

Dynamische Psychiatrie

Herausgegeben
von Günter Ammon

Dynamic Psychiatry

Internationale Zeitschrift für
Psychiatrie und Psychoanalyse

Ilse Burbiel/Rita Apfelter/Egon Fabian/Ulrike Schanné/Gabi Seidler†/Gerhard Wolfrum (München)

Die Effizienz stationärer Psychosentherapie in der Klinik Mengerschwaige —
Klinisch-psychologische Untersuchungen

Vadim S. Rotenberg (Moskau)

Anxiety, Panicky Behaviour and Depression: A Psycho-Behavioral and
Biological Approach

Marius Erdreich (Haifa)

Psychotherapy in the Frame of a Holistic Approach to the Treatment of Reactive
Psychosis

Mikiko Hasegawa (Tokyo)

Development of Team Approach at Hasegawa Hospital

Sumiko Ishida (Tokyo)

Case Report of Team Approach at Hasegawa Hospital — Process of Team
Approach to a Borderline Personality Disorder Case

Takashi Yamaguchi (Tokyo)

On Recent Development of Group Psychotherapy in Japan

J.J. Tupizin (Leningrad)

Current Trends in Organization of a Specialized Service for Borderline
Psychiatric Patients in the USSR

Mauricio Knobel (Campinas)

Brief Dynamic Psychotherapy of Psychotic Patients and their Families

Maria Berger (Berlin)/Renate Bez (München)

Untersuchungen des sozialenergetischen Lebensfeldes von schizophren reagieren-
den Patienten anhand biographischer Interviews

Modest Kabanov/V.D. Wied (Leningrad)

Die Stellung der Psychotherapie im System der Rehabilitation psychisch Kranker
(Ergebnisse aus 20 Jahren der Beobachtung und Forschung)

Buchbesprechungen

Nachrichten

23. Jahrgang
5./6. Heft 1990

»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 Mengerschwaike, der
Deutschen Gesellschaft für Dynamische Psychiatrie (DGDP) und der
Psychoanalytischen Kindergärten

23. Jahrgang, 5./6. Heft 1990, Nr. 124/125

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 — 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. Mahlendorf, Santa Barbara —
A. Mercurio, Rom — L. Miller de Paiva, Sao Paulo — K. Okonogi, Tokio — M. Orwid, Kra-
kowiak — J.F. Pawlik, Warschau — E. Ringel, Wien — V. S. Rotenberg, Tel. Aviv — F. S.
Rothschild, Jerusalem — D. Shaskan, Los Angeles — J.B.P. Sinha, Patna — J. Sutherland,
Edinburgh — Y. Tokuda, Tokio — E. Weigert, Chevy Chase — Wu Chen-I, Peking.

Inhalt / Contents

Ilse Burbiel/Rita Apfelter/Egon Fabian/Ulrike Schanné/Gabi Seidler†/Gerhard Wolfrum (München):

- Die Effizienz stationärer Psychosentherapie in der Klinik Mengerschwaike — Klinisch-psychologische Untersuchungen 247
Efficiency of Therapy of Hospitalized Psychotic Patients of the Dynamic Psychiatric Hospital Mengerschwaike — Clinical Psychological Researches I and II 298

Vadim S. Rotenberg (Moskau)

- Anxiety, Panicky Behaviour and Depression: A Psycho-Behavioral and Biological Approach 302
Zum Zusammenhang von Angst, Panikverhalten und Depression: ein verhaltenspsychologischer und biologischer Ansatz 307

Marius Erdreich (Haifa)

- Psychotherapy in the Frame of a Holistic Approach to the Treatment of Reactive Psychosis 310
Psychotherapie im Rahmen eines ganzheitlichen Ansatzes für die Behandlung der reaktiven Psychose 317

Mikiko Hasegawa (Tokyo)

- Development of Team Approach at Hasegawa Hospital 321
Die Entwicklung des intergrierten therapeutischen Teams in der Hasegawa-Klinik 323

<i>Sumiko Ishida</i> (Tokyo)	
Case Report of Team Approach at Hasegawa Hospital — Process of Team Approach to a Borderline Personality Disorder Case	326
Fallbericht zur integrierten Team-Behandlung der Hasegawa-Klinik — Entwicklung des Teamansatzes im Fall einer Borderline-Persönlichkeitsstörung	329
<i>Takashi Yamaguchi</i> (Tokyo)	
On Recent Development of Group Psychotherapy in Japan	331
Über die neuere Entwicklung der Gruppenpsychotherapie in Japan	335
<i>J.J. Tupizin</i> (Leningrad)	
Current Trends in Organization of a Specialized Service for Borderline Psychiatric Patients in the USSR	337
Neue Trends im Aufbau einer spezialisierten Betreuung für Borderline-Patienten in der UdSSR	340
<i>Mauricio Knobel</i> (Campinas)	
Brief Dynamic Psychotherapy of Psychotic Patients and their Families	343
Dynamische Kurzpsychotherapie mit psychotischen Patienten und ihren Familien	353
<i>Maria Berger</i> (Berlin) / <i>Renate Bez</i> (München)	
Untersuchungen des sozialenergetischen Lebensfeldes von schizophren reagierenden Patienten anhand biographischer Interviews	357
Investigations of the Socialenergetic Life Fields of Schizophrenic Patients by Biographical Interviews	374
<i>Modest Kabanov/V.D. Wied</i> (Leningrad)	
Die Stellung der Psychotherapie im System der Rehabilitation psychisch Kranker (Ergebnisse aus 20 Jahren der Beobachtung und Forschung)	377
The Role of Psychotherapy in the System of Rehabilitation of Mentally Ill Patients (Results of 20 Years of Clinical Observations and Research)	383
Buchbesprechungen / Book Reviews	386
Nachrichten / News	398
Ankündigungen / Announcements	406

Die Effizienz stationärer Psychosentherapie in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige München — Klinisch-psychologische Untersuchungen*****

Ilse Burbiel* / Rita Apfelthaler** / Egon Fabian*** / Ulrike Schanné**** /
Gabriele Seidler † ***** / Gerhard Wolfrum***** (München)

Anliegen der vorliegenden Arbeit ist die Überprüfung der Wirksamkeit stationärer Psychotherapie bei psychotisch strukturierten Patienten als Gesamtgruppe sowie der beiden Untergruppen schizophrene Reaktion und narzißtische Depression. Auf theoretischer Ebene wird ausgehend von dem Krankheits- und Gesundheitsverständnis sowie dem Persönlichkeitsmodell (Humanstruktur-Modell). Günter Ammons und der humanstrukturellen Diagnostik der Dynamischen Psychiatrie das Modell der humanstrukturellen Persönlichkeitsmessung als schulenübergreifendes Effizienzmodell vorgestellt, das als Grundlage der umfassenden empirischen Untersuchung dient.

In einer Vorher/Nachher-Untersuchung werden die Ergebnisse verschiedener psychologisch-diagnostischer Testverfahren (Ich-Struktur-Test nach Ammon (ISTA), MMPI/Saarbrücken, Gießen-Test (GT), Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI) und Fragebogen zur Messung der Veränderung des Verhaltens und Erlebens (VEV), in den Humanstrukturen der Aggression, der Angst, der Ich-Abgrenzung und des Narzißmus an einer Gesamtstichprobe von n=210 Patienten auf statistische Mittelwertsunterschiede zwischen Aufnahme- und Entlassungswerten untersucht. Auf den verschiedenen Meßebenen wird gezeigt, daß bei psychotisch erkrankten Menschen Veränderungen in der Humanstruktur, im Erleben und Verhalten des Patienten und eine Abnahme der Symptomatologie durch die dynamische-psychiatrische Behandlung erreicht werden konnte im Sinne einer Entwicklung von Kontakt- und Lebensfähigkeit.

Zur Erfassung der Stabilität der erreichten Veränderungen wurde in einem dritten Teil der Arbeit im Rahmen des Münchner Katamnestik-Projektes an einer Stichprobe von n=50 ehemaliger Patienten eine erste Untersuchung durchgeführt. In einer Fragebogenerhebung werden anhand der persönlichen Einschätzung von Persönlichkeitsveränderung, Symptomatik, Lebenssituation und Therapieerfolg erste Ergebnisse erzielt: Über 80% der Patienten äußerten sich positiv zu ihrer Entwicklung nach ihrem stationären Klinikaufenthalt in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige.

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

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

*** Dr. med. (Univ. Tel Aviv), Arzt für Psychiatrie und Neurologie, Oberarzt der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige München

**** Dr.med., Assistenzärztin der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige München

***** Dipl.-Psych., Mitarbeiterin der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige München

***** Dipl.-Psych., Klinischer Psychologe (BDP), Mitarbeiter der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige München

***** Vortrag gehalten auf dem 8. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XXI. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 5. — 8.10.1990 in der Hochschule der Künste Berlin, zum Thema »Psychotherapie der Psychosen«

Die vorliegende Arbeit stellt eine Fortsetzung der in der psychologischen Abteilung der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige durchgeführten klinisch-psychologischen Untersuchungen zur Wirksamkeit stationärer psychotherapeutisch-psychiatrischer Behandlung dar, die seit den beginnenden 80er Jahren kontinuierlich durchgeführt und der wissenschaftlichen Öffentlichkeit zur Diskussion vorgestellt werden (vgl.z.B. *Ammon et al.* 1982, *Burbiel & Wagner* 1984, *Burbiel et al.* 1989).

In einer Vorher-Nachher-Untersuchung soll die Effizienz der in der Klinik praktizierten humanstrukturellen Therapie auf der Ebene des psychologischen Methodeninventars bei psychotisch strukturierten Patienten überprüft werden, die in dem Zeitraum von 1983—1990 behandelt wurden. Aus dem gesamten Spektrum der diagnostischen Verfahren, das sowohl psychiatrische, dynamisch-psychiatrische, internistisch-medizinische, sozialarbeiterische wie auch ausführliche psychologische Untersuchungen umfaßt, analysiert diese Arbeit die Ergebnisse aus folgenden Verfahren:

- 1) dem Ich-Struktur-Test nach *Ammon* (ISTA),
- 2) dem MMPI Saarbrücken,
- 3) dem Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI),
- 4) dem Gießen-Test (GT) und
- 5) dem Fragebogen zur Messung der Veränderung des Verhaltens und Erlebens (VEV).

In einem zweiten Untersuchungsabschnitt werden auf der testpsychologischen Ebene differentialdiagnostische Unterschiede in der Effizienz der klinisch-stationären Behandlung zwischen den Gruppen der schizophrenen und der narzißtisch-depressiv strukturierten Patienten überprüft und diskutiert. Im letzten Teil der Arbeit werden die Ergebnisse einer katamnestischen Umfrage bei psychotisch strukturierten Patienten 1 bis 6 Jahre nach der Entlassung aus der Klinik vorgestellt. Diese Umfrage stellt im Sinne einer ersten Kontaktaufnahme mit den ehemaligen Patienten den Beginn eines umfassend geplanten Münchner Katamnestikprojektes dar. Alle referierten Ergebnisse werden auf dem Hintergrund des dynamisch-psychiatrischen Effektivitätskonzeptes diskutiert, das auf dem humanstrukturellen Krankheits- und Gesundheitsverständnis und dem *Ammonschen* Persönlichkeitsmodell basiert.

Krankheitsverständnis und Behandlungsziel der Dynamischen Psychiatrie

Das Ziel einer jeglichen Therapie ist Heilung, d.h. im weitesten Sinne Wiederherstellung oder Gewinnen von Gesundheit. Zu überprüfen, ob das Heilungsziel erreicht ist, setzt voraus, daß der Behandelnde weiß, was er wie zu heilen hat. So simpel diese Sätze auch klingen mögen, verbirgt sich doch dahinter eine ungeheure Variabilität unterschiedlichster Definitionen und Konzepte darüber, was Therapie, was Krankheit und Gesundheit ist, wie die Krankheit zustande kommt, wie sie zu verstehen ist, mit welchen Methoden die Behandlung zu erfolgen hat, was Erfolg ist und wie dieser Erfolg überprüft werden kann. Dies gilt insbesondere für den Bereich der Psychiatrie. Für viele

Psychiater ist Gesundheit implizit das »Fehlen von Krankheit«. Sie konzentrieren ihre Bemühungen darauf, die Krankheitssymptome — meist psychopharmakologisch — zu behandeln. Sind diese zum Verschwinden gebracht, dann wird der Patient, zumindest vorläufig, als geheilt entlassen. Aber ist er das wirklich?

Im Jahre 1958 hat die WHO eine Gesundheitsdefinition formuliert, die weit über die eben dargestellte und gängige Minimalvorstellung von Gesundheit hinausgeht: »Health means more than freedom from disease, freedom from untimely death. It means optimum physical, mental and social efficiency and wellbeing«. Strebt diese Definition bereits nach einer ganzheitlichen Betrachtung des Menschen, nach einer - wie *Ammon* dies in dem Programmtext zum 5. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP 1987 formulierte - »Harmonisierung von Körper, Seele und Geist und Umwelt«, so geht *Ammon* in seiner Vorstellung von einem »gesunden Menschen« über das WHO-Konzept hinaus. Sein Gesundheitsbegriff führt weg von der eher statischen Betrachtungsweise eines zu erreichenden und möglichst stabil bleibenden Wohlbefindens hin zu einem dynamischen und prozeßhaft zu sehenden Gesundheitsgeschehen, einem Geschehen, das darauf zielt, daß der Mensch ein *Werdender* bleibt, er seine Identität immer wieder neu gestaltet in Richtung auf neue Entwicklungsmöglichkeiten und Ziele, ohne das bereits Erreichte aufzugeben. Entwicklungsfähig zu bleiben in der Gestaltung der seelischen, geistigen und körperlichen Fähigkeiten, Bedürfnisse und Möglichkeiten ist *Gesundsein*. Da diese Mehrdimensionalität der Persönlichkeit auch immer gebündelt und gesteuert werden muß in Richtung auf die Ziele, die ein Mensch hat, muß sie reguliert und integriert werden durch eine steuernde Kraft, die bei *Ammon* die Identität des Menschen ist (vgl. z.B. *Ammon* 1981, 1987).

Kranksein ist nach *Ammon* nun nicht der Verlust von *Gesundsein*, sondern auch immer eine der menschlichen Möglichkeiten. Jeder Mensch hat gesunde und kranke Anteile in seiner Persönlichkeit, wobei es zwischen beiden fließende Übergänge gibt. Kranksein ist ein zeitweiliger Verlust der Homöostase und ein Auseinanderfallen, d.h. Desintegration der verschiedenen Persönlichkeitsfunktionen bzw. Entwicklungsarretierung. Kranksein ist eine Anforderung an die körperlich-seelisch-geistige Persönlichkeit des Menschen, die er aufgrund seiner in Teilbereichen defekt entwickelten Persönlichkeitsstruktur nicht mehr bewältigen kann. Im Verständnis *Ammons* ist Krankheit ein Appell des Menschen an die Umwelt bzw. an die ihn umgebende Gruppe, ihm zu helfen, die Krise zu bewältigen, d.h. eine Wende in seinem Leben möglich zu machen und die nächsten Entwicklungsschritte einzuleiten. In einem solchen Verständnis kann das Ziel der Behandlung nicht die Wiedererlangung eines früheren Wohlbefindens sein, sondern die Differenzierung und Stärkung der Identität und damit die Stärkung der Integrations- und Regulationskraft der Persönlichkeit, die mit der Stärkung der Kontaktfähigkeit des Menschen einhergeht.

Damit ist in wenigen Sätzen das angestrebte Behandlungsziel der Dynamischen Psychiatrie, so wie es sich aus Aspekten des Krankheits- und Gesundheitsverständnisses ableiten läßt, formuliert. Uns liegt hier daran aufzuzeigen,

wie komplex die Zusammenhänge sein können zwischen dem Tun eines Behandelnden und seinen Vorstellungen über den Menschen in Gesundheit und Krankheit. Man kann sich nun leicht vorstellen, wie heterogen - je nach Gesundheits- und Krankheitsverständnis - die therapeutischen Zielformulierungen bei den verschiedenen Wissenschafts- und Therapierichtungen sind und wie schwierig es daher ist, die Ergebnisse ihrer Arbeit miteinander zu vergleichen (vgl. hierzu *van Biefang* 1980; *Häfner* 1983; *Roth* 1983; *Tucker et al.* 1987). Wie neuere Arbeiten zeigen, sind Ansätze vorhanden, nach einheitlichen Effizienzkriterien für die unterschiedlichen Ebenen der Wirksamkeitsmessung zu suchen. Beispiele dafür sind u.a. theoretische Arbeiten von *Glass* und *Smith* (1977) und *Leichsenring* und *Hager* (1986). Das Bemühen um die Aufstellung gemeinsamer bzw. einheitlicher Effizienzkriterien muß einhergehen mit einer Aufeinanderabstimmung der Meßmethodik, da den Erhebungsinstrumenten zum Teil unterschiedliche Konzeptionen dessen, was gemessen werden soll, zugrundeliegen. So ist z.B. die Depressionsskala im GT nicht unmittelbar vergleichbar mit der Depressionsskala im MMPI.

So begrüßenswert und notwendig die Vereinheitlichungsbestrebungen auf diesem Gebiet auch sind, so muß auf die Gefahr einer zu starken Standardisierung von Krankheitspattern hingewiesen werden, und auf die Gefahr, daß sich festgefahrene Vorschriften darüber entwickeln, wie diese oder jene Krankheit durch ein bestimmtes Diagnoseschema von einer anderen Erkrankung zu unterscheiden ist, und diese Bemühungen zur Stabilisierung des Kategoriendekens beitragen können.

Eine Integration der Forschungsergebnisse der verschiedenen Wissenschafts- und Therapierichtungen sollte u.E. nur auf der Basis einer Theorie und einer Menschenbildvorstellung erfolgen, die gleichzeitig eine möglichst hohe Differenziertheit und Ganzheitlichkeit haben und auch das Nichtbewußte des Menschen in der Erfolgsüberprüfung berücksichtigen. Ein solches Konzept ist u.E. das Persönlichkeitsstrukturkonzept *Ammons*.

Humanstrukturkonzept und Behandlungsziel

In dem von *Ammon* 1976 formulierten und in den folgenden Arbeiten ausdifferenzierten Humanstruktur-Modell (vgl. z.B. *Ammon* 1979, 1982, 1985, 1989) sind die zentralen Aspekte des Gesundheits- und Krankheitsverständnisses auf einer strukturell-dynamischen Ebene gefaßt. Die primären körperlichen, biologisch-neurophysiologischen, die zentralen nichtbewußten und die sekundären Funktionen des Erlebens- und Verhaltensbereichs bilden gemeinsam eine mehrdimensionale ganzheitliche Struktur; die Elemente dieser Struktur - nämlich die Humanfunktionen der drei Humanbereiche - sind synergistisch miteinander verbunden. Struktur impliziert zunächst eine statische Vorstellung von Persönlichkeit. Bei dynamischer Betrachtungsweise sind Humanstrukturen Systeme, deren Eigenschaften sich nicht nur aus den mehrdimensionalen statischen Strukturen, sondern aus dynamischen Austauschprozessen ergeben, die innerhalb des Systems, aber auch zwischen dem System und sei-

ner Umgebung ablaufen. Das Humansystem ist nach außen zu den Feldern der zwischenmenschlichen Beziehungen hin flexibel geöffnet, so daß über sozialenergetische Austauschprozesse Persönlichkeitsstrukturaufbau und -veränderung möglich sind. Für *Ammon* ist es die Sozialenergie (*Ammon* 1981, 1982), die von Geburt an das körperlich-seelisch-geistige Potential des Menschen ganzheitlich strukturiert und dynamisiert.

Unter diesem Aspekt gesehen, verstehen wir unter einer gesunden Entwicklung die Möglichkeit des Menschen, Sozialenergie von anderen Menschen und Gruppen anzunehmen, in Struktur umzuwandeln und diese erlebte Sozialenergie wieder in die Gruppe geben zu können. Strukturell gesehen äußert sich dies in vorwiegend konstruktiven Strukturanteilen eines Menschen. Voraussetzung dafür ist, wie schon eingangs erwähnt, daß der Mensch nach innen und außen kontaktfähig ist, d.h. für diese sozialenergetischen Prozesse geöffnet ist und auch Kontakt aktiv aufnehmen kann.

Kranke Menschen sind entfremdet in ihrem Kontakt zu sich selbst, zu ihrem Nichtbewußten, zu ihren Bedürfnissen nach Identität, entfremdet in ihrem Kontakt zu anderen Menschen, zur Umwelt, zur eigenen Geschichte, Kultur und Natur. Krankheit ist demzufolge kein angeborenes und schicksalhaft ablaufendes Geschehen, sondern eine in der frühesten Kindheit beginnende tiefste Verletzung des Menschen in seinem Bedürfnis, als eigener Mensch wahrgenommen zu werden. Psychiatrisch schwer erkrankte Menschen haben in ihren frühen Gruppen vorwiegend einen nur auf Teilaspekte ihrer Persönlichkeit reduzierten und zerstörerischen Kontakt oder aber Gleichgültigkeit erlebt. Die damit verbundenen vorwiegend destruktiven und defizitären sozialenergetischen Austauschprozesse führen zu einer vorwiegend destruktiv-defizitären Humanstruktur (vgl. z.B. *Ammon* 1982). Destruktiv-defizitäre sozialenergetische Felder blockieren die für die Entwicklung notwendigen Differenzierungs- und Integrationsprozesse der nichtbewußten zentralen Persönlichkeitsstruktur. Kranksein bedeutet unter diesem Aspekt eine Störung in der Regulation der strukturbildenden und verändernden sozialenergetischen Austauschprozesse zwischen dem Einzelnen und der Gruppe.

Krankheitssymptome sind in diesem strukturenergetischen Verständnis als Kompensation des strukturellen Defizits im zentralen Kern der Persönlichkeit und als ein Regulations- und Integrationsersatz zu verstehen. Sie füllen gewissermaßen das »Loch im Ich« (vgl. *Ammon* 1972) und verhindern damit den Zusammenbruch der Gesamtpersönlichkeit. Damit haben die Symptome eine wichtige Funktion für die Humanstruktur des Menschen, unabhängig davon, ob sie sich mehr im körperlichen, seelischen oder geistigen Bereich des Menschen zeigen.

Die bisherigen Ausführungen machen deutlich, daß nicht eine Symptomreduzierung das zentrale Behandlungsziel der Dynamischen Psychiatrie sein kann, sondern daß es darum geht, den Menschen wieder entwicklungsfähig zu machen, d.h. Humanstrukturen nachzuentwickeln und destruktive zu konstruktiven Strukturen hin zu verändern. Dabei muß diese Entwicklung an der

Basis der Persönlichkeit, dem nichtbewußten Kern der Humanstruktur ansetzen, um nicht nur vorübergehende Besserungen in der Befindlichkeit des Menschen, sondern grundlegende Strukturveränderungen der Persönlichkeit zu erreichen. Wir gehen davon aus, daß die Symptome dann verschwinden, wenn eine solche strukturelle Veränderung stattgefunden hat.

Anders als in anderen Humanwissenschaften, insbesondere der Schulpsychiatrie, bildet in der Dynamischen Psychiatrie nicht allein der primäre organisch-biologische Bereich des Menschen die Basis für menschliches Gesund- und Kranksein, sondern ebenso die zentrale nichtbewußte Struktur des Menschen, die unter dem Primat der Identität die Gesamtpersönlichkeitsstruktur des Menschen koordiniert, reguliert und integriert (vgl. *Ammon* 1982). Somit wird deutlich, daß humanstrukturelle Therapie immer eine Therapie der Identität sein muß, die durch Identität fordernde und fördernde sozialenergetische Austauschprozesse in Gruppen erreicht werden kann. »Im Mittelpunkt jeder Identitätstherapie steht, wer ein Mensch wirklich ist und wer er sein kann. Das Verstehen menschlichen Leidens auf der Grundlage des Ich-Strukturmodells 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).

Die Dynamisch-Psychiatrische Klinik Menterschwaige in München hält ein solches entwicklungsförderndes Milieu für die blockierten oder nicht stattgefundenen Differenzierungs- und Integrationsprozesse zur Verfügung. Das gesamte Klinikfeld mit allen darin wirkenden Menschen und allen Strukturelementen - wie z.B. den verschiedenen therapeutischen Methoden und der gesamten Tagesstruktur - fassen wir als ein gesamtgruppendynamisches Feld auf (vgl. *Ammon* 1981). Differenzierungsangebote bilden hier die verschiedenen therapeutischen Facetten, z.B. die formale Einzel- und Gruppenpsychotherapie, die projektbezogene Milieuthérapie, weitere nonverbale Methoden wie z.B. die humanstrukturelle Tanz-, Musik-, Reit-, Theater- und Maltherapie und die verschiedenen Interessengruppen. Dabei bietet die gesamte Klinik verschiedene Integrationsebenen an, wozu zentral auch die Kontrollgruppe der Mitarbeiter und die Großgruppe aller Patienten und Mitarbeiter gehören (vgl. z.B. *Schmidts* 1990).

Humanstrukturelle Diagnostik

Die Aufgabe der humanstrukturellen Diagnostik ist, möglichst differenziert den momentanen Entwicklungsstand der Humanstrukturen in ihren konstruktiven, destruktiven und defizitären Qualitäten zu beschreiben. Für die individuelle Charakterisierung der Persönlichkeitsstruktur erachten wir folgende Strukturmerkmale für zentral:

1. Umfang an bereits entwickelter, nicht entwickelter bzw. arretierter Struktur,
2. Ausmaß und Gerichtetheit der sozialenergetischen Kraft im Sinne des Ausmaßes an sozialenergetischer Kraft und dem Grad der Gerichtetheit dieser Kraft auf die Erreichung von Zielen im Sinne der Weiterentwicklung und Erweiterung der Identität,
3. Ausmaß der Differenzierung im Sinne des Ausmaßes an bereits entwickelter Mehrdimensionalität der Gesamtstruktur, wie aber auch der Grad der Differenzierung einzelner Funktionen bzw. Teilstrukturen,
4. Grad der Integration der Humanstruktur im Sinne des Grades an flexibler Regulation und Verbundenheit der Humanfunktionen untereinander sowie zwischen der Humanstruktur und der Gruppe in Verbindung mit der Ausgestaltung der Grenzen der Struktur.

Zusammenfassend kann man sagen, daß die Humanstruktur durch die übergeordneten Merkmale des Ausmaßes an bereits entwickelter Struktur, dem Grad der Differenzierung und Integration und dem Grad und der Gerichtetheit der sozialenergetischen Kraft beschrieben werden kann, wobei diese wiederum nicht unabhängig von dem Ausmaß an bereits entwickelter Struktur zu sehen ist. Mit anderen Worten: Die oben beschriebenen Merkmale sind nicht voneinander unabhängig, sondern in höchstem Grade voneinander abhängig. Ein reales Defizit in der entwickelten Struktur, wie wir dies bei allen archaischen Ich-Krankheiten beobachten können - *Ammon* spricht hier von dem Krankheitskonzept der »Unitarität« (vgl. *Ammon* 1988) - bedeutet gleichzeitig eine tiefe Störung in all den oben dargestellten Merkmalen.

Es wird deutlich, daß trotz eines gemeinsamen großen Strukturdefizits bei den beschriebenen Krankheitsgruppen der Borderline-, Schizophrenie- und psychosomatischen Erkrankungen und der narzißtischen Depression jede individuelle Struktur dabei sehr unterschiedlich und differenziert ausgeprägt und beschrieben werden kann. »Die individuelle Beschreibung der Persönlichkeit soll in der Erstellung eines Humanstrukturprofils für den Patienten münden. Das Humanstrukturprofil bildet die Voraussetzung für die Aufstellung eines gezielten individuellen Behandlungsprogramms. Dazu erforschen Psychiater, Psychologen, Internisten und Sozialarbeiter jeweils mit ihrer spezifischen Methodik die Lebens- und Leidensgeschichte des jeweiligen Patienten in seinem körperlichen, geistigen und seelischen Niederschlag und in seinen Bezügen zur aktuellen Lebenssituation und zu früheren Lebensgruppen. Alle Untersuchungsergebnisse werden prinzipiell mit dem Patienten ausführlich besprochen. Besonders wichtig ist hier die Besprechung der Entlassungsuntersuchungen mit den Fragen nach den bisher erreichten Veränderungen, Stagnationen und Ansatzpunkten für weitere Entwicklungen. Dabei wird die einmal getroffene diagnostische Beschreibung bzw. Diagnose nicht statisch, sondern entsprechend dem therapeutischen Entwicklungsprozeß prozessual aufgefaßt, d.h. die Diagnose verändert sich während des therapeutischen Prozesses im Sinne eines 'diagnosing process' (*Ammon* 1959)« (*Ammon* 1990).

Der Therapieverlauf und die Effizienz der Behandlung wird während des stationären Aufenthaltes ständig überprüft. Überprüft werden soll entsprechend unserem Behandlungsziel die bisher erreichte Strukturveränderung im nichtbewußten Humanbereich des Patienten. Wir kommen damit zu der Frage, ob und wie die nichtbewußte Persönlichkeitsstruktur überhaupt gemessen werden kann.

Modell der humanstrukturellen Persönlichkeitsmessung

Das Nichtbewußte bzw. die nichtbewußte Struktur ist psychologisch gesehen ein »hypothetisches Konstrukt«, das nicht unmittelbar beobachtbar ist, d.h. es kann nur über beobachtbare und damit auch meßbare Phänomene indirekt erschlossen werden. Die verschiedenen Meßebenen von Humanstruktur sind in der Abb.1 dargestellt.

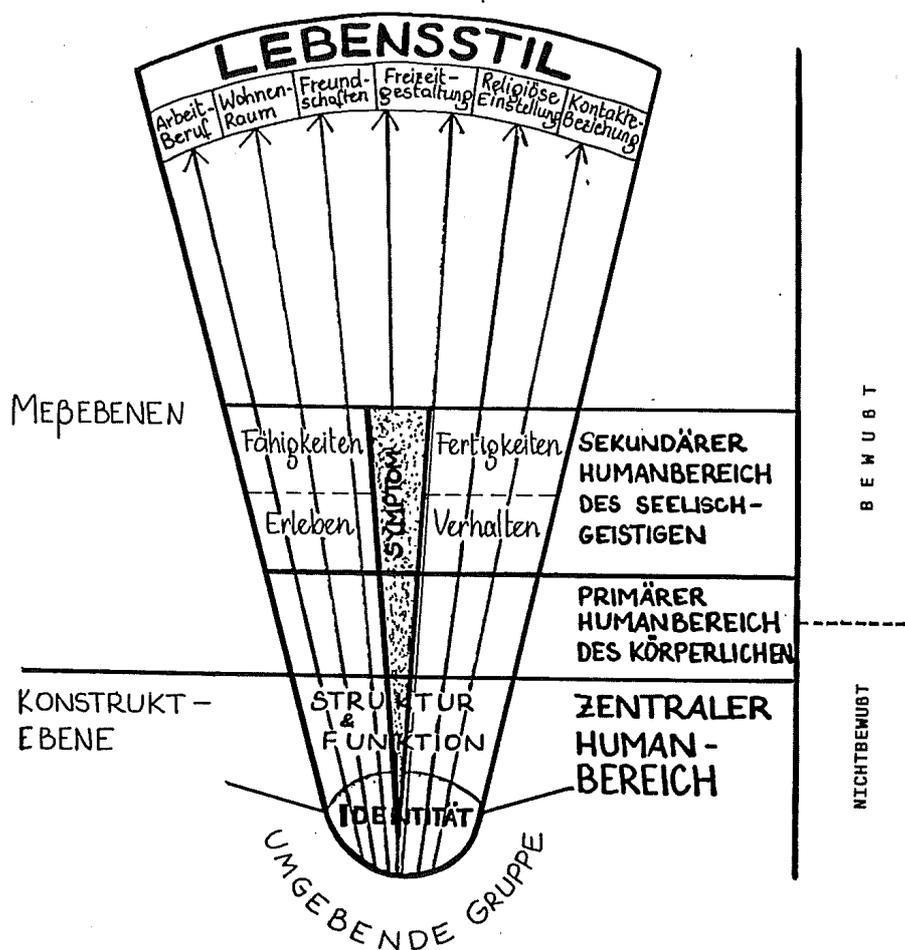


Abb. 1: Modell der humanstrukturellen Persönlichkeitsmessung mit den Meßebenen des Erlebens, Verhaltens, der Symptomatik, der Fähigkeiten und Fertigkeiten und der verschiedenen Lebensfelder

Die nichtbewußte Humanstruktur des Menschen ist, wie in Abb.1 dargestellt, in die nichtbewußte Struktur des umgebenden gruppenspezifischen Lebensfeldes eingebettet, wobei die nichtbewußte Gruppenstruktur ebenso wenig direkt beobachtbar ist wie die nichtbewußte Humanstruktur selbst. Die nichtbewußte Humanstruktur ist sowohl über die primären biologischen, die

bewußten sekundären Funktionen des Erlebens- und Verhaltensbereiches des Menschen und über die Symptomatologie beobachtbar und damit meßbar. Wir gehen davon aus, daß in jeder Äußerungsform des Menschen sich auch Nichtbewußtes ausdrückt, ebenso wie sich der Mensch mit seiner gesamten Humanstruktur in das gruppensdynamische Lebensfeld hinein entwirft, zu dem z.B. Wohnung, Partnerschaft und Freundschaften, Arbeit und Tätigsein, Interessen und berufliche Aktivitäten gehören, die insgesamt gemeinsam mit höheren geistigen, religiösen und humanitären Zielen den Lebensstil des einzelnen Menschen ausmachen.

Nun können die verschiedenen Meßmethoden den verschiedenen Meßebenen der Persönlichkeit zugeordnet werden. Für den primären, neurophysiologisch-biologischen Bereich wäre hier z.B. die Schlafdiagnostik zu nennen (vgl. Ammon et al. 1984, 1985, 1988, 1989) wie auch andere Verfahren der physiologischen, neurophysiologischen und biochemischen Messung, für den Bereich des subjektiven Erlebens und Verhaltens alle psychologischen Testverfahren, Beobachtungsschemata, Interviews u.a., während für die Erfassung der Symptomatologie die allseits bekannten psychiatrischen Dokumentationsbögen wie der MMPI, die Depressionsskalen u.a. infrage kommen. Die Wohn-, Arbeits- und Lebenssituation kann aus sozialarbeiterischen Interviews, aus Fragebögen bei den Probanden selbst, aber auch mit Personen aus den jeweiligen Lebensfeldern erhoben werden. Von den Ergebnissen der verschiedenen Meßebenen kann über eine humanstrukturelle Interpretation auf den Entwicklungsstand der nichtbewußten Humanstruktur rückgeschlossen werden.

An dieser Stelle wird deutlich, daß das Ammonsche Humanstruktur-Modell, das auch den Bezug zur Gruppe impliziert, sich für die Integration der Ergebnisse aus anderen Humanwissenschaften und therapeutischen Schulen anbietet.

Das Modell der humanstrukturellen Persönlichkeitsmessung in Abb.1 bietet sich nicht nur als ein diagnostisches Modell an, sondern auch als ein Modell für die Beschreibung von strukturellen Persönlichkeitsveränderungen, die sich in Veränderungen auf den verschiedenen Meßebenen zeigen. Die verschiedenen Kriterien für die Wirksamkeit einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Behandlung lassen sich wiederum den verschiedenen Meßebenen zuordnen, wobei sich die voneinander abweichenden Effizienzkriterien der verschiedenen psychiatrischen und psychotherapeutischen Schulen in dieses Modell integrieren lassen. Auf der Grundlage des gruppensdynamischen Humanstruktur-Modells bietet sich unser Modell der humanstrukturellen Persönlichkeitsmessung als ein schulensübergreifendes Effizienzmodell an, als Grundlage für metatheoretische Effizienzstudien, mit dem Ziel der Bewertung ihrer Ergebnisse.

Anliegen der empirischen Untersuchung

In der vorliegenden Untersuchung wird die Wirksamkeit stationärer Psychosepsychotherapie in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menter-schwaige mittels verschiedener psychologischer Testverfahren überprüft. Untersucht wird die Entwicklung der Humanfunktionen der Aggression, der

Angst, der Abgrenzung und des Narzißmus durch einen Vergleich der Testergebnisse zu Beginn und bei Entlassung aus der Klinik anhand einer Stichprobe von psychotisch strukturierten Patienten mit den Diagnosen »Schizophrene Struktur« und »Narzißtische Depression«.

Es bedarf zunächst einer diagnostischen Beschreibung der Untersuchungsgruppe der psychotisch strukturierten Patienten unter humanstrukturellen Gesichtspunkten. Bei gemeinsamer Grundstruktur der phänomenologisch sehr heterogenen Gruppe der psychotischen Erkrankung lassen sich gruppenspezifische Strukturunterschiede zwischen der schizophrenen und depressiven Erkrankung aufzeigen. Wir beschränken uns hierbei auf die Entwicklung der Funktionsschicksale der für diese Untersuchung relevanten Humanfunktionen der Aggression, der Angst, der Abgrenzung und des Narzißmus.

Thesen der Untersuchung

Die psychotische Struktur wird im Krankheitsverständnis der Dynamischen Psychiatrie dem Spektrum der archaischen Ich-Erkrankungen (*Ammon* 1973) zugeordnet, zu dem auch die Borderline-Erkrankung, die Psychosomatik, die Sucht und die Zwangskrankheit gehören. Gemeinsam ist diesen Erkrankungen das massive Defizit im zentralen Kern der Persönlichkeit, das *Ammon* als »Loch im Ich« (*Ammon* 1972) bezeichnet.

Im Unterschied zum psychotisch strukturierten Patienten ist beim Borderline-Patienten »in der Regel das strukturelle Defizit abgedeckt durch eine mehr oder weniger intakte Fassade von Ich-Funktionen und Abwehrfunktionen« (*Ammon* 1979). Beim psychotisch strukturierten Patienten finden wir in der Regel nur brüchig entwickelte sekundäre Ich-Funktionen und einen Mangel an Abwehrfunktionen. Die sekundären Ich-Funktionen, wie z.B. die Intelligenz, das Denken, die Wahrnehmung usw. dienen der Kontaktherstellung zur Realität und der Lebensbewältigung. Somit ist der psychotisch strukturierte Mensch auf Hilfs-Ich-Funktionen anderer Menschen angewiesen (*Ammon* 1975).

Die Primärgruppe des psychotisch strukturierten Patienten ist gekennzeichnet durch eine defizitär-destruktive Dynamik; das Kind wird offen oder nicht bewußt abgelehnt. Die Kommunikation in der Familie ist ambivalent oder weitgehend defizitär, die Atmosphäre ist meist gespannt, feindselig und nicht entwicklungsfördernd. Das sozialenergetisch-gruppenspezifische Feld in der Familie ist vorwiegend destruktiv oder defizitär (vgl. *Ammon* 1982), wobei Unterschiede zwischen den beiden hier untersuchten Untergruppen bestehen.

Gemeinsam ist allen psychotischen Erkrankungen die nicht gelungene Abgrenzung aus der frühkindlichen Symbiose mit der Mutter und der Familiengruppe. Dem Kind wird es nicht gestattet, im Zuge der Differenzierung zwischen Ich und umgebender Gruppe eigene Ich-Grenzen aufzubauen und sich schuldfrei aus der Symbiose zu lösen. Weite Teile der Persönlichkeit bleiben unstrukturiert, da hier keine bzw. nur geringe Erfahrungen möglich waren, keine sozialenergetischen Forderungen an das Kind herangetragen wurden. Insgesamt war es dem Kind verboten, eine eigene Identität innerhalb der

Primärgruppe zu entwickeln. Die internalisierte defizitär-destruktive Gruppendynamik und Sozialenergie der Primärgruppe manifestiert sich strukturell beim psychotischen Patienten in den hohen defizitären und destruktiven Anteilen der sekundären und zentralen Humanfunktionen, insbesondere in den hier untersuchten zentralen Humanfunktionen der Aggression, der Angst, der Ich-Abgrenzung nach innen und außen und des Narzißmus.

Charakteristisch für die Primärgruppe des schizophren strukturierten Patienten ist die verrücktmachende double-bind-Dynamik dem Kind gegenüber. Das Kind wird narzißtisch ausgebeutet für die eigenen Bedürfnisse der Mutter oder der gesamten Familie, es kann aber auch in die Rolle einer »Kindmutter« gedrängt und damit ständig überfordert werden. Die bei allen psychotisch strukturierten Menschen in der frühen Kindheit verbotene Abgrenzung führt beim schizophren strukturierten Patienten zu einer arretierten Symbiose, die er im Sinne des Wiederholungszwanges immer wieder in symbiotischen Beziehungen und Partnerschaften reaktualisiert. Sozialenergetisch ist die Familie des schizophren strukturierten Menschen vorwiegend destruktiv, sie ist »gekennzeichnet durch offene Destruktion unter Menschen, durch Verbote, Lebereinengungen, Bestrafungen, Beschimpfungen und Zwänge aller Art.« (Ammon 1982). Eine kürzlich begonnene Untersuchung des sozialenergetischen Lebensfeldes psychotischer Patienten anhand qualitativer Interviews weist darauf hin (Berger 1990).

Diese vorwiegend destruktive Familiendynamik und Sozialenergie der Primärgruppe schizophren strukturierter Menschen spiegelt sich in deren Humanstruktur insbesondere in den zentralen Humanfunktionen wieder. Der feindselige Umgang mit der primär konstruktiven Aggression des Kindes, mit seiner aktiven Art, im Sinne des *ad gredi* die Umwelt zu erforschen, führt zur Entwicklung der zerstörerisch-destruktiven Aggression, die der schizophren strukturierte Mensch in Form von psychotischem Agieren nach außen wendet bzw. als verinnerlichtes Lebensverbot bis hin zur suizidalen Reaktion gegen sich selbst richtet. Dieses Lebensverbot äußert sich auch in der depressiven Reaktion, die oft die schizophrene Symptomatik begleitet. Aus dem internalisierten Abgrenzungsverbot der Primärgruppe resultiert die Unfähigkeit zur flexiblen Abgrenzung nach innen und außen. Die defizitäre und destruktive Abgrenzung nach innen führt gemeinsam mit dem hohen destruktiven Angstpotential beim schizophren Strukturierten zur Angstüberflutung und Flucht in eine innere Phantasiewelt, die auf der symptomatischen Ebene die Psychose charakterisiert. Die fehlende Abgrenzung nach außen läßt diese Menschen zu einem hilflosen Spielball der Umgebung werden, eine mehr destruktive Abgrenzung nach außen zeigt sich in der Tendenz zu Kontaktabbrüchen bis hin zum autistischen Rückzug.

Der schizophren reagierende Patient leidet in der Regel unter einer »kontinuierliche(n) Angstspannung und kaum vorstellbare(n) Angstzustände(n)« (Ammon 1987). Die Entwicklung der konstruktiven Angst beim schizophren strukturierten Patienten ist gestört: »Die konstruktive

Angst macht den Menschen zum Menschen..., sie macht den Menschen offen für andere, läßt ihn Hilfe annehmen, verhilft ihm selbst, sich seiner eigenen Identität zu nähern« (*Ammon* 1979). Bei arretierter konstruktiver Angst und erhöhter destruktiver Angst lassen sich aber auch Anteile defizitärer Angst beim Patienten beobachten, d.h. er hat für bestimmte Bereiche seiner Persönlichkeit keinen Zugang zur Angst. Der konstruktive Narzißmus im Sinne eines gesunden Selbstwertgefühls ist ebenfalls nur rudimentär entwickelt. Defizitärer oder destruktiver Narzißmus wird kompensatorisch ausgebildet und manifestiert sich durch Zurückschlagen von Kontakten und hohe Kränkbarkeit, die dem Kranken nicht erlaubt, Hilfe, Kritik und sozialenergetische Forderungen anzunehmen. Die sekundären Humanfunktionen der Intelligenz, des Denkens, der Sprache, der Wahrnehmung usw. sind beim schizophren strukturierten Kranken meist rudimentär bzw. defizitär oder destruktiv entwickelt, da diese Fähigkeiten, anders als beim Borderline-Kranken, nicht für die Kommunikation und den Kontakt in der Primärgruppe zur Verfügung standen.

Die klinische Symptomatik des schizophren strukturierten Patienten läßt sich nach *Ammon* 1987 folgendermaßen beschreiben: »...eine schwere Störung des Denkens mit extremem Konkretismus, extreme narzißtische Größen- und Verfolgungsängste, ... Destruktivität sich selbst und anderen gegenüber, eine ins Körperliche gehende Starre oder diffuse Schmerzzustände ohne organische Ursache, schwankende Gefühlszustände zwischen Euphorie und Traurigkeit, chaotische sexuelle Vorstellungen, schwere Kontakt- und Beziehungslosigkeit und Handlungsunfähigkeit, die von *E. Bleuler* 1911 so bezeichnete Ambivalenz.« Die Grundsymptomatik umfaßt nach *Bleuler* außer den assoziativen Denkstörungen und der Ambivalenz die affektive Inkongruenz, Störungen der Person, die zusammengesetzten Störungen der Aufmerksamkeit, des Handelns, des Willens und den Autismus. Diese Grundsymptomatik der schizophrenen Reaktion ist begleitet von vielfältigen akzessorischen Symptomen wie Halluzinationen, Wahnideen, Automatismen, Stereotypien, Störungen der Sprache und Schrift, Katatonie u.a.

Der schizophren strukturierte Patient ist auf die Hilfs-Ich-Funktionen und Symbiosen angewiesen, die er gleichzeitig in hohem Maße angstbesetzt erlebt. Bricht die symbiotische Beziehung auseinander oder kommen Identitätsanforderungen auf den Patienten zu (wie z.B. berufliche oder partnerschaftliche Krisen, Prüfungen, Todesfälle oder auch positive Anforderungen wie Geburt eines Kindes, Berufserfolge etc.) reagiert er im Sinne des internalisierten Lebensverbots mit überflutender psychotischer Angst oder mit schleichendem Abbau der Kontakte zur Realität und den Mitmenschen bis hin zum autistischen Rückzug und zur Verwahrlosung. Häufig wenden sich in dieser Situation die Patienten oder deren Angehörige um Hilfe an die Klinik. Eine zur Klinikaufnahme führende kritische Situation ergibt sich für den Schizophrenen auch dann, wenn die Hilfs-Ich-Funktionen der Menschen, die tragend waren, wegfallen und damit die Realitätsbewältigung des Patienten nicht mehr gelingt.

Im Unterschied zum schizophren strukturierten wird der narzißtisch depressive Patient in eine sozialenergetisch entleerte, emotional und geistig defizitäre Familiengruppe hineingeboren, in der wenig Entwicklungsforderungen an das Kind gestellt werden. »Menschen, die nicht oder zu wenig gefordert werden, erhalten zu wenig Sozialenergie und haben entsprechende Defizite in der Entwicklung ihrer Humanstruktur...« (Ammon 1987). Die einzige und wesentliche Forderung der depressiv machenden Familiengruppe ist die stille Präsenz des Patienten, »daß er da ist, aber nicht lebendig wird« (Ammon 1979).

Der depressive Patient wird daher insgesamt eine stärker defizitäre Struktur entwickeln, besonders in den Funktionen der Angst, der Aggression und des Narzißmus. Von wesentlicher Bedeutung ist sein defizitärer Narzißmus, manifestiert durch fehlendes Selbstwertgefühl, das Gefühl innerer Leere und Bedeutungslosigkeit. Auch die Ich-Abgrenzung wird vorwiegend defizitär ausgebildet, da der Patient in der Primärgruppe wenig Grenzen erlebt hat bzw. ein Abgrenzungsverbot bestand. Die sekundären Humanfunktionen sind beim narzißtisch depressiv strukturierten Patienten anders als beim schizophren strukturierten Patienten als Anpassungsfunktionen entwickelt. »Die Depression stellt einen Totstellreflex dar, der Depressive führt ein Leben unter Verzicht auf Selbstverwirklichung und Identität.(...) Aus dem defizitären Narzißmus heraus entsteht die Intentionslähmung bei der Depression, ... um eine narzißtische Kränkung zu vermeiden. Diese Menschen verweigern aus Furcht vor narzißtischer Kränkung Kontakte zu anderen Menschen und entwickeln kein aktives Interesse an der sie umgebenden Realität« (Ammon 1978). Im Vordergrund der Symptomatik steht die depressive Einengung des Denkens mit Grübelzwang und massiven Schuldgefühlen, eine Störung der Vitalgefühle mit Schlaflosigkeit, Appetitstörungen und vielfältigen vegetativen Symptomen. Der narzißtisch depressiv strukturierte Patient kommt zur Aufnahme in die Klinik bei bedrohlicher Lebensengung, autistischem Rückzug und latenter Suizidalität.

Zusammenfassend stellt sich der strukturelle Unterschied zwischen den schizophren strukturierten und den narzißtisch depressiven Patienten folgendermaßen dar: während beim schizophren strukturierten Menschen in Widerspiegelung der Primärgruppensdynamik destruktive und defizitäre Humanfunktionen überwiegen, ist die Humanstruktur des narzißtisch depressiven Patienten durch ein wesentlich größeres Defizit in den zentralen Humanfunktionen gekennzeichnet.

Die Dynamisch-Psychiatrische Klinik stellt ein therapeutisches Feld zur Verfügung, in das der Patient seine vielfältigen Persönlichkeitsanteile hineinleben kann und sie dadurch sichtbar und bearbeitbar macht. Dies erfolgt durch eine Kombination verbaler und nonverbaler Therapieformen mit dem Ziel, die Defizite in den Humanfunktionen des psychotischen Patienten durch sozialenergetische Zuwendung und Forderung abzubauen, die destruktiven Anteile einer Bearbeitung zuzuführen und konstruktive Entwicklungsangebote zu geben.

Bei Förderung der gesunden Seiten des Patienten und gleichzeitiger therapeutischer Arbeit »hinter dem Symptom«, d.h. Arbeit an dem Strukturdefizit durch reale Wiedergutmachung und nachholenden Strukturaufbau soll sich der Patient soweit kontakt- und lebensfähig entwickeln, daß eine erfolgreiche ambulante Weiterbehandlung ermöglicht wird. Die Symptome verlieren durch diesen Prozeß an Bedeutung. Mit Zunahme der Kontaktfähigkeit, die immer einhergeht mit einer Reduzierung der defizitären Angst und des sozialen Rückzugs, d.h. einer Zunahme der Flexibilität der Abgrenzung, verlieren die Symptome ihre depersonalisierte Qualität wie im Verfolgungswahn des schizophren strukturierten Patienten, im Schuld- und Versündigungswahn des Depressiven. Sie werden in Form von geäußertem konkreten Mißtrauen, offener Kontaktangst und gespürter Eifersucht in den zwischenmenschlichen Kontext integriert und gruppendynamisch bearbeitbar.

Ein wesentliches Moment der Behandlung psychotischer Patienten ist die Bearbeitung der destruktiven Aggression. Sie stellt den Dreh- und Angelpunkt der Therapie dar (vgl. *Ammon* 1972). Die destruktive Aggression des psychotisch strukturierten Patienten manifestiert sich in der Klinik durch Kontaktabbrüche, Rückzugstendenzen, symbiotische Abwehrformationen und Destruktionen nach außen. Bei der therapeutischen Bearbeitung geht der prozeßhafte Verlauf vom Defizit über die destruktive Aggression hin zur konstruktiven Aggression, was in zahlreichen empirischen Studien gezeigt werden konnte (*Burbiel & Vogelbusch* 1981 und *Ammon et al.* 1982, *Burbiel & Wagner* 1984, *Burbiel et al.* 1989).

Der therapeutische Prozeß setzt bei den schizophren strukturierten und narzißtisch depressiv strukturierten Patienten an unterschiedlichen Punkten an. Bei der kränkeren Gruppe der narzißtischen Depression wird im Laufe der stationären Behandlung zunächst das hohe sozialenergetische und strukturelle Defizit durch narzißtische Zufuhr und Übernahme von Hilfs-Ich-Funktionen seitens der Gruppe der Mitpatienten und Therapeuten allmählich abgebaut. Zum Ende der stationären Behandlung treten die destruktiven Strukturanteile verstärkt in Erscheinung.

Ziel der stationären Phase ist beim depressiv strukturierten Patienten die Stärkung des Selbstwertgefühls durch Aufbau von konstruktivem Narzißmus und die Ermöglichung einer Trennung aus der therapeutischen Symbiose der Klinik.

Der schizophren strukturierte Patient kommt mit einem hohen destruktiven Potential in die stationäre Behandlung. Ziel der Schizophrenietherapie ist in erster Linie, dem Patienten verlässliche und kontinuierliche Beziehungen zur Verfügung zu stellen, damit er in ihrem Schutz Gefühle ohne destruktives Agieren aushalten kann. Außerdem soll der Aufbau sekundärer Ich-Funktionen zur Realitätsbewältigung gefördert werden. Eine Entlassung des schizophren strukturierten Patienten aus der Klinik ist dann möglich, wenn der Aufbau von verlässlichen Beziehungen soweit gelungen ist, daß der Patient auch außerhalb des schützenden Klinikmilieus in einem Netz von Kontakten und Gruppenbezügen lebensfähig ist.

Nach dieser Darstellung des therapeutischen Prozesses in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik lassen sich auf der Grundlage des Humanstruktur-Modells (Ammon 1971, 1973, 1975, 1979, 1988, 1990) folgende Untersuchungsthesen ableiten:

These 1a

Beim psychotisch strukturierten Patienten nimmt im Verlauf des therapeutischen Prozesses das Defizit in den Humanfunktionen der Aggression, der Angst und des Narzißmus ab und die Abgrenzung nach innen und außen zu, ebenso wie die konstruktiven Persönlichkeitsanteile. Die destruktiven Persönlichkeitsanteile nehmen insgesamt ab, mit Ausnahme der destruktiven Aggression.

These 1b

Die Symptome werden im Therapieverlauf zurückgehen und durch Nachentwicklung der Struktur an Bedeutung verlieren, wie es im theoretischen Teil ausführlich dargestellt wurde.

These 2a

Die Defizite und Destruktionen in der Humanstruktur der schizophren strukturierten Patienten nehmen im Verlauf der Therapie ab, mit Ausnahme der destruktiven Aggression; die konstruktiven Seiten der Persönlichkeit entwickeln sich in positiver Richtung.

These 2b

Bei der Gruppe der schizophren strukturierten Patienten nimmt das Ausmaß an Symptomen wie Wahnbildungen, Autismus, Denk- und Kontaktstörungen ab.

These 3a

Bei der Gruppe der narzißtisch depressiv strukturierten Patienten erwarten wir bei Klinik-Entlassung ebenfalls eine Abnahme in den defizitären Skalenqualitäten. Dabei zeigen sich im Bereich des Narzißmus die größten Veränderungen, d.h. eine Zunahme vorwiegend für den konstruktiven Narzißmus. Für die destruktiven Qualitäten erwarten wir insgesamt eine Abnahme, ausgenommen die destruktive Aggression, die sich nicht signifikant verändert.

These 3b

Auch für die Gruppe der narzißtisch depressiv strukturierten Patienten erwarten wir einen Rückgang der Symptome, wie z.B. Rückgang der Intentionslähmung, der Schuldgefühle, des Grübelzwanges, der Vitalgefühlsstörungen und der vegetativen Begleitsymptomik.

An dieser Stelle verweisen wir auf die im theroretischen Teil erörterten Fragen zur Funktion von Symptomen im Humanstruktur-Modell und auf die Ausführungen zur Frage der Strukturveränderungen im Verlauf des therapeutischen Prozesses, wobei wir schon jetzt darauf hinweisen, daß wir mit unserer Meßmethodik weder die Humanstruktur selbst noch deren Veränderungen messen können, sondern nur Rückschlüsse auf das Konstrukt über das beobachtbare Verhalten von Patienten und deren subjektivem Erleben möglich sind.

Wenn Psychotherapie wirksam sein soll, sollten sich Veränderungen nicht nur auf der Ebene von im Nichtbewußten angesiedelten Konstrukten und auf der symptomatologischen Ebene bemerkbar machen, sondern auch in einer wahrgenommenen positiven Veränderung im Erleben und Verhalten.

These 4

Die Patienten werden sich zum Zeitpunkt der Klinikentlassung als positiv verändert erleben.

Die Testverfahren und ihre Skalen

Die zentralen Humanfunktionen bilden im Krankheits- und Gesundheitsverständnis der Dynamischen Psychiatrie ein ganzheitliches Geflecht von sich gegenseitig beeinflussenden und regulierenden psychischen Aktivitäten und stellen methodisch gesehen psychologische Konstrukte dar, die nicht unmittelbar beobachtbar sind und der Operationalisierung bedürfen, um empirisch überprüfbar zu sein. Die Humanfunktionen der Aggression, der Angst, des Narzißmus und der Ich-Abgrenzung stellen nur einen, aber zentralen Abschnitt aus der nichtbewußten Humanstruktur des Menschen dar. Eine psychometrische Erfassung dieser Konstrukte wird möglich über Operationalisierungen, wie sie zur Konstruktion des »Ich-Struktur-Tests nach Ammon« (ISTA) vorgenommen wurden (vgl. Ammon et al. 1982, Burbiel et al. 1983). Die Operationalisierungen sollen hier nicht ausgeführt werden, sondern zur Veranschaulichung der Ergebnisse (s.u.) hinzugezogen werden.

Testverfahren

Für die vorliegende empirische Untersuchung haben wir aus den in der Klinik verwendeten Testverfahren fünf verschiedene testpsychologische Erhebungsinstrumente ausgewählt. Es handelt sich um Selbsteinschätzungsfragebögen, hinter denen sehr unterschiedliche theoretische Konzeptionen stehen. Sie alle genügen den Gütekriterien der Reliabilität und Validität. Im folgenden stellen wir diese fünf Testverfahren kurz vor.

Der *Ich-Struktur-Test nach Ammon (ISTA)* wurde auf der Basis der humanstrukturellen Theorie formuliert. Er wird routinemäßig nicht nur in der Klinik Mengerschwaige, sondern auch an zahlreichen in- und ausländischen Kliniken und Institutionen eingesetzt. Über die Werte der Skalen der Humanfunktionen der Aggression, der Angst, der 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 Humanfunktionen 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. »Der Ich-Struktur-Test ist ein Fragebogentest, dessen Items den Probanden in gruppensituationen versetzen, in denen sich die unbewußte Ich-Struktur in der Selbsteinschätzung vorgestellten Verhaltens manifestiert« (Burbiel & Vogelbusch 1981). Die ausgewählten Items

sind repräsentativ für die zu messenden Merkmale, und es liegt Meßgenauigkeit im Sinne ausreichender Reliabilität und Validität vor (vgl. Ammon et al. 1982).

Das *Minnesota-Multiphasic-Personality-Inventory (MMPI)* von Hathaway & McKinley ist ein weltweit gebräuchliches und umfangreiches psychiatrisches Inventar, das nach unserem Verständnis im wesentlichen Symptome und Syndrome verschiedener psychiatrischer Krankheitsbilder auf 10 klinischen Skalen und 3 Zusatzskalen mißt, wobei die Bezeichnungen der Skalen sich überwiegend an auf Kraepelin zurückgehende psychiatrische Klassifizierungen orientieren. In der vorliegenden Untersuchung findet die MMPI-Kurzform von Gebring & Blaser (1982) Verwendung, deren Skalen in Tab.1 kurz erläutert werden.

MMPI-Skalen	Kurzbeschreibung nach Hathaway & McKinley
F (Validität)	Gestörtheit, Ängstlichkeit, Verwirrtheit.
HS (Hypochondrie)	Neigung zu körperlichen Beschwerden, Pessimismus u.a..
D (Depression)	Depression, Mutlosigkeit, subjektive Erschöpfung u.a..
HY (Hysterie)	Unreife, großes Bedürfnis nach sozialer Billigung und Beliebtheit u.a..
PD (Psychopathie)	Unverantwortlich, impulsiv, egozentrisch, nonkonformistisch u.a..
PA (Paranoia)	Aggressivität, Feindseligkeit, Argwohn, Überempfindlichkeit u.a..
PT (Psychasthenie)	Selbstunsicherheit, Ängstlichkeit, Zwanghaftigkeit u.a..
SC (Schizoidie)	Zurückgezogenheit, bizarres Denken und Verhalten; Trennung zwischen Denkweise und Realität u.a..
MA (Hypomanie)	Enthusiastisch, nicht ausdauernd, ruhelos, überaktiv u.a..
SI (Soziale Introversion-Extraversion)	Rückzug vom sozialen Kontakt

Tab.1 Die in der Untersuchung verwendeten MMPI-Skalen und deren Kurzbeschreibung

Der *Gießen-Test (GT)* nach *Beckmann & Richter* (1972) unterscheidet sich von anderen Persönlichkeitstests darin, daß er in bedeutendem Umfang soziale Einstellungen und Reaktionen einbezieht. Im GT soll der Proband ein Selbstbild von sich entwerfen, in dem er seine innere Verfassung und seine Umweltbeziehungen beschreibt, wobei das Ziel ist, die libidinösen und aggressiven Impulse und deren Verarbeitung unter dem Einfluß von Ich und Über-Ich zu erfassen und seine psychosozialen Tendenzen und Abwehrformen kennenzulernen. Der GT basiert somit auf dem klassischen psychoanalytischen Konzept *Freuds*. Im Gegensatz zum MMPI, mit dem auch grundlegende Verhaltens- und Einstellungsänderungen gemessen werden können, äußern sich die Autoren des GT diesbezüglich vorsichtig. »Es ist also nicht unbedingt notwendig, daß die Standardskalen, die für diagnostische Zwecke entwickelt wurden, auch für Zwecke der Therapiekontrolle optimal sind ...« (*Beckmann & Richter* 1972).

Das *Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI)* nach *Fahrenberg, Selg & Hampel* (1973) ist ein mehrdimensionaler Persönlichkeitstest, dessen Fragen sich auf Befinden, Verhalten, Einstellungen, Gewohnheiten und körperliche Beschwerden des Probanden beziehen. Im Gegensatz zum ISTA wie auch zum GT liegt diesem keine formulierte Persönlichkeitstheorie zugrunde — er ist ein rein faktoren- und itemanalytisch konstruierter Test. Nach den Testautoren erfaßt dieser überwiegend Eigenschaftsdimensionen, deren individueller Ausprägungsgrad verhältnismäßig konstant bleibt. Aus diesem Grund kann noch nicht eingeschätzt werden, inwieweit das FPI zu Veränderungsmessungen eines psychotherapeutischen Verlaufes herangezogen werden kann.

Der *Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV)* von *Zielke & Kopf-Mehnert* (1978) basiert auf der Veränderungstheorie der klientenzentrierten Psychotherapie und ist ein Fragebogen zur quantitativen Einschätzung der subjektiv wahrgenommenen Veränderung in den Bereichen: allgemeine Erlebensweisen, Verhalten in sozialen Situationen sowie Verhalten und Erleben in Leistungssituationen. Der VEV ist als Kontrollinstrument der Wirksamkeit von Psychotherapien der klientenzentrierten Orientierung konzipiert. Erste vergleichende Untersuchungen von *Grawe* (1976) und *Plog* (1976) über die differentiellen Effekte von Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie bei Phobien unterstützen jedoch die Vermutung, daß der VEV auch bei anderen therapeutischen Techniken als Veränderungs-Meßinstrument herangezogen werden kann.

Über die Testverfahren ISTA, GT, FPI und VEV wird die subjektive Einschätzung des Erlebens und Verhaltens erfaßt, während der MMPI die Ausprägung der Symptomatik mißt. Da das gesamte Testinstrumentarium in der vorliegenden Untersuchung auf das Humanstruktur-Modell angewandt wird (vgl. Abb.1: Modell der humanstrukturellen Persönlichkeitsmessung), müssen die Testverfahren, denen eine andere (MMPI, GT) oder keine (FPI) theoretische Konzeption zugrundeliegt, auf die mit dem ISTA gemessenen Humanfunktio-

nen übersetzt werden. Deshalb werden die einzelnen Testskalen den entsprechenden ISTA-Skalen zugeordnet.

Zuordnung der Skalen aus MMPI, GT und FPI zu den ISTA-Skalen

Die inhaltliche Zuordnung der Skalen aus MMPI, dem GT und dem FPI zu den Skalen des ISTA (vgl. Tab.2) erfolgt aufgrund der genauen Kenntnis der Aussagenbereiche der verschiedenen Skalen und deren Relevanz für die humanstrukturelle Beschreibung der Persönlichkeit. Bei inhaltlich heterogenen Skalen, wie sie insbesondere der FPI aufweist, müssen mehrere Skalen einer ISTA-Skala zugeordnet werden. So entsprechen z.B. dem konstruktiven Narzißmus (ISTA) niedrige Werte in den Skalen Depression (D) und Sozialer Rückzug (SI) im MMPI, hohe Werte in den GT-Skalen Durchlässigkeit, Soziale Potenz und Soziale Resonanz sowie hohe Werte in den FPI-Skalen Extraversion und Geselligkeit. In einer Korrelationsstudie wurde der Zusammenhang zwischen den MMPI-Skalen und den ISTA-Skalen auch statistisch überprüft (vgl. *Burbiel & Wagner 1984*).

Hypothesen

Auf dem Hintergrund der Thesen der für diese Untersuchung gewählten Meßverfahren und der Zuordnung der MMPI-, GT- und FPI-Skalen zu den ISTA-Skalen (vgl. Tab.2) formulieren wir folgende Hypothesen:

Hypothesen 1a - e (H1a - H1e): Psychotische Struktur (P)

H1a: Im ISTA liegen zum Zeitpunkt der Klinikentlassung die defizitären Skalenwerte von Aggression, Angst und Narzißmus im Mittel statistisch bedeutsam niedriger als zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme. Die Werte der destruktiven Skalenqualitäten, mit Ausnahme der destruktiven Aggression, nehmen signifikant ab. Aggression, Angst und Narzißmus sind in ihrer konstruktiven Qualität gegenüber Klinikaufnahme signifikant höher. Die Werte der Abgrenzung nach außen und innen nehmen ebenfalls statistisch bedeutsam zu.

H1b: Der MMPI weist zum Zeitpunkt der Klinikentlassung einen signifikanten Rückgang in den erhöhten Skalenwerten der Validität (F), Hypochondrie (HS), Depression (D), Hysterie (HY), Psychopathie (PD), Paranoia (PA) Psychasthenie (PT), Schizoidie (SC), Hypomanie (MA) und der Sozialen Introversion (SI) auf.

H1c: Im GT zeigt sich eine signifikante Veränderung in positiver Richtung in den Skalen Soziale Resonanz, Durchlässigkeit und Soziale Potenz und eine Abnahme in der Depressions- und E-Skala (Häufigkeit der Extremantworten).

H1d: Im FPI zeigen sich signifikant positive Veränderungen in den Skalen Geselligkeit, Gelassenheit, Maskulinität und Extraversion, signifikant negative Veränderungen in den Skalen Nervosität, Depressivität, Gemüthlichkeit und Emotionale Labilität.

Meßverfahren und der Zuordnung der MMPI-, GT- und FPI-Skalen zu den ISTA-Skalen (vgl. Tab.2) formulieren wir folgende Hypothesen:

ISTA-Skalen	MMPI-Skalen	GT-Skalen	FPI-Skalen
konstruktive Aggression	-F / -HS / -D / -PT / -SC -SI	Soziale Potenz	Extraversion Geselligkeit Maskulinität
destruktive Aggression	PD / PA / PT / SC / MA / SI / F /	Dominanz	Spontane Aggressiv. Erregbarkeit Reaktive Aggression
defizitäre Aggression	F / D / PA / PT / SC / SI	Depressivität	Depressivität
konstruktive Angst	F / MA / -HS / -D / -HY / -PT / -SC / -SI		Nervosität Gehemtheit
destruktive Angst	HS / D / HY / PA / PT / SC / SI / F	Durchlässigkeit	Nervosität Gehemtheit
defizitäre Angst	F / D / SC / SI		
Abgrenzung nach innen	F / -HS / -D / -PD / -PA / -PT / -SC / -SI	E-Wert Kontrolle	Gelassenheit Emot. Labilität
Abgrenzung nach außen	F / HY / -HS / -D / -PA / -PT / -SC / -SI	Dominanz Kontrolle	
konstruktiver Narzißmus	-D / -SI	Durchlässigkeit Soziale Potenz Soziale Resonanz	Extraversion Geselligkeit
destruktiver Narzißmus	F / PD / PT / SC / -SI		Reaktive Aggression
defizitärer Narzißmus		Soziale Potenz Soziale Resonanz	

Tab. 2 Inhaltliche Zuordnung der in der Untersuchung verwendeten Skalen des MMPI, des GT, des FPI zu den ISTA-Skalen.

H1e: Der VEV nimmt einen hohen Gesamtscore an, der eine Verbesserung des Allgemeinbefindens im subjektiven Erleben und Verhalten anzeigt.

Hypothesen 2a - e (H2a - H2e): Schizophrene Struktur (S)

Für die S-Gruppe, die den zahlenmäßig größten Anteil der P-Gruppe bildet, nehmen wir die gleichen Veränderungen wie für die P-Gruppe insgesamt an. Die einzige Ausnahme besteht für die Hysterieskala (HY) im MMPI, für die wir keine Veränderung erwarten. Die Hypothesen 2a bis 2e sind in Tab.3 im einzelnen aufgeführt, wobei ein Pfeil nach rechts eine Zunahme, ein Pfeil nach links eine Abnahme des Skalenwerts bedeutet und eine Wellenlinie keine Veränderung markiert.

Hypothesen 3a - e (H3a - H3e): Narzißtisch depressive Struktur (D)

Für die D-Gruppe erwarten wir in großen Teilen die gleichen Veränderungen wie für die P-Gruppe. Ausnahmen bestehen für folgende Skalen: Konstruktive Aggression und Angst (ISTA) bleiben unverändert, im MMPI verändert sich der Hypomaniewert nicht, im GT ist zusätzlich die Skala Kontrolle in ihrem Wert gegenüber der Aufnahmetestung vermindert, und im FPI bleibt der Skalenwert der Maskulinität gleich. In Tab. 4 sind die Hypothesen 3a bis 3e formalisiert wiedergegeben.

Stichprobe und Datenerhebung

Im Zeitraum von Anfang 1983 bis Ende Juli 1990 wurden 265 Patienten mit den Diagnosen »Schizophrene Struktur« (Gruppe S) und »Narzißtische Depression« (Gruppe D) in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menter-schwaige München stationär behandelt und psychologisch-diagnostisch untersucht. Dies entspricht ca. 50% aller in diesem Zeitraum behandelten Patienten. Es wurden diejenigen Patienten in die Untersuchungsstichprobe aufgenommen, die insgesamt einmal in unserer Klinik behandelt wurden (n = 210). 61% der Stichprobe waren Frauen, 39% Männer, das Durchschnittsalter betrug 31,1 Jahre, die durchschnittliche Verweildauer 10,2 Monate bei einer Streuung von 7,7 Monaten.

64,3% der untersuchten Patienten wurden als »Schizophrene Struktur« nach humanstrukturellen Gesichtspunkten diagnostiziert (vergleichbar mit ICD: 295.0, 295.1, 295.2, 295.3 und 295.5) und 35,7% als »Narzißtische Depression« (ICD: 296.1). Die Diagnosen basieren auf den in der Case-Konferenz der Patienten erarbeiteten Diagnose sowie auf Experten-Ratings von drei Psychiatern und zwei Diplom-Psychologen. 62,8% der n = 210 Patienten wurden regulär entlassen, 18,1% in andere psychiatrische Institutionen verlegt, 19% brachen die Therapie gegen ärztlichen Rat ab.

Für diese Untersuchung zogen wir die Aufnahme- und Entlassungs-Testergebnisse der Patienten aus ISTA, MMPI, GT und FPI sowie den Gesamtscore zur Klinik-Entlassung aus dem VEV heran. Erwartungsgemäß variiert die Größe der Stichprobe von 210 Patienten bei den unterschiedlichen Testverfahren und den beiden Meßzeitpunkten, da nicht alle Patienten alle Testunter-

SCHIZOPHRENE STRUKTUR				
HYPOTHESE 2 a	HYPOTHESE 2 b	HYPOTHESE 2 c	HYPOTHESE 2 d	HYPOTHESE 2 e
ISTA-SKALA	MMPI-SKALA	GT-SKALA	FPI-SKALA	V E V
KONS.AGG. →	F ←	SOZ. →	NERVOS. ←	GESAMTSCORE →
DEST.AGG. ~	HS ←	RESON. →	SPON.AGG. ~	
DEFI.AGG. ←	D ←	DOMIN. ~	DEPRESS. ←	
KONS.ANG. →	HY ~	KONTR. ~	ERREGB. ~	
DEST.ANG. ←	PD ←	DEPRE. ←	GESELL. →	
DEFI.ANG. ←	PA ←	DURCH. →	GELASS. →	
ABGR.INN. →	PT ←	SOZ. →	REA.AGG. ~	
ABGR.AUS. →	SC ←	POTENZ →	GEHEMT. ←	
KONS.NAR. →	MA ←	E ←	EXTRAVER. →	
DEST.NAR. ←	SI ←		EMOT.LAB. ←	
DEFI.NAR. ←			MASK. →	

Tab.3: Formale Darstellung der Hypothesen 2a - 2e im Überblick für die »Schizophrene Struktur«. Dabei bedeutet → = erwartete Zunahme des jeweiligen Skalenwertes; ← = erwartete Abnahme und ~ = gleichbleibender Skalenwert.

Skalenbezeichnungen:

ISTA: KONS. = konstruktiv, DEST. = destruktiv, DEFI. = defizitär, AGG. = Aggression, ANG. = Angst, ABGR. = Abgrenzung, INN. = innen, AUS. = außen, NAR. = Narzißmus. MMPI: F = Validität, HS = Hypochondrie, D = Depression, HY = Hysterie, PD = Psychopathie, PA = Paranoia, PT = Psychastenie, SC = Schizoidie, MA = Hypomanie, SI = Soziale Introversion.

GT: SOZ.RESON. = Soziale Resonanz, DOMIN. = Dominanz, KONTR. = Kontrolle, DEPRE. = Depression, DURCH. = Durchlässigkeit, SOZ.POTENZ = Soziale Potenz, E = Extremwertskala

FPI: NERVOS. = Nervosität, SPON.AGG. = Spontane Aggressivität, DEPRESS. = Depressivität, ERREGB. = Erregbarkeit, GESELL. = Geselligkeit, GELASS. = Gelassenheit, REA.AGG. = Reaktive Aggressivität, GEHEMT. = Gehemmtheit, EXTRAVER. = Extraversion, EMOT.LAB. = emotionale Labilität, MASK. = Maskulinität

DEPRESSIVE STRUKTUR				
HYPOTHESE 3 a	HYPOTHESE 3 b	HYPOTHESE 3 c	HYPOTHESE 3 d	HYPOTHESE 3 e
ISTA-SKALA	MMPI-SKALA	GT-SKALA	FPI-SKALA	V E V
KONS.AGG. ~	F ←	SOZ. →	NERVOS. ←	GESAMTSCORE →
DEST.AGG. ~	HS ←	RESON. →	SPON.AGG. ~	
DEFI.AGG. ←	D ←	DOMIN. ~	DEPRESS. ←	
KONS.ANG. ~	HY ←	KONTR. ←	ERREGB. ~	
DEST.ANG. ←	PD ←	DEPRE. ←	GESELL. →	
DEFI.ANG. ←	PA ←	DURCH. →	GELASS. →	
ABGR.INN. →	PT ←	SOZ. →	REA.AGG. ~	
ABGR.AUS. →	SC ←	POTENZ →	GEHEMT. ←	
KONS.NAR. →	MA ~	E ←	EXTRAVER. →	
DEST.NAR. ←	SI ←		EMOT.LAB. ←	
DEFI.NAR. ←			MASK. ~	

Tab.4: Formale Darstellung der Hypothesen 3a - 3e im Überblick für die »Depressive Struktur«. → bedeutet erwartete Zunahme des jeweiligen Skalenwertes; ← = erwartete Abnahme und ~ = gleichbleibender Skalenwert. Skalenbezeichnungen: s.Tab.3

suchungen korrekt absolviert haben. Wie auch andere Effizienz-Studien dieser Art arbeiten wir mit einer selektiven Stichprobe. So ist z.B. die Anzahl der untersuchten Patienten bei Aufnahme höher als bei Entlassung, da hier wegen der Trennungsangst und -wut die Testuntersuchungen häufiger verweigert werden und die nicht regulär entlassenen Patienten die Stichprobe zusätzlich verkleinern. 45% der Patienten standen bei Klinikaufnahme unter neuroleptischer Medikation, bei Klinikentlassung waren es 8%.

Ergebnisse zu den Hypothesen 1a - e: »Psychotische Struktur« (P)

Zur Überprüfung der Mittelwertsunterschiede wurde jeweils der t-Test für abhängige und unabhängige Stichproben angewandt. Die Signifikanztestung erfolgte auf dem 2,5% -Niveau. Tab.5 zeigt das Ergebnis der Signifikanzprüfung auf Mittelwertsunterschiede zwischen den ISTA-Aufnahme- und Entlassungswerten für die Gesamtgruppe der Patienten mit psychotischer Struktur (Gruppe P, n = 88).

An dieser Stelle sei allen Mitarbeitern der Klinik, die durch ihre freiwillige Mitarbeit die umfangreiche Datenerhebung dieser Studie möglich machten, auf's Herzlichste gedankt, besonders Herrn Dipl.-Psych. Paul Schneider für die kompetente und zuverlässige Hilfe bei den mathematisch-statistischen Analysen.

	n		\bar{X}		s		t	p
	Auf.	Ent.	Auf.	Ent.	Auf.	Ent.		
ISTA								
AGGRESSION								
konstruktiv	88	88	8.6	11.2	4.2	4.4	-5.24	.000 ***
destruktiv	88	88	4.7	4.7	3.6	3.3	.00	1.000
defizitär	88	88	7.7	5.3	3.7	3.9	5.50	.000 ***
ANGST								
konstruktiv	88	88	6.2	7.6	3.0	3.5	-3.58	.001 ***
destruktiv	88	88	8.1	6.2	4.1	4.1	4.54	.000 ***
defizitär	88	88	6.7	4.9	3.1	3.0	4.82	.000 ***
ABGRENZUNG								
nach außen	88	88	4.9	6.7	2.9	3.2	-4.99	.000 ***
nach innen	88	88	6.0	8.6	3.8	4.2	-5.67	.000 ***
NARZISSMUS								
konstruktiv	88	88	15.5	19.3	7.0	7.9	-4.60	.000 ***
destruktiv	88	88	10.7	8.6	5.1	5.5	3.83	.000 ***
defizitär	88	88	8.2	6.2	4.1	4.3	4.36	.000 ***

Tab.5: Statistischer Mittelwertsvergleich der ISTA-Aufnahme- und Entlassungswerte aller Patienten mit psychotischer Struktur mit Mittelwert (\bar{X}), Streuung (s), t-Wert und Signifikanz des Unterschieds (p), *** <1%; (Auf. = Aufnahme, Ent. = Entlassung)

Die Signifikanz-Prüfung zeigt für alle Skalen - mit Ausnahme der Skala der destruktiven Aggression - signifikante Unterschiede zwischen den Aufnahme- und Entlassungswerten. Bedeutsam abgenommen haben alle Werte in den defizitären Skalen, ebenso die destruktiven Skalen der Angst und des Narzißmus, nicht jedoch die Skala der destruktiven Aggression. Bedeutsam zugenommen haben die Werte in den Funktionen der konstruktiven Aggression, der Angst und des Narzißmus. Die Werte der Ich-Abgrenzung nach außen und innen haben ebenfalls signifikant zugenommen. Veranschaulicht wird dieses Ergebnis in Abb.2, die in Profildarstellung die \bar{X} -Werte auf den ISTA-Skalen bei Aufnahme (durchgezogene Linie) und Entlassung (gestrichelte Linie) zeigt. Der Bereich zwischen den Werten 40 - 60 auf der T-Skala (transformierte ISTA-Rohwerte) gibt den Normbereich an. In den Zeilen sind die drei Humanfunktionen Aggression, Angst und Narzißmus in ihren jeweiligen

qualitativen Ausprägungen konstruktiv, destruktiv und defizitär dargestellt. Die Humanfunktion der Ich-Abgrenzung ist differenziert nach außen und innen; im Durchschnittsbereich liegende Werte zeigen flexible Abgrenzungsfähigkeit an, unterhalb des Durchschnittsbereichs liegende Werte sind als defizitär zu bezeichnen und entsprechen fehlender Abgrenzungsfähigkeit; oberhalb des Durchschnittsbereichs können die Abgrenzungswerte als destruktiv bzw. starr bezeichnet werden.

Die mit *** gekennzeichneten Skalen entsprechen einem statistischen Signifikanz-Niveau gleich oder kleiner 1 %. Skalen ohne * erbrachten kein statistisch bedeutsames Ergebnis.

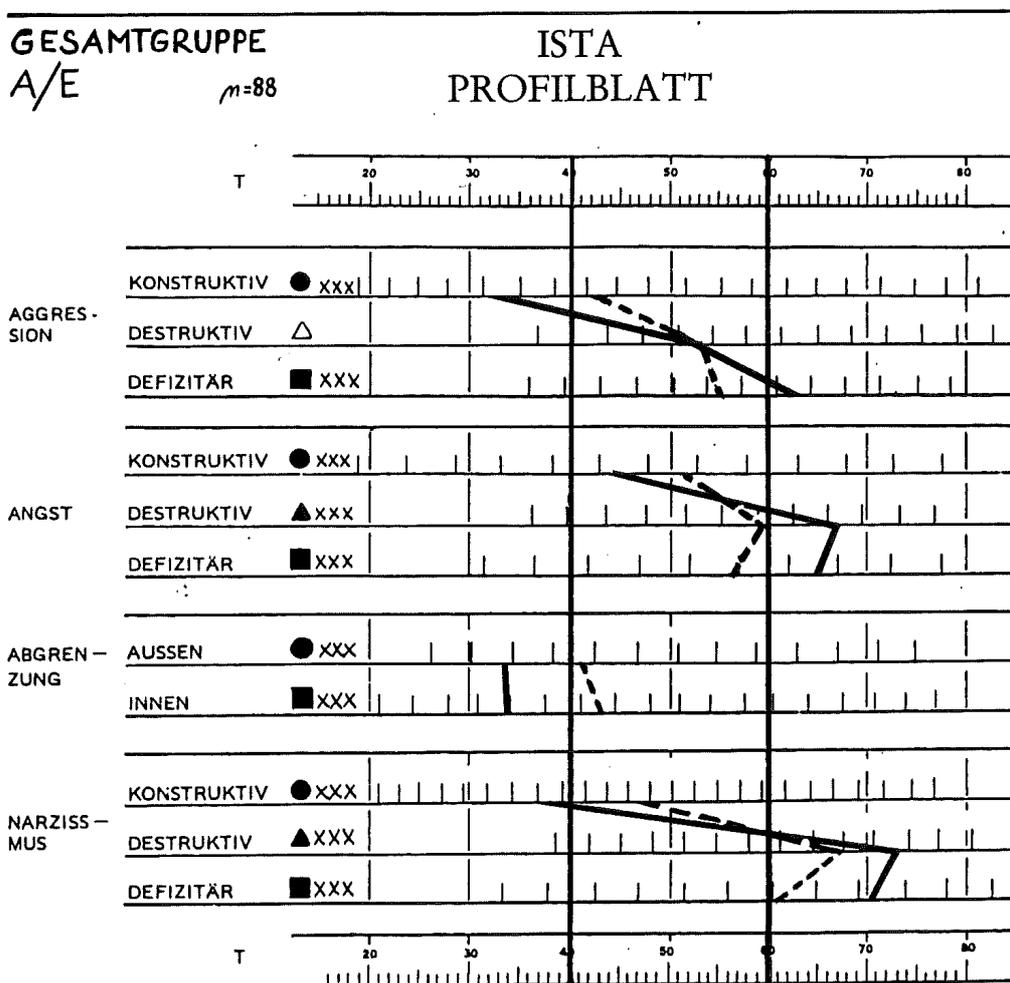


Abb.2: Veränderung der ISTA-Werte im statistischen Mittelwertsvergleich aller psychotisch strukturierten Patienten zwischen Klinikaufnahme und Klinikentlassung (*n*=88)

***: $p \leq 0,001$

** : $p \leq 0,01$

* : $p \leq 0,05$

— Aufnahme

-- Entlassung

Hypothese 1a wird durch diese Ergebnisse voll bestätigt, ein Ergebnis, das auch den Resultaten früherer Effizienzstudien der Klinik Mengerschwaige entspricht (Ammon et al. 1982; Burbiel & Wagner 1984; Burbiel et al. 1989): Bestätigt hat sich eine im Verlauf der stationären Therapie spektrale Abnahme defizitärer und auch destruktiver Werte (mit Ausnahme der destruktiven Aggression).

sion) bei gleichzeitiger Zunahme der konstruktiven Anteile der Funktionen der Aggression, der Angst, des Narzißmus und der Abgrenzung. Wie schon in früheren empirischen Untersuchungen (vgl. *Burbiel & Vogelbusch* 1981; *Ammon et al.* 1982; *Burbiel & Wagner* 1984; *Burbiel et al.* 1989), kristallisiert sich die Sonderstellung der destruktiven Aggression im therapeutischen Prozeß heraus. *Ammon* (1979) versteht die klinisch beobachtbare destruktive Aggression »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 gegen die Umwelt als destruktiv bzw. als defizitär gewordene Aggression« (*Ammon* 1979). Die Aggressionsentwicklung während des therapeutischen Prozesses nimmt nun einen »umgekehrten« Verlauf im Vergleich zur pathologischen Aggressionsentwicklung: Durch humanstrukturelle Therapie in identitätsfördernden Gruppen ist es möglich, defizitär gewordene Aggression über das »Durchgangsstadium« destruktiver Aggression in konstruktive Aggression »zurückzuverwandeln«, wobei eine Gesundung des Patienten von der kontinuierlichen Durcharbeitung dieser destruktiven Aggression entscheidend abhängt.

Die Veränderungen in den Funktionen der Humanstruktur zeigen an, daß der Patient neu bzw. wieder gelernt hat, mit sich selbst und anderen in Beziehung zu treten, Gefühle und Bedürfnisse wahrzunehmen, zu kommunizieren und zu leben und sich für die Welt zu interessieren.

	n		\bar{X}		s		t	p
	Auf.	Ent.	Auf.	Ent.	Auf.	Ent.		
MMPI-Skala								
F-Skala	65	65	6.4	6.6	4.3	9.3	-.10	.920
Hypochondrie	65	65	13.5	11.0	4.3	4.2	4.76	.000 ***
Depression	65	65	15.1	11.3	5.4	9.1	3.70	.000 ***
Hysterie	65	65	16.6	13.2	5.5	8.9	3.63	.001 ***
Psychopathie	65	65	17.5	16.1	4.2	6.1	1.84	.070 (*)
Maskul./Femin.	65	65	14.5	14.6	3.4	5.1	-.26	.795
Paranoia	64	64	9.1	7.8	4.4	4.5	2.28	.026 *
Psychasthenie	64	64	21.2	17.0	5.0	5.4	5.92	.000 ***
Schizoidie	64	64	16.3	13.4	5.0	5.3	4.43	.000 ***
Manie	64	64	13.5	13.7	4.0	3.8	-.48	.631
Soz. Introversion	64	64	14.9	12.1	6.2	5.3	3.94	.000 ***

Tab.6: Statistischer Mittelwerts-Vergleich der MMPI-Klinikaufnahme- und Klinikentlassungswerte aller Patienten mit psychotischer Struktur mit Mittelwert (\bar{X}), Streuung (s), t-Wert und Signifikanz des Unterschieds (p), *** < 1%, * < 5%; (Auf. = Aufnahme, Ent. = Entlassung)

Tab.6 zeigt die Ergebnisse des Mittelwertvergleichs der MMPI-Aufnahme- und Entlassungswerte aller Patienten mit psychotischer Struktur (n = 65). Wir sehen hier eine signifikante Abnahme der Symptomnennungen in den

Skalen Hypochondrie, Depression, Hysterie, Paranoia, Psychasthenie, Schizoidie und Soziale Introversion. Ein deutlicher Trend in dieser Richtung kann auch für die Skala Psychopathie, nicht jedoch für die Hypomanie beobachtet werden, deren Aufnahmewerte allerdings von vornherein niedriger, an der oberen Grenze des Durchschnittsbereichs, liegen. Sieben der insgesamt neun in Hypothese 1b erwarteten MMPI-Skalenwertverbesserungen können als statistisch signifikant bestätigt werden. Mit der Zunahme und Erweiterung von konstruktiver Persönlichkeitsstruktur und dem Abbau von Destruktionen und Defiziten verlieren die Symptome während des klinisch-therapeutischen Prozesses zunehmend an Bedeutung als kompensatorischer und quasi-stabilisierender Faktor für die Humanstruktur und als Kommunikationsersatz. Dem Menschen stehen mehr und andere Möglichkeiten der Kommunikation, der Äußerung von Wünschen, Ängsten und Bedürfnissen zur Verfügung.

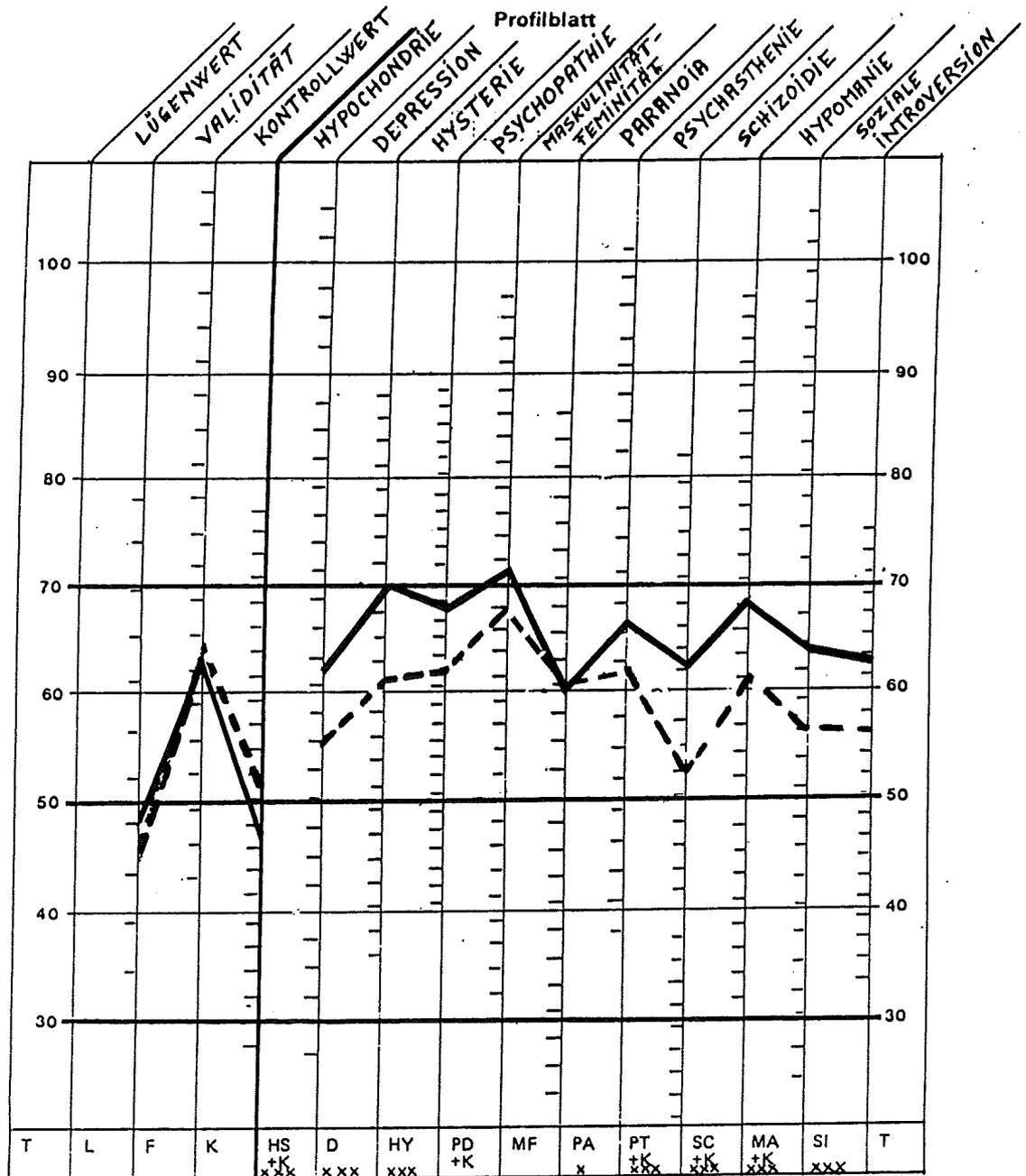
Daß die Patienten die Klinik mit einem deutlich verbesserten Selbstbild verlassen, zeigen die Ergebnisse im Gießen-Test (GT). Erwartungsgemäß sind die Entlassungswerte in fünf Skalen im Vergleich zu den Aufnahmewerten signifikant verbessert, so daß Hypothese 1c voll bestätigt ist. Die Patienten fühlen sich weniger depressiv, weniger ängstlich, erleben sich als beliebter, durchsetzungsfähiger, geachteter; sie sind geselliger, im Kontakt unbefangener, aufgeschlossener und vertrauensvoller.

Entgegen den Erwartungen in Hypothese 1d gelangen wir beim Freiburger Persönlichkeits-Inventar (FPI) zu nur einem signifikanten Mittelwert-Ergebnis für die Skala der Extraversion, was auf eine deutliche Zunahme nach außen gerichteter Aktivitäten hinweist. Mit Ausnahme der Skala Maskulinität, für die ein Trend in Richtung Zunahme zu beobachten ist, zeigen alle anderen Skalen keine systematischen Mittelwert-Veränderungen an, ein Ergebnis, das in Zusammenhang mit den noch folgenden FPI-Ergebnissen für die S- und D-Gruppe diskutiert werden soll.

Im Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV), in dem die Patienten kurz vor der Entlassung aus der Klinik rückblickend die bei sich selbst festgestellten Veränderungen angeben, finden wir für die P-Gruppe ($n = 58$) mit einem Gesamtscore von 197,3 signifikant positive Veränderungen (auf dem 1%-Niveau) des subjektiven Befindens in Richtung auf größere innere Ruhe und Sicherheit, vermehrte Entspannung und Gelassenheit, Selbstsicherheit und Optimismus. Hypothese 1e kann somit bestätigt werden.

Die Tab.7 gibt abschließend und zusammenfassend nochmals einen Überblick über die für die P-Gruppe aufgestellten Hypothesen und damit korrespondierenden empirischen Ergebnisse. Diese Tabelle dient als Grundlage der nun folgenden zusammenfassenden Diskussion aller Testergebnisse der P-Gruppe. Den Hypothesen sind in dieser Darstellung die empirischen Ergebnisse direkt gegenübergestellt. Ein Pfeil nach rechts bedeutet signifikantes Anwachsen des Skalenwerts, ein Pfeil nach links bedeutet eine Abnahme und ein unterbrochener Pfeil nur Trendergebnis. Eine Wellenlinie heißt Gleichbleiben des Skalenwerts.

Mit der Abnahme der destruktiven Angst und dem Anstieg der Ich-Abgrenzung nach innen im ISTA korrespondiert die Abnahme der Skalen Psychasthenie, Hypochondrie, Paranoia und Schizoidie im MMPI, die einen Rückgang von allgemeiner Ängstlichkeit, Überbesorgtheit, Minderwertigkeits- und Insuffizienzgefühlen, phobischen und hypochondrischen Ängsten, quälenden Zwangsvorstellungen, Zwangsgedanken und Zwangshandlungen, paranoiden Wahnideen, Beziehungs- und Bedeutungswahnideen, Halluzinationen, Depersonalisationserlebnissen und anderem anzeigen (vgl. Abb.3).



xxx : p ≤ 0,001
 xx : p ≤ 0,01
 x : p ≤ 0,05

Abb.3: Veränderung der MMPI-Werte im statistischen Mittelwertvergleich aller psychotisch strukturierten Patienten zwischen Klinikaufnahme und Klinikentlassung (n = 64)

HYPOTHESEN UND EMPIRISCHE ÜBERPRÜFUNG GESAMTSTICHPROBE (PSYCHOTISCHE STRUKTUR)							
I S T A		M M P I		GIESSEN-TEST		F P I	
Hypothesen	empir. Ergebnis	Hypothesen	Empir. Ergebnis	Hypothesen	Empir. Ergebnis	Hypothesen	Empir. Ergebnis
Skalen der Aggression		Skalen		Skalen		Skalen	
○ →	→	F ←		1 Soziale Resonanz →	→	1 Nervosität ←	
△ ~	~	HS ←		2 Dominanz ~	~	2 Spontane Aggress. ~	~
□ ←	←	D ←		3 Kontrolle ~	~	3 Depressiv. ←	
		HY ←		4 Depressiv. ←	←	4 Erregbarh. ~	~
		PD ←		5 Durchläss. →	→	5 Geselligk. →	
Skalen der Angst		PA ←		6 Soziale Potenz →	→	6 Gelassenh. →	
○ →	→	PT ←		E ←	←	7 Reaktive Aggressiv. ~	~
△ ←	←	SC ←				8 Gehemth. ←	
□ ←	←	MA ←				Extraversion →	→
Skalen der Abgrenzung		SI ←				Emotionale Labilität ←	
○ →	→					Maskulinität →	→
□ →	→						
Skalen des Narzißmus							
○ →	→						
△ ←	←						
□ ←	←						

Tab. 7: Formale Darstellung der Hypothesen und empirischen Ergebnisse der Gesamtstichprobe (Psychotische Struktur).

Skalenbezeichnungen: s. Tab.3

○ = konstruktive Qualität der Skala, △ = destruktive Qualität, □ = defizitäre Qualität; → = signifikante Zunahme der Werte in den jeweiligen Skalen, ← = signifikante Abnahme, ~ = keine signifikante Änderung der Werte; Leerfelder = die Hypothese wird nicht bestätigt, → = trendmäßige Zunahme, ← = trendmäßige Abnahme der Werte.

Aufgrund des Anstiegs der Abgrenzungsfähigkeit nach außen und vor allem nach innen - letzteres drückt sich auch in der signifikanten Abnahme der Extremantworten im GT aus - muß der Patient nicht mehr in dem Maße wie bisher aus dem sozialen Kontakt als Abgrenzungsersatz flüchten, dies wird in der Abnahme der Skala »Soziale Introversion« im MMPI deutlich. Auch die Flucht vor der Realität in Tagträumereien aufgrund einer als kränkend erlebten Umwelt hat sich verringert, dokumentiert in der geringeren Skalenausprägung der Schizoidie.

Im FPI wird diese Entwicklung deutlich in der signifikanten Zunahme der Skala Extraversion, die - übertragen auf unser humanstrukturelles Konzept - für eine angewachsene konstruktive Aggression und einen angewachsenen konstruktiven Narzißmus spricht. Das Trendergebnis in der Skala Maskulinität im FPI weist ebenfalls in Richtung auf eine vermehrte Abgrenzungsfähigkeit nach innen sowie auf einen Zuwachs an konstruktiver Angst und Aggression. Daß im FPI sonst keine wesentlichen Änderungen beobachtbar sind, führen wir auf die Testkonzeption selbst zurück, die überwiegend stabil bleibende Persönlichkeitseigenschaften messen will und nicht Veränderungen (vgl. *Fahrenberg, Selg & Hampel* 1973). Eine abschließende Einschätzung des FPI als Instrument der Veränderungsmessung soll dann vorgenommen werden, wenn die Ergebnisse für die S- und D-Gruppe vorgestellt sind.

Im Gießen-Test zeigt sich die Abnahme der schizoid-paranoiden Grundeinstellung in der signifikant verringerten Retentivitätsskala in Richtung auf eine größere Durchlässigkeit nach außen und innen.

Die signifikante Abnahme der Skalen Depression im MMPI wie auch im GT - entsprechend der Abnahme der defizitären Aggression im ISTA - sowie der Hypomanie im MMPI zeigen an, daß sich die bei einem Teil der Patienten auftretenden extremen Stimmungsschwankungen reduziert haben. Die Abnahme des defizitären und die Zunahme des konstruktiven Narzißmus im ISTA, die vereinfacht ausgedrückt das Anwachsen eines gesunden Selbstwertgefühls sowohl der eigenen Person als auch anderen Menschen gegenüber, eine größere Bereitschaft, Sozialenergie anzunehmen, anzeigt, spiegelt sich im GT in der signifikanten Erhöhung der Skalen Positive Soziale Resonanz und Soziale Potenz wider. Der Patient erlebt sich in seiner Wirkung auf die Umwelt positiver: mehr Achtung und Beachtung zu finden, für andere anziehend, durchsetzungsfähiger, konkurrenzfähiger, phantasievoller und bindungsfähiger zu sein. Entsprechend erlebt er ein Mehr an narzißtischer Gratifikation. Wir sehen, daß für eine differenzierte Beschreibung der Persönlichkeit in ihren gesunden und kranken Seiten die drei Testverfahren ISTA, MMPI und GT eine sich gut ergänzende Testbatterie zur Messung von Persönlichkeitsveränderungen durch Psychotherapie darstellen. Als Interpretationsgrundlage dient das Persönlichkeitsmodell der Humanstrukturologie.

Ergebnisse in den Hypothesen 2a - e: »Schizophrene Struktur« (Gruppe S)

Tab.8 zeigt die Ergebnisse der Signifikanz-Prüfung auf Mittelwertsunterschiede zwischen Aufnahme- und Entlassungswerten für die Gruppe S (n = 50). Signifikante Mittelwerts-Differenzen zeigen sich für die Skalen der konstruktiven Aggression, der destruktiven und defizitären Angst sowie der Abgrenzung nach außen und innen. Bei der defizitären Aggression findet sich ein Trendergebnis in Richtung unserer Hypothese, keine Signifikanzen ergeben sich bei der konstruktiven Angst sowie in allen Qualitäten des Narzißmus. Wie schon in der P-Gruppe ist auch hier der Wert für die destruktive Aggression unverändert. Für die S-Gruppe kann die Hypothese 2a in großen Teilen, aber nicht vollständig bestätigt werden. Zur Veranschaulichung der Ergebnisse dient die Profildarstellung in Abb.4.

	n		\bar{X}		s		t	p
	Auf.	Ent.	Auf.	Ent.	Auf.	Ent.		
ISTA								
AGGRESSION								
konstruktiv	50	50	9.4	10.9	4.1	4.4	-2.40	.020 *
destruktiv	50	50	4.6	4.6	3.5	3.3	-.04	.965
defizitär	50	50	7.0	6.0	3.7	4.3	1.78	.082
ANGST								
konstruktiv	50	50	6.5	7.1	3.2	3.4	-1.11	.271
destruktiv	50	50	7.6	6.0	4.1	4.6	2.89	.006 **
defizitär	50	50	6.7	5.3	3.2	3.1	2.63	.012 *
ABGRENZUNG								
nach außen	50	50	5.3	6.5	2.8	3.3	-2.35	.023 *
nach innen	50	50	6.2	8.3	4.0	4.6	-3.30	.002 **
NARZIßMUS								
konstruktiv	50	50	16.2	18.3	6.9	8.3	-1.47	.147
destruktiv	50	50	10.3	9.2	5.2	6.0	1.53	.132
defizitär	50	50	8.0	7.0	4.0	4.5	1.46	.151

Tab.8: Statistischer Mittelwertsvergleich der ISTA-Aufnahme- und Entlassungswerte aller Patienten mit Diagnose »schizophrene Struktur« mit Mittelwert (\bar{X}), Streuung (s), t-Wert und Signifikanz des Unterschieds (p), *** < 1%, ** < 1%, * < 5%

Tab.9 zeigt die Ergebnisse der Signifikanz-Prüfung auf Mittelwertsunterschiede in den Skalen des MMPI bei Aufnahme und Entlassung. Signifikant reduziert sind die Meßwerte in den Skalen Hypochondrie, Psychasthenie, Schizoidie und Soziale Introversion, wobei die Skalen Schizoidie und Psychasthenie mit die wichtigsten Psychoseskalen des MMPI sind. Anhand dieser Skalen läßt sich der Rückgang an psychotischer Symptomatik am besten ablesen, wie z.B. der Rückgang an paranoiden und anderen Wahnideen, Zwangsgedanken und Handlungen etc. Insgesamt kann die Hypothese 2b als bestätigt angesehen werden.

Im Gießen-Test (GT) bestätigen sich zwei der fünf erwarteten Skalenveränderungen: signifikante Zunahme der Sozialen Resonanz in positive Richtung sowie Abnahme der subjektiv erlebten Depressivität. Im FPI bilden sich wiederum keine Veränderungen ab, außer einem Trendergebnis in Richtung zunehmender Extraversion. Hypothese 2d ist damit nicht bestätigt, jedoch Hypothese 2e: Im VEV finden wir signifikant positive Veränderungen. Die S-Gruppe empfindet sich auf der Ebene der Veränderungen im Erleben und Verhalten insgesamt positiv verändert.

⑤ ERSTAUFNAHMEN ISTA
A/E m=50 Profilblatt

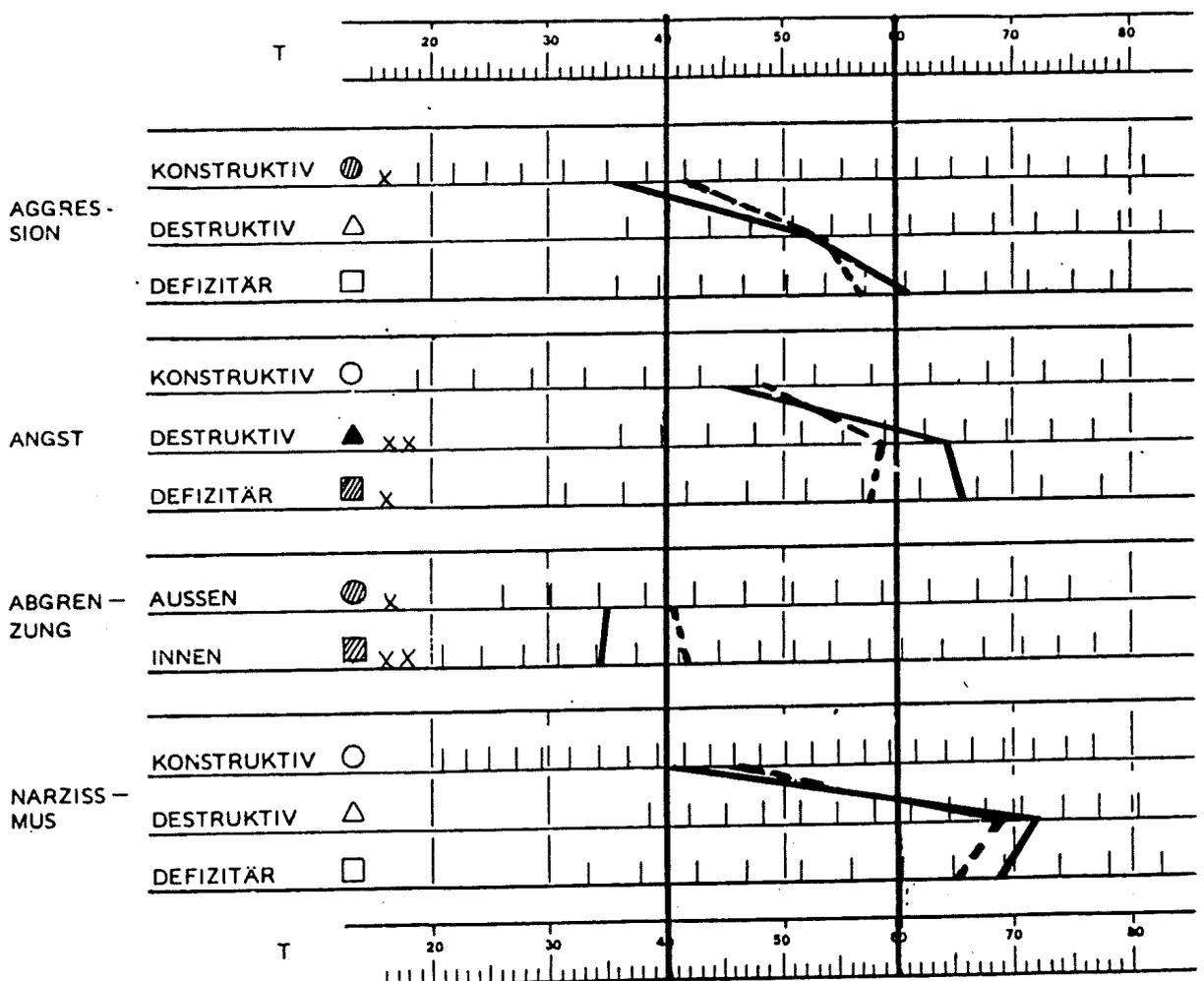


Abb.4: Veränderung der ISTA-Werte im statistischen Mittelwertsvergleich der schizophren strukturierten Patientengruppe (n = 50) zwischen Klinikaufnahme und Klinikentlassung

XXX : $p \leq 0,001$

XX : $p \leq 0,01$

X : $p \leq 0,05$

— Aufnahme

-- Entlassung

MMPI-Skala	n		\bar{X}		s		t	p
	Auf.	Ent.	Auf.	Ent.	Auf.	Ent.		
F-Skala	35	35	6.8	8.2	4.3	12.0	-.75	.459
Hypochondrie	35	35	13.2	11.7	4.3	4.3	2.07	.046 *
Depression	35	35	15.3	13.1	6.3	11.3	1.33	.192
Hysterie	35	35	16.7	14.9	5.7	11.0	1.24	.224
Psychopathie	35	35	17.4	17.3	4.9	7.5	.07	.942
Maskul./Femin.	35	35	14.0	14.2	3.6	6.4	-.18	.861
Paranoia	34	34	9.0	8.1	4.6	4.7	1.18	.247
Psychasthenie	34	34	20.9	17.6	5.7	5.6	3.55	.001 ***
Schizoidie	34	34	16.8	14.6	5.0	5.3	2.61	.013 *
Manie	34	34	13.1	13.5	3.9	3.8	-.74	.463
Soziale Introversion	34	34	14.8	12.2	6.8	5.4	2.44	.020 *

Tab.9: Statistischer Mittelwerts-Vergleich der MMPI-Aufnahme- und Entlassungs-Werte aller Patienten mit der Diagnose »schizophrene Struktur« mit Mittelwert (\bar{X}), Streuung (s), t-Wert und Signifikanz des Unterschieds (p), *** < 1%, ** < 1%, * < 5 %

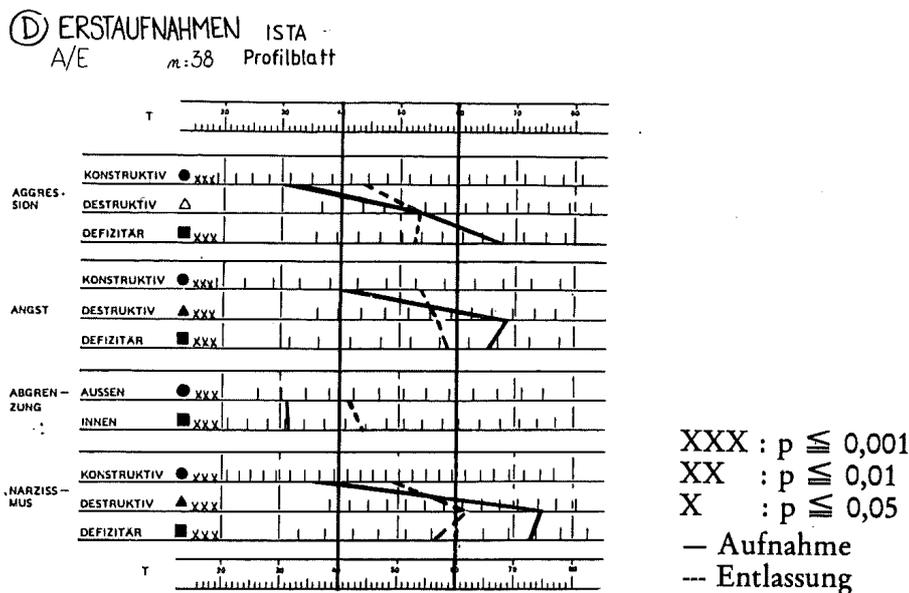


Abb. 5: Veränderung der ISTA-Werte im statistischen Mittelwertsvergleich der narzißtisch depressiven Patientengruppe (n = 38) zwischen Klinikaufnahme und Klinikentlassung

ISTA	n		\bar{X}		s		t	p
	Auf.	Ent.	Auf.	Ent.	Auf.	Ent.		
AGGRESSION								
konstruktiv	38	38	7.6	11.7	4.1	4.4	-5.33	.000 ***
destruktiv	38	38	4.9	4.9	3.9	3.4	.05	.963
defizitär	38	38	8.7	4.6	3.3	3.3	6.92	.000 ***
ANGST								
konstruktiv	38	38	5.8	8.3	2.8	3.5	-4.65	.000 ***
destruktiv	38	38	8.8	6.4	4.0	3.5	3.54	.001 ***
defizitär	38	38	6.8	4.4	3.0	2.8	4.60	.000 ***
ABGRENZUNG								
nach außen	38	38	4.3	6.9	2.9	3.1	-5.16	.000 ***
nach innen	38	38	5.7	8.9	3.5	3.6	-5.04	.000 ***
NARZISSMUS								
konstruktiv	38	38	14.0	20.6	6.8	7.4	-6.35	.000 ***
destruktiv	38	38	11.3	7.8	5.0	4.8	4.14	.000 ***
defizitär	38	38	8.7	5.2	4.2	4.0	5.97	.000 ***

Tab. 12: Statistischer Mittelwertsvergleich der ISTA-Aufnahme- und Entlassungswerte aller Patienten mit der Diagnose »narzißtische Depression« mit Mittelwert (\bar{X}), Streuung (s), t-Wert und Signifikanz des Unterschieds (p), *** < 1%, ** < 1%, * < 5%

Für die Gruppe der schizophren strukturierten Patienten (S-Gruppe) werden die Hypothesen in wesentlichen Teilen, nicht jedoch vollständig bestätigt. Wir finden in dieser Gruppe insgesamt weniger bedeutsame Veränderungen als für die Gesamtgruppe Psychotische Struktur (P-Gruppe) und die Gruppe der narzißtisch depressiv Strukturierten (D-Gruppe), bei denen nahezu alle Hypothesen bestätigt werden (vgl. Tab. 10). Bei der Ergebnisanalyse fällt auf, daß die S-Gruppe im Unterschied zur D-Gruppe nahezu doppelt so hohe Streuungen in den Entlassungswerten (nicht in den Aufnahmewerten) der meisten MMPI-Skalen, im Trend auch in einzelnen ISTA- und GT-Skalen aufweist, eine mögliche und auch wahrscheinliche Begründung für die jeweils unsystematischen Variationen in den Testwerten. Es sieht so aus, daß der Psychotherapieeffekt in der S-Gruppe, insbesondere was die Bearbeitung des Narzißmus anbelangt (vgl. nicht signifikante Mittelwertsunterschiede in den Narzißmusskalen des ISTA) und damit auch die Fähigkeit, Sozialenergie für die Identitätseentwicklung aufnehmen, als sehr unterschiedlich angesehen werden muß.

Der Psychotherapieerfolg in diesem Bereich und zu diesem Zeitpunkt der Trennung aus der Klinik variiert individuell sehr hoch. Um genauere Aussagen machen zu können, wodurch diese in bestimmten Skalen heterogenere Reaktion im Erleben und Verhalten der Patienten begründet werden kann, müßten weitere Analysen durchgeführt werden. Betrachten wir wieder Tab.9: Die Psychoseskalen im MMPI, Schizoidie und Psychasthenie - wobei erstere Skalen einen höheren Wert aufweist - zeigen sich signifikant verringert, die produktive Symptomatik sowohl in den Primärsymptomen der Störungen der Affektivität und des Denkens als auch in den Sekundärsymptomen, wie z.B. Halluzinationen und Wahnideen hat deutlich abgenommen. Die Patienten werden nicht mehr in dem Ausmaß von Ängsten überflutet (destruktive Angst/ISTA, PT/MMPI), die sie durch eine ausgeprägte Zwangssymptomatik abzuwehren versuchten. Entsprechend nehmen auch die Zwangssymptome ab (PT/MMPI). Auch auf den Rückzug von der sozialen Umwelt (SI/MMPI), der ebenso wie der Zwang einen Abgrenzungsersatz darstellt, können die Patienten in zunehmendem Maße »verzichten«, dies wegen der angewachsenen Abgrenzungsfähigkeit sowohl nach außen als auch insbesondere nach innen, die eine regulative Funktion übernimmt. Auch die körperlichen Beschwerden, die nicht nur eine Begleiterscheinung überschwemmender Ängste und andauernder Anspannung sind, sondern ebenfalls eine Abgrenzungsfunktion übernehmen können, haben in bedeutsamem Ausmaß abgenommen (HS/MMPI). In der Folge sind diese Patienten in der Lage, Kontakte und Beziehungen zu anderen Menschen, zu Dingen, zu geistigen Werten, zur Umwelt, zur eigenen Arbeitsleistung und zum Tätigsein aufzunehmen, was sich in der angewachsenen konstruktiven Aggression (ISTA) wie auch der erhöhten Extraversion (FPI), die u.a. vermehrtes Kontaktbedürfnis, vermehrte Aktivität und Geselligkeit anzeigt, widerspiegelt.

Durch die vermehrte Interaktion mit der Umwelt werden die Patienten von dieser »gelohnt« durch narzißtische Gratifikation (Soziale Resonanz/GT) und

sozialenergetische Zufuhr. Insbesondere dadurch, aber auch durch das verspürte Bedürfnis nach Veränderung und eigener Entwicklung, der Entdeckung der Fähigkeit zur Eigeninitiative (konstruktive Aggression/ISTA) sowie das vermehrte Wahrnehmen von Bedürfnissen, Zielen und Interessen (defizitäre Aggression/ISTA) nimmt die vormalig ausgeprägte Selbstunsicherheit des Patienten im Zusammenhang mit depressiver Verfassung ab («Depressivität«/GT; defizitäre Aggression/ISTA). Auch im VEV spiegelt sich die angewachsene Sicherheit und Selbstsicherheit, der angewachsene Optimismus im Erleben und Verhalten u.a. wider.

Der hohe Wert in der Paranoia (MMPI) zeigt an, daß die Patienten der Umwelt noch nicht in ausreichendem Maße vertrauen, sie noch als feindlich erleben; daß sie Angst haben, verletzt, mißbraucht, gedemütigt, gekränkt zu werden, wenn sie sich öffnen. Deshalb zeigen sich diese Patienten nach außen häufig noch verschlossen, was eigene Gefühle betrifft (destruktiver Narzißmus/ISTA, nicht signifikante Abnahme der Skala Durchlässigkeit/GT). Damit in Zusammenhang steht die nicht bedeutsam gewordene Erhöhung des konstruktiven Angstwertes (ISTA), d.h. daß die Patienten über ihre Angst noch nicht ausreichend Kontakt mit anderen Menschen aufnehmen können, um sich mitzuteilen oder Hilfe zu holen.

Ergebnisse zu den Hypothesen 3a - e: »Narzißtisch depressiv Strukturierte« (D)

Die Übersichtstabelle Tab.11 über die Anzahl und Richtung der empirisch bestätigten Hypothesen zeigt für die Gruppe der narzißtisch depressiv strukturierten Patienten insbesondere für die Skalen des ISTA und des MMPI erwartungsgemäße Ergebnisse: Hypothese 3a konnte vollständig, Hypothese 3b größtenteils bestätigt werden.

Tab.12 zeigt die Ergebnisse des Mittelwertvergleichs zwischen ISTA-Aufnahme- und Entlassungswerten für die D-Gruppe: Neben den erwarteten Ergebnissen nehmen auch die konstruktiven Skalenqualitäten der Aggression und Angst signifikant zu. In Abb. 5 werden die Mittelwertprofile der ISTA-Aufnahme- und Entlassungswerte noch einmal graphisch veranschaulicht.

Tab.13 zeigt, daß sieben der insgesamt neun MMPI-Skalen signifikante Mittelwerts-Differenzen im Sinne einer Abnahme der Symptomatologie aufweisen, wobei sich die Paranoia-Skala zusätzlich im Trend erniedrigt zeigt. Die fehlende signifikante Veränderung im F-Wert verstehen wir in Entsprechung zur P-Gruppe als noch brüchige Abgrenzungsfähigkeit nach innen.

Im GT bestätigen sich empirisch drei von sechs erwarteten Veränderungen. Es überrascht, daß die Skalen der Sozialen Resonanz und der Sozialen Potenz nicht signifikant verändert sind, was noch diskutiert werden wird. Im FPI zeigen sich wiederum keine signifikanten Ergebnisse. Diese konstant zu beobachtende Stabilität der FPI-Skalen gegenüber Psychotherapie-Einflüssen über alle untersuchten Stichproben hinweg bestätigt die Annahme der Testautoren, daß der FPI kein für die Veränderungsmessung geeignetes Verfahren sei. Im VEV schätzt sich die D-Gruppe in ihrem Erleben und Verhalten signifikant positiv

HYPOTHESEN UND EMPIRISCHE ÜBERPRÜFUNG BEZÜGLICH SCHIZOPHREN STRUKTURIERTER							
I S T A		M M P I		GIESSEN-TEST		F P I	
Hypothesen	empir. Ergebnis	Hypothesen	empir. Ergebnis	Hypothesen	empir. Ergebnis	Hypothesen	empir. Ergebnis
Skalen der Aggression		Skalen		Skalen		Skalen	
○ →	→	F ←		1 Soziale Resonanz →	→	1 Nervosität ←	
△ ~	~	HS ←	←	2 Dominanz ~	~	2 Spontane Aggress. ~	~
□ ←	- - -	D ←		3 Kontrolle ~	~	3 Depressiv ←	
Skalen der Angst		HY ~	~	4 Depressiv ←	←	4 Erregbark. ~	~
		PD ←		5 Durchläss. →		5 Geselligk. →	
		PA ←		6 Soziale Potenz →		6 Gelassenh. →	
		PT ←	←	E ←		7 Reaktive Aggressiv. ~	~
○ →		SC ←	←			8 Gehemith. ←	
△ ←	←	MA ←				Extraversion →	- - -
□ ←	←	SI ←	←			Emotionale Labilität ←	
Skalen der Abgrenzung						Maskulinität →	
○ →	→						
□ →	→						
Skalen des Narzißmus							
○ →							
△ ←	←						
□ ←	←						

Tab.10: Formale Darstellung der Hypothesen und empirischen Ergebnisse für die Gruppe der schizophrenen Struktur.

Skalenbezeichnungen: s. Tab.3

Erklärung der Symbole: s. Tab.7

HYPOTHESEN UND EMPIRISCHE ÜBERPRÜFUNG BEZÜGLICH NARZISITISCH DEPRESSIVER							
I S T A		M M P I		GIESSEN-TEST		F P I	
Hypothesen	empir. Ergebnis	Hypothesen	Empir. Ergebnis	Hypothesen	Empir. Ergebnis	Hypothesen	Empir. Ergebnis
Skalen der Aggression		Skalen		Skalen		Skalen	
○ ~	→	F ←		1 Soziale Resonanz →		1 Nervosität ←	
△ ~	~	HS ←	←	2 Dominanz ~	~	2 Spontane Aggress. ~	~
□ ←	←	D ←	←	3 Kontrolle ←		3 Depressiv. ←	
		HY ←	←	4 Depressiv. ←	←	4 Erregbarh. ~	~
		PD ←	←	5 Durchläss. →	→	5 Geselligk. →	
Skalen der Angst		PA ←	←---	6 Soziale Potenz →		6 Gelassenh. →	
○ ~	→	PT ←	←	E ←	←	7 Reaktive Aggressiv. ~	~
△ ←	←	SC ←	←			8 Geheimh. ←	
□ ←	←	MA ~	~			Extraversion →	
		SI ←	←			Emotionale Labilität ←	
Skalen der Abgrenzung						Maskulinität ~	---
○ →	→						
□ →	→						
Skalen des Narzißmus							
○ →	→						
△ ←	←						
□ ←	←						

Tab.11: Formale Darstellung der Hypothesen und empirischen Ergebnisse für die Gruppe der narzißtisch depressiven Struktur.
Skalenbezeichnungen: s. Tab.3
Erklärung der Symbole: s. Tab.7

verändert ein. Diese positive Selbsteinschätzung harmoniert mit der Vielzahl an signifikanten Veränderungen in den Skalen des ISTA und MMPI in positiver Richtung.

Somit bestätigen sich für die D-Gruppe ebenso wie für die P-Gruppe nahezu alle von uns aufgestellten Hypothesen. Wie in der S-Gruppe nehmen auch hier die MMPI-Psychoseskalen Schizoidie und Psychasthenie ab, aber auch die Skalen, die bei einer psychotischen Struktur erhöht sein können, wie die Psychopathie (MMPI) und die Paranoia (MMPI). Daß sich hier auch die Skala der Psychopathie (MMPI) verringert - im Gegensatz zur S-Gruppe - entspricht der Abnahme insbesondere der destruktiven Skalenqualität des Narzißmus (ISTA), da auch die Skala Psychopathie destruktiv-narzißtische Anteile mißt, wie z.B. Egozentrismus, Geltungssucht, fehlender Bezug zu sich selbst, zu anderen Menschen und zur Umwelt. Die nicht bedeutsame Abnahme der Psychopathie-Skala bei der S-Gruppe steht im Zusammenhang mit den nicht signifikanten Narzißmus-Werten. Wir beobachten bei der S-Gruppe zudem überwiegend andere Item-Nennungen auf der Skala Psychopathie als bei der D-Gruppe. Es sind bei der S-Gruppe vor allem die offen destruktiv-aggressiv formulierten Items im landläufigen Sinne wie z.B. Impulsivität, Taktlosigkeit, Auffälligkeit im Nicht-Einhalten sozialer Normen, Diebstahlneigung u.a. Wie schon bei der P- und S-Gruppe bleibt auch bei der D-Stichprobe die destruktive Aggression im ISTA unverändert, ein Ergebnis, das bereits bei der P-Gruppe ausführlich diskutiert wurde.

	n		\bar{X}		s		t	p
	Auf.	Ent.	Auf.	Ent.	Auf.	Ent.		
MMPI-Skala								
F-Skala	30	30	6.0	4.6	4.4	3.7	1.68	.103
Hypochondrie	30	30	13.9	10.2	4.3	4.1	5.09	.000 ***
Depression	30	30	14.9	9.3	4.2	4.9	5.42	.000 ***
Hysterie	30	30	16.6	11.4	5.3	5.1	5.13	.000 ***
Psychopathie	30	30	17.6	14.7	3.3	3.5	3.43	.002 **
Maskul./Femin.	30	30	15.0	15.2	3.2	3.0	-.27	.787
Paranoia	30	30	9.3	7.4	4.2	4.4	2.00	.055 (*)
Psychasthenie	30	30	21.5	16.3	40.5	51.8	4.86	.000 ***
Schizoidie	30	30	15.8	12.0	50.1	49.3	3.63	.001 ***
Manie	30	30	13.9	13.9	41.1	38.4	-.02	.982
Soziale Introversion	30	30	14.9	12.0	5.5	5.2	3.28	.003 **

Tab.13: Statistischer Mittelwertsvergleich der MMPI-Aufnahme- und Entlassungswerte aller Patienten mit der Diagnose »narzißtische Depression« mit Mittelwert (\bar{X}), Streuung (s), t-Wert und Signifikanz des Unterschieds (p), *** < 1%, ** < 1 %, * < 5 %; (Auf. = Aufnahme, Ent. = Entlassung)

Der in der D-Gruppe tendenziellen Verringerung der Paranoia-Symptomatologie (PA-Skala im MMPI) entspricht die Zunahme an Durchlässigkeit (GT)

im Sinne von größerem Vertrauen, größerer Offenheit und Durchlässigkeit der Umwelt und sich selbst gegenüber. Der Zunahme an Selbstwertgefühl und Ich-Autonomie, der Fähigkeit, Interesse, Kritik, Aufmerksamkeit und Zuwendung im konstruktiven Sinne fordern zu können (konstruktiver Narzißmus und Aggression/ISTA), entspricht eine Verringerung der Hysterie-Werte (HY/MMPI), die darauf hinweist, daß der Patient nicht mehr darauf angewiesen ist, soziale Billigung und Beliebtheit auf einer kindlich-unreifen Ebene zu fordern. Die angestiegene konstruktive Aggression (ISTA) korrespondiert tendenziell mit einer erhöhten Maskulinität (FPI) im Sinne aktiver Durchsetzung, Einsatzbereitschaft, Zuversicht und Selbstbewußtheit (vgl. auch konstruktiver Narzißmus im ISTA). Entsprechend nehmen die für die Depression spezifischen Skalen im ISTA und GT ab.

Die Interpretation bezüglich der Skalen Psychasthenie (MMPI) und Hypochondrie (MMPI) entsprechen der der S-Gruppe. Die D-Patienten zeigen insgesamt eine höhere Abrenzungsfähigkeit nach innen (ISTA), da, abgesehen von den angestiegenen Abgrenzungswerten im ISTA, auch der E-Wert im GT sich bedeutsam verringert. Dieses Ergebnis weist auf eine geringere offene Angst und verminderte Hilflosigkeit sowie auf geringeres Agieren hin, wie wir es bei den S-Patienten immer noch beobachten können. Vermehrte Abgrenzungsfähigkeit (ISTA, GT), vermindertes Mißtrauen (PA/MMPI) sowie vermehrte Durchlässigkeit (GT) stehen im Zusammenhang mit der angewachsenen konstruktiven Angst (ISTA). Dies äußert sich darin, daß sich der D-Patient seinen eigenen Gefühlen gegenüber öffnet, in Beziehung zu ihnen tritt und sich ggf. auch Hilfe holen kann, was den S-Patienten nicht im gleichen Ausmaß gelingt.

Die Ergebnisse aller Gruppen zeigen, daß durch die stationär-psychotherapeutische Behandlung wesentliche Veränderungen auf der Ebene der Symptomatologie sowie des Erlebens und Verhaltens erreicht werden, die Rückschlüsse auf Veränderungen der zugrunde liegenden Struktur erlauben. Inwieweit diese während des stationären Aufenthaltes erreichten Strukturveränderungen sowie Veränderungen des Verhaltens, Befindens und Erlebens über längere Zeiträume stabil bleiben, um schließlich zu einer Verbesserung der Lebensqualität zu führen, können nur katamnestische Erhebungen belegen, wie sie in einer ersten Studie anhand einer Stichprobe von 50 ehemaligen Patienten im »Münchner Katamnestik-Projekt« (MKP) dargestellt werden.

Katamnestische Erhebung

Die vorliegende Katamnestik-Studie stellt die Ergebnisse aus einer Fragebogenerhebung von psychotisch strukturierten Patienten der Klinik für Dynamische Psychiatrie Mengerschwaige 1 bis 5 Jahre nach Klinikentlassung dar. Ziel dieser Erhebung ist es, erste Informationen über die Wirksamkeit stationärer Psychosenpsychotherapie in den Jahren nach Entlassung der Patienten aus der Klinik zu untersuchen.

Die Probanden wurden mit Hilfe eines Fragebogens gebeten, auf verschiedenen Skalen, die sich auf die Persönlichkeitsentwicklung, die Symptomatik, die

Lebenssituation und den Therapieerfolg beziehen, eine persönliche Einschätzung abzugeben. Bei dieser Erhebung handelt es sich zunächst um die Kontaktaufnahme mit ehemaligen Patienten und die damit mögliche Zusammenstellung einer Gesamtstichprobe für die weiteren Untersuchungsschritte der Katamnestik. Es werden möglichst einfache Fragen in allgemein gefaßter Form gewählt, um die Patienten nicht zu überfordern und die weitere Mitarbeit an der Gesamtkatamnestik zu ermöglichen. Der Wortlaut der einzelnen Fragen ist den Bildüberschriften zu den Abbildungen 6 - 17 zu entnehmen. Die Fragebogenerfassung stellt somit den ersten Schritt einer umfangreich geplanten katamnestischen Studie, des Münchner Katamnestikprojektes, dar. Das Münchner Katamnestikprojekt soll die Frage nach der Stabilität des Behandlungserfolgs einer dynamisch-psychiatrischen stationären Behandlung untersuchen.

Der von uns entwickelte strukturierte Fragebogen besteht aus 13 Fragen, die anhand von Rating - Skalen bzw. Multiple - Choice und Ja-Nein-Wahlen folgende Variablen untersuchen sollen: Entlassungsmodus, Vorbehandlung, Nachbehandlung, Aufnahmegrund, Persönlichkeitsentwicklung, Kontaktfähigkeit, Symptomatologie, Arbeitsfähigkeit, Freizeitgestaltung, Wohnsituation und Therapieerfolg. Der Fragebogen setzt somit am Lebensumfeld und der Symptomatologie, sowie in einzelnen Skalen am Erlebens- und Verhaltensbereich an (vgl. Abb. 1). Eine ausführliche Exploration der Persönlichkeitsentwicklung ehemaliger Patienten muß dann in weit umfangreicherem Rahmen erfolgen, wie es im Münchner Katamnestikprojekt geplant ist.

Der Fragebogen wurde an 193 psychotisch strukturierte Patienten verschickt, die im Zeitraum zwischen Januar 1985 bis Juni 1990 stationär in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaipe behandelt wurden. 32 Fragebögen kamen aufgrund falscher Adresse unbeantwortet zurück. Von 162 Fragebögen, die ihre Adressaten erreichten, wurden bis September 1990 insgesamt 50 ausgefüllte Formulare zurückgesandt, die in die Untersuchung aufgenommen werden konnten. Die 1 bis 5 Jahre nach Entlassung katamnestisch untersuchten Patienten sind auch in unserer Effizienzstudie berücksichtigt, sofern sie im Verlauf ihrer stationären Behandlung psychologische Testuntersuchungen durchführten.

Ergebnisse der katamnestischen Fragebogenerhebung

Zur Darstellung der Untersuchungsergebnisse wählen wir Grafiken in Form von Blockdiagrammen, die den prozentualen Anteil der Patienten wiedergeben, die den jeweiligen Skalenwert auf den vorgegebenen Schätzskalen angekreuzt haben (vgl. Abb. 6 - 17). Die Ergebnisse sollen nun in der Reihenfolge des Fragebogens vorgestellt und anschließend kurz diskutiert werden:

Wie Abb.6 zeigt, wurden 44% der Befragten regulär aus der Klinik entlassen. Sie sind repräsentiert durch den Block über dem Skalenwert 1 und stellen die größte Gruppe unter den ehemaligen Patienten dar. 15% verließen auf eigenen Wunsch gegen ärztlichen Rat die Klinik (Skalenwert 2), 7,3% wurden in andere Kliniken verlegt (Skalenwert 4) und insgesamt 22% brachen die Behandlung ab, was auf den Skalen 3 und 5 dargestellt ist.

Frage: 2

Wie haben Sie damals die stationäre psychotherapeutische Behandlung in der Klinik beendet?

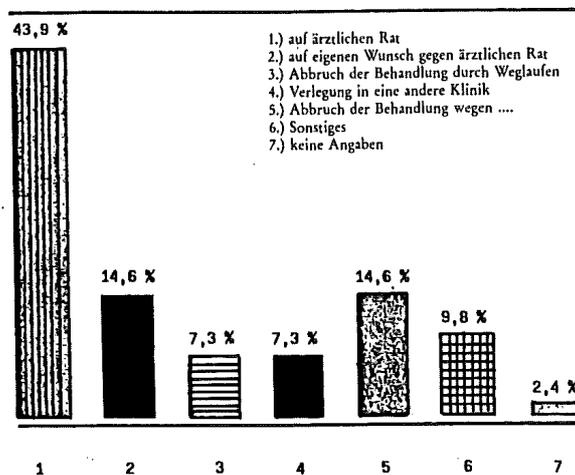


Abb.6:

Blockdiagramm-Darstellung des Entlassungsmodus aus der stationären Behandlung bei psychotisch strukturierten Patienten (n = 50), die katamnestisch nachuntersucht wurden (Frage nummer bezieht sich auf den verwendeten Fragebogen)

Frage: 3

Wie sah Ihre ärztliche, psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung nach Entlassung aus der Klinik bis heute aus?

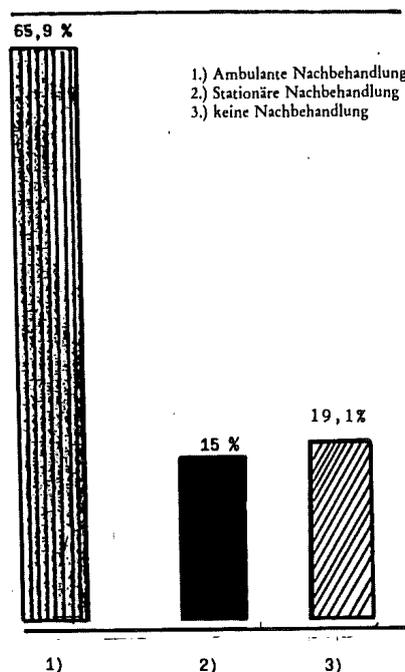


Abb.7:

Blockdiagramm-Darstellung der Nachbehandlung nach Entlassung aus der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik bei psychotisch strukturierten Patienten (n = 50), die katamnestisch nachuntersucht wurden

Abb. 7 zeigt, ob die untersuchten Patienten eine Nachbehandlung erfahren haben: 66% der Patienten wurden ambulant, 15% stationär und nur 19% nicht psychotherapeutisch oder psychiatrisch nachbehandelt.

Die nächste Frage bezieht sich auf den Behandlungserfolg und wird in Abb.8 graphisch dargestellt, wobei die Patienten selbst ihren Therapieerfolg auf einer Ratingskala einschätzen. Als sehr bzw. teilweise erfolgreich bezeichnen dabei 80,5% der befragten Patienten ihre stationäre Behandlung in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik, also weitaus die Mehrheit. Keinen Erfolg oder sogar eine Verschlechterung ihres Zustands fanden 19,5% der ehemaligen Patienten. Wenn man die Therapie insgesamt bis zum Zeitpunkt der Befragung beurteilt (Abb.9), also unter Einbeziehung der ambulanten Nachbehandlung, findet man noch eindeutigere Ergebnisse: Nahezu 88% der Patienten schätzen, daß ihnen die Behandlung wesentlich oder teilweise geholfen hat. »Mißerfolgspatienten« waren nur 12% der Befragten.

Im Anschluß an diese Ergebnisse zum Behandlungserfolg der stationären dynamisch-psychiatrischen Behandlung analysieren wir die sogenannten »Mißerfolgspatienten«. Dies sind 10-20% der jeweils untersuchten Patienten, die keine Verbesserung oder sogar eine Verschlechterung ihres Befindens nach Entlassung aus der Klinik feststellten. Diese Patientengruppe hatte ausnahmslos vorzeitig die stationäre Behandlung abgebrochen oder wurde durch Verlegung in die geschlossene Abteilung des Bezirkskrankenhauses beendet. Auch hatten alle dieser »Mißerfolgspatienten« vor ihrer stationären Therapie in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik einen bis mehrere stationäre psychiatrische Krankenhausaufenthalte und bekamen in 3 von 7 Fällen eine neuroleptische Langzeitmedikation vor Klinikaufnahme. Es handelte sich also durchweg um sehr schwer kranke und hospitalisierte Patienten.

Wenn man Abb. 10 hinzuzieht, findet man die Veränderung in Bezug auf die Krankheitssymptomatik anhand von Blockdiagrammen dargestellt. Die größte Patientengruppe von 61% stellte eine wesentliche Besserung der Symptomatik fest. Insgesamt sind es sogar 87% aller Befragten, die angeben, daß sich ihre Symptome nach stationärer Behandlung in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik wesentlich oder etwas gebessert haben. Nur die restlichen 13% der Patienten fanden keine Verbesserung oder eine Verschlimmerung der Symptomatik.

Wie Abb. 11 zeigt, verringert sich häufig auch die Psychopharmakaeinnahme nach der stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung: Immerhin 32% der Befragten geben an, daß sie keine Psychopharmaka mehr einnehmen, seit sie in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik behandelt wurden. Bei etwa 15% ist die Dosis niedriger geworden, oder sie nehmen nur noch selten Medikamente ein, während bei 10% die Dosierung psychopharmakologischer Medikamente gleich geblieben oder höher geworden ist. Interessant ist, daß 41,5% der befragten Patienten nie Psychopharmaka eingenommen haben.

Deutliche Aussagen über die Persönlichkeitsentwicklung macht Abb.12: Mehr als 80% der Befragten empfinden sich in ihrer Persönlichkeit als sehr gut bis gut entwickelt.

Zur Frage der Kontaktfähigkeit zeigt Abb. 13, daß etwa 80% der Patienten ihrer eigenen Einschätzung wesentlich oder etwas kontaktfähiger geworden

Frage 8

Wie schätzen Sie insgesamt persönlich den Erfolg Ihrer psychotherapeutischen Behandlung in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik ein?

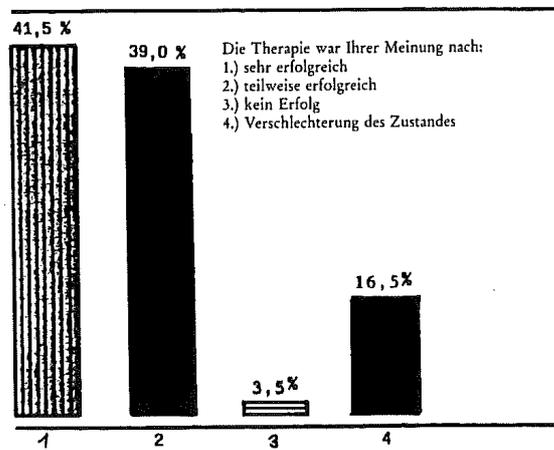


Abb.8:
Blockdiagramm-Darstellung des persönlich eingeschätzten Behandlungserfolgs von 50 psychotisch strukturierten Patienten anhand katamnesticer Befragung

Frage 9

Wie würden Sie insgesamt den Erfolg der Therapie bis heute beurteilen?
Mir wurde:

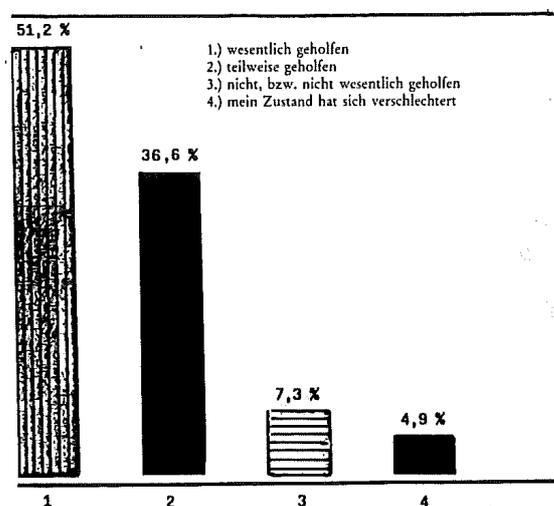


Abb.9

Blockdiagramm-Darstellung des Therapieerfolgs nach Selbsteinschätzung von 50 psychotisch strukturierten Patienten nach stationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung in der Klinik für Dynamische Psychiatrie

Frage 10

Was haben Sie Ihrer Meinung nach *bis heute* verändern können und was nicht?

a.) Meine *Symptomatik* und Beschwerden haben sich insgesamt:

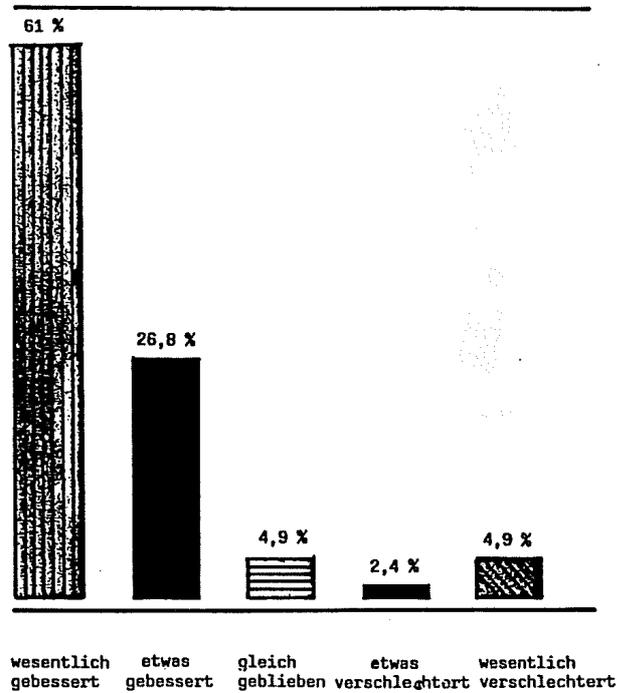


Abb.10

Blockdiagramm-Darstellung der Veränderung der Krankheitssymptomatik von katamnestisch befragten psychotisch strukturierten Patienten (n = 50) nach stationärer Behandlung in der Klinik für Dynamische Psychiatrie

b) bezüglich Psychopharmakaeinnahme

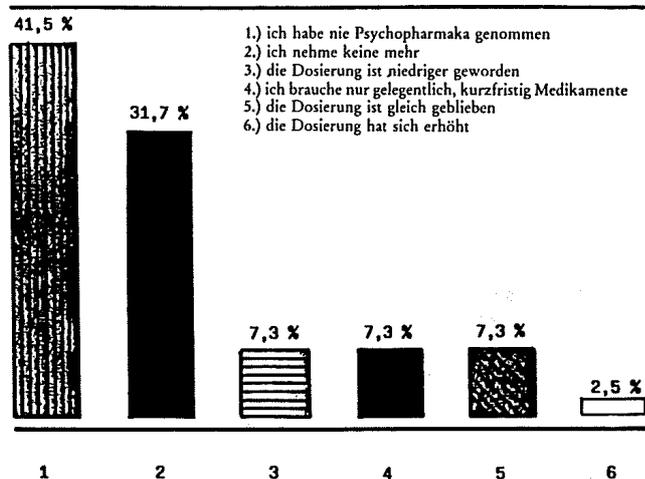


Abb.11

Blockdiagramm-Darstellung der Psychopharmaka-Einnahme von psychotisch strukturierten Patienten (n = 50) nach stationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung in der Klinik für Dynamische Psychiatrie

c) In meiner *Persönlichkeit* habe ich mich insgesamt entwickelt:

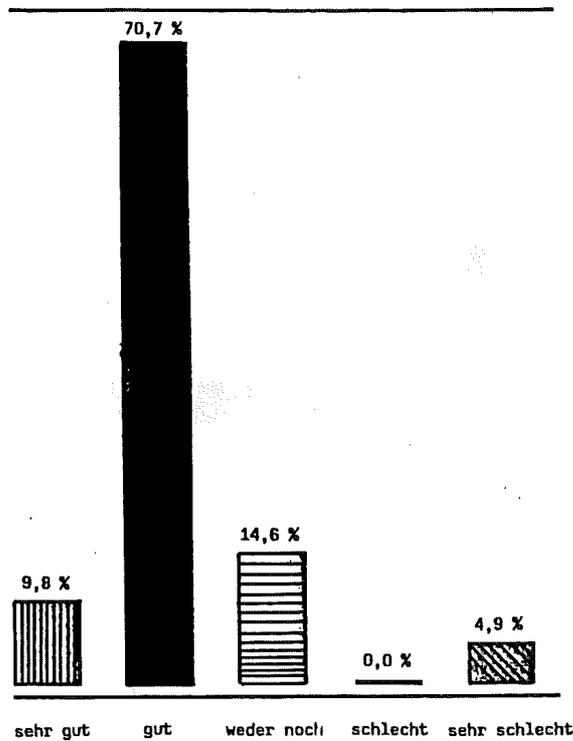


Abb. 12

Blockdiagramm-Darstellung der Persönlichkeitsentwicklung von katamnestisch befragten psychotisch strukturierten Patienten (n = 50) nach stationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung in der Klinik für Dynamische Psychiatrie

d) Meine *Kontaktfähigkeit* hat sich insgesamt:

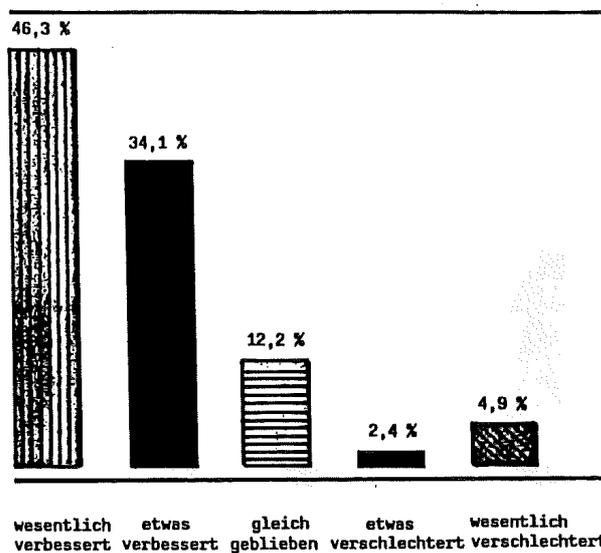


Abb.13

Blockdiagramm-Darstellung der Veränderung der Kontaktfähigkeit psychotisch strukturierter Patienten (n = 50) nach stationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung in der Klinik für Dynamische Psychiatrie

- e) bezüglich *Freundschaften, Partnerschaften und Kontakte*
Dieser Bereich hat sich insgesamt:

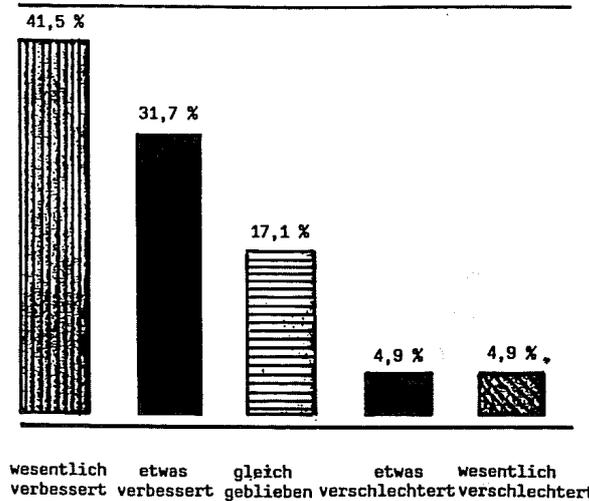
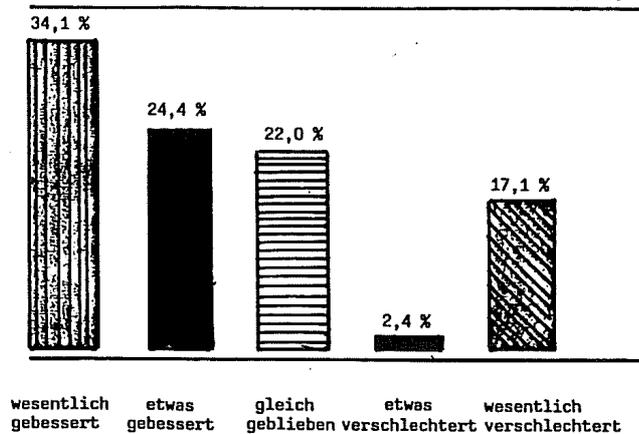


Abb.14

Blockdiagramm-Darstellung der Veränderungen im Freundschaftsbereich von psychotisch strukturierten Patienten (n = 50) nach stationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung in der Klinik für Dynamische Psychiatrie

- f) Meine *berufliche bzw. Ausbildungssituation (Arbeitsfähigkeit)* hat sich:



- g) Meine *Freizeitgestaltung* ist insgesamt:

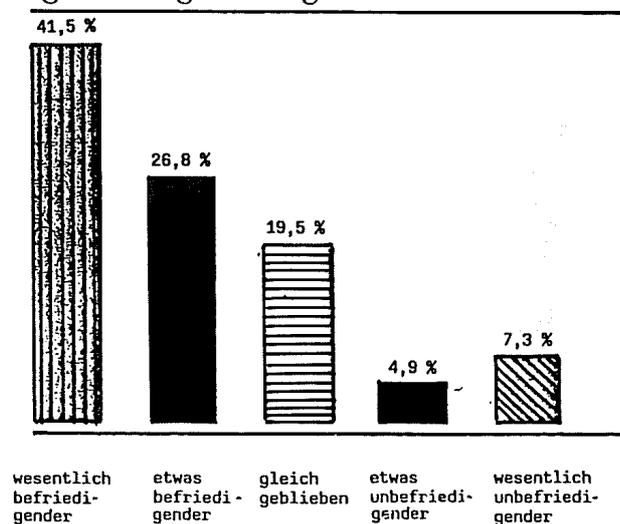


Abb.15

Blockdiagramm-Darstellung der Veränderungen in den Bereichen Beruf und Freizeit bei 50 psychotisch strukturierten Patienten nach stationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung in der Klinik Mengerschwäge

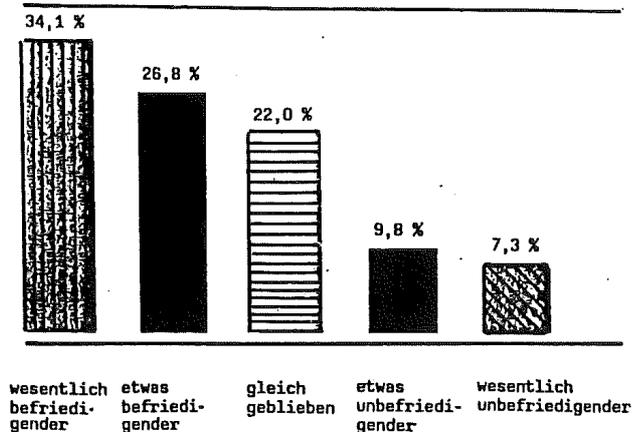
b) *Meine Wohnsituation* ist für mich insgesamt:

Abb.16

Blockdiagramm-Darstellung der Veränderungen im Bereich der Wohnsituation bei 50 psychotisch strukturierten Patienten nach stationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung in der Klinik für Dynamische Psychiatrie

sind. Nur 12% fanden, ihre Kontaktfähigkeit sei gleich geblieben und bei 8% hat sich die Kontaktfähigkeit verschlechtert.

Ein ähnliches Ergebnisbild findet man auch im Freundschaftsbereich (vgl. Abb.14), in dem 73% der Patienten sich als wesentlich oder etwas verbessert erleben. Was Beruf und Arbeitsfähigkeit betrifft, so zeigt Abb.15 im oberen Bildteil, daß bei 22% der Befragten die Berufssituation nach stationärer Behandlung gleich geblieben ist. Immerhin bei 58% hat sie sich wesentlich oder etwas gebessert, bei 19% verschlechtert, was ungefähr der üblichen »Mißerfolgsrate« entspricht. Im unteren Teil der Abb.15 findet man die Veränderung der Freizeitgestaltung: Die größte Gruppe, nämlich 68% der ehemaligen Patienten, nimmt ihre Freizeit als wesentlich oder etwas befriedigender wahr. Bei 20% ist sie gleich geblieben und bei 12% hat sich die Freizeitgestaltung verschlechtert. Die Wohnsituation nach Klinikentlassung wird in Abb.16 dargestellt. Bei 61% der befragten Patienten ist sie wesentlich oder etwas befriedigender geworden, während sie bei 22% der Patienten gleich geblieben und bei 17% schlechter eingeschätzt wird.

Im Anschluß an diese Fragen zur Selbsteinschätzung wurden die Patienten aufgefordert, die Frage »Was haben Sie Ihrer Meinung nach durch die psychotherapeutische Behandlung in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige erreicht?« frei zu beantworten. Aus den Antworttexten erstellten wir eine qualitative Kategorisierung. Spontan geben 25,5% der Patienten die veränderte Kontaktfähigkeit als wesentlich an, während in 12% der gegebenen Antworten mehr Selbstwertgefühl festgestellt und ebenfalls in 12% ein Rückgang der Symptomatik als Therapieerfolg gewertet wurde. Weitere wichtige Kategorien waren die Entwicklung neuer Interessen (10%) sowie eine veränderte Lebenseinstellung (8%).

Zur Diskussion der empirischen Ergebnisse kann zunächst festgehalten werden, daß die überwiegende Mehrheit der befragten Patienten die stationäre Behandlung in der Klinik Mengerschwaige für ihre Weiterentwicklung als sehr

erfolgreich bis erfolgreich betrachtet. Insbesondere im Bereich der Persönlichkeitsentwicklung (Abb.12) erlebten sich über 80% der Befragten als sehr gut bis gut gebessert. Die gleichen Prozentwerte finden sich bei der Kontaktfähigkeit (Abb.13) und beim Rückgang der Symptomatik (Abb.10). Die größten Veränderungen zeigen sich also in den zwischenmenschlichen Beziehungsaspekten und der Symptomatologie, während sich in den sozialpsychiatrisch relevanten Skalen wie Arbeitsfähigkeit und Freizeit (Abb. 15) sowie Wohnsituation (Abb.16) etwas geringere, aber bei 60-70% der Patienten gute Verbesserungen zeigen. Zur Frage des Therapieerfolgs äußerten sich über 80% aller Befragten positiv (vgl. Abb. 8,9).

Diese Ergebnisse unterscheiden sich interessanterweise nicht wesentlich von Ergebnissen anderer Studien zur Einschätzung des Therapieerfolgs, wie z.B. bei *Tomann* (1985) zitiert: 60% wurden erfolgreich behandelt und jeweils 20% haben sich gebessert oder blieben unverändert. Diese gleichbleibende Rate von Mißerfolgen weist darauf hin, daß es sich bei unserer Untersuchungsgruppe nicht um eine einseitig selektierte Stichprobe von Patienten handelt, die motiviert und erfolgreich die Klinik verließen und daher »Gefälligkeitsurteile« abgaben. Es scheint sich vielmehr um ein realistisch eingeschätztes Ergebnisbild zu handeln.

Zusammenfassung

Die Ergebnisse aus der vorliegenden Effizienz-Untersuchung mit verschiedenen psychologischen und psychiatrischen Testverfahren haben gezeigt, daß eine Psychotherapie der Psychosen in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige München erfolgreich durchgeführt wird. Die von uns aufgestellten Hypothesen konnten in wesentlichen Teilen bestätigt werden.

Die Skalenwerte im MMPI, der ein weltweit verwendetes psychiatrisches Testverfahren zur Messung der Symptomatologie ist, nehmen im Laufe des therapeutischen Prozesses sowohl für die Gruppe der psychotisch (P-Gruppe) als auch für die schizophren (S-Gruppe) und narzißtisch depressiv (D-Gruppe) erkrankten Patienten signifikant ab, insbesondere in denjenigen Skalen, die eine psychotische Erkrankung charakterisieren (Schizoidie, Psychasthenie sowie Paranoia und Psychopathie für die P- und D-Gruppe). Die Symptomreduzierung zeigt sich vor allem in der Abnahme der Störungen der Affektivität, des Denkens und der Person, der Abnahme der katatonen Symptome, der Halluzinationen, der Wahnideen, der Zwangssymptome, der Psychosomatik, Depression u.a.

. Dynamisch-Psychiatrische Therapie bekämpft nicht nur die Symptome der Erkrankung, sondern behandelt die dahinterliegende erkrankte Persönlichkeitsstruktur (Humanstruktur) des Patienten, ohne deren Gesundheit es zu keinem stabilen Heilerfolg kommen kann. Jahrzehntelange klinische Erfahrungen und empirische Studien (vgl. z.B. *Ammon et al.* 1982; *Burbiel & Wagner* 1984; *Burbiel et al.* 1989) haben gezeigt, daß die Symptome verschwinden, wenn eine solche Humanstrukturentwicklung nachholend durch eine gezielte

Identitätstherapie stattgefunden hat. Dies konnte auch durch die vorliegende Untersuchung beim psychotisch erkrankten Patienten bestätigt werden.

Die Humanstruktur wird über das Erleben und Verhalten eines Menschen auf der geistigen, psychischen und/oder körperlichen Ebene selbst- bzw. fremdbeobachtbar und damit indirekt meßbar (vgl. das in der vorliegenden Arbeit vorgestellte Modell zur humanstrukturellen Persönlichkeitsmessung). Entwicklungsstand und Veränderungen der psychotischen Humanstruktur durch stationäre Psychotherapie wurden in der vorliegenden Studie für die zentralen Humanfunktionen der Aggression, Angst, Abgrenzung und Narzißmus auf testpsychologischer Ebene über die dafür eigens konstruierten Skalen des ISTA (Ich-Struktur-Test nach *Ammon*) und den Werten aus dem GT (Gießen-Test) und dem VEV (Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens) erfaßt. Der Ergebnisvergleich zwischen den Aufnahme- und Entlassungswerten führt zu dem Schluß, daß mit der erfolgreichen Symptomreduzierung das hinter dem Symptom liegende Strukturdefizit der erkrankten Persönlichkeit des psychotisch strukturierten Patienten abnimmt: signifikante Zunahme der ISTA-Werte für die konstruktive, d.h. gesunde Aggression, Angst, Abgrenzung und Narzißmus. Das steht für einen erheblichen Zuwachs an Kontakt- und Beziehungsfähigkeit, Arbeitsfähigkeit, Lernfähigkeit, insgesamt für eine aktivere Beziehung zu sich selbst und der Umwelt. Die Patienten beginnen ihre Wünsche und Bedürfnisse zu spüren, eigene Interessen und Ziele, Freude am Tätigsein zu entwickeln und sich zunehmend um Unterstützung an andere Menschen zu wenden. Insgesamt nimmt die Gruppenfähigkeit und das Selbstwertgefühl der Patienten zu, durch den Zuwachs an Auseinandersetzungsbereitschaft mit der Umwelt erhalten die Patienten für ihre weitere Entwicklung die dafür notwendige sozialenergetische Zuwendung und Förderung, ihre vormals gestörte Selbst- und Fremdwahrnehmung wird prozeßhaft korrigiert.

Die veränderten Skalenwerte im GT bestätigen, daß sich das Selbstbild der Patienten, ihre innere Verfassung und ihre Umweltbeziehungen in positiver Richtung entwickelten. Auch im VEV, der eine retrospektive Einschätzung des gewonnenen Therapieerfolgs durch die Patienten erfragt, finden sich für alle Patienten signifikant positive Veränderungen, die Patienten haben wieder eine Zukunftsperspektive gewonnen, können sich eher entspannen, haben eine freundlichere Einstellung zu sich und mehr Selbstvertrauen.

Mit dem Zuwachs an konstruktiven Möglichkeiten der Lebensbewältigung geht einher eine signifikante Abnahme der defizitären (nicht entwickelten) und destruktiven (zerstörerischen) Persönlichkeitsanteile in den gemessenen Funktionen. Eine Ausnahme bildet hier die destruktive Aggression, worauf später noch einmal eingegangen werden soll. Dieser Defizitabbau äußert sich auf der Erlebens- und Verhaltensebene in einer Abnahme von Abhängigkeitsbedürfnissen, Einsamkeitsgefühlen, Wahrnehmungsverzerrungen, Todesangst und Lebensunlust, weiterhin in der Verringerung der Kontaktabbrüche, eine wichtige Voraussetzung für die ambulante Weiterbehandlung.

Die Klinikbehandlung stellt nur einen Teil des in der Regel mehrjährigen Therapieprozesses bei der Psychosentherapie dar, dem eine ambulante Nachbehandlung, ggf. unter Einbeziehung stützender therapeutischer Wohn- und Lebenssituationen (z.B. die therapeutischen und freien Wohngemeinschaften der Dynamischen Psychiatrie), folgen muß. Der Patient wird nicht als ein »Gesunder« aus der Klinik entlassen, sondern dann, wenn seine konstruktiven Anteile - trotz noch gestört entwickelter Persönlichkeitsbereiche - soweit nachentwickelt sind, daß er Kontakte eingehen, diese bei Identitätsforderungen auch halten und sich therapeutische Unterstützung holen kann. Daß die Patienten beziehungsfähiger geworden sind, dokumentiert sich auch darin, daß nur noch 8% der P-Patienten neuroleptische Medikation bei Klinikentlassung benötigen (bei Klinikaufnahme 45%).

Die Zunahme der Kontaktfähigkeit bei Entlassung, d.h. Zunahme an konstruktiver Aggression, gepaart mit einer größeren Abgrenzungsflexibilität bei gleichzeitiger Reduktion von defizitärer und destruktiver Angst, konnte nicht nur für die P-Gruppe, sondern auch getrennt für die S- und D-Patienten beobachtet werden (signifikante Veränderungen in den ISTA-Skalenwerten). Durch mehr Interaktion mit der Umwelt werden die Patienten von dieser durch narzißtische Gratifikation (soziale Resonanz/GT) »belohnt«. Rückzugstendenzen, wie sie auch durch depressive Rückzüge bei Klinikaufnahme beobachtbar sind, nehmen ab (Depressivität/GT, defizitäre Aggression/ISTA). Erleben und Verhalten werden von beiden Patientengruppen rückblickend als sehr verändert durch die Therapie in Richtung auf eine freundlichere Einstellung zu sich selbst und eine insgesamt bessere Grundbefindlichkeit (VEV) wahrgenommen.

Mit der Verbesserung der Gruppenfähigkeit verlieren die Symptome in beiden Gruppen ihre depersonalisierte Qualität, wie z.B. im Verfolgungswahn der S- und im Schuld- und Versündigungswahn der D-Patienten. Die MMPI-Psychoskale Schizoidie und Psychasthenie nehmen in beiden Gruppen signifikant ab.

Anders als die D-Patienten zeigen die S-Patienten bei Klinikentlassung keine signifikanten Verbesserungen im gesamten Bereich des Narzißmus in den konstruktiven, destruktiven und defizitären Qualitäten und in der konstruktiven Angst (ISTA), zusammen mit einem nicht bedeutsam verringerten Wert in der Paranoia und der Psychopathie (MMPI), eine Skala, die destruktiv-narzißtische Anteile mißt. Auf dieser Skala kreuzen die S-Patienten im Unterschied zu den D-Patienten alle diejenigen Items an, die offen destruktiv-aggressives Verhalten anzeigen wie z.B. Impulsivität gepaart mit Taktlosigkeit, Auffälligkeit im Nicht-Einhalten sozialer Normen usw. Das Bild rundet sich ab: Im Gruppenmittel reagiert die S-Gruppe auf die Entlassungssituation in der Klinik offen paranoisch und auch querulatorisch in Abwehr der massiven Trennungsangst anders als die D-Gruppe, die hier ein stabil verändertes Testbild im Vergleich zur Aufnahme zeigt. Betrachtet man alle Ergebnisse im Überblick, findet man insgesamt bei den D-Patienten ein eindeutiges Verän-

derungsprofil im Unterschied zur S-Gruppe, bei der die Hypothesen in wesentlichen Teilen, nicht jedoch vollständig bestätigt werden konnten. Die erfolgreichere Behandlung gelingt, geht man vom statistischen Gruppenn Durchschnitt aus, bei den D-Patienten, wobei diese allerdings mit anderen strukturellen Voraussetzungen in die Klinik kommen als die sehr heterogene S-Gruppe: Bei der schweren psychotischen Depression geht es zunächst um eine Arbeit an den Defiziten, vor allem im Bereich des sehr früh geschädigten Narzißmus, und um eine Aktivierung der Persönlichkeit weg von der »toten Symbiose« hin zu einer »Verlebendigung«, die von den Patienten subjektiv als eine Befreiung erlebt wird. Für die Patienten der D-Gruppe gilt es, sich aus der Anpassung an die Welt der inneren Symbiose zu befreien, die Anpassung nach außen ist ihnen in der Regel kein existentielles Problem, wohingegen die S-Patienten sich in ständiger Rebellion gegen eine Anpassung an die Welt außen befinden, die sich auch im Klinikalltag widerspiegelt. Der Rückzug auf die Symptomatologie bietet hier eine Möglichkeit, sich u.a. gegen äußere Anpassungsforderungen zu schützen. Es sieht so aus, und dies bestätigen auch die klinischen Erfahrungen, daß die S-Patienten mit einer größeren individuellen Variabilität auf die Therapie reagieren, worauf auch die bis doppelt so hohen Streuungen in den MMPI-Entlassungswerten, teilweise auch in den GT-Skalen und für den Narzißmus auch im ISTA im Vergleich zur D-Gruppe hinweisen. Diese Interpretation müßte in gesonderten Untersuchungen differenziert und überprüft werden.

Gemeinsam ist allen Untersuchungsgruppen jedoch, daß die Aggressionsentwicklung während des therapeutischen Prozesses von der defizitären über die destruktive bis hin zur konstruktiven Qualität verläuft, wobei die nicht-signifikante destruktive Aggression im ISTA von den Autoren vorangegangener Untersuchungen (vgl. *Burbiel & Vogelbusch* 1981; *Ammon et al.* 1982, *Burbiel & Wagner* 1984; *Burbiel et al.* 1989) damit begründet wurde, daß die nach außen scheinbar stabil bleibenden Werte in der destruktiven Aggression ein »Durchgangsstadium« in der gesamten Aggressionsentwicklung seien.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse aller hier untersuchten Patienten, daß durch dynamisch-psychiatrische Psychosentherapie in der Klinik Mengerschwaige wesentliche Behandlungserfolge auf der Ebene der Symptomatologie sowie des Erlebens und Verhaltens erreicht werden, die über das von den Autoren eingangs vorgestellte Meßmodell Rückschlüsse auf Veränderungen der zugrundeliegenden Persönlichkeitsstruktur erlauben. Die vorliegende Untersuchung ergänzt somit die Ergebnisse bereits veröffentlichter Effizienzstudien aus der Klinik Mengerschwaige mit einer diagnostisch gemischten (*Burbiel & Wagner* 1984) und einer Gruppe von schweren Borderline-Erkrankungen (*Burbiel et al.* 1989).

Inwieweit die oben referierten Entwicklungen auch nach der Klinikentlassung stabil bleiben und weitere Entwicklungen ermöglichen, um schließlich insgesamt zu einer Verbesserung der Lebensqualität des Patienten zu führen, wurde durch eine katamnestische Erhebung überprüft. Im Rahmen des

»Münchener Katamnestic Projekts« referieren die Autoren die Ergebnisse einer Nachuntersuchung an einer Stichprobe von $n = 50$ Patienten aus der P-Gruppe, ein bis fünf Jahre nach Abschluß der stationären Behandlung. In der Fragebogenerhebung gaben 80,5% an, daß die stationäre Behandlung in der Klinik Mengerschwaige eine Auswirkung auf das persönliche Befinden und die Gestaltung der Lebenssituation nach der Entlassung aus der Klinik hatte. Über 80% der Patienten äußerten sich positiv zu ihrer Entwicklung nach dem stationären Aufenthalt (»sehr gut« und »gut« auf einer 5-Punkte-Ratingskala), was den Behandlungserfolg insgesamt, die Verbesserung der Persönlichkeitsentwicklung, die Symptomatologie, Kontaktfähigkeit und die Fähigkeit zu Partnerschaft und Freundschaft, 60–70%, was die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit, Freizeitgestaltung und Wohnsituation anbelangt. Nur 10-20% der Befragten konstatieren hierzu keine Verbesserung, bzw. Verschlechterungen. Eine Mißerfolgsanalyse ergab, daß diese Patienten die Klinikbehandlung vorzeitig abbrachen, keine psychotherapeutische Weiterbehandlung aufnahmen und zu den eher chronifizierten bzw. hospitalisierten Patienten gehören.

Abschließend kann festgehalten werden, daß die Mehrzahl der von den Autoren untersuchten Patienten die in der Klinik gewonnenen Entwicklungen in ihr Lebensfeld umsetzen und durch die ambulante Behandlung weiterentwickeln konnten. Ihre Lebensqualität hat sich insgesamt wesentlich verbessert.

Weitere Anstrengungen auf dem Gebiet der Effizienzüberprüfung müssen unternommen werden, wie z.B. die Einbeziehung zusätzlicher Untersuchungsvariablen aus dem psychiatrischen, internistischen, psychologischen und sozialarbeiterischen Bereich in das Untersuchungsdesign, sowie die Durchführung spezieller Studien für die Einschätzung der Relevanz spezifischer Therapieprozeßvariablen für den Behandlungserfolg. Ziel solcher therapiebegleitenden Untersuchungen ist die Optimierung des Behandlungserfolgs zum Wohle der Patienten.

Efficiency of Therapy of Hospitalized Psychotic Patients in the Dynamic Psychiatric Clinic Mengerschwaige - Clinical-Psychological Studies I and II

Ilse Burbiel / Rita Apfelthaler / Egon Fabian / Ulrike Schanné / Gabriele Seidler / Gerhard Wolfrum (Munich)

The present paper continues the earlier studies of the Psychological-Diagnostic Department of the Hospital Mengerschwaige and examines the efficiency of the psychiatric-psychotherapeutic treatment of hospitalized psychotic structured patients and presents in a second part first results of the Munich Catamnestic Project.

The theory of the efficiency concept is based on the humanstructural understanding of illness and health and on the personality concept of *Günter Am-*

mon, which exceeds the definition of health of the WHO from 1958. The aim of the treatment is not only the recovery and further well-being but the differentiation and strengthening of identity, thereby strengthening the force of integration and regulation of personality which goes along with strengthening the ability to have and make contacts. The unconscious central core of personality which coordinates and integrates the whole personality structure of human beings in its constructive, destructive and deficitary qualities and with the primacy of identity, decides about health and illness. The task of humanstructural diagnosis is to describe as differentiatedly as possible the actual position of development of the human structure of the patient. The humanstructural profile as the result of humanstructural diagnosing represents the basis for a directed individual treatment program. Humanstructural diagnosing is seen as variable and changeable in the sense of a »diagnosing process« (Ammon 1959).

The non-conscious, respectively the non-conscious structure is seen psychologically as a »hypothetical construct«, which cannot be regarded directly, i.e. it only can be disclosed indirectly by observable and therefore measurable phenomena. These different measuring levels of humanstructure are shown in fig. 1. The non-conscious human structure of a person is also embedded in the non-conscious structure of the surrounding group dynamic life field.

The non-conscious human structure is measurable by the primary biological, by the conscious secondary functions of the fields of experience and behavior, as well as by the symptomatology. The different measuring methods can be related to the different measure-levels of personality. The results of the different measuring-levels help conclude by humanstructural interpretation the level of development of the non-conscious humanstructure.

The humanstructural personality measuring model is not only presented as a diagnostical model, but also as a model to describe structural personality changes. The different criteria for efficiency of a psychotherapeutic psychiatric treatment can be associated with different measuring levels, whereby the efficiency criteria of the different psychiatric and psychotherapeutic schools can be integrated within this model. On the basis of the group dynamic human structural model, the humanstructural personality measuring model can be presented as a school overlapping efficiency model and a basis for meta-theoretical efficiency studies with the aim of evaluating the results.

The authors examine in a before/after study $n = 210$ psychotic structured patients out of the diagnosis groups schizophrenic structure (ICD: schizophrenic psychoses, 295.0, 295.1, 295.2, 295.3 and 295.5) and narcissistic depression (ICD: endogenic depression, 296.1), who had been treated in the Hospital Menter-schwaige within the years 1983 to 1990.

A first result shows that a shortened average period of treatment leads to a higher rate of readmission.

Because of not filling up all psychological testings the amount of the random sample varies within the different research steps. The examined patients were researched by the following five psychological tests: ISTA, i.e. Ego-structure-

test by *Ammon*, MMPI-Saarbrücken, GT, i.e. Gießen-Test by *Beckmann* and *Richter*, FPI, i.e. *Freiburger Personality Inventory* by *Fahrenberg*, *Selg* and *Hampel* and the VEV, i.e. Change-Questionnaire of Experience and Behavior.

Investigated have been the total group of psychotic patients, the two subgroups schizophrenic structure and narcissistic depression and those two compared. The human functions of aggression, anxiety, narcissism and inner and outer Ego-demarcation are measured by ISTA, furthermore all scales of the other four testing methods. Adequate to the theoretical reflections the authors postulated for the functions of ISTA hypothetical indicators for the different scales of the other testing methods. The obtained values are submitted to the test with the purpose of statistical examination of mean value differences of dependent samples between admission and dismissal values.

The results of the study generally confirm the outlined hypotheses:

- 1.) The significance testing shows highly mean value differences in all scales of ISTA except destructive aggression. The other testing methods underline the result except the FPI which seems not to be appropriate for change measuring. This result confirms earlier studies (*Burbiel* and *Wagner* 1984, *Burbiel* et al. 1990) and underlines the thesis of *Ammon* that each real group psychotherapy has to be a therapy of destructive aggression. The authors furthermore understand this result under the viewpoint of the reduction of the massive deficit of the central human functions.
- 2.) The results of the subgroup schizophrenic structure show in difference to the total group of psychotically structured patients only significant mean value differences between admission and dismissal. No significances are found on the scale of constructive anxiety and all qualities of narcissism. Remarkable is the unchanged value of destructive aggression. The authors suppose that the schizophrenic structured patients have additionally more destructive parts.
- 3.) Regarding the results of narcissistic depressive structured patients they show great agreement with the total group: highly significant mean value differences in all scale qualities except destructive aggression. Surprising is the increase of all constructive qualities. That shows that the Hospital Menter-schwaige is very well appropriate to reduce deficits and to build up structure. The authors accentuate this result because the orthodox psychiatry signs the narcissistic depression as »endogenous« and treats those patients by medications.
- 4.) Comparing the two subgroups by hospital dismissal, it shows no significant mean value differences. Regarding additively the dispersion values, you see essentially increased values of MMPI, less than of ISTA values. Regarding the taking up values of schizophrenic structured patients there is found more homogeneity because of the frequently shown post-psychotic depression.

Concluding, as a result can be stated that - regarding all testing values and scales - the clinical psychiatric-psychotherapeutic treatment of schizophrenia in the Hospital Menter-schwaige is efficient, indeed in a slight petty extent than the total group of all researched psychotic structured patients.

The question, if patients could be reached in their inner core of their deep primary distrust to render possible development can only be answered by the further ambulatory therapy process. The catamnestic examinations show first results.

Starting the Munich Catamnesis Project in June 1990, 193 patients sharing the efficiency study had been sent a catamnestic questionnaire for self-assessment of their personal development in different extent of experience and behavior. The questionnaire contains 13 questions for registering changes of live situation and therapy effect and 6 questions to the person. It is fit for first contacts with former patients and for assembling a total random sample for further catamnestic research.

The quantitative values have been analyzed by electronic data processing and are presented by graphic representation and the qualitative values have been analyzed by over-set criteria. The first 50 analyzed questionnaires show that especially in the field of development of personality and in the field of ability to have and make contacts more than 80% of all interviewed patients experienced themselves as very well up to well recovered. The field reduction of symptoms show a similar result. Therefore the mainly changes are found in aspects of interpersonal relationships and intrapsychic experience, little less in social-psychiatric relevant scales as the ability to work, organization of leisure time and living situation.

The patients without therapy effect according to self-assessment had left the Hospital precociously.

Discussing the results totally, the authors confirm satisfactory subjective global efficiency of stationary treatment of psychotic patients in the Hospital Mengerschwaige. In next steps of the Munich Catamnesis Project the patients shall be examined personally by interviews and by psychological testing methods, furthermore after-care therapists and relatives shall be interviewed.

Literatur bei den Verfassern

Adressen der Autoren:

Dr. phil., Dipl. Psych. Ilse Burbiel

Dr. med. (Univ. Tel. Aviv) Egon Fabian

Dr. med. Ulrike Schanné

Dipl. Psych. Gerhard Wolfrum

Dipl. Psych. Rita Apfelthaler

Dynamisch-Psychiatrische Klinik Mengerschwaige

Geiseltalstr. 203

8000 München 90

Anxiety, Panicky Behaviour and Depression: A Psycho-Behavioral and Biological Approach**

Vadim S. Rotenberg* (Moscow)

Ausgehend von der klinischen Beobachtung, daß Angst und Depression oft in emotionalen Stresssituationen nacheinander oder zusammen auftreten, untersucht Rotenberg in der vorliegenden Arbeit ihren Zusammenhang in psychologischer und biochemischer Hinsicht: Wie klinische Forschungen, z.B. aus der Schlafforschung, sowie Tierversuche belegen, gibt es zwei qualitativ sehr unterschiedliche Arten der Angst in Stresssituationen, die sich unterschiedlich auf das Verhalten, Handeln und die körperliche Widerstandsfähigkeit auswirken: die eine, die zur Aktivitätslähmung und schließlich zur Depression führt, die andere, die durch aktives Problemlösungsverhalten trotz vorhandener Angst zur Bewältigung der Stresssituation führt.

Rotenberg interpretiert diese beiden Angstreaktionsweisen auf dem Hintergrund seines Konzepts der Suchaktivität, einer konstruktiven psychischen Aktivität, die darauf gerichtet ist, eine Problemsituation zu verändern oder die Einstellung des Handelnden zu ihr, ohne eindeutig vorher-sagbare Ergebnisse. Bei neurotischer Angst und Panikverhalten ist im Gegensatz zur nichtpathologischen Angst, die trotz Stress eine zielgerichtete Suchaktivität ermöglicht, die Suchaktivität gestört, es tritt deren Aufgabe bzw. Hemmung, der Suchverzicht, ein: bei der neurotischen Angst, weil durch den Abwehrmechanismus der Verdrängung die Gründe der emotionalen Anspannung durch den Handelnden nicht erkannt werden können, bei der Panik, weil durch die übergroße Stressbelastung das Suchverhalten desintegriert. In beiden Fällen führt — so Rotenberg — der Suchverzicht zur Unfähigkeit, das Problem durch Handeln zu lösen, zur Depression und zu einer unspezifischen Prädisposition für somatische Krankheiten.

Die psychologischen Prozesse der konstruktiven und pathologischen Stressbewältigung und Angstreaktion durch Suchaktivität bzw. Suchverzicht und Depression spiegeln sich auf der biochemischen Ebene im Katecholaminstoffwechsel wider: Suchaktivität stimuliert die erneute Synthese der zum Suchverhalten notwendigen und in ihr verbrauchten Katecholamine und fördert so weiteres Suchverhalten, Suchverzicht — bei neurotischer Angst oder Panikverhalten — hemmt die regenerierende Katecholaminsynthese und führt über den Verbrauch der Katecholamine im ziellosen Suchverhalten zu einem absinkenden Spiegel derselben und als psychologisches Korrelat dieses biochemischen Prozesses zu weiterem Suchverzicht und zur Depression. Rotenbergs Arbeit verdeutlicht die enge Verwobenheit psychologischer, neurophysiologischer und psychosomatischer Prozesse über das Bindeglied des Neurotransmitterstoffwechsels.

The relations between anxiety and depression is an old and very complicated psychiatric problem. It is well known by physicians that depression is often combined with anxiety so that sometimes it is difficult to distinguish clinical symptoms due to depression from those due to anxiety. Moreover, many theorists believe that depression is a natural and inevitable consequence of a long-lasting and high expressed emotional tension which is subjectively perceived as anxiety (Zuckermann 1984; Berezin 1985). This point of view is supported by some investigations on animals put in uncontrollable stressful situation, for instance in the conditions which cause learned helplessness — an animal model of depression (Seligman 1975).

* Prof. Dr. med., 1st Medical Institute of the Ministry of Health of the USSR, Moscow, Chairman of the Soviet Branch of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP.

** Lecutre, held at the 8. World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XXI. International Symposium of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (German Academy for Psychoanalysis) from October 5th to 8th, 1990, in the College of Fine Arts (Hochschule der Künste) Berlin on the theme »Psychotherapy of Psychosis. Change of Paradigm in Psychoanalysis and Psychiatry.«

But at the same time there are clinical observations that a stable depression state can be overcome by emotional tension caused by a sudden additional stressful situation which demand active coping behaviour, in spite of acute anxiety which is inevitably produced by such stressful events. These facts, as a result of our own investigations which discovered different sleep structure alterations after examination stress (*Rotenberg and Arshavsky 1979*), lead us to the idea that there are two kinds of anxiety which are opposite in their influence on behaviour, performance and body resistance. Of course, it was well known long before that anxiety can have a very different effect on performance but ordinarily it was explained as a consequence of the quantitative difference between states of anxiety: a very low as well as an extremely high level of anxiety (emotional tension) decrease the effectiveness of performance but it is an average level which is optimal for performance according to the Yerkes-Dodson law. But there are many exceptions from this law. First of all, neurotic anxiety is always harmful for performance and health and decreases the effectiveness of activity in a linear manner, it means that every level of neurotic anxiety is decremental for activity. Somebody can argue that neurotic anxiety per se is a sign and a result of a very high level of emotional tension and that's why it destroys the behaviour. But really the objectively expressed level of neurotic anxiety (in heart rate, muscle tension) may be not very high, and secondly, sometimes even a very high level of emotional tension can promote the activity of subject, for instance when the situation is dangerous for existence and it is necessary to fight or flee immediately.

Taken into account all mentioned above we come to conclusion that it is necessary to speak about qualitative difference between some type of anxiety and to create a new theory which can help to explain as much experimental results as possible and to integrate them without contradictions. A qualitative distinction between different forms of anxiety was displayed for instance in *Ammon's* general theory which presents discrimination between constructive and destructive anxiety (*Ammon 1982*).

Our approach to the same problem is based on the search activity conception (*Rotenberg and Arshavsky 1979, 1984; Rotenberg 1984*). According to our conception all forms of behavior can be combined in two large groups, one of which includes components of search activity and the other reflects the global state of the renunciation of search. Search activity is directed to change the situation (or the subjects attitude to it) in the absence of a definite forecast of the results of such activity but with a permanent assessment of these results at all stages of activity. Together with *V.V. Arshavsky* we have found that search activity enhances the body resistance and the renunciation of search is an unspecific predisposition to many kinds of diseases and first of all to psychosomatic disease. Of course our notion of search activity is very broad and includes many forms of behavior.

Tracing the boundaries of search activity in man is a complex problem, psychic processes unaccompanied by overt behaviour playing a very great role

here. Search manifests itself in the planning, indulging in fantasies, and rethinking of the situation. But our definition of search activity makes it clear that behavioural categories *cannot* be classed with search activity. This primarily applies to all forms of stereotype behaviour with a quite definite forecast of results, and also to neurotic anxiety and panicky behaviour. Panicky behaviour at first glance may seem to imitate search behaviour, but differs from it by the disturbance of the feedback between the activity and its regulation: during the panic the results of the activity are not considered at any stage and that's why they cannot be used for the correction of behaviour, for changing its direction, no line of activity can be traced to its pragmatic conclusion, and panicky behaviour easily becomes imitative, approaching stereotype behaviour. According to clinical observations panicky behaviour during the catastrophic events usually is displaced by depression.

Now let us turn to neurotic anxiety. According to psychodynamic conception, neurotic anxiety is a consequence of the repression of unacceptable motive from consciousness. And the repression can be regarded as a purely human variant of renunciation of search — renunciation of search of the modes of realization of the motive in behaviour and of modes of integration of it with other, realized behavioural orientations. As a state of renunciation of search neurotic anxiety is unproductive and regressive in its nature. It cannot stimulate the subject to change the situation which produces this form of emotional tension because due to mechanism of repression the subject is unaware of true reasons of his emotional tension and that's why he cannot overcome original obstacles. The difference between neurotic anxiety, which hampers successful activity, and normal anxiety of the healthy individual in a state of stress, instrumental in mobilising all psychic and physical resources for the overcoming of obstacles, is determined by the absence or presence of search activity in the structure of emotional tension.

Being a consequence of repression as a special human variant of renunciation of search neurotic anxiety, in opposite to normal anxiety, can be easily displaced by depression or mixed with depression as a most evident clinical sign of renunciation of search. The relations between repression and anxiety-depression are confirmed in our recent investigations performed together with *A. Michailov*. We have studied the correlations between the defense mechanisms (*Plutchik et al.* 1979) and the value of MMPI scales in healthy subjects and in patients with emotional and somatic disturbances, and we have found a stable positive correlation (0.45) between repression and D-scale of MMPI, in patients.

Consequently, neurotic anxiety and panicky behaviour both can lead to depression and are opposite to normal anxiety which displays search activity. The difference between neurotic anxiety and panicky behaviour has a root in their genesis: neurotic anxiety is due to repression and that's why it displays the state of the renunciation of search from the very beginning, and panicky behaviour can be considered as an extreme pole of normal anxiety in a stress-

ful situation when the motivation to overcome the obstacles is excessively high and disintegrates the search behaviour.

Now let us discuss the same problem from the biological point of view. The biochemical mechanisms of search behaviour are studied insufficiently but there are reasons to believe that the brain catecholamine system is closely connected with search behaviour. Learned helplessness accompanied by somatic disturbances emerges when the brain catecholamine level drops (*Seligman* 1975). An artificial reduction of this level by tetrabenazine speeds the behavioural depression whereas the prevention of their depletion by MAO inhibitors rises stress resistance, restoring the animal's ability for an active reaction to stress (*Katz, Roth and Carrol* 1961). In the animals which cannot control the stressful situation the brain norepinephrine level drops particularly low, and they show the greatest distress (*Lehnert, Reinstein, Strowbridge and Wurtman* 1984). The substances blocking the brain epinephrine metabolism impede the teaching of complex avoidance to an animal (*Areher et al.* 1985).

On the basis of all the aforementioned facts has been advanced the following hypothesis (*Rotenberg* 1984). Search activity can begin in the presence of a certain critical level of the brain catecholamines (in particular, norepinephrine and dopamine), which are utilized in the course of search. Search activity itself, once it began, stimulates the synthesis of the brain catecholamines and ensures their necessary or even excessive content. It can be speculated that it is exactly with search activity that is connected the rise in the brain norepinephrine content in the case of acute stress (*Stone and Platt* 1982).

Thus, the more pronounced the search activity, the sooner is compensated the expenditure of the brain catecholamines necessary to maintain the search behaviour. The functional task of such a system with a positive feedback (the more intensive the search the more intensive the expenditure and synthesis of the catecholamines and correspondingly the more intensive the search) is to support the search activity.

But, first of all, it is necessary for the subjects to maintain the ability of constant consideration of the results of search activity. If the subject is overwhelmed by emotional tension due to a very strong motivation it becomes difficult for him to maintain such an ability because he turns from a productive anxiety to panicky behaviour, and as a result the system with a positive feedback is destroyed.

Secondly, if this system is to start working at the very outset, the brain catecholamine level must be above critical. If it drops below, search behaviour becomes impossible.

In a state of inhibited search activity and especially in a state of renunciation of search this system does not function. Furthermore, in this state, which manifests itself in unproductive emotional tension (neurotic anxiety), the catecholamine expenditure climbs, possibly due to the drop in its re-uptake (as presumably happens in the case of a chronic stress). Thus, forms a vicious circle: renunciation of search — a drop in the brain catecholamine level — a deepening of the renunciation of search.

This vicious circle is formed whenever there is a drop in search activity, whatever the reasons. This makes it interesting to discuss the ideas of *Zuckerman* (1984). This author assumes that the optimal level of behavioral activation and adaptation corresponds to the moderate activation of the brain catecholamine system. The originally low level of this system's activity corresponds to primary depression, secondary anxiety and the inhibition of active behaviour, but the excessively high level of activity of the same system corresponds to the anxiety-panic behaviour and secondary neurotic depression. But from my point of view it is very doubtful that depression combines with a high level of activity of the brain catecholamine system because ordinarily depression is caused by the natural or artificial inhibition of this system.

That's why I propose the following modification of *Zuckerman's* scheme: The activity of the brain catecholamine system becomes »excessive« when (and only when) for some reason the subject fails to maintain search behaviour and it yields place to panicky, i.e., stereotype behaviour. This happens, in particular, when there is a threat of frustration of vital requirements, and extreme fear of the consequence of a failure disintegrates all behaviour. But panicky behaviour, as shown above, is not search behaviour. Consequently, it does not restore the brain catecholamine level. As a result the expenditure of catecholamines exceeds their synthesis, and eventually there comes their pronounced drop and develops a secondary depression. The same principle is characteristic of neurotic anxiety, which, just as panic, is dominated by agitated behaviour. The main difference between the neurotic anxiety and panic is that neurotic anxiety is a state of renunciation of search from its very beginning as a result of the repression, and panicky behaviour usually develops from the productive and goal-oriented emotional tension. But the final result is the same: a deficit of search behaviour is common to panic, anxiety and depression. Panic and anxiety reflect the *process* of constant decline of the brain catecholamine level, whereas depression is the *result* of this decline. Consequently, in the case of any form the diminishing of search activity eventually develops depression (or apathy). This proposition is confirmed by clinical observation: depression is an often result either of a long-lasting neurotic anxiety or of a panicky behaviour. Moreover, the present hypothesis is also supported by the fact that the state of panic is, contrary to ordinary expectation, arrested by tranquillizers of the benzodiazepine series to a lesser extent than by tricyclic antidepressants which block the reuptake of norepinephrine (*Shekhan et al.* 1980).

My clinical experience shows that tricyclic antidepressants have to be used also in state of neurotic anxiety together with tranquillizers.

Zum Zusammenhang von Angst, Panikverhalten und Depression: ein verhaltenspsychologischer und biologischer Ansatz

Vadim S. Rotenberg (Moskau)

Der Autor beschäftigt sich in der vorliegenden Arbeit mit der bekannten psychiatrischen Beobachtung, daß es eine enge Beziehung zwischen Angst und Depression gibt, daß beide oft nacheinander oder gleichzeitig auftreten können. Dabei ist es eine weit verbreitete Lehrmeinung, daß die Depression eine notwendige Folge einer langanhaltenden emotionalen Spannung, die subjektiv als Angst verspürt wird, darstellt (*Zuckerman 1984; Berezin 1985*). Dabei wurde häufig auf Tierversuche verwiesen, in denen die Tiere auf für sie nicht kontrollierbare Stresssituationen mit der sog. »erlernten Hilflosigkeit« reagierte, was als depressives Verhalten gedeutet wurde (*Seligman 1975*).

Rotenberg setzt dieser eingängigen Lehrmeinung klinische Beobachtungen und eigene Forschungsergebnisse entgegen, daß eine andauernde Depression durch eine emotionale Anspannung durch eine plötzlich auftretende zusätzliche Stresssituation, die aktives Verhalten fordert, überwunden werden kann - belegt z.B. durch entsprechende Veränderungen in der Schlafstruktur im EEG bei Prüflingen nach Examensstress (*Rotenberg und Arshavsky 1979*).

Dabei führt er die zwei unterschiedlichen Auswirkungen der Angst auf die Handlungsfähigkeit nicht, wie es bisher in der Psychologie verbreitet war, auf das Ausmaß der Angst zurück - nach dem Jerks-Dodson-Gesetz vermindern niedrige und hohe Grade der Angst die Effektivität des Handelns, ein mittlerer Angstlevel ist dagegen optimal für die Handlungsfähigkeit - sondern führt sie auf zwei qualitativ unterschiedliche Arten der Angst zurück - in Anlehnung an *Günter Ammon's* qualitative Unterscheidung zwischen konstruktiver und destruktiver Angst: Als Unterscheidungskriterium verwendet *Rotenberg* das von ihm entwickelte Konzept der Suchaktivität bzw. des Suchverzichts (*Rotenberg und Arshavsky 1979; Rotenberg 1984*).

Suchaktivität ist darauf gerichtet, die jeweilige Situation zu verändern oder die Einstellung des Handelnden zu ihr, ohne eindeutig vorhersagbare Ergebnisse einer solchen Aktivität, Suchverzicht ist das Aufgeben von Suchaktivität. Suchaktivität verstärkt, so die Ergebnisse der klinischen Forschung von *Rotenberg* und Mitarbeitern, die körperliche Widerstandsfähigkeit, Suchverzicht erzeugt eine unspezifische Prädisposition für somatische Erkrankungen (vgl. *Rotenberg und Arshavsky 1979; Rotenberg 1984*).

Dementsprechend unterscheidet *Rotenberg* zwischen normalem Angstverhalten, das mit Suchaktivität verbunden ist, und Angst, bei der die Suchaktivität fehlt oder beeinträchtigt ist:

1. Bei der neurotischen Angst fehlt die Suchaktivität, es herrscht Suchverzicht, weil durch die Verdrängung unerwünschter Motive das Streben fehlt, jene Situation zu verändern, die die emotionale Anspannung hervorgerufen hat, weil der Mensch die Gründe seiner Angst nicht wahrnimmt.
2. Beim Panikverhalten herrscht zwar hektisches Suchverhalten, aber keine

Suchaktivität im Sinne der Rotenbergschen Definition: die Rückkopplung der Aktivität zu ihrer Regulation ist gestört, die Ergebnisse des Suchens werden auf keiner Ebene reflektiert und können so nicht zur Verhaltenskorrektur verwandt werden. So wird Panikverhalten schnell imitativ und stereotyp.

3. Dagegen ist bei der normalen Angst des gesunden Individuums in einem Streßzustand, der alle psychischen und körperlichen Ressourcen zur Überwindung von Hindernissen mobilisiert, Suchaktivität in deutlichem Ausmaß vorhanden.

Neurotische Angst als spezifische Variante des Suchverzichts durch Verdrängung kann zusammen mit Depression auftreten oder von ihr ersetzt werden, die für *Rotenberg* deutlichstes klinisches Symptom des Suchverzichts darstellt. So ergaben Korrelationsanalysen zwischen Abwehrmechanismen und MMPI-Skalen von *Rotenberg* und *Michailov* eine signifikante Korrelation (0.45) zwischen der Verdrängung und der D-Skala (Depression) der MMPI.

Ebenso kann auch das Panikverhalten letztlich zur Depression führen: als Extrempol der normalen Angst in einer Streßsituation führt die übergroße Motivation, das Hindernis zu überwinden, zur Desintegration der Suchaktivität, zum Suchverzicht und zur Depression.

Die unterschiedlichen Formen der Angstreaktionen auf Streßsituationen spiegeln sich auf der biochemischen Ebene wider, biochemische Prozesse und psychische Prozesse sind dabei eng miteinander verknüpft: Obwohl die biochemischen Prozesse der Suchaktivität noch unzureichend erforscht sind, kann als gesichert gelten, daß ein enger Zusammenhang zwischen dem Suchverhalten und dem Katecholaminstoffwechsel besteht: Fällt der Katecholaminspiegel im Gehirn unter einen bestimmten kritischen Wert, treten »erlernte Hilflosigkeit« und somatische Beschwerden auf (*Seligman* 1975). Die künstliche pharmakologisch induzierte Senkung des Katecholaminspiegels beschleunigt die Ausbildung depressiven Verhaltens, während die Verhinderung seines Absinkens durch MAD-Inhibitoren die Streßwiderstandsfähigkeit steigert. Bei Tieren, die eine streßauslösende Situation nicht durch ihr Verhalten kontrollieren können, fällt der Norepinephrin-Spiegel im Gehirn besonders stark ab und sie zeigen besonders ausgeprägte Angst (*Lehnert et al.* 1984). Substanzen, die den Epinephrin-Stoffwechsel im Gehirn blockieren, behindern die Entwicklung von Vermeidungsverhalten bei Tieren (*Areher et al.* 1985).

Auf der Grundlage dieser biochemischen Forschungsergebnisse hat *Rotenberg* folgende Hypothesen entwickelt (*Rotenberg* 1984):

1. Suchaktivität setzt einen bestimmten kritischen Wert der Hirnkatecholamine (vor allem von Norepinephrin und Dopamin) voraus, die bei dem Suchverhalten verbraucht werden. Die Suchaktivität wiederum stimuliert die Neubildung von Katecholaminen im Gehirn, notwendig zur Fortführung des Suchverhaltens. Es handelt sich um einen positiven Feed-Back: je intensiver die Suche, um so intensiver der Verbrauch an Katecholaminen, aber auch die Neubildung durch die Haltung der Suchaktivität, und damit erneut eine Intensivierung der Suche.

2. In einem Zustand gehemmter Suchaktivität und vor allem in einem Zustand des Suchverzichts wie bei der neurotischen Angst funktioniert dieses System nicht mehr: der emotionale Stress verbraucht Katecholamine, der Suchverzicht hemmt die Neubildung der Katecholamine, der Suchverzicht verstärkt sich.
3. Panikverhalten entwickelt sich zwar aus einer zielorientierten emotionalen Spannung, dann aber ist das Individuum - häufig aus übergroßer Angst vor den Folgen eines Mißlingens oder wegen der Gefahr, daß vitale Bedürfnisse frustriert werden könnten - nicht mehr in der Lage, das aktive Suchverhalten aufrechtzuerhalten, das Verhalten wird panikartig, stereotyp: Das bedeutet auf der biochemischen Ebene, daß die Katecholaminaktivität steil ansteigt, der Verbrauch übersteigt, weil keine echte Suchaktivität vorliegt, bei weitem ihre Neubildung, schließlich kommt es zum deutlichen Absinken und zu einer sekundären Depression. Diese Hypothese wird auch durch die Tatsache unterstützt, daß - gegen landläufige Erwartungen - bei Panikzuständen nicht Tranquilizer am wirksamsten sind, sondern trizyklische Antidepressiva, die die Wiederaufnahme des Norepinephrins blockieren (*Shekhan et al. 1980*).

Rotenberg's Arbeit macht am Beispiel der Angstreaktionen in Stresssituationen die enge Verwobenheit psychischer, neurophysiologischer und psychosomatischer Prozesse deutlich.

Literature

- Ammon, G.* (Hrsg.) (1982): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 2 (München/Basel: Ernst Reinhardt)
- Berezin, F.B.* (1978): Some mechanisms of intrapsychic adaptation and psychosomatic correlations. In: *Prangishvili, A.S.; Sherozia, A.E.; Bassin, F.V.* (Eds.): The Unconscious. Nature, Functions, Methods of Study, vol. II, p. 281—289 (Tbilisi: Metsniereba)
- Katz, R.J.; Roth, K.A.; Carrol, B.J.* (1981): Acute and Chronic Stress Effects on Open Field Activity in the Rat: Implication for a Model of Depression. In: *Neuroscience Biobehavioral Reviews* (5) 247—251.
- Plutchik, R.; Kellermann, H.; Conte H.R.* (1979): A Structural Theory of Egodefenses and Emotions. In: *Irard, C.* (Ed.): Emotions in Personality and Psychopathology, p. 229—257 (Plenum Publishing Corporation)
- Rotenberg, V.S.* (1984): Search Activity in the Context of Psychosomatic Disturbances of Brain Monoamines and REM Sleep Functions. In: *Pavlovian Journal of Biological Science* (19) 1—15
- Rotenberg, V.S.; Arshavsky V.V.* (1979): Search Activity and its Impact on Experimental and Clinical Pathology. In: *Activitas Nervosa Superior* (Praha) (21) 105—115
- Rotenberg V.S.; Arshavsky V.V.* (1984): Search Activity and Adaptation. (In Russian) (Moscow: o. Verlagsangabe)
- Seligman, M.E.P.* (1975): On Depression, Development and Death. (San-Francisco: o. Verlagsangabe)
- Shekhan, D.V.; Ballenger, J.; Jacobsen, G.* (1980): Treatment of Endogenous Anxiety with Phobic, Hysterical and Hypochondrial Smtptoms. In: *Archives of General Psychiatry* (37) 51—59
- Stone, E.; Platt, E.* (1982): Brain Adrenergic Receptors and Resistance to Stress. In: *Brain Research* (237) 405—414
- Zuckerman, M.* (1984): Sensation-Seeking: a Comparative Approach to a Human Trait. In: *The Behavioural and Brain Sciences* (7), 3, 413—471.

Address of the Author:

Prof. Dr. Vadim S. Rotenberg
 Rehov Ben-Gurion 69
 c/o Noami Harnik
 Tel Aviv
 Israel

Psychotherapy in the Frame of a Holistic Approach to the Treatment of Reactive Psychosis**

Marius Erdreich* (Haifa)

In der vorliegenden Arbeit wendet der Autor sein ätiologisches und therapeutisches Modell des Psychotraumas, das er zunächst bei der Behandlung eines Überlebenden des Holocaust entwickelte, auf die Psychotherapie der passageren psychotischen Reaktion nach den Kriterien des DSM III-R an. Sein integrativer Ansatz umfaßt dabei neben der Psychotherapie kurzzeitige pharmakologische Behandlung sowie die Arbeit mit dem sozialen Umfeld des Patienten. Die Entwicklung eines von traumatischen und stressreichen Erlebnissen geprägten Lebensstils setzt Erdreich in Beziehung zu einer zugrundeliegenden defizitären Ich-Entwicklung, die nach Günter Ammon die Psychodynamik der psychotischen Reaktion wie aller archaischen Ich-Krankheiten kennzeichnet. Anhand von zwei Fallbeispielen von psychotisch reagierenden männlichen Patienten diskutiert der Autor die psychotraumatischen Elemente in der Geschichte der Patienten bis hin zu den die akute Erkrankung auslösenden traumatischen Trennungs- und Einsamkeitserlebnissen. Die psychotherapeutische Arbeit besteht in einer Kombination von stützender Therapie, Vermittlung von Einsichtsfähigkeit sowie einer Übertragungsbearbeitung. Sie sollte so schnell wie möglich nach dem traumatischen Erlebnis erfolgen, um dessen für den Patienten destruktives Potential zu vermindern durch den Aufbau eines Vertrauen schaffenden therapeutischen Bündnisses.

Introduction

The author developed the use of extrapolated long-term dynamics from post-traumatic stress disorder to other entities in psychosomatics on the one hand, and behavioral medicine, on the other hand (Erdreich 1989, 1990a, 1990b). This etiological approach enabled the use of a trauma-oriented psychotherapy (Erdreich 1989).

After the achievement of satisfactory clinical results, the author decided to use this method of etiological and therapeutic approach, in addition, with selective and time-limited psychopharmacology, for psychotic reactions.

The diagnostic criteria were those from DSM III-R: »Diagnostic criteria for 298.80 Brief Reactive Psychosis:

- A. Presence of at least one of the following symptoms indicating impaired reality testing (not culturally sanctioned):
 - (1) incoherence or marked loosening of associations
 - (2) delusions
 - (3) hallucinations
 - (4) catatonic or disorganized behavior
- B. Emotional turmoil, i.e., rapid shifts from one intense affect to another, or overwhelming perplexity or confusion.

* M.D., Director of Psychiatry Services at the Haifa City Medical Center (Rothschild), Technion, Faculty of Medicine, Haifa

** Lecture given at the 8. World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XXI. International Symposium of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (German Academy for Psychoanalysis) from October 5th to 8th, 1990, in the Hochschule der Künste (College of Fine Arts) Berlin on the theme »Psychotherapy of Psychoses«.

- C. Appearance of the symptoms in A and B shortly after, and apparently in response to, one or more events that, singly or together, would be markedly stressful to almost anyone in similar circumstances in the person's culture.
- D. Absence of the prodromal symptoms of Schizophrenia, and failure to meet the criteria for Schizotypal Personality Disorder before onset of the disturbance.
- E. Duration of an episode of the disturbance from a few hours to one month, with eventual full return to premorbid level of functioning. (When the diagnosis must be made without waiting for the expected recovery, it should be qualified as »provisional«.)
- F. Not due to a psychotic Mood Disorder (i.e., no full mood syndrome is present), and it cannot be established that an organic factor initiated and maintained the disturbance.«

In our work, we will consider the psychodynamics leading to the dramatic condition of this nosological unit, insisting upon the contribution of psycho-traumatic elements in the history of our patients.

In establishing an etiological approach to this kind of reaction, we have to exclude a somatic origin of psychotic reaction, such as in vitro fertilization (*Bourrit et al. 1988*), use of certain ergot alkaloids (*Iffy et al. 1989*), use of monoamine oxidase inhibitor-procarbazine (*Pfefferbaum et al. 1989*), bromocriptine (*Iffy et al. 1989*), reaction to nalidixic acid (*Pfefferbaum et al. 1989*), ototoxicity and high-dose erythromycin therapy, amphetamines (*Frazer, Gault 1986*), and a few more possible somatic causes.

The present work is a further step in using the psychotraumatic etiological and therapeutic model, this time in psychogenic psychotic reactions. It is rather a holistic attitude, since necessary selective pharmacology has been used, and in addition, working with the family and social systems of the treated person, in order to achieve more positive social energetic interactions within those systems.

A very important contribution to understanding the psychiatry and dynamic etiology of psychotic reactions with therapeutic implications is made in various writings of *Ammon* and his co-workers of the Berlin School of Psychiatry.

»Thus, Dynamic Psychiatry proceeds from a holistic concept of illness as a real ego-structural deficit and offers the corresponding holistic therapeutical program. Psychiatry diseases are regarded as diseases of ego-deficits and are always considered to be identity diseases.

Dynamic Psychiatry has not completely abandoned the nosological approach to disease. To a large extent, the origin of mental illness is found in the symbiosis complex with the deficitary mother-child symbiosis in its center as its focal point. The symbiosis complex is the dynamic nucleus of most of the ego-diseases. The most severe disturbances, however, do not even allow the development of symbiotic relationship (see in the Handbook of Dynamic

Psychiatry the spectral theory as developed by me and my co-workers). Neurosis, Borderline symptoms, addiction, psychotic reaction, psychosomatic reactions and depression are arranged on the gliding spectrum of archaic ego-diseases.

The application of the concept of ego-structure, which is always a group-dynamic one, allows to verify and distinguish different clinical symptomatologies and their ego-structural and psychodynamic and familydynamic aspects. The recognition of both the common and differentiating features of the respective clinical symptomatologies is the basis for an effective therapeutic concept. The concept of a gliding spectrum for the varying degrees of ego-diseases (spectral theory) and the corresponding therapeutic program are presented in the Handbook of Dynamic Psychiatry for the first time in a systematic manner« (Ammon et al. 1981).

The trauma concept

I view trauma in the framework of a trauma-stress theory. Persistent post-traumatic dynamics often follow the lesser offensive events as well, rather than being the prerequisite of a big, sudden disturbing external blow flooding with inputs beyond the adaptative capacities of the personality structure. The evidence of long-term dynamics following different degrees of intensity of the trauma or significant stress was found in many of my cases dealing with: sexual behavioral disorders in mature women following sexual abuse in childhood (Umstead, Neumann 1986); compulsive eating disorders — anorexia nervosa and bulimia (Khan 1987); diseases with psychosomatic factors in the etiology (Erdreich 1984); delinquent behavior and borderline disorders (Erdreich 1987), in addition to the known post-traumatic stress disorder following significant accidents, according to the DSM III-R criteria. Under life-stress conditions where the equilibrium between the ego strength and the trauma or stress, both quantitative and qualitative factors are such that the ego boundaries are under pressure resulting in impairment of basic ego-functions. The consequences are decreased quality of interaction with the external world or questionable reality testing. Increased ego boundary pressure might also find expression in a diminished capacity to face the superego, in expanding pressures of repressed trauma and impaired regulation of instincts and impulse control. The total result leaves one vulnerable, so that even when new trauma, which may be of lesser magnitude, or stressful life situations occur, behavioral or psychosomatic disturbances may be manifested in previously traumatized persons. Work with long-term post-traumatic dynamics has enabled me to understand better the etiological factors involved and to build appropriate therapeutic strategies within behavioral medicine and psychosomatics.

This psychotraumatic etiological approach followed a new line of therapy developed by the author and first used successfully with a holocaust survivor who had previously had psychoanalysis, psychotropic drug treatment, group therapy and even hospitalization with little benefit. The consequences

of both trauma and stress would appear to be the long-term dynamics. The intensity of the dynamics and their weight in the etiology of the above-mentioned disorders depends on the equation of several factors such as the intensity and unexpectedness of the external blow, on the one hand, and personality and ego strength, on the other. Other influential components of the reaction are previous traumatic experiences, or distress; group versus isolated victimization; possibility of being able to escape the traumatic situation, external support and appearance of other negative events. Therefore, I consider trauma-stress a continuum, where the intensity of the reaction towards the negative significant stimuli involves, in addition to the immediate acute reaction, long-term dynamics of reactivation.

These long-term dynamics, such as repetition-compulsion with rumination, dreams and repetitive subconscious acting in order to achieve symbolic mastery, over-reaction or over-avoidance to events similar to the original trauma, might be reactivated during life-stress conditions. In these conditions, especially when the stressor has similar qualities with the original trauma, the ego defence ability is decreased because of the increased ego-boundary pressures, and trauma repression is less efficient.

In these life-stress conditions there might be several kinds of reaction: anxiety or depression when the ego deficiency faces the super ego, poor social behavior resulting from deficient instinctual and impulse control and other reactions, such as psychosomatic. The decreased capability to repress past trauma concurrent with the surfacing of the long-term dynamics enables one to imprint a quality of special behavior in context with the scenario of the original significant past trauma. This approach enables us to understand the surprising changes in behavior in certain individuals through life-stress conditions. The difference between psychosomatic and behavioral change such as reactive psychosis will be the subject of further consideration.

Psychic trauma might be viewed as a relative and complex concept encompassing several facets and not only a poignant and unexpected event.

Case Illustrations

Case Illustration 1

P.A., aged 19, brought by his mother, sister and other family members in acute psychotic condition and extreme restlessness, with very obvious suffering and crying for help.

The past history: a normal childbirth. The mother loving, intelligent, submissive for many years to a tyrannical husband. The mother and children (our patient and an older sister) lived in an uncertain environment because of the aggressive outbursts of the father. The mother married early because it was difficult for her to stay with her parents, holocaust survivors. She mentioned the dreary atmosphere, holocaust stories and an attitude as if there is no future as determining her decision to marry as soon as possible. The father did not

have the experience of holocaust survivors' environment, and was ready to undertake risky projects as a merchant.

Finally, after another outburst of aggressive behavior from her husband, the mother took her two children and ran away from home. Our patient was 17 years old at that time. She rented a flat where she is living until now with our patient. The daughter married, and moved away. The boy tried a couple of times and very desperately to continue relationships with his father. At the last meeting with him he was severely beaten by this father because he took a record without permission. The outraged mother advanced charges against her husband, asking for a divorce.

About one year prior to his psychotic outburst, our patient was treated by a psychologist because of difficulties in school, created by the stress conditions at home, and probably by the family disruption. The psychologist was perceived by him as an (unassuming) older brother, but his condition in school and his affective state did not improve.

A few days before his outburst, he suddenly left a family dinner, waited outside the restaurant in tears and agitation. In this condition, he started his treatment with the author. At the first meeting, he was sad, sometimes crying, explaining that people around him do not understand or help him. He had a particular gait, with his head bent forward. The delusional system included interpretations of a night announcer on the radio's army channel. He felt special relationships towards him from the announcer concerning his plans for a more successful night program, but the speaker's reaction was misunderstood by him. Therefore, he wanted to address him again and again. He also felt that the television takes interest in him, and the broadcasts are searching for his ideas. The T.V. episode ceased to occupy him quickly, but not so the army channel on the radio. A small dose of haloperidol, together with trauma-oriented psychotherapy, was immediately administered. The drug administration had to be interrupted within nine days because of fast-developing N.M.S. — neuroleptic malignant syndrome — with fever, severe muscular diffuse hypertonia and profuse perspiration appeared. The symptoms disappeared within a few days.

The psychopathology at that point was characterized by a double awareness concerning his delusions. Gradually, using an association-forming stimuli technique, alternating with ego support, insight formation was made possible as follows: his struggle for a minimal feeling of mastery in his living space was constantly menaced by his father's concrete or abstract presence. The unconscious solution in order to achieve mastery on his faith brought him to address the army channel speaker as an advisor for the programming. It was his way to achieve mastery. Gradually, he was able to interpret the significance of the army channel to him as a military-police broadcasting, spontaneously expressing that the military police represented his parental home. The father was perceived as a menacing military policeman.

A very important dream was a scene of a big field out in the country, while he and a friend commented that in this graveyard also lies his father. Guilt fee-

lings arising from this dream were processed in order to neutralize affect investment in the hopeless relationship with his father, at best — a neutral affective approach in order to avoid suffering.

The fact that he was in a position to dictate the program of the »menacing policeman« was interpreted by us as a post-traumatic repetitive-compulsive action, in order to achieve a belated mastery in his relationship with his father. The insight formation enabled him to invest less and less affect, even in the remaining partial delusional interpretation of the broadcasting station. This happened on the 19th day of his treatment.

We paid special attention to the timing of his psychotic outburst. It was precisely two weeks before he had to appear as a witness in the divorce process of his parents. He felt that he must shield his mother facing his violent father. All this was too difficult for him. Later on, after the insight formation, he was ambivalent towards the idea of meeting his father. Then he expressed lack of interest in meeting him. He was most sorely disappointed when he was rejected by the army because of his mental record, even though he remained in full remission. He was able to avoid a new psychotic relapse using his sublimative capacities as an expression of a stronger ego achieved by psychotherapy.

Usually, in Israel, rejection from the army is a very severe strain, implying inferiority in the eyes of his peers. These young people facing rejection by the army need a very strong ego in order to avoid serious damage in personality functions. Our patient went through this without sustained damage. It was a real test for his new strength. He now works regularly in a large industrial complex in order to save money to pay for a university education.

The psychotherapeutic sessions are much reduced in frequency. His seven months of treatment included processing of primary and supra-structured psychic-trauma, and a short period of transference work towards the therapist as a father figure. He has recovered very well. His follow-up now deals mainly with final sessions concerning the divorce process of his parents.

Case Illustration 2

K.E., a single male, aged 33, referred for treatment by his family following an acute psychotic condition, partially treated in the U.S.A. The patient was born in Morocco, the youngest child in a rich family. The anamnesis was presented by his older brother and sister: in his childhood he was pampered, living a sheltered life abroad, as well as during his stay in Israel, from ages 3 through 30. After achieving a B.A. in business administration, he left for the U.S. in order to finish a master's degree in New York, where he led a regular life. After two years he felt uncomfortable in his basement-situated modest apartment. He started to feel lonely, and sometimes had bad moods. An acquaintance suggested that he let himself be introduced into the practice of mediums contacting the dead. This man presented himself as a medium and our patient joined him in a few sessions. After about one month, all his brothers and sisters knew that he did not leave his apartment, and was apprehended

running amok in the street, shouting that he was possessed by the devil and ghosts. He was treated in a psychiatric institution and discharged after 19 days with the diagnosis of psychotic disorder and treated with lithium and halidol with partial improvement. The family brought him back to Israel to the author. The psychiatric evaluation: a good-looking man, very tense, sad, anxious. The flow of associations was quite vivid and more and more agitated while describing his mishappenings. From time to time he answered to auditory hallucinations and was able to explain that he believes in voices which were frightening him.

The hallucinations were not imperative or dangerous. Gradually, he was able to explain that a short time after he started to join sessions with his medium, he started to feel that his lips started to move without his control, pronouncing names of people unknown to him. He complained about the above pharmacological treatment; it was not helpful for his agitation. He described compulsive thinking of being possessed by the devil.

I changed his treatment, taking into consideration his pathology, using Thioridazin as an anti-psychotic with no extrapyramidal complications, and Fluvoxamin, a powerful serotonergic acting as an anti-depressant and anti-obsessive drug. An intensive supporting psychotherapy was carried out until a full remission was reached in approximately seven days. At this stage, we reached an improvement. During his partial remission he was able to describe the final crisis that brought him to hospitalization in New York. He quarreled with the devil and locked himself up for 72 hours, and was terrorized by the appearance of ghosts. There is some double awareness concerning the reality of the devil and his encounters with him. The trauma-oriented therapy was started alongside the pharmacological one, since the major crisis had a psycho-traumatic dimension manifested by repetitive compulsive thinking about the event.

I considered the diagnosis of a brief reactive psychosis, precipitated by participation in spiritualistic seances and very severe traumatic quality. Twenty days after his arrival for treatment with me, the patient had a very pleasant holiday with his family in France. He is back in Israel, looking for an appropriate position in his profession and leading a normal life. He lives with his parents as he is insecure living alone. The processing of this fear brought us to insight concerning the psychotic reaction which occurred in New York. The loneliness which characterized his life in the big city contrasted starkly with his pampered upbringing. The strain was too much and the flight to dealing with spiritualism brought about the psychotic outburst. In this case, the special kind of overprotective upbringing made him vulnerable to his lifestyle in New York. The psycho-therapeutic path will deal also with the pampering as a wrong narcissistic supply which he received during childhood and after the formative years. According to *Ammon*, a person who receives narcissistic supply as a response both to constructive and destructive behavior, develops disturbed perception and loses contact with reality. The person develops a destructive

narcissism towards any attachment, and sometimes develops a paranoid reaction.

The patient will stay in therapy in order to have a better understanding of his pre-psychotic dynamics. He still receives the psycho-pharmacological treatment in very small doses.

Final comments

1. We assume that the psychogenic psychotic reaction might be a highly disturbing and potentially dangerous psychiatric condition.
2. The treatment must be conceived accordingly, using a holistic approach.
3. The trauma-oriented psychotherapy should be administered as soon as possible in order to diffuse the highly emotional destructive potential by restoring trust in his fellow-men, and creating a therapeutic alliance. The psycho-pharmacological treatment will be selective in quality and time, in order to offer first aid to the patient and the people around him.

Deficitary ego development might be seen as developing a trauma-stress lifestyle with buildups of supra-structured traumatic entrapping elements. The trauma-oriented therapy alternating between insight formation and ego support might be highly rewarding. In other words, the trauma-oriented psychotherapy supported by living in a positive social-energetic human environment might be a very important tool in the treatment of different psychiatric syndromes, including the sometimes dangerous reactive psychotics.

Acknowledgements

The assistance of Ms. Sigal and Mrs. Marion Gold is appreciated.

Psychotherapie im Rahmen eines ganzheitlichen Ansatzes für die Behandlung der reaktiven Psychose

Marius Erdreich (Haifa)

In der vorliegenden Arbeit wendet der Autor das von ihm entwickelte psychotraumatische ätiologische und therapeutische Modell auf psychogene psychotische Reaktionen an. Als ganzheitlichen Ansatz versteht er dabei die Integration von Psychotherapie, selektiver und zeitlich begrenzter psychopharmakologischer Behandlung und Arbeit mit den Familienangehörigen sowie anderen sozialen Bezugssystemen des Patienten.

Der Autor übernimmt die diagnostischen Kriterien für die Kurze Reaktive Psychose aus dem DSM III-R:

- Symptome einer gestörten Realitätsprüfung wie Wahnvorstellungen und Halluzinationen;
- emotionale Unruhe;
- reaktiver Charakter dieser Symptome als Antwort auf stressreiche Ereignisse;

- Dauer der Episode von einigen Stunden bis zu einem Jahr;
- Ausschluß von Differentialdiagnosen wie Schizophrenie, schizotypische Persönlichkeitsstörung, manisch-depressiven und organisch bedingten Psychosen.

Der Autor untersucht in seiner Arbeit die psychodynamischen Aspekte, die zum Ausbruch der Erkrankung geführt haben, wobei er sich auf die psychotraumatischen Elemente in der Geschichte der Patienten konzentriert.

Er würdigt den Beitrag der Dynamischen Psychiatrie *Günter Ammons* und seiner Schule zum Verständnis und zur Behandlung der psychotischen Reaktion: diese wird im Rahmen des gleitenden Spektrums der archaischen Ich-Krankheiten als eine Identitäts-Krankheit angesehen, die Ausdruck eines realen ich-strukturellen Defizits ist. Ihr dynamischer Kern ist der Symbiosekomplex.

Das Trauma-Konzept

Das psychische Trauma versteht *Erdreich* als ein komplexes Geschehen, das nicht nur ein einziges und unerwartetes Ereignis bezeichnet. In vielen Fällen handelt es sich um eine langzeitige Dynamik in der Folge von traumatischen oder streßreichen Ereignissen unterschiedlicher Intensität. Zum ersten Mal wändte der Autor seinen Ansatz bei der Behandlung eines Überlebenden des Holocaust an.

Trauma und Streß stellen erhöhte Anforderungen an die Ich-Grenzen des Patienten, was eine Störung seiner grundlegenden Ich-Funktionen nach sich ziehen kann. Neben Intensität und Unerwartetheit der Ereignisse entscheiden Persönlichkeitsstruktur, Ich-Stärke, frühere traumatische Erfahrungen, Unterstützung durch andere sowie die Möglichkeit, der traumatischen Situation zu entkommen, über die Schwere der eintretenden Störung.

Die langzeitige traumatische Dynamik äußert sich etwa in Zwangsrübeln, Wiederholungsträumen und unbewußtem Agieren, um eine symbolische Bewältigung zu erreichen, Überreaktionen oder Vermeidungsverhalten gegenüber dem ursprünglichen Trauma ähnlichen Ereignissen.

Es folgen zwei Fallbeispiele des Autors:

Fallbeispiel 1

Ein 19-jähriger Patient wurde während einer akuten psychotischen Reaktion von seiner Mutter und anderen Familienangehörigen zum Autor in die Behandlung gebracht. Er litt unter Schulschwierigkeiten, massiver Unruhe und Beziehungswahn: er glaubte, daß ein Ansager des Militär-Rundfunks sowie das Fernsehen besonderes Interesse an seinen Vorschlägen für eine erfolgreichere Programmgestaltung nähmen.

Auslösend für seine psychotische Reaktion war der bevorstehende Scheidungsprozeß seiner Eltern, in dem er als Zeuge aussagen sollte. Er hatte das Gefühl, seine Mutter gegen den gewalttätigen Vater verteidigen zu müssen, was ihn emotional überforderte.

Der Patient war in einer Atmosphäre der ständigen Verunsicherung durch die aggressiven Ausbrüche seines Vaters aufgewachsen, denen die Mutter jahrelang hilflos ausgeliefert war. Die Mutter hatte früh geheiratet, um der Trostlosigkeit zu entkommen, die von ihren Eltern, Überlebenden des Holocaust, ausging.

Als der Patient 17 Jahre alt war, verließ die Mutter ihren Mann. Nach der Heirat einer älteren Schwester lebte der Patient allein mit seiner Mutter und unternahm immer wieder verzweifelte Versuche, den Kontakt mit seinem Vater aufrechtzuerhalten. Er wurde von ihm bei einem Treffen geschlagen, was die Mutter zum Anlaß für das Einreichen der Scheidung nahm.

In der psychotherapeutischen Behandlung, die in einer Kombination von stützender Therapie und Assoziationsarbeit bestand, wurde eine zunehmende Einsichtsfähigkeit und Distanz des Patienten zu seinen Wahnvorstellungen erreicht. Die wahnhaftige Beziehung zu dem Militärrundfunksprecher war sein Versuch, einen Rest von Herrschaft über sein Leben aufrechtzuerhalten. Seinen Vater erlebte er dabei als einen bedrohlichen Militärpolizisten.

Der Umstand, daß er sich in der Lage fühlte, dem bedrohenden Polizisten das Programm vorzuschreiben, wurde vom Autor als eine post-traumatische Handlung mit Wiederholungszwangcharakter interpretiert, um die Beziehung zu seinem Vater im Nachhinein unter Kontrolle zu bringen.

Während der 7-monatigen traumaverarbeitenden Behandlung, die eine kurzzeitige medikamentöse Therapie mit Haloperidol einschloß, wurde in einer kurzen Periode auch die Vaterübertragung des Patienten auf den Therapeuten bearbeitet.

Die gewonnene Ich-Stärke des Patienten bewährte sich, als der Patient von der Armee abgelehnt wurde, ohne daß ihm diese Kränkung anhaltenden Schaden zufügte.

Fallbeispiel 2

Es handelt sich um einen 33-jährigen alleinstehenden Mann, verwöhntes jüngstes Kind aus reicher Familie.

Nach einem Studienabschluß ging er mit 30 Jahren zur Weiterqualifizierung nach New York, wo er sich bald einsam und depressiv fühlte. Er ließ sich von einem Bekannten zu spiritistischen Seancen mit Kontakten zu Toten verleiten. Kurze Zeit später lief er Amok in seiner Straße und schrie, daß er vom Teufel und von Geistern besessen sei.

Nach einer kurzen stationären Behandlung brachte seine Familie ihn zurück nach Israel, wo ihn der Autor als einen gutaussehenden, dabei sehr angespannten, traurigen und ängstlichen Mann kennenlernte. Er litt unter akustischen Halluzinationen.

Die traumaorientierte Therapie wurde von einer psychopharmakologischen Behandlung begleitet. Die Bearbeitung seiner Ängste ließ die psychotische Reaktion in New York verstehbar werden. Seine überfürsorgliche Erziehung machte es ihm unmöglich, die an ihn gestellten Anforderungen in einer völlig fremden Umgebung zu bewältigen. Die Flucht vor der Realität in den Spiritualismus löste schließlich die psychotische Reaktion aus.

Der Autor bezieht sich an dieser Stelle auf *Ammons* Verständnis der Dynamik des destruktiven Narzißmus: ein Mensch, der ausschließlich narzißtische Zufuhr als Antwort sowohl auf konstruktives als auch destruktives Verhalten erhält, wird eine gestörte Wahrnehmung entwickeln und den Kontakt zur Realität verlieren bis hin zu einer paranoischen Reaktion.

Die psychotischen Symptome des Patienten verschwanden nach 7-tägiger intensiver stützender Psychotherapie. Im Anschluß daran geht es nun um ein vertieftes Verständnis seiner präpsychotischen Dynamik.

Abschließende Bemerkungen

Die traumaorientierte Psychotherapie sollte so schnell wie möglich einsetzen, um das destruktive Potential der starke Gefühle auslösenden traumatisierenden Situation nicht voll wirksam werden zu lassen. Dazu ist die Wiederherstellung von Vertrauen und die Schaffung eines therapeutischen Bündnisses notwendig.

Literatur

- Ammon, G. et. al.* (1981): Das Prinzip von Sozialenergie — gleitendes Spektrum und Revolution. In: *Dyn. Psychiat.* (14) 1—15
- Bourrit, B. et. al.* (1988): Psychotic reaction after in vitro fertilization. In: *Journal In Vitro Fert Embryo Transfer* (5) 114
- Erdreich, M.* (1984): A trauma-oriented psychotherapy. In: *Dyn. Psychiat.* (17) 419-431
- (1986a): Psychotraumatology and psychosomatics. In: *Dyn. Psychiat.* (19)
- (1986b): Psychotraumatic etiological model of delinquent behavior. In: *Med. Law.* (6) 145—150
- (1987): Psychotraumatological aspects of eating disorders. In: *Eating disorders in adolescents and young adults*, ed. *E. Chingler et. al.* Freud Publishing House, Ltd., 279—296
- (1989): Psychotraumatic etiology of delinquent behavior during live stress conditions. Presented at German Academy of Psychoanalysis Munich, Wisconsin Medical College, Yale University
- (1990a): Dynamics of sectorial automatism. Presented at International Congress on Patient's Rights, Mabato
- (1990b): The psychotraumatic etiological and therapeutic model in the second generation after the holocaust. In: *National Congress on the Holocaust: The Transmission of the Holocaust Trauma from Generation to Generation.*
- Frazer, M., Gault, R.* (1986): Death as a result of an adverse reaction from lidixic acid. In: *Journal of Forensic Sciences* (31) 1145—1149
- Iffy, L. et. al.* (1989): Puerperal psychosis following ablactation with bromocriptine. In: *Medicine and the Law* (8) 171—174
- (1989): Ergotism: A possible etiology for puerperal psychosis. In: *Obstetrics and Gynecology* (73) 475—477
- Khan SA. et. al.* (1987): Psychotomimetic effects of anorectic drugs. In: *American Family Physician* (36) 107—112
- Pfefferbaum, B. et. al.* (1989): Monoamine oxidase inhibitor toxicity. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (28) 954—955
- Umstead, GS., Neumann, KH.* (1986): Erythromycin ototoxicity and acute psychotic reaction in cancer patients with hepatic dysfunction. In: *Archives of Internal Medicine* (146) 897—899

Adress of the author:

Marius Erdreich, M.D.
 Director of Psychiatric Service
 Haifa Medial Center (Rothschild)
 Faculty of Medicine, Technion
 47, Golomb Street
 P.O. Box 4990
 Haifa
 Israel

Development of Team Approach at the Hasegawa Hospital**

Mikiko Hasegawa (Tokyo)*

Die Autorin stellt im vorliegenden Beitrag komprimiert das Konzept des therapeutischen Teams in der Hasegawa-Klinik in Japan in seinen Hauptprinzipien und seiner Grundstruktur dar. Die Hasegawa-Klinik ist eine 500 Betten umfassende psychiatrische Privatklinik, die unter dynamisch-psychiatrischen Gesichtspunkten arbeitet und geleitet wird. Der Ausbildung der Gruppe der Mitarbeiter der verschiedenen Arbeitsbereiche einer Klinik zu einem gesamttherapeutischen Team liegt die Erfahrung zugrunde, daß die Dynamik des Teams wesentlichen Anteil hat am Behandlungserfolg, und die Notwendigkeit, Transparenz und Verständnis des psychodynamischen Zusammenwirkens von Patient und Mitarbeiter für den psychotherapeutischen Prozeß psychiatrisch schwer erkrankter Patienten nutzbar zu machen. Die vorgestellten Grundprinzipien des therapeutischen Teams sind in 35jähriger intensiver, wechsellvoller und von therapeutischem Optimismus getragener Arbeit entwickelt worden. Als Beispiel für die Arbeit dieses Teams schließt sich diesem Beitrag ein Fallbericht Sumiko Ishidas an, die als psychiatrische Sozialarbeiterin in der Hasegawa-Klinik tätig ist.

Children are raised in families, receiving family and societal influences. The family dynamics affect the development of children greatly. Psychiatric patients receive treatment in hospitals and the dynamics among the hospital staff influence the psychotherapeutic process greatly, too. Family structure and dynamics can be well applied to hospital systems and to staff-patient relationship. In the 1940's *Stanton* and *Schwarz* already pointed out that covert hostility and disharmony among the staff could cause acting-out behavior on the part of the patient.

Within this context we would like to report the evolution of the team approach within a middle-sized private psychiatric hospital.

At the Hasegawa Hospital we have been trying to develop a psychodynamically-oriented admission treatment system with therapeutic teams for 35 years. We consider the patient's psychopathology not only as a destructive process but also as a creative and learning process. This, we think, enables us to make good use of the hospital environment for the successful treatment of our patients. In 1965 we wrote a paper entitled »Until the birth of the therapeutic team«, reflecting on the 10-year history of the growth process of team approach at that time. In this paper we cited the following 5 important principles in establishing the structure of the therapeutic team, which we learned through trial and error:

First Principle: Establishment of Role Boundary

At home, role differentiation and integration are indispensable among parents and family. Within the therapeutic team as well there should be both: differentiation and integration of functions. The differentiation of functions facilitates

* M.D., Clinical Director of the Hasegawa Hospital Tokyo

** Presented at the 8th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP and XXI. International Symposium of the German Academy for Psychoanalysis (DAP), October 5-8, 1990, on »Psychotherapy of Psychoses« in Hochschule der Künste, Berlin

the establishment of professional identity for each discipline. The clarification of each one's role enables all staff members to make contributions to an integrated treatment plan with sound co-operation with each other as professionals. When there is no good differentiation of functions, we often find covert hostility and mutual distrust accumulates.

Second Principle: Objectivity

Fair and equal treatment of children by parents is essential in child rearing. Likewise supervision of psychotherapy becomes extremely difficult or even impossible, when there exists a hierarchical relationship between supervisor and supervisee outside of supervision. As a therapist should not have a personal relationship with a patient outside of the treatment, it is desirable that there is no interest involved in the relationship between supervisor and supervisee outside of the supervision.

Third Principle: Self-reflection

Child rearing often confronts parents with their own weaknesses and parents should overcome the confronted weaknesses constructively. Also team treatment makes us confront with our own latent pathology. Through sharing the understanding of such pathology within the team we can improve the quality of the treatment. Only when we gain insight and tolerance of our own pathology, we can become full-fledged therapists.

Fourth Principle: Harmony

Children react sensitively to harmony or disharmony at home. Also patients respond sensitively to the team's condition. When the therapeutic team lacks integrity or is confused, patients get confused too. Or in turn often the patient's pathology causes confusion within the team. Therefore the process by which the therapeutic team understands its own confusion and develops an integrated co-operative system is very important for the patient's treatment.

Fifth Principle: Education and Consultation

Parents, however capable they may be, need education and consultation from professionals from time to time. This consultation is an important occasion to look at the therapeutic team from various perspectives as well. I will elaborate this issue below by discussing our consultation system.

The size of our hospital has increased from 20 to now 500 beds. The increase in size has brought up complications in the hospital system, which has required us to consider many additional issues, as follows:

1. Differentiation between responsibility for management and responsibility for treatment.
2. Differentiation between responsibility for treatment and responsibility for education and supervision.
3. Differentiation of functions between psychiatrists and internists.

4. Establishment of multiple therapeutic teams composed of psychiatrists, nurses, psychiatric social workers, psychologists, occupational therapists, dance therapists, group therapists, medical secretaries, etc.
5. Establishment of a clinical conference as an organization to integrate the treatment system for the above described therapeutic teams.
6. Differentiation of functions and integration among teaching staff, clinical coordinator, team leader and consultant.
7. Establishment of treatment system committee, educational committee, clinical team communication meeting, etc. in order to help the integration of therapeutic teams.

Through development of this treatment system we have found that the dynamism of the therapeutic team greatly influences the treatment of the patient. Whether the therapeutic team is well integrated, whether we can get understanding and co-operation from family, whether there exists a good trusting relationship between patient and psychiatrist, whether there is a good caring relationship between patient and nurse, all these factors influence the effectiveness of the treatment and the prognosis of the patient.

As we stated above, we have had many trials and errors and creative inventions in order to develop our therapeutic team system. Case conferences by outside supervisors and the introduction of a clinical coordinator outside of the team are examples of such inventions. Also the differences in roles among the clinical coordinator, the team coordinator and the team leader have been clarified and their functions are better differentiated now. Case discussion in clinical conferences and in team meetings help the integration of the team.

The integration of the team composed of multiple disciplines around the patient should be the basis of the team treatment concept. Occasionally the therapeutic team falls in confusion reflecting either the patient's pathology or hidden pathology within the staff. When we try to restructure the co-operative systems for such a team, it is useful to get help from the clinical coordinator outside of the team, who gives consultation to improve co-operation among the team. As it is the role of the family therapist or family consultant to improve co-operation system within the family and to improve its ability for problem solving, the clinical coordinator works as a quasi-family consultant for the therapeutic team which can be considered as quasi-family or family-substitute for the patient.

Die Entwicklung des integrierten therapeutischen Teams in der Hasegawa-Klinik

Mikiko Hasegawa (Tokyo)

Als Ergebnis einer 35jährigen kontinuierlichen Arbeit an der Entwicklung der Mitarbeitergruppe der Hasegawa-Klinik zu einem integrierten therapeutischen Team, das der erfolgreichen Behandlung psychiatrisch schwer erkrank-

ter Patienten dienlich ist, arbeitet *Mikiko Hasegawa* die folgenden fünf Grundsatzprinzipien heraus:

1. Ausbildung umrissener Funktions- und Arbeitsbereiche:

Die deutlich umrissene Grenzziehung zwischen den verschiedenen Funktionen und Arbeitsbereichen dient der Entwicklung beruflicher Identität innerhalb der jeweiligen Disziplin und verhilft zur Klarheit über den zu leistenden Beitrag an einem komplexen und integrierten Behandlungssetting.

2. Objektivität:

Supervisor und Supervidierter sollten außerhalb der Supervisionsituation weder in einem hierarchischen Arbeitsverhältnis, noch in einer persönlichen Beziehung stehen, damit keine anderen Interessen in die Supervisionsbeziehung hineinspielen.

3. Selbstreflektion:

Die Mitarbeiter sollten die Fähigkeit zur Einsicht in ihre eigenen Schwächen und psychopathologischen Ich-Anteile besitzen, die zwangsläufig im dichten, psychodynamischen Geschehen mit und um die Patienten angesprochen werden. Die Qualität der Behandlung mißt sich daran, in welchem Maß Offenheit, Verständnis und Toleranz für die eigene Pathologie innerhalb des Teams herrschten.

4. Harmonie:

Durch Konfusion hindurch, die entweder als Gegenübertragungsreaktion des Teams auf die Patienten verstanden werden kann oder als Ausdruck der mangelnden Integration im Team selbst, muß immer wieder eine Situation kollegialer Zusammenarbeit geschaffen werden.

5. Ausbildung und Beratung:

Das Team bedarf der Ausbildung und Beratung durch Fachleute. Hinter diesen Prinzipien, die durch Versuch und Irrtum entwickelt wurden, steht der Gedanke, dem Patienten die Möglichkeit zu geben, in einer neuen Quasi-Familie, die offen miteinander sprechen und sich auseinandersetzen kann, seine einstmals erworbenen Erlebensweisen, Verletzungen und Neigungen zu destruktivem Ausagieren zu überwinden. Die Autorin betont, daß die Dynamik des Teams ein entscheidender Faktor für die Behandlung des Patienten darstellt.

Die Hasegawa-Klinik wuchs im Laufe der Zeit von 20 auf 500 Betten an, was eine Aufgaben- und Funktionsteilung, eine breite Differenzierung und Spezialisierung der Tätigkeitsbereiche notwendig machte, so die Trennung der Verantwortung für Verwaltung und Behandlung, der Verantwortung für Behandlung, Ausbildung und Supervision, die Differenzierung und integrative Arbeit zwischen Lehrkräften, klinischem Koordinator, Teamleiter und Berater.

Das Team besteht aus Psychiatern, Krankenpflegern, psychiatrischen Sozialarbeitern, Psychologen, Beschäftigungs-, Tanz- und Gruppentherapeuten u.a.m.

Besondere Bedeutung in diesem vielfältigen Team kommt dem Konsultationssystem zu, das einen klinische Koordinator vorsieht, der nicht direkt in die Team-Dynamik miteinbezogen ist, und Supervisoren, die von außen kommen und insbesondere Case-Konferenzen leiten. Die Case Konferenzen und

Fallbesprechungen bilden den größten Integrationsfaktor des Teams, die Basis des Konzepts der Team-Behandlung.

Literature at the author

Author's address:
Mikiko Hasegawa, M.D.
Clinical Director of the Hasegawa Hospital
Hasegawa Hospital
2-20-36 Osawa, Mitaka-shi
Tokyo
Japan

Case Report of Team Approach at Hasegawa Hospital — Process of Team Approach to a Borderline Personality Disorder Case**

Sumiko Ishida (Tokyo)*

Die Autorin, psychiatrische Sozialarbeiterin der Hasegawa-Klinik in Japan, einer dynamisch-psychiatrischen, 500 Betten umfassenden Privatklinik, stellt in einem Fallbericht die Entwicklung eines schwer Borderline-erkrankten Mannes während seiner zweijährigen und zum Zeitpunkt des Berichts noch nicht abgeschlossenen stationären psychotherapeutischen Behandlung dar. Schwerpunkt der Arbeit ist das Zusammenwirken der ausagierten Übertragungsdynamik des schwer verwahrlosten, paranoisch-querulatorischen Patienten und der Gegenübertragungsdynamik im Team. Schauplatz des Berichts ist das Hier und Jetzt des Klinikalltags mit den Forderungen der Realität. Für diesen begrenzten Ausschnitt der Behandlung macht die Autorin deutlich, wie das destruktive Ausagieren des Patienten dadurch eingegrenzt werden konnte, daß die Teammitglieder ihre Gegenübertragungsgefühle verstehen und ertragen lernten und allmählich, immer wieder kontrolliert, supervidiert und verändert ihrerseits aktiv strukturierend mit dem Patienten arbeiten konnten.

This case report demonstrates the practice of the team approach at Hasegawa Hospital.

Case Y.H. — Age 24 — Male — Single

Diagnosis: Borderline Personality Disorder (DSM III-R)

Family history

This patient's family is composed of father, mother, the patient, two younger brothers and one younger sister. The father runs a construction company in a small town. He employs his elder and younger brother in the company and plays the 'eldest son role' in his original family. He tends to be absent from home for work and entertainment of clients, but retains the authority as father at home. The mother is a house wife, orderly, clean and sociable. There is no known history of mental illness among the family.

Life history and present illness

There was no abnormality during pregnancy and delivery of the patient. The paternal grandparents, who lived with the patient's family, lavished their love upon the patient as successor of the H.-family. The mother could have contact with him only for breast-feeding. The grandparents took thorough care of Y. and kept him from playing with sand. The mother wanted him to be more relaxed. However the grandmother would say to the mother, »What, are you a fool who doesn't understand even that?«. She would tell Y., »Your mother is a fool. You don't have to listen to her.«

* Psychiatric Social Worker at the Hasegawa Hospital Tokyo

** Presented at the 8th Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP and XXI. International Symposium of the German Academy for Psychoanalysis (DAP), October 5—8, 1990, on »Psychotherapy of Psychoses« in Hochschule der Künste, Berlin

Around the time, when Y. entered primary school, a tension grew between the father who wanted to expand the company and the grandfather who preferred a more conservative way. When the grandfather argued with the father, he would let Y. sit next him and tell him, »Your father thinks only how to waste money«. The mother was afraid that Y. would be spoiled and persuaded the father to move away from the grandparents, when Y. would still go to the grandparent's house when his mother was angry with him, and they would keep him and put the mother down. When Y. was around 13, his father's success in business became apparent and there was a reverse of power between the father and the grandfather. Y. spent more time with the parents but still would not listen to his mother.

Y. started to wear punk clothes during the first year of senior high school. He was beaten by his seniors and lost a tooth, which triggered his refusal to go to school. He changed school four times but could not finish, but later on he managed to graduate from a correspondence school. After the graduation he tried to work as part-timer but soon quitted. He could not even take charge of his financial affairs. He kept coming home, asked for money and returned to Tokyo only to waste the money he had got.

When he was 21 years old, he turned violent towards his mother and developed an autistic behavior accompanied by insufficient body care and fears like »the walls are falling upon me«. He was admitted in a psychiatric hospital but escaped from there after 10 days. Then he rushed into his father's company, saying »From today on I am the president«. Also he was violent with his family and wasted money. On the other hand he became very tense, if he could not have contact with the father, he would call him all day long, show obsessive hand washing and paranoid behavior towards his family. He was admitted at Hasegawa Hospital in July 1988.

The five stages of admission treatment

First stage: July 1988 to September 1988: Troubled nurses

During this period he was polite with his doctor during the interviews. But each time he demanded to be discharged. In the ward he was frequently paranoid and kept blaming the nurses. When he met his family, he showed paranoid thinking, anxiety, irritability and demanded to be discharged. When he found his request not accepted by the family, he became coercive. Y.'s behavior was so tenacious and nerve-consuming that the nurses, who had to have contact with him every day, developed strong negative emotional reactions and counter-transference emotions. The nurses, the staff, taking the mother role, were in a great trouble and the patient superficially had a good relationship with the psychiatrist and the social worker in the respective father and grandmother role.

Second stage: September 1988 to March 1989: Team splitted

During this period the nurses tried to conclude a contract with the patient regarding his life in the ward. But he splitted the team, considering the doctors,

the authoritative figures, as good and the nurses who tried to 'suppress' him, as bad. He also showed manipulation to make the doctor intervene with the nursing staff. During this confusion of the team, the patient escaped from the hospital as acting out.

Third stage: March 1989 to June 1989: Trial of behavior restriction

Upon the incident of the patient's escape from the hospital, the team had a meeting with the patient and his family. A behavior check list was produced and the patient made several promises, for example to call home only every other day, to take meals in the dining room of the ward and to put his belongings in order. In this period his aggressive behavior improved but obsessive handwashing increased and forsaken depressions were often observed, too. This approach did bring forth some behavior modifications. However, the patient showed an improvement only when and where the nurses could check directly. Otherwise he continued to show problem behavior and when this was pointed out to him, he only denied it strongly. There appeared a quasi-game between the nurses and patient regarding the check list.

Fourth stage: June 1989 to April 1990: Team including the family and the patient considered the extent to which the patient could take responsibility

In order to break the draw of the third stage the team took supervision of the nursing staff by Professor *Underwood* from U.C.S.F., who also visited our hospital. She advised us to take an approach which supports the patient when taking responsibility for himself. Based upon this we changed the approach and decided that the patient, his family, the psychiatrists, the nurses and the social worker would gather periodically and look at the patient's problems of each moment and then discuss to what extent he could take responsibility for himself. This approach made the communication in the team smooth and decreased the patient's clinging to authoritative figures, splitting and manipulation. The extent to which he could take responsibility gradually increased and his control over emotions and impulsivity also improved.

Fifth stage: April 1990 to present: Trial of adjustment in society

Since the patient became able to control himself, albeit still insufficiently, we have been trying to let him go to a professional school and to increase his reality testing. The patient says, »I guess it has been my biggest problem that I could not continue to do anything for a long enough time. Through this trial I would like to change my pattern«. Since he chose a high-level school he tends to be tense. He shows escape from reality by not going directly to school for examination, then he blames the nurses by attributing his delay to the nurses' inadequate procedure. On the other hand his control over his emotionality has been improving.

Discussion

From the experience gathered in this case we would like to discuss the difficulties and advantages of the team approach. The team can be considered as an instrument to receive the patient's pathology. When the team starts treatment there exists a period when the patient's pathology unfolds in the team. In this case as well the team was involved in the patient's pathology until the third stage, and the psychiatrist, the social worker and the nurses of the team were sucked into grandparents, father and mother role respectively. The patient's splitting, manipulation and acting-out caused our emotional reactions and counter-transference. Though we tried to understand them, we couldn't overcome them and tended to rationalizations like »This is the limit of our capacity«. We also wanted to give up the treatment or looked for a scapegoat in the team.

But when we received a supervision, the team could discuss as equal partners and reached an integrated principle for the treatment. This was a breakthrough for the further development of the treatment. That is to say when the team could overcome the unfolded pathology of the patient creatively within the team, the treatment for the patient itself made a progress. And one reason why we could at all continue the treatment for this case is that the negative counter-transference of each team member did not happen at the same time. The team staff received the patient's pathology and caused counter-transference during different periods. But when one staff member had vehement negative counter-transference emotions the other members of the team supported this member. This itself helps to support and encourage the patient and provides a holding environment for him, who fears his negative impulsivity destroying his whole personality.

*Fallbericht zur integrierten Team-Behandlung der Hasegawa-Klinik –
Entwicklung des Teamansatzes im Fall einer Borderline-Persönlichkeit-Störung*

Sumiko Ishida (Tokyo)

Die Autorin exemplifiziert anhand der Entwicklung eines schwer Borderline-erkrankten jungen Mannes das Konzept der Team-Behandlung in der Hasegawa-Klinik in Japan.

Der Patient war extrem verwahrlost, vergeudete Geld und erpresste seine Familie: hierzu alternierend litt er unter großer Angst und einem Waschzwang. Zu Anfang drohte über einen längeren Zeitraum hinweg die im Wiederholungszwang ausagierte massive Übertragungsdynamik des Patienten die emotionale Tragfähigkeit des Teams zu sprengen und einen Abbruch der stationären Behandlung notwendig zu machen. Sein skandalierendes, manipulierendes, intrigantes und erpresserisches Verhalten richtete sich gegen das Krankenpflegeteam als Verkörperung der bösen Mutter, mit den Ärzten und dem

Sozialarbeiter kooperierte er oberflächlich gut als den Vater- und Großelternrepräsentanten, den guten Autoritäten.

Die Autorin betont, daß die Vehemenz der negativen Gegenübertragungsgefühle im Team nur dadurch aushaltbar war und dem Patienten ein kohärent tragendes Umfeld erhalten bleiben konnte, daß nie alle Teammitglieder gleichzeitig in der negativen Gegenübertragung befangen waren. Ein schrittweises, in Teambesprechungen erarbeitetes, aktives Herantreten der Krankenpfleger an den Patienten, in dem sie ihm Ziele setzten und ihn in seinen Alltagsbelangen forderten, konnte das extreme Ausagieren allmählich eingrenzen.

Als den klaren Wendepunkt in der Team-Behandlung dieses Patienten versteht die Autorin eine supervisorische Teamsitzung, die von einer außerhalb der Klinik stehenden Supervisorin geleitet wurde. Diese Situation erst ermöglichte es den einzelnen Teammitgliedern, sich als gleichberechtigt in ihrem Beitrag zu erleben und eine integrierte Vorgehensweise für die Behandlung des Patienten zu entwickeln, jenseits des Chaos der Gegenübertragungsreaktionen. Der Patient konnte zunehmend Verantwortung für sich selbst übernehmen und seine eruptive Destruktivität trat zurück.

Die Arbeit zeigt in einem begrenzten Ausschnitt der stationären Psychotherapie, welche immense Bedeutung dem gesamten Team als Widerspiegelungsfeld archaischer Splittingsmechanismen schwerkranker Patienten zukommt, die erst dann in einen wiedergutmachenden psychotherapeutischen Prozeß integriert werden können, wenn die Übertragungs- und Gegenübertragungsdynamik in der Mitarbeitergruppe verstanden werden kann und mit- bzw. gegenagierendes Verhalten überwunden wird.

Literature at the author

Address of the author:
Sumiko Ishida
Psychiatric Social Worker at the Hasegawa Hospital
Hasegawa Hospital
2-20-36 Osawa, Mitaka-shi
Tokyo
Japan

On Recent Development of Group Psychotherapy in Japan**

Takashi Yamaguchi (Tokyo)*

Der Autor stellt die Lage und die neuere Entwicklung der Gruppenpsychotherapie in Japan in den letzten Jahren in einer Übersichtsarbeit dar. Er erwähnt die andersartige Einstellung japanischer gegenüber westlicher Patienten in bezug auf die Gruppenzugehörigkeit und den Umgang mit Autoritäten.

Die in Japan vorwiegend angewandten Formen der Gruppenpsychotherapie werden geschildert: große und kleine Gruppen für stationäre schizophrene Patienten sowie andere homogene Gruppen für Neurotiker, Alkoholiker, für gesunde Angehörige schizophrener Patienten u.a. Kurze Beispiele ermöglichen einen Einblick in die Arbeitsweise von Therapiegruppen für schizophrene Patienten und deren Familien. Schließlich äußert der Autor die Zuversicht, daß angesichts der in den letzten Jahren zunehmenden Verbreitung die Gruppenpsychotherapie in Japan mehr offizielle Anerkennung finden wird.

The recent development of group psychotherapy in Japan is reviewed, the same in Western countries is only briefly reported, the cultural aspect of Japanese group psychotherapy is mentioned and, finally, some perspectives on group psychotherapy in Japan are touched upon.

The inauguration of our Japan Association of Group Psychotherapy (JAGP) in 1982, the holding of its annual congresses since 1983 and that of the 1st Pacific Rim Regional Congress (1st PRRC) of the International Association of Group Psychotherapy (IAGP) in Tokyo in 1987 have apparently accelerated the recent development of group psychotherapy in Japan.

As *Salvendy* commented recently, in Western countries there has been an increase in the more integrative and reality-oriented group psychotherapeutic approaches which are rooted in various theoretical schools.

Suzuki stresses that in comparison to Westerners the Japanese people find it easier to get accustomed to being in groups and yet find it more difficult to open up in groups. I for my part emphasize that compared to Westerners the Japanese distinction between the in-group and the out-group is much more salient and that the Japanese relations with their authorities and subordinates are much more important.

I would like to describe recent developments in group psychotherapy in Japan. I would also like to offer some vignettes of therapeutic group sessions which were held recently among in-patient groups, day-care and out-patient groups, and others, whose members are mostly schizophrenics.

* M.D., Board Member of the Japanese Association of Group Psychotherapy, Director-General of the Psychotherapy in the WAP, Representative of the WADP for Japan.

** Vortrag gehalten auf dem 8. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XXI. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 5.—8.10.1990 Hochschule der Künste Berlin, zum Thema »Psychotherapie der Psychosen«

I. In-patient groups

A. Large groups. Concerning in-patient groups, I will discuss both large and small groups. In Japan, many people call large groups community meetings. Usually, they are held once or a few times every week. Needless to say, community means therapeutic community. Large group members are all the available patients and staff members. Patients' attendance is voluntary. As a result, large group members are usually stable in their mental status and motivated to participate in a large group to some extent. In Japan, each patient ward has between fifty and one hundred beds. Usually, a half or a majority will participate in large group sessions. Large groups are semi-open, because every week we have patients who come in and go out. Although some Japanese group therapists are aware of the importance of distinguishing between business meetings and therapeutic community meetings, others do not make this distinction.

I believe that it would be much more therapeutically useful to make such a distinction when holding large group meetings. During the business meetings, the patients and staff discuss various concrete, material issues concerning their everyday life on the ward. The patients express their desires, hopes, and frustrations. The staff members also talk about the life of the ward and upcoming special events. Prior to this meeting, we have a five-minute staff meeting and again afterwards we meet for about thirty minutes. The business meeting itself lasts for forty-five minutes. During this time the patients also set the agenda for their next therapeutic meetings. Supportive-directive approaches seem most appropriate for this business meeting.

During the therapeutic meetings, issues of psychology and mental health are discussed. Patients are encouraged to relate their problematic behavior and harmful traits with their psychological conflicts. Therefore, supportive-confrontative approaches are more adequate and thus more effective. Patients sometimes wonder why only this meeting is deemed therapeutic, and not the business meeting as well. So we have come to describe this therapeutic meeting as a mental health meeting. The structure and time of this meeting are exactly the same as those of the business meeting.

B. Small groups. Small groups are generally closed groups where supportive and non-directive approaches are used. Their therapeutic goal is to improve patients' small group adjustment disorders. My colleagues and I believe that these small groups are quasi-familial in nature. By this we mean that each patient experiences in the group a therapeutic atmosphere as if they were among the members of their biological family. In this way, they re-experience their familial relationship since childhood. This re-experiencing reveals their therapeutic issues, and hence provides an opportunity for them to be corrected. In other words, the experience with the biological family is corrected.

In Japan, there are different types of small groups running, each having different therapeutic goals. The number of patients is usually eight or so. In addition, there are one or two leaders and one or two observers, including a

note-taker and a supervisor. The groups meet every week for an hour or so, with a pre-meeting for ten minutes, and another thirty-minute meeting afterwards for supervision. This supervision, I believe, is essential. This is also true for large groups, but is particularly so for small groups, where the main purpose is to deal with staff members' counter-transference toward their patients.

One such small group is called a screening group. This term is a synonym for intake group. It always has four sessions, and includes patients who have just passed their acute phases, usually about a month after their admission. The agenda for all four sessions is the same: each patient must consider why he or she was admitted. In a typical case, a patient in the first session said that he was admitted because other people brought him by force. In the second session, he claimed that now he could sleep well, he did not need hospitalization any more. In the third session, he declared that his admission was because he had assaulted his family. In the fourth and final session, he said that even though he had been irritated due to insomnia, he had also been hallucinating, hearing a voice that told him he might be killed by his wife. In this case we can see changes through the four sessions: the patient's disease denial weakened, his insight deepened, and his motivation heightened.

Patients like this are judged group psychotherapeutically effective cases by a screening group prognostic scale devised by my colleagues and me. Those for whom it is thought to be effective are assigned to short- or long-term small group therapeutic sessions. According to my own experience with approximately three hundred psychotic patients, more than half are those for whom such therapy would be effective.

Small groups can be for short or long terms. The phrase short term is applied to those running for less than half a year and sometimes to those running less than a year. Long term refers to those running longer than a year. Long-term small group psychotherapy is more effective than short-term for schizophrenic patients. However, short-term groups have the merit of being easier to start for therapists who are beginners. Recently, there has emerged in both Japan and other countries a tendency to run more short-term small group therapies.

II. Day-Care and Out-Patient Groups.

The majority of partial admissions is for day care. For day-care patients, we run various kinds of large and small group sessions for three to five days a week. Most consist of group activities, such as recreation, occupation therapy, psychodrama, or dance therapy, or of social skills training groups. At the same time, both large and small »talking« groups are held several times a week. On the other hand, for out-patient groups, such sessions are held once a week for an hour or so. For both day-care patients and out-patients, attendance is voluntary. Some of the group members may have to »graduate« in order to return to work or school. Therefore, these must be open groups.

How effective the day-care therapy is depends greatly on what kind of facilities are available, and on the therapeutical integration of various modalities of

group activities for the sake of patients' rehabilitation. This integration is most important.

III. Other Groups

Besides the schizophrenic groups I have talked about, we have other types of therapeutic groups. These include: 1) child and adolescent groups; 2) borderline case and neurosis groups; 3) alcoholism groups; 4) physical disorder groups; 5) depression groups; 6) elderly patients groups; 7) terminal care groups; 8) family education groups for those with schizophrenic relatives; 9) art therapy groups; 10) psychodrama and other activity groups; and 11) the »shinkeishitsu« or nervousness groups of *Morita* therapy.

In addition, I believe, besides the actual treatment by group therapy, there are important needs for the education of therapists through training groups and for further studies of group psychotherapy.

IV. Family education groups

In conclusion, I would like to discuss one of these types of groups, those which are held for the education of families with a schizophrenic member. Such family education has been established by *Brown* and his successors since 1958, with the Knowledge Interview or KI as its main tool. In brief, they believe that those families who live with schizophrenic members and who tend to be emotionally overinvolved and/or critical can be termed Families with High Expressed Emotion, or High EE. Those who do not have such tendencies are called Low EE Families. *Brown* and his colleagues have reported that the recurrence rate of schizophrenia is much higher in High EE than in Low EE Families.

At any rate, my colleagues and I regularly conduct groups for family education and have done so for four years. In these groups, one healthy member from the family of each patient attends. Each group consists of two sessions. We use this pamphlet as a text. During the first hour of each two hour session, each participant reads aloud to the others one section from the pamphlet. The second hour consists of questions and answers between the participants and the therapist. There are twenty-three sections in the pamphlet; twelve are studied in the first session and the remaining eleven in the second. The first twelve tell what kind of disease schizophrenia is and the course it takes. The last eleven describe the kinds of treatment that are available and what members of the family can do.

To conclude, my hunch regarding the future advancement of group psychotherapy in Japan is an optimistic one. I expect towards the 21st century that treatment of various psychiatric disorders with group psychotherapy will be totally covered by the Japanese government insurance, that group cognitive therapy and group behavior therapy (including social skills training in group) and integrative psychotherapy will be more popular, that group psychotherapy for psychotic patients will be more prevalent, that more T-groups and

other group activities will be developed at different levels in the Japanese society and that group psychotherapy in liaison and consultation psychiatry will be established all over the country.

Über die neuere Entwicklung der Gruppenpsychotherapie in Japan

Takashi Yamaguchi (Tokyo)

Der Autor präsentiert einen Überblick über die Lage und die Entwicklung der Gruppenpsychotherapie in Japan in den letzten Jahren. Er betont, daß sich diese Entwicklung seit der 1982 erfolgten Gründung der Japan Association of Group Psychotherapy (JAGP), deren Vorstandsmitglied er selber ist, beschleunigt hat; weitere Impulse kamen durch die jährlichen Kongresse dieser Gesellschaft, sowie den 1987 in Tokyo abgehaltenen Kongreß des Pazifischen Zweiges der International Association of Group Psychotherapy (IAGP).

Wenn auch im Unterschied zu westlichen Menschen die Japaner weniger Schwierigkeiten zu haben scheinen, sich an Gruppen zu gewöhnen, haben sie jedoch größere Schwierigkeiten, sich in den Gruppen zu öffnen. Von großer Bedeutung für die Japaner ist ihre Beziehung zu Vorgesetzten und Autoritäten.

Yamaguchi beschreibt in der Folge die gegenwärtigen Hauptvarianten psychotherapeutischer Gruppen in Japan und teilt diese in stationäre und ambulante Gruppen für schizophrene Patienten sowie verschiedene homogene Gruppen für andere Diagnosen ein. Diese richten sich in ihren therapeutischen Zielen nach der jeweiligen Zusammensetzung der Gruppe (z.B. Gruppen für Alkoholiker, Neurotiker, Sterbende u.a.).

Sowohl die stationären als auch die ambulanten Gruppen unterteilt der Autor in große und kleine Gruppen, letztere mit etwa 8 Mitgliedern, wobei die großen Gruppen halb offen, freiwillig und auf ca. 45 Minuten begrenzt sind; sie sind entweder auf den klinischen Alltag (sog. business meetings) oder auf psychologisch-therapeutische Themen (therapeutic meetings) bezogen. Der Autor vertritt die Auffassung, daß beide Arten voneinander getrennt stattfinden sollten.

Die kleinen Gruppen sind hingegen geschlossene Gruppen, die von den Patienten als ihre Familien erlebt werden und deren therapeutisches Ziel in der Besserung der Anpassungsstörungen in den Gruppen besteht. Neben Therapeuten und Patienten nehmen an den Sitzungen auch Beobachter, ein Protokollant und ein Supervisor teil — die halbstündige Supervision folgt jeweils der Therapiesitzung. Als Beispiel solcher kleinen Gruppen stellt *Yamaguchi* die Aufnahmegruppen (intake groups oder screening groups) vor. In ihnen sollen sich die Patienten über den Grund ihrer stationären Aufnahme äußern; an der jeweiligen Aussage des Patienten läßt sich die Zunahme der Krankheitseinsicht und damit die Motivation und die Prognose eventueller

weiterer Gruppentherapie beurteilen. Die Tendenz überwiegt in Japan, aus praktischen Gründen, kleine Gruppen auf ein halbes bis ein Jahr zu beschränken, obwohl die therapeutische Effizienz länger andauernder Gruppen für schizophrene Patienten höher ist.

Ambulante Gruppen sind ebenfalls freiwillig und offen und verlaufen verbal oder nicht-verbal (Beispiele für letztere entweder sind Erholungs-, Beschäftigungstherapie-, Psychodrama- oder Tanztherapiegruppen). Der Autor unterstreicht die therapeutische Bedeutung der Integration verschiedener Therapie-modalitäten.

Als Beispiel für die von ihm selber geleiteten Gruppen stellt der Autor die Erziehungsgruppen für gesunde Familienangehörige schizophrener Patienten vor, die dem Modell von *Brown* (1958) folgen und zwischen Familien mit hohen und niedrigen *Expressed Emotions* (*high-EE* und *low-EE*) unterscheiden.

Abschließend äußert *Yamaguchi* die Zuversicht, daß die Gruppenpsychotherapie in all ihren Varianten in Japan eine weitere Entwicklung erfährt und daß sich ihre allgemeine Anerkennung u.a. auch in der Kostenübernahme seitens der staatlichen Krankenversicherung ausdrücken wird.

Literature at the author

Address of the author:
Dr. Takashi Yamaguchi
3-26-4 Kasuya, Setagaya-ku
Tokyo, Japan 157

Current Trends in Organization of a Specialized Service for Borderline Psychiatric Patients in the USSR**

J.J. Tupizin (Leningrad)*

Der hohe Anteil von Borderline-Erkrankungen in der UdSSR hat zu einer Verstärkung der Bemühungen geführt, neue Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten zu schaffen. An Stelle einer nosologischen und Syndromdiagnostik geht der Trend zur Anwendung von multiaxialen Diagnosesystemen, wie sie auch vom Bechterew-Institut entwickelt wurden. Damit sollten auch Nachteile einer einseitigen Therapie vermieden und die Nachsorge verbessert werden.

Der Autor gibt einen Überblick über das Spektrum von psychotherapeutischen Zentren, die bevorzugt von Psychotherapeuten und klinischen Psychologen besetzt sein sollen. Nach einer Studie ist die Behandlungszeit in solchen Zentren um das 2- bis 3-fache kürzer als in herkömmlichen Einrichtungen. Es gibt noch eine Reihe von Problemen, vor allem die großen regionalen Unterschiede in der Versorgung, Lücken in der therapeutischen Kette, insbesondere bei Halb-Weg-Häusern, sowie bei der Ausbildung von qualifizierten Psychotherapeuten und klinischen Psychologen.

The urgency of the problem of borderline psychiatric disorders in the USSR has been determined by their high incidence. In the recent decades, the borderline psychiatric states have made up about 75.0% of all mental disorders in our country. Together with this, a stable increase in about 5.0% in this category of patients takes place every year.

On the other hand, despite the vast research made by many authors in our country and abroad the very notion of »borderline psychiatric state« has still been greatly indefinite.

Two main approaches to this problem dominate now in the USSR. According to one approach, borderline states embrace all mental disturbances which, regarding their severity, do not reach the degree of psychotic states independently of the leading etiopathogenetic factors.

According to another approach, the notion of »borderline state« embraces all psychiatric disturbances independently of their severity, that are grouped together on the basis of a psychogenic factor as the leading etiopathogenetic mechanism of their development.

Hence the borderline states are integrated within the rubrics of neurotic disorders, psychopathies and other psychiatric disturbances of a nonpsychotic nature in the Psychiatric Disorders Section of the World Classification of Diseases of the 9th revision, with the exclusion of chronic alcoholism, drug addiction and substance abuse, as a relative compromise between the two above-mentioned trends in approaching the problem.

Search for an ideal classification and absolutely reliable differential diagnostic criteria for identification of the borderline mental disorders has

* M.D., V.M. Bechterew Psychoneurological Research Institute, Leningrad, USSR

** Lecture, held at the 7th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XX. International Symposium of the German Academy for Psychoanalysis (DAP), March 17–21, 1989 College of Fine Arts, on the topic »The Borderline-Syndrome in Theory and Practice«

not been much productive so far. This, to a significant degree, is due to the insufficiency of our knowledge in the theoretical fundamentals of psychiatry and specific etiopathogenetic mechanisms involved in different mental disorders. With all above-said in mind, one of the most significant trends in the current development of a specialized service for borderline patients consists in the application of the functional multiphasic and multiaxial diagnostics, since nosological and syndromological diagnoses have evidently proved to be insufficient here. In borderline psychiatry, the final result is determined not only and, sometimes not as much by a diagnosis, as by the patient's goals and claims, his moral values and preceding experience, by his self-perception and specificity of his personality, by environmental attitude to him etc.

The functional or multiaxial diagnosis takes into account not only the clinical characteristics alone, but also the specification of the patient's personality along with the characteristics of his social functioning. It is not a matter of fashion but a condition that becomes obligatory for structuring effective programs for restorative therapy.

At the Bechterew Institute in Leningrad, USSR, a special mode of the multi-axial psychiatric diagnostics was developed to provide for the organizational decision making. The axes involved in this diagnosis are a nosological diagnosis in accord with the WCD nomenclature of the 9th revision, the patient's mental state as correlated with the therapy provided, the patient's actual disability level, and his professional occupation together with the generalized characteristic of the range of his intrafamilial and extrafamilial contacts.

The application of the multiaxial diagnostics facilitates turning from general slogans to specific practical activities in the rehabilitation of the borderline patient group. Besides, the application of this mode of diagnostics facilitated avoidance of one-sided psychotherapeutic efforts and promoted putting psychotherapists closer to the ideal situation of adequacy of the goal hierarchy to the psychotherapy purposes within the rehabilitation system for borderline population.

During the previous decades, specialized service to borderline psychiatric patients used to be delivered in mental hospitals and territorial psychoneurological dispensaries, or out-patient clinics.

During the last decade, borderline psychiatry has been developing a trend for providing a distance between specialized clinics and traditional mental facilities. Specialized hospitals for borderline disorders are presently becoming more and more common with us. The rational use of differentiated regimes with those patients, of milieu and psychotherapeutic measures proper within the general system of therapeutic restorative efforts provides a foundation for an effective activity of such facilities.

From this viewpoint, of particular interest is the experience in and the analysis of the work of such specialized hospitals for neurotic and other borderline patients, like the Solovyov Psychoneurological Hospital in Moscow and the Pavlov Clinic for Neuroses in Leningrad.

Organizational methodological designs of hospitals specializing in treatment of borderline states has been presently developed by the USSR National Methodological Center for Borderline States under the USSR Health Ministry in Moscow which is headed by Prof. *Yu. A. Aleksandrovsky*. Another form of a specialized inpatient service for borderline patients in the USSR are neuroses departments in general hospitals.

In our country, a specialized public psychotherapeutic service has been functioning since 1985. A new medical specialization of 'psychotherapist' has been introduced. Such specialists are trained in both psychiatry and psychotherapy. During the recent years, integration of the major organizational form in psychotherapeutic service with the general therapeutic preventive facilities has been observed.

Psychotherapeutic service in the USSR is presently represented by the following main elements:

- (1) a Psychotherapeutic Center in a territorial general polyclinic
- (2) a Psychotherapeutic Center in the Rehabilitation Department of a territorial general polyclinic;
- (3) a Psychotherapeutic Center in a Medicosanitary Facility of an industrial enterprise;
- (4) a Psychotherapeutic Center in preventive sanatoria affiliated to industrial enterprises;
- (5) a Psychotherapeutic Center associated with departmental polyclinics (railroad service, air transportation service, student communities etc.);
- (6) a Psychotherapeutic Center (Department) in general hospitals;
- (7) a Day Hospital in specialized hospitals for borderline disorders, in specialized Psychotherapeutic Clinics of research institutes, or in municipal and regional general hospitals;
- (8) a specialized Department for Neuroses in mental hospitals;
- (9) Psychotherapeutic Centers (Departments) in the sanatoria and resorts network under the National Central Council of Trade Unions or of departmental subordination.

It should be noted that the main, most common organizational element in the psychotherapeutic service in the USSR has been a Psychotherapeutic Center in a territorial general polyclinic. Such a Center has on its staff a psychotherapist, a clinical psychologist, a psychiatric nurse, and junior medical personnel. These centers decrease the loading of therapists and neurologists due to the fact that some particular patient groups are resistant to therapeutic techniques traditional for internists.

According to the findings of a selective study embracing some polyclinics of Leningrad, duration of the temporary disability in neurotics and pseudoneurotics, who were treated in psychotherapeutic centers, has decreased by 2-3 times as compared to a similar patient group treated by therapists and neurologists.

The analysis of the results of activity of psychotherapeutic centers in Leningrad, the Krasnoyarsk Region and the Urkaine showed that in each center a

course of treatment can be given to 500 patients annually with the average course length of 30—35 days and the frequency of visits to these centers of 2—3 times weekly. Depending on the local conditions, a Psychotherapeutic Center in a general polyclinic can function on the district, interdistrict or city level of service.

It should also be noted that until 1988 these centers served only neurotics and psychosomatic patients. After the USSR Supreme Council Presidium issued its Decree on January 5, 1988 and the 'Regulation for the Conditions and Procedure of Delivering Psychiatric Service' was ratified the situation changed. Now the borderline patients do decide themselves where to be treated — in a territorial dispensary or a Psychotherapeutic Center of a local general polyclinic. Presently we do not have relevant figures at our disposal, but the progress of tendency in different borderline patients for constant looking for aid not in the psychiatric network but in general polyclinics and other modes of extra-dispensary network cause no doubt.

The existing organizational forms of the service for borderline patients vary greatly, but currently they still do not form a comprehensive system which could facilitate the delivery of differentiated specialized services in all regions of our country with due consideration of the local conditions and specific goals.

I hope you understand that the new specialized service in the USSR is still far from perfection. There are many difficulties and unresolved problems, and the most significant among them are inadequate continuity of activities of its various components and insufficient continuity of the therapeutic restorational measures provided within the chain of outpatient, half-way and inpatient facilities. Another unresolved problem consists in training of qualified psychotherapists, clinical psychologists, social workers, and other relevant specialists.

Neue Trends im Aufbau einer spezialisierten Betreuung von Borderline-Patienten in der UdSSR

J.J. Tupizin (Leningrad)

Die Dringlichkeit des Problems der Borderline-Persönlichkeitsstörung für das Gesundheitswesen in der UdSSR zeigt sich an der hohen Inzidenz, die in den letzten Jahrzehnten ungefähr 75% aller psychischen Störungen betrug, mit einer Steigerung von ungefähr 5% pro Jahr. Dennoch wird diesem Problem trotz zahlreicher Veröffentlichungen nicht genügend Aufmerksamkeit geschenkt.

Es gibt zwei Auffassungen über die Borderline-Persönlichkeitsstörung. Nach der einen umfaßt sie alle psychischen Störungen, die, gemessen am Schweregrad, noch nicht an die Psychosen heranreichen, unabhängig von der

Ätiologie. Nach der anderen wird sie als eine Gruppe von psychiatrischen Störungen betrachtet, die — unabhängig vom Schweregrad — im wesentlichen durch einen psychogenetischen Faktor in der Entwicklung bestimmt werden.

In der 9. Revision des ICD der WHO wird versucht, beiden Auffassungen gerecht zu werden. Gleichzeitig werden chronischer Alkoholismus und Drogenmißbrauch ausgegrenzt.

Es gibt bis heute noch keine eindeutige Klassifikation und keine zuverlässigen Kriterien für die Differentialdiagnose der Borderline-Störung. Dies ist zu einem guten Teil darauf zurückzuführen, daß die spezifischen ätiopathogenetischen Faktoren noch nicht genügend geklärt sind. An Stelle von nosologischer und syndromologischer Diagnostik geht jedoch der Trend zu einer Anwendung multiphasischer, funktionaler und multiaxialer Diagnostik. Diese umfaßt nicht nur das klinische Erscheinungsbild, sondern auch das soziale Funktionieren. Der Autor weist allerdings darauf hin, daß bei der Borderline-Störung die Prognose weniger von der Diagnose abhängt, sondern vielmehr von den Zielen und Ansprüchen des Patienten, von seinen moralischen Wertvorstellungen und früheren Erfahrungen, von seiner Selbstwahrnehmung und von der Einstellung der Umgebung ihm gegenüber.

Das Bechterew-Institut in Leningrad hat ein spezielles multiaxiales Diagnoseinstrument für psychiatrische Krankheiten entwickelt mit folgenden Achsen: 1. die nosologische Diagnose entsprechend ICD 9; 2. der psychische Zustand entsprechend der Therapie; 3. der Grad der Behinderung; 4. die berufliche Beschäftigung zusammen mit dem Umfang der inner- und außerfamiliären Kontakte.

Die Anwendung dieser Diagnosemöglichkeiten führt zu neuen Ansatzpunkten der Nachsorge von Borderline-Patienten, Nachteile einer einseitig angewandten Psychotherapie werden vermieden und das 'Ineinandergreifen' von Therapie und Nachsorge verbessert.

In den letzten Jahrzehnten hat sich eine spezielle Borderline-Psychiatrie entwickelt mit differenzierten Behandlungsverfahren, vor allem psychotherapeutischen Verfahren und der Milieuthérapie. Solche spezialisierten Kliniken sind z.B. die Solovjov Psychoneurologische Klinik in Moskau und die Pavlow Klinik für Neurosen in Leningrad. Auch das Gesundheitsministerium entwickelt neuerdings Modelle für spezielle Kliniken für Borderline-Patienten. Daneben gibt es auch spezialisierte Abteilungen innerhalb allgemeiner Kliniken. In den letzten Jahren ist der Trend einer Integration von psychotherapeutischen Diensten und allgemeiner präventiver Einrichtungen zu beobachten.

Die psychotherapeutische Versorgung umfaßt derzeit folgende Einrichtungen:

- (1) psychotherapeutische Zentren innerhalb allgemeiner lokaler Polikliniken;
- (2) ein psychotherapeutisches Zentrum innerhalb der Nachsorgeabteilung von allgemeinen Polikliniken;
- (3) psychotherapeutische Zentren innerhalb des medizinischen Dienstes von Industrieunternehmen;

- (4) psychotherapeutische Zentren in betriebseigenen Sanatorien;
- (5) psychotherapeutische Zentren in Polikliniken großer Organisationen (Eisenbahn, Flugunternehmen, Universitäten);
- (6) psychotherapeutische Zentren in Allgemeinkrankenhäusern;
- (7) Tageskliniken in speziellen Kliniken für Borderline-Patienten;
- (8) eine spezialisierte Abteilung für Neurosen in psychiatrischen Kliniken;
- (9) psychotherapeutische Abteilungen in Sanatorien und Erholungseinrichtungen von Gewerkschaften und ähnlichen Einrichtungen.

Die häufigste psychotherapeutische Einrichtung in der UdSSR ist das Psychotherapeutische Zentrum in allgemeinen Polikliniken und besteht i.A. aus einem Psychotherapeuten, einem klinischen Psychologen, einer psychiatrischen Krankenschwester und Personal in Ausbildung. Die Belastung von Psychiatern und Neurologen wird dadurch zunehmend geringer gemäß der Tatsache, daß es Patientengruppen gibt, die nicht auf die therapeutischen Methoden traditioneller Internisten ansprechen.

In einer Studie wurde festgestellt, daß die Behandlungszeiten von Patienten in solchen Zentren um das 2- bis 3-fache kürzer sind als von Patienten, die von Psychiatern und Neurologen behandelt wurden.

Eine Analyse von drei psychotherapeutischen Zentren in Leningrad, Krasnojarsk und in der Ukraine ergab, daß in jedem Zentrum jährlich bis zu 500 Patienten behandelt werden können bei einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 30—35 Tagen und einer Frequenz von 2—3 mal wöchentlich.

Bis 1988 wurden in diesen Zentren nur neurotische und psychosomatisch reagierende Patienten behandelt. Nach einem obersten Gerichtsurteil können nun Borderline-Patienten selbst wählen, in welcher Einrichtung sie eine Behandlung bekommen möchten.

Trotz der großen Vielfalt von Behandlungsmöglichkeiten im allgemeinen gibt es noch große regionale Unterschiede in der differenzierten psychiatrischen Versorgung, fehlt es an Kontinuität der Aktivitäten sowie an einer nahtlosen therapeutischen Kette zwischen Kliniken und Nachsorgeeinrichtungen wie z.B. ambulante Einrichtungen und Halbweg-Häuser.

Ein weiteres ungelöstes Problem besteht in der Ausbildung von qualifizierten Psychotherapeuten, klinischen Psychologen, Sozialarbeitern und anderen wichtigen Spezialisten.

Literature at the author

Address of the author:

J.J. Tupizin, M.D.

The V.M. Bechterew Psychoneurological Research Institute

Ul. Bechtereva 3

Leningrad

USSR

Brief Dynamic Psychotherapy of Psychotic Patients and their Families**

Mauricio Knobel (Campinas)*

Ausgehend von den Fortschritten psychodynamischer Erkenntnis stellt der Autor eine Methode der Kurzpsychotherapie mit psychotischen Patienten vor, die er in 25jähriger Arbeit entwickelte. Er spricht von einer »Therapie bei begrenzter Zeit und eingegrenzter Zielsetzung«, deren Setting sich ganz an den Bedürfnissen der Patienten und den vorhandenen Möglichkeiten orientiert. Er verändert dazu die vier Grundprinzipien psychoanalytischer Therapie (Übertragung, Regression, Durcharbeiten, Objektwandel) entsprechend den Notwendigkeiten einer Psychotherapie.

Wichtigstes Ziel der Kurzpsychotherapie ist für den Autor, daß der Patient sich seiner pathologischen Anteile bewußt wird. Daneben können die belastendsten Symptome gemildert, Einsicht in die Notwendigkeit einer längeren Psychotherapie und, wo nötig, einer pharmakologischen Behandlung erreicht werden. Dafür sieht der Autor 10 bis 16 Sitzungen von unterschiedlicher Dauer vor.

In seinem Verständnis der Psychose bezieht sich der Autor vor allem auf Rosenfeld, Kohut, Ammon, Bion und Bleger. Die Einbeziehung des interpersonellen und sozialpsychologischen Umfelds in die Therapie betrachtet er wie die Dynamische Psychiatrie der Berliner Schule als notwendig.

So arbeitet er mit dem Patienten selbst, mit bedeutsamen Personen seiner Umgebung und mit beiden gemeinsam und berichtet von guten Resultaten.

It is difficult to introduce oneself into what might be considered a true new life experience in dealing with psychotic patients. For many years »psychosis« was linked to organicity and the disposition is relatively new that we now have to take — at least also — psychodynamics into consideration. We do this with a certain amount of resistance in spite of the solid supportive ground we now have both within theory and practical experience as reported by outstanding psychoanalysts.

The dichotomy between the »organic« approach and the »psychodynamic« one is still very strong. Even authors like *Masserman*, in his pioneer book on »*Dynamic Psychiatry*«, indulges in extensive considerations of organicity and organic historical concepts on psychoses (see *Masserman* 1955). Psychiatry in general is still a branch of medicine where we constantly have arguments due to our great progresses in both areas of research: the neurobiological and the psychodynamic.

Medicine has not been able to escape from a general law of a dualistic human way of thinking. I personally believe that there is a substratum of indiscrimination, a base of psychotic elements in the human mental structure, the study of which must be deepened, and as far as my understanding, it would have two fundamental effects:

* Prof. Dr., Director of the Psychiatric Department of the University of Campinas, Vice President of the International Federation for Medical Psychotherapy, Vice-President of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP and Chairman of the Brazilian Branch of WADP

** Vortrag gehalten auf dem 8. Weltkongreß der WADP und XXI. Internationalen Symposium der DAP, 5.—8. Oktober 1990, zum Thema »Psychotherapie der Psychosen« in der Hochschule der Künste, Berlin

1. It avoids blending factual phenomena which watched from different points of view, may seem to be different but they are not, and which would urge us to resign to convictions firmly established in man to understand them in their totality.

2. It provokes and makes easier the permanent uneasiness and dissatisfaction of the human being who needs to know better the world that surrounds him, and *discriminates* himself in his broadest human dimension which still has many facets unknown to him. Medicine - and psychiatry as a part of it — is also well acquainted with this situation. Parallel to its »technological« evolution (biological in general, psycho-chemical, genetic) it has always kept a hippocratic sense of integration. This idea of man as a whole was often minimized by the wonderful progress offered by technicism, dazzling us with a special concreteness and objectivism. Cellular pathology, biochemistry, neurophysiology, genetics and genetic engineering, antibiotics of first, second, third and so on generation, and the whole of the up-to-date pharmacology, made it difficult for a physician not to feel himself beaten by such a technology put *apparently* at his service. The intimacy of immunological processes, the phenomena of hormonal interrelations, the modalities of synaptical transmission and the neurobiochemical processes that can interfere in it, seem to lead to medical therapeutic formular that impress us like a wonderful puzzle which up till now looked impossible, but now, it appears with a real shape and apparent sense.

Concomitantly, all this knowledge opened even more the already wide open doors to surgery, eternal player of life and death, making it enter with the most modern advances in technology, in the diagnosis and biological transformations of the »sacred« brain and heart. All surgery became more »really« modern, more »scientific«, »safer«, and more »controllable«.

Today's operating room is a real electronic center at the service of surgical technique. Death is challenged, and the traditional and romantic reservoir of life and love, the heart, can be reconditioned, repaired, improved adding elements to it, like any industrial machine. And in the same way, it can be removed and replaced by another in better anatomical condition.

In front of this medical panorama, how humble, poor and hesitating does *Hippocrates'* first aphorism sound: »Vita brevis, ars longa, occasio praeceps, experientia fallax, iudicium difficile. Oportet autem non modo se ipsum exhibere quae oportet facientem, sed etiam aegrum, et praesentes, et externa« (»life is short, and art long, the crisis fleeting, experience perilous, and decision difficult. The physician must not only be prepared to do what is right himself, but also make the patient, the attendants, and externals cooperate«, quoted from »Great Books, Encyclopaedia Britannica Inc.« (1952). This aphorism can probably be dated back to 400 years before Christ. Today, experience seems to be true, judgment easy, occasion always present and everything works at the service of science, and practically without questioning its values.

However, man continues suffering and being ill. His emotions have not finished and his uneasiness bothers him. And this occurs so, that at times, he

has no way but to resort to psychosis, as a way to still survive in a chaotic external and internal world.

Social and political problems are not strange to human health and scientific knowledge has also been developed in psychology, in economy, in politics and in sociology. The »*Cultural Anthropology*« has already developed a structure, methods and objectives which are scientifically valid. This has made it possible for those who were able to keep away from the overwhelming and marvellous technological advances, at least partially and transiently, to still retain a little bit of the hippocratic flame in medicine. Doubt and uneasiness have always been originated in this way. We never felt satisfied with the very clear and final explanations of the latest neurophysiological or biochemical findings because we also learned that those and other conclusions, in due time, seemed to be final, but after a certain period of time they disappear to give way to new »final« conclusions. The only things that did remain unchanged were the old anxiety, the doubt, the anguish, and along with them the illnesses — illnesses in thousand figures, with new clinical forms, just adapted to our cultural processes. (see *Knobel* 1977).

This is where we stand nowadays, as many years before, and I think for many years to come. In the realm of our psychiatric understanding and knowledge we must pursue the unattachable and questionable truth, we must be aware of the world we live in and with, internally and externally, and in our particular field, I would like to remind of an aphorism attributed to a Spanish great physician that says: »Who only medicine knows, not even medicine knows«, and I am sorry I am not able to give the exact citation, because this is true not only for medicine in general, but for psychiatry especially, where we have to handle so many variables in regard to the human being who seeks help from us. We can understand now why we had to find a better way to treat our patients than has been done in classical medical and organic psychiatry. »*Dynamic Psychiatry*« is a result of the need of a more realistic way to understand those who suffer from mental disorders of any kind. This way has been followed by *Alexander* and his colleagues and coworkers, *Masserman*, *Ammon* and his students and collaborators, as well as many others afterwards (see *Alexander* et al. 1952; *Ammon* 1980; *Ammon* et al. 1975; *Masserman* 1955, 1973).

I find it convenient to quote a clear synthesis of the concept of »*Dynamic Psychiatry*« made by *H.H. Wolff*: »*Stengel* has traced the historical development of the term »dynamic psychiatry«, and has drawn attention to the fact that *Freud's* concern with the dynamic interplay of psychological forces was similar to, and in fact directly influenced by *Hughling Jackson's* earlier concern with the dynamic interplay of neuro-physiological forces in the nervous system. The concepts which have resulted from *Freud's* discoveries now constitute the essence of psychoanalysis which in turn laid the basis of the psychodynamic approach. The fundamental contribution of the psychodynamic approach to psychiatry has been to draw attention to the importance of psychological forces for the understanding of normal and abnormal human behaviour and of psychiatric illness.

This has been of the greatest importance in view of the tendency to over-emphasize the purely biological and environmental aspects of mental illness.

However, *Freud* himself always remained aware of the fact that all psychological phenomena have their physical counterpart and our knowledge of the interaction between biological and physiological phenomena has greatly increased since his days. Moreover, although psycho-analysis has provided the major contributions to the psychodynamic understanding of mental processes, other psychological approaches and schools have also made their contributions. Further, intrapsychic processes cannot be properly considered apart from the individual's processes cannot be properly considered apart from the individual's experience in relation to his personal environment and the social network he belongs to.

For these reasons we are using the term »dynamic« as having a wider meaning than the term »psychodynamic«. By the term »dynamic psychiatry« we refer to an integrated approach which tries to understand the experience and behaviour in the individual, in health and disease, as the result of the dynamic interaction of multiple forces or processes, including biological and psychological, intra-psychic and interpersonal, individual and social processes. »Dynamic psychiatry« emphasizes the continuous interaction of psychological and physical phenomena, and the influence of personality development since childhood, as well as social relationships on present day patterns of living and reacting. In the latter context it concerns itself especially with the study of intra-psychic phenomena, including conscious and unconscious mental processes; with inter-personal phenomena, especially the doctor-patient relationship; with the relation of the individual to the family, society and culture to which he belongs and with all the processes of human interaction and social learning which this involves.

It thus leans, on the one hand, on the basic biological sciences and, on the other, on the various behavioural sciences, including psycho-analysis, psychology, learning theory, sociology and social anthropology. In essence, it approaches each individual as a psychobiological entity inseparable from and constantly interacting with his environment. Therefore, the dynamic psychiatrist uses physical, including psycho-pharmacological, treatment methods and psychological, including psychotherapeutic, behavioural and social procedures, singly or in combination, depending on each individual patient's needs. In doing so he will often work together with non-medical personnel, especially social workers, health visitors and members of other social agencies« (*Wolff* 1970).

Günter Ammon's contribution to theory and practice of a true »dynamic psychiatry«, published by himself and with and by many of his students and co-workers are of paramount importance in today's understanding and applications of a knowledge which allows us to know how we make a clinical use and a practical performance in our daily practice. His productions are so comprehensive that I will purposely omit quotations, and just refer to some of his

books and the many articles published all over the world and especially in *Dynamische Psychiatrie*, a journal that deserves being collected by psychiatric scientists (Ammon 1979, 1980; Ammon et al. 1975).

This author's approach considers environmental-, group-, clinical-setting, family and individual psychotherapy in all kinds of patients, which makes him a pioneer in intergrated therapeutic approaches. Following ideas we had opportunities to exchange, I wrote a book on »*Psychodynamic Child Psychiatry*«, where I also show such an integrated approach, and which later on lead me to experience with a new approach to short-term psychotherapy, to which I will refer later on (Knobel 1977, 1989).

Together with this deepening and broadening psychodynamic thoughts and experiences, new contributions to psychoanalytic basic theory are presented by several authors, who finally will also allow for possibilities to attempt treatment of the most bewildering and threatening psychic disturbance, that is, psychosis.

Among the first psychoanalysts who are questioning some of Freud's basic theoretical concepts, but still following a strict technical approach to the practice of psychoanalysis, *Melanie Klein* deserves an outstanding position. Her work deserved many studies and a comprehensive understanding of her theories can be found in *Hanna Segal's* contributions, as in some other authors, showing that deepening in the study of children's psychodynamic processes a »psychotic-like« development can be detected. (Klein 1954; Klein, Heimann and Money-Kyrle 1957; Segal 1964, 1979).

On the other hand, and also studying child development, a concept of symbiosis and the vicissitudes of individuation, permits to visualize and to have more basis for understanding an early development of psychotic states. (Mahler 1971, 1972; Mahler and Furer 1968; Mahler, Pine and Bergman 1975). All of this, and his own research, allows *Bowlby* to state that a »developmental psychiatry comes to age« (Bowlby 1988).

Parallel with the appointed findings, some psychoanalysts started treating psychotic patients, even though they tried to fit their techniques to the traditional psychoanalytic ones. *Rosenfeld* justified his attempt to practice psychoanalysis with psychotic patients by the fact that he was familiar with treatment of schizophrenics before he trained in psychoanalysis and »concluded that these patients are able to form some kind of relationship to the therapist, a conclusion which *Sullivan*, and after him *Fromm-Reichmann*, had also reached about the same time« (Rosenfeld 1965). This author remembers Freud's position against treating these kind of patients, because of their narcissistic nature which would not allow for a transference work. *Rosenfeld* »gathers that Freud's investigations of psychotic conditions came to a halt because of the difficulties he encountered in the transference of narcissistic patients.« (Rosenfeld 1965).

Nevertheless this same author works carefully with the special type of transference of psychotic patients. The same does *Bion*, who also following *Kleinian*

way of thought, shows how it is possible to work analytically with psychotics. He formulates new theories about mental functioning and idealizes a »thinking apparatus« which develops gradually, but from very early developmental stages. He »suggests that thinking is something forced on an apparatus, not suited for the purpose, by the demands of reality, and is contemporary with, as *Freud* said, the dominance of the reality principle« (*Bion* 1962).

The very problem of narcissism leads *Kohut* to develop a total new approach to the question of normal and pathological narcissism, as well as a positive approach, with therapeutic purposes, which also allows treatment of classic narcissistic pathologies, like many »border-line« patients, and that can also be applied to psychotics with success, within a personal technical and theoretical modality (see *Kohut* 1968, 1971, 1977).

Bion also modifies *Freud*'s concepts on Ego functioning stating the fact »that the ego retains contact with reality, depends on the existence of a non-psychotic personality parallel with, but obscured by, the psychotic personality«. Later on he says: »As a result of these modifications we reach the conclusion that patients ill enough, say, to be certified as psychotic, contain in their psyche part of the personality, a prey to the various neurotic mechanisms with which psycho-analysis has made us familiar, and a psychotic part of the personality, which is so far dominant that the non-psychotic part of the personality, with which it exists in negative juxtaposition, is obscured« (*Bion* 1967).

These ideas permitted *Bleger* to elaborate on the concept of symbiosis, the psychotic part of the personality, the possibilities of having a pathological internal and external object splitted and thus diversly structured, but pathological connected, based on the dominance of primitive syncretic regressions. The whole spectrum of interrelated psychotic pathology, linked to narcissism, shows the presence of *undiscriminated* features present in the psychotic part of the personality, which is the one that can be worked with in alliance with the non-psychotic part of the personality, through a very special transference and counter-transference handling of the psychotherapeutic relationship (see *Bleger* 1967, 1971). The whole developmental process is nothing but a vital and *continuous discriminating process* (see *Knobel* 1977).

Many psychoanalytic authors, according to the new experiences and their own thoughts, began to treat psychotic patients with different approaches and also different diagnoses, within the frame of psychoanalytic ideas on psychoses (*Ammon* 1969, 1971, 1972; *Ammon et al.* 1975; *Garma* 1948, 1962).

Although still questioned by many authors and researchers, the psychoanalytic technique as well as its theoretical framework continues to be an important therapeutic instrument. *Freud* himself has never abandoned his conviction of the therapeutic aim of psychoanalysis. On his XXXIV Conference in his »New Introductory Lectures« he asserts his firm belief in the pragmatic and »curative« aspects of psychoanalysis (see *Freud* 1933).

I shall not indulge on these considerations and shall refrain from elaborating over the unquestionable amount of evidence that has already been ga-

thered about these features of psychoanalysis, whose theoretical basis has been not only extensively discussed throughout *Freud's* work, and remarkably condensed in his »*Outline of Psychoanalysis*« (see *Freud* 1940), but constantly revisited by his disciples and followers, as is so well stated by *Ammon* in his »*Dynamische Psychiatrie*« (see *Ammon* 1980).

Since the publication of »*Psychoanalytic Psychotherapy*«, by *Alexander* and *French* (see *Alexander* and *French* 1946), a methodological distinction has been introduced within the psychoanalytic theory and its clinical practice. Consistent with the psychoanalytic concept that internal liberty triggers the modification of our internal conflicting, unconscious world, this new methodological approach enables the psychotherapist to alter some classic psychoanalytic technical aspects without having to break away from the fundamental principles of psychoanalysis.

The authors involved in this project propose to theorize and practice a psychotherapeutic technique which, I suppose, has been called »*psychoanalytic psychotherapy*« due to its pioneer attempt to apply, under specific historic circumstances, an innovative methodological procedure, which, emanating from the knowledge generated by the *Freudian* psychoanalytic theory, would be adapted to a new, historically defined context that called for a psychoanalytic practice, and I do repeat, different from the more traditional approach.

The above mentioned authors' contribution seems to have been so deeply and vividly incorporated to the psychotherapeutic processes that any new therapeutic technique, based on psychoanalytic theory, seems to have been possible only from the time they dared to break the taboos woven around a highly hierarchic therapeutical modality idealized as »*psychoanalysis*«.

Marmor made a great contribution when he revitalized and updated those concepts, obliging us to examine them more objectively and pragmatically (see *Marmor* 1986). By re-equating the temporal aspect involved in the overall psychotherapeutic objectives, *Wolberg* also made a significant contribution to this therapeutic approach, seeking technical abridgement and aims toward a consistent improvement of the patient's psychopathological conditions (see *Wolberg* 1965).

Following this path, *Malan* conceived and systematically did research in what he calls »*Focal Psychotherapy*«, a psychotherapeutic procedure which has been widely practiced (see *Malan* 1963, 1976, 1979), which I have also utilized (see *Knobel* 1983) and which has been brilliantly updated by new contributions from *Lemgruber* and *Braier* (see *Lemgruber* 1984; *Braier* 1981).

In the United States, *Davanloo*, *Sifneos* and other authors develop their own techniques, in which short-term therapy becomes a real new therapeutic tool either by increasing anxiety, being more objective in regard to conflicts and/or creating partial and pragmatic insights (see *Davanloo* 1980; *Sifneos* 1987). I consider it necessary to mention the work of *Muslin* and *Val*, who, based on the psychoanalytic theory of the Self, following the already quoted *Kohut*, introduced the possibilities to practice »*psychotherapy*« even with this

frame of reference, which according to my experience helps a great deal in performing psychotherapy with psychotic and border-line patients (see *Muslin and Val* 1987).

With all the appointed background, and perceiving that it was really possible to shorten psychotherapy by changing the psychotherapist's attitude and disposition, as well as using objectively his psychoanalytic knowledge and at the same time daring to introduce technical changes when approaching certain patients, since 1965 I have been working on a more accessible shorter technique which showed to be able to produce pragmatic, therapeutic results.

This practice and simultaneous research led to a first publication on »Brief Psychotherapy«, in which we have decided to speak of a »*psychotherapy of limited time and delimited objectives*« (*Szpilka and Knobel* 1968). I reported my further personal experiences on this subject in a small book, which is today in its second Portuguese edition and has also a Spanish translation (see *Knobel*, 1989). I shall remember that the concept of »brief« is a very relative one, and only applicable to chronological time. Unconsciousness is, in terms of psychoanalytic principles, truly »atemporal«, and this allows to speculate of objective chronological time, and unconscious therapeutic time. From a pragmatic point of view I limit my time for therapist-patient interaction in the proportion as the patient's conflicts and the resulting psychopathological structures allow me to do so.

In this connection I stress the need to consider both, a descriptive and phenomenological approach as well as a metapsychological viewpoint for a psychopathological diagnosis. This allows me to set limits to my own fantasies and therapeutic objectives. Let me already point out that with psychotic patients my main aim is to help him/her to discriminate some, and only some, aspects of the psychotic-part of the personality, while expanding the non-psychotic part and using some more adequate defense mechanisms.

Basically, it is possible that the patient gains insight in his psychotic productions and behavior and many times become conscious that a deeper and more prolonged psychotherapy is necessary. This type of short-term therapy is generally accompanied by the administration of psychotropic drugs. At times, the aim of this type of therapy is to enable the patient to accept just the pharmacological agents the psychiatrist considers necessary in a given case, who otherwise refuses to accept medication. This simple modification of behaviour may help to trigger a whole therapeutic process which had remained stagnated.

I propose the patient to relieve, improve and, if possible, even eliminate some of the most troublesome manifestations. That means that I propose to interfere in the patient's internal world in order to help him/her to use or mobilize repairing, reconstructive capacities. Resistances may become less structured, transference general phenomena may clear up in interpersonal relationships, some unconscious fantasies, even those dramatically constructed on neat psychotic networks, may become conscious and basically discriminated.

Psychoanalytic technique can be, just for didactic purposes, synthesized in four essential sub-processes:

1. *Transference* and consequential emergence of the »transferential neurosis«;
2. Stimulation and operationability of *regression*;
3. Affective *working-through* at regressive and transferential levels;
4. *Mutation* of internal objects mainly through projective and introjective mechanisms.

The psychoanalytic process thus abridged permits to verify to what extent a life history has really been lived and/or has been in great part fantasied. Fantasms have life and validity in the atemporal and unspatial unconscious. They are bound to enhance or shatter structural configurations of the personality and consequently model sentiments, affections, thoughts and behaviours. In a traditional psychoanalytic technique, the interplay of internal-external objects through the figure — and interpretations — of the analyst, requires extensive, slow and very elaborated technical procedures, according to the above mentioned scheme. There are no aims, no limits, no time. . . it is an unterminable process.

Considering that short-term therapy is indeed a therapy of »limited time and delimited objectives«, I propose the following technical modifications, which do represent the results of what has been learned with psychoanalytic practice and throughout an experience of more than 25 years with this new approach:

1. »*Transference*« is a universal phenomenon and an unavoidable occurrence in any therapeutic process. It certainly must be understood. If interpreted, »transferential neuroses« will develop and will prevent us from shortening our psychotherapeutic procedure. I do recommend not to interpret it. It is more convenient to relate it to the patient's external object world, and whenever possible — as it happens with psychotics — connect it with the internal object world, without the therapist including himself explicitly in either of both processes.
2. By not interpreting in transference, and by diffusing it in the external and internal object-world of the patient, part of the *regressive process* can be avoided, shortening therapy. What we aim at is to make it easier for the patient to acquire a perspective of his/her past, in order to recognize it as such and not to continue reliving it in the transferential situation of each session. There is an appeal to the critical self-observable Ego, in the here-and-now of each session, which also represents this specific moment, from which it is possible to be in the present, just looking back into the past and envisaging the possible future with less conflicts. This is possible because the therapist, even though a transferential figure, assumes the role of a present valid interlocutor.
3. In traditional psychoanalytic technique, the »*working-through*« process occurs mainly at deep affective levels. In this limited-time and delimited-objectives psychotherapy, we have attempted to render the »working-through« process more objective, perhaps more cognitive than affective — without ignoring heavy weight of affection — and more rational and the profoundly attached to

the essence of the patient's hypostatic conflicts. Affection and behavior pattern shall become understandable. It is important that what is going on be understood, so that in the atemporality of the unconscious the most productive »working-through« may take place at the most appropriate temporal dimension for each person.

4. *Object mutation* is then a direct consequence of the proposed technique, enhanced with the concept that here and now is the time to change »false« or »unconsciously falsified« information for more objective or consensual information, which would permit not only a less conflictive relationship but also the use of non-psychotic defense mechanisms. This highly useful, productive and arduous process of historic mutation of a patient's psychism is triggered at the very moment when the patient becomes able to read his/her own history again, in order to ponder it and grasp it. One of the basic objectives of psychotherapy is thus unveiled: the patient's strenuous attempt to refrain from living in his history and transform it in what it should be: an experience from the past which has definitely been put within the past. Then the person becomes the active beholder of his own present history, which is the one that can still be built up.

In this short outline of the technical and theoretical basis of this technique, it is possible to realize that we can perform it in any place and circumstances, with an individual, the family, or the significative social network. There is no need for a »standardized setting«. It is possible to use the consulting room, or a school, a hospital, a community center, and so on. I call for the willingness to help and then establish an »available setting«. There, instead of the classic »contract«, I prefer to speak of an »agreement to try to help«, with the commitment to respect »intimacy« (see Knobel 1983), and to keep the most rigorous professional confidentiality.

We do not adhere to the 50 minutes hour, and we do use the »Operational Time«, which is that which can be experienced as really useful, the time that both, patient and therapist consider enough for that session. In spite of some occasional resistances to this time limit, the »Adequate Therapeutic Time« as I call it, arises from the pathology interacting with the therapist's knowledge and training, and a disposition to emphatically relate to a psychotic patient, who even with psychosis, has a psychic part seeking help. This »Adequate Therapeutic Time« means 10, 12, 16 sessions where all the above recommendation shall be seriously considered, overcoming pressures of previous training and a severe psychoanalytic Super-ego.

As pointed out already, with psychotic patients our limited objective is to help them become conscious of their psychic disturbance within a limited time of treatment. The same can be done with the family, when available, or friends and even significative persons of the patient's environment.

There are several possibilities, since according to social reality we may consider three basic attempts to treatment:

1. Individual treatment within the »available setting«;

2. Try to treat patient and family or/and »significant environmental persons« following a social network approach; and/or

3. Treat only the family or the »significant environmental persons«.

Of course all the possible combinations of the mentioned three approaches can and shall be used whenever possible.

Group-therapeutic techniques can be adapted to the scheme I have presented, with the same frame of reference, avoiding transference interpretations, avoiding regressive features, and allowing for cognitive-affective working-through. Considering the extraordinary production with regard to group therapy produced by *Günter Ammon*, I shall omit quoting him, since that task would demand another full presentation. I shall mention that *Karin Ammon's* ideas on treating »lack of motivation« and homogeneous groups in psychosomatic medicine (see *Ammon, K. 1977*) are useful when applied to our technique of short-term psychotherapy. I do not recommend putting into the same group psychotic and neurotic patients. The homogeneity of the group, with the proposed therapy lies only in the diagnosis of psychosis or on *Bleger's* concept of psychosis and »psychotic personalities« (see *Bleger 1971*).

It is my hope that this contribution could stimulate more research, and a conviction of the still unknown possibilities to treat psychotic patients in a shortest time and with more effective results. For the time being, the proposed procedure proved to me and my co-workers that good results are truly possible and we shall continue our clinical practice and research in this direction.

Dynamische Kurzpsychotherapie mit psychotischen Patienten und ihren Familien

Mauricio Knobel (Campinas)

Fortschritte in der Forschung und Praxis der Psychoanalyse führten zu immer exakterem Wissen über Psychosen und Psychopathologie im allgemeinen. Der Autor referiert die Beiträge verschiedener Psychoanalytiker hierzu. Zum Verständnis der Entwicklung psychotischer Zustände trugen *Klein, Segal, Mahler* und *Bowlby* bei, während *Rosenfeld, Sullivan* und *Fromm-Reichmann* mit als erste psychotische Patienten behandelten. In seinem Verständnis der Psychose bezieht sich der Autor vor allem auf *Bion* und *Bleger*, die von nicht-psychotischen Teilen der Persönlichkeit sprechen, die neben dem psychotischen Teil existieren.

»Dynamische Psychiatrie« hat, so der Autor, eine umfassendere Bedeutung als »psychodynamisch«, denn sie will Erfahrung und Verhalten des Individuums in Gesundheit und Krankheit verstehen. Sie bezieht bei allen Patienten den Rahmen von Umwelt, Gruppe und Klinik, Familien- und individueller Psychotherapie ein, so daß *Ammon* nach Ansicht des Autors ein Pionier integrierter Psychotherapie ist.

Knobel streift die Beiträge von *Wolberg* und *Malan* zur Abkürzung der Be-

handlungsdauer. Er selber entwickelt seit 1965 in Praxis und begleitender Forschung eine leicht verfügbare Technik der Kurzpsychotherapie »bei begrenzter Zeit und eingeschränkter Zielsetzung«. Er betont die Notwendigkeit einer genauen Diagnose sowohl phänomenologischer wie metapsychologischer Art, um die therapeutischen Ziele eingrenzen zu können.

Hauptanliegen des Autors ist es, dem Patienten *einige* Aspekte des psychotischen Teils seiner Persönlichkeit bewußt zu machen und den nicht-psychotischen Teil der Persönlichkeit auszuweiten. Es ist möglich, daß der Patient so Einsicht in seine psychische Störung und eventuell in die Notwendigkeit einer längeren Psychotherapie gewinnt sowie, falls erforderlich, eine pharmakologische Behandlung leichter akzeptieren kann.

Diese wichtigsten Ziele der Kurzpsychotherapie — wobei sie im Unbewußten durchaus weiter wirken kann — werden erreichbar, wenn die traditionelle psychoanalytische Methode abgewandelt wird. Dabei sind vier Grundprinzipien zu beachten:

1. Die Übertragung ist unvermeidbar, sie tritt immer auf. Sie muß zwar verstanden, sollte aber nicht interpretiert werden.
2. Regressionsfördernde Elemente sollten vermieden werden. Der Patient soll lediglich seine Vergangenheit als solche erkennen lernen und sie nicht ständig wiedererleben müssen. Im Hier und Jetzt der therapeutischen Sitzung nimmt der Therapeut die Rolle des Vermittlers von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft ein.
3. Das Durcharbeiten soll eher rational und kognitiv-affektiv geschehen und dem Patienten ermöglichen, seine pathologischen Affekt- und Verhaltensmuster zu verstehen.
4. Ein Objektwandel wird dann möglich, wenn der Patient seine eigene Geschichte betrachten und darüber reflektieren kann.

Das therapeutische Setting richtet der Autor zum einen an den vorhandenen Möglichkeiten (Raum, Ort) aus, zum anderen an den Bedürfnissen des Patienten (Sitzungsdauer, -frequenz). Er berichtet, daß bei Beachtung der obengenannten Prinzipien 10 bis 16 Sitzungen ausreichen, um die erwähnten Ziele zu erreichen.

Ähnlich wie mit dem Patienten selbst arbeitet *Knobel* auch mit der Familie oder wichtigen Personen aus der Umgebung des Patienten. Auch die alleinige Behandlung dieser Personen ist möglich, ebenso jede Kombination dieser Verfahren. Auch Gruppentherapie kann einbezogen werden. Hier empfiehlt der Autor, heterogene Gruppen zu bilden, neurotische und psychotische Patienten jedoch nicht in die gleiche Gruppe zu bringen.

Mit dieser Methode der Kurzpsychotherapie sind seiner Erfahrung nach gute Resultate zu erzielen.

Literature

- Alexander, F.; French, T.* (1946): *Psychodynamic Therapy: Principles and Applications* (New York: The Ronald Press)
- Alexander, F. et al.* (1952): *Dynamic Psychiatry* (Chicago: Chicago Univ. Press)
- Ammon, G.* (1969): Verifikation von Psychotherapie bei schizophrener Reaktion. In: *Confinia Psychiatrica* (12) No. 1
- (1971): Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie. Teil I. In: *Dyn. Psychiat.* (4) 9—28, Teil II: Autobiographie und Behandlungsbeginn 123-167, Teil III: Therapeutische Technik und analytischer Prozeß 181—201
- (1972): Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie. Teil IV: Familiendynamik und Krankheitsgeschichte. In: *Dyn. Psychiat.* (5) 81—107
- (1979): *Psychoanalysis and Psychosomatics*. (New York: Springer)
- (1980): *Dynamische Psychiatrie*. (München: Kindler)
- Ammon, G. et al.* (1975): *Psychotherapie der Psychosen*. (München: Kindler)
- Ammon, K.* (1977): Concerning the Problem of Lack of Motivation in Psychosomatically Ill Patients. Proceedings, 4th Congress of the I.C.P.M., Kyoto 609—611
- Bion, W.R.* (1962): *Learning from Experience*. (London: Heinemann)
- (1967): Differentiation of the Psychotic from the Non-Psychotic Personalities. In: *Bion, W.R.: Second Thoughts. Selected Papers in Psychoanalysis* (London: Heinemann)
- Bleger, J.* (1967): *Simbiosis y Ambigüedad. Estudio Psicoanalítico*. (Buenos Aires: Paidós)
- (1971): El concepto des psicosis. *Rev. Psicoanal.* XXVIII (1) 5—23.
- Bowlby, J.* (1988): Developmental Psychiatry Comes to Age. *Am. J. Psychiat.* (145) 1—10
- Braier, E.A.* (1981): *Psicoterapia Breve de Orientación Psicoanalítica* (Buenos Aires: Nueva Vision)
- Davanloo, H.* (Ed.) (1980): *Short-Term Dynamic Psychotherapy* (New York: Aronson)
- Freud, S.* (1933): *New Introductory Lectures on Psychoanalysis; Lecture XXXIV: Explanations, Applications and Orientations*. Standard Ed., 22: 136—157 (London: Hogarth Press)
- Garma, A.* (1948): Resumen de las Investigaciones Psicoanalíticas en la Melancolía y Estados afines. In: *Garma, A.; Rascovsky, L.* (Eds.): *Psicoanálisis de la Melancolía* (Buenos Aires: A.P.A.)
- (1962): *Psiconanálisis, Teoría, Clínica y Técnica* (Buenos Aires: Paidós)
- Knobel, M.* (1977): *Psiquiatria Infantil Psicodinámica* (Buenos Aires: Paidós)
- (1983): *Psicoterapias Focais*. In: *Abenepi* (org.): *A Crianca e o Adolescente da Década de 80*, Vol. I 138—144 (Porto Alegre, Artes Médicas)
- (1983): Psychotherapy and Mental Health: »Intimacy« as a Therapeutic Aim. *World J. Psychosynt.* XV (1) 6—7
- (1989): *Psicoterapia Breve*. (Sao Paulo: Ed. Pedag. Univ.)
- Klein, M.* (1954): *The Psychoanalysis of Children* (London: Hogarth Press)
- Klein, M.; Heimann, P.; Money-Kyrle, R.E.* (1957): *New Directions in Psychoanalysis* (New York: Basic Books)
- Kohut, H.* (1968): The Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders. In: *The Psychoanal. Study of Child* (23) 86—113
- (1971): *The Analysis of the Self* (New York: Intern. Univ. Press)
- (1977): *The Restoration of the Self* (New York: Intern. Univ. Press)
- Lemgruber, V.* (1984): *Psicoterapia Breve. A Técnica Focal* (Porto Alegre: Artes Médicas)
- Mahler, M.S.* (1971): A Study of the Separation-Individuation Process and its Possible Application to Borderline Phenomena in the Psychoanalytic Situation. In: *Psychoanal. Study of Child* (26) 403—424
- (1972): The Rapprochement Subphase of the Separation-Individuation Process. In: *Psychoanal. Quart.* (41) 487—506
- Mahler, M.S.; Furer, M.* (1968): *On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation*, Vol. I (New York: Intern. Univ. Press)
- Mahler, M.S.; Pine, F.; Bergman, A.* (1975): *The Psychological Birth of the Human Infant: Symbiosis and Individuation* (New York: Basic Books)
- Malan, D.H.* (1963): *A Study of the Brief Psychotherapy* (London: Tavistock)
- (1976): *Toward the Validation of Dynamic Psychotherapy* (New York: Plenum)
- (1979): *Individual Psychotherapy and the Science of Psychodynamics* (London: Butterworth)
- Marmor, J.* (1986): The Corrective Emotional Experience Revisited. In: *Int. J. Short-term Psychother.* (1) 43—47

- Masserman, J.H.* (1955): *The Practice of Dynamic Psychiatry* (Philadelphia: Saunders)
— (1973): *Theory and Therapy in Dynamic Psychiatry* (New York: Aronson)
- Muslin, H.L.; Val, E.R.* (1987): *The Psychotherapy of the Self* (New York: Brunner/Mazel)
- Rosenfeld, H.A.* (1965): *Psychotic States. A Psychoanalytical Approach* (New York: Intern. Univ. Press)
- Segal, H.* (1964): *Introduction to the Work of Melanie Klein* (London: Heinemann)
— (1979): *Klein* (Brighton: Harvester Press)
- Sifneos, P.E.* (1987): *Short-Term Dynamic Psychotherapy. Evaluation and Technique* (New York: Plenum)
- Szpilka, J.I.; Knobel, M.* (1968): *Acerca de la psicoterapia breve*. In: *Acta psiq. psicol. Amér. Lat.* 14 (2) 116—123
- Wolberg, L.R.* (1965): *Short Term Psychotherapy* (New York: Grune & Stratton)
- Wolff, H.H.* (1970): *The Place of Dynamic Psychiatry in Medicine* (Ipswich: The Society of Clinical Psychiatrists)

Adresse des Auteurs:

Prof. Dr. Mauricio Knobel
Psychiatric Department
University of Campinas
Rua Roberto Silveira 27
Bairro: Jardim N.S. Auxilliadora
CEP 13075 Campinas SP
Brasilien

Untersuchungen des sozialenergetischen Lebensfeldes von schizophrenen reagierenden Patienten anhand biographischer Interviews***

Maria Berger (Berlin/München)*, Renate Bez (München)**

Die vorliegende Arbeit ist ein erster Ansatz, anhand von lebensgeschichtlichen Interviews, das gruppenspezifisch-sozialenergetische Feld der Kindheit psychotisch reagierender Patienten zu beschreiben und in seinen jeweils spezifischen Merkmalen zu erfassen. Die Autoren schlagen damit einen neuen Weg in der Schizophrenieforschung ein, denn noch nie wurden bisher Patienten zur Familiensituation ihrer Kindheit befragt, wie in einer ausführlichen Literaturübersicht dargestellt wird. Mit der Dynamischen Psychiatrie Günter Ammons verstehen die Autoren die Schizophrenie als eine Erkrankung, die in einem vorwiegend defizitär und/oder destruktiv strukturierten gruppenspezifisch-sozialenergetischen Feld ihre Wurzel hat. Die ausführlichen biographischen Interviews mit den Patienten folgen den Grundsätzen der qualitativen psychologischen Forschung und werden nach der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Bei vier psychotisch reagierenden Patienten wird in den Bereichen: Leben innerhalb der Familie, Gefühlsebene in der Familie, Umgang mit dem Körper und Kontakte der Familie nach außen, das gruppenspezifisch-sozialenergetische Feld in seiner konstruktiven, destruktiven und defizitären Ausprägung erfaßt. Bei allen vier Patienten bestimmen destruktive und defizitäre Komponenten das psychische und geistige Leben der Kindheitsfamilie. Der theoretische Ansatz der Humanstrukturologie wird durch diese Untersuchungen empirisch untermauert. In Verbindung mit anderen Untersuchungen trägt sie dazu bei, die Hypothese der gruppenspezifisch-sozialenergetischen Genese schwerer psychiatrischer Erkrankungen zu begründen.

Nach wie vor gilt in der Psychiatrie die Schizophrenie als eine Erkrankung, die in ihrer Entstehung, ihrem Verlauf und ihrer Behandlung viele Rätsel aufgibt. So sagt *Karl Leonhard* 1986: »We still know much too little about schizophrenia«. Unverändert wird die Vererbungslehre, wonach die Entstehung der schizophrenen Psychose genetisch bedingt sein soll, in der Psychiatrie als zentral angesehen. *Karl Leonhard* stellt hierzu fest: »Now many psychiatrists have returned to genetic theories and regard inheritance as decisive basis in causing schizophrenia. You can again find attempts at revealing a mendelian mode of genetic transmission«. Adoptions- und Zwillingsstudien werden hierzu als Beweis angeführt.

Biochemische Parameter wie eine übermäßige Dopaminaktivität, aber auch neuroradiologische Befunde, die bei einem Teil der schizophrenen Patienten vergrößerte Ventrikel computertomographisch feststellten, was auf eine Pathologie des limbischen Systems oder des Zwischenhirns hinweisen soll, oder EEG-Ableitungen, die vor allem über den parieto-occipitalen Hirnbereichen

* Dipl. Psych., Lehranalytikerin (DAP), Mitarbeiterin der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige München

** Dipl. Psych., Mitarbeiterin der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige München

*** Vortrag gehalten auf dem 8. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XXI. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V. vom 5.—8. Okt. 1990 zum Thema »Psychotherapie der Psychosen« in der Hochschule der Künste, Berlin.

eine Reduktion der α -Aktivität ergaben, werden als Hinweise für eine somatische Genese der Schizophrenie betrachtet.

Die psychoanalytische Theorie zur Ätiologie der Schizophrenie gilt als eine der wichtigsten theoretischen Positionen. *Freud*, der sich jedoch in erster Linie mit Neurosen befaßt hatte, ging hinsichtlich der Schizophrenie von der grundlegenden Annahme aus, daß der schizophrene Erkrankte auf den Zustand des primären Narzißmus regrediert ist, d.h. auf ein frühes Stadium der oralen Phase, in dem das Ich noch nicht vom Es unterschieden ist und noch keine Realitätsprüfung durchführen kann. Diese Regression auf den primären Narzißmus führt nach *Freud* dazu, daß der Schizophrene keinen Kontakt mit seiner Umwelt haben kann; er besetzt mit seiner Libido keine äußeren Objekte mehr. *Freud* nahm weiter an, daß die Ursache für diese Regression eine Zunahme der Intensität der Es-Impulse, insbesondere sexueller, im Erwachsenenalter sei.

Die Nachfolger *Freuds*, zuerst *Federn, Jung* und *Ferenczi*, dann *Gertrude Schwing, Searles, Sullivan, Frieda Fromm-Reichmann, Roazen* und *Sechebaye*, und später *Benedetti* und *Arieti* haben je nach ihrem Behandlungsansatz und je nach ihren Fähigkeiten, einen therapeutischen Kontakt zu ihren Patienten zu entwickeln, den theoretischen Ansatz *Freuds* erweitert und modifiziert.

Als eine weitere wichtige theoretische Position zur Ätiologie der Schizophrenie gilt die Labeling-Theorie. Das heißt nach *Scheff* (1966), daß die schizophrene Störung als erlernte soziale Rolle zu begreifen ist. Indem dem Patienten ein diagnostisches Etikett zugeschrieben wird, wird er in einer Art und Weise beeinflusst, daß er sich dem Etikett entsprechend weiterhin verhält und daß sich die Reaktionen anderen ihm gegenüber von daher bestimmen. Ohne eine gestellte Diagnose würde ein sogenannter Verstoß gegen residuale Regeln nicht stabilisiert werden, wobei *Scheff* unter residualen Regeln kulturelle Normen, die zwischenmenschliche Interaktionen steuern, versteht.

In Anlehnung an die Antipsychiatrie geht die Erfahrungstheorie davon aus, daß die Schizophrenie nicht eine Krankheit ist, sondern eine bestimmte Form problematischer Erfahrungen und Verhaltensweisen. Angeblich ist es die Familie, die das als schizophren bezeichnete Verhalten erzeugt. *Laing* (1964) sieht hierbei die sog. Mystifikation als wesentlich an, das heißt, daß die Wahrnehmungen des Kindes über sich selbst und die Welt systematisch ihrer Gültigkeit beraubt werden, so daß es schließlich an ihrem Bezug zur Realität zu zweifeln beginnt. Durch das Erleben der schizophrenen Reaktion wird dem Patienten ermöglicht, eine Entdeckungsreise in sein inneres Selbst zu machen und mit ihm Frieden zu schließen. — Diesen beiden Theorien ist gemeinsam, daß sie keinerlei Krankheitsverständnis beinhalten.

Von vielen Theoretikern wird die Rolle der Familie als entscheidender Faktor für die Entstehung der Schizophrenie angesehen. Es war *Frieda Fromm-Reichmann*, die den Begriff der 'schizophrenogenetic mother' prägte, während *Bateson* und Mitarbeiter die double-bind-Theorie entwickelten. In den systemischen familientheoretischen Ansätzen wird der schizophrene Mensch als

Funktionsträger in der systemisch konzipierten Funktionseinheit Familie gesehen und pathologisch intrafamiliäre Kommunikationsmodi für ätiologisch maßgeblich gehalten. In einem anderen, rein statistischen Zusammenhang gehen die Expressed-Emotion-Untersuchungen auf die Bedeutung der Familie ein. Patienten, die in einer Familie leben, die eine hohe Emotionalität zeigt, weisen demzufolge eine hohe Rückfallquote nach ihrer Entlassung aus der Klinik auf, wohingegen Patienten, die in einer Familie leben, die geringe Emotionalität zeigt, bessere Chancen haben, keinen Rückfall zu erleiden.

In den letzten Jahren wurde zur Erklärung der Schizophrenieentstehung auch das aus der modernen Streßforschung stammende Diathese-Streß-Modell herangezogen. Bestimmte Persönlichkeiten sind danach durch eine hereditäre Disposition zum Schizophrenwerden anfällig, d.h. sie sind vulnerabel, bei intra- oder interpersonellen Schwierigkeiten manifest zu erkranken. Diese hereditär disponierten Persönlichkeiten können prämorbid unauffällig erscheinen, bis es zu einer psychotischen Dekompensation kommt, weil entweder von früher Jugend an wirkende Stressoren sich summieren oder weil traumatisierende Erfahrungen eines Lebensabschnittes nicht mehr bewältigt werden können.

Hier setzt die Life-Event-Forschung ihre Untersuchungen an. Bereits 1984 hatten Lukow, Snyder, Ventura und Nüchterlein beobachtet, daß Life Events, die als streßvolle Veränderungen gesehen werden, Krankheitsepisoden bei schizophrenen Patienten auslösen können. Ban (1986) stellte hingegen in einer Zusammenschau zweier Studien fest, daß es keine offensichtliche Bestätigung gibt, daß Life-Streß schizophrene Episoden auslöst.

Zur Ergänzung des Diathese-Streß-Modells schlägt Nüchterlein (1986) vor, es mit den Ergebnissen der High-Risk-Forschung zu verbinden. Ausgehend von den Untersuchungen von Mettnik und Schusinger Anfang der sechziger Jahre kommt die High-Risk-Forschung zum Ergebnis, daß Kinder von schizophrenen Eltern ein 10–15%ig höheres Risiko haben, im Erwachsenenalter schizophren zu werden als Kinder sog. normaler Eltern.

In Hinblick auf ein Verständnis schizophrener Erkrankungen bestehen also die unterschiedlichsten Forschungsansätze. Die aktuelle Schizophrenieforschung hat ein multifaktorielles Verständnis für die Entstehung der Schizophrenie entwickelt, welches biologische, psychologische und psychosoziale Aspekte zusammenfaßt. Immer wird dabei von einer Prädisposition und einer Vulnerabilität, d.h. von einer prämorbidem Persönlichkeit, ausgegangen (vgl. Scharfetter, Ciompi, Manfred Bleuler u.a.).

Dagegen sieht die Dynamische Psychiatrie der Berliner Schule Günter Ammons den Menschen als ursprünglich konstruktiv-ganzheitliches Wesen, das erst durch gruppenspezifisch-sozialenergetische Einflüsse destruktiv oder defizitär hinsichtlich seiner Persönlichkeit und seines Kontaktes zur Umwelt wird. Ammon gründet sein Verständnis der Ätiologie der Schizophrenie auf ein ganzheitliches Persönlichkeitskonzept, das den Entwicklungsgedanken und die sozialenergetische Feldtheorie einschließt. Er schreibt:

»Entscheidend für die Genese der Schizophrenie ist vor allem die sozial-energetisch-regulative Zufuhr durch die Mutter und die umgebende Familien-
gruppe, die ihrerseits wieder abhängig ist von umgebenden sozialen Struktu-
ren. Meines Erachtens kann nicht ausschließlich die Interaktionsform und die
Person der Mutter für eine schizophrene Reaktion des Kindes verantwortlich
gemacht werden. Vielmehr ist es die gesamte gruppensystemische Konstellation,
die Dynamik der Gruppen, die in ihrem Zusammenspiel und in ihrer
Mehrdimensionalität ein schizophren machendes Milieu ausmacht, das eben
kein sozialenergetisches Feld darstellt, in dem sich eine konstruktive Identitätsentwicklung vollziehen kann. Die gruppensystemische Rolle eines Menschen in einer Gruppe ist auch etwas anderes als der soziologische Rollenbegriff meint, nämlich eine sich prozeßhaft verändernde Position in einem dynamischen Geschehen. Der schizophren reagierende Mensch wird zum
Krankheitsträger seiner Gruppe, die ihn in seiner Krankheit braucht, um eine
pathogene Homöostase aufrechtzuerhalten.

Das sozialenergetische Feld eines Kindes hat aber viele Komponenten, neben familiengruppendynamischen auch gesellschaftliche. Entsteht durch diese gesellschaftliche Situation ein sozialenergetisches Feld für das Kind, in der die Funktionen wahrgenommen werden, die die Familie versagt, kann das ein ich-strukturelles Wachstum bewirken. Stellt eine andere gesellschaftliche Gruppe bewußt oder unbewußt ein sozialenergetisches Feld her, übernimmt Hilfs-Ich-Funktionen und leistet eine sozialenergetisch-regulative Auseinandersetzung, so kann sie damit ermöglichen, daß ein Mensch mit schizophrener Ich-Struktur ein erfülltes kreatives Leben in ihrer Mitte führen kann.« (Ammon 1980).

Ammon sieht also das gruppensystemisch-sozialenergetische Feld, in dem das Kind aufwächst, als wesentlich für die Entwicklung seiner Persönlichkeit an. Je nachdem, ob das Feld mehr konstruktiv, mehr destruktiv oder mehr defizitär strukturiert ist, kann sich ein Mensch in Gesundheit oder in Krankheit entwickeln.

Die Humanstrukturologie Ammons definiert Sozialenergie als »psychische Energie, die immer in Abhängigkeit von zwischenmenschlichen und gruppensystemischen Faktoren und seinem Sein in dieser Gesellschaft zu sehen ist, was auch die Arbeit des Menschen und seine Beziehungsfähigkeit einbezieht. Durch Sozialenergie entwickelt sich ein Mensch, kann er wachsen und sich verändern, seine Identität ausbilden, wie auch seine Humanstruktur als Ganzes.« (Ammon 1987)

Ausgehend von diesem Verständnis der schizophrenen Erkrankung stellt sich uns die Frage, wie Patienten, die mit einer Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis in die stationäre Behandlung kommen, das sozialenergetische Feld erleben, in dem sie aufgewachsen sind und ob sie selbst einen Bezug zwischen ihrem Erleben und ihrer jetzigen Krankheit herstellen. Nach dem Studium der uns bekannten Literatur müssen wir feststellen, daß bei den bisherigen Untersuchungen, die Interviews mit Patienten oder ihren Angehörigen

gen einsetzen, das unmittelbare Erleben des Patienten und das gruppensdynamische Geschehen kaum oder überhaupt nicht berucksichtigt ist.

Zwar machten *Faraone* und *Tsuang* (1988) Interviews mit Verwandten von schizophrenen Patienten; es ging ihnen dabei aber darum, anhand von strukturierten Interviews herauszufinden, inwieweit es auch bei Verwandten zu Erkrankungen kam, um auf diese Weise zu belegen, daB Schizophrenie erblich sei. *Freeman* und *Alpert* (1986) benutzten standardisierte Interviews f#r ihre epidemiologische Untersuchung zur Verbreitung von Schizophrenie in der st#dtischen Bev#lkerung, um mehr #ber die vorherrschende Symptomatik zu erfahren. *Ventura*, *N#chterlein* und *Lukow* (1989) interviewten in einer Langzeitstudie ein Jahr lang einmal monatlich schizophrene Patienten, die unter einer Dauermedikation standen, um einen m#glichen Zusammenhang von Life-Events und akuten schizophrenen Episoden herauszufinden. *Tienari*, *Sorii*, *Lahti* et al. (1987) setzten bei ihren Untersuchungen von Adoptivfamilien auch psychiatrische Interviews ein, um bei Adoptivkindern mit gegebener Vulnerabilit#t den EinfluB des Erziehungsumfeldes f#r die Entstehung schizophrener St#rungen auszumachen. Um das Leben im Alltag und besonders den Realit#tsbezug der schizophren reagierenden Patienten zu untersuchen, befragte *Chesla* (1989) deren Eltern mit Hilfe von offenen Interviews. *Manrique* (1988) benutzte ebenfalls unstrukturierte Interviews f#r ihre Untersuchung von Kommunikationsst#rungen bei Eltern von schizophrenen Patienten.

Bei all diesen Untersuchungen bleibt der Patient mit seiner Emotionalit#t, seiner Erfahrungswelt und seinem Erleben von Familie und Kindheit unber#cksichtigt. Anliegen unserer Untersuchung ist es deswegen, in halbstrukturierten Interviews Patienten m#glichst offen und frei ihre Sichtweise des Geschehens in Familie und Kindheit und ihr Erleben berichten zu lassen.

Wir gehen von der Annahme aus, daB das sozialenergetische Feld, wie *Ammon* es beschrieben hat, in der Kindheit unserer Patienten im wesentlichen destruktiv und defizit#r gepr#gt war und die Entstehung der Krankheit bedingt hat. Kausalit#t oder Symptomatologie sind dabei von geringer Bedeutung; wir w#llen vielmehr den Menschen in seiner Individualit#t mit seinen f#r ihn spezifischen konstruktiven, destruktiven und defizit#ren Bereichen erfahren und verstehen, um ihn aus diesem Verstehen heraus wirksam behandeln zu k#nnen.

Wie bereits erw#hnt, ist es zentrales Anliegen dieser Untersuchung, das fr#he Lebensfeld psychotisch und schizophren reagierender Menschen verstehend zu beschreiben. Die Komplexit#t dieser Fragestellung, ihr explorativer Charakter, vor allem aber auch die Orientierung an der subjektiven Sichtweise der Befragten und die Notwendigkeit, den Bed#rfnissen der Interviewpartner einen angemessenen Raum zur Verf#gung zu stellen, erfordern aus unserer Sicht die Technik qualitativer Interviews, in unserem Fall biographischer Interviews. F#r die qualitative Forschung k#nnen folgende Grunds#tze aufgestellt werden (vgl. *Wilson* 1973):

- »1. Der Forscher hat als Person in die zu erfassende Lebenswelt einzutauchen und diese mitzuerleben.
 2. Er hat diese zu Zwecken seiner Diagnostik nicht zu strukturieren, nicht umzuwandeln, nicht zu zerstören.
 3. Er hat Zeugnisse aus dieser Lebenswelt zusammenzutragen und dies im nachhinein zu interpretieren.« (Wiedemann 1984)

Das bedeutet, daß das biographische Interview sich durch drei Kriterien des Forschungsvorgehens beschreiben läßt:

- Die Methode ist problemzentriert, d.h. der Forscher formuliert nur vorläufig sein Problemfeld und läßt sich dann weiter von der Empirie leiten. Eine explizite Hypothesenbildung am Anfang des Forschungsprozesses wird dabei nicht geleistet.
- Die Methode ist gegenstandsorientiert, d.h. der Gegenstand bestimmt die Methode und nicht umgekehrt.
- Die Methode ist prozeßorientiert, d.h. induktive und deduktive Schritte wechseln sich bei der Datensammlung und Auswertung prozeßhaft ab (Witzel 1985).

Grundlegend erfolgte die Auswertung der von uns erhaltenen biographischen Texte nach der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayering 1983, 1985). Diese Art der Auswertung lehnt sich an die dokumentarische Methode der Interpretation nach Garfinkel (1962) an. Hier wird jede Äußerung, d.h. jedes Zitat als Dokument eines latenten Musters, in unserem Fall als Dokument für die subjektive Erlebnisweise des Befragten aus seiner frühen Lebenswelt, interpretiert. Umgekehrt gilt, daß dieses Muster, d.h. die subjektive Lebenswelt, durch wörtlich wiedergegebene Erzählpassagen erfaßt wird. Die Begriffsdefinition, d.h. die Operationalisierung übergeordneter Kategorien, erfolgt durch Zitate. Die Auswertung der hier vorliegenden Untersuchung geschah durch zwei Personen, die sich gegenseitig bei ihren Interpretationen kontrollierten. Zusätzlich wurden die Ergebnisse wiederholt in einer größeren Forschungsgruppe von etwa 10 Personen diskutiert, um möglichst valide Daten zu erhalten.

Für das Interview arbeiteten wir einen Leitfaden aus, der zur Strukturierung und Zentrierung des Gesprächs auf das Wesentliche und für die Vergleichbarkeit der einzelnen Interviews untereinander notwendig war. Die bedeutsamen Themenbereiche des Leitfadens wurden aufgrund der theoretischen und methodischen Überlegungen eingegrenzt und die relevanten Fragen von uns nach ihrem Wert als Erzählanstoß formuliert. Die erste Formulierung des Leitfadens wurde in einem Vorinterview auf seine Brauchbarkeit hin überprüft und neu strukturiert. Er wurde ebenfalls in einer größeren wissenschaftlichen Forschungsgruppe diskutiert.

Der so entwickelte Leitfaden enthält vier Hauptfragenkomplexe:

Der erste Themenbereich umfaßt das Leben innerhalb der Familie. Zu ihm gehören Fragen wie: Welche Menschen lebten in der Familie? Wie waren die Beziehungen untereinander? Wie sah die Wohnung und die Zimmeraufteilung

aus? Wie war die Gestaltung der Geburtstage, der Feiertage und der Urlaube? Gab es entscheidende Ereignisse wie Umzüge oder Todesfälle? Wer war der Liebling in der Familie?

Der zweite Themenbereich umfaßt die Gefühlsebene innerhalb der Familie. Zu ihm gehören Fragen wie: Wie war die Emotionalität im Bereich von Freude, Aggression, Traurigkeit? Gab es Auseinandersetzungen? Wie waren Träume und Phantasien?

Der dritte Themenbereich umfaßt den Umgang mit dem Körper in Bezug auf Körperpflege, Kleidung, Körperkontakt und sexuelle Aufklärung. Zu ihm gehören auch Fragen nach dem Umgang mit dem Essen.

Der vierte Themenbereich umfaßt die Kontakte der Familie nach außen einschließlich des Kindergartens und der Schule. Zu ihm gehören Fragen wie: Inwieweit gab es Besuche und Kontakte mit Verwandten? Waren Beziehungen zur Nachbarschaft und zu Nachbarskindern vorhanden? Gab es Kinderfreundschaften im Kindergarten? Wie war das Erleben im Kindergarten und der Kontakt zu den Erzieherinnen? Wie war der Start in der Schule? Gab es Schulfreundschaften?

Die Interviews sollten einen Lebenszeitraum bis zum Schulbeginn erfassen. Alle Aussagen nach dem 10. Lebensjahr wurden bei der Auswertung nicht berücksichtigt. Im Verständnis der Humanstrukturologie *Ammons* wurde Sozialenergie im konstruktiven Bereich folgendermaßen operationalisiert: Begegnungen, die ein gutes und tiefes Gefühl hinterlassen haben; Anregung und Ernstnehmen von Denken und Fühlen; Stärkung des Selbstwertgefühls; Förderung der geistigen und menschlichen Existenz; Erkennen und Verstehen von Gefühlen; Vorhandensein von ethischen, moralischen, geistigen, politischen und religiösen Werten; liebevoller Körperkontakt; liebevolles Verständnis von Sexualität; Anforderungen zum Tun; Bestätigung und Unterstützung von Kontakt und Freundschaft; Ernstnehmen in Gesprächen; Freiraum für Spiel und Kreativität u.a. Das destruktive sozialenergetische Feld wurde folgendermaßen operationalisiert: offene Aggression, Verbote, Lebenseinengungen, Bestrafungen, Beschimpfungen und Zwänge bis hin zu Mißhandlungen; Zerstören und Abbrechen von Kontakten; Verbote auf Körper- und Sexualitätsebene; zerstörerische Erfahrungen im Spiel und Begabungsbereich u.a. Der defizitäre sozialenergetische Bereich wurde folgendermaßen operationalisiert: Mangel an Zuwendung und Interesse; Mangel an Körperkontakt trotz formaler Betreuung; Ignorieren von und Nicht-sprechen über Gefühle; Liebesentzug; fehlendes Verständnis von Eigenarten; Mangel an jeglichen bedeutsamen Begegnungen und Werten; symbiotische Beziehungen mit Selbstaufgabe; Verwöhnungs- und Versagungsbeziehungen; kein Verständnis für Spiel und Phantasie; Ignorieren des Bedürfnisses nach Kontakt zu anderen Menschen u.a.

Die von uns untersuchten Personen sind Patienten der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaike, einer Klinik für stationäre Psychotherapie und Psychosomatik, deren Behandlungsmethodik auf dem gruppendedynamisch-sozialenergetischen Konzept der Berliner Schule der Dynamischen

→ Psyche

→
Sitzprophetic

Psychiatrie von *Günter Ammon* beruht. Die Patienten sind laut ICD-Schlüssel mit der Diagnose einer Psychose eingewiesen worden und befinden sich noch nicht länger als vier Wochen in stationärer Behandlung. Keiner der Befragten steht zu einem von uns in einem therapeutischen Verhältnis, so daß also nicht mit verstärkten Übertragungsphänomenen zu rechnen ist. Alter, Geschlecht oder Beruf werden bei der Auswahl nicht berücksichtigt. Sieben Patienten werden von uns nach ihrer Einwilligung zu einem Interview befragt; zwei davon lehnen eine Teilnahme ab, da sie ein solches Interview nicht interessieren. Die anderen fünf werden von uns befragt, wobei es bei einem nur zu einem Vorinterview kommt. Zu Beginn des Interviews wird dem Patienten ein Einstimmungstext vorgelesen, in dem er darauf hingewiesen wird, daß es keine richtigen oder falschen Antworten geben kann, sondern daß es uns darum geht, seine subjektive Sichtweise auf seine frühe Kindheit zu erfassen. Alle Interviews werden mit Einwilligung der Patienten auf Tonband aufgezeichnet. Es wird ihnen ferner ein kurzer Anamnesebogen mit Fragen zum Alter, zum Geschlecht, zum Ausbruch der Krankheit usw. vorgelegt.

Die Auswertung der Interviews erfolgt in mehreren Schritten: Zuerst wird nach Durchführung der Interviews der situative Kontext erfaßt mit Angaben zum Aussehen, zur Erscheinung, zu Auffälligkeiten im Verhalten oder beim Erzählen, zur Atmosphäre des Gesprächs u.a. Dann wird eine kurze Inhaltsangabe der einzelnen Themenbereiche vorgenommen. In einem dritten Schritt wird ein Auswertungsschema erstellt, das die Kontaktbereiche innerhalb und außerhalb der Familie, die Ebene der Körperlichkeit und der Sexualität, die Gefühle, Träume und Phantasien in den Kategorien von defizitärem, destruktivem und konstruktivem sozialenergetischen Geschehen beschreibt. Als viertes werden alle Zitate eines Interviews gesammelt und nach den Themenbereichen des Leitfadens geordnet. Als fünftes werden diese Zitate dem oben beschriebenen Auswertungsschema durch Konsensbildung der Auswerter zugeordnet. Schließlich wird eine zusammenfassende Interpretation des Interviews erstellt. Jeder Text beginnt mit den Angaben zur Person und einer Beschreibung seines Verhaltens und Aussehens beim Interview; ferner geht jeweils eine Analyse des situativen Kontextes und eine Einschätzung der Qualität des Arbeitsbündnisses voraus.

Auswertung des Interviews mit Herrn V.

Herr V. ist 59 Jahre alt, von Beruf Ingenieur, geht aber seit über zehn Jahren keiner regelmäßigen Tätigkeit mehr nach. Er ist ein sehr begabter Künstler und hatte schon verschiedenste Ausstellungen, auf denen er seine Werke gut verkaufen konnte. Seit dem Krankheitsausbruch im Jahre 1969 war er wiederholt stationär psychiatrisch behandelt worden, einmal war er auch zwangseingewiesen worden wegen Gemeingefährlichkeit infolge eines Verfolgungswahns. Die Diagnose nach dem ICD-Schlüssel lautete manisch-depressive Psychose. Zum Zeitpunkt des Interviews wirkte Herr V. verwahrlost: Er ging barfuß, trug schmutzige Kleidung und war ungewaschen. Während des Inter-

views zeigte er sich offen und freundlich. Er sprach sehr viel, hatte seine Freude daran und nahm die Fragen sehr ernst. Er sprach bildhaft und spannend von seinen Kindheitserlebnissen, so daß man den Eindruck gewann, er lebe noch ganz in dieser Welt. Auffallend war allerdings, daß er auf Nachfragen ideenflüchtig wurde. Das Arbeitsbündnis kann insgesamt als gut angesehen werden.

Die Familie von Herrn V. lebte in einem schönen, großen Schulhaus mit vierzehn Zimmern, das mit Nußbaummöbeln von der Mutter eingerichtet war und das einen großen Garten besaß. Der Vater war Lehrer, die Mutter Hausfrau. Sie hatte eine große Verwandtschaft, die im gleichen Ort lebte und oft zu Besuch kam. Herr V. hatte noch einen älteren Bruder.

In dem Kontaktnetz innerhalb der Familie zeigte sich folgendes: Im Kontakt zum Vater war eine Überwertigkeit des destruktiven Bereichs festzustellen, er enthielt aber auch eine konstruktive Ebene; dagegen war keine Äußerung von Herrn V. in den defizitären Bereich einzuordnen. Der Kontakt zum Vater wurde von Strafen und Verboten, von Schlägen und Einsperren bestimmt. Herr V. sagte dazu selbst: »Ja, ich bin ziemlich viel geschlagen worden. . .«, »der Hausarrest, das war das Schlimmste, zwei Tage nicht aus dem Zimmer raus. . . ja, mit Vergitterung, die Tür wurde zugesperrt«. Das löste bei Herrn V. Rachegefühle aus. »Wie ich ihn umlege, wie er in die Erde kommt, wenn er mich bestraft hatte, dann habe ich ihm sofort Rache geschworen und habe es auch ausgeführt.« Auch lehnte er seinen Vater wegen seiner politischen Einstellung ab. »Leider Gottes war er bei den Nazis, und von da an habe ich ihn nicht mehr gemocht.« Im konstruktiven Bereich war der gemeinsame Bezug zur Natur für Herrn V. wesentlich. Er ging oft mit dem Vater in den Wald, bekam von ihm Naturkundeunterricht, oder sie sammelten zusammen Pilze und Beeren. »Also, von der Seite her mochte ich meinen Vater gut leiden.« Die Zuneigung wurde gegenseitig erlebt: »Der Vater mochte mich eigentlich gern, nur streng war er.« Ebenfalls beschrieb Herr V. den Lehrerberuf des Vaters, seine Interessen wie Bienenzucht und Ahnenforschung und seine Liebe zur Malerei als positiv.

Der Kontakt zur Mutter war hauptsächlich im defizitären Bereich angesiedelt. Sie entzog sich dem direkten Kontakt und war die meiste Zeit mit Arbeit im Haushalt und mit Putzen beschäftigt, »weil sie so einen Putzteufel gehabt hat«. Im destruktiven Bereich drückte sich die Beziehung zur Mutter durch ihr Verbot aus, mit anderen Kindern zu spielen. Auch fütterte sie Herrn V. zwanghaft, obwohl er das Essen nicht mochte. Die Beschreibung der Mutter enthielt konstruktive Seiten wie ihr Engagement für die Kindererziehung des Ortes oder ihre Vorliebe für Dinge wie Blumen und schönes Wohnen. Auch in der Beziehung der Eltern untereinander zeigte sich sowohl die destruktive als auch die konstruktive Ebene. Es gab einerseits viel Streit zwischen den Eltern, andererseits hatte er auch das Gefühl: »Die haben ja doch auch sehr zusammengehalten, meine Mutter hat den Vater gerne gemocht und umgekehrt.«

Die Beziehung zu dem älteren Bruder lag durchweg im destruktiven Bereich und war von Rivalität und Eifersucht bis hin zum Haß gekennzeichnet. Die Mutter bevorzugte den Bruder wegen der besseren schulischen Leistungen. »Meinen Bruder hat sie immer bevorzugt, meine Mutter, das hat mich zur Raserie gebracht, immer der Gescheite, der Schnellere, mit den guten Noten in der Schule«. Der Vater bevorzugte den Bruder ebenfalls. Herr V. sagte dazu: »Ich mußte immer arbeiten, mein Bruder mußte bei meinem Vater nichts tun«. Über sein Verhältnis zu seinem Bruder sagte Herr V.: »Mit meinem Bruder habe ich mich oft verprügelt. Nachts in den Betten habe ich ihn überfallen, wollte ihn ersticken, den habe ich gehaßt, lange Zeit«.

Die Beziehung zur Verwandtschaft war vorwiegend destruktiv geprägt. Die Familie mütterlicher- und väterlicherseits war zerstritten. Der Bruder der Mutter wurde sogar in besonderen Fällen zur Bestrafung der Kinder herangezogen. »Das ist meistens dann geschehen, wenn der Onkel Emil mit einem Eilzug angereist ist, wenn was Schlimmes war, der hatte diese Hausarreste verhängt«.

Die Familie hatte zwar moralische Vorstellungen; Herr V. sagte dazu: »Ein humanistisches Weltbild hatte mein Vater, daß man z.B. nicht stiehlt, aber ganz im Gegenteil, das mache ich gerade extra«. Aber sie war trotzdem im allgemeinen von destruktiven bis hin zu faschistischen Einstellungen bestimmt; so wurde die Mutter beispielsweise eineinhalb Jahre zur Entnazifizierung interniert.

Im Gefühlsbereich war durchweg destruktive Angst und destruktive Aggression festzustellen. »Die haben mich also mit Furcht erzogen, ...am schlimmsten war, daß sie mich mit diesen Fabelwesen, mit diesen Geistern erschrecken haben«. Herr V. sagte weiter: »Ich war ein ziemlich ängstliches Kind, das ist ein Hauptmerkmal meiner Kindheit, ich war von Angst geprägt und Schuldgefühlen, weil die Verbote so stark waren und ich die immer übertreten habe.« Die destruktive Aggression war hauptsächlich durch die sogenannten Racheaktionen bestimmt. Einmal zerstört Herr V. das Bienenhaus des Vaters, ein anderes Mal zerschlägt er alle Fenster im Haus, oder er macht Möbel mit Nägeln kaputt, auch quälte er Tiere wie Frösche und tötet sie. Lediglich mit Traurigkeit wurde positiv umgegangen. »Wenn ich traurig war, waren die immer da, und niemand war böse.« Freude konnte Herr V. erleben, wenn seine Eltern seine Malerei lobten. »Wenn sie meine Zeichnungen bewundert haben, dann habe ich mich auch gefreut.«

Der Bereich der Körperlichkeit war im defizitären Bereich einzuordnen. Von Herrn V. wird alles, was Körperpflege, Kleidung und Essen betrifft, als negativ erlebt. So sagte er z.B.: »Waschen, das war ein Angriff auf meine Person.« Positiv wurde nur die Zuwendung bei Krankheiten erlebt. Im Bereich der Sexualität gab es kein aufklärendes Gespräch. Er sagt: »Ja, ein furchtbares Tabu, ein Sexualtabu, das war schrecklich alles.«

Die Familie hatte zwar, wie bereits erwähnt, viel Kontakt zur Verwandtschaft, es gab aber wenig Kontakt außerhalb der Familie. Auch Herrn V. hatte

wenig Kontakt zu anderen Kindern und keine Schulfreundschaften. In der Schule galt er als schlechter Schüler, und er war als Sohn eines Lehrers Außenseiter. Ein insgesamt konstruktiver Bereich war der Spielbereich, der für ihn ein großer Freiraum war. Er sagte dazu: »Ich habe sehr viel mit Sand gespielt. . . da war ich studenlang und habe meine Städte gebaut, mit Straßen, und da habe ich mich unheimlich gut amüsiert.«

Zusammenfassend kann man zu dem sozialenergetischen Familienfeld Herrn V.'s sagen, daß der destruktive Kontaktbereich überwiegt, gleichzeitig aber auf allen Ebenen konstruktiver Kontakt vorhanden war. Herr V. drückte es so aus: »Kontakt war immer da, entweder positiv oder negativ.« Zwischen seinem Erleben in der Kindheit und seiner jetzigen Krankheit sieht Herr V. folgende Beziehung: »Diese Wahnideen, die sie da in mir erzeugt haben, und diese Angstzustände, diese permanent übermäßige Angst, kommt auf jeden Fall daher.«

Auswertung des Interviews mit Frau W.

Frau R. ist eine 40jährige Frau, die aber wie ein junges 19jähriges Mädchen wirkt. Sie ist Angestellte im öffentlichen Dienst unverheiratet und lebte bis zu ihrem jetzigen Krankenhausaufenthalt alleine. Mit 19 Jahren erkrankte sie das erste Mal. Seitdem wurde sie wiederholt stationär aufgenommen. Sie war mit der Diagnose einer paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie nach dem ICD-Schlüssel eingewiesen worden. Nach der ersten Kontaktaufnahme mit ausführlichen Erklärungen unsererseits kam es zu einem guten Arbeitsbündnis. Sie kam zuverlässig zum Termin, wirkte sehr lieb und freundlich und war adrett gekleidet. Der Erzählfluß war langsam, ausführlich, wobei Frau W. immer wieder nach Worten suchte. Die Familie von Frau W. lebte sehr beengt in einer Einzimmerwohnung ohne Bad, nur mit Küche. Die Einrichtung war bescheiden, eher ärmlich. Allerdings war ein Bücherregal vorhanden. Als Frau W. drei Jahre alt war, verließ der Vater die Familie. Sie selbst lebte bis zu ihrem 7. Lebensjahr bei ihrer Großmutter. Sie hatte von da ab keinerlei Kontakt mehr zu ihrem Vater. Als sie sieben Jahre alt war, kehrte sie in die alte Wohnung zu ihrer Mutter zurück, die sich erneut verheiratet hatte.

An den Kontakt zu ihrem leiblichen Vater erinnert sich Frau W. wenig, hatte jedoch eine eher positive Erinnerung an ihn. Sie sagte: »Vielleicht war ich auch der Liebling meines richtigen Vaters, als er noch da war. . . Ich erinnere mich an Erlebnisse, da war mein Vater sehr lieb.« Den Kontakt zur Mutter beschrieb sie nur im defizitären und destruktiven Bereich. So wird die Mutter als zwanghaft ordentlich in der Wohnung geschildert, und Frau W. meint: »Ich war zwar das Kind meiner Mutter, aber nicht ihr Liebling.« Im destruktiven Kontaktbereich sagt sie: »Und irgendwann nahm meine Mutter die Puppe und warf sie vor meinen Augen ins Feuer. Ich war völlig von Sinnen. Ich verstand das überhaupt nicht. Aber ich konnte mich auch nicht mitteilen. Meine Mutter lachte sogar noch. Jedenfalls guckte sie mich an, vielleicht freute sie sich, daß nun die alte Puppe verbrannte.« Die Mutter ließ Frau W. oft allein, und

sie erinnert sich, daß sie zuerst immer viel geschrien hat und dann dafür geschlagen wurde. »Ich lag in meinem Gitterbettchen und war wohl allein in der Wohnung und muß furchtbar geschrien haben. Meine Mutter hat dies erfahren und mich verhauen. Und so lernte ich, daß man auch nicht schreien darf, wenn man alleine ist.«

Der Kontakt mit der Großmutter hingegen wurde als durchweg positiv und konstruktiv erlebt. Die Großmutter wurde von Frau W. als die klügste, angenehmste, intelligenteste Person, die positivste Person in der Familie geschildert. Sie sagte zu dieser Beziehung: »Ich war der Liebling meiner Oma, ich war auch ihr Sonnenschein in ihrem Leben.« Defizitär wurde sowohl bei der Großmutter als auch bei der Mutter erlebt, daß in der Familie nicht über Wesentliches gesprochen wurde.

Der Kontakt zum Stiefvater war geprägt von gegenseitiger Ablehnung, also im destruktiven Bereich. »Ich war nicht der Liebling meines Stiefvaters, ja ein Mensch, den er eben dulden mußte, aber es wäre angenehmer für ihn gewesen, wenn ich nicht da gewesen wäre.« Sie sagt weiter: »Mit meinem Stiefvater zusammenzuleben, dies war die schlimmste Zeit in meinem Leben.« Sehr destruktiv wurde auch erlebt, daß die Mutter sie vor dem Stiefvater gewaschen hatte. »Also heute kann ich sagen, daß das eine ganz unmögliche Situation war, daß meine Mutter mich präsentierte vor einem fremden Mann.« Auch später, als sie sich selbst waschen konnte, wollte der Vater immer dabei sein. Es kam dadurch zu einer starken inneren Spannung in Frau W., worüber aber nie gesprochen wurde. Den Kontakt zwischen Stiefvater und Mutter beschrieb Frau W. als defizitär: »Die haben eben zusammen gelebt, und meine Mutter hat irgendetwas gemacht in der Wohnung, und der Mann war meistens auch in der Wohnung und hat Radio gehört.«

Der Kontakt zu Verwandten und Bekannten war ebenfalls im defizitären Bereich anzusiedeln. Die Verwandten kamen höchstens einmal im Jahr zu Besuch. Frau W. erinnerte sich auch nicht an Freunde im Kindergarten. Erst in der Schule erwähnt sie Kontakt zu Mitschülern.

Ebenfalls lag der Kontakt zu Tieren im defizitären Bereich. Frau W. hatte zwar eine Schildkröte, die allerdings starb, weil sie nicht genügend gepflegt wurde. Frau W. konnte von keinen konstruktiven Freiräumen berichten, abgesehen von Tagträumen, die man aber in den defizitären Bereich einordnen würde. So sagt sie: »Ich kann mich an keine Lieblingsspiele erinnern. Ich habe sehr viel geträumt in meiner Kindheit. In vielerlei Hinsicht beschäftigte man sich mit mir gar nicht.«

Der Gefühlsbereich der Familie war stark defizitär. Frau W. mußte allein mit ihren Gefühlen fertig werden. Man sprach einfach nicht über Gefühle. »Ich kann mich nicht erinnern, daß ich Angst hatt, und wenn ich mal traurig war. . . habe ich auch niemandem meine Gefühle mitgeteilt, weil es nicht üblich war, über irgend etwas zu reden.« Es kam allerdings zu Durchbrüchen destruktiver Aggression. Die Familie vertrat keine moralischen oder ethischen Werte. ». . .man hat mich nie aufgeklärt, daß ich ein guter Mensch sein soll.«

Das drückt sich auch in den Festen aus. Frau W. erinnert sich an ein Weihnachtsfest: »Ich erkannte, daß diesen Weihnachten etwas fehlte, und zwar die tiefe, besondere Bedeutung des Heiligen Abends. Und ich hatte diese tiefe Traurigkeit, daß dieser Familie etwas fehlte.«

Der Bereich der Sexualität war im defizitären Bereich eingeordnet. Aufklärung gab es nicht, über Sexualität wurde nicht gesprochen. Obwohl Frau W. bis zu ihrem 17. Lebensjahr im gleichen Zimmer mit den Eltern schlief, hatte sie nie irgend etwas Körperlich-Sexuelles wahrnehmen können. Destruktiv war allerdings eingeordnet ein Kindergartenerlebnis mit einem kleinen Jungen, dem sie sich nackt gezeigt hatte, worauf sie von der Mutter körperlich gezüchtigt wurde. Sie sagte dazu: »Über dieses Erlebnis habe ich gelernt, daß Sexualität etwas sehr Böses war, und daß man solche Gefühle unterdrücken muß und einfach nicht haben darf.«

Zusammenfassend kann man sagen, daß das sozialenergetische Familiengeschehen bei Frau W. stark defizitär bestimmt war mit einzelnen destruktiven Kontaktinseln. Positiv und konstruktiv war der Kontaktraum mit der Großmutter. Der einzige Freiraum waren Tagträume. Sie beschrieb es selbst folgendermaßen: »Also es vergingen Tage, es vergingen Wochen, es vergingen Monate, und man lebt, und ich wurde größer. Aber irgendwie war es ein ganz sinnloses Leben, in dem es nie irgendwelche tiefen oder hohen Werte gab. Ich habe heute noch Angst, ein solches Leben zu führen.« Frau W. brachte ihre Krankheit insofern mit diesem vorwiegend defizitären Geschehen in Beziehung, als sie sagte: »Nie bin ich an irgendetwas liebevoll herangeführt worden, und es gab auch keine Bildung in der Familie, daß man Wissen mitteilte oder den anderen auf etwas aufmerksam machte. Niemand kümmerte sich um mich. Erziehung war höchstens durch Strafen. Jahr für Jahr schleppte ich meine Ängste und Schwierigkeiten mit mir herum, die immer schlimmer wurden.«

Auswertung des Interviews mit Frau X.

Frau X. ist eine 30jährige Frau. Sie ist von Beruf Sekretärin, arbeitete aber in den letzten Jahren vor Klinikaufnahme als Helferin in einer sozialen Einrichtung. Sie erkrankte zum ersten Mal, als sie 24 Jahre alt war, indem sie psychotisch reagierte, da sie den konkreten Arbeits- und Kontaktanforderungen an ihrer Arbeitsstelle nicht gerecht werden konnte. Durch die Diagnose 'frühkindliche Hirnfunktionsstörung' wurde sie von Kindheit an als Behinderte mit einer Sprachstörung behandelt. Sie wurde mit der Diagnose »schizophrene Reaktion mit depressiver Symptomatik« in der Klinik Mengerschwaige aufgenommen. Gern willigte sie in das Interview ein, hatte allerdings Bedenken, ob sie wegen ihrer Sprachschwierigkeiten verstehbar wäre. Während des Interviews bemühte sie sich, sehr deutlich zu sprechen, schweifte allerdings sehr oft zu ihrem momentanen Erleben in der Klinik ab.

Obwohl sie sich an vieles aus ihrer Kindheit nicht mehr erinnern konnte, bemühte sie sich sehr, die Fragen zu beantworten, und es kam zu einem zufriedenstellenden Arbeitsbündnis.

Frau X. ist eine korpulente junge Frau. Sie wohnte mit ihrer Familie in einer Drei-Zimmer-Wohnung in einem der typischen neuen Wohnviertel. Mit der vier Jahre jüngeren Schwester hatte sie ein gemeinsames Kinderzimmer. Die Mutter war Hausfrau und widmete sich voll der Kindererziehung, besonders kümmerte sie sich um das behinderte Kind. Der Kontakt zur Mutter war zwar vorwiegend positiv dargestellt, aber hauptsächlich auf der Ebene der Behinderung. »Ich meine, sie hat auch viel gemacht für mich, was ihr möglich war. Sie war viel Hilfe für mich.«

Der Vater war Buchdrucker und kaum zu Hause. So schildert sie den Kontakt zum Vater auch hauptsächlich defizitär. »Er hat es in der Familie halt ausgehalten, er mußte nur arbeiten, er war der einzig Arbeitende in der Familie.« Er ordnete sich der Mutter voll unter. »Er war auch der Schwächere von meinen Eltern, er mußte absolut nach meiner Mutters Pfeife tanzen.« Konstruktiv erlebte sie im Kontakt zum Vater, daß er viele Ausflüge mit der Familie machte und reges Interesse an geschichtlichen Bauten zeigte.

Der Kontakt zur Schwester war geprägt von Rivalität und Eifersucht, die allerdings nie offen ausgetragen wurden. Sie fühlte sich ihrer Schwester immer unterlegen. »Die hat sich immer in den Vordergrund gespielt, sie kann auch besser mit Menschen umgehen. Sie hat auch soviel besser ausgesehen.«

Zusammenfassend beschrieb Frau X. den Kontakt in der Familie: »Einerseits war ich der Mittelpunkt, weil ich besonders viel Zuwendung gebraucht habe. . . keiner hat gewußt, was er mit mir anfangen soll. Sie mußten mit mir schauen, wie sie zurecht kamen.« Der Gefühlsbereich ist ausgesprochen defizitär einzuordnen. »Ich hatte eigentlich keine Angst, ich war ja total abgekapselt gewesen. Es gab keine Aggression. Frau X. sagte: »Ich habe mich nie geärgert. . . keine Gefühle zu haben, das war brav.« Durchgehend ist, daß sie sich als behindert behandelt fühlt und nicht als Mensch mit Gefühlen gesehen wird. Nur bei Verletzungen wurde sie getröstet. Ebenso wenig hatte Frau X. Phantasien: »Phantasien, nein, da habe ich total abgeschaltet, so innerlich; daß Wünsche da waren, kann schon sein. Aber scheinbar war da immer die Behinderung im Vordergrund.«

Auch die Großeltern erlebten sie als arme kleine Behinderte. Der Kontakt zur Nachbarschaft ist allerdings konstruktiv zu sehen; er drückte sich vor allem in Spielen mit den Nachbarskindern aus. Destruktiv erlebte sie hier, daß sie, sobald sie bewußt denken konnte, auch hier als arme Behinderte gesehen und belächelt wurde. Destruktiv erlebt sie weiterhin den Kontakt zum Psychiater, der die Behinderung bei ihr festgestellt hatte und sie sogar in ein Behindertenheim einweisen wollte.

Die Familie wurde auch als defizitär in Hinblick auf moralische, religiöse oder politische Werte erlebt. Auch die Körper- und Sexualitätsebene erlebte sie als defizitär, abgesehen von einzelnen destruktiven Erfahrungen, z.B. wurde das Essen destruktiv eingeordnet. »Ich habe mir das Essen richtig reinwürgen müssen, es war auch viel Trotz dabei, da waren immer Kämpfe und Auseinandersetzungen wegen des Essens.« Weiter sagte Frau X.: »An Zärtlichkeit

ten in der Familie kann ich mich nicht erinnern«. Es gab auch keinerlei Aufklärung oder Erinnerungen an Doktorspiele oder ähnliches. Einmal zerriß der Vater die Zeichnung eines Liebespaares vor ihren Augen, was sie als sehr schlimm erlebte.

Der konstruktive Bereich in der Familie wird von ihr im Bereich der Festlichkeiten, der Geburtstage und der Ausflüge gesehen. Es wurden immer viele Menschen, vor allem die Nachbarn, eingeladen. So sagt sie zum Beispiel zu einem Faschingsfest: »Ja, einmal war ich Prinzessin, und wir hatten auch immer schöne Faschingsfeiern im Keller. Da haben sämtliche Familien im Haus zusammengeholfen. Das war eigentlich schön.«

Sie durfte keinen Kindergarten besuchen. In der Sprachheilschule wurde sie zwar viel gelobt, aber wenig gefordert. Sie hatte keine Kontakte zu den Mitschülern und kann sich an guten Kontakt nur zu einem Lehrer erinnern.

Zusammenfassend kann man das sozialenergetische Feld von Frau X. überwiegend im defizitären Bereich einordnen. Die Behinderung empfand sie wegen der damit verbundenen Verwöhnhaltung als sehr lebensbeeinträchtigend. Sie selbst sagt dazu: »Sie haben mich nie als Menschen gesehen, nur als Behinderte. Das hängt mir heute noch nach.« Frau X. verbindet dieses Geschehen in der Familie auch mit ihrem jetzigen Krankheitszustand. »Es ist so, daß ich immer noch an meiner Behinderung festhänge. Das hat sicher mit meiner Behinderung zu tun.«

Auswertung des Interviews mit Herrn Y.

Herr Y. ist ein etwa 20jähriger junger Mann und hat einen kunsthandwerklichen Beruf erlernt. Er erkrankte erstmals 1988, als er infolge von Drogenmißbrauch psychotisch reagierte. Schon während seiner Schulzeit war er durch kriminelles Verhalten und Verhaltensstörungen aufgefallen. Zur Zeit des Interviews befand sich Herr Y. vier Wochen in der Klinik. Er war mit der Diagnose »Schizophrenie« eingewiesen worden. Herrn Y. erklärte sich nur aufgrund unserer Versicherung, daß das Interview für wissenschaftliche Zwecke verwandt wird, dazu bereit, unsere Fragen zu beantworten. Er ist ein attraktiver, schlanker, lässig, aber sauber gekleidet junger Mann mit freundlicher Ausstrahlung. Beim Interview war er ernsthaft bemüht, alle Fragen ausführlich, sorgfältig und offen zu beantworten. Das Arbeitsbündnis kann man als sehr gut bezeichnen.

Die Familie von Herrn Y. lebte in einem sog. Asozialen-Viertel in einer Ein-Zimmer-Wohnung, ohne Badezimmer, nur mit einer Außentoilette. Die 15 und 13 Jahre älteren Schwestern, die Mutter und er lebten in einem Raum. Der Vater hatte die Mutter bereits einmal nach der Geburt des zweiten Kindes verlassen, um sich der Fremdenlegion anzuschließen. Vor der Geburt von Herrn Y. verließ der Vater die Mutter erneut. Der Kontakt zum Vater war dementsprechend gering. Es gab nur ganz wenig Begegnungen: »Er ist nur mal betrunken gekommen, morgens um drei Uhr, und hat uns aus dem Bett geholt, wollte mich sehen und ist dann wieder gegangen. Er hat auch nie ein

Geburtstagsgeschenk für mich übrig gehabt, weder Geld noch sonst etwas.« Der Kontakt zur Mutter war im wesentlichen defizitär geprägt. Sie hatte kaum Zeit, da sie sehr viel arbeiten mußte, um die Familie zu ernähren. »Meine Mutter hatte nur ein einziges Hobby, das war Arbeit, Arbeit, Arbeit.« Tagsüber wurde Herr Y. die meiste Zeit allein gelassen.

Ab und zu kam es zu äußerst destruktivem Geschehen. So setzte Herr Y. einmal die ganze Wohnung in Brand. »Die Mutter hat mich mit dem Teppichklopfer durch die ganze Siedlung gejagt. Ich bin oben im Baum gesessen mit einer Schleuder und habe auf meine Mutter gezielt.« Die Mutter konnte solch einem destruktiven Geschehen keine Grenzen setzen.

Die Beziehung zu den älteren Schwestern ist im defizitären Bereich anzusiedeln. »Ja, man könnte mich auch als Einzelkind beschreiben, weil ich eine große Distanz zu ihnen gehabt habe.« Zu den Verwandten gab es keinen Kontakt, weil wir damals mehr oder weniger als Asoziale in der Familie galten und unsere Verwandten wenig von uns wissen wollten. Dagegen war der Kontakt zu der Nachbarschaft und zu den Menschen, die mit ihnen in dem sogenannten Ghetto lebten, für Herrn Y. in der frühen Kindheit konstruktiv. Die Familie bekam jeden Abend Besuch. »Es war vom sozialen Standpunkt aus eigentlich eine sehr gute Kommune. Da ist auch keiner verhungert. Auch ältere Menschen wurden ernährt.«

Der Gefühlsbereich kann im wesentlichen als defizitär eingestuft werden. Herr Y. sagt von sich selbst, daß er kaum Gefühle spüre, weder Angst, noch Schüchternheit, noch Traurigkeit. Demgegenüber ist die Aggression sehr stark destruktiv ausgeprägt. »Wenn ich wirklich in Ekstase bin, da sehe ich nur noch rot. . . Da habe ich auch aufgehört mit dem Kampfsport.«

Die Körperebene war bei Herrn Y. ebenfalls destruktiv. In seiner Kindheit hatte er viele Verletzungen und schwere Krankheiten, wie z.B. Meningitis. An einen zärtlichen Körperkontakt kann er sich nicht erinnern. Über Sexualität wurde nicht gesprochen, eine sexuelle Aufklärung gab es nicht. Obwohl die Familie sehr eng in einem Zimmer zusammenwohnte, konnte er sexuelles Geschehen nur ahnen. Beispielsweise mußte er die Wohnung verlassen, wenn seine älteren Schwestern Freunde zu Besuch hatten. Einen konstruktiven Freiraum erlebte Herr Y. zum einen beim Sport wie Fußball, Rollschuhlaufen und Boxen, zum anderen beim Sammeln von Münzen, Briefmarken und Spielzeugautos.

Das Leben mit den Nachbarn und ihren Kindern wirkte sich allerdings destruktiv aus. Er bezeichnet sich selbst als Straßenkind, das stahl und bereits mit sechs Jahren Autos aufbrach. Mit den Kindern auf der Straße führte er hauptsächlich Bandenkämpfe durch. Außer ihnen hatte er keine Spielkameraden. Mit vielen Kindern durfte er nicht spielen, weil er der »Gassenjunge« war. Nach kurzer Zeit nahm ihn die Mutter aus dem Kindergarten, weil sie festgestellt hatte, daß er mit einer Kindergärtnerin nicht zurecht kam. Auch in der Schule blieb er ohne Freunde; er hatte große Lernschwierigkeiten und wurde zum Klassenkasper.

Zusammenfassend kann man sagen, daß das sozialenergetische Feld innerhalb der Familie stark defizitär war. Weil keinerlei Grenzen oder adäquate Erziehungsmaßnahmen vorhanden waren, kam es zu außergewöhnlichem destruktiven Verhalten von Herrn Y. Er sagt dazu: »Also, ich bin eigentlich, man kann fast sagen, antiautoritär erzogen worden. Ich war also sehr oft auf mich allein gestellt.« Herr Y. setzt dieses Erleben zu seiner jetzigen Krankheit in Beziehung: »Auf jeden Fall die Erziehung, eine richtig konstante Erziehung, hat mir mit Sicherheit gefehlt. Auch eine gewisse Räumlichkeit, daß ich mich auch besser entfalten kann. . . Ich war ein Straßenjunge, das war schlimm und tragisch, und auch mein schulisches Problem. Der Vater war ja auch nicht da. Das hat man als Kind schon irgendwie gespürt, daß er nicht da war.«

Mit dieser Untersuchung sollte den Patienten selbst Gelegenheit gegeben werden, das sozialenergetische Feld, in dem sie aufgewachsen waren, darzustellen. Auffallend ist, daß die drei Patienten mit der Einweisungsdiagnose »Schizophrenie« in ihren Ausführungen überwiegend ein sozialenergetisch defizitäres Feld mit jeweils unterschiedlich starken destruktiven Kontaktabbrüchen darstellten. Durchgehend destruktiv war hingegen das Feld des Patienten mit der Einweisungsdiagnose »manisch-depressive Psychose« dargestellt, wobei hier viele konstruktive Bereiche, die dem Patienten zur Verfügung standen, auffielen.

Wie anhand der einzelnen Interviews in ihrer Auswertung deutlich wurde, schildert jeder Patient ein für ihn individuelles sozialenergetisches Geschehen, wo er als Mensch und Person mit seinen verschiedenen Bereichen spürbar und dadurch auch verstehbar wird. Man kann davon ausgehen, daß sich bei einer erweiterten Untersuchung auf qualitativer Basis das nach wie vor bestehende herkömmliche Verständnis von Schizophrenie und psychotischem Geschehen als letztlich uneinfühlbar und psychotherapeutisch unbehandelbar aufheben könnte. Selbst bei den schweren Erkrankungen der untersuchten Patienten konnte jeweils ein konstruktiver Bereich festgestellt werden, der für die Therapie genutzt werden und die Herstellung eines therapeutischen Arbeitsbündnisses ermöglichen könnte.

Zusammenfassend möchten wir sagen, daß diese ausführlichen Selbstzeugnisse unserer vier untersuchten Patienten auf den vielfältigen Ebenen des Kontaktgeschehens, Erlebensfeldes und Wertegefüges ihrer primären Lebensgruppe überzeugend den Zusammenhang zwischen ihrer Erkrankung und dem überwiegend defizitär-destruktiv strukturierten gruppensozialenergetischen Feld dokumentieren.

Wesentlich für die dynamisch-psychiatrische Behandlung der Erkrankung ist, den Menschen in seiner Persönlichkeit auch mit seinen konstruktiven Möglichkeiten und Ansätzen zu sehen. Ihm muß dabei geholfen werden, die destruktiven und defizitären Bereiche, die sich nicht anders entwickeln konnten, einer prozeßhaften Entwicklung zuzuführen, wie es z.B. im sozialenergetischen Feld einer Dynamisch-Psychiatrischen Klinik mit verbalen und nonverbalen Therapieformen geschehen kann.

*Investigations of the Socialenergetic Life Fields of Schizophrenic Patients
by Biographical Interviews*

Maria Berger (Berlin/Munich), Renate Bez (Munich)

Proceeding from *Karl Leonhard's* statement »We still know much too little about schizophrenia« the authors would like to introduce the common theories of the aetiology of schizophrenic illness. Firstly they discuss the biochemical neuroradiological and neurophysiological changes which are quoted as verification for a somatic genesis of schizophrenia, also *Freud's* views which regard schizophrenia as a regression to an early stage of the oral phase. Furthermore the concept of vulnerability with its assumption of an inherited disposition to become schizophrenic. In the present research into schizophrenia a multifactorial concept of the development of schizophrenic illness has become widespread. This concept attempts to form a synthesis between the biological, psychological psychosocial aspects, but always supposes a premorbid personality.

Contrary to this concept the Berlin School of Dynamic Psychiatry of *Günter Ammon* views the human being as primarily constructive who only becomes destructive or deficient in his personality and his contact to this environment through groupdynamic-socialenergetic influences. Depending upon how the groupdynamic-socialenergetic field is structured in which the child grows up, a person will develop in health or in illness. As far as the schizophrenic illness is concerned it is postulated that it is a consequence of deficient or destructive groupdynamic-socialenergetic experiences in childhood.

It is the concern of the authors to investigate how schizophrenic reacting patients experience the groupdynamic-socialenergetic field in which they grew up and its relationship to their illness. Until now these questions have not been dealt with in the research into schizophrenia. There are investigations using methods of interview, but there the patient is not taken into consideration with his emotionality and his experiences of family and childhood. For their investigation of the socialenergetic life field of schizophrenic reacting patients the authors choose the method of qualitative interviews from *Wiedemann* (1984) and *Witzel* (1985). Hereby the researchers immerse themselves in the environment in which they want to research, collect evidence and interpret it afterwards. An interview guidance records four topics, i.e. life within the family, emotionality within the family, body care and physical contact, relationships outside the family.

Following the humanstructurology, social energy (*Ammon* 1982) is operationalized in its constructive part by encounters which left a deep and good feeling, existence of ethical values, loving body contact, support of friendships etc. In its destructive part it is operationalized by restrictions, punishment and maltreatment, prohibition of sexuality, destruction of contacts etc. In its deficient part it is operationalized by lack of interest, withdrawal of love, lack of understanding for play and imagination etc.

The analysis of the exhaustive taped recorded interviews was made using the method of the qualitative content analysis by two researchers who respectively supervised each other. The interviewed patients who all belonged to the category of psychotic reacting had been inpatients in the Dynamic Psychiatric Hospital Mengerschwaike not more than four weeks when the interviews took place. They participated voluntarily and had no therapeutic relationship to the interviewers. The analysis of the interviews was completed using quotations.

The first patient, Mr. V., was the only one who had been admitted with the diagnosis of manic-depressive psychosis. He talked vividly about his childhood. The relationship to his father was mainly destructive and formed by prohibitions and punishment whereas the relationship to his mother was mainly deficient because she avoided direct contact. The relationship to his elder brother was characterized by jealousy and hate. It could be categorised as destructive as was the relationship to his relatives. Concerning emotionality, the physical contact was deficient. Although Mr. V.'s life field was mainly destructive, interestingly constructive parts could be found in all tropics. Mr. V. is convinced that his paranoia and anxieties result from his experience in childhood.

The second patient, Ms. W., was admitted with the diagnosis of schizophrenia. She talked slowly and had to keep looking for words. When she was 3 years old her natural father left the family. The mother often left her alone and when she cried for this reason she was beaten by her. The contact to her grandmother by whom Ms. W. lived for four years was experienced as constructive because she was her favorite. Feelings, emotionality and sexuality were not spoken about. Mostly Ms. W.'s life field in her childhood was experienced as socialenergetically deficient with isolated destructive parts. She sees a direct connection to her illness.

The third patient, Ms. X., was also diagnosed as schizophrenic. She made efforts to answer the questions carefully although she could not remember much of her childhood. She said that no one in her family knew to treat her. Because of a speech defect she was regarded as a pitiful disabled. All together Ms. X.'s life field was also social-energetically deficient.

The fourth patient, Mr. Y., took part in the interview only because he was assured that it was for scientific purposes. Then he seriously answered. The relationships to his father and to his mother were both mainly deficient although occasionally destructive behaviour was evident. The contact to his two much elder siblings was deficient. The contact to the neighbourhood was obviously destructive. Mr. Y. only had constructive possibilities in sport.

The authors summarize the findings of their research: three of the patients diagnosed as schizophrenic showed a mainly deficient socialenergetic life field with differing amounts of destructive breaking off of contacts. The only patient admitted with the diagnosis of a maniac-depressive psychosis displayed a mainly destructive socialenergetic life field with a lot of constructive parts.

The authors are convinced that the common concept of schizophrenia or psychosis as incomprehensible and causally untreatable could be revoked by an exhaustive investigation on a qualitative level. A constructive part could be found by all investigated patients which could be used to build a therapeutic alliance. The authors take their findings as documentation of the theory of the Dynamic Psychiatry of *Günter Ammon* which understands archaic ego-illnesses such as schizophrenia or psychosis, to have originated in a deficient and destructive groupdynamic-socialenergetic field. In conclusion the authors emphasize that in the dynamic psychiatric treatment the constructive parts of a person should be seen and that the destructive and deficient parts should be transformed in the therapeutic process.

Literatur bei den Verfassern

Adressen der Autoren:
Dipl. Psych. Maria Berger
Fasanenstraße 61
1000 Berlin 15

Dipl. Psych. Renate Bez
Zeppelinstraße 55
8000 München 90

Die Stellung der Psychotherapie im System der Rehabilitation psychisch Kranker (Ergebnisse aus 20 Jahren der klinischen Beobachtung und Forschung)***

M.M. Kabanov*, V.D. Wied** (Leningrad)

Die Autoren analysieren in ihrem Beitrag den Stellenwert der Psychotherapie innerhalb der Psychiatrie der UdSSR: aufgrund der bis zum Perestroika-Wandel dauernden ideologischen Fixierung in der sowjetischen Psychiatrie und des damit einhergehenden vulgärmaterialistisch geprägten linearen Kausal Denkens und des biologistischen Verständnisses psychiatrischer Krankheiten war bis vor kurzem wenig Raum in der UdSSR für die theoretische Reflektion und die praktische Anwendung psychotherapeutischer Methoden in der Psychiatrie — mit Ausnahme weniger psychotherapeutischer Forschungsinstitutionen wie des Bechterew-Instituts in Leningrad, in dem Kabanov in der zweiten Hälfte der 60er Jahre seine psychotherapeutische Schule begründet hat. Im zweiten Teil der Arbeit skizzieren die Autoren die Grundelemente der Rehabilitationstheorie von Kabanov als einer ganzheitlichen, systemhaften Betrachtungsweise des kranken Menschen in seinen biologischen, psychologischen und sozialen Dimensionen. Diesem holistischen Menschenbild entspricht eine multidimensionale Therapiemethodik mit den Grundprinzipien der partnerschaftlichen, therapeutischen Beziehung, der Einheit psychosozialer und biologischer Methoden und der Kontinuität der therapeutischen Versorgung in den verschiedenen Stufen und Institutionen der Behandlung, deren individuelles, auf den jeweiligen Patienten abgestimmtes Behandlungsprogramm mit Hilfe einer mehrdimensionalen Diagnostik auf der Grundlage transmodellärer psychotherapeutischer Konstrukte im Rahmen eines funktionalen Interaktionskonzeptes entworfen wird und auf seine Effizienz während der Therapie und in katamnesticen Forschungen nach der Behandlung überprüft wird.

Ziel der psychotherapeutischen Behandlung ist die Rehabilitation des Kranken, von Kabanov verstanden als die Wiederherstellung der individuellen und sozialen Werte des Kranken, seiner persönlichen und sozialen Stellung.

Die Entwicklung der Psychotherapie der Psychosen in der Sowjetunion wurde durch die historischen Prozesse geprägt. Deswegen hat sie einige Besonderheiten, durch die sie sich von ähnlichen Entwicklungen in westlichen Ländern wesentlich unterscheidet. Die ideologische Politisierung der Wissenschaft, die sich seit Ende der 20er Jahre etabliert hat — und die Vernichtung der russischen psychoanalytischen Schule um dieselbe Zeit — haben die Konfrontation der offiziellen sowjetischen Psychiatrie mit tiefenpsychologischen Zugängen zur Untersuchung und Psychotherapie der Psychosen unumgänglich gemacht. Dies tiefenpsychologische Denken ist im Westen eine grundsätzliche und bis jetzt die produktivste Richtung geworden.

Auch die anderen Richtungen, die sich als praktisch wertvoll bei der psychosozialen Therapie der Psychosen erwiesen haben, sind übrigens einer erbitterten Kritik metawissenschaftlicher Natur unterzogen worden: die

* Prof. Dr. med., Direktor des Psychoneurologischen Institutes W.M. Bechterew Leningrad, Vizepräsident der World Association for Dynamic Psychiatry WADP

** Dr., Mitarbeiter am Psychoneurologischen Institut W.M. Bechterew, Leningrad

*** Vortrag gehalten auf dem 8. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XXI. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 5.—8. Oktober 1990 in der Hochschule der Künste Berlin zum Thema »Psychotherapie der Psychosen. Zum Paradigmenwechsel in Psychoanalyse und Psychiatrie«.

Familien- und Verhaltenstherapie, mikrosoziologische Forschungen und Gruppentherapie, das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft. Es gab auch andere Faktoren, die die Psychotherapie der Psychosen blockiert haben, die keine unmittelbaren Folgen des ideologischen Diktates in der Wissenschaft und in anderem Ausmaß auch der westlichen Psychiatrie eigen waren, die aber infolge desselben ideologischen Diktats in der Sowjetunion besonders vulgärmaterialistisch akzentuierte Formen angenommen haben. Es ist eine orthodoxe Gebundenheit an das klassische naturwissenschaftliche Modell der Genese der Schizophrenie mit dessen Vorstellung über die lineare Kausalität, das zum biologischen Reduktionismus, einer organzentrierten Betrachtungsweise des kranken Menschen und zur einseitigen Orientierung an der psychopharmakologischen Beeinflussung führt und nicht selten von einer herabwürdigenden Einstellung zu den psychosozialen Maßnahmen bei willkürlicher Verleugnung von deren empirisch bestätigter Effizienz gekennzeichnet ist. Es gibt auch dafür Ursachen ökonomischer Natur. Die Politik der Finanzierung des sowjetischen Gesundheitswesens orientiert sich an veralteten Normen, die die objektiv anwachsende Kompliziertheit der therapeutischen Interventionen nicht berücksichtigt und in jedem Fall auf die Bezahlung einer so teuren Behandlungsmethode, wie persönlichkeitszentrierte Psychotherapie, nicht eingestellt ist. Die ökonomisch diskriminierende Einstellung des Staates folgt notwendigerweise aus der ideologischen Präsumption, daß das sozialistische Gesundheitswesen vom Staat unterstützt wird und also diejenigen Behandlungsweisen nicht enthalten soll, die zu bezahlen der Staat nicht imstande ist.

Das alles erklärt die unzulängliche Entwicklung der Psychotherapie der Psychosen in der Sowjetunion. Sie wird immer noch im begrenzten Rahmen eines engen Kreises von elitären Forschungsanstalten betrieben, obwohl deren praktische Anwendung und wissenschaftliche Erforschung schon mehr als zwei Jahrzehnte währt. Das Leningrader psychoneurologische Bechterew-Forschungsinstitut ist die erste Forschungsanstalt in der Sowjetunion (und eine geraume Zeit die einzige gewesen), die sich mit dem Problem der Psychotherapie der Psychosen systematisch befaßt hat. Die Hinwendung zum Thema wurde begünstigt durch die alte Tradition der humanistischen Psychiatrie und der medizinisch-psychologischen Schule, die noch von *W.M. Bechterew*, dem Begründer des Institutes, stammt. Seine moderne Einstellung hat die Psychotherapie der Psychosen im Institut in den Rahmen der Rehabilitationseinrichtungen integriert. Die von *M.M. Kabanov* in der zweiten Hälfte der 60er Jahre begründete Schule ist seither einen komplizierten Entwicklungs-

Die zentrale Idee der Rehabilitationstheorie von *M.M. Kabanov* ist die Überwindung des reduktionistischen organzentrierten Zugangs zugunsten der ganzheitlichen systemhaften Betrachtungsweise des kranken Menschen in aller Vielfalt der biologischen, psychologischen und sozialen Formen seiner Existenz. *M.M. Kabanov* (I) hat vorgeschlagen, im Konzept der Rehabilitation aller Vielfalt der biologischen, psychologischen und sozialen Formen seiner Existenz. *M.M. Kabanov* (I) hat vorgeschlagen im Konzept der Rehabilitation

die Richtung der modernen Medizin zu sehen, die sich in ihren verschiedenartigen Methoden vor allem an der Persönlichkeit des Patienten orientiert und die durch die Krankheit gestörten Funktionen des Menschen und auch seine sozialen Beziehungen aktiv wiederherzustellen sucht. Die Rehabilitation psychisch Kranker wird verstanden im Sinne einer Resozialisierung, mit einer möglichst vollständigen Wiederherstellung (Erhaltung) der individuellen und sozialen Werte des Kranken, seiner persönlichen und sozialen Stellung. *M.M. Kabanov* formulierte auch die theoretischen Grundprinzipien der Rehabilitation, in deren Rahmen alle therapeutischen Maßnahmen realisiert werden.

1. Das Prinzip der Ansprache der Persönlichkeit des Patienten bedeutet, daß die Rehabilitation unmöglich wird, wenn deren Einflüsse durch die unmittelbare persönliche Wahrnehmung und aktive Verarbeitung des Patienten nicht assimiliert werden können. Das Partnerschaftsprinzip schließt eine traditionell paternalistische Rolle des Arztes als einer omnipotenten Person aus, deren isolierte Tätigkeit für das Erzielen der Genesung bei einer passiv-rezeptiven Stellung des Patienten ausreichend sei.
2. Das Prinzip der Vielseitigkeit beinhaltet das Verständnis der Rehabilitation als einen komplexen Prozeß, der die auf die verschiedenen Bereiche des psychosozialen Funktionierens gezielten Bemühungen von Arzt und Patient vereinigt, die Bereiche der Rehabilitation und auch die, die mit Erziehung (Bildung) des Patienten und seiner Freizeitgestaltung verbunden sind. Die Restrukturierung der gestörten Beziehungen und zugleich eine Anpassung des Individuums an diese wichtigen Aspekte des Lebens gehören zu den psychologischen Grundlagen der Rehabilitation.
3. Das Prinzip der Einheit von psychosozialen und biologischen Beeinflussungsmethoden. Die Rehabilitation stellt sich nicht nur als ein soziales, sondern auch als ein klinisches Problem dar. Denn für ihr erfolgreiches Wirken ist das Verständnis ihres sowohl psychologischen, als auch pathophysiologischen Wesens erforderlich. Es entsteht die Notwendigkeit der Anwendung (Beeinflussung, Regulierung) von Mechanismen der Restitution, Adaption und Kompensation, der psychologischen Abwehr.
4. Das Prinzip des stufenweisen Charakters der Beeinflussung. Therapeutische Beeinflussungen aller Art, einschließlich der psychosozialen (also der psycho-, arbeitstherapeutischen usw.), sind in bestimmtem, meist anwachsenden Maße mit einem allmählichen Übergang von einer Rehabilitationsmaßnahme zu einer anderen, von einer Organisationsform der psychiatrischen Fürsorge zu einer anderen durchzuführen. Es geht nicht nur um die allmählichen Übergänge von verschiedenen Behandlungsweisen der Beschäftigungs- und Unterhaltungstherapie zu verschiedenen, darunter auch komplexen Formen der Arbeitstherapie und weiter zur beruflichen Anpassung. Es geht ebenso um die Organisation der entsprechenden Tagesordnung auf psychiatrischen Stationen, um die Organisation der Übergangsstationen, wie Tages- und Nachtkliniken. Wir finden den differenzierten, stufenweisen Charakter überall: in der Therapie, in der Tagesordnung der

Station, in der beruflichen Tätigkeit und der Anpassung an das Alltagsleben — das ist es, was den Inhalt dieser Prinzipien bestimmt.

Die qualitativen Besonderheiten der folgerichtigen Etappen des rehabilitativen Prozesses sind auch formuliert worden. Die Aufgabe der ersten Etappe, der Wiederherstellungstherapie, besteht in der Vorbeugung der Ausformung negativer Symptomatiken, z.B. der Anstaltsartefakte, des »Herabrutschens des Patienten in die Isolation« oder in seiner Invalidisierung. Darin besteht die präventive Richtung therapeutischer Maßnahmen, die in dieser Etappe angewandt werden. Das Ziel dieser Etappe ist die Stärkung verschiedener Kompensationsmechanismen und die Wiederherstellung gestörter Funktionen.

Das Ziel der zweiten Etappe, der Readaptation, ist eine Anpassung des Patienten an ein bestimmtes Niveau im sozialen Umfeld. In dieser Etappe dominieren die psychosozialen Maßnahmen. Das wesentlichste dabei ist die Stimulierung der sozialen Aktivität der Patienten. Besonders große Bedeutung kommt hier der Arbeitstherapie mit beruflicher Ausbildung oder Umschulung von Patienten zu, ebenso aber auch einer speziellen didaktischen, psychotherapeutisch gerichteten Arbeit, nicht nur mit den Patienten selbst, sondern auch mit deren Angehörigen. Das Training in Fertigkeiten des Alltagslebens, im Umgang mit anderen, spielt eine wesentliche Rolle bei der Resozialisierung psychisch Kranker mit langandauerndem Aufenthalt in psychiatrischen Anstalten, das in wachsendem Maße durch verschiedene Formen der Gruppen- und Familientherapie realisiert wird.

Die dritte Etappe ist die Rehabilitation im engeren Sinne. Die möglichst vollständige Restitution des individuellen und gesellschaftlichen Wertes des Patienten und die Wiederherstellung sozialer Beziehungen sind Grundelemente des Inhaltes dieser Etappe. Hier dominieren verschiedene soziale Maßnahmen. Die Hilfe bei der Anpassung in Beruf und Alltagsleben ist ein Faktor, der die echte Rehabilitation psychisch Kranker bestimmt. Eine sehr schwierige und zugleich wichtige Aufgabe, die den Erfolg der Rehabilitation wesentlich bestimmt, ist die Veränderung der Einstellung zum Patienten in seiner Familie und an seiner Arbeitsstelle.

Aus dem Verständnis der Rehabilitation im Sinne eines Zieles (die Restitution oder Erhaltung des persönlichen Status), im Sinne eines Prozesses (mit seinen neurophysiologischen Mechanismen usw.) und im Sinne einer Methode des Zugangs zum kranken Menschen folgt die Bedeutung der mehrdimensionalen Diagnostik des Patienten, die es erlaubt, sein Rehabilitationspotential, den Charakter der psychosozialen Stressoren und die Wirkung der psychosozialen Einflüsse zu präzisieren. In dieser Richtung sind vielfältige Untersuchungen gemacht worden, auch in kooperativer Zusammenarbeit mit Kollegen aus der psychiatrischen Klinik der Leipziger Universität, wobei diagnostische Instrumente, die eine systemhafte Einschätzung des Zustandes der Patienten in den symptomatischen, psychologischen und sozialen Dimensionen erlauben, entwickelt wurden.

Das dargestellte theoretische Konzept ist die Grundlage der praktischen Tätigkeit der Rehabilitationsstation geworden, die im Bechterew-Forschungs-

institut im Jahre 1966 gegründet worden ist. In der Anfangsphase der Klinik gab es die größten Schwierigkeiten nicht mit der organisationstechnischen Umorientierung der Station, sondern mit der Kadervorbereitung, der Auswahl von Mitarbeitern, die zu einer partnerschaftlichen Beziehung mit Patienten, zu einer authentischen Kommunikation mit deren Persönlichkeit und zu einer vollen Hingabe an die für die traditionelle Psychiatrie ungewohnte psychosoziale und psychotherapeutische Arbeit fähig waren. Die Aufgabe der Realisierung von flexiblen, differenzierten therapeutisch-rehabilitativen Strategien der Atmosphäre der therapeutischen Gemeinschaft wurde parallel mit einer vertieften Forschung der psychosozialen Besonderheiten des therapeutischen Milieus auf der Station gelöst. Die Resultate der Forschung haben gezeigt, daß bzgl. der Einstellung der Patienten zum Personal die psychologischen und ethischen Qualitäten der Mitarbeiter erstrangig sind (2). Für die Patienten erwiesen sich vor allem die Persönlichkeitsbesonderheiten des Arztes als wichtig. Die Patienten tendieren dazu, seine beruflichen Eigenschaften nicht einzuschätzen. Fast keinen Patienten interessieren die intellektuellen oder physischen Eigenschaften des Arztes. Das gegenseitige Verständnis und Vertrauen wird als das wesentlichste positive Merkmal der Arzt-Patient-Beziehung von der Mehrzahl der Patienten vermerkt. Diese Untersuchungen haben auch gezeigt, daß die Einstellung des Patienten zum Arzt vielfach unbewußt bleibt und daher von den Patienten nicht verbalisiert wird. Die Resultate der Untersuchungen haben auch gezeigt, daß aus der Vielfalt der soziopsychologischen Eigenschaften der Krankenschwester diejenigen den Patienten am meisten beeinflussen, die die eigentlichen rehabilitativen Eigenschaften der Mitarbeiter bestimmen. Die Untersuchungen mit der sympathetischen Distanz-Skala von *Feldes* haben eine signifikant höhere Akzeptanz der Ärzte und des Personals unserer Station von Seiten der Patienten gezeigt, im Vergleich mit einem traditionellen psychiatrischen Krankenhaus mit überwiegender biologischer Orientierung (3).

Psychotherapie erwies sich als die beliebteste von allen sonst angewandten Therapiemethoden. Bei der Ausarbeitung der Grundprinzipien unseres Psychotherapiemodells sind wir vor allem davon ausgegangen, daß Psychotherapieerfolge in vielen Fällen nicht nur von einem Ansprechen der bewußten Persönlichkeitsanteile der Patienten, sondern eher von der Kunst des Arztes, die unbewußten Mechanismen zu erforschen, die das Verhalten des Patienten bestimmen, abhängig sind. Wir benutzen als Grundlage unserer rekonstruktiven Psychotherapie die von dem hervorragenden russischen Gelehrten *Mjassischew*, einem ehemaligen Mitarbeiter des Bechterew-Institutes, entwickelte Theorie der sozialen Beziehungen. Wir bemühen uns dabei, die positiven Erfahrungen unserer westlichen Kollegen in der Psychosentherapie zu integrieren. Viele Ideen von *G. Ammon* und seiner Schule, wie etwa das Konzept der Sozialenergie, das Konzept der gruppenspezifischen Verursachung bestimmter Krankheitsstrukturen bei der Schizophrenie und dem Borderline-Syndrom, die konkrete Wege zur psychotherapeutischen Beeinflussung dieser

Patientengruppen eröffnen, erwiesen sich als mit unseren wissenschaftlichen Bestrebungen sehr übereinstimmend.

Alle therapeutischen und sogar viele forschungswissenschaftliche Maßnahmen auf unserer Station, einschließlich der Medikation sind in verschiedenem Maße durch einen psychotherapeutischen Grundansatz geprägt. Die Milieuthherapie betrachten wir auch als eine Art vermittelte Psychotherapie (4). Eine große Anzahl von Untersuchungen der Mitarbeiter des Institutes waren der Technik der Psychotherapie in Kleingruppen mit psychotischen Patienten und der Technik der Familientherapie gewidmet. Die Erforschung der dem Patienten bewußten Seiten seines Erlebens und der Struktur der psychologischen Abwehr hatte das Ziel, deren kontraadaptive Einwirkungen zu korrigieren (5–10). Der umfangreichen Arbeit einer der Forschungsgruppen folgte die Einrichtung eines computerisierten Informationssystems mit Datenspeicher, die eine systemhafte Untersuchung des Einflusses der prämorbidem Persönlichkeitszüge und der psychosozialen Parameter auf den Verlauf und den Ausgang der Rehabilitation erlaubt. Eine katamnestiche Studie bestätigte die prinzipielle Effizienz des entwickelten therapeutisch-rehabilitativen Konzeptes und dessen Möglichkeiten bei der Senkung der Rezidivfrequenz bei psychotischen Prozessen. Während der letzten Jahre der Forschungstätigkeit auf der Station steht das Problem der weiteren Optimierung der psychotherapeutischen Prozedur im Zentrum. Dieses erlaubt, von einer neuen Ebene der durchgeführten Untersuchungen zu sprechen.

Als am wenigsten der empirischen Betrachtung zugänglich erwies sich bis jetzt das Subsystem des psychotherapeutischen Modells und die praktische Realisierung von dessen Dimensionen im Laufe der Therapie. Die Untersuchung des psychotherapeutischen Prozesses kommt in den Vordergrund, wobei die traditionellen prä-post Messungen des Zustandes der Patienten etwas zurückbleiben, was wahrscheinlich einen neuen paradigmatischen Zugang der Psychotherapieforschung bedeutet. Als Grundanstoß zur Objektivierung des psychotherapeutischen Prozesses bleibt die Vieldeutigkeit bei der Entschlüsselung der funktionellen Bedeutung von einzelnen Elementen der Arzt-Patient-Beziehung bzw. -Interaktion, wenn sie im Rahmen verschiedener psychotherapeutischer Modelle gedeutet werden. Wesentliche Beweggründe des Verhaltens eines Subjekts können nur auf der Grundlage einer ganzheitlichen Betrachtung seines Lebenskontextes eruiert werden, und auch hier wird deren Deutung eine bestimmte Variabilität aufzeigen durch die Möglichkeit der Anwendung verschiedener theoretischer Konzepte für die Deutung. Es gibt aber das Niveau der zwischenmenschlichen Interaktion, das eine reproduzierbare Einschätzung des funktionalen Sinnes der einzelnen Elemente durch einen in diese Interaktion nicht eingeschalteten Beobachter zuläßt. Es geht hier nicht um einen tiefenpsychologischen Sinn des Geschehens, das oft implizit bestimmt wird durch die unbewußten Einstellungen und der Form seiner Äußerung nicht direkt entspricht. Es geht um das, was im praktischen kommunikativen Sinne zwischen dem Psychotherapeuten und Patienten geschieht, d.h.

um einen intendierten Gebrauch von einzelnen Interventionen zwecks Lösung der bestimmten Ziele im Kontext der Interaktion.

Ein unabhängiger Beobachter, der über ausreichende Kenntnisse der expliziten Bedeutung der einzelnen Elemente der Interaktion in dem ihm bekannten sozialen Kontext verfügt, ist imstande, eindeutig reproduzierbare Einschätzungen des funktionalen Sinnes der Interaktion zu geben. Ausgehend davon wurde im Bechterew-Forschungsinstitut das Verfahren konstruiert, das die eindeutige Identifizierung von wesentlichen inhaltlichen Elementen der psychotherapeutischen Interaktion durch unabhängige Experten erlaubt. Wir hoffen, dieses Verfahren in vereinfachter Form zwecks Kontrolle der Effizienz der Psychotherapie und der Beschleunigung der Ausbildung von psychotherapeutischen Kadern einzusetzen. Die Analyse der bis jetzt gewonnenen Resultate der Untersuchung mit Hilfe dieses Verfahrens (11) erlaubte festzustellen, daß bestimmte Interventionen des Psychotherapeuten bei der gegenseitigen Einwirkung bestimmter Elemente des Subsystems der Parameter des Patienten und anderen Subsystemen des psychotherapeutischen Prozesses sich als signifikant verbunden erweisen mit anschließendem Erfolg oder Nichterfolg der Behandlung. Dabei sind diese Beziehungen nicht immer aus dem theoretischen Konzept des Modells, das gewöhnlich in einer viel allgemeineren Form definiert wird, zu folgern, und nicht immer dem Psychotherapeuten selbst evident oder gar bewußt.

Wir glauben, daß man die endgültige Lösung dieser Aufgabe nur durch Bemühungen vieler internationaler Forschergruppen erwarten kann, vielleicht durch ein international anerkanntes System der Objektivierung von wesentlichen funktionalen Elementen der psychotherapeutischen Prozedur auf interaktionaler Ebene.

Die Intensivierung der Forschungen an vergleichender Effizienz der psychotherapeutischen Modelle wird einen Kontrast zwischen dem eng isolierten Gebrauch von bestimmten Psychotherapiemodellen und einer empirischen Eklektik bei der praktischen Mischung von einzelnen Modellen zu überwinden erlauben und es ermöglichen, eine theoretische Begründung der transmodellaren psychotherapeutischen Konstrukte, angepaßt an die individuellen Therapieziele jedes einzelnen Patienten zu formulieren.

*The Role of Psychotherapy in the System of Rehabilitation of Mentally Ill Patients
(Results of 20 Years of Clinical Observations and Research)*

M.M. Kabanov / D. Wied (Leningrad)

The authors analyse the role and significance of psychotherapeutic schools and methods in the system of psychiatric treatment in the USSR. Due to the ideological fixation of Soviet psychiatry to the orthodox Marxism-Leninism in its vulgar-materialistic approach to sciences, psychotherapeutic methods

were considered as »western« and »anti-marxistic« and depth-psychology as well as group psychotherapy, family therapy and other schools were rejected in most institutions of Soviet psychiatry in favour of a biologicistic reductionistic and organ-centered approach to schizophrenia and other psychiatric illnesses.

Only very few progressive psychotherapeutic institutions managed to be tolerated in the overwhelmingly biologicistic landscape of Soviet psychiatry. Among those institutions the Bechterew-Institute in Leningrad was and is of particular importance: based on the tradition of humanistic psychiatry and medical psychology of its founder *Bechterew*, their therapists and researches became the centre of soviet psychotherapeutic treatment, research and training of psychotherapists. Within the framework of this tradition and continuity *Kabanov* has developed in the 1960s his psychotherapeutic school of rehabilitation theory and therapy. It is a holistic, system-oriented approach, viewing man in the diversity of biological, psychic and social forms of existence.

Rehabilitation as central therapeutic goal is in *Kabanov's* understanding the restoration of the individual and social values of the patient, of his personal and social position. The underlying basic principles of rehabilitation therapy are:

1. the personal direct approach of the therapist towards the patient as partner in the therapeutic process, which enables the patient to change his distorted ways of perception and to play an active role in the therapy;
2. the understanding of therapy as a complex process including different areas of psychosocial functions — biological, psychic, intellectual functions, leisure activities and so on —;
3. the unity of psychosocial and biological treatment methods;
4. the gradual, stepwise sequence of therapeutic measures within the psychiatric wards as well as with regard to the different psychiatric and social institutions involved in the rehabilitation.

The rehabilitation therapy is characterized by three successive stages: first the restoration phase, preventing the patient's invalidism and the formation of hospital artefacts, secondly the readaption phase, attempting to adapt the patient to a certain level of his social environment, in stimulating the social activities of the patient, and thirdly the rehabilitation — in a narrower sense — the restitution of his personal and social values and his social relations.

This multidimensional therapeutic approach requires by necessity a corresponding multidimensional diagnostics — developed by *Kabanov's* team in cooperation with the Psychiatric Clinic of Leipzig University — a diagnostic instrument which allows the system-oriented appreciation of the situation of the patient in his symptomatic, psychological and social dimensions.

This theoretic concept portrayed so far is the basis of the practical therapeutic and research work in the rehabilitation ward founded by *Kabanov* in 1966 in the Bechterew-Institute. This introduction of a new therapeutic approach involved manifold problems with the organisation of the ward, but above all

with the selection and training of staff members of the ward to make them able to respond successfully to needs of the patients in a partner-oriented way and was assisted by an intensive research in the specific therapeutic milieu of the ward. This research showed that the psychic and ethic qualities of the staff members are of great importance for the attitudes of the patients during therapy and the therapeutic process; the Scale of Social Distance by *Feldes* proved that the team members of the rehabilitation ward are significantly more accepted by the patients than those in traditional psychiatric hospitals with predominantly biological orientation.

The theoretical foundation of *Kabanov's* concept is supplied on the one hand by the Theory of Social Relations developed by *Mjasischev*, a former researcher of the Bechterew-Institute and on the other hand by western research findings in psychosis therapy, above all the concepts of *Günter Ammon* and his school, including the concepts of socialenergy and the groupdynamic genesis of psychic illnesses.

All therapeutic and research work is integrated in the concept of a psychotherapeutic approach in form of milieu therapy. The research focussing on the technique of psychotherapy in small groups with psychotic patients attempts to explore systematically the premorbid personality and its psychosocial parameters in the course of therapy. A catamnestic study confirms the efficiency of the therapeutic concept of rehabilitation therapy.

A further focus of the scientific research is the therapeutic process itself in terms of the system study of the different elements of the therapist-patient relationship and their interactions by observing experts through a method developed at the Bechterew-Institute for the purposes of efficiency research and the training of therapists.

This research aims at an internationally accepted system of objectivation concerning the elements of the psychotherapeutic treatment within comparative efficiency research and at the theoretical development of transmodellar psychotherapeutic constructs to overcome the limits of different psychotherapeutic schools in favour of a method integration for the benefit of the patients.

Literatur bei den Verfassern

Adresse der Autoren
Prof. Dr. med. M.M. Kabanov
Dr. med. V.D. Wied
Psychoneurologisches Institut
W.M. Bechterew
Bechterewa 3
193019 Leningrad, UdSSR

Buchbesprechungen / Book Reviews

Russell Jacoby

Die Verdrängung der Psychoanalyse oder Der Triumph des Konformismus

Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt/Main. 1990, Pb. DM 16,80

In dem vorliegenden Band schreibt der in New York ansässige Historiker und Sozialwissenschaftler *Russell Jacoby* die Geschichte der Psychoanalyse von den umwälzenden Entdeckungen *Freuds* bis zur Amerikanisierung in den 40er und 50er Jahren als Geschichte eines Verfalls, in dessen Verlauf das ursprüngliche Projekt einer umfassenden Theorie menschlicher Kultur und Gesellschaft zur engen medizinisch-therapeutischen Fachwissenschaft, die ihres gesellschaftskritischen Stachels gänzlich beraubt ist, degeneriert. Durch seine Einbettung in den gesellschaftspolitischen Kontext der 20er und 30er Jahre in Deutschland sowie der 40er und 50er Jahre in den USA wird dieser Verfallsprozeß als ein vorwiegend durch politische Repression, aber auch durch fachwissenschaftliche Professionalisierung erzwungener kollektiver Verdrängungsprozeß dargestellt. Insofern enthält das Buch auch ein Stück allgemeiner Kultur- und Gesellschaftsgeschichte.

Im Mittelpunkt der Darstellung steht der Kreis um *Otto Fenichel*, eines Schülers von *Freud*, der 1922 von Wien nach Berlin übersiedelte, wo er am Psychoanalytischen Institut seine Ausbildung vollendete. Als Sozialist und Jude flüchtete er nach der nationalsozialistischen Machtergreifung 1933 über Oslo zunächst nach Prag, von wo er 1938 endgültig in die USA emigrierte. Im Exil erhielt *Fenichel* zu einer Gruppe von ihm besonders verbundenen Psychoanalytikern, zu denen u.a. *Annie Reich*, *Henry Löwenfeld* und *Steff Bornstein* gehörten, einen kontinuierlichen Kontakt aufrecht durch die Verschickung von geheimen »Rundbriefen«, in denen er sich zu anderen Analytikern und deren Positionen, zu Veröffentlichungen und Kongressen sowie auch zur politischen Lage und zur Situation des Exils äußerte. Diese insgesamt 100 Rundbriefe, die zwischen 1933 und 1945 regelmäßig verschickt wurden, sind neben seinem allgemein als Standardwerk anerkannten Hauptwerk »Psychoanalytische Neurosenlehre« das zentrale Dokument, an dem *Jacoby* die Entwicklungen der Psychoanalyse herausarbeitet: Das Lehrbuch, welches *Fenichel* als hervorragenden Theoretiker und Kliniker ausweist, läßt nicht erkennen, was aus den Rundbriefen noch deutlich wird, was aber im Exil nicht mehr an die Öffentlichkeit dringen darf: daß *Fenichel* und sein Kreis auch radikale Verfechter eines gesellschaftlichen Wandels waren.

Dieses gesellschaftliche Engagement hatte seinen Ursprung in der deutschen Jugendbewegung und war dann vor allem durch den Ersten Weltkrieg und die folgende Revolution geprägt. In diesem Kontext bildete sich die Auffassung von einer Psychoanalyse, die niemals als bloß medizinisches Konzept oder Gewerbe verstanden wurde, sondern den Versuch darstellte, einer aus den Fugen

geratenen Welt durch Deuten und Handeln Sinn zu verleihen. Das Leben dieser um 1900 geborenen zweiten Generation von Psychoanalytikern nach Freud (zur ersten Generation zählt *Jacoby* u.a. *Abraham*, *Ferenzi*, *Eitington*, *Jones* und *Jung*) besaß niemals die Stabilität, die Voraussetzung dafür gewesen wäre, sich in einer bequemen Karriere einzurichten. Sie verstanden sich vielmehr als eine Bewegung, die auch ein außerwissenschaftliches, gesellschaftliches Gestaltungsinteresse verfolgte. Im Gefolge der Jugendbewegung richtete sich dieses Interesse gegen die repressive und heuchlerische Sozialordnung und auf eine liberale Sexualmoral. *Fenichels* zunehmendes Engagement für Sozialismus und Marxismus war weder ein akademisches, noch ein oberflächlich parteipolitisches. Auch bei den revolutionären Parteien sah er die Politik in einer tödlichen Routine erstarren, wo sie zum Selbstzweck werde und nicht mehr den Menschen diene. Dem setzte er entgegen, daß Politik nicht nur die Institutionen, sondern auch die Menschen revolutionieren müsse, daß Revolutionäre nicht nur die Gesellschaft, sondern auch sich selbst ändern müßten. Dies bezog sich auch auf die Psychoanalytiker.

Mit der Gründung des Berliner Psychoanalytischen Instituts 1920 verlagerte sich das Zentrum psychoanalytischer Ausbildung und Aktivität von Wien nach Berlin. Das Institut wurde von Max Eitington und Ernst Simmel unter einer sozialen Perspektive gegründet; es sollte auch minder Begüterten eine psychoanalytische Behandlung ermöglichen. Schwerpunkt der Aktivitäten wurde aber zunehmend die Ausbildung der Analytiker. Obwohl das Institut auf liberalen und sozialen Wertvorstellungen basierte, kritisierten jüngere Analytiker seine hierarchischen Strukturen. Deshalb gründete *Fenichel*, der neben *Karl Abraham* und *Melanie Klein* zum Lehrkörper gehörte, außerhalb des Instituts das sog. »Kinderseminar«, in dem sich die Dissidenten betätigen konnten. An diesem Seminar, das von *Fenichel* und *Schultz-Hencke* dominiert wurde, nahmen u.a. teil: die Ehepaare *Reich* und *Bornstein*, *Francis Deri*, *Edith Jacobson*, *Barbara Lantos*, *Kate Friedländer* und *Erich Fromm*. In einer linken Fraktion, die sich später abspaltete, wurde u.a. über die politische Bedeutung der Psychoanalyse nachgedacht und es wurden sozio-psychologische Fragen, u.a. die Theorien von Wilhelm Reich, erörtert.

Die sich ab 1930 verschärfende Bedrohung durch die Nationalsozialisten sowie die sich zuspitzenden Gegensätze zwischen Sozialdemokraten und Kommunisten forcierten die parteipolitische Orientierung der politisierten Berliner Psychoanalytiker. Viele von ihnen, darunter auch *Simmel*, näherten sich den Sozialdemokraten an; die Gruppen um *Reich* und *Fenichel* neigten dagegen der Kommunistischen Partei zu. *Reich* wurde Parteimitglied, von *Fenichel* ist ein formeller Beitritt nicht bekannt. Jedenfalls sympathisierte er mit der KP-Politik und unternahm mehrere Reisen in die Sowjetunion, zu deren Verteidigung er die parteioffiziellen Vorurteile nahezu reproduzierte. Mit der immer offeneren Feindschaft der Sowjets und der KPD gegen die Psychoanalyse sowie nach dem Parteiausschluß *Reichs* wurden seine Stellungnahmen immer vager, ohne daß er seine Position grundlegend revidiert hätte.

Gleichzeitig beschäftigte er sich immer intensiver mit den Problemen einer marxistischen Psychoanalyse. Marxismus und Psychoanalyse galten ihm gleichermaßen als Wissenschaften, die er jedoch offensichtlich methodisch und theoretisch nicht zu einem Ganzen zu integrieren verstand: während er einerseits unzweideutig einer politischen Psychoanalyse verpflichtet war, lassen sich in seinen psychoanalytischen Veröffentlichungen so gut wie keine Andeutungen seiner politischen Einstellung finden; seine wissenschaftlichen Arbeiten griffen nicht auf das Denk- und Beobachtungsfeld des Marxismus über. Vielmehr beschränkte er sich auf das Postulat, daß die Psychoanalyse durch die Soziologie ergänzt werden müsse, weil sich mit den sozialen und moralischen Strukturen einer Gesellschaft auch die Neurosen veränderten. Mit besonderer Anteilnahme verfolgte *Fenichel* die Arbeiten von *Reich* und *Fromm*, der einige Jahre lang dem Institut für Sozialforschung der Frankfurter Schule angehörte. Zu *Reich*, den er theoretischer Simplifizierungen sowie des Biologismus und der Fetischisierung genitaler Sexualität zieh, entwickelten sich jedoch wachsende Differenzen.

Die nationalsozialistische Machtergreifung zwang die linken und jüdischen Psychoanalytiker ins Exil. Diese Vertreibung aus Mitteleuropa hinterließ ein Trauma, welches die Psychoanalyse ihrer hervorragendsten Köpfe beraubte. Die Prosperität der Psychoanalyse insbesondere in den USA täuschte darüber hinweg, daß der Rückzug aus umfassenden gesellschaftskritischen Theorien angetreten war und die Psychoanalyse ihre Kraft als kulturelles und gesellschaftliches Projekt verloren hatte. Zunächst verstärkte der Nationalsozialismus die Bestrebungen des psychoanalytischen Establishments, sich von der Politik fernzuhalten. Mit dem Zerfall des Berliner Instituts wurde der Kreis um *Freud* in Wien wieder zum Zentrum der Psychoanalyse. Die Wiener Analytiker hielten den politisch inspirierten psychoanalytischen Diskurs insgesamt für bedenklich; in der besonderen politischen Situation glaubten sie jedoch auch, der Unterdrückung entgehen zu können, wenn sie sich möglichst unauffällig verhielten. Dies führte 1934 zum Ausschluß *Reichs* aus der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung, welcher mit Billigung *Freuds* erfolgte. Dieser Konflikt führte auch zur Bildung von *Fenichels Geheimzirkel*.

Beiden, *Reich* und *Fenichel*, gelang es nicht, im Exil die politisch bewußten Freudianer zusammenzuhalten, und die Gruppe zerfiel aus persönlichen, ebenso wie aus theoretischen und politischen Gründen. Einer der Gegenstände dieser Auseinandersetzungen war die von *Fenichel* betriebene Geheimhaltungspraxis, der *Reich* die Förderung nach offener Konfrontation mit dem psychoanalytischen Establishment entgegenhielt. *Reich* forderte jedoch eine Opposition, die sich ausschließlich auf seine Orgasmus-Theorie stützen sollte. Diesem Anspruch wollte *Fenichel* sich nicht beugen, zumal er mit dieser Theorie in vielen Punkten nicht übereinstimmte. Er verteidigte *Reich* aber immer wieder gegenüber dem Wiener Establishment. *Fenichels* Rundbriefe förderten zwar eine intensive Theoriearbeit unter den unmittelbar Beteiligten, von der jedoch an die breite Fachöffentlichkeit nichts drang; man igelte sich

ein, und im Zuge dieses Prozesses wurde die Hoffnung auf die Entwicklung einer politischen Psychoanalyse langsam fallengelassen.

Den Neuaufbau des Berliner Instituts verfolgten *Fenichel* und seine Gruppe aus der Ferne mit Anteilnahme, wenn sie auch wenig Sympathie hatten für die Versuche, das Ansehen des Instituts aufzupolieren, an dem die Mitarbeit von Juden ebenso wie auch nur die Erwähnung der Schriften *Freuds* untersagt war. Trotz allem hegten sie die Hoffnung, der psychoanalytische Diskurs könne auch unter derartig eingeschränkten Bedingungen in Deutschland fortgeführt werden.

Fenichel und sein Kreis schätzten somit die Bedeutung, welche die Einschränkung der Öffentlichkeit und eines freien Diskurses für gesellschaftlich relevante Kulturleistungen hat, völlig falsch ein. Sie versuchten im Gegenteil, aus der Exilsituation für die Theoriebildung noch Nutzen zu ziehen: da sie sich nun in den verschiedensten Kulturkreisen befanden, hofften sie, die relative Bedeutung von Geschichte und Natur für den Aufbau der Psyche systematischer bearbeiten zu können, um dann einer Antwort auf die Frage näherzukommen, ob es nationale bzw. kulturspezifische Charakterstrukturen gibt. Damit reihten sie sich in eine übergreifende Debatte über biologischen und kulturellen Reduktionismus ein, innerhalb deren die Positionen von optimistischen »rousseauistischen« Auffassungen, denen zufolge der Mensch von Natur aus gut ist und allein von der Gesellschaft verdorben wird, bis zum Pessimismus des späten *Freud* reichten, wonach natürliche Aggressivität den Menschen gegenüber kulturellen Veränderungen weitgehend immun mache. In der Kritik am Biologismus und Konservatismus der traditionellen Freudianer formierten sich die Neofreudianer, zu denen u.a. *Karen Horney*, *Margaret Mead* und *Erich Fromm* gehörten. Indem diese soziale und historische Kategorien in den analytischen Diskurs einführten, trafen sie sich jedoch dort, wo sie zwei wesentliche Entdeckungen preisgaben: die Bedeutung des Unbewußten und der Sexualität. Gegen den flachen Kulturalismus der Neofreudianer beharrte *Fenichel* daher auf der Tiefenstruktur der Sexualität und des Trieblebens. Als politisch denkender Freudianer bekämpfte er zugleich den biologischen Reduktionismus und die gesellschaftliche Selbstentmündigung der etablierten Psychoanalyse. Damit stand die *Fenichel*-Gruppe zwischen den Fronten, was sie noch weiter in die Isolierung trieb.

Mit der Exilierung in den USA war das Schicksal der politisch engagierten Psychoanalyse, wie sie *Fenichel* vertrat, dann endgültig besiegelt. In Los Angeles, wo er in einer von *Simmel* geleiteten psychoanalytischen Arbeitsgruppe mitwirkte, schloß *Fenichel* sich der großen Gemeinde exilierter Deutscher an, zu der *Thomas Mann*, *Franz Werfel*, *Bertolt Brecht* sowie mit *Max Horkheimer*, *Theodor Adorno* und *Leo Löwenthal* auch die wichtigsten Vertreter der Frankfurter Schule gehörten. Hier entwickelte sich zunächst ein lebendiger Diskurs über gesellschaftstheoretische Fragen, in dem *Fenichel* seine bereits an *Fromm* geübte Kritik einer primär auf ideologiekritische Fragestellungen reduzierten marxistischen Analyse fortführte.

Außerhalb dieses Kreises, zu dem auch eine Gruppe gesellschaftspolitisch interessierter Physiker, darunter *Robert Oppenheimer*, gehörten, stieß *Fenichel* jedoch auf wenig Interesse für seine Ansichten. Unter den professionellen Analytikern wurde er vielmehr Zeuge einer Flucht vor der klassischen Analyse. Deren Interesse war ausschließlich pragmatisch auf kurzfristige therapeutische Erfolge orientiert, wobei theoretische Kontroversen nur als hinderlich angesehen wurden. Unter den amerikanischen Analytikern herrschte ein Konkurrenzkampf, der jegliche libidinöse Bindung an eine gemeinsame Sache verhinderte.

Ein Gegenstand der zahlreichen Konflikte war hier die Frage der Laienanalyse, in der *Fenichel* gegen die Mehrheit der konservativen medizinischen Analytiker in den USA eine konsequent freudianische Position einnahm: für ihn hing die Zukunft der Psychoanalyse als einer allgemeinen Theorie, die mehr sein sollte als medizinische Therapie, von den Laienanalytikern ab. Eine Monopolisierung der Psychoanalyse durch Ärzte lief demgegenüber seiner Ansicht nach Gefahr, eine bloße Behandlungstechnik zu verbreiten, die keinerlei kulturelle oder gesellschaftspolitische Ideenbildung erlaubte. 1938 war jedoch in den USA die Diskussion beendet: der amerikanische Verband ließ keine neuen Laienanalytiker mehr zu.

Obwohl *Fenichels* Position, dessen deutsche Approbation in den USA nicht anerkannt war, dadurch jedoch nicht gefährdet war, entschloß er sich, das amerikanische Examen in Medizin nachträglich abzulegen, um so aus einer stärkeren Position für die Laienanalyse kämpfen zu können. Im Sommer 1945 nahm er seine Tätigkeit als Assistenzarzt auf; am 22. Januar 1946 starb er im Alter von 48 Jahren aufgrund übergroßer Erschöpfung. Mit *Fenichels* Tod war ein Kapitel der Psychoanalyse abgeschlossen. Die Mitglieder seiner Gruppe gingen fortan ihre eigenen Wege.

Im letzten Kapitel seines Buches beschreibt *Jacoby* die nun folgende Amerikanisierung der Psychoanalyse. In den USA, und nach *Horkheimer* und *Adornos* Rückkehr nach Deutschland auch dort, war es u.a. die Frankfurter Schule, die den politischen Anspruch der Psychoanalyse aufrechthielt bzw. — was nicht dasselbe ist — *Freud* gegen die Freudianer verteidigte. In der offiziellen Psychoanalyse dagegen ging es vom Anspruch her in erster Linie darum, strenge Begriffsarbeit und Methodik an die Stelle spekulativer Entwürfe treten zu lassen. Dahinter stand aber primär das Bedürfnis, die psychoanalytische Theorie in den USA so zu formulieren, daß sie in die hier übliche Wissenschaftspraxis integrierbar war. Mit der Konzentration auf Methoden und der medizinischen Orientierung, durch die überwiegend medizinische Klassifizierungsverfahren im Dienste klinischer Diagnosen befördert wurden, entfielen die kulturwissenschaftlichen und politischen Projekte. Diese fanden schließlich, im Rahmen von Literaturwissenschaft, Geschichte und Soziologie, eine Zuflucht an den Universitäten, wo jedoch, von *Harold Bloom* bis *Jürgen Habermas*, ein um seine eigentliche Stoßkraft gebrachter *Freud* vorgeführt wurde. Die Psychoanalyse selbst war damit in ihren angestammten Handlungsberei-

chen und Fähigkeiten versteinert. Auf beiden Seiten wurde *Freuds* aufklärerische Intention preisgegeben zugunsten »eines verhunzten Jargons und einer verstümmelten Gedankenführung« (S. 172). Es zeigte sich darin die »Aufsplitterung einer lebendigen Kultur in geistiges Spezialistentum und intellektuelle Kettenläden. Weder ärztliche Analytiker, noch psychoanalytisch geschulte Professoren haben es mit einer nichtprofessionellen gebildeten Öffentlichkeit zu tun; sie machen Karriere bzw. gewinnen Ansehen innerhalb ihrer Profession oder auf ihrem Fachgebiet. Das aber entstellt die Sprache der Psychoanalyse und nimmt ihr den geistigen Atem.« (S. 172f.) Entsprechend fühlten sich immer mehr Menschen zur Psychoanalyse hingezogen, denen es an grundlegendem humanitären, intellektuellem oder politischem Engagement fehlte, denen es vielmehr primär um eine möglichst kurze Ausbildung und schnelle Karriere ging. Damit setzte eine Tendenz ein, die nach Ansicht *Jacobys* kaum noch umzukehren war: »Konformistische Ärzte schaffen eine Wissenschaft nach ihrem eigenen Bild; dieses Bild wird allmählich zu einer Wirklichkeit, die neue Ausbildungskandidaten anzieht, welche ihrerseits auf ein technisch ausgerichtetes und gut florierendes Gewerbe eingestimmt sind.« (S. 181) So »blühte die Psychoanalyse, doch sie blühte als kulturlos gewordene Geschäftigkeit«. (S. 196)

Was diese Professionalisierungstendenzen nach dem Zweiten Weltkrieg in den USA nicht schafften, vollendeten der Kalte Krieg und die *McCarthy*-Ära, durch die auch die letzten politisch engagierten Analytiker eingeschüchtert wurden, die gehofft hatten, die politische Atmosphäre werde sich in der Nachkriegszeit liberalisieren. Das ursprünglich mit der Psychoanalyse verbundene Projekt überlebte die Amerikanisierung nicht; »es versank im Unbewußten der Profession«. (S. 196)

So zutreffend diese Darstellung der Psychoanalyse in den Vereinigten Staaten der Nachkriegszeit in weiten Teilen auch sein mag und so begründet die Kritik *Jacobys* ist, so ist sie doch zumindest einseitig: es gelingt dem Historiker hier nicht, wirklich historisch, und das heißt auch immer: dialektisch zu denken. So wurde gerade im Rahmen der Menninger Foundation in Topeka, die von *Jacoby* als exemplarisch für die Verfallserscheinungen der Psychoanalyse angeführt wird (vgl. z.B. S. 175), eine erste Integration von klinisch orientierter Psychiatrie und Psychoanalyse zur Dynamischen Psychiatrie vollzogen. Wenn diese Versuche auch zunächst noch eklektisch blieben und die Integration zu einem in sich geschlossenen, dabei weit gespannten und flexiblen Grundkonzept nicht gelang, während die Psychoanalyse grundsätzlich einem triebgenetisch und individualistischen Konzept verhaftet blieb, mit dem die Vorstellung von der Gesellschaft als einer vorgegebenen und unbefragten Realität verbunden war, so wurden doch in diesem Kontext auch bahnbrechende neue Modelle und Konzepte entworfen, die über diese ursprünglichen Begrenzungen weit hinaus wiesen. Dazu gehörten u.a. die von Sullivan unternommenen Schritte hin auf ein gruppenbezogenes Persönlichkeitskonzept sowie das von Knicht entwickelte Borderline-Konzept. Dazu gehört aber auch die u.a.:

von *Karl Menninger* betriebene Reform der Landesnervenkliniken im Interesse der Ärmsten der Armen.

Auf diesen Fundamenten konnte dann das Borderline-Konzept von *Günter Ammon* aufbauen, der von Mitte der 50er bis Mitte der 60er Jahre in Topeka forschte und arbeitete. Im Rahmen seines humanstrukturologischen Ansatzes reifte dieses Konzept schließlich zu einem integrativen Ansatz aus. Gerade weil es auf präzisen wissenschaftlichen Weiterbildungen basierte, ermöglichte es eine viel fundiertere und schärfere Gesellschaftskritik, als das im Rahmen der traditionellen politisch orientierten Psychoanalyse möglich gewesen war, ohne daß damit der therapeutische Anspruch an zentraler Bedeutung verloren hätte: *Ammons Identitätskonzept* richtet sich unmittelbar gegen eine identitätsverbietende Gesellschaft, in der der einzelne auf fassadär-angepaßtes Rollenverhalten festgelegt wird, was ihn für kapitalistische Reproduktion funktional macht. Sein *Gruppenkonzept* stellt die Verbindung zwischen Individuum und Gesellschaft her — eine Verbindung, die in den älteren Ansätzen (dies war ja auch *Jacobys Kritik an Fenichel*) nie theoretisch stimmig gelöst werden konnte. Sein *Symbiosemodell* und sein *Humanstrukturologischer Ansatz* ermöglichen darüber hinaus eine Identitätstherapie, die frontal gegen die entfremdete und entfremdende kapitalistische Gesellschaft gerichtet ist und somit systemüberwindende Tendenzen in sich birgt. Es handelt sich damit um einen Ansatz, der genau das ermöglicht, was bei *Fenichel* bloßes Postulat geblieben war: die Revolutionierung der Menschen, die damit überhaupt erst in die Lage versetzt werden, revolutionäre Politik zu tragen und zu gestalten. Daß solche Positionen auch heute noch Minderheitspositionen sind, gibt *Jacoby* in weiten Teilen seiner Kritik Recht; daß sie auch heute noch politischer Repression ausgesetzt sind, beweist u.a. der Polizeiüberfall auf die Dynamisch-Psychiatrische Klinik Mengerschwaige in München im Jahre 1985, mit dessen Hilfe *Ammons* Konzept und seine Arbeit offensichtlich möglichst weitgehend gesellschaftlich diskreditiert werden sollten.

Damit steht *Ammons* Konzept einer Dynamischen Psychiatrie nicht nur in der Tradition der amerikanischen Psychiatrie, sondern auch der älteren politisch orientierten mitteleuropäischen Psychoanalyse, und zwar in dem Sinne, daß deren Erkenntnisse nicht einer Verdrängung anheimfallen, sondern daß sie tatsächlich im dialektischen Sinne »aufgehoben«, auf eine höhere wissenschaftliche und gesellschaftspolitische Stufe gehoben werden. Das, was *Jacoby* ausschließlich als einen irreversiblen Prozeß des Niedergangs darstellt, erweist sich unter Einbeziehung weiter gesteckter historischer Dimensionen somit auch als ein notwendiger Zwischenschritt, der erst wirkliche Weiterentwicklungen ermöglichte.

Barbara Töpfer (Berlin)

Standorte der Psychiatrie. Band 3: Auflösung der psychiatrischen Großkrankenhäuser?

Hrsg.: *Helmut Siedow*

Verlag Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore, 1983, 140 S.

Der vorliegende Band will die Auseinandersetzung um die Zukunft der großen psychiatrischen Krankenhäuser, wie sie zu Beginn der 80er Jahre in der BRD geführt wurde, dokumentieren. Obwohl er bereits 1983 veröffentlicht wurde, erscheint er uns wert, vorgestellt zu werden, da er eines der letzten Bücher ist, das dieses wichtige Thema aufgreift. Seinerzeit hatte die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) die Auflösung der psychiatrischen Anstalten gefordert und eine erregte Debatte innerhalb verschiedener Gruppierungen in der Psychiatrie angestoßen.

Im ersten Teil des Buches ist der Aufruf der DGSP zur Auflösung psychiatrischer Großkrankenhäuser vom Oktober 1980 wiedergegeben, für den Anlaß war, daß zehn Jahre halbherziger Reformen in der Psychiatrie an der menschenunwürdigen Unterbringung der Patienten nichts Wesentliches geändert hätten; er war u.a. mit der Forderung verbunden, ambulante psychiatrische Dienste aufzubauen und die stationäre Behandlung auf das unbedingt notwendige Maß zu beschränken. Demgegenüber steht die Stellungnahme des Arbeitskreises der Leiter der Öffentlichen Psychiatrischen Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland und Westberlin, in dem die Forderungen der DGSP als übersteigert bezeichnet und ihre Behauptungen als unsachlich zurückgewiesen werden. Auch die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde (DGPN) lehnte die Forderung der DGSP ab.

Im zweiten Teil des Buches sind Referate und Diskussionsbeiträge vom Kongreß der DGPN im November 1980 in Berlin wiedergegeben. Als Möglichkeiten alternativer psychiatrischer Versorgung werden Modelle aus Dänemark und Italien vorgestellt; am Beispiel der Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in Mannheim verdeutlichen *Häfner* und Mitarbeiter, daß die stationäre psychiatrische Versorgung nur auf einem niedrigen Niveau gehalten werden kann, wenn sie durch ein Netz ambulanter, teilstationärer und Notfalleinrichtungen ergänzt wird.

Es ist ein für den aktuellen Anlaß zusammengestelltes Buch, das uns heute aber daran zu erinnern vermag, mit welcher Vehemenz vor nicht einmal zehn Jahren um die zukünftige Gestaltung der deutschen Psychiatrie gestritten wurde. Leider ließ der Herausgeber neben anderen auch den Standpunkt der Dynamischen Psychiatrie außer acht, deren bereits in den frühen 70er Jahren vorgelegte Reformvorschläge inhaltliche, statt organisatorische Veränderungen verlangten. Es lohnt sich, in früheren Bänden der Zeitschrift »Dynamische Psychiatrie/Dynamic Psychiatry« hierzu nachzulesen, besonders aber in dem Band »Dynamische Psychiatrie«, herausgegeben von *Günter Ammon* im Luchterhand Verlag. Daß es heute so still geworden ist um die angemessene Behandlung psychiatrisch erkrankter Menschen, liegt nicht daran, daß sich die Verhältnisse entscheidend geändert haben. *Bernhard Richarz (München)*

»Alterspsychiatrie« aus der Reihe: *Psychiatrie der Gegenwart*
Herausgegeben von Kisker, Lauter, Meyer et al.

Springer Verlag, Berlin

Das vorliegende Buch »Alterspsychiatrie« erschien kürzlich in der Reihe »Psychiatrie der Gegenwart«, die mit einem Umfang von 9 Bänden mittlerweile ein Informations- und Nachschlagewerk der Psychiatrie bildet. Dabei umfaßt jeder Band einen abgeschlossenen Themenkreis zur Fort- und Weiterbildung praktisch tätiger Psychiater und Psychologen. Die Autoren des Bandes »Alterspsychiatrie« sind ausnahmslos Experten auf dem wissenschaftlichen Sektor der Gerontopsychiatrie. Überzeugend wirkt das Buch durch seine klare Gliederung und umfassende Literaturdiskussion, die die gesamte neuere Forschung umfaßt und auch kritische Gesichtspunkte beleuchtet. Besonders die Fragen der Psychologie des Alters, der psychischen Störungen wie Depressionen oder Verwirrtheitszustände und der spezifischen Möglichkeiten von Psychotherapie bei alten Menschen sind in eigenen Kapiteln ausführlich dargestellt und diskutiert.

Gerade die psychotherapeutischen Ansätze in der Gerontopsychiatrie stecken bislang nach Ansicht der Autoren noch in den Kinderschuhen, da den zukünftigen Psychiatern und Psychotherapeuten in ihrer Ausbildung meist ein »Defizitmodell« des Alters vermittelt wird und in der Tradition der Psychoanalyse *Freuds* neurotische und depressive Erkrankungen des Alters als unbehandelbar angesehen werden.

Freud wies nach *Radebold*, dem Autor des Kapitels über Psychotherapie im Alter, auf den »langen zeitlichen Abstand zu den prägenden Kindheitserlebnissen, die zur Bearbeitung des Materials nicht mehr ausreichend zur Verfügung stehende Zeit, die Rigidität und das Desinteresse an seelischer Gesundheit hin.« Bis zum heutigen Zeitpunkt hat sich an der grundlegenden psychoanalytischen Einstellung zum alten Menschen nichts geändert.

Die zitierten neueren Forschungen auf dem Gebiet der Psychotherapie im Alter stammen zu über 80% aus Amerika. Die wenigen europäischen Publikationen beschreiben durchweg keine echte, tiefe Psychotherapie, sondern Versuche, psychosoziale Konflikte und Probleme zu mildern und den alten Menschen an sein soziales Umfeld wieder anzupassen. So werden z.B. über 60jährige psychosomatisch erkrankte Patienten meist als nicht mehr psychotherapeutisch behandlungsfähig angesehen.

Die Gruppenpsychotherapie wird immerhin von einigen Autoren für ältere Menschen empfohlen, wobei unter dieser Bezeichnung häufig Interessens- und Selbsthilfegruppen, soziale und pädagogisch orientierte Gruppen durchgeführt werden, um den »spezifischen sozialen Bedürfnissen dieser Randgruppe« gerecht zu werden, was der Autor des Kapitels, *Radebold*, als unzureichend kritisiert.

Insgesamt sind auch die mehr organmedizinisch und epidemiologisch orientierten Kapitel des Buches ebenso fundiert aufgebaut, wobei eine humanisti-

sche Grundeinstellung der Autoren zu bemerken ist. Jedoch vertreten die Autoren einen eklektischen Ansatz. Sie sprechen von einer »multifaktoriellen Genese der Alterskrankheiten« und stellen ebenso mehrspurig auch deren Behandlungsmethoden dar, ohne sich auf eine lebenslange Entwicklungs- und Identitätsvorstellung zu beziehen, wie sie in der Humanstrukturlehre *Günter Ammons* gefordert wird.

Die theoretischen Konzeptionen erinnern sehr an die multifaktoriellen Ansätze in der modernen Schizophrenieforschung. So wird z.B. der Einfluß von Life Events, Vulnerabilitäts- und Protektionsfaktoren bei der Entstehung von Alterskrankheiten diskutiert sowie psychosoziale Kompetenz und Bewältigungsstrategien als Therapieziele formuliert.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, daß das Buch einen klaren, umfassenden und akribischen Überblick über den Stand der derzeitigen gerontopsychiatrischen Wissenschaft bietet, jedoch keine ganzheitliche und integrative Behandlungskonzeption. Es wird dem Leser überlassen, sich aus der Vielfalt von Verständnis- und Therapieansätzen das jeweils Sinnvolle auszuwählen. Als reines Nachschlagewerk zur Information über den heutigen Stand der Forschung in der Gerontopsychiatrie erscheint das Buch dagegen sehr geeignet.

Ulrike Schanné (München)

Herbert Csef

Zur Psychosomatik des Zwangskranken

Klinik — Psychodynamik — Psychopathologie — Therapie

Springer-Verlag Berlin Heidelberg 1988, 185 S.

Der Autor ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg und blickt auf eine langjährige psychotherapeutische Erfahrung auf tiefenpsychologischer Grundlage mit Zwangskranken und psychosomatisch Kranken zurück.

Anlaß zu einer Überprüfung der Gültigkeit seiner therapeutischen Arbeit waren für *Herbert Csef* das Leiden und die Verzweiflung der Kranken. Da er während seiner Tätigkeit beobachtete, daß viele seiner Patienten unter Zwangssymptomen und psychosomatischen Symptomen litten, stellte sich für ihn die Frage nach einem Zusammenhang zwischen eben diesen Phänomenen.

Die vorliegende Studie von *Herbert Csef* umfaßt 108 Patienten, die der Autor in einem Zeitraum von 6 Jahren behandelt hat. Nicht einbezogen wurden Patienten, die an schizophrenen Reaktionen und hirnorganischen Erkrankungen litten.

Das Buch zeichnet sich durch eine klare Gliederung aus. In der Einleitung arbeitet der Autor anhand eines ausführlichen Fallbeispiels grundlegende Fragen heraus, die über einen möglichen Zusammenhang zwischen Zwangs-

phänomenen und psychosomatischen Symptomen Auskunft geben könnten. Sämtliche Fragen zu beantworten würde den Rahmen des Buches sprengen. Als Teilziel will der Autor aus der empirischen Forschung heraus einen phänomenologischen Beitrag leisten zur Frage, mit welchen psychosomatischen Krankheiten Zwangsphänomene verbunden sein können.

Ein großes Kapitel ist der Literatur der letzten 10 Jahre gewidmet. Der Hauptteil beinhaltet die Darstellung der eigenen Patienten. Man findet hier eine ausführliche Beschreibung der Lebensgeschichte der Patienten, deren Behandlungsverlauf und kasuistische Untersuchungen.

Nach seiner Fragestellung unterteilt er seine untersuchten Patienten in zwei Hauptgruppen: Zwangskranke mit und ohne psychosomatische Symptome und sieben Untergruppen.

Nach Diskussion der Probleme der Definition, Klassifikation und Nosologie der Zwangsercheinungen entschloß sich der Autor zur phänomenologisch-deskriptiven und anthropologischen Methodik der Forschung unter Einbeziehung der Lebensgeschichte der Patienten. Er findet, daß es wenig reine Zwangskranke gibt, die Mehrzahl (67%) leidet auch an psychosomatischen Symptomen, entweder parallel oder im Wechsel. Die psychosomatischen Krankheiten werden nach Häufigkeit aufgelistet. Es überwiegen die funktionellen Störungen. Als Gemeinsamkeit findet der Autor eine emotionale Kommunikationsstörung und die Alexithymie.

Das Anliegen, die Fragestellung und Untersuchung des Autors sind an sich interessant, auch seine ausführlichen Fallbesprechungen und die Literaturbearbeitung. Leider ist die statistische Bearbeitung nicht von der Qualität, die man nach dem heutigen Stand der Wissenschaft erwarten könnte. Sie beschränkt sich auf die deskriptive Statistik und geht nicht auf die Frage der strukturellen Verwobenheit beider Krankheitsbilder ein, wie im Rahmen der Humanstrukturologie *Günter Ammons* gefordert wird. So bleiben wichtige Fragen offen.

Dorothee Doldinger (München)

Ruth Dünkel

Multiple Sklerose, Patient, Arzt und Umfeld

Gustav Fischer Verlag, 2. Auflage 1985

Die Autorin richtet dieses Buch an Patienten, sowie an die Ärzte, das Pflegepersonal und die Psychologen, die sich mit MS-Kranken beschäftigen und an die Angehörigen von Patienten, zum Zweck eines besseren Verstehens der menschlichen Gesamtproblematik der an Multipler Sklerose Leidenden.

Die Hilflosigkeit, mit der Therapeuten auf die Multiple Sklerose reagieren, angesichts des unberechenbaren und oft schweren Verlaufs der Krankheit, ihre Hilflosigkeit den psychischen und sozialen Problemen gegenüber, die

diese chronisch verlaufende Krankheit mit sich bringt, hat die Autorin als Betroffene selber erfahren. Nach Ausbruch der Krankheit mußte sie ihren Beruf als Bildhauerin aufgeben und studierte Psychologie, um sich der Hilfe MS-krankter Menschen zu widmen. Das Buch ist geschrieben aufgrund der Erfahrung der Autorin mit über 900 MS-Patienten.

Ihre zahlreichen, verständnisvoll und kritisch geschilderten Fallbeispiele sind nach typischen Problemsituationen ausgewählt und lassen in aller Deutlichkeit erkennen, daß an der MS (ähnlich wie im Falle vieler psychischer Erkrankungen oder der Epilepsie — Anm. d. Verf.) noch immer eine irrationale Aura von Angst, Ablehnung und Diskriminierung haftet, die in vielen Fällen dem inneren Rückzug, der Vereinsamung, dem »geistigen Suizid« der Kranken Vorschub leistet. Die Unterforderung durch Therapeuten, Angehörige und Institutionen führt zur körperlich-geistigen Versorgungshaltung und zum Hospitalismus. Die Autorin schildert mit spürbarer Empathie, anhand von Berichten Betroffener, wie extrem das menschliche Unverständnis der Vertreter einer rein organischen, im Wesentlichen apparativen Medizin sein kann, für die der Patient wenig mehr als ein »Objekt für den Kliniker« darstellt, das ohne Rücksicht auf organische und psychische Probleme des Einzelnen diagnostiziert und behandelt wird. Nur wenige Patienten erhalten Erklärungen über ihre Krankheit, vielen wird die Diagnose Jahre bis Jahrzehnte lang verschwiegen; eine kompetente und verständnisvolle Unterstützung fehlt meistens bei der Bewältigung der psychischen Probleme, welche die chronische Krankheit begleiten.

Auch wenn das Anliegen der Autorin im besseren Verständnis der Probleme MS-Krankter mit dem Ziel eines humaneren Umgangs mit den Patienten besteht, ist es bedauerlich, daß im Kapitel »Krankheit psychogen?« nur die herkömmliche Auffassung zum Wort kommt, die MS sei eine organische, wenn auch multifaktoriell bedingte Krankheit. Die Argumentation der Autorin ist kausal-linear und berücksichtigt nicht diejenigen Untersuchungen, die sich besonders seit den 70er Jahren mit der psychosomatischen Struktur der MS-Kranken befassen, familiendynamische Ansätze zeigen, oder die neueren Erkenntnisse der Psychoneuroimmunologie verwerten. Damit engt sie von vornherein auch die therapeutischen Möglichkeiten zur Behandlung der Patienten ein.

Die Stärke des Buches von *Ruth Dünkel* besteht in der menschlichen Haltung der Autorin, in ihrem Engagement bei der Forderung nach einem humanen Umgang für die Multiple-Sklerose-Kranken. Angesichts der Realität der Zunahme chronischer Erkrankungen im allgemeinen in unserer Gesellschaft kann diese Forderung nur unterstrichen werden.

Egon Fabian (München)

Nachrichten / Niews

Solidarität mit Israel —

Solidaritätstelegramme von Dr. Ammon sowie ein Antworttelegramm von Professor Judge Carmi

Rabbiner Jitchak Shapira
10 Avraham Shapira Street
Netanya (42317)/Israel

29.1.1991

My dear old friend Rabbi Shapira,
at this severe time I would like to let you know that all my love, friendship and concern and also from my co-workers are with you, your family, friends and community and with Israel. God save Israel. The spirit will be victorious over brutality and inhumanity and dictatorship. I proposed an Ad-hoc WADP Symposium on psychology and politics or on psychology of peace and war in Israel where you all might give time and location if you would like to hold such a symposium.

With my greatest esteem and love
Dr. med. Günter Ammon
President WADP
President DAP

Prof. Friedrich Rothschild
Physicians Home (Maon Harofe)
D.N. Harei Jehuda
(90820) Motza Illit/Israel

29.1.1991

Lieber verehrter Prof. Rothschild,
habe Ihren lieben Brief erhalten. Frau von Buelow arbeitet mit unstillbarem Perfektionsdrang an ihrem gemeinsamen Buch. Wir alle denken in dieser schweren Zeit in tiefer Verbundenheit und Freundschaft an sie, Ihre liebe Frau und das schöne Israel. Habe Erdreich ein WADP-Symposium über Psychologie und Politik vorgeschlagen. Brief folgt.

Mit innigen Wünschen für Ihre gesundheitliche Besserung und für den Sieg des Geistes über Brutalität und Diktatur.

Herzlichst Ihr
Günter Ammon

Prof. Judge Amnon Carmi
P.O.Box 6451
Haifa (31063)/Israel

29.1.1991

Dear friend Judge Carmi,
at this dangerous time I am sending you, your family, friends and our beloved Israel our full solidarity, friendship and love. God bless Israel. I am proposing a WADP Ad-hoc Symposium on »psychology and politics« or better on »psychology of peace and war.«

Cordially.

Dr. med. Günter Ammon
President WADP

Professor Vadim Rotenberg
Rehov Ben-Gurion 69
c/o Noami Harnik
Tel Aviv/Israel

31.1.1991

Dear friend Vadim,
received your letter and I am organizing everything I can for you. We all pray for your health during this terrible time.

Letter follows.

In friendship

Dr. med. Günter Ammon

Dr. Marius Erdreich
47 Golomb Street
P.O.Box 4940
Haifa (31048)/Israel

29.1.1991

All our feelings are at this severe time with you, dear Marius, your dear family and friends, the Israeli branch of WADP. God bless Israel. My proposal would be to organize an Ad-hoc-Symposium of WADP on »psychology and politics« or better »psychology of peace and war« with location and time according to your needs.

Cordial greetings to Mr. Gurel, the mayor of Haifa.

Dr. med. Günter Ammon
President WADP

Mr. Arieh Gurel
 Mayor of Haifa
 Municipality of Haifa
 Haifa/Israel

29.1.1991

Dear Mr. Gurel,
 with good memories of my several encounters with you and many visits to Israel I would like to send you at this severe time deepest feelings of solidarity with you, the city of Haifa and Israel from our World Association for Dynamic Psychiatry and all the international associations affiliated with us including the German Academy for Psychoanalysis. May the spiritual forces for humanism, personal freedom and democracy be victorious over brutality, dictatorship and terror. God bless Israel and save her people.

Sincerely

Dr. med. Günter Ammon
 President WADP
 President DAP

Dr. Ammon
 Wielandstraße 27/28
 Berlin

Dear friend, we are deeply moved by your good words, which will be distributed to all our friends. Thank you dear president from the bottom of our heart.

Judge Carmi

Forschungsvertrag zwischen dem Bechterew-Institut Leningrad, der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) und dem Internationalen Ausbildungszentrum der World Association for Dynamic Psychiatry, der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige München

Die schon seit vielen Jahren bestehenden wissenschaftlichen Kontakte zwischen dem Leningrader Bechterew-Institut, der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V. und dem internationalen Ausbildungszentrum der Weltgesellschaft für Dynamische Psychiatrie WADP Inc. Bern, der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige, wurden jetzt durch einen gemeinsamen Vertrag gefestigt. Vereinbart wurde eine Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Evaluierung der dort praktizierten Therapiemodelle, mit dem Ziel, die Effektivität der Psychosenpsychotherapie und die Relevanz einzelner

Therapieprozeßvariablen für den Behandlungserfolg zu überprüfen. Zur Optimierung der Effektivität ist eine wechselseitige Integration verschiedener Therapieelemente in die Modelle und eine kontinuierliche, sich gegenseitig befruchtende Fort- und Weiterbildung der Therapeuten geplant. Sowohl das Bechterew-Institut als auch die DAP stellen die Mitarbeiter an diesem Projekt aus den eigenen Reihen. Finanziert werden soll das Programm unter wesentlicher Beteiligung nationaler und internationaler Stiftungen und Forschungsfonds.

Das Projekt wird von dem Executive Council der WADP unterstützt. Auf seiner letzten Sitzung am 5.10.1990 schlug Prof. Judge *Amnon Carmi* die Ausweitung der transkulturellen Zusammenarbeit durch die Teilnahme anderer Akademien und Institutionen aus den Mitgliedsländern der WADP vor. Dieser Vorschlag fand allgemeine Zustimmung.

Der Vertrag eröffnet neue Perspektiven für die Vertiefung der wissenschaftlichen Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Psychosenpsychotherapie zum Nutzen der Patienten und zur Förderung der freundschaftlichen Beziehungen zwischen den Ländern.

Telegramme an Professores Kabanov (Leningrad) und Polozhyi (Tomsk)

Prof. Modest Kabanov
Forschungsinstitut Bechterew
Ul. Bechterewa 3
(193019) Leningrad/USSR

29.1.1991

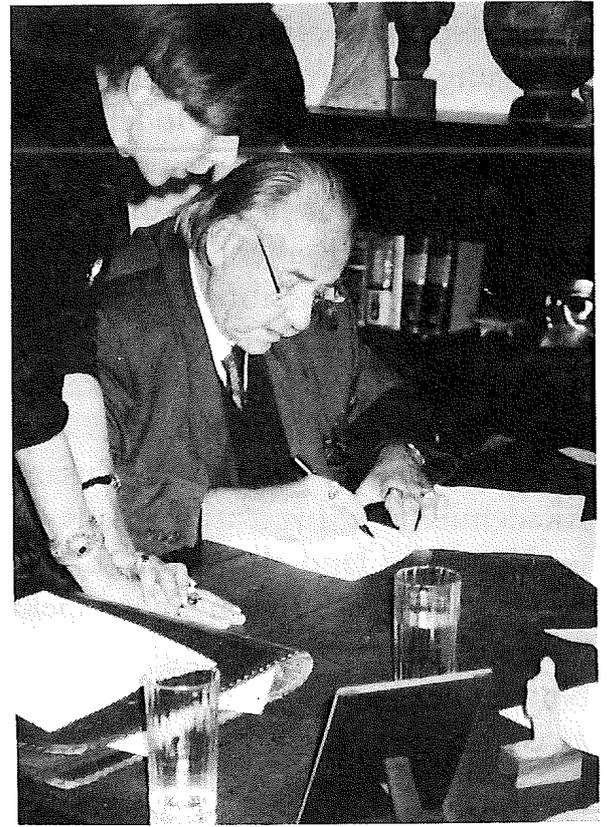
Dear Prof. Kabanov,

I received the two signed contracts about our mutual research projects. I myself and all my collaborators in Munich and Berlin are in agreement with it. The coordination and organisation will be in the hands of Dr. Burbiel as you know. We are very happy about our collaboration and thank you again for your guest professorship in december. Letter follows.

Cordially
Dr. med. Günter Ammon
President WADP
President DAP



Prof. Dr. med. Modest M. Kabanov, Leiter des Psychoneurologischen Instituts W.M. Bechterev Leningrad bei der Unterzeichnung des Forschungsvertrages



Dr. med. Günter Ammon bei der Unterzeichnung des Forschungsvertrages; links: Dipl. Psych. Maria Berger (Berlin), Psychoanalytikerin der DAP, Exekutivsekretärin der WADP, 2. Vizepräsidentin der DAP



Prof. Dr. med. Modest Kabanov und Dr. med. Günter Ammon nach der Unterzeichnung

Unterzeichnung des Forschungsvertrages im Arbeitszimmer von Dr. Ammon im Berliner Lehr- und Forschungsinstitut der DAP in der Wielandstraße 27/28

Prof. Boris Polozhyi
Institut für psychische Gesundheit der
Akademie der Medizinischen Wissenschaften der UdSSR
(634014) Tomsk/URSS

29.1.1991

Lieber Prof. Polozhyi,
stimme mit Ihrem letzten Brief überein und schlage als Zeiten für Ihr Studienprogramm in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik München vor: Mai, Juni, Juli oder Juni, Juli, August 1991.

In herzlicher Verbundenheit
Ihr Dr. med. Günter Ammon
Präsident WADP
Präsident DAP

Straffung der Strukturen der WADP

Auf den turnusmäßigen Sitzungen des Executive Council und des Board of Governors der World Association for Dynamic Psychiatry WADP am 5. Oktober 1990 während des 8. Weltkongresses der WADP in Berlin wurden wichtige Beschlüsse gefaßt, welche die Arbeitsfähigkeit der WADP angesichts ihrer vielfältigen internationalen Aufgaben erhöhen sollen:

1. Zusätzlich zu den drei Vizepräsidenten Dr. med. Dr. phil. *Edward J. Dehné* (Carson City/USA), Dr. med. *Béla Buda* (Budapest) und Prof. Dr. phil. *Jai B.P. Sinha* (Patna/Indien) wurden zwei weitere Vizepräsidenten gewählt: Prof. Dr. med. *Mauricio Knobel* (Campinas/Brasilien), der gleichzeitig Repräsentant für Lateinamerika und anstelle von Dr. med. *Nelson L. Carrozzo* (Sao Paulo) Chairman des brasilianischen Zweiges wurde, und Prof. Dr. med. *Modest M. Kabanov* (Leningrad), Direktor des Psychoneurologischen Instituts W.M. Bechterew. Die bisherige Rangfolge der Vizepräsidenten (1.—3.) wurde durch eine entsprechende Satzungsänderung abgeschafft, alle fünf Vizepräsidenten sind gleichberechtigt.

2. Neuer Leiter des japanischen Zweiges der WADP ist Prof. Dr. med. *Takashi Yamaguchi* (Tokyo), Vorstandsmitglied der Japanischen Gesellschaft für Gruppenspsychotherapie und Direktor der Sektion Psychotherapie im Vorstand der World Association for Psychiatry WAP. Die Räume für die Arbeit des japanischen Zweiges stellt die dynamisch-psychiatrische 500-Betten-Hasegawa-Privatklinik in Tokyo, deren Leiterin, Dr. med. *Mikiko Hasegawa*, am 8. Weltkongreß teilnahm und ein Referat über die psychotherapeutische Arbeit in ihrer Klinik hielt, ebenso wie ihre Mitarbeiterin in der Hasegawa-Klinik, die Sozialarbeiterin *Sumiko Ishida*.

3. Neuer ständiger Repräsentant der WADP an ihrem Sitz in der Schweiz in Bern ist nach dem Rücktritt Dr. *Kurt Oehlers* Dr. med. *Werner Billeter*

(Rickenbach/Winterthur), der gleichzeitig die Leitung des Schweizer Zweiges der WADP übernommen hat.

4. Zum Repräsentanten der WADP als Non-Governmental-Organisation in den Sonderorganisationen der Vereinten Nationen, d.h. der WHO und der United Nations Fund for Population Activities UNFPA wurde Dr. phil. *Helmut Volger* (Berlin) gewählt.

Vortrag von Prof. Kabanov (Leningrad) im LFI München

Prof. Dr. *Modest Kabanov*, Direktor des Psychoneurologischen Instituts W.M. Bechterew in Leningrad und Vizepräsident der WADP, sprach am 8.12.1990 im Münchner Lehr- und Forschungsinstitut zur Situation der Psychiatrie in der UdSSR unter dem Thema »Psychiatrie und Gesellschaft«. Auf dem Hintergrund einer ausführlichen historischen Darstellung der russischen Psychiatrieentwicklung und ihrer Neuerungen der letzten 150 Jahre, war ihm insbesondere daran gelegen, deutlich zu machen, worin die aktuellen, äußerst gravierenden Probleme der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychologischen Arbeit und Versorgung bestehen:

1. Große Teile der Bevölkerung leiden unter schweren psychischen Störungen, es suchen aber nur sehr wenig Menschen um Hilfe nach.
2. In der Bevölkerung besteht nur ein geringes Verständnis für psychiatrisch schwer erkrankte Menschen jenseits mythischer Vorstellungen.
3. Bisher sind die Rechte und gesetzlichen Interessen der Kranken nicht garantiert. Es ist erst in den letzten Jahren ein entsprechender Gesetzesentwurf in Vorbereitung.
4. Innerhalb der Psychiatrie herrscht ein biologisches Krankheitsverständnis und eine rein pharmakologische Behandlungspraxis vor.

Der Referent betonte, daß eine Änderung der Einstellung zu psychischen Störungen in Bevölkerung und Ärzteschaft und eine Garantie der Rechte des Patienten nur in Verwobenheit mit einer gelingenden Umgestaltung der sowjetischen Gesellschaft, ihrer Humanisierung und Demokratisierung, erreicht werden kann. Das Bechterew-Institut ist eine der wenigen psychotherapeutisch arbeitenden Einrichtungen in der UdSSR; *Kabanov* selbst sieht die Aufgabe des Psychiaters im wesentlichen darin, den Menschen aus seiner Einsamkeit herauszuführen und ihn zu einem sinn- und wertvollen Leben zu führen, unter Einbeziehung seiner psychischen, körperlichen und geistigen Bedürfnisse.

Informationen aus dem Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim

Das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim, wurde vom Direktor der Weltgesundheitsorganisation in Genf als WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health für weitere vier Jahre wiederberufen.

Mit dieser Auszeichnung werden die dem ZI satzungsgemäß übertragenen Aufgaben auf dem Gebiet der Forschung und Ausbildung fortgeschrieben, die gemeinsam mit anderen Forschungszentren und in enger Zusammenarbeit mit der Weltgesundheitsorganisation geleistet werden. Dazu zählen nicht zuletzt Planung und Durchführung wissenschaftlicher Projekte im Rahmen des WHO-Gesundheitsprogramms, die Mitarbeit in der Entwicklung neuer Methoden und Standards für die individuelle und allgemeine Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung sowie die Koordination und Auswertung wissenschaftlicher Erhebungen.

Das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit war erstmals 1980 von der Weltgesundheitsorganisation zum WHO Collaborating Centre berufen worden.

Prof. Dr. Dr. *Heinz Häfner*, Direktor des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit, Mannheim, wurde für die Dauer von sechs Jahren zum Mitglied des Vorstands der Arbeitsgemeinschaft Europäischer Psychiater (AEP), Straßburg, und zum Mitglied des Verwaltungsrats der Internationalen Gesellschaft Psychiatriche Epidemiologie, Brüssel, gewählt.

ZI Mannheim

81. Gruppendynamische Klausurtagung

vom 2. — 12. Juni 1991

82. Gruppendynamische Klausurtagung

vom 25. August — 4. September 1991

mit gruppendynamischer Selbsterfahrung, Seminaren, Tanz,
Meditation, Tempelführung, Ausflug nach Capri

im Tagungszentrum der DAP in Paestum (bei Salerno/Südtalien)

Gesamtleitung: Dr. med. Günter Ammon



Auskunft und Anmeldung:

Lehr- und Forschungsinstitute der Deutschen Akademie für Psychoanalyse

Wielandstraße 27/28, 1000 Berlin 15, Tel. (030) 8 81 80 59 / 8 81 80 50

Goethestraße 54, 8000 München 2, Tel. (089) 53 96 74 / 53 96 75

Außerdem möchte die Redaktion darauf hinweisen, daß Dr. Ammon diesmal seinen Geburtstag am 9. Mai im Zentrum in Paestum feiern wird.

Fifth International Congress on Drug Abuse (Israel) 1991

Leading Topic: The Global Village, Research — Policies — Community Action

Place: Jerusalem, Israel

Time: March 10-15, 1991

Information: The Fifth International Congress on Drug Abuse,
P.O. Box 71102, Jerusalem 91079, Israel, Telephone: 972 2 662989,
972 2 668 070, Telex: 26577 OMGIS IL, Telefax: 972 2 665 668

Sixth National Conference on Student Mental Health Baltimore (USA) 1991

Place: John-Hopkins-University Baltimore/Maryland (USA)

Time: March 21—23, 1991

Information: Program Coordinator, Office of Continuing Education,
John Hopkins Medical Institutions, 720 Rutland Avenue, Turner Building,
Baltimore, Maryland 21205-2195

Telephone: (301) 955-2959, Telefax: (301) 955-0807

Internationaler Kongreß für Kinder- und Jugendpsychiatrie 1991

Thema: Störungen der kindlichen Entwicklung

Kongreßleitung: Prof. Dr. med. F. Poustka, Leiter der Abteilung für Kinder-
und Jugendpsychiatrie der Universität Frankfurt/Main, Deuschordenstr. 50,
D-6000 Frankfurt/M. 71, Tel. (069) 63 01 54 08

Ort: Kurtheater und Maritim Kurhaushotel in Bad Homburg

Zeit: 1.—4. Mai 1991

Information: Internationaler Kongreß für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Congress Project Management GmbH, Letzter Hasenpfad,
D-6000 Frankfurt/M. 70, Tel. (069) 61 04 74

21. Verhaltenstherapiewoche in Kiel 1991

Veranstalter: IFT Institut für Therapieforschung, München, in Zusammen-
arbeit mit den Abteilungen Medizinische und Klinische Psychologie der
Universität Kiel

Ort: Kiel

Zeit: 3.—8. Mai 1991

Information: IFT Institut für Therapieforschung, Verhaltenstherapiewoche,
Parzivalstraße 25, 8000 München 40, Tel. (089) 360804-22

Supervisionskongreß Kassel 1991

Thema: Das Thema und seine Entwicklung im Supervisionsprozeß

Veranstalter: Gesamthochschule Kassel — Universität, FB 04/Studiengang
Supervision

Ort: Gesamthochschule Kassel — Universität
 Zeit: 9.—11. Mai 1991
 Information: Frau S. Liebendahl, A.-Bode-Straße 10, D-3500 Kassel,
 Studiengang Supervision, Tel. (05 61) 29 51

24. Internationales Trainingsseminar für Gruppendynamik der ÖAGG Alpbach 1991

Veranstalter: Österreichischer Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik ÖAGG
 Ort: Alpbach/Tirol
 Zeit: 25.-30. Mai 1991
 Information: ÖAGG — Alpbach, Sekretariat, Alfred Frank, Heiligenstädter Straße 7/8, A-1190 Wien
 Anmeldeschluß: 22. März 1991

XVI. IASP-Congress

XVI. International Conference on Suicide Prevention and Crisis Intervention and 19. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention — Hilfe in Lebenskrisen (DGS)

Leading Topics: Suicide in the Elderly, Role of Volunteers in Suicide Prevention, Risk-Taking Behavior versus Parasuicide, Crisis Intervention in General Hospitals

Place: Hamburg, Germany

Time: September 1—5, 1991

Information: Mrs. E. Prigge, c/o Allgemeines Krankenhaus Ochsenzoll, Langenhorner Chaussee 560, D-2000 Hamburg 62, Germany, Telephone: (+ 49-40) 52 71 20 01-20 02, Telefax: (+ 49-40) 52 71 28 70

International Congress on Schizophrenia and Affective Psychoses

Leading Topic: Nosology in Contemporary Psychiatry

Organizer: Department of Psychiatry, University of Geneva under the auspices of the World Health Organization, Division of Mental Health and the CODE International Collegium

Place: Geneva, Switzerland

Time: September 12—14, 1991

Information: SYMPORG S.A., 108 route de Frontenex, CH-1208 Geneva, Switzerland, Telephone: (+4122) 786 37 44, Telefax: (+4122) 786 4080

XVth International Symposium of the Fulton Society along with the 116th Annual Meeting of the American Neurological Association

Leading Topic: The Search for the Genetic Basis of the Neurological Diseases

Place: Seattle, WA (USA)

Time: September 1991

Information: Prof. Dr. Victor Soriano, Calle Buenos Aires 363, Montevideo/Uruguay

Third International Congress on Psychiatry, Law and Ethics Jerusalem 1991
in Conjunction with the 8th Israel Medical Week of the Israel Medical Association

Organizer: The Society for Medicine and Law in Israel

Place: Binyanei Hauma Convention Center Jerusalem

Time: November 4–7, 1991

Information: Congress Secretariat of the Third International Congress on Psychiatry, Law and Ethics, Stier Group Ltd., 190A Ben Yehuda St., Tel Aviv, Tel.: 03-224153, Telefax: 03-247782, 03-224151

Veranstaltungen des Fritz-Perls-Instituts

Information: Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit (EAG), Wefelsen 5, D-5609 Hückeswagen, Tel. (02192) 85 80

1. Europäische Tagung für Integrative Bewegungstherapie

Thema: Ist Bewegungstherapie Psychotherapie?

Veranstalter: EGA in Zusammenarbeit mit der Freien Universität Amsterdam

Ort: Amsterdam

Zeit: 10.–11. Mai 1991

2. 1. Europäischer Kongreß für Supervision

Thema: Supervision in sozialen Brennpunkten

Ort: Salzburg

Zeit: 4.–6. Oktober 1991

3. Tagung

Thema: Handlungsfeldorientierte Gruppen- und Teambesprechung sowie Supervision für Sonderpädagogen und benachbarte Berufe

Veranstalter: Institut f. Sonderpädagog. d. Univ. Zürich (JSP) und Heilpädagog. Institut d. Univ. Fribourg (ISPI)

Ort: Zürich

Zeit: 11.–12. Oktober 1991

4. Tagung

Thema: Bewegungstherapie mit alten Menschen und Hochbetagten

Ort: Amsterdam

Zeit: November 1991

Information für die Leser

Die Redaktion der DYNAMISCHEN PSYCHIATRIE/DYNAMIC PSYCHIATRY wurde mit Brief vom 16. Januar 1991 von Prof. Nicholas Destounis, M.D., Ph.D., (Milwaukee/USA) über die Tatsache informiert, daß der Beitrag mit dem Titel »Psychological Aspects of In Vitro Fertilization Participants«, den Prof. Destounis auf dem 6. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XIX. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) im März 1988 in München vorgelesen hat und der anschließend im Heft 112/113 (Jg. 21 (1988)), S. 404-412 der DYNAMISCHEN PSYCHIATRIE/DYNAMIC PSYCHIATRY veröffentlicht wurde, nicht von ihm verfaßt wurde, sondern von den kanadischen Doktoren M.T. Hearn, A.A. Yuzpe, S.E. Brown und R.F. Casper vom Department of Psychology und dem Department of Gynecology des University Hospitals London/Ontario (Kanada) und daß dieser Beitrag von den Letztgenannten bereits im Februar 1987 in der Zeitschrift »American Journal of Obstetrics and Gynecology« publiziert worden ist.

Die Redaktion der DYNAMISCHEN PSYCHIATRIE/DYNAMIC PSYCHIATRY handelte in gutem Glauben, da ihr eine von Prof. Destounis ausgefüllte und unterzeichnete Copyright-Eklärung vom 28. Dezember 1987 für diesen Text vorlag.

Die Redaktion

Information for the readers

The editorial staff of DYNAMISCHE PSYCHIATRIE/DYNAMIC PSYCHIATRY was informed by Prof. Destounis, M.D., Ph.D. (Milwaukee/USA), in a letter from January 16, 1991, about the fact, that the paper with the title »Psychological Aspects of In Vitro Fertilization Participants«, which Dr. Destounis read at the 6th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XIX. International Symposium of the German Academy for Psychoanalysis (DAP) in Munich in March 1988 and which was subsequently published in »DYNAMISCHE PSYCHIATRIE/DYNAMIC PSYCHIATRY«, vol. 21 (1988), pp. 404—412 under his name, had not been written by him, but by the Canadian doctors M.T. Hearn, A.A. Yuzpe, S.E. Brown and R.F. Casper, of the Department of Psychology and the Department of Gynecology of the University Hospital London, Ontario, Canada, and that the text had already been published in 1987 in the journal »American Journal of Obstetrics and Gynecology« in Februar 1987.

The editorial staff of DYNAMISCHE PSYCHIATRIE/DYNAMIC PSYCHIATRY acted in good faith in publishing the article under his name, because we had a copyright-statement from his own hand, signed by him, dated December 28, 1987, claiming the authorship for this text.

The Editorial Staff

Im nächsten Heft erscheint. . .

Amnon Carmi (Haifa)

Suicide, especially the confrontation of the physician with the phenomenon of suicide

Günter Ammon (Berlin/München)

Dynamic Structural Psychiatry Today

Ulrich Köppen/Astrid Thome (München)

Schlafuntersuchungen bei Patienten mit schweren Eßstörungen im Vergleich zu Patienten anderer humanstruktureller Diagnosegruppen

J. Varga/Gy. Koczan/K. Ozsváth (Pécs)

Sociaophysiological Approach of Group Psychotherapy with Patients suffering of Personality Disorder

J.J. Tupizin (Leningrad)

Some Unresolved Problems in Soviet Psychiatry

György Koczan (Pécs)

The Resonance Theory. A Possible Explanation of the Transmission of Social Energy

Sandor Fekete/Gabor Kelemen (Pécs)

Die ethischen Aspekte der Psychotherapie bei Patienten mit Borderline-Syndrom

Heinrich Huebschmann (Heidelberg)

Erkranken als Überschreiten von Grenzen

Ingo Gemmer (Düsseldorf)

Gruppendynamische Initiationspsychodiagnostik. Ein Modell psychologischen Diagnostizierens in der Gruppe

Gertrud Reitz (München)

Der therapeutische Prozeß eines Borderline-Patienten im Feld von Gruppen- und Tanztherapie

Beata Temesváry (Szeged)

Das Borderline-Syndrom als Risikofaktor bei der Suizidalität

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.

Verlagsleitung und Hauptgeschäftsstelle/Head Office

Wielandstraße 27/28, D-1000 Berlin 15, Telefon (030) 8 81 80 59

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: Dipl. Ing. Werner Schütz, Wielandstr. 27/28,
1000 Berlin 15.

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).

Abonnenntenabteilung/Subscription management: Dipl. Ing. Werner Schütz, Wieland-
straße 27/28, 1000 Berlin 15.

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, Dr. med. Bernhard Richarz, Dr. med. Ulrike Schanné, Dr. med. Rolf
Schmidts, Margit Schmolke, Dr. med. Egon Fabian (Univ. Tel Aviv), 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: Bank für Sozialwirtschaft Berlin (BLZ 100 205 00), Kto.-Nr. 31 273 00.

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 \$ 12,— per individual copy \$ 70,— (including postage charge \$ 78,—). 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 Bank für Sozialwirtschaft Berlin (BLZ 100 205 00), Kto.-Nr. 31 273 00.

Biedersteiner Beiträge

Herausgegeben von JOCHEN STORK

Als erster Band der *Biedersteiner Beiträge* ist erschienen:

Jochen Stork (Hrsg.): Neue Wege im Verständnis der allerfrühesten Entwicklung des Kindes. Erkenntnisse der Psychopathologie des Säuglingsalters. *Biedersteiner Beiträge* 1. 1990. 278. S. Br. DM 88,-. Lieferbar

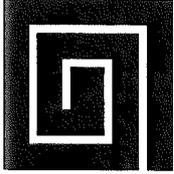
INHALT: J. Stork: Verhaltensforschung und Psychoanalyse - M. Soulé: Das Kind im Kopf - Das imaginäre Kind. Sein strukturierender Wert im Austausch zwischen Mutter und Kind - M. Berger: Ko-Referat zu Soulé - L. Kreisler: Die Depression des Säuglings. Klinische Erläuterungen - Theoretische Vorschläge - E. Kittler: Ko-Referat zu Kreisler - E. Galenson: Die Wahl einer Mutter: Siebzehn Jahre danach - T. Plänklers: Ko-Referat zu Galenson - R. Debray: Zur Besetzung des Wissens bei einem Kind von acht Jahren, beobachtet seit dem Alter von einem Jahr in gemeinsamer Psychotherapie mit seiner Mutter - M. Diercks: Ko-Referat zu Debray - A. Piontelli: Über die Kontinuität zwischen pränatalem und postnatalem Leben: eine Illustration - M. Hirsch: Ko-Referat zu Piontelli - B. Cramer: Studie zur Interaktion. Der Beitrag der Eltern zur Psychopathologie des Säuglings - P. Möhring: Ko-Referat zu Cramer - J. Stork: Neue Betrachtungen zu Merkmalen der Psychopathologie des Säuglingsalters.

Jahrbuch der Psychoanalyse Beiträge zur Theorie und Praxis

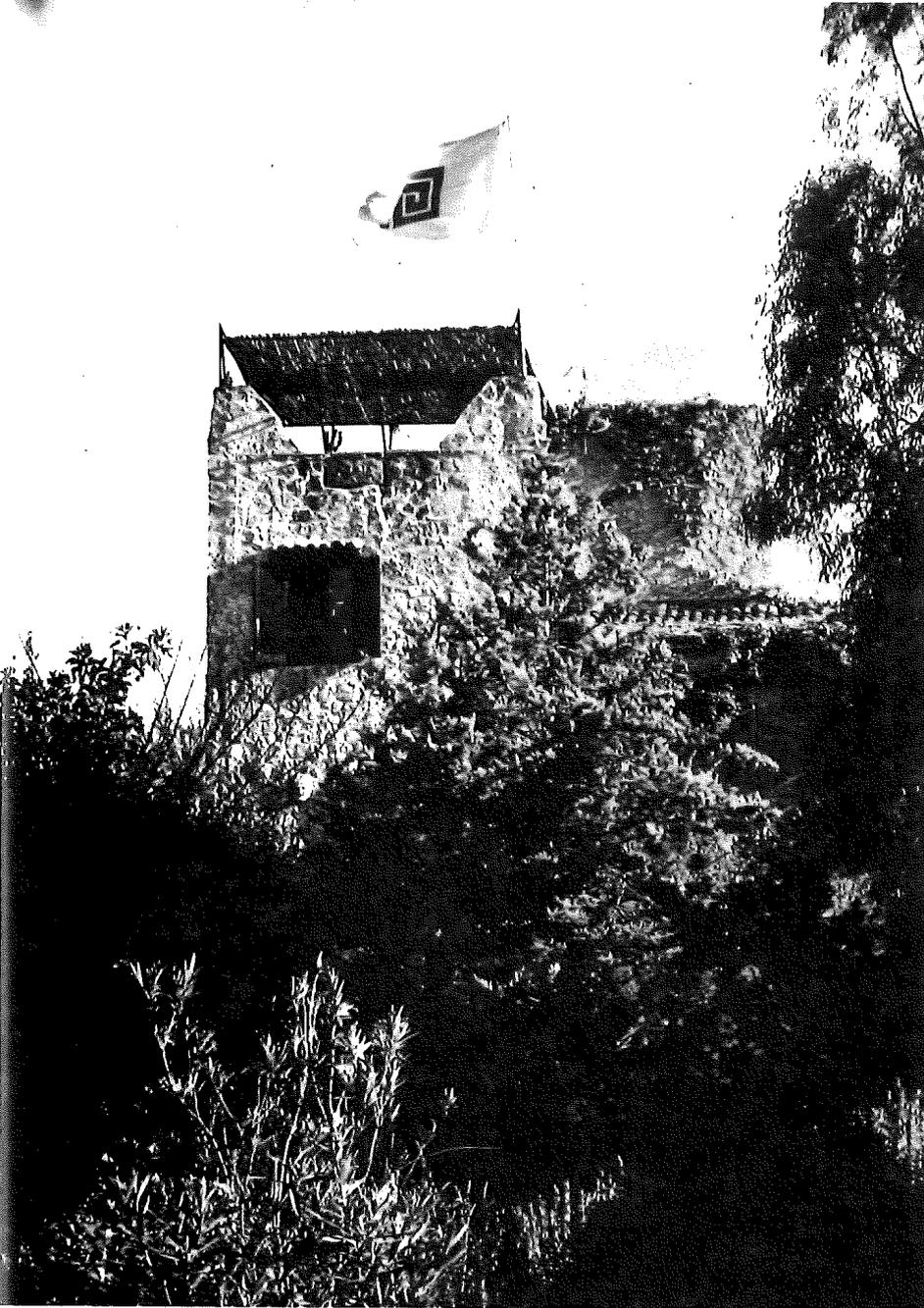
Band 27. 1991. 270 S. Br. DM 88,-. Preis für Studenten, Mitglieder der »Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung« und deren Zweige (nur bei Bezug über die Schriftleitung) DM 64,-.

Lieferbar

Klinische Beiträge: K.R. Eissler: Der verleumdete Therapeut. Über ein ungelöstes Problem der psychoanalytischen Technik - J. Herzog: Muttersprache lehren. Aspekte des Entwicklungsdialoges zwischen Vater und Tochter - M. Ehlert: Verführungstheorie, infantile Sexualität und »Inzest«. Psychoanalyse und Philosophie: G. Gödde: Freuds philosophische Diskussionskrise in der Studentenzeit - R. J. Kaus und J. Heinrichs: Reflexionsbedarf beim Wissenschaftstheoretiker A. Grünbaum - H. Hinz: Gleichschwebende Aufmerksamkeit und die Logik der Abduktion - St. Székács-Schönberger: Psychoanalyse und die Naturwissenschaften. Beiträge zur angewandten Psychoanalyse: L. Haesler: Zur Psychoanalyse der Musik und ihrer psychodynamischen und historischen Ursprünge - W. Linden: Marie, Gretchen, Helena. Goethe und seine Schwester Cornelia im Spiegel seiner Frauengestalten. Zur englischen Übersetzung Freuds: H. Fink: Eine Erwiderung zu Bruno Bettelheims Buch "Freud and Man's Soul".



Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.
Goethestraße 54, 8000 München 2



**81./ 82. Gruppen-
dynamische
Klausurtagung**
im Tagungszentrum
der DAP
in Paestum (bei
Salerno/Südtalien)
mit
Selbsterfahrung
Vorträgen
Tanz und
Meditation
Tempelführung
Ausflug nach Capri

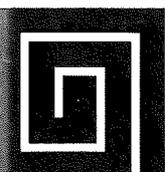
2. - 12. Juni 1991

25. August - 4. September 1991

Gesamtleitung: Dr. med. Günter Ammon

Auskunft und Anmeldung:

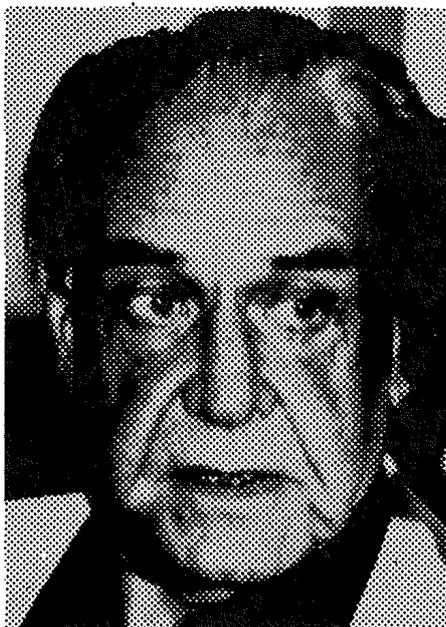
Lehr- und Forschungsinstitute der
Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.
Wielandstraße 27/28, 1000 Berlin 15, Telefon (0 30) 881 80 59 / 881 80 50
Goethestraße 54, 8000 München 2, Telefon (0 89) 53 96 74 / 75



Günter Ammon

VORTRÄGE 1969 – 1988

Günter Ammon, Dr. med.,
Arzt für Psychiatrie und
Neurologie, Psychotherapie,
Psychoanalyse



Präsident der World Association for Dynamic Psychiatry WADP, Inc. Bern und Präsident der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V. Chefkonsiliarium der Klinik für Dynamische Psychiatrie München

Das Buch enthält eine Sammlung von entscheidenden weiterführenden Arbeiten Günter Ammons über einen Zeitraum von 20 Jahren. Heute, da die Dynamische Psychiatrie sowohl theoretisch wie praktisch als zukunftsweisende Alternative zu den bestehenden psychiatrischen und psychoanalytischen Richtungen Gestalt gewonnen hat, kommt einer Sammlung, die die Entwicklung dieser Schule vor Augen führt, besondere Bedeutung zu. In ihr zeigt sich die Dynamische Psychiatrie nicht als ein festes abgeschlossenes Lehrgebäude, sondern als eine lebendige, sich verändernde Theorie — als ein offenes System. So bietet dieses Buch Gelegenheit, die Entstehung einer grundlegenden Konzeption von Humanwissenschaft von den ersten Keimen an zu erleben: die Geburt eines neuen Paradigmas, aus dem Geiste ständiger Auseinandersetzung.

Dieser Schritt ist mehr als nur eine Neuorientierung in der Theorie. Er bedeutet neue Hoffnung

für all die Menschen, die von unserer Gesellschaft geflissentlich ignoriert und von der Wissenschaft als unbehandelbar abgestempelt, jahrhundertlang zu einem menschenunwürdigen Leben verurteilt waren.

Eine Überwindung dieser zutiefst inhumanen Haltung, die eigentlich einen therapeutischen Nihilismus beinhaltet und eine Kapitulation des Arztes vor seiner eigentlichen Aufgabe bedeutet, erfordert freilich — und dies wird in den vorliegenden Aufsätzen deutlich — mehr als nur die Entwicklung neuer Therapieformen. Es ist eine Qualität, die Ammons Arbeiten von Anfang an auszeichnet, daß in ihnen das direkte Bemühen um den kranken Menschen immer verbunden ist mit dem Anliegen, zu einem neuen Verständnis der Begriffe »gesund« und »krank« und einer Aufhebung ihrer starren Gegenüberstellung zu gelangen. Erst damit kann die Psychiatrie zu einer echten Humanwissenschaft werden.

Paperback DM 38,50
500 Seiten, 10 Abbildungen, 72 Fotos
ISBN-Nr. J-922-109-00-4



„Pinel“ Verlag für humanistische Psychiatrie
und Philosophie GmbH
Wielandstraße 27/28, 1000 Berlin 15