocaine Paranoia or Paranoid Schizophrenia — A Diagnostic Dilemma

## Impressum

Verlag, Sitz und Geschäftsstelle/Publishing House, seat and office:

»Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH München,  
Goethestraße 54, 8000 München 2, Tel. (0 89) 53 96 74.

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

Dr. med. Günter Ammon, Arzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychoanalyse,  
Psychotherapie, Meierottostraße 1, 1000 Berlin 15 (20%)

Geschäftsführer des Verlages: Anna Scharnagl, Betriebswirtin, Pariser Straße 34,  
8000 München 80

Druck: Alfa-Druck GmbH, Buch- und Offsetdruckerei, Levinstraße 9a,  
3400 Göttingen.

Herausgeber/Editor: Dr. med. Günter Ammon, Meierottostraße 1,  
1000 Berlin 15 (verantwortlich für den wissenschaftlichen Teil).

Buchbesprechungen/Book reviews: Dr. phil. Helmut Volger, Ludwigkirchstraße 2,  
1000 Berlin 15

Nachrichtenteil/News: Verantwortlich Dr. phil. Ilse Burbiel, Presse- und Informations-  
referentin im Executive Council der World Association for Dynamic Psychiatry  
WADP, Karl-Theodor-Str. 73, 8000 München 40; Rechtsanwalt Thomas Hessel,  
Justitiar und Schatzmeister im Executive Council der World Association for Dy-  
namic Psychiatry WADP, Arcisstraße 59, 8000 München 40.

Anzeigen/Advertising Manager: Petra Hieber, Karl-Theodor-Str. 73, 8000 München 40  
(verantwortlich).

Abonnentenabteilung/Subscription management: Michael Birk, Goethestraße 54,  
8000 München 2.

Manuskripte nehmen entgegen/manuscripts should be sent to:

Hauptschriftleitung Dr. med. Günter Ammon, Wielandstraße 27/28, 1000 Berlin 15.

Anschrift der Redaktion/Address of the editorial staff:

Wielandstraße 27/28, 1000 Berlin 15

Weitere Mitglieder der Redaktion/Members of the editorial staff:

Dipl. Psych. Maria Berger, Dipl. Soz. Jürgen Blechschmidt, Dr. phil. Ilse Burbiel, Dipl.  
Psych. Gabriele von Bülow, Dipl. Psych. Daniel Hermelink, Dipl. Psych.  
Gerhard Menzel, Dipl. Psych. Volker Peschke, Dr. med. Bernhard Richarz, Dr. med.  
Ulrike Schanné, Dr. med. Rolf Schmidts, Margit Schmolke, Prof. Dr. Duane Sherwin,  
Dipl. Psych. Astrid Thome, Dr. phil. Barbara Töpfer, Dr. phil. Helmut Volger, Dipl.  
Psych. Gerhard Wolfrum.

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

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

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

Die Dynamische Psychiatrie erscheint zweimonatlich. Jahresabonnement DM 96,— (zzgl. Porto), für alle Mitglieder der DAP, der DGG, der DGPM, der WADP und der DGDP, für Ärzte im Vorbereitungsdienst, Studenten und Mitarbeiter der Psychoanalytischen Kindergärten gegen Nachweis nur in Deutschland DM 75,— (zzgl. Porto). Studenten DM 48,— (zzgl. Porto). Einzelheft DM 18,—. Das Abonnement verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn es nicht vier Wochen vor Ablauf des Bezugsjahres gekündigt wird. Zahlung des Jahresabonnements bis zum 1.4. d.J. auf das folgende Konto: Commerzbank AG München 225 295 500, BLZ 700 400 41.

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

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

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

Dynamic Psychiatry is published bi-monthly. Annual subscription rate \$ 48,— per individual copy \$ 9,—. Air mail delivery with additional payment on special request. The subscription is prolonged for one year, if it has not been cancelled four weeks before the end of the year. The annual subscription rate should be paid by the 1st of April. The money should be remitted on the account of »Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH Commerzbank 225 295 500 AG München, BLZ 700 400 41.

K. Jaspers

## **Gesammelte Schriften zur Psychopathologie**

1990. Reprint der 1. Aufl. 1963. VIII, 421 S.  
Geb. DM 148,- ISBN 3-540-51935-1

Gilt die „Allgemeine Psychopathologie“ als das systematische Grundbuch der neuzeitlichen Psychiatrie, mit dem Jaspers diesen damals jüngsten Zweig der medizinischen Forschung aus einer noch überwiegend klinischen Empirie in den Rang einer eigenständigen wissenschaftlichen Forschungspraxis erhob, so kommt den sie vorbereitenden Arbeiten eine grundlegende methodologische Bedeutung zu. In ihnen entwickelte Jaspers die methodischen Grundzüge seiner wissenschaftlichen wie auch – im Ansatz – seiner späteren philosophischen Denkart. Beide in ihren ersten entscheidenden Schritten verfolgen und beurteilen zu können, gehört zum Verständnis des gesamten Lebenswerkes von Jaspers.

R. H. Lotze

## **Kleine Schriften zur Psychologie**

Eingeleitet und mit Materialien zur Rezeptionsgeschichte versehen von R. Pöster

1989. 256 S. (Psychologie-Reprint) Geb. DM 58,-  
ISBN 3-540-51095-8

Rudolph Herrmann Lotze (1817-1881) gehörte zu den Wegbereitern der modernen Psychologie. Im vorliegenden Band werden schwer zugängliche kleine psychologische Schriften aus seiner frühen Schaffensperiode vorgestellt. Sie dokumentieren Lotzes Auseinandersetzung mit der romantischen Naturphilosophie, vor allem mit dem Begriff der „Lebenskraft“, und seinen Weg zu einer mechanischen Auffassung des Organismus. Für das Verständnis der Entstehung der wissenschaftlichen Psychologie sind sie unentbehrlich.

Vertriebsrechte für die Sozialistischen Länder:  
VEB Deutscher Verlag der Wissenschaften, Berlin.

W. T. Preyer

## **Die Seele des Kindes**

Eingeleitet und mit Materialien zur Rezeptionsgeschichte versehen von G. Eckardt

1989. 524 S. (Psychologie-Reprint) Geb. DM 88,-  
ISBN 3-540-51094-X

**Die Seele des Kindes** (1882) von William Thierry Preyer (1841-1897) war das „Eröffnungswerk der modernen Kinderpsychologie“ (William Stern) und wurde noch mehr als 40 Jahre nach seinem Erscheinen als „Grundbuch der heutigen Kinderpsychologie“ (Karl Bühler) bezeichnet. Der vorliegende Band macht deutlich, daß die Kinderpsychologie nicht als „Ableger“ der beginnenden experimentellen Psychologie entstand, sondern aus dem Bestreben heraus, der Evolutionstheorie Darwins ein weiteres Anwendungsgebiet zu erschließen.

Vertriebsrechte für die Sozialistischen Länder:  
VEB Deutscher Verlag der Wissenschaften, Berlin

F. H. Kanfer, H. Reinecker, D. Schmelzer

## **Selbstmanagement- Therapie**

**Ein Lehrbuch für die klinische Praxis**

1990. Etwa 640 S. 43 Abb. 90 Tab. Brosch. DM 98,-  
ISBN 3-540-52066-X

Wie versetze ich meinen Patienten/Klienten in die Lage, sein Leben ohne therapeutische Hilfe zu gestalten? Dies ist das Ziel und Kernstück der Selbstmanagement-Therapie, die im vorliegenden Buch ihre erste umfassende deutschsprachige Darstellung erfährt. Es ist ein Lehrbuch für die Praxis, welches zum einen als grundlegende Ausbildungsliteratur, zum anderen als Nachschlagewerk für spezielle Themen und Fragestellungen dienen soll. Mit dem vorgelegten Konzept, welches häufig die Grenzen traditioneller psychotherapeutischer Schulen überschreitet, hat Kanfer in den USA große Bekanntheit erreicht; zwei erfahrene deutschsprachige Praktiker haben die Umsetzung für den deutschsprachigen Raum entscheidend mitgeprägt.

Preisänderungen vorbehalten.

Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York London Paris Tokyo Hong Kong

Heidelberger Platz 3, D-1000 Berlin 33 · 175 Fifth Ave., New York, NY 10010, USA · 8 Alexandra Rd., London SW19 7JZ, England ·  
26, rue des Carmes, F-75005 Paris · 37-3, Hongo 3-chome, Bunkyo-ku, Tokyo 113, Japan · Citicorp Centre, Room 1603,  
18 Whitfield Road, Causeway Bay, Hong Kong

Springer



im 5820/SF

# **Das Problem des Bewußtseins in der Kognitionswissenschaft**

Perspektiven einer „Kognitiven Neurowissenschaft“

Von *M. Kurthen*

1990. VIII, 112 Seiten, kartoniert DM 42,-  
ISBN 3 432 98571 1

Die „Kognitionswissenschaft“ hat sich die Aufgabe gestellt, die strukturellen und funktionalen Grundlagen intelligenten Handelns zu erforschen. Zu diesem interdisziplinären Projekt haben bislang hauptsächlich die Kognitive Psychologie, die Künstliche-Intelligenz-Forschung und die sprachanalytische Philosophie beigetragen. In diesem Buch wird dafür plädiert, die Neurowissenschaften – speziell die klinische Neurophysiologie – stärker in das kognitionswissenschaftliche Projekt zu integrieren. Am problematischen Leitbegriff des „Bewußtseins“ werden die Perspektiven einer „Kognitiven Neurowissenschaft“ als Teilgebiet der Kognitions-wissenschaft veranschaulicht. Dabei werden auch philosophische Grundprobleme, wie das der „Intentionalität“ und des „Wissens um Fremd-seelisches“ in die Betrachtung einbezogen.

## **Parallelität von Gehirn und Seele**

Neurowissenschaft und Leib-Seele-Problem

Von *D. B. Linke/M. Kurthen*

1988. XII, 108 Seiten, 12 Abbildungen, kartoniert DM 39,-  
ISBN 3 432 97441 8

In dem Buch stellen die Autoren die These vor, daß der Parallelismus eine sinnvolle Lösung des Leib-Seele-Problems darstellt. Es werden Ergebnisse der Hirnforschung analysiert, welche den von Popper und Eccles vorgeschlagenen Interaktionismus zurückweisen lassen. Die These wird durch Prüfung des Apparates der analytischen Philosophie, ausgehend von Wittgenstein, untermauert und im Sinne eines heuristischen Prinzips gedeutet. Die Diskussion neurowissenschaftlicher Einzelprobleme wie Zeit und Bewußtsein geschieht nicht nur interdisziplinär, sondern mündet in dem Aufweis, daß die Hirnforschung Anschauungen liefert, welche eine Erweiterung auch der philosophischen Erkenntnis ermöglichen.

Preisänderungen vorbehalten