ISSN 0012-740 X

Dynamische Psychiatrie

Herausgegeben von Günter Ammon

Dynamic Psychiatry

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse

Günter Ammon
Neurose und Schizophrenie —
Theoretische und klinische Erfahrungen und Konsequenzen

Ernst Federn
Die historische Entwicklung der Unterschiede zwischen Neurose und Psychose

Raymond Battegay
Differential Aspects of Narcissistic Disturbances of Neurotics, Borderline Personalities, Depressives and Schizophrenics

Mauricio Knobel
The Neurotic and the Psychotic Components in the Somatization Process

Modest M. Kabanov
Schizophrenia and Neuroses — The Labeling Problem

Ilse Burbiel/Rita Apfelthaler/Egon Fabian/Ulrike Schanné/Gerhard Wolfrum
Stationäre Psychotherapie der Psychosen.
Eine testpsychologische katamnestische Untersuchung.

NEUROSE UND SCHIZOPHRENIE — Beiträge vom 9. Weltkongreß der WADP Teil 1

Harold M. Voth
A Dimension of Personality —
Research with the Autokinetic Test

25. Jahrgang
3.-6. Heft 1992

134 — 137

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

25. Jahrgang, 3.—6. Heft 1992, Nr. 134—137

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 — I. Jakob, 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, Krakow — 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 Zheng-Yi, Peking.

Inhalt / Contents

Günter Ammon (Berlin/München)
Neurose und Schizophrenie — Theoretische und klinische Erfahrungen und Konsequenzen 147
Neurosis and Schizophrenia — Theoretical and Clinical Experiences and Consequences 160

Ernst Federn (Wien)
Die historische Entwicklung der Unterschiede zwischen Neurose und Psychose 165
The Historical Development of the Difference between Neurosis and Psychosis 171

Raymond Battegay (Basel)
Differential Aspects of Narcissistic Disturbances of Neurotics, Borderline Personalities, Depressives and Schizophrenics 174
Differentielle Aspekte narzißtischer Störungen bei Neurotikern, Borderline-Persönlichkeiten, Deperessiven und Schizophrenen 183

Mauricio Knobel (Campinas)
The Neurotic and the Psychotic Components in the Somatization Process 188
Neurotische und psychotische Komponenten im Prozeß der Somatisierung 200

Modest M. Kabanov (St. Petersburg)
Schizophrenia and Neuroses — The Labeling Problem 203
Schizophrenie und Neurosen — Das Labeling-Problem 209

Ilse Burbiel, Rita Apfelthaler, Egon Fabian, Ulrike Schanné, Gerhard Wolfrum (München)
Stationäre Psychotherapie der Psychosen. Eine testpsychologische katamnestische Untersuchung 214
Psychotherapeutic Treatment of Hospitalized Psychotic Patients — A Psychological Catamnestic Study 267

Harold M. Voth (Topeka)
A Dimension of Personality — Research with the Autokinetic Test 277
Eine Dimension der Persönlichkeit — Forschung mit dem Autokinetischen Lichttest 285

Volker Peschke (Augsburg), *Peter Weber* (Magdeburg)
Die computergestützte Durchführung und Auswertung des Autokinetischen Lichttests — Vorstellung des AKL-PC 288
The Computerized Performance and Analysis of the Autokinetic Test — Presentation of the AKL-PC 301

Volker Peschke / Peter Weber
Die computergestützte Durchführung und Auswertung des Autokinetischen Lichttests — Vorstellung des AKL-PC

Vadim S. Rotenberg / Avner Elizur
The Interactions between Left and Right Hemisphere and the Problem of the Psychological Defense Mechanisms

Astrid Thome / Ulrich Köppen
Vergleich des Nachtschlafpolygramms einer Gruppe schizophren strukturierter Patienten mit einer selektierten Kontrollgruppe

Tatjana V. Alkhazova/V.V. Bocharov/Tatjana V. Kamorina/ Juri J. Tupizin/M.V. Tsvetkova
Results of the Russian-Language Ego-Structure Test by Ammon (ISTA) — Psychometrical Pecularities Investigation

Viktor D. Wied
Zur Objektivierung des psychotherapeutischen Prozesses

Jai B.P. Sinha
Relevance of Dynamic Psychiatry to Human Resource Development

Amnon Carmi
The Capricious Conception of Common Medical Practice

Béla Buda
Neurose heute — Überlegungen zur seelischen Gesundheitsförderung

Boris Poloshij
Psychische Erkrankung im heutigen Rußland — politische, epidemiologische und präventive Aspekte

Rolf Schmidts
Ansätze des ganzheitlichen Denkens in den Krankheitslehren von Psychiatrie und Psychoanalyse

George Palermo
Schizophrenis in Present Day Society. A Social and Moral Dilemma

August M. Shereshewsky
Emil Kraepelin und deutsch-russische Kontakte auf dem Gebiet der Schizophrenie- und Neurosenforschung am Anfang des Jahrhunderts

Reinhard Hochmuth
Diskussion des Humanstrukturbegriffs bei Ammon

Vadim S. Rotenberg, Avner Elizur (Tel Aviv)
The Interactions between Left und Right Hemisphere and the Problem of the Psychological Defense Mechanisms 306
Die Interaktion von linker und rechter Hemisphäre und die Frage der Abwehrmechanismen 313

Astrid Thome, Ulrich Köppen (München)
Vergleich des Nachtschlafpolygramms einer Gruppe schizophren strukturierter Patienten mit einer selektierten Kontrollgruppe 316
Comparison of Sleep Polygrams between Schizophrenically Structured Patients and a Selected Control Group 328

Tatjana V. Alkhazova, V.V. Bocharov, Tajana V. Kamorina, Juri J. Tupizin, M.V. Tsetkova (St. Petersburg)
Results of the Russian-Language Ego-Structure Test by Ammon (ISTA) — Psychometrical Pecularities Investigation 332
Ergebnisse der russischen Version des Ich-Struktur-Tests nach Ammon (ISTA) — Erforschung der psychometrischen Besonderheiten 344

Viktor D. Wied (St. Petersburg)
Zur Objektivierung des psychotherapeutischen Prozesses 347
Towards Objectifying the Psychotherapeutic Process 351

Jai B.P. Sinha (Patna)
Relevance of Dynamic Psychiatry to Human Resource Development 352
Die Bedeutung der Dynamischen Psychiatrie für die menschliche Entwicklung 361

Amnon Carmi (Haifa)
The Capricious Conception of Common Medical Practice 365
Die willkürliche Konzeption der gängigen medizinischen Praxis 372

Béla Buda (Budapest)
Neurose heute — Überlegungen zur seelischen Gesundheitsförderung 375
Neurosis today — Considerations upon Large-Scale Activities directed towards improving Psychic Health 381

Boris Poloshij (Tomsk)
Psychische Erkrankung im heutigen Rußland — politische, epidemiologische und präventive Aspekte 383
Psychic Diseases in Russia Today — Political, Epidemiological and Preventive Aspects 388

Rolf Schmidts (München)
Ansätze des ganzheitlichen Denkens in den Krankheitslehren von Psychiatrie und Psychoanalyse 390
Elements of Holistic Thinking in Psychiatry and Psychoanalysis 402

George Palermo (Milwaukee)
Schizophrenis in Present Day Society. A Social and Moral Dilemma 405
Schizophrene in der heutigen Gesellschaft. Ein soziales und moralisches Dilemma 413

August M. Shereshewsky (St. Petersburg)
Emil Kraepelin und deutsch-russische Kontakte auf dem Gebiet der Schizophrenie- und Neurosenforschung am Anfang des Jahrhunderts 417
Emil Kraepelin and the German-Russian Contacts in the Domain of Schizophrenia and Neurosis Research at the Beginning of the Century 423

Reinhard Hochmuth (Berlin)
Diskussion des Humanstrukturbegriffs bei Ammon 425
Discussion of Ammon's Concept of Human Structure 436

Nachrichten / News 440

Ankündigungen / Announcements 461

Neurose und Schizophrenie — Theoretische und klinische Erfahrungen und Konsequenzen

Günter Ammon (Berlin/München)*

Die historisch bedingte Trennung von Psychoanalyse und Psychiatrie mit ihren Krankheitsauffassungen von Neurose und Schizophrenie wird in der hier vorgelegten Konzeption G. Ammons aufgehoben: Schizophrenie und Neurose begreift der Autor als Entwicklungsstörungen zu jeweils unterschiedlichen Zeitpunkten der kindlichen Entwicklung, was zu weitreichenden Konsequenzen für das Verständnis und die Behandlung dieser Krankheitsbilder führt. Aufgrund klinischer Erfahrungen und empirischer Forschungsergebnisse geht der Autor davon aus, daß die Schizophrenie psychotherapeutisch ebenso wie die Neurose behandelbar ist, wenn die therapeutische Technik entsprechend modifiziert wird. Im Unterschied zur präödipal entstandenen strukturellen Persönlichkeitsschädigung des schizophrenen Patienten stellt die Neurose in Ammons Verständnis nur eine graduelle Funktionsstörung aufgrund verdrängter ödipaler Konflikte dar. Bei der Schizophreniepsychotherapie geht es daher um eine nachholende Ich-Entwicklung, d.h. um den Aufbau nicht-entwickelter Persönlichkeitsstrukturen und eine Lösung aus dem Symbiosekomplex der frühen Kindheit; der Autor beschreibt eine mehrdimensionale Therapie, die verbale und besonders nicht-verbale Methoden — wie Tanz-, Musik-, Theater-, Mal- und Reittherapie, sowie die psychoanalytische Milieutherapie — individuell einsetzt und über das humanstrukturelle Behandlungskonzept integriert. Dabei sieht Ammon als einen wesentlichen Schritt jeglicher Psychotherapie die Erkenntnis des Patienten, daß sein pathologisches, bisher ich-synton erlebtes Verhalten störend und ich-fremd ist. Zusammenfassend nennt der Autor als wesentliche Elemente humanstruktureller Schizophrenietherapie das empathische Verstehen der existentiellen Angst des Patienten, die therapeutische Verstärkung seiner konstruktiven, gesunden Fähigkeiten und die Arbeit an der destruktiven Aggression. Die Schizophreniebehandlung kann erst dann als abgeschlossen betrachtet werden, wenn die ödipale Konfliktdynamik erfolgreich durchgearbeitet ist.

Der Kongreß steht in dem Bemühen unserer Schule, Psychoanalyse, Psychologie und Psychiatrie und damit auch die von diesen Wissenschaften vertretenen Krankheitskategorien der Neurose und der Schizophrenie miteinander in Beziehung zu bringen. Bei der Hinwendung zur Schizophrenieforschung und -therapie war für mich *Paul Federns* Werk über »Ich-Psychologie und die Psychosen« von grundlegender Bedeutung. Ich hatte bereits vor meiner Tätigkeit in den USA an der Menninger Foundation erfolgreich die Behandlung der Juanita abgeschlossen und während meiner Amerikazeit 1957 auf einem internationalen Psychologen-Kongreß in Mexiko-City zur Diskussion gestellt. Die theoretische Grundlage meines damaligen Denkens und Handelns gab *Paul Federns* Ich-Abgrenzungs-Konzept wie auch besonders seine Ich-energetische Konzeption der sog. Ego cathexis und sein Konzept der beweglichen Ich-Grenze. Auch *Federns* Entwicklung eines sog. Ich-Gefühls mit kontinuierlichen psychischen Erlebnis-Einheiten fand ich hilfreich bei der Psychosentherapie. Von der Objektschule ausgehend, die mein Denken — insbesondere durch meine zweite Analyse in

* Vortrag gehalten auf dem 9. Weltkongreß der World Association für Dynamic Psychiatry WADP/XXII. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 29. April - 3. Mai 1992 an der Universität Regensburg

Amerika bei *Isaac Ramsay* — beeinflußte, beschäftigte ich mich dann auch mit den Gruppendynamiken verinnerlichter Objekt- und Gruppenbeziehungen. Desweiteren kam ich während meiner langen Jahre an der Menninger-Foundation über *v. Bertalanffy* und *Karl Menninger* mit dem systemtheoretischen Denken in Berührung, das besonders *Karl Menninger* in die psychiatrisch-psychoanalytische Arbeit eingeführt hatte.

Die von mir und meinen Mitarbeitern nach meiner Rückkehr aus den USA weiterentwickelte humanstrukturelle Psychoanalyse (Humanstrukturologie) hat sich im Laufe der Jahre von der Freudianischen Libidotheorie getrennt und setzt an ihre Stelle das Konzept der Sozialenergie, d.h. der Mensch ist kein Triebwesen, sondern ein Sozialwesen. Sozialenergie als psychische Energie sehe ich immer in Abhängigkeit von zwischenmenschlichen und gruppendynamischen Bezügen, von der Umwelt des Menschen und gesellschaftlichen Faktoren. Sozialenergie haben heißt nichts anderes, als Verständnis zu entwickeln, Interesse zu haben am anderen und der Gruppe, sich mit einem anderen auseinanderzusetzen und den anderen Menschen ernstzunehmen mit seinen Freuden, Leistungen, Interessen, aber auch mit seinen Sorgen und Schwierigkeiten. Sozialenergie entsteht durch Kontakt, durch Forderungen an die Identität, durch Aufforderung zur Tätigkeit und zur Aufgabe. Menschen, die zu wenig gefordert werden, sind verlassene Menschen mit Sozialenergie-Defiziten. Sozialenergie dient dem Ich-(Human-)Struktur-Aufbau und der Entwicklung der einzelnen Ich-(Human-)Funktionen. Die Humanstruktur kann sozusagen als manifestierte Sozialenergie betrachtet werden und unterliegt lebenslang sozialenergetischen Einflüssen.

Dabei wird das Strukturmodell der orthodoxen Psychoanalyse wie auch das der Ich-Psychologie, das in seiner Begrifflichkeit von Ich, Es und Über-Ich einen hypothetischen Charakter hat, zugunsten eines Strukturmodells aufgegeben, das versucht, die Ausbildung und Interdependenz der Ich-Funktionen als Spiegel einer internalisierten Gruppenerfahrung zu verstehen und in der Interaktion mit dem Therapeuten und der therapeutischen Gruppe gezielt zu beeinflussen. Unter Struktur verstehen wir die gesamte Persönlichkeitsstruktur des Menschen, wo sie zur Identität der Gesamtpersönlichkeit wird. Wir unterscheiden hierbei auch die Großstrukturen des zentralen und unbewußten Ichs, wie die Struktur des sekundären Verhaltens-Ichs und des primären biologischen Ichs. Unser Strukturbegriff ist ein dynamischer; die Strukturen sind in ständiger Entwicklung und Beziehung untereinander und formen Substrukturen, z.B. die Identität, in die alle Funktionen in dynamischer Beziehung einfließen. In dieser Hinsicht sind wir in der Lage, die Strukturen in psychotherapeutischen Prozessen durchaus zu beeinflussen und zu verändern.

Im Verständnis der Dynamischen Psychiatrie mit ihrer Humanstrukturologie hat die Schizophrenie-Erkrankung ihre Wurzeln in einer nicht-gelungenen Abgrenzung aus der frühkindlichen, präödipalen Symbiose mit der sozialenergetischen, gruppendynamischen Gestörtheit innerhalb der Primärgruppe und in entwicklungsstörenden Einflüssen auf die Primärgruppe durch ihr umgebendes

sozialenergetisches und gruppendynamisches Milieufeld. Dies führt zu einer Arretierung der psychischen Persönlichkeitsentwicklung, einem realen Defekt, zu einem »Loch im Ich« in der Humanstruktur (Persönlichkeitsstruktur) im Sinne einer mehr oder weniger stark ausgeprägten Desintegriertheit der Humanstruktur, die durch Symptome abgewehrt werden soll. Die hier entstandenen Schädigungen der Humanstruktur führen zu schweren Störungen in der weiteren psychischen Entwicklung des Menschen, d.h. es kann dann später auch zu keiner adäquaten Bewältigung des Ödipuskomplex kommen.

Im Unterschied zur Schizophrenie handelt es sich bei der Neurose nicht um eine reale Strukturschädigung der Persönlichkeit, sondern um eine graduelle Beeinträchtigung der psychischen Funktionen. In der Neurose kann das Symptom als Ausdruck intra- und interpsychischer Konflikte verstanden werden, die durch Verdrängung teilweise unbewußt geworden sind. So nützlich das Konstrukt der Verdrängung zweifellos ist, so bedeutsam ist nach unserer Auffassung auch das Prinzip der Abgrenzung nach innen und außen für die Neurose. Der Neurotiker ist unvollständig nach innen abgegrenzt und gut reguliert nach aussen. Er hat eine Regulationsschwäche nach innen, was dann zur Produktion von neurotischen Symptomen führt. Der Abwehrvorgang der sog. Verdrängung, der bei neurotischen Störungen immer ein unvollständiger sein muß, entspricht strukturell gesehen einer unvollständigen Ich-Abgrenzung nach innen, einem Vorgang, den *Müller-Braunschweig* mit dem Konstrukt eines »unvollständigen Bewußtseinsentzuges eines Konfliktgeschehens« bezeichnete, während *Schultz-Hencke* das Bild von sog. »Sprengstücken« — nämlich den Symptomen eines neurotischen Konfliktes — benützte. Abwehrvorgänge verstehen wir allgemein als innerpsychische und gruppendynamische Prozesse mit dem Ziel, die Homöostase des ganzheitlich strukturierten Humansystems des Menschen vorübergehend oder längerdauernd wiederherzustellen. Alle pathologischen Abwehrprozesse — die Abwehr hat, wie wir wissen, auch eine konstruktive Funktion — sind Ausdruck einer pathologischen, d.h. funktional oder strukturell geschädigten Humanstruktur. Insofern sind alle Abwehrmechanismen eine Funktion der spezifischen Struktur des Menschen und Ausdruck spezifischer Funktions- bzw. Strukturschädigungen. Bei der Neurose ist wegen der nur teilweise gelungenen bzw. bruchstückhaft gelungenen Entwicklung der Ich-Funktionen, der Ich-Abgrenzung nach innen, entsprechend auch die Verdrängungsfähigkeit gestört. Diese unbewältigte Konfliktdynamik führt nach unserer Auffassung dazu, daß die an sich weitgehend integrierte und funktionsfähige Persönlichkeit in ihrem Erleben und Verhalten in Teilbereichen gestört und behindert wird.

Battegay spricht hier bei der Schizophrenie im Unterschied zu den neurotischen Entwicklungen von einem »fragmentarischen Ich« bei mangelnd ausgebildeten Abwehrmechanismen. Ebenso wie die Borderline-Patienten neigen die schizophren erkrankten Menschen zu projektiven Identifikationen, Spaltungsmechanismen im Sinne eines »Splittings« in »gut« und »böse«, und zu Impulsausbrüchen. *Battegay* grenzt hierzu noch die narzißtischen Persönlichkeitsstörungen ab, die er wegen ihrer neurotischen Dynamik auch »narzißtische Neuro-

sen« nennt, und unterscheidet diese von den Übertragungsneurosen. Bei den narzißtischen Neurosen könne man einen »Mangel im Selbst« beobachten, im Unterschied zu den Übertragungsneurosen, die er im Sinne von *Kohut* als die Abwehrneurosen bezeichnet, »bei denen die Betroffenen infolge frühkindlicher Konflikterfahrung immer dazu tendieren, ihnen neue Begegnende nach vergangenen Bezugspersonen einzuschätzen«. Bei den narzißtischen Neurosen ist »das Selbst inkonsistent«; ferner unterscheiden sie sich von den Übertragungsneurosen »durch den Umstand, daß am Ursprung der Fehlentwicklung eine Mangelerfahrung und kein Konflikterleben steht« (*Battegay* 1985).

Unsere Schule der Dynamischen Psychiatrie vertritt seit vielen Jahren die Auffassung vom gleitenden Spektrum der Genese, Struktur und Dynamik psychischer Erkrankung. Dieses Denken, das die Neurose, Borderline-Erkrankung, Psychosomatik, Sucht, sexuelle Destruktion und die Psychosen auf einem gleitenden Spektrum angesiedelt sieht, beinhaltet ein grundsätzlich prozeßhaftes Verständnis von Gesund- und Kranksein. So beobachten wir immer wieder, daß sich die Patienten während eines Behandlungsprozesses von einem Krankheitsspektrum mehr und mehr in Richtung auf ein anderes, gesünderes Spektrum hin entwickeln. Krankheit ist nach Auffassung der Humanstrukturologie also keine Kategorie, sondern eine dynamische und prozessuale Größe. Neurose und Schizophrenie können so gesehen als zwei dynamisch zueinander gehörende Pole auf dem gleitenden Spektrum zwischen Integration und Desintegration begriffen werden.

Daraus ergeben sich wichtige behandlungsmethodische Konsequenzen, insbesondere für die psychotherapeutische Bewältigung der schizophrenen Erkrankung. In dem Maße, wie der schizophrene Patient in einer gelungenen nachholenden Identitätstherapie — die immer einen Prozeß der Abgrenzung nach innen und außen darstellt (*Paul Federn*) — lernt, sich aus der frühkindlichen Abhängigkeitsdynamik zu befreien und mit sich selbst und der ihn umgebenden Gruppe in Auseinandersetzung zu treten, in dem Maße kann er auch in die Rivalitäts- und Eifersuchtsdynamik des dann zu bewältigenden Ödipuskomplexes eintreten. Nach jahrzehntelanger Erfahrung glauben wir heute postulieren zu müssen, daß eine Schizophreniepsychotherapie erst dann erfolgreich abgeschlossen werden kann, wenn auch der Ödipuskomplex mit dem Patienten und dessen Familie durchgearbeitet ist.

Gestatten Sie mir zunächst auf die Genese, Struktur und Symptomfunktion der schizophrenen Persönlichkeitserkrankung im Unterschied zur neurotischen Erkrankung einzugehen, um dann auf die Konsequenzen, die sich hieraus für die Therapie ergeben, zu sprechen zu kommen. Dabei ist die Arbeit so angelegt, daß ich die Unterschiede zwischen Neurose und Schizophrenie ausgehend von dem Schizophreniemodell und der Schizophreniebehandlung darstelle und nicht im einzelnen auf die Genese und Therapie der Neurose eingehe, da ich von Kenntnissen hierüber beim Leser ausgehe.

Die schizophrene Erkrankung ist unserer Erfahrung nach eine in der frühen Kindheit im Rahmen der präödipalen Symbiose von Mutter, Familiengruppe

und Kind erfolgte Arretierung der Identitätsentwicklung, die dazu führte, daß das Kind im Aufbau seiner Ich-Grenzen und in der Entfaltung seiner Humanfunktionen weder von der Mutter noch von der umgebenden Gruppe unterstützt wurde und aufgrund früherer traumatischer Trennungs- und Vernichtungsängste an der Ausbildung einer kohärenten und flexiblen Humanstruktur gehindert wurde. Dabei ist das sozialenergetisch-gruppendynamische Feld in der Primärgruppe vorwiegend destruktiv-defizitär. Das Kind wird offen oder unbewußt abgelehnt, die Kommunikation ist ambivalent im Sinne der bekannten double-bind-Dynamik, die Atmosphäre häufig gespannt, feindselig und lebenseinengend. An das Kind werden entweder zu wenig oder zu viel Forderungen herangetragen. Die internalisierte defizitär-destruktive Gruppendynamik und Sozialenergie der Primärgruppe manifestiert sich strukturell in den hochdefizitären und -destruktiven sekundären und zentralen Humanfunktionen, hier insbesondere bei den Funktionen der Aggression, Angst, Ich-Abgrenzung nach innen und außen, Narzißmus, Sexualität, Wahrnehmung, Denken, Kontaktfähigkeit, Integrationsfähigkeit und damit zentral der Identität. Die entstandenen strukturellen Schädigungen der Humanorganisation und ihrer Funktionen führen zu schweren Störungen auf allen Stufen der Identitätsentwicklung.

Das durch eine erfahrungsunfähige Primärgruppe in der Entfaltung seiner Humanfunktionen behinderte Kind bleibt in wesentlichen Lebensbereichen abhängig von der Mutter bzw. von entsprechenden Bezugspersonen. Wesentliche Humanfunktionen werden häufig gar nicht erst entwickelt, oder aber sie erfahren eine deformative Verkrüppelung durch das Bemühen des Kindes, den unbewußten Bedürfnissen und Ängsten der Beziehungsperson zu entsprechen. Nach der Trennung von der Primärgruppe finden wir die Patienten auf der Suche nach Ersatzobjekten, welche die Funktion der Primärgruppe übernehmen können und an die der Patient die Humanfunktionen der Abgrenzung, der Kontrolle, der Integration, des Schutzes u.ä. delegieren kann.

Die starke Ambivalenz, die diese unter der Herrschaft unbewußter Wiederholungszwänge hergestellten symbiotischen Beziehungen regelmäßig bestimmt, führt dann jedoch immer häufiger zu Brüchen und Rissen und schließlich zum mehr oder weniger vollständigen Verfall des pathologischen Beziehungsgeflechtes. Der Patient erlebt, daß er plötzlich von den Objekten verlassen wird, an die er wesentliche Funktionen der Ich- und Humanintegration delegiert hat. In der Folge kommt es dann zum Ausbruch des jeweils spezifischen Symptomverhaltens, das ebenso ein Ausdruck der persistierenden symbiotischen Abhängigkeitsbedürfnisse ist, wie es als Versuch einer destruktiv deformierten Abgrenzung gegenüber den archaischen Objekten verstanden werden kann. Dabei unterscheidet sich das Symptomverhalten der schizophrenen Krankheiten grundlegend von dem Syndrom der ödipalen Neurosenerkrankung.

In der Neurose können wir das Symptom als Ausdruck verinnerlichter inter-und intrapsychischer Konflikte verstehen, die durch Verdrängung vorwiegend unbewußt geworden sind und deren im Unbewußten fortwirkende

Dynamik dazu führt, daß das prinzipiell kohärente und funktionsfähige Ich in seinem Erleben und Verhalten partiell gestört und behindert wird. Ein neurotisch reagierender Patient wird seine Symptome als ich-fremd erleben, d.h. er spürt die Beeinträchtigung daraus in der Kommunikation mit sich selbst und der Umwelt. Das Symptom ist ich-fremd, entstanden aus einem unbewußt gewordenen Konflikt, der ein im wesentlichen entwickeltes und abgegrenztes Ich bedroht.

Die Symptomatik der sog. schizophrenen Erkrankung bringt dagegen zum Ausdruck, daß eine Differenzierung und Abgrenzung der psychischen Strukturen gerade nicht erfolgen konnte. Das Symptom zeigt daher nicht eine konfliktuöse Behinderung des Ich im Sinne einer bloßen Beeinträchtigung seiner Funktionsfähigkeit an, es dient vielmehr als Ersatz für die fehlende psychische Struktur, es dient der Kompensation einer strukturellen Schädigung, eines narzißtischen Defizits und der Abwehr der mit einem solchen »Loch im Ich« immer verbundenen archaischen Trennungs- und Vernichtungsangst. Bei der Schizophrenie spielt das Symptom also eine ganz andere Rolle. Es wird auch nicht als ich-fremd, sondern als ich-synton erlebt. Der Grund liegt darin, daß hier das Symptom direkter Ersatz der defizitären Struktur ist, d.h. es ersetzt praktisch die Kommunikation des Menschen mit sich selbst und der Umwelt und bietet damit dem Menschen die Möglichkeit, eine Pseudo-Identität aufzubauen. Aus diesem verschiedenen Stellenwert des Symptoms ergeben sich auch die spezifischen Unterschiede in der psychoanalytischen Behandlung von Neurose und Schizophrenie.

Während der neurotisch reagierende Patient die strukturellen psychischen Voraussetzungen für die analytische Arbeit bereits mit in die Behandlung bringt — und zwar in Form seiner wenigstens annähernd kohärenten Ich-Struktur, die es ihm ermöglicht, Einsicht in sein Erleben und Verhalten zu gewinnen —, läßt der Ich-kranke Patient gerade diese Voraussetzung für eine analytische Arbeit vermissen. Er ist aus diesem Grunde tatsächlich zunächst nicht analysierbar und ist darauf angewiesen, daß die analytische Therapie selbst allmählich die Voraussetzungen für seine Analysierbarkeit schafft. Die Therapie muß mit anderen Worten zunächst einmal ersetzen, was der Patient an Voraussetzungen vermissen läßt, d.h. sie muß die Humanfunktion der Abgrenzung (*Paul Federn*) und der reflektierenden Beobachtung zunächst stellvertretend übernehmen und ihm dabei behilflich sein, die entsprechende Struktur der therapeutischen Situation allmählich als eigene Ich-Grenze zu verinnerlichen. Nach meiner Erfahrung stellt das narzißtische Defizit das Problem der Anfangsphase des therapeutischen Prozesses in der Behandlung der Schizophrenie dar, an die sich erst dann eine eher neurosentherapeutische Phase der Behandlung anschließt, wenn die primäre Ich- und Identitätsproblematik bearbeitet werden konnte.

Für die Therapie kommt es daher zunächst einmal darauf an, dem Patienten das verlorengegangene äußere Stützgewebe, das er in seiner ausagierten Gruppenpathologie gesucht hat, zu ersetzen. Sie muß dem Patienten erst einmal ein

Gerüst anbieten, mit dessen Hilfe er sich stabilisieren kann. Der Therapeut muß hier direkt als ein ergänzendes Hilfs-Ich des Patienten tätig werden, und er muß sich klar darüber sein, daß er in dieser Situation nicht von vornherein als analysierender Interpret gebraucht wird, sondern vielmehr direkt zu erkennen geben muß, daß der Patient mit seinem Beistand rechnen kann. Eine direkte analytische Bearbeitung des Symptoms selbst wie bei der analytischen Neurosentherapie ist hier, in dieser Phase der Schizophrenietherapie, kontraindiziert, da dem Ich-kranken Patienten eine für die Aufrechterhaltung seiner extrem bedrohten Ich-Integration unentbehrliche Abwehrformation genommen werden würde. Die analytischen Interpretationen des Therapeuten werden nicht als Hilfe, sondern vielmehr als Bestrafung und als Verlassenwerden erlebt, und der Patient entwickelt aus diesem Grunde nur noch stärkere Ängste. Eine direkte Symptomanalyse kann auf diese Weise zum Auslöser einer psychotischen Reaktion oder auch einer verstärkt destruktiven Dynamik bis hin zum Selbstmord werden.

In der Neurosentherapie hingegen steht zunächst die Unfähigkeit des Patienten im Vordergrund, sein Symptomverhalten als Ausdruck einer Übertragungsbeziehung zu verstehen und an der Aufklärung dieses Verhaltens durch freie Assoziation zu arbeiten. Dies wird dann als Widerstand oder oft als negative therapeutische Reaktion interpretiert, was in diesem Falle die Patienten im Rahmen ihrer ersten Therapie bereits erfahren hatten. Nach meiner Erfahrung bedeutet eine solche negative Reaktion, mit der die schizophren kranken Patienten auf die Anwendung einer neurosentherapeutischen Behandlungstechnik antworten, gerade nicht, daß sie zu einer Bearbeitung ihrer Probleme nicht bereit sind. Diese Reaktion zeigt vielmehr an, daß das entscheidende Übertragungsgeschehen in der therapeutischen Beziehung nicht auf der Ebene des Symptomverhaltens der Patienten liegt, sondern auf der dahinterliegenden Ebene der Ich-Störung, die durch das Symptomverhalten zugleich versteckt und dargestellt wird. Diese Patienten sind darauf angewiesen, daß der Therapeut in seiner Funktion als Hilfs-Ich zunächst einmal erkennt, daß ihre existentielle Angst in einer realen Entstehungssituation, der präödipalen und manchmal bereits der pränatalen Verlassenheit des Kindes begründet ist, d.h. die Antwort auf ein tatsächliches Defizit, eine wirkliche Entbehrung ist und nicht als Ausdruck eines intrapsychischen Konfliktes aufgrund unzureichend verdrängter Triebbedürfnisse interpretiert werden kann. Erst wenn der Therapeut zu erkennen gibt, daß er bereit ist, die Lücke auszufüllen, welche die frühestkindliche Verlassenheit entstehen ließ, und als Hilfs-Ich das narzißtische und sozialenergetische Defizit des Patienten auszugleichen, erst dann kann der schizophren kranke Patient die therapeutische Situation als Ort einer nachholenden Ich-Entwicklung akzeptieren und es wagen, im Schutze der Therapie die Dynamik seines Übertragungs- und Symptomverhaltens zu analysieren.

Der Therapeut hat daher in diesen Fällen eine andere, weiterreichende Aufgabe als in der Neurosentherapie. Er darf sich nicht von vornherein darauf be-

schränken, als Projektionsleinwand und, wie *Freud* einmal sagte, als eine Art interpretierender Chirurg zu fungieren. Es muß vielmehr direkt und aktiv in das Übertragungsgeschehen einsteigen und dem Patienten zu erkennen geben, daß er nicht in erster Linie daran interessiert ist, ihm sein Symptom zu nehmen, sondern daß er bereit ist, ihm jenseits des Symptomverhaltens bei der Abgrenzung und Bestimmung seiner eigenen Identität zu helfen. Auch hier tritt meines Erachtens ein Unterschied zur Aufgabenstellung und Arbeitsweise der Neurosentherapie hervor. Unter dem Aspekt der Identitätsbestimmung erscheint das neurotische Symptom als eine Störung. Vom Patienten wird es erlebt als ein Verhalten, das er mit seiner realen Identität nicht vereinbaren kann, und die Aufgabe der Therapie besteht dann darin, die intrapsychischen Konflikte zu analysieren, welche für diese Unvereinbarkeit verantwortlich sind. Beim schizophren kranken Patienten ist das entscheidende Problem dagegen nicht die Unvereinbarkeit des Symptomverhaltens mit einer vorgestellten und realisierten Ich-Identität. Die Erfahrung, als Person im eigenen Recht da sein und existieren zu dürfen, fehlt dem Patienten. Die Therapie hat hier nicht die Aufgabe, ein störendes Symptom analytisch aufzulösen; sie muß vielmehr die Ich-Identität erst schaffen, die es dem Patienten ermöglichen kann, sein Symptomverhalten als Störung und als Problem zu erkennen und zu bearbeiten.

Die Initialphase des therapeutischen Prozesses in der psychoanalytischen Behandlung der Schizophrenie hat daher, anders als in der Neurosentherapie, zumeist den Charakter einer stabilisierenden Notfalltherapie, in deren Rahmen zunächst daran gearbeitet werden muß, die realen Voraussetzungen für eine analytische Therapie zu schaffen, nachdem in der Regel vorher vorwiegend mit nonverbalen Behandlungsmethoden innerhalb der Humanstrukturologie gearbeitet wurde wie Kunst-, Musik-, Tanz- und Theatertherapie, Reit- und Sporttherapie wie Schwimmen, Waldlauf, Skifahren, Tennis, Volleyball etc. und der Arbeit in Interessengruppen wie Literaturseminaren, Film- und Sprachlerngruppen etc.

Bei der nonverbalen humanstrukturell-analytischen Behandlungsmethodik werden die oben erwähnten verschiedenen Methoden für jeden einzelnen Patienten individuell angewandt und bilden in sich zusammen mit den später zum Einsatz kommenden verbalen Methoden ein psychotherapeutisches, mehrdimensionales und integriertes Behandlungsnetz. Ich verweise in diesem Zusammenhang auf die zahlreichen Veröffentlichungen über die Schizophrenie-Psychotherapie in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige in München, da ich mich in diesem Beitrag auf die mehr verbalen Methoden in der Neurosen und Schizophrenietherapie konzentrieren möchte.

Man kann sagen, daß zunächst auf der realen Ebene ein therapeutisches Bündnis zwischen dem Analytiker und dem Patienten hergestellt werden muß, eine Beziehung, die jenseits der Übertragung stehend, zur Basis für die Entfaltung jener unbewußten psychodynamischen Vorgänge werden kann, die *Freud* als Widerstand und Übertragung, als Regression und als Gegenüber-

tragung beschrieben hat und in deren analytischer Bearbeitung er das Grundgesetz jeder Form der psychoanalytischen Therapie und Forschung gesehen hat.

Die Herstellung eines therapeutischen Bündnisses jenseits der Übertragung wird hier als erste Aufgabe der Therapie schizophren reagierender Patienten bezeichnet. Dies bedeutet jedoch nicht, daß die Übertragungsdynamik selbst in der Anfangsphase der Therapie vernachlässigt werden darf. Diese Übertragungsdynamik steht vielmehr von Beginn an im Zentrum der Arbeit. Sie wird jedoch nicht auf der Ebene des Symptomverhaltens analysiert. Es kommt vielmehr darauf an, diese Symptomfront zunächst zu umgehen und den Patienten direkt auf die dahinter verborgenen Ängste und Konflikte anzusprechen.

Für *Freud* waren die Psychosen (narzißtische Neurosen) psychotherapeutisch nicht behandelbar, da er annahm, daß eine Übertragungsbeziehung in solchen Fällen nicht zustande käme. Anders als der Neurotiker entwickelt der schizophren erkrankte Patient in der Therapie unter der Herrschaft des nicht gelösten Symbiosekomplexes der frühen Kindheit eine symbiotische Übertragungsdynamik, die aber nach unserer Auffassung nicht als Regression anzusehen ist. Die Konzeption der Regression beinhaltet, daß eine bereits erreichte Entwicklung und Differenzierung der psychischen Instanzen und Funktionen regressiv entdifferenziert wird. Nach meiner Erfahrung bezeichnet die symbiotische Übertragungsdynamik vielmehr, daß ein frühkindlich erworbenes narzißtisches, sozialenergetisches Defizit bereits die gesamte psychische Entwicklung arretiert hat. Der schizophren erkrankte Patient ist nicht regrediert; er hat sich vielmehr gar nicht erst im Sinne einer psychischen Progression entwickeln dürfen. Dies bedeutet für die Therapie, daß sie nicht so sehr eine Wiederholung der Ich-Entwicklung ermöglichen muß, im Sinne der Umkehrung eines entdifferenzierenden regressiven Geschehens; sie muß vielmehr eine nachholende Ich- und Identitäts-Entwicklung ermöglichen, in deren Verlauf das Symptomverhalten des Patienten durch neue und erstmals entwickelte psychische Strukturen und Funktionen ersetzt werden kann.

Freud (1914) hat bekanntlich Ablauf und Ziel des neurosentherapeutischen Prozesses mit den Worten »Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten« beschrieben. In der Therapie der schizophrenen Kranken müssen wir diese Trias meines Erachtens um ein entscheidendes Stück erweitern. Hier muß es heißen »Wiederholen, Wiedergutmachen, Erinnern und Durcharbeiten«, und zwar in dieser Reihenfolge, und ich meine, daß *Freud* nichts anderes im Auge hatte, als er davon sprach, daß wir außerhalb des Bereichs der klassischen Neurosentherapie etwas anderes machen müssen als Analyse, was dann in der Absicht (und zwar in der therapeutischen Absicht, wie ich ergänzen möchte) wieder mit ihr zusammentrifft (*Freud* 1925).

Die symbiotische Übertragung und damit korrespondierend der symbiotische Widerstand sind für das Verständnis der Schizophrenie grundlegende Dynamiken, die sich von den Übertragungsdynamiken in der neurosenanalytischen Therapie grundlegend unterscheiden. Dabei bezeichne ich als symbio-

tischen Widerstand Phänomene der symbiotischen Verschmelzung mit dem Analytiker, in der keine Veränderung mehr geschieht. Der symbiotische Widerstand wehrt immer auch Identität ab und ist sozialenergetisch defizitär. Dieser extreme Widerstand kann bis zum Suicid führen und in großer Feindseligkeit gegen den Analytiker gerichtet sein. In der destruktiven Form des symbiotischen Widerstandes werden symbiotische Verschmelzungswünsche aggressiv abgewehrt, große Ängste vor Abhängigkeit entstehen bis hin zur paranoischen Reaktion.

Im Zentrum einer jeden Schizophrenietherapie steht die Bearbeitung der Widerstandsdynamik von schwerem destruktivem Narzißmus, Aggression und verbunden damit großer Kontaktangst in dem von mir so genannten »Widerstandsdreieck«. Der paranoische Widerstand ist immer auch ein narzißtischer Widerstand, da ich-strukturell oder auch spektraltheoretisch gesehen Paranoia und extreme Verlassenheits- und Todesangst bis hin zum Suizid nicht von dem extrem destruktiven Narzißmus zu trennen sind. Bei jedem narzißtisch Kranken wird auch Verfolgungsangst zu finden sein, wobei bei dieser Verbindung die Größenvorstellungen, die ebenso zu diesem Komplex gehören, deutlicher werden. Diese Konstellation ist auch immer verbunden mit extremer Kontakt- und Leistungsangst, die sowohl in der Therapie wie im Leben der Patienten jede Form von Kontaktangebot und Leistungsforderung, bzw. freundlichem Aufruf zu Leistung und Verantwortung als bedrohlichen Angriff erleben läßt.

An diesem Punkt ergibt sich die Frage der behandlungsmethodischen Strategie bei einer derartigen, zentralen Schwierigkeit. Wir halten hierbei die beiden folgenden Punkte für wichtig: 1. Vermeidung von jeglicher Konfrontation auf der konkreten Ebene, mag sie noch so berechtigt erscheinen; 2. empathisches Verständnis für die Angst, wobei dem narzißtisch Kranken geholfen werden muß, das Erleiden dieser Angst, die auch immer mit Eifersuchtsangst verbunden ist, zu ertragen und diese durchzustehen. Dabei sollte der Therapeut empathisch ein Bundesgenosse gegen diese Angst werden. Wenn es dem Leidenden gelingt, diese Angst zu ertragen, wird er mehr und mehr Kontakt zu sich selber spüren wie zum Therapeuten, anderen Menschen und Dingen, und die quälende Eifersucht wird nachlassen. Erwähnt werden muß auch die bei der paranoischen Widerstandsdynamik immer zu beobachtende Wut und Destruktion, die auch eine durchaus defizitäre Ausprägung haben kann und häufig mit sehr viel Schweigen einhergeht. Diese Wut ist in der Regel immer auf denjenigen gerichtet, von dem Kontaktangebot und Leistungsaufruf ausgeht. Die Wut ist sozusagen die Kehrseite der Angst, und sie muß entsprechend, wie oben im Zusammenhang mit der Angst dargestellt wurde, methodisch gehandhabt werden.

Entscheidend in der Behandlung ist immer der Bezug zu dem Hier und Jetzt der ich-strukturellen und gruppendynamischen therapeutischen Auseinandersetzung, d.h. die Beziehungen aus der Vergangenheit oder Gegenwart des Lebens der narzißtisch-paranoischen Leidenden sind auf die therapeutische Situation zu beziehen.

Auch die schizophrene Reaktion ist ein destruktiver Widerstand gegen Kontakt- und Identitätsentwicklung. Der Patient lebt in seinem Wahnsystem, auf das sich alle seine Gefühle beziehen, alle Erlebnisse werden in dieses Wahnsystem hineininterpretiert. Seine Ich-Funktionen stehen ebenfalls im Dienste des Widerstandes. Im allgemeinen hat das Wahnsystem den Bezug zur Realität des Patienten verloren. Eine therapeutische Möglichkeit, mit diesem Widerstand umzugehen, ist das Einsteigen in die Psychose, was heißt, eine Rolle in der wahnhaften Welt des Patienten zu übernehmen, nur im Wahn selbst Kontakt aufzunehmen und dann den Patienten in die Realität zurückzuführen. *Battegay* spricht in diesem Zusammenhang davon, daß es in der Psychotherapie »unerläßlich sei, in die illusionäre Welt des Patienten einzutreten und wieder und wieder zu versuchen, seinen autodestruktiven Tendenzen eine positive Wendung zu geben«. Entscheidend ist nach meiner Erfahrung, mit wieviel Einfühlung der Therapeut dies tun kann, ob der Patient es zuläßt und ob sich eine benigne Übertragung herstellen läßt. Letzten Endes kommt es darauf an, daß der Patient mit dem Therapeuten bzw. dem gesamten therapeutischen Team in Kontakt bleibt.

Entsprechend dem oben bereits vorgestellten gleitenden Spektrum der Ich- und Identitätserkrankungen lassen sich die verschiedenen Widerstandsformationen und -dynamiken, von denen ich hier einige beispielhaft herausgearbeitet habe, den verschiedenen Krankheitsspektren zuordnen, so daß man auch von einem gleitenden Spektrum des Widerstandes sprechen kann. So sind die schweren narzißtischen, paranoischen Widerstandsdynamiken und die archaischen Abwehrmechanismen der Projektion, Verleugnung, Introjektion, Idolisierung, Idealisierung im Spektrum der symbiotischen Übertragung dem schizophrenen Krankheitsspektrum und die Verdrängung, neurotische Übertragung, sekundärer Krankheitsgewinn, Rationalisierung u.a. dem neurotischen Krankheitsgeschehen zuzuordnen. Gemäß der Schwere der Störung und dem Maß der Identitätsanforderung, die an den Patienten gestellt wird, wird sich der Widerstand entsprechend stark und resistent äußern. Die Stellung des Widerstandes auf dem Spektrum entspricht auch der Schwierigkeit, ihn zu behandeln. So wird der Übertragungswiderstand bei mehr neurotisch reagierenden Patienten viel leichter zu bearbeiten sein als die Projektion eines schwer schizophren erkrankten Patienten mit narzißtisch-paranoischem Widerstand. Bei zunehmender nachholender Identitäts-Entwicklung in der Therapie des schizophren kranken Patienten werden sich nach und nach andere Widerstände zeigen, die einer mehr neurotischen Übertragung nahekommen. Eine Strukturnachentwicklung bei den Patienten wird auch an einer Veränderung in der Widerstandsdynamik zu erkennen sein.

Ich hoffe, daß aus dem bisher Ausgeführten deutlich wurde, daß sich der Widerstand des schizophren Kranken in der Funktion grundsätzlich vom Widerstand bei Neurotiker unterscheidet: Richtet sich der Widerstand des schizophren erkrankten Menschen gegen ein sukzessives Heraustreten aus der verinnerlichten arretierten symbiotischen Gruppendynamik der Primär-

gruppe mit dem Ziel einer eigenen Identitätsentwicklung, so richtet sich der Widerstand des Neurotikers gegen das Bewußtwerden unbewußt gewordener Konflikte aus der frühkindlichen Gruppendynamik der Familie. Daraus müssen unterschiedliche therapeutische Konsequenzen gezogen werden, wie ich dies für den Fall des schizophren kranken Patienten durch das humanstrukturell-psychoanalytische Arbeiten im Rahmen der von uns praktizierten Identitätstherapie getan und in zahlreichen Veröffentlichungen dargestellt habe.

Lassen Sie mich abschließend und zusammenfassend einige wesentliche Essentials bringen: Identitätstherapie heißt nicht, in erster Linie Symptome zu kurieren, sondern den Patienten von seiner Eingeschlossenheit, seinen Vernichtungs- und Verlassenheitsängsten zu befreien und ihm als Mensch bei der nachholenden Entwicklung seiner bislang verstümmelten und unterdrückten Fähigkeiten, Ausdrucksmöglichkeiten und Lebensmöglichkeiten, d.h. seiner gesamten Persönlichkeit, an der Seite zu stehen. Dazu ist es wesentlich, alle konstruktiv und aktiv gewesenen Humanfunktionen des Patienten zu fördern. Im Sinne einer echten nachholenden Persönlichkeitsentwicklung gilt es dann, zu der Leere der zentralen Humanfunktionen vorzustoßen, dem »Loch im Ich«, und dort Identität allmählich aufzubauen. Hinter dieser Leere steht meist eine ganz tiefe Verlassenheitsangst, von der der Patient nur oberflächlich weiß und in der er nie wirklich erreicht worden ist. Es gilt also, an den Humanstrukturen des Patienten zu arbeiten, d.h. unter Umständen auch zeitweise Ich-Funktionen wie z.B. die der Angst, der Aggression, der Realitätskontrolle zu übernehmen, diese Gefühle auszudrücken und die Angst besonders bei psychotisch reagierenden Patienten empathisch einzufühlen, aber auch an den defizitären und destruktiven Ich-Funktionen zu arbeiten und die Ursachen für die Verformung dieser Funktionen zu suchen.

Dabei muß die therapeutische Arbeit von Verständnis und Empathie dem Patienten gegenüber geleitet sein und vor allem von dem Grundgesetz jeder dynamisch-psychiatrischen Arbeit, daß man, wenn man dem Patienten etwas wegnimmt, dies nur allmählich tun kann und immer dafür Sorge tragen muß, daß man ihm etwas Besseres für diesen Verlust gibt (*Ammon* 1978, 1979). Immer wird im Mittelpunkt einer erfolgreichen therapeutischen Arbeit die Auseinandersetzung mit der destruktiven Aggression des Patienten stehen. Aggression kann nur in echten Grenzerlebnissen bearbeitet werden; innerhalb des therapeutischen Prozesses hat der Therapeut solche Situationen herzustellen, wenn es diese im Leben des Patienten nicht gibt. Das Durchleben von Grenzsituationen ist ein Identitätsprozeß, wogegen sich dann auch immer wieder die destruktiven und defizitären Widerstände richten werden. Zum therapeutischen Umgehen mit den Widerständen gehört, daß immer wieder die Beziehung zwischen dem Widerstand und den gestörten Aspekten der Ich-Funktion — neben einem Bündnis mit den konstruktiven Anteilen der Persönlichkeit — hergestellt wird. Unter der Herrschaft des Widerstandes wird der Patient immer wieder versuchen, die Erkrankung ego-synton zu halten. Als Wendepunkt einer jeden Therapie kann angesehen werden, wenn es dem

Patienten gelingt, pathologisches ich-syntones Verhalten als ich-fremd zu erkennen. Dieses Erkennen wird ein Agieren verhindern und das Interesse an der psychoanalytischen Arbeit fördern.

Bei der stationären Therapie ist die Konzeption eines sozialenergetischen Feldes innerhalb des gruppendynamischen Milieus der Klinik von besonderer Bedeutung, das durch die Beziehungen der Patienten untereinander entsteht und somit ein bedeutendes Therapeutikum darstellt. Hinzu kommt die Bedeutung der festen Beziehungsperson im Team und des bereits erwähnten gesamten integrierten, therapeutischen gruppendynamischen Behandlungsprogramms. Im Zentrum der Behandlung steht die Arbeit am therapeutischen Widerstand des von mir oft beschriebenen Dreiecks von Aggression, Paranoia und schweren pathologischem Narzißmus, verbunden mit schwerer Kontaktangst. Bei der Bearbeitung dieser oft vehement ablaufenden Widerstandsdynamik muß der Analytiker eine souveräne, verständnisvolle therapeutische Haltung behalten; das heißt, sich nicht zu Gegenübertragungsmanifestationen verführen oder sich durch die symbiotische Übertragung absaugen zu lassen. Eine Besserung des Krankheitsprozesses wird erst dann eintreten, wenn diese miteinander verwobene psychogenetisch und humanstrukturell verstehbaren Dimensionen mit ihrem vehementen Widerstandscharakter bewältigt werden können. Der Wendepunkt in der Therapie ist, wenn der Patient erkennt, daß er überträgt. Eine feindliche Übertragung kann dann nicht mehr zum Abbruch der Therapie führen. Der Patient kommt zu neuen Erkenntnissen und Entdeckungen über sich selbst. Gleichzeitig ist dies der erste Schritt der Ich-Abgrenzung. Der Patient muß sich dann mit dem Ödipuskomplex auseinandersetzen, d.h. der Patient, der nur bis zur Entwicklung der Bewältigung der Symbiose und dem Heraustreten aus der Symbiose behandelt ist und dessen ödipale Problematik nicht behandelt wurde, wird entsprechend den Übertragungen leben. Er wird zu einem übertragenden Neurotiker, der dann z.B. mit einem anderen Therapeuten den weiteren Entwicklungsschritt durch eine analytische Therapie mit dem Schwerpunkt der Auseinandersetzung mit dem Ödipuskomplex leisten kann.

Schizophrenie und Neurose heißt auch Synergismus zwischen Symbiose- und Ödipuskomplex, heißt auch oft Ausbruch der Psychose vor Eintreten in den Ödipuskomplex und hat somit auch Abwehrcharakter gegen Identität und Abgrenzung. Andererseits bieten neurotische Dynamiken wie besonders der Zwang, eine Abwehr gegen die Psychose. Auf dem gleitenden Spektrum finden sich auch Krankheitsformen von Borderline und Psychosomatik, worüber ich an anderer Stelle veröffentlicht habe.

Neurosis and Schizophrenia — Theoretical and Clinical Experiences and Consequences

Günter Ammon (Berlin/München)

In order to set up a theoretical connection between schizophrenia and neurosis, *Ammon* begins his paper with a reference to the roots and the development of his conception of schizophrenia. He describes the impact of *Paul Federn's* concept of »ego-demarcation« and his energetic concept of »ego-cathexis« on *Ammon's* own work. Further elements of his thinking bear the influence of the objekt school as well as of the system theory of *v. Bertalanffy* and *Karl Menninger*, who introduced system theory in psychiatric-psychoanalytic work.

A turning point in his departure from the *Freudian* libido theory was marked by *Ammon's* conceptualization of social energy. Social energy is that form of psychical energy which is engendered by interindividual and group-dynamic relationships, it is determined by human contact, interest and activity. Social energy conditions the development of ego structure (human structure) as a whole and of the various ego functions (human functions). With human structurology a model is proposed to replace *Freuds* ego-id-superego concept: it assumes the global psychical structure to be an internalized reflection of early experienced group dynamics. Thus, present interaction with a therapist and groups influence psychical structure. The whole personality structure with its specific identity is a dynamic concept. It implies the interconnected structures of the central, unconscious ego, those of the secondary, behavioral ego, and of the primary, biological ego.

Against the background of this structural model, an understanding of the schizophrenic illness emerges, according to which its etiology is conncected to an unsuccessful desymbiotization in the pre-oedipal stage within a group-dynamically and social-energetically disturbed primary group. This leads to a developmental arrest, structurally to a »hole in the ego« in the sense of a partially desintegrated personality structure »filled« by various symptoms. Severe early disturbances in human structure prevent an adequate coping with later oedipus complex.

Neurosis, on the other hand, involves no real structural defect, but rather a gradual impairment of psychical functions. The author views neurotic symptoms not merely as repressed psychical conflicts, but as an expression of unstable inner demarcation of the ego. Along with the mechanism of repression, all other defense mechanisms represent a function of specific individual structure or structural disturbance.

The neurotic personality is mostly integrated and capable of adequate function, whereas the schizophrenic ego is »fragmentary« (according to *Battegay*), and disposes of insufficiently evolved defense mechanisms. However, schizophrenia and neurosis are not considered as two isolated pathological entities,

but rather as poles on a gliding spectrum of etiology, structure and dynamics of psychical illness, ranging from neurosis through borderline illness, psychosomatics etc. to psychosis. This processual view is empirically confirmed by such patients who in the course of therapy undergo a change in the direction of a healthier, more integrated structure.

The therapeutic consequence of these considerations leads to the conviction that successful therapy of schizophrenia involves, after retrieval of identity in the process of giving up early symbiotic dependence, working through the Oedipus complex with the patient and his family.

In the subsequent part of his paper, *Ammon* turns to a detailed elaboration of a human structural view of schizophrenia in contrast to that of neurosis. The above mentioned developmental arrest and the deficient ego-boundaries are due to a surrounding group that failed to support the child's own development. The social energetic and group dynamic field of such a primary group is predominantly destructive and deficient and it manifests itself structurally in the internalized destructive and deficient human structures.

Ammon explains the persistence of symbiotic dependence in later life in terms of the child's early striving to adapt to unconscious wishes and needs of the primary group, thereby undergoing a crippling deformation of originally constructive human functions. Later objects (like friends, partners etc.) thus take over such functions as ego-demarcation, control, integration and protection. The unconscious repetition compulsion leads through symbiotic relationships, with their specific ambivalence, to a progressive destruction of pathological object relationships. The loss of the object conditions then the appearance of specific symptoms as an expression of the need of dependence and at the same time of an attempt to achieve demarcation from the archaic object. While the schizophrenic patient experiences his symptoms as ego-syntone, since they serve as direct surrogate of deficient structure, the neurotic patient is conscious of his symptoms' impairing communication with himself and his environment. It is just the symptoms which enable the schizophrenic to communicate with the surrounding group by providing him a »pseudo-identity«. The consequence of the difference in the significance of symptom behaviour is a basically different therapeutic approach in handling neurosis and schizophrenia. In contrast to the neurotic patient whose basically coherent ego-structure enables him to insight through psychoanalytic work, the schizophrenic lacks this faculty.

The first step in the therapeutic process must ensure that the essential human functions, such as that of ego-demarcation, taken over by the therapeutic milieu. This process represents the therapeutic attempt to fill the narcisistic deficit of the schizophrenic patient. This can only occur if the therapist succeeds in providing the patient with human support; furthermore, he must leave the patient's defense mechanisms, at this stage essential to the threatened ego-integration, at his disposal. Analytical interpretations would jeopardize the faith in the therapist and thus the success of the therapeutic process, since

they are experienced by the patient as threatening, punishing and anxiety-producing. They carry the inherent danger of psychotic reactions up to suicide. One of the main aspects of neurosis therapy is helping the patient to understand his symptomatic behaviour in terms of transference and resistance by means of free association. This underlines again the basically different therapeutic approach: the schizophrenia therapist cannot limit himself to the role of a mirror or projection screen, of an interpreting surgeon, as *Freud* termed it. He must rather take an active part in the transference process and let the patient feel that he is not merely interested in alleviating his symptoms, but rather in assisting him to build up his own identity, his own right to exist. This will help the patient subsequently in recognizing his symptoms as disturbing and develop the motivation for an analytic therapy. Most efficient in this first supporting and stabilizing stage of schizophrenia therapy are the nonverbal therapeutic methods like art, dance, music and theatre therapy, as well as riding therapy and different sport therapies. The individual therapeutic program of each patient should later combine these nonverbal methods with verbal ones in order to achieve an integrating multidimensional psychotherapeutic network, such as that of the Dynamic-Psychiatric Hospital Menterschwaige in Munich, known from numerous publications. It must be emphasized that even though the initial therapy of the schizophrenic patient consists of achieving a therapeutic relationship, the significance of the transferential process can by no means be ignored. It must be rather kept in mind from the very beginning, not, however, be analyzed on the symptom-behaviour level.

The character of the transferential process in schizophrenic patients is of a different nature than in neurosis: it takes the form of symbiotic transferential dynamics, since the patient has not yet succeded in freeing himself from the early infantile symbiosis complex. Therefore, in this case, one cannot speak of regression, since the concept of regression implies a regressive return to earlier, poorly differentiated levels of development. The schizophrenic has not yet achieved these levels of differentiation, from which regression starts.

The central aim of the psychotherapeutic treatment of schizophrenia involves the retrieval of ego development. Thus, *Freud*'s triad of »remembering, repeating and working through«, coined for neurosis therapy, must be broadened and modified to »repeating, repairing, remembering and working through«.

In *Ammon*'s conception, the symbiotic resistance is the phenomenon of symbiotic fusion with the analyst, which prevents development. This resistance is social-energetically deficient, extremely hostile to the therapist and can lead in extreme cases to suicide.

The destructive dynamics of symbiotic fusion elicit great anxiety and paranoid reactions and, typically, takes the form of the so-called »resistance triangle« of destructive narcissism, aggression and paranoid anxiety, the latter manifesting itself as persecution anxiety and delusional phantasies connected with extreme contact anxiety.

Ammon summarizes the therapeutic strategy by stressing the importance of avoiding confrontation on the concrete level and the need for empathetic understanding and support of the extreme threatening anxiety of the patient, which always includes jealosy anxiety. In this context, the therapist becomes the ally of the schizophrenic patient in his struggle against the existential anxiety.

The reverse of this anxiety is the destructive aggression, directed against the therapist, which, however, frequently takes the form of deficient aggression, e.g. the form of silence. A decisive aspect of the therapy is the ego-structure and group dynamic therapeutic work on the level of »here and now« of the actual therapeutic situation. The schizophrenic reaction as a whole can be viewed as a destructive resistance against the development of contact and identity, the ego functions of the patient serving as elements of this resistance. It is initially useful, if no other therapeutic contact is possible, to establish contact within the patient's delusional system in order to subsequently lead him back to reality.

Just as the various structural ego diseases range along a gliding spectrum, so do also their specific resistance formations. Their complexity and severity will be proportional to the basic deficiency of identity of the patient and their character will vary in accordance with the structural development throughout the therapy.

In the last part of the paper, *Ammon* emphasizes the essential features of human structural treatment. He reminds again that the meaning of identity therapy is assisting the patient in overcoming his anxieties and crippled modes of expression and of existence, in his personality development, by encouraging him in the realization and use of his constructive human functions. While achieving a therapeutic relationship beyond a superficial symptomatic therapy, the therapist endeavours to reach the patient at the bottom of his self, of his »hole in the ego«, his existential abandonment , and to help gradually build him up human functions and identity. Empathetic understanding also implies replacing his deficits by giving him new support. At the same time, therapy can only be successful if the destructive aggression, which always manifests itself in extreme situations, will be worked through.

Understanding and working through the resistance in terms of the basic-identity anxiety and by means of supporting the constructive functions will help the patient in experiencing his pathological behaviour as ego-alien. Reaching this stage is concomitant with a turning point in the therapy, enabling the patient to gain interest in psychoanalytic work and to change his acting-out behavior.

Within the framework of in-patient treatment in a dynamic-psychiatric hospital, the conception of social energy gains paramount importance. The group-dynamically coordinated therapeutic network of the hospital offers various contacts to other patients and therapists and renders an integrated treatment program possible. In such a social-energetic field, assisted in his human-

structural development, the schizophrenic patient reaches the turning point by becoming conscious of his own transference dynamics. At this point, the therapeutic work should be continued along the line of working through the oedipal conflicts. Thus, a spectral understanding of schizophrenia and neurosis means at the same time a comprehension of the synergism between symbiosis complex and Oedipus complex, as well of their specific defense mechanisms.

Literatur beim Verfasser

Adresse des Autors:

Dr. med. Günter Ammon
Meierottostraße 1
W-1000 Berlin 15

Die historische Entwicklung der Unterschiede zwischen Neurose und Psychose**

Ernst Federn (Wien)*

Der Autor stellt in seiner Arbeit die Unterschiede zwischen Neurose und Psychose und deren Behandlung in ihrer historischen Entwicklung dar. Dabei geht er zuerst auf den wichtigen Einfluß der Emigration von Psychoanalytikern und Psychiatern 1938 während des Faschismus in Deutschland ein. In einem zweiten Teil zeigt er die theoretischen Entwicklungen der Ich-Psychologie nach Freud auf. Er hebt besonders Paul Federns Einfluß auf die neuen Behandlungsformen in der Psychiatrie hervor, der sich schon sehr früh, ebenso wie Sandor Ferenczi, der Behandlung der Psychosen zuwandte. Paul Federn griff Freuds Mahnung auf, daß, wer sich mit Psychosen befaßt, den Narzißmus studieren muß. Der Autor sieht als Weiterentwicklung der neuen theoretischen Kenntnisse in der Psychiatrie die Dynamische Psychiatrie Günter Ammons, die er jenen Schulen zuordnet, die sich mit dem Ich in Theorie und Praxis befassen und damit über Freud hinausgehen.

Zunächst soll die historische Entwicklung der psychologischen Behandlung von schizophrenen Patienten in diesem Jahrhundert in einem kurzen Abriß dargestellt werden. Schon *Eugen Bleuler* und *C.G. Jung* erkannten, daß der schizophrene Mensch auch geistig erkrankt ist und nicht nur körperlich. Zwar versuchen die Patienten ihre schweren inneren Konflikte zu lösen und die Realität zu bewältigen, dies gelingt aber nicht. Dieses Nichtgelingen ist die eigentliche Krankheit.

Freud unterschied zwischen narzißtischen und Übertragungsneurosen, wobei er an eine Reihe denkt, in der an einem Ende die Normalität und am anderen die Psychose steht. Für *Freud* ist die letztere das Resultat von Konflikten in sehr früher Kindheit, in der der Mensch in einem narzißtischen Zustand lebt. Er sagt daher in seiner Arbeit »Psychose und Neurose«, daß wer den Narzißmus studieren will, sich mit den Psychosen beschäftigen muß. Aber infolge des überragenden Narzißmus ist die psychoanalytische Technik nicht geeignet, Psychosen zu behandeln. Was historisch geschah war, daß man Patienten übernahm und sehr erfreut war, wenn sie bereit waren über ihre unbewußten Konflikte zu sprechen. Bei vielen aber brach schnell eine Psychose aus. Heute verstehen wir, daß es diesen Patienten leicht war, über ödipale Konflikte zu reden, die ja gar nichts mit ihrer Krankheit zu tun hatten. Infolgedessen führten die Psychoanalytiker zuerst ein paar Monate einer Versuchsanalyse ein. Kamen unbewußte Konflikte zu schnell zum Vorschein, brach man die Analyse ab und ging zu einer »unterstützenden« Therapie über, die weniger tief in das psychische Leben eingriff. Die Couch-Methode wurde durch das »Gegenübersitzen« ersetzt, da diese Patienten die liegende Position nicht vertragen konnten.

* Professor, M.A.

** Vortrag gehalten auf dem 9. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP / XXII. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 29. April — 3. Mai 1992 an der Universität Regensburg

In der 20iger Jahren teilten sich die Psychoanalytiker bald in solche, die nur Übertragungsneurosen und solche, die auch schwerst gestörte, also auch psychotische Patienten übernahmen. Zu diesen gehörten aus dem Kreis *Freuds* vor allem *Paul Federn* und *Sandor Ferenczi.* Dabei waren deren Patienten immer noch imstande, in eine Ordination zu gehen. *Federn* behandelte Patienten, die zwar in einem Spital lebten, aber mit Begleitung in die Ordination kamen.

Neben diesen Analytikern gab es aber in Deutschland und in Österreich auch einige wenige Psychiater, die die Patienten analytisch im Spital selbst behandelt haben. Das heißt, sie interessierten sich für die unbewußten Konflikte ihrer Patienten und kamen immer auf Phänomene, die zeigten, daß es nicht die Konflikte waren, die die Krankheit verursachten, sondern die Unfähigkeit des Ichs, mit diesen Konflikten fertig zu werden.

1923 erschien *Freuds* Buch »Das Ich und das Es« und damit beginnt sich der Unterschied zwischen narzißtischen und Übertragungsneurosen in einen Unterschied zwischen Es-Erkrankungen und Ich-Erkrankungen zu wandeln. 1925 kommen wir mit *August Aichhorns* Buch »Verwahrloste Jugend« zur Erkenntnis, daß es Es-Erkrankungen, Ich-Erkrankungen und Über-Ich-Erkrankungen gibt. Die ersten wären die Neurosen, die zweiten die Psychosen und die dritten die Delinquenz. Das wäre ein kurzer Situationsbericht für Europa bis zum Jahre 1938. Als die europäischen Psychoanalytiker und Psychiater nach Amerika kamen, fanden sie dort eine ganz andere Einstellung zu den Geisteskrankheiten als in Europa.

Die amerikanische Psychiatrie war niemals an die Universitäten gebunden gewesen, sondern wurde von den Alienisten vertreten. Dieser Name allein verrät schon, daß in den Staaten die soziale Einstellung des Kranken einen ganz anderen Stellenwert hatte. Geisteskranke wurden als entfremdet von dieser Welt gesehen und der moralische und soziale Grund für eine solche Einstellung wurde ebenso gesucht, wie mögliche biologische und psychologische Ursachen, also z.B. Vererbung in gewissen Familien. Die amerikanischen Psychiater nahmen daher die Psychoanalyse als Erklärung für die Psychosen, daß seelische Gründe vorliegen und keine physischen, leichter an als ihre europäischen Kollegen. Entscheidenden Einfluß in den Staaten hatte *Adolf Mayer,* der die Psychosen als Folgen eines Zusammenbruchs des gesamten Persönlichkeitssystems ansah, mit großer Betonung des sozialen Elements.

Allgemein sah man auch in den Vereinigten Staaten Psychosen und Neurosen als in eine Reihe gehörend an, Neurosen als die leichteren, Psychosen als die schwereren Erkrankungen. In jüngster Zeit wurden die Borderline-Patienten als Grenzfälle zwischen beiden Erkrankungen beschrieben. In der Weltgeschichte der Psychiatrie 1977 herausgegeben von *John G. Howells,* kommt dieser Begriff noch nicht vor.

Ich komme nun zum entscheidenden Satz meines Vortrages, er stammt von *Freud:* »die vielleicht wichtigste genetische Differenz zwischen Neurose und Psychose. . .: die Neurose sei der Erfolg eines Konfliktes zwischen dem Ich

und seinem Es, die Psychose aber der analoge Ausgang einer solchen Störung in den Beziehungen zwischen Ich und Außenwelt.« (*Freud* 1924).

Diese Formulierung wird auch heute noch von etwa der Hälfte aller Pychiater angenommen und wir werden nun über die Entwicklung berichten, die die andere Hälfte genommen hat. Sie geht im wesentlichen auf *Paul Federn* zurück. *Federn* nimmt die Mahnung *Freuds* auf, den Narzißmus in den Psychosen zu studieren. Er wollte aus der Theorie eine klinische Erkenntnis machen. Nach ihm sind Psychosen keine Erkrankung, die aus Konflikten bestehen, sondern aus Defiziten, aus Mangel an Ichbesetzung. Das heißt mit anderen Worten, daß *Freuds* Unterscheidung unrichtig ist und wir in seelischen wie auch in organischen Erkrankungen Leiden erkennen können, die durch zusätzliche Stoffe wie Gifte oder Bakterien entstehen können und solche, die durch Mangel entstehen. Für *Federn* ist ein Mangel an Triebenergien, deren Ursachen bis heute unerkannt, aber wahrscheinlich in den meisten Fällen organisch bedingt sind, die Ursache. Psychosen sind, nach *Federn*, Mangelerkrankungen, wobei der Mangel organisch oder sozial bedingt sein kann. Die Behandlung verlangt daher einen Zuschuß des Fehlenden und nicht die Aufhebung eines Hinzugekommenen. Die gegenwärtige Formulierung dieser Erkenntnisse, die vor bald 60 Jahren entstanden ist, hat eine Geschichte.

Sie begann in den 20iger Jahren mit *Federn* und *Ferenczi,* die versucht haben, Patienten mit so schweren Störungen, daß sie die Psychoanalytiker zurückwiesen, zu behandeln. Für Schizophrenien hat *Tausk* eine Vorarbeit geleistet, aber es ist nicht klar, ob die Ideen von *Tausk* oder nicht doch von *Federn* kamen. Beide waren sehr eng befreundet, und *Federn* hat bereits 1905 eine psychotische Patientin erfolgreich behandelt. *Ferenczi* entwickelte eine aktive Praxis, die heute als durchaus anwendbar angesehen wird, bei der aber *Freud* Angst hatte und *Ferenczi* davor warnte. Nichts dieser Art ist bei *Federn* geschehen. *Freud* behauptete, er mache im Grunde nichts Neues. Nun war *Federn* anders aktiv als *Ferenczi* und setzte eine dritte Person als Helferin ein, wie auch die Arbeit mit der Familie.

Federn war ein absoluter Anhänger der *Freud*schen Trieblehre, unterschied sich von ihm jedoch in der Auffassung des Ichs. Dieses — und ich verkürze hier sehr — war das Phänomen, daß die meisten Menschen ein Gefühl haben, das besagt: »Ich bin ich selbst.« Dieses Gefühl bezieht sich sowohl auf den Körper als auch auf die Seele. *Federn* unterscheidet daher zwischen Körperichgefühl und seelischem Ichgefühl. Beide haben ihre Grenzen. Dieses Ichgefühl wird von Trieben unterhalten, von denen *Federn* drei anerkannt hat: Libido, Todestrieb und Selbsterhaltungstrieb. Mangelt es an diesen Trieben, so entstehen Erkrankungen, die wir Psychosen nennen. Ihre Behandlung besteht in der Beigabe des Mangelnden oder in der Hilfe mit diesem Mangel zu leben.

Ferenczi hatte bei seinen Patienten ebenso einen Mangel festgestellt, behandelte aber mit Einsatz der Persönlichkeit des Therapeuten allein, während *Federn* die Notwendigkeit erkannte, andere Personen miteinzubeziehen, was man als den Beginn der Milieutherapie sehen kann.

Zeitlich etwas später entwickelte *Heinz Hartmann* sein Konzept vom Ich. Dieses wird durch seine Funktion definiert und zerfällt in zwei Teile, einem autonomen, von Trieben unabhängigen, und einem von Trieben gesteuertem Ich. Psychosen erkannte *Hartmann* im wesentlichen als Erkrankungen des Aggressionstriebes oder der autonomen Ich-Strukturen. Er stimmte im Grunde mit Freud überein, daß die klassische Psychoanalyse für diese Erkrankungen nicht in Betracht kommt.

Ebenfalls in den 20iger Jahren kommt *Melanie Klein* aus der Behandlung psychotischer Kinder zur Erkenntnis, daß sehr frühe Fehler in den Objektbeziehungen zwischen Baby und Mutterbrust zu schweren Störungen führen. Damit beginnt, was heute die Englische Schule der Objektbeziehungen genannt wird. Diese wurde unterstützt durch die Arbeiten von *Balint, Fairbairn* und *Winnicott* über die frühen Mutterkindbeziehungen. Vor allem Trennungen können zu schweren Störungen führen.

Mit diesen Arbeiten beginnt die Periode einer prä-ödipalen Psychoanalyse, von der gesagt werden muß, daß sie entweder Spekulation oder Verhaltensforschung ist. Im Grunde ist sie keine Psychoanalyse, da sie nur prä-verbale Zeiten betrifft und daher auf Beobachtung und Spekulation beruht. Andererseits anerkennt sie das Unbewußte, Übertragung und Widerstand und kann daher nicht von der Psychoanalyse getrennt werden. Man muß nur sehen was wirklich vor sich geht.

Hier bietet sich *Federn* als theoretischer Vermittler an, was auch in Frankreich weitgehend anerkannt worden ist. Indem er zwischen Mangelerkrankungen und Konflikterkrankungen unterscheidet, zeigt er den Weg, beide mit der *Freud*schen Triebtheorie zu verbinden. Mangel an Vertrauen, Liebe, Zuwendung und sehr vielen triebgeladenen Funktionen im Leben des Babies können offenbar bei gewissen Fällen zu schweren Störungen führen. Wir verstehen daher Mangel an Zuwendung und Entwicklung in den Frühphasen des Lebens als die Ursache der Psychosen, und Ereignisse in den ödipalen Phasen als die der Neurose.

Mit anderen Worten, der Unterschied liegt in der Entwicklung des Ichs. Diese Erkenntnis zwingt uns danach zu suchen, was das Ich eigentlich ist. Hier kommen nun philosophische Denkunterschiede zum Tragen. In der deutsche Sprache ist der Begriff des Ich jedem sofort verständlich. In der Travestie von *Nestroy* »Judith und Holofernes« läßt der Dichter Holofernes sagen: »Wer ist nun stärker I oder I.« Im Englischen gibt es diesen Begriff nicht, er wird erst jetzt durch die Psychoanalyse eingeführt. Aber im Original Englischen gibt es kein »the I«, wohl aber den Begriff des »the Self«. Nun ist aber das deutsche Selbst nicht das Ich *Freuds*. Daraus ergaben sich unendlich viele Mißverständnisse, die auch auf die Praxis der Psychiatrie große Bedeutung gewonnen haben.

Freud hat das Ich niemals definiert, er sprach nur davon, wie es entstanden ist und welche Funktionen es im Leben erfüllt. Ihm folgten *Anna Freud* und *Hartmann*. Die Engländer fanden solche Schwierigkeiten in den Begriffen von

Freud, die in der Übersetzung ihren wirklichen Sinn verloren haben oder wie »instinctual drive« falsch übersetzt wurden, so daß sie von der Triebtheorie weggingen und aufgrund der pragmatischen englischen Sprache eine eigene Theorie, die Objekt-Beziehungstheorie entstehen ließen. Historisch ist das dadurch zu begreifen, daß es kein englisches Wort für Trieb gibt, das sich auf Lieb reimt und jedes Jahr im Wald und Garten beobachtet werden kann. Die Tatsache, daß die Engländer zwar Triebe besitzen, aber kein Wort dafür haben, ist wert untersucht zu werden, aber wir können hier nur feststellen, daß es so ist und daß »drive« ein mechanistischer Begriff ist. Auch die Engländer konnten die Störungen des Ich beobachten und beschränkten sich auf das, was sie sehen konnten, nämlich die Objektbeziehungen. Subjekt und Objekt beschäftigen daher die englischen Psychoanalytiker. Zu den zu beobachtenden Phänomenen gehören auch die Ichspaltungen. Wann Spaltungen stattfinden, wieweit sie unbewußt bleiben und wieweit sie das Bewußtsein bestimmen, ist ein Teil der gegenwärtigen Forschungen.

Paul Federn ging einen kontinentalen Weg, indem er nach einer Definition des Ich suchte. Wie schon früher gesagt, ist für ihn das Ich das Gefühl, Ich selbst zu sein. Das Gefühl »ich bin ich selbst« hat *Freud* zuerst als zum primären Narzißmus gehörig beschrieben. *Federn* setzt dort an wo *Freud* aufgehört hat. Dieses Gefühl »ich bin ich« kann auf viele Arten gestört sein. Diese Störungen erzeugen die Psychosen und andere schwere Icherkrankungen.

Der Unterschied zwischen der deutschen Ich-Psychologie von *Paul Federn* und der englischen ist im Grunde eine der Sprache und daher Theorie. In der Praxis verlangen beide, daß das Ich behandelt wird. Störungen des Gefühls ein Ich zu sein, sind beinahe als unendlich vielfach zu betrachten und enthalten auch physiologische und soziale Bereiche.

Wir sehen also, daß der Unterschied in der Behandlung von Ichstörungen und von Neurosen hergestellt werden kann. Beziehungen werden sehr wohl hergestellt, nehmen aber ganz verschiedene Formen an. Wird ein Ich in den ersten drei Jahren gestört — und die Gründe können in den meisten Fällen unbeachtet bleiben — werden seine Beziehungen zum anderen, d.h. zu den verschiedenen möglichen Objekten in der Umwelt ebenfalls verletzt. Diese Störungen müssen zuerst behoben werden. Es ist nach wie vor unbekannt in welchem Maße das möglich ist. Die heutigen Kenntnisse sind etwa wie folgt: Soziale Schädigungen können durch soziale Therapien in einem dazu geeigneten Millieu in vielen Fällen wieder in Ordnung gebracht werden, allerdings nicht immer und nicht bei jedem. Physiologische Störungen können durch Medikamente stark beeinflußt werden, allerdings dürfen diese niemals routinemäßig gegeben werden. Psychologische Störungen, vor allem solche der ersten Beziehungen zur Mutter oder deren Ersatz, können ebenfalls durch Millieutherapie weitgehend beeinflußt werden. Gewisse nicht erlebte Beziehungen zu sehr frühen Objekten in der Mutter-Kind Beziehung können offenbar nicht mehr wiederhergestellt werden. Viele Differenzen unter Psychoanalytikern in der Theorie über diese frühen Beziehungen sind im Gunde Differenzen in der

Sprache. Man kann mit *Freud* den Begriff sozial auf die Zeit des Beginns der Beziehungen mit der Gesellschaft festlegen, sozial kann auch die Beziehung des Kleinkindes zu seiner Umgebung sein.

Ein entscheidender Unterschied liegt im Verständnis dessen, was unbewußt ist. Hier sind die Theorien *Adler* und *Jungs* sehr verschieden von denen der Freudianer, unter denen die Anerkennung des Unbewußten nicht in Frage steht.

Historisch gesehen hat sich die Erkenntnis, daß ichgestörte Menschen, *Freuds* narzißtische Neurosen, nicht psychoanalytisch behandelt werden können, geändert. Wir haben erkannt, daß Übertragung ein viel weiteres Phänomen ist, als *Freud* ursprünglich angenommen hat, und daß sie in abgewandelter Form auch von narzißtische Störungen ausgehen kann.

Nun haben — infolge der historischen Bedingungen, die ich bereits erwähnt habe — die amerikanischen Psychiater *Henry Stuck Sullivan* und *William Allison White,* eine Schule entwickelt, die das Soziale im interpersonalen Zusammenbruch des Ich betont und die sehr bedeutungsvoll wurde. *Paul Federn* sagte von *Sullivan:* »Er machte das Richtige aber er weiß nicht warum.« Diese sozialpsychologisch eingestellten Psychiater gründeten sehr erfolgreiche Anstalten, vor allem »Chestnut Lodge«. Dieses, von *Frieda Fromm-Reichmann* jahrelang geführte Sanatorium vertrat die Verbindung des Konzeptes von *Ferenczi, Federn, Sullivan, Simmel* und *Dorothy Thomson.* In den 50er und sechziger Jahren gab es psychiatrische Anstalten wie »Hillside Hospital« in New York und die »Menninger Foundation« in Topeka, Kansas, die *Freud* treu blieben und solche, die der Washington School, *Allison White* und *Sullivan* folgten. Unter ihnen spielte *Silvio Arieti* und *H. Searles* eine bedeutende Rolle, um nur die wichtigsten zu nennen. Da diese Behandlung aber sehr langwierig und teuer ist, wurde sie in den 70er Jahren bereits von einer rein somatischen abgelöst, die allerdings eine begleitende Psychotherapie bei allen Patienten empfahl. Heute wird hauptsächlich mit Medikamenten gearbeitet, aber alle Formen der Psychotherapie finden daneben statt, soweit die finanziellen Mittel dazu vorhanden sind.

Daß zwischen schwerstgestörten Patienten mit Icherkrankungen, wie katatone Schizophrenien, und einem Therapeuten Beziehungen, also Übertragungen, hergestellt werden können, hat *Gertrude Schwing-Boller* bereits in den 30er Jahren gezeigt und 1940 in dem Buch »Ein Weg zur Seele des Geisteskranken« in der Schweiz der Öffentlichkeit übergeben. Es erschien 1954 in englischer Übersetzung. Daneben erschien 1951 ebenfalls in der Schweiz das Buch »Symbiotische Realisation« von *Madame Sechehaye.* Daß also Übertragungen auch bei diesen Kranken möglich ist, war bewiesen.

Als die Amerikanische Psychiatrie nach Europa kam, wurde sie im deutschsprachigen Raum von *Gaetano Benedetti* in Basel vertreten. Dieser nennt *John Rosen* seinen Lehrer, welcher sich einen Schüler *Federns* nannte und es auch war. Es scheint mir wichtig festzustellen, daß die neuen Anwendungen psychoanalytischer Erkenntnisse in der Psychiatrie letzten Endes auf *Federn*

zurückgehen und dadurch in einer Linie mit *Freud* zu sehen sind. Eine ähnliche Auffassung vertreten *Donald Rinsley* und *Thomas Freeman.* Hier möchte ich auch die Dynamische Psychiatrie von *Günter Ammon* nennen. Durch den Satz (Die Begriffe von Ich-Schwäche und Ich-Stärke werden) »verstanden als Ausdrücke einer mangelnden narzistischen Gratifikation mit dem Ergebnis eines narzißtischen Ich-Defizits«, stellt er sich auf den Boden von *Federn.* In diesem Sinne gehört *Ammon* zu jenen Wissenschaftlern, die von der Behandlung des Ichs ausgehen, an dessen Erkrankungen *Freud* nicht interessiert war. *Paul Federn* gehört historisch zu den Mittelmännern zwischen der Triebauffassung *Freuds* und jenen Schulen, die dem Narzißmus eine größere Rolle zuschreiben als *Freud.* Daß aber im Narzißmus der Schlüssel zur Psychose zu finden ist, hat *Freud* gewußt und auch geschrieben.

Damit ist die Entwicklung der psychologischen Behandlung schizophrener Patienten in einem kurzen historischen Abriß bis in die heutige Zeit dargestellt. Wie heute durch Milieutherapie und die Anwendung aller anderen therapeutischen Maßnahmen die neuen Erkenntnisse in die Praxis umgesetzt werden können, ist die Aufgabe eines weiteren Referates.

The Historical Development of the Difference between Neurosis and Psychosis

Ernst Federn (Wien)

In the lecture, the author describes the historical development of the treatment of schizophrenic patients, beginning with *Sigmund Freud,* through *Paul Federn* up until the present. The author begins with *Freud* differentiating between narcissistic neurosis and transference neurosis, and the experience that in some patients a psychosis broke out. Therefore psychoanalytical techniques were seen for a long time as contraindicated for these patients.

In the 1920s in spite of this, there were psychoanalysts in *Freud* circle who still treated these severely ill patients, *Sandor Ferenczi* and *Paul Federn.* After briefly describing the development of psychoanalysis until the emigration in 1938, *Ernst Federn* turns to the scientists who had been dealing with the ego and it's development.

In order to make the direction which these scientists had taken clear, he begins with the following quotation from *Freud* »Maybe the most important gentic difference between neurosis and psychosis. »Neurosis is a result of a conflict between the ego and the id, the psychosis a conflict between the ego and the outer world.« (*Freud* 1924). Above all, it was the father of the author *Paul Federn* who had studied narcissism in neurosis as *Freud* had advised. According to the author, the beginnings of milieu therapy started with *Paul Federn.* He also worked with the family of the patient, and included a third person as a helper in the treatment. Consequently he developed the theory of body-ego-feeling, and mind-ego-feeling, and differientated three drives: libido,

death drive, and self-preservation instinct. However, it differed from *Freud*'s theory in the belief in a lack of drive as a cause of psychosis and severe illness.

Sandor Ferenczi, who also treated severely ill patients like *Paul Federn,* took the same view that lack of drive was a cause of psychosis.

The author then touches on the development of ego-psychology through *Heinz Hartmann* and the development of the Englisch object through *Melanie Klein. Heinz Hartmann* who developed his ego-psychology a little later on, understood psychoses as a disturbance of aggressive drive energy, or of the autonomous ego. *Melanie Klein* found out from her work with psychotic children that severe disturbances of the early mother-child relationship led to these illnesses.

Ernst Federn takes the view that *Paul Federn* is the theoretical medium between the two directions, because he distinguishes between lack-phenomena and conflict-phenomena. He also tries to connect both theories with *Freud*'s drive theory. The author devotes much of his lecture in a presentation of the further development of *Freud*'s theory of transference in its historical context which can be taken from narcissistic disturbances. He also gives attention to the contribution of the American psychiatry for its special meaningfulness in the development of theory and treatment of psychis illnesses.

American psychiatry had a different attitude $o psychic illness, and included social aspects in its deliberations, being also less hostile towards psychoanalysis. Schools were founded from the co-operation between those psychoanalysts who had emigrated from Europe and the American psychiatrists who dedicated themselves to the treatment of psychotics, and became very significant for example the »Menninger Foundation« in Topeka, Kansas.

In his summary, the author shows once more the direction of the development of the ego, from *Freud* and *Federn* up to *Günter Ammon*'s Dynamic Psychiatry. *Günter Ammon* belongs to those scientists who treat patients using the ego concept. He justifies the further development of Dynamic Psychiatry beyond *Freud* and *Paul Federn* with a quotation from *Günter Ammon* to the conception of ego-strength or ego-weakness »it is understood as an expression of a deficient narcissistc gratification resulting in an ego-deficit« (*Ammon* 1979).

Literatur

Ammon, Günter (Hrsg.) (1979): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1 (München: Ernst Reinhard)

— (Hrsg.) (1982): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 2 (München: Ernst Reinhard)

Bister, W. (1976): Über das neue Verständnis für die schizophrenen Psychosen. In: Die Psychologie des XX. Jahrhunderts, Band II (Zürich: Kindler)

Cancro, R. (Ed.) (1970): The schizophrenic reaction (New York: Bruner/Mazel)

Federn, Paul (1978): Ichpsychologie und die Psychosen (Frankfurt a.M.: Suhrkamp)

Freeman, Th., Cameron, J.L., Mc Ghie, A. (1958): Chronic schizophrenia Internation. (New York: Universities Press)

Freud, S. (1923): Das Ich und das Es. Ges. W. Bd. XIII (London: Imago)

— (1923): Der Realitätssinn bei Psychose und Neurose. Ges. W. Bd. XIII (London: Imago)
— (1923): Neurose und Psychose. Ges. W. Bd. XIII (London: Imago)
Mendel, W.M. (1970): Schizophrenia. The experience and the treatment. (San Francisco: Jossey Bass Publishers)

Adresse des Autors:

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

Differential Aspects of Narcissistic Disturbances of Neurotics, Borderline Personalities, Depressives and Schizophrenics**

Raymond Battegay (Basel)*

Stressing the conception of self-psychology developed by Kohut and Kernberg, the author discusses four different kinds of psychiatic disorders in which a disturbance of narcissism plays an important rôle. After describing the self-pathology of narcissistic personality disorders, or »narcissistic neuroses« in Battegay's conception, as well as that of major depression, the author characterizes the borderline personality disorders and schizophrenia as a severe ego-pathology. This means that patients suffering from »narcissistic neuroses« have a solid ego-core, but developed a typical »narcissistic hole«, as described by Ammon. In major depression, the narcissistic emptiness leads to a tendency to compensate this deficiency by a strong fusion with the objects. Battegay underlines the fact that borderline personalities show a fragmentation tendency combined with a severe narcissistic deficit. In schizophrenics, this fragmentation leads to the feeling that parts of the ego and the body no longer belong to the individual. The author emphasizes that these different kinds of narcissistic disturbances need different treatments. While narcissistic neurotics can be treated by modified classical analysis with a more empathetic approach, the fragmentation-prone ego in borderline personalities and the fragmented ego in schizophrenics demand a very intensive reality-oriented treatment. Major depressive patients necessitate a more active approach. An optimal therapeutic setting for all narcissistic disorders includes the method of group psychotherapy combined with individual psychotherapy, cognitive training and, as far as necessary, pharmacotherapy.

When discussing narcissistic disturbances, we first have to define what is meant by the term narcissism and then discuss the different forms of psychiatric disorders in which narcissism plays a preponderant role. *Kohut* (1971, 1977) sees in the self a central representation that gives human beings their identity and self-representation. For *Kernberg* (1975, 1980) the self is an intrapsychic structure, which is formed by the different self-representations and their affect dispositions. Concerning this definition, *Kernberg* is not far from *Margaret Mahler* (1968), who did not differentiate the ego from the self. For *Freud* (1914) the ego was the seat of narcissism; he did not differentiate the self from the ego, but a primary from a secondary narcissism. Primary narcissism is described as a normal psychological phenomenon in early childhood, consisting of the narcissistic investment of one's own person. Secondary narcissism is understood as a result of defense mechanisms that lead to a withdrawal of libido from the object to one's own person.

I myself consider narcissism as the self or the self-representation which gives the ego, id and superego as well as the body the narcissistic investment and information resulting in the individual's feeling of the different instances and the body as belonging to oneself, forming an entity and providing a feeling of

* Chief Physician of the Psychiatric University Outpatient Department, Professor and Chairman of Psychiatry at the University of Basel, Switzerland

** Lecture given at the 9th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP / XXII International Symposium of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP), April 29 — May 3, 1992 at the Universität Regensburg

continuity (*Battegay* 1977, 1985). But since, on a basic level, a relationship to an object is possible only by extending one's self onto the object, with an inconsistent self also the object relations must be disturbed. The second level of object relations would be that of more or less unconscious active ego performances, the most archaic of which is the projective identification, which permits the individual to gain a certain distance from the object after the basic narcissistic fusion is done. The more mature these ego-performances as identification, projection, delimitation from the object, etc., are, the more a reflected nearness or distance from the object is possible, but the ego performances are also dependent on the narcissistic investment of the ego, by which it can work normally, if it has not a tendency toward fragmentation. The third level of object relations is characterized by the free decision for or against the object. Naturally, also this capacity is dependent on the narcissistic investment of the ego. Concerning the development of the self, like many other authors, I see narcissism — without differentiating between primary and secondary narcissism — as having grown from an empatethic and — in good sense — communicative and warm approach of the mother to the child in earliest childhood and even earlier, intra utero.

	Narcissistic Personality Disorders	Borderline Personality Disorders	(Major) Depressions	Schizophrenias
EGO	consistent, but not sufficiently narcissistically invested	fragmentation prone, narcissistically not sufficiently and not homogeneously invested	consistent, but narcissistically not or not sufficiently invested	fragmented, the different fragments being not homogeneously narcissistically invested
SELF (= Narcissism)	insufficient	insufficient and fragmentation prone	depleted or emptied	fragmented
Narcissistic compensations that may be used as defenses, such as fusion with (transference on) a self-object, grandiose self mirror relations (transferences)	present	present up to grotesque dimensions	often extreme fusion tendencies, negative grandiose self, often extreme mirror relations (transferences)	if present, often grotesque dimensions

Tab. 1: Ego and self (narcissism) in different disorders with narcissistic disturbances

We know that in all psychiatric disorders, even in all illnesses (thus also in the realm of somatic medicine), there is a more or less pronounced disturbance in the realm of narcissism. I shall now try to differentiate four different kinds of psychiatric disorders in which a disturbance of narcissism plays an important role:

— narcissistic personality disorders,
— borderline personality disorders,
— depressive disorders,
— schizophrenias.

Narcissistic Personality Disorders

Narcissistic personality disorders, or as I call them because of their neurotic dynamics, narcissistic neuroses (*Battegay* 1977), are characterized by an inconsistent self and by compensatory tendencies toward (1) a grandiose self, (2) a marked tendency to fuse with a self-object or an idealizing transference with a self-object, and (3) a mirror relationship or transference. A certain fusion in the fantasy with on object, however, is a normal psychological phenomenon, since, as mentioned, no contact is possible if not at least primarily a certain enclosure of the object in the self is possible. After narcissistic injuries it is even common that a certain compensation occurs in the sense of a grandiose self or a mirror-relationship. Narcissistic personality disorders, as described by *Kohut* (1971, 1977), can therefore easily be understood as emerging from normal human narcissism that was not enough developed because of three possibilities: (1) a lack in the mother's empathetic affirmation of the child; (2) a maternal overprotection or overstimulation and the consecutive secondary frustration of the child; and (3) the mother's or the parents' expectation of the child to adapt ideally to their demands, thus hindering the development of a true self and furthering the growth of a false or an ideal self (*Horney* 1939, *Winnicott* 1965). Such persons have a consistent ego-structure, are capable of developing object representations and of communicating with others, but suffer from an indistinct self-representation or self-identity, from a narcissistic »hole« in the sense of *Ammon* (1974) and therefore an insufficiently developed self-assertiveness. Since they are only able to invest their body narcissistically to a limited degree, they often experience no feelings of pleasure. They may suffer from psychosomatic disturbances of different organs or organ systems with concomitant pains and/or from not being able to come into emotional contact with their body, which may result even in a certain depersonalization concerning their soma. Also, they often have an insufficient capacity to communicate with their feelings. We can thus understand what *Sifneos* (1973) and *Nemiah* et al. (1976) call »alexithymia« or what *Marty* et al. (1963) call »pensée opératoire«, which means that the concerned individuals are not able to »read« their emotions and that they treat their body as if it had to be »run« without consideration of the emotional process it expresses.

People with narcissistic personality disorders tend to reconstruct in each new context the old situation in which they felt neglected or overprotected or were expected to fulfill the parents' ideals. Therefore, they always have the tendency to feel unrecognized in their real personality structure and narcisstically injured. Since they are not able to invest their ego and their superego suf-

ficiently narcissistically, they are confronted with an archaic unmildered superego that cannot be neutralized by the ego, which does not receive enough narcissistic support in spite of the fact that its structure is not deficient.

Borderline Personality Disorders

Personalities with borderline conditions in the sense of *Kernberg* et al. (1972, 1989), *Kernberg* (1974, 1975, 1980, 1984, 1987), *Masterson* (1976), *Wolberg* (1982) and others suffer from a partly genetically determined tendency to ego-fragmentation, and are therefore from early childhood on unable to feel emotional warmth, stimulation and offers of Gestalt-cognition from the mother. In addition, suffering from anxieties of having to adapt too much to the mother because ot the lack of consistency of the ego cores, they develop defenses against her nearness. Also, they cannot motivate their mothers in the same way as others to give them emotional support and stimulation. As a consequence, they are disturbed in the realm of narcissism and develop from early childhood on an inconsistent and fragmentation-prone self. The result is serious distortions in the internal relationship to objects with an identity diffusion on the one hand, and as a consequence thereof projective identifications on the other. The tendency of these individuals to split objects (*Melanie Klein* 1935) into good and bad ones reflects their tendency toward a total narcissistic fusion with the object, which lessens the menace coming from the object as long as the object adapts to them; but when the object begins to behave independently, the more it is experienced as dangerous.

It is evident that from the beginning such an individual develops a pathological narcissism (as descriped by *Kernberg* 1975, 1984) with a proneness to narcissistic injuries, narcissistic-oral rage and revenge out of diffuse and ambivalently experienced self-representations unseparated from the image of the object. *Kernberg* delimints pathological narcissism or pathological self-structure totally from the normal narcissistic configuration, something I cannot fully agree with. We observe in my view in borderline personalities not a basically different narcissism than in the average person. However, what makes narcissism appear to be pathological is the ego-pathology of the concerned persons which hinders the integration of the different self-representations in a comprehensive image. The pathology of the ego, which in spite of rigid defenses is unable to delimit itself constantly from the object (though never to the extent observed in schizophrenics), therefore leads to identity diffusion. The lack of impulse control, the tendency toward minipsychoses, the panneurotic appearence as well as the nearness of their thinking to the primary process are the result of a lack of control possibilities by the ego. We can say that, on the one hand, the fragmentation-prone ego does not permit the development of a consistent and comprehensive self; on the other hand, this inconsistent self leads to an equally fragmentation-prone self by the only possibility to invest a fragmentation-prone ego. Pathological is in these cases therefore primarily the ego-structure.

Depressions

In depressions, especially in genetically co-determined major depressions, a more or less pronounced narcissistic depletion or emptiness can be observed. There is no longer the possibility to invest the id, the ego and the superego as well as the body narcissistically, and since, as already mentioned, the normal basic relationship to the object arises from a certain enclosure of the object into the own narcissism respectively to a certain fusion with the object, the relationship to the object is also disturbed. In depressives there is, not as *Freud* (1916) thought, a withdrawal of libido into one's narcissism or an identification of the ego with the object, which was given up; rather, depression emerges because there is only little narcissism at one's disposal to invest either the ego or the objects.

As it is typical in all conditions of narcissistic deficiency, depressives tend to compensate by investing their remaining narcissism in a strong fusion with the object. This fusion can go so far that some objects living near them are no longer experienced as being separate from them. Enlarged suicides therefore may occur, with the patient in his fusion fantasies and perhaps with a certain feeling of grandiosity determining the life and death of near objects. Depressives, like other people with narcissistic disorders, tend also to stand with other objects in a mirror relationship, being dependent on the eye expression and the mimicry of the objects. Further, we often recognize a — negative — grandiose self, when for example, they say that they are the greatest sinner of the world.

Their superego is thus not moderated by narcissistic investment. Depressives maintain a high ego ideal and an infantile blind consciousness corresponding to the experienced moral standards of early childhood. By strictly maintaining the patterns of order and orderliness (*Tellenbach* 1961), they try to fulfill the demands of their superego and follow the life pattern to which they have been accustomed since early childhood (*Arieti* and *Bemporad* 1978).

Since depressives with their narcissistic deficiency always expect too much from the objects or even live in the expectancy of finding, as *Melanie Klein* (1935) described it, the 'total object', they suffer from narcissistic and oral aggressions against persons expected to be close to them who are unable to fulfill these huge expectations. Under the influence of their archaic superego, they cannot express these aggressions and, as *Freud* (1916) described it, retrovert them onto the ego, but not as *Freud* thought because of a retirement on their own narcissism, but because the ego can be mistreated the more since the archaic superego furthers it and since it is not invested with narcissism. Depressives, unlike persons in grief who have lost an object, preponderantly miss their own self. They feel helpless and fall into a pattern of 'learned helplessness' (*Seligman* 1975), developing a strategy for escaping their archaic superego.

Schizophrenia

In schizophrenics, besides genetic factors, especially the environmental conditions of early childhood are very decisive for the development of psychosis. The influence of a cool, 'schizophrenogenic' mother expressing herself in double-binds (*Bateson* 1956) and a parental milieu in which expressed emotions are menacing (*Jenkins* and *Karno* 1992), seems to further the final fragmentation of the ego, a precondition for the outbreak of schizophrenia. Schizophrenics, with their ego-fragmentation, are unable to integrate the different parts thereof into a consistent whole and suffer from manifold anxieties. They feel menaced, especially by ego parts represented by aggressions, since these parts are projected into the surroundings and are thus experienced as persecutors from without, though as ego parts always near them. As a consequence of this ego-fragmentation, neither a consistent self-representation nor secure object representations are possible. Already in early childhood, children who later on become schizophrenics are unable to feel adequately mother's attention, care and love (even if it may be present), not the least because of defense mechanisms alleviating the child's anxiety of being forced to overadapt to mother.

Schizophrenics who are able to invest with the little narcissism at their disposal only parts of their split ego have corresponding difficulties in extending their fragmented self (for which the fragmented ego is responsible) on the objects and therefore have communication problems. The split ego and the impossibility of delimiting solid boundaries surrounding it makes it more difficult for the concerned persons to maintain their own identity. This identity diffusion makes it often impossible for schizophrenics to know what belongs to the object and what to themselves.

The treatments of the above-mentioned four disorders with severe narcissistic disturbances because of structural differences are different.

Narcissistic Personality Disorders Slightly modified psychoanalysis with initially encouraging, affirmative attitude.
Borderline Personality Disorders Expressive, psychoanalytically oriented psychotherapy with early interpretations of fusions, projective identifications, transferences and defenses as well as reality testing, the therapist offering himself as an indestructible object.
(Major) Depressions Combination of cognitive psychotherapy with psychoanalytic aspects: Early training to recognize automatically lapsing negative evaluation patterns (archaic super-ego) and to build up new patterns of evaluation, always maintaining an encouraging affirmative attitude.
Schizophrenias Helping the patient master their psychotic experiences, trying to give them a positive turn. Parallel psychopharmacotherapy.

Tab. 2: Psychotherapy of the different disorders with narcissistic disturbance

Psychotherapy of Narcissistic Personality Disorders (Neuroses)

The psychotherapy of choice of individuals with narcissistic personality disorders (which I consider from their dynamics as narcissistic neuroses) is slightly modified psychoanalysis. Whereas in transference neuroses the unconscious fantasies of the person undergoing analysis contain infantile object-directed wishes toward the therapist nourished from past object experiences, in narcissistic personality disorders (neuroses) no real object-directed relationship and therefore no real transference is possible. Persons with such narcissistic disorders are only able to comprehend the analyst as an idealized self-object, as an enlargement of their grandiose self or as a mirror image of themselves. The essential therapeutic aim of the analytic treatment of these narcissistic personalities is, as *Kohut* and *Wolf* (1978) have stressed, the amelioration of the center of disturbance, the self — not the suppression of the symptoms. The treatment has the aim to build up a self to function as well as possible.

Psychoanalysis of narcissistically disturbed personalities can, as my experiences proves, be divided into four stages: In the *first* stage, we as therapists have to be ready to accept that the patients see us as idealized self-objects. In other words, we have to accept that they fuse unconsciously with their therapists and idealize them. In a *second* stage, step by step the patients become more critical toward the therapist and in their disappointment tend to be aggressive toward him or her. It may be very difficult for a young analyst to hold on through this phase of the therapy. But for the concerned patients it is important to experience that the therapist takes a positive emotional approach since only then they are convinced that the therapist regardless of how they may behave is really interested in them and their treatment. The analysands come to recognize in time more and more the compensatory character of their fusion tendencies and grandiose fantasies as well as of their needs for mirroring. By this, they also work through their transferences on an idealized self-object. In a *third* stage they experience that they no longer have the compensations at their disposal which they often used as defense mechanisms against their self-devaluation and corresponding anxieties, and they often then suffer from feelings of depersonalization, since they now have to realize their narcissistic insufficiency. *Bonime* (1973), however, has shown that feelings of depersonalization in these persons may be a sign that a new intrapsychic structuration has begun since the old compensation and defense mechanisms are gone. This stage is not easy for the patients to get through, but nevertheless a necessary passage. In a *fourth* stage, via »transmuting internalization« (*Kohut* 1977) of partial objects of the therapist and of other outside objects, the patients step by step develop a more consistent self.

Psychotherapy of Borderline Personalities

Kernberg et al. (1972) tried to evaluate the results of different kinds of psychotherapy, such as supportive, analytic-expressive and psychoanalytic methods. The success in percentages of the treated individuals was not measured, but it was observed how the different variables of personality, e.g. relations, transference, resistance and motivation, changed in the course of psychotherapy. Ego strengh was defined *first* as the degree of integration, stability and flexibility of the intrapsychic structure, including anxiety tolerance, impulse control, thinking organization and the possibilities of stimulation; *second,* as the degree to which the relationships with objects are adequate, profound and satisfy the patient's needs; *third,* as the degree to which the dysfunction of the intrapsychic structure appears directly through symptoms. In a combined analysis of a possible correlation between the treatment results on one hand and the transference, the ability of the therapist and the initial ego-strength on the other hand, it was found, among other results, that patients with a low ego strength who were treated by a therapist with a high capacity for focussing on transference showed significantly better results than others. *Kernberg* et al. (1972) concluded from this fact that working through of transference is all the more decisive the lower the ego-strength. In other words, the lower the ego-strength, the more an analytically oriented expressive psychotherapy based on forced interpretation and reality testing was considered as indicated.

I follow *Kernberg* (1975) in the psychotherapy of borderline personalities and, at an early stage of treatment, interpret the primitive-archaic defense mechanisms of the patients with their distorted view of the outside reality. We have to establish structuring conditions without the patients' experiencing them as a reinforcement of their sadistic superego. On the one hand, they have to experience our indestructible presence; on the other hand, we have to do more than in supportive psychotherapy and shed light on all the pathological defense mechanisms, negative transferences and magic expectations emerging from an insufficient experience of ego-boundaries, with the, often extreme, corresponding fusion tendencies.

Expressive, psychoanalytically oriented psychotherapy of such individuals must be very flexible and cannot be carried out in the classical psychoanalytic setting. These patients need eye-to-eye-contact with the therapist, as otherwise psychotherapy is endangered by the paranoid-aggressive tendencies and consecutive negative transferences of these individuals. In my opinion these patients do better when they do not have to come to psychotherapy too frequently, say 3—4 times a week. Such patients woud experience more frequent sessions as menacing to their ego, and they would feel too forced to adapt themselves to the therapist and to the demands of their archaic, narcissistically untamed superego. Psychotherapies with such patients, when they are outpatients, may last for years or necessitate new sequences of psychotherapy over months or years. The frequency of the sessions, however, may be only 1 per week.

Additional group psychotherapy, as my experience with a group composed of borderline personalities shows (*Battegay* and *Kläui* 1986; *Battegay* et al. 1992), may, by offering an interactional system and thus feedbacks of their distorted behavior, have a positive effect on their rigid defenses and further insight by amplifying the emotions as well as help working through transferences and social learning. The copresence of other, similarly concerned people facilitates their recognition of their own misconceptions and unrealistic magic expectations of others.

Psychotherapy of Depressions

Since there is, as mentioned, a more or less pronounced narcissistic depletion or emptiness in all depressions, the psychotherapy of these patients should always be directed toward filling up the narcissistic deficiency and interpreting the activity of the archaic overdemanding superego. Especially in major depressives does their dysfunctional pattern of cognition (*Beck* at al. 1979), their automatically lapsing negative self-evaluation, their exposure to extreme archaic superego demands not being narcissistically checked make it impossible to treat them with a classical technique of psychoanalysis. It is my experience that depressives suffer too much when an exclusively passive-observant technique is used. Here, no therapeutic success is possible: it is necessary that the therapist takes a more active part in the depressive patient. Since, as *Arieti* (1978) stressed, certain cognitive patterns contribute to each depression, it is necessary to help the patient recognize corresponding patterns of cognition and interpret them. Their severe narcissistic disturbance and the necessity for them to feel other human beings always near or fused with them and not being able to separate themselves from objects, has to be elucidated. Their proneness to direct their life according to their archaic superego as well as their huge demands toward objects have to be worked through in a combined cognitive-psychoanalytic procedure. In the psychotherapy of depressives we have to focus on these patterns, which hinder them, and we must train them in the use of new kinds of approaches to their life-problems without trying to escape from them.

Besides individual psychotherapy, group treatment may help further the insight into automatic pessimistic thoughts and to build up new patterns of life evaluation and of behavior step by step. Since especially major depression means almost unbearable suffering, psychotherapy usually has to be combined with drug therapy. Yet *Beck* at al. (1979) reported that a combination of cognitive therapy with amitriptyline did not show significant better results than cognitve therapy alone.

Psychotherapy of Schizophrenics

The psychotherapy of schizophrenics has to take into account that the concerned people because of ego fragmentation are confronted with chimeras and

symbols and often menacing contents of delusions, which necessitate parallel drug therapy. Psychotherapy has, besides of major tranquilizers, a significant place in the treatment of schizophrenics also with respect to narcissism. The horror visions of schizophrenics are often of a devaluating nature concerning at least some ego-parts. The influence of these negative psychotic thoughts is of the kind that schizophrenics are horrified by anxieties and tend to withdraw more and more from outside reality. In the psychotherapy of these patients it is therefore indispensable to enter into the delusional world of the patients and to try again and again to give their autodestructive tendencies a positive turn. *Benedetti* (1990) speaks in this respect of a »positivation« of a certain psychotic content; with that he means a possibility of positive narcissistic investment at least of an ego fragment that may facilitate its later integration in a consistent ego.

In group psychotherapy with schizophrenics (*Battegay* and *Rohrbach* 1966; *Battegay* and *von Marschall* 1987) I have observed that the group approach adds to the treatment with major tranquilizers and/or individual psychotherapy not only a possibility for reality testing, but especially also for the narcissistic support of the participating individuals. Even when they have the possibility to speak in the presence of others and feel that they are basically accepted by them and the two therapists, with time it still gives them the feeling of self-value and takes from them anxieties they had when they were left alone with their delusions. In a therapy group of schizophrenics I lead together with a co-therapist since 1963 it came to a significant reduction of the total hospital stay and the number of hospital admissions of these patients. Also, the contact capacity and the abiltiy to enjoy life increased significantly. Wheras in catamnestic studies of 1976 und 1979 also the working situation showed a significant amelioration, in 1983 this was only a trend; but this fact was due to the economic conditions that had worsened and concerned above all our patients.

Differentielle Aspekte narzißtischer Störungen von Neurotikern, Borderline-Patienten, Depressiven und Schizophrenen

Raymond Battegay (Basel)

Der Autor definiert einleitend seinen in der vorliegenden Arbeit verwendeten Narzißmusbegriff, auf dessen Grundlage er die verschiedenen psychiatrischen Erkrankungen diskutiert. In Anlehnung an *Kohut, Kernberg, Margaret Mahler* und *Freud* stellt der Narzißmus in *Battegays* Verständnis diejenige Form der Selbstrepräsentation dar, die den psychischen Instanzen (Ich, Es und Über-Ich) und dem Körper die notwendige narzißtische Besetzung und Information für ein Selbstgefühl und ein Erleben von Einheit und Kohärenz des Selbst gibt.

Bei einem gestörten, inkonstanten Selbst sind auch die primären Objektbeziehungen gestört, da sie nur durch Erweiterung des Selbstes zum Objekt entstehen können. Die zweite Ebene der Objektbeziehungen entsteht durch unbewußte aktive Ich-Leistungen wie die projektive Identifizierung als archaische Form, mit der eine gewisse Distanz vom Objekt hergestellt werden kann, nachdem eine primäre narzißtische Verschmelzung stattgefunden hat. Durch reifere Ich-Leistungen kann dann eine flexible Regulation von Nähe und Distanz erfolgen. Die dritte Ebene der Objektbeziehungen ermöglicht eine freie Entscheidung für oder gegen das Objekt, was ebenfalls von der Qualität der narzißtischen Besetzung des Ich abhängt.

Die Entwicklung des Narzißmus versteht *Battegay* als Folge eines empathischen, warmen und verständnisvollen Kontaktes der Mutter zum Kind in der frühesten Kindheit und intrauterin. Seiner Ansicht nach liegt bei allen psychiatrischen, aber auch somatischen Erkrankungen eine mehr oder weniger ausgeprägte Störung des Narzißmus vor.

Im Hauptteil der Arbeit stellt der Autor vier verschiedene psychiatrische Erkrankungen vor, in denen die Narzißmusstörung von besonderer Bedeutung ist: die narzißtische Persönlichkeitsstörung, die Borderline-Störung, die Depression und die Schizophrenie. Die narzißtische Persönlichkeitsstörung, von *Battegay* auch als »narzißtische Neurose« bezeichnet, ist neben einem brüchigen Selbst gekennzeichnet durch kompensatorische Tendenzen zu einem Größenselbst, zur Verschmelzung mit dem Objekt und zu Spiegelbeziehungen. Ausgehend von *Kohut* sieht der Autor narzißtische Persönlichkeitsstörungen als Fehlentwicklung des normalen Narzißmus in früher Kindheit. Ursachen dafür sind nach Ansicht des Autors ein Mangel an mütterlicher Empathie, eine überbehütende Mutter oder eine vollständige Anpassung des Kindes an die elterlichen Erwartungen im Sinne der Ausbildung eines »falschen Selbst«. Patienten mit narzißtischen Neurosen können zwar mit anderen kommunizieren, leiden jedoch an einem »Loch im Ich«, wie *Ammon* es formulierte. Häufig entstehen psychosomatische Störungen mit Abspaltung von Gefühlen (Alexithymie) bis hin zu Depersonalisationssyndromen. Unter dem Diktat des Wiederholungszwanges stellen diese Patienten in jeder neuen Situation alte Kränkungen wieder her und können aufgrund des strengen, archaischen Über-Ich nie genügend narzißtische Energie erhalten.

In einem weiteren Abschnitt beschreibt *Battegay* ausgehend von *Kernberg* die Borderline-Persönlichkeitsstörung als teilweise genetisch determinierte Tendenz zur Ich-Fragmentierung. Borderline-Patienten können nach Ansicht des Autors aufgrund angeborener Unfähigkeit nicht genügend emotionale Wärme und mütterliche Zuwendung annehmen und entwickeln sogar Abwehrmechanismen gegen mütterliche Nähe, die sie wegen der Brüchigkeit ihres Ich nicht ertragen. Es entwickelt sich folglich ein inkonsistentes, vom Zusammenbruch bedrohtes Selbst mit Identitätsdiffusion und projektiven Identifikationen sowie starken Tendenzen zur Objektspaltung.

Bei der Darstellung seines Verständnisses der Depression betont *Battegay* den narzißtischen Mangelzustand, die narzißtische Leere des Depressiven.

Der zur Verfügung stehende geringe Narzißmus wird in eine starke Verschmelzung mit dem Objekt investiert bis hin zur Aufhebung der Grenzen. Es entstehen häufig Spiegelbeziehungen und ein positiv oder negativ ausgeprägtes Größenselbst (»Ich bin der größte Sünder der Welt«). Bei der Suche des Depressiven nach dem »totalen Objekt« entstehen narzißtische und orale Aggressionen, die aufgrund des strengen, archaischen Über-Ich abgewehrt werden und sich, wie *Freud* sagte, gegen das eigene Ich wenden. Um den strengen Über-Ich zu entkommen, fallen die Depressiven in ein Muster der erlernten Hilflosigkeit.

In der Genese der Schizophrenie sieht der Autor neben genetischen Faktoren speziell die Umweltbedingungen in der frühen Kindheit als wesentlich, insbesondere die Double-Bind-Kommunikation und die »expressed emotions«. Aufgrund ihrer starken Ich-Fragmentierung erleben schizophrene Patienten die Teile ihres Ichs als unintegriert, projizieren Teile in die Außenwelt, z.B. erleben sie aggressive Anteile als Verfolger von außen. Aufgrund ihres geringen Narzißmus können sie ihr fragmentiertes Selbst nicht auf Objekte ausdehnen, nicht kommunizieren und wissen oft nicht, was zum Objekt und was zu ihrem Selbst gehört.

Im folgenden Teil der Arbeit stellt der Autor die spezifische Behandlung der vier schweren narzißtischen Störungen mit ihren strukturellen Unterschieden dar:

In der Psychotherpie der narzißtischen Neurosen wendet *Battegay* eine nur gering modifizierte psychoanalytische Standardtechnik an. Behandlungsziel ist die Entwicklung des Selbst als Zentrum, und nicht eine bloße Symptomreduktion. Die Psychoanalyse narzißtischer Neurosen kann anhand von vier Stadien dargestellt werden: Im ersten Stadium muß sich der Analytiker als idealisiertes Selbst-Objekt für den Patienten zur Verfügung stellen. Im zweiten Stadium wird die gegen den Analytiker gewendete Aggression deutlich, die ausgehalten und durchgearbeitet werden muß, um dem Patienten im dritten Stadium zu ermöglichen, seine alten Abwehrmechanismen aufzugeben, was für den Patienten mit narzißtischen Insuffizienzgefühlen verbunden ist. Das vierte Stadium dient der Entwicklung eines nach und nach konsistenter werdenen Selbst.

Die Psychotherapie von Borderline-Störungen muß wesentlich flexibler gestaltet sein und kann nicht im klassisch-psychoanalytischen Setting durchgeführt werden, da der Patient Augenkontakt zum Therapeuten braucht. Der Therapeut muß einerseits seine »unzerstörbare Anwesenheit« deutlich machen, andererseits die pathologischen Abwehrmechanismen des Patienten aufdecken. Zusätzlich zur langfristigen Einzeltherapie führt Gruppenpsychotherapie nach Ansicht des Autors zum besseren Verständnis des gestörten Verhaltens und zum Erlernen sozialer Fähigkeiten.

Die Depressionsbehandlung hat nach *Battegay* primär die Aufgabe, das grosse narzißtische Defizit des Patienten aufzufüllen und das strenge Über-Ich zu interpretieren und zu modifizieren. Darüber hinaus besteht bei Patienten mit

Major Depression eine kognitive Störung, die in die Behandlung einbezogen werden muß. Der Therapeut muß eine wesentlich aktivere Rolle einnehmen als in der klassischen Psychoanalyse und dem Patienten pathologische kognitive Muster deutlich machen, aber auch sein strenges Über-Ich und seine übersteigerten Forderungen an andere Menschen reduzieren. Eine kombinierte kognitiv-psychoanalytische Behandlungsform mit gruppentherapeutischen Techniken zur Bewältigung von Lebensproblemen kann durch antidepressive Medikation ergänzt werden, wenn der Patient zu sehr leidet.

In der Schizophrenie-Psychotherapie sieht *Battegay* den Einstieg des Therapeuten in die psychotische Welt des Patienten neben einer Basismedikation mit Neuroleptika als grundlegend an. Wenn der Patient in seinen autodestruktiven Tendenzen erreicht wird, führt ihn der Therapeut nach und nach in die Realität zurück. Der psychotische Inhalt sollte dabei positiv besetzt werden, um eine spätere Integration in das konsistente Ich zu ermöglichen. Der Autor betont die Notwendigkeit von Gruppentherapie, um dem schizophrenen Patienten genügend narzißtische Unterstützung zu geben, damit er Selbstwertgefühl entwickeln kann und damit seine Ängste und Verlassenheitsgefühle abnehmen.

Battegay schließt seine Arbeit mit einem Überblick über die Ergebnisse seiner katamnestischen Untersuchungen nach denen es zu einer signifikanten Abnahme der Aufenthaltsdauer und der Anzahl von Wiederaufnahmen von mit diesem Setting behandelten schizophrenen Patienten kam.

Literatur

Ammon, G. (1974): Psychoanalyse und Psychosomatik (München: Piper)
Arieti, S.; Bemporad, J. (1978): Severe and mild depression (New York: Basic Books)
Bateson, G.; Jackson, D.; Haley, J.; Weakland, J.H. (1956): Toward theory on schizophrenia. In: Behavioral Sci. (1) 251.
Battegay, R. (1977): Narzißmus und Objektbeziehungen. (Narcissism and Object Relations) (Bern: Hans Huber)
Battegay, R.; Hubermann, I.; Schlösser, C.; Visoiu, Ch. (1992): Trends in Group Psychotherapy with Borderline Patients. In: Group Analysis (25) 61—73.
Battegay, R.; Kläui, Chr. (1986): Analytically Oriented Group Psychotherapy with Borderline Patients as Long-Term Crisis Management. In: Crisis (7) 94—110.
Battegay, R.; Rohrbach, P. (1966): Gruppenpsychotherapie mit Schizophrenen und deren Angehörigen. In: Zschr. f. Psychother. u. med. Psychol. (16) 134—146.
Battegay, R.; von Marschall, R. (1987): Results on Long-Term Group-Psychotherapy with Schizophrenics and their Relatives, Psycho- and Sociodynamic Results. In: *Huber, Winfrid* (Ed.): Progress in Psychotherapy Research, 2nd European Conference on Psychotherapy Research, Sept. 3—7, 1985, Louvain, 150—160 (Louvain-la-Neuve: Presses Universitaires de Louvain)
Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery, G. (1979): Cognitive therapy of depression (Chichester: Wiley)
Benedetti, G. (1990): Heilfaktoren in der Psychotherapie der Schizophrenie. In: *Lang, H.* (Ed.): Wirkfaktoren der Psychotherapie, pp. 298—308 (Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong: Springer)
Bonime, W. (1973): Depersonalization as a manifestation of evolving health. In: J. Am. Acad. Psychoanal. (1) 109—123.
Freud, S. (1914): Zur Einführung des Narzißmus. Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen, Band 6, pp. 138-170 (Leipzig/Vienna: Franz Deuticke) Standard Edition, Vol. XIV, pp. 69—107 (London: The Hogarth Press)

— (1916): Trauer und Melancholie. Zeitschrift für Psychoanalyse, Bd. IV. Standard Edition, Vo. XIV, pp. 239—258 (London: The Hogarth Press)
Jenkins, H.; Karno, M. (1992): The Meaning of Expressed Emotion: Theoretical Issues Raised by Cross-Cultural Research. In: Am. J. Psychiatry (149) 9—21.
Kernberg, O.F. (1974): Further Contributions to the Treatment of Narcissistic Personalities. In: Int. J. Psycho-Anal. (55) 215.
— (1975): Borderline Conditions and Pathological Narcissism (New York: Aronson)
— (1980): Internal World and External Reality. Object Relations Theory Applied (New York: Aronson)
— (1984): Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies (New Haven/London: Yale University Press)
— (1987): Projective Identification, Countertransference, and Hospital Treatment. In: Psychiatric Clinics of North America (10) 257—272.
Kernberg, O.F.; Burnstein, E.D.; Coyne, L.; Applebaum, A.; Horwitz, L.; Voth, H. (1972): Psychotherapy and Psychoanalysis. In: Bulletin of the Menninger Clinic (36) Januar-March.
Kernberg, O.F.; Selzer, M.A.; Koenigsberg, H.W.; Carr, A.C.; Applebaum, A.H. (1989): Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Patients (New York: Basic Books)
Klein, Melanie (1935): A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. In: Int. J. Psycho-Analysis 16 and in: Contributions to psycho-analysis 1921—1945, pp. 282—310 (London: The Hogarth Press)
— (1946): Notes on Some Schizoid Mechanisms. In: *Rivière, J.* (ed.): Developments in Psycho-Analysis 1921—1945, pp. 377—390 (London: The Hogarth Press)
Kohut, H. (1971): The Analysis of the Self (New York: Int. Univ. Press). Deutsch: Narzißmus (Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 1973)
— (1977): The Restoration of the Self (New York: Int. Iniv. Press). Deutsch: Die Heilung des Selbst (Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 1978)
Kohut, H.; Wolf, E.S. (1978): The disorders of the self and their treatment: an outline. In: Int. J. Psycho-Analysis (59) 413 ff. Deutsch: Die Störungen des Selbst und ihre Behandlung. In: Die Psychologie des 20. Jahrhunderts (Zürich: Kindler, 1980)
Mahler, M.S. (1968): On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation. Vol 1, Infantile Psychosis (New York: Int. Univ. Press)
Marty, P.; de M'Uzan, M.; David, C. (1963): L'investigation psychosomatique (Psychosomatic investigation) (Paris: Presses Univeristaires de France)
Masterson, J.F. (1976): Psychotherapy of the Borderline Adult (New York: Brunner/Mazel)
Nemiah, J.C.; Freyberger, H., Sifneos, P.H. (1976): Alexithymia: A View of the Psychosomatic Process. In: *Hill, O.W.* (ed.): Modern Trends in Psychosomatic Medicine, pp. 430—439 (London: Butterworth)
Seligman, E.P. (1975): Helplessness. On depression. Development and death (San Francisco: Freeman & Co)
Sifneos, P. (1973): The prevalence of »alexithymic« characteristics in psychosomatic patients. In: Psychother. and Psychosom. (22) 255—263.
Tellenbach, H. (1980): Typus Melancholicus. In: Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Bd. X, Ergebnisse für die Medizin (2), Psychiatrie, p. 465 (Zürich: Kindler)
— (1961): Melancholie (Melancholia) (Berlin: Springer)
Wolberg, A.R. (1982): Psychoanalytic Psychotherapy of the Borderline Patient. (New York: Thieme-Stratton)

Address of the author:

Prof. Dr. med. Raymond Battegay
University of Basel
Petersgraben 4
CH-4031 Basel
Switzerland

The Neurotic and the Psychotic Components in the Somatization Process**

Mauricio Knobel (Campinas)*

Proceeding from Ammon's concept of group-dynamic and soical energetic psychogenesis of destructive aggression, as well as the Kleinian model of object relationships, the author outlines his own view of the psychosomatic somatization process. Early in his intrauterine phase, the child perceives the quality of parental environment; later, the relationship of the parents to each other is essential in determining the dialectics of desymbiotization and oedipal complex, leading to successful or disturbed sexual identification. The resolution of both the symbiotic and the oedipal phase is, however, partial, and may be activated in critical situations as somatized displacement. Knobel differentiates between psychotic, neurotic, hypochondriacal and combined somatization on the basis of the structural integration of the individual and the quality of the therapist's counter-transference, and exemplifies with typical case histories. By emphasizing the unity of soma and psyche as two expressions of the same structure, he takes a monistic-holistic position and pleads for comprehensive treatment of all psychosomatic illness by means of dynamically integrated medical and psychotherapeutic disciplines.

Ammon, in his book of »Psychoanalysis and Psychosomatics« brings an up-to-date summary of the ideas and background of the whole concept of psychosomatics, specially those linked to psychoanalysis, adding his own original points of view. He clearly states: »I do not believe that the destructive dynamics that are regularly combined with this symptomatic behavior thus express a destructive instinctual occurrence; instead they should be understood as a reaction that has become autonomous through internalization of the child's early environment which had denied him a constructively aggressive and creative demarcation of his ego identity« (*Ammon* 1979).

These ideas can be considered within the frame of reference of the theory of a modified Kleinian approach (putting aside the »instinctual concept«) according to ideas still rejected by many psychoanalysts, and initiated by *Fairbairn,* who was followed by *Bleger, Castelnuovo* and myself. (*Fairbairn,* 1952; *Bleger* 1967, 1971; *Castelnuovo,* 1990; *Knobel,* 1977, 1990a, 1990b). We do think in a model of »object relationship«, which is initiated in the ego structures itself, without a need to resort to a instinctual drive or pulsion to explain this object relation need. A person can be a person only when recognized by another as such. To be »I«, we need »another«. The »other« (and we ourselves are the »other« too, in our encounter) gives us our human status in a very early stage of life by gratifying or frustrating, by allowing, receiving and transforming aggressivity or by rejecting, frustrating and turning aggressivity against ourselves. There is initiated the whole dynamic process of life with its organic, bodily, psychic, social interaction. Somatization, like

* Full Professor and Head of Psychiatric Department, State University of Campinas, Sao Paulo, Brazil, Vice President of WADP, Chairman of the Brazilian Branch of WADP

** Lecture given at the 9th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XXII International Symposium of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP), April 29 — May 3, 1992 at the Universität Regensburg

psychoses, can be, for some individuals, the only way of survival. If we can accept these ideas, we can also develop some possible ways of helping or assisting those who do need our skills, the product of our experience, research and knowledge. If we also remember how transient and frail this might be, we communicate all we learned for the sake of our fellow human being, knowing that new facts will in due time substitute our today's truth. . .

Ammon relates the most severe psychopathological phenomena to the structural deficit of the archaic ego in the construction of a healthy ego boundary , and thus, ego functions. He clearly says: »We must give particular importance here to constructive aggression and creativity, which I consider the central ego functions. On the other hand, however, the child is tied to the continuous support of his first environment, the primary group and especially his mother, in setting up his ego boundary. Disturbances in the early interaction of symbiosis lead to psychopathological syndromes. These are characterized on the one hand by an inability to differentiate between ego and non-ego — this being the case of a disturbance in the construction of the ego boundary — and they show, on the other hand, a strong degree of aggression that has become destructive — this being the pathological deformation of a central ego function.« (*Ammon* 1979)

All of *Ammon*'s hereby quoted statements are necessary to understand a new comprehension of psychopathology in general and especially of the so called »somatization process« to which I will refer later on and which shows more or less the same basic conceptualization of the continuum health-disease (*Knobel* 1991).

That is why I am compelled to quote *Ammon* again, when he states: »The resulting psychopathological symptomatology, which I have described as the spectrum of the archaic ego illnesses, is generally characterized by an inability to demarcate one's own identity, by a symbiotic clinging to undifferentiated objects that is at the same time combined with an archaic fear of being swallowed up and destroyed by these objects. We can interpret the specific dynamics developed by this kind of 'symbiosis complex' in the form of a corresponding symptomatic behavior as an attempt to still attain a form of ego demarcation, since the symptom fills up the hole in the ego to a certain extent« (*Ammon* 1979). The profound theories of this author, unified now in his »Dynamic Structural psychiatry« (*Ammon* 1991), which we may call a »dynamic structural-social human theory of mankind«, support once again the initial link with the maternal figure, the symbiotic relationship which leads to severe pathology, including psychotic somatizations, and from which stems, among other practical psychiatric approaches, an interaction therapy, with emphasis on »psychosomatic group psychotherapy« (*Ammon* 1975) and on the very early, archaic, child-mother relationship.

Since personally I have studied this problem, I think that I can contribute by stressing the importance of the very early relationship of the human being with the parental couple, which, according to my own clincial experience and theoretical constructions, can help explaining many psychosomatic disorders, with both the neurotic and the psychotic components of somatization.

My clinical experience with children suffering from various problems, about which I have already reported in congresses, scientific journals and in one of my books, allows me to propose the study of »somatization« from the very beginning of life (*Knobel* 1973, 1974, 1975, 1977, 1987). I mean from conception, or even before conception, to the earliest experiences in life and archaic biological structures. It allows me to at least make the assumption that there exists a kind of »register« —, at the embrionary and foetal levels of development, which is sensitive to the psychological aspects (and of course to the somatic, neurological and biological aspects in general) of the parents' structures and relationships, and also to their interaction with the baby-to-be.

Up to date, biological studies on metabolic and genetic factors exempt me from treating this matter more profoundly here. If due credit is given to the psychoanalytic standpoint of the human being as a totality, that is a true bio-psycho-social gestalt, a dynamic human structure within society, or a holistic human being who is — as the philosophers put it — himself and his circumstances; then it would be difficult to accept that an infectious, dysmetabolic or toxic process, which can act, very early in life, through one or both parents (at a genetic level), or through the mother (during pregnancy) will have no psycho-social dynamic concomitants. It is thus that I see »anxiety« of the parental couple, or predominantly of father or mother (which in turn will affect the couple anyway) determining several dynamic occurrences in the foetus.

These occurrences will act as predisposing factors or as a basis for triggering the most variable expressions of psychopathology. I am just reffering to the complemental series wonderfully described by *Freud* 1916/17), enlarged in a later description by *Pichon Rivière* 1970), and, with slight modifications I made, used to schematize what should be an outline of a dynamic clinical history to be used in the assessment of health or pathology (*Knobel* 1977).

Parental relationship during pregnancy interferes, favorably or unfavorably, with the development of what can be called »Foetal Psychism« (*Rascovsky* 1960), that is, with be beginning of what can be called the prehistory of the Oedipus complex. I realize that I am relating to a highly questionable theory, but it can help reflecting about possibilities of deeper, hyperarchaic regressions.

Rejection, agressivity and lack of support for development are, we suppose, 'felt' intra-uterinely by the baby-to-be. Children who are not lucky enough to have a loving and caring parental couple will be born with 'predispositions' (*Freud*'s complemental series) to severe psychological or somatic problems.

According to my clinical experience I consider that a good deal of what affects the new-born somatic pathology, including the so called 'sudden death', may have an important etiopathogenic root in the little or inexistent loving relationship between the parents. The way delivery occurs may also express the level of conflicts within the mother, or both father and mother. According to what I could register, pre-delivery rejecting attitude towards the baby-to-be may lead to abnormal deliveries which will in turn cause severe somatic pathologies to the new-born child (*Knobel* et al. 1967, *Gadea* et al. 1967).

For clinical purposes I consider — as many others — the Oedipal model as basic for human psychological make-up. This model has, of course, diverse evolutive modalities. I can agree with *Klein's* description of an early Oedipus complex (*Klein* 1954) but when desymbiotization begins, with a starting of precocious ego-non ego discrimination. Psychoanalytic experience supports the re-elaboration of the what can be called »classic Oedipus complex« with its reappearing in different phases of life, like in puberty, adolescence and diverse changes in life events during adulthood and old age. I myself use different concepts for »Oedipus complex«, »oedipical situation« and »oedipical attitude«. I find it useful for clinical understanding and therapeutic interventions, both individually and in groups. (*Knobel* 1979; *Knobel, Perestrello, Uchôa* 1981).

The whole life appears to me as an helicoidal developmental process, where the same dramatic process repeats itself in different stages. The personages change, not the persons. They intertwine, i.e. Laius and Iocasta interplay with Oedipus in an indefinite continuum which obliges one to question at least the possibility of a true and definite resolution of the Oedipus complex. I do think that there are always only partial resolutions where parts of the most primitive or archaic aspect of the development survive in the reappearing of the most primitive stages of the evolutive process, and especially in psychosomatic diseases and certain types of psychotic manifestation. Psychotic somatization can, probably, be referred to those circumstances, of a developmental deficit in the very archaic ego structure.

For the working-through of the above mentioned very precocious developmental life phenomena, I do consider that the real (not the phantasied) presence of the parental couple is absolutely necessary. The model of the integrative primary identification is that of the union of father-mother discriminated as man and woman, giving and receiving love and pleasure at the axiologic level of the human. If these real figures fail or are absent, the »hole in the ego« will initiate its growing with appearences of archaic pathology and repeating, serious somatization process, which I also consider a product of difficulties in desymbiotization and impairment of symbolization.

The good relationship of the parental couple allows, in its turn, for adequate and temporary mother-child symbiotization, which in normal evolution will later on lead to desymbiotization and to the process of »separation-individuation«, necessary for a healthy developmental process (*Mahler, Furer* 1968; *Mahler* et al. 1975). I would like to add that the mother can »normally symbiotisize« insofar as she can at the same time maintain a discriminated relationship with her husband. The father acquires, by these means, his basic structural function, thus facilitating oral regressive patterns of the mother and at the same time allowing for the maintainance of her genital level of development which she must have, in order not to disorganize herself into reggressive features, and not to confuse herself in the symbiotization experience.

Thus, it seems to me, thayt it is easy to understand that the type or style of the parental link may turn out to be a determinant feature of individual deve-

lopment, both in health and disease. Developmental process is nothing else but a series of discriminations that allows for good identifications and healthy structuring of personality (*Knobel* 1977, 1987).

The disorders that may come about on the background of a disturbed parental link are practically infinite. To limit myself to some aspects of psychosomatic pathology, I find it convenient to start therapy of these disorders with an analysis of the pathology of sexual identification and the working-through in each period of life of each particular developmental Oedipus complex. It is also clear to me that what I just stated implies a careful clinical research in each individual of the integrative components of a holistic personality, with its aggressive features, the primary, central and secondary ego-functions, within a dynamic group permanently developing and also permanently recreating a vital social energy. No doubt that each ego-function must be considered, for both heuristic and practical therapeutic purposes in terms of a spectrum of constructiveness, destructiveness and deficiency. (*Ammon* 1991).

Indiscrimination (failure in desymbiotization) and guilt are two dynamic elements favoring displacement of conflicts (neurotic or psychotic) into the body. I was able to describe these somatization mechanisms as hysterical, hypochondriacal or psychotic in nature, since each individual has his unique personal and group history and, thus his own way getting sick (*Knobel* 1974, 1975, 1987, 1990b, 1991a, 1991b).

Determinism for somatic pathology and its peculiar psychodynamic content is given to synthetize, by both, the »complemental series« (genetic, organic, constitutional) and the relationship with the parental couple first, the family group afterwards and the social energetic interaction later on — schematically speaking, since all practically occurs at more or less the same time — being all of these features oedipically, developmentally and dialectically determined for each individual.

Let me now mention my own findings in regard to the role played by mother and father in somatization, which I consider also a contribution to the present subject. The real figure of the father, plus the phantasied one, are fundamental components in the structuring of the personality and its psychosomatic manifestations. A »father failure« might, for instance, oblige the individual to maintain a symbiotic relationship with the mother (chronic diseases demanding continuous ministrations and care), or to identify with a phallic mother (homosexuality, genito-urinary diseases, recto-colitis, etc.).

A »mother failure« may open the way for lack of security, faulty »basic confidence« or phallic idealization (autoimmune diseases like hepatitis B, Aids; severe traumatic lesions, infecious processes, bulimia/anorexia, etc.). The clinical history or primary and central ego development will show the appointed absence of fragility of those parental figures and how the »hole in the ego« is considered as pathological psychosomatic personality structuring, integrated through splitting mechanisms with corresponding hypochondriacal or psychotic traits.

Parental incompatibility determines a feeling of lacking father or mother, with the above mentioned characteristics, according to each subject's history, and, even more, a painful oedipical guilt, which turns unmanageable at a psychological level, which practically impells the use of organic diseases as a defense against a psychotic disaggregation or destructuration. This type of somatization would be a sort of »psychotic restructuration« according to *Bleger*'s view (*Bleger* 1971). By this author's viewpoint all that is still undiscriminated remains within the body as sickness, as »disease« (uneasiness and pain for lost parental aspects which are felt as oedipically attacked and destroyed) and also as guilt that leads to self-punishment (which could dynamically explain the 'pain' component in diverse pathological entities, or self-destructive processes of different severity and/or intensity). Just as an example, in the sense hereby only outlined, cancer may be considered as a severe guilt pathology with maniac repairing fantasies, at the primitive body level, due to the unlimited and self-destroying growth of immature and bizarre cells (*Knobel, Sarmento* 1980).

There could not be Oedipus without both Laius and Iocasta. The structuring attitude of the parents is a decisive factor in psychosomatic pathology which becomes very clear when one looks at it from the angle of the developmental vital history of each individual. It is possible to try to abridge these concepts saying that in many places of the world in the present culture the roles of social protection and economic maintenance of the family are left for the father, while the mother still maintains (even though many times in a repressed manner) the role of protection (holding) of the individual and the axis of the family's configuration. She is the great container that permits predominant socio-cultural functioning, the basis for our social energetic creativeness. A solid, female mother-figure allows family growth, interpersonal outside interactions, sexuality, androgynity, aggressiveness and a healthy narcissism, necessary for personality and group growth.

All of what has hither to been said will imply, from a psychoanalytic point of view, breaking away from some traditional psychoanalytic concepts and reformulating the whole concept of our object world, which, as just stated, will have a new perspective within the proposed »dynamic structural psychiatry today« (*Ammon* 1991).

Once more I want to repeat that I postulate that there is not a somatic or a psychic way of getting sick. I know that this statement is not a new discovery, but I feel the need to repeat this point. Many physicians and psychoanalysts do forget this statement and its significance; quoting *Dubois,* dichotomy still exists, both in science and in the so-called scientists, and we must continue our reminders' task.

I agree with those who accept that becoming a patient is the result of a crisis in the existence of a human being, just a fracture in its vital functioning that interferes with the individual's control mechanisms and affects him or her as a healthy human being and his or her environment in its social, cultural and economic manifestations and stability in a creative, constructive life process.

Disease and normal life become thus a way of ego functioning, and treatment will demand the physician's participation to treat the body-aspect of the ego; a psychotherapist will deal with the ego as a total entity, with all its altered interrelationships. We shall avoid 'magic' psychotherapeutic interventions, accepting an adequate cooperation of those who know how to treat the body, but understanding that illness is really basically an ego conflict.

A well-known psychoanalyst used to relate his psychotherapeutic experience with a very sick woman. She was vomiting for several days and subjected to medical treatment at the IT section of an hospital without improvement. Then the attending physician allowed the therapist to visit his patient (three years of traditional psychoanalysis). According to what he related, he went into the hospital room and when she saw him she vomited again. He interpreted it as a strong resistance and aggression and practically shouted an order: »Do not vomit at me. If you need me, you can speak out instead of rejecting me and expelling me from inside«. The patient stopped vomiting, looked very sad and excused herself. Then the analyst interpreted that her regressive tendencies made her become a real foetus, with all the tubes, oxygen etc., representing her strong mother's dependency. She agreed and smiled. Is this not a »magical« psychoanalytic intervention?. The only thing our colleague never mentioned was that the next day the patient died. . .

An old man went into a psychoanalyst's office with a complaint of weakness, heavy sadness and fatigue, and lack of interest in life. During the interview the therapist asked common questions about life in general, physical illnesses and present body sensations. The patient said he was not urinating for several days and that his abdomen has grown. ». . . »look, I feel so sick and it seems I am getting fat.« He was immediately referred to a gastroenterologist who made a diagnosis of an »obstructive biliary cirrhosis«; a significant acistes accounted for his bigger abdomen. He was referred to a surgeon, followed by the clinician and the psychotherapist, regaining his vital functioning, caring for himself and the family and accepting both his age limitations and possibilities. The surgeon did his work at ease, the clinician understood his patient and medicated him accordingly, with tender care, and the psychotherapist was able to deal with his ego conflicts and functions. The psychotherapist investigated his biography, his conflicts and his frustrations. His illness brought him back to his family and to his social group. It is interesting to mention that when he first visited the psychoanalyst, it was because »many people« said he was just depressed and needed psychiatric help. He came with his oldest son, who was to become a grandfather on his own, but was able to assume his role as a son. The family group was able to function because medicine did intervene with all its possibilities, free of narcissistically ill professionals caring more for their positions, theories or personal prestige, than about the patients who seek their help.

If we do accept that conflicts occur within the ego, we should also be able to accept that each illness has its own, particular, unconscious phantasy, which through therapeutic practice shall become conscious.

As *López Ibor* and *López Ibor-Aliño* say, following the philosopher *Gabriel Marcel:* »We are our body and we have our body«, adding themselves: »To the unity of the experience of the psychological ego corresponds a unity of the experience ot the corporal ego« (*López Ibor, López Ibor-Aliño* 1974).

If we consider that the starting point of pathology may be a significant object loss (or ego deficit) which alters ego functions, we enter into an essentially monistic position, and thus we would not be able to accept the traditional mind-body dualism. From a dynamic point of view, it is not a matter of two unities, but rather the expression, or to say it more adequately, two-at least-expressions of only one structure with its corresponding unconscious experience. Repeating what I have already pointed out, initial »symbiotization«, that demands indiscrimination, obliges a developmental process of »desymbiotization« (*Bleger* 1967, *Mahler* et al. 1975). The whole process of »separation-individuation« is a process of discrimination which, I emphasize, begins early in life with and within the body. This corporeal process of discrimination is sensed and lived, in this initial stage, in a paranoic manner as a defense, and thus as something alien to the ego (*Knobel* 1982). This happens again and very intensively during adolescence. It continues practically as a basic, many times smooth process, during our whole life.

What I am considering is that we really deal with body-ego and social disturbances as a unique life event. We also may resort, for didactic as well as for practical reasons, even though totally schematic ones, to correlating primary, central and secondary ego disturbances (many starting as already shown in early infancy) with the so called and well known mental pathology. I do think that this approach facilitates medical communication and at the same time leads to a conceptual integration in psychosomatic medicine. The main inference here is that since getting somatically ill is an attempt to solve conflicts, this may happen in different ways, such as what I have called hysterical, hypochondriacal or even psychotic somatization processes, which can appear predominantly or in its diverse possible combinations. All these ways of somatizing would be structural manifestations of the ego, which expresses itself through the so called somatic diseases, but with evidence of a concomitant psychic correlate (at least at the level of an unconscious phantasy, which can even be very specific in certain cases) (*Knobel* 1974, 1975, 1982, 1991a, 1991b).

The neurotic model of somatization is the hysterical one, which brings us back to *Freud's* first studies and the concept of »conversion«. But somatization is not a mere conversion, even in the neurotic way of its manifestations. It is not easy to abandon ideas such as »organ language«, or the selected »expression throughout an organ« or a »symptom«. Medical jargon is full of pseudo-analytic analogies: »He has no neurological problems, he just does not want to say something«, or »This diarrhea is psychosomatic; no infection, no intoxication, she just became a baby and does not want to go to work, or school«.

A 25 year old man comes into the consulting room with a rigid fist complaining he can not open his hand. He insists on having a careful examination

since several doctors said that it can be nothing but a hysterical symptom. His demands were attended and a clinician and a neurologist examined him properly. Upon his demand the physicians accepted his taking off his clothes and examined his naked body. Laboratory examinations were made as well as an electroencephalographic study (this indicated by the neurologist on his own). During the clinical process, psychotherapeutic interviews began. An apparently reasonable couple of parents and a healthy brother were his family. There was a complaint against the mother, presented as domineering, but firm and decided, »an example of a woman«. Nevertheless, she rejected her son's friends and did not allow for any more or less sustained female friendship. Masturbation appeared later on as a great preoccupation; homosexuality also showed up timidly but strongly menacing. There were interpretations on all those subjects. For several weeks masturbation was a focal therapeutic point. The hand was gradually less rigid and it began to open up at times. In one of the sessions, he became hostile and verbally aggressive, and extending the open, totally open hand in the direction of the therapist he almost shouted, moving his open hand up and down: »Look here, I am not a homosexual, and I do not want to be one; I also am sick and tired with masturbation, mother, father and all that family shit«. A few sessions later: »I want to be myself, with my doubts and with the people I know. Now as you can see nothing is wrong with my hand. I think I never had anything and you doctors made a big issue of having had a little problem with my hand.« After a few weeks the case was closed, the patient was what he could be, free of body complaints with a family and a group relationship, in a calm and neutral affective expression, where some recognition could be detected.

There are many possible interpretations; the relationship was friendly and somewhat exhibitionistic, the claim, initially dramatic, was vanishing and hostility came up, narcissistic components appeared, the Oedipical situation was very clear and smoothly interpreted, and the medical team acted accordingly, shadowing away when necessary and letting the therapist handle the patient and all the data. This is to my understanding an example of a neurotic somatization, hysterical type.

A gynecologist referred a 42 year old woman, nicely and somewhat seductively dressed, who started complaining of being at a psychoanalyst's office, since she »never had problems of any kind«. Happily married, she has two children, now adolescents, whom she enjoys a great deal and with whom she participates in some of their parties together with her husband. In a very brief and superficial way she went through her family history and related her excellent social life, a little bit empty and superficial, but enjoyable. Nothing, nothing wrong with her. She cannot understand the referral. By the way, she said, the gynecologist said something about the possibilities of a mammarian surgery, but she thinks he just wanted to take advantage of her good economic situation. Consulting the gynecologist, he informed that she does not accept to make a biopsy in a small nodule in her breast which he suspected could be

malignant. The husband was informed and supported the idea of having a psychotherapist's help, but he himself did not want to be firm with his wife (mutual counteridentification to deny a possibility of a severe illness). During several sessions nothing noteworthy came up. Denial was practically the unique deterctable mechanism. When finally faced with it, she became pathologically aggressive and accused the therapist to be seductive both as a man and as a physician who just wanted to see her operated because of her economic position. The familiy, even the adolescents, did not accept any kind of participation. Two months afterwardts the woman died without surgery but with an evident breast cancer.

The »whole in the archaic ego« and its concomitant omnipotent narcissistic, untouchable, unconscious phantasy, using a very strong pathological splitting mechanism, associated with all »psychotic« traits and defenses, did not allow this woman to accept a therapeutic alliance, because of her intense feelings of hostility and aggressivenes which she turned against herself. Crossing massive projections with the doctors and within the family members hindered any loving, helping approach. Countertransferentially the feelings of impotence and rage as well as fear were, at times, overwhelming. This is the type of psychotic somatization I see, and many times I can only assist to the individual's self destruction, both physically and psychologically. If we can find a way to break through the psychotic defenses of the individual, the family or the social group, a repairing process takes place. In cases like this one, we were able to help accepting surgery, aesthetic reparation, clinical oncologic intervention and a prolonged therapy aiming at a new life project, including family group therapy and strengthening social energy bonds and creativity with renewed sexual capacities.

Full of pains and aches, various somatic complaints, carefully written down on a lot of papers, came in a 36 year old man, very well dressed and making clear he was a colleague. I immediately associated with *Molière*'s »malade imaginaire«. Among a vast symptomatology he selected a sudden pain in the heart area which used to bring about panic attacks, which made him abandon his consultations and run to a cardiologist who could only register a discrete tachycardia with slight hypertension, and brought relief to him. However, later on he consulted other colleagues who prescribed mild tranquilizers, diets, some hypotensive medication, which was changed very frequently because of the number of consultations and colleagues he visited. He finally decided to follow the advice of several colleagues to consult a psychoanalyst and here he was. The first interview was a long monologue with presentation of laboratory data, electrocardiograms of all types, radiographies and so on. It was not easy to interrupt him for time reasons, but he accepted very politely that he would have to leave. We checked with the cardiologists who »treated« him and who begged us to take over, since his symptomatology, a very moderate one indeed, was terribly overestimated by the patient. Slowly, but firmly he was able to talk about himself, his dominant father — also a physician; his

mother, a very passive woman who did not function as a supporting mother and who desymbiotized from him very early in life. The idealized father figure was extremely demanding. Being sick was the way he knew could reach his father's attention. He had to follow the same pattern. A good therapeutic alliance was established and periodic sessions with his family made it possible to lessen the heavy symptomatology. A dynamically oriented psychiatrist helped with a more adequate medication in a firm and not interfering manner and the man is back to his social and family function as well as within his own ego and body, while occasional symptoms can be solved with a brief exchange of ideas.

There is a mixture of neurotic and psychotic somatization processes, which these characteristics and the conscious and uncounscious elements we were able to deal with, we call the hypochondriacal somatization. It demands psychiatric knowledge, dynamic psychiatric familiarity, and flexibility to shift from neurotic to psychotic moments, which occur during one single session and throughout the whole treatment process. The restoration of ego functions can be obtained. Nevertheless, it is necessary to point out that when the primary ego deficit is severe, the task is a very difficult one and a good result of the treatment is extremely doubtful. Family group therapy in these cases showed to be a great deal of help. Social energy thus stimulated is an important curative factor.

I just outlined some concepts of somatization to which I shall refer again very briefly. I think it is necessary to stress that we are not dealing with different nosologic entities and different drive or instinctual frustrations. We do see the human structuralistic personality as a holistic being within his group, family, friends and socio-cultural-political environment. We deal with the same-human being in health and disease. Object relationships predominate from within the individual himself and relate to others. We depart from a dualistic approach to human functioning to reach a monistic-holistic point of view.

These ideas are not easy to accept and require a change in an epistemological sense, abandonning many concepts of *Freud*ian dualism and entering into a monistic conception of the whole life process. Thus, we know that there are many physicians who will continue to adhere to a pragmatic reductionism by understanding psychosomatic medicine as a sort of generalized »conversion«, since physical expressions do have an apparent and clear meaning, signifying something that can easily be in some way explained. Or, which is even more complex and dangerous (from the point of view of a dynamic concept of what an individual, a human being, really is or can be) they might yield to a traditional scientificism that pursues the finding of only very concrete biochemical explanations to the complex phenomenon of being or becoming sick. On the other hand, we find those psychoanalysts to whom only language and complicatedly explained thought processes, based on linguistic and epistemologic concepts could solve all psychoanalytic problems and give us a cryptic interpretation of what »really« *Freud* wanted to say. To them, a person is only words; the verb is sovereign and physicians are just practical laborers.

Clinical experience, however, shows that we are far from such simplicity, and from that linguistic complexity, and therefore we must continue exchanging ideasin our pursuit of a more comprehensive understanding of the human being in health and disease. Speaking psychoanalytically, I can say that unconscious ego phantasies, ego behaviour and mental and physical illnesses are strongly interwoven. As I mentioned, if we are able to accept the human unity, it is possible to detect a »specific unconscious phantasy«, related to a particular way of becoming ill. The specificity of the phantasy becomes evident in the expression of »corporality« in general, and in a special manner, in organic circumstances. These are thoroughly developed by *Chiozza,* who describes and analyzes the »specific unconscious phantasy« linked to organic disease in general and to its more discriminated pathological expressions (*Chiozza* 1980). »The unconscious system is the ambit of the specific identity, of the character as a particular modality in action, the support of the coherent system of beliefs that configurate an ideology and the very structure of what we call somatic« (*Chiozza* 1982).

Now, I think linking these ideas on neurotic or psychotic somatization processes to *Ammon's* »human structurology«, that allows a further step toward a psychoanalytic clinical practice seeing the human being as an unity functioning on different levels of ego structures and ego functions, with an integration through the »group« and society. Proceeding from unconsciousness, body and group, the concept of social energetic capacities brings about hopes for true clinical treatment as well as for a more comprehensive way of living, a positive »life project« for the human being. Thus, I consider my point of view as a contribution to »Human Structurology«, from my own psychoanalytic, psychotherapeutic and dynamic psychiatric approach.

To summarize, I consider that we are in a position to formulate the hypothesis (which from my point of view and clinical experience seems to be confirmed) that all somatic process and biological alteration has its unconscious correlate, which is registered as a disruptive phantasy of the self. That means that we can find the psychosomatic unity, and that we must search for it.

A psychotherapeutic process, based on the hereby mentioned psychoanalytic concepts, will help bring to the conscious level the unconscious corporality, the hidden group dynamics, the suppressed social energetic forces, the positive aggressiveness and the necessary and healthy narcissism, with its strengthening sexuality and positive group reference, as well as their diverse disturbances. The so-called somatic pathology becomes, by the same way, and by understanding the outlined neurotic, hypochondriacal and psychotic somatization processes, also a pathology of the unconscious that, starting very early in life, has its corresponding specific phantasy and its corresponding possibility of conscious management and reversibility.

This way of thought and understanding of the unity of the human being will facilitate the physician's clinical or surgical interventions through a dynamic therapeutic process used without prejudices. This appears to me as »configuration«, an actual dynamic »gestalt« of integration and development.

Neurotische und psychotische Komponenten im Prozeß der Somatisierung

Mauricio Knobel (Campinas)

Der Autor sieht die Somatisierung, wie die Psychose, bei manchen Menschen als die einzige Überlebensmöglichkeit. *Knobel* geht von *Ammons* Konzept der destruktiven Krankheitsdynamik als Reaktion auf verinnerlichte pathogene Familiendynamik aus, die dem Kind keine gesunde Ablösung aus der frühkindlichen Symbiose erlaubt; er nimmt an, daß eine solche Familiendynamik bereits in der embryonal-fötalen Entwicklungsphase die psychische Struktur des Kindes beeinflußt. Das Kind reagiert besonders auf Aggression und Ablehung der Eltern bereits intrauterin, das löst später möglicherweise schwere psychische oder somatische Probleme aus (*Freuds* »Prädisposition«), bis hin zum sogenannten »plötzlichen Kindestod«.

Nach Ansicht des Autors bleibt es fraglich, ob der Ödipuskomplex, dessen Auftreten er wie *Melanie Klein* früh ansetzt, jemals völlig aufgelöst wird; vielmehr hält er eine persistierende ödipale Dynamik in mancher späteren psychosomatischen oder psychotischen Erkrankung für pathogenetisch wirksam. Maßgebend für die Ablösung des Kindes aus der frühen Symbiose und der ödipalen Konfliktsituation, also für den Individuationsprozess (*Mahler),* ist eine gute Beziehung der Eltern zueinander. »Ohne Laios und Jokaste gäbe es keinen Ödipus«. Nur wenn die gute Beziehung gegeben ist, kann sexuelle Identifikation mit dem entsprechenden Elternteil, können gesunde Ich-Funktionen entstehen. In der mangelnden Ablösung aus der Symbiose und dem damit verbundenen Schuldgefühl sieht *Knobel* die dynamischen Elemente, die eine Konfliktverschiebung in Richtung auf Somatisierung begünstigen. Er unterscheidet zwischen hysterischer, hypochondrischer und psychotischer Somatisierung bzw. deren Mischformen und illustriert diese Varianten mit kurzen Fallbeispielen.

Die organische Krankheit dient in der psychotischen Somatisierung der Abwehr gegen die drohende psychotische Desintegration und kann besonders destruktive psychosomatische Pathologie, wie bei der Krebserkrankung, hervorrufen. In der Gegenübertragung löst sie beim Therapeuten heftige Gefühle von Wut, Angst und Ohnmacht aus; oft bleibt die psychotherapeutische Hilfe unwirksam.

Die neurotische Somatisierung führt zurück zu *Freuds* Konzept der Hysterie, ist aber mehr als reine Konversionssymptomatik. Sie läßt in der Analyse narzißtische und ödipale Feindseligkeit aufkommen und erfolgreich deuten.

Hypochondrisch kann die Somatisierung dann genannt werden, wenn sie psychotische und neurotische Momente kombiniert. Der Patient wechselt zwischen beiden Dynamiken, mitunter sogar während einer einzigen Sitzung, und verlangt vom Therapeuten psychiatrisches und analytisches Wissen und entsprechende Flexibilität. Die Prognose dieses Somatisierungstyps hängt von der Schwere des Ich-Defizits ab, wobei der Sozialenergie eine wichtige heilende Wirkung zukommt.

Knobel vertritt die Überzeugung, daß es keine somatische oder psychische Genese einer Erkrankung gibt; vielmehr bedeutet jede Krankheit eine bestimmte Funktionsart des Ichs. Deshalb ist es konsequent, daß ein Arzt den körperlichen Aspekt und ein Psychotherapeut den Aspekt des Ich-Konfliktes behandelt, während die Zusammenarbeit auf das ganzheitliche Verständnis des Patienten abzielt. Jede Krankheit hat ihre eigene, spezifische unbewußte Phantasie, die es im Verlauf des therapeutischen Prozesses bewußt zu machen gilt. Der Prozeß der Trennung aus der Symbiose und der Individuation findet mit dem und auch innerhalb des Körpers statt. Die Ansicht, daß jede Krankheit auf einen wichtigen Objektverlust zurückgeführt werden kann, zwingt zur monistischen Position einer »psychosomatischen Einheit« von Körper und Seele mit jeweils unterschiedlichen Ausdrucksmöglichkeiten. Hier ist *Ammons* Humanstrukturkonzept primärer, zentraler und sekundärer Ich-Funktionen behilflich. Gleichzeitig grenzt *Knobel* seine monistische Einstellung vom pragmatischen Reduktionismus allgegenwärtiger Konversion ab. Er betont die Körper- und Gruppendimension des Unbewußten und die Bedeutung des Konzeptes der Sozialenergie sowohl für die Therapie als auch für eine ganzheitliche, zielbewußte Lebensart. Dieses Verständnis der Einheitlichkeit menschlichen Wesens erleichtert auch die Behandlung des Internisten oder Chirugen, indem sie eine dynamische »Gestalt« bietet zur Integration von Gesundheit und Krankheit.

Literature

Ammon, G. (1975): Psychosomatic Group Psychotherapy: An Instrument for the Treatment and Research of Psychosomatic Illness. In: *F. Antonelli* (ed.): Therapy in Psychosomatic Medicine, Vol. 1: 71—77 (Roma: Ed. Pozzi)
— (1979): Psychoanalysis and Psychosomatics (New York: Springer)
— (1991): Dynamic Structural Psychiatry Today.In: Dynam. Psychiat. (24) 21—33
Bleger, J. (1967): Simbiosis y Ambigaedad, Estudio Psicoanalitico (Buenes Aires: Paidos)
— (1971): El Concepto de Psicosis. In: Rev. Psicoanal. (28) 5—23
Cabral, S. (1991): O Processo de Somatização na Adolescência. Master's Dissertation, School of Medicine, State University of Campina (UNICAMP) (Campinas, São Paulo, Brazil)
Castelnuovo, A. (1990): Revisión del Narcisismo. Hacia un psicoanalisis Transcultural (Quito: Inst. Psicoanal. de Estudios Transculturales)
Chiozza, L.A. (1980): Trauma y Figura del Enfermar y del Psicoanalizar (Buenos Aires: Paidos)
— (1982): Psicoanálisis y Enfermedad Somática en la Práctica Clínica. In: EIDON (9) 51—75
Dubois, P. (1905): Les Psychonévroses et leur Traitement Moral (Paris: Masson)
Fairbairn, W.R.D. (1952): Psychoanalytic Studies of the Personality (London: Routledge & Kegan Paul)
Freud, S. (1916/17): Introductory Lectures on Psychoanalysis. Part III: General Theory of the Neuroses, Lecture XXIII: The Path to the Formation of Sympotoms. Standard Ed., Vol. XVI 358—377 (London: The Hogarth Press 1963)
Godea, R. et al. (1967): Modificaciones Psicológicas de las Embarazadas en Tratamiento Psicoterapéutico Durante la Gestación. In: Orient. Méd. (16) 40—44
Klein, M. (1954): The Psycho-Analysis of Children (London: Hogarth Press)
Knobel, M. (1973): Aspectos de Psicología Evolutiva y Psicopatología Infantil Vinculados a la Fase Genital Previa. Rev. In: Psicoanál. (30) 731—742
— (1974): Abnormality in Normal Development. A Concept of Symptom Formation in Childhood. In: *M. Musaph* (Ed.): Mechanismus in Symptom Formation (Basel: S. Karger)

Knobel, M. (1975): Research and Clinical Practice in Psychosomatic Medicine. In: *F. Antonelli* (Ed.): Therapy in Psychosomatic Medicine, Vol. I: 22—45 (Roma: Ed. Pozzi)
— (1977): Psiquiatría Infantil Psicodinámica (Buenos Aires: Paidos)
— (1979): O Complexo de Èdipo na Adolescência. In: Arq. Clín. Pinel de Porto Alegre. (5) 23—26
— (1982): Psicoanálisis y Enfermedad Somática en la Práctica Clínica. In: EIDON (9) 91—109
— (1987): O Vínculo entre os Pais e a Estruturação Edípica na Configuração dos Distúrbios Psicossomáticos. In: Estudos de Psicol. (4) 9—16
— (1990a): Significance and Importance of the Psychotherapist's Personality and Experience. In: Psychother. Psychosom. (53) 58—63
— (1990b): Brief Dyanmic Psychotherapy of Psychotic Patients and Their Families. In: Dynam. Psychiat. (23) 343—356
— (1991a): O Processo de Somatização. In: *M. Knobel* et al.: Psico-Somática, 5—37 (Campinas: NEP-UNICAMP)
— (1991b): Psychotherapy in Psychosomatic Disorders in Adolescence. In: Dyn. Psychiat. (24) 176—188
Knobel, M, Sarmento, R. (1980): Diagnóstico Psicológico em Pastologia. In: *J.A. Pinotti* (Ed.): Diagnóstico em Mastologia 227—240 (São Paulo: Ed. Manole)
Knobel, M. et al. (1967): Evolución de la Imágen Corporal a través del Tratamiento Psicoterápico dutante la Gestación. In: Orient. Méd. 16(741) 29—30
Knobel, M., Perestrello, M., Uchôa, D.M. (1981): A Adolescência e a Familia Atual (Madrid: Gredos)
López Ibor, J.J. López Ibor -Aliño, J.J. (1974): El Cuerpo y la Corporalidad (Madrid: Gredos)
Mahler, M.S., Furer, M. (1968): On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation (New York: Int. Un. Press)
Mahler, M.S. et al. (1975): The Psychological Birth of the Human Infant. (New York: Basic Books)
Pichon Rivière, E. (1970): Una Nueva Problemática para la Psiquiatría. In: Del Psicoanálisis a la Psiquiatría Social, Vol. I, 433—455 (Buenos Aires: Galerna Eds)
Rascovsky, A. (1960): El Psiquismo Fetal (Buenos Aires: Paidos)

Address of the author:

Prof. Dr. Mauricio Knobel
Psychiatric Department
University of Campinas
Rua Roberto Silveira 27
13075 Campinas SP
Brazil

Schizophrenia and Neuroses — the Labeling Problem**

Modest M. Kabanov (St. Petersburg)*

The autor discusses the problem of labeling patients by diagnosing them with »schizophrenia« and »neurosis« in Russia. The schizophrenia label causes the patient to be an outcast, mostly lifelong, while the patient diagnosed as neurotic is not considered as severely ill, especially by orthodox psychiatrists. In order to avoid stigmatization, the majority of people prefers the treatment by internists instead of psychiatrists, or they use methods of mass suggestion by alternative healers and parapsychologists, who have become an epidemic influence in Russia for the last years. The author's statements are based on empirical data collected by co-workers of the Bechterew-Institute, who questioned pedagogical college students and made epidemiologic studies with employees in St. Petersburg.Kabanov emphasizes the inclusion of psychogenetic factors in the etiology of endogenious illnesses. He shares Ammon's opinion on the importance of psychotherapy in the treatment of schizophrenia. To prevent patients from stigmatization, the author and his coworkers try to avoid the diagnosis »schizophrenia« and prefer milder diagnostic categories such as schizo-affective disorder or atypical depression. Kabanov pleads for a common solution of the labeling problem by the whole society, especially by psychiatrists, psychotherapists, teachers and lawyers. He calls for an ethical attidutde of all professionals in psychiatry in the communication between the patients and their relatives with the aim of preventing stigmatization.

Schizophrenia and neuroses relate to most widespread mental disorders, psychiatrists, psychotherapists, medical psychologists and also pretty often internists have to deal with. The origin of schizophrenia is still discussed throughout the world. Thus, an international symposium in 1986 in Heidelberg, which I took part in, was very representative, the etiology and pathogenesis of schizophrenia were widely discussed in the reports[1]. However, as it was to expect, the origins of this illness remained undisclosed to a considerable extant. Speakers from many countries accentuated different aspects of the genesis of schizophrenia: a genetic, biochemical, socio-psychogenic one etc., but came to a conclusion that everything has to be taken into account and no more.

In respect to neuroses there also exists a wide range of opinions in different medical schools. In Russia, however, the most accepted definition of neurosis is that which was formulated by the school of *Myasishteshev*: »Neurosis is a psychogenic (as a rule, conflictogenic) mental disorder, caused by infractions in especially signifcant human relationships, manifested in special clinical features in the absence of psychotic signs« (*Karvasarsky* 1985). As concerns schizophrenia, the majority of psychiatrists support a biological model of this disease. However many, including the author of this presentation, believe that schizophrenia is not a single nosological entity, but that we seal here with different diseases in origin of which psychosocial factors play a very important role —

* Dr. med., Professor, Director of the W.M. Bechterew Psychoneurological Research Institute, St. Petersburg, Rußland, Vice-President of WADP, Chairman of the Russian Branch of WADP

** Lecture given at the 9th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XXII International Symposium of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP), April 29 — May 3, 1992 at the Universität Regensburg

1 Symposium »Search for the Causes of Schizophrenia«, September 24—26, 1986, Heidelberg

though not sufficiently elucidated at present. At the same time there exist numerous intermediate conditions, outwardly similar to schizophrenia or neurosis, which are differently termed: sluggish schizophrenia with pseudo-neurotic manifestations, atypical or »masked« affective disorders with an »organic background« etc. Very popular bacame recently the term »borderline state« to which often are referred both schizophrenia and neurosis with distinct from »classical« type of course: one speaks about a »third psychosis« (first two being schizophrenia and manic-depressive disease), the essence of which is differently interpreted.

I will not dwell upon questions of classification or clinical assessment of different forms of schizophrenia, neuroses or other borderline states (we refer neuroses to the latter); they deserve a special consideration which is out of the limits of my communication. I would like to focus on the problems of their labeling (more precisely, of labeling or stigmatizing the patients with such diagnoses). A diagnostic »label« is of considerable psychological and social importance, it is to be taken into account in any forms of psychosocial influencing, primarily in psychotherapy.

We share *Ammon*'s opinion on the importance of psychotherapy in the treatment of not only neuroses (where it is not called in question by anybody), but also of schizophrenia (*Ammon* 1979, 1982). It is only necessary to correctly accentuate and asses a stage and severity of mental disorder, patient's personality traits and his macro- and microsocial environment. It is also necessary to achieve a consensus on terminology, ensure an uniform interpretation of terms in a conventional and systems way.

Well, labeling or stigmatizing? (We believe these terms to be synonymous, however some authors found it necessary to differentiate them). A »label« (»stigma«, »brand«) — a diagnosis, which, as it is perceived by the patient and in his socical environment (relatives, friends, society as a whole), which make him to be an outcast because of a presumed unpredictability of his behavior, potentially dangerous or, in more mild perception, as socially uncomfortable, (»insane«). A label »insane« often appears without any notice on the diagnosis, when a person's contacts with psychiatrists begin to be known to others. A person with psychiatric diagnosis, espacially when trying to get rid of it, turns sometimes to be pariah in his community. Research of our associate *B.B. Malakhov* on a large sample of pedagogical college students has revealed that the overwhelming majority of future teachers have wary and even fearful attitudes toward mentally ill. An exception formed students with mentally ill relatives, that is, more informed about psychiatry. They had more positive attitudes toward patients, with more understanding and compassion. A very remarkable fact!

For a large portion of population in different countries is typical a preconceived opinion of mentally ill, which sometimes are perceived as kind of monsters. This opinion turns now in civilized and democratic countries to a positive side being influenced by many factors: the progress in psychopharmacology

development of a system of outpatient facilities, ideas of rehabilitation, increase in medical culture of the society etc.

An epidemiological study, carried out by a group of our associates (*L.S. Sverdlov* et al. 1990) of employees of a large machine-building plant in St. Petersburg has revealed that 47% of the examined persons were in need to be helped by psychiatrist or medical psychologist (primarily persons with neuroses and psychosomatic disorders). However, only 19,6% of them expressed readiness to apply themselves for such help. And only 1,4% really appeared to be consulted by doctors or psychologists. It is to be stressed, that help has been offered only to those who, in the experts' opinion, really was in need of it, and it was to be carried out free of charge and in conditions most favorable for patients. This study makes evident the fear of labeling even in patients with non-psychotic disorders.

We have analyzed principal motives of refusal of patients in the investigated group to collaborate with psychiatrists and psychologists. These were: 1) fear of being registered at psychoneurological dispensary; 2) fear of untoward repercussions for professional and social status (especially at middle and high managerial level); 3) apprehensions that after treatment possible use of the psychiatric label by colleagues ore relatives can bring about deterioration of relationships in corresponding groups; 4) a conception that solution of personal problems depends on circumstances of a situation, lack of understanding as to what kind of help can be obtained from psychotherapist or psychologist; 5) preferential tendency to get treatment by an internist, even if nervous, psychological causation of disorder is recognized. Thus, it is evident a close interconnection of labeling problem with that of compliance.

It is to be mentioned that the research was carried out 2—3 years ago, when *Gorbachov*'s perestroika was in the full swing. Now, when social tension in the country increased many times, and psychiatry found itself still more compromised, these figures could turn out to be still more depressing. A peculiar reaction of our postsocialist society to a disruption of social structures, accompanied by intensifying of emotional stress, was mass infatuation in major portion of population with parapsychology, there appeared numerous quacks, sorcerers and simply mountebanks engaged in therapy of mostly mystic and preposterous type. This sad circumstance is partly accounted for by the crisis in all our medical science and state health care system, which is a component of a posttotalitarian system (no small remnants of totalitarianism are still preserved, especially in mass consciousness — debilitating effect of 74 years of comunist rule).

Ideological blinkers fettered theoretical thinking in Russia for many years. All and sundry was subordinated to ideology and politics. According to the Marxist-Leninist philosophy communism was to be a »light future of the mankind«. The country, which already has built socialism and in »seven-mile steps« was bound to a communist future could but be already disposed of even least perceptible nervous and mental pathology, while some of its types, e.g.,

alcoholism and drug addictions were yet recently termed as »birthmarks of capitalism«, »left-overs from the bourgeois past«. During 2—3 decades prior to 1985, when mentioning these and other forms of self-destructive behavior, journalists (and not only they) liked to speak of »pernicious influence from the West« upon some Soviet people, especially young (some political leaders maintain that even now).

It turned out to be especially shameful to be mentally ill during Soviet period, although already in czarist Russia the attitude towards mentally ill left much for the better. One has to mention that in the middle-age Russia, (e.g. in times of *Boris Godunov)* certain category of mentally ill called »God's fools« enjoyed even a rather respectful attention. Now we got another kind of »God's fools« (or, more precisely, persons playing the fool«), with extremist attitudes and corresponding behavior. Often they become soothsayers and healers of any diseases. This phenomenon is, as it is known, not a prerogative of only Russia. Variously disguised and on a various scale such persons are everywhere. However in totalitarian and posttotalitarian countries their activity acquires an epidemic and ominous nature.

During *Brezhnev* times Soviet psychiatry acquired one more role. It became an object of fixed attention on the part of law and order bodies, which tended to identify any kind of a »deviant behavior« as mental pathology (*Kabanov* 1991). Many neurotics and personality disorders cases and sometimes only accentuated personalities because of dissent were identified by forensic expert examination commissions as mentally ill and referred to mental hospitals of prison type for a compulsory treatment. In this respect a case of the renowned Soviet dissident general *Grigorenko* is very instructive. Diagnostic label of schizophrenia (along with paranoic personality disorder, it was most frequent diagnosis) accompanied a victim through all his life, as a rule, depriving him of many civil rights even when good and stable remission was stated by experts.

Something is done in certain medical institutions in Moscow, St. Petersburg and Tomsk in the line of de-labeling of such persons. But an exception only confirms the rule. The Bekhterev psychiatric Research Institute for many years deals with rehabilitation of mentally ill. We conceive rehabilitation as a system of various interventions (of medical, psychological and social type) aimed at restoration (preservation) of own personal and soical status of a patient or person at risk to grow ill (*Kabanov* 1985). As compared with our Moscow colleagues, we diagnose schizophrenia in our rehabilitation clinic only seldom, giving preference to different terms: schizoaffective states, atypical depression, organic brain condition with mental disorders etc. These diagnoses are more favorably accepted by patients and their relatives. In some cases we have to inform patients (very seldom) or their relatives (more often) about the schizophrenic diagnosis, when it is beyond any doubt, taking into account some social factors (some expert decisions, e.g., to fix a disability pension). Sometimes we do it when concealment of the diagnosis is fraught with loss of confidence in a doctor. But in such situations we try to devalue diagnosis of schizophrenia as

viewed by the patient and his relatives in different ways. We tell about complexities in diagnostics, its often being fallacious, conceptions of different psychiatric schools, a confused genesis of this illness. Sometimes helps to devalue the diagnosis information about prominent figures in science or art, affected by this illness, making a patient gradually accustomed to the label. For the same reasons extremely sensitive to psychiatric labeling patients are exempted by us from being registered at psychiatric dispensaries, ensuring ourselves of supportive drug treatment and psychotherapy after discharge from the rehabilitation clinic of the Institute. We tend to ensure a continuity in personal contacts between patient and doctor. If thought it is still necessary to inform a psychiatric dispensary about the discharged schizophrenic (or patient with some other psychosis), we often are compelled to state another diagnosis in official documents, which is not likely to bring about unfavorable social complications for a patient. Certainly, personality traits and social situation of a given patient is taken into account.

A diagnosis of neurosis seems to be free from labeling effect. But it is not so in our country. A label of neurosis is more harmless and less fraught with untoward social consequences as compared with that of schizophrenia. However, it brings about a certain stigmatization. E.g., neurotics tend to be viewed by orthodox, primarily biologically oriented psychiatrists with less respect as compared with schizophrenic. Many psychiatrists argue that schizophrenia is a real illness, while neurotics are just people who just do not care to control themselves properly. (However, nobody denies an ever growing social importance and recent increase in morbidity rate of neuroses, surpassing all other mental disorders). Such attitude is corroborated by legislation, which provides for free ambulatory treatment of schizophrenics and some other patient groups. Patients with neuroses and personality disorders are not entitled to it. Neurotics are generally hosplitalized if necessary in special wards of mental hospitals with less strict observation. These wards are generally understaffed and staff members are underpaid as compared with other »pure psychiatric« wards. The so-called orthodox psychiatrists have sometimes skeptical attitudes towards neurotics and cases of personality disorders. Such psychiatrists are almost completely oriented towards psychopharmacotherapy, while assigning to psychotherapy only a secondary role in the treatment of mental disorders (including schizophrenia). Along with that we have one more paculiar situation in respect to neurotics in Russia which as if contradicts to what have been told about the »neurotic label«. But it's only a seeming contradiction. Due to ideological considerations one tended to establish organic foundations for the etiology of neuroses. Many docotors still believe now neuroses to be the consequence of brain injuries, infections, somatic diseases. Psychosomatic correlations are distorted or simplified. The search for organic signs in neuroses (using biochemical, computer-tomograph and other methods) is certainly reasonable in some cases for more precise diagnostic and choice of treatment. But requirements of the multiaxial diagnostic, correct methodological paradigm

have to be abided to. In schizophrenia too (more precisely, in schizophrenias) the role of psychogenic factors in etiology has not to be underestimated. Hence the primary importance of psychotherapy, which up to recent years was denied in Soviet psychiatry for endogenous diseases. In neuroses, alcoholism, other illnesses, where the role of psychogenic factor was never denied, mainly suggestive methods of treatment were applied (hypnosis, persuasion, so-called coding etc.). During only two decades, at first only the Bekhterev Institute and then other medical institutions began to develop different models of psychotherapy-group, family, behavior therapy and quite recently psychoanalysis. But hypnosis and other suggestive approaches still continue to be the primary and »understandable« method of psychotherapy for broad masses of the population.

All these approaches have generally directive forms which, as we see it, corresponds to the mentality of totalitarian and posttotalitarian society. Social tension, which is now experienced in the country, low level of medical and general culture, intensified search for miracles led to a mass apparition of the mentioned already lay psychotherapists. These »healers« sometimes instantaneously eliminate pathological symptoms, primarily in neurotics.

A psychotherapist *A. Kashpirovsky,* who made himself an immense publicity in Russia uses suggestive methods, addressing himself to large masses, often through TV, declaring that his therapy is able, e.g., to dissolve post-infarction scars in the heart muscle, or treat many other organic diseases. *Kashpirovsky* even tried recently to sue two influential newspapers, which dared to publish critical comments by some experts in respect of his treatment practice. In spite of all his juggling, one has to do *Kashpirovsky* justice in that he can evoke hope and confidence in many patients. He and some others make for the official medicine, in which the majority of the population does not have any trust. To receive help from him is prestigious and — which it is especially important to stress — not stigmatizing. *Kaspirovsky* categorically denies himself to be parapsychologist and even to use hypnosis. He argues that his verbal or some other enigmatic influence helps to mobilize psychological recources in a patient in attempt to fight the illness, which would be all right but for the tendency to treat all diseases in the same uniform way and neglect toward frequent complications of mass psychotherapeutic performances (especially the TV ones). Behavior pattern of the majority of the people, participating in TV hypnosis allows to conjecture that a considerable portion of *Kashpirovsky's* »congregation« consists of persons with mental disorders, to whom he does more damage than good. Pretty often patients, having been treated by various *Kashpirovskys* and witch-doctors, come back to his psychiatrist in a state of exacerbation.

I have dealt so extensively with the activities of representatives of the so-called alternative medicine, who are mostly just pack of swindlers, because their success is to be explained to a certain degree by a tendency in the population to get treatment bypassing the official medicine with its possible labeling effect and »psychiatric registration«.

An attitude toward neurotics is different, with different negative aspect (not »serious«, not »true« patients) also has to be corrected by specialists and society. An essential role play here psychologists, the importance of whose work in any (not only psychiatric) practice in the aspect of the labeling problem is hardly possible to overestimate. Time limits do not allow me to dwell more profoundly upon mechanisms of psychopreventive destigmatizing work of the doctor-psychologist tandem. It could be a topic of a special communication.

I think that we need many years of effort on the part of the whole society, psychiatrists, psychotherapists, teachers, lawyers to somehow correct the situation with labeling. The labeling problem could be a special topic of a panel session at the coming 10th WADP Congress which is scheduled for 1994 in St. Petersburg (Russia).

In conclusion I'd like to say that there are different ethical approaches to diagnostic and, consequently, to labeling problem of schizophrenics, depending not only on the level of competence and on the belonging to a specific psychiatric teaching, but also on doctor's personality, on his empathic potential. My 45 years long experience of practical work with mental patients, including schizophrenics and neurotics, allows to differentiate an ethical aspect in psychiatric diagnostics. A treatment and especially, rehabilitation success depends very much on the mode of conveying of a diagnosis to a patient and to his relatives. Polar opposite (according to the labels) attitude in the population toward these tow diagnoses has at the same time points of contact depending on the culture of a doctor, of patient and of the society itself. (I happened to meet patients with negative attitudes toward diagnosis of neurosis and parents who tended to explain their child's behavior with his being schizophrenic rather than neurotic or personality disorder case). Often this cultural and at the same time psychological aspect of the diagnostic is neglected which causes the painful labeling (stigmatizing) problem. We have only drafted in this communication the ways to solve this problem. There are here more raised questions than answers to them.

Schizophrenie und Neurosen — das Labeling-Problem

Modest M. Kabanov (St. Petersburg)

Die Frage nach der Entstehung der Schizophrenie wird bis heute weltweit diskutiert und noch immer wird nach Antworten gesucht, wie dies kürzlich (1986) auf einem Heidelberger Symposium geschah. Verschiedene ätiologische Faktoren werden akzentuiert: Genetische, biochemische, sozio- und psychogenetische. Ebenso in Bezug auf Neurosen existieren weitgestreute Auffassungen über die Entstehungsursachen. Der Autor teilt die Meinung von *Ammon,* der die Bedeutung der psychotherapeutischen Behandlung nicht nur von Neurosen, sondern auch der Schizophrenie betont. Wichtig dabei ist die exakte

Untersuchung der Schwere des Krankheitsbildes, der Persönlichkeitszüge des Patienten und dessen mikro- und makrosozialer Umgebung. Ebenso notwendig ist, eine gemeinsame Fachterminologie zu finden und zu benutzen.

Im folgenden geht der Autor auf das Problem des »labeling« bzw. der Stigmatisierung von Patienten aufgrund einer Diagnosestellung ein, welche den Patienten in Gefahr bringt, zum Ausgestoßenen aus der Gemeinschaft zu werden. Gründe dafür sind die Annahme einer Unberechenbarkeit des Verhaltens und einer möglichen Gefährlichkeit oder, etwas abgeschwächter wahrgenommen, daß der stigmatisierte Patient einfach sozial unbequem ist. Das Etikett »nicht gesund« wird oft unabhängig von der Diagnose gegeben, es reicht die Tatsache aus, daß ein Psychiater aufgesucht wird.

Eine Untersuchung eines Mitarbeiters von *Kabanow, B.B. Malakhov,* an Pädagogikstudenten ergab, daß die Mehrheit vorsichtige bis ängstliche Einstellungen gegenüber psychisch Kranken hatten. Eine Ausnahme bildeten diejenigen Studenten, die selbst psychisch kranke Angehörige hatten und daher besser informiert waren über die Psychiatrie. Sie hatten eine positivere Einstellung psychiatrischen Patienten gegenüber sowie mehr Verständnis und mehr Einfühlungsvermögen.

Kabanov und seine Mitarbeiter untersuchten die Motive von Patienten, weshalb sie sich weigerten, einen Psychiater bzw. Psychologen aufzusuchen, nachdem sie diagnostiziert wurden und man ihnen zu einer solchen Behandlung geraten hatte.

Die Motive waren

1. die Angst, in einer psychoneurologischen Klinik registriert zu werden;
2. die Angst vor ungünstigen Auswirkungen hinsichtlich des beruflichen und sozialen Status;
3. Befürchtungen einer Etikettierung durch Kollegen oder Angehörige und damit einhergehende Verschlechterung der Beziehungen zu ihnen;
4. die Auffassung, daß die Lösung von persönlichen Problemen situationsabhängig ist und mangelnde Überzeugung, inwiefern ein Psychotherapeut bzw. Psychologe hilfreich sein kann;
5. die Bevorzugung einer internistischen Behandlung, auch dann wenn psychische Ursachen der Erkrankung erkannt werden.

Somit wurde ein enger Zusammenhang festgestellt zwischen dem labeling-Problem und dem der compliance.

Der Autor betont, daß diese Untersuchung gemacht wurde zu einer Zeit, als *Gorbatschovs* Perestroika noch voll in Gang war. Heute sind die sozialen Spannungen im Lande um ein Vielfaches stärker geworden und die Psychiatrie sieht sich in ihrem Handlunsgsspielraum noch eingeschränkter als früher.

Eine eigentümliche Reaktion der postsozialistischen Gesellschaft auf das Auseinanderbrechen sozialer Strukturen, die begleitet ist von erhöhtem emotionalen Streß, war die Massenhinwendung eines großen Teils der Bevölkerung zur Parapsychologie. Zahlreiche Scharlatane, Magier, Quacksalber und Esoteriker tauchten als Therapeuten und Heiler auf. Dieser traurige Umstand

ist nach Ansicht des Autors zum Teil zurückzuführen auf die Krise in der gesamten medizinischen Wissenschaft und im staatlichen Gesundheitssystem, das immer noch Bestandteil des posttotalitären Systems ist. Nicht wenige Überreste des Totalitarismus sind noch erhalten, insbesondere im Bewußtsein der Massen. Gerade in totalitären und posttotalitären Ländern erhalten Wahrsager und Heiler eine besondere Rolle und erreichen einen bedenklichen epidemischen Einfluß. Der Autor beschreibt den Einfluß des sog. Heilers *A. Kashpirovsky,* der über das Fernsehen eine immense Öffentlichkeit erhielt durch seine suggestiven Methoden.

Kabanov erwähnt in diesem Zusammenhang, daß ideologische Scheuklappen das theoretische Denken in Rußland für viele Jahre eingeschränkt haben. Alles wurde der Ideologie und der Politik untergeordnet. Alkoholismus und Drogenabhängigkeit wurden als »Kennzeichen des Kapitalismus« betrachtet, als Überreste der vergangenen Bourgeoisie. Während der zwei bis drei Jahrzehnte vor 1985 sprachen Journalisten bezüglich verschiedener Formen selbstdestruktiven Verhaltens vom »schädlichen Einfluß aus dem Westen«. Einige führende Politiker vertreten diese Ansicht heute noch.

Psychisch krank zu sein während der sowjetischen Periode war besonders beschämend, während im zaristischen Rußland die Einstellung gegenüber psychisch Kranken humaner gewesen war. Im mittelalterlichen Rußland, etwa zur Zeit des Zaren *Boris Godunov,* erhielt eine bestimte Gruppe von psychisch Kranken — »Gottes Narren« genannt — eine besonders respektvolle Aufmerksamkeit. Unter der Regierung von *Breschnew* spielte die Psychiatrie eine zusätzliche Rolle: Jede Art von »abweichendem Verhalten und abweichender Meinung« wurde als psychische Krankheit identifiziert. Die Betroffenen wurden durch forensische Untersuchungskommissionen in psychiatrische Kliniken zur Zwangsbehandlung eingeliefert. Schizophrenie in Verbingung mit paranoischer Persönlichkeitsstörung war die am häufigsten gestellte Diagnose — ein Etikett, das dem Betroffenen in der Regel sein gesamtes Leben anhing und ihm viele Bürgerrechte entzog, sogar dann, wenn eine eindeutige Remission des Krankheitsbildes durch Experten bestätigt wurde.

Im Vergleich zu den Moskauer Kollegen wird im Bechterew-Institut die Diagnose Schizophrenie nur selten gegeben, und Diagnosen, wie z.B. schizoaffektive Störung, atypische Depression, organischer Hirnbefund mit psychischer Störung werden bevorzugt, da diese Diagnosen von den Patienten und ihren Angehörigen eher akzeptiert werden. Wichtig nach der Entlasung ist, daß die Patienten eine unterstützende medikamentöse Behandlung und Psychotherapie erhalten. Auf die Kontinuität des persönlichen Kontaktes zwischen Patient und Arzt wird großen Wert gelegt.

Patienten mit der Diagnose »Neurose« werden in Rußland ebenfalls bis zu einem gewissen Grad stigmatisiert, wenn auch nicht so extrem wie bei der Diagnose Schizophrenie. Von Seiten der orthodoxen, primär biologisch orientierten Psychiater wird die Neurose im Gegensatz zur Schizophrenie nicht als wirkliche Krankheit betrachtet: Neurotiker seien Menschen, die sich nur

nicht richtig kontrollieren könnten. So erhalten Patienten mit Neurosen oder Persönlichkeitsstörungen keine kostenlose ambulante Behandlung im Gegensatz zu schizophrenen Patienten. Aufgrund ideologischer Auffassungen tendiert man dazu, die Neurose als organisch begründet aufzufassen. Einige Ärzte glauben immer noch, daß Neurosen die Folge von Hirnverletzungen, Infektionen oder körperlichen Erkrankungen seien. Psychosomatische Zusammenhänge werden unterbewertet.

Nach *Kabanov* darf jedoch sowohl bei der Neurose wie bei der Schizophrenie der psychogenetische Faktor bei der Ätiologie nicht unterschätzt werden. Die Bedeutsamkeit der Psychotherapie bei endogenen Erkrankungen wurde bis vor kurzem in der sowjetischen Psychiatrie abgestritten, während sie bei Neurosen, Alkoholismus und anderen Erkrankungen mit psychosomatischem Ursprung nie verleugnet wurde. Die Behandlung basierte hauptsächlich auf Suggestivmethoden wie Hypnose und kognitiven Techniken. Das Bechterew-Institut begann zuerst — und später folgten andere medizinische Institutionen —, verschiedene Modelle der Psychotherapie in die Behandlung einzuführen, so z.B. Gruppen-, Familien-, Verhaltenstherapie und kürzlich die Psychoanalyse. Hypnose und andere suggestive Ansätze blieben jedoch die primären »verstehenden« Methoden der Psychotherapie für die breiten Massen der Bevölkerung.

Am Schluß der Arbeit fordert der Autor dazu auf, das labeling »nicht ernst«, »keine richtigen Patienten« bei der Neurose zu korrigieren. Eine wichtige Rolle dabei weist er den Psychologen zu und betont die Bedeutung einer engen Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Psychologen. Insgesamt sieht er es als Aufgabe der gesamten Gesellschaft, der Psychiater, Psychotherapeuten, Lehrer und Juristen an, das Problem der Etikettierung gemeinsam zu lösen. Dieses Thema könnte nach Ansicht des Autors Thema einer Paneldiskussion werden auf dem kommenden 10. WADP-Kongreß in St. Petersburg im Jahre 1994.

Der Autor betont bei der Diskussion um das Labeling-Problem den ethischen Aspekt in der psychiatrischen Diagnostik. Der Erfolg einer Behandlung und insbesondere einer Rehabilitation hängt sehr stark davon ab, auf welche Weise dem Patienten und seinen Angehörigen eine Diagnose übermittelt wird. Wichtig dabei ist die Geisteshaltung des Arztes, des Patienten und letztlich der Gesellschaft. Oftmals, so schließt der Autor, wird dieser kulturelle und psychologische Aspekt bei der Diagnostik vernachlässigt, was zu dem leidvollen Stigmatisierungsproblem beiträgt.

Literature

Ammon, G. (Hrsg.) (1979): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Band 1. (München: Ernst Reinhardt)

— (Hrsg.) (1982): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Band 2. (München: Ernst Reinhardt)

Generalova, N.G., Sverdlov, L.S. (1990): The Problem of Collaboration of Workers of Big Industrial Enterprise and Mental Health Protection Services. Clinical-Social Aspects of Adaptation on Neuro-Psychiatric and Narcological Diseases. Krasnoyarsk, pp. 18—21.

Kabanov, M.M. (1985): Rehabilitation of Mentally Ill. 2nd revised edition. (L.: Medicine)
— (1991): Social Structure of Society and Some Problems of Psychiatry. No. 130/131, pp. 277—285
Karvasarsky, B.D. (1985): Psychotherapy. (M.: Medicine)
Myasishtshev, V.N. (1960): Personality and Neuroses. (Leningrad Psychoneurological Research Institute named after V.M. Bekhterev-L.: Publishing House of Leningrad University)

Address of the author:

Prof. Dr. med. M.M. Kabanov
Bechterew Psychoneurological
Research Institute
ul. Bechterewa, 3
193019 St. Petersburg
Russia

Stationäre Psychotherapie der Psychosen — Eine testpsychologische katamnestische Untersuchung******

Ilse Burbiel*, Rita Apfelthaler**, Egon Fabian***, Ulrike Schanné****, Gerhard Wolfrum***** (München)

Die vorliegende Arbeit stellt als Teil des »Münchner Katamnestik-Projekts« (MKP) Ergebnisse einer Prä/Post- und Follow-Up-Untersuchung mit verschiedenen psychologischen und psychiatrischen Erhebungsmethoden an psychotisch erkrankten Patienten vor, die in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige München stationär psychotherapeutisch behandelt wurden. Die Klinik arbeitet nach dem Konzept der Dynamischen Psychiatrie Günter Ammons, die mittels eines Spektrums verbaler und nonverbaler psychoanalytischer Therapiemethoden bei möglichst geringer Gabe von Psychopharmaka nicht nur eine Verbesserung der Symptomatik, sondern auch Veränderungen der Human-(Ich)-Struktur anstrebt. In die Untersuchung aufgenommen wurden Daten aus dem MMPI, dem Gießen-Test (GT) und dem ISTA nach Ammon für die 3 Meßzeitpunkte t1 (Klinikaufnahme), t2 (Klinikentlassung) und t3 (1 bis 7 Jahre nach Klinikentlassung, durchschnittlich 4,1 Jahre) sowie die Ergebnisse aus zwei Fragebogenerhebungen zum Zeitpunkt t3. Statistisch überprüft wurden für unterschiedlich große Stichproben (zwischen 60 und 104 psychotisch erkrankte Patienten) die Unterschiede auf den Testskalen zwischen t1 und t2, t1 und t3 und zwischen t2 und t3 mittels t-Test für abhängige Stichproben. Die in der Untersuchung aufgestellten Hypothesen über eine erfolgreiche stationäre Psychosentherapie für ausgewählte Variablen der Persönlichkeit, des Erlebens und Verhaltens, der Gestaltung des Lebensumfeldes sowie der Symptomatik konnten sowohl für einen kurzfristigen (Prä/Post-Messung t1/t2) als auch längerfristigen (t1/t3) und stabilen (t2/t3) Therapieerfolg bestätigt werden. Zwischen t1 und t2 zeigten 21 (von insgesamt 26 klinisch relevanten Skalen), zwischen t1 und t3 19 der Skalen von MMPI, ISTA und GT statistisch signifikante Mittelwertsunterschiede in erwünschter Richtung, wobei die positive Wirkung auch 1 bis 7 Jahre danach insgesamt stabil blieb. (20 Skalen blieben unverändert, 4 verbesserten sich zwischen t2 und t3). Die Ergebnisse werden bestätigt durch einen varianzanalytischen Vergleich der Testwerte über alle 3 Meßzeitpunkte hinweg. Der insgesamt als positiv wahrgenommene, bleibende Klinikerfolg wird auch durch die Ergebnisse der beiden Fragebogenerhebungen bestätigt, die Variablen wie globaler Therapieerfolg, Berufssituation, Partnerschaft, Psychopharmaka-Einnahme u.a. untersuchten. Faßt man alle Ergebnisse der Studie zusammen, so ist die Schlußfolgerung berechtigt, daß in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige eine erfolgreiche Psychosen-Psychotherapie durchgeführt wird, auch wenn eine vergleichbare Kontrollgruppe nicht vorliegt. Im zweiten Teil der Arbeit werden die beiden Diagnosegruppen schizophren strukturierte (entsprechend ICD 295.0 bis 295.5 sowie 295.8 und 295.9) und narzißtisch depressive Patienten (entsprechend ICD 296.1)d in ihren Test- und Fragebogenergebnissen verglichen und aufgezeigt, daß für beide Stichproben sowohl kurzfristig als auch längerfristig ein positiver Behandlungserfolg zu beobachten ist. Dabei gestalten sich die Entwicklungsverläufe in einigen der gemessenen Variablen für die S-Gruppe anders als für die D-Gruppe.

* Dr. phil., Dipl.-Psych., Klinische Psychologin (BDP), Psychoanalytikerin, Lehranalytikerin (DAP), Leiterin der Psychologisch-Diagnostischen Abteilung der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige, wissenschaftliche Leiterin des Münchner Lehr- und Forschungsinstituts der DAP, Pressereferentin der WADP

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

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

**** Dr. med., Assistenzärztin, freie Mitarbeiterin der Psychologisch-Diagnostischen Abteilung der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige

***** Dipl.-Psych., Klinischer Psychologe (BDP), Mitarbeiter der Psychologisch-Diagnostischen Abteilung der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige

****** Vortrag gehalten auf dem 9. Weltkongreß der WADP / XXII. Internat. Symposium der DAP zum Thema »Neurose und Schizophrenie« vom 29. April bis 3.Mai 1992 an der Universität Regensburg

Die vorliegende Studie knüpft an die Arbeit der Psychologischen Abteilung der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige in München an, die sich seit den frühen achtziger Jahren zur Aufgabe gemacht hat, die Wirksamkeit von stationärer Psychotherapie schwerer Borderline- und psychotischer Erkrankungen auf testpsychologischer Ebene zu untersuchen. Hatten wir uns in den vorangegangenen Untersuchungen auf Prä-/Postmessungen konzentriert, d.h. die Aufnahme- und Entlassungs-Daten der Patienten von verschiedenen Testverfahren auf bedeutsame Veränderungen hin überprüft (vgl. *Burbiel & Wagner* 1984, *Burbiel* et al. 1989, 1990), so begannen wir im letzten Jahr mit der Arbeit an dem Münchner Katamnestik-Projekt (MKP). Auf dem 8. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry (WADP) / XXI. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) in Berlin im Jahr 1990 wurden die ersten Ergebnisse einer Fragebogenuntersuchung an 50 ehemaligen Patienten vorgetragen (vgl. *Burbiel* et al. 1990). Die Untersuchungen wurden mittlerweile mit vergrößerten Stichproben und einem erweiterten testpsychologischen Instrumentarium und zwei weiteren Fragebogenerhebungen fortgesetzt (Ich-Struktur-Test nach *Ammon* (ISTA), MMPI Saarbrücken, Gießen-Test (GT), Fragebogen zur Messung der Veränderung des Erlebens und Verhaltens (VEV) sowie zwei Katamnestik-Fragebögen). Die Ergebnisse sollen in der folgenden Arbeit vorgestellt und diskutiert werden. Dabei interessieren im wesentlichen zwei Fragenkomplexe:

1) Die Effizienz der in der Klinik praktizierten humanstrukturell-psychoanalytischen Therapie bei schizophren und narzißtisch depressiv strukturierten Patienten bei Klinikentlassung (pre/post-Messung) und 1-7 Jahre danach (follow-up): Wie ist ihre Persönlichkeitsentwicklung in gesunden und kranken Bereichen weiter verlaufen? Konnten sie die bei Klinikentlassung gewonnenen positiven Entwicklungen, wie sie testpsychologisch nachweisbar waren (vgl. *Burbiel* et al. 1990) halten, gegebenenfalls verbessern und konnten sie diese Veränderungen in ihr Lebensfeld umsetzen?

2) Vergleich des stationären Therapieergebnisses (pre/post und follow-up) zwischen den schizophren und depressiv erkrankten Patienten.

Ausgehend von einer Literaturdiskussion zur Frage der psychotherapeutischen Behandelbarkeit der Schizophrenie wird im folgenden der theoretische Hintergrund der Arbeit skizziert (Menschenbild der Dynamischen Psychiatrie *Günter Ammons*, die daraus abgeleitete Gesundheits- und Krankheitsvorstellung, Therapieziele und Erfolgskriterien in ihren Grundstrukturen, das humanstrukturelle Persönlichkeits- und Meßmodell), bevor dann im empirischen Teil der Untersuchungsplan, die Ergebnisdarstellung und -diskussion folgen.

1. Forschungsstand

Daß eine wissenschaftlich begründete Psychotherapie allein effektiver als eine Nichtbehandlung ist, bestreitet heute kein Fachmann mehr. Nachdem lange Zeit die rein medikamentöse Behandlung mit Neuroleptika die Methode

der Wahl für den Psychiater darstellte, wird heute mehr und mehr unter zunehmendem Einfluß der multifaktoriellen Theorieansätze in der Psychiatrie der Stellenwert der Psychotherapie zur Reduzierung der Rezidiv-Frequenz und zur Unterstützung des Patienten in seinem sozialen Leben betont. Der Psychotherapie wird in einem solchen Verständnis eine den Verlauf der Schizophrenie abschwächende, Rückfälle und Wiederaufnahmen reduzierende, der Chronifizierung entgegenwirkende, die Patienten und Angehörige entlastende Funktion zugeschrieben, keine jedoch die Erkrankung selbst heilende Funktion. Die Psychotherapie stellt keinen eigenständigen Faktor in der Behandlung dar, sie hat einen zur Medikamentenbehandlung zusätzlichen Effekt. U.E. bleibt damit implizit die denkerische und therapeutische Spaltung von Psychotherapie und Psychiatrie insofern bestehen, als überspitzt formuliert, die letzlich unheilbaren Krankheitssymptome in die Hand des Psychiaters, die zwischenmenschlichen Probleme und die Unterstützung sozialer Kompetenz in die Hand des Psychotherapeuten und Psychologen gehören. Eine Heilung an sich wird nicht angestrebt, da sie für aussichtslos gehalten wird. So resümiert denn auch *Wing* (1986), daß es ein zentrales Anliegen wissenschaftlichen Bemühens sein sollte, »neue Methoden zu entwickeln, mittels derer — auch auf dem Hintergrund unveränderlicher Beeinträchtigung — ein größtmögliches Funktionieren (des Patienten) erreicht und lebenslang aufrecht erhalten werden kann.«

Noch skeptischer gestaltet sich die Diskussion um den Wert von Psychotherapie in der Schizophrenie-Behandlung, wenn man diese als primäre Behandlungsform im Vergleich zur Medikamentenbehandlung angewendet wissen will. Nach *Retterstöl* (1987) sind die Forschungsergebnisse hierzu widersprüchlich: So kommt *Rachman* (1981) z.B. in seiner Übersicht über einige kontrollierte Untersuchungen zu einem eher negativen Resultat, während *Sjöström* (1985) wiederum signifikant bessere Werte in einer ganzen Reihe von Outcome-Kriterien (Hospitalisation, Arbeit, Symptome und globales Outcome) für die Psychotherapie-Patienten fanden, die mit »gematchten« Kontrollgruppen von Psychopharmaka-Patienten verglichen wurden. Ein Ergebnisvergleich ist u.E. hier problematisch, da »Psychotherapie« als einheitliche Behandlungsbedingungen betrachtet und nicht weiter präzisiert wird; was, wie, mit welcher Intensität und Qualität in der Therapie getan wird.

Auf die Ergebnisse der vergleichenden Psychotherapieforschung soll hier nicht näher eingegangen werden. Was die Schizophrenie-Psychotherapie anbelangt, so läßt sich ein Trend dahingehend beobachten, daß kognitiv-verhaltenstherapeutische Maßnahmen, unterstützend therapeutische, familientherapeutische und auch soziotherapeutische Maßnahmen mehr und mehr an Bedeutung gewinnen, wohingegen das psychoanalytische, »explorativ-einsichtsorientierte« Therapiemodell und dessen Varianten mehr und mehr an Wert für die Schizophrenie-Behandlung zu verlieren scheint (vgl. *Matussek* 1990).

In der Literatur ist man sich über psychoanalytisch und psychodynamisch orientierte Behandlungsansätze im Vergleich zu den lediglich unspezifisch

unterstützenden therapeutischen Maßnahmen nicht einig. Auch hierzu sind die Ergebnisse widersprüchlich. So sind z.B. *May* (1984) und *Carpenter* (1984) der Ansicht, daß durch unterstützende Therapie genausoviel erreicht werden könne, wie durch intensive, auf der Psychoanalyse basierende Psychotherapie. An dieser Stelle muß einmal grundlegend betont werden, daß im Forschungsvergleich und -überblick die »Psychoanalyse« ebenso wie die »Psychotherapie« nicht als einheitliche Behandlungsbedingungen aufgefaßt werden dürfen, insbesondere wenn es um die psychoanalytische Schizophrenie-Therapie geht, die eine Weiterentwicklung der psychoanalytischen Methode in vielerlei Aspekten notwendig macht (vgl. *Ammon* 1992). Es muß außerdem exemplifiziert werden, welchen Stellenwert Psychopharmaka im Gesamtbehandlungsplan der psychoanalytischen Methoden einnehmen.

Eine vergleichende Effizienzstudie der Boston Gruppe (*Stanton* et al. 1984; *Gunderson* et al. 1984) zwischen unterstützend-therapeutischen Maßnahmen und einer exploratorisch-einsichtsorientierten Psychotherapie an 95 über zwei Jahre hinweg behandelten schizophren kranken Patienten, kam nach *Retterstöl* (1987) zu folgendem Ergebnis: »Die Psychotherapie schien die Ich-Funktionen etwas günstiger zu beeinflussen, während die unterstützende Therapie eher geeignet war, Rezidiven vorzubeugen und soziale Anpassung zu erleichtern.« Die zukünftige Forschung sollte sich u.E. auf die Überprüfung der aus den spezifischen Therapiezielen abgeleiteten Effekte der verschiedenen Therapieansätze konzentrieren und danach fragen, welchen Stellenwert diese Effekte für einen längerfristigen und stabilen Behandlungserfolg der Schizophrenie haben. In einer derzeit sich in Planung befindlichen Verbundforschung der WADP mit dem St. Petersburger Bechterew-Institut, der Deutschen Akademie für Psychoanalyse und Zentren aus Israel soll beispielsweise u.a. die Hypothese überprüft werden, ob eine psychoanalytische Psychosentherapie bei möglichst geringer bzw. ausgeblendeter Psychopharmaka-Zugabe im Vergleich zu ausschließlich unterstützend-psychotherapeutischen Maßnahmen kombiniert mit Psychopharmaka im langfristigen Verlauf effektiver hinsichtlich sozialer Anpassung und Persönlichkeitsstrukturveränderungen ist.

Seit den 60iger Jahren hat die Psychotherapieforschung einen ungeheuren Aufschwung erfahren. Umsomehr verwundert es, daß katamnestische Untersuchungen dabei nur wenig Anteil gehabt haben, wobei nur diese Auskunft über den längerfristigen Erfolg der Therapiemethoden geben können. *Karl Lensch* weist zu Beginn seiner Übersichtsarbeit über »Katamnestische Untersuchungen in der Psychotherapie — Probleme und bisherige Ergebnisse« (1984) unter Hinzuziehung einiger großer Übersichtsarbeiten über Psychotherapiestudien aus den 80iger Jahren (vgl. *Malan* 1973; *Bergin* 1971; *Luborsky* et al. 1975; *Keeley* et al. 1976; *Speierer* 1978; *Smith & Glass* 1977) auf den »Mangel an längerfristigen katamnestischen Verlaufsuntersuchungen« hin. So fanden z.B. *Smith & Glass* (1977) aufgrund einer statistischen Analyse von insgesamt 375 kontrollierten Psychotherapie-Erfolgsstudien, bei denen immerhin insgesamt 50 000 behandelte Patienten und Kontrollpersonen überprüft wurden,

daß der Katamnesezeitraum im Durchschnitt nur 4 Monate betrug. Hinzu kommt, daß von der großen und aufwendigen *Menninger*-Studie (vgl. *Kernberg* et al. 1972) einmal abgesehen, der Anteil an katamnestischen Psychotherapiestudien, die eine längerfristige Nachuntersuchung von schweren Borderline- und psychotischen Patienten unternehmen, verschwindend gering ist.

2. *Menschenbild, Krankheits- und Gesundheitsverständnis, Humanstruktur-Modell und Behandlungsziele der Dynamischen Psychiatrie Günter Ammons*

Psychotherapie-Erfolg ist relativ und kann nur in Zusammenhang mit den therapeutischen Zielen untersucht werden, die wiederum aus dem der psychotherapeutischen Schule zugrundeliegenden Menschenbild abgeleitet werden (vgl. z.B. *Ammon* et al. 1982; *Leichsenring, Hager* 1986). Im folgenden wollen wir anhand der Tab. 1 das Menschenbild, die daraus abgeleitete Gesundheits-und Krankheitsvorstellung, Therapieziele und Erfolgskriterien der Dynamischen Psychiatrie *Günter Ammons* in ihren wesentlichen Grundstrukturen kurz darstellen und aufzeigen, wie konsequenterweise sich eins aus dem anderen ableiten läßt, ohne den Anspruch auf Vollständigkeit einer Systematik zu erheben.

Menschenbild
● Ganzheitlichkeit ● Mehrdimensionalität ● Entwicklung ● Identität ● Gruppe ● Unbewußtes
Gesundheits- und Krankheitsbegriff
● gleitendes Spektrum von gesund und krank ● mehrdimensional ● dynamisch ● prozeßhaft ● konstruktive, destruktive und defizitäre Humanstrukturentwicklung
Therapieziel
● Identitätsentwicklung ● Lebensstil ● Strukturell: Nachentwicklung, Differenzierung und Integration der Humanstruktur in Richtung konstruktiver Struktur ● Symptomreduzierung
Erfolgskriterien
● Phänomenologisch: Entwicklung der Kontakt-, Lern-, Erlebnisfähigkeit etc.; Entwicklung des Lebensfeldes ● Strukturell: Abnahme defizitärer und destruktiver, Zunahme konstruktiver Strukturen ● Wegfall, Reduzierung d. Symptome; Verringerung des Schweregrades und der Lebensbeeinträchtigung durch Symptome

Tab. 1: Menschenbild, Gesundheits- und Krankheitsbegriff, Therapieziele und Erfolgskriterien der Dynamischen Psychiatrie in ihren wesentlichen Grundstrukturen

Wesentliche Bestandteile des Menschenbildes der Humanstrukturologie sind, den Menschen ganzheitlich und mehrdimensional in seinen seelischen, geistigen und körperlichen Seiten, in seinen gesunden und kranken Anteilen und in seiner Identitätsentwicklung zu sehen. Dabei wird Entwicklung als ein permanenter Prozeß verstanden, der von der Geburt bis zum Tode reicht. »Identität ist das Bleibende in einer Persönlichkeit und sie ist gleichzeitig nichts Bleibendes. Identität ist ein Prozeß, ein fortwährendes Suchen, eine fortwährende Entwicklung« (*Ammon* 1986).

Entsprechend führt *Ammons* Gesundheitsbegriff weg von der eher statischen Betrachtungsweise eines möglichst stabil bleibenden Wohlbefindens hin zu einem dynamischen und prozeßhaft zu sehenden Gesundheitsverständnis, das den Menschen als einen Werdenden begreift, der seine Identität immer wieder neu gestaltet in Richtung auf neue Entwicklungsmöglichkeiten und Ziele, ohne das bereits Erreichte aufzugeben. Entwicklung ist nur in Beziehung zur Gruppe zu denken. Unter gesunder Entwicklung versteht *Ammon* die Möglichkeit, entwicklungsfähig zu bleiben, Sozialenergie (*Ammon* 1981, 1982) annehmen und in Human/Ich-Struktur umwandeln und wieder in die Gruppe geben zu können. Strukturell gesehen äußert sich dies in einer vorwiegend konstruktiv verlaufenden Human (Ich-)-Strukturentwicklung eines Menschen (Tab. 1).

In der von *Ammon* 1976 formulierten und in den folgenden Arbeiten differenzierten Humanstruktur-Modell (vgl. z.B. *Ammon* 1976, 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 seiner 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, die von Geburt an das körperlich-geistige Potential des Menschen ganzheitlich strukturiert und dynamisiert.

Kranksein ist nach *Ammon* 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, d.h. Desintegration der verschiedenen Ich-Funktionen bzw. Humanfunktionen

(vgl. *Ammon* 1985). Krankheit bedeutet Stillstand von Entwicklung, eine Arretierung und ständige Wiederholung von Dynamiken, die keine strukturverändernde Sozialenergieaufnahme zulassen. Dadurch ist der für die Entwicklung notwendige Differenzierungs- und Integrationsprozeß blockiert, was sich in einer vorwiegend destruktiv-defizitären Humanstruktur zeigt.

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. Es wird deutlich, daß bei *Ammon* Persönlichkeitsstruktur und Krankheitssymptome konzeptionell als nicht voneinander getrennt aufgefaßt werden können. Mit der Gesundung der Humanstruktur, d.h. deren Nachentwicklung, deren Veränderung von mehr destruktiv-defizitären Anteilen hin zu mehr Konstruktivität und Differenzierung der Humanfunktionen in Richtung auf eine größere Mehrdimensionalität der Gesamtpersönlichkeit des Menschen bei gleichzeitiger Stärkung der Integrations- und Identitätskraft, verschwinden die Symptome »wie von selbst«, ohne daß direkt an den Symptomen gearbeitet wird. Dabei muß diese Entwicklung an der Basis der Persönlichkeit, dem unbewußten Kern der Humanstruktur ansetzen, um nicht nur vorübergehende Besserungen in der Befindlichkeit des Menschen, sondern grundlegende Strukturveränderungen der Persönlichkeit zu erreichen.

Damit ist in wenigen Sätzen das übergeordnete Therapieziel der Dynamischen Psychiatrie formuliert, aus denen sich dann die Erfolgskriterien (vgl. Tab. 1) ableiten lassen, wie z.B. auf der strukturellen Ebene eine Zunahme an konstruktiven Humanfunktionen bei gleichzeitiger Abnahme defizitärer und destruktiver Verformungen von Humanfunktionen. Auf phänomenologischer Ebene kann sich dies in einer Zunahme der Kontaktfähigkeit, Steigerung der Frustrationstoleranz, Aufbau des Selbstwertgefühls, Interesse an anderen Menschen und Dingen, Entwicklung übergeordneter Ziele und Werte u.v.a. zeigen.

3. Humanstrukturelle Psychotherapie der Psychosen in der Dynamischen Psychiatrie

Die Dynamische Psychiatrie mit ihrer Humanstrukturologie steht in der Tradition der Psychoanalyse, sie hat sich aber von der Trieblehre *Freuds* getrennt unter Beibehaltung von grundlegenden Konzepten und Arbeitselementen, wie z.B. die Arbeit mit Übertragung, Gegenübertragung, Widerstand und dem Unbewußten. Allerdings werden diese Begriffe bei *Ammon* theoretisch anders gefaßt, basierend auf den Grundkonzepten der Humanstrukturologie, nämlich dem Konzept der Humanstruktur, der Gruppendynamik und der Sozialenergie. Die auf Neurosen angewandte Behandlungsmethodik kann allein

schon wegen der unterschiedlichen Ätiologie von Schizophrenie und Neurose und dem damit nicht gelungenen Symbiose- und Ödipuskomplex nicht ohne weiteres auf die Behandlung von Schizophrenien übertragen werden.

Ammon (1992) ist erst kürzlich in seinem Eröffnungsvortrag für den 9. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP ausführlich auf diese Fragestellung eingegangen. Im Unterschied zur neurotischen Erkrankung, bei der es sich nach *Ammon* um keine »reale Strukturschädigung der Persönlichkeit, sondern nur um eine graduelle Beeinträchtigung der psychischen Funktionen« handelt, führt die »nicht-gelungene Abgrenzung aus der frühkindlichen, präödipalen Symbiose mit der sozialenergetischen, gruppendynamischen Gestörtheit innerhalb der Primärgruppe« zu einer »Arretierung der psychischen Persönlichkeitsentwicklung, einem realen Defekt, zu einem 'Loch im Ich' in der Humanstruktur, die durch Symptome abgewehrt werden soll.« Die unterschiedliche Genese und Struktur der beiden Erkrankungen machen unterschiedliche Konzeptionen in der psychoanalytischen Behandlung notwendig: »Während der neurotisch reagierende Patient die strukturellen psychischen Voraussetzungen für die analytische Arbeit bereits mit in die Behandlung bringt — und zwar in Form seiner wenigstens annähernd kohärenten Ich-Struktur, die es ihm ermöglicht, Einsicht in sein Erleben und Verhalten zu gewinnen —, läßt der Ich-kranke Patient gerade diese Voraussetzung für eine analytische Arbeit vermissen. Er ist aus diesem Grunde tatsächlich zunächst nicht analysierbar und ist darauf angewiesen, daß die analytische Therapie selbst allmählich die Voraussetzungen für seine Analysierbarkeit schafft« (*Ammon* 1992). Nach *Ammons* Erfahrung »stellt das narzißtische Defizit das Problem der Anfangsphase des therapeutischen Prozesses in der Behandlung der Schizophrenie dar, an die sich erst dann eine eher neurosentherapeutische Phase der Behandlung anschließt, wenn die primäre Ich- und Identitätsproblematik bearbeitet werden konnte. Für die Therapie kommt es daher zunächst einmal darauf an, dem Patienten das verlorengegangene äußere Stützgewebe, das er in seiner ausagierenden Gruppenpathologie gesucht hat, zu ersetzen. Sie muß dem Patienten erst einmal ein Gerüst anbieten, mit dessen Hilfe er sich stabilisieren kann« (*Ammon* 1992). Es kann also bei der Suche nach der geeigneten Therapieform für die Schizophrenie nicht um die Frage gehen, ob eine »unterstützende« oder »psychoanalytische« Therapie zum besseren Ergebnis führt, sondern unserer Auffassung nach sind unterstützende Maßnahmen gerade in der Anfangsphase ein notwendiger integraler Bestandteil einer psychoanalytischen Schizophrenie-Psychotherapie. Außerdem sollte die stationäre Behandlung in einer emotional und sozial unterstützenden Atmosphäre stattfinden. Zur Nachentwicklung der defekten und desintegrierten Persönlichkeitsstruktur des schizophren erkrankten Patienten muß eine integrierende und ganzheitlich angelegte Behandlungskonzeption angeboten werden.

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 milieutherapeutisches Feld auf. »Die gesamte Klinik wird danach als ein therapeutisches Instrument verstanden und organisiert, dessen Aufgabe darin besteht, ein therapeutisches Milieu herzustellen, das sich mit dem Patienten als Person, d.h. in seiner körperlichen, psychischen und sozialen Ganzheit auseinandersetzt. Es liegt auf der Hand, daß ein solches Behandlungsprogramm das gesamte Team der jeweiligen Institution hilfstherapeutisch miteinbeziehen muß« (*Ammon* 1973). Differenzierungsangebote bilden hier die verschiedenen therapeutischen Facetten, z.B. die formale Einzel- und Gruppenpsychotherapie, die projektbezogene Milieutherapie, weitere vorwiegend non-verbale 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. *Schmidts* 1990).

Um langfristige Therapieerfolge zu gewährleisten, muß eine humanstrukturelle Therapie an der gesamten Identität, die im zentralen unbewußten Persönlichkeitsbereich wurzelt, und nicht nur an der Pathologie ansetzen. Anders als in den biologischen und multifaktoriellen Schizophrenie-Modellen, bildet die Identität die Basis für menschliches Gesund- und Kranksein, die als geistig-psychisches Prinzip alle Humanfunktionen des Menschen koordiniert und integriert. Es 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. »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). Der Neuroleptika-Therapie spricht die Dynamische Psychiatrie nur einen sekundären Stellenwert zu: Neuroleptika werden nur dann in einer möglichst geringen Dosierung verabreicht, wenn der für die Psychotherapie notwendige Kontakt zum Patienten abzubrechen droht.

Der Therapieverlauf wird bei Aufnahme und Entlassung und während des stationären Aufenthaltes ständig in den Kontrollgruppen des Teams, in Großgruppen, in Case-Konferenzen, über soziometrische und insbesondere psychologische Testverfahren u.a. überprüft und teilweise festgehalten. Der idealtypische Ablauf der Datenerhebung bei Aufnahme, während der Behandlung und Entlassung findet sich im zweiten Band des Handbuches der Dynamischen Psychiatrie (*Ammon* et al. 1982).

Bei der psychologischen Aufnahme wird mit jedem Patienten neben der psychologischen Anamnese eine testpsychologische Untersuchung durchgeführt, deren Ergebnisse individuell mit jedem Patienten besprochen werden. Zur Testbatterie gehören der Ich-Struktur-Test nach *Ammon* (ISTA), dessen

Skalen der Angst, Abgrenzung, Aggression und des Narzißmus auf der Basis der humanstrukturellen Theorie formuliert sind, das Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) von *Hathaway & McKinley* in der Kurzform von *Gehring & Blaser,* der Gießen-Test (GT) nach *Beckmann & Richter,* das Freiburger Persönlichkeitsinventar von *Fahrenberg, Selg & Hampel* (FPI), der *Wartegg*-Zeichentest, weitere Zeichentests, der IST 70 nach *Amthauer,* der *Benton*-Test u.a. Je nach spezieller Fragestellung werden auch Zusatztests eingesetzt. In den Case-Konferenzen werden diese Ergebnisse gemeinsam mit dem Psychiater, Internisten, Einzel- und Gruppenpsychotherapeuten, Kunsttherapeuten und Milieutherapeuten zu einem individuellen Persönlichkeitsprofil zusammengefügt, das die Ausprägung und die Richtung der Humanfunktionen in ihren konstruktiven, destruktiven und defizitären Qualitäten beschreibt. »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, Stagnation und Ansatzpunkten für weitere Entwicklungen. Dabei wird die einmal getroffene diagnostische Beschreibung bzw. die 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 Erfolg der Behandlung wird während des stationären Aufenthaltes und neuerdings auch katamnestisch auf testpsychologischer und Fragebogen-Ebene überprüft. Untersucht werden soll, entsprechend dem Therapieziel, Erfolg und Stabilität der erreichten Strukturveränderung im unbewußten Humanbereich der Patienten.

4. Fragestellungen und Hypothesen der Untersuchung

Der empirischen Untersuchung liegen folgende *zwei Fragestellungen* zugrunde:

1. Wie ist die Effizienz der in der Klinik praktizierten humanstrukturell-psychoanalytischen Therapie psychotisch strukturierte Patienten bei Klinikentlassung (Prä-/Post-Messung) und 1—7 Jahre danach (Follow-up) hinsichtlich einiger ausgewählter Persönlichkeitskonstrukte (unter besonderer Berücksichtigung der Humanfunktionen der Aggression, Angst, Abgrenzung und des Narzißmus) und Variablen des Erlebens, Verhaltens, Lebensumfeldes und der Symptomatologie der Patienten?

2. Gibt es diesbezüglich Unterschiede zwischen schizophren und narzißtisch depressiv strukturierten Patienten?

Auf dem Hintergrund der Theorie der nachholenden Persönlichkeits- (Ich-) Entwicklung durch humanstrukturell-psychoanalytische Psychotherapie bei psychotisch erkrankten Patienten (zusammengefaßt dargestellt für schizophren und psychotisch depressiv erkrankte Patienten bei *Burbiel* et al. 1990) werden folgende Hypothesen und Teilfragestellungen formuliert:

Hypothesen zur Fragestellung 1:

H 1: Stationäre Psychotherapie der Psychosen ist wirksam: Im Verlauf des stationären psychotherapeutischen Prozesses (zwischen Klinikaufnahme t1 und Entlassung t2) nehmen bei den psychotisch strukturierten Patienten die kranken (destruktiven und defizitären) Humanstrukturanteile und die Symptomatologie signifikant ab bei einer gleichzeitig signifikanten Zunahme gesunder (konstruktiver) Humanstrukturanteile (unter besonderer Berücksichtigung der Humanfunktionen der Aggression, Angst, Abgrenzung und des Narzißmus).

H 2: Stationäre Psychotherapie psychotisch strukturierter Patienten hat auch langfristig Erfolg: 1—7 Jahre nach Klinikentlassung läßt sich zum Katamnesezeitpunkt t3 im Vergleich zur Klinikaufnahme (t1) eine insgesamt positive Entwicklung der Persönlichkeit (Abnahme defizitärer und destruktiver Humanstrukturanteile, Zunahme konstruktiver Anteile) und Reduktion der Symptomatologie beobachten.

H 3: Der Erfolg der stationären Psychotherapie zum Zeitpunkt der Klinikentlassung (t2) bleibt längerfristig, d.h. 1—7 Jahre danach (t3) stabil bzw. kann noch zunehmen.

H 4: Die Humanstruktur ehemals psychotisch strukturierter Patienten (insbesondere die Humanfunktionen der Aggression, Angst, Abgrenzung nach innen und außen und des Narzißmus sowie weitere Erlebens- und Verhaltensfunktionen) und die Symptomatik nehmen über alle drei Meßzeitpunkte hinweg, also Aufnahme (t1), Entlassung (t2) und 1—7 Jahre danach (t3) eine insgesamt signifikant positive Entwicklung.

Zur Überprüfung der Frage, ob und inwieweit die Patienten diese mögliche Entwicklung auch konstruktiv in ihr Lebensfeld umsetzen konnten, formulieren wir H 5:

H 5: Ehemalig psychotisch strukturierte Patienten nehmen 1—7 Jahre nach stationärer Psychosentherapie positive Entwicklungen wahr, beispielsweise in den Bereichen der Partnerschaft, der Wohn-, Lebens-, Freizeit- und Arbeitssituation, der allgemeinen Lebenszufriedenheit, von Kontakt- und Persönlichkeitsentwicklung und Sexualität. Außerdem interessiert die Frage nach der weiteren Abhängigkeit von Psychopharmaka.

Zur Beantwortung von Fragestellung 2 der Untersuchung wird überprüft, ob die oben formulierten Hypothesen auch für depressiv und schizophren

strukturierte Patienten gelten und wie sich diesbezüglich beide Diagnosegruppen von einander unterscheiden lassen. Wir formulieren folgende Teilfragestellungen:

Teilfragestellungen zu Fragestellung 2:

Tf 1: Gilt H 1 (signifikanter Klinikerfolg für Meßzeitraum t1t2) auch für die Teilstichproben der schizophren und narzißtisch depressiv strukturierten Patienten? Gibt es gegebenenfalls Unterschiede in der nachholenden Persönlichkeitsentwicklung und der Symptomreduktion?

Der Frage nach den Unterschieden zwischen den beiden Diagnosegruppen soll auch in allen Teilfragestellungen Tf 2 — Tf 5 nachgegangen werden.

Tf 2: Gilt H 2 (längerfristiger Therapieerfolg für Meßzeitraum t1t3) auch für die Teilstichproben der schizophren und narzißtisch depressiv strukturierten Patienten?

Tf 3: Gilt H 3 (Stabilität des Klinikerfolgs bzw. weitergehende Verbesserung zwischen t2 und t3) auch für die beiden Teilstichproben der schizophren und narzißtisch depressiv strukturierten Patienten?

Tf 4: Untersucht werden soll, ob die über alle drei Meßzeitpunkte hinweg postulierte positive Entwicklung auch für die Teilstichproben der schizophren und der narzißtisch depressiv strukturierten Patienten gilt.

Tf 5: Unterscheidet sich die Gruppe der narzißtisch depressiv strukturierten Patienten von der Gruppe der schizophren strukturierten Patienten hinsichtlich der in H 5 aufgeführten outcome-Variablen?

5. Methodik

5.1 Modell der humanstrukturellen Persönlichkeitsmessung

Die unbewußte 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 Abb. 1 dargestellt.

Das Meßmodell wurde bereits 1990 auf dem Weltkongreß der WADP ausführlich vorgestellt (*Burbiel* et al. 1990). Die unbewußte Humanstruktur ist sowohl über die primären biologischen, die sekundären Funktionen des Erlebens- und Verhaltensbereiches des Menschen (z.B. über Fragebögen, Testverfahren, Interviews usw.) und über die Symptomatologie (z.B. über standardisierte Erhebungsfragebögen und Dokumentationssysteme, MMPI, Depressionsskalen u.a.) beobachtbar und damit indirekt schätzbar. Wir gehen davon aus, daß sich die Persönlichkeitsstruktur eines Menschen auch darin widerspiegelt, wie er sein gesamtes Lebensfeld gestaltet, zu dem z.B. die Wohnung, Partnerschaft, Freundschaft, Arbeit und Tätigsein, Interessen und berufliche Aktivitäten gehören, die insgesamt mit höheren geistigen, religiösen und humanitären Zielen den Lebensstil eines Menschen ausmachen. Indikatoren

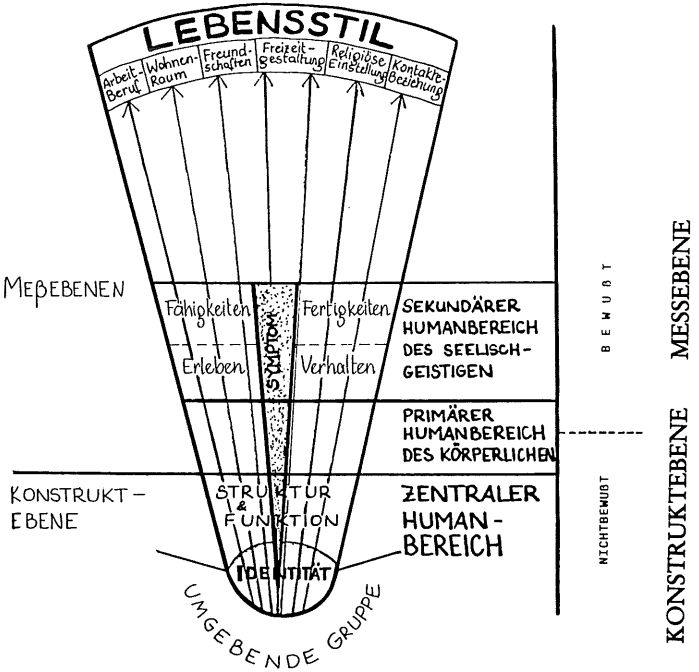


Abb. 1: Modell der humanstrukturellen Persönlichkeitsmessung mit den Meßebenen des Erlebens, Verhaltens, der Symptomatik, der Fähigkeiten und Fertigkeiten und der verschiedenen Lebensfelder, die insgesamt den Lebensstil ausmachen.

dafür können ebenfalls aus Interviews, Fragebögen, usw. gewonnen werden. Von den Ergebnissen der verschiedenen Meßmethoden kann über eine humanstrukturelle Interpretation, die die Daten auf einer theoretischen Ebene integriert, auf den Entwicklungsstand der unbewußten Humanstruktur rückgeschlossen werden. Das Modell bietet sich als Effizienzmodell insofern an, als es strukturelle Persönlichkeitsveränderungen über beobachtbare Veränderungen der Indikatoren auf den verschiedenen Meßebenen einschätzen kann.

5.2 Variablen und Erhebungsmethoden der Untersuchung

Zur Datenerhebung wurden folgende Verfahren eingesetzt:

— der Ich-Struktur-Test nach *Ammon* (ISTA) mit den Skalen Aggression, Angst, Abgrenzung nach innen und außen und Narzißmus. Die Skalen und deren Kurzbeschreibung sind in Tab. 2a zusammengestellt.

— das Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) nach *Hathaway* und *McKinley* in der Kurzfassung von *Gehring* und *Blaser* mit den für die Untersuchung ausgewählten Skalen (vgl. Tab. 2 b).

— der Gießen-Test (GT) nach *Beckmann* und *Richter* mit den Skalen »Soziale Resonanz« (NR/PR), »Dominanz« (DO/GE), »Kontrolle« (UK/ZW), »Grundstimmung« (HM/DE), »Durchlässigkeit« (DU/RE), »Soziale Potenz« (PO/IP). (Kurzbeschreibung siehe Tab. 2 c).
— der Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV) nach *Zielke* und *Kopf-Mehnert.*
— die Katamnestik-Fragebögen 1 und 2, entwickelt in der psychologisch-diagnostischen Abteilung der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige.

ISTA-Skalen	Beschreibung
Agression	Qualität des sozialen und sachlichen Umweltbezugs auf geistiger, seelischer und körperlicher Ebene
konstruktiv	Fähigkeit, Beziehungen zu anderen Menschen und zu Aufgaben einzugehen und aufrecht zu erhalten; aktive Gestaltung der Lebensbedingungen; Entwicklung und Vertretung eigener Standpunkte und Ziele
destruktiv	Beziehungs- und Kontaktabbrüche; gestörte Aggressionsregulation i.S. destruktiver Durchbrüche; Entwertung anderer Menschen, Zynismus, Rachegefühle
defizitär	Passive Zurückgezogenheit von Menschen und Dingen; mangelnder Bezug zu eigenen Bedürfnissen, Zielen, Interessen; Gefühle der inneren Leere und Teilnahmslosigkeit, Vermeidung von Auseinandersetzungen und Rivalitätssituationen
Angst	Qualität der Mobilisierung von Verhaltensweisen der Situations- und Angstbewältigung
konstruktiv	Angst wird als realistisches Gefahrensignal gespürt und in angemessenes Bewältigungsverhalten umgesetzt. Angst vor neuen Beziehungen und Aufgaben kann toleriert werden und aktiviert die Person
destruktiv	Es wird mehr Angst erlebt, als situativ angemessen wäre (z.B. Phobie, Vernichtungs- und Verlassenheitsangst). Angst bewirkt Vermeidungsverhalten, insbesondere Vermeidung neuer Erfahrungen und Beziehungen; Angst wirkt inaktivierend bzw. lähmend
defizitär	Unfähigkeit, Angst als Angst bei sich und anderen wahrzunehmen. Gefährdungen werden unterschätzt oder gar nicht bemerkt mit der Folge des Ausbleibens von angemessenem Bewältigungsverhalten. Tendenz zur Selbstgefährdung
Ich-Abgrenzung nach außen	Qualität der Differenzierung von Ich und Nicht-Ich; Beziehungsregulation zwischen Personen und Umwelt
konstruktiv	Fähigkeit, zwischen eigenen Bedürfnissen und Standpunkten und denen anderer Menschen unterscheiden zu können; Fähigkeit, sich ohne Aufgabe eigener Identität in andere Menschen hineinversetzen zu können; Anpassungsfähigkeit; situationsbezogene Flexibilität
destruktiv	Mangelnde emotionale Anteilnahme an anderen Menschen und Ereignissen; Unsensibilität, Unverständnis für Bedürfnisse und Interessen anderer; fehlende Kompromißbereitschaft; Rigidität
defizitär	Unfähigkeit, zwischen Ich und Nicht-Ich zu unterscheiden; chamäleonhafte Übernahme der Gefühle und Standpunkte anderer; Unfähigkeit, nein zu sagen; soziale Überangepaßtheit mit der Folge der Angst vor Vereinnahmung

Fortsetzung nächste Seite

Ich-Abgrenzung nach innen	Qualität der Beziehungsregulation zwischen bewußtem Ich und Inhalten des Unbewußten, der Unterscheidung von Gegenwart und Vergangenem i.S. der verinnerlichten Primärgruppendynamik
konstruktiv	Fähigkeit zur flexiblen Öffnung dem Unbewußten gegenüber; Traumfähigkeit, Phantasiereichtum ohne Realitätsverlust; Fähigkeit, aktuelle Beziehungen und Situationen von vergangenen zu unterscheiden
destruktiv	Fehlender Zugang zum Unbewußten; mangelnde Traumfähigkeit, Phantasiearmut, Gefühlsarmut; fehlender Bezug zur eigenen Geschichte
defizitär	Überschwemmung mit Inhalten des Unbewußten; Ausgeliefertsein an Gefühle, Phantasien, Träume; Konzentrations- und Schlafstörungen; inadäquate Verankerung von Gefühlen in der sozialen Realität der Gegenwart
Narzißmus	Qualität der Beziehung einer Person zu sich selbst durch selbstbezogene Gedanken, Gefühle, Motivationen und Handlungen
konstruktiv	nicht-egoistische Form der Selbstliebe; positives Gefühl der eigenen Bedeutung und Wichtigkeit; liebevoller Umgang mit den eigenen Bedürfnissen, Fähigkeiten, Interessen, dem eigenen Körper und auch eigenen Schwächen; Selbstvertrauen in sozialen Beziehungen
destruktiv	übersteigerte Form der Selbstliebe, Größenphantasien; Mißtrauen anderen Menschen gegenüber, Gefühl, nicht verstanden und geschätzt zu werden; häufiges Gekränktsein; Negativismus
defizitär	fehlende Selbstliebe, Gefühl eigener Bedeutungslosigkeit und Austauschbarkeit; Kleinheitsgefühl; Zurücknahme von eigenen Interessen und Bedürfnissen als unwichtig; Erfahrung, häufig übersehen und vergessen zu werden

Tab. 2a: Kurzbeschreibung der für die Untersuchung als klinisch relevant definierten Skalen des ISTA (Ich-Struktur Test nach Ammon)

MMPI-Skalen	Kurzbeschreibung nach Hathaway & McKinley
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, non-konformistisch; mögliche Probleme mit Alkohol oder Drogen u.a.
PA (Paranoia)	Agressivität, Feindseligkeit, Argwohn, Überempfindlichkeit u.a.
PT (Psychasthenie)	Selbstunsicherheit, Ängstlichkeit, Zwanghaftigkeit u.a.
SC (Schizoidie)	in sich zurückgezogen, sich abschließen; 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. 2b: Kurzbeschreibung der für die Untersuchung als klinisch relevant definierten Skalen des MMPI (nach Hathaway & McKinley)

GT-Skalen	Beschreibung nach Beckmann & Richter
Skala 1 »Soziale Resonanz«	»negativ sozial resonant« (NR) unattraktiv, unbeliebt, mißachtet, in der Arbeit kritisiert, nicht durchsetzungsfähig, an schönem Aussehen desinteressiert »positiv sozial resonant« (PR) anziehend, beliebt, geachtet, in der Arbeit geschätzt, durchsetzungsfähig, an schönem Aussehen interessiert
Skala 2 »Dominanz«	»dominant« (DO) häufig in Auseinandersetzungen verstrickt, eigensinnig, gern dominierend, begabt zum Schauspielern, schwierig in enger Kooperation, ungeduldig »gefügig« (GE) selten in Auseinandersetzungen verstrickt, fügsam, gern sich unterordnend, unbegabt zum Schauspielern, unschwierig in enger Kooperation, geduldig
Skala 3 »Kontrolle«	»unterkontrolliert« (UK) unbegabt im Umgang mit Geld, unordentlich, bequem, eher pseudologisch, unstetig, fähig zum Ausgelassensein »überkontrolliert« (ZW) begabt im Umgang mit Geld, überordentlich, übereifrig, eher wahrheitsfanatisch, stetig, unfähig zum Ausgelassensein
Skala 4 »Grundstimmung«	»hypomanisch« (HM) selten bedrückt, wenig zur Selbstreflektion neigend, wenig ängstlich, kaum selbstkritisch, Ärger eher herauslassend, eher unabhängig »depressiv« (DE) häufig bedrückt, stark zur Selbstreflektion neigend, sehr ängstlich, sehr selbstkritisch, Ärger eher hineinfressend, eher abhängig
Skala 5 »Durchlässigkeit«	»durchlässig« (DU) aufgeschlossen, anderen nahe, eher viel preisgebend, Liebesbedürfnisse offen ausdrückend, eher vertrauensselig, intensiv in der Liebe erlebnisfähig »retentiv« (RE) verschlossen, anderen fern, eher wenig preisgebend, Liebesbedürfnisse zurückhaltend, eher mißtrauisch, in der Liebe wenig erlebnisfähig
Skala 6 »Soziale Potenz«	»sozial potent« (PO) gesellig, im heterosexuellen Kontakt unbefangen, sehr hingabefähig, deutlich konkurrierend, fähig zu Dauerbindung, phantasiereich »sozial impotent« (IP) ungesellig, im heterosexuellen Kontakt befangen, wenig hingabefähig, kaum konkurrierend, kaum fähig zu Dauerverbindung, phantasiearm

Tab. 2c: Kurzbeschreibung der für die Untersuchung als klinisch relevant definierten Skalen des GT (nach Beckmann & Richter)

Mit den für die vorliegende Untersuchung als klinisch relevant und veränderungssensitiv definierten 26 Testskalen, wie sie in den Tabellen 2a bis 2c zusammengestellt sind, werden Persönlichkeits-, Erlebens-, Verhaltens- (ISTA, GT, MMPI, VEV) und Symptom-Variablen (MMPI, GT) über subjektive Einschätzungen erfaßt. Da die theoretische Grundlage für die Interpretation der Testergebnisse das Humanstrukturmodell sein soll (vgl. Abb. 1), müssen die MMPI- und GT-Skalen inhaltlich den ISTA-Skalen zugeordnet werden. Die Skalenzuordnung (vgl. *Burbiel* et al. 1990) erfolgt dabei aufgrund der Kenntnis der Aussagenbereiche der verschiedenen Skalen und deren Relevanz für die humanstrukturelle Beschreibung der Persönlichkeit sowie aufgrund klinisch-diagnostischer Erfahrung.

Der Katamnestik-Fragebogen 1 (F1) erfaßt anhand von 5-Punkte-Schätzskalen, multiple-choice- und halbstrukturierten Fragen folgende Variablen: Vorbehandlung, Entlassungsmodus, Nachbehandlung, Aufnahmegrund, Persönlichkeitsentwicklung, Kontaktfähigkeit, Symptomatologie, Berufs- bzw.

Ausbildungssituation, Freizeitgestaltung, Wohnsituation und globaler Therapieerfolg. Im Fragebogen 2 (F2) werden die Rating-Fragen zur Symptomatik, Persönlichkeitsentwicklung, Kontaktfähigkeit, Berufs-, Ausbildungs-, Freizeit- und Wohnsituation aus F1 wiederholt. Zusätzliche Fragestellungen sollten detailliertere Informationen über Anzahl und Dauer ambulanter Therapien nach Klinikentlassung, weitere stationäre Klinikaufenthalte, Sexualität, Identitätsentwicklung, Kontinuität im Beruf, psychische und körperliche Beschwerden, Psychopharmaka-Einnahme, Freizeitgestaltung, Umgang mit Krisensituationen, Rückfallquote, Werte im Leben und anderes liefern.

5.3. Stichprobe und Untersuchungsablauf

Die Gesamtstichprobe der Untersuchung besteht aus N=254 in die Klinik Menterschwaige erstmals aufgenommenen schizophren strukturierten (ICD) 295.0 bis 295.5 sowie 295.8 und 295.9) und narzißtisch depressiv strukturierten Patienten (ICD 296.1), die bei einer Mindestbehandlungszeit von 6 Wochen in dem Zeitraum vom 1.1.83 bis 30.4.91 aus der Klinik entlassen wurden. Das Durchschnittsalter der Gesamtstichprobe beträgt 31,4 Jahre (s=9,1); die Verweildauer der stationären Therapie in der Klinik beläuft sich im Durchschnitt auf 10,2 Monate (s=7,5); 40% sind männlichen, 60% weiblichen Geschlechts; 65% gehören zur Gruppe der schizophren strukturierten Patienten, 35% zur Gruppe der narzißtisch depressiv strukturierten Patienten.

Von den N=254 behandelten psychotisch strukturierten Patienten konnten unterschiedlich große Stichproben für die Überprüfung der Hypothesen herangezogen werden, je nachdem, von wieviel Patienten wir Testdaten für die Meßzeiträume t1t2 und t1t3 bzw. t2t3 sowie über alle drei Meßzeitpunkte hinweg gewinnen konnten. Der Übersicht halber sollen die Stichprobengrößen daher nicht hier, sondern jeweils in den Kapiteln zur Hypothesenüberprüfung (vgl. Kap. 6) angegeben werden.

Allen Patienten der Gesamtstichprobe N wurde zum Zeitpunkt t3 der Fragebogen 1 (F1) zugesandt. (Zum Ablauf der Untersuchung siehe Abb. 2) Patienten, die nicht geantwortet haben, wurden ein zweites bzw. ein drittes Mal angeschrieben, mit der Bitte um Mitarbeit an dieser Studie. Fehlende oder veränderte Anschriften wurden über Einwohnermeldeämter oder Verwandte ermittelt. Insgesamt 104 Patienten schickten den Fragebogen 1 ausgefüllt zurück. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 41%. 15% der Patienten verweigerten telefonisch oder schriftlich ihre Mitarbeit; 4% sind verstorben, wobei die Todesursache nicht in jedem Fall ermittelt werden konnte; 11% waren unauffindbar; 14% haben trotz wiederholten Anschreibens nicht geantwortet.

Aus dieser Stichprobe erklärten sich 75% zu einer weiteren Mitarbeit bereit. Ihnen wurde die Testbatterie, bestehend aus dem ISTA, dem MMPI und dem GT für die Katamneseuntersuchung zugesandt. Von 60 (entspricht 68%) Patienten erhielten wir diese Tests ausgefüllt zurück. Von diesen Patienten liegen entweder Aufnahme- und/oder Entlassungstests vom Klinikaufenthalt vor.

In der Regel wurde den Patienten dieser Gruppe vier Wochen nach Rücksendung der ausgefüllten Tests der Fragebogen 2 (F2) zusammen mit dem VEV zugeschickt. Bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt erhielten wir von 53% (55 Patienten) beide ausgefüllt zurück.

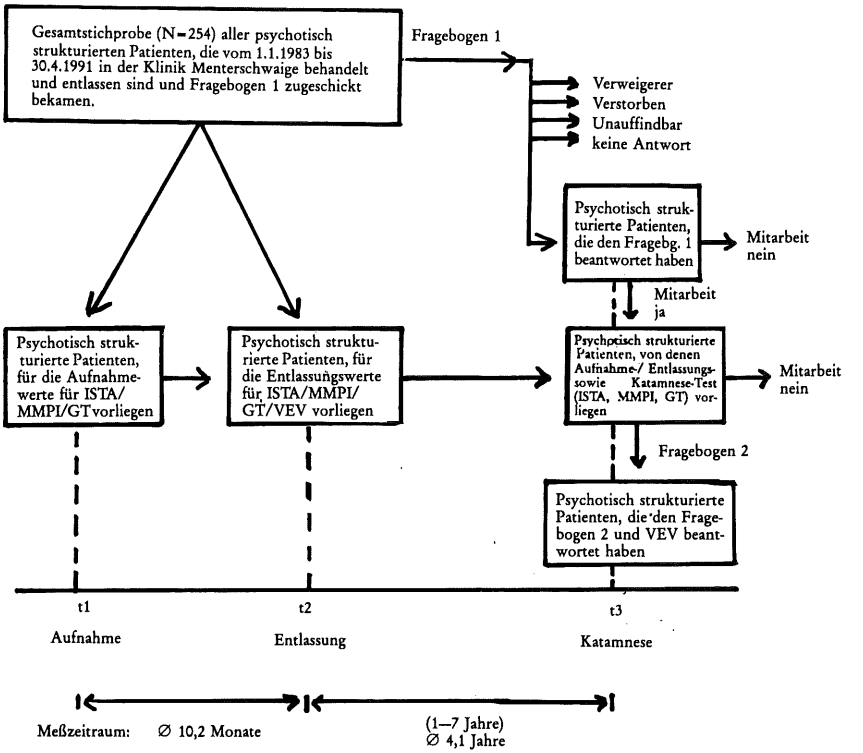


Abb. 2: Plan des Untersuchungsablaufs.
t1 = Meßzeitpunkt Klinikaufnahme; t2 = Meßzeitpunkt Klinikentlassung; t3 = Katamnese-Meßzeitpunkt

Die demographischen Daten (Alter, Geschlecht, Verweildauer und Diagnose) der verschiedenen Stichproben unterscheiden sich — mit Ausnahme des Merkmals »Diagnose« bei den beiden letztgenannten Stichproben — nicht statistisch signifikant von denen der Gesamtstichprobe, so daß sowohl die Testergebnisse der Prä-/Post-Untersuchung als auch die Ergebnisse des Fragebogens 1 sich auf die Gesamtgruppe aller in der Klinik behandelten psychotisch strukturierten Patienten verallgemeinern lassen, nicht aber die Ergebnisse der testpsychologischen Nachuntersuchung und des Fragebogens 2, die nur auf die Gesamtgruppe aller in der Klinik behandelten depressiv strukturierten Patienten generalisierbar sind. Die schizophren strukturierten Patienten sind in beiden Stichproben, die sich zu einer testpsychologischen Nachuntersuchung

bzw. zur Beantwortung von Fragebogen 2 und VEV bereit erklärten, signifikant auf dem 5%-Niveau weniger vertreten (47% bzw. 54,5%) als in der Gesamtgruppe N (65%).

6. Überprüfung der Hypothesen und Fragestellungen

Die statistische Überprüfung der M-Unterschiede (M = Mittelwert) der Testergebnisse auf Signifikanz zwischen den jeweiligen Meßzeitpunkten t1, t2, t3 erfolgte mit dem t-Test für abhängige Stichproben, für H 1 und H 2 bzw. für Fragestellung 1 und 2 mit einseitiger, für H 3 bzw. Fragestellung 3 mit zweiseitiger Fragestellung auf dem 5%-Niveau. Zur Überprüfung von H 4 bzw. Fragestellung 4 wurden multiple Varianzanalysen für abhängige Stichproben (MANOVA) gerechnet. Die Signifikanztestung erfolgte über den F-Wert auf dem 5%-Niveau. Zusätzlich wurde zur Überprüfung der Signifikanz der M-Unterschiede zwischen den Meßzeitpunkten der *Scheffé*-Test für mehrere Mittelwertsvergleiche bei gleichen Stichprobengrößen eingesetzt.*

6.1 Ergebnisse für die Stichproben der psychotisch strukturierten Patienten

6.1.1 Hypothese 1 (H 1): Ergebnisdarstellung und Diskussion

Zur Überprüfung der Hypothese H 1 werden die Aufnahme- (t1) und Entlassungs-Werte (t2) des ISTA ($n_{ISTA\ t1t2} = 103$), des MMPI ($n_{MMPI\ t1t2} = 84$) und GT ($n_{GT\ t1t2} = 78$ Patienten) auf M-Unterschiede hin getestet. Die Ergebnisse (vgl. Tab. 3) bestätigen weitgehend die Hypothese, daß stationäre Psychosenpsychotherapie wirksam ist, wenn es um den Abbau defizitärer und destruktiver und die Zunahme konstruktiver Persönlichkeits-, Erlebens- und Verhaltensbereiche (ISTA, MMPI, GT, VEV) und um den Rückgang der Symptomatologie (MMPI, GT) geht: Die Werte von 21 der 26 klinisch relevanten Testskalen (vgl. Tab. 3) verbessern sich zwischen t1 und t2 signifikant: Außer der »destruktiven Aggression«, die offenbar eine Sonderstellung im therapeutischen Prozeß einnimmt — wie bereits in früheren Untersuchungen beschrieben (vgl. *Burbiel & Vogelbusch* 1981; *Burbiel & Wagner* 1984; *Burbiel* et al. 1989, 1990) — verändern sich 10 der 11 ISTA-Skalen-Ergebnisse in erwünschter Richtung, d.h. Zunahme der konstruktiven bei gleichzeitiger Abnahme der defizitären und destruktiven Skalenwerte für die Humanfunktionen der Aggression, der Angst, der Abgrenzung nach außen und innen und des Narzißmus (vgl. Tab. 3).

* Die Autoren möchten hier Herrn Dipl.-Psych. P. Schneider für die Unterstützung bei der EDV-Bearbeitung der Daten danken. Unser Dank gilt auch Frau Dipl.-Psych. G. Sandermann, Frau cand. psych. M. Rettenberger, Frau cand. psych. S. Dümmler und Frau Dipl.-Päd. S. Renfordt sowie der gesamten Effizienzgruppe der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige und allen kooperationsbereiten Patienten, ohne deren Mitarbeit diese Studie nicht möglich gewesen wäre.

SKALEN				
ISTA		t1	t2	p
AGGRESSION				
konstruktiv	M	8.7	11.4	***
	(s)	(4.1)	(4.3)	
destruktiv	M	5.0	5.0	
	(s)	(3.8)	(3.6)	
defizitär	M	7.8	5.3	***
	(s)	(3.5)	(3.9)	
ANGST				
konstruktiv	M	6.4	7.8	***
	(s)	(3.0)	(3.4)	
destruktiv	M	8.2	6.5	***
	(s)	(3.9)	(4.1)	
defizitär	M	6.7	5.1	***
	(s)	(2.7)	(5.1)	
ABGRENZUNG				
außen	M	4.9	6.6	***
	(s)	(2.9)	(3.2)	
innen	M	6.0	8.5	***
	(s)	(3.7)	(4.2)	
NARZISSMUS				
konstruktiv	M	15.7	19.7	***
	(s)	(6.8)	(7.7)	
destruktiv	M	10.9	8.7	***
	(s)	(4.9)	(5.4)	
defizitär	M	8,3	6.3	***
	(s)	(4.0)	(4.3)	
MMPI		t1	t2	p
L	M	4.0	3.5	*
	(s)	(2.4)	(2.1)	
F	M	6.6	5.5	*
	(s)	(4.3)	(4.0)	
k	M	8.8	9.5	
	(s)	(4.3)	(3.7)	
HS	M	13.3	10.9	***
	(s)	(4.2)	(4.2)	
D	M	14,9	10.1	***
	(s)	(5.1)	(5.5)	
HY	M	16.3	12.0	***
	(s)	(5.5)	(5.9)	
PD	M	17.6	15.6	***
	(S)	(4.0)	(3.9)	
Mf	M	14.0	13.8	
	(s)	(4.0)	(3.7)	
PA	M	9.3	8.3	
	(s)	(4.2)	(5.0)	
PT	M	20.7	16.9	***
	(s)	(4.5)	(5.3)	
SC	M	16.1	13.3	***
	(s)	(4.6)	(4.9)	
MA	M	13.3	13.9	
	(s)	(4.2)	(4.1)	
SI	M	14.2	11.9	***
	(s)	(5.6)	(5.3)	
GT		t1	t2	p
Soz. Resonanz	M	37.2	42.1	**
	(s)	(12.5)	(12.6)	
Dominanz	M	42.1	39.9	
	(s)	(12.7)	(11.5)	
Kontrolle	M	45.5	45.7	
	(s)	(11.4)	(8.4)	
Grundstimmung	M	63.4	57.5	***
	(s)	(9.7)	(9.8)	
Durchlässigkeit	M	59.9	54.7	**
	(s)	(14.0)	(13.3)	
Soz. Potenz	M	55.9	51.8	*
	(s)	(13.1)	(11.9)	
Skala M	M	47.2	48.5	
	(s)	(8.5)	(8.9)	
Skala E	M	53.4	48.9	***
	(s)	(8.5)	(7.3)	

Tab. 3: Statistischer Mittelwertsvergleich (t-Test) der Skalenwerte zwischen den Meßzeiten t1 (Klinikaufnahme) und t2 (Klinikentlassung) von $n_{ISTA\ t1t2} = 103$, $n_{MMPI\ t1t2} = 84$ und $n_{GT\ t1t2} = 78$ Patienten, wobei M = Mittelwert, (s) = Streuung und p = Signifikanzniveau: ***≦1‰, **≦1%, *≦5%

Beim MMPI sind es 7 von 9 klinisch relevanten Skalen, die signifikante Verbesserungen im Sinne einer Abnahme der Werte zwischen t1 und t2 zeigen. Den statistischen Mittelwertsvergleich zeigt Tab. 3. Signifikant verringern sich die Skalenwerte der »Hypochondrie« (HS), »Depression« (D), »Hysterie« (HY), »Psychopathie« (PD), »Psychasthenie« (PT), »Schizoidie« (SC) und »Soziale Introversion« (SI). Die Skalenwerte der »Paranoia« (PA) und der »Hypomanie« (HM) zeigen keine Veränderung.

Im GT finden wir 4 der 6 klinisch relevanten Skalen zwischen t1 und t2 signifikant verbessert: Wie Tab. 3 zeigt, verbessern sich die Skalenwerte der »Sozialen Resonanz«, »Grundstimmung«, »Durchlässigkeit« und »Sozialen Potenz«. Die Skalenwerte für »Dominanz« sowie »Kontrolle« bleiben gleich.

Der Anstieg der konstruktiven Aggression (ISTA) weist unter anderem auf eine verbesserte Kontakt- und Beziehungsfähigkeit zur Umwelt allgemein, zu anderen Menschen und Dingen hin. Dies korrespondiert mit der Abnahme der Werte in den Skalen »Durchlässigkeit« im GT (in Richtung auf vermehrte Durchlässigkeit) und SI und SC im MMPI, die einen geringeren Rückzug von und geringere Abgeschlossenheit gegenüber der sozialen Umwelt anzeigen. Die vormals vorhandene schizoid-autistische Kontaktstörung (»Durchlässigkeit«/GT; SC/MMPI) weicht einer größeren Aufgeschlossenheit sich selbst und anderen gegenüber, weicht einem zunehmend wachsenden Vertrauen (»Durchlässigkeit«/GT; konstruktive Aggression, Angst und Narzißmus/ISTA) in andere und insbesondere in die eigene Person bezüglich eigener Fähigkeiten und Fertigkeiten und deren Grenzen, die der Patient nun realistischer einschätzen kann (konstruktiver Narzißmus/ISTA; Abnahme des destruktiven Narzißmus z.B. hinsichtlich größenwahnhafter Selbstüberschätzung u.a.). Der angewachsene konstruktive Narzißmus weist darauf hin, daß der Patient seine eigene Person, seine Körperlichkeit, sein Denken, seine Gefühle, seine Phantasien, Träume u.a. mehr annehmen bzw. besser damit umgehen kann, auch, indem er sich Unterstützung und Hilfe holt.

Die Veränderung der Skala »Soziale Potenz« (GT) in Richtung auf eine Zunahme von sozialer Potenz zeigt an, daß der Patient gelernt hat, angstfreier mit dem anderen Geschlecht umzugehen, in engen Beziehungen zuverlässig zu sein, sich mit anderen zu messen, Geselligkeit zu suchen u.a. Entsprechend positiver erlebt er sich in seiner Wirkung auf die Umwelt, im Sinne einer größeren Attraktivität, Beliebtheit, Geschätztheit u.a. und fühlt sich von dieser bedeutend mehr narzißtisch und sozialenergetisch gratifiziert (»Soziale Resonanz«/GT). Aufgrund oben genannter entwickelter Fähigkeiten und des neu bzw. wieder aufgebauten Selbstwertgefühls und Selbstvertrauens ist der Patient weniger darauf angewiesen, narzißtische Zufuhr, soziale Billigung und Beliebtheit u.a. auf eine kindlich-unreife Weise zu fordern (HY/MMPI; destruktiver Narzißmus/ISTA).

Die Auseinandersetzung mit sich selbst und der Umwelt gelingt um so besser, je flexibler der Patient mit seinen Ich-Grenzen umzugehen gelernt hat. Mit dem Anstieg der Abgrenzungsfähigkeit vom defizitären in den flexiblen

Bereich (ISTA) korrespondiert die Abnahme der destruktiven Angst und des destruktiven Narzißmus im ISTA. Die Patienten werden nicht mehr in dem Ausmaß von Erwartungsängsten, freiflottierenden, phobischen, hypochondrischen, psychotischen und anderen, z.B. krankhaften Eifersuchtsängsten überflutet, von mit panischer Angst und Schuldgefühlen besetzten Zwangsimpulsen, Zwangsbefürchtungen und Zwangsgedanken gequält, wie sich dies auch in der Abnahme der Skalenwerte PT, HS und D im MMPI, der »Grundstimmung« und »Durchlässigkeit« (im Sinne vermehrter Durchlässigkeit) im GT ausdrückt. Entsprechend findet sich auch eine Abnahme der körperlichen Angstsymptomatik (HS/MMPI). Durch die Zunahme der Ich-Abgrenzung nach außen und insbesondere nach innen (ISTA) kann immer mehr auf Symptome und Verhaltensweisen, die einen Abgrenzungsersatz darstellen, verzichtet werden, wie z.B. Kontroll- und andere Zwänge, Psychopharmaka, früherer Alkohol- und Drogenabusus (PD/MMPI), Psychosomatik u.a. Auch das Vermeiden von Kontakten, das ebenso einen Ersatz für eine gelungene Abgrenzung darstellt, nimmt ab, wie unter anderem die geringer ausgeprägte defizitäre Angst (ISTA) anzeigt (siehe auch die Abnahme in den Skalen SI und SC/MMPI und der »Durchlässigkeit« im GT im Sinne einer Abnahme an schizoid-paranoider Grundeinstellung).

Defizitäre Angst kann aber auch ein Indikator für nicht wahrgenommene Angst sein, ebenso wie die defizitäre Aggression unter anderem ein Indikator für das Fehlen von Bedürfnissen, Zielen, Sinnhaftigkeit u.a. in der Depression ist. Der defizitäre Narzißmus zeigt an, daß das Gefühl der eigenen Wichtigkeit und Einzigartigkeit nur minimal ausgeprägt ist. Die Abnahme in diesen defizitären Bereichen des ISTA weist auf eine Abnahme von Depression, Suizidgedanken und anderen Depressionszeichen (s.a. D, PT, HS/MMPI; »Grundstimmung«/GT) sowie Selbstverletzungen und Psychosomatik (HS/MMPI). Mit dem Wahrnehmen, Zulassen und Äußern von Gefühlen und Bedürfnissen korrespondiert eine größere innere und äußere Lebendigkeit. Indem man über die eigenen Gefühle kommuniziert (konstruktive Aggression, Angst, Narzißmus/ISTA), nimmt man auch Kontakt nach außen auf.

Zusammenfassend können diese Ergebnisse dahingehend interpretiert werden, daß die Klinikbehandlung die Wahrnehmung und Beziehung zu sowie den Umgang mit den eigenen Gefühlen, Bedürfnissen und dem Körper verbessert, einhergehend mit der Abnahme körperlicher und psychischer Beschwerden und Symptome. Die Fähigkeit zur Abgrenzung wächst an, verbunden mit einer verbesserten Kontakt- und Beziehungsfähigkeit, größerem Durchsetzungsvermögen und Selbständigkeit. Entsprechend entwickelt sich ein positiveres Selbstbild und ein gesünderes Selbstwertgefühl, vermehrtes Leben in der Realität mit angewachsener Aktivität, Erleben von Sinn- und Zielhaftigkeit des eigenen Tuns, Erfahrung der Ganzheitlichkeit von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft — und damit Erleben von eigener Identität.

6.1.2 Ergebnisse zu Hypothese 2 (H2):

Überprüft wird die Hypothese, daß die Klinikbehandlung in den oben genannten Variablen nicht nur kurzfristig (H1), sondern auch längerfristig, d.h. für den Meßzeitraum zwischen Klinikaufnahme (t1) und 1 bis 7 Jahre nach Entlassung (t3) erfolgreich ist. Die statistischen Ergebnisse des M-Vergleichs (für $n_{ISTA\ t1t3}=58$ Patienten; $n_{MMPI\ t1t3}=50$ Pat. und $n_{GT\ t1t3}=47$ Pat.) bestätigen auch diesmal in großen Teilen die Hypothese 2, wie aus Tab. 4 hervorgeht: Die Werte von insgesamt 19 der 26 klinisch relevant definierten Skalen verbessern sich signifikant zwischen t1 und t3. Zusätzlich finden wir zwei Trends in erwünschter Richtung für die Skalen »Grundstimmung« und »Durchlässigkeit« im GT. Die Skala der »Dominanz« (GT) nimmt entgegen der Erwartung im Trend zu. Während sich die Werte der MMPI-Skala »Paranoia« zwischen t1 und t2 nicht signifikant verringern (vgl. Kap. 6.1.1), nehmen sie zwischen t1 und t3 statistisch bedeutsam ab. Allein die Skala »Soziale Potenz« im GT zeigt sich zum Zeitpunkt t3 unverändert, ebenso wie die Skala »Kontrolle«, die auch zu t2 unverändert bleibt. Außer der im Vergleich zur Zeit vor der Klinikaufnahme im Trend sich verstärkenden Tendenz, sich in Auseinandersetzungen zu verstricken (»Dominanz«/GT); der unverändert gebliebenen Skala der »Sozialen Potenz« (GT), in der v.a. nach der subjektiven Einschätzung der heterosexuellen Kontaktsicherheit, der Möglichkeit zur Gestaltung einer Dauerbindung und der Fähigkeit, viel Liebe zu geben, gefragt wird und der sich längerfristig positiv verändernden »Paranoia« (MMPI) stimmen die beobachteten Veränderungen für den Meßzeitraum t1t3 mit den Ergebnissen für t1t2 überein, so daß wir wegen der inhaltlichen Interpretation der durch Klinikbehandlung längerfristig erreichten Entwicklungen auf Kap. 6.1.1 verweisen.

6.1.3 Hypothese 3 (H3): Ergebnisdarstellung und Diskussion

Auch H3, die sich auf den Unterschied der Testwerte zwischen Klinikentlassung (t2) und Katamnesezeitpunkt (t3) bezieht und eine Stabilisierung des durch die Klinikbehandlung Erreichten bzw. eine weitere Verbesserung postuliert, kann weitgehend bestätigt werden. 20 der 26 klinisch relevanten Skalen zeigen zum Katamnesezeitpunkt t3 statistisch gleiche Werte wie zum Zeitpunkt t2 der Klinikentlassung, wie aus Tab. 5 entnommen werden kann. Untersucht wurden $n_{ISTA\ t2t3}=49$ Patienten; $n_{MMPI\ t2t3}=44$ Pat. und $n_{GT\ t2t3}=39$ Pat.

Darüberhinaus finden wir in vier Skalen weitergehende signifikant positive Veränderungen sowie eine Verbesserung im Trend: Im ISTA nehmen die »destruktive« und »defizitäre Angst« weiter ab, die »Abgrenzung nach außen« steigt weiter an; der »destruktive Narzißmus« verringert sich im Trend. Im MMPI sinkt der Skalenwert der »Paranoia« in den Durchschittsbereich. Allein im GT zeigt sich entgegen der Erwartung eine signifikante Zunahme in der Skala »Soziale Potenz« in Richtung auf »Soziale Impotenz«. Dieser Wert liegt aber weiterhin (wie zum Zeitpunkt t2 der Klinikentlassung) im Durchschnittsbereich.

SKALEN				
ISTA		t1	t3	p
AGGRESSION				
konstruktiv	M	8.4	11.5	***
	(s)	(4.1)	(4.)	
destruktiv	M	5.6	5.1	
	(s)	(4.5)	(3.2)	
defizitär	M	8.1	4.6	***
	(s)	(3.2)	(3.3)	
ANGST				
konstruktiv	M	6.1	8.5	***
	(s)	(2.2)	(2.6)	
destruktiv	M	8.8	5.6	***
	(s)	(3.7)	(3.4)	
defizitär	M	6.7	4.4	***
	(s)	(3.0)	(2.8)	
ABGRENZUNG				
außen	M	4.7	7.5	***
	(s)	(2.8)	(3.0)	
innen	M	5.2	9.2	***
	(s)	(3.9)	(3.8)	
NARZISSMUS				
konstruktiv	M	15.4	20.4	***
	(s)	(6.5)	(6.1)	
destruktiv	M	11.8	7.1	***
	(s)	(4.9)	(4.9)	
defizitär	M	8.9	5.0	***
	(s)	(3.5)	(3.7)	

MMPI		t1	t3	p
L	M	3.6	3.4	***
	(s)	(2.4)	(2.2)	
F	M	6.5	4.2	***
	(s)	(4.0)	(3.7)	
k	M	8.7	11.1	***
	(s)	(4.2)	(3.9)	
HS	M	14.5	10.8	***
	(s)	(4.3)	(3.4)	
D	M	14.3	8.9	***
	(s)	(5.8)	(5.3)	
HY	M	15.8	10.9	***
	(s)	(5.8)	(5.0)	
PD	M	17.0	14.4	**
	(S)	(4.5)	(3.6)	
Mf	M	14.4	15.2	
	(s)	(4.2)	(3.6)	
PA	M	9.6	6.9	***
	(s)	(4.4)	(3.8)	
PT	M	20.8	17.1	***
	(s)	(4.7)	(4.3)	
SC	M	16.3	12.6	***
	(s)	(5.1)	(4.2)	
MA	M	14.1	13.0	
	(s)	(4.9)	(4.2)	
SI	M	14.9	11.8	**
	(s)	(5.9)	(5.4)	

GT		t1	t3	p
Soz. Resonanz	M	38.0	44.0	***
	(s)	(11.7)	(11.7)	
Dominanz	M	44.6	40.7	(*)
	(s)	(11.8)	(10.3)	
Kontrolle	M	45.5	45.7	
	(s)	(11.2)	(8.3)	
Grundstimmung	M	63.2	58.3	(*)
	(s)	(10.8)	(8.7)	
Durchlässigkeit	M	58.1	53.5	(*)
	(s)	(13.5)	(10.4)	
Soz. Potenz	M	55.8	56.4	
	(s)	(13.8)	(9.5)	
Skala M	M	46.9	48.2	
	(s)	(8.0)	(8.1)	
Skala E	M	53.2	48.2	**
	(s)	(7.6)	(6.7)	

Tab. 4: Statistischer Mittelwertsvergleich (t-Test) der Skalenwerte zwischen den Meßzeiten t1 (Klinikaufnahme) und t3 (Katamnesezeitpunkt) von $n_{ISTA\ t1t3}=58$, $n_{MMPI\ t1t3}=50$ und $n_{GT\ t1t3}=47$ Patienten, wobei M=Mittelwert, (s)=Streuung und p=Signifikanzniveau: ***≦1‰, **≦1%, (*)= Trendergebnis.

SKALEN				
ISTA		t2	t3	p
AGGRESSION				
konstruktiv	M	11.8	11.5	
	(s)	(4.9)	(4.0)	
destruktiv	M	5.9	5.2	
	(s)	(3.9)	(3.3)	
defizitär	M	5.5	4.7	
	(s)	(3.7)	(3.2)	
ANGST				
konstruktiv	M	8.1	8.4	
	(s)	(3.1)	(2.3)	
destruktiv	M	7.3	5.9	*
	(s)	(4.4)	(3.5)	
defizitär	M	5.4	4.5	*
	(s)	(3.4)	(2.7)	
ABGRENZUNG				
außen	M	6.3	7.4	*
	(s)	(3.1)	(2.9)	
innen	M	7.9	8.8	
	(s)	(4.2)	(3.8)	
NARZISSMUS				
konstruktiv	M	20.0	21.0	
	(s)	(6.0)	(5.2)	
destruktiv	M	8.9	7.3	(*)
	(s)	(5.4)	(4.8)	
defizitär	M	5.8	5.0	
	(s)	(3.8)	(3.4)	
MMPI		t2	t3	p
L	M	2.9	3.4	
	(s)	(2.1)	(2.2)	
F	M	5.4	4.4	
	(s)	(4.1)	(3.8)	
k	M	9.0	10.8	**
	(s)	(4.1)	(3.8)	
HS	M	11.4	11.0	
	(s)	(4.6)	(3.9)	
D	M	9.4	8.9	
	(s)	(5.5)	(5.2)	
HY	M	12.4	11.2	
	(s)	(6.0)	(5.3)	
PD	M	15.2	14.5	
	(S)	(3.4)	(3.9)	
Mf	M	14.3	15.3	
	(s)	(3.4)	(3.4)	
PA	M	9.0	7.2	*
	(s)	(5.6)	(3.9)	
PT	M	16.9	17.4	
	(s)	(5.5)	(4.5)	
SC	M	13.1	12.8	
	(s)	(5.5)	(4.6)	
MA	M	14.2	13.4	
	(s)	(4.9)	(4.2)	
SI	M	12.4	11.9	
	(s)	(4.9)	(5.4)	
GT		t2	t3	p
Soz. Resonanz	M	42.3	45.5	
	(s)	(12.1)	(11.3)	
Dominanz	M	42.0	40.7	
	(s)	(11.2)	(10.7)	
Kontrolle	M	46.7	46.6	
	(s)	(10.2)	(8.6)	
Grundstimmung	M	57.9	58.2	
	(s)	(10.4)	(8.1)	
Durchlässigkeit	M	51.7	53.3	
	(s)	(11.7)	(10.4)	
Soz. Potenz	M	50.4	55.9	*
	(s)	(11.2)	(10.0)	
Skala M	M	47.4	47.2	
	(s)	(9.0)	(7.9)	
Skala E	M	49.2	48.1	
	(s)	(6.7)	(7.1)	

Tab. 5: Statistischer Mittelwertsvergleich (t-Test) der Skalenwerte zwischen den Meßzeiten t2 (Klinikentlassung) und t3 (Katamnesezeitpunkt) von $n_{ISTA\ t2t3} = 58$, $n_{MMPI\ t2t3} = 50$ und $n_{GT\ t2t3} = 47$ Patienten, wobei M = Mittelwert, (s) = Streuung und p = Signifikanzniveau: **≧ 1%, *≧ 5%, (*) = Trendergebnis.

SKALEN					Varianzanalyse F-Wert		Scheffé-Tests		
ISTA		t1	t2	t3	p PBN.	p ZEIT	p t1/t2	p t1/t3	p t2/t3
AGGRESSION									
konstruktiv	M	8.45	11.53	11.85	3.07***	19.46***	***	***	
	(s)	(3.88)	(4.21)	(3.97)					
destruktiv	M	5.15	5.74	4.95	4.21***	1.35			
	(s)	(4.18)	(3.76)	(3.08)					
defizitär	M	8.06	5.47	4.17	3.42***	34.93***	***	***	*
	(s)	(3.19)	(3.65)	(3.00)					
ANGST									
konstruktiv	M	6.32	8.30	8.81	1.95***	15.68	***	***	
	(s)	(2.38)	(3.32)	(2.53)					
destruktiv	M	9.09	7.72	6.08	3.80***	15.17***	*	***	*
	(s)	(3.89)	(4.28)	(3.59)					
defizitär	M	6.62	5.36	4.32	4.72***	18.82***	**	***	*
	(s)	(2.94)	(3.11)	(2.61)					
ABGRENZUNG									
nach außen	M	4.58	6.25	7.34	3.16***	20.36***	**	***	*
	(s)	(2.86)	(3.00)	(2.94)					
nach innen	M	5.30	7.66	9.06	2.98***	20.89***	***	***	
	(s)	(3.62)	(4.12)	(3.92)					
NARZISSMUS									
konstruktiv	M	15.26	19.79	21.17	2.39***	21.03***	***	***	
	(s)	(6.05)	(6.36)	(5.34)					
destruktiv	M	11.43	9.13	6.96	2.78***	16.46***	*	***	*
	(s)	(5.04)	(5.27)	(4.87)					
defizitär	M	8.57	6.15	4.68	2.08***	19.20***	**	***	
	(s)	(3.62)	(4.11)	(3.66)					
MMPI									
Hypochondrie	M	14.5	11.8	10.9	2.95***	12.89***	**	***	
	(s)	(4.4)	(5.0)	(3.8)					
Depression	M	15.3	10.3	8.7	2.99***	30.85***	***	***	
	(s)	(4.9)	(6.0)	(5.2)					
Hysterie	M	17.2	13.5	10.9	3.19***	24.71***	***	***	*
	(s)	(5.2)	(6.6)	(5.0)					
Psychopathie	M	17.9	15.5	14.4	3.01***	17.71***	***	***	
	(s)	(3.4)	(3.7)	(3.9)					
Paranoia	M	9.6	9.0	7.0	2.25***	5.48**		**	
	(s)	(4.6)	(5.3)	(4.2)					
Psychasthenie	M	21.8	17.5	17.0	4.14***	27.38***	***	***	
	(s)	(4.2)	(5.6)	(4.4)					
Schizoidie	M	16.8	13.2	12.4	4.15***	17.97***	***	***	
	(s)	(5.4)	(5.4)	(4.5)					
Hypomanie	M	13.7	14.5	13.5	2.79***	1.20			
	(s)	(4.1)	(4.6)	(3.9)					
Soziale	M	15.6	12.9	11.7	3.85***	12.09***	**	***	
Introver.	(s)	(5.6)	(5.1)	(5.6)					
GT									
Soz. Resonanz	M	36.8	41.1	44.8	2.59***	7.29**		**	
(NR — PR)	(s)	(12.4)	(11.8)	(10.8)					
Dominanz	M	45.0	41.2	41.3	2.71***	2.47			
(DO — GE)	(s)	(11.7)	(11.3)	(9.7)					
Kontrolle	M	45.1	46.5	46.0	3.33***	0.43			
(UK — ZW)	(s)	(10.5)	(10.1)	(8.1)					
Grundstimmung	M	64.8	59.4	57.7	1.76*	7.18**	*	**	
(HM — DE)	(s)	(10.2)	(10.8)	(8.5)					
Durchlässigk.	M	58.7	53.0	52.9	2.27**	4.31*	*	*	
(DU — RE)	(s)	(14.6)	(11.9)	(9.9)					
Soz. Potenz	M	56.8	51.0	54.9	2.46***	4.03*	*		
(PO — IP)	(s)	(13.2)	(11.5)	(9.3)					

Tab. 6: Varianzanalytischer Vergleich der Mittelwertsunterschiede über alle 3 Meßzeitpunkte (t1, t2 und t3) für n=53 (ISTA), n=45 (MMPI) und n=41 (GT) Patienten nach den Zeilen- (PRO-BANDEN) und Spalten-Effekten (ZEIT) mit Mittelwert M, Streuung (s), F-Wert und Signifikanz-Niveau p (PROBANDEN) und p (ZEIT). DF (ISTA) = 52 bzw. 2; DF (MMPI) = 44 bzw. 2; DF (GT) = 40 bzw. 2. Zusätzlich Scheffé-Test zur Signifikanz-Überprüfung der Mittelwertsunterschiede zwischen den Beobachtungen t1, t2, und t3. P(***≦1‰. **≦1%, *≦5%).

Daß im Mittel die Testwerte auch 1—7 Jahre nach Klinikentlassung konstant bleiben bzw. sich noch verbessern, macht deutlich, daß die in der stationären Psychotherapie gewonnene Weiterentwicklung in den untersuchten Variablen nicht vorübergehender Natur ist, sondern über den Untersuchungszeitraum von durchschnittlich 4,1 Jahren hinweg stabil bleibt. Was die Ergebnisinterpretation für die konstant gebliebenen Werte anbelangt, verweisen wir auf Kap. 6.1.1 und beschränken uns hier auf die signifikanten und trendmäßigen Verbesserungen:

Mit der weiteren Zunahme an flexibler Abgrenzungsfähigkeit nach außen wächst die Fähigkeit, eigene Gefühle, Bedürfnisse, Interessen und Entscheidungen gegenüber anderen Menschen und Gruppen zu vertreten. Die ehemaligen Patienten erleben sich zunehmend weniger als Spielball des Willens und der Gefühle anderer Menschen. Damit verbunden ist die weitere Abnahme der destruktiven, diffusen, lähmenden oder agierten Angst (ISTA) und der Paranoia (MMPI). Kontakte und Situationen verlieren immer mehr an Bedrohlichkeit, so daß diese auch weniger gemieden werden müssen (defizitäre Angst/ISTA). Der im Trend verringerte destruktive Narzißmus (ISTA) deutet u.a. auf eine realistischere Selbsteinschätzung hin, mit entsprechend weniger erlebten Enttäuschungen, Kränkungen u.a. Daß die »Soziale Potenz« im GT zum Zeitpunkt t3 niedriger liegt, als zum Zeitpunkt t2, ist insofern verständlich, als die gesellschaftlichen Erwartungen und Forderungen, mit denen die Patienten »draußen« konfrontiert werden, höher sind als in der Klinik.

6.1.4 Hypothese 4 (H4): Ergebnisdarstellung und Diskussion

Die bislang mit dem t-Test überprüften M-Unterschiede für die verschiedenen Meßzeiträume gelten für unterschiedlich große Stichproben, je nachdem, für welche Meßzeitpunkte und für welche Testverfahren Daten vorliegen. Um über die einzelnen Meßzeitpunkte hinweg zu Informationen über den Gesamtverlauf der Meßvariablen zu gelangen, werden im folgenden für die Stichproben $n_{ISTA\ t1t2t3}=53$ Patienten (d.h. Patienten, für die ein kompletter ISTA-Datensatz für alle drei Meßzeitpunkte vorliegt), $n_{MMPI\ t1t2t3}=45$ (kompletter MMPI-Datensatz) und $n_{GT\ t1t2t3}=41$ Patienten (kompletter GT-Datensatz) varianzanalytische Vergleiche vorgenommen. Dabei werden die Zeilen-(Probanden-) und Spalten-(Zeitverlaufs-) Effekte auf Signifikanz hin überprüft (siehe Tab. 6). Mit Hilfe des *Scheffé*-Tests kann die Signifikanz von Verlaufsänderungen zwischen den Meßzeitpunkten t1t2, t1t3 und t2t3 festgestellt werden. Die folgende Tab. 6 zeigt für alle Skalen des ISTA mit Ausnahme der destruktiven Aggression, die über alle drei Meßzeitpunkte hinweg unverändert bleibt, einen signifikant positiven Effekt der Klinikbehandlung, d.h. die konstruktiven Sklavenwerte nehmen signifikant zwischen t1 und t2 zu und bleiben auch 1 bis 7 Jahre (durchschnittlich 4,1 Jahre) danach stabil. (Kein signifikanter Anstieg zwischen t2 und t3 mehr, gleichbleibend signifikanter Zuwachs zwischen

t1 und t3). Ausnahmen bilden hier, vergleichbar zu den H3-Ergebnissen in Kap. 6.1.3, die »destruktive« und »defizitäre Angst«, die »Abgrenzung nach außen«, der »destruktive Narzißmus« (bei H3 nur im Trend verändert) und, im Unterschied zu den H3-Ergebnissen, die »defizitäre Aggression«, deren Ergebnisse sich nach Klinikentlassung sogar noch verbessern (signifikante Veränderungen in erwünschter Richtung zwischen t2 und t3).

Die Entwicklung der ISTA-Variablen läßt sich auch graphisch in Form von Kurvenverläufen darstellen. Der in Abb. 3 beobachtbare ansteigende Kurvenverlauf für die konstruktiven Qualitäten der Aggression, der Angst, des Narzißmus sowie der Abgrenzung nach innen und außen sind für die Meßzeiträume t1t2 und t1t3 signifikant, nicht signifikant jedoch zwischen t2t3 mit Ausnahme der »Abgrenzung nach außen«. Der für die »destruktiven« und »defizitären« Skalen beobachtbare Kurvenabfall (vgl. Abb. 3) zwischen t1t2 und t1t3 ist ebenfalls signifikant, für die ISTA-Skalen »defizitäre Aggression«, »destruktive und defizitäre Angst« und »destruktiver Narzißmus« wird der absteigende Verlauf zwischen t2 und t3 ein weiteres Mal signifikant. Eine Ausnahme bildet der Kurvenverlauf für die »destruktive Aggression«, der keine signifikante Veränderung aufzeigt (vgl. Tab. 6 und Abb. 3).

Bei den MMPI-Skalen (n=45) nehmen mit Ausnahme der »Hypomanie« alle Symptomskalen über die drei Meßzeitpunkte hinweg signifikant ab. Die Verläufe sind mit Ausnahme der Skala »Paranoia« für alle Skalen ähnlich und zeigen signifikante Unterschiede zwischen den Meßzeitpunkten t1 und t2 sowie zwischen t1 und t3, für die »Hysterie« (HY), »Paranoia« (PA) und »Psychopathie« (PD) abgebildet. Die stärkere Testwertabnahme ist bei den Skalen HY und PD unmittelbar vor Klinikentlassung zu beobachten. 1 bis 7 Jahre danach flacht die Kurve ab, für die »Hysterie« sogar weiter signifikant. Eine Ausnahme bilden die »Paranoia-Werte«, die sich während der Klinikzeit nicht signifikant, jedoch 1 bis 7 Jahre danach (t1t3), signifikant verbessern. D.h. eine kurzfristige Änderung in diesem Bereich läßt sich nicht beobachten (t1t2), wohl aber ein längerfristiger Erfolg (t1t3), wie in Abb. 4 dargestellt.

Die Testwertverläufe im GT zeigen einen insgesamt uneinheitlicheren Verlauf (vgl. Tab. 6). Ein kurzfristig und langfristig stabiler Erfolg kann hier nur für die Skala »Grundstimmung« und »Durchlässigkeit« beobachtet werden (t1t2, t1t3). Keine kurzfristige (t1t2), dafür aber eine langfristige Verbesserung (t1t3) zeigt sich in der Skala »Soziale Resonanz«. Die Skala »Soziale Potenz« zeigt eine nur kurzfristige Verbesserung (t1t2), die sich längerfristig nicht hält. Unverändert bzw. nicht beeinflußt durch Psychotherapie bleiben die Skalen »Dominanz« und »Kontrolle«.

Die Überprüfung der Ergebnisse des VEV (Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens) brachte für die Gesamtgruppe psychotisch strukturierter Patienten bei einem M-Wert von 198 eine signifikante Veränderung ($p \leq 0{,}01$). Dies bedeutet, daß die Veränderung im Erleben und Verhalten in Richtung auf »Entspannung, Gelassenheit und Optimismus« anstelle von

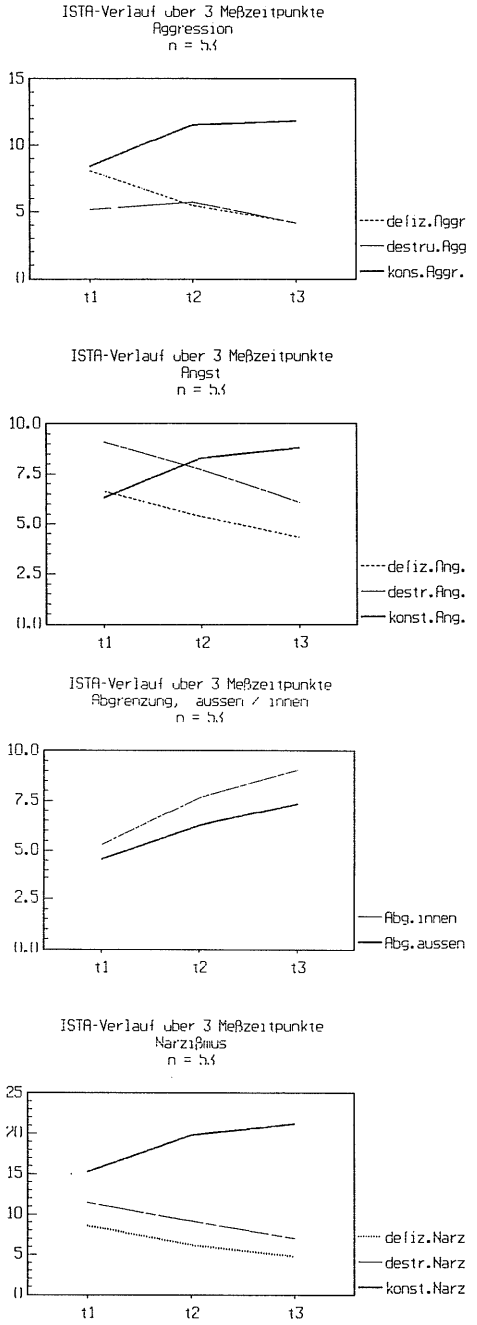


Abb. 3: ISTA-Verlaufskurven der Mittelwerte über die 3 Meßzeitpunkte t1t2t3 für die Skalen der Aggression, der Angst, der Abgrenzung nach innen und außen und des Narzißmus (n=53 Patienten) für die Skalenqualitäten konstruktiv, destruktiv und defizitär.

»Spannung, Unsicherheit und Pessimismus« signifikant zunimmt, was die bisherigen Untersuchungsergebnisse unterstreicht.

Vergleicht man nun die oben dargestellten Verlaufsergebnisse mit den in den Kap. 6.1.1 bis 6.1.3 beschriebenen Mittelwertsunterschieden für die drei Meßzeiträume t1t2, t1t3 und t2t3, so finden wir (mit Ausnahme der nach Klinikbehandlung beobachteten sich signifikant nochmals verbessernden ISTA-Werte und des MMPI-»Hysterie«-Wertes im Verlauf zwischen t2 und t3) weitgehende Übereinstimmungen in den durch Psychotherapie bedingten Entwicklungen in den Bereichen der Persönlichkeit, des Erlebens und Verhaltens und der Symptomatologie, so daß wir an dieser Stelle auf die Verlaufsinterpretation verzichten und auf die abschließende Gesamtdiskussion der Ergebnisse in Kap. 7 verweisen.

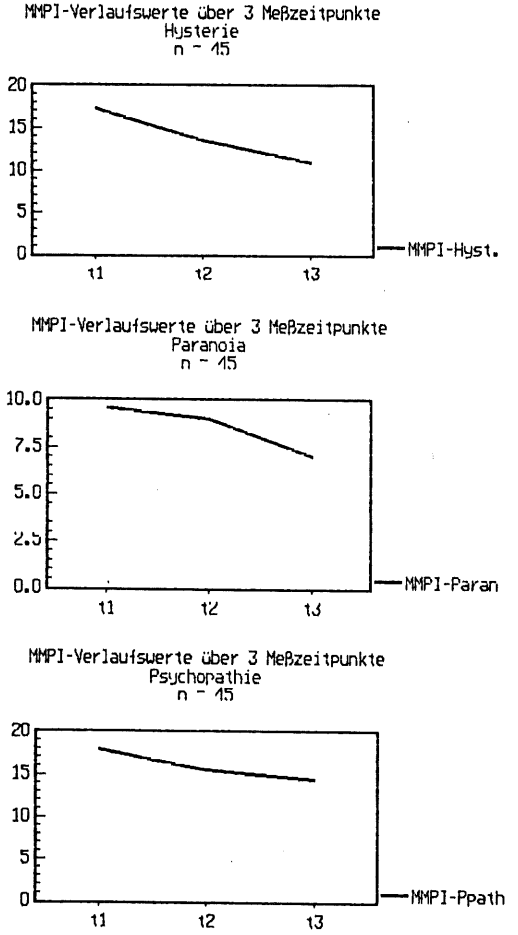


Abb. 4: MMPI-Verlaufskurven der Mittelwerte über die 3 Meßzeitpunkte t1t2t3 für die Skalenwerte der Hysterie, der Paranoia und der Psychopathie (n=45 Patienten)

6.1.5 Ergebnisse zu Hypothese 5 (H5):

Nachdem eine positive Persönlichkeitsentwicklung (ISTA, GT, MMPI) verbunden mit deutlich reduzierter Symptombildung (MMPI) bei den untersuchten ehemaligen Patienten nicht nur bei Beendigung des stationären Aufenthalts, sondern auch 1 bis 7 Jahre danach registriert werden kann, interessiert nun die Frage, wie die Patienten nachträglich ihre Therapie in der Klinik Menterschwaige global und hinsichtlich einiger ausgewählter outcome-Variablen wie Global-Therapieerfolg, Symptomatik, Psychopharmaka-Einnahme, Kontaktfähigkeit, Freundschaften und Partnerschaft, Persönlichkeitsentwicklung, Berufssituation und Arbeitsfähigkeit, Freizeitverhalten, Wohnsituation und Therapieerfolg einschließlich Nachbehandlung einschätzen.

Dazu werden die Ergebnisse aus der Fragebogenerhebung 1 (F1) (Ratingskalen, halbstrukturierte Fragen), zu der sich n = 104 Patienten bereiterklärten, und Fragebogen 2 (F2) (Ratingskalen, multiple choice, halbstrukturierte Fragestellungen) hinzugezogen. Die Auswertung erfolgte quantitativ (prozentuale Häufigkeit der Nennungen für die 5 Rangplätze) und qualitativ durch Kategorisierung der freien Antworten. Die F1-Ratingschätzungen für die Variablen Symptomatik, Persönlichkeitsentwicklung, Kontaktfähigkeit, Freundschaften, Berufssituation, Freizeitgestaltung und Wohnsituation sind in Tab. 7 zusammengestellt.

Outcome-Variablen:	wesentlich gebessert	etwas gebessert	gleich geblieben	etwas verschlechtert	wesentlich verschlechtert
Symptomatik	56,8%	28,4%	8,4%	3,2%	3,2%
Persönlichkeitsentwicklung	9,5%	72,6%	12,6%	—	5,3%
Kontaktfähigkeit	46,3%	35,8%	10,5%	3,2%	4,2%
Freundschaften	39,8%	36,6%	16,0%	2,2%	5,4%
Berufssituation	35,8%	30,5%	21,1%	2,1%	10,5%
Freizeit	38,9%	33,7%	15,8%	4,2%	7,4%
Wohnsituation	37,9%	26,3%	23,1%	5,3%	7,4%

Tab. 7: Subjektive Einschätzung des Therapieerfolgs (prozentuale Häufigkeiten der Nennungen) anhand von Ratingskalen des Fragebogens 1 für die outcome-Variablen: Symptomatik, Persönlichkeitsentwicklung, Kontaktfähigkeit, Freundschaften, Berufssituation, Freizeit und Wohnsituation ($n_{F1} = 104$ psychotisch strukturierte Patienten).

Fragebogen 2 wurde entwickelt mit dem Ziel, genauere Informationen über die Qualität der von den Patienten wahrgenommenen Veränderungen zu erhalten. Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung der vorliegenden Untersuchung hatten erst $n_{F2} = 55$ der $n_{F1} = 104$ ehemaligen Patienten die Unterlagen zurückgeschickt. Bei den F2-Pbn handelt es sich also um eine stark selektierte, vermutlich hoch motivierte Patientengruppe. Einige Ergebnisse sollen dennoch hier vorgestellt werden.

Vorbehandlung, Aufnahmegründe und Entlassungsmodus

80% der befragten 104 F1-Patienten (davon 59% schizophren und 41% narzißtisch depressiv strukturiert) wurden vor Klinikaufnahme psychiatrisch oder psychotherapeutisch vorbehandelt, davon ein Drittel stationär in psychiatrischen Kliniken, 15% ambulant psychiatrisch, 18% psychotherapeutisch bei der Deutschen Akademie für Psychoanalyse und 23% anderweitig in ambulanter Psychotherapie. Die von den Patienten selbst benannten Aufnahmegründe, in der Reihenfolge der Häufigkeit der Nennungen: Psychose, Zusammenbruch der Realität, Depression und Hoffnung auf bessere Hilfe (Psychotherapie statt Psychopharmaka), spiegeln interessanterweise die klinisch beobachteten Aufnahmesituationen wider, wie z.B. Ausbruch der Psychose durch Wegfall von Hilfs-Ich-Funktionen der Angehörigen, Zusammenbruch der Lebensrealität durch Verwahrlosung und soziale Isolation, postpsychotische Depression sowie die häufig langjährige Psychiatriekarriere der Patienten mit Langzeitmedikation. Zum Entlassungsmodus geben 45% der Patienten eine reguläre Entlassung an, 12% verließen die Klinik gegen ärztlichen Rat, 11% wurden verlegt, 20% brachen die klinische Behandlung ab und 12% wurden aus anderen Gründen entlassen (z.B. Ende der Kostenübernahme durch die Krankenkasse).

Nachbehandlung

83% der 104 F1-Patienten und 92% der 55 F2-Patienten geben an, eine ambulante psychotherapeutische Nachbehandlung erfahren zu haben. Während nur 13% der F1-Patienten (im Vergleich dazu 12% der F2-Patienten) ambulant psychiatrisch nachbehandelt wurden, hatten immerhin 18% (21% F2) stationär psychiatrische Aufenthalte und 7% (10% F2) wurden im Verlauf des Katamnesezeitraums in anderen als psychiatrischen Kliniken (internistisch, psychosomatisch u.a.) behandelt. Von den 55 F2-Patienten wissen wir noch einiges genauer: Insgesamt 60% dieser Patienten suchten im Katamnesezeitraum niedergelassene Ärzte auf, während 27% ambulante Dienste (wie Sozialpsychiatrischer Dienst u.a.) in Anspruch nahmen. Die Hälfte aller F2-Patienten (53%) wurden nach der Entlassung aus der Klinik Menterschwaige ein weiteres Mal stationär behandelt, davon wiederum die Hälfte in der Klinik Menterschwaige, ein Drittel in anderen psychiatrischen Kliniken und 1% in psychosomatischen Kliniken. Eine zweite Wiederaufnahme wurde für 20% nötig (davon 9% erneut in der Klinik Menterschwaige und 5% in anderen psychiatrischen Kliniken), nur 1 Patient mußte ein drittes Mal wiederaufgenommen werden. Wegen körperlicher Beschwerden gingen 14% der Patienten einmal, 5% zweimal und nur 1 Patient ein drittes Mal in ein Krankenhaus.

Globaler Therapieerfolg

89% dieser Patienten geben dann in F1 an, daß sie die Psychotherapie in der Klinik Menterschwaige insgesamt als sehr erfolgreich (38) bzw. teilweise erfolg-

reich (51%) einstufen, wohingegen 11% die Behandlung ohne Erfolg sehen oder sogar eine Verschlechterung ihres Zustandes konstatieren. Eine Analyse dieser »Mißerfolgspatienten« ergibt, daß diese größtenteils ihre Therapie vorzeitig abgebrochen hatten oder während der Behandlung wegen akuter »Gemein-und Selbstgefährdung« in die geschlossene Abteilung eines Bezirkskrankenhauses verlegt werden mußten. Alle diese Patienten hatten vor der stationären Aufnahme in die Klinik Menterschwaige einen bis mehrere stationärpsychiatrische Aufenthalte. Es handelt sich also durchwegs um schwer kranke, teilweise chronisch hospitalisierte Patienten.

Die positive Erfolgseinschätzung verschiebt sich noch mehr in Richtung einer »sehr guten« Beurteilung, wenn die ehemaligen Patienten gebeten werden, nicht nur die Klinikthérapie allein, sondern das Behandlungsergebnis insgesamt bis zum Zeitpunkt der Befragung einzuschätzen. Knapp über die Hälfte der Patienten (52%) entscheiden sich für Rang 1 (=sehr gut), 36% für »gut«, ein Ergebnis, das möglicherweise den positiv erlebten Effekt der Nachbehandlung widerspiegelt.

Symptomatik und Beschwerden

Bezüglich der Symptomatik geben 87% der $n_{F1}=104$ F1-Patienten an, daß sich diese wesentlich (57%) oder etwas gebessert (28%) habe; verschlechtert oder unverändert blieb sie bei insgesamt 8% der Befragten (vgl. Tab. 10). Ein etwas differenzierteres, wenn auch auf die Gesamtgruppe der F1-Patienten nicht unmittelbar übertragbares Bild erhalten wir, wenn wir die Symptomlisten aus F2, die jedoch nur von $n_{F2}=55$ Patienten vorliegen, in die Auswertung einbeziehen: Von den 45 Patienten, die nach eigenen Angaben vor Klinikaufnahme unter Depressionen verbunden mit diffusen Angstzuständen, Hoffnungslosigkeit, Einsamkeitsgefühlen und Kontaktängsten litten, geben 98% heute Verbesserungen oder ein Verschwinden dieser psychischen Beschwerden an. Zwei Drittel der Patienten, die vor Klinikaufnahme unter Selbstmordgedanken, Verlassenheitsängsten, Konzentrations-, Merkfähigkeits- und Denkstörungen sowie Phobien, Zwangsgedanken und Paranoia litten, stellen eine Symptomverbesserung bzw. eine Remission durch die Klinikbehandlung fest. So geben z.B. mehr als die Hälfte der Befragten an, keinerlei Suizidgedanken mehr zu haben.

Als häufigste psychovegetative Beschwerden vor Klinikaufnahme werden von 60% der F2-Patienten genannt: Spannungs- und Überlastungssymptome (wie Nacken-Schulterschmerzen, Reizbarkeit, innere Unruhe), somatisierte Angstreaktionen (wie z.B. Zittern, Herzklopfen), vegetative Symptome (wie Mattigkeit, Schwächegefühl, Schlaflosigkeit, Schwindel) und Schmerzsymptome (z.B. Leibschmerzen). Bei der Hälfte der Patienten verschwanden oder verbesserten sich diese Symptome erheblich, mit Ausnahme der »Angst vor körperlichen Erkrankungen«, die bei mehr als der Hälfte der Patienten unverändert bleibt oder sogar noch zunimmt.

Psychovegetative und psychische Beschwerden können die Lebensqualität der darunter Leidenden und damit auch die Fähigkeit zur aktuellen Lebensbewältigung mehr oder weniger stark beeinträchtigen, je nachdem, welchen Stellenwert diese im gesamten Leben und Verhalten des Patienten haben. Eine Abnahme an psychischen Beschwerden schildern 89% der F2-Patienten: 65% fühlen sich durch diese nur noch leicht und 27% gar nicht mehr in ihrer Lebensgestaltung beeinflußt. Durch psychovegetative Beschwerden fühlen sich 66% der Patienten weniger und 25% gar nicht mehr in ihrer Lebensqualität beeinflußt. Das »Kranke« nimmt nach Klinikbehandlung demnach nicht mehr den gleichen Stellenwert im Leben der Patienten ein wie vorher, andere Lebensbereiche treten im Erleben der Patienten offenbar stärker in den Vordergrund, sie werden wichtiger und können auch Halt im Leben vermitteln.

Freundschaften und Partnerschaft

Freundschaft und Partnerschaft haben sich nach Einstufung der 104 mit F1 Untersuchten wesentlich (40%) und etwas (37%) verbessert, wobei die Kontaktfähigkeit insgesamt mit 46% (wesentlich) und 36% (etwas) verbessert erlebt wird (vgl. Tab. 7). Dabei geben nach Angaben der F2-Patienten Freundschaften, Partnerschaft und Ehe (53%) und auch Kinder (26%) Halt im Leben, 85% der Befragten fühlen sich durch ihre heutigen Beziehungen im Vergleich zur Zeit vor der Klinikaufnahme mehr (38%) oder sogar viel mehr (44%) unterstützt, wobei sich die Kontaktintensität von der Primärgruppe hin zum Freundeskreis, Arbeitskollegen und eigenen Kindern verschiebt (z.B. 78% primärer Kontakt zu Eltern, Geschwistern und Großeltern vor Klinikaufnahme im Vergleich zu 33% zum Zeitpunkt der katamnestischen Befragung). Unverändert erleben 16% der 104 F1-Patienten Freundschaft und Partnerschaft, bzw. 8% verschlechtert, die Kontaktfähigkeit war bei 10% gleich geblieben oder hatte sich bei 7% verschlechtert (vgl. Tab. 7).

Wohnen, Arbeit und Freizeit

Auch die Wohnsituation gestaltete sich wesentlich (38% der F1-Stichprobe) oder etwas (26%) gebessert, wenn auch nicht eklatant wie andere outcome-Bereiche (unverändert in 23%, etwas oder wesentlich unbefriedigender in 13%), ebenso wie die berufliche und Ausbildungssituation (vgl. Tab. 7). Ein zusätzliches Ergebnis: als unverändert stellen in F2 38% der Patienten ihre »finanzielle Situation« dar. Wichtig zu ergänzen ist hier, daß ein Drittel der F2-Patienten nach der Entlassung in eine therapeutische oder freie Wohngemeinschaft zogen und als Hauptkategorien der Veränderung im Arbeitsbereich die verstärkte berufliche Ausbildung und die größere Arbeitskontinuität im Vordergrund stehen. »Beruf und Ausbildung« werden von 47% der F2-Patienten als wichtiger Halt im Leben beschrieben, gefolgt von »Religion« (20%), »Tieren« (18%) und »übergeordneten Zielen«, wie z.B. Arbeit in sozialen Institu-

tionen, Umweltschutz u.ä. (18%). Was die Freizeitgestaltung anbelangt, so erhalten wir bei den F1-Patienten ein ähnliches Ergebnisbild wie für den Wohn- und Arbeitsbereich (vgl. Tab. 7), wobei 30% (F2) jetzt mehr Befriedigung infolge verbesserter Freizeitqualität angeben und 20% der F2-Patienten mehr und neuen Interessen nachgehen.

Persönlichkeitsentwicklung

Die Persönlichkeitsentwicklung, ein zentrales Behandlungsziel der Dynamischen Psychiatrie und wesentliche Voraussetzung für eine stabile Gesundung, schätzen die meisten der 104 F1-Patienten als durch die stationäre Therapie positiv entwickelt ein (10% als sehr gut, 72% als gut, 19% als unverändert oder verschlechtert, siehe Tab. 7), wobei die F2-Patienten in der Reihenfolge der Häufigkeit der Nennungen folgende Bereiche und Fähigkeiten als bereits gebessert aufführen: »Umgang mit Problemen allgemein« (90%), »Selbständigkeit« und »Kontaktfähigkeit allgemein« (87%), »Umgang mit Gefühlen« (83%), »allgemeine Lebenszufriedenheit«, »Optimismus« (81%), »Selbstvertrauen, Selbstwertgefühl«, »Auseinandersetzungs- und Durchsetzungsfähigkeit« (79%), »allgemeines körperliches Wohlbefinden«, »Traumfähigkeit, Phantasie, Kreativität« (73%), »Umgang mit Enttäuschungen und Frustrationen« (71%), »Unterstützung holen bzw. annehmen können« (67%), »Sexualität« (50%), wobei 40% ihre Sexualität und 37% ihre Eifersucht als unverändert erleben.

Psychopharmaka

Wenn sich die Persönlichkeit erweitert und stärkt, wie aus diesen Ergebnissen hervorgeht, kommt es seltener und weniger stark zu Symptombildungen. Statt Medikamenten werden andere Möglichkeiten der Krisenbewältigung eingesetzt. Während 59% der ehemaligen F1-Patienten vor Klinikaufnahme Psychopharmaka benötigten, können 26% seit der Entlassung ganz auf diese verzichten. Bei 12% wurde die Dosierung niedriger und 13% brauchen nur noch gelegentlich und kurzfristig Medikamente. Bei 7% ist die Dosis gleich geblieben, nur bei 1% hat sie sich erhöht.

Insgesamt und abschließend kann zu diesen Fragebogen-Ergebnissen festgehalten werden, daß die überwiegende Mehrheit der Befragten die stationäre Behandlung in der Klinik Menterschwaige für ihre Weiterentwicklung in den verschiedenen Aspekten als sehr erfolgreich bis erfolgreich betrachtete. Insbesondere im Bereich der Persönlichkeitsentwicklung, der Kontakt- und Beziehungsfähigkeit und dem damit verbundenen Rückgang der Symptomatik können die größten Veränderungen beobachtet werden, wohingegen beispielsweise Probleme der Sexualität und Eifersucht immer noch ziemlich stark im Vordergrund zu stehen scheinen. Hier lassen sich allerdings Unterschiede zwischen der Gruppe der narzißtisch depressiv strukturierten und der Gruppe

der schizophren strukturierten Patienten beobachten, die im folgenden Kapitel dargestellt und diskutiert werden sollen.

6.2 Vergleich zwischen den schizophren und depressiv strukturierten Patienten

In den nun folgenden Untersuchungsabschnitten soll überprüft werden, ob und inwieweit die für alle psychotisch strukturierten Patienten aufgestellten und oben überprüften Hypothesen auch für die narzißtisch depressiv (D-Patienten, ICD: 296.1) und die schizophren strukturierten Patienten (S-Patienten, ICD: 295.0 bis 295.5, sowie 295.8 und 295.9) gelten. Für jede Diagnosegruppe werden die M-Ergebnisse für die drei Meßintervalle t1t2, t2t3 und t1t3 statistisch mit dem t-Test für abhängige Stichproben auf Signifikanz überprüft und anschließend die Unterschiede zwischen den Testwertentwicklungen der beiden Diagnosegruppen herausgearbeitet (vgl. Kap. 6.2.1 bis 6.2.3). In Kap. 6.2.4 sollen die Testwerte aller klinisch relevanten Skalen über alle drei Meßzeitpunkte hinweg mittels der Varianzanalyse MANOVA auf signifikante Veränderungen hin überprüft und die Kurvenverläufe für S und D miteinander verglichen werden. Abschließend werden in Kap. 6.2.5 die Ergebnisse aus den Fragebogenerhebungen 1 und 2 für die S- und D-Stichprobe miteinander verglichen.

6.2.1 Ergebnisse zur Fragestellung 1

Zwischen Aufnahme (t1) und Entlassung (t2) ergeben sich bei einer insgesamt positiven Testwertentwicklung einige interessante Unterschiede der beiden untersuchten Patientengruppen:

Signifikante Verbesserungen lassen sich für die D-Stichproben ($n_{D\ ISTA\ t1t2}=44$, $n_{D\ MMPI\ t1t2}=38$, $n_{D\ GT\ t1t2}=35$ Patienten) bei 19 der 26 klinisch relevanten Testskalen beobachten, wobei sich die zwei Skalen »Soziale Resonanz« und »Soziale Potenz« im GT außerdem im Trend verändern. (vgl. Tab. 8).

Für die S-Stichproben ($n_{S\ ISTA\ t1t2}=58$, $n_{S\ MMPI\ t1t2}=44$, $n_{S\ GT\ t1t2}=42$ Patienten) zeigen sich nur in 15 der 26 klinisch relevanten Skalen signifikante Unterschiede zwischen t1 und t2, d.h. die Verbesserungen sind etwas geringer als bei Gruppe D: Wir finden bei der Gruppe S keine signifikanten Verbesserungen in den Skalen »konstruktive Angst« und »defizitärer Narzißmus« (ISTA), »Psychopathie«, »Soziale Introversion« (MMPI) und »Soziale Potenz« (GT) nehmen nur mehr im Trend ab, keine Signifikanz zeigt sich mehr in der GT-Skala »Durchlässigkeit« (vgl. Tab. 8).

Weniger konstruktive Angst bedeutet u.a., daß schizophren strukturierte Patienten ihre Angst weniger mitteilen und sich dementsprechend auch weniger Hilfe holen können. Sie sind dadurch auch weniger bereit, Identitätsschritte, die immer mit Angst verbunden sind, anzugehen, zumal schon Realitätsanforderungen als unerhört anstrengend erlebt werden. Entsprechend bleibt auch die Skala der »Durchlässigkeit« (GT) statistisch unverändert, die u.a. Mißtrauen

SKALEN							
ISTA		D			S		
		t1	t2	p	t1	t2	p
AGGRESSION							
konstruktiv	M	7.7	11.9	***	9.5	11.2	**
	(s)	(4.1)	(4.3)		(4.1)	(4.3)	
destruktiv	M	4.9	5.0		4,8	4.7	
	(s)	(4.0)	(3.1)		(3.5)	(3.5)	
defizitär	M	8.6	4.7	***	7.1	5.7	**
	(s)	(3.2)	(3.3)		(3.4)	(4.2)	
ANGST							
konstruktiv	M	6.0	8.4	***	6.8	7.5	
	(s)	(2.7)	(3.4)		(3.2)	(3.4)	
destruktiv	M	8.7	6.7	**	7.8	6.1	***
	(s)	(3.9)	(3.6)		(3.9)	(4.3)	
defizitär	M	6.6	4.6	***	6.4	5.5	*
	(s)	(2.8)	(2.7)		(2.8)	(3.1)	
ABGRENZUNG							
nach außen	M	4.3	6.8	***	5.4	6.5	*
	(s)	(3.0)	(2.9)		(2.8)	(3.3)	
nach innen	M	5.8	8.7	***	6.2	8.4	***
	(s)	(3.4)	(3.6)		(3.7)	(4.4)	
NARZISSMUS							
konstruktiv	M	14.0	20.8	***	16.9	19.2	*
	(s)	(6.8)	(7.0)		(6.7)	(8.0)	
destruktiv	M	11.2	7.9	***	10.6	9.2	*
	(s)	(4.8)	(4.6)		(5.0)	(5.8)	
defizitär	M	8.8	5.3	***	7.8	6.9	
	(s)	(4.0)	(3.9)		(4.0)	(4.6)	
MMPI							
Hypochondrie	M	13.4	10.2	***	13.1	11.6	*
(HS)	(s)	(4.6)	(4.0)		(4.3)	(4.4)	
Depression	M	14.9	8.9	***	14.9	11.2	***
(D)	(s)	(4.2)	(4.6)		(5.8)	(6.2)	
Hysterie	M	16.5	11.4	***	16.1	13.0	***
(HY)	(s)	(5.8)	(5.2)		(5.2)	(6.7)	
Psychopathie	M	17.9	15.0	***	16.9	15.8	(*)
(PD)	(s)	(3.3)	(3.3)		(4.5)	(4.3)	
Paranoia	M	9.0	7.6		8.9	8.8	
(PA)	(s)	(4.3)	(4.2)		(4.2)	(5.4)	
Psychasthenie	M	20.9	16.0	***	20.3	17.7	***
(PT)	(s)	(4.3)	(5.1)		(4.5)	(5.4)	
Schizoidie	M	15.8	12.0	***	15.7	14.1	*
(SC)	(s)	(4.9)	(4.6)		(4.8)	(4.8)	
Hypomanie	M	13.5	13.7		12.9	13.9	
(MA)	(s)	(4.0)	(4.2)		(4.1)	(3.9)	
Soz. Introversion	M	14.9	11.5	***	14.0	12.4	(*)
(SI)	(s)	(5.6)	(5.3)		(5.5)	(5.4)	
GT							
Soz. Resonanz	M	37.7	41.8	(*)	36.4	42.3	**
(NR — PR)	(s)	(10.6)	(11.3)		(13.7)	(13.4)	
Dominanz	M	41.7	40.0		43.3	40.6	
(DO — GE)	(s)	(13.4)	(10.4)		(12.3)	(12.2)	
Kontrolle	M	47.7	45.9		43.6	46.0	
(UK — ZW)	(s)	(11.5)	(8.2)		(10.7)	(8.8)	
Grundstimmung	M	64.0	59.9	***	62.7	58.3	**
(HM — DE)	(s)	(10.1)	(10.0)		(9.2)	(10.4)	
Durchlässigk.	M	62.8	54.8	***	57.0	54.5	
(DU — RE)	(s)	(14.7)	(12.2)		(13.6)	(13.8)	
Soz. Potenz	M	56.1	52.3	(*)	56.9	52.3	(*)
(PO — IP)	(s)	(13.7)	(11.9)	(9.3)	(12.5)	(11.9)	

Tab. 8: Statistischer Mittelwertvergleich (t-Test) der Skalenwerte für ISTA, MMPI und GT für die beiden Diagnosegruppen narzißtisch depressiv strukturierte (D) und schizophren strukturierte (S) Patienten zwischen den Meßzeitpunkten t1 und t2 wobei $n_{D\ ISTA\ t1t2}=44$, $n_{S\ ISTA\ t1t2}=58$, $n_{D\ MMPI\ t1t2}=38$, $n_{S\ MMPI\ t1t2}=44$, $n_{D\ GT\ t1t2}=35$ und $n_{S\ GT\ t1t2}=42$ Patienten, M=Mittelwert, (s)=Streuung und Signifikanz-Niveau p ***≦1‰, **≦1%, *≦5% und (*)=Trendergebnis.

und Verschlossenheit anzeigt. Die Tendenz zum sozialen Rückzug ist bei der Gruppe S stärker vorhanden, wie dies die Skala SI (MMPI) anzeigt, die sich nur im Trend verringert. Damit verbunden ist auch die Trendabnahme in der Skala PD (MMPI), die darauf hinweist, daß die Gruppe S mehr Unzuverlässigkeit, Eigensinn und Trotz als Kontaktabwehr zeigt. Dieses Nicht-Ernst- und Wichtignehmen des Gefühls der Angst, das sich in der mangelnden Kommunikation und Hilfeforderung ausdrückt, spiegelt sich in der unveränderten Skala »defizitärer Narzißmus« (ISTA) wider, die auch anzeigt, daß sich die Patienten als wenig gesehen und wenig wichtig für die Umwelt erleben, an die sie eine eher passiv-fordernde Haltung haben.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß beide Gruppen — sowohl die Gruppe der narzißtisch depressiv als auch die Gruppe der schizophren strukturierten Patienten — eine insgesamt positive Entwicklung in der Zeit klinischer Behandlung machen, d.h. es kann vermutet werden, daß die in Hypothese 1 postulierten Annahmen auch für beide Stichproben gelten. Im Vergleich zur Gruppe D, die mit einer geringen, aber im Vergleich zur S-Gruppe signifikant größeren defizitären Aggression und niedrigeren Paranoia in die stationäre Behandlung kommt, zeigt die Gruppe S insgesamt bei Entlassung etwas geringere Verbesserungen als die D-Gruppe.

6.2.2 Ergebnisse zu Fragestellung 2

Die Prüfung der M-Unterschiede für das Meßintervall t1t3 ergibt für die D-Stichproben ($n_{D\ ISTA\ t1t3}=28$, $n_{D\ MMPI\ t1t3}=23$, $n_{D\ GT\ t1t3}=23$ Patienten) 18 signifikante Verbesserungen der Testwerte sowie vier Trendergebnisse, wie aus Tab. 9 ersichtlich. Erstmals nimmt die MMPI-Skala »Paranoia« im Trend ab, ebenso die GT-Skala »Grundstimmung«. Eine Trendzunahme zeigt die GT-Skala »Soziale Resonanz« ebenso wie die Skala »Dominanz« (GT). Die Skala »Durchlässigkeit« (GT) zeigt einen signifikanten Unterschied im Sinne einer Zunahme (vgl. Tab. 9).

Im Unterschied zur Gruppe D erhalten wir für die S-Stichproben ($n_{S\ ISTA\ t1t3}=27$, $n_{S\ MMPI\ t1t3}=24$, $n_{S\ GT\ t1t3}=22$ Patienten) nur noch 15 signifikante Verbesserungen sowie drei Trendverbesserungen zwischen t1 und t3. Dabei zeigt sich im Unterschied zur D-Gruppe keine Signifikanz in den Skalen »defizitäre Angst« (ISTA), »Paranoia« (MMPI) sowie »Grundstimmung« und »Durchlässigkeit« (GT). Signifikant positiv verändert sich bei Gruppe S jedoch die »Soziale Resonanz« (GT). In allen anderen Skalen zeigt diese Gruppe den gleichen Verlauf wie die Gruppe D. Wie schon im Zeitintervall t1t2 verändert sich auch im Zeitintervall t1t3 die Skala »Durchlässigkeit« (GT) nicht. Daß sich im Zeitintervall t1t3 nicht auch die Skala »Paranoia« (MMPI) veränderte, zeigt, daß Mißtrauen, Argwohn, Verschlossenheit und Rückzug bei der Gruppe S größere Probleme darstellten als für die Gruppe D. Damit verbunden ist größere Kontaktvermeidung (defizitäre Angst/ISTA) und dadurch vermehrt erlebte Einsamkeit und Depression (»Grundstimmung/GT).

SKALEN		D			S		
ISTA		t1	t3	p	t1	t3	p
AGGRESSION							
konstruktiv	M	8.1	12.1	***	9.8	11.3	(*)
	(s)	(4.0)	(4.2)		(3.9)	(4.0)	
destruktiv	M	5.4	4.5		4.7	5.0	
	(s)	(4.4)	(2.3)		(3.8)	(3.5)	
defizitär	M	8.1	3.9	***	7.3	4.5	***
	(s)	(2.9)	(2.6)		(3.5)	(3.4)	
ANGST							
konstruktiv	M	6.3	9.4	***	6.8	8.1	*
	(s)	(2.6)	(2.5)		(2.5)	(2.4)	
destruktiv	M	9.3	5.5	***	7.7	6.0	*
	(s)	(3.6)	(2.9)		(4.5)	(4.4)	
defizitär	M	6.8	3.7	***	5.8	5.0	
	(s)	(2.9)	(2.1)		(3.1)	(2.9)	
ABGRENZUNG							
nach außen	M	4.4	8.0	***	5.6	7.0	*
	(s)	(3.0)	(2.6)		(2.6)	(3.3)	
nach innen	M	5.5	9.3	***	6.1	9.2	**
	(s)	(3.6)	(3.3)		(4.1)	(4.4)	
NARZISSMUS							
konstruktiv	M	15.5	21.1	**	16.4	20.7	***
	(s)	(3.7)	(6.4)		(4.7)	(5.2)	
destruktiv	M	11.1	6.3	***	10.9	7.8	*
	(s)	(5.0)	(4.5)		(5.5)	(5.6)	
defizitär	M	9.0	4.5	***	8.0	5.4	**
	(s)	(3.6)	(3.8)		(3.8)	(4.0)	
MMPI							
Hypochondrie	M	13.4	9.7	**	15.0	12.2	*
(HS)	(s)	(4.5)	(2.2)		(4.3)	(4.4)	
Depression	M	14.7	7.0	***	14.4	10.5	**
(D)	(s)	(5.3)	(4.4)		(5.9)	(5.8)	
Hysterie	M	15.9	9.5	***	16.8	12.0	***
(HY)	(s)	(5.7)	(3.8)		(5.3)	(6.0)	
Psychopathie	M	16.8	13.9	**	17.3	14.7	*
(PD)	(s)	(3.4)	(3.3)		(4.5)	(4.4)	
Paranoia	M	8.0	6.5	(*)	8.4	7.9	
(PA)	(s)	(3.2)	(2.5)		(5.1)	(5.2)	
Psychasthenie	M	20.7	15.5	***	20.8	17.8	***
(PT)	(s)	(4.1)	(3.6)		(5.1)	(4.4)	
Schizoidie	M	15.7	11.0	***	15.8	13.9	(*)
(SC)	(s)	(5.0)	(2.8)		(6.1)	(5.1)	
Hypomanie	M	13.7	13.2		13.1	12.9	
(MA)	(s)	(3.6)	(3.7)		(5.5)	(3.7)	
Soz. Introversion	M	16.0	10.7	***	15.0	12.2	*
(SI)	(s)	(5.3)	(5.4)		(6.4)	(5.8)	
GT							
Soz. Resonanz	M	38.4	45.0	(*)	37.0	42.4	**
(NR — PR)	(s)	(12.3)	(11.7)		(11.3)	(9.6)	
Dominanz	M	45.3	40.1	(*)	47.0	43.3	(*)
(DO — GE)	(s)	(12.6)	(8.1)		(10.6)	(10.1)	
Kontrolle	M	49.0	49.1		42.6	44.4	
(UK — ZW)	(s)	(10.5)	(8.7)		(9.4)	(7.5)	
Grundstimmung	M	63.5	57.7	(*)	61.3	57.6	
(HM — DE)	(s)	(10.4)	(7.5)		(10.6)	(9.6)	
Durchlässigkeit	M	60.6	52.3	*	54.2	53.9	
(DU — RE)	(s)	(14.6)	(11.2)		(13.1)	(10.1)	
Soz. Potenz	M	56.4	54.6		58.6	55.3	
(PO — IP)	(s)	(16.3)	(10.8)		(11.7)	(9.4)	

Tab. 9: Statistischer Mittelwertvergleich (t-Test) der Skalenwerte für ISTA, MMPI und GT für die beiden Diagnosegruppen narzißtisch depressiv strukturierte (D) und schizophren strukturierte (S) Patienten zwischen den Meßzeitpunkten t1 und t3 wobei $n_{D\ ISTA\ t1t3}=28$, $n_{S\ ISTA\ t1t3}=27$, $n_{D\ MMPI\ t1t3}=23$, $n_{S\ MMPI\ t1t3}=24$, $n_{D\ GT\ t1t3}=23$ und $n_{S\ GT\ t1t2}=22$ Patienten, M=Mittelwert, (s)=Streuung und Signifikanz-Niveau p ***≦1‰, **≦1%, *≦5% und (*)=Trendergebnis.

SKALEN							
ISTA		D			S		
		t2	t3	p	t2	t3	p
AGGRESSION							
konstruktiv	M	12.4	11.8		10.8	11.2	
	(s)	(4.1)	(4.1)		(4.5)	(4.3)	
destruktiv	M	5.5	4.3	(*)	5.1	5.2	
	(s)	(3.1)	(2.4)		(3.6)	(3.4)	
defizitär	M	4.2	4.1		6.5	4.7	*
	(s)	(3.0)	(2.6)		(4.0)	(3.7)	
ANGST							
konstruktiv	M	8.7	9.3		7.9	7.8	
	(s)	(3.2)	(2.4)		(3.5)	(2.5)	
destruktiv	M	7.6	6.1	(*)	7.2	6.3	
	(s)	(4.1)	(2.8)		(4.6)	(4.4)	
defizitär	M	4.9	3.8	*	5.4	4.9	
	(s)	(3.0)	(2.1)		(3.4)	(3.0)	
ABGRENZUNG							
nach außen	M	6.8	7.7		5.9	6.8	
	(s)	(2.9)	(2.6)		(3.0)	(4.5)	
nach innen	M	8.3	8.7		7.9	9.1	
	(s)	(3.7)	(3.4)		(4.4)	(4.5)	
NARZISSMUS							
konstruktiv	M	20.3	21.0		19.6	21.0	
	(s)	(6.2)	(5.9)		(6.9)	(5.0)	
destruktiv	M	7.9	6.8		9.4	7.6	(*)
	(s)	(4.4)	(4.4)		(6.1)	(5.6)	
defizitär	M	5.1	4.9		6.7	5.1	
	(s)	(3.9)	(3.3)		(4.6)	(4.0)	
MMPI							
Hypochondrie	M	11.2	10.0		12.5	12.5	
(HS)	(s)	(4.3)	(3.3)		(5.1)	(4.4)	
Depression	M	8.6	7.4		11.4	10.6	
(D)	(s)	(4.3)	(4.4)		(6.7)	(6.0)	
Hysterie	M	12.4	10.3	(*)	14.4	12.5	
(HY)	(s)	(5.4)	(4.6)		(7.2)	(6.0)	
Psychopathie	M	15.1	14.1		15.4	14.7	
(PD)	(s)	(3.1)	(3.3)		(4.2)	(4.9)	
Paranoia	M	8.3	6.9	*	9.6	7.9	
(PA)	(s)	(3.7)	(2.6)		(6.4)	(5.2)	
Psychasthenie	M	16.4	16.1		18.0	18.2	
(PT)	(s)	(4.9)	(4.2)		(5.9)	(4.4)	
Schizoidie	M	12.4	11.4		14.1	14.2	
(SC)	(s)	(4.8)	(3.6)		(5.9)	(5.1)	
Hypomanie	M	14.9	13.8		13.6	12.9	
(MA)	(s)	(4.9)	(3.6)		(4.2)	(3.9)	
Soz. Introversion	M	12.1	10.9		13.6	13.0	
(SI)	(s)	(4.6)	(5.5)		(5.5)	(5.7)	
GT							
Soz. Resonanz	M	42.0	46.6		40.6	43.0	
(NR — PR)	(s)	(10.8)	(10.4)		(13.1)	(10.0)	
Dominanz	M	41.1	39.9		43.8	43.4	
(DO — GE)	(s)	(11.1)	(8.3)		(11.5)	(10.9)	
Kontrolle	M	45.8	48.5		48.2	45.5	
(UK — ZW)	(s)	(10.2)	(8.0)		(10.2)	(8.8)	
Grundstimmung	M	56.8	58.5		59.9	58.0	
(HM — DE)	(s)	(10.2)	(6.9)		(10.0)	(10.1)	
Durchlässigk.	M	52.3	52.7		53.1	54.4	
(DU — RE)	(s)	(11.9)	(10.2)		(12.0)	(10.3)	
Soz. Potenz	M	51.3	55.7	(*)	51.4	54.7	
(PO — IP)	(s)	(12.2)	(9.6)	(9.3)	(10.9)	(10.1)	

Tab. 10: Statistischer Mittelwertvergleich (t-Test) der Skalenwerte für ISTA, MMPI und GT für die beiden Diagnosegruppen narzißtisch depressiv strukturierte (D) und schizophren strukturierte (S) Patienten zwischen den Meßzeitpunkten t2 und t3 wobei $n_{D\ ISTA\ t2t3}=23$, $n_{S\ ISTA\ t2t3}=25$, $n_{D\ MMPI\ t2t3}=20$, $n_{S\ MMPI\ t2t3}=22$, $n_{D\ GT\ t2t3}=19$ und $n_{S\ GT\ t2t3}=19$ Patienten, M=Mittelwert, (s)=Streuung und Signifikanz-Niveau p ***≦1‰, **≦1%, *≦5% und (*)=Trendergebnis.

Dennoch scheinen sie sich mehr den Anforderungen der Umwelt anpassen zu können, denn sie erleben sich auch mehrere Jahre nach Klinikentlassung positiver in ihrer Wirkung auf die Umwelt (»Soziale Resonanz«/GT). In allen anderen Skalen zeigt die S-Gruppe den gleichen Verlauf wie die Gruppe D.

Es kann festgehalten werden, daß auch längerfristig (t1t3) ein insgesamt positiver Klinikeffekt für beide Diagnosegruppen beobachtet werden kann, d.h. Hypothese 2 (vgl. Kap. 6.1.2) gilt vermutlich auch für die S- und D-strukturierten Patienten, wobei insgesamt gesehen die D-Patienten größere Fortschritte zeigen als die S-Patienten.

6.2.3 Ergebnisse zu Fragestellung 3

Die Frage nach der Stabilität bzw. auch nach möglichen Verbesserungen der Behandlungsergebnisse (Zeitpunkt t2) 1—7 Jahre nach Klinikentlassung (zum Zeitpunkt t3) läßt sich für beide Diagnosegruppen wie folgt zusammenfassen (siehe auch Tab. 10): in 20 der 26 klinisch relevanten Skalen zeigt die D-Gruppe ($n_{D\ ISTA\ t2t3}=23$, $n_{D\ MMPI\ t2t3}=20$, $n_{D\ GT\ t2t3}=19$ Patienten) stabile Werte, d.h. keine signifikanten Unterschiede. Weitergehende signifikante Abnahmen im Vergleich zu t2 zeigen sich in den Skalen »defizitäre Angst« (ISTA) und »Paranoia« (MMPI). Im Trend verringern sich weiterhin die Skalen »destruktive Aggression« und »destruktive Angst« im ISTA, die Skala »Hysterie« im MMPI und die Skala »Sozialen Potenz« im GT (letztere jedoch in negativer Erwartungsrichtung).

Bei der untersuchten S-Gruppe ($n_{S\ ISTA\ t2t3}=25$, $n_{S\ MMPI\ t2t3}=22$, $n_{S\ GT\ t2t3}=19$ Patienten) bleiben 23 Skalenwerte stabil. Über t2 hinausgehende weitere signifikante Verbesserungen zeigen sich nur im ISTA, und zwar in der Skala »defizitäre Aggression« und im Trend in der Skala »destruktiver Narzißmus«. Anders als die D-Gruppe zeigt die S-Gruppe in den Testverfahren MMPI und GT keine weiteren Veränderungen.

Beide Diagnosegruppen konnten den in der Klinik erreichten Erfolg auch über den Zeitraum von 1—7 Jahren nach Klinikentlassung stabilisieren und sich in einigen Bereichen sogar noch verbessern, wobei auch hier wieder die Gruppe der depressiv Strukturierten besser abschneidet. Es muß allerdings berücksichtigt werden, daß es sich hierbei um kleine Stichproben handelt, bestehend aus Patienten, die bis zum Zeitpunkt der Veröffentlichung ausfindig gemacht werden konnten bzw. bereit waren, an der testpsychologischen Untersuchung teilzunehmen. Darauf soll in der abschließenden Gesamtdiskussion (Kap. 7) noch eingegangen werden.

6.2.4 Ergebnisse der Fragestellung 4

Die Frage nach möglichen Unterschieden in der Wirksamkeit der Psychotherapie zwischen den beiden Diagnosegruppen »narzißtische Depression« (D) ($n_{D\ ISTA\ V}=26$, $n_{D\ MMPI\ V}=20$, $n_{D\ GT\ V}=20$ Patienten) und »schizophrene Struk-

SKALEN		t1		t2		t3		F-Wert	
ISTA		D	S	D	S	D	S	p TREATM.	p INTER.
AGGRESSION									
konstruktiv	M	7.5	9.3	12.5	10.6	11.8	11.6	22.11***	5.18**
	(s)	(3.9)	(3.7)	(3.9)	(4.4)	(4.0)	(3.9)		
destruktiv	M	5.4	4.6	6.1	5.0	4.6	5.0	1.15	1.20
	(s)	(4.5)	(3.7)	(3.5)	(3.6)	(2.4)	(3.4)		
defizitär	M	8.6	7.5	4.3	6.3	4.0	4.3	38.40***	5.60**
	(s)	(3.0)	(3.3)	(2.8)	(4.0)	(2.5)	(3.5)		
ANGST									
konstruktiv	M	6.1	6.6	8.9	7.8	9.3	8.2	15.11***	2.15
	(s)	(2.4)	(2.3)	(3.0)	(3.6)	(2.4)	(2.6)		
destruktiv	M	9.8	8.3	7.8	7.3	6.0	6.1	14.73***	1.24
	(s)	(3.5)	(4.2)	(3.8)	(4.5)	(2.7)	(4.4)		
defizitär	M	7.1	6.1	4.9	5.6	3.7	4.8	21.40***	4.70*
	(s)	(2.9)	(3.0)	(2.9)	(3.1)	(2.1)	(2.9)		
ABGRENZUNG									
nach außen	M	4.0	5.3	6.7	6.0	7.7	7.1	20.75***	3.32*
	(s)	(2.9)	(2.7)	(2.9)	(3.1)	(2.5)	(3.4)		
nach innen	M	4.9	5.8	8.0	7.6	9.0	9.2	20.65***	.64
	(s)	(3.2)	(4.0)	(3.7)	(4.5)	(3.3)	(4.5)		
NARZISSMUS									
konstruktiv	M	14.4	15.9	20.2	19.2	21.1	21.0	20.07***	.77
	(s)	(7.2)	(4.6)	(6.0)	(6.8)	(5.7)	(5.0)		
destruktiv	M	11.6	11.2	8.4	9.5	6.5	7.3	16.32***	.52
	(s)	(5.1)	(5.2)	(4.4)	(5.9)	(4.2)	(5.6)		
defizitär	M	9.0	8.1	5.3	6.8	4.5	5.0	18.99***	1.91
	(s)	(3.6)	(3.7)	(3.8)	(4.3)	(3.4)	(4.0)		
MMPI									
Hypochondrie	M	14.3	14.6	11.5	11.8	9.3	12.3	13.17***	2.27
	(s)	(4.3)	(4.2)	(4.7)	(5.1)	(2.1)	(4.4)		
Depression	M	15.9	14.9	8.9	11.6	6.6	10.5	31.27***	4.16*
	(s)	(4.7)	(5.1)	(4.6)	(6.6)	(3.6)	(5.9)		
Hysterie	M	17.3	17.3	12.8	14.2	9.2	12.3	24.29***	1.44
	(s)	(5.4)	(4.7)	(5.7)	(7.1)	(3.5)	(5.9)		
Psychopathie	M	18.0	17.7	15.0	15.8	13.6	15.3	15.83***	1.21
	(s)	(3.1)	(3.7)	(3.0)	(4.2)	(3.3)	(4.3)		
Paranoia	M	9.3	9.5	8.2	9.5	6.1	7.8	4.31*	.39
	(s)	(4.2)	(5.0)	(3.7)	(6.2)	(2.7)	(5.2)		
Psychasthenie	M	22.0	21.6	16.7	18.1	15.6	17.9	27.55***	1.78
	(s)	(3.2)	(4.5)	(5.1)	(5.8)	(3.8)	(4.5)		
Schizoidie	M	17.1	16.3	12.1	13.9	10.5	14.0	19.10***	4.07*
	(s)	(4.4)	(5.9)	(4.2)	(5.8)	(2.5)	(5.1)		
Hypomanie	M	14.7	12.8	15.4	13.7	13.8	13.2	1.00	.39
	(s)	(3.5)	(4.0)	(5.0)	(4.0)	(3.6)	(3.7)		
Soz. Introversion	M	16.0	15.9	12.0	13.9	10.4	12.9	13.47***	1.37
	(s)	(5.6)	(5.3)	(4.6)	(5.4)	(5.6)	(5.5)		
GT									
Soz. Resonanz	M	37.4	35.4	42.1	40.2	46.9	41.6	7.06**	.44
(NR — PR)	(s)	(14.1)	(10.5)	(11.1)	(12.8)	(10.2)	(10.3)		
Dominanz	M	45.3	44.9	39.4	43.8	40.3	43.3	1.98	.78
(DO — GE)	(s)	(12.7)	(11.2)	(10.9)	(11.2)	(7.9)	(10.6)		
Kontrolle	M	47.9	42.8	45.4	48.2	47.4	45.3	.45	3.11*
(UK — ZW)	(s)	(11.1)	(9.4)	(10.1)	(9.9)	(7.8)	(8.0)		
Grundstimmung	M	66.0	63.1	57.9	60.3	57.8	57.9	6.59**	.90
(HM — DE)	(s)	(10.4)	(10.2)	(10.6)	(11.0)	(7.4)	(9.9)		
Durchlässigkeit	M	63.1	55.1	51.8	53.8	50.8	55.2	5.20**	4.45*
(DU — RE)	(s)	(15.0)	(13.4)	(11.7)	(12.5)	(9.6)	(10.2)		
Soz. Potenz	M	56.0	58.4	50.6	52.1	54.1	55.5	3.98*	.04
(PO — IP)	(s)	(15.4)	(10.5)	(12.1)	(11.0)	(8.8)	(10.1)		

Tab. 11: Ergebnisse der varianzanalytischen Berechnung der ISTA-, MMPI- und GT-Mittelwerte über die 3 Meßzeitpunkte t1, t2 und t3 für narzißtisch depressiv strukturierte (D) und schizophren strukturierte (S) Patienten nach den Effekten von GRUPPE (Diagnose), TREATMENTS (Zeitverlauf) und INTERAKTION (Wechselwirkung) zwischen Gruppen und Treatments (GRUPPEN X TREATMENTS) mit Mittelwert M, Streuung (s), F-Wert und Signifikanz-Niveau p (TREATM.) für den Zeitverlauf und p (INTER.) für den Interaktionseffekt zwischen den Faktoren, Gruppen und Treatments. Zwischen den beiden Diagnosegruppen wurde in keiner Skala ein signifikanter Unterschied gefunden, p (GRUPPEN) wurde deshalb nicht aufgeführt.
Stichproben: $n_{D\ ISTA\ t1t2t3} = 26$, $n_{S\ ISTA\ t1t2t3} = 26$, $n_{D\ MMPI\ t1t2t3} = 20$, $n_{S\ MMPI\ t1t2t3} = 23$, $n_{D\ GT\ t1t2t3} = 20$ und

tur« (S) ($n_{S\ ISTA\ V}=26$, $n_{S\ MMPI\ V}=23$, $n_{S\ GT\ V}=20$ Patienten) kann aufgrund der vorliegenden Ergebnisse des varianzanalytischen Vergleichs der Testwertentwicklung für die 26 klinisch relevanten ISTA-, MMPI- und GT-Skalen (vgl. Tab. 11) verneint werden. In keiner der 26 klinisch relevant definierten Skalen finden sich signifikante varianzanalytische Unterschiede, die die Aussage erlauben würden, daß die Therapie bei einer Gruppe besser greift als bei der anderen.

Abweichungen zwischen den beiden Stichproben in der zeitlichen Strukturierung der Ergebnisse über die drei Meßzeitpunkte hinweg — statistisch als Interaktion (»INTER« in Tab. 11) erscheinend — können allerdings beobachtet werden für die Skalen »konstruktive Aggression«, »defizitäre Aggression«, »defizitäre Angst« und »Abgrenzung nach außen« (ISTA), für die MMPI-Skalen »Depression« und »Schizoidie« sowie für die GT-Skalen »Kontrolle« und »Durchlässigkeit«. Dies bedeutet, daß die Abweichungen im Kurvenverlauf in den genannten Skalen nicht mehr durch Zufall erklärbar sind.

Die D-Gruppe zeigt im Mittel bis zur Klinikentlassung (t2) eine stärkere Zunahme an konstruktiver Aggression und Abgrenzungsfähigkeit nach außen, einhergehend mit einer größeren Abnahme von defizitärer Aggression und Angst, von Depression und sozialem Rückzug, wobei die D-Patienten ihre Zwanghaftigkeit und Verschlossenheit schneller »aufzulockern« beginnen als die S-Patienten.

Beispielhaft für alle genannten Skalen sollen in den Abb. 5—7 die Kurvenverläufe für D und S für die ISTA-Skala »konstruktive Aggression« (Abb. 5), für die MMPI-Skala »Depression« (Abb. 6) und die GT-Skala »Kontrolle« (Abb. 7) veranschaulicht werden.

In den Abb. 5—7 sehen wir, daß die S-Patienten insgesamt kontinuierlichere, aber flacher ansteigende oder abfallende Kurven zeigen, d.h. ihr Therapiegewinn in den genannten Variablen erfolgt insgesamt gesehen langsamer, dennoch ist die Therapie nicht weniger erfolgreich als für die D-Patienten: Der varianzanalytische Vergleich bringt, wie schon erwähnt, über alle drei Meßzeitpunkte hinweg keine Signifikanzen. Der Gruppeneffekt der varianzanalytischen Berechnung zeigt in keiner Skala einen signifikanten Wert (siehe Tab. 11). Man kann aufgrund der vorliegenden Ergebnisse also nicht folgern, daß eine Diagnosegruppe »besser therapierbar« wäre als die andere.

6.2.5 Ergebnisse zur Fragestellung 5

Im Gesamtverlauf bzw. im Gesamtergebnis therapeutischer Bemühungen unterscheiden sich auf testpsychologischer Ebene beide untersuchten Diagnosegruppen im Gruppenmittel nicht. Die Frage soll nun erörtert werden, ob und inwieweit die S- und D-Gruppe unterschiedliche Angaben in den Fragebogenerhebungen 1 (F1) und 2 (F2) machen, im Rahmen derer die Patienten zum Katamnesezeitpunkt t3 gebeten wurden, zunächst global (F1: $n_{F1}=104$, davon 59% S und 41% D), dann differenzierter (F2: $n_{F2}=55$, davon 55% S und 45% D

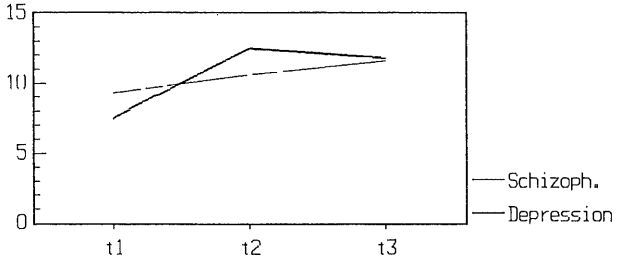


Abb. 5: Verlaufskurve der Mittelwerte über die 3 Meßzeitpunkte t1, t2 und t3 für die ISTA-Skala »Konstruktive Aggression« für $n_{D\ ISTA\ t1t2t3} = 26$ depressiv strukturierte Patienten und $n_{S\ ISTA\ t1t2t3} = 26$ schizophren strukturierte Patienten.

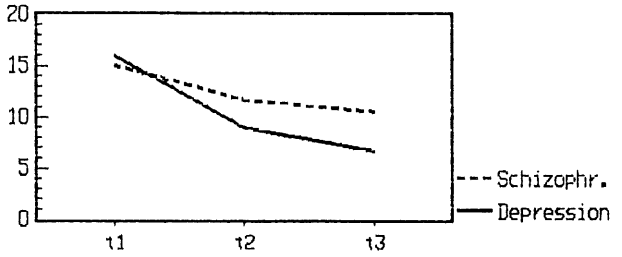


Abb. 6: Verlaufskurve der Mittelwerte über die 3 Meßzeitpunkte t1, t2 und t3 für die MMPI-Skala »Depression« für $n_{D\ MMPIt1t2t3} = 20$ depressiv strukturierte Patienten und $n_{S\ MMPI\ t1t2t3} = 23$ schizophren strukturierte Patienten.

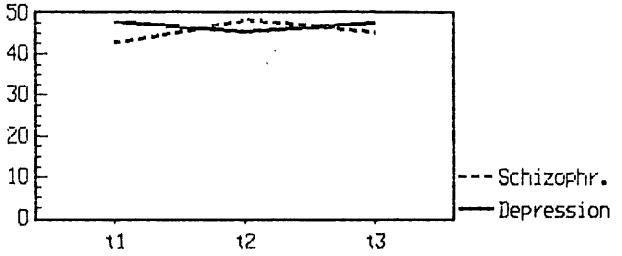


Abb. 7: Verlaufskurve der Mittelwerte über die 3 Meßzeitpunkte t1, t2 und t3 für die GT-Skala »Kontrolle« für $n_{D\ GT\ t1t2t3} = 20$ depressiv strukturierte Patienten und $n_{S\ GT\ t1t2t3} = 20$ schizophren strukturierte Patienten.

ihre Einschätzungen hinsichtlich einer Anzahl von outcome-Variablen abzugeben. Die wesentlichen Ergebnisse sollen im folgenden kurz vorgestellt werden.

Wie Tab. 12 zeigt, lassen sich keine signifikanten M-Unterschiede mittels Chi-Quadrat-Test beobachten, wenn die F1-Patienten ganz allgemein ihre Urteile auf Fünf-Punkte-Rangskalen bezüglich Persönlichkeitsentwicklung, Kontaktfähigkeit, Beruf, Ausbildung und Wohnsituation befragt werden. Beide Gruppen konstatieren hier alles in allem betrachtet eine vergleichbar positive Entwicklung, die sich auch in den meisten Ergebnissen der F2-Erhebung aufzeigen läßt, wobei beide Fragebogenergebnisse nicht unmittelbar aufeinander bezogen werden dürfen, da nur 53% der F1-Patienten zum Zeitpunkt der Veröffentlichung ihre Fragebogen zurückgeschickt hatten. In der F2-Erhebung zeichnen sich allerdings einige interessante S/D-Unterschiede ab, die vermuten lassen, daß die von uns behandelte S-Gruppe in einigen Aspekten mit mehr Problemen zu kämpfen hat als die D-Gruppe.

Rang	1 (wesentl. gebessert)		2 (etwas gebessert)		3 (gleich)		4 (etwas verschl.)		5 (wesentl. verschl.)		Signifikanz
Variable	S%	D%	S%	D%	S%	D%	S%	D%	S%	D%	P
Symptomatik	42,6	69,7	42,6	15,2	10,6	12,1	4,2	—	—	3,0	*
Persönlichkeitsentwi.	8,5	6,1	66,0	81,8	21,3	9,1	—	—	4,3	3,0	
Kontaktfähigkeit	38,3	54,4	44,7	27,3	14,9	12,1	2,1	3,0	—	3,0	
Freundschaften	28,3	56,3	47,8	25,0	23,9	12,5	—	—	—	6,3	*
Berufssituation	29,8	33,3	29,8	36,4	31,9	18,2	—	3,0	8,5	9,1	
Freizeit	29,8	54,5	40,4	19,2	21,3	18,2	6,4	—	2,1	9,1	*
Wohnsituation	29,8	48,5	31,9	21,2	25,5	21,2	4,3	—	8,5	9,1	

Tab. 12: Prozentuale Häufigkeit der Nennungen für Gruppe S ($n_{S\,F1}=58$ schizophren strukturierte Patienten und für Gruppe D ($n_{D\,F1}=42$ narzißtisch depressiv strukturierte Patienten) für die Rangplätze 1 bis 5, wobei 1 = wesentlich gebessert/sehr gut, 2 = etwas gebessert/gut, 3 = gleich geblieben/weder-noch, 4 = etwas verschlechtert/schlecht und 5 = wesentlich verschlechtert/sehr schlecht, für die outcome-Variablen des Fragebogens 1 mit Darstellung der Signifikanzen des Unterschieds S—D nach Chi-Quadrat-Test. p *≦5%.

Signifikante F1-Unterschiede finden sich bezüglich der wahrgenommenen Verbesserung in der Symptomatik, wobei sich hier die D-Gruppe wesentlich besser einschätzt als die S-Gruppe, ebenso hinsichtlich Freundschaft und Partnerschaft, Freizeitgestaltung und Lebenssituation insgesamt, wie teilweise aus Tab. 12 hervorgeht. Beim Gesamttherapieerfolg finden wir ein Trendergebnis: 55% der D-Gruppe halten die Therapie für »sehr erfolgreich«, was nur 26% der S-Patienten angeben.

Dabei hatten 72% der S-Patienten im Vergleich zu nur 42% der D-Patienten vor der Klinikbehandlung Erfahrungen mit Psychopharmaka: Entsprechend hatten 28% der S- und 58% der D-Patienten zuvor nie Psychopharmaka eingenommen. Auf Psychopharmaka angewiesen fühlen sich noch 42% der S-Gruppe im Unterschied zu nur 9% der D-Gruppe, wobei bei 15% der S-Gruppe die Dosierung niedriger geworden, bei 17% die Höhe der Dosierung gleich geblieben ist. Nur noch gelegentlich nehmen 11% der S-Gruppe gegenüber 6% der D-Gruppe Medikamente ein. Betrachtet man ergänzend zur Frage der Psychopharmaka-Einnahme die bisher vorliegenden F2-Ergebnisse für 30 S- und 25 D-Patienten, so sind 30% der S-Patienten im Vergleich zu nur 4% der D-Patienten heute noch auf die Einnahme von Psychopharmaka angewiesen ($p \leq 0.05$), wobei ca. die Hälfte dieser S-Patienten wiederum eine geringere Medikamentendosis im Vergleich zur Zeit vor der Klinikbehandlung benötigen oder nur noch gelegentlich Psychopharmaka einnehmen. Bei ca. 16% ist die Dosierung gleichgeblieben oder hat sich erhöht. Die S- und D-Gruppe der F2-Befragung unterscheiden sich auch signifikant ($p \leq 0.05$) hinsichtlich der Dauer der Psychopharmaka-Einnahme seit Klinikentlassung bis zum Zeitpunkt der katamnestischen Befragung, (D-Gruppe 19 Monate, S-Gruppe 60 Monate, d.h. die D-Patienten, die im Katamnesezeitraum noch zu Medikamenten greifen mußten, benötigten diese nur für einen kurzen Zeitraum, während S-Patienten diese teilweise über mehrere Monate hinweg einnehmen mußten). Ebenso signifikant unterschiedlich ist auch die Länge des Zeitraumes, seitdem die Patienten keine Medikamente mehr einnehmen (D-Gruppe durchschnittlich 56 Monate, S-Gruppe 18 Monate).

Fragt man die F2-Patienten nach psychovegetativen und psychischen Symptomen und Beschwerden (anhand einer Liste von 64 psychovegetativen und 48 psychischen Symptomen und Beschwerden), die sie vor Klinikaufnahme hatten und heute entweder nicht mehr haben oder die sie als gebessert, gleichgeblieben bzw. verschlechtert angeben, so unterscheiden sich beide Diagnosegruppen nicht signifikant mit Ausnahme von Spannungssymptomen (z.B. Nacken-Schulterschmerzen), die bei der D-Gruppe signifikant abnehmen ($p \leq 0.01$) ebenso wie Suizidgedanken ($p \leq 0.05$ für die D-Patienten), wobei 75% der D-Gruppe gegenüber 32% der S-Gruppe über keine Selbstmordgedanken mehr klagen. Signifikant verbessert auf dem 5%-Niveau haben sich bei den D-Patienten auch Mißtrauen und Überlastungssymptome wie z.B. Reizbarkeit, innere Unruhe usw., im Trend auch hypochondrische Ängste, krankhafte Schuldgefühle, Einsamkeitsgefühle, Gefühlsschwankungen, andere Schmerzsymptomatiken wie z.B. Leibschmerzen sowie weitere Depressionsbeschwerden wie Lebensmüdigkeit und Schlaflosigkeit.

Die Gruppe D der F2-Patienten zeigt weiterhin signifikante Verbesserungen in einigen Bereichen der Identitätsentwicklung wie z.B. »Unterstützung holen bzw. annehmen können«, »Eifersucht« und »Sexualität« ($p \leq 0.05$). Deutlich mehr ehemalige D-Patienten erleben Sexualität als »beziehungsvoller« und haben »häufigeren sexuellen Kontakt« als die S-Patienten ($p \leq 0.05$). »Keinen

sexuellen Kontakt« haben 59% der S-Gruppe gegenüber 17% der D-Gruppe. D-Patienten bewältigen Lebenskrisen häufiger (40%, gegenüber 7% der S-Gruppe) mit Hilfe von (Ehe-)Partnern bzw. Freunden und ärztlich-therapeutischer Unterstützung (52%, gegenüber 27% der S-Gruppe).

Die oben herausgearbeiteten F1- und F2-Ergebnisse, die nur vorläufigen Charakter haben können (dies gilt insbesondere für die F2-Erhebung), können nicht ohne weiteres erklärt werden. Wir haben z.T. nicht untersucht, ob die befragten S-Patienten von vornherein »kränker« zu uns in Behandlung gekommen sind als die D-Patienten. Immerhin hatten die S-Patienten der F1-Erhebung wesentlich mehr stationäre psychiatrische Vorbehandlungen als die D-Patienten: Bei 55% S im Vergleich zu 21% D war dieses Kriterium signifikant häufiger erfüllt. Hinzu kommt, daß 53% der D-Patienten im Unterschied zu nur 32% der S-Patienten regulär aus der stationären Therapie in der Klinik Menterschwaige entlassen wurden. Therapieabbrüche hatte die Gruppe der S-Patienten signifikant häufiger als die der D-Patienten, nämlich 28% der S-Gruppe gegenüber nur 3% der D-Gruppe. In geschlossene Abteilungen verlegt wurden 17% der S-Patienten gegenüber 6% der D-Patienten. Eine ambulante Psychotherapie als Nachbehandlung hatten nur 48% der S-Gruppe gegenüber 76% der D-Gruppe, während die schizophren strukturierten Patienten signifikant häufiger stationär psychiatrisch nachbehandelt wurden (29% S gegenüber 6% D).

Daß beide Diagnosegruppen insgesamt gleich gute Therapieerfolge aufweisen, geht auch aus den Ergebnissen des VEV hervor: für die S-Gruppe war die positive Veränderung bei M=195 und für die D-Gruppe bei M=201 signifikant.

7. Zusammenfassung und Gesamtdiskussion der Ergebnisse

Die Ergebnisse der vorliegenden Prä-/Post- und Follow-up-Untersuchung zur Frage der Effizienz der stationären Therapie bei psychotisch strukturierten Patienten (schizophren strukturierte Patienten entsprechend ICD 295.0 bis 295.5 sowie 295.8 und 295.9 und narzißtisch depressiv strukturierte Patienten entsprechend ICD 296.1) mittels psychologischer und psychiatrischer Testverfahren sowie zweier klinikinterner Fragebogenverfahren bestätigen weitgehend die aufgestellten Hypothesen.

Statistisch überprüft werden für unterschiedlich große Stichproben die Unterschiede auf den Skalen des Ich-Strukturtests nach *Ammon* (ISTA), des MMPI (Dt. Kurzform) und des Gießen-Tests (GT) zwischen Klinikaufnahme (t1) und -entlassung (t2), zwischen Aufnahme (t1) und 1 bis 7 Jahre danach (durchschnittlich 4,1 Jahre) (t3) sowie zwischen t2 und t3 mittels t-Test für abhängige Stichproben. In einem weiteren Untersuchungsabschnitt wird varianzanalytisch der Verlauf der Testwerte in den Verfahren über alle 3 Meßzeitpunkte hinweg auf Signifikanz getestet. Ergänzt werden die Ergebnisse durch Daten aus dem Fragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV) und zweier Befragungen über die Wirksamkeit der stationären Psychotherapie in

der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige für verschiedene Lebensbereiche und globale outcome-Variablen (Symptomatologie und Psychopharmaka-Einnahme, Persönlichkeitsentwicklung allgemein, Kontaktfähigkeit, gesamtes Lebensumfeld etc.).

Faßt man alle Ergebnisse der vorliegenden Studie zusammen, so ist unseres Erachtens die Schlußfolgerung berechtigt, daß eine Psychosen-Psychotherapie in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik erfolgreich durchgeführt wird, auch wenn eine vergleichbare Kontrollgruppe nicht vorliegt und die Ergebnisse nur begrenzt auf die gesamte Psychosenbehandlung generalisierbar sind. Hinsichtlich verschiedener demographischer Merkmale (wie Alter, Geschlecht, Verweildauer und Diagnose) unterscheiden sich die verschiedenen Stichproben der Untersuchung nicht signifikant von der Stichprobe aller im Zeitraum zwischen dem 1.1.1983 bis zum 30.4.1991 behandelten psychotisch strukturierten Patienten (n=254). Man muß jedoch davon ausgehen, daß es sich bei den von uns nachuntersuchten Patienten (mit Ausnahme der Fragebogen 1-Patienten, von denen 104 die Unterlagen ausgefüllt zurücksandten, was einer Rücklaufquote von 41% entspricht) um eine stark selektierte, hoch motivierte Stichprobe handelt.

Zwischen t1 und t2 zeigen 21, zwischen t1 und t3 19 der 26 klinisch relevanten Skalen von ISTA, MMPI und GT statistisch signifikante Mittelwertsunterschiede in erwünschter Richtung (vgl. Tab. 3 und 4), d.h. die Klinikbehandlung zeigt für diese gemessenen Symptom-, Persönlichkeits-, Erlebens- und Verhaltensvariablen eine positive Wirkung, die auch 1 bis 7 Jahre danach insgesamt gesehen stabil bleibt (vgl. Tab. 5 für das Meßintervall t2t3), wobei 20 der 26 klinisch relevanten Skalen statistisch unverändert bleiben und sich 4 weitere Skalen noch verbessern. Unterstützt werden diese Ergebnisse durch die VEV-Ergebnisse, die auf dem 1%-Niveau signifikant positive Veränderungen in den verschiedenen Erlebens- und Verhaltensbereichen anzeigen (M=198 für die Gesamtgruppe).

Sowohl positive kurzfristige (t1t2) als auch langfristige (t1t3) Erfolge können durch die stationäre Psychotherapie erreicht werden in den Variablen der konstruktiven, destruktiven und defizitären Angst, der Abgrenzung nach innen und außen, des Narzißmus und der Aggression mit Ausnahme der destruktiven Aggression, die, zumindest was die ISTA-Messung anbelangt, sich weder kurz- noch langfristig im Gruppenmittel verändert (vgl. Tab. 3 und 4). Weiter verbessern können sich im Meßintervall t2t3 die destruktive und defizitäre Angst, die Abgrenzung nach außen und der destruktive Narzißmus im Trend im ISTA sowie die Paranoia im MMPI. Eine signifikante Verschlechterung zeigt sich in der GT-Skala »Soziale Potenz« (vgl. Tab. 5 und Abschnitt 6.1.3). Den Ergebnissen des ISTA können inhaltlich die Ergebnisse des MMPI und GT zugeordnet werden (siehe die vorgenommene Zuordnung der einzelnen Skalen zu den entsprechenden ISTA-Skalen bei *Burbiel* et al. 1991). Auf der Grundlage der in der Tab. 2a bis 2c zusammengestellten inhaltlichen Beschreibung können die Ergebnisse folgendermaßen interpretiert werden:

Die Patienten erleben sich zunehmend kontakt- und beziehungsfähiger zur Umwelt allgemein, zu anderen Menschen und Dingen und zu sich selbst. Gefühle und Bedürfnisse werden vermehrt wahrgenommen, indem sie in Kontakt und Auseinandersetzung gebracht werden, was sich im Anwachsen der konstruktiven Anteile von Aggression, Angst und Narzißmus und in der Abnahme der defizitären Anteile, wie sie der ISTA mißt, ausdrückt, bzw. wie sie in der Abnahme der Skalen »Schizoidie«, »Soziale Introversion«, »Depression« im MMPI, »Durchlässigkeit« und »Soziale Potenz« im GT sichtbar wird. Durch Kontakt zu und Auseinandersetzungen mit Menschen und Dingen können die Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie die Grenzen derselben besser eingeschätzt und entsprechend besser eingesetzt werden. Verbunden damit erlebt sich der Patient positiver in seiner Wirkung auf die Umwelt, von der er sich mehr narzißtisch gratifiziert fühlt. Dies ermöglicht eine Korrektur im Bereich des Selbstbewußtseins und Selbstwertgefühls. Dieser Prozeß spiegelt sich wieder vor allem in der Veränderung der Skalen »konstruktiver« und »destruktiver Narzißmus« im ISTA (letztere Skala nimmt im Zeitraum t2t3 im Trend noch weiter ab) sowie in den Skalen »Soziale Resonanz«, »Soziale Potenz« im GT und »Psychasthenie« im MMPI.

Daß der Patient nicht mehr von krankhaften Eifersuchtsängsten, frei flottierenden, phobischen, hypochondrischen, psychotischen u.a. Ängsten überflutet, von Zwangsimpulsen, -befürchtungen und -gedanken gequält wird, zeigt vor allem die Abnahme in den Skalen »destruktive Angst« im ISTA, die im Zeitintervall t2t3 noch weiter signifikant abnimmt, »Hypochondrie«,»Depression«, »Psychasthenie«, »Schizoidie« und »Paranoia« im MMPI (letztere Skala nimmt längerfristig und stetig signifikant ab für die Meßzeitpunkte t1t3 sowie t2t3, nicht jedoch für t1t2) und in den Skalen »Durchlässigkeit« und »Grundstimmung« im GT. Archaische Ängste weichen realen Ängsten und sind damit bewältigbar und greifbar und auch therapeutisch besser bearbeitbar. Der Patient hat gelernt, Angst zu spüren, sie auszuhalten und darüber Kontakt mit anderen aufzunehmen, um auch mit deren Hilfe die Angst und somit auch Identitätsschritte zu bewältigen. Alte, krankheitsbedingte Abwehrstrategien zur Angstvermeidung (z.B. Alkohol-, Drogen-Mißbrauch, Zwangs-Rituale etc.), die bislang Identitätsschritte verhinderten, werden nicht mehr notwendig. Auch psychosomatische Reaktionen als Abgrenzungsersatz nehmen ab. Dies zeigt sich auch in der Abnahme insbesondere der Skalen »Hypochondrie«, »Psychasthenie« und »Psychopathie« im MMPI.

Die Zunahme an flexibler Abgrenzungsfähigkeit ermöglicht eine Beziehungs-Regulation sowohl nach außen zur umgebenden Gruppe als auch nach innen zur Welt der eigenen Phantasien, Träume und verinnerlichten Primärgruppendynamik und gestattet damit eine verbesserte Auseinandersetzungsfähigkeit mit sich selbst und zu den umgebenden Menschen, eine Fähigkeit, die sich noch nach dem Klinikaufenthalt signifikant verbesserte. Gerade für den psychotisch strukturierten Menschen, dem es nicht möglich war, innere und äußere Grenzen aufzubauen, sich schuldfrei aus der frühkindlichen

Symbiose und aus der mit anderen Menschen wiederholten Symbiose abzugrenzen, stellt die Entwicklung dieser Humanfunktion die grundlegende Voraussetzung für eine eigene Identitätsentwicklung dar (*Ammon* 1979). Gelingt der Aufbau dieser Grenzen, wird dies deutlich als Flexibilität im Sinne der Fähigkeit, Gefühle wie Angst, Aggression, Eifersucht, Verletztheit, aber auch Bedürfnisse nach Liebe und Zuwendung wahrzunehmen, zu äußern und den Umgang mit ihnen zu regulieren.

Mehr konstruktive und weniger destruktive und defizitäre Anteile des Narzißmus weisen darauf hin, daß der Patient liebevoller mit seiner eigenen Person, seiner Körperlichkeit, seinem Unbewußten, seinen Träumen und Phantasien, seiner Erotik umgehen kann, sich selber realistischer einschätzen kann und damit weniger Enttäuschungen und Frustrationen erleiden muß. Das Ergebnis zeigt vor allem, daß er durch die Therapie begonnen hat, Sozialenergie anzunehmen, daß er Kritik und Forderungen weniger als Kränkung denn als Hilfe erleben und annehmen und sich Hilfe holen kann. Der ehemalige Patient ist nicht mehr von seiner eigenen Bedeutungslosigkeit überzeugt, sondern kann sich selbst ernster nehmen, alleine sein und ist nicht nur auf ständige Gratifikation von außen angewiesen. Diese Entwicklung entspricht den Veränderungen insbesondere in den Skalen »Depression«, »Psychasthenie« und »Hysterie« im MMPI sowie in den Skalen »Soziale Resonanz«, »Grundstimmung«, »Durchlässigkeit« und »Soziale Potenz« im GT.

Sowohl kurzfristig (t1t2) als auch langfristig (t1t3) unverändert bleiben die Werte auf den Skalen der »destruktiven Aggression« (ISTA), der »Hypomanie« (MMPI), der »Dominanz« und »Kontrolle« (GT). Offenbar nimmt, wie schon in zahlreichen vorangegangenen Untersuchungen beobachtet (vgl. *Burbiel & Vogelbusch* 1981, *Ammon* et al. 1982, *Burbiel & Wagner* 1984, *Burbiel* et al. 1989, *Burbiel* et al. 1991), die destruktive Aggression als Dreh- und Angelpunkt der psychotherapeutischen Behandlung eine Sonderstellung ein, was damit begründet werden kann, daß die nach außen scheinbar stabil bleibenden Werte der destruktiven Aggression ein »Durchgangsstadium« im Verlauf der therapeutischen Aggressionsbearbeitung darstellen, d.h. die stagnierenden Werte der destruktiven Aggression im ISTA bedeuten nicht, daß keine Aggressionsbearbeitung stattgefunden hat. Dies zeigt sich beispielsweise in der Zunahme der GT-Skala »Soziale Resonanz« sowie eine positive Veränderung in der Skala »Soziale Potenz« (letztere verändert sich jedoch nur kurzfristig für den Meßzeitpunkt t1t2) und in der Abnahme der MMPI-Skalen »Psychopathie« und »Paranoia«, die, wie schon erwähnt, sich längerfristig signifikant verringert. Die nicht veränderten Skalenwerte der »Hypomanie«, der »Dominanz« und »Kontrolle« beinhalten unter anderem die Aspekte Enthusiasmus, Zuversicht, überschießende Aktivität, Ruhelosigkeit, Überempfindlichkeit (HM/MMPI), in häufige Auseinandersetzungen verstrickt sein, Eigensinnigkeit (»Dominanz«/GT), (Un)stetigkeit, Anstrengungsbereitschaft u.a. (»Kontrolle/GT). Während die ersten beiden Skalen sich im oberen durchschnittlichen Grenzbereich bewegen, zeigt letztere Skala stets durchschnittliche Werte. Der

einzige Wert in der gesamten testpsychologischen Untersuchung, der sich nach Klinikentlassung (zwischen t2 und t3) signifikant verschlechtert hat, ist die »Soziale Potenz« im GT, d.h. die Patienten erleben sich außerhalb der Klinik als weniger gesellig, weniger konkurrenz-, liebes- und bindungsfähig. Wir vermuten, daß sich dort die vermehrte Realitätskonfrontation in Form von beruflichen, partnerschaftlichen und gesellschaftlichen Erwartungen und Forderungen außerhalb des tragenden therapeutischen Netzes der Klinik auswirkt.

Die dargestellten Ergebnisse des M-Vergleichs mittels t-Test für unterschiedlich große Stichproben werden durch eine varianzanalytische Überprüfung des M-Verlaufs über alle 3 Meßzeitpunkte hinweg für eine Stichprobe von n=53 Patienten (ISTA-Verlauf), n=45 Patienten (MMPI-Verlauf) und n=41 Patienten (GT-Verlauf) ergänzt (vgl. Tab. 6). Diese Überprüfung der Testwertentwicklung über den gesamten Untersuchungszeitraum bei der gleichen Patientenstichprobe ermöglicht eine Einschätzung, ob und in welchen der gemessenen Variablen die Klinikbehandlung lediglich einen vorübergehend kurzfristigen oder auch langfristigen Erfolg zeigt.

Die Kurvenverläufe für die 26 klinisch relevanten Skalen (Abb. 3 und 4 für ISTA und MMPI) bestätigen weitgehend die bisherigen Ergebnisse über die Persönlichkeits- und Symptomentwicklung der Patienten in den gemessenen Variablen. Für längerfristigen stabilen Klinikerfolg spricht der signifikante Anstieg der Kurven zwischen t1 und t3 in allen konstruktiven Qualitäten des ISTA sowie den GT-Skalen »Soziale Resonanz«, »Grundstimmung« (Abnahme an Depressivität) und »Durchlässigkeit«, die signifikante Abnahme in allen destruktiven (ausgenommen die Aggression) und defizitären ISTA-Qualitäten sowie allen MMPI-Skalen mit Ausnahme der »Hypomanie« und der GT-Skalen »Dominanz« und »Kontrolle«. Die GT-Skala »Soziale Potenz« zeigt nur einen kurzfristigen signifikanten Effekt (t1t2), der allerdings zum Zeitpunkt t3 im Vergleich mit t1 nicht signifikant verbessert ist, d.h. hier liegt keine bleibende Veränderung vor. Unverändert zeigt sich der Kurvenverlauf in den Skalenwerten der »destruktiven Aggression« (ISTA), der »Hypomanie« (MMPI) sowie »Dominanz« und »Kontrolle« (GT).

Über eine Stabilisierung des nach Klinikentlassung Erreichten hinaus zeigen sich weitergehende Verbesserungen (t2t3) in den Testwerten der »defizitären Aggression«, der »destruktiven« und »defizitären Angst«, der »Abgrenzung nach außen«, des »destruktiven Narzißmus« sowie der »Hysterie« (Tab. 6). Die über die Klinikentlassung hinausgehenden Verbesserungen lassen den Schluß zu, daß nicht nur kurz- und langfristige Erfolge durch die stationäre Psychotherapie erreicht werden, sondern sich diese Entwicklung — zumindest in Teilbereichen — für die ehemaligen Patienten weiter fortsetzt.

Was die Symptomentwicklung anbelangt, verdeutlichen die MMPI- und Fragebogen 1- und 2-Ergebnisse, daß auch hier eine auf die stationäre Psychotherapie zurückführbare und stabil gebliebene Besserung stattgefunden hat (vgl. Tab. 3, 4, 5, 6 und 7 und Kap. 6.1.5). Die Patienten sind offensichtlich

nicht mehr so stark auf Symptome als Abgrenzungsersatz angewiesen. Dies wird verständlich, wenn wir uns den Stellenwert der Symptome in der humanstrukturellen Theorie und Behandlungskonzeption vergegenwärtigen (vgl. Kap. 2). Symptome fungieren bei archaisch Ich-Kranken als Regulations- und Integrationsersatz und füllen das »Loch im Ich« (*Ammon* 1972). Bei dieser positiven Entwicklung im zentralen Bereich der Persönlichkeit verlieren die Symptome ihre Funktion, so daß auf sie zunehmend verzichtet werden kann. Dementsprechend ist nicht die Symptomreduzierung das zentrale Behandlungsziel der Dynamischen Psychiatrie, sondern die Wiederherstellung der Entwicklungsfähigkeit des Menschen.

In den Fragebogenverfahren wird die oben beschriebene Entwicklung sichtbar unter anderem darin, daß sich die Patienten weniger durch die von ihnen wahrgenommenen psychischen und körperlichen Beschwerden in der Bewältigung ihres Lebens beeinträchtigt fühlen, sie weniger bzw. nicht mehr auf die Einnahme von Psychopharmaka angewiesen sind und sie sich in ihrer gesamten Persönlichkeitsentwicklung sowie in den zwischenmenschlichen Beziehungsaspekten als positiv verändert erleben, was sich z.B. ausdrückt in vermehrten und intensiver erlebten Freundschaften, in der erfüllter erlebten Freizeit, in der Entdeckung neuer bzw. Wiederaufnahme alter Interessen und Hobbies sowie in der Nennung von größerer Selbständigkeit, verbesserter Berufs-, Ausbildungs- und Wohnsituation und damit verbesserter Lebensqualität insgesamt. Problematisch erleben viele der Befragten die Bereiche der Partnerschaft und Ehe, Sexualität und Eifersucht. (vgl. Tab. 7 und Kap. 6.1.5).

Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Persönlichkeits- und Symptomentwicklung zwischen den schizophren (S-Gruppe) und depressiv strukturierten Patienten (D-Gruppe) sollen hier nur kurz zusammengestellt werden, da die Ergebnisse wegen der teilweise sehr kleinen Stichproben, insbesondere was den varianzanalytischen Vergleich zwischen den beiden Diagnosegruppen anbelangt, nur vorläufigen Charakter haben können.

Obgleich sich im Gesamtverlauf therapeutischer Bemühungen auf testpsychologischer Ebene die beiden untersuchten Diagnosegruppen nicht unterscheiden — der varianzanalytische Vergleich über alle drei Meßzeitpunkte hinweg erbringt für den Effekt zwischen den Diagnosegruppen keine Signifikanzen — zeigen sich hinsichtlich der Interaktion von Gruppe und Treatment interessante Unterschiede zwischen den beiden Stichproben in der zeitlichen Strukturierung der Ergebnisse für die Variablen »konstruktive« und »defizitäre Aggression«, »defizitäre Angst«, »Abgrenzung nach außen« (ISTA), der MMPI-Skalen »Depression«, »Schizoidie« sowie der GT-Skalen »Kontrolle« und »Durchlässigkeit«. Die S-Patienten zeigen hier insgesamt kontinuierlichere, aber zwischen t1 und t2 flacher ansteigende oder abfallende Kurven, d.h. ihr Therapiegewinn in den genannten Variablen erfolgt insgesamt langsamer, dennoch ist die Therapie nicht weniger erfolgreich als für die D-Patienten. Der varianzanalytische Vergleich bringt also über alle drei Meßzeitpunkte hinweg keine Signifikanzen zwischen S- und D-Gruppe.

Aufgrund der Ergebnisse kann abschließend und zusammenfassend nicht eingeschätzt werden, ob die humanstrukturelle stationäre Psychotherapie für die D-Gruppe insgesamt effektiver ist als für die S-Gruppe. Interessant ist in diesem Zusammenhang, daß sich beide Stichproben im VEV gleichermaßen positiv verändert erleben: die D-Gruppe mit M=201 ($p \leq 0{,}1\%$) und die S-Gruppe mit M=195 ($p \leq 1\%$). Es kann insgesamt festgehalten werden, daß sich die Entwicklungsverläufe in einigen der gemessenen Variablen für die S-Gruppe anders gestalten als für die D-Gruppe, und daß die S-Gruppe offensichtlich in einigen Bereichen noch größere Probleme zu haben scheint als die D-Stichprobe (insbesondere in den Bereichen Partnerschaft und Ehe, Sexualität und Eifersucht). Auffallend ist, daß die S-Gruppe bei einer deutlichen Reduzierung der Psychopharmaka-Einnahme insgesamt doch noch stärker von diesen abhängig zu sein scheint als die D-Gruppe (vgl. Kap. 6.2.5). Ob daraus die Schlußfolgerung gezogen werden kann, daß die S-Gruppe kränker ist als die D-Gruppe, müssen weitere Untersuchungen mit einem speziellen Design zeigen. Andere Variablen können hierbei eine Rolle spielen, wie z.B. Therapiemotivation, »therapiegeöffnete« vs. »therapieresistente« Subgruppen in Abhängigkeit von der Erkrankungsdauer, Vorbehandlungszeit etc. sowie das Ausmaß an psychotherapeutischer Nachbehandlung. An dieser Stelle muß betont werden, daß der psychotherapeutischen Nachbehandlung u.E. ein zentraler Stellenwert für die Stabilisierung der in der Klinik erreichten Verbesserungen und weitergehenden Gesundung der Patienten zugeschrieben werden muß. Immerhin hatten durchschnittlich 92% der von uns untersuchten F2-Patienten eine psychotherapeutische Nachbehandlung, größtenteils von mehreren Jahren Dauer, erfahren.

Bei den von uns untersuchten psychotisch strukturierten Patienten handelt es sich um archaisch Ich-kranke Menschen, die in ihrer frühkindlichen Entwicklung schwere Schädigungen erlitten haben. Im strukturellen Verständnis der Dynamischen Psychiatrie entwickelten sie daher eine wenig integrierte, in ihrer Entwicklungsfähigkeit gestörte, vorwiegend defizitär-destruktive Gesamtpersönlichkeit. Die der Gesamtstruktur der Persönlichkeit übergeordnete Humanfunktion der Identität, »das Bleibende in einer Persönlichkeit« und gleichzeitig »ein Prozeß, ein fortwährendes Suchen, eine fortwährende Entwicklung« (*Ammon* 1986), ist gestört entwickelt. Nach *Ammon* ist das Behandlungsziel der Dynamischen Psychiatrie »die Identitätsentwicklung, Aufhebung von Defizit und Arretierung, damit der Mensch zunehmend in die Lage versetzt wird, mit sich selbst, seinem Unbewußten, seinen Bedürfnissen und seiner Umgebung in Beziehung zu treten« (*Ammon* und *Burbiel* 1992). Als Ergebnis der vorliegenden Effizienz- und Katamnesestudie konnten Indikatoren für einen strukturell bedeutsamen Entwicklungsprozeß in Richtung auf mehr Kontakt- und Beziehungsfähigkeit jenseits symbiotischer Primärgruppenerfahrungen bei gleichzeitiger Symptomreduzierung bzw. -wegfall gefunden werden, der im Katamnesezeitraum von durchschnittlich vier Jahren stabil blieb und teilweise auch weitere Entwicklungen anzeigte.

Generell betrachtet hieße dies, daß die stationäre Psychotherapie in der Klinik Menterschwaige Bedingungen zur Verfügung stellt, die dem psychotisch strukturierten Patienten helfen, sich aus der inneren Entwicklungsarretierung zu befreien und wieder entwicklungsfähig zu werden, d.h. Humanfunktionen nachzuentwickeln und destruktive zu konstruktiven Funktionen hin zu entwickeln. Ängste und Krisensituationen können besser bewältigt, neue Kontakte und Beziehungen aufgenommen und aufrechterhalten, das Leben insgesamt mit mehr Qualität und Sinn erfüllt werden.

In diesem Zusammenhang müssen wir betonen, daß die Klinikbehandlung nur einen Teil des bei archaisch Ich-Kranken notwendigen mehrjährigen Therapieprozesses darstellt; die Notwendigkeit einer darauffolgenden ambulanten Nachbehandlung, gegebenenfalls unterstützt durch therapeutiche Wohn- und Lebenssituationen, wird immer wieder durch die therapeutische Erfahrung bestätigt und im Rahmen der vorliegenden Untersuchung auch dadurch unterstrichen, daß bei den sog. »Mißerfolgspatienten« neben einer längeren Vorbehandlung und häufigerem Abbruch der stationären Psychotherapie auffallend häufig keine ambulante Nachbehandlung stattfand.

Die für ein Identitätswachstum notwendige Loslösung aus dem Symbiosekomplex mit Hilfe neuer Kontakte und Gruppen kann im Verlauf der weiterführenden ambulanten Psychotherapie zur Basis für eine mehr neurosentherapeutische Bearbeitung der ödipalen Eifersuchts- und Sexualitätsproblematik werden, die nach *Ammon* (1992) erst den Abschluß einer humanstrukturellen Psychotherapie psychotisch strukturierter Patienten darstellt.

Die Arbeit am Münchner Katamnestik-Projekt wird fortgesetzt mit vergrößerten Stichproben, längeren Katamnese-Zeiträumen und detaillierten Fragestellungen. Geplant sind aber insbesondere psychiatrische Nachuntersuchungen der Patienten durch externe Psychiater (Fremdkontrolle) mit standardisierten Erhebungsmethoden. Gewünscht und geplant ist hier eine Zusammenarbeit mit anderen Kliniken mit dem Ziel, die Ergebnisse von möglichst parallelisierten Patienten-Stichproben, die unterschiedliche Behandlungen erfahren haben, miteinander zu vergleichen.

Psychotherapeutic Treatment of Hospitalized Psychotic Patients — A Psychological Catamnestic Study

Ilse Burbiel, Rita Apfelthaler, Egon Fabian, Ulrike Schanné, Gerhard Wolfrum (München)

This study is part of the »Munich Catamnestic Project« (MCP). It examines with various psychological and psychiatric instruments the efficiency of inpatient psychotherapy and the stability of positive outcome 1 to 7 years (mean value 4,1) after hospital discharge from the Dynamic Psychiatric Hospital Menterschwaige in Munich, on psychotically structured patients. It also compares the inpatient outcome results (pre/post and follow-up) between the

group of schizophrenically structured (ICD 295.0 to 295.5, 295.8 and 295.9) and narcissistic depressive patients (ICD 296.1).

The empirical part of this study is preceded by a short discussion of the literature concerning the question whether schizophrenia is treatable by psychotherapy and how efficient psychotherapy is.

Under the influence of multifactorial theories in psychiatry the combination of medication and psychotherapy is of increasing importance. Psychotherapy is refered to as easing the course of the illness, reducing relapses and rehospitalizations, counteraction, chronification, supporting social competence as well as taking strain off the patient and his relatives.

According to this understanding, however, psychotherapy does not have a function in healing the illness itself, but having just an additional effect to medication.

Contradictory results are reported in the literature about the efficiency of psychotherapy of schizophrenia as compared to medication. The same contradictions are true for the comparison of psychoanalytically oriented therapies and merely supportive therapeutic methods. The authors are sceptical about those comparisons, for neither the variable »psychotherapy« nor »psychoanalysis« may be interpreted as standardized treatment conditions. There is a great variety of types, extent and quality of psychotherapeutic work between the centres of investigation, particularly when the psychoanalytic therapy of schizophrenia is concerned, which requires a further development of the explorative, insight-oriented psychoanalytic methods.

In his lecture at the 9th Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry, *Ammon* (1992), taking into consideration the differences in genesis, dynamics, and structure of neurosis and schizophrenia, has pointed out the necessity of modification of inpatient and outpatient treatment of schizophrenia. The authors come to the conclusion that searching for an adequate therapy should be more than just considering the efficiency of either supportive or psychoanalytic psychotherapy.

From the point of view of Dynamic Psychiatry, with its humanstructural concept, supportive methods are a necessary integrated part of a humanstructural therapy of schizophrenia which is different from the therapy of neurosis.

The inpatient treatment should take place in an emotionally and socially supportive atmosphere. For a supplementary development of the damaged and desintegrated structure of personality, it is important to offer an integrating and holistic type of therapy, as is the case at the Hospital Menterschwaige in Munich.

If the therapy is to provide positive long-term results, the authors emphasize, it is necessary to treat the whole identity, which has its roots in the central unconscious part of the personality, and not only symptoms reducing the illness to mere pathology. Humanstructural therapy in Dynamic Psychiatry does mean a therapy of identity, which can be reached by the exchange of social energetic processes in groups, challenging and supporting identity. Neuro-

leptica medication is given only in the case of an imminent break-off of contact with the patient and then only in minimal efficient doses.

The outcome of therapy is relative and can only be examined in connection with the therapeutic aims which are derived from the concept of man of the particular psychotherapeutic school. Therefore, the authors outline — as basis of their empirical study — the concept of man, of health and illness, the aims of therapy and outcome criteria as essentials of Dynamic Psychiatry, and show how one derives logically from the other.

The empirical part of the study examines two questions with five hypotheses for each. The first question concerns the efficiency of inpatient therapy regarding a selection of variables of personality, experience, behaviour and symptomatology and its stability on 104 psychotically structured patients. The second question concerns a comparison between schizophrenically structured (group S) and narcissistically depressively structured (group D) patients in the same terms of efficiency and stability of inpatient psychotherapy at discharge and follow-up-time.

The results of the pre/post and follow-up study mostly confirm the hypotheses. For samples of different sizes the scores of the scales of ISTA (Ego-Structure-Test by *Ammon*), MMPI and Gießen-Test are statistically examined between admission time (t1) and hospital discharge time (t2), between admission (t1) and follow-up-period 1—7 years after discharge (t3), and between t2 and t3, by means of t-test for dependent samples as well as the development of the test-scores of all tests at all three points of measurement by means of analysis of variance.

In addition, the results are complemented by data of the Questionnaire of Experience and Behaviour (VEV) and the data of two inquiries with two questionaires concerning the outcome of inpatient psychotherapy at the Dynamic Psychiatric Hospital Menterschwaige in Munich, regarding various areas of life and global outcome-variables (as symptomatology and medication, general development of personality, human relations, the whole life-field etc.).

The results of the study indicate a successful inpatient psychotherapy of psychosis at the Menterschwaige Hospital, though there is no control group.

Between t1 and t2 21 scales, and between t1 and t3 19 scales of the 26 clinically relevant scales showed significant differences between the mean values in the wanted direction. This positive outcome remains stable even at t3, indicated by 20 scales which did not change significantly and by 4 scales which even improved at t3 compared to t2. These positive results are supported by the significantly improved scores of the VEV on the 1%-level.

That means short-term (t1t2), long-term (t1t3)and stable (t2t3) positive outcome by inpatient therapy for the variables of »constructive«, »destructive« and »deficient anxiety«, »inner« and »outer demarcation«, »narcissism« and »aggression« except »destructive aggression« which did not change its mean values either at t2 (short-term) or at t3 (long term) (see tables 3 to 5). Between t2 and t3 the »destructive« and »deficient anxiety«, the »outer demarcation« and as a trend the »destructive narcissism« of the ISTA as well as the »Paranoia« of the MMPI showed even more improved scores.

These changes can be interpreted as follows: The patients experience themselves more and more able to have contact and relations with their social environment, with other people and things and with their own person. Feelings and needs are noticed and realized more often, which means an increase of the constructive parts of aggression, anxiety and narcissism and a decrease of deficient parts as measured in the ISTA, as well as a decrease of »Schizoidia«, »Social Introversion«, »Depression«, in the MMPI and »Perviousness« and »Social Potency« of the GT.

By means of contacts with other people, the own limits of abilities and capacities can better be assessed. The patients feel more positive about their environment, which gives them on the other hand more social energetic input. This makes it also possible to correct the feelings of self-assertiveness and self-esteem.

This process is reflected in the changes of the scales »constructive« and »destructive narcissism« of the ISTA as well as the scales »Social Resonance« and »Social Potency« of the GT and »Psychasthenia« of the MMPI. The patient is no longer overwhelmed by obsessive feelings of jealousy, freely flooding, phobic, hypochondriac, psychotic fears and anxieties and no longer tormented by compulsive impulses, fears and ideas. This is shown in the decrease of »destructive anxiety« of the ISTA, »Hypochondria«, »Depression«, »Psychasthenia« and »Schizoidia« of the MMPI and »Perviousness« and »Basic mood« of the GT. Archaic anxiety is replaced by more real anxiety which is easier to handle therapeutically. The patient has learned to feel anxiety, to endure it and to get into contact with others to get help, thus making a step of identity. Familiar strategies of defence to avoid anxiety (as misuse of alcohol and drugs, compulsive rituals etc.) are no longer necessary. Psychosomatic reactions, which were important as surrogates for demarcation, decrease, which is indicated in the decrease of the scales »Hypochondria«, »Psychasthenia« and »Psychopathic Deviation« of the MMPI.

The increase of flexibility of demarcation regulates the relations with environmental groups and with own dreams, phantasies and the introjected dynamics of the primary group in an improved manner. It also allows a better analysis of the own self, a capacity which even more improved after hospital discharge. The development of this human function is the basis for the development of identity of the psychotically structured patient who has not been able to develop inner and outer demarcation to free himself from the symbiosis of early childhood and the perpetuated symbiosis in his later life without feelings of guilt (*Ammon* 1979).

Flexibility of demarcation means — if developed — being able to feel, to express, and to regulate anxiety, aggression, jealousia and insults, but also feelings of love and affection. Higher constructive and less destructive and deficient narcissism indicates that the patient has acquired the ability for an improved handling of himself, his body, his unconscious, his dreams and phantasies, and his eroticism as well as a more realistic self-assessment, and thus experiences

less frustration and disappointment. Above all, the results show that the patient has begun to accept social energy and to interpret being criticized and challenged as help rather than as insult. The former patient takes himself more seriously, is able to stay alone and is not permanently dependent on gratification from outside. This development is indicated by the changes of the scales »Depression« and »Psychasthenia« in the MMPI, as well as »Social Resonance«, »Basic Mood«, »Perviousness« and »Social Potency« of the GT. The short-term (t1t2) as well as the long-term (t1t3) results of the scales »destructive aggression« (ISTA), »Hypomania« (MMPI), and »Dominance« and »Control« (GT) do not change. It seems that »destructive aggression« has a special position in the therapeutic process (see *Burbiel & Vogelbusch,* 1981, *Ammon* at al. 1982, *Burbiel & Wagner,* 1984, *Burbiel* et al. 1989 and 1991), being a »transitional stage« in the course of the therapeutical working-through of aggression. The stagnant scores of »destructive aggression« of the ISTA do not indicate the lack of working-through of aggression, which is shown in the increase of »Social Potence« of the GT and the decrease of »Psychic Deviation« and »Paranoia« of the MMPI, the latter changing significantly in the long-term follow-up period (t1t3), but not between t1 and t2. The only score of the psychological examination which deteriorates significantly after discharge (between t2 and t3) is the »Social Potency« of the GT which means a less positive self-assessment in terms of the ability to compete, to love and to have confidence. This may be due to the extended confrontation with reality and its higher vocational, social and personal expectations and challenges without the supporting therapeutic network of the hospital.

The results of the comparison of mean values at different points of measurement by means of the t-test as summarized above are supported by an examination of the development of the mean values at the 3 points of measurement (t1, t2 and t3) by means of analysis of variance. There are 3 samples: n=53 patients for the development of the scores of ISTA, n=45 patients for the MMPI and n=41 patients for the GT (see table 6). This examination of the development of test-scores concerning the complete period of this study with identical samples allows an assessment whether and which of the examined variables indicate a short-term or long-term positive outcome of the inpatient treatment.

The development of the curves of the 26 clinically relevant scales mostly confirm the former results of the measured variables. The significant increase of the curves betweeen t1 and t3 in all constructive qualities of the ISTA as well as the GT-scales »Social Resonance«, »Basic Mood« (decrease of depression) and »Perviousness« and the significant decrease of all destructive (except aggression) and deficient qualities of the ISTA, as well as the decrease of all scales of the MMPI (except »Hypomania« and the scales »Dominance« and »Control« of the GT) indicate a long-term stable positive outcome of inpatient therapy. The scale »Social Potency« (GT) only shows a short-term significant effect (t1t2) which does not remain stable at t3. The curves of »destructive aggres

sion«, (ISTA), »Hypomania« (MMPI) and »Dominance« and »Control« (GT) remain unchanged.

In addition to positive effects after discharge, there are further improvements (t2t3) in the scales of »deficient aggression«, »destructive« and »deficient anxiety«, »outer demarcation« and »destructive narcissism« (ISTA) as well as »Hysteria« (MMPI) (s. table 6).

These results indicate more significant positive changes by means of the examination with analysis of variance than by comparing the separate measures of values between 2 points of measuring time: the sample is smaller but more exact from a methodical point of view, because the individuals of the sample are identical. The positive outcome results after discharge allow the conclusion of not only short-term or long-term positive outcome, but also a lasting positive development of at least some variables for the former patients.

As far as the symptomatology is concerned, the results of the MMPI and Questionnaires 1 and 2 also indicate a positive and stable improvement due to inpatient psychotherapy (see table 6 and 7). The patients no longer use symptoms as surrogate for demarcation.

This fact can be understood by recalling into mind the meaning of symptoms in the humanstructural therapy and concept of treatment (see chapter 2).Symptoms function as surrogates for integration and regulation and fill the »hole in the ego« (*Ammon,* 1972) in the deficient structure of patients with archaic ego defects. With this positive development of the central core of personality, symptoms become unnecessary. The main goal of Dynamic Psychiatry is not reducing of symptoms but the re-establishment of the ability to develop.

The results of the inquiries with Questionnaires 1 and 2 also show the above mentioned development. The patients are less handicapped by psychic and physical ailments in their daily lives. They need less or no medication and they experience themselves as positively changed with regard to their general development of personality as well as aspects of their human relations, which is expressed in more friendships, better leisure time, new or re-established interests and hobbies as well as the feeling of more independence, better vocalional situation, housing, study, and quality of life as a whole. The areas of sexuality and jealousy, partnership and marriage continue to be experienced as problems (see table 7).

Question 2 of the study — the comparison between the group of schizophrenically structured patients (S) and narcissistic depressive patients (D) — is only presented very shortly, since the results are provisional because of the small samples. Both groups correspond in all variables except »constructive« and »deficient aggression«, »deficient anxiety«, »outer demarcation« (ISTA), »Depression«, »Schizoidia« (MMPI) as well as »Control« and »Perviousness«. (GT)

Though the groups do not show significant differences between their mean values of the test-scores, some interesting details can be shown: The comparison of the curves in the examined variables show a higher increase between t1 and t2 for the group D. This means a stronger increase of constructive poten-

tials and a stronger decrease of the deficient areas in the ISTA and in the scales of symptomatology of the MMPI. The scales of the GT show the same: the group D shows less compulsion and retentivity than the group S. The latter show a lower level in increase and decrease of the curves but these are more continuous and steady.

The results do not show whether humanstructural inpatient psychotherapy is more efficient for the D-group. They only indicate a difference in the development of the curves of some measured variables. There is strong evidence that the group S has more pronounced problems in some areas (partnership, marriage, sexuality and jealousy). The group S also shows a stronger dependence on medication than group D, thought the intake has significantly reduced. It can not be concluded that the schizophrenic structured patients are more ill than the narcissistic depressive patients. Rather, we propose a further examination of various variables as »motivation for therapy«, »open for therapy« vs. »resistent to therapy« for subgroups in a different design which also should take into account the duration of the illness, the duration of pre-inpatient treatment, etc.

The authors emphasize the importance of the post-treatment for a stable positive outcome and steady improvement. 92% of the patients answering Questionnaire 2 have had a psychotherapeutic post-treatment, mostly for several years.

The psychotically structured patients of this study are human beings with archaic ego damages acquired in their early childhood. In terms of the concept of Dynamic Psychiatry, they have developed a deficient-destructive personality structure which is not integrated and not able to develop.

The identity as highest human function of the whole structure of personality »das Bleibende in einer Persönlichkeit« and also »ein Prozeß, ein fortwährendes Suchen, eine fortwährende Entwicklung« (*Ammon,* 1986) is strongly damaged. The aim of the treatment in the concept of Dynamic Psychiatry is the development of identity, so as to enable the patient to more contact to himself and to his environment.

This outcome study shows indicators for a process of development of the human structure with regard to a better ability for human relations beyond symbiotic experiences of the primary group as well as simultaneous reducing or disappearence of symptoms. This remains stable in the outcome period of an average of 4.1 years or even shows further positive development.

The inpatient psychotherapy of the Menterschwaige Hospital is able to help the psychotically structured patient to overcome the development arrest, to develop human functions from destructive to constructive qualities and — as a whole — to get more sense and quality in life.

The authors emphazise that inpatient therapy is only a part of the therapy process which must be supported by post-treatment and in some cases also by therapeutic living communities.

The release of the symbiosis-complex which is necessary for the develop-

ment of identity may become the basis for a working-through of jealousy and sexuality in the sense of a therapy of neurosis, which can be considered as the last phase of the humanstructural psychotherapy of psychotically structured patients (*Ammon,* 1992).

The work at the Munich Catamnestic Project will be continued with extended samples, longer outcome periods and new questions. The authors plan a psychiatric post-examination by external psychiatrists with standardized methods of examination. They also plan and wish co-operation with other hospitals, in order to compare results of parallelized matched groups of patients who have been treated with different concepts and methods.

Literaturverzeichnis

Ammon, G. (1959): Theoretical Aspects of Milieu Therapy. The Menninger School of Psychiatry. Topeka, Kansas, USA und Berlin: Pinel Publikationen, 1977
— (1972): Zur Genese und Struktur psychosomatischer Syndrome unter Berücksichtigung psychoanalytischer Technik. In: Dyn. Psychiat. (5) 223—247
— (1973): Psychoanalytische Milieutherapie. In: Dyn. Psychiat. (6) 112—127
— (1976): Gruppendynamik der Aggression. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Analytische Gruppendynamik. (Hamburg: Hoffmann und Campe)
— (1979) (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Band 1. (München: Ernst Reinhardt)
— (1982a): Das sozialenergetische Prinzip in der Dynamischen Psychiatrie. In: *Ammon, G.* (Hrsg.) Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Band 2. (München: Ernst Reinhardt)
— (1982b): Das Ich-Strukturmodell. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Band 2. (München: Ernst Reinhardt)
— (1986a): Das Prinzip der Sozialenergie. In: *Ammon, G.:* Der mehrdimensionale Mensch. (München: Pinel)
— (1986b): Der mehrdimensionale Mensch. In: ebd.
— (1991): Psychotherapie der Schizophrenie — Paradigmenwechsel in Psychiatrie und Psychoanalyse. In: Dyn. Psychiat. (24) 263—274
— (1992): Neurose und Schizophrenie — Theoretische und klinische Erfahrungen und Konsequenzen. In: Dyn. Psychiat. (25) 147—164
Ammon, G., Ammon, G., Griepenstroh, D. (1981): Das Prinzip von Sozialenergie — gleitendes Spektrum und Regulation. In: Dyn. Pschiat. (14) 1—15
Ammon, G., Burbiel, I. (1992): Grundzüge der klinischen Humanstrukturellen Psychotherapie. In: Dyn. Psychiat. (25) 1—22
Ammon, G., Burbiel, I., Wagner, H., Finke, G. (1982): Ergebnisse Dynamisch-Psychiatrischer Forschung. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Band 2 (München: Ernst Reinhardt)
Beckmann, D., Richter, H.-E. (1972): Giessen-Test (GT). (Bern: Huber)
Böker, W., Brenner, H.D. (1985): Bewältigung der Schizophrenie (Bern: Huber)
— (1990): Schizophrenie als systemische Störung (Bern: Huber)
Bender, W., Dencker, S.J., Kulhanek, F. (1988): Schizophrene Erkrankungen: Therapie, Therapieresistenz, eine Standortbestimmung (Braunschweig: Vieweg)
Bergin, A.E. (1971): The Evaluation of Therapeutic Outcomes. In: *Bergin, A.E., Garfield, S.L.:* Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change. (New York: Wiley & Sons)
Bertalanffy, L.v. (1950): An Outline of a General Systemtheory. In: Brit. Journ. f. Philosophy of Science 1, 134—165
Burbiel, I., Vogelbusch, W. (1981): Die Persönlichkeitstheorie Günter Ammons als Grundlage psychometrischer Untersuchungen. In: Dyn. Psychiat. (14) 16—37
Burbiel, I., Wagner, H., Finke, G. (1983): Der Ich-Struktur-Test des Narzißmus. In: Dyn. Psychiat. (16) 221—253

Burbiel, I., Wagner, H. (1984): Einige Ergebnisse Dynamisch-Psychiatrischer Effizienzforschung. In: Dyn. Psychiat. (17) 468—500

Burbiel, I., Fabian, E., Emmert, C., Wolfrum, G. (1989): Klinisch-psychologische Effizienzuntersuchungen bei der stationären Behandlung von Borderline-Patienten in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige. In: Dyn. Psychiat. (22) 343—366

Burbiel, I., Apfelthaler, R., Fabian, E., Schanné, U., Seidler, G., Wolfrum, G. (1990): Die Effizienz stationärer Psychosentherapie in der Klinik Menterschwaige — Klinisch-psychologische Untersuchungen. In: Dyn. Psychiat. (23) 247—301

Carpenter, W.T. (1984): A Perspective on the Psychotherapy of Schizophrenia Project. In: Schizophr. Bull. (10) 599—602

Carpenter, W.T., Gunderson, J.G. (1977): Five years follow-up comparison of borderline and schizophrenic patients. In: Comp. Psychiatry (18) 567—571

Fahrenberg, J., Selg, H., Hampel, R. (1973): Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI). (Göttingen: Hogrefe)

Gunderson, J.G. et al. (1984): Effects of psychotherapy on schizophrenia: II Comparative outcome of two forms of treatment. In: Schizophrenia Bulletin (10) 564—598

Hochmuth, R. (1992): Diskussion des Humanstrukturbegriffs bei Ammon. In: Dyn. Psychiat. (25)

Heiden, W., Krumm, B., Häfner, H. (1989): Die Wirksamkeit ambulanter psychiatrischer Versorgung. (Berlin: Springer)

Keeley, S.M., Shemberg, K.M., Carbonell, J. (1976): Operant Clinical Intervention: Behaviour Management of Beyond? Where are the data? In: Behav. Therapy (7) 292

Kernberg, O. et al. (1972): Psychotherapy and Psychoanalysis, Final Report of the Menninger Foundation's Psychotherapy Research Project. In: Bull. Menninger Clinic (36), Nr. 1 und 2

Kisker, K.P., Lauter, H. (1987) (Hrsg.): Reihe Psychiatrie der Gegenwart. Bd. 4: Schizophrenien. (Berlin: Springer)

Kick, H.A. (1991): Psychopathologie und Verlauf der postakuten Schizophrenie. (Berlin: Springer)

Leichsenring, F., Hager, W. (1986): Das Kriterium der Effektivität psychotherapeutischer Methoden: Zur Definition und empirischen Bestimmung.

Lensch, K. (1984): Katamnestische Untersuchungen in der Psychotherapie — Probleme und bisherige Ergebnisse. In: Z. Psychother. Med. Psychol. (34) 292—308

Luborsky et al. (1975): Comparative Studies of Psychotherapies: Is it true that »everyone has won and all must have prices?«. In: Arch. Gen. Psychiat. (32), 995

Matussek, P. (1990): Beiträge zur Psychodynamik endogener Psychosen. (Berlin: Springer)

Marneros, Deister, Rohde (1991): Affektive, schizoaffektive und schizophrene Psychosen. Eine vergleichende Langzeitstudie. (Berlin: Springer)

May, P. (1984): A Step Forward in Research on Psychotherapy of Schizophrenia. In: Schizophr. Bull. (10), 604—607

Malan, D.H. (1973): The Outcome Problems in Psychotherapy Research. A Historical Review. In: Arch. Gen. Psychiat. (29) 719

Prigogine, I., Nicolis, G. (1977): Self-Organization in Non-equilibrium Systems. (New York: Wiley & Sons)

Rachman, S. (1981): The Effects of Psychotherapy. (Oxford: Pergamon Press)

Retterstöl, N. (1987): Schizophrenie — Verlauf und Prognose. In: *Kisker, K.P.* et al. (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart 4, Schizophrenien. (Berlin: Springer)

Sachs, L.: Statistische Methoden: Planung und Auswertung. (Berlin: Springer)

Schmidts, R. (1990): Die integrative Funktion der Großgruppe in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik. Unveröffentlichtes Manuskript.

Sjöström, R. (1985): Effects of Psychotherapy in Schizophrenia. In: Acta Psychiat. Scand. (71) 513—522

Smith, M., Glass, G. (1977): Meta-Analysis of Psychotherapy Outcome Studies. In: Amer. Psychologist (32) 752

Speierer, G.-W. (1978): Gruppenpsychotherapie. In: *Baumann, U.* et al. (Hrsg.): Klinische Psychologie: Trends in Forschung und Praxis. Bd. 1. (Bern: Huber)

Spreen, O. (Hrsg.) (1963): Minnesota Multiphasic Personality Inventory MMPI Saarbrücken (Bern: Huber), Deutschsprachige Ausgabe

Stanton, A.H. et al. (1984): Effects of Psychotherapy in Schizophrenia. I. Design and Implementation of a Controlled Study. In: Schizophr. Bull. (10) 520-563

Straube, E. (1990): Schizophrenie. (Berlin: Springer).
Wing, J.K. (1986): Der Einfluß psychosozialer Faktoren auf den Langzeitverlauf der Schizophrenie. In: *Böker, W., Brenner, H.D.* (Hrsg.): Bewältigung der Schizophrenie (Bern: Huber)
Zielke, M., Kopf-Mehnert, C. (1978): Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV).
(Weinheim: Beltz)

Adressen der Autoren:

Dipl. Psych. Dr. phil. Ilse Burbiel
Schwindstraße 1
8000 München 40

Dipl. Psych. Rita Apfelthaler
Zennerstraße 12
8000 München 90

Dr. med. (Univ. Tel Aviv) Egon Fabian
Asamstraße 18
8000 München 90

Dr. med. Ulrike Schanné
Asamstraße 18
8000 München 90

Dipl. Psych. Gerhard Wolfrum
Kapuzinerstraße 48
8000 München 5

A Dimension of Personality — Research with the Autokinetic Test**

Harold M. Voth (Topeka)*

The author summarizes research with the autokinetic test which had been introduced by his father Albert C. Voth. The author himself conceptualized in the framework of Ego-psychology the ego-closeness/ego-distance continuum as a basic dimension of personality, defined operationally with regard to autokinesis and with regard to behavioral characteristics. The research work with 3000 subjects shows significant correlations between autokinesis and various variables: diagnostical categories, mechanisms of defense, suicide and suicide attempts, cancer, brain wave responsiveness and different kinds of treatment. In conclusion, the author points out the high value of the autokinetic test for receiving diagnostic, therapeutic, and research information.

I vividly remember scenes from my boyhood days in the 1930's when my father began his work with autokinesis at the University of Kansas. This phenomenon can best be demonstrated by placing the person in a totally dark room at a distance of about ten feet from a tiny pinpoint of light. A convenient test period is ten minutes. The subject is told the light may or may not appear to move, that there is no right or wrong to their response, that people respond very differently. Some subjects see the light as stationary during the entire test period while others experience a great deal of apparent movement, and there are all degrees of movement in between. The light source is clearly stationary. The subject is seated at a table and is told to draw what he experiences on a large sheet of paper. Should the light stop moving, they are to make a small dot and resume recording the movement should the light appear to move again. The subject's tracing can be converted into a number by measuring the total length of movement, the widest expanse of the movement, the greatest distance from center multiplying these three measures, dividing that number by the number of stops plus 1 and taking the square root of that number $\sqrt{\frac{LxDxME}{S+1}}$ becomes the Autokinetic Index.

My father demonstrated the distribution of movement patterns among normal subjects and showed by way of test/rest data analyis that a person's propensity for experiencing autokinesis or lack thereof is highly stable. These findings suggested that autokinesis reflects the workings of a constitutional given. On the whole, women experience less autokinesis than do men; the number of no movers is double that of men (*A.C. Voth* 1941).

During my University and Medical School years, I was only peripherally aware of my father's research using the autokinetic test with psychiatric inpatients and normal subjects. However, when I began my training in psychiatry I

* M.D., Psychoanalyst, Clinical Professor in Psychiatry, Consultat to the U.S. Department of Education

** Lecture given at the 9th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XXII International Symposium of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP), April 29—May 3, 1992 at the Universität Regensburg

became keenly interested in his work. I soon realized I could not reconcile his findings with psychoanalytic theory which suggested that unconscious content could explain the form of psychopathology.

Psychoanalytic libido theory was in vogue in the late 40's when I began my training in psychiatry and later in psychoanalysis. Recall that libidinal fixation at the earliest levels presumably explained schizophrenia and manic depressive illness, certain neuroses, and character styles. The higher phallic-oedipal levels were believed to explain hysteria and other character styles. Form from the *Kraepelin*ian era gave way to the psychodynamics as revealed by psychoanalysis.

I soon noted that the various levels of libidinal fixation could be found in almost any patient who received indepth treatment or indepth pschological testing. Certainly, oedipal conflicts were found in schizophrenia, and manic depression and oral conflicts in hysterics and any other neurosis and so on. Placing emphasis on a particular level of fixation did not prove to be a valid formulation for explaining the form of a particular psychopathology. Conflicts formed at various levels of psychosexual development undoubtedly contributed to the form of a particular psychopathological condition — character, neurotic or psychotic — but by no means to the extent one believed.

My father's research findings were the primary reason for my awareness of the shortcomings of libido theory. His work could clearly be defined as belonging to ego psychology. In 1947, he reported on his findings with inpatient psychiatric patients on a sample of 845 patients and 560 normal subjects (*A.C. Voth* 1947). Using a Chi square statistical analysis he found significant correlations between the Autokinetic Index and various diagnostic categories. Manic depressive illness was found to be related to no autokinesis whatsoever, or very little, while the schizophrenias reported more extensive autokinesis and at times very extensive autokinetic movement. Very little movement was also reported by patients diagnosed as involutional melancholia, and true paranoia. Hysteria and sociopathy correlated with little or no movement while psychoasthenia (now called obsessive/compulsive neurosis) and anxiety state were found to correlate with more extensive autokinesis. Interestingly, the psychiatric inpatient population as a whole reported much less autokinesis than the normal population, again at a statistical level of significance. Obviously, the well-established *Kraepelin*ian diagnostic categories were somehow connected to his curious perceptional cognitive phenomenon.

The difficulties with libido theory insofar as explaining the structural (formal) aspects of character style and psychopathology and the striking findings of my father's research stirred me deeply and it seemed to me an excellent opportunity had unfolded by which to make a contribution to psychoanalytic ego psychology. Having closely observed the behavior differences in people both in normal and psychiatric patients, and having listened to my father's interesting narratives about his observations, it became very clear that those, who report no or very little autokinesis who are very different from those

who report more extensive autokinesis in several very fundamental ways. It must be so, or how could it be that the classic, well-defined psychiatric illnesses would be related and rather strongly so to autokinesis. The question was — how?

Intuition, the inductive process, is indeed a marvelous gift to man. It became clear to me that at one extreme there are those who are more reality bound, that is, they show a state of »ego-closeness« to the immediate surroundings; at the other extreme of the closeness-distance continuum are those individuals who show a state of »ego-distance«. The terms »ego-closeness« and »ego-distance« are used only as semantic conveniences in place of a more unwidely formulation which might more precisely capture the meaning I intend to convey. Operationally, »ego-closeness« refers to a relatively unwavering investment of attention-cathexis in the immediate stimulus-field, reflected in a compelling need to maintain contact with external objects and social realities. »Ego-distance« implies a greater capacity to detach oneself from external reality, less dependence upon external stimuli, more awareness of internal objects and stimuli, and more capacity to shift attention-cathexis to subjective events.

In the autokinetic test situation, it was predicted that subjects who experience little or no autokinesis are more reality-bound, less prone to lose touch with their immediate surroundings, including the obvious fact that the light is stationary. Because of this quality of consciousness (ego state) the light remains fixed with a frame of reference (the room) even though the room exists in total darkness. Subjects who experience autokinetic movement are less fixed in relation to reality, and may become so engrossed in the light as to become oblivious of, and partially disassociated from, their immediate surroundings during the test. As a result, the light loses its frame of reference and processes within the psyche of the subject are projected onto the light and motion of the light is perceived. In other words, when the light appears to move a decathexis of the frame of reference (the room) has occurred and as a result internal processes appear as motion of the light. When the motion stops, it appears that attention cathexis for that moment is deployed onto the mental representation of the dark room. Now, the light is once again anchored within a frame of reference.

If the abstraction, the ego-close/ego-distant continuum, as defined operationally with regard to autokinesis in fact can also be defined operationally with regard to behavioral characteristics, then it follows that positive correlations should be found between measures of autokinesis and behavior, that is, certain character traits and other psychological qualities. Furthermore, those character traits and behaviors should conform to the kinds of premorbid personality styles which occur with the psychiatric categories which had earlier been shown by *A.C. Voth* to correlate with autokinesis.

We would expect ego-distant individuals to have a greater capacity to withdraw attention cathexis and turn it inward, to be freer to experience thought and fantasy. This capacity at the same time seems to insure greater autonomy

from the external environment. Values, longrange goals, and their sense of identity are less subject to direct influence by social pressures, the values of other individuals, distracting events, etc. Ego-distant individuals by virtue of their greater detachment, are also likely to be harder to know, more self-sufficient, more independent, more negativistic, less distractible, and more persistent in pursuing their goals, They less disposed to act and more prone to reflect, to daydream, and to be more detached and analytic in their approach to experiences. They tolerate better, and may even require, solitude at times. They require fewer direct external supplies for the maintenance of their self-esteem because they rely more on inner supplies, are pointed toward more distal goals, and are committed to more individualistic values.

On the other hand, we would expect ego-close individuals to be less grounded in subjective processes and experiences. More closely tied to external events, they are more dependent upon external supplies for »ego-nurturance« and self-esteem maintenance. They are prone to cathect more immediately transactional ego functions and are more directly responsive to others around them, more spontaneously expressive, more open to suggestions, approval and influence from the immediate environment. They seem more at ease in their surroundings, are more graceful, have more »presence«, are more striking in appearance. Long-range goals are less compelling than more immediate, more obvious pressures. These individuals are likely therefore, to seem more labile, less autonomous, less individualistic, less self-reliant, more willing to compromise in order to consolidate social ties.

The first study was done with 28 subjects-all women. Thirty-three behaviors were categorized under these headings: Mobility, Autonomy, Thought Style, Social Attitude, Reality Responsiveness, Affect Control, and Relationship Style. Subjects were interviewed for two hours, the 33 traits were rated on a five point scale and an overall global rating was made on a five point scale for ego-closeness/ego-distance. Subjects were given the autokinetic test by a research assistant. Autokinesis and the global rating correlated — Pearson r—at .66 at $P < .001$ of probability. Many of the 33 individual traits correlated with autokinesis in the expected direction. This study was repeated twice with a total of 65 more subjects. The results were essentially the same (*H.M. Voth, Maymann* 1963).

This study was repeated several years later with another group of thirty-five subjects (*H.M. Voth, Maymann, Cancro, Coyne* 1968). The findings in this third replication were essentially the same. A factor analysis of the 100 subjects of the three replication studies demonstrated a relationship between trait clusters and the autokinetic phenomenon measures, lending further support to the hypothesis that character style is related to autokinesis and that both reflect biologic-constitutional-underpinnings. There were a number of *Rorschah* scores which also correlated positively with the Autokinetic Index in the expected direction in a pilot study and one replication.

We took note of the typologies which characterize the work of earlier workers, I refer to *Dilthey, Joevich, James, Kretschmer, Jung, Kraepelin, Bleuler,*

Sheldon, Rorschach, Riesman, and *Witkin.* I think the evidence is overwhelming that constitutional factors play a major role in the formal features of psychopathology.

An obvious study to be done was to see if it could be demonstrated that those states of consciousness which prohibited autokinesis from occuring and those which are associated with autokinesis do, in fact, exist during the test situation which are consistent with the operational definition of ego-closeness/ego-distance.

In a pilot study with 48 subjects, and in the first replication with 31 subjects, and in a second replication with 60 subjects the quality of consciousness and extent of fantasy which was projected onto the light was studied. As predicted, those who experienced none or very little autokinesis retained a clear mental image of the test room despite total darkness and, hence, the light remained fixed within a frame of reference. Fantasies were non-existent or very spare. Conversely, those who reported autokinetic movement soon lost awareness of the test room situation, the light theraby lost its anchorage and movement appeared. Fantasies were soon produced, some of which were rich in form and content which were projected onto the light or the entire experience. The Pearson r correlations reached a high level of significance $P<.001$. These findings provided the most direct support for the abstraction ego-closeness/ego-distance (*Mayman, H.M. Voth* 1969).

Suicide and suicide attempts were next used to further study the dimension of personality we were attempting to validate. In addition to the many motivations and meanings a suicide attempt or suicide may have, there is also an inability to find a better solution for the experiential dilemma prior to the act. The attempt is frequently a plea for help. The person who makes a suicide attempt experiences a certain degree of entrapment and through this often impulsive act is attempting to free himself from his predicament by enlisting help from others. Those who commit suicide usually cannot see another way out. For them-regardless of the motivational basis for the act-they are trapped in a painful experiential dilemma which is no longer tolerable and from which no escape can be found other than the extinction of life itself. They are caught up in an experience from which they cannot escape.

Since we have shown that little or no autokinesis is associated with a quality of consciousness which retains a mental image of the room even though totally dark during the testing situation and that there is a poverty of fantasy, the hypothesis presented itself that a positive correlation should be found between suicide, suicide attempts and very little or no autokineses. A sample of 19 suicides and 255 attempts from three different hospitals were the basis for this study (*H.M. Voth, A.C. Voth, Cancro* 1969). Briefly, the findings are as follows: All hospitalized patients as a group experienced less autokinesis than normal subjects. This finding indirectly supports the hypothesis inasmuch as hospitalization reflects the patient's sense of defeat and escape from a sense of entrapment through hospitalization.

The suicide group of patients demonstrated the least amount of movement, the attempt group was next and the non-attempt group experienced the most movement. The clinical relevance of this is obvious. A patient, particularly one who is depressed, who has voiced suicidal thoughts and who reports little or no autokinesis is at great risk and should be watched very closely.

If autokinesis is an expression of constitutional factors, and if, as some believe, the mechanisms of defense are also to some degree an expression of constitutional factors, then it follows that measures of autokinesis should correlate with measures of the various mechanisms of defense in predictable ways (*H.M. Voth, Cancro, Kissen* 1968). Beginning with the basic defense, repression, note that *Freud* once explained the process underlying this defense as simply the withdrawal of attention cathexis from the memory traces. Ego-closeness is characterized by a more exclusive and continuous deployment of attention outwardly, thus implying a very limited deployment of attention onto one's inner life. Repression, therefore, should be expected to be a more predominante defense in persons who experience little or no autokinesis. It follows that persons who more completely and continuously invest their attention outwardly, at the expense of a simultaneous or periodic internal distribution of attention will tend to place the cause of their distress or illness outside themselves as well. Externalization and projection, a more pernicious manifestation of the same process, should therefore be a preferred defense style of persons who experience little or no autokinesis. Alloplastic defense styles, including flights, acting out, and out, and denial through acting, should also correlate with low autokinesis.

By contrast ego-distant persons because of their greater capacity to withdraw attention from the world around them should be expected to use the mechanism of withdrawal. Since withdrawal of cathexis from the external world tends to be associated with a greater capacity for fantasy, the defenses of intellectualization and isolation should correlate with more extensive autokinesis.

Statistically significant correlations were found between no or low autokinesis and repression, projection and acting out. While isolation, intellectualization and withdrawal were found to correlate with more extensive autokinesis. The first sample upon which these findings are based consisted of 124 patients who had been in long term psychotherapy or psychoanalysis. The psychotherapists or analysts made the ratings of their patient's defenses. In a second study based on 24 subjects, a psychologist was asked to review the clinical folders of the patients and make the defense ratings. His findings replicated the earlier ones.

The therapeutic implications were studied with regard to ego-closeness/ego-distance (*H.M. Voth, Mayman* 1967). We defined the therapeutic process in terms of eight variables. In a pilot study of 15 patients and replications with 109 patients we did a correlational analysis between a measure of autokinesis and ratings of the therapy variables using a five point scale. These ratings were made following an interview with the therapist wherein he described the treatment process. Low and no movers tended to blame others for their difficul-

ties, were less psychologically minded, acted out more, believed transference was real, relied more on repression and projection. The low movers made better progress sitting up while the high movers entered the analytic process more readily. The high movers were more reflective and gained more from insight, however, they tended to think excessively before changing, that is, they sometimes were slow in using their rich insight constructively in their life adjustment.

To summarize with an overly simplified generalization, it appears to from the data collected and from my own clinical experience that with ego-close patients the therapist's efforts must be directed largely to helping the patient overcome his externalizations and his displaced acted out or and literal meaning be attached to transference, in order that he may recognize the intrapsychic basis for his illness. In the case of the ego-distant patient, the therapist must more actively engage the patient in a relationship and help the patient shift his attention from his intellectualized, isolated, ruminative thoughts, memories or fantasies onto more emotionally charged transference and ongoing life experiences.

In another study with 45 patients who had been in psychotherapy for one to five years we tested the hypotheses that the states of consiousness and content of thought associated with individual autokinetic test differences should correlate with several aspects of psychotherapeutic process, and that the information regarding a person's alterations in consciousness and content of thought during the autokinetic test, when combined with a measure of autokinetic movement, should prove to be the best predictor of a person's response to psychotherapy. The findings strengthened the validity of the ego-closeness/ego-distance concept and again pointed to the usefulness of the autokinetic test as a diagnostic instrument and for selecting the most suitable therapy modality for a given patient.

We next turned to the central nervous system in order to further validate the constitutional basis for autokinesis and for the various psychological phenomena which correlated with measures of movement. Because of the greater mobility of cathexis as reflected in greater autokinesis and potential for rich fantasies during testing, we predicted a positive relationship between autokinesis and photic following, e.g., brain wave responsiveness to light flashes to the eyes. With a total of 345 subjects we found the relationship reached statistical significance (*H.M. Voth* 1972).

It is generally accepted among encephalographers that alpha waves appear during restful wakefullness and disappear during states of heightened attention. To further explore the states of consciousness associated with autokinesis and lack thereof, we predicted that greater autokinesis would be correlated with more abundant alpha wave production. High movers produced twice as much alpha wave activity as low movers, $P < .005$ (*H.M. Voth, Cancro* 1972).

In another paper, it was reported that psychotic patients whose autokinetic movement reduces or disappears with electroconvulsive treatments recover

more completely from their psychosis. In time autokinesis returns, but the patient remains in remission. Also, psychotic patients who experience moderate amounts of autokinesis recover more readily than those at either extreme of the autokinesis. Time does not permit the theoretical discussion of these findings now, but they are discussed in the original publication (*H.M. Voth* 1962). These findings are discussed using the concept of ego autonomy as defined by *David Rapaport* 1958.

The concept of ego-closeness as defined operationally and as manifested by no or low autokinesis and those states of consciousness which co-exist with limited capacity for autokinesis, as well as certain psychological (behavioral) variables, I believe predisposes people to more readily experience a state of hopelessness and resignation. Many believe as I do that depression is the outward face of such a mental state. Certainly the necessity for hospitalization can reflect a state of hopelessness and resignation as do suicide attempts, and suicide over and above whatever other meanings these events may have for the individual. Low and no autokinesis correlates with severe depression, suicide attempts and suicide, hospitalization (twice as many hospitalized patients are not ot low movers compared to the normal population).

Some psychoanalysts, I believe *Groddeck* was one of the first, believe cancer is a suicide equivalent. Recent research has strongly implicated the ego state of hopelessness and helplessness, and depression in the onset of cancer. Other research has demonstrated immunologic suppression including »T« cell suppression with depression.

Whether or not these findings and inferences are valid or not remains to be tested further, however it is reasonable to speculate that if an ego state of hopelessness and resignation increases one's vulnerability to the final triggering agents that cause cell proliferation (cancer) then low and no autokinesis should bear some relationship to cancer.

Through the many years *A.C. Voth* was administering the autokinetic test to hundreds of subjects, 31 subesquently developed cancer. A Chi Square analysis comparing these cancer patients with normals reached a $P<.005$ level of significance. *H.M. Voth* repeated this study on a sample of 26 volunteer known cancer patients. A level of $P<.05$ was reached comparing these cancer patients to normal non-cancer subjects. Later, ten more cancer subjects were added to this sample and the P value increased to $P<.025$. These findings supported the hypothesis that low to no autokinesies heightens one's vulnerability to cancer.

I will end this report by citing another study which replicated the first study which reported the striking correlations between autokinesis and the psychia tric illness categories. This second sample of 1402 patients was taken from another hospital (*A.C. Voth, H.M. Voth* 1971). Using a somewhat different methodological design the original study which investigated the relationship between autokinesis and character style was replicated for the third time (*H.M. Voth, Mayman, Cancro, Coyne* 1968).

From my understanding of people, having studied them all of my adult life

indepth as a psychoanalyst, I feel comfortable in saying that unconscious conflicts no matter how they are conceptualized, e.g., libido theory, object relations theory, self-theory, do indeed explain the existence of psychopathology as I believe most of us would agree. I believe, however, that ego factors most probably of constitutional origin explain the form of the illness, this is not to say that content does not to some extent determine form, but not to the extent that constitutional factors do.

In conclusion, I can say without any reservation, that once familiar with autokinesis, no procedure can reveal so much about a person in so short a period of time. In short, the diagnostic, therapeutic, and research information this simple phenomenon provides are far reaching.

Eine Dimension der Persönlichkeit — Untersuchungen mit dem Autokinetischen Lichttest

Harold M. Voth (Topeka)

Die vorliegende Arbeit gibt einen Überblick über die 40jährige Forschungsarbeit des Autors mit dem Autokinetischen Lichttest (autokinetic test), sowie über diejenige seines Vaters *Albert C. Voth,* des Erfinders des Tests.

In einem vollständig abgedunkelten Raum soll für die Dauer von 10 Minuten die scheinbare Bewegung (Autokinese) eines kleinen Lichtpunktes auf einem Blatt Papier nachgezeichnet werden. Ausgewertet wird das aufgezeichnete Bewegungsbild über die Länge des Graphen (L), über den größten Abstand vom Mittelpunkt (D), über die größte Ausdehnung (ME) und über die Anzahl der Haltepunkte (S).

Die zahlreichen Forschungenvon *A.C. Voth* ergaben eine hohe individuelle Stabilität der Bewegungswahrnehmung. Dies führte zu der Annahme, daß Autokinese konstitutionelle Gegebenheiten widerspiegelt. Insgesamt nehmen Frauen weniger Autokinese wahr als Männer.

Im Rahmen der psychoanalytischen Ich-Psychologie entwickelte der Autor das Konzept von Ich-Nähe (ego-closeness) und Ich-Ferne (ego-distance) als grundlegender Persönlichkeitsdimensionen eines Menschen. Die beiden Persönlichkeitsdimensionen sind auf einem Kontinuum angeordnet. Ich-Nähe bedeutet eine relativ hohe Verankerung des Menschen in der äußeren Realität, die Notwendigkeit, Kontakte mit anderen Menschen und sozialen Realitäten aufrecht zu erhalten, um das eigene Selbstwertgefühl zu erhalten. Ich-nahe Personen verlieren weniger Bezug zu ihrer unmittelbaren Umgebung und nehmen in der Testsituation nur geringe oder überhaupt keine Bewegung des Lichtpunktes wahr. Ich-ferne Personen sind weniger abhängig von äußeren Stimuli, sie haben die Tendenz, sich zurückzuziehen und verspüren mehr Zugang zu innerpsychischen Prozessen. Solche Personen verlieren während der Testsituation den Bezug zur unmittelbaren Umgebung, sie nehmen eine inten-

sive Beziehung zum Lichtpunkt auf und projizieren psychische Prozesse auf den Lichtpunkt sowie auf die Bewegung. Sie nehmen sehr viel mehr Bewegung wahr als Ich-nahe Personen.

In zahlreichen Forschungen untersuchten *H.M. Voth* und Mitarbeiter bei ca. 3 000 Patienten und normalen Versuchspersonen auf korrelationsstatistischer und faktorenanalytischer Grundlage Zusammenhänge zwischen Autokinese und Charaktermerkmalen, Bewußtseinszuständen während der Testsituation und dem Ausmaß an Fantasiebildung, Selbstmord und Selbstmordversuchen, Krebs, Abwehrmechanismen, psychotherapeutischer Behandlungsformen und zentralnervöser Prozesse. Die gefundenen Zusammenhänge waren allesamt hochsignifikant bzw. signifikant.

Die wesentlichen Ergebnisse sind:

1. Konstitutionelle Faktoren spielen eine zentrale Rolle bei psychopathologischen Erscheinungen, Autokinese ist ein Ausdruck davon.
2. Die Forschungen von *H.M. Voth* und Mitarbeitern zeigen die Nützlichkeit des Autokinetischen Lichttests als diagnostisches Instrument sowie als Instrument zur Auswahl der geeigneten Therapiemethode bei psychiatrischen Patienten. Aufgrund von Autokinesewahrnehmung kann Suizidgefährdung erkannt werden; diese Patienten erleben nur sehr wenig oder keine Bewegung des Lichtpunktes.
3. Die Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen Autokineseproduktion und Gehirnwellenaktivität ergaben, daß Versuchspersonen mit extremer Bewegungswahrnehmung signifikant mehr Alphawellenproduktion aufweisen als Versuchspersonen mit nur geringer oder völlig fehlender Autokinese.
4. Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen Depression, Gefühlen von Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit, dem Ausbruch von einer Krebserkrankung und autokinetischer Bewegungswahrnehmung ergaben bei geringer oder fehlender Autokinese eine erhöhte Anfälligkeit für die Erkrankung an Krebs (als Äquivalent zum Suizid). Die vorliegenden Befunde müssen jedoch weiter validiert werden, so der Autor.

Abschließend betont der Autor den hohen Wert des Autokinetischen Lichttests für die Gewinnung diagnostischer und therapeutischer Informationen im Bereich der Psychiatrie sowie den hohen Wert für weitere Forschungen über die Struktur der menschlichen Persönlichkeit.

Lierature

Mayman, M., Voth, H.M. (1969): Reality Closeness, Fantasy and Autokinesis: A Dimension of Cognitive Style. In: Journal of Abnormal Psychology (74) 635-641

Rapaport, D. (1958): The Theory of Ego Autonomy: A Generalization. In: Bull. Menninger Clinic (2) 13—35

Voth, A.C. (1941): Individual Differences in the Autokinetic Phenomenon. In: J. Exp. Psychol. (29) 306—322

— (1947): An Experimental Study of Mental Patients through the Autokinetic Phenomenon. In: American Journal of Psychiatry (103) 793—805

Voth, A.C.; Voth, H.M. (1971): Further Experimental Studies of Mental Patients through the Autokinetic Phenomenon. In: American Journal of Psychiatry (127) 91—96
Voth, H.M. (1962): Ego Autonomy, Autokinesis and Recovery from Psychosis. In: Archives of General Psychiatriy (6) 388—393
— (1972): Presumptive Evidence for a Neurophysiological Basis for Autokinesis. In: Diseases of the Neervous System (33) 30—34
— (1976): Cancer and Personality. In: Perceptual and Motor Skills (42) 1131—1137
Voth, H.M., Mayman, M. (1963): A Dimension of Personality Organization. In: Archives of General Psychiatry (8) 366—380
— (1966): The Psychotherapy Process and its Relation to Ego-Closeness/Ego-Distance: Part I. In: Journal of Nervous and Mental Disease (143) 324—377
— (1968): The Psychotherapy Process and its Relation to Ego-Closeness/Ego-Distance: Part II. In: Journal of Nervous and Mental Disease (147) 308—315
Voth, H.M, Mayman, M., Cancro, R., Coyne, L. (1968): Autokinesis and Character Style: A Clinical-Experimental Study. In: Journal of Psychiatric Research (6) 51—65
Voth, H.M., Cancro, R., Kissen, M. (1968): Choice of Defense. In: Archives of General Psychiatry (18) 35—41
Voth, H.M., Voth, A.C., Cancro, R. (1969): Suicidal Solution as a Function of Ego-Closeness/Ego-Distance. In: Archives of General Psychiatry (21) 536—545
Voth, H.M., Cancro, R. (1972): EEG Support for the Concept Ego-Closeness/Ego-Distance: Autokinesis as a Functón for Attention Deployment. In: Archives of General Psychiatry (26) 445-448

Address of the author:

Harold M. Voth, M.D.
901 Garfield
Topeka, Kansas 66606
USA

Die computergestützte Durchführung und Auswertung des Autokinetischen Lichttests — Vorstellung des AKL-PC***

Volker Peschke (Burgau)*, Peter Weber (Magdeburg)**

Zunächst wird ein Überblick gegeben über die gesamten Forschungen mit dem autokinetischen Phänomen. Die Nutzung des autokinetischen Phänomens als diagnostisches Instrument sowie als Meßinstrument in der Psychotherapieforschung wurde bis heute in der sog. Paper-Pencil-Form des von A.C. Voth entwickelten Testes vorgenommen. Vor allem die Diagnostik in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige (München) mit dem Autokinetischen Lichttest zeigten einige grundlegende Mängel der Testmethodik. Die beiden Autoren stellen eine computergestützte Version des Autokinetischen Lichttests (AKL-PC) vor, die durch den Einbezug dynamischer Parameter sowie durch eine exakte Messung der Haltepunkte und ihrer Dauer die Unzulänglichkeit der Paper-Pencil-Form des AKL überwindet und darüberhinaus eine Fülle an neuen Fragestellungen und Analysemöglichkeiten eröffent.

Das autokinetische Phänomen

Das autokinetische Phänomen, d.h. die subjektive Bewegungswahrnehmung eines feststehenden kleinen Lichtpunktes in absoluter Dunkelheit, gehört zu den Wahrnehmungstäuschungen im Bereich des Bewegungssehens. Seit *Alexander v. Humboldt* im Jahr 1799 dieses Phänomen als »Sternschwanken« beschrieben hat, ist es unter diesem Namen als visuelle Wahrnehmungstäuschung bereits im 19. Jahrhundert Gegenstand wissenschaftlicher Erörterung und Untersuchung geworden (vergl. *Schweizer* 1857, 1858, *Charpentier* 1887, *Exner* 1896). Die Bezeichnung »Autokinese« wurde 1887 von *Aubert* eingeführt und ist bis heute gültig.

Im Durchschnitt »sehen« Versuchspersonen bei absoluter Dunkelheit und dem Fehlen von visuellen Referenzpunkten eine Fortbewegung des winzigen, feststehenden Lichtpunktes in der Größenordnung von 2—3 Winkelgraden pro Sekunde (*Gregory, Zangwill* 1963). Der Bewegungsverlauf beschreibt dabei größere Kurven oder bizarre Linien mit wechselnden, in sich verschlungenen Richtungsänderungen. Geschwindigkeit und Beschleunigung des Punktes variieren unvorhersehbar, in der Regel wird die Bewegung durch kürzere oder längere Bewegungsstops unterbrochen. Der autokinetische Effekt nimmt ab oder verschwindet ganz, wenn die ursprünglich sehr kleine und schwache Lichtquelle in Ausdehnung und Intensität zunimmt.

Das Auftauchen weiterer Lichtpunkte und Störreize in anderen Sinnesmodalitäten (z.B. ablenkende Geräusche) sowie starke Müdigkeit können sich

* Dipl. Psych., Neuropsychologische Abteilung des Therapiezentrums Burgau
** Dr. Ing., Abteilung für Biomedizinische Technik der Medizinischen Akademie Magdeburg
*** Präsentation des AKL-PC auf dem 9. Weltkongress der World Association for Dynamic Psychiatry WADP / XXII. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 29. April — 3. Mai 1992 an der Universität Regensburg

ebenfalls hemmend auf die Autokinese auswirken (vergl. *Myers* 1925). Andererseits fanden *Ammon, Burbiel, Finke, Wagner* (1982) eine signifikante Zunahme der autokinetischen Produktion (Länge der Grafik) bei 40 psychiatrischen Patienten unter dem Einfluß von entspannender Musik. Dämpfende Psychopharmaka in leichten bis mittleren Dosen wirkten sich in einer Stichprobe psychiatrischer Patienten mit und ohne Medikation im Vergleich der beiden Gruppen hemmend auf die autokinetische Produktion aus (*Ammon, Burbiel, Peschke* 1988).

Die autokinetische Produktion in einem gegebenen Zeitrahmen ist davon abhängig, daß der Proband seine Aufmerksamkeit auf den Punkt fokussieren und den Aufmerksamkeitsfokus auch aufrecht erhalten kann. Bei fokussierter Aufmerksamkeit wird der Punkt zum Anker zentraler projektiver Prozesse. Wechselt die Aufmerksamkeit vom Punkt weg nach außen in die umgebende Untersuchungssituation, wird der autokinetische Fluß gehemmt.

Während der Autokinese abgeleitete EEG's zeigten einen signifikant geringeren Anteil Alpha-Wellen bei viel Autokinese während 10 Minuten, entsprechend mehr Alpha-Aktivität im EEG bei wenig Autokinese (*H.M. Voth, Cancro* 1972). Die Ergebnisse wurden im Sinne der beschriebenen Aufmerksamkeitsverteilung interpretiert und mit größerer fokussierter mentaler Aktivität bei wenig Alpha-Wellen und viel Autokinese in Beziehung gesetzt.

Die Autokinese ist durch verschiedene Faktoren beeinflußbar und keine konstante physiologische Größe. Richtung und Ausmaß der Versuchssituationen sowohl von physiologischen wie auch von kognitiven und gruppendynamischen Faktoren beeinflußbar:

Carr (1910) und in einer Nachfolgeuntersuchung *Gregory, Zangwill* (1963) fanden eine Abhängigkeit der wahrgenommenen Bewegungsrichtung und Geschwindigkeit von extremen Augenpositionen: Wird nach einer dreißig Sekunden dauernden extremen Augenstellung der Lichtpunkt fixiert, wandert er augenblicklich schnell und für kürzere Zeit (ca. 30 Sekunden) in die entgegengesetzte Richtung, um sich dann in der gleichen Achse anhaltend in die Richtung der vorherigen extremen Augenposition zu bewegen. Ein ebenso deutlicher Einfluß auf die autokinetische Bewegungsrichtung zeigte sich in gleicher Weise auch bei extremen Kopfstellungen in der vertikalen Achse. Bei diesen Versuchen fehlte das sonst übliche zeitliche »onset-Intervall« der Autokinese, d.h. der in der Regel 10 Sekunden und länger dauernde Punktstillstand nach der Fixation und vor der ersten Bewegung.

Gregory schließt aus seinen Untersuchungen, daß nicht Augenbewegungen während der Fixierung des Lichtpunktes die Bewegungsillusion beeinflussen, sondern nachwirkende Korrektionsimpulse im zentralen visuell-motorischen System. Die Theorie, daß kleine Augenbewegungen bei der Fixierung des Punktes, die den Lichtfleck über die Netzhaut verschieben, Richtung und Ausmaß der Autokinese erklären könnten, wurde schon von *Guilford, Dallenbach* (1928) widerlegt und von *Brosgole, Cristal, Carpenteer* (1968) repliziert.

Moustgaard (1969) bringt die Autokinese mit dem Gesamttonus des Körpers in Verbindung, wobei sich der Lichtpunkt vorzugsweise in die Richtung bewegen soll, in der im Körper die größere Tonusspannung lokalisiert ist. Ein »tracking-Effekt« auf den Lichtpunkt (extern induzierte Bewegung) zeigte sich in Versuchen von *Day, Dickinson, Forster* (1976) durch wandernde, schwach leuchtende Rahmen.

Sherif (1935, 1936, 1945) fand im Rahmen seiner gruppenpsychologischen Untersuchungen, daß Richtung und Ausmaß der autokinetischen Bewegungswahrnehmung der Versuchspersonen von unbewußt übernommenen Gruppenurteilen und prozeßhaft in der Versuchsituation entwickelten Gruppennormen beeinflußbar sind. In anschließenden Einzeltests wurde die von der Gruppensituation »normierte« Bewegungswahrnehmung reproduziert und nicht mehr die für die Versuchsperson charakteristische Bewegungswahrnehmung des Vorversuchs.

Einen anderen Effekt einer Gruppentestsituation in einem Raum auf die Autokinese berichten *Burbiel, Stuck* (1984), wobei in dieser Situation die Versuchspersonen (19 psychiatrische Patienten) weder vor noch während des Tests verbal miteinander kommunizierten und jede Versuchsperson still die Bewegung ihres eigenen Lichtpunktes aufzeichnete. Im Vergleich zu den Einzeltestsituationen zeigte die drei Tage später durchgeführte Gruppentestung insgesamt eine signifikante Minderung der Linienlängen in den entsprechend der Punktbewegung bezeichneten Grafiken, die als Wahrnehmungseinengung durch die Gruppensituation interpretiert wurde. Eine Reduktion der Autokinese in der Gruppentestung zeigte sich dagegen nicht bei weiteren 25 Patienten, die unmittelbar im Anschluß an zwei gruppenpsychotherapeutische Sitzungen getestet wurden.

Burbiel, Bez, Dworschak, Oetzmann (1991) untersuchten die individuelle Stabilität der autokinetischen Bewegungswahrnehmung in Einzeltestsituationen an 14 psychiatrischen Patienten in 10 Untersuchungsfolgen (10 Tage) bei freier, nicht beeinflußter Wahrnehmungseinstellung und kontrollierter Testsituation. Die Zeitreihenanalyse in den Ableitungen 2—10 ein statistisch hohes Maß an innerem Zusammenhang, das als Hinweis auf die individuelle Stabilität des autokinetischen Effekts in einem definierten Zeitraum interpretiert werden konnte.

Der autokinetische Effekt ist bei freier, unbeeinflußter Reproduktion normalerweise unwillkürlich, unvorhersehbar und vom Probanden nicht steuerbar. Dennoch hat *H.M. Voth* (ein Betrag zur Autokinese ist von ihm im vorliegenden Heft veröffentlicht) unter Hunderten von Probanden eine Versuchsperson gefunden, die zu einer mentalen Kontrolle der Autokinese in der Lage war und den Punkt willkürlich in Richtung und Geschwindigkeit steuern konnte (persönliche Mitteilung).

Die hier ausgewählten und ausschnittsweise referierten verschiedenartigsten Untersuchungen illustrieren die Vielfalt, in der sich das autokinetische Phänomen dem Unterssucher je nach Fragestellung darbietet. Der autokinetische

sich als ein Phänomen dar, das an einer Schnittstelle zwischen neurophysiologischen und psychisch-mentalen Vorgängen liegt und offensichtlich von beiden Richtungen her beeinflußbar ist. Es existieren ein gutes Dutzend von Theorien und Hypothesen über die Autokinese, eine valide Erklärung dieses Phänomens steht aber nach *Birbaumer* (1989) noch aus. (Übersichten geben *Royce, Carran, Aftanas* 1966, *Levy* 1972.)

Die inzwischen umfangreiche Literatur über die Autokinese befaßt sich überwiegend mit Grundlagenforschung zu Variablen und Einflüssen auf die autokinetische Illusion. In der angewandten Autokinese-Forschung war *Albert C. Voth* in den vierziger Jahren d.Jh. in den USA der erste, der mit einer standardisierten Untersuchungssituation die Autokinese zum Testinstrument entwickelte, um Persönlichkeitsunterschiede psychiatrischer Patienten zu untersuchen.

A.C. Voth (1941, 1947) untersuchte 847 psychiatrische Patienten im Alter von 14 bis 70 Jahren am Topeka State Hospital (Topeka/USA) und konnte statistisch eindeutige Unterschiede zwischen Diagnosegruppen hinsichtlich ihrer autokinetischen Reaktion registrieren. Die Retest-Reliabilität des Autokinetischen Lichttests war statistisch signifikant. Sein Sohn *H.M. Voth* führte in den sechziger und siebziger Jahren zusammen mit *M.Mayman* und *R. Cancro* die Untersuchungen an Patienten in psychiatrischer Behandlung fort und entwickelte den Autokinetischen Lichttest zu einem Meßinstrument in der Psychotherapie-Forschung (Eine Übersicht der Untersuchungsergebnisse von *A.C. Voth, H.M. Voth* geben *Ammon, Burbiel, Stuck* 1983).

Nur wenige Hinweise existieren bislang über die Autokinese nach traumatischen Hirnschädigungen und hirnorganischen Erkrankungen. Eine kleine Zahl untersuchter Patienten mit zentral bedingten Paresen und Patienten mit cerebraler Arteriosklerose hatten keine oder nur eine eingeschränkte Bewegungswahrnehmung, Patienten mit epileptischer Erkrankung sahen häufiger viel Autokinese, obwohl sie in einzelnen Fällen auch fehlen oder eingeschränkt sein konnte (*A.C. Voth* 1947). Eine Vergleichsuntersuchung zwischen 76 Patienten mit hirnorganischer Erkrankung und einer Patienten-Kontrollgruppe ergab signifikant, daß die Patienten mit cerebraler Erkrankung weniger Autokinese wahrnahmen (*A.C. Voth, H.M. Voth* 1971). *Bennett* und *Poit* (1963) fanden, daß hirnorganisch auffällige Kinder Autokinese über kürzere Zeiträume wahrnahmen als eine Kontrollgruppe. *H.M. Voth, Cancro* und *Rennick* (1971) untersuchten 130 Patienten mit der Diagnose einer hirnorganischen Erkrankung mit der Menninger Foundation Neurophsychological Test Battery und dem Autokinetischen Lichttest. Die Beziehung zwischen dem cut-off score für funktionelle Störungen in der neuropsychologischen Testbatterie und der Autokinese (Länge der Bewegungskurve) war hochsignifikant: neuropsychologisch gestörte Patienten zeigten deutlich weniger Autokinese. Leistungsstörungen in den Untertests nach *Halstaedt (Halsteadt* category errors, Formboard Test) korrelierten signifikant mit wenig Autokinese. Eine qualitative Analyse der Störungen bei Patienten mit hohen impairment-

scores ergab, daß ihre Hauptstörungen bei Aufgaben lag, die problemlösendes Denken und Handeln erforderten. Solche Aufgaben beinhalteten: adäquate Suche, Verarbeitung und Speicherung von Informationen, die Fähigkeit, neue und komplexe Wahrnehmungsmuster zu interpretieren und relevante Informationen in wiederkehrende Situationen zu abstrahieren sowie aus Fehlern zu lernen.

H.M. Voth kommt in einer Zusammenfassung der vierzigjährigen Forschung an 3 000 Patienten und Kontrollpersonen zu dem Schluß, daß die Autokinese eine allgemeine Persönlichkeitsdimension darstellt, die integrative cerebrale Prozesse auf hohem Niveau widerspiegelt.

In Deutschland wurde der Autokinetische Lichttest seit 1979 von *Ammon* und Mitarbeitern im Rahmen der therapiebegleitenden Diagnostik und psychotherapeutischen Forschung in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik München-Menterschwaige eingesetzt. In den bisherigen Veröffentlichungen (*Ammon, Burbiel, Finke, Wagner* 1982; *Ammon, Burbiel, Stuck* 1983; *Burbiel, Stuck* 1984; *Burbiel, Seidler* 1986; *Ammon, Burbiel, Peschke* 1988; *Burbiel, Peschke* 1989; *Burbiel, Bez, Dworschak, Oetzmann* 1991) wird die autokinetische Bewegungswahrnehmung als Indikator und ganzheitlicher Ausdruck für die dynamische Strukturierung und Regulation des Unbewußten eines Menschen interpretiert und mit dem humanstrukturellen Persönlichkeitsmodell (vergl. *Ammon* 1979) und Ich-Struktur-Test (ISTA) sowie mit klinischen Beobachtungen und Erfahrungen aus der psychotherapeutischen Arbeit mit den Patienten der Klinik in Beziehung gesetzt. Ergänzend zu den statistisch verifizierbaren Zusammenhängen zwischen Autokinese und den im Ich-Struktur-Test gemessenen Ich-Funktionen zeigte sich immer wieder in den Einzelfallstudien, in denen klinische Beobachtungen aus dem milieutherapeutischen Feld, Patientenberichte über Erlebnisse während des autokinetischen Lichttests und das grafische Abbild der Autokinese im Zusammenhang dargestellt wurden (vergl. auch *Dworschak* 1991), daß die individuelle Art der Autokinese eines Menschen die charakteristische Handschrift seiner gewachsenen Persönlichkeit trägt und seine verinnerlichte Dynamik in der Beziehung zu anderen Menschen und seinem Lebensumfeld widerspiegelt. Verändert sich der Patient im Verlauf der Therapie im Sinne einer nachholenden strukturellen Persönlichkeitsentwicklung, dann verändert sich auch seine individuelle Art der Autokinesewahrnehmung. Der autokinetische Lichttest ist daher auch zur Dokumentation von Therapieverläufen einsetzbar.

Der Autokinetische Lichttest (AKL) nach A.C. Voth

In der standardisierten Untersuchungssituation des Autokinetischen Lichttests nach *A.C. Voth* sitzt die Versuchsperson allein in einem absolut dunklen Raum, der von Störgeräuschen abgeschirmt ist. Vor ihr auf dem Tisch liegt ein 60x70 cm großes Papier in einem Holzrahmen fixiert, das im Mittelpunkt durch einen tastbaren Knopf markiert ist. In 3 Meter Entfernung auf der Kör-

permittellinie und in Augenhöhe befindet sich ein feststehender Kasten mit der Lichtquelle. Das streuende Licht einer 5-Watt Glühbirne fällt aus einem stecknadelgroßen Loch (kleiner als 1mm) an der Vorderseite des Kastens. Der Proband wird instruiert, nach Ausblenden des Deckenlichts den Lichtpunkt während des 10-minütigen Versuchs zu fixieren und von der Mitte ausgehend die möglichen Bewegungen des Lichtpunktes simultan nach Richtung und Geschwindigkeit auf das Blatt vor ihm zu zeichnen, ohne die Beobachtung des Punktes dabei zu unterbrechen. Steht der Punkt still, soll dies durch ein kleines Kreuz in der entstehenden Grafik markiert werden. Stößt der Proband beim Zeichnen an den Rand des Holzrahmens, soll er beim ertastbaren Mittelpunkt neu beginnen.

Die aus der grapho-motorischen Reproduktion der Bewegung des Lichtpunktes entstandene Liniengrafik wird anschließend anhand der von *Voth* aufgestellten grafischen Paramenter ausgemessen. Quantifiziert werden: 1) die Gesamtlänge der Linienzüge (L); 2) der größte Abstand vom Zentrum nach Außen (A); 3) die größte Spannweite zwischen zwei Linienpunkten (S) und 4) die Anzahl der markierten Haltepunkte (H). Aus diesen vier Parametern wird der Autokinese-Index K nach der Formel K = Wurzel aus LxSxA geteilt durch H+1 berechnet. Im gekürzten Autokinese-Index nach *H.M. Voth* wird der Abstand vom Zentrum nach Außen (A) aus der Formel weggelassen.

Die Parameter Länge (L) und Haltepunkte (H) stehen in direkter Beziehung zur Bewegung oder Nichtbewegung des Punktes und sind durch die Zeitdauer des Versuchs begrenzt, während die Parameter Spannweite und Mittelpunktsabstand die subjektiv wahrgenommene phänomenale Verschiebung des Punktes aus den Körpermittellinien (vertikal, horizontal) widerspiegeln und in ihren Größen von den Abmessungen der Zeichenvorlage begrenzt werden. In der Regel wird die Punktbewegung nicht dreidimensional, sondern wie auf einem imaginären vertikalen Schirm im gleichen Abstand vom Probanden wahrgenommen. Dadurch wird die graphomotorische Transformation der Punktbewegung mit einer Drehung um 90 Grad auf die horizontal liegende Zeichenfläche erleichtert. Aus der Untersuchungssituation wird aber immer wieder berichtet, daß sich der Punkt kurzzeitig entfernen oder heranschweben kann, wobei diese Raumwahrnehmung zeichnerisch nicht darstellbar ist.

Bei den Lichttest-Untersuchungen im Rahmen der Dynamisch Psychiatrischen Klinik Menterschwaige (München) wurden verschiedene Nachteile der Paper-Pencil-Form des AKL nach *A.C. Voth* deutlich, die sich auf die Aussagekraft der einzelnen Parameter und ihre Meßgenauigkeit bezogen. Für die Analyse der aufgezeichneten Grafik im Sinne einer projektiven Zeichnung erwiesen sich die Parameter Spannweite und Mittelpunktsabstand als nicht ausreichend und statistisch trennscharf. *Ammon, Burbiel* und *Stuck* (1983) entwickelten daraufhin für ein Rating der Zeichnungen qualitative Strukturparameter (offen-geschlossen, voll-leer, viel-wenig Raum, Richtungsänderungen), die hinsichtlich der ich-strukturellen Fragestellung in Bezug auf die Ich-Funktionen der Angst, Aggression und Abgrenzung aussagekräftiger waren. Für die Messung der autokinetischen Produktion (Bewegung versus Nicht-

Bewegung) erwies sich der Parameter Länge (L) als statistisch aussagefähige Größe, der Parameter Haltepunktanzahl (H) zeigte dagegen häufig einen statistischen Trend an, ohne eine ausreichende Signifikanz zu erreichen. Als Erklärung für die begrenzte Reliabilität des Parameters »H« wurde angenommen, daß die Meßgenauigkeit insbesondere bei den »Wenig-Bewegern« zu gering ist, denen eine klare Differenzierung (und Markierung) zwischen einer sehr langsam und zögernd wahrgenommen Punktbewegung und Bewegungsstops schwer möglich ist (*Ammion, Burbiel, Peschke* 1988).

Ein genereller Nachteil der Paper-Pencil-Form des Autokinetischen Lichttests besteht darin, daß ein dynamisches Geschehen wie die autokinetische Projektion im Ergebnis nur in statischen Größen einer fertigen Zeichnung ausgewertet werden kann, aus denen dann Rückschlüsse auf die Dynamik gezogen werden müssen. Der dynamische Verlauf der Untersuchung kann nur durch zusätzliche qualitative Interviews erhoben werden, die allerdings mit weitergehender Fragestellung von großem Wert sein können. Nicht objektiv nachvollziehbar sind der zeitliche Verlauf von Bewegung und Nicht-Bewegung, die Dauer der Bewegungsstops, der Wechsel von schneller und langsamer Punktbewegung und die maximale Geschwindigkeit, die der Punkt bei einem Untersuchungsteilnehmer erreichen kann. Erst in jüngster Zeit sind die technischen Möglichkeiten gegeben, mit Hilfe computergestützter Aufzeichnungsverfahren auch diese dynamischen Parameter mit zu erfassen. Das im folgenden vorgestellte Softwareprogramm einer Computerversion des AKL wurde von *Weber* (Medizinische Akademie Magdeburg) für das Therapiezentrum Burgau (Klinik zur intensiven Rehabilitation hirnverletzter Patienten in Schwaben) entwickelt.

Die computergestützte Version des Autokinetischen Lichttests (AKL-PC)

In enger interdisziplinärer Zusammenarbeit zwischen der Abteilung Biomedizinische Technik an der Medizinischen Akademie Magdeburg und dem neurologischen Therapiezentrum (NTC) an der Universität Düsseldorf unter ärztlicher Leitung von *Hömberg* entstand 1989 beginnend und kontinuierlich weiterentwickelt ein computergestütztes System zur gleichzeitigen oder separaten Registrierung und Analyse von Bewegungen der Hand und des Auges unter der Bezeichung AUGE/HAND mit den Systemteilen HAND, AUGE und AUHA (*Weber, Hömberg* 1991).

Voraussetzung für die Nutzung des Systems ist ein AT-kompatibler 386er Computer mit arithmetischem Coprozessor, 2 MB RAM, ausreichender Harddiskkapazität und einem Farbmonitor (VGA). Für die Erfassung der Augenbewegung in den Systemteilen AUGE und AUHA wird ein spezielles eye-tracking-System genutzt, das in geeigneter Weise mit dem PC konnektiert ist. Das Programm HAND ermöglicht die Erfassung und Analyse von Störungen der Schreibmotorik und sog. feinmotorischen Störungen von Patienten nach Hirnläsionen, z.B. infolge von Schädelhirntraumen oder Schlaganfällen. Das

in Entwicklung befindliche Programm AUGE dient der Diagnostik und Therapie von Störungen der Augenbewegungen nach Hirnläsionen.

Bereits mit dem Verfahren nach »*Fitts* Law« (*Fitts* 1954) wurde neben den Basisanalysen (s.u.) eine spezielle Diagnostikmethode im System AUGE/HAND integriert. Mit dem AKL wurde eine weitere spezielle Analyseform aufgenommen. Das System AUGE/HAND befindet sich in einer Reihe von Instituten und Kliniken Deutschlands im Einsatz. Eine englischsprachige Version befindet sich in Vorbereitung.

Für den Autokinetischen Lichttest wurde der Systemteil HAND speziell angepaßt und um einen separaten Auswertungsteil erweitert. Die Erfassung der Handbewegung erfolgt mit einem Digitalisiertablett (TDS) in der Größe DIN A3, wie es im CAD-Bereich professionell eingesetzt wird. Die Ableitungsfläche beträgt 41x30 cm. Das Programm ermöglicht die Aufzeichnung von planaren Bewegungen einschließlich der Graphomotorik mit einer Abtastfrequenz von 50 Hz bei der Erfassung der Autokinese (mit einer Abtastfrequenz von 200 Hz bei der Erfassung der Schreibmotorik). Bei der Datenerfassung wurde besonderer Wert auf eine zeitäquidistante Repräsentation der X-Y-Koordinaten gelegt.

Die Zeichenbewegung wird mit einem Schreibstift mit Messung der Aufsetzkraft (Z-Pen) und einer Auflösung der Stiftkoordinaten von 1/20 mm auf das Digitalisiertablett übertragen. Die Aufzeichnung beginnt, wenn eine minimale Aufsetzkraft überschritten wird. Ein Warnton ertönt, wenn der Stift den minimalen Aufsetzdruck für die Aufzeichnung unterscheidet. Die Aufzeichnung wird zeitgleich mit gelber Linienfarbe auf dem Monitor dargestellt. Bewegt sich der Stift in der »proximity range« (2 cm) ohne Aufsetzkraft, wird die Stiftbewegung in blauer Farbe dargestellt. Auf das Digitalisiertablett ist eine Maske mit ertastbarem Rand aufgelegt, im Mittelpunkt des Ausschnitts (Ableitungsfläche) befindet sich eine ertastbare Marke als Startpunkt (X-Y-Nullkoordinaten). Beim Abheben des Stifts nach Erreichen des Randes ertönt der Warnton so lange, bis der Stift mit minimaler Aufsetzkraft am Mittelpunkt wieder aufgesetzt wird. Die Aufzeichnung wird dadurch nicht unterbrochen.

Im Untersuchungsablauf und in der Auswertung dokumentiert sich das Programm durch eine konsequente Menüführung selbst. Vor der Datenerfassung werden Informationen zum Probanden sowie zur Testserie eingegeben. Damit wird eine effektive Versuchsplanung und Datenspeicherung unterstützt. Im späteren Auswertungsmodus können diese Daten entsprechend selektiert werden. Nach der Datenerfassung werden die Versuchsdaten als »Rohdaten« gespeichert und sind für beliebige Analysen oder zum Ausdruck als Grafiken oder Auswertungsprotokoll verfügbar.

Als Basisanalysen stehen im Systemteil HAND Algorithmen zur Berechnung von Weglängen, Geschwindigkeiten und Beschleunigungen im Zeitbereich und von Parametern der spektralen Verteilung im Frequenzbereich zur Verfügung. Für den speziellen Auswerteteil AKL wird eine automatisch er-

rechnete Ergebnisliste mit den Parametern nach *Voth,* dynamischen Parametern im Zeitbereich, einer Tabelle der Haltepunkte und seiner Analyse nach Quadraten am Drucker ausgegeben (s.u. Tab. 1). Die Ergebnisse können als orthogonale ASCII-Files für folgende statistische Analysen mit Standardsoftware (z.B. SPSS-PC) gespeichert werden.

Neben der automatischen Auswertung der Gesamtkurve ist eine interaktive Auswertung der Kurve mit Basisanalysen des Systems HAND (siehe beispielhaft Abb. 3 und 4) oder den AKL-Parametern möglich. Mit Hilfe von zwei Cursoren können beliebige Kurventeile als »regions of interest« (ROI) ausgeschnitten, analysiert und gespeichert werden. Auf diese Weise kann der Verlauf der zehnminütigen Aufzeichnung des AKL in frei definierbaren Abschnitten dokumentiert werden.

Abb. 1 zeigt beispielhaft eine 10-minütige autokinetische Bewegungskurve. Durch das Programm wird die freie Definition von unterschiedlichen Haltepunktkriterien ermöglicht. Haltepunkte werden bestimmt durch einen maximalen Radius im mm und einer minimalen Zeitdauer in s, während der die Bewegung einen gedachten Kreis mit dem erwähnten Radius nicht verlassen darf. Zur Haltepunktanalyse wurde ein spezieller Algorithmus entwickelt, bei dem im ersten Schritt die Kurve nach den Minimalkriterien des Haltepunktes durchsucht wird. Wird ein Haltepunkt detektiert, versucht das Programm durch iterative zeitliche Expansion die Grenzen zu ermitteln, bei denen die Kurve den gedachten Kreis verläßt. Im Ergebnis wird die Dauer des Haltepunktes bestimmt.

Abb. 2 zeigt die Bewegungskurve nach einer Haltepunktanalyse. Die Mittelpunkte der Kreise repräsentieren den Ort des berechneten Haltepunktes. Die Radien vermitteln die Dauer der Haltepunkte. Dadurch wird dem Auswertenden bereits visuell am Monitor die Art und Verteilung der Haltepunkte je nach Kriterium vermittelt. Tab. 1 zeigt ein Auswertungsprotokoll (Ergebnisliste) der Bewegungskurve in Abb. 1 und 2 mit der Tabelle der Haltepunkte nach Kriterium 1.

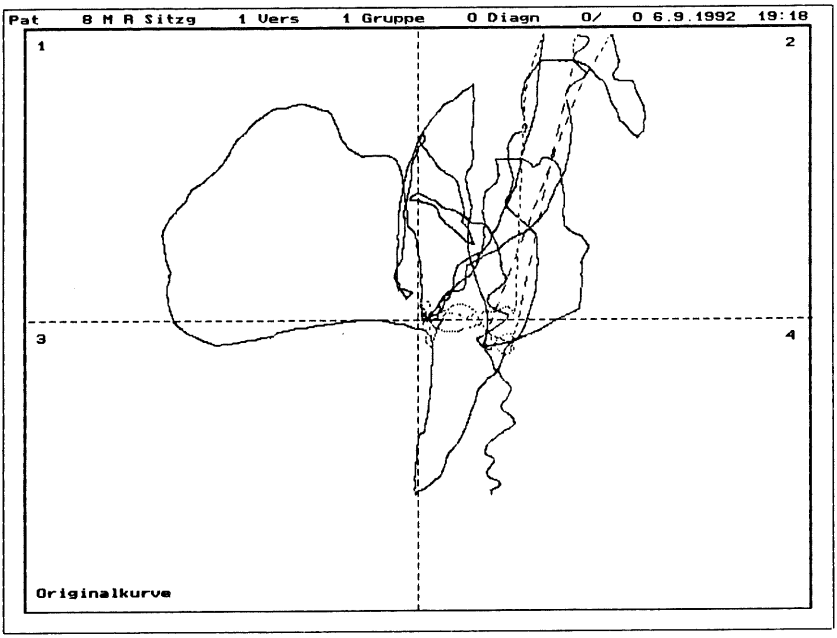


Abb. 1: Beispiel einer 10-minütigen AKL-Aufzeichnung

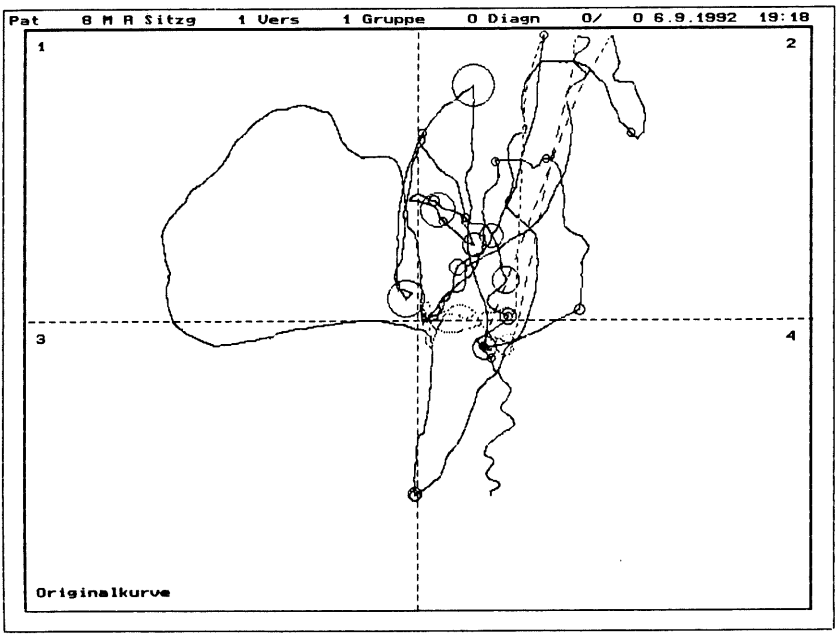


Abb. 2: Originalkurve aus Abb. 1 nach Berechnung der Haltepunkte nach Kriterium 1

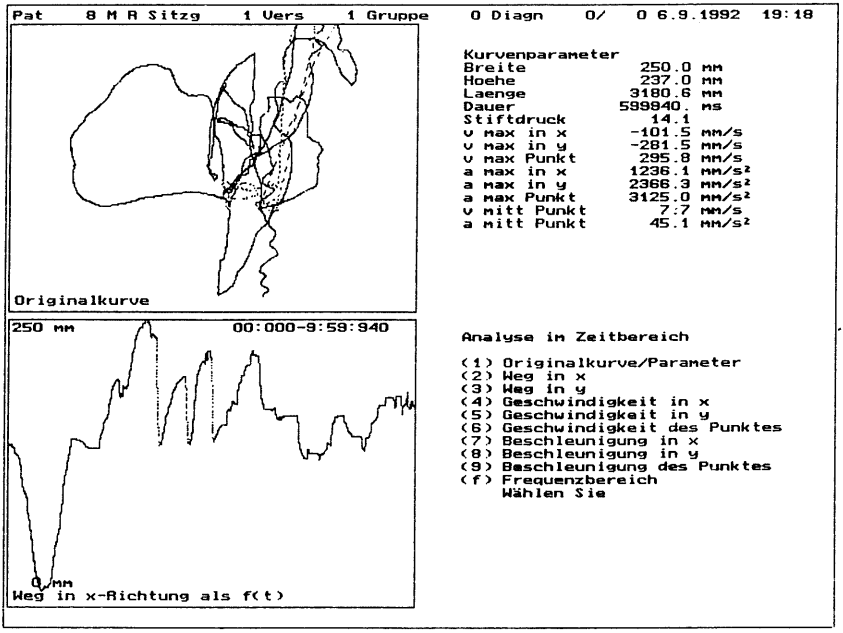


Abb. 3: Beispiel einer interaktiven Auswertung im Zeitbereich

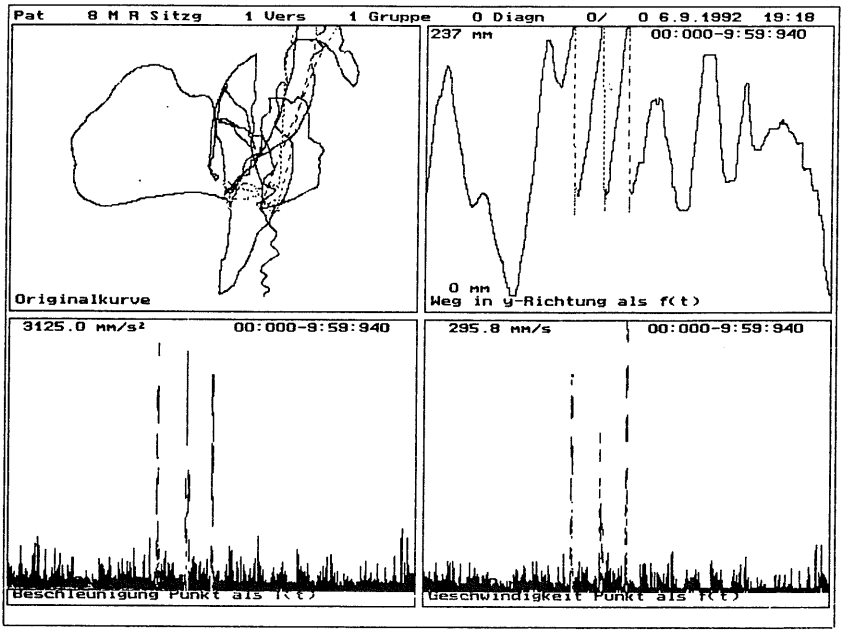


Abb. 4: Beispiel einer interaktiven Auswertung im Zeitbereich

Ergebnisliste autokinetischer Lichttest

Pat.-Nr. 8 N.N,
männlich Alter: 42 Jahre Testhand: rechts
Testzeit: 6.9.1992 19:18 Uhr
Versuchsnr. 1 Gruppennr. 0 Sitzungsnr. 1
Diagnose 1 0 Diagnose 2 0
Kommentar 1: Ableitungsbeispiel 10 Min.
Kommentar 2:

Krit. Haltepunkt(HP): min. Dauer = 3s max. Radius = 1mm

Analyse Haltepunkte

Quadrant	Zentrum	Dauer	v max	v mittel vor HP
3	129.2s	5.8s	32.1mm/s	4.4mm/s
3	132.8s	4.2s	2.5mm/s	2.5mm/s
2	196.1s	3.6s	32.1mm/s	5.6mm/s
2	260.3s	3.4s	239.2mm/s	8.8mm/s
2	318.9s	6.2s	295.8mm/s	13.1mm/s
2	335.6s	3.8s	30.0mm/s	5.8mm/s
2	346.4s	3.6s	30.0mm/s	4.4mm/s
2	367.5s	4.0s	30.0mm/s	5.2mm/s
4	378.5s	3.4s	43.8mm/s	7.3mm/s
4	383.4s	9.2s	2.5mm/s	2.5mm/s
4	389.4s	3.0s	2.5mm/s	2.5mm/s
2	418.6s	16.8s	23.1mm/s	7.3mm/s
1	450.7s	14.2s	33.5mm/s	8.1mm/s
2	474.0s	3.0s	28.5mm/s	6.3mm/s
2	490.5s	9.2s	37.5mm/s	6.7mm/s
2	504.0s	3.0s	15.2mm/s	2.7mm/s
2	514.5s	13.6s	7.9mm/s	2.7mm/s
2	530.0s	4.2s	18.1mm/s	4.6mm/s
2	540.5s	3.0s	17.7mm/s	2.7mm/s
2	551.7s	9.0s	25.2mm/s	3.5mm/s
2	563.4s	10.6s	22.3mm/s	12.3mm/s
2	573.7s	3.2s	26.7mm/s	8.1mm/s
2	577.1s	6.4s	2.5mm/s	2.5mm/s
4	584.4s	3.2s	50.2mm/s	13.1mm/s

Analyse Gesamtbewegung

Grafische Parameter

Länge: 317.9cm
Spannweite: 34.4cm
Max. Abstand Zentrum: 18.8cm
Höhe: 23.7cm
Breite: 25.0cm
HP-Anzahl: 24
Voth kurz (k): 209.1
Voth lang (K): 2867.7

Dynamische Parameter

Ableitungszeit: 10min 0s
v max: 295.8mm/s
v mittel ohne HP: 6.7mm/s
v mittel incl HP: 5.2mm/s
HP-Dauer gesamt 150.1s
HP-Dauer mittel 6.3s

Analyse Quadranten

Quadrant 1
Aufenthalt: 100.6s = 17%
Länge: 46.8cm= 15%
HP-Anzahl 1
HP-Dauer gesamt: 14.2s
HP-Dauer mittel: 14.2s

Quadrant 2
Aufenthalt: 353.6s = 59%
Länge: 197.4cm= 62%
HP-Anzahl 17
HP-Dauer gesamt: 106.9s
HP-Dauer mittel: 6.3s

Quadrant 3
Aufenthalt: 48.8s = 8%
Länge: 17.5cm= 6%
HP-Anzahl 2
HP-Dauer gesamt: 10.0s
HP-Dauer mittel: 5.0s

Quadrant 4
Aufenthalt: 96.9s = 16%
Länge: 56.2cm= 18%
HP-Anzahl 4
HP-Dauer gesamt: 18.9s
HP-Dauer mittel: 4.7s

Tab. 1: Auswertungsprotokoll der Kurve in Abb. 1

Das Problem der Kalibrierung des Autokinetischen Lichttests

Die Notwendigkeit einer Kalibrierung des Autokinetischen Lichttests ergibt sich daraus, daß die illusionäre Scheinbewegung des Lichtpunktes nicht direkt zentral ableitbar oder meßbar ist, sondern über den Umweg ihrer graphomotorischen Reproduktion analysiert wird. Die simultane graphomotorische Reproduktion der Punktbewegung stellt dabei unter den verschiedenen Erfassungsmodi (z.B. Tonbandprotokolle von Beschreibungen der Punktbewegung durch die Probanden, Drücken einer Signaltaste während der Punktbewegung) die objektivste Aufzeichnungsart mit dem größten Informationsgehalt dar. Bei der graphomotorischen Reproduktion können aber interindividuell variierende »Handschriften« bei angenommener gleicher Strecke der Punktbewegung zu unterschiedlich aufgezeichneten Bewegungslängen führen. Dieser der graphomotorischen Aufzeichnungsart immanente Meßfehler mußte bisher aus praktischen Gründen unberücksichtigt bleiben.

Mit der computergestützten Version des AKL eröffnet sich erstmals technisch die Möglichkeit einer Kalibrierung der graphomotorischen Wiedergabe der autokinetischen Bewegungswahrnehmung.

Rock und *Halper* (vergl. *Rock* 1981) untersuchten die Wahrnehmung eines sich bewegenden Lichtpunktes in absoluter Dunkelheit und kamen zu dem Ergebnis, daß die Bahnkurve des Punktes bei ständiger Fixation und Abbildung im gleichen Netzhautbereich gut erkannt werden konnte. *Day, Dickinson, Forster* (1976) stellten im Rahmen ihrer Experimente zur induzierten Autokinese fest, daß für die Probanden keine Unterscheidung zwischen einer autokinetischen Scheinbewegung und einer realen Punktbewegung bestand. Die Annahme scheint daher berechtigt, daß die graphomotorische Reproduktion einer realen und einer autokinetischen Punktbewegung vergleichbar ist und für die Kalibrierung des Autokinetischen Lichttests genutzt werden kann.

Im Vorversuch zur Kalibrierung wird der Proband mit der gleichen Instruktion wie im Hauptversuch aufgefordert, den Lichtpunkt zu fixieren und seine möglichen Bewegungen aufzuzeichnen. Die reale Punktbewegung wird auf einem zweiten Monitor dargestellt, der mit dem PC in geeigneter Weise konnektiert ist. In der Auswertung werden die definierten und gespeicherten Bewegungsdaten der vorgegebenen Kurve mit den Daten der nachgezeichneten Kurve über Korrelationsberechnungen miteinander in Beziehung gesetzt und in einem Quotienten verglichen. Die Erarbeitung eines solchen Kalibrierungsprogramms ist in Vorbereitung.

Eine Kalibrierung der graphomotorischen Aufzeichnung der Punktbewegung wird vor allem dann notwendig, wenn Patienten mit graphomotorischen Störungen nach Hirnverletzungen mit gesunden Kontrollpersonen verglichen werden sollen.

Ausblick

Die Vorteile der computergestützten Erfassung der autokinetischen Bewegungswahrnehmung liegen nicht in erster Linie in der großen Zeitersparnis der Auswertung, die nur noch wenig Minuten in Anspruch nimmt, auch nicht in erster Linie in der vereinfachten statistischen Verrechnung, die mit dem gleichen PC durchgeführt werden kann, der auch die Datenerfassung und Speicherung übernimmt. Die Vorteile liegen vor allem in der Erweiterung des Autokinetischen Lichttests durch dynamische Parameter, die völlig neue Fragestellungen und Untersuchungen möglich machen. Bei allen Gemeinsamkeiten mit der Paper-Pencil-Version von *A.C. Voth* stellt der AKL-PC ein neues Testinstrument zur Untersuchung der Autokinese dar. Ein Nachteil besteht darin, daß die erhobenen Daten der beiden Testversionen in Zukunft nicht mehr direkt vergleichbar sind und u.U. repliziert werden müßten. Dies wird aber Angesichts der Fülle an neuen Fragestellungen und Analysemöglichkeiten durch die neue AKL-Version mehr als aufgewogen. Erwartet werden kann, daß durch die neuen dynamischen Parameter sowie durch die genaue Messung der Haltepunkte und ihrer Dauer das autokinetische Phänomen adäquater erfaßt werden kann und die statistische Trennschärfe sich verbessert.

Neue Fragestellungen ergeben sich mit der Untersuchung hirnverletzter Patienten im Verlauf ihrer Frührehabilitation und weiterführenden Rehabilitation. Zu nennen wären hier: Veränderungen der Autokinese während und nach Abklingen des Durchgangssyndroms, Widerspiegelung von Aufmerksamkeitsstörungen und Wahrnehmungsstörungen in der Autokinese sowie Auswirkungen zentral bedingter Spastiken und/oder Paresen auf die Autokinese. Im Hintergrund steht dabei immer die Hoffnung, daß die zu gewinnenden Erkenntnisse einmal zur Kontrolle und Dokumentation des Therapiefortschritts und damit zur bestmöglichen Förderung unserer Patienten dienen werden.

The Computerized Performance and Analysis of the Autokinetic Test — Presentation of the AKL-PC

Volker Peschke (Burgau), Peter Weber (Magdeburg)

The authors sumarize the research work with the autokinetic phenomenon done by various scientists in different disciplines. Autokinetic phenomenon means the experience of movement by observing a fixed spot of light in complete darkness and belongs to sensational irritations in the field of observing movement. First of all *Alexander von Humboldt* (1799) had described this phenomenon.

The production of autokinetic movement in a fixed period of time depends on the ability of a person to draw attention to the light and to maintain it. By

focused attention the light becomes the target of central processes of projection. Does the attention cathexis turn back to the surrounding test situation the flow of movement will stop. The experience of autokinesis cannot be seen as a stable physiological size but it is influenced by various factors. Direction and extension of autokinesis depend on physiological as well as on cognitve and groupdynamic factors in controlled test situations.

Usually the autokinetic effect cannot be controlled willingly by free, unaffected reproduction. It is a phenomenon at the intersection of neurophysiological and psychic-mental processes and can be influenced by both sides. There are about a dozen theories and hypotheses explaining autokinesis, but a valid explanation does not exist yet (*Birbaumer* 1989).

In the 1940s *Albert C. Voth* developed the autokinetic test to examine personality differences between psychiatric patients. The results showed high significant values. The son *Harold M. Voth* together with his coworkers continued research with this test for many years. He developed the autokinetic test to be used as an instrument for psychotherapy research. *Harold M. Voth* summarizes his 40 years continous research with 3 000 patients and normal subjects: autokinesis represents a general dimension of personality reflecting intergrative cerebral processes on a very high level.

In Germany the autokinetic test (Autokinetischer Lichttest) had been introduced by *Günter Ammon* (1979) in the framework of therapy accompanying diagnosing and psychotherapy research in the Dynamic Psychiatric Hospital Munich-Menterschwaige. In the framework of humanstructurology the autokinetic experience of movement is regarded as an indicator and holistic expression of the dynamic structuring and regulation of the non-conscious area of man. Autokinesis had been related to the humanstructural model of personality (*Ammon* 1979) and to the Ego-Structure-Test (ISTA) as well as to clinical observations and experiences in the psychotherapeutic work with patients in the hospital. In addition to statistically verifiable correlations between autokinesis and ego functions, measured by ISTA, it could be shown in single case studies that the individually experience of autokinesis shows the charakter of the individual grown up personality and reflects its intensified dynamics in its relation to other people and to life surroundings. If a patient change himself during therapy in the sense of a recovering structural personality development, the individual kind of experiencing autokinetic movement changes too. In this way the autokinetic test can be used as documentation of therapeutic processes.

In the standardized test situation introcduced by *A.C. Voth* the test person is sitting in a totally darkened room without any background noises. The test person is sitting at a table with a piece of paper (60x70 cm) in front on which the middle has been marked. In a distance of 3 meters at eye-level there is a little spot of light. The test person is instructed to draw the movement of the spot during a period of 10 minutes onto the piece of paper starting from the middle. Does the movement stop, the test person has to mark it by a small dot and

go on drawing in case the little light starts moving again. By touching the wodden framework of the piece of paper, the person has to move back to the middle and go on drawing.

This reproduction of experienced movement is measured as follows:

1. the total length of the sketched movement (L),
2. the largest distance from center (A),
3. the largest span between two points (S), and
4. the amount of stops (H).

The research carried out in the Dynamic Psychiatric Hospital Menterschwaige showed some fundamental disadvantages using the described method, especially concerning the power of evidence of all single variables and the accuracy of measurement (*Ammon, Burbiel, Stuck* 1983; *Ammon, Burbiel, Peschke* 1988). A general disadvantage of the paper-pencil-form was found in the missing of recording dynamic occurances like the temporary process of movement and nonmovement, the duration of stops, the change between quick and slow movement, and the maximum speed.

The basic version of the computerized version of the autokinetic test is a computerized system for simultaneous or separate registration and analysis of hand or eye movements. It is called EYE/HAND (AUGE/HAND) with the system parts of HAND, EYE (AUGE) and EYHA (AUHA) (*Weber, Hömberg* 1991). Precondition for using this system is an AT-compatible computer 386 with an arithmetic coprocessor (2 MB RAM), sufficient hard disk capacity and a colour monitor. An english version of the system of EYE/HAND is in preparation. For recording autokinetic movements, the system part HAND had been specifically adapted and extended by a separate evaluation part. The hand movement is recordered by means of a digitizing tablet (TDS) in the size of DIN A3, as it is professionally used in the area of CAD. The inferencing area has a size of 41x30 cm. This program allows for the recording of planary movements including grapho-motorical movements with a sampling frequency of 50 Hz.

The drawing movement is transfered to the digitizing tablet by a pencil whereby the touching pressure is measured (Z-pen) and the pencil coordinates of 1/20 mm are resolved. A warning tone sounds in case the minimal touching pressure is falling short. The middle of the tablet is marked. After data entry the data is stored and can be called up for any analysis.

For a specific evaluation of the autokinetic test, an automatically calculated list of results is printed out containing *A.C. Voth*'s parameters, dynamic parameters, a list of stops, and an analysis of each quadrant (see table 1). A special analysis can be carried out by analysing any part of the curve, so that the course of movement can be proved in freely defined sections.

It is necessary to calibrate the autokinetic test because of the illusionary movement of the light which cannot be measured directly but only indirectly by graphomotorical reproduction. Now, by using the computerized version of autokinetic test, for the first time it becomes possible to calibrate the gra-

phomotorical reproduction by reproducing the movement of a moving point of light. A program for calibration is being prepared.

Summarizing the advantages of a computerized recording of autokinetic movement, first of all it is not the saving of time and it is not the simplified statistical analyzing. Above all, advantages are the extension of the autokinetic test by dynamic parameters which allow completely new formulations of research questions and completely new studies.

The authors understand the AKL-PC as a new instrument to study autokinesis. They expect a more adequate reading of autokinesis. Especially by studying brain damaged patients the authors hope that the newly gained knowledge will help to control and document progresses of therapy and in this way get the best possible support for the patients.

Literatur

Ammon, G. (1979): Entwurf eines Dynamisch-Psychiatrischen Ich-Struktur-Konzeptes — Zur Integration von funktional-struktureller Ich-Psychologie, analytischer Gruppendynamik und Narzißmus-Theorie. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie Bd. 1 (München: E. Reinhardt)

Ammon, G., Burbiel, I., Finke, G., Wagner, H. (1982): Ergebnisse Dynamisch-Psychiatrischer Forschung. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 2 (München: E. Reinhardt)

Ammon, G., Burbiel, I., Stuck, U. (1983): Der Autokinetische Lichttest in der Humanstrukturologischen Forschung. In: Dyn. Psychiat. (16) 63—109

Ammon, G., Burbiel, I., Peschke, V. (1988): Autokinese und Hemisphärizität — Eine Pilotstudie mit Patienten der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige. In: Dyn. Psychiat. (21) 43—71

Aubert, H. (1887): Die Bewegungsempfindung. In: Pflüg. Arch. ges. Physiol. (40) 459—80, 623—24

Bennett, S.W., Poit, C.H. (1963): The perception of autokinetic movement by brain-injured and familial retardes. In: Am. J. Ment. Defic. (68) 413—16

Birbaumer, N. (1989): Biologische Psychologie (Berlin: Springer)

Brosgole, L., Christal, R.M., Carpenter, O. (1968): The role of eye movements in the perception of visually induced autokinesis. In: Perception and Psychophysis (4) 123—24

Burbiel, I., Stuck, U. (1984): Gruppenuntersuchungen mit dem Autokinetischen Lichttest — Eine Pilotstudie. In: Dyn. Psychiat. (17) 501—516

Burbiel, I., Seidler, G. (1986): Das Erleben von Zeit — Einige Ergebnisse aus Pilotstudien über Qualitäten des Zeiterlebens beim Autokinetischen Lichttest und in anderen gruppendynamischen Feldsituationen. In: Dyn. Psychiat (19) 156—177

Burbiel, I., Peschke, V. (1989): Autokinese und Hemisphärizität 2. Unveröffentlichtes Manuskript

Burbiel, I., Bez, R., Dworschak, M., Oetzmann, H. (1991): Zur Stabilität des Autokinetischen Lichttests. In: Dyn. Psychiat. (24) 308—321

Carr, H.A. (1910): The autokinetic sensation. In: Psychol. Rev. (17) 42—75

Charpentier, A. (1886): Sur une illusion visuelle. In: Comtesrendus de l'Acad. des Sciences (102) 1155—7

Day, R.H., Dickinson, R.G., Forster, K.I. (1976): Induced subject-relative movement: Persistence of apparent movement of a stationary point after removal of inducing stimulus. In: Perception and Psychophysics (19) 510—17

Dworschak, M. (1991): Der autokinetische Lichttest und qualitative Interviews — eine empirische Untersuchung mit Patienten in stationärer Psychotherapie. Diplomarbeit an der Freien Universität Berlin, Psychologisches Institut.

Exner, S. (1896): Über autokinetische Empfindungen. In: Z. Psychol. (12) 313-30

Fitts, P.M. (1954): The information capacity of the human motor system in controlling the amplitude of movement. In: J. Exp. Psychol. (47) 381—91

Gregory, R.L., Zangwill, O.L. (1963): The origin of the autokinetic effect. In: Quart. J. Exp. Psychol. (15) 4.252—61
Guilford, J.P., Dallenbach, K.M. (1928): A study of the autokinetic sensation. In: Amer. J. Psychol. (40) 93—1
Levy, J. (1972): Autikinetic Illusion: a systematic review of theories, measures and independent variables. In: Psychological Bulletin (78) 635—41
Moustgaard, J.K. (1969): Autokinese, (Kopenhagen: Nyt Nordik Verlag, Arnold Busck)
Myers, C.S. (1925): Textbook of Experimental Psychology. 3rd ed. London
Royce, J.R., Carran, A.B., Aftanas, M., Lehman, R., Blumenthal, A. (1966): The autokinetic phenomenon: A critical review. In: Psychological Bulletin (65) 243—60
Rock, I. (1981): Figuren, die man wahrnimmt, ohne sie zu sehen. Spektrum der Wissenschaft, 5/1981 (Heidelberg: Spektrum der Wissenschaft Verlagsgesellschaft)
Schweizer, G. (1857, 1858): Über das Sterneschwanken I u. II. In: Bulletin de la societe imperiale des naturalistes de Moscou. Imprimerie de l'Universite Imperiale, Moscou. Tome (30) 440-57 u. Tome (31) 477-500
Sherif, M., (1935): A study of some social factors in perception. In: Arch. Psychol. (27) 1—60
— (1936): The psychology of social norms (New York)
Sherif, M., Cantril, H. (1945): The psychology of attitudes. In: Psychol. Rev., (52) 295—319
Voth, A.C. (1941): Individuel differences in the autokinetic phenomenon. In: J. Exp. Psychol. (29) 306—322
— (1947): An experiemental study of mental patients through the autokinetic phenomenon. In: Amer. J. of Psychiatry (103) 793—803
Voth, A.C., Voth, H.M. (1971): Further experimental studies of mental patients through the autokineticphenomenon. In: Am. J. Psychiatry (127) 91—96
Voth, H.M. (1972): Autokinesis and attention distribution: Rejoinder to Starker. In: Perceptual and Motor Skills (34) 750
Voth, H.M., Cancro, R. (1972): EEG-support for the concept of ego-closeness — ego-distance. In: Arch, Gen. Psychiat. (26) 445—48
Voth, H.M., Cancro, R., Rennick, P.M. (1971): Autokinesis and central nervous disease. In: Dis. Nerv. Syst. 32 (11), 744—47
Weber, P., Hömberg, V., (1991): »HAND« — ein Programm zur quantitativen Erfassung der Schreibmotorik. Software Kurier (4) 122—129

Adressen der Autoren:

Dipl. Psych. Volker Peschke
Hans-Adelhoch-Straße 23
W-8000 Augsburg

Dr. Ing. Peter Weber
Medizinische Akademie Magdeburg
Friesenstraße 8
O-3080 Magdeburg

The Interactions between Left und Right Hemisphere and the Problem of the Psychological Defense Mechanisms***

Vadim S. Rotenberg *, Avner Elizur** (Tel Aviv)

The authors outline a possible neurophysiological understanding of the defense mechanisms based on the interactions between left and right hemisphere. Assuming that the socially determined consciousness can be localized in the left hemisphere and the unconscious psychic activity in the right hemisphere, a new interpretation of the well-known psychophysiological experiments with split-brain-patients and in hypnotic state is given. The authors conclude that every information is first of all perceived and processed in the right hemisphere, i.e. on the unconscious level, and that it reaches to the left hemisphere, i.e. to the conscious, only after a right hemispherically localized decision has taken place. Following the authors, the regulation of the inter-hemipsheric exchange of information can be explained by the psychological concept of defense mechanisms. Although being unconscious, they protect the conscious from any inappropriate information. The authors think that the protective function of the right hemisphere is diminished in neurotic patients and that it has been completely lost in psychotic patients.

The concept of the psychological defense mechanisms is one of the central in the dynamic psychiatry and plays a crucial role in the explanation of normal behaviour as well as of the nature of neurotic, psychosomatic and, partly, psychotic disorders. Most authors agree that the main function of these mechanisms is to protect the subject's consciousness from the unacceptable information which can frustrate ego-concept and self-esteem and as a result disorganize the whole goal-oriented behaviour. However, the paradox is that they protect consciousness, being themselves unrealized. From our point of view it means that the psychophysiological approach to this problem has to take into consideration the peculiarities of the relations between left hemisphere, as a natural basis of socially determined consciousness, and right hemisphere which provides the basis of unconscious psychic activity. That is why these relations and the exchange of information between both hemispheres will be the main topic of the present report, and psychological defense mechanisms will be discussed on the basis of these data.

The problem of the exchange of information between right and left hemispheres, on the face of it, seems to be simple and unambiguous; such exchange is suggested to be realized by means of numerous interneuronal connections which form the corpus callosum and the anterior commissura. In fact, the functional specialization of the brain hemispheres was discovered on the split-brain patients after cutting all transverse connections. After this operation one

*Prof., M.D., Ph.D., Senior Scientist of the Abarbanel Mental Health Center, Tel Aviv, Israel
**Prof., M.D., Head of the Abarbanel Mental Health Center, Head of the Department of Psychiatry, Sackler School of Medicine, Tel Aviv University, Tel Aviv, Israel
***Lecture given at the 9th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XXII International Symposium of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP), April 29-May 3, 1992 at the Universität Regensburg

hemisphere failed to recognize objects which had become previously familiar to the other hemisphere. Experiments performed on monkeys confirmed these data (*Doty* et al. 1988).

However, even the first investigations performed on patients with »split« brain made this conclusion doubtful. In their every day life patients do not display obvious signs of desintegration of spontaneous behaviour which remained goal-directed. Few cases, in which when the right hand was really not informed about the behaviour of the left, are so extraordinary that their description is possible to find in all reviews (*Ornstein* 1972; *Springer, Deutsch* 1978). Thus, one of the testees complained that when he tried to embrace his wife with his right hand, his left hand pushed her away. It seems to be a remarkable illustration of *Freud*'s thesis about the permanent conflict between conscious and unconscious motives. Another patient complained that when he had to visit hospital for investigations, his right hand tried to hook up his coat while his left hand tried immediately to unclasp it. In some experiments, when one hand tried to interfere with the activity of the other hand inspite of instruction, testees sometimes tried to put this unuseful hand in the pocket. However, the extraordinarity of these stories only stresses their exclusive nature. Daily behaviour of subjects was integrated, so that the functional specialization of hemispheres was discovered predominantly in special psychophysiological experiments.

Even in those experiments there were signs of interactions of hemispheres, though these interactions were very restricted. Thus, testees (*Gazzaniga* 1970) displayed adequate emotional reactions on slides presented to the right hemisphere, although they were not aware about the real reasons of their reactions. It is necessary to emphasize that information in this experiment was transformed from one hemisphere to the other in an integrated form. It would be possible to suggest that the left hemisphere estimated only the physiological reactions of the organism like a tension of mimic muscles, as well as behaviour reactions caused by the inaccessible emotional information, so that the interactions between the hemispheres were realized indirectly. However, it is possible to argue that, according to the results of investigations, exactly the right hemisphere but not the left is especially sensitive to such indirect information, including the face expression and the alterations in the inner milieu of the organism. Nevertheless, the idea of the indirect interaction of the separated hemispheres became well known, pretended to explain the mechanisms of the preservation of the integrated behaviour and seemed to be experimentally supported (*Ornstein* 1972). Thus, it was initially suggested that if the »split-brain« patient will try to estimate the exact colour of two coloured slides presented separately, by change, in the left visual field, he would be unable to give a correct answer about the colour of the slide. However, the experiments refute this initial suggestion; the subject could overcome the obstacle by using a curious strategy. Really, the right hemisphere was informed about the slide's colour and the left hemisphere was not, and that's why the latter periodically made mistakes in its qualification. But the right hemisphere »heared« a colour named by the left hemisphere, com-

pared this name with a real colour of the slide and being aware of the mistake, tried to do the best — stimulated the subject to shake his head to signal the left hemisphere that the answer was wrong. As a result, the left hemisphere made corrections.

However, if this impressive picture really reflects the typical underlying mechanism of the integrative behaviour of split-brain patients, in a natural condition, too, then it would be possible to expect that the behaviour would contain a lot of episodes of failures followed by immediate corrections. However, the natural behaviour does not confirm this suggestion.

There are some recent experimental data (*Mackay, Mackay* 1982; *Sergent* 1986, 1988) which claim more direct interactions between disconnected hemispheres. These data are theoretically important. In the first and most detailed publication, *Sergent* (1986) investigated the ability of split-brain patients to react on the presentation of different combinations of red and green flashes. In the first preliminary experiment both hemispheres were found to be able to differentiate these flashes when they were presented together to the appropriate visual field. In the second experiment both flashes were presented simultaneously bilaterally, each flash to one visual field: all possible combinations of flashes were used, including the controversial situations that the red flash was for instance presented to the right visual field and green — to the left one. The task was to press as quickly as possible one button if the subject saw a green flash (doesn't matter whether he saw it in the combination with a red flash or not), and to press another button if he does not see a green flash. Both buttons were placed close one to another, so that it was possible to press them with one hand, and hands were changed during the experiment. The most interesting combination is when the key information (a green flash) is presented to the hemisphere which does not control the button pressing. The investigator took into consideration the latent period of movements and the percentage of mistakes. Thus, in this experiment the subject had to make a decision about his integrated non-verbal behaviour and this decision had to be based on information accessible for both hemispheres.

The testees in *Sergent*'s experiment were most successful in the process of categorization of flashes when stimuli were presented to the hemisphere which controlled the active hand. But one of the two patients was successful in all tasks. He reacted correctjy and without delay when the green flash was presented to the right hemisphere and the right hand was active, as well as when the green flash was presented to the left hemisphere and the left hand was active. The second patient made more mistakes when the flash was presented to the right hemisphere and the right hand was active. Nevertheless, the number of mistakes was not so high as to make a conclusion that the left hemisphere had totally ignored the information presented to the right hemisphere. Moreover, even in the conditions which have to determine the ignorance of stimuli presented to the left hemisphere, these stimuli really have been partly taken into consideration. However, the machanism of the integration of information presented to

the split brain remains mysterious. *Sergent* emphasized that it is not the exchange of the initial elements of information: the processing of such initial elements takes place in each hemisphere separately, and only the results of the processing are integrated. Behaviour was independent from the information of the physical properties of the stimulus and reflected only the semantic sense of the processed information. According to *Sergent*'s data, every hemisphere was aware of the exact colour of the flash being presented only directly to this hemisphere; the verbal report about the colour of the signal presented to the right hemisphere was impossible. Thus the integrative non-verbal behaviour — motor reaction — is practicable without the previous conscious analysis of all components of information which determine this non-verbal behaviour. This conclusion is in a good agreement with the experience of people being in extreme and unpredictable situations - drivers, pilots and people who had saved their life in a dangerous situation which required a swift as lightning decision. In such situations all the correct actions are accomplished before their realization, while afterwards the subject can not remember what he has done. Of course, it characterized the behaviour of people with intact brain but it is important that also in these cases the non-verbal behaviour can outstrip the realization of this behaviour.

In the subsequent experiments *Sergent* (1988) has used some more difficult tasks, which really required the complicated processing of information. As in the previous experiment, information was presented simultaneously, partly to the left and partly to the right hemisphere. Here are some examples of the tasks: is the angle between two lines more or less than 90°? (One line is presented to one hemisphere, another line to the second.) Is the sum of two numbers, each of which is presented to the opposite hemisphere, even or odd? Is the combination of 4 letters, two of them being presented to the left and two to the right, nonsense or senseful? The answer was »yes« or »no« and it was non-verbal-button-pressing. The testees (the same as in the previous experiment) solved these tasks successfully and the reaction time did not exceed 1 sec.

In spite of the correct answers the left hemisphere was not aware of the exact information presented to the right hemisphere! One subject correctly identified the combination of 4 letters as a meaningful word, however he could identify only letters presented to a right visual field. He was unable to identify the word itself — he was only sure that this word had sense. The subject could not realize all numbers, the sum of which was correctly identified, as being even or odd.

Sergent came to the conclusion that the ability to make correct decisions is determined by a hypothetical subcortical mechanism like the »centrencephalic system«, which supplies the integration of the information and the holistic reaction of the brain. The alternative explanation may be based on the hypothesis of the brainstem pathway which supplies the exchange of information between the hemispheres beyond the corpus callosum and the anterior commissura.

The hypothesis of the integration of information on the »centrencephalic level« implicitly includes the idea that the unconscius is the function of the subcortical structures. However, there are many arguments that the unconscious is the function of the right hemisphere (*Galin* 1974), for instance the creative decision of the problem is the function of the right hemisphere activity (see *Rotenberg* 1985).

May it be that the results of the above mentioned experiments can be also explained according to the right hemisphere functions? Let us turn to the investigations of the mysterious phenomenon of the human psyche. There is an impressive similarity between the peculiarities of the decision making in *Sergent*'s experiments and the decision making in the experimental hypnosis (*Bassin, Rojnov* 1975). The subject being in the hypnotic state received a suggestion that among many cards, which contained different mathematical expressions, he would be unable to recognize only those which implicitly contain the number 6. Exactly this number is a result of the transformation of the expression 3/8x16, which was presented in one of the cards. After this suggestion in the hypnotic state, the subject really ignored the existence of this card and did not use it in all his manipulations. However, it is obvious that such denial required not only the correct perception of the card and its discrimination from other cards, but also the ability to perform definite mathematical transformations.

Thus, it is possible to conclude that the subject really perceived the card but was unable to realize the fact of perception; it means that he performed some logical transformations unconsciously. The same happens with the subject who received the suggestion that he is in the woods instead of the room and has to find mushrooms. He behaves as if he really saw mushrooms and denies the presence of chairs and tables, but he avoids them very accurately. However, it means the same as in the *Sergent*'s experiments — the subject used information not being aware of this information; it happens even without brain splitting. There are many arguments that the hypnotic state is characterized by the predomination of the right hemisphere activity (*Rotenberg* et all 1978, *Sackheim* et al. 1979, *Mac Leod Morgan* 1982). If there is a similarity between decision making in a hypnotic state and after brain splitting, it is possible to suggest that the hypnotic state is a form of the functional disconnection of both hemispheres, and the results of *Sergent*'s experiments depend on the right hemisphere activity.

In this context it is also worth discussing the results of the experiment presented by *Feigenberg* 1985. The subject being in the hypnotic state received the suggestion that his one eye is blind. When the other eye is closed, the subject complains that he does not see anything. Afterwards, the subject received glasses with the polarized filters for light; the plane of the polarization of the filters in front of the left and the right eye are mutually perpendicular. The subject does not known about these filters and believes them to be only protectors against sun light. Afterwards, the subject is stimulated to identify a com-

plicated number or a word. Figures and letters of this number or word are presented in the polarized light in such a way that the light from some letters and figures goes only through the right filter, while the light from other letters and figures goes only through the left. That is why there are letters or figures which can be perceived only by the eye which is suggested to be blind. However, it was discovered that the subject can see and read these letters and figures as well as others. *Feigenberg* asked whether the subject is really blind or not, and came to the conclusion that the answer to this question depends on the conditions of the experiment, therefore this answer can not be definite and monosemantic.

However, the definite answer is possible, if the question itself will be changed. The subject can see in any case the object by his »blind« eye, it means he can perceive and process the information, but he does not realize that he perceives this information. When the opposite eye is closed and the subject realizes that only the blind eye is open, he believes that he does not see anything. But if it is necessary to behave in this condition, it is possible to predict that the subject would avoid obstacles although he of course would claim that he does not see any obstacles. However, if the subject does not realize that information can be really perceived by the »blind« eye (in experiments with filters) he realized the information although he continued to believe that his eye is blind. The suggestion (»you do not see with your left eye«) blocks not the real perception, but only the reflection of the fact of perception. That is why in the situation which does not produce the challenge for reflection, the subject can realize the information. At the same time, the subject continues to believe that he does not perceive information with his »blind« eye because he does not separate the information perceived by his left eye from the information perceived by his right eye.

This experiment, like the experiment described above (*Bassin, Rojnov* 1975) provides additional evidence for the conception that every information, including the symbolic and complicated one, is first of all perceived and processed semantically on the unconscious level, and it is only afterwards possible to decide whether it is necessary to realize this information or not.

This decision depends on attitudes which in the experimental condition are suggested by the hypnotizer and in the natural condition are determined by psychological defense mechanisms. It is important that the complicated semantical estimation of information, being performed unconsciously, precedes the realization of information.

Such estimation takes place also in a normal state of consciousness. *Zinchenko* in his report presented to the International Congress of the Unconscious, 1979, discussed the results of the investigations performed by *Malkin*, who presented to an outstanding chess-player the short exposition of the chess position. The exposition was too short to remember the exact position of every chess figure on the board. Nevertheless, the chess-player could estimate the whole position after the presentation: he gave a correct report whether the po-

sition of the white or black figures was better. It was like answering »yes« or »no« in *Sergent*'s experiment. However, this means that he grasped the position as a holistic picture, grasped the relations between figures and was able to give an integrative answer although he could not realize all elements of this position. It is really very similar to what happened in *Sergent*'s experiments. It seems to be necessary to stress that the right hemisphere has a preference in the speed of information processing. Even the verbal information which enters directly the left hemisphere is sent immediately to the right hemisphere for the initial processing, and only afterwards comes back to the left hemisphere (*Kostandov* 1983).

By taking all these facts into consideration it is possible to suggest the peculiar asymmetry in the mechanisms of the exchange of information from one hemisphere to another. It is possible to suggest that the transmission of the information from the left hemisphere to the right takes place not only through the corpus callosum and the anterior commissura, but also through the brainstem pathway. At the same time, the transmission of the information from the right hemisphere to the left, which determines the realization of the information, is carried out only through the transverse pathways. This provides the control and selection of information in accordance to its semantic and personal meaningfulness. This model helps to avoid a hypothesis of the existence of a special additional mechanism which provides the integration of the activity of both hemispheres.

At the same time, the integration of the complicated motor behaviour of both extremities seems to be under the right hemisphere control. Only such control enables subjects to perform complicated and coordinated movements in a stressful situation, which requires a swift as lightning reaction. According to this hypothesis, it is possible to explain the correct non-verbal reaction of both hands to unrealized information in *Sergent*'s experiment. This hypothesis produces also a new approach to the well known fact that a damage of a parietal region of the right hemisphere causes apraxia in both extremities. This hypothesis can also help explain the appearance of the non-verbal unconscious behaviour in hysterical patients (conversion), which involves not only left but sometimes also right extremities, as well as non-lateralized body systems (hysterical paralysis, hysterical mutism, etc.). To accept the idea that the right hemisphere is able to manage and integrate all kinds of non-verbal behaviour, independently of the side of body, means to avoid many contradictions and to explain all above mentioned facts. It is possible to assume that in the process of such activity, the right hemisphere uses the additional uncrossed pyramidal pathways, but this is only a speculation.

The integrative role of the right hemisphere in the organization of non-verbal behaviour is determined by the role of right hemisphere in ego-image formation. This problem is connected with the problem of psychological defense mechanisms.

It is well known that defense mechanisms protect the conscious level from

the inappropriate information which can destroy the integrated, realized and goal-directed behaviour. It is a real paradox: defense mechanisms protect the conscious level but they are working unconsciously. It is possible to suggest that the conception of the inter-hemispheric exchange of information can explain this paradox. To this purpose, it is necessary to use a concept of ego-image. Ego-image provides the self-regulation of human behaviour, its formation is determined by the conscious. At the same time, ego-image is also a »fool-bloode« polysemantic image and, as every image, has numerous ties with reality. As an image, ego-image cannot be totally realized and analyzed. It is possible to use the metaphor that ego-image is a plenipotentiary of the conscious in the state of the subconsiousness, in the right hemisphere.

If every information before its realization enters the right hemisphere, the latter provides the possibility to estimate this information according to ego-image. Everything that can treat the conscious is repressed or is processed in such a way that it loses its threatening power. This protective function of the right hemisphere is decreased in neurotic subjects and is lost in psychotic subjects. Ego-image as an integrative construct must be responsible for the integrative non-verbal behaviour; maybe the destruction of ego-image in schizophrenic patients can explain the desorganized uncoordinated non-verbal behaviour which is so typical in schizophrenic patients.

It is also possible to suggest that the acute decrease of mood after the suppression of the left hemisphere is the result of the predomination of the internal motivational conflict which runs high in the left hemisphere. At the same time, due to the ability of image thinking to create a polysemantic context it is possible to transform inappropriate images and to adopt them (*Rotenberg* 1982). A normal psychic adaptation requires a constant interaction between the hemispheres. However, the reorganizing ability of the right hemisphere plays a key role in this process.

Die Interaktion von linker und rechter Hirnhemisphäre und die Frage der Abwehrmechanismen

Vadim S. Rotenberg, Avner Elizur (Tel Aviv)

Die meisten Autoren stimmen darin überein, daß die Abwehrmechanismen das Bewußtsein eines Menschen vor dem Eindringen von Informationen, die das Selbstbild und die Selbstachtung gefährden könnten, schützen sollen. Obwohl sie das Bewußtsein schützen, bleiben sie selbst unbewußt. Um sie psychophysiologisch beschreiben zu können, ist die Art des Informationsaustausches zwischen der linken Hirnhemisphäre als dem Sitz des sozial bestimmten Bewußtseins und der rechten Hirnhemisphäre als dem Sitz der unbewußten psychischen Aktivität vordringlich zu betrachten.

Zwar sind die beiden Gehirnhälfen funktionell asymmetrisch, aber in aller Regel weisen auch Split-Brain-Patienten, bei denen die Nervenfaserbündel

zwischen den beiden Gehirnhälften aus medizinischen Gründen durchtrennt werden mußten, im Alltag ein integriertes Verhalten auf. Experimente mit Split-Brain-Patienten, über die *Sergent* (1986) berichtet, legen nahe, daß jede Hirnhemisphäre eingehende Informationen zuerst einmal für sich verarbeitet und daß erst die Ergebnisse der Verarbeitung integriert werden. Die von ihm untersuchten Versuchspersonen zeigten in verschiedenen Testsituationen ein angemessenes nonverbales Verhalten, obwohl ihnen die Informationen, nach denen sie gehandelt haben, nicht bewußt gewesen sind. Nach Ansicht der Autoren gleichen sie damit Menschen mit einem intakten Gehirn, die ohne bewußte Wahrnehmung in Gefahrensituationen richtig handeln, sich später aber nicht mehr an ihr Tun erinnern können.

Nach *Rotenberg* und *Elizur* kann die Funktionsweise der rechten Hemisphäre ausreichend erklären, wie die Informationen integriert werden. Aus Experimenten im Hypnosezustand, der als funktionelle Trennung der Gehirnhälften mit Überwiegen der rechtshemisphärischen Aktivität verstanden werden kann (*Rotenberg* et al. 1978, *Sackheim* et al. 1979, *Mac Leod Morgan* 1982), ist bekannt, daß Menschen sich in einer suggerierten Weise verhalten, ohne daß sie wissen warum, d.h. sie nehmen Informationen auf und verarbeiten sie, ohne bewußt zu erkennen, daß sie es tun. Die Autoren sehen darin einen Beleg für ihre Hypothese, daß alle Informationen — auch symbolische und komplexe — zuerst bildhaft wahrgenommen und unbewußt verarbeitet werden und daß erst danach entschieden wird, ob sie bewußt erkannt werden sollen oder nicht. Im Hypnosezustand wird diese Entscheidung durch den Hypnotiseur, unter gewöhnlichen Umständen durch die psychischen Abwehrmechanismen bestimmt.

Aufgrund ihrer Überlegungen schlagen die Autoren folgende Art des Informationsaustausches zwischen den Hirnhemisphären vor: Informationen gelangen von der linken zur rechten Gehirnhälfte nicht nur durch das Corpus callosum und die Commissura anterior, sondern auch über den Hirnstamm, während die Informationsübermittlung von der rechten zur linken Gehirnhälfte, die zum bewußten Erkennen von Informationen führt, nur über die Nervenfaserbündel zwischen den Gehirnhälften erfolgt. Dadurch ist gewährleistet, daß Informationen entsprechend ihrer semantischen und persönlichen Bedeutung kontrolliert und ausgewählt werden können. Darüberhinaus ist anzunehmen, daß alle Arten von nonverbalem Verhalten, auch unabhängig von der Körperseite, von der rechten Hirnhemisphäre geregelt und integriert werden. Die rechte Gehirnhälfte orientiert sich dabei an dem Selbstbild eines Menschen, das zwar einerseits bewußt gestaltet, andererseits als Bild nicht vollständig erkannt und analysiert werden kann; metaphorisch ausgedrückt arbeitet das Selbstbild wie ein Bevollmächtigter des Bewußtseins im Unbewußten.

Wenn jede Information vor ihrer Erkenntnis in die rechte Hemisphäre gelangt, kann diese sie entsprechend dem Selbstbild einschätzen und beispielsweise bedrohliche Inhalte zurückweisen oder so verarbeiten, daß sie ihre

Bedeutung verlieren. Bei neurotischen Patienten ist diese Schutzfunktion der rechten Hirnhemisphäre nach Ansicht der Autoren vermindert, bei psychotischen Patienten sogar ganz verloren gegangen. Für eine normale psychische Tätigkeit ist ein regelmäßiger Informationsaustausch zwischen beiden Gehirnhälften notwendig; dabei spielt jedoch die Fähigkeit der rechten Hemisphäre zur Umgestaltung und Neuordnung von Informationen eine große Rolle.

Literatur

Bassin, F.V.; Rojnov, V.E. (1975): About the modern approach to the problem of the unconscious psychic activity. In: Voprosy filosofii (10) 94-108

Doty, R.W.; Ringo, J.L.; Lewine, J.D. (1988): Forebrain commissures and visual memory: A New approach. In: Behav. Brain. Res. (29) 267-280

Feigenberg, I.M. (1985): The principle of the supplementation in the describing of psychic phenomenon. In: Priroda (2) 94-101

Galin, D. (1974): Implication for psychiatry of left and right cerebral specialization: a neurophysiological context for unconscious processes. In: Arch. Gener. Psychiat. (31) 572-583

Kostandov, E.A. (1983): The functional asymmetry of brain hemispheres and the unconscious perception (Moscow:Nauka, in Russian)

Mackay, D.M. Mackay, V. (1982): Explicit dialogue between left and right half-systems of split brains. In: Nature (295) 690-691

MacLeod-Morgan, C. (1982): EEG lateralization in hypernosis. A preliminary report. In: Australin J. Clin and Exp. Hypnosis (10) 99-102

Ornstein, R. (1972): The psychology of consciousness. (San Francisco: Freemann).

Rotenberg, V.S. (1982): Funktionale Dichotomie der Gehirnhemisphären und die Bedeutung der Suchaktivität für physiologische und psychopathologische Prozesse. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 2, S. 276-336 (München: Ernst Reinhardt)

— (1985): Sleep Dreams, Cerebral Dominance and Creation. In: Pavlov. J. Biol. Sci. (20) 53-58

— (1987): The role of the two strategies of thinking in the process of the scientific cognition. Abstracts of the 8th. International Congress of Logic, Methodology and Philosophy of Sciense. Moscow, v.5

Rotenberg, V.S.; Raikov, V.L.; Andreev, V.L. (1978): L'hysterie. In: Revue de Medecine Psychosomatique et de Psychologie Medicale (3) 321-327

Rotenberg, V.S.; Arshavsky, V.V. (1991): The psychophysiology of the brain hemisphere asymmetry: the »entropy« of the right-hemisphere activity. In: Pavlov. J. Biol. Sci., in press

Sackheim, H.; Paulhus, D.; Weimann, A. (1979): Classroom Seating and hypnotic susceptibility. In: J. Abnorm. Psychol. (88) 81-84

Sergent, J. (1986): Subcortical coordination of hemispheric activity in commissurotomized patients.
In: Brain (109) 357-370

— (1988): »Split« Brains pool information. In: Brain and Mind Bull. (13) 1-8

Springer, S.; Deutch, G. (1978): Left Brain, Right Brain (New York: Freemann)

Address of the authors:

Prof. Vadim S. Rotenberg, M.D., Ph.D.
Abarbanel Mental Health Center
Y. Hanassi Street
Bat-Yam, Israel

Vergleich des Nachtschlafpolygramms einer Gruppe schizophren strukturierter Patienten mit einer selektierten Kontrollgruppe***

Astrid Thome*, Ulrich Köppen** (München)

Ziel der Autoren ist es, auf der theoretischen Grundlage des Humanstrukturmodells nach Ammon das Nachtschlafpolygramm als diagnostisches Meßinstrument zu validieren. In dieser Studie vergleichen sie das Schlafprofil von acht nach definierten Kriterien selektierten gesunden Probanden (Kontrollgruppe) mit dem von neun schizophren strukturierten Patienten der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige unter denselben Untersuchungsbedingungen. Die wichtigsten Ergebnisse sind, daß das NREM-Stadium 4 bei schizophren strukturierten Patienten fast völlig fehlt und daß NREM-Stadium 3 vermindert ist, NREM 1 und NREM 2 dagegen erhöht sind. Entgegen der Hypothese ist der REM-Anteil bei der Patientengruppe nicht verringert. Darüberhinaus sind mögliche Unterscheidungsparameter zwischen gesunden und schizophren strukturierten Probanden die höhere Anzahl der REM-Phasen, das vermehrte Auftreten von Intermediärschlaf sowie die fehlende Polarisierung in einen Deltaschlaf während der ersten und einen REM-Schlaf-Schwerpunkt in der zweiten Nachthälfte bei der Patientengruppe.

Die bisherige Arbeit des Schlaf- und Traumlabors der Klinik Menterschwaige ist der Versuch, das Nachtschlafpolygramm als diagnostisches Meßinstrument zu validieren, um neben dem herkömmlichen psychologischen Testinventar, bei dem immer auch sekundärprozeßhaftes Denken mitwirkt, ein der Selbsteinschätzung und Kontrolle entzogenes Diagnoseinstrument zur Verfügung zu haben. Zur Validierung wurden u.a. Vergleichsuntersuchungen an verschiedenen diagnostischen Gruppierungen vorgenommen:
narzißtische Depression (n=8), schizophrene Struktur (n=8) und Psychosomatik (n=9) (*Ammon* et al. 1985),
Borderline-Symptomatik (n=9) (*Ammon* et al. 1989),
Anorexia Nervosa (n=9) (*Burbiel* et al. 1991).
Als Vergleichsgruppe Gesunder diente in diesen Untersuchungen eine Kontrollgruppe aus der Literatur (*Williams* et al. 1974), wobei von den Autoren jedoch nicht näher beschrieben wird, was unter »gesund« verstanden wird.

Unter Zugrundelegung eines aus der Humanstrukturologie abgeleiteten Gesundheitsverständnisses wird in der vorliegenden Untersuchung eine eigene Kontrollgruppe gesunder Probanden in ihrem Nachtschlafpolygramm mit der vormals untersuchten Gruppe schizophren strukturierter Patienten (*Ammon* et al. 1985) verglichen, wobei die Autoren davon ausgehen, daß sich die Stringenz der Ergebnisse durch die Vereinheitlichung der Untersuchungsbedingungen

* M.A., Dipl. Psych., Klinische Psychologin / Psychotherapeutin (BDP), Mitarbeiterin der Psychologisch-Diagnostischen Abteilung der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige

** Psychiater, Mitarbeiter der Psychologisch-Diagnostischen Abteilung der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige

*** Vortrag gehalten auf dem 9. Weltkongress der World Association for Dynamic Psychiatry WADP / XXII. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 29. April — 3. Mai 1992 an der Universität Regensburg

erhöht: gleiche räumliche Untersuchungsverhältnisse, gleiches Instrumentarium und gleiche Scoringbedingungen.

Unter diesen angeglichenen Bedingungen stellt sich neu die Frage, in welchen Parametern sich das Schlafpolygramm einer Gruppe gesunder Probanden von dem einer Gruppe schizophren strukturierter Patienten unterscheidet. Nach einer theoretischen Einführung wird kurz das Verständnis von Gesundheit aus humanstruktureller Sicht und das der schizophrenen Struktur skizziert, es folgt die Hypothesen- und Fragestellung, die Methodik, in die die ausführliche Beschreibung der Auswahlbedingungen eingeht; es schließt sich die Darstellung der Ergebnisse und ihre Interpretation daran an.

Die theoretische Begründung der in der vorliegenden Arbeit zu untersuchenden Hypothesen und Fragestellungen beruht auf dem in den verschiedenen Untersuchungen bereits vorgestellten theoretischen Modell der humanstrukturellen Schlafdiagnostik, das drei theoretische und empirische Wurzeln hat:

1. die ontogenetische Entwicklung des Nachtschlafs, d.h. die zeit-räumliche Verteilung kortikaler Aktivitätsmuster im Verlauf der Ontogenese im Zusammenhang mit der Entwicklung hirnphysiologischer Strukturen bis hin zu den funktionellen Systemen.
2. ein Menschenbild, das von der wesensmäßigen Einheit von Körper, Geist und Seele ausgeht (*Ammon* 1985), d.h. der Interdependenz des zentralen unbewußten Persönlichkeitsbereichs mit dem primären biologischen Bereich und den sekundären Humanfunktionen des Verhaltens-Ichs der Fertigkeiten und Fähigkeiten,
3. das humanstrukturelle Entwicklungsverständnis mit den Konzepten des Humanstrukturmodells (*Ammon* 1979), der Sozialenergie (*Ammon* 1982) und der Mehrdimensionalität (*Ammon* 1985), das gelingende oder mißlingende Entwicklung in ihrer Genese und Veränderbarkeit als gruppenbezogen begreift.

Verweigerte, inkonstante Sozialenergie oder ihre destruktive Ausformung führt zu Krankheit, d.h. fehlender oder arretierter Entwicklung, wobei Anteile der Humanstruktur unentwickelt, undifferenziert bzw. unintegriert bleiben. Vorwiegend konstruktive Sozialenergie ermöglicht konstruktive Entwicklung, Differenzierung und Integration synergistisch und damit regulativ wirksamer Humanfunktionen bis hin zur übergreifenden Humanfunktion der Identität.

Die Wirkung von sozialenergetischen Beziehungsprozessen im Laufe der Ontogenese betrifft immer den ganzen Menschen in seinen vielen Persönlichkeitsdimensionen, seiner Körperlichkeit, seinem Denken, Handeln und Fühlen, seiner Sexualität, Kreativität, Aggression, Angst und Abgrenzung bis hin zur neurophysiologischen Ebene der Plastizität des Gehirns und der Bildung funktioneller Systeme durch neue synaptische Verbindungen.

Die Meßebene der polygraphischen Schlafuntersuchung ist der primäre, biologische Bereich der Humanstruktur, nämlich die funktionelle Tätigkeit neu-

rophysiologischer cerebraler Strukturen und Systeme. Deren ausreichende Entwicklung, Differenzierung und funktionelle Integration, die die Grundlage höherer psychischer, geistiger und körperlicher Entwicklungsfähigkeit bilden mit der Möglichkeit vorauseilender Bereitstellung von Funktionen, findet in den Parametern des Nachtschlafpolygramms und ihrer raum-zeitlichen Ordnung, der sogenannten Schlafstruktur, wie sie vor allem beim jungen gesunden Erwachsenen zu sehen ist, ihre Entsprechung (*Roffwarg* et al. 1966, *Koella* 1988).

Unser humanstrukturelles Verständnis der Entwicklung von neurophysiologischen Systemen und Funktionen und deren Beziehung zur Humanstruktur mit der Entwicklung der Schlafstruktur im Verlaufe der Ontogenese, sowie unser funktionelles Verständnis des REM- und NREM-Schlafes und einzelner Schlafstadien haben wir in den vorangegangenen Arbeiten bereits ausführlich dargestellt und diskutiert (vgl. *Ammon* et al. 1988 und 1989). Die Schlafstruktur ist das funktionelle Abbild der Tätigkeit eines aktiv-adaptativen und regulativen Systems (vgl. *Koella* 1988), wobei Schlaf als Prozeß gegenüber dem Wachzustand nur einne anderen Funktionszustand des gleichen funktionellen Groß-Systems, nämlich des Gehirns, darstellt.

Zum Begriff der Gesundheit

Wir stellen in dieser Arbeit eine Gruppe gesunder Probanden in ihrem Schlaf einer Gruppe schizophren reagierender Patienten gegenüber. Unser Verständnis von Gesundheit beruht auf *Ammons* spektraltheoretischem Verständnis, das davon ausgeht, daß Gesundheit und Krankheit keine einander entgegengesetzten Befindlichkeiten des Menschen sind. An die Stelle des Dualismus von Gesundsein und Kranksein tritt eine ganzheitliche Betrachtungsweise des Menschen, wonach jeder Mensch gesunde und kranke Persönlichkeitsanteile hat, Gesundheit gelingende Integration der verschiedenen Persönlichkeitsfunktionen meint und Krankheit Dysregulation der Homöostase von Körper, Geist und Seele (*Ammon* 1985). Gesundheit heißt, »entwicklungsfähig zu bleiben in der Gestaltung der seelischen, geistigen und körperlichen Fähigkeiten, Bedürfnisse und Möglichkeiten . . . Da diese Mehrdimensionalität der Persönlichkeit 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« (*Burbiel* et al. 1990).

Humanstrukturell gesund wäre demnach dann ein Mensch zu nennen, wenn unter der Regulation der Identität seine unbewußten, zentralen Humanfunktionen in einer fortwährenden Entwicklungsfähigkeit der Persönlichkeit gegenüber flexiblen Beziehung zueinander stehen. Dies heißt insbesondere, daß keine starre Regulation der energetischen Humanfunktionen der Aggression und Angst durch die regulativen Humanfunktionen der Abgrenzung und des Narzißmus erfolgt. Phänomenologisch ist ein gesunder Mensch ein erleb-

nisfähiger Mensch, der Grenzsituationen und identitätsfordernde Situationen ohne Desintegration der Persönlichkeit durchsteht, sich Hilfe nehmen kann und in Kontakt ist zu seinen Gefühlen und zu seinem Unbewußten.

Zur schizophrenen Struktur

Die schizophrene Struktur ist humanstrukturell verstanden eine lebensgeschichtlich früh entstandene Erkrankung. Die Humanstruktur ist infolge einer Familiendynamik, die dem schizophren strukturierten Menschen die »Entwicklung eines differenzierten Angstspektrums . . . als Entwicklungsmotor« und Abgrenzung aus der krankheits- und angsttragenden Funktion für die Familienhomöastase verunmöglichte, vorwiegend defizitär und destruktiv in ihren zentralen Funktionen ausgebildet (*Ammon* 1988). Der schizophren erkrankte Mensch leidet insbesondere unter einem Übermaß an dysfunktional werdender destruktiver Angst, an mangelnder Abgrenzung nach innen und außen und einer defizitär/destruktiven Struktur des Narzißmus. Die starre Geöffnetheit der Ich-Grenzen aufgrund einer defizienten Regulationsfähigkeit verhindert und blockiert die Möglichkeit einer kontinuierlichen Entwicklung, wie es dem schizophren strukturierten Menschen überhaupt am Erleben eigener Kontinuität und Kohärenz in einem verläßlichen und kohärenten Beziehungsfeld mangelt (*Ammon* 1979b). Die Symptomatik der schizophrenen Erkrankung »zeigt . . . nicht eine konfliktuöse Behinderung des Ich im Sinne einer bloßen Beeinträchtigung seiner Funktionsfähigkeit an, es dient vielmehr als Ersatz für die fehlende psychische Struktur, es dient der Kompensation einer strukturellen Schädigung, eines narzißtischen Defizits, und der Abwehr der mit einem solchen 'Loch im Ich' immer verbundenen archaischen Trennungs- und Vernichtungsangst« (*Ammon* 1992).

Fragestellungen und Hypothesen

Im Vergleich der revidierten und erweiterten Daten, Standardparameter und Strukturparameter des Nachtschlafs (s. Abb. 1) unserer vormals untersuchten Gruppe schizophren strukturierter Patienten (S-Gruppe) mit denen einer selektierten Kontrollgruppe gehen wir allgemein der Frage nach, in welcher der in Abb. 1 erläuterten Parametern sich die Gruppenpolygramme unterscheiden.

In Übereinstimmung mit anderer Schlafforschungsliteratur ergaben unsere bisherigen Vergleichsuntersuchungen (*Ammon* et al. 1985) im Vergleich zu gesunden Probanden (*Williams* et al. 1974) für die Gruppe schizophren strukturierter Patienten eine Reduktion in den NREM-Stadien des Deltawellen-Bereichs, eine Reduktion der NREM-Stadien 3 und 4, und erhöhte Anteile im NREM-Stadium 1 (vgl. hierzu auch den Überblick in *Zarcone* et al. 1987). Ebenfalls konnten wir einen gegenüber dem Schlaf gesunder Probanden reduzierten REM-Schlaf-Anteil feststellen, ebenfalls koinzidierend mit den Ergebnissen anderer Autoren (vgl. Übersicht in *Mendelson* et al. 1977).

Standardparameter

SPT = (sleep period time) Gesamtschlafzeit: einschl. Wachzeiten innerhalb des Schlafs, ohne Einschlafvorgang

Wach % = prozentualer Anteil der Wachzeiten innerhalb der Gesamtschlafzeit an dem Gesamtschlaf

NREM 1%
NREM 2%
NREM 3% } = prozentuale Anteile der REM-Stadien 1, 2, 3, 4 an der Gesamtschlafzeit

REM % = prozentualer Anteil des REM-Schlafs (rapid eye movement-Schlaf) an der Gesamtschlafzeit

Strukturparameter

Lat REM = Zeitdauer bis zum Auftreten der ersten REM-Phase (REM P 1

REM P 1
REM P 2
REM P 3
REM P 4
REM P 5 } = Dauer der 1., 2., 3., 4. und 5. REM-Phase einschließlich der Unterbrechungen der REM-Phase durch Anteile der Stadien Wach, NREM-Stadien 1, 2, 3, 4

REM I 1
REM I 2
REM I 3
REM I 4
REM I 5 } = Dauer des 1., 2., 3., 4. und 5. REM-Intervalls = Zeitstrecken von NREM-Schlaf zwischen den REM-Phasen einschließlich Wach-Zeiten

Abb. 1: Parameter des Nachtschlafs

Wir kommen daher zu den folgenden speziellen Hypothesen:

H1: Das Nachtschlafpolygramm der S-Gruppe weist einen geringeren Anteil des NREM-Stadiums 3 auf verglichen mit dem der Kontrollgruppe.

H2: Das Nachtschlafpolygramm der S-Gruppe weist einen geringeren Anteil des NREM-Stadiums 4 auf verglichen mit dem der Kontrollgruppe.

H3: Die S-Gruppe hat einen größeren Anteil an NREM-Stadium 1 als die Kontrollgruppe.

H4: Der Anteil an REM ist in der S-Gruppe geringer als in der Kontrollgruppe.

Es interessiert uns desweiteren, inwiefern sich die zyklische Ordnung des Schlafs für die Gruppe schizophren strukturierter Patienten von der der selektierten Kontrollgruppe unterscheidet, d.h. die zeitliche Abfolge von REM-Phasen und REM-Intervallen als Ganzes, insbesondere das Verhältnis von REM-Phasen-und REM-Intervallängen zueinander.

Methode: Auswahl der Probanden und Erhebungsinstrumentarium

Das Erhebungsinstrumentarium bestand für beide Gruppen aus:

— Zusammenschau testpsychologischer Ergebnisse: MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), ISTA (Ich-Struktur-Test nach *Ammon*), GT (Gießen-Test), Wartegg-Zeichentest, Beschwerdefragebogen nach *Höck* und *Hess,* einem psychosomatischen Fragebogen (MDP-Werte).

— Expertenrating aufgrund der Anamneseerhebung (für die Gruppe schizophren strukturierter Patienten) bzw. ausführlichem lebensgeschichtlichem Interview (für die gesunden Probanden).

Für die Gruppe schizophren strukturierter Patienten erfolgte eine Zuordnung nach den ICD-Kriterien mit Leitsymptomatik, Nebensymptomatik und Differentialdiagnosen; keiner der Patienten war zum Zeitpunkt der Untersuchung akut psychotisch.

Die Kontrollgruppe wurde mit der Patientengruppe parallelisiert nach Alter, Geschlecht, sozioökonomischem Status und Bildung. Auf der Grundlage des oben skizzierten Verständnisses von Gesundheit wurden die folgenden Ausschlußkriterien für die Probanden der selektierten Kontrollgruppe formuliert:

1. Abwesenheit offenkundiger, schwerer psychiatrischer bzw. psychischer Krankheit (Instrumentarium: MMPI, ISTA, GT, Wartegg-Zeichentest, Beschwerdefragebogen nach *Höck* und *Hess*),
2. Abwesenheit schwerer körperlicher Krankheit bzw. kontinuierlicher Neigung zu psychosomatischen Reaktionen (Instrumentarium: psychosomatischer Fragebogen, lebensgeschichtliches Interview). Ausgenommen sollten sein sog. Residualdefekte in der Körperstruktur aus einer früheren Erkrankung bzw. Unfall, die in die Persönlichkeit integriert sind. d.h. denen keine eine Weiterentwicklung der Persönlichkeit beeinträchtigende Funktion zukommt.
3. Ausgeschlossen wurden Probanden, wenn das Interview und die Tests auf starre Grenzen zwischen Bewußtem und Unbewußtem bzw. auf die Abspaltung von Gefühlen verwiesen. Merkmale hierfür waren u.a. mangelnde Traumfähigkeit (= durchgängiges Fehlen der Traumerinnerung), zu große Abgrenzung nach innen (Instrumentarium: lebensgeschichtliches Interview, MMPI: Kontroll- und Lügenwerte/ ISTA: Abgrenzung nach innen/ GT: Tendenz zur Mittelwertsanstreichung).
4. Ausgeschlossen wurden ebenfalls Probanden, wenn im Interview deutlich wurde, daß ein Lebensbereich massiv gestört und das gesamte aktuelle Lebensfeld in Mitleidenschaft gezogen ist oder wenn mehrere Lebensbereiche gestört sind.

(Diese Ausschlußkriterien traten nicht isoliert auf, sondern sind hier nur idealtypisch voneinander isoliert beschrieben.)

Die Auswahl wurde durch ein Expertenrating vorgenommen. Eine akzentuierte Symptomatik wurde nicht als Ausschlußkriterium konzipiert, wenn diese in die Entwicklung der Persönlichkeit integriert war. In den diagnostischen Voruntersuchungen für die selektierte Kontrollgruppe war dies jedoch nie der Fall, regelhaft verband sich eine Symptomatik mit anderen Momenten der mangelnden Flexibilität bzw. Arretiertheit der Gesamtpersönlichkeit oder Abspaltung von Einzelbereichen der Persönlichkeit.

Durchführung der Untersuchung

Verglichen wurde die selektierte Kontrollgruppe (n=8) mit dem revidierten und erweiterten Datenmaterial einer vormals untersuchten Gruppe schizophren strukturierter Patienten (S-Gruppe) (n=9) (vgl. *Ammon* et al. 1985).

Im Schlaf- und Traumlabor der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige wurde der Nachtschlaf der Probanden aufgezeichnet. Das Polygramm des Nachtschlafs umfaßt die Aufzeichnung der Hirnströme über zentrale Ableitungen des EEG, der Muskelspannung am Kinn und der Augenbewegungen über die ganze Dauer des Nachtschlafs. Jeder Proband verbrachte mindestens zwei aufeinanderfolgende Nächte im Labor. Die erste Nacht diente der Eingewöhnung, die Aufzeichnungen der zweiten Nacht wurden zur Auswertung (nach den Scoringkriterien von *Rechtschaffen* und *Kales* 1968) und Datengewinnung verwendet.

Getestet wurden in einem Zwei-Gruppen-Versuchsplan die Standard- und Strukturparameter des Nachtschlafs und deren Abweichung vom Gruppenmittelwert, je nach Fragestellung ein- bzw. zweiseitig. Hierzu wurde der t-Test verwendet.

Ergebnisse

Im statistischen Vergleich der Nachtschlafpolygramme der selektierten Kontrollgruppe (n=8) mit einer Gruppe schizophren strukturierter Patienten der Klinik Menterschwaige (n=9) kommt es zu folgenden Ergebnissen (s. Tab. 1):
H1: Der prozentuale Anteil von NREM 3 bei der S-Gruppe liegt im Mittel von 4.45% signifikant unter dem Mittelwert der Kontrollgruppe Gesunder (9,5%).

	Schizophrene Reaktion		Kontrollgruppe		Signifikanzen	
	Mittelwert	Standardab.	Mittelwert	Standardab.	Mittelwert	Standardab.
SPT	455,89	46,40	407,75	73,17	n.s.	n.s.
REM%	14,90%	4,11%	18,32%	5,36%	n.s.	n.s.
Wach%	3,54%	4,15%	2,24%	2,67%	n.s.	n.s.
NREM1%	20,19%	4,20%	16.01%	3,09%	*	n.s.
NREM2%	56,84%	4,22%	51.11%	4,84%	*	n.s.
NREM3%	4,45%	4,82%	9,85%	4,35%	*	n.s.
NREM4%	0.09%	0,24%	2,48%	2,42%	*	***
REM-Latenz	72,41	38,27	77,17	30,74	n.s.	n.s.
REM-Ph. 1	9,70	5,43	16.04	9,66	n.s.	n.s.
REM-Int. 2	63,30	10,40	76,00	7,26	n.s.	*
REM-Ph. 2	24,18	6,21	20,96	13,33	*	n.s.
REM-Int. 3	74,45	20,51	69,04	14,58	n.s.	n.s.
REM-Ph. 3	22,52	11,87	26,75	10,42	n.s.	n.s.
REM-Int. 4	78,30	22,09	59,24	9,44	*	*
REM-Ph. 4	33,15	15,50	36,11	26,40	n.s.	n.s.
REM-Int. 5	54,08	6,59	40,56	28,37	**	n.s.
ΣREM-Ph.	4,67	0,50	3,88	0,64	*	n.s.

Tab. 1: Varianz- und Mittelwerts-Vergleich der S-Gruppe (schizophrene Reaktion) mit der Kontrollgruppe
n.s.=nicht signifikant, *=p<5%, **=p<1%, ***=p<0.1%
Parameter vgl. Abb. 1

H2: Der prozentuale Anteil von NREM 4 bei der S-Gruppe liegt im Mittel von 0,09% signifikant unter dem der Kontrollgruppe Gesunder (2.48%).
H3: Die S-Gruppe weist einen im Mittel höheren prozentualen Anteil von NREM 1 (20.19%) auf als die Kontrollgruppe (16.01%).
H4: In ihrem REM-Anteil ist die S-Gruppe im Mittelwertsvergleich nicht von der Kontrollgruppe unterschieden. H4 konnte nicht bestätigt werden.

Signifikant ist auch der höhere Anteil an NREM 2 bei der S-Gruppe (56.84%) gegenüber der Kontrollgruppe (51.11%). Die Varianz für den NREM-4-Anteil ist in der S-Gruppe signifikant geringer als in der Kontrollgruppe (Vergleich in den Standardparametern s. auch Abb. 2). Desweiteren weist die S-Gruppe signifikant mehr REM-Phasen auf als die Kontrollgruppe. Interessant ist ebenfalls, daß die S-Gruppe ein signifikant kürzeres 2. REM-Intervall und ein längeres 4. REM-Intervall im Mittel aufweist als die Kontrollgruppe.

Interpretation

1. Vigilitätserhöhung

Die Gruppe der schizophren strukturierten Patienten weist im Vergleich zur Kontrollgruppe eine deutliche Erhöhung der Vigilität des Nachtschlafs auf. Die durchschnittlich erheblich gesteigerte kortikale Aktivierung zeigt sich in einer ausgeprägten Verminderung des sog. Deltaschlafanteils, insbesondere dem Anteil des NREM-4-Stadiums, das stabil innerhalb der Gruppe (geringe Varianz) nur noch in einer verschwindend geringen Menge vorhanden ist. Der noch vorhandene Deltaschlaf konzentriert sich fast ausschließlich im Anteil an NREM 3, der ebenfalls vermindert ist. Die erhöhte Aktivierung zeigt sich zum anderen in einer Erhöhung sowohl des NREM-2- als auch des NREM-1-Anteils.

In den NREM-Stadien 3 und 4, die Zuständen zunehmender Kontinuität von langsamen, hochamplitudigen Deltawellen entsprechen, ist vor allem während NREM 4 der Kortex durch aktive Abschirmung weitgehend von den übrigen cerebralen Funktionssystemen, die zum Teil höchste Aktivität zeigen (Hypothalamus, STH-Ausschüttung), funktionell entkoppelt. Dies betrifft alle höheren effektorischen kortikalen Funktionen, das Pyramidenbahnensystem eingeschlossen. Es besteht ein Zustand größt möglicher Abgrenzung kortikaler Funktionssysteme nach innen und außen gegenüber afferenten Reizen, also auch gegenüber den übrigen cerebralen und peripheren Systemen und Strukturen. Diese hochgradig integrierte und synergistische Eigentätigkeit des Kortex hat u.a. die Funktion der Integration und Selektion aufgenommenen Materials aus dem Tagesgeschehen und Aufbereitung »innovativer« schlafinterner Prozesse zur vorauseilenden Bereitstellung von übergreifenden Konzepten und deren Überführung in Struktur und Funktion, d.h. Überführung in die Langzeitspeicher. Die zentrale Rolle des Frontalhirns als übergeordnetes funktionelles System in diesem Geschehen haben wir in früheren Arbeiten bereits ausführlich dargestellt (*Ammon* et al. 1988, 1989).

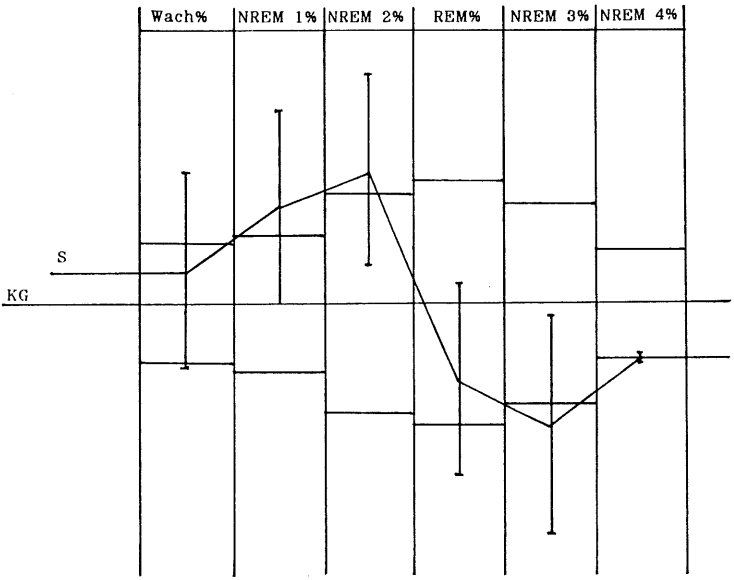


Abb. 2: Diagramm der Mittelwerte und Streuungen der S-Gruppe (schizophrene Reaktion) und der Kontrollgruppe für die Standardparameter
Die Mittelwerte der Kontrollgruppe in den einzelnen Stadien stellen die Bezugsnorm dar und sind durch die waagerechte Mittellinie repräsentiert, die Standardabweichung ist durch Querstriche je Stadium markiert.

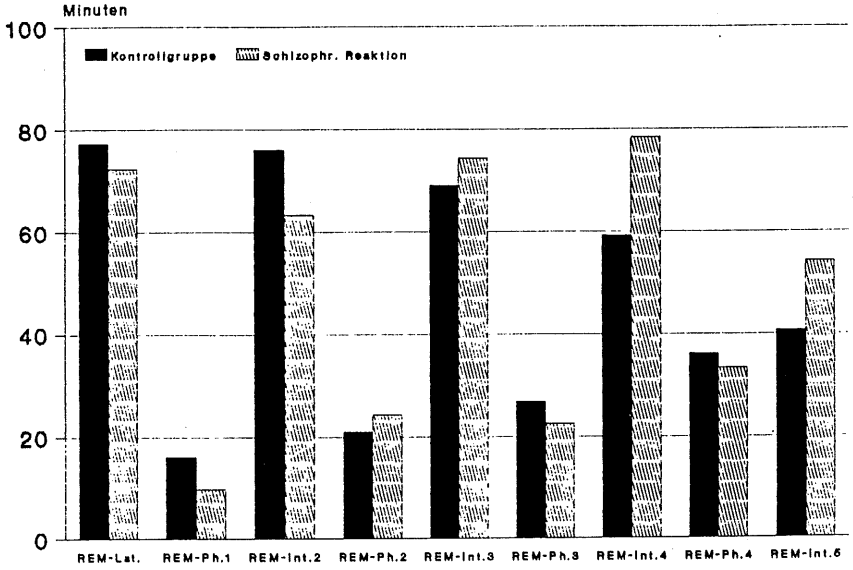


Abb. 3: Diagramm der Mittelwerte der REM-Phasen- und REM-Intervallängen für die Kontrollgruppe und Gruppe schizophrene Reaktion

Das NREM-Stadium 3, in dessen vermindertem Anteil fast ausschließlich der Deltaschlaf der schizophren strukturierten Patienten enthalten ist, stellt einen Übergang zwischen den Prozessen der NREM-Stadien 2 und 4 dar. Es besteht in NREM 3 ein Balancezustand zwischen maximaler Integration und Synchronisation vor allem subkortikaler Funktionssysteme, nur — verglichen mit NREM 4 — in geringerem Umfang kortikaler Funktionssysteme und einer verringerten Ausdehnung von kortikaler Eigentätigkeit unter aktiver Reizabschirmung, die zum Erhalt von Struktur und Funktion, aber nur in eingeschränkter Weise zur Weiterentwicklung ausreichend ist. Diese Funktionszusammenhänge sind in der Gruppe schizophrene Struktur gegenüber der Kontrollgruppe deutlich verringert. In der zeitlichen Verlängerung funktioneller Abläufe, die NREM 2 und NREM 1 unterliegen, sehen wir einen unzureichenden Kompensationsversuch des Mangels an neurophysiologischen Abgrenzungsfunktionen, wie sie vor allem in NREM 4 vorherrschen, der Abgrenzung unterschiedlicher Funktionszustände des Kortex nach innen und außen wie auch untereinander. Es bildet sich im Nachtschlaf der S-Gruppe ein Defizit von Funktionen höherer Ordnung (entsprechend den Funktionen 3. Ordnung nach *Beaumont* 1987) ab, die das Zusammenwirken kortikaler und cerebraler, übergreifend integrativer und Aktivierung konzeptionell richtender Funktionen regulieren. Aus humanstrukturell-er Sicht besteht ein Defizit in den neurophysiologischen Grundlagen höherer Persönlichkeitsfunktionen, insbesondere der die Persönlichkeit integrierenden Funktion der Identität.

Die Funktion des NREM-Stadiums 2 dient dem Erhalt basaler cerebraler und Kortexfunktionen (*Ammon* et al. 1988). Die zeitlich größere Ausdehnung von NREM 2 dient dem Erhalt grundlegender regulativer und integrativer cerebraler Funktionen, was klinisch dadurch dokumentiert wird, daß schizophren strukturierte Patienten nicht nur ausreichend Schlaf, sondern zum Teil auch mehr Schlaf brauchen als Gesunde, um nicht psychotisch zu desintegrieren. Sowohl NREM 2 als auch NREM 1 sind u.a. Funktionen zuzuordnen, die der Regulation von Reizaufnahme und Reizverarbeitung dienen. Die kompensatorische Erhöhung von NREM 1 und NREM 2 entspricht nach unserem Verständnis einem Defizit und der Kompensation ebendieser defizitär entwickelten Funktionen.

Im klinischen Bild findet das Defizit in den neurophysiologischen Funktionen des Nachtschlafs seine Entsprechung darin, daß der schizophren strukturierte Mensch für längere Zeit Unterstützung (Hilfs-Ich-Funktionen) bei der Regelung von Ruhe und Aktivität, Nähe und Distanz, Abgrenzung von Bewußtem und Unbewußtem und Hilfe bei der Bewältigung der Realität benötigt.

2. REM-Schlaf

Der relative Anteil an REM ist in der von uns untersuchten Patientengruppe zwar gegenüber der Kontrollgruppe vermindert, erreicht hierin aber kein

Signifikanzniveau. Hierzu ist folgendes zu sagen: Zum einen beruht die Hypothese u.a. auf unserer vorhergehenden Vergleichsstudie, die eine Kontrollgruppe aus der Literatur heranzieht (*Williams* et al. 1974). Diese Gruppe hat mit 25.79% REM einen sehr hohen REM-Schlaf-Anteil. Andere sog. gesunde Vergleichsgruppen weisen deutlich geringere REM-Prozente auf (Vgl. *Lauer* et al. 1990: 18.7%; *Arriga* et al. 1990: 19.50%; *Wiegand* et al. 1990: 19,2%). Desweiteren ist die Literatur zum Schlaf schizophren strukturierter Patienten in diesem Punkt widersprüchlich, und es zeichnet sich ab, daß insbesondere in akut psychotischem Zustand der REM-Schlaf vermindert ist (vgl. die Übersichtsarbeit *Mendelson* et. al. 1979 und *Julien* et al. 1980).

In der Untersuchung von *Julien* et al. (1980), in der eine Gruppe akut psychotisch reagierender Patienten einer Gruppe schizophren strukturierter Patienten in sog. Remission und Kontrollgruppen Gesunder gegenübergestellt wird, hat nur die Gruppe akut psychotischer Patienten eine Verminderung im REM-Schlaf. Für beide Gruppen schizophren strukturierter Patienten ist der Deltaschlaf reduziert. Die Autoren stellen in dieser Arbeit ebenfalls eine signifikante Erhöhung in der Anzahl der REM-Phasen fest, und es gehen in die statistische Auswertung auch die Anteile für den Intermediärschlaf ein, der für beide Gruppen schizophren strukturierter Patienten gegenüber den Kontrollgruppen drastisch erhöht ist. Der Intermediärschlaf ist ein undifferenzierter Schlafzustand der frühen Ontogenese, der Bestandteile des REM- und NREM-Schlafs enthält, aus ihm entwickelt sich dann NREM-Stadium 1 mit der Funktion der Übergangsregulierung (vgl. *Ammon* et al. 1988). Auch wir finden im Nachtschlafpolygramm der Gruppe schizophren strukturierter Patienten auffallend lange Zeitstrecken dieses noch undifferenzierten, einem ontogenetisch frühen Zeitpunkt der Entwicklung entsprechenden Intermediärschlafs, der in der Kontrollgruppe zwar auch vorhanden ist, aber in geringeren Mengen und gekennzeichnet durch einen höheren Reifungsgrad. In unseren Auswertungen konnte jedoch der Intermediärschlaf bisher nicht systematisch berücksichtigt werden.

Wahrscheinlich darf man grundsätzlich für die Verteilung von REM in der schizophrenen Reaktion vermuten, daß im Zustand offener Psychose, in dem die Grenzen der Persönlichkeit starr offen sind und eine Differenzierung von innen und außen, Ich und Nicht-Ich nicht bzw. kaum erfolgt, sich diese Grenzauflösung in einem drastisch verminderten REM-Anteil im Nachtschlaf dokumentiert. Eine signifikante REM-Verminderung charakterisiert aber nicht den Schlaf schizophren reagierender Menschen als solchen. Mit anwachsender Abgrenzungsfunktion, die im Verlauf der Psychotherapie besonders an der Grenze sichtbar wird, an der der schizophrene Patient zum ersten Mal einen Traum berichten kann, ist das Quantum an REM-Schlaf nicht beeinträchtigt. Das Entwicklungsdefizit bezüglich des funktionellen Reifegrades des REM-Schlafs ist dann weiterhin in großen Mengen des undifferenzierten Intermediärschlafs gegeben und in dem Umstand, daß Unbewußtes in mehr REM-Phasen als im Schlaf Gesunder prozessiert wird.

Im Nachtschlafpolygramm der selektierten Kontrollgruppe dokumentiert sich in der geringeren Anzahl von REM-Phasen bei relativ gleicher REM-Menge eine größere funktionelle Gesamtintegration des Nachtschlafs. Der REM-Schlaf selbst ist in der S-Gruppe durch geringere Augenbewegungen als der REM-Schlaf Gesunder gekennzeichnet, was allerdings nicht in die Auswertung als numerische Größe bisher einbezogen wurde. Dies heißt, daß die innenstimulierende Wirkung des REM-Schlafs in der schizophrenen Struktur mit der Funktion vorauseilender Bereitstellung von Funktion gegenüber dem Schlaf Gesunder herabgesetzt ist (Funktion des REM-Schlafs vgl. *Ammon* et al. 1989).

3. Zyklische Ordnung des Nachtschlafs

Der Nachtschlaf des Gesunden ist polarisiert: In der ersten Nachtschlafhälfte weist er einen Deltawellen-Pol auf, in der zweiten einen REM-Pol, was sich in längeren REM-Intervallen und kurzen REM-Phasen der ersten Nachtschlafhälfte mit dem größeren Anteil an NREM 3 und NREM 4 und in kontinuierlicher Verlängerung der REM-Phasen gegen Morgen bei Rückgang der Dauer der REM-Intervalle äußert. Das aufsteigende Aktivierungssystem und die daran beteiligten Strukturen sind während des REM-Schlafes maximal aktiv, die des absteigenden Aktivierungssystems während des NREM-Schlafes. Die Abgrenzung des gesunden Menschen aus dem Tagesgeschehen erfolgt über die stufenweise absteigende Aktivierung der NREM-Stadien 1—4.

Wie man aus Abb. 4 ersehen kann, nimmt in der Kontrollgruppe kontinuierlich die Dauer der REM-Intervalle ab und steigt die Dauer der REM-Phasen im Verlauf der Nacht an, wohingegen diese zyklische Ordnung in der Gruppe schizophren strukturierter Patienten nicht vorhanden ist. Das längste REM-Intervall findet sich in der S-Gruppe in der zweiten Nachtschlafhälfte: das 4. REM-Intervall ist gegenüber der Kontrollgruppe signifikant länger. Das 2. REM-Intervall ist in der S-Gruppe signifikant kürzer als in der Kontrollgruppe Gesunder. In der kontinuierlichen Verlängerung der REM-Intervalle 2 bis 4 in die zweite Nachtschlafhälfte hinein ist zumindest eine in diesem Segment gegebene Umkehrung der Verhältnisse des Schlafs Gesunder gegeben (s. Abb. 3). Auch dies muß im übergeordneten Zusammenhang der notwendigen Kompensation des Mangels an Deltaschlaf und der unzureichenden innenstimulierenden Wirksamkeit des REM-Schlafs interpretiert werden, NREM 1 und 2 in den REM-Intervallen kompensieren den mangelnden Deltaschlaf der ersten Nachtschlafhälfte und den insuffizienten REM-Schlaf.

Es zeigt sich in der vorliegenden Untersuchung, daß folgende Parameter des Nachtschlafs dazu geeignet sind, das Schlafpolygramm einer Gruppe schizophren erkrankter Patienten von dem einer Kontrollgruppe Gesunder zu unterscheiden:

1. NREM-4-Anteil: Er ist in der Gruppe schizophrene Struktur im altersgemäßen Muster überhaupt nicht vorhanden (vgl. *Ammon* et al. 1988). NREM 3 ist vermindert, NREM 1 und NREM 2 erhöht.

2. Besonderheiten des REM-Schlafs: manifestiert in u.U. mehr REM-Phasen und mehr Intermediärschlaf als im Schlaf gesunder Probanden.
3. mangelnde Differenzierung zwischen 1. und 2. Nachtschlafhälfte: Die übliche Polarisierung des Nachtschlafs: Delta-Schlaf-Pol in der ersten und REM-Pol (=Verlängerung der REM-Phasen, Kürzerwerden der REM-Intervalle) in der zweiten Nachtschlafhälfte ist in der schizophrenen Reaktion nicht wie im Schlaf Gesunder vorhanden, bzw. ganz aufgehoben bis hin zu einer umgekehrten Tendenz, die in einer Verlängerung der REM-Intervalle der zweiten Nachtschlafhälfte bestehen kann.

Welche dieser Merkmale die S-Gruppe differentialdiagnostisch gegenüber anderen diagnostischen Gruppen abgrenzt, wird erst der Vergleich der anderen Gruppen, Depression, Psychosomatik (vgl. *Ammon* et al. 1985), Borderline-Persönlichkeit (*Ammon* et al. 1989) und Anorexia Nervosa (*Burbiel* et al. 1990) mit der selektierten Kontrollgruppe und der S-Gruppe erweisen. Aufgrund unserer bisherigen Untersuchung ist davon auszugehen, daß sich Ähnlichkeiten im funktionellen Defizit des Nachtschlafs für alle schweren psychiatrischen Krankheiten ergeben.

Comparison of Night Sleep Polygrams between Schizophrenically Structured Patients and a Selected Control Group

Astrid Thome / Ulrich Köppen (München)

The sleep and dream laboratory of the dynamic psychiatric hospital Menterschwaige aims to validate the night sleep polygram as a diagnostic instrument, because it is independent of a person's cognition and shows to some extent the interrelations of neurophysiological, psychic and mental structures. Up to now a control group of healthy subjects described by *Williams* (1974) was taken as a standard of comparison. However the results of different sleep labs cannot fully be compared, since considerable differences in analysis and evaluation are to be found (*Karacan* et al. 1987). Furthermore the selecting criteria of this control group are not known.

The authors' understanding of health and illness is based upon the human-structurology of *Ammon* (1979, 1982, 1985). For the present study a control group of 8 healthy subjects was selected by these criteria: absence of severe psychic illness, absence of severe physical illness or continuous tendency to psychosomatic reactions, no splitting between emotions and conscious self, or conscious and unconscious. If one field of life was disturbed seriously or if several fields were disturbed, subjects were excluded. The control group was matched to a patients' group and had to undergo the same pretests (MMPI Saarbrücken, Ego Structure Test ISTA by *Ammon,* Gießen-Test, *Wartegg*-Drawing-Test, Complaint Questionnaire by *Höck* and *Hess,* a psychosomatic questionnaire as well as an interview on life history for the control group and

respectively an expert rating for the patients' group. The sleep polygram was taken under the same circumstances and compard to the revised and enlarged data material of a formely investigated group of 9 schizophrenically structured patients in the Menterschwaige Hospital.

Thome and *Köppen* aim to find out which parameters in general are different. Expecially the following hypotheses are tested in this study:

1) NREM stage 3 is reduced in the patients'group compared to the control group.
2) NREM stage 4 is reduced in the schizophrenically structured patients.
3) NREM stage 1 is enlarged in the patients' group.
4) The REM part of sleep is reduced in the patients' group.

The hypotheses 1) to 3) were confirmed, only hypothesis 4) was rejected. Furtheron the NREM stage 2 was found to be enlarged significantly as well as the number of REM phases in the group of schizophrenically structured patients. The second REM interval is significantly shorter in the group of the patients, the fourth REM interval significantly longer compared to the control group. In contrast to healthy persons there is not differentiation into a delta-wave pole during the first half of the night and a REM pole during the second half of the night as far as the schizophrenically structured patients are concerned.

The outhors interpret the results as an expression of a serious deficit of the neurophysiological interregulative and demarcation functions of the schizophrenically structured, but not actual psychotic patient. There is a continuous deficit of slow wave sleep which cannot be compensated by an increase of REM. The decrease of REM is not significantly reduced in the patients of this research study, but they show more intermediar sleep distributed to more REM-phases (see *Julien* et al. 1980) than the control group. In this way receiving and processing stimuli on a neurophysiological level is inhibited and consequently the social energetic processes in the patient's environment are also inhibited.

To sum up, the present investigation shows that the sleep profile of schizophrenically structured patients differs from that of a control group of healthy persons in the following parameters:

1. There is hardly any REM stage 4 in schizophrenically structured patients. NREM stage 3 is reduced, NREM stage 1 and NREM stage 2 are increased.
2. The special quality of REM sleep in patients shows in a higher number of REM phases and more intermediary sleep.
3. The usual polarization of the night sleep in the delta-wave pole in the first half of the night and the REM pole in the second half is missing respectively changed in prolonged REM intervals during the second half of the night.

Further groups of patients are to be continuously investigated since similar functional deficits can be expected also in other severe psychiatric diseases.

Literatur

Ammon, G. (1972): Über die psychodynamische Beziehung von Traum, Psychose und Realität in der Schizophrenie unter dem Aspekt der Ich-Regulation. In: Psychother. Psychosom. (20) 366—378
— (1973): Schizophrenie. In: *Ammon, G.:* Dynamische Psychiatrie (Darmstadt/Neuwied: Luchterhand) — Erweiterte Neuausgabe: 1980 (München: Kindler)
— (1979a): Entwurf eines Dynamisch-Psychiatrischen Ich-Struktur-Konzepts. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt) 95—159
— (1979b): Schizophrenie. In: ebd. 364—462
— (1982a): Hirnstrukturen, Unbewußtes und Ich-Strukturologie. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt) 89—123
— (1982b): Das sozialenergetische Prinzip in der Dynamischen Psychiatrie. In: ebd. 4—25
— (1985): Der mehrdimensionale Mensch. In: Dyn. Psychiat. (18) 99—110
— (1987): Schizophrenie — ein ganzheitliches Geschehen. In: Dyn. Psychiat. (20) 1—23
— (1988): Zur humanstrukturellen Verwobenheit von Psychosomatik und Schizophrenie. In: Dyn. Psychiat. (21) 1—16
— (1991): Psychotherapie der Schizophrenie — Paradigmenwechsel in Psychiatrie und Psychoanalyse. In: Dyn. Psychiat. (24) 263—274
— (1992): Neurose und Schizophrenie aus humanstruktureller Sicht. In: Dyn. Psychiat. (25) 1—18
Ammon, G.; Köppen, U.; Hoffsten, M. (1985): Neue Ansätze zu einem Verständnis von Schlafprofilen unter ontogenetischen Aspekten — eine Pilot-Study aus der humanstrukturologischen Schlafforschung. In: Dyn. Psychiat. (18) 111—113, 175—201
Ammon, G.; Burbiel, I.; Köppen, U.; Hoffsten, M. (1987): Die Organisation der Ruhe- und Aktivitätsprozesse und deren Integration als Indikator für die Entwicklung des Menschen im therapeutischen Prozeß. In: Dyn. Psychiat. (20) 24—41
Ammon, G.; Köppen, U.; Thome, A.; Tiedge, W. (1988): Indikatoren im Nachtschlaf als Kriterien für nachholende Entwicklung im Verlauf psychotherapeutischer Behandlung. In: Dyn. Psychiat. (21) 253—280
Ammon, G.; Köppen, U.; Stein, G.; Thome, A.; Tiedge, W. (1989): Schlafuntersuchungen mit Borderline-Patienten im Vergleich zu Gruppen mit Depression, Schizophrenie und Psychosomatik. In: Dyn. Psychiat. (22) 253—275
Arriga, F.; Rosado, P.; Paiva, T. (1990): Clinical correlations of EEG sleep disturbances in anxiety and depression. In: *Horne, J.A.* (ed.): Sleep '90, Proceedings of the 10th European Congress on Sleep Research (Bochum: Pontenagel Press)
Beaumont, J.G. (1987): Einführung in die Neurophysiologie (München/Weinheim: Psychologie Verlags Union)
Birbaumer, N. (1975): Physiologische Psychologie (Berlin: Springer)
Burbiel, I.; Apfelthaler, R.; Fabian, E.; Schanné, U.; Seidler, G.; Wolfrum, G. (1990): Die Effizienz stationärer Psychosentherapie in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige München — Klinisch-psychologische Untersuchungen. In: Dyn. Psychiat. (23) 247—301
Burbiel, I.; Köppen, U.; Thome, A. (1991): Schlafuntersuchungen bei Patienten mit Anorexia Nervosa im Vergleich zu Patienten anderer humanstruktureller Diagnosegruppen. In: Dyn. Psychiat. (24) 34—55
Clausen, J.; Sersen, E.A.; Lidsky, A. (1974): Variability of sleep measures in normal subjects. In: Psychophysiology (11) 509—516
Feinberg, I.; Hiatt, J.F. (1978): Sleep patterns in schizophrenia: A selective review. In: *Williams, R. C.; Karacan, I.* (eds.): Sleep Disorders: Diagnosis and Treatment (New York: John Wiley and Sons) 205—231
Ganguli, R.; Reynolds III, C.F.; Kupfer, D.J. (1987): Electroencephalographic sleep in young, never-medicated schizophrenics. In: Arch. Gen. Psychiatry (44) 36—44
Heinrichs, D.W.; Buchanan, R.W. (1988): Significance and meaning of neurological signs in schizophrenia. In: Arch. Gen. Psychiatry (42) 797—802
Julien, R.; Balzamo, E.; Dufour, H.; Bert, J. (1980): Sommeil de nuit des psychoses aigues et chroniques. In: L'Encéphale (VI) 371—380
Karacan, I.; Orr, W.C.; Roth, T.; Kramer, M.; Shurley, J.F.; Thornby, J.I.; Bingham, S.F.; Sales, P.I. (1978): Establishment and implementation and standardized sleep laboratory data collection and scoring procedures. In: Psychophysiology (15) 173—179

Koella, W.P. (1988): Die Physiologie des Schlafes — Eine Einführung. (Stuttgart, New York: G. Fischer)
Lauer, C.J.; Garcia-Borreguero, D.; Pollmächer, T.; Özdagla, A.; Krieg, J.-C. (1990): Allnight EEG sleep in anxiety disorders and major depression. In: Sleep '90, Proceedings of the 10th European Cngress on Sleep Research (Bochum: Pontenagel Press)
Mendelson, W.B.; Gillin, J.C.; Wyatt, R.J. (eds.) (1977): Human sleep and its disorders. (New York: Plenum Press)
Rechtschaffen, A.; Kales, A. (eds.) (1968): A manual of standardized terminology, technics and scoring system for sleep stages of human subjects. (Washington, D.C.: Public Health Service, U.S. Government Printing Office)
Roffwarg, H.P.; Muzio, J.N.; Dement, W.C. (1966): Ontogenetic development of human sleep-dream cycle. In: Science (152) 604—619
Rothenberg, V.S.; Arshavsky, V.V. (1984): Search activity and adaption. (Moskau: »Nauka« Publishers)
Wiegand, M.; Möller, A.A.; Schreiber, W.; Krieg, J.-C.; Holsboer, F. (1990): Nocturnal sleep in patients with HIV infection. In: Sleep '90, Proceedings of the 10th European Congress on Sleep Research (Bochum: Pontenagel Press)
Williams, R.L.; Karacan, I.; Hursch, C.J. (1974): EEG of human sleep: Clinical applications (New York: John Wiley & Sons)
Zarcone, V.P.; Benson, K.L.; Berger, P.A. (1987): Abnormal rapid eye movement latencies in schizophrenia. In: Arch. Gen. Psychiatry (44) 45—48

Adressen der Autoren:

Dipl. Psych. Astrid Thome
Parkstraße 25
8000 München 2

Ulrich Köppen
St.-Martin-Straße 36
8000 München 90

Results of the Russian-Language Ego-Structure Test by Ammon Psychometrical Peculiarities Investigation (ISTA)***

Tatjana V. Alkhazova**, V.V. Bocharov**, Tatjana V. Kamorina**, Juri J. Tupizin*, M.V. Tsvetkova**, (St. Petersburg)

The authors present first results of an adaptation and clinical testing of Ammon's Ego-Structure-Test (ISTA) to Russian conditions. It is their concern to offer an instrument to russian psychiatry which may help the clinician to obtain an efficient diagnostic result, to test the efficiency of the therapeutic process as well as to examine the differences of the cultural groups on the base of Ammon's model of personality and concept of treatment. First results of this pilot study on 204 citizens of St. Petersburg with different professions and a group of students (n=57) are presented and their scores are compared with those of the German ISTA scores. For this purpose there were conducted intercorrelations between the various functions of the ISTA, correlations between ISTA and MMPI as well as a comparison of the mean scores between the control group and a clinical sample. Because of the encouraging results the authors intend to make further studies of evaluation in order to obtain standard scores for various socioeconomic groups.

The paper that we suggest to your attention is a fragment of a large joint investigation that is being carried out by the V.M. Bekhterev Psychoneurological Institute (St. Petersburg, Russia) and the Dynamic Psychiatric Clinic Menterschwaige (Munich, Germany). The scope of the investigation is the adaptation and the clinical approvement of the Ego-structure test by *Günter Ammon* in the russian reality.

The topicality of the work, from the point of view of the practice, is clearly defined by the high demand on the part of Russian clinics for both the effective means of the patient's psychological peculiarities evaluation and for the effective tools that make it possible to objectify the alterations that take place during the therapeutic process, including the correlation of therapeutic efficiency of the cooperating clinics.

As for the theoretical plane, the investigation presents interest for the rapidly changing Russian reality is an adequate testing ground to further develop the fundamental concepts of *Günter Ammon*'s ideas referring the human personality structure and the factors that influence its coming into being and development.

The concrete lines of the paper are: 1. the translation and psychological adaptation and standardization of the ISTA questionnary to the Russian-

* M.D., V.M. Bechterev Psychoneurological Research Institute, St. Petersburg, Russia

** Scientific Assistent at the V.M. Bechterev Psychoneurological Research Institute, St. Petersburg, Russia

*** Lecture given at the 9th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XXII International Symposium of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP), April 29—May 3, 1992 at the Universität Regensburg

speaking species; 2. the evaluation of the ISTA Russian-language version constructive validity; 3. the transcultural variances analysis of the species in Germany and Russia on the basis of the test indices; 4. the clinical approvement of the technique in the clinics of the V.M. Bekhterev Psychoneurological Institute.

At the first stage of the work with the Ego-structure-test by *Ammon,* the questionnary has been translated into Russian. We tried to be gentle with the original text as much as possible and to conserve the author's style of assertion wording, idioms and vocabulary.

The next stage comprised the adaptation which we consideres as a process to have got such Russian version of the questionnary that would mostly be equivalent to the original text. Here, our scope was to modify the translated text in accordance with the sociocultural features in Russia. In other words, we tried to find assertments wording that, on the one hand, fully conserve the conceptual senses of the author's test (the theories by *Günter Ammon),* and on the other hand, they take into account the Russian cultural originality. A group of experts comprising clinical psychologists and physicians of the Bekhterev Institute was drawn into resolving these problems. Every assertion of the questionnary Russian version was submitted to an expert opinion. The resulting text of the questionnary did satisfiy the major part of the experts.

At the stage of standardization, the normative group, comprising 204 healthy St. Petersburg townsfolk, was frommed: 95 males and 109 females at the age of 18 to 50, belonging to various professional categories, i.e. military men, teachers, businessmen, artists, students, physicians, psychologists, workers. The results of the examination of this group of men with the help of ISTA questionnary were analysed mathematically and statistically using the computer programm statgraphics, ver. 3. The received indicies of the average and standard deviations for all eleven scales are presented in Table 1.

ISTA-SCALES	Raw Average Scores $\bar{x}$	Standard Deviation
Constructive aggression	9,50	3,29
Destructive aggression	5,93	3,43
Deficitary aggression	7,36	2,44
Constructive anxiety	7,89	2,16
Destructive anxiety	5,61	3,11
Deficitary anxiety	5,35	2,24
Outer Ego-demarcation	6,49	2,39
Inner Ego-demarcation	9,40	3,27
Constructive narcissism	19,46	4,95
Destructive narcissism	8,22	4,49
Deficitary narcissism	5,21	2,86

Tab. 1. Raw average scores and standard deviations for ISTA-Scales in the Russian normative group (N = 204)

The collection of the Russian species group indices and those of the German one has exposed significant differences in absolute values of the raw average scale values. At the same time, the distribution of the scale values (scale configuration) in the two groups reveals a considerable resemblance. Both in the German and Russian species groups the predominance of the absolute values in the constructive functions over the indices of the destructive and deficitary functions is observed (see figure 1).

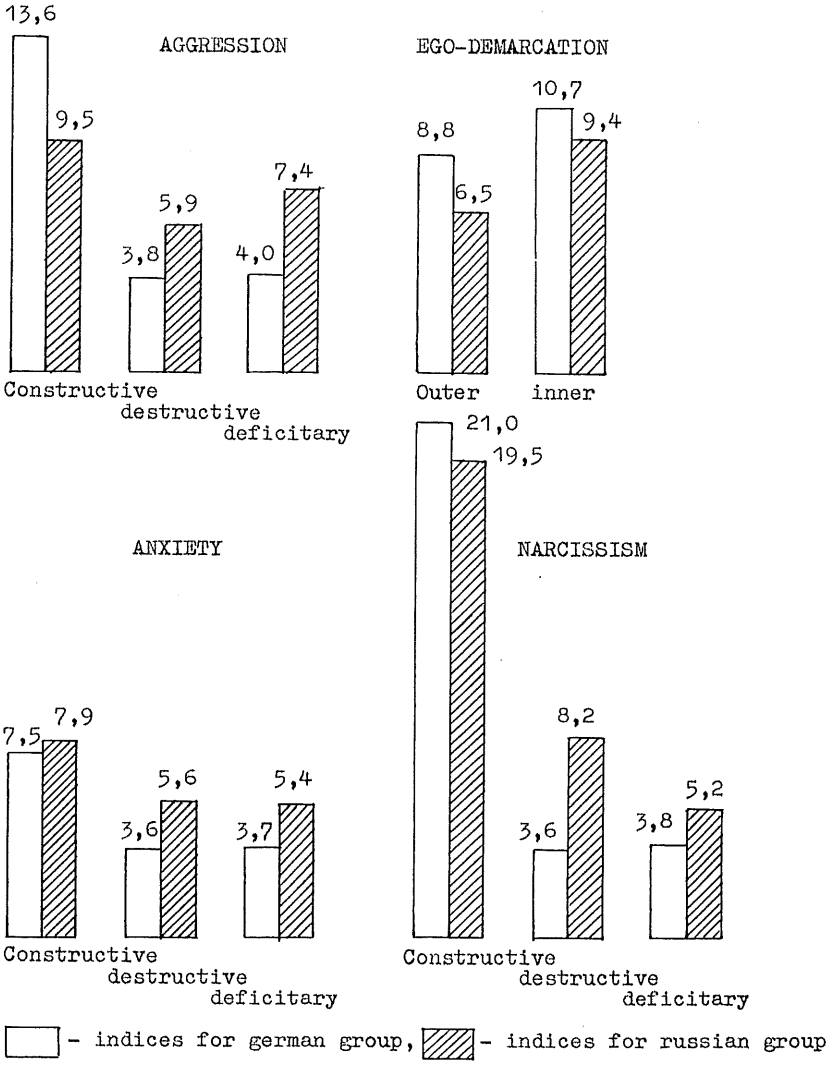


Fig. 1: Histogram of the raw average scores for ISTA-Subscales in normative German and Russian groups

The observed differences have testified the impossibiltiy of using the German standards working on the Ego-structure-test russian version and forced us to develop our own standards using the traditional T-reduction formula.

The problem of the obtained standards universal character has been studied appart. To the purpose, the collation of the raw indices in scale testes with males and females was realised. With this it has been detected that there were statistically significant differences in four out of eleven sub-scales: constructive aggression, destructive anxiety, outer and inner Ego-demarcation (see Table 2). At the same time, there has been detected a considerable correlation with sex and profession signs. Therefore, at this stage we believed that the development of special standards for males and females was not well-grounded and we continue to believe that there is a need for a further study of this problem.

ISTA-scales	Men		Women	
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
Constructive aggression	10,72	3,29	8,44	2,91
Destructive aggression	6,25	3,48	5,65	3,38
Deficitary aggression	7,19	2,29	7,51	2,57
Constructive anxiety	8,21	1,95	7,61	2,31
Destructive anxiety	4,42	2,62	6,65	3,15
Deficitary anxiety	5,68	2,03	5,06	2,38
Outer Ego-demarcation	7,11	2.04	5,94	2,53
Inner Ego-demarcation	10,14	3,23	8,76	3,19
Constructive narcissism	19,59	4,76	19,34	4,95
Destructive narcissism	8,12	4,73	8,27	4,29
Deficitary narcissism	5,16	2,84	5,25	2,88

Tab. 2: Raw average scores and standard deviations of ISTA-scales for men (n = 95) and women (n = 109) in normative Russian group

We consider the evaluation of different types of validity as one of the primordial tasks of the obtained ISTA Russian version psychometric qualities analysis. We have paid a special attention to investigate the test inner constructive validity and the cross (outer constructive) validity. The inner validity of the test has been examined on the basis fo the scale intercorrelation analysis of the Russian version and the collatation of the correlations with the analogue data of the German version. In other words, we were interested both in the concrete correlation of various test scales in the Russian group and the problem of the distribution identity of the correlation factors in the correlation matrices of the compared versions. The matrix of ISTA scale intercorrelations referring to this group is shown in Table 3.

	Constr. Aggress.										
Destructive Aggression	+0.11	Destr. Aggress.									
Deficitary Aggression	−0.45***	+0.12	Dificit. Aggress.								
Constructive Anxiety	+0.38***	+0.007	−0.21**	Constr. Anxiety							
Destructive Anxiety	−0.60***	+0.16*	+0,52***	−0.32***	Destr. Anxiety						
Deficitary Anxiety	−0.06	+0.30***	+0.23***	+0.00	+0.16*	Deficit. Anxiety					
Outer Ego-demarcation	+0.54***	−0.009	−0.52***	+0.30***	−0.60***	−0.13	Outer Ego-demarc.				
Inner Ego-demarcation	+0.35***	−0.36***	−0.46***	+0.17*	−0.56***	−0.31***	+0.51***	Inner Ego-demarc.			
Constructive Narcissism	+0.32***	+0.24***	−0.02	+0.39***	−0.08	+0.02	−0.01	−0.10	Constr. Narciss.		
Destructive Narcissism	−0.40***	+0.36***	+0.46***	−0.26***	+0.44***	−0.53***	−0.59***	−0.08	Destr. Narciss.		
Deficitary Narcissism	−0.37***	+0.07	+0.37***	−0.28***	+0.37***	+0.33***	−0.42***	−0.35***	−0.18**	+0.61***	Deficit. Narciss.

* $p<0,05$

** $p<0,01$

*** $p<0,001$

Tab. 3: Intercorrelative matrix of raw scores of ISTA-subscales, obtained in the Russian normative group (n = 204)

The matrix of ISTA scale intercorrelations referring to this group is shown in Table 3. As it is seen from the Table, in general there are an elevated negative correlation between the constructive scales and destructive and deficitary scales, and also the presence of the positive correlation factors in the indices of destructive and deficitary intercorrelations. Referring to the Ego-demarcation scales, there are negative correlations towards destructive and deficitary scales, and positive ones in relation to anxiety and constructive aggression.

The collatation of the correlation matrices in the German and the Russian versions exposed the resemblance of the appropriate factors of correlation in the major part of the scales, referring to the sign. And among 10 correlations that do not coincide in sign, there is only one factor in the two groups that is significant statistically. It treats about the correlation factor between the destructive aggression and constructive narcissism scales which is negative with the German species and is positive with the Russian species at 0.001 level of importance. The values of the correlation factors from the German and the Russian versions do not differ considerably. It seems we should pay attention to a slightly lower correlation factor between the destructive aggression and destructive anxiety scales and to a more elevated one between the destructive aggression and deficitary anxiety in the Russian version when comparing with the corresponding factors of the original.

To our view, the above mentioned peculiarities gain a significant importance because of an elevated reproductability of ISTA scales correlation structure in the Russian version. The assertion is based on the results of the collatation of the correlation matrices in the Russian normative samples (n=204) and a group of students (n=57) that was engaged chiefly into the outer validity study. Absolutely all the significant correlation factors, obtained with the two Russian groups, fully coincide, in sign and statistical reliability, nivel. It should be emphasized the fact that the correlation matrix obtained with the group of students, reproduces almost exactly the correlation interrelation character of the authors's version.

The cross validity was studied by comparing the results of ISTA and MMPI tests, that had been obtained with the above mentioned students' group. For the purpose, the complete MMPI version, adapted in the V.M. Bekhterev Research Institute by *L.N. Sobchik* and *I.N. Gilyaseva* in 1984.

The correlation factors matrix of ISTA and MMPI scales is shown in Table 4. The analysis of the Table has shown that the constructive functions (ISTA), as a rule, are negatively correlatd with MMPI clinical scales or expose insignificant interdependancies. The destructive and deficitary functions, on the contrary, are highly significantly and positively correlated with MMPI that reflect the psychopathological peculiarities manifestation (expressiveness). In this case, the fact that there is a manifested originality of relations between various destructive and deficitary functions on the one hand and MMPI clinical scales on the other hand. For instance, the destructive aggression and deficitary anxiety (ISTA) are highly positively correlated with the psychotic tetrade scale

MMPI-scales / ISTA-scales	L	F	K	HS	D	HY	PD	MF	PA	PT	SC	MA	SI
Constructive aggression	+0.20	-0.16	+0.18	-0.23	-0.56	-0.29	-0.08	-0.32	-0.08	-0.45	-0.27	+0.46	-0.63
Destructive aggression	-0.18	+0.35	-0.46	+0.23	-0.05	-0.00	+0.41	-0.01	+0.39	+0.33	+0.50	+0.43	-0.1[illegible]
Deficitary aggression	-0.08	+0.35	-0.32	+0.41	+0.45	+0.34	+0.28	+0.25	+0.28	+0.54	+0.41	-0.[illegible]0	+0.53
Constructive anxiety	+0.08	-0.07	-0.01	-0.03	-0.30	-0.18	-0.06	+0.16	-0.09	-0.12	-0.05	+0.38	-0.45
Destructive anxiety	-0.09	+0.52	-0.45	+0.48	+0.40	+0.39	+0.49	+0.08	+0.47	+0.59	+0.65	+0.09	+0.32
Deficitary anxiety	-0.14	+0.28	-0.47	+0.17	+0.03	+0.17	+0.38	+0.02	+0.23	+0.30	+0.38	+0.33	+0.11
Outer Ego-demarcation	-0.02	-0.26	+0.13	-0.33	-0.48	-0.42	-0.33	-0.14	-0.35	-0.43	-0.42	+0.11	-0.30
Inner Ego-demarcation	+0.16	-0.52	+0.45	-0.52	-0.55	-0.43	-0.44	-0.15	-0.43	-0.66	-0.67	+0.06	-0.37
Constructive narcissism	-0.01	+0.09	-0.00	-0.08	-0.18	-0.03	+0.25	+0.17	+0.33	+0.00	+0.11	+0.41	-0.57
Destructive narcissism	+0.06	+0.47	-0.45	+0.38	+0.43	+0.36	+0.51	+0.16	+0.46	+0.53	+0.59	+0.17	+0.44
Deficitary narcissism	-0.12	+0.15	-0.30	+0.26	+0.41	+0.33	+0.27	+0.15	+0.14	+0.35	+0.34	-0.28	+0.60

Tab. 4: Correlative matrix of raw scores of ISTA- and MMPI-scales, obtained in additional Russian group of students (n=57)

(PA, PT, SC and MA); meanwhile the deficitary aggression, destructive anxiety and destructive narcissism (ISTA) are correlated positively both with psychotic (PA, PT, SC) and neurotic (HS, D) scales; and the deficitary narcissism is linked, positively in the most part, with the neurotic scales. Ego-restriction is trustworthy negatively correlated with all the psychopathological scales. It seems it should be said about the nature of relations between the psychopathy and social introversion scales (MMPI) and ISTA scales. As a rule, these two MMPI scales are correlated positively with the destructive and deficitary functions (ISTA) and significantly negatively with the constructive functions and Ego-demarcation (ISTA).

The comparison of the mentioned data with the corresponding German indices lets make a conclusion that there is a principal (fundamental) resemblance of the correlation distribution in MMPI and ISTA scales. The divergence in sign is observed only in four correlation factors, namely, in the Russian version it is noted the negative relation between the reliability scale F (MMPI) with outend inner Ego-demarcation (ISTA) and hysteria scale (MMPI) with outer Ego-demarcation (ISTA), and the significantly positive relation between the destructive narcissism (ISTA) and social introversion scale (MMPI). In accordance with the German data, the above indicated correlation factors show the opposite senses. It should be said also about the fact of more close interrelation (the increasing number of significant correlation factors) of the ISTA and MMPI scales obtained with the Russian test-group.

To our view, when discussing the data on the ISTA Russian version validity evaluation, it should dwell upon the following. First of all, it is the underline the fundamental resemblance the correlation factorial distribution that reflect the inner interdependancies of ISTA scales and also that between ISTA scales

and MMPI questionnary, those that had been obtained with both the German and Russian sample groups.

In these circumstances, the fact that practically all the significant correlation factorial ISTA scales of the German group fully coincide with the analogue factors of the primary Russian sample group in sign and statistical reliability level is of special importance. The above described differences in the intercorrelatory matrices refer merely to those factors that does not show reliable relations in the German species. Thus, to our view, the principle of resemblance in the scale interrelations in the compared ISTA questionnary versions should be considered well-grounded.

When examining the problem of the internal structure of ISTA Russian version, it seems purposeful to call the attention to the above described character of the correlation factors distribution in the obtained correlation matrix (with the basic group). As it has been noted, we observed elevated positive correlations between the corresponding constructive, destructive and deficitary parts of Ego-function and also, as a rule, abruptly negative correlations between the constructive, on the one hand, and destructive and deficitary Ego-function components on the other hand.

The given correlations have been revealed also in similar particularities of ISTA constructive, destructive and deficitary parts with MMPI scales. On the other side, the analysis of these peculiarities shows a definite specific character of the distribution of the correlation factors of everyone of Ego-functions (aggression, anxiety, anrcissism) with MMPI clinical scales.

Resuming the exposed above, we believe it right to make a conclusion on the statistical substantiation to single out both separate Ego-functions (aggression, anxiety, Ego-demarcation and narcissism) and various components of these functions (constructive, destructive and deficitary) in ISTA Russian version. The importance of this principle, to our view, increases due to the intercorrelation matrix structural stability described above and obtained with the basic (n=204) and additional (n=57) sample groups.

When analysing ISTA Russian version cross validity it is noteworthy the possibility of the test scale indices pithy interpretation. The noted elevated correlations of destructive and deficitary Ego-function components with the principal MMPI components (reflecting the manifestation of the psychopathological deviations) testify on the substantial clinical potential of the adapted ISTA version. In other words, ISTA scale indices are a kind of highly sensitive indicators of the tested man's psychic health. And the psychopathological intensiveness of ISTA Russian version scales proved to be in a certain degree more elevated than in the original.

At the same time the information that we have do not allow to detect more or less definitly the psychological status of the questionnary constructive components. Absence of significant correlations of the constructive qualities with MMPI clinical scales and also with the scales that do not reflect directly the psychopathological particularities (L, F, K, MF/MMPI) shows the need in

realization of additional researches of the cross ISTA validity in regard to other psychological tests. Actually, we may say, on the basis of the statistical analysis, about the direct interdependancy of the constructive indices manifestation (ISTA) and the activity and sociability level only; besides, about the predominant mood at the background (statistically significant negative correlations with D and Si scales, and those positive with MA/MMPI scale).

Resuming the exposed above, it is to constatate that the Russian version of ISTA has an elevated constructive validity, is well in conformity with the author's version, has an elevated clinical potential and is characterized by sufficient stability. The further investigation of ISTA Russian version psychometrical properties facely suggests the examination of cultural differencies due to the fact that the adequate use and interpretation of the test results in the sociocultural conditions in Russia are merely possible with a sufficient understanding of these conditions.

Picture 1 shows the hystogram of the average raw scale ISTA indices with the German and the Russian standard sample groups. As it is seen on the hystogram, the Russian group shows in comparison with the German one more elevated values of destructive and deficitary Ego-function components and at the same time, more lower values in constructive parts, with exception for anxiety, and more decreasing raw values of Ego-demarcation scales.

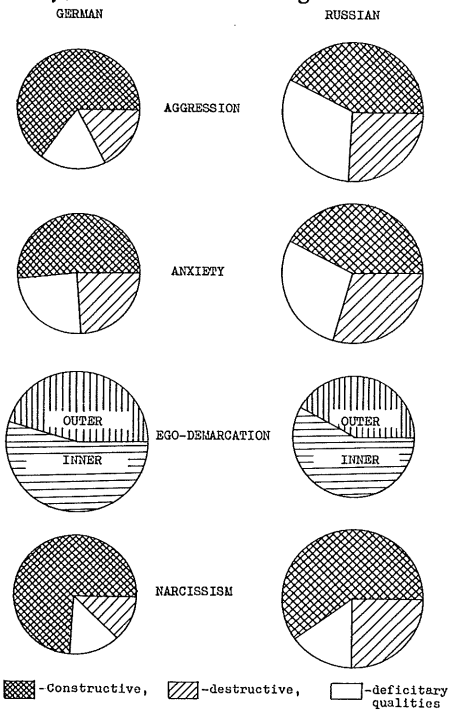


Fig. 2: Ratio diagram of different components of Ego-Functions on the base fo raw average scores in German and Russian groups

Figure 2 shows the raw indices distribution of constructive, destructive and deficitary components of everyone of Ego-functions in the comparable standard sample groups. The diagrams analysis testify the considerable predominance of Ego-function constructive elements over destructive and deficitary ones in the German population group as compared with the indices of the Russian-speaking sample group. At the same time Ego-demarcation structure (correlation of the outer and inner Ego-demarcation) in the two groups is practically identical, and the correlation of the destructive and deficitary components of every one of Ego-functions is very similar. It is particularly to observe that the diagrams have been composed on the basis of the raw, not the scale indices distribution.

Resuming, it may be said that the Russian sample group is characterized by a more elevated relevance not only of absolute but relative indices too, of destructive and deficitary components, and lesser, of constructive ones. The given differences of the absolute values of the average raw scale indices is purposefully examined in the context of the above described correlation ratio of ISTA and MMPI scales. In this connection, it is to say that all the differences that we had described and showed on the figures 1 and 2, have to our view not a accidental but a natural character. The values of those ISTA sub-scales in the Russian groups that, conforming the data of correlation analysis, have elevated positive relations with MMPI psychopathological scales, appeared to be more elevated than those of the German group, while ISTA sub-scales that are negatively correlated with MMPI clinic scales, has lower values. Thus, to our view, the transcultural differences analysis results testify a considerably more lower psychological adaptation of the Russian undertest sample group. Besides, the fact that is mentioned above, of a more intensive psychological saturation of the Russian version of ISTA scales that has manifested in the presence of a major number of the statistically reliable correlation links with MMPI clinical scales, seems to reflect the non-specific character of desadaptational tendencies in the Russian sample group.

And finally, to our view, it it purposefully here to examine some particular differences that had been detected while analysing ISTA and MMPI correlation matrices. First of all, it is to point out to the particular sense of constructive narcissism which is manifested in the Russian conditions. Elevated positive correlation of constructive narcissism (ISTA) with destructive aggression (MMPI) on the one hand and paranoia scale (MMPI) on the other hand makes it possible to speak about a marked nuance of the confrontation in constructive narcissism in relation to others. In order to understand such a situation, it seems it is to take into account that in conformity to the data of some culturologists (*Berdiayev; S.S. Averinstsev)* it is not characteristic to the Russian culture to consider one's own personality as something that has an absolute value. Because of this, the identification of one's own personality with something significant, in the sense of one's own inner self-sufficiency, inevitably clashes with a common nation about the due and that, to our view, stipulates the above described constructive narcissism nuance.

Resuming the review of the transcultural differences, we'd like to underline the presence of an elevated desadaptation of the examined Russian population group, non-specific character of desadaptation tendencies that is manifested in it and also an expressed deficit of constructive habits.

Clinical tests of the Russian ISTA version were realised with a group consisting of 39 patients that were under treatment in the V.M. Bekhterev Psychoneurological Institute. The group comprised 27 males and 12 females at the age of 18 to 30. 14 patients were diagnosed as 295.0 and 295.41; 11 — 296.11; 3 294.8 (by ICD). All patients were administered an adequate psychopharmocopeia. In Table 5 there are the comparative data of average raw indices by ISTA scales in Russian normative and clinical groups. The analysis of the Table shows that the clinical group is charactarised by a practically linear worsening of indices in the major part of the questionnaire scales. Thus, all constructive questionnary sub-scales were lower in the clinical group, while the major part of destructive and deficitary functions were higher. There is only

ISTA scales	Russian normative gr.		Russian patients gr.	
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
Constructive aggression	9,50	3,29	8,15	3,37
Destructive aggression	5,93	3,43	4,79	3,43
Deficitary aggression	7,36	2,44	8,36	2,77
Constructive anxietey	7,89	2,16	6,82	2,09
Destructive anxiety	5,61	3,11	6,82	3,75
Deficitary anxiety	5,35	2,24	6,36	2,53
Outer Ego-demarcation	6,49	2,39	6,59	2,71
Inner Ego-demarcation	9,40	3,27	7,97	3,83
Constructive narcissism	19,46	4,85	16,51	5,27
Destructive narcissism	8,22	4,49	10,44	4,92
Deficitary narcissism	5,21	2,86	6,69	3,37

Tab. 5: The average scores for ISTA scales in the Russian normative and patients groups

one exception referring to the indices of destructive aggression scale. As for inner Ego-demarcation, there is a noticiable index decreasing in the clinical group, while the average raw values referring to outer Ego-demarcation practically do not differ. The comparison of the results obtained with the Russian selected group with the data from publications, referring to the pronouncement of ISTA scales with various psychopathological groups of Menterschwaige patients reveals absence of any considerable divergency of the indices of the corresponding scales referring to absolute raw values. However, the comparison of the groups by the standard scale indices makes it possible to detect the differences at the nivel 10 T points in the following scales: destructive and deficitary anxiety; destructive and deficitary narcissism and Ego-demarcation. Here the scale values of various German clinical patient groups, in all destructive and deficitary scales, were considerably higher, while in Ego-demarcation scale they were lower.

Detailed discussion of the obtained clinical results is actually, as it seems, to no purpose due to the restricted number and heterogenity of the Russian patients' group and also to an insufficient steadiness of the group in basic clinical parameters (diagnosis, stage of the treatment, psychopharmacological therapy intensity etc.) with the comparable German clinical groups.

Allowing for the cirumstances exposed earlier, it may be supposed, to our view, the following: first, the modifications of the test indices in a group of patients reflect theoretical anticipated tendencies of Ego-functions manifestations with psychopathological disturbances (decreasing of the constructive parts and increasing of destructive and deficitary parts of Ego-functions). It should testify the adequate working of the test in the clinic. Secondly, the obtained differences in German and Russian clinical groups are to be examined, to our view, in the context of the transcultural differences.

Conclusion

Thus, the facts that were presented make it possible to assert that the ISTA Russian version, developed by us, is based on the adequate translation of the questionnary, conserving the style, idioms and vocabulary of the original version and allowing for socio-cultural peculiarities of Russia, and disposes with russified standards based on the studies of a sufficiently numerous selected group.

The analysis of Russian version psychometrical properties, that included, chiefly, the inner and outer constructive validity evaluation, has showed that ISTA version that we had developed, is characterised by a high constructive validity, has a significant clinical potential and is notable for a sufficient stability (inner structure stability), while the clinical potential makes it possible to consider the scales as rather sensitive indicators of the psychic health.

Populational ISTA investigation that had been realised in the framework of studies of transcultural differences between Germany and Russia, has revealed the presence of a more elevated desadaptation of the Russian population group, non-specific character of the desadaptation tendencies in the group and the expressed deficit of our compatriots' constructive habits.

Clinical approvement of ISTA Russian version showed that the distribution of test values in the clinical selected groups reflects the theoretically expected tendencies of human Ego-function expressions with pathological disturbances that testifies the adequate working of the test in the clinic. At the same time, the analysis of the concrete test indices in the clinical picture is to be always considered in the context of transcultural differences.

We rather believe that the investigation that we have brought up to the end, pose more problems than resolves. Some of the expressed suggestions should be discussable. In this paper, as a rule, we have not examined any alternative hypothesis to explain the received data for their detailed analysis would have deviate us from the concrete tasks of the test adaptation. In a whole, we fol-

lowed an assumption that the data we have got are not an artefact, bounded to a bad working of ISTA Russian version scales, rather reflect the specific features of the object under test (Russian population group). For this reason we, first of all, tried to bring into correlation the experimental data with the concrete socio-cultural particularities of Ego-function expression in the conditions of Russia that we observe. The semantic substantiation of the obtained data is, to our view, a sufficent basis for adapting of the developed hypothesis. At the same time, the data themselves, reflecting the transcultural differences need to be, to our view, more substantially defined. For example, it is not clear, whether the above described transcultural particularities are the reflection to stable culturological tendencies or they represent the expression of concrete social and therefore instable tendencies.

In order to solve this and many other problems that are discussable, it needs further studies. Nowadays, the work with ISTA Russian version is going along the following lines: we collect experimental materials to evaluate the reliability of those types of validity that has not been exaymined yet and of the item-analysis of the developed questionnary version and to resolve the question of a necessity to introduce specific standards for various ages and sexes, we realise ISTA clinical tests in psychopathological groups (neuroses, schizophrenia, alcoholism etc.) both to obtain specific indices for different nosological forms and to evaluate psychotherapeutic dynamics and efficiency.

Moreover, we believe to continue investigations of the population groups with the scope of monitoring the development of Ego-function in the rapidly changing social situation of the crisis in Russia.

Ergebnisse psychometrischer Untersuchungen mit der russisch sprachigen Version des Ich-Struktur-Tests nach Ammon (ISTA)

Tatjana V. Alkhazova, V.V. Bocharov, Tatjana Kamorina, Juri J. Tupizin, M.V. Tsvetkova
(St. Petersburg)

Die vorliegende Veröffentlichung bildet den ersten Baustein eines interkulturell angelegten Forschungsprojektes zwischen dem Psychoneurologischen Institut W.M. Bechterew, St. Petersburg, und der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige München. Kernstück bildet die Adaptation und klinische Erprobung des Ich-Struktur-Tests nach *Ammon* (ISTA) an die russische Lebensrealität mit der Zielsetzung, ein Instrumentarium zur effektiveren Diagnostik für den klinischen Praktiker zu erarbeiten. Dabei soll der ISTA helfen, den Verlauf von Therapieprozessen zu objektivieren und einen Vergleich der therapeutischen Effektivität kooperierender Kliniken zu ermöglichen. Darüberhinaus kann nach Ansicht der Autoren damit und mit Hilfe der Persönlichkeitstheorie und Behandlungsmethodik der Dynamischen Psychiatrie *Günter Ammons* die zeitgeschichtlich sich derzeit rasch verändernde russische Lebenswirklichkeit neu betrachtet werden.

Zur Adaptation des Testverfahren wurden folgende konkrete Arbeitsschritte vorgenommen: Der erste Schritt bestand in der Übersetzung des Fragebogens in die russische Sprache unter Berücksichtigung sprachlicher Besonderheiten im Ausdruck. Hierzu wurden klinische Psychologen und Psychiater des Bechterew-Institutes als Berater und Experten hinzugezogen. Eine erste Standardisierung des Verfahrens erfolgte an einer Normgruppe von 204 gesunden Bürgern aus St. Petersburg im Alter zwischen 18 und 50 Jahren verschiedener Berufsgruppen, wie Armee-Angehörigen, Lehrern, Künstlern, Geschäftsleuten, Ärzten, Psychologen, Arbeitern, Studenten. Die Ergebnisse dieser Normgruppe wurden mathematisch-statistisch analysiert (s. Tab. 1) und mit den Werten der deutschen Originalversion verglichen (s. Abb. 1). Bei gleicher Gruppenstruktur zeigt die russische Version im Vergleich mit der deutschen Fassung signifikant niedrigere Werte in den konstruktiven Qualitäten der Aggression und des Narzißmus, nicht jedoch der Angst, sowie bei der Abgrenzung nach außen und innen. Die destruktiven und defizitären Qualitäten liegen bei der russischen Version in allen Funktionen signifikant höher. Die Überlegung, getrennte Normen für die beiden Geschlechter aufzustellen wurde aufgrund von Konfundierung mit anderen Variablen fallengelassen (s. Tab. 2).

Zur Überprüfung der internen, strukturellen Validität wurden die Interkorrelations-Berechungen der russischen ISTA-Version vorgenommen (s. Tab. 3), dabei zeigen sich überwiegend negative Korrelationen der konstruktiven mit den destruktiven bzw. defizitären Skalenqualitäten sowie positive Korrelationen der konstruktiven Skalenqualitäten untereinander sowie mit der Abgrenzung nach außen und innen. Der Vergleich mit der Korrelations-Matrix der deutschen Version zeigt geringfügig weniger signifikante Interkorrelationen, aber insgesamt eine erstaunlich hohe Übereinstimmung. Die Autoren betrachten diese Reproduzierbarkeit der Faktoren-Struktur der ISTA als bedeutsames Merkmal. Eine Bestätigung dieser Faktoren-Struktur fand sich auch in einer zusätzlich untersuchten Gruppe von 57 Studenten.

Eine Kreuz-Validierungsstudie zwischen ISTA und MMPI an der genannten Studentengruppe zeigten generell hohe negative Korrelationen zwischen den konstruktiven ISTA-Qualitäten und den klinisch bedeutsamen Skalen des MMPI, gleichzeitig hohe positive Korrelationen zwischen den destruktiven und defizitären ISTA-Qualitäten und denjenigen MMPI-Skalen welche klinisch-psychopathologische Auffälligkeit repräsentieren: Beispielsweise besteht eine hohe positive Korrelation zwischen destruktiver Aggression bzw. defizitärer Angst und den Psychosen-Skalen des MMPI PA, PT, SC und MA; wohingegen defizitäre Aggression bzw. destruktive Angst und destruktiver Narzißmus hohe positive Korrelationen aufweisen mit den Psychosen-Skalen PA, PT und SC sowie der neurotischen Trias von HS, D und HY. Generell ist defizitärer Narzißmus korreliert mit den Neurose-Skalen. Auch hier zeigt die Struktur der Korrelations-Matrix hohe Übereinstimmung mit der deutschen Fassung allerdings mit insgesamt geringfügig höheren Korrelations-Koeffizienten in den einzelnen Bereichen bei der russischen Version.

Zur Prüfung der klinischen Tauglichkeit des russischen ISTA-Tests wurde der Fragebogen zusätzlich an eine Gruppe von 39 psychiatrischen Patienten des Bechterew Instituts gegeben, welche allerdings alle unter psychopharmakologischer Medikation standen. Tabelle 5 zeigt die durchgängig niedrigeren Werte der Patientengruppe in den konstruktiven Qualitäten, die generell höheren Werte in den destruktiven und defizitären Qualitäten mit Ausnahme der destruktiven Aggression.

Im Sinne transkultureller Unterschiede sehen die Autoren die generell höheren Werte in den konstruktiven Qualitäten bei der deutschen Untersuchungsgruppe, die generell stärker ausgeprägten destruktiven und defizitären Qualitäten in den russischen Stichproben. Sie interpretieren die ebenfalls stärkeren Zusammenhänge mit den MMPI-Psychopathologie-Skalen der studentischen Stichprobe im Sinne transkultureller Unterschiede als weniger gut gelungene Adaptation an die Lebenswirklichkeiten. Unter Berufung auf kulturanthropologische Forschung weisen sie auf das problematische Verständnis des Konstrukts des »Konstruktiven Narzißmus« hin — im Verständnis der russischen Kultur sei es nicht üblich, die Persönlichkeit eines Menschen als etwas von absolutem Wert zu betrachten.

Aufgrund der bisher vorliegenden ermutigenden Validitätsstudien der russischen Version wollen die Autoren weitere Evaluationsstudien betreiben, um Standardwerte für verschiedene Alters-, Geschlechts- und klinische Untersuchungsgruppen aufstellen zu können. Sie hoffen damit auch Effizienzstudien ihrer eigenen therapeutischen Arbeit sowie interkulturelle Vergleiche vornehmen zu können, insbesondere angesichts einer sich derzeit rasch verändernden sozialen Situation in einem Land, welches sich in einer Krise befindet.

Literature at the authors

Address of the outhors:

Dr. Juri J. Tupizyn
V.M. Bechterev Psychoneurological Research Institute
ul. Bechtereva, 3
St. Petersburg
Russia

Zur Objektivierung des psychotherapeutischen Prozesses**

Viktor D. Wied (St. Petersburg)*

Nachdem verschiedene Möglichkeiten zur Objektivierung eines psychotherapeutischen Prozesses wie Beobachtung durch Experten, Selbsteinschätzung der Patienten, Anwendung metakommunikativer Parameter u.a. als unzureichend verworfen worden sind, wird ein Verfahren vorgestellt, das am Psychoneurologischen Bechterew-Institut in St. Petersburg entwickelt wurde. Dabei werden therapeutisch relevante Aussagen von Therapeuten und Patienten anhand von Video- und Audioaufnahmen oder Verbatimprotokollen der Einzel- und Gruppensitzungen unter den Gesichtspunkten Konfliktbereich, therapeutische Intervention, psychodynamische Ziele und Widerstandsverhalten beurteilt. Eine Bearbeitung der Daten zeigte eine genügende Inter-Rater-Reliabilität. Eine Auswertung von über 300 Gruppensitzungen mit schizophrenen und Borderline-Patienten ergab, daß bestimmte Interventionen eines Therapeuten in Abhängigkeit von der jeweiligen spezifischen Konstellation des psychotherapeutischen Prozesses signifikant mit dem positiven oder negativen Ausgang einer Therapie korrelierten. Nach Ansicht des Autors kann mit diesem Verfahren die Ausbildung in Psychotherapie verbessert und zur Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Verfahren angeregt werden.

Der Versuch, die psychosozialen Methoden in den Bereich der psycho-pharmakologischen Behandlung chronisch schizophrener Patienten wissenschaftlich fundiert zu integrieren, erweist sich als problematisch. Einerseits scheint die Effizienz dieser Methoden offensichtlich zu sein, da die Wirkung von Medikamenten potenziert, die Anzahl der Rezidive vermindert und die soziale Anpassung bei Remissionen verbessert wird. Andererseits stößt man auf größte Schwierigkeiten, wenn man die Faktoren, die zu dieser Wirksamkeit führen, verdeutlichen möchte. Eine Objektivierung des psychotherapeutischen Prozesses würde es zweifellos ermöglichen, die psychotherapeutische Vorgehensweise zu verbessern und auch reproduzierbar zu machen.

Die moderne Psychotherapieforschung sollte deshalb nicht nur allgemein die Effektivität von Psychotherapie untersuchen, sondern zunehmend die Faktoren des psychotherapeutischen Prozesses zu erfassen suchen, die seine Wirksamkeit bedingen. Es ist als ein Verdienst der empirischen Forschung der letzten Jahre zu betrachten, daß sie von reinen Vorher-Nachher-Messungen des Zustands von Patienten, bei denen die psychotherapeutische Intervention — vom kybernetischen Standpunkt aus gesehen — immer nur eine »black box« bleibt, zur minuziösen Erfassung der wesentlichen Parameter des Behandlungsprozesses übergegangen ist. Hierbei ist auch die Erforschung der therapeutisch relevanten Verhaltenselemente der Arzt-Patient-Interaktion von großer Bedeutung. Diese Entwicklung deutet auf eine paradigmatische Veränderung hin, die zu einer besseren Kooperation von klassischer und sozialer Psychiatrie führen könnte.

* Prof. Dr. med., Psychoneurologisches Forschungsinstitut W.M. Bechterew, St. Petersburg, Rußland

** Vortrag gehalten auf dem 9. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP / XXII. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 29. April — 3. Mai 1992 an der Universität Regensburg

Die Objektivierung des psychotherapeutischen Prozesses durch den beobachtenden Experten ist grundsätzlich dadurch behindert, daß eine semantische Inkongruenz zwischen der funktionellen Struktur der Interaktion und den manifesten Verhaltensmustern der Interaktionsmuster bestehen kann. Zum einen können dieselben Motive, Erwartungen und Einstellungen, die die wesentlichen Elemente der funktionellen Ebene der Kommunikation ausmachen, durch unterschiedlichste Versionen des formalen kontextualen Inhalts geäußert werden. Zum anderen können dieselben Wörter die unterschiedlichste funktionale Bedeutung in einem Gespräch haben. Der manifeste Inhalt eines Gesprächs, losgelöst vom gesamten Interaktionskontext betrachtet, verhilft demnach nicht immer eindeutig zur Identifizierung der funktionellen Kommunikationsstruktur.

Welche Möglichkeiten gibt es, diese forschungstechnischen Schwierigkeiten zu überwinden? Die Einbeziehung der eigenen Berichte der Patienten ist fragwürdig, da die Einsicht in die wirkliche Bedeutung der Interaktion durch unbewußte Prozesse erheblich verzerrt sein kann. Die Anwendung sogenannter metakommunikativer Parameter, die an sich die potentielle Vieldeutigkeit einschränken (z.B. wer zu wem gesprochen hat, Frequenz und Dauer einzelner Aussagen etc.), ist wenig hilfreich, da sie nur einen unzureichenden Informationswert haben, insbesondere in Hinsicht auf nichtmanifeste Mechanismen der Kommunikation. Ein weiterer Ansatz wäre es, wesentlichen Kommunikationsparametern eine Auswahl von möglichen Bedeutungen zuzuordnen. Auf der Basis der möglicherweise sich daraus ergebenden interparametrischen Korrelationen können eventuell Aussagen über die funktionale Bedeutung einiger impliziter, prinzipiell vieldeutiger Interaktionsmuster gemacht werden. Doch auch dieses Verfahren ist nicht ausreichend reliabel, unbewußte Komponenten können nicht eindeutig und wiederholbar aus der Kommunikation herausgearbeitet werden, so daß es nicht als Lösung dieses komplexen Problems betrachtet werden kann.

Vielversprechend scheint die Entwicklung semantischer Koordinatensysteme zu sein, innerhalb derer bestimmte funktionale Interaktionsparameter unabhängig von ihren möglichen manifesten Aussagen eindeutig identifiziert werden könnten. Besonders geeignet ist das Koordinatensystem eines psychotherapeutischen Modells, da es über eine reliable Spezifikation von funktionellen Bedeutungen therapeutischer Interventionen und den darauffolgenden verbalen Reaktionen der Patienten verfügt. Obwohl Psychotherapeuten unterschiedlicher theoretischer Provenienz sich aufgrund unterschiedlicher methodologischer Auffassungen längst nicht immer einig sind in bezug auf die Wahl spezifischer Interventionen in einer gegebenen therapeutischen Situation, können sie trotzdem die funktionale Bedeutung der Interaktion aus der Sichtweise ihres jeweiligen psychotherapeutischen Modells eindeutig erfassen. Zahlreiche Publikationen zu diesem Thema weisen darauf hin, daß die Vereinheitlichung des semantischen Apparates in der Forschung und die zunehmende Übereinstimmung bezüglich der untersuchten Persönlichkeitsparameter

und der psychotherapeutischen Interventionen erfolgreich zur Objektivierung des psychotherapeutischen Prozesses beigetragen haben.

Diese Objektivierung bleibt dennoch ein komplexes Problem, insbesondere was die Beurteilung von Patientenaussagen betrifft. Ein auf diesem Gebiet arbeitender Experte sollte umfangreiche Kenntnisse über das gegebene psychotherapeutische Modell und ausreichende soziale Kompetenz haben, ebenso sollte er Verhaltensmuster erkennen können, die durch unbewußten Widerstand motiviert sind. Das Widerstandsverhalten sollte ebenso wie die therapeutischen Interventionen und Zielsetzungen in Einzelheiten beschrieben werden, um sie im gegebenen Zusammenhang der Psychotherapie eindeutig identifizieren zu können. Wenn diese Bedingungen erfüllt sind, kann die jeweilige Einschätzung durch andere, ebenfalls unabhängige und geschulte Experten eindeutig reproduziert werden.

Ausgehend von diesen Überlegungen wurde am Psychoneurologischen W.M. Bechterew-Institut in St. Petersburg ein Verfahren entwickelt, das es erlaubt, den psychotherapeutischen Prozeß inhaltlich zu beurteilen. Es wurde so konzipiert, daß es auf Modelle von supportiver und einsichtsorientierter Psychotherapie angewandt werden kann, da diese Methoden bei der Behandlung von schizophrenen und Borderline-Patienten am weitesten verbreitet sind. Dabei werden auf der Grundlage von Video- und Audioaufnahmen oder von Verbatimprotokollen von Einzel- oder Gruppensitzungen therapeutisch relevante Aussagen von Therapeuten und Patienten beurteilt. Jeweils werden Sprecher, Bereich der zwischenmenschlichen Konflikte, therapeutische Intervention, psychodynamisches Ziel und Wiederstandsverhaltensmuster identifiziert. Bei der Beurteilung gehen die Experten von rein deskriptiv erfaßten Variablen aus und zwar sieben Variablen der Konfliktbereiche, neun des Widerstandsverhaltens, 26 der psychodynamischen Zielsetzung und 45 der psychotherapeutischen Intervention. Im Verlauf der eigentlichen Studie wurde eine genügende Inter-Rater-Reliabilität ermittelt, und zwar 0.76-0.79 mit dem Pearson-Korrelationskoeffizient. Das Material aus dem gesamten Verlauf der Psychotherapie wird kodiert, damit eine Bearbeitung der Daten per Computer möglich wird.

Dadurch kann bei jedem Patienten festgestellt werden, welche psychodynamischen Ziele in welchem Konfliktbereich mit welchen therapeutischen Mitteln beeinflußt wurden und welches Widerstandsverhalten dabei zutage trat. Die quantitative Erfassung der von einem Therapeuten im Verlauf einer Behandlung angewandten Interventionen kann aufzeigen, inwieweit ein aktuelles Therapeutenverhalten dem Zweck seiner Methode entspricht.

Das Verfahren konnte auch bei der Ausbildung von Psychotherapeuten nutzbringend eingesetzt werden. Eine entscheidende Fähigkeit, nämlich die wesentlichen funktionellen Elemente der psychotherapeutischen Interaktion korrekt wahrzunehmen, wurde durch das supervidierte Training bei der Kodierung der Daten schneller erlernt.

Das Verfahren erwies sich auch als brauchbar bei vergleichenden empirischen Forschungen in der Psychotherapie. Das Material der durchgeführten

Studie enthielt Verbatimprotokolle von über 300 Gruppensitzungen, an welchen insgesamt 54 schizophrene und Borderline-Patienten teilgenommen haben. Die Informationen aus etwa 50.000 therapeutisch relevanten Aussagen von Therapeuten und Patienten sind bearbeitet worden. Gesondert für jeden einzelnen Patienten wurden im Computer die Angaben über den psychotherapeutischen Prozeß und Vorher-Nacher-Messungen der Symptomatik, der sozialen Anpassung und der Psychodynamik gespeichert. So wurde es möglich, signifikante Korrelationen zwischen bestimmten Parametern des psychotherapeutischen Prozesses und deren Einfluß auf den positiven oder negativen Ausgang der Therapie herauszufinden.

Die Resultate unserer Longitudinalstudie zeigen, daß bestimmte Interventionen des Therapeuten signifikant mit dem positiven oder negativen Ausgang der Therapie in Abhängigkeit von ihrer jeweiligen spezifischen Stellung unter den Variablen des psychotherapeutischen Prozesses korrelieren. Dabei unterscheiden sich die erfolgreich behandelten Patienten von den erfolglos behandelten nicht in Hinblick auf die durchschnittliche Anzahl der einzelnen Interventionen, die sie im gesamten Verlaufe der Psychotherapie bekommen. Stattdessen ließ sich feststellen, daß im Verlaufe der Therapie bestimmte Interventionen, die in spezifischen Konstellationen des psychotherapeutischen Prozesses, welche durch die Kombination der interparametrischen Beziehungen der Varianten bestimmt waren, signifikant unterschiedlich zwischen Patienten mit gutem oder schlechtem Therapieerfolg verteilt waren. Das bedeutet: Dieselbe therapeutische Intervention trägt signifikant zum Erfolg oder aber zum Mißerfolg einer Therapie bei, und zwar abhängig vom jeweiligen Kontext des psychotherapeutischen Prozesses, an dem sie in ausreichender Frequenz eingesetzt wird. Ein unerfahrener Therapeut bleibt blind hinsichtlich therapeutisch empfindlicher Situationen, wenn er solche Zusammenhänge nicht kennt, und er riskiert, entweder eine unangemessene Intervention durchzuführen oder die Gelegenheit für eine wirkungsvolle Interpretation zu verpassen.

Die Möglichkeiten, die in einer solchen Erforschung des therapeutischen Prozesses liegen, scheinen uns wesentlich für die Praxis der Psychotherapie zu sein. Denn sie zeigt Phänomene auf, die nur auf dem Niveau der Interaktion fruchtbar sind, die der unmittelbaren Wahrnehmung des Therapeuten weitgehend entzogen und in den Lehrbüchern der Psychotherapie nicht beschrieben sind. Der von uns vorgeschlagene Zugang zur Erfassung solch therapeutisch empfindlicher Konstellationen im Verlauf des psychotherapeutischen Prozesses kann zur Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Methoden beitragen.

Towards Objectifying the Psychotherapeutic Process

Viktor D. Wied (St. Petersburg)

The author begins his paper by assuming that it is difficult to objectivize the effectiveness of psychotherapeutic procedures. Pre-/post-investigations of a patient do not give any information about the underlying factors causing any changes; observations by experts are considerably difficult, because the contents of a conversation may deviate from the behaviour of the interaction partners. The patients' self-assessment may be distorted by their missing insight into the importance of the interaction so that it cannot be used as a method of objectifying the psychotherapeutical process nor can it be used to register meta-communicative parameters (e.g. who speaks to whom), since they posses only little information for this kind of interaction. A concept, which relates the functional meaning of therapeutic interactions to the subsequent interactions of the patients, provides for a good objectivization; in order to achieve a satisfying reliability, this concept depends, however, on extensive knowledge on the part of the raters.

At the Psychoneurological Institute W.M. Bechterew in St. Petersburg, a procedure has been developed, which allows assessment of the effectiveness of supportive and insight-oriented psychotherapy for schizophrenic and borderline patients. This procedure covers the fields of interpersonal conflicts, therapeutic interventions, psychodynamic aims and forms of resistance behaviour. Numerous variables are listed in a descriptive way. The evaluation of video, audio or verbatim records of therapy sessions are made by experts, the data are entered in a computer. By means of this procedure it can be shown for each patient, which psychodynamic aim is influenced by which field of conflicts with which psychotherapeutic interventions and which kind of resistance behaviour has been shown. By registering the interventions applied by a therapist, one can find out to what extent his behaviour corresponds to his psychotherapeutic theory. The result was a good inter-rater-reliability.

In a study carried out in the Bechterew Institute, the data of about 300 group sessions with altogether 54 schizophrenic and borderline patients has been registered and, for each patient, has been related to pre-/post measurements of symptoms, social adaptation and psychodynamics. Certain interventions. depending on the corresponding specific constellation of the psychotherapeutic process, correlated significantly with the positive or negative outcome of a therapy. The result of a therapy did not depend on the average amount of interventions the patient received.

Finally the author states that such an investigation of the therapeutic process could improve the training of therapists and stimulate the further development of psychotherapeutic procedures.

Adresse des Autors:
Prof. Dr. med. Viktor D. Wied
W.M. Bechterew Psychoneurological Research Institut
ul. Bechterewa, 3
193019 St. Petersburg
Russia

Relevance of Dynamic Psychiatry to Human Resource Development**

Jai B.P. Sinha (Patna)*

The author describes the early socialization process in India by using Ammon's concept of Dynamic Psychiatry. Especially the close mother-child relationship is described which differentiates between male and female. The development of central human functions in the unconscious (in particular aggression and sexuality) is considered, as well as the secondary human functions in man's conscious (such as behaviour, motivation, norms, skills). Two central dimensions in human development are emphasized: the establishment of the »familial self« and the »spiritual self«. The familial self helps the child to exist in social relations being hierarchically structured and emotional both in joint families and in society. The spiritual self helps the individual regarding things and events from a detached point of view. According to the author principles of Dynamic Psychiatry (i.e. social energy, groupdynamic processes, identity development) could be a supplement to the Indian society which has a therapeutic potential. The consequence could be a chance of improving and humanizing human relations and conditions, especially at work and in organizations.

Group dynamic forces engrave themselves on the psyche of an Indian child, certain preferences, beliefs, and expectations which continue to affect his adult behaviour, particularly his secondary ego functions at work. He is warm and supportive to his ingroup members, but mistrustful, hostile, or indifferent to others. Thus, constructive social energy flows within the ingroup; but destructive or deficient social energy marks interactions with outgroup members. As a result, human resources are not fully developed. In many cases, communication and participation in decision- making are restricted, merit is subordinated to personalized relationship, superiors distribute patronage to inculcate personal loyalty and sycophancy, ingratiation and manipulation take the place of ego supportive relationship, and the person's identity is distorted. Following the principles of Dynamic Psychiatry, a scheme is advanced to re-channel social energy for improving secondary ego functions in work settings.

Human Structurology

Recently *Ammon* (1991) has precisely outlined Human Structurology which takes a holistic view of man. Central to the theory of Ammon is the concept of identity, which a man develops through three basic ego functions. In fact Human Structurology is the theory of ego structure of personality.

There are three overlapping and interacting ego functions. The first is the primary organic in nature describing the neurophysiological and biological functions of man. The second ego functions are developed during the early childhood and are located in the unconscious of a person. They are called the

* Professor of Social Psychology, A.N.S. Institute of Social Studies, Patna, India, Vice President of WADP, Chairman of the Indian Branch of WADP

** Lecture given at the 9th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XXII International Symposium of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP), April 29 — May 3, 1992 at the Universität Regensburg

central ego functions and are related to aggression, anxiety, creativity, sexuality, and narcissism. The third ego functions are called secondary and are manifested in conscious behaviour, capabilities, skills, motivations, values, and preferences of a person.

All ego functions involve group dynamic process. »The group, its dynamics, its atmosphere, its social energy as well as its social dynamic and cultural dependence on larger social groups determine man's life and identity« (*Ammon* 1991). Thus the identity formation of a person is influenced by not only his biological and neuro-physiological features but also by his interactions with other individuals and groups as well as by the larger macro-level factors, such as society, culture, religion, etc. The process of ego formation starts during the pre-natal phase and continues till the end of life. However, the most important phase is the childhood socialization which determines the central ego functions such as aggression, anxiety, and sexuality.

Ammon's (1991) theory is dynamic in the sense that the central ego functions are conceived to be modifiable by the adult's interactions with his groups, culture, and environment. The basic component of the interaction process is the social energy that the person receives or generates and provides to others (*Ammon* 1982). Social energy is defined as »the strength and the power which people give each other« (*Ammon* 1991). Without social energy nobody can survive. However, social energy is not always constructive. At times it can become destructive. When people, instead of being supportive and helpful to each other, become hostile and aggressive, the social energy is then destructive. Child abuse, for example, is an extreme form of destructive social energy (*Ammon* 1991). When people ignore each other, the social energy between them is considered to be deficient. When someone needs help, support, encouragement, or attention by another person who does not care for him, the former feels deficiency or insufficiency of social energy.

Social energy is essential for the growth of identity. Identity means a totality of a person consisting of what the person was, what he is today, and what he is going to be in future. It is the uniqueness in the profile of a person which also has an underlying sense of continuity. While constructive energy facilitates identity development, destructive energy prevents growth, and the deficient social energy retards the growth process in identity formation. The importance given to social energy (which is a group dynamic phenomenon) in the identity formation makes theory of *Ammon* different from the psychoanalysis of *Freud.* The emphasis is shifted from Id, Ego, and Super Ego to the groupdynamic processes. It is this uniqueness of Human Structurology which makes it relevant for understanding the dynamics of developing human beings as whole persons who can function in adult-roles as sources as well as resources.

Central Ego Functions of the India Child

The Indian child is generally socialized in a joint or extended family. There are a number of adults and elder children who are available and willing to provide constructive social energy to the child. There is always abundance of warmth, intimacy, and relaxed affection. The child is never allowed to remain wet, hungry, or crying. There is always somebody to pick him up. In fact there is over-indulgence in the infant in order to meet all his reasonable or unreasonable wishes and demands.

Among the various persons, the mother is of course the most important and intimate person. The mother-child relationship is the core of Indian socialization. The mother is essential for the child, so is the child for the mother. It is only through the motherhood that an Indian woman realizes herself. That is, a girl makes a place for herself in the family or in the community only when she has become a mother.

The mother-child, particularly the mother-son bond is symbiotic with profound impact on the ego functions of the child. *Nandy* and *Kakar* (1980) observed that »There is strong evidence from clinical sources and major projective systems of the Hindu culture — religious practices, mythology, legends and folk tales — that there is deep ambivalence in the mother-son relationship. In the deeper recesses of mind, along with protective and benign 'good mother', 'bad mother' coexists, more or less unintegrated and as a focus of sexual and aggressive passion«.

Spratt (1966) traced the source of this ambivalence to the »primary narcissism.« *Spratt* drew on *Freud's* theory that an excess of parental love magnifies the child's fear of losing this love and later on renders him incapable of either doing without this love or living with a lesser degree of love.

Carstairs (1957) explained the ambivalence in terms of the child's anxiety caused by interrupted and discontinuous mothering. As soon as the second child is born, the first child no longer remains in the centre of mother's attention. The »whole« mother, who exclusively belonged to him, now has to be shared with the new born who claims even more care, time, and attention. As a result, the first child feels disowned and blames the mother.

Nandy and *Kakar* (1980) condradicted *Spratt* and *Carstairs.* They argued that it is the over-indulgence of the mother which results into »inversion of emotional roles«. By the inversion of emotional roles, they meant mother's preconscious experience through which she tries to realize her identity, role, and status in the family.

The Indian mother, according to *Nandy* and *Kakar,* perceives her son as a kind of saviour and nurtures him with gratitude and reverence as well as with affection and care. In return, she unconsciously starts demanding the child to serve as an object of her own unfulfilled desires and whishes which are often erotic as well as aggressive. The child feels confused and helpless. He is on the one hand overwhelmed by mother's love, affection, and care; on the other, he is

frightened by her demands which he is inadequate and even unwilling to fulfill. Thus he develops two contradictory images — good and bad mother. The two contradictory images coexist and create deep anxiety and fear in the child. »The moral anxiety and fears of retribution generated by the aggressive elements in this ambivalence are countered by large scale restitutive behaviour to atone for hostility and, often, by an aggressive, rigid, disavowal of aggression and idealization of non-aggression« (*Nandy* and *Kakar* 1980).

A number of foreign scholars (e.g., *Murphy* 1955; *Carstairs* 1957) have noted strong tendency in the Indian child to supress his aggression till it becomes difficult to contain. *Murphy,* for example, noted the following: ». . . aggression does not have a chance to be patterned and shaped as happens with us. . . . when aggression is aroused . . . in Indian adults, then it may burst out in primitive chaotic ways exactly because of the lack of the long slow experiences of patterning that we know«. *Carstairs* observed that Indians generally bottle up their aggression. But at some point there occurs involuntary collapse of control and uncontrolled aggression is manifested.

Like anywhere else, there are gender- based differences in Indias. *Nandy* and *Kakar* (1980) concede that a girl is discriminated in favour of a boy. However, there is little evidence of any strain in the relationship between the sexes. *Kakar* (1974) in fact found that aggression occuring between the members of the same sex is significantly greater than between the members of the opposite sex. A girl gets lenient affection throughout her childhood and special maternal affection is reserved for her. Probably, mother's unconscious identification is much stronger with her daughter than with her son. The kind of contradictory demands that the mother puts on her son is not put on the daughter.

It is interesting to note that the son does not suffer from Oedipus complex. Rather, he has Oedipus alliance. Because of the overwhelming love and affection as well as demands and expectations, etc. of the mother, the son feels victimized. The father is a distant onlooker of the process. Therefore, the son perceives his father as a »co-victim« of a castrating mother. It is because of the Oedipal alliance that Indians in adult roles still look to their father and tend to idealize him. *Ramanujam* (1979) found that »even in adults there is almost a nostalgic desire for the approval and sanction of father at every step«.

The strong attachment to the mother, despite its ambivalence, fosters deep identification. This is probably the reason that the Indian child accepts more readily his feminine self than his counterpart in the west. »The dynamic is not basically different from that found in some western societies, but the creative man in India seems even more dramatically transsexual than his western counterpart« (*Nandy* and *Kakar* 1980). *Nandy* and *Kakar* found that transsexuality is positively correlated with creativity.

Indian's attitude towards sexuality is ambivalent. *Roland* (1988) observed that »Indian culture oscillates between the erotic and ascetic. Sexuality and sensuality pervade the religious dimension through *bhakti practices*«. *Kakar*

(1978) examined Hindu mythology and found that ». . . sexuality is a rampant flood of polymorphous pleasure and connection, disdaining the distinction between the heterosexual genital imperatives of conventional sex, and sweeping away incestual taboos«. In fact, because of a number of socio-cultural considerations (which will be referred to shortly), sexuality is reported to be kept generally within the family, particularly in case of girls. *Roland* documented an unusual number of sexual affairs that Indian women had with the men of their joint households.

Because of the strong sexual desire, there was a strong need to control it. As a result, Indian patients are reported to have a variety of fantasies regarding their sexualities and similarly a range of subtle ways to express it.

Secondary Ego Functions of the Indian Child

Around the age of five, the world of Indian child changes abruptly. Rigorous action is suddenly taken to bring up the child to learn appropriate social behaviour. The appropriate social behaviour is determined primarily by the structure of the family. As stated earlier, the Indian child is reared in a joint or an extended family. There is also evidence that the majority of Indian families passes through a cycle of being joint and then nuclear, and again joint. In nuclear families there are fewer adults and, therefore, fewer role models (*Bisht* and *D. Sinha* 1981). However, others from the neighbourhood or community start functioning as members of an extended family. In other words, the Indian child has a rare chance of being left alone. This, according to *Narain* (1967), leads to a »diffused identity«. The child does not identify, unlike in the west, with one adult.

There are two main characteristics of the Indian family structure: It is hierarchical and has a strong affective (emotional) bonds among the family members (*Roland* 1988). As a result, the Indian child assumes a primarily »familial self«: »By the familial self of Indians. . ., I mean a basic inner psychological organization that enables women and men to function well within the hierarchical intimacy relationships of the extended family, community, and other groups« (*Roland* 1988)*. *Roland* further delineates the following components of the familial self:

1. *Symbiosis-reciprocity* which reflects intensely emotional intimacy, relationship, and emotional bonds and interdependence to the extent that ego boundaries become permeable.
2. *Narcissistic configuration* of we-self regard that denotes self-esteem to be derived from strong identification with the reputation and the honour of the family and other groups.
3. *A socially contextualized ego ideal* which places strong emphasis on reciprocal responsibilities and obligations.

* *Roland* uses the word »self« in the way *Ammon* uses »identity«.

4. *A superego* that structures aggression and sexuality.
5. *Multiple layers of communication* where important signals are sensed without being articulated.
6. *Modes of cognition and ego functioning* which are highly contextual and involve symbols and signs which are often drawn from the rich mythological stories.

The Spiritual Self. Roland (1988) also observed the presence of a spiritual self in Indians: »The spiritual self, usually expressed in India through a complex structure of gods and goddesses as well as through rituals and meditations, is a basic assumption in Hindu culture and is psychologically deeply engraved in the preconscious of all Indians, even if they make no particular effort to realize it.«

The familial and spritiual self maintains interactive and dynamic relationship with each other. Yet there are differences in their orientations. Familial self is manifested in social interactions. It is manifested in an individual's dynamic relationship with other individuals, groups, socio-cultural and religious norms and practices. The spiritual self is private and personal. It reflects an Indian's urge of inner transformation for self-realization (*Sinha* 1992). Both familial and spiritual self evolve throughout the life of a person, although their relative salience changes in the various phases of life. Familial self starts forming in early socialization and remains salient throughout the adult's life. The spiritual self remains by and large latent till the person remains in early adulthood. As he approaches and crosses the age of fifty, the spiritual self emerges in increasingly significant ways (*Sinha* 1989).

To sum up, the familial self is manifestly more relevant for a person's secondary ego functions, particularly with reference to his job performance and work relationship. However, the person will suffer from an incomplete identity unless his familial self is integrated with his spiritual self. The spiritual self gives him a sense of tranquillity of mind and detachment which help him perceive things in a proper perspective without being clouded by emotions.

Developing Human Beings at Work

When an individual takes a job, his familial self enters into a dynamic interactive relationship with the forces at the work place. The integration of the two results in a work identity which preserves the essence of the familial self but gives it a work orientation so that a desirable quantum of social energy may be released for creative performance at work. On the contrary, the failure to realize a fusion between the familial self and the work identity is likely to lead to the following detrimental consequences:

1. The person may be restricted in his familial self and thereby may fail either to perform his job effectively, or to develop positive relationship at work, or both.
2. The person may discard or ignore his familial self and be so absorbed in his

work role that he is alienated from his near and dear ones. He ceases to be sensitive to others. He functions efficiently like a robot but suffers from a fractured identity, and feels tense and anxious.

3. The person is marginalized in both familial self and work identity and lives with fragmented identities.

The research findings (e.g., *Sinha* 1990) disclose that a majority of Indians have failed to assimilate the family identity with the work identity. Indian work organizations draw their employees from different castes, religions, language groups, and states. Naturally, work groups are heterogeneous. Although they all share the same Indian culture and the value profile, their perceptions of each other and relationships among them are quite different. There are three facets of Indians' secondary ego functions at job which are clearly identifiable:

1. *Dichotomy of own-others.*

Indians do not only bring the familial self to work but work through the familial self. They tend to categorize people at work in terms of those who are or are similar to family members (*apana,* i.e., own) and those who are strangers (*paraya,* i.e., others). This is parallel to what in the western literature is labelled as ingroup versus outgroups. However, as a post to western culture, the contrast between the two in the Indian psyche is much more clear and emotional.

Within the ingroup, there exists affective reciprocity. Members are emotionally interconnected and depend on each other. Communication is free and flows smoothly without any disturbance. There is a lot of sharing and prosocial behaviours. The social energy is positive and enriches all members.

The contrary is true in interactions with an outgroup. Outgroup members are mistrusted and distanced. They are likely to be discriminated against in favour of the ingroup members. Communication is restricted. Because of this dichotomy in relating to others, Indian work organizations are often marked by cliques and vested groups. Individual's loyality and allegiance go to their own ingroups rather than to the organization. Organization remains fractured. There are lots of tension and conflicts between the groups. To sum up, an ingroup is characterized by positive social energy and serves as an emotional sanctuary for a sense of psychological well-being. On the contrary, the destructive or deficient social energy flows to and from outgroups and creates fissures in the identity formation of the individuals.

2. *Authority relationships.*

By all accounts Indian society is steeply hierarchical (*Sinha* 1990). Not only the social institutions are hierarchically structured but all phenomena including the states of mind. High positions in hierarchy are not only considered to be superiors (as it happens universally) but are emotionally overloaded. Thus ingroup members are also arranged into hierarchy. Just like in the family, a superior is expected to protect, help, guide, and give affection to his subordinates who, in return, are expected to take him for their paren-

tal image. That is, they are expected to obey, respect, and seek out his directions and influence.

The mode of authority relationship gets distorted when either the superior or the subordinates belong to an outgroup or outgroups. Authority is then ingratiated, manipulated, and double-crossed at critical functions. Subordinates are suspected and subjected to destructive social energy in terms of discouragement, negligence, indifference, and even harsh treatments. In such situations, there is always a tension, some with occasional outbursts.

3. *Work as a part of relationship.*

Work is performed as a part of positive inter-personal relationship between a superior and his subordinates. If both belong to an ingroup, work gets donesmoothly. *Dayal* (1975) observed that »relationship and organizational performance are generally not separated. Organizational tasks are performed with greater enthusiasm when they are based on person-person rather than role-role relationship. If the superior withdraws his favour, a great deal of uncertainty is created among the subordinates«. A similar observation has been made by *Kakar* (1978) who stated that what an Indian is »sensitive to (and concerned with) are not the goals of work and productivity that are external to the relationship, but the relationship itself, the unfolding of emotional affinity«. As a consequence of this orientation, work is not valued on its own. *McClelland* (1975) observed that Indians work as a favour to others. He was probably commenting on work in an impersonal outgroup setting where the interpersonal relationship is not based on constructive social energy.

Strategy for Development

It is obvious from the above discussion that there is a need to restructure at least part of the secondary ego functions of Indians in order to help them grow as integrated human beings. Human beings are both sources and resources. They are the means as well as the ends of all that we have. Human resources can be visualized at three levels.

1. Individual level. At the level of the individual the features which are crucial are self-confidence, optimism, active and energetic involvement in problem solving, flexibility, and balanced, detached, and stressfree state of the mind.
2. Interpersonal level. The individual level characteristics of growth can not be realized unless they are intergrated with the interpersonal qualities. The crucial interpersonal qualities consist of being sensitive and receptive to others, being helpful and empathetic, and being capable of generating and receiving positive social energy in order to enrich others as well as one's own self.
3. The setting. Neither the individual level nor the interpersonal qualities can be realized unless a climate is created which is conducive to positive group dynamic forces for generating constructive social energy. Such climate is charac-

terized by team-building, friendly and cohesive atmosphere, norms and practices of being helpful and supportive to each other and being interdependent with the physical as well as social environment.

The potentials of Indian culture and family in being helpful and therapeutic for development are well recognized. *Kakar* (1978) for example, observed that »Hindu social organization accentuates the continous existence of the child in the adult and elaborates the care-taking functions of society to protect and provide for the security of its individual members. We might also view traditional Indian society as a therapeutic model of social organisation in that it attempts to alleviate *dukha* (anxiety and suffering) by addressing itself to deep needs for connection and relationship to other human beings in an enduring and trustworthy fashion and for ongoing mentorship, guidance, and help in mastering life and integrating current experience with whatever has gone before and with an anticipated future«.

Thus there is a close bridge between the therapeutic nature of the Indian family and society on one hand and Dynamic Psychiatry on the other. There is clear evidence that the group dynamic processes and constructive social energy are culturally valued in India. Just like Dynamic Psychiatry, Indian culture visualizes man realizing himself by relating to others.

The limitation of the Indian culture lies in the fact that the constructive social energy is confined to one's ingroup. The barrier between an ingroup and outgroups creates problems for a holistic development of man.

It is at this point that the principles and practices of Dynamic Psychiatry can be most helpful. If the familial ethos can be therapeutically extended to the outgroup members a work place can be transformed into a therapeutic community. Dynamic Psychiatry has been able to extend the ethos of group therapy from a clinic setting to the community. There is an active plan to provide social energy to ex-patients located in their community by arranging extension services. Thus there is a continuity of therapeutic interactions from the clinic to the community. Similar arrangements can be made at the Indian work places by providing training programmes based on the principles and practices of Dynamic Psychiatry. If we succeed in doing so, the barriers between an ingroup and the outgroups will crumble like the Berlin Wall. The social energy which is confined to small groups and cliques will freely flow and enrich all who are engaged in group dynamic relationships. What is visualized here is a dynamic plan for transforming work into an essentially therapeutic community.

Die Bedeutung der Dynamischen Psychiatrie für die menschliche Entwicklung

Jai B.P. Sinha (Patna)

Der Autor betont in seiner Arbeit die Bedeutsamkeit von Sozialenergie (*Ammon*) für die Entwicklung sekundärer Humanfunktionen im Bereich des Arbeits- und Berufslebens in Indien. Damit sind die von *Ammon* konzipierten Humanfunktionen im Rahmen seiner Humanstrukturologie gemeint, die das bewußte Verhalten, Motivation, Werte, Fähigkeiten und Fertigkeiten eines Menschen umfassen.

Zunächst beschreibt *Sinha* die Entwicklung der zentralen Humanfunktionen während der frühkindlichen Entwicklung in Indien, die bis zum 5. Lebensjahr gekennzeichnet ist von ausgeprägter emotionaler Zuwendung, Wärme und Überfürsorglichkeit von seiten der Mitglieder der Großfamilie (joint family). Insbesondere die enge Mutter-Kind-Beziehung hat eine zentrale Stellung innerhalb der Familie. Die Frau ist determiniert durch ihre Mutterrolle, erst durch sie erlangt sie in Familie und Gesellschaft die ihr zugeschriebene Position und Anerkennung.

Insbesondere die Mutter-Sohn-Beziehung wird als symbiotisch und ambivalent beschrieben und hat einen tiefgreifenden Einfluß auf die Entwicklung des Kindes. Nach *Nandy* und *Kakar* (1980) coexistiert das Bild der beschützenden »guten Mutter« unverbunden neben dem der »schlechten Mutter«; die Autoren stützen sich dabei sowohl auf klinische Beobachtungen als auch auf Überlieferungen aus der indischen Kultur und Religion. Sie erklären die Ambivalenz mit dem Übermaß an mütterlicher Liebe ihrem Kind gegenüber, welche aus der »Umkehrung der emotionalen Rollen« resultiert, d.h. die Mutter erfährt erst durch die Mutterrolle ihre Identität und erlebt sich existent. Das Kind hat unbewußt der Mutter als Objekt ihrer unerfüllten Wünsche zu dienen, die sowohl erotischer als auch aggressiver Natur sind. Es reagiert verwirrt und hilflos, ist verängstigt durch die mütterlichen Forderungen und überwältigt von dem Übermaß an Zuwendung. Ein Resultat davon ist die starke Tendenz zur Unterdrückung von Aggression. Beim Erwachsenen ist diese aufgestaut und es kommt zu unfreiwilligen Aggresionsdurchbrüchen, oftmals auf primitive und chaotische Art und Weise.

Der Autor stellt geschlechtsspezifische Unterschiede in der Sozialisation fest: Die Söhne werden in der Familie bevorzugt und erhalten eine Sonderstellung, während die Töchter in den Hintergrund zu treten haben. Allerdings erhält die Tochter konstante Zuneigung von der Mutter, die Identifikation der Mutter mit der Tochter ist um ein Vielfaches stärker als die mit dem Sohn.

Sinha stellt heraus, daß in Indien der Ödipuskomplex nicht so existiert wie in der westlichen Kultur. Es besteht eher die Tendenz, daß der Sohn sich als Opfer der Mutter erlebt aufgrund ihrer unbewußten Forderungen und Erwartungen, den Vater erlebt er als Mitopfer der »kastrierenden Mutter«. Die Erwachsenen in Indien tendieren dazu, den Vater zu idealisieren, es besteht ein nahezu nostalgischer Wunsch, vom Vater in jeder Hinsicht Anerkennung zu erhalten (*Ramanujam* 1979).

Hinsichtlich der Sexualität führt der Autor aus, daß sich die indische Kultur nach *Roland* (1988) zwischen den Polen Erotik und Askese bewegt. Auf der einen Seite durchdringen Sexualität und Sinnlichkeit die religösen Dimensionen mit einer Fülle von erotischen Genüssen und Freuden, Schranken konventioneller Sexualität und Inzesttabus werden übertreten. Auf der anderen Seite besteht in der indischen Bevölkerung ein starkes Bedürfnis, sexuelle Bedürfnisse zu kontrollieren und zu unterdrücken.

Im folgenden geht *Sinha* auf die Entwicklung sekundärer Humanfunktionen ein. Er betont dabei, daß sich die Welt des Kindes in Indien ab dem fünften Lebensjahr abrupt verändert. Das Umhegen und Umsorgen des Kindes wird abgelöst von Forderungen nach einem sozial angemessenen Verhalten, welches von der Familie sowie von sozialen Institutionen determiniert ist. Im Vergleich zu der Sozialisation in westlichen Kulturen erhält das Kind eine Vielzahl von Rollenmodellen, mit denen es sich identifizieren kann, was *Narain* (1967) mit »diffused identity« beschreibt.

Die indische Familie ist durch zwei Charakteristika gekennzeichnet:

1. Sie ist hierarchisch aufgebaut.
2. Es herrschen starke emotionale Bindungen zwischen den Mitgliedern.

Primär entwickelt das Kind in Indien ein »familiäres Selbst« (*Roland* 1988), welches es befähigt, innerhalb der hierarchisch strukturierten emotionalen Beziehungen innerhalb der Großfamilie sowie in anderen gesellschaftlichen Grupen zu bestehen. Dabei stehen im Vordergrund: intensive emotionale Nähe und Verbundenheit zwischen den Mitgliedern; das Selbstwertgefühl bildet sich durch die starke Identifikation mit dem Ansehen und der Ehre der Familie; Betonung der gegenseitigen Verantwortlichkeit und Verpflichtung; das Über-Ich strukturiert Aggression und Sexualität; vielfältige Kommunikationsweisen, bei denen wichtige Signale ausgetauscht werden, ohne explizit artikuliert zu werden.

Neben dem »familiären Selbst« finden wir in der indischen Kultur das »spirituelle Selbst«, das in einer komplexen Struktur einer Götterwelt sowie in Ritualen und Meditationen ausgedrückt wird. Das »spirituelle Selbst« ist fest verankert im Unbewußten der Inder, auch dann wenn sie es nicht ausdrücklich nach außen kehren. Es drückt das Bedürfnis nach innerer Transformation und Selbstverwirklichung aus, bringt den Einzelnen in einen Zustand des Loslassens (detachment) und hilft ihm, die Dinge aus dieser Perspektive zu betrachten.

Bezogen auf die Arbeitswelt sieht der Autor in der Verbindung von familiärem Selbst und der Identität des Menschen eine wünschenswerte Freisetzung von Sozialenergie, die kreative Leistungen hervorbringen kann. Fehlt diese Verbindung, werden Störungen in der Arbeitsleistung und in den kollegialen Beziehungen hervorgerufen, was bis hin zur Fragmentierung von familiärem Selbst und Arbeitsidentität und letztlich einer zersplitterten Identität führen kann. Nach Ansicht des Autors gelingt es der Mehrzahl der Inder nicht, diese Verbindung herzustellen.

Sinha unterscheidet drei Aspekte hinsichtlich der zwischenmenschlichen Beziehungen in der Arbeitswelt:

1. Trennung zwischen Wir und den Anderen

Im Vergleich zu westlichen Kulturen ist in Indien der Kontrast zwischen der ingroup (Wir) und der outgroup (die Anderen) stärker ausgesprägt. Während Mitgliedern der ingroup positive Sozialenergie zukommt und untereinander eine freie, ungestörte Kommunikation und gegenseitige Unterstützung vorherrscht, werden Mitgliedern der outgroup Mißtrauen und Distanz entgegengebracht. Im allgemeinen ist die Arbeitsorganisation zersplittert in Untergruppen, zwischen denen starke Spannungen herrschen.

2. Autoritätsbeziehungen

Es herrscht in der gesamten indischen Gesellschaft eine strenge Hierarchie, ebenso in den Betrieben. Hohe Positionen spielen nicht nur eine hierarchische Rolle, sondern sind stark emotional besetzt. Von einem Vorgesetzten wird Schutz, Hilfe, Führung und Zuwendung erwartet, die Untergebenen verehren ihn als elterliches Vorbild und gehorchen ihm, respektieren seine Führung und schätzen seinen Einfluß hoch ein.

3. Arbeit als Teil der Beziehung

Beziehung und Arbeitsleistung werden in der Regel nicht als getrennt gesehen. Arbeitsaufgaben werden mit größerer Begeisterung ausgeführt, wenn diese auf einer zwischenmenschlichen statt auf einer Rollenbeziehung basieren (*Dayal* 1975). Nach *Kakar* (1978) ist die Beziehung selbst und die Entfaltung emotionaler Zuneigung zum Anderen am Arbeitsplatz und weniger das Arbeitsziel und die Produktivität ausschlaggebend.

Der Autor schlußfolgert, daß die Potentiale der indischen Kultur und Familie hilfreich und therapeutisch sein können für jegliche Entwicklung. Er sieht eine günstige Ergänzung von dem therapeutischen Potential der indischen Familie und Gesellschaft einerseits und dem Konzept der Dynamischen Psychiatrie andererseits. Gruppendynamische Erkenntnisse und der Austausch von Sozialenergie könnten die Barrieren zwischen »ingroup« und »outgroup« in der indischen Gesellschaft überwinden helfen.

Literature

Ammon, G. (1982): Announcement of the 1st Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry, Berlin.

— (1991): Dynamic Structural Psychiatry Today. In: Dyn. Psychiat. (24) 21—28

Bisht, S.; Sinha, D. (1981): Socialization, Family, and Psychological Differentiation. In: *Sinha, D.* (ed.): Socialization of the Indian Child (New Delhi: Concept)

Carstairs, M.G. (1957): The twice born (London: Hogarth)

Dayal, I. (1976): Cultural factors in designing performance appraisal system. SRC Industrial Relations and Human Resources, New Delhi

Kakar, S. (1974): Aggression in Indian society: An analysis of folk tales. In: Indian Journal of Psychology (49) 119—126

Kakar, S. (1978): The inner world: A psychoanalytic study of childhood and society in India. (Delhi: Oxford University Press)

Murphy, L.B. (1955): Roots of tolerance and tensions in Indian child development. In: *Murphy, G.* (ed.): In the minds of men. 3rd Ed. (New York: Basic Books)
Nandy, A.; Kakar, S. (1980): Culture and personality. In: *Pareek, U.* (ed.): A survey of research in psychology, 1971—1976. Part 1. (Bombay: Popular Prakashan)
Narain, D. (1967): Indian national character in the twentieth century. In: The Annals, 370, 124—132
Ramanujam, B.K. (1979): Toward maturity: Problems of identity seen in Indian clinical setting. In: *Kakar, S.* (ed.): Identity and childhood. (New Delhi: Oxford University Press)
Roland, A. (1988): A search of self in India and Japan: Toward a cross-cultural psychology. (Princeton: Princeton University Press)
Sinha, J.B.P. (1983): Social energy for work values. In: Dyn. Psychiat. (16) 325—336
— (1988): Collectivism, social energy, and mental health. In: Dyn. Psychiat. (21) 110—118
— (1989): Spiritualism in Indian managers. Paper presented at the 7th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry, Berlin.
— (1990): Work culture in the Indian Context. (New Delhi: Sage)
— (1992): Inner transformation of the Hindu identity. In: Dyn. Psychiat. (25) 50—59
Spratt, P. (1966): Hindu culture and personality. (Bombay: Manaktalas)

Address of the author:

Prof. Jai B.P. Sinha
A.N.S. Institute of Social Studies
Patna 800001
India

The Capricious Conception of Common Medical Practice**

Amnon Carmi (Haifa)*

The author, long-time specialist on problems of medicine, ethics and law, here questions to what extent physicians can be made responsible for a damage caused by them to a patient. While common medical practice may be applied as a criterion, Carmi emphasizes that all aspects of medical practice, such as diagnosis, medical and surgical treatment are subject to a continuous change. He illustrates this point with numerous examples. The correctness of both diagnosis and treatment is a function of probabilities. The author pleads for an individual consideration of the risks involved in each case. Uncertainty should be accepted by physicians, legal persons and general public as inherent in every medical act. The paper does not offer final solutions but rather encourages further discussion.

The judiciary faces from time to time the need to determine whether the accused physician should be exempted in spite of the damage caused by him to a patient. In order to answer this question, the courts apply the criteria of the reasonable doctor and the common practice. An historical survey of medicine shows that axioms for which doctors stood in the past, have lost their status and validity as the years flew by. This common phenomenon calls to question the extent of certainty which should be attributed to scientific conclusions, the weight which should be carried to the wording or the style of the learned opinions, or the justification of imposing obligations on the physician's shoulders. This phenomenon will be illustrated by the various stages of the medical treatment: Examination, diagnosis, medications and operations.

Medical examination

Until 1980 the American Cancer Society recommended that women have an annual Pap smear to detect cervical cancer. The recommendation was then changed to every three years for many women, after two initial examinations. Statistics had shown that this would be equally effective (*Cohn* 1989).

Diagnoses

A death blamed on senility in 1900 would probably have been put down as general arteriosclerosis in 1960, and would be blamed now either on cerebrovascular disease (including strokes) or *Alzheimer*'s disease, which has only in recent years been recognized as a cause of a large proportion of senility and

* Professor, Judge at the District Court of Haifa, President of the Society for Medicine and Law in Israel, President of the World Association of Medical Law; President of the Israeli Branch of WADP

** Lecture given at the 9th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XXII International Symposium of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP), April 29 — May 3, 1992 at the Universität Regensburg

death (*Cohn* 1989). In the past, doctors used to believe that masturbation might lead to insanity, blindness, impotence, and sterility. The modern view is that it is harmful only in those who feel guilty about it, and then the harm is purely mental (*Bradshaw* 1978). In the 1920s and 1930s medicine held that there is a so-called septic area in localized parts of the body, like teeth and tonsils, in which harmful bacteria were throwing off toxins. Such focal sepsis was invoked as the cause of many mental diseases and arthritis. In the course of treatment teeth and tonsils were removed and sinuses were washed out. Later it was shown that the effect on the illnesses was none at all. People remained as mad as before, but without teeth (loc, cit.)

Treatments

In the mid 1930s convulsion therapy was introduced for schizophrenia. It was believed that epilepsy and schizophrenia never coexisted in one person. It was argued that perhaps the fits — the convulsions — that occur in epilepsy protected in some way against schizophrenia. Later it was found that epilepsy and schizophrenia can coexist in the same person, and that the giving of convulsive treatment to schizophrenics who were not epileptic did not cure or improve them. It was found that it did relieve depression, but this was long before antidepressant drugs appeared (loc cit.).

A few years ago, patients were kept in bed for two or three weeks after almost any abdominal operation, whereas the custom today is to keep such patients in bed for only a day or two (loc. cit.).

Medications

The antibiotic Chloramphenicol (Chloromycetin) was approved and given to some 5 million people before the FDA decided that it caused serious blood disorders and death to 1 in perhaps 24,000 to 40,000 patients. The FDA then limited the drug's approved indications to small number of infections (*Cohn* 1989). In the 1930s, forties and fifties it was common practice in mental hospitals to treat schizophrenic patients by giving them a big injection of insulin every day for weeks. Each day these patients went into a state of coma, from which after a time they were revived by the giving of glucose in large amounts. Some of the patients, so treated, were injured and a few even died. A majority of psychiatrists today would say that this kind of treatment was valueless. In the past, anemia was treated with iron-containing medicines, till the hemoglobin reached a certain normal level. More recently it has been shown that such treatment does not, in fact, relieve most of the symptoms traditionally taught as being due to such anemia. And that, in fact, a mild-to-moderate degree of such anemia may even, if anything, have a slightly beneficial effect on health, certainly on the possibility of a person developing heart disease (*Bradshaw* 1978).

For decades surgeons, held that only a radical mastectomy was the treatment for breast cancer. Only recently were clinical trials mounted to show that less drastic treatments seem equally effective (*Cohn 1989). Sir William Lane,* who died in 1943, practised as a surgeon in England. *Sir Lane* used to remove a part of his patients' large bowel on the ground that, as a result of chronic constipation, poisons were centering the blood stream from the waste material in the bowel and were causing disease. Many doctors shared *Lane*'s view, a theory which is now wholly discredited, as there are no poisons coming from the bowel (*Bradshaw* 1978). In the 1930's forties and fifties prefrontal lobotomy was often performed by skull trepanning and doing an extensive cutting across the front part of the brain on each side. The aim was to divide certain connection nerve channels, though the exact function of these channels and of the forward part of the brain to which they go was not completely known. The lobotomy operation was used for severe cases of depression, obsessive compulsive neurosis, certain personality disorders, severe anxiety states and severe hypochondriasis. The operations made the patients less anxious, rather placid, without much thought for others or for the future, and perhaps rather shallow. Such operations did not cure or improve the mental disorders for which they were performed. They deprived the patient of the capacity to suffer at the price of losing the capacity for joy. Lobotomy has been partly abandoned, though leucotomy as an alternative operation has been greatly refined in recent years with much better results (*Bradshaw* (1978).

A similar phenomenon occures with regard to other medical treatments, such as removal of the adrenal glands for light blood pressure, or cutting off the sympathetic nervous ganglia for high blood pressure or for asthma, or the prescription of drugs by the carload without statistical study (*Brashaw* 1978; *Cohn* 1989).

In conclusion, the history of medicine demonstrates that what has been true in the past, is not necessarily true today, and that scientific statements should be trated both with respect and reservation.

The diagnostic process

Diagnosis reflects the making of a decision with regard to the knowledge of the relevant data. The physician selects the best of all available possibilities in the given situation. The decision depends on the analysis, interpretation and evaluation of the information that is available to him. The doctor has to observe the facts, formulate the hypotheses describing the relations between the facts, then deduct from the hypotheses things that must be true if the hypotheses are true, and verify these deductions by observing more facts. Medical diagnosis denotes the art and science of distinguishing one disease from another. It is the identification of a disease by the study of its signs, symptoms and other manifestations. It involves two main procedures: collecting the material and analyzing it.

Physicians encounter difficulties already in the first stage of collecting the facts. The universe of information concerning each patient is potentially infinite. Collection of indiscriminate data is impractical, uneconomical and often unnecessary. The physician encounters other difficulties as well. Many of the symptoms and signs observed clinically are reported to the physician by verbal descriptions and may be difficult to quantify and to be expressed in objective terms. The patients' accounts are limited by their mental competence, by their powers of observation and description and even by apprehension concerning the diagnosis.

Physicians have to decide which facts to consider, how to designate them, how to verify them, and in what form to record them. Once the analyst has finished categorizing the collected evidences, the next step is to make the diagnosis. The analyzing process includes the understanding of the collected material and its correct classification. The analyst must know the features which characterize the various categories and provide the frame for the diagnosis. His judgement depends largely upon the ability to analyze and interpret symptoms. He must know which tests to select and how to use special technical measures, and much depends on the interpretation of the physical findings, as well as the laboratory tests. The analytical activity involves also an exercise of intuition. The ultimate step in the diagnostic process consists of selecting from a number of possibilities that one which comes nearest to explaining the findings in the case in question.

Failing to diagnose: Reasons and Factors

In a research held in Belgium, the physicians established or suspected the correct diagnosis in 173 out of 276 patients (62%). For the remaining 103 patients, the referring physicians mentioned only vague symptoms, completely irrelevant diagnosis or no diagnosis at all. Analysis of 52,000 patient records from 68 hospitals in the United States showed high discrepancies in diagnostic information with regard to the admitted and discharged patients. Low discharge and admitting persistence rates were experienced by patients with hypertensive heart diesease (18: 45%), arteriosclerosis (22: 49%), and gastritis (30: 63%). In England, autopsies showed that more than half of the patients who died in a British University clinic with a diagnosis of specific heart failure had in fact died of something else. In another instance, the same series of chest X-rays shown to the same team of specialists on different occasions led them to change their mind on 20 per cent of all cases.

Ivan Illich (1976) reports in his »Medical Nemesis« about a survey of 1,000 eleven-year-old children from the public schools of New York which was held in 1934. Sixty one percent were found to have had their tonsils removed. The remaining 39 percent were subjected to examination by a group of physicians, who selected 45 percent of these for tonsillectomy and rejected the rest. The rejected children were re-examined by another group of phy-

sicians, who recommended tonsillectomy for 46 percent of those remaining after the first examination. When the rejected children were examined a third time, a similar percentage was selected for tonsillectomy, so that after three examinations only 65 children remained who had not been recommended for tonsillectomy.

The diagnostic process encounters many difficulties. The physicians are faced with new clinical situations due to the complexity of the modern practice of medicine. Varied complications are associated with the administration of drugs. Several diseases involve a number of organs simultaneously and give rise to various manifestations. In some cases the correct diagnosis is not considered because of the rarity of the disease or its unusual features, or because several diseases which produce very similar signs and symptoms are ignored. Ordinarily, physicians have only limited information, so that their views are necessarily tentative. Despite their limited information they must be prepared to render their opinion at any stage, as they deal with urgent matters. Certain characteristics of some diseases present difficult problems in diagnosis. Not all diseases have universally accepted definitions; not all diseases are concrete and clearly distinguished from one another; the definitions of some diseases are continually changing, and even the manifestations of some diseases are changing.

Concerning the physicians, the opinion of one physician about a diagnosis may differ from his colleagues' opinion because they may have different bodies of relevant information. 123 medical procedures throughout the United States have been checked. The survey revealed substantial differences in not less than 67 procedures (*Mozes* 1975). Concerning the patients, no two bodies are alike and no two individuals react alike.

Lack of adequate professional knowledge constitutes a major cause of diagnostic failures. By referring to medical knowledge, we relate to a body of facts embodied in the treatises and textbooks which provide the formal substance of what students learn in medical schools, and what they are able and expected to know thereafter. Such knowledge is extremely limited, as it is locked in books or heads. One should distinguish between the knowledge of the researchers, whose main function is to *create* knowledge, and that of the physicians, whose main role is to *apply* knowledge. Apparently, much of health care is based on tenuous and incomplete knowledge. Doctrines, perpetuated through textbooks and lectures, often turn out to be supported by the most meager of evidence, if any can be found (*Cohn* 1989). *Hamburger* (1975) named one section of his book with the title: »Any doctor is not able anymore to know medicine.« He indicated that the mass of data which a doctor should know in order to treat his patients was suddenly found to be beyond and above his capacity of perception and memory. Medical schools find it difficult to follow the incredible growth of the medical knowledge. The curriculum becomes brimful (loc. cit.). The first 15 volumes of the Index Medicus which compiles the names and the titles of authors and articles which have been published in

recognized literature, weighed 30 kg. Each volume which has been published in recent years weighs 30 kg, too (*Mozes* 1975).

Another difficulty derives from the fact that certain injuries are caused by various different factors. The change in the blood vessels which enables the purblish blood cells to emerge, might be caused by taking certain sleeping pillsor by the entry of certain bacteria into the blood. The same microbe can be found to be the cause of different diseases. The streptococcus can induce or bring about arthritis, nephritis, endocarditis or heart disease (*Hamburger* 1975).

Rare defect

The Supreme Court of Israel allowed the appeal of the patient, Mr. Per (CA 612/78) The appelant suffered from a bulge on his right leg. He agreed that the bone be sawn, as two years before a similar operation had been successfully performed on his left leg. The second surgery was performed, but due to later complication there was a need for an amputation of the right leg. The patient suffered from a gangrene which was caused to narrowing of arteries which proved to be a deformity from birth. The court stated inter alia that it was the physicians' duty to check in advance whether the patient's blood vessels were defective, even if the case of too narrow arteries was a very rare one. The question is whether imposing a duty to foresee rare incidents is practically, morally and legally justified.

Decisions under uncertainty

»The only trouble with a sure thing is uncertainty.« One may add that the first thing that should be understood about science is that it is almost always uncertain (*Cohn* 1989). The puplic at large should know that every medical procedure entails uncertainty to some degree in spite of the late scientific achievements (*Mozes* 1975). Doctors are expected to make decisions with regard to their patients' fate, but the knowledge and the means which are supplied to them are insufficient (*Hamburger* 1975). *Arnold Relman,* editor of the New England Journal of Medicine, wrote: »Most scientific information is of a probable nature, and we are only talking about probabilities, not certainty. What we are concluding is the best we can do, our best opinion at the moment, and things may be outdated in the future« (*Cohn* 1989). Probabilities sensibly describe what has happened and should happen in the future under similar conditions. *Aristotle* said: »the probable is what usually happens«, but he might have added that the improbable happens more often than most of us realize (loc. cit.).

Diagnostic decisions are made under uncertainty, due to the fact that the future outcome is not known with certainty. In consequence of this uncertainty,

physicians can only make predictions about the problems and their solutions. The opinions are formed in terms of probabilities showing the physicians' expectations, arrived at in some suitable way, and stating that some events took or will take place. In the face of the uncertainty arising from the incompleteness of the information available, medical predictions are founded on statistical principles and assumptions. Due to the absence of accurate and full information about certain relevant occurences, such as diseases, the physicians try to reach their conclusions through the study of similar known situations. The theory of probabilities is expected to supply them with the necessary solutions. Apparently, every interaction between doctor and patient, and every effort to cure, are experimental procedures. Unfortunately, one cannot safely foresee all possible results, and not all predictions come true *(Mozes* 1975).

The tireless contest

The history of medicine shows a tireless effort to overcome the degree of the unknown, a contest which knew both success and failure. The invention of surgical anesthesia was the major contribution that American medical science made to the world, and the greatest gift to the art of healing. One may wonder why medicine was so late in applying ether for surgical purposes, taking into consideration the fact that it was first synthesized in the 16th century, and that its qualities were widely known (*Nuland* 1988; *Mozes* 1975).

On the 6.1.1968 *Christian Barnard* performed the first heart transplantation. The operated patient lived for another 15 days. The medical celebration did not last for a long time, as the patients died one after the other. The surgeons, who had rushed in with too much hope and too little restraint had to face the reality that it was still too early. The figure of ninety-nine transplants in 1968 dropped to forty eight in 1969, seventeen in 1970, and only nine in 1971. Fifty-six of the world's fifty-eight heart-transplant teams closed up shop and returned to regular cardiac surgery (*Nuland* 1988). Only as time passed, and after scientific research overcame the phenomenon of rejection, did medicine come back to the art of heart transplantation.

In the 1960's, it was considered poor medicine not to do a gastrointestinal X-ray series for each patient with gallstones; it is now considered poor medicine if we waste money on such a procedure, since it has been shown not to be cost effective (loc. cit.)

Uncertainty exists also beyond the frame of medical discretion. Malaria, for-instance, was killing more people than any other single disease not very long ago. This disease has been brought under control thanks to a whole range of anti-malarial drugs, the use of insecticides, the drainage schemes, and the treatment of stagnant water. But hundreds of millions of lives have been saved in vain, because society has not been able to surmount the distress of famine, so as to leave the blessing of medicine in doubt (*Bradshaw* 1978).

What should be expected from expectation?

The court applies the criteria of the reasonable doctor and the common practice in order to consider the behavior of the defendant physician. The meaning of our demand that the doctor expects that his acts or omissions will bring about certain implications is, that according to the present circumstances, and subject to the limited knowledge of the common practice, the course of certain events or situations in the future may be assumed in spite of the fog of uncertainty which surrounds us. The miracles and wonders of creation are concealed from us, and we are not aware of the way and the nature of our bodily functioning. Therefore, there seems to be no way to avoid mistakes, because in several cases the correct diagnosis cannot be determined even with the most advanced exercise of all information available (*Hamburger* 1975).

Lawyers and doctors find it difficult to admit that they grope in the dark. The wish to form clear and accurate diagnosis for their patients, the fact that their professions consist of innumerable and unavoidable risks and mistakes is bitter to swallow, and many of them will claim that in their everyday work this does not happen. They should not content themselves with changing the style. A radical metamorphosis is needed. They should not be tempted to formulate their diagnosis in »neutral« statements in order to be on the safe side. Uncertainty should be accepted and acknowledged by these professions and by the public at large as a human phenomenon, as a integral part of any human decision, and as a clear characteristic of any legal or medical diagnosis (*Mozes* 1975). Last but not least, lawyers and judges should share this notion as they consider and form the norms which guide the medical men and determine their legal liability.

Die willkürliche Konzeption der gängigen medizinischen Praxis

Amnon Carmi (Haifa)

Vor die Entscheidung gestellt, einen angeklagten Arzt trotz des Schadens, den er einem Patienten zugefügt hat, freizusprechen oder nicht, grieft der Jurist auf die Kriterien der gängigen medizinischen Praxis und eines vernünftigen Arztes zurück. An Beispielen aus Untersuchung, Diagnose, Medikation und Operationen zeigt der Autor, wie sehr sich im Laufe der Zeit diese gängige Praxis geändert hat. Stellvertretend seien hier genannt: Was 1900 noch als Senilität und 1960 als allgemeine Arteriosklerose bezeichnet wurde, wird heute zu den cerebrovaskulären Erkrankungen oder zum Morbus Alzheimer gezählt. Das Antibiotikum Chloramphenicol wurde ca. fünf Millionen Menschen verordnet, bevor seine Verwendung stark eingeschränkt wurde, weil es schwere Blutkrankheiten bis hin zum Tod verursachen kann. Heute gilt die dreißig Jahre lang geübte Insulintherapie für schizophrene Patienten als wert-

los, da sie ebenfalls schwere Schäden bei einigen Patienten hervorrief. Bei schweren Formen psychischer Erkrankungen wurde von 1930 bis Ende der fünfziger Jahre die präfrontale Lobotomie durchgeführt, obwohl die Funktion des Frontalhirns und der durchtrennten Nervenbahnen nicht genau bekannt war und die Operation bei den Patienten zur Gefühlsverflachung führte. Heute ist sie großteils aufgegeben. Die Geschichte der Medizin lehrt also, wissenschaftliche Aussagen mit Respekt und Skepsis zugleich zu betrachten, denn was gestern noch als richtig galt, muß heute nicht notwendigerweise richtig sein.

Carmi beschreibt den diagnostischen Prozeß in seinen einzelnen Schritten des Sammelns von Informationen, ihrer Interpretation und Evaluation ebenso wie die zahlreichen Störfaktoren (Abhängigkeit von verbalen und Beobachtungsfähigkeiten des Patienten und des Arztes, von ärztlicher Erfahrung und Intuition, unbegrenzte Zahl möglicher Informationen etc.) und die Ursachen von Fehldiagnosen. Die Relativität von Diagnosen macht er ebenfalls deutlich: so blieben von 1 000 Kindern in New York nach der vierten ärztlichen Untersuchung nur noch 65 Kinder übrig, denen keine Tonsillektomie empfohlen wurde (zit. nach *Illich* 1976). Der Autor berichtet von einem Patienten, der vor dem höchsten israelischen Gericht klagte. Dieselbe Operation, die zuvor am linken Bein erfolgreich gewesen war, führte am rechten Bein schließlich zur Amputation aufgrund einer seltenen angeborenen Arterienverengung. Das Gericht vertrat die Ansicht, der Arzt hätte diese sehr seltene Möglichkeit vorher überprüfen müssen. *Carmi* stellt die Frage, ob eine solche Verpflichtung, selbst so seltene Zwischenfälle abzuklären, praktisch, moralisch und gesetzlich zu rechtfertigen sei.

Die meisten ärztlichen Entscheidungen basieren auf Wahrscheinlichkeiten und enthalten deshalb einen Unsicherheitsfaktor (vgl. *Cohn* 1989, *Mozes* 1975, *Hamburger* 1975). Das weiß jeder Arzt und sollte auch die Öffentlichkeit wissen und beobachten. Unsicherheit existiert auch über den Rahmen der Medizin hinaus. So ist es zwar gelungen, die Malaria zu beherrschen, an der früher mehr Menschen starben als an irgendeiner anderen Krankheit. Aber Millionen von Menschen in den Malariagebieten sterben weiterhin an Hunger, so daß der Erfolg der Medizin fragwürdig bleibt. Nicht alle Fehler können vermieden werden; aber Ärzte und Juristen geben nach *Carmi*s Auffassung nur ungern zu, daß ihre Berufsausübung »aus unzähligen und unvermeidlichen Risiken und Fehlern« besteht. Er fordert ein grundlegendes Umdenken: Die Ungewißheit sollte akzeptiert werden als ein menschliches Phänomen und als ein integraler Bestandteil jeder menschlichen und damit jeder medizinischen und juristischen Entscheidung.

Literature

Bradshaw, J. (1978): Doctors on Trial. (New York: Paddington)
CA 612/78 Per v. Cooper et al., 35 (1) PD 720
Cohn, V. (1989): News and Numbers. (Iowa: Ames)

Hamburger, J. (1975): La Puissance et la fragilité. (Tel Aviv: Am Oved)
Illich, I. (1976): Medical Nemesis. (London: Marion Bogara)
Mozes, B. (1975): Modern Medicine — Decision Making in Uncertainty. (Tel Aviv: Am Oved)
Nuland, S.B. (1988): Doctors. The Biography of Medicine. (New York: Knope)

Address of the author:

Prof. Judge Amnon Carmi
Mount Carmel
Haifa 31999
Israel

Neurose heute — Überlegungen zur seelischen Gesundheitsförderung**

Béla Buda (Budapest)

Nach einer einleitenden Würdigung des Einflusses von Freuds Neurosenmodell auf die Entwicklung der Psychoanalyse und auf das moderne Denken und Heilen, stellt der Autor eine Verringerung der Neurosenprävalenz fest zugunsten neuer, nicht-psychotischer nosologischer Einheiten wie narzißtische, Borderline-, Angst- und depressive Syndrome. Das Nachlassen der allgemein als psychogenetisch angesehenen Erkrankungen bedingt gleichzeitig einen Rückgang psychoanalytischer Behandlung, aber auch psychoanalytischer Kultur. Am Beispiel der neueren Entwicklung in Ungarn zeigt Buda, daß dies nicht nur die biologisch-pharmakologische Therapierichtung fördert, sondern allerlei »alternativen« Wunderheilmethoden Vorschub leistet, die ein Mitagieren mit der Krankheit bedeuten. Nach Ansicht des Autors kann die allgemein verständliche Krankheits- und Gesundheitskonzeption der Dynamischen Psychiatrie den theoretischen Hintergrund für die von der WHO geförderten weltweiten Programme für psychische Gesundheit liefern.

Der Begriff der Neurose hatte eine große Bedeutung in der Geschichte der modernen Psychiatrie. Er diente nicht nur der Abgrenzung einer Gruppe von Verhaltens- und Erlebnisstörungen von den Psychosen — den eigentlichen Geisteskrankheiten, die auch die frühere Psychiatrie am meisten beschäftigt hatten —, sondern betonte die Tatsache der Psychogenese, den funktionellen Charakter der Störungen und zur gleichen Zeit auch den Krankheitswert der betreffenden Symptome und Klagen. Der Krankheitswert lag auch darin, daß die Neurosen diagnostisch gut festgestellt werden konnten. Man betrachtete sie als nicht intendierte, nicht willensbedingte Zustände, die sich in gewissem Maße unwillkürlich, sogar zwanghaft manifestierten. Es ist ja kein Zufall, daß es eben die Beobachtungen und die Behandlung der Neurose war, die *Freud* zu solch konzeptionellen Entdeckungen verholfen hat wie dem Unbewußten, dem Wiederholungszwang oder dem Modell vom Konflikt zwischen inneren Instanzen, der durch pathogene Kompromißbildungen im Gleichgewicht gehalten werden kann. Der Begriff der Neurose diente auch zur Abgrenzung gewisser körperlicher Symptome und Erkrankungen und bot zuerst eine Möglichkeit, die ausschließlich naturwissenschaftlich orientierte Medizin der letzten zwei Jahrhunderte zu humanisieren und die psychosomatische Sichtweise dort einzuführen.

In unserem Jahrhundert ist die Neurosenlehre ein Grundstein sämtlicher medizinisch-psychologischer oder psychotherapeutischer Schulrichtungen geworden. Sie hat auch den Kern der psychoanalytischen Theorie gebildet, wie

* Dr. med., Leiter der Psychotherapeutischen Abteilung des National Institute for Nervous and Mental Diseases, Generaldirektor des ungarischen Nationalinstitutes für Gesundheitsförderung, Vize-Präsident der Ungarischen Psychiatrischen Gesellschaft

** Vortrag gehalten auf dem 9. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP / XXII. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 29. April — 3. Mai 1992 an der Universität Regensburg

z.B. *Fenichel* (1946) das ausdrücklich und mehrmals unterstrichen hatte. Auf diesem Feld haben sich die grundlegenden Unterschiede zwischen *Freud* und den »Abtrünnigen«, wie auch später immer zwischen Schulgründern und Reformisten, »Orthodoxen« und »Neuerern« entfaltet. Eine neue therapeutische Schule mußte immer etwas Neues über die Neurose sagen. Die Verhaltenstherapie, und schon früher der Behaviourismus, erklärte die Neurose als Lernfehler, als Fehlanpassung, als maladaptives Verhalten, also nur als ein Symptom ohne innere psychologische Struktur. Im Gegensatz dazu weist die psychoanalytische Auffassug auf tiefere strukturelle Probleme hin wie z.B. Komplexe oder Abwehrkonstellationen.

Die Neurose stand auch lange Zeit im Mittelpunkt der Therapie. Jeder psychotherapeutisch oder psychologisch gesinnte Psychiater beschäftigte sich in seiner Praxis vorwiegend mit neurotischen Beschwerden. Psychiatrie gelangte durch die Neurose außerhalb der Mauern der Irrenhäuser und wurde ein Bestandteil der Medizin und des modernen Gesundheitswesens, das die Versorgung der Bevölkerung zunehmend ambulant zu organisieren begann. Noch vor einigen Jahrzehnten schätzte man die Häufigkeit von Neurosen epidemiologisch sehr hoch. Die großen amerikanischen Erhebungen der psychiatrischen Epidemiologie wie z.B. die »Midtown Manhatten« Studie (*Srole* et al. 1962) oder die »Stirling Jounty« Studie (*Dohrenwend* et al. 1980), fanden die Neurose in 30 bis 50 Prozent Prävalenzrate in der Bevölkerung, und man sah in den Neurosen ein großes Problem des allgemeinen Gesundheitszustandes der industriellen Gesellschaften.

Seit den frühen sechziger Jahren scheint sich die Situation langsam zu verändern. Man begann allmählich wahrzunehmen, daß sich unter den behandelten psychiatrischen — aber nicht psychotischen — Patienten immer weniger Neurotiker befinden, auch in der Praxis von Psychotherapeuten. Gleichzeitig häufen sich die Fälle, die psychisch und funktionell erkrankt sind, aber eine ganz andere Pathologie wie die Neurotiker aufweisen. In der Psychoanalyse bezeichnete man diese neueren Arten von Psychopathologie als narzißtische Störungen, präödipale Erkrankungen, oder wie *Ammon* treffend ausdrückte, archaische Ich-Krankheiten (*Ammon* 1973). Dieser letzte Ausdruck ist treffend darum, weil der wesentliche Unterschied zwischen den sog. klassischen Neurosen und diesen in unserem Zeitalter sich deutlich häufiger manifestierenden Krankheitsbildern genau darin besteht, daß hier das Ich tiefgehend und strukturell beeinträchtigt ist, während in der klassischen Neurose das Ich funktionsfähig ist, d.h. den Kontakt mit der inneren und äußeren Realität aufrecht erhält oder, wie es *Ferenczi* formulierte, der Wirklichkeitssinn auf einem reifen Entwicklungsniveau funktionieren kann (*Ferenczi* 1964).

Neben diesen schweren Ich-Krankheiten begegnet man dem Borderline-Syndrom, das offensichtlich in den letzten zwanzig Jahren häufiger geworden ist. Die Anzahl der psychosomatischen Erkrankungen ist gestiegen und auch der Anteil von Drogen- und Alkoholabhängigen, die weder psychotisch sind, noch im Rahmen der Neurosenlehre verstanden und kaum behandelt werden

können, nahm in der psychiatrischen Morbidität ständig zu. Am Ende ist die klassische Neurose mit ihren Abwehrprozessen, mit einem strengen Über-Ich oder mit Wiederholung von ödipalen Verhältnissen in der Übertragung, ziemlich selten geworden.

Diese Tendenz spiegelt sich auch in Veränderungen der psychiatrischen Nosologie wider. Immer weitere Gruppen von Krankheitsformen haben sich in den letzten Jahrzehnten abgelöst und selbständig gemacht oder anderen Kategorien angeschlossen, nachdem narzißtische Störungen und die Borderline-Erkrankungen nicht mehr als Neurosen betrachtet werden. Die Verbreitung neuer antidepressiver Medikamente hat eine wesentliche Erweiterung der Kategorie der Depression mit sich gebracht. Dadurch sieht eine zunehmende Zahl der Psychiater in immer mehr Fällen von Angstzuständen, Phobien, Hemmungen und manchmal, wie in Fällen von seasonal affective disorders (SAD), in milderen Verstimmungen und Antriebsproblmen, Depresionsäquivalente oder depressive Frühmanifestationen und bestreitet darum deren neurotichen Charakter. Da die Depression heute in der akademischen oder »main-stream«-Psychiatrie als eine körperlich begründete Krankheit gilt, als eine Pathologie auf der Ebene von Neurohormonen und Neurotransmittern und Regelstörungen in Hirnprozessen, gehören diese klinischen Erscheinungsformen nicht mehr zu den Neurosen und entziehen sich auch der psychotherapeutischen Behandlung. Man gibt diesen Patienten mit der Diagnose Depression sehr leicht die ersehnte Krankheitsrolle, man bietet ihnen dadurch eine entlastende Erklärung für die Klagen und Symptome und weckt auch Hoffnung, indem man Heilung, oder wenigstens schnelle und dauerhafte Besserung, durch Medikamente, Lithiumsalz, Schlafentzug oder Lichttherapie verspricht. Die relativ neue Kategorie des Paniksyndroms, ebenso körperlich begründet aufgefaßt (siehe dazu die hypothetische Verbindung des Syndroms mit einer Schwäche des Bindegewebes, die sich in funktioneller Insuffizienz von Mitralklappen äußern soll, oder in Enzymdefekten usw.), bedeutet eine weitere Einschränkung der Neurosen. Gleichzeitig droht der Verlust des Prinzips der Psychogenese bei nicht-psychotischen psychiatrischen Erkrankungen. Das psychogene Element der Krankheitsgenese beschränkt sich heute vorwiegend auf das Streß-Konzept, das nichtspezifisch als Konflikt, Trauma, »life-event« oder einfach als Kränkung auf der Basis von Empfindlichkeit und Vulnerabilität wirkt.

Bezeichnenderweise sprechen die neuen epidemiologischen Erhebungen kaum über Neurosen. Die sog. Mannheim-Studie (*Schepank* 1987) erwähnt die Kategorie von psychogenen Erkrankungen und vertritt noch die Möglichkeit der Psychogenese, findet aber einen niedrigen Prozentsatz an Neurosen und hält ca. acht bis neun Prozent der psychogenen Erkrankungen für so fortgeschritten und chronifiziert oder durch andere Formen der Psychopathologie überlagert, daß sie der Psychotherapie nicht mehr zugänglich sind. Die amerikanische Epidemiological Catchment Area-Studie (NIMH-ECA) ist noch pragmatischer und weicht der Frage nach der Psychogenese ganz aus, sammelt nur Prävalenzraten zuvor als neurotisch geltender Symptombilder wie z.B.

Angst und Phobien und betont die große Lebenswahrscheinlichkeit (life time prevalence) der Alkoholismus-Erkrankung. Die Rate liegt für Männer bei 25 Prozent (*Robins* et al. 1984).

Es ist kein Wunder, daß sich die Anzahl der psychotherapeutisch behandelten Patienten in vielen Industrieländern vermindert und daß die Psychoanalyse die meisten Patienten verliert. Nur in einigen europäischen Ländern (Ober- und obere Mittelschicht z.B. in Italien und Frankreich) setzt sich der »Psychoboom« fort. Die Patienten wählen heute eher die von der biologischen Psychiatrie und der Pharmakopsychiatrie angebotene Krankenrollen, wie sie auch durch die Krankenkassen bevorzugt und gefördert oder durch die Medien verbreitet werden. Die Patienten gehen auch — teilweise als Reaktion oder aus Desorientierung zu den neuen »encounter«-Therapien, die ebenso Wunderkuren versprechen wie viele Vertreter der sog. alternativen Medizin. Die letzteren leben meist von neurotisch und psychosomatisch Kranken, die eine Alternative zur Psychotherapie suchen.

Durch die »Ausrottung« der Neurose droht die Psychokultur der letzten Jahrzehnte allmählich verlorenzugehen. Die Menschen externalisierten ihre psychischen Probleme und erwarten Heilung oder Linderung durch magische Wirkungen. In dieser Hinsicht ähneln medizinische Wunderdrogen und Dauerkuren (wie kontinuierlich verabreichte Antidepressiva oder Anxiolytika) sehr den Wundereingriffen wie Plantarmassage, Handauflegen, elektromagnetischen Einstrahlungen oder der »Psychochirurgie«, die nicht nur in Ostasien, sondern auch überall in Europa praktiziert wird. Diese »postmoderne« Irrationalitätswelle, die sich in diesen Methoden manifestiert, bieten den Menschen viele Möglichkeiten an Ausagieren, Verschieben oder Ausweichen vor Komplexen, Ich-Schwäche oder Phobien. Das betrifft nicht nur die Neurotiker im alten Sinne, sondern auch die archaisch Ich-Kranken.

In Ungarn zeigt sich diese Problematik sehr ausgeprägt. Nachdem die ideologisch motivierte Ablehnung der Psychoanalyse und Psychotherapie in den sechziger Jahren nachließ, entfaltete sich eine rege psychotherapeutische Aus- und Weiterbildungstätigkeit im Lande in fast allen Methoden und Schulrichtungen der Psychotherapie. In den achtziger Jahren fehlte nur eine amtliche Legitimierug und ein Krankenversicherungssystem, um der Psychotherapie freien Lauf zu lassen. Doch jetzt erobert die alternative Psychotherapie den Markt mit Geistheilern, Hypnotikern und Phytotherapeuten, die den Patienten sehr schaden können.

Analysiert man die Situation um die Neurose, so wird klar, daß diese im ontologischen Sinne fortbesteht. Die Neurose würde reale Therapie brauchen und hier in erster Linie psychoanalytische Therapie, da die existentiellen Themen der Neurosen die der psychosexuellen Entwicklung, der Identitätsbildung, der Befreiung schöpferischer Kräfte, der Probleme der Intimität und der menschlichen Beziehungen usw. sind, mit denen sich jeder Mensch auseinandersetzen muß. Die durch diese Lebensthemen hervorgerufenen Ängste, Spannungen und psychischen Symptome brauchen Durcharbeiten und Verstehen.

Sie werden oft zu wirklichen Krankheiten durch Verdrängung und Externalisierung, durch neue Formen sozialer Abwehr wie Medikamente und Wunderkuren. Auch die archaisch Ich-Kranken haben neurotische Probleme, besonders in der fortgeschrittenen Phase der nachholenden Ich-Entwicklung, die mit Methoden der Neurosentherapie behandelt werden können. So bleibt die Neurose, symbolisch gemeint, als menschliche Erlebnisform und als Gebiet der psychotherapeutischen Behandlung wichtig für Psychiatrie und Gesellschaft. Die Neurose steht auch in Verbindung mit Tradition und Werten, die noch immer lebendig sind, und statt Verdrängung eher eine Neubesinnung und Neuformulierung nötig hätten. Autorität, Ehrfurcht, Hemmung und Sozialangst z.B., die in neurotischer Weise, also destruktiv oder defizitär, einen Symptomwert haben und als Signal und Herausforderung für das Ich dienen, können aber auch prosozial wirken und konstruktiv sein.

Zweifellos haben die Psychoanalyse und andere Theorien der Psychotherapie die Menschen im letzten Jahrhundert tief beeinflußt. In der Tatsache, daß es weniger »echte« Neurotiker gibt, spiegelt sich der Prozeß wider, daß viele Elemente dieser Theorien Teile des allgemeinen Wissens geworden sind. Sie können als Einsicht, Verständnis und introspektives Konstrukt in der Erziehung, gegenseitiger Hilfe oder für die Selbstheilung angewandt werden.

Das Programm der WHO, welches im Rahmen der »Health for All at 2000« ausgearbeitet wurde, ist in diesem Zusammenhang von großer Bedeutung. Man mußte feststellen, daß allgemein die seelische, aber auch die körperliche Gesundheit kaum durch Therapie gewährleistet werden kann. So viele Fachleute stehen gar nicht zur Verfügung. Das Programm der WHO möchte die im allgemeinen Bewußtsein vorhandenen psychologischen Fähigkeiten und Fertigkeiten mobilisieren. Das Programm ruft daher zu einer bewußten und aktiven Tätigkeit für die seelische Gesundheit auf. Im Rahmen dieses Programmes, das von den Kommunen durchgeführt werden soll, kann man gültige psychologische Erkenntnisse und gesunde Verhaltensschemata lernen. Es gibt hier viele Möglichkeiten, beginnend mit der klassischen Gesundheitserziehung, durch verhaltenstheoretisch gestaltete Übungen, bis zur Teilnahme an Selbsterfahungsgruppen. Man kann mehr über zwischenmenschliche Beziehungen und über Familienleben und Kindererziehung lernen und an Trainingsgruppen teilnehmen. Man kann sich Selbsthilfegruppen anschließen, an Gemeindeprozessen teilnehmen, die auf die korrektive Beeinflussung des lokalen psychosozialen Milieus zielen. Diese Möglichkeiten werden heute in Nordamerika und in Westeuropa genutzt. In der Bundesrepublik arbeiten ca. 50.000 Selbsthilfegruppen und tausende von kirchlichen und humanitären Hilfsorganisationen, und der Mut zur Selbstbestimmung und Selbstregelung der Gemeinden wächst zunehmend. Natürlich sind diese Entwicklungen von sehr unterschiedlichen Ideologien und Wertvorstellungen beeinflußt. Die bisherigen Beobachtungen und Untersuchungen haben jedoch ein sehr positives Bild ergeben. Die gesunden Kommunikations- und Gruppenprozesse überwiegen und wirken Isolation und Entfremdung entgegen, therapeutische Verän-

derung ist möglich. Das ist verständlich, denn Psychotherapie ist ja keine Neuentdeckung an sich, sondern hat die volkstümlichen und religiösen Erfahrungen mit Zuhören, Empathie, Begegnung, Einstellungsveränderung und Erziehung in ihren Methoden verbunden. Die Gruppenpsychotherapie hat das Wissen um gesunde Gruppenprozesse übernommen und angewendet. Die seelische Gesundheitsförderung, wie es die WHO nennt, ist eine reale Perspektive. Sie bedeutet nicht Prophylaxe, sondern Förderung von Tätigkeiten und psychologischen Aspekten, die die Menschen seelisch stärker und widerstandsfähiger machen. Man könnte diese Laientätigkeiten wesentlich sicherer und effektiver gestalten, wenn immer mehr Fachleute, und hier besonders Psychoanalytiker und Psychotherapeuten an diesen seelischen Förderungsprogrammen beteiligt wären.

Die Dynamische Psychiatrie wäre besonders geeignet, die neuen Strömungen der seelischen Gesundheitsförderung zu unterstützen. Hier möchte ich hinweisen auf das soziotherapeutische Potential der Milieutherapie und auch auf die therapeutischen Gruppenprozesse. Lebendige und gesunde Gruppenstrukturen können die fehlende oder pathogene Primärgruppe ersetzen und die Gruppenmitglieder in ihrer nachholenden Ich-Entwicklung unterstützen. Ein gutes psychologisches Klima fördert in Arbeitsorganisationen und Gemeinden formelle und informelle Gruppenprozesse. Zur gleichen Zeit bieten reale Rollenverhältnisse und Aufgaben dem Ich Spielraum für autonome und schöpferische Leistungen. Mit dem Prinzip der Sozialenergie (*Ammon* 1982) ist die Dynamische Psychiatrie am besten in der Lage, den Strukturen der seelischen Gesundheitsförderung eine wissenschaftliche Basis zu geben. Auch die Theorie der Ich-Funktionen, besonders die Ich-Funktion der Angst und Kreativität, sowie das Meta-Element in der Theorie, die Kategorisierung von Zuständen der Ich-Funktionen in konstruktive, destruktive und defizitäre Formen kann der Laie verstehen. Die Dynamische Psychiatrie arbeitet auch prophylaktisch in den Psychoanalytischen Kindergärten, in Elterngruppen, in der Erforschung der psychologischen Problematik der Arbeit, in Balintgruppen für Lehrer, Sozialarbeiter, Allgemeinpraktiker und Priestern, die auf dem Gebiet der Prävention arbeiten. In den zwei Bänden des »Handbuches der Dynamischen Psychiatrie« (*Ammon* 1979, 1982) finden sich viele Ansätze, die sich, speziell herausgearbeitet, vortrefflich eignen als psychologisch-psychotherapeutische Grundlage für die oft spontan entstandenen Laienaktivitäten, die heute zusammenfassend als seelische Gesundheitsförderung bezeichnet werden. Sie könnte den irrationalen Strömungen, denen man auch den Reduktionismus und die Biologisierungstendenz der akademischen Psychiatrie zuordnen kann, entgegenwirken.

Neurosis Today — Considerations upon Large-Scale Activities Directed towards Improving Psychic Health

Béla Buda (Budapest)

The paper begins by outlining the importance of the nosologic entity of »neurosis« for modern psychiatry. It marked off psychogenetic disturbances from psychiatric illness and constituted the first milestone in *Freud*'s conceptualisation of the unconscious and in a psychoanalytic model and theory of the human psyche. It helped humanize medical thinking and treatment exlusively based on natural sciences, and introduced the psychosomatic and psychotherapeutic approach which enabled psychiatric treatment to establish itself outside of the precincts of psychiatric wards. The wide acceptance the notion of neurosis achieved, accounted for the high prevalence (30—50%) in large-scale epidemiologic studies — such as the Midtown Manhattan study of 1962, or the Sterling-County study of 1980. At the beginning of the sixties, however, an increasing change in non-psychotic psychiatric manifestations occured, showing evidence of a different psychopathology. The new illnesses displayed far more severe ego-disturbance than was the case with the neurosis; they were designated by such terms as narcissistic, or pre-oedipal disorders, or, as *Ammon* called them in 1973, archaic ego diseases. Their nosology further includes the borderline-syndrome, as well as psychosomatic illness and addiction states, accounting for a steady increase of psychiatric morbidity. Later, anxiety and panic syndromes, phobic and seasonal affective disorders were added, splitting off from the neuroses a large class of depressive states and equivalent, considered by »main-stream« psychiatry to be reducible to organic etiology.

Thus, the diagnosis of neurotic illness diminished gradually in frequency, while disturbances still generally considered of psychogenetic origin are practically limited to stress conditions or pathological reactions due to »life events«, oversensitivity or vulnerability. In *Buda*'s words, the neurosis is »threatened by extinction«, and more recent epidemiological surveys, as for instance the Mannheim study, ascribe it, indeed, diminished prevalence rates. This leads in its turn to a decrease of psychoanalytic treatment in western countries, with the exception of upper and middle-class populations in Italy and France.

Psychoanalytic though and tradition seem to decline, opening the field for all sorts of exotic and »alternative« healing methods, ranging from plantar massage techniques to electromagnetic irradiation or miraculously healing encounter therapies. Above all, the irrational hope for the ultimate cure by a magic drug implicit in the pharmacological-biological approach achieves the effect of giving back the patient his coveted role of being sick, and, with it, the wide range of acting out, neglecting and avoidance strategies liable to mask ego weakness, complexes and phobias.

In Hungary, according to the author, these tendencies are pronounced. The enthusiastic of all psychotherapeutic schools and activities, which followed

former ideologically motivated rejection of psychotherapy and psychoanalysis, failed to gain offical legitimacy and support by a health insurance system. Thus, a wide variety of »alternative« healers are about to conquer the Hungarian psychotherapeutic field.

Neurosis, writes *Buda,* ontologically continues to exist. It represents, symbolically, a form of human experience. Today, it necessitates revised and renewed consideration rather than suppression, being still important for psychiatry and society. The concepts of psychoanalysis and other psychotherapies have exerted a considerable impact on modern man, their theories and practice being an integral part of our knowledge. The »Health for All at 2000«-Project of the WHO could be based on this knowledge and the prophylactic and therapeutic tools it provides, by mobilizing and activating the resources of health education, self-help-groups and voluntary health care and assistance organizations. This could initiate various teaching-learning processes, e.g. about family life, children's education, or human relationships, and could further develop such knowledge by participation in training or self-experience groups. In this »dialog between specialist and layman«, as the author calls it, the conception of Dynamic Psychiatry could be of considerable use, since its basic elements, i.e. the repairing and healing potential of groups, the conviction of a constructive aggression and creativity being inherent to man, the principle of social energy and the emphasis on prophylactic work, are generally understandable and apt to provide a metatheoretical background to all large-scale activities directed towards improving psychic health.

Literatur

Ammon, G. (1973): Dynamische Psychiatrie. Grundlagen und Probleme einer Reform der Psychiatrie (Darmstadt, Neuwied: Luchterhand)
— (Hrsg.) (1979): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie. Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt)
— (Hrsg.) (1982): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie. Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt)
Dohrenwend, B.P. et al. (1980): Mental Illness in the United States Epidemiological Estimates. (New York: Praeger)
Eichler, W. (Hrsg.) (1981) Sexualmedizin in der Praxis (Frankfurt am Main: Fischer)
Fenichel, O. (1946): The Psychoanalytic Theory of Neuroses (London: Routledge and Kegan Paul)
Ferenczi, S. (1964): Bausteine für Psychoanalyse, Bd. 1—4 (Bern: Huber)
Robins, L.N. et al. (1984): Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. In: Archives of General Psychiatry (41) 949—958
Schepank, H. (1987): Epidemiology of Psychogenic Disorders. The Mannheim Study — Results of a Field Survey in the Federal Republic of Germany (Berlin, Heidelberg: Springer)
Scole, L. et al. (1962): Mental Health in the Metropolis. The Midtown Manhattan Study (New York: McGraw-Hill)

Adresse des Autors:

Dr. med. Béla Buda
Ostrom u. 6
1015 Budapest 1
Ungarn

Psychische Erkrankungen im heutigen Rußland politische, epidemiologische und präventive Aspekte**

Boris Poloshij (Tomsk)*

Es werden Aufgaben und Grenzen einer Prävention psychatrischer Krankheiten angesichts des gesellschaftlichen Umbruchs in Rußland dargestellt. Einleitend führt der Autor aus wie seiner Meinung nach die psychiatrische Wissenschaft und Praxis durch die kommunistische Vergangenheit beeinträchtigt war. Durch den gesellschaftlichen Wandel sind die Psychiater nun besonders gefordert, mitzuwirken, die psychische Gesundheit der Bevölkerung zu erhalten. Aufgrund eigener Untersuchungen in Sibirien hält er 15 bis 35% der Bevölkerung der Hilfe eines Psychiaters für bedürftig. Die Ergebnisse seiner Untersuchungen werden zusammengefaßt dargestellt und Unterschiede zwischen verschiedenen sozialen Gruppen beschrieben. Die Erkrankungshäufigkeit wird auf gesellschaftliche Prozesse bezogen, wobei für die Zeit der kommunistischen Herrschaft ein destruktives oder defizitäres sozialenergetisches Feld angenommen wird, das die gesunde Persönlichkeitsentwicklung behindert hat. Durch die demokratischen Veränderungen kann sich konstruktive Sozialenergie bilden, und der Autor hofft, daß unterstützt durch Methoden der Dynamischen Psychiatrie eine wirkungsvolle Prävention psychiatrischer Erkrankungen möglich wird.

Die gegenwärtige Periode der historischen Entwicklung Rußlands ist einerseits durch so positive Erscheinungen wie der Wiederherstellung von Freiheit und Demokratie, der Zerstörung des totalitären kommunistischen Regimes, der Entideologisierung der Gesellschaft und der Verwirklichung der Menschenrechte und der religiösen Toleranz gekennzeichnet, anderseits sind alle diese positiven Veränderungen notwendigerweise mit einer sozialen, politischen und ökonomischen Krisensituation verbunden. Die Psychiatrie spiegelt den moralischen und geistigen Zustand einer Gesellschaft wider. Dementsprechend ist die ihr zugrundeliegende Einstellung entweder eine humanistische oder eine unterdrückende und in gewissen Fällen sogar strafende. Ebenso verhält es sich mit der Beziehung der Gesellschaft zu einem psychiatrisch Kranken, und auch die psychische Gesundheit einer Nation beruht auf dem moralischen und geistigen Zustand einer Gesellschaft.

Die russische Psychiatrie ist durch zwei wesentliche Züge gekennzeichnet, nämlich durch eine humanistische Zielrichtung und durch ein herausragendes klinisches Können. Es sei nur an solche Psychiater wie *Bechterev*, *Korsakov* und *Gannuschkin* erinnert. Aber eine siebzigjährige kommunistische Vergangenheit hat verschiedene Seiten der psychiatrischen Wissenschaft und Praxis in Rußland gehemmt und entstellt. Das zeigt sich in folgenden Punkten: 1. Der Psychiatrie lag die falsche These zugrunde, daß es im Sozialismus keine sozialen Ursachen für die Entstehung psychischer Störungen gebe, daß darum ihre Anzahl sehr gering sei, und wenn es sie aber gebe, dann sei ihre Ent-

*Vize-Direktor des Instituts für psychische Gesundheit der Russischen Akademie der medizinische Wissenschaften, Tomsk, Rußland

**Vortrag gehalten auf dem 9. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychatry WADP/XXII. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 29. April - 3. Mai 1992 an der Universität Regensburg

stehung mit biologischen Faktoren verbunden. 2. Da der Staat völlig über die Persönlichkeit eines Menschen bestimmte, fehlte in der offiziellen Medizin das Interesse an einem Studium von Psychologie und psychischer Hygiene; dadurch war die Manipulation breiter Massen durch gesellschaftliche Ideologiebildung erleichtert. 3. Die beschränkten ideologisch begründeten philosophischen Vorstellungen des Regimes hatten alle wissenschaftliche Theorien, die nicht in die Grenzen marxistischer Dogmen einzupassen waren, verboten. Infolgedessen war auch das Studium und die Anwendung der Psychoanalyse verboten, die Bedeutung des Unbewußten in der psychischen Tätigkeit der Menschen verneint. Die Entwicklung der Psychiatrie war dadurch gehemmt, und es kam zu einer einseitigen Betonung der biologischen Psychiatrie. 4. Die Unterdrückung von Andersdenkenden führte zum Mißbrauch der Psychiatrie zu politischen Zwecken. Menschen, die ihre Ablehnung der gesellschaftlichen Meinung ausgedrückt hatten, waren als psychiatrisch Kranke beurteilt und in sogenannte spezielle psychiatrische Krankenhäuser eingewiesen worden. Man muß jedoch sagen, daß das Ausmaß dieser Erscheinungen besonders in der heutigen russischen Presse übertrieben wird. Unsere Erfahrungen zeigen, daß unter den in den speziellen psychiatrischen Krankenhäusern befindlichen Andersdenkenden, die widerrechtlich eingeliefert waren, auch wirklich psychisch Kranke waren. 5. Die Umwandlung der Psychiatrie in eine fast geheime Wissenschaft führte bei vielen Menschen aus ihrer Unwissenheit in Psychologie und Psychohygiene heraus zu Angst und einer eigentümlichen psychologischen Barriere vor der psychiatrischen Behandlung. Die Arbeit für den Schutz der psychischen Gesundheit der Bevölkerung war dadurch wesentlich erschwert.

So war die psychiatrische Wirklichkeit in Rußland noch Mitte der achtziger Jahre. Jetzt hat sich die Lage in dieser Hinsicht wesentlich verbessert, aber sie ist durch eine gesamtgesellschaftliche Krise kompliziert worden. Von den Psychiatern werden entscheidende Bemühungen für den Schutz und die Festigung der psychischen Gesundheit der Nation verlangt. Unserer Ansicht nach sind epidemiologische Untersuchungen eine Grundlage zur Erforschung des psychischen Gesundheitszustandes der Bevölkerung. Sie stellen die Voraussetzung dar, um die Größe des Problems einschätzen zu können.

Unsere epidemiologischen Untersuchungen basieren auf zwei Voraussetzungen, die die Genauigkeit und Wertigkeit der erhaltenen Ergebnisse bestimmen, nämlich zum einen Untersuchungen eines großen Teils der Bevölkerung, zum anderen eine differenzierte Untersuchung der psychischen Gesundheit verschiedener Berufs- und Altersgruppen, die sich gegenüber der gesamten Bevölkerung wesentlich in sozialen, biologischen und anderen Merkmalen unterscheiden.

In den letzten Jahren habe ich mit den Mitarbeitern des Tomsker Instituts für psychische Gesundheit verschiedene Berufsgruppen der Bevölkerung Sibiriens epidemiologisch untersucht. Es waren Arbeiter der Industrie- und Baubetriebe, Angestellte wissenschaftlicher Forschungsinstitute, Studenten und

Schulkinder im Alter von 7-10 Jahren. Die erhaltenen Ergebnisse erlauben uns, einige epidemiologische Gesetzmäßigkeiten festzustellen und feine Unterschiede der einzelnen Gruppen herauszuarbeiten.

Neurosen, Psychopathien und Grenzzustände, also nicht-psychotische Störungen sind weit verbreitet. 150 Fälle auf tausend Arbeiter der Industriebetriebe, 180 Fälle auf tausend Studenten, 250 Fälle auf tausend Schüler, 340 Fälle auf tausend Arbeiter der Baubetriebe. 15% bis 35% der Bevölkerung brauchen die Hilfe eines Psychiaters oder Psychotherapeuten.

Neurosen und Grenzzustände finden sich häufiger bei Frauen. In allen Berufs- und Altersgruppen kommen diese Erkrankungen bei Frauen zwei- bis dreimal häufiger als bei Männern vor, z.B. 77 Fälle auf tausend Arbeiter der Industriebetriebe und 197 Fälle auf tausend Arbeiterinnen. Das kann für eine größere psychologische Verletzbarkeit von Frauen, besonders in ihrer frühen Kindheit sprechen, was zu Störungen der Persönlichkeitsentwicklung führt, verstärkt durch die schweren sozialen Bedingungen des Frauenlebens in Rußland.

Bei Erwachsenen nimmt die Verbreitung psychischer Störungen entsprechend ihrem Alter zu mit einem Maximum jenseits des 45.-50. Lebensjahres. Das kann man darauf zurückführen, daß im Alter somatische Leiden sich verschlimmern und psychische Störungen zur Folge haben, ferner auf eine verringerte Anpassung im Alter, auf psychische Involutionsveränderungen des Organismus und auf größere soziale Probleme, die betagte Menschen haben.

Es können bestimmte Gesetzmäßigkeiten der Neurosenverbreitung in Abhängigkeit von der Berufstätigkeit festgestellt werden. Allgemein läßt sich sagen, daß je höher Bildungs- und Berufsstand eines Menschen sind, desto größer das Risiko ist, an einer Neurose zu erkranken. So sind psychische Störungen unter hochgebildeten Fachleuten, Ingenieuren und Abteilungsleitern, die in den Industriebetrieben arbeiten, 2,5-3mal häufiger als bei Arbeitern. Auch bei diesen finden sich mehr Neurosen bei denen, die eine höhere berufliche Qualifikation haben, als bei denen mit einer niedrigeren. Eine solche Tendenz sieht man auch bei den Mitarbeitern wissenschaftlicher Forschungsinstitute. In dieser Berufsgruppe sind Neurosen am weitesten bei Labor- und Abteilungsleitern sowie leitenden Wissenschaftlern, also bei den Personen mit hoher beruflicher Qualifikation, verbreitet.

Eine eindeutige Interpretation dieser Daten ist schwierig, aber ohne jeden Zweifel steht die erhöhte Bereitschaft zur neurotischen Reaktion in Bezug mit der höheren Intelligenzstufe dieser Menschen. Wahrscheinlich hat es mit einer Besonderheit ihrer »Ich-Struktur« zu tun, indem in der frühen Kindheit entstandene neurotische Komplexe Überkompensationen in anderen Lebensbereichen förderten und bestimmte Ausbildungs- und Berufserfolge ermöglichten.

Auffallende Besonderheiten der Neurosenverbreitung haben wir bei den Studenten unter Berücksichtigung ihres Studienfachs festgestellt. Wir haben vier Untergruppen gebildet, die ähnliche Fachgebiete zusammenfassen, nämlich geisteswissenschaftliche (Geschichte, Literatur, Philosophie), medizinisch-

biologische (Medizin, Biologie, Chemie), physikalisch-mathematische (theoretische Physik, Mathematik) und ingenieurwissenschaftliche. Die Häufigkeit von Neurosen ist unter den Studenten dieser Fachgebiete unterschiedlich. Es ergibt sich ein Verhältnis zwischen den ingenieurwissenschaftlichen, physikalisch-mathematischen, medizinisch-biologischen und geisteswissenschaftlichen Fächern von 1:3:4:9. Gleichzeitig ist die Verbreitung von Schizophrenieerkrankungen eine andere: Setzt man die Häufigkeit bei den ingenieurwissenschaftlichen Fakultäten gleich eins, dann ist sie an den medizinisch-biologischen und geisteswissenschaftlichen Fakultäten viermal und an den physikalisch-mathematischen Fakultäten siebenmal so hoch. Somit sind bei den Studenten ingeneurwissenschaftlicher Fachgebiete Neurosen und auch Schizophrenien am wenigsten verbreitet. Mediziner und Biologen haben eine Zwischenstellung; schließlich ermittelten wir eine vorherrschende Verbreitung von Neurosen bei den Studenten geisteswissenschaftlicher Fächer und von Schizophrenie-Erkrankungen bei den Mathematik- und Physikstudenten. Diese Ergebnisse legen die Schlußfolgerung nahe, daß die Berufswahl in vielem von den psychischen Besonderheiten einer Persönlichkeit oder ihrer »Ich-Struktur« beeinflußt wird. Dabei haben junge Menschen, die neurotische Komplexe haben, eine Neigung zu den geisteswissenschaftlichen Fächern, und Menschen mit einer schizophrenen Struktur, denen eine formale und abstrakte Denkweise eigentümlich ist, orientieren sich hin zu mathematischen und physikalischen Fächern.

Um die Ursachen einer solch hohen Verbreitung von Neurosen in verschiedenen Gruppen der Bevölkerung zu analysieren, ist es zweckmäßig, das Konzept der Sozialenergie von *Günter Ammon* und den Begriff des sozialenergetischen Feldes heranzuziehen. Dieser Theorie zufolge beruht jede Persönlichkeitsentwicklung, auch die neurotische, auf einer psychischen Energie, die aus zwischenmenschlichen Beziehungen stammt und die durch diese wiedergegeben wird. Die Sozialenergie kann konstruktiv, destruktiv und defizitär sein, wobei in jedem sozialenergetischen Feld, in dem sich eine Person befindet, alle drei Komponenten in unterschiedlichen Wechselbeziehungen vorhanden sind.

In der von 1917 bis zur Mitte der achtziger Jahre bestehenden totalitären Periode unserer Gesellschaft herrschte destruktive Sozialenergie in den menschlichen Beziehungen vor. Sie hat ihre Entsprechung in der totalen Unterdrückung der Persönlichkeit, in zahlreichen Verboten und Beschränkungen der Lebenstätigkeit, in Verleumdungen und Bestrafungen bis hin zu weitergehenden Repressionen und zur Vernichtung von Menschenleben. Ebenso wie diese destruktive Sozialenergie in der Gesellschaft insgesamt vorhanden war, so war sie es auch in einzelnen Gruppen wie z.B. in der Familie, wo es oft zu einer grausamen Behandlung der Kinder gekommen war. Die Gestalt des Vaters wurde mit der Figur der Staatsoberhaupts identifiziert, nicht umsonst hat einer der grausamen kommunistischen Führer Rußlands — *Stalin* — in das Bewußtsein der Massen die Gestalt eines Vaters der Völker eingeführt. Beson-

sonders in den siebziger Jahren nahm die defizitäre Sozialenergie wesentlich zu, welche sich in einem Mangel an wirklichem Interesse und in einer fehlenden Rücksichtsnahme auf die Person zeigte sowie in Forderungen, die nur an Ergebnissen bestimmter Handlungsweisen ausgerichtet waren, also nur das sekundäre »Ich« berührten. Auf diese Weise läßt sich das sozialenergetische Feld einer großen Anzahl von Menschen beschreiben. Es enthält einen hohen Anteil von destruktiver und defizitärer Sozialenergie bei entsprechender Herabsetzung des konstruktiven Anteils, der gerade für eine günstige Persönlichkeitsentwicklung unbedingt erforderlich ist. Dadurch entstanden notwendigerweise Bedingungen, die die Krankheitsentstehung in der Kindheit und auch die pathologische Altersentwicklung der Persönlichkeit begünstigten.

Die in den letzten Jahren in Rußland stattgefundenen wohltuenden demokratischen Veränderungen schaffen nun günstige Voraussetzungen für die Bildung eines sozialenergetischen Feldes, in dem die konstruktiven Anteile vorherrschen. Doch wird diese Tendenz von der Krise, die das Land derzeit durchmachen muß, wesentlich beeinträchtigt. Viele Menschen haben nämlich keine ausreichenden psychischen Fähigkeiten, um sich flexibel den einschneidenden Veränderungen in ihrem Leben anpassen zu können. Bei Massenuntersuchungen der Bevölkerung wird ein Anstieg von Unsicherheit, Aggressivität und Depression festgestellt, was mit den schweren Lebensbedingungen, der Angst vor der Zukunft, der Zerstörung alter sterotyper Denk- und Verhaltensweisen und einer erlebten Schutzlosigkeit in der Gesellschaft verbunden ist.

Deshalb ist es in Rußland besonders wichtig, psychohygienisch und psychotherapeutisch zu arbeiten. Programme zum Schutz der psychischen Gesundheit der Bevölkerung müssen in riesigem Ausmaß verwirklicht und auf modernem wissenschaftlichen und methodologischen Niveau erfüllt werden. Das Hauptziel dieser Arbeit ist es, konstruktive sozialenergetische Felder aufzubauen, die eine leistungsfähige Ich-Entwicklung ermöglichen und die die Entstehung von psychischen Störungen und pathologischen Persönlichkeitsentwicklungen verhindern.

In Tomsk, dem alten Universitätszentrum Sibiriens, wird durch das Institut für psychische Gesundheit der Russischen Akademie der medizinischen Wissenschaften intensiv an der Erfüllung dieser Aufgabe gearbeitet. Zu diesem Zweck des Schutzes der psychischen Gesundheit werden von uns spezialisierte Fachleute in den Industriebetrieben, an den Universitäten, in wissenschaftlichen Forschungsinstituten, in den Schulen und auch in kleinen Städten und Dörfern des Tomsker Gebiets eingesetzt.

Die Tätigkeit dieser Fachleute umfaßt die Durchführung von psychoprophylaktischen Massenuntersuchungen und die breite Anwendung einer präventiven psychotherapeutischen Arbeitsweise. Dabei verwenden wir weitgehend die Methoden der dynamischen Psychiatrie und der Gruppendynamik, wie sie von *Günter Ammon* beschrieben wurden. Wir paßten verschiedene Methoden der Psychotherapie wie Milieutherapie, Gruppentherapie und non-

verbale Therapien wie Musik-, Mal- und Theatertherapie, in denen der schöpferische Ausdruck im Mittelpunkt steht, an unsere Bedingungen an. Wir konnten auf diese Weise in der therapeutischen Praxis wirkungsvolle konstruktive sozialenergetische Felder aufbauen. Wir hoffen, damit die Programme zum Schutz der psychischen Gesundheit der Bevölkerung noch effektiver gestalten zu können.

Psychic Diseases in Russia Today — Political, Epidemeological and Preventive Aspects

Boris Poloshij (Tomsk)

The author precedes from the assumption that psychiatric science and practice reflect the moral condition and the attitude of mind of the corresponding society. The social changes in Russia allow the Russian psychiatry to resume the humanistic tradition which is tied to names like *Bechterev* and *Korsakov.* During the time of communistic government, psychiatry was impaired in many ways:

— Psychiatric diseases were explained in terms of biological conditions, since in a socialistic societey there were allegedly no social reasons for the development of psychic diseases.
— Study and use of psychoanalysis was prohibited.
— Psychiatry itself was misused for the purpose of oppressing dissidents.
— There was a widespread anxiety of psychiatric treatment among the people.
— The situation has changed since then, even though the political and economic crisis is still continuing. Psychiatrists have the task to maintain resp. improve psychic health among the people.

Poloshij regards epidemeological investigations to be necessary in order to realize the extent of tasks to be approached. The Tomsk Institute for Psychic Health found out that 15 to 35% of the Sibirian population are in need of psychiatric or psychotherapeutic support. In the cases of neurosis and borderline conditions the portion of women is twice or three times as high as that of men; furthermore the amount of psychic diseases rises with the increase of age of life. Further results are that the risk to develop a neurosis corresponds with the level of education and profession. An investigation of students showed that the number of students with a neurosis is highest among those who study arts subjects, while schizophrenia is most frequent among students studying physics and mathematics.

In order to explain these results, *Poloshij* refers to the conception of social energy as described by *Ammon* and the Berlin School of Dynamic Psychiatry. The time of communist government, during which personality of man was

oppressed, life activities were restricted and human life was destroyed, is regarded as a destructive social energetic field which influences the families; since the 70ies there has been a deficient social energy, where there was no real interest in man and his development. The democratic changes in Russia offer the opportunity to develop a constructive social energetic field. Experts have to support industries and universities so that psychic health among the population is protected and promoted. According to the author the methods of Dynamic Psychiatry have shown to be effective.

Adresse des Autors:

Prof. Dr. med Boris Poloshij
Institut für psychische Gesundheit
Akademie der medizinischen Wissenschaften
634028 Tomsk
Rußland

Ansätze ganzheitlichen Denkens in den Krankheitslehren von Psychiatrie und Psychoanalyse**

Rolf Schmidts (München)*

Es ist das Anliegen des Autors, die Verwobenheit der klinischen Psychopathologie der Schulpsychiatrie Emil Kraepelins, der psychoanalytischen Neurosenlehre Sigmund Freuds und der Dynamischen Psychiatrie Günter Ammons in ihrem wissenschaftshistorischen Kontext darzustellen. Diese historische Betrachtungsweise basiert auf einer ausführlichen Literaturbearbeitung. Der Autor untersucht die verschiedenen Krankheitslehren nach dem ihnen zugrunde liegenden Verständnis von Krankheit, dem Menschenbild, der Entwicklung des energetischen Denkens, der Bedeutung des Unbewußten und den Ansätzen ganzheitlichen gegenüber nosologischen kategorisierenden Denkens. Er weist die Entwicklungslinie nach, die zwischen der Konzeption der Einheitspsychose bei Wilhelm Griesinger, dem Neurosenkonzept Sigmund Freuds und dem gleitenden Spektrum der archaischen Ichkrankheiten Günter Ammons gezogen werden kann. Er kommt zu dem Schluß, daß historisch gesehen die Spaltung von Psychiatrie und Psychoanalyse hätte vermieden werden können. Als eine Aufhebung dieser Spaltung interpretiert der Autor das Konzept der Dynamischen Psychiatrie Günter Ammons, das die verschiedenen Strömungen in Psychiatrie und Psychoanalyse in einem neuen Paradigma integriert.

Gegenstand dieser Arbeit ist der wissenschaftshistorische Zusammenhang, in dem die Klinische Psychopathologie und eine immer noch dem Konzept *Emil Kraepelins* verpflichtete schulpsychiatrische Nosologie mit der psychoanalytischen Neurosenlehre *Sigmund Freuds* und der Dynamischen Psychiatrie der Berliner Schule *Günter Ammons* stehen.

Es kann dabei nur um einige der wesentlichsten Leitlinien gehen. Die alte, auf *Albert Zeller* und *Wilhelm Griesinger* zurückgehende psychiatrische Lehre von der »Einheitspsychose« stellt die dialektische Gegenströmung zu der Lehre einer Vielfalt von Krankheitseinheiten dar. Gerade in dieser Gegenbewegung entfaltet sich die neuere Problemgeschichte der Psychiatrie.

Der Begriff »Seelenkrankheit oder Psychose« selbst ist ein später Begriff der Psychiatriegeschichte. Er wurde erstmalig 1845 im »Lehrbuch der Ärztlichen Seelenkunde« von *Feuchtersleben* gebraucht und erfuhr in der Folge unterschiedliche und teilweise kontroverse Bestimmungen. Selbst der Begriff »Psychiatrie« entstammt der neueren Wissenschaftsgeschichte. Inhaltlich dagegen reicht die vorwissenschaftliche und wissenschaftliche Auseinandersetzung um seelisches Leiden in Urzeiten zurück. Die unterschiedlichsten »Diskurse des Wissens« (*Foucault*) haben auch in der neueren Problemgeschichte der Psychiatrie ihre Spuren hinterlassen. Gerade sie lassen die Reflektion über psychisches Lied nie zu einem endgültigen objektiven Resultat und somit zur Ruhe kommen. Methodisch werden deshalb rückläufig und historisch einige der wichtigsten Positionen der neueren Psychiatriegeschichte in Erinnerung gebracht.

* Dr. med., Arzt für Psychiatrie und Neurologie, Psychotherapie, Psychoanalyse, Chefarzt der Dynamisch Psychiatrischen Klinik Menterschwaige

** Vortrag gehalten auf dem 9. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP / XXII. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 29. April — 3. Mai 1992 an der Unversität Regensburg

Voranschreitend werden einige Aspekte des »energetischen Denkens« von *Griesinger* über *Freud* bis zu *Janzarik* und *Ammon* in der Psychiatrie herausgearbeitet. Dabei wird deutlich, daß es sich bei diesem psychiatrischen und psychotherapeutischen Diskurs um die spinozistische Frage handelt: »Was ist der Mensch?«.

Natürlich ist dies eine philosophische Frage und genau genommen ein Wertproblem. Unbeschadet des Versuches vieler psychiatrischer und sogar einiger psychoanalyischer Schulen, die Wertfrage auszuklammern, kommt eine historische Betrachtungsweise nicht darum herum, gerade sie zu betonen. *Paul Parim* schreibt in seinem Vorwort zu dem Buch »Spurensuche in der Geschichte der Psychoanalyse« (*Reichmayr* 1990), daß das Paradigma, Psychoanalyse sei eine »objektive und wertfreie« Wissenschaft, das »bis heute den größten Einfluß auf die Organisation der Forschung und die Aufarbeitung der Erkenntnisse hat. . . aus Zeiten der technischen und medizinischen Evolution« stamme. Weil aber die Psychoanalyse in Theorie und Praxis »von menschlichem Leiden ausgeht und einem radikalen Humanismus verpflichtet ist« entstehe »ein unüberwindlicher Widerspruch (als) Folge des harnäckig fortgesetzten Versuches, sie wertfrei zu halten«.

Meine Darstellung wird daher die Überwindung des in Wahrheit nur scheinbar wertfreien Maschinenmodells des Menschen, wie es die Wissenschaftsgeschichte des 19. Jahrhunderts kennzeichnete, im Menschenbild der Dynamischen Psychiatrie beschreiben. Danach ist der Mensch ein gruppendynamisches Wesen, das seine ureigenste Identität in allen lebensgeschichtlich bedeutsamen Gruppen in Beziehung zu ihnen entwickelt. Die Wahrnehmung des anderen Menschen in der Psychologie und der Psychiatrie kann meiner Meinung nach deshalb nicht ohne ein energetisches und dynamisches, also ein gruppendynamisches und historisches Verständnis des Menschen auskommen.

Der Zusammenhang des energetischen Denkens in der Psychiatrie mit dem thermodynamischen Konzept der Physik des 19. Jahrhunderts muß damit aufgezeigt und mit dem *Ammon*schen »Prinzip der Sozialenergie« in Beziehung gesetzt werden.

Des weiteren wird das Unbewußte im Sinne *Freud*s mit seinen libidinösen und aggressiven Impulsen sowie der unter dem Druck soziokultureller Anpassung verdrängten Inhalte mit dem Begriff eines primär konstruktiven und kreativen Unbewußten bei *Ammon* kontrastiert. Denn für ihn ist das Unbewußte »Potentialität« des Menschen, »Niederschlag« vielfältiger gruppendynamischer Erfahrungen seiner Lebensgeschichte und Wurzelboden seiner Identitätsentwicklung.

Die historisch faßbaren Nosologien der Psychiatriegeschichte belegen, indem sie sich zwischen den dialektischen Polen einer möglichst umfassenden Systematik unterschiedlicher Krankheitsentitäten und einem integrierten Krankheitsverständnis hin und her bewegen, das Bestehen eines geradezu gruppendynamisch zu nennenden historischen Diskurses um das Problem der

Menschlichkeit in all seinen Facetten. Die Dynamische Psychiatrie, die sich einem solchen gruppendynamischen Denken verschrieben hat, wird daher die eigenen Konzepte als vielfältig und geistig historisch vermittelt verstehen. Sie wird zwischen ständig entwerfendem Vorgriff und Rückgriff auf Konzepte und Theoreme der Psychiatrie, Psychologie und Philosophie ihre eigene unabgeschlossene und daher undogmatische Wahrheit suchen.

Während der integrative Gedanke der »Einheitspsychose« mit *Emil Kraepelin* (1856—1926) an Aktualität einbüßte und einer nosologischen Vielfalt von Krankheitsbildern wich, hat *Karl Jaspers* ihn 1913 wieder aufgegriffen. Seine Begründung lautete: Die Kranheitseinheit sei eine Idee im Sinne *Kants*. Ihr Begriff sei »eine Aufgabe, deren Ziel zu erreichen unmöglich ist« —(*Vliegen* 1980). Aber ihr kommt eine »regulative Bedeutung« in der Geschichte der Psychopathologie zu. Sie stellt somit nach *Jaspers* eine Leitidee dar, die die divergierenden Ergebnisse der psychopathologischen Forschung integriert, ohne ein primäres Erfahrungsergebnis zu sein.

Eine auf *Kraepelin* folgende Periode zunehmender Relativierung nosologischer Abgrenzungen brachte im Gegensatz zu der seit ihm gebräuchlichen Systematik den Gedanken der »Einheitspsychose« offen oder latent wieder zur Geltung (*Vliegen* 1980). Unter anderen Autoren entwickelten vor allem *Conrad* (1958), *Henry Ey* (1963) und *Rennert* (1965) ausdrücklich Konzeptionen der Einheitspsychose. Insbesondere *Ey* faßte unter dem Titel »Desintegration der Persönlichkeit« alle Formen psychischer Erkrankungen von den Neurosen über die Psychopathien bis hin zu den Psychosen zusammen. *Rennert* sah die Möglichkeit der Manifestation psychischer Krankheitsprozesse im Rahmen eines »langgezogenen kontinuierlichen Spektrums psychischer Syndrome«. Die klinischen Bilder entsprachen dabei statistischen Verdichtungen somatopsychischer Konstellationen unterschiedlicher Persönlichkeitsstrukturen und endogener wie exogener Faktoren (*Vliegen* 1973).

Wissenschaftliche Aktualität erhielt der Gedanke der »Einheitspsychose« schließlich vor allem in der deutschprachigen Psychiatrie durch die psychopathologischen Forschungen *Werner Janzariks*. Nachdem seine 1959 erschienene Arbeit über die »Dynamischen Grundkonstellationen in endogenen Psychosen« seine strukturdynamische Konzeption« vorlegte, setzte er 1988 in seinem Werk »Strukturdynamische Grundlagen der Psychiatrie« seinen Weg zu einer »allgemeinen Menschenkunde« in einem anthropologisch umfassenden Sinne fort. Die ihm zu Ehren herausgegebene Festschrift »Für und Wider die Einheitspsychose« (1992) diskutiert das angestammte Thema der »Einheitspsychose« in dialektischer Verknüpfung mit dem Konzept vielfältiger Psychosen in den unterschiedlichsten Facetten der modernen Forschung.

Wenn wir heute mit dem weltweit am meisten benutzten Klassifikationssystem, dem »diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen« DSM III R zugleich in der Situation stehen, mit einer rein phänomenologischen Sammlung manigfaltiger Symptome und Syndrome, die aus Gründen der allgemeinen Verständigung auf jegliche theoretische Grundlegung von

vornherein verzichtet, praktisch psychopathologisch zu arbeiten, bestätigt sich, was *Welch* (1987) zum Thema »Postmoderne« sagt. Sie erfordert einerseits die Vielfalt nebeneinanderstehender geistiger Ansätze auf allen Gebieten, andererseits kann sie nicht umhin, sie in einer unabgeschlossenen, zur Zukunft hin offenen, undogmatischen Wahrheit zu integrieren. In der Schule der Dynamischen Psychiatrie nimmt das Humanstrukturkonzept, das sozialenergetische Prinzip und das gruppendynamische Verständnis von Gesundheit und Krankheit mit seinem gleitenden Spektrum phänomenologisch erfaßbarer Manifestationen genau diese Stelle ein.

Ich werde meine Arbeit beginnen mit einigen Bemerkungen zur gegenwärtigen Nosologie (1.). Die wissenschaftshistorisch gemeinsamen Wurzeln psychiatrischer und psychotherapeutischer Diskurse offenbaren die Verschränkung systematischen Denkens mit dem interpersonell verstehenden Denken und deren bislang anscheinend unauflösbare Differenz. Psychiatrie ist so gesehen die Wissenschaft, die am meisten die Condition humaine widerspiegelt, daß der Mensch ein eben unabgeschlossenes Wesen sei. Als Konvergenzpunkt und Ursprungsregion dieser divergierenden wissenschaftlichen Bewegungen muß das Werk von *Carl von Linné* (1707—1778) gesehen werden.

Meine Ausführungen werden daher die wissenschaftshistorisch gemeinsamen Wurzeln psychiatrisch-psychotherapeutischer Diskurse behandeln (2.). Eine der bedeutendsten wissenschaftsgeschichtlichen Entwicklungslinien in der Ausgestaltung der Hirnanatomie und Gehirnphysiologie des 19. Jahrhunderts läßt sich von der »dynamischen Physiologie« *Wilhelm Griesingers* von 1843 über die Arbeiten *Ernst Wilhelm von Brückes*, *Theodor Meynerts* und *Adolf Exners* bis hin zu *Freuds* »Entwurf einer wissenschaftlichen Psychologie« von 1890 und seinen späteren psychoanalytischen Theorien ziehen (*Ellenberger* 1973). Im Zentrum all dieser anatomischen physiologisch-psychologischen und psychopathologischen Theorien steht eine energetische Betrachtungsweise, die die systematischen Gesichtspunkte notwendigerweise zurücktreten ließ.

Adolf Meyers (1866—1950) »Ergasia-Theorie« wendet sich in revolutionärer Weise von den Einteilungsprinzipien *Kraepelins* und *Wernickes* ab und ersetzte sie durch eine »biosoziale Theorie der Reaktionstypen«, die eine Brücke zwischen dem physiologischen Denken des 19. Jahrhunderts und den psychosozialen Theorien von heute darstellt (*K. Menninger* 1968). *Menningers* Kritik des »dogmatischen Postulates« geistiger Krankheitseinheiten bestätigte erneut das Konzept der »Einheitspsychose« als regulatives Prinzip« im Sinne *Jaspers.*

Daran anschließend fahre ich fort mit *Griesinger, Freud* und dem energetischen Denken (3.). Die moderne dynamische Psychiatrie steht mit ihrem integrativen Denken an einem Kreuzungspunkt dieser ideengeschichtlichen und geistigen Felder. Sie beinhaltet gerade, indem sie das energetische Denken im Prinzip der »Sozialenergie« (*Ammon* 1979, 1982b) aufgreift und gänzlich neu deutet, einen Paradigmenwechsel in der Geschichte des jeglicher Wissenschaft zugrunde liegenden Menschenbildes. Während mit *Wilhelm Griesinger* das ener-

getische Denken in der Medizin begann (*Liebbrand, Wettley* 1961) und sich zuletzt im Libidobegriff *Freuds* manifestierte, hob sie dieses traditionell physikalische Energiekonzept auf. *Philipp Bassin* zeigte 1981, daß das Triebkonzept die Psychologie nicht nur biologisiert, sondern auf physikalische Modelle eingeschränkt hat. Er spricht von einem »primitiven Reduktionismus«, insoweit dieses Modell menschliches Seelenleben beschreiben soll (*Ammon* 1982a).

Das Ende des letzten Jahrhunderts herrschende und bis heute nachwirkende Maschinenmodell des Menschen wurde in der Dynamischen Psychiatrie in Übereinstimmung mit vielen anderen kulturanthropologischen Ansätzen, z.B. auch des anthropologischen Ansatzes von *Janzarik,* abgelöst von der Vorstellung, daß das menschliche Wesen nur aus der menschlichen Mitwelt zu begreifen sei. Die Dynamische Psychiatrie steht damit in Einklang mit der Auffassung, die beispielhaft *Martin Buber* formuliert hat, daß die menschliche Begegnung sich nicht in der Zeit ereigne, sondern umgekehrt die Zeit in der menschlichen Begegnung. Sie sieht daher im Menschen ein Wesen, das auf andere, und d.h. auf menschliche Gruppen überhaupt angewiesen ist, das nach *Ammon* in ihnen lebt, lernt, arbeitet und sich nur in ihnen entwickeln und verändern oder eben auch erkranken kann.

Im ersten Kapitel der »Allgemeinen Dynamischen Psychiatrie« mit dem Titel »Das sozialenergetische Prinzip in der Dynamischen Psychiatrie«, schreibt *Ammon* (1982a), daß »die Begriffe Sozialenergie, Unbewußtes, Ich-Struktur und Identität Kategorien sind, die in der Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie eng zusammengehören und als sich gegenseitig bedingend betrachtet werden«.

Ich möchte daher zuletzt einige Gesichtspunkte, die die Dynamische Psychiatrie der Berliner Schule *Günter Ammons* kennzeichnen, herausstellen (4.).

1. Bemerkungen zur gegenwärtigen psychiatrischen Nosologie

Die erste Auflage des Klassifikationssystems psychischer Störungen der »American Psychiatric Association« mit Glossar und Beschreibung der diagnostischen Kategorien erschien 1952. Mit der Aufnahme des Begriffes »Reaktion« in das System entsprach es damals dem »psychobiologischen« Standpunkt *Adolf Meyers*, daß »psychische Störungen Reaktionen der Persönlichkeit auf psychische, soziale und biologische Faktoren darstellen« (DSM III R 1991). Das DSM III R bezieht nunmehr 1991 neben dem deskriptiven einen ausdrücklich atheoretischen Standpunkt. Mit Hilfe einer vorgängigen Operationalisierung der Symptome und Syndrome hoffte man, die Unzulänglichkeit eines rein deskriptiven Vorgehens zu überwinden und geeignetere Konzepte und Definitionen, insbesondere hinsichtlich einer Prognostik der Eignung verschiedener Therapieformen, zu entwickeln. Daß eine derartige Formalisierung eine Vermehrung diagnostischer Gruppen mit sich bringt, die eingestandenermaßen oft artifiziell erscheinen, wird dabei in Kauf genommen.

In »Standorte der Psychiatrie« veröffentlichte *Heinz Häfner* 1981 eine Arbeit zum Thema »Der Krankheitsbegriff in der Psychiatrie«. Anlaß zur Kritik an

diesem »strittigen Begriff« war die 1974 vom Bundestag eingesetzte Sachverständigenkommission zur Enquete über die Lage der Psychiatrie in der BRD, weil vor allem Psychoanalytiker eine Festschreibung schulpsychiatrischer Positionen fürchteten. *Häfner* referiert deren kritische Position: Die Psychiatrie gehe von einem biologisch-individualistischen Krankheitsbegriff aus, der Krankheit als Ausdruck eines ererbten oder konstitutionell bedingten Schicksals begreift. Im Gegensatz dazu geht der Krankheitsbegriff der Psychotherapie/Psychosomatik davon aus, daß psychische Verhaltensweisen überhaupt. . . erlebnisbedingt sind« (*Häfner* 1981). Er erwähnt eine zweite kritische Argumentationsebene, die »antipsychiatrischen« Intentionen und dem Konzept der »Interaktionstheorie« entsprach. Der Psychoanalytiker *T.S. Szasz* formuliert damals 1960: »Es gibt keine medizinische, moralische oder juristische Rechtfertigung für unerbetene psychiatrische Eingriffe, wie die Diagnose, Hospitalisierung und Behandlung«. Denn die diagnostische Etikettierung abweichenden Verhaltens löse sozial negative gesellschaftliche Reaktionen aus und zeitige Krankheitskarrieren. Für *Häfner,* offenbar geleitet von einem völlig andersartigen Menschenbild, sind diese kritischen Standpunkte Ausdruck einer langen Tradition der »Verleugnung von Verrücktheit als Geisteskrankheit, die in vielerlei Gestalt die Psychiatrie wie ihre beruflichen Vertreter« erfaßt habe.

Die von *Günter Ammon* begründete Schule der Dynamischen Psychiatrie hat damals die Kritik einerseits aufgegriffen, andererseits eine Fortentwicklung des Systems der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefordert, das dem Identitätsbedürfnis der betroffenen Kranken, dem Leidensaspekt des einzelnen, den sozialen und gruppendynamischen Seiten seines Leidens gleichermaßen Rechnung trägt. Diese Schule *Ammons* steht in der Tradition der »Menninger School of Psychiatry« und führt *Menningers*, über reine deskriptive Phänomenologie hinausgehende, psychiatrische Position weiter. Wenn *Häfner* gegen *Menninger* ausführt, daß seine »nur individuelle Schicksals-, Situations- und Sozialpathologie« nur möglich sei »in einem Bereich der Medizin, in dem noch kaum überindividuelle Therapieverfahren zur Verfügung standen«, so bestimmt er damit polemisch gegen alle dynamische Psychiatrie einen Standpunkt, daß nämlich jede ernstere psychische Erkrankung ein Schicksalsereignis sei, das »final in einen persönlichen Sinnzusammenhang« einbreche. Er steht daher auf dem Boden einer *Kraepelin*'schen »natürlichen Nosologie«, für den sich »echte Krankheiten« auch systematisch in natürlich symptomatologische Gruppen fügen sollten. Die Grundsätze seiner Krankheitslehre formalisiert *Kraepelin* in der zweiten Auflage seines Lehrbuches von 1887 (s.a. *Häfner*). Sie enthielten die drei Kriterien einer natürlichen Krankheitseinheit: Ätiologie, Anatomie bzw. Topologie und Systematik. Obwohl die Idee einer umfassenden natürlichen Ordnung nach *Häfner* in der Folge nicht zu halten war, hielt man dennoch an Einheiten »zweiter Ordnung«, den »Syndromen oder Reaktionstypen« fest, die trotz aller »Polymorphie und Polyätiologie« von Erscheinungsbildern »kein Anlaß zur Aufgabe von Krankheitseinheiten« seien.

So bestätigt denn auch *Zaudig* 1992 mündlich, daß das DSM III R trotz seiner grundsätzlich atheoretischen, hinsichtlich des Krankheitsverständnisses, der Ätiologie und der Therapie abstinenten Haltung eine »neokraepelianische Grundeinstellung« einnehme. Geht es doch darum, »Störungen, die bei Individuen vorliegen« zu klassifizieren und nicht um Personen, ihre Schicksale, ihre Erfahrungen und die daraus verstehbaren Leiden.

Logischerweise entbehrt eine solche Psychiatrie die weder gesellschaftlichen noch gruppendynamischen Aspekten eine wesentliche Rolle einräumt, jeglichen Verständnisses unbewußter Vorgänge. Ein empathisches Verstehen schwerer psychischer Erkrankungen etikettiert sie als »unwissenschaftlich«. Dabei verweist das Dogma der Unverständlichkeit letztlich auf einen arretierten wissenschaftlichen Diskurs, der um die Jahrhundertwende und vor allem im Werk des Philosophen *Wilhelm Dilthey* in der Unterscheidung von nomothetischen und ideographischen Wissenschaften, den Natur- und Geisteswissenschaften, voneinander unabhängige Regionen des Geisteslebens im Bemühen, die Würde der Geisteswissenschaften zu retten, zuwies (*Jaspers* 1973).

Daß der Begriff des »Unbewußten« seit dem Buch »Psyche« von *Carl Gustav Carus,* 1846, in romantischem Kleid und seit der naturwissenschaftlichen Fassung des Unbewußten in der Arbeit *Wilhelm Griesingers* »Über psychische Reflexaktionen« von 1843 ein ständiger Bestand des psychiatrischen Diskurses bis zum heutigen Tag ist, wird dabei verleugnet. Selbstverständlich kennt eine solche Psychiatrie die nicht erst von *Freud* formulierten, sondern phänomenal schon vor ihm, in der Periode des Magnetismus und Hypnotismus, der Periode der von *Ellenberger* so genannten »Ersten Dynamischen Psychiatrie« (1973), bekannten Phänomene von Widerstand und Übertragung, in keiner Weise.

Von den in den letzten Jahrzehnten unserer Zeit immer bedeutsameren Ergebnissen gruppendynamischer Forschungen schließlich wird in *Häfners* psychiatrischer Stellungnahme völlig abgesehen. Umgekehrt kann keine Rede davon sein, daß, wie *Häfner* meint, »überindividuelle biologische Verfahren«, wie die Neuroleptika-Therapie, die seit der klinischen Anwendung von Megaphen 1951 psychiatrisches Allgemeinwissen darstellt, in der dynamischen Psychiatrie nicht zur Kenntnis genommen wurden. Handelt es sich doch seitens der dynamischen Psychiatrie nicht um ideologische Kompetenzstreitigkeiten, sondern darum, »was den Patienten nützt«, wie *Ammon* immer wieder betont.

2. Die wissenschaftshistorisch gemeinsamen Wurzeln von Psychiatrie und Psychotherapie

Während der eine wissenschaftshistorische Entwicklungsstrang im Werk von *Emil Kraepelin* (1856—1926) zur bis heute weltweit nachwirkenden Leitidee einer psychiatrischen Krankheitslehre geworden ist, um schließlich im DSM III R die vorläufig letzte Gestaltung zu finden, entfaltet sich der andere wissenschaftshistorische Entwicklungsstrang im Werk *Sigmund Freuds* (1856—1939) und in den von ihm wider Willen initiierten psychodynamischen Schulen.

Eine wissenschafts- und geistesgeschichtliche Ursprungs- oder Ausgangsregion ist das Werk von *Carl von Linné* (1707—1778). Als entschiedenster Systematiker des 18. Jahrhunderts, dem sich, wie Biographen bemerkten, »alles sofort in einer Ordnung darstellte«, hat er (*Lepenies* 1983) mit seinem »Systema naturae«, den »Genera plantarum« und der »Philosophia botanica« die Grundlagen einer aufklärerisch systematischen Wissenschaft anhand der sexuellen Merkmale der Spezies geschaffen (*Gustafsson* 1983). Aber nach *James Larsson* (1983) findet sich in *Linnés* »Systema naturae«, wie in allen systematischen Schriften, bis heute ein fundamentaler Widerspruch: Die Forderung einer aristotelischen Klassenlogik zwingt dazu, daß »jede Spezies von einem entsprechenden Genus, jedes Genus von einem entsprechenden Ordo und jeder Ordo von einem entsprechenden Regnum ableitbar« sei. Wenn die Arten jedoch keineswegs platonische Urbilder im Sinne der Ideenlehre darstellen, sondern nominalistische Zentren einer Wahrscheinlichkeitsverteilung sind, stellt sich die Frage eines jeden Klassifikationsversuches, wie das klassifikatorisch bedeutungsvolle mit dem funktionell Wesentlichen in Einklang zu bringen sei. »Die Klassifikation (etwa einer) Pflanze (konnte ihr) einen eindeutigen Platz in einem System zuweisen, aber nur um den Preis, daß sie von dem Versuch Abstand nahm, deren Wesen abzubilden. Das System konnte nicht analytisch gemacht werden. Versuchte man es, geriet man in Paradoxien«. (*Gustafsson* 1983)

Bei *Linné* bleibt diese Problematik noch in der Schwebe. Nahtlos, ohne irgendein Bewußtsein eines logischen Bruches, wie es heutigem Denken naheläge, führt er mit »ausführlichen Beispielen, mustergültig geordnet, wie die Exemplare in der Herbarien, die dem Systema naturae zugrunde lagen, in die Wissenschaft ein, daß die menschlichen Schicksale ein Muster bilden, daß sie eine Grammatik besitzen, daß es keine Zufälle gibt« (*Gustafsson* 1981).

Die Aufzeichungen zu *Carl von Linnés* »Nemesis divina« stammen aus den Jahren um 1750. Sie enthielten ein brisantes Material mit intimen Detailinformationen über namhafte schwedische Familien und deren Vertreter. Ein Beispiel: »Crohnhiehn« (Sohn eines Reichsrates), »trifft auf dem See einen Bauer, der mit seinem Arbeitsschlitten gegen seinen Schlitten fährt. Der Graf gibt dem Bauern einen Schlag über den Kopf, daß er stirbt. Graf kommt aus der Sache, da der Bauer schlafend mit dem Kopf gegen des Grafen Schlitten gefahren sei. Nach einigen Jahren nimmt Graf den selben Weg über das Eis. Die Nacht zuvor hatte sich ein Sprung über das Eis gebildet. Just an selber Stelle . . . war der Platz, wo der Bauer vorher totgeschlagen wurde. Der Knecht kommt leicht hoch, das Pferd auch. Der Knecht versucht den Grafen auf alle Weise zu helfen, kommt aber nie hin. Der Graf ruft: Ich sehe Gottes Strafe . . . und ertrinkt«.

Das Testament *Linnés* verpflichtete seine Erben, zuvorderst seinen Sohn, zu dessen Belehrung er in echt aufklärerischer Manier die »Nemesis divina« verfaßt hatte, zu striktem Stillschweigen. Seine Aufzeichungen einer Art Naturgeschichte und ihren Gesetzmäßigkeiten in der Abfolge der Generationen

sowie der Manifestationen göttlicher Eingriffe wurde erstmalig 1968 in einer vollständigen schwedischen Ausgabe zugänglich.

Geistesgeschichtlich besteht eine unübersehbare Nähe dieses Denkens zu *Emanuel Swedenborg* (1689—1772), dem »Mystiker im Mantel des Biologen« (*Gustafsson* 1981). Auch für *Linné* zielt Naturforschung letztlich nur darauf hin, auf die »Wunderwerke der Schöpfung« hinzuweisen. Aber indem er menschliche Handlungen in gesellschaftlichen Zusammenhängen betrachtete und letztlich aus der Perspektive naturgeschichtlicher Disziplinen wie der Botanik und Zoologie sah, vertrat er eine »entschiedene Diesseitigkeit der Moral«. Die Frage, inwiefern das menschliche Schicksal Zeichencharakter trage, auf *Linné*sche Weise gestellt, bedeutet daher nach *Gustafsson* »einen Schritt zur Klinik vorwärts, denn sie macht die Frage nach der Moral zu einer inneren Angelegenheit« des Menschen. Das finale Element und mit ihm die menschlichen Schicksale werden zu einem Teil der Natur. Die oberflächlich gesehene alttestamentarische Konzeption der Bestimmung des Menschen im Sinne eines »Jus taliones« in der »Nemesis divina« erweist sich so als die Frage nach der naturhaften, wesensmäßigen Bestimmung des Menschen.

Umso auffälliger wirkt daher die Abstinenz naturwissenschaftlicher Konzepte des 19. und 20. Jahrhunderts hinsichtlich der oben zitierten Frage *Spinozas:* »Was ist der Mensch?«. Handelt es sich hier um eine Art Diskursverbot im Sinne *Foucaults*, mit dessen Hilfe die Wissenschaft sich begrifflich und institutionell abgrenzt, um ihre säkularistische Erbschaft von Theologie, Philosophie und Moral zu verschleiern?

Annemarie Wettley hat vor nahezu 30 Jahren auf den inneren Zusammenhang der Psychoanalyse mit dem *Linné*schen Denken hingewiesen (persönliche Mitteilung). Für beide, *Linné* und *Freud*, gibt es keine Zufälle. Gegen abergläubische oder paranoische Vorstellungen aber grenzt sich *Freud* trotz seines im Wesentlichen mechanistischen Grundaxioms ab, indem er Aberglaube und Paranoia als Ausdruck eines projizierten unbewußten Seelenlebens deutet. Indem *Freud* ein Abbildungsverhältnis zwischen Handlungen und unbewußten Impulsen feststellt, wird der Zufall bzw. die Fehlleistung zu einem »Rebus, zu einem Idiogramm, das man lesen kann« (*Gustafsson, Lepenies* 1983).

3. Griesinger, Freud und das energetische Denken

Das Werk *Wilhelm Griesingers* (1817—1868) stellt eine fundamentale Weiterentwicklung in der Medizin und Psychiatrie dar. Es baut auf dem sensualistisch-assoziationspsychologischen Konzept *Herbarts* (1776—1841) auf, das bis hin zu *Freud* bestimmend geblieben ist. Später integrierte *Griesinger* darüberhinaus die experimentelle Sinnesphysiologie *Wilhelm Wundts* (1832—1920). Er verband diese Psychologie mit einem energetischen Denken, das die wissenschaftshistorisch außerordentlich bedeutsame Lehre vom »mechanischen Wärmeäquivalent« für die Psychiatrie fruchtbar machte. Er entwickelte den energetischen Aspekt psychiatrischen Denkens in der Auseinandersetzung

mit seinem Freund *Robert Mayer* 1842. Die Essenz der neuen thermodynamischen Lehre bestand in der Umwandelbarkeit von Wärme in Bewegung und umgekehrt. Konsequenterweise spielte der Begriff der Umwandlung in *Griesingers* gänzlich physikalisch begründeter »dynamischer Physiologie« (1843) eine zentrale Rolle. Auf diese Lehre baute er seine anatomisch fundierte Neuropathologie auf (*Leibbrand, Wettley* 1961), deren Leitgedanken er unter dem Titel »Über psychische Reflexaktionen« in *Wunderlichs* und *Rosers* »Physiologischem Archiv« 1843 veröffentlichte.

Zur Erläuterung seines energetischen Denkens sollen einige seiner Begriffe erwähnt werden: Er kennt einen »psychischen Tonus« im hirnphysiologischen Umwandlungsprozeß zwischen Vorstellungen und Strebungen. Er spricht von einem »Drang«, der »fühlen läßt, wie es uns treibt«. Der Übergang von afferenten und efferenten Impulsen im Nervensystem ist aber gehemmt, so daß nicht alle Vorstellungen in Strebungen übergehen. Eine Vielzahl von ihnen werden unterdrückt bzw. in unterschiedlichen Intensitätsgraden und damit Stufen der Besonnenheit wahrgenommen. Er kennt demzufolge auch ein »bewußtloses Vorstellen«, das dennoch »etwas Tätiges und Bestimmendes darstellt«. Er weiß also von einem »wirkenden Unbewußten« und beschreibt die Dysregulation von Hemmung und Bewegung, deren Folge psychische Krankheit ist. In ihr geht »die geistige Freiheit« verloren. Die Empfindungen und Bewegungen werden bis hin zum Wahnsinn alteriert. Alteriert ist dabei auch das »Ich« (*Leibbrand, Wettley* 1961). Diesem energetisch-dynamischen Denken in Übergängen entspricht auch *Griesingers* Krankheitslehre. Der von ihm geprägte Begriff der »Einheitspsychose« faßt zusammen, was er von seinem Lehrer *Albert Zeller* (1804—1877), dem Leiter der medizinhistorisch bedeutsamen Winnenthaler Anstalt erfahren hatte. Denn durch dessen Erkenntnis sei es möglich geworden, von der »Symtomatologie her den Aufgaben der anatomisch-pathologischen Auffassung und Diagnostik der Geisteskrankheiten näher als bisher zu rücken« (*Vliegen* 1980). In seiner »Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten« von 1845 konstatiert er »zwei große Gruppen psychisch anormaler Grundzustände«. Im einen Falle, den affektiven Störungen, werde »das ganze psychische Leben die der Art des Affekts adäquate Modifikation« erleiden. Im anderen besteht eine »Störung des Vorstellens und Wollens«, die »nicht mehr« auf affektive Zustände hinweisen, sondern ein »falsches Denken und Wollen mit dem Charakter psychischer Schwäche« darstellen. Die Zustände der ersten Hauptgruppe gehen denjenigen der zweiten Reihe voran, die wiederum nur als »Ausgänge der ersteren auftreten«. Innnerhalb der ersten Gruppe zeigt sich wiederum eine bestimmte Aufeinanderfolge einzelner Arten affektartiger Zustände, »und so ergibt sich eine Betrachtungsweise des Irreseins, welche dessen verschiedenen Formen verschiedene Stadien eines Krankheitsprozesses erkennt, der bis zum gänzlichen Zerfall des psychischen Lebens gehen kann« (*Leibbrand* 1961). Nach *Leibbrand* klingt hier die alte Einteilung in Depression, Manie und Blödsinn an, die aber durch eine Vorstellung energetisch-

neurophysiologischer Prozesse von Hemmung und Entgrenzung miteinander verbunden sind.

Das Werk *Wilhelm Griesingers* hat die Konzeption der Einheitspsychose auf einen naturwissenschaftlich-physiologischen Standpunkt in entschiedener Ablehnung der *Schönlein*schen naturhistorischen Schule mit ihren naturphilosophischen Implikationen formuliert. Tatsächlich führt eine Entwicklungslinie dieses Denkens bis hin zu *Sigmund Freud* (1856—1939), der 1883 an der Zweiten Psychiatrischen Klinik im Allgemeinen Krankenhaus in Wien als Sekundararzt bei *Theodor Meynert* (1833—1892) arbeitete. *Meynert* hatte für die Anatomie, die Lokalisationslehre und Physiologie des Gehirns »bahnbrechendes« geleistet. Ausführlich berichtet darüber *Albrecht Hirschmüller* (1991), dessen Ausführungen auch im Folgenden zugrunde gelegt werden. *Meynert* versuchte danach, die neuroanatomische Forschung für die klinische Psychiatrie fruchtbar zu machen. Er maß psychogenen Faktoren, vermittelt über lokale Durchblutungsstörungen, selbst bei der Genese hirnorganischer Schädigungen eine entscheidende Bedeutung bei. In der Klinik blieb die *Griesinger*sche Diagnostik bestimmend. Die beiden anderen Lehrer *Freuds* waren *Brücke,* in dessen Laboratorium er lange tätig war, und *Exner.* Alle drei Forscher beschrieben seelisch-geistige Prozesse unterschiedslos mit physikalischen und psychologischen Begriffen im Rahmen eines energetischen Kontextes. Indem *Freud* von der Neuroanatomie zur anatomisch-klinischen Neurologie und von dort zu einem dynamischen Neurosenkonzept überging, folgte er einem zeitgenössischen Muster, das auch bei *Charcot, Forell* und später bei *Adolf Meyer* zu beobachten war (*Ellenberger* 1973). Seine Erfahrung in der Auseinandersetzung mit *Breuer* und dessen Behandlung der Anna O., deren wahren Namen *Berta Pappenheim Ernest Jones* später enthüllte, führte in Anlehnung an die Forschung *Jacob Bernays*, einem Bruder seiner Frau, über die »aristotelische Auffassung der Katharsis« zur Entwicklung seiner Neurosentheorie von 1886. Er stellte sie erstmalig in seinen Briefen an seinen Freund *Wilhelm Fliess* dar. Auf *Meynert* fußend wird 1894 in »Die Abwehr-Neuro-Psychosen« das Konzept von der Abwehr formuliert. 1986 erarbeitet *Freud* in seinem Aufsatz »Zur Ethiologie der Hysterie« schließlich seine Theorie, »daß traumatische Erlebnisse . . . auf symbolische Weise unbewußt in den Krankheitssymptomen wiederkehren«. Diese Theorie erschien ihm als ein »Caput nihil der Neuropathologie«. Er hielt fortan die Hysterie für heilbar. Sein psychopathologischer Beitrag aber bestand vor allem in seiner Betonung der Rolle der Abwehr und in der Zusammenfügung aller traditionellen psychopathologischen Elemente zu einer »Allgemeinen Theorie der Hysterie«. Energetische Konzepte, wie das der Hemmung, des Widerstandes und der Übertragung waren dabei nicht an sich neu, neu war die Auffassung, daß die Analyse von Widerstand und Übertragung zur Grundlage einer Therapie gemacht werden konnte. Die Frage »Was ist der Mensch?« wurde so individuell gewendet im Sinne der Frage: »Wer bist Du?«.

4. Einige Gesichtspunkte, die die Dynamische Psychiatrie der Berliner Schule Günter Ammons kennzeichnen

Der Begriff »Dynamische Psychiatrie« wird zumeist auf *Franz Alexander* zurückgeführt. Breitere Bedeutung verlieh ihm *Karl Menninger. Günter Ammon* machte ihn zum Programm seiner Integration von Psychiatrie und Psychoanalyse wie seine programmatische Einleitung mit dem Titel »Dynamische Psychiatrie« des 1. Heftes 1968 der von ihm herausgegebenen Fachzeitschrift »Dynamische Psychiatrie/Dynamic Psychiatry«, ausweist. Dort schreibt er: »Die Dynamische Psychiatrie ist eine Psychiatrie, in der die Psychoanalyse als Grundlagenwissenschaft zur vollen Anwendung kommt; somit verstehe ich unter Dynamischer Psychiatrie eine Psychiatrie, die das Unbewußte wie auch das gegenwärtige, vergangene und in Zukunft mögliche soziale Feld des leidenden Menschen miteinbeschließt. . . Eine dynamische Psychiatrie verwaltet den Patienten nicht und begnügt sich auch nicht mit einer. . . Diagnose, sondern versucht, die gesamte Dynamik des Krankheitsgeschehens sowohl von der psychischen und soziologischen als auch von der somatischen Seite in ihrem Wechselspiel zu verstehen. Auf diesem Verständnis, das auch die konstruktiven. . . gesunden Aspekte des Patienten. . . umfaßt, versucht die dynamische Psychiatrie ein Behandlungsprogramm aufzubauen.« (*Ammon* 1968/69)

Dieser Integration liegt eine Theorie der »Entwicklung in Gesundheit und Krankheit« zugrunde, die sich auf ein in sich konsistentes, humanitäres, philosophisches und erfahrungswissenschaftliches Menschenbild bezieht. Ein solches Menschenbild hat der Medizinhistoriker *Heinrich Schipperges* in seiner Arbeit »Homo patients, zur Geschichte des kranken Menschen« 1985 als Grundlage einer modernen »Heil- und Gesundheitskultur« und als Grundperspektive einer jeden zukünftigen Medizin gefordert. Einer Pressemeldung über *Schipperges'* Ausführungen zufolge »fügt sich . . . in dieses Gesundheitsmodell mit erheblichem Anspruch eine psychiatrische Bewegung ein, deren Theoriebildung ihr Schöpfer, der Berliner Nervenarzt und Psychiater, Dr. *Günter Ammon,* unternommen hat« (Nürnberger Zeitung vom 12.03.1985).

Was die Dynamische Psychiatrie vor anderen psychiatrischen und psychotherapeutischen Schulen auszeichnet, ist also ihr explizit ausformuliertes Menschenbild, das den Menschen als ein Wesen auffaßt, welches sich in Gruppen selbst erfährt, aufgrund sozialenergetischer Prozesse in ihnen seine eigene Identität entwickelt und umgekehrt durch seine Identität Sozialenergie spendet, die wiederum in den Gruppen verändernd wirken.

In der Tradition des energetischen Denkens in der Psychiatrie hat *Ammon* das Konzept der Sozialenergie 1979 entwickelt und 1981 und in der Folge kontinuierlich weiter ausgestaltet. Seine Arbeit »Identität — ein Geschehen an der Grenze von Raum und Zeit. Zum Prinzip der Sozialenergie« (1982b) verankert »kulturelle, politische, sozialpsychologische, psychosoziale und klinische Faktoren« im Hier und Jetzt eines gruppendynamischen Geschehens, in dem

menschliche Begegnungen ihren Ort finden. Die sozialenergetischen Austauschprozesse strukturieren dabei in der Gruppe eine »volle, erlebte Zeit«, die wiederum therapeutisch strukturierend die Ich-Struktur-Entwicklung des einzelnen Patienten zur Folge hat. *Ammon* spricht in diesem Zusammenhang von einem »energetischen Feld« als Grundlage der Entwicklung überhaupt und damit auch als Grundlage einer jeden therapeutischen Situation. Ein psychiatrisches und psychoanalytisches Konzept der Energie kann daher »erstlich keine physikalische Größe mit entsprechender Gesetzmäßigkeit sein, zum zweiten ist es immer gruppen- bzw. personenabhängig«. Das heißt: »Jede bedeutsame Begegnung, die den Menschen in seiner zentralen Persönlichkeit erreicht, formt ein Stück weit seine Persönlichkeit, so daß diese als ein neues, ganzheitliches Resultat aus einer Kette von bedeutsamen Begegnungen und Grenzsituationen zu denken ist, durch die eine ganzheitliche Identität sich abgrenzt und formiert« (*Ammon* 1981). Das Energiekonzept der Dynamischen Psychiatrie ist daher ein ganz und gar gruppendynamisch verstandenes Konzept. Es beinhaltet die Auffassung von einer grundsätzlichen Veränderbarkeit des Menschen und verschreibt sich so einem ebenfalls grundsätzlichen Optimismus therapeutischen Wirkens.

Weil die Identität nach *Ammon* »Funktion, Struktur, Ort, gruppendynamischer Niederschlag und ökonomisches Prinzip« ist (*Ammon* 1982b), schließt sie zugleich die »prozeßhafte Ebene« mit ein. All diese Dimensionen wurzeln im Unbewußten, das die Geschichte eines Menschen ebenso sehr wie seine zukünftigen Möglichkeiten umgreift. Dynamische Psychiatrie steht daher grundsätzlich auch auf dem Boden der Psychoanalyse, deren Essentials *Freud* in der Anerkennung des Unbewußten und in der Arbeit mit Widerstand und Übertragung und später auch der Gegenübertragung sah.

Die Dynamische Psychiatrie läßt damit endgültig das aus dem 19. Jahrhundert bis heute nachwirkende Maschinenmodell des Menschen hinter sich. Sie ersetzt es durch ein Verständnis der Identität des Menschen, die sich energetisch von gruppendynamischen Prozessen abhängig frei entfaltet. Selbst pathologische Phänomene werden daher im Rahmen einer Theorie der menschlichen Entwicklung in der Gruppe verstehbar.

Elements of Holistic Thinking in Psychiatry and Psychoanalysis

Rolf Schmidts (München)

In his paper the author follows the historical movements and changes of pathologies and an understanding of diseases, discussing the interwoveness of clinical pathology according to *Kraepelin,* to *Sigmund Freud's* psychoanalytical theory of neurosis, and to the Dynamic Psychiatry of *Günter Ammon.* Under the aspect of a holistic way of thinking in contrast to a nosological way of thinking in the form of categories, he investigates the various lines fo develop-

ment with respect to the corresponding image of man, an understanding of the unconscious and an energetic and group dynamic way of thinking.

The author discusses these lines of development taking as an example the conception ot *Wilhelm Griesinger*'s unitary psychosis as well as *Carl v. Linné*'s scientific work to which he traces common roots with *Kraepelin*'s systematic way of thinking and with *Freud*'s dynamic way of thinking. While one line, starting from *Kraepelin,* leads to the DSM III R scheme of classification applied today, the other, starting from *Griesinger*'s biological and energetic approach to research, leads to an integrating understanding of disease in the sense of *Freud*'s psychoanalytic theory of neurosis.

Ammon's conception of health and diseases rooting in the school of *Karl Menninger* on the basis of which the Berlin School has been developed, is committed to these roots of energetic thinking. *Ammon*'s gliding spectrum of archaic ego diseases, his model of human structures, and his concept of social energy prove to be a consistent development of important scientific positions within the history of psychiatry. The necessity of this development resulted from the integration of analytic group dynamics as it had already been used in the clinical work of the Menninger Foundation and as it has been further developed by *Ammon* towards a dialogical conception of identity and group. The result was a new definition of sexuality and aggression as energetic concepts of group dynamics. For psychiatry and psychoanalysis this finally means a paradigmatic change of the image of man.

Literatur

Ammon, G. (1968/69): Dynamische Psychiatrie. In: Dyn. Psychiat (1/2) 6—18
— (Hrsg.) (1979): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie 1, Bd. 1 (München — Basel: Ernst Reinhardt)
— (Hrsg.) (1982a): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 2 (München — Basel: Ernst Reinhardt)
— (1982b): Identität — ein Geschehen an der Grenze von Raum und Zeit. Zum Prinzip der Sozialenergie. In: Dyn. Psychiat. (15) 114—128
DSM-III-R (1991): Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen. 3. Aufl., hrsg. von *Wittchen, H.G.; Saß, H.; Zaudig. M.; Koehler, K.* (Weinheim, Basel: Beltz)
Deutscher Bundestag (1974): Stellungnahmen zum Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, Drucksache 7/4200
Ellenberger, H.F. (1973): Die Entdeckung des Unbewußten (Bd. 1 u. 2, Bern-Stuttgart-Wien: Hans Huber)
Freud, S. (1894): Die Abwehr-Neuro-Psychosen. In: Neurolog. Zentralblatt No. 10 u. 11
— (1896): Zur Ethiologie der Hysterie. In: Wiener klinische Rundschau Nr. 22—26
Gustafsson, L. (1983): Carl von Linné und seine Nemesis Divina in philosophischer Sicht. In: *Lepenies, W., Gustafsson, L.* (Hrsg.): Nemesis Divina (Frankfurt/M., Berlin, Wien: Ullstein Materialien)
Handlbauer, B: (1980): Die »*Adler-Freud*-Kontroverse: (Frankfurt/M.: Fischer)
Häfner, H. (1981): Der Krankheitsbegriff in der Psychiatrie. In: *Degkwitz, R; Sidow, H.* (Hrsg.): Standorte der Psychiatrie
Hirschmüller, A. (1991): Freuds Begegnung mit der Psychiatrie. Von der Hirnmythologie zur Neurosenlehre (Tübingen: Edition diskord)
Jaspers, K. (1973): Allgemeine Pschopathologie. Neunte, unveränderte Auflage (Berlin-Heidelberg-New York: Springer)

Kielholz, P.; Hole, G. (1973): Psychose. In: *Christian Müller* (Hrsg.): Lexikon der Psychiatrie (Berlin. Hedelberg. New York: Springer)
Leibbrand, W.; Wettley, A. (1961): Der Wahnsinn. Geschichte der abendländischen Psychopathologie. (Freiburg/München: Karl Alber)
Lepenies, W. (1983): Eine Moral aus irdischer Ordnungsliebe. In: *Lepenies, W., Gustafsson, L.* (Hrsg.): Nemesis divina (Frankfurt/M.; Berlin; Wien: Ullstein Materialien)
Linné, C. von (1983): Nemesis Divina. Hrsg. von *Lepenies, W., Gustafsson, L.* (Frankfurt/M.; Berlin; Wien: Ullstein Materialien)
Menninger, K. (1968): Das Leben als Balance. Seelische Gesundheit und Krankheit im Lebensprozeß. (München: Piper)
Mundt, C.; Saß, H. (1992): Für und Wider die Einheitspsychose. (Stuttgart, New York: Georg Thieme)
Parim, P. (1990): In: *Reichmayr, J.:* Spurensuche in der Geschichte der Psychoanalyse. (Frankfurt/M.: Nexus)
Redl, F. (1976): Gruppenemotion und Führerschaft. In: *Ammon, G.* (Hrsg.) Analytische Gruppendynamik. (Hamburg: Hoffmann und Campe)
Schipperges, H. (1985): Homo patiens. Zur Geschichte des kranken Menschen (München, Zürich: Piper)
Vliegen, J. (1973): Einheitspsychose. In: Lexikon der Psychiatrie (Stuttgart: Enke)
— (1980): Die Einheitspsychose. Geschichte und Probleme. In: Forum der Psychiatrie (Stuttgart: Enke)

Adresse des Autors:

Dr. med. Rolf Schmidts
Liebigstraße 1
W-8000 München 22

Schizophrenics in Present Day Society**

George B. Palermo (Milwaukee)*

The author discusses the present social state of people suffering from schizophrenia, especially in the USA. After reviewing society's manner in its dealing with the mentally ill throughout the centuries, he discusses the consequences of the deinstitutionalization of the mentally ill-schizophrenics. He presents national and local statistics regarding the present day misplacement of schizophrenics in the United States among others of research made by himself in his capacity as forensic psychiatrist. Homelessness or incarceration portay the new emargination, criminalization and escapism from psychiatrization of the mentally ill in Western society. The streets, present day substitute for the historical »ship of fools«, are thought to be competitors of institutions and jails in the housing of the mentally ill resp. chronic schizophrenic patients. The author assesses this situation to be an expression of a severe moral deficiency of our society.

Historical Notes

It is reasonable to assume that mental illness and/or insanity have been present in the world since shortly after the appearance of homo sapiens. Since our ancient progenitor had not yet reached the stage of mind-body development of present day humans, and since the social milieu was at its beginning, it can safely be argued that the manifestations of his mental illnes or insanity were different than those confronting us in present day society. Without doubt, homo sapiens and his progeny must have reacted in a primitive way to the particular psycho-social factors of their early rudimental community. It is also reasonable to think that as man moved into history he gradually began to define, through a progressive refinement of his knowledge and understanding of his biological and psychological self, the significance, the boundary and the manifested behavior of what later came to be called mental illness and/or insanity. Throughout the centuries he slowly rid himself of that naive, magical and superstitious thinking which was due to his ignorance or misunderstanding of natural phenomena, and also of his unconscious projections — primitve attempts to understand his inner feelings and emotions — unto a mythological cosmos where the forces of nature were soon supplanted by anthropomorphic gods. As man's psychological insight into himself and others grew through the centuries, he began to appraise the feelings and behavior of the people around him and slowly defined and redefined their significance and descriptive behavior as well as the difference between the unusual and the common. He eventually grouped together the unusual, the strange and the abnormal on one side and the common and normal on the other. That applied to feelings and behavior as well and the dichotomy between good and bad, evil and holy, mad and sane saw its beginning.

* Clinical Professor of Psychiatry, Medical College of Wisconsin, Milwaukee, Wisconsin, and Adjunct Professor of Criminology, Marquette University, Milwaukee, Wisconsin

** Lecture given at the 9th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP / XXII International Symposium of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP), April 29 — May 3, 1992 at the Universität Regensburg

Indeed, as man became more inquisitive and more rational, as well as more observant of human behavior, a clear dichotomy in the description of his conduct appeared on the social horizon and soon the concepts of mad and sane became common parlance. The mad carried, and, unfortunately, still often carry, the connotations of unusual, evil, irrational, aggressive, violent and disruptive, connotations that have become synonymous with illness of the mind. The terms mens sana or mens insana were coined, and insane usually meant psychosis and/or schizophrenia or mania. Eventually, the observations of men such as *Kraepelin, Pinel, Esquirol, Bleuler* and others further defined the schizophrenias.

Through the centuries, society approaced the unusual and disruptive mad and their madness in different ways. The emotions of fury, revenge and grief were well described in *Homer*'s Iliad and Odyssey. The heroes appeared to be at the mercy of the good or bad natured gods of Olympus, or of the furies and/or of fate itself. It was only with the Greek philosophers and playwrights that both man and mythological heroes began to posses a psyche of their own. The madness and despair of Oedipus, described by *Sophocles,* is, perhaps, the most well-known example. It ushered in a period during which reason was trying to understand nature, society and man's behavior (*Foucault* 1988, *Porter* 1989). *Plato* and his followers thought of madness as irrational and as the antipode of human dignity, and irrational madness was seen as a menace, a scandal which reason should combat (*Mackenzie* 1981). Even though the Hippocratic tradition denied that madness was due to a supernatural visitation, but was, rather, essentially due to physical and natural causes, including heart, brain, blood and humor dysfunctions, madness continued to remain, through the centuries, an inexplicable and feared manifestation. Later *Augustin*ian philosophy reflected upon the spiritual disharmony at the basis of man's emotional ills, especially in his relationship to God, a thought which psychotherapists should be reminded of today.

The Roman Empire defined the manifestations of the major mental illnesses as Furiosus, Insania, Amentia, and Dementia. During the reign of *Justinian* (483—565 A.D.) understanding and a humane attitude were shown towards the mentally ill. They were admitted to institutions for the poor and the infirm, perhaps as a result of the influence of Christinanity. The mad, alias Furiosus, were viewed as children, and with a compassionate attitude (*Zilboorg* 1941).

In the early medieval period a small number of homes for the insane were present and a few monasteries accepted the odd lunatic (*Porter* 1989). However, the majority of them lived within their family, segregated within their homes, kept under continuous scrutiny by the villagers or, at times, left to themselves as forgotten people. The above is still witnessed occasionally in present day society. Leprosy, a deadly and disfiguring illness became pandemic in Europe during the late medieval period and from the high middle ages to the end of the twelfth century, leprosariums and lazareths multiplied at a

As leprosy gradually declined, the physical structures which had been used for the care of the lepers, were used to house vagabonds, criminals, people whose minds were deranged, people who were different and thought to be mad. The psychotics were even denied basic human and spiritual support. ». . .access to churches was denied to madmen, although ecclesiastical law did not deny them the use of the sacrements« (*Foucault* 1988). The mad were mistreated, mocked, expelled from towns, or forced to live at the periphery of the city. The rejection of the mad reached the point that they were eventually confined on ships, navigating rivers or seas, that would deliver them to different lands where they would be partially, and for a determined period of time, protected by their anonymity. People, fearing their own madness, expelled the mad, who were a reminder of their own fragility. This rejection reached pandemic proportions and the ship of fools, packed with the mad, navigated along the rivers of the Rhineland and the Flemish canals. »Water and navigation certainly play a role (in this rejection). Confined on the ship, from which there is no escape, the madman is delivered to the river with its thousand arms, the sea with its thousands roads, to that great uncertainty . . . prisoner in the midst of what is the freest. . .« (*Foucault* 1988). *Brant*'s Narrenschiff, *Bosch*'s Ship of Fools and other works attempted to immortalize that curious, ambivalent historical period during which man's folly was seen as sinful and as something to be rejected.

A few, however, thought that the voice of folly might be a medium for the voice of God or have some recondite positivity to it. *Erasmus* with the »Praise of Folly« is testimony to that. Eventually, an attempt to care for the insane was made. The Hôpital Général in France, and the first houses of correction in Germany and England became the forerunners of future asylums (*Porter* 1989). However, the plight of the schizophrenic and the manic continued. »One-tenth of all the arrests made in Paris for the Hôpital Général concern the insane, demented men, individuals of wandering mind and persons who have become completely mad« (*Foucault* 1988).

During the eighteenth and nineteenth centuries, Europe was innundated with the establishment of a great number of schools, prisons, houses of industry, houses of correction, workhouses and madhouses which dealt with the insane, who were felt to be a social threat. It was like a great confinement, consisting in the shutting away of the different, the weird, the peculiar and the mad. It continued for many years throughout Europe while the mad were housed in those hospital structures previously used as lazareths. *Tuke* had already reported on the sad condition of the insane at Bethlehem Hospital. The Salpêtrière was no different! There, the mad/schizophrenic and/or manic were chained to their cell doors and to the walls, like beasts, living in filth that was raked out from the outside fo the cell. At times they even had an iron ring around their neck. Eventually, the mad/schizophrenic were freed from real chains by the humane approach of people like *Pinel, Tuke* and *Dix,* and the birth of the asylum took place. The mad were no longer the object of

restraints, segregation, unusual diets, and even opium to calm their agitation and soften their physical constitutions (*Foucault* 1988, *Porter* 1989).

The above brief historical notes should serve to help understand the vicissitudes of the mad through the centuries, their plight and the defensive mass hysteria of the sane during a climate of social change from primordial times through the dark ages to the latter period of increasing philosophical and social enlightenment. Then, a strong creative introspection into the nature of things focused attention on man himself, his potential powers and his ability to be both artist and master, not only clay in the hands of the unknown. Thus, the mad began to be viewed as humans in search of themselves or of a new self, and the sane were finally willing to help and to understand their plight in a compassionate way.

Psychiatric Revolution

During the past two centuries the world and the psychiatric community have been swept by several great revolutions that drastically changed the status of the mad in society. The psychotic/schizophrenic and manic, owe a great debt to early pioneers-humanistic alienists. The first revolution in the field of psychiatry took place with *Pinel* in France, *Chiarugi* in Italy, *Tuke* in England and later *Rush* in the United States. They freed the lunatics from their chains and tried to address the problem of madness through a humane, moral approach, and medication and procedures which were neither painful nor demeaning of the patient's human dignity. The mad became, finally, the center of humane attention, humans in despair, no longer strangers but persons in need of acceptance and help.

The revolutionary ideas of *Freud,* in reality the expression of a cyclical return of the past, further urged and directed the sane to properly address the problem of the mad by stressing that madness is the outcome of inner psychological conflicts and that any possible resolution would come from the intensive application of the old Socratic dictum-know thyself. This second revolution actually re-humanized the mad/schizophrenic and the manic, as well as the neurotic. But it was not until the third revolution that the mad/schizophrenic and manic-depressed, acquired a pre-eminent post in psychiatry and society.

The advent of psychopharmacology with psychotropics and antidepressant drugs, in the decade from 1960 to 1970, was marked by one of those surges of optimism which have been so characteristic of psychiatry during the past two centuries (*Scull* 1981) and old institutional structures and psychiatric practices were soon thought to be detrimental to patients. Some European countries, notably Finland, Norway, Germany and Great Britain, had already pioneered social and hospital reforms even prior to the advent of the antidepressants and psychotropic drugs (*Klerman* 1990). The schizophrenics, the highest population in the mental hospital, responded positively to the new medications.

Chlorpromazine became a panacea, soon followed by other psychotropics and antidepressants. Chronic schizophrenics seemed to return to life, to become self-sufficient, cooperative and more friendly, and were again able to engage in a moderate interpersonal life. The acute schizophrenic also responded rapidly and quite well to treatment. Patients were discharged to those families which had survived them after many years of despair and were willing to accept them back home. Half-way houses or community places with minimal supervision were organized. At times patients were discharged to themselves. Deinstitutionalization and non-institutionalization, the fourth revolution in psychiatry, were well under way.

In the United States, for humanitarian as well as for socio-economic reasons, this movement took place rapidly. In 1963 the Congress of the United States, upon suggestions by the Joint commission on Mental Illness and Health, passed the Mental Retardation Facilities and Community Mental Health Centres Acts. Patients were soon transferred or better »dumped« from the snake pits to neighborhoods (*Sommer, Osmond* 1981).

Deinstitutionalization of the mentally ill — mostly schizophrenics — probably took place too rapidly. The complexities of the new mental health programs, and the occasional tragedies of patients, their families and society at large which occurred following deinstitutionalization in the United States havealso been reported in Italy following the activation of the Italian Mental Health Law 180, and in Great Britain as well (*Palermo* 1991). Much, at first, seems to be due to a lack of money for implementation of the programmed services, but closer scrutiny reveals that it was primarily due to poor programming, to the ambivalence and lack of enthusiasm of the professionals involved, and also to insufficient motivation on the part of the patients, themselves. Some success has been reported, nonetheless, even though in limited geographic areas. The overall picture, though, especially in large metropolitan areas, can be seen as being far from having achieved the programmed, utopistic goals. That applies to the United States, Italy, Great Britain and Australia as well.

Statistical Notes

There is no doubt that well-coordinated and realistic programs for the deinstitutionalization of the mentally ill were long overdue and that a new and more dynamic approach was necessary to combat the chronicity of their illness and the antiquated and poorly run institutions. However, the implemented programs were largely a failure. »Often the ideals of deinstitutionalization amount in practice to little more than the shifting of people from one institutinal setting to another — from the lunatic asylum to the nursing home, boarding house, or private hospital« (*Craig,* In: *Jones, Wilkinson, Craig* 1991). Even though agreeing with the above statement, one cannot deny that the reality is even more bleak and the situation has been underassessed. Indeed, the shifting of patients, especially in the United States, is from mental hospital to

homes or half-way houses, but oftentimes the schizophenics, non-compliant with medication, defiant of the supervision of social agencies, and aversive to hospitalization, land in the streets and, eventually, go from the streets to the jails. That happens, particularly, with the socially marginal schizophrenics. This situation can actually be thought of as a revolving door-street-jail-judical system-outpatient care-street (*Palermo, Smith, Liska* 1991a). According to the National Coalition for Jail Reform (USA), up to one million, or about 20% of those filing through jails each year are mentally ill or developmentally disabled« (*Briar* 1983). Most of the mentally ill in the jail system are chronic schizophrenics who have been charged with petty crimes/misdemeanors committed because of their mental confusion, and who should appropriately be called pseudo-offenders to differentiate them from the real criminals. Nevertheless, they are housed in jails or prisons, denying their mental illness and preferring criminalization to psychiatrization, hospitalization and treatment (*Palermo, Smith, Liska* 1991a, 1991b). »Only 23% of offenders assessed to be mentally ill claimed to be receiving treatment at the time of arrest or incarceration. And the asylum-like function of the jail makes the job of maintaining incarcerated persons most difficult . . . an emotionally distraught person may be striped naked and chained to the floor to prevent a suicide attempt« (*Briar* 1983). What a sad cyclical return of the past!

It is, indeed, ironic that in a progressive society, centuries after the emancipatory vision and the efforts of *Pinel, Chiarugi, Tuke* and *Dix,* for whom the asylum was to have become a place where the mad would be treated humanely, the jail and the streets have become a repository of the mentally ill. Comparative statistics show that in 1955 the census in the United States mental hospitals ws 634,000 and United States jails housed 185,780 inmates. In 1988, in a reversal of the situation, that jail census rose to 603,928, while the mental hospital census declined to less than 160,862. (Bureau of Census 1960, 1990) As *Briar* (1983) stated, »The nation's 3,493 local jails are increasingly becoming the dumping for the mentally ill in our community.« A process of transinstitutionalization has taken place, from mental hospital through jails. The ship of fools has reappeared in the myriad homeless mentally ill, primarily schizophrenics, who are now cluttering the streets of our cities instead of the waterways of the fifteenth century. »A large number of socially marginal people have been cast adrift, free to roam the streets, occupy steam vents, invade public facilities and businesses, disrupting the regular modus vivendi« (*Palermo, Smith, Liska* 1991a). Already in 1970, *Goldfarb* thoroughly evaluated the homeless individuals who were admitted to the Manhattan Bowery Project in New York and identified that 33% of them were primarily suffering from schizophrenia and had a secondary diagnosis of alcoholism (*Goldfarb* 1970). The typical chronically homeless person in a Philadelphia study emerged as a white individual, over age 40. He or she had a diagnosis of schizophrenia, substance abuse, or both (*Arce, Vergare* 1984). A study in Baltimore of 298 men and 230 women randomly selected from missions, shelters and jails, found

that 91% of the men and 80% of the women suffered from some form of psychiatric diagnosis. Schizophrenia was diagnosed in 12% of the men and 17% of the women (*Kass* 1989). Schizophrenia, substance abuse and personality disorders are the most common psychiatric diagnosis among the homeless. Except in a few cases, homelessness of the mentally ill is the result of the way deinstitutionalization has been implemented and not deinstitutionalization per se (*Caton* 1990). »Deinstitutionalization meant granting asylum in the community to a large marginal population, many of whom can cope to only a limited extent with the ordinary demands of life, have strong dependency needs, and are unable to live independently . . . and can survive and have their basic needs met outside of the state hospital only if they have a sufficiently structured community facility or other mechanism that provides support and controls« (*Lamb* 1984).

About 40% of the homeless suffer from a major mental illness. Homelessness and/or incarceration often portray the new emargination, criminalization and escapism from psychiatrization of the mentally ill, most of them schizophrenics, and the streets seem to compete with mental institutions and jails in housing them (*Palermo, Smith, Liska* 1991a, 1991b). Other reports support the above statistics. *Orr* (1978) reported that the percentage of the mentally ill offenders in jail ranged from 10 to 50%. *Briar* (1983) staed that about 20% of the jail population was composed of former or new patients of mental institutions. They are the social misfits of *Reusch* and the pseudo-offenders of *Snow. Adler* (1986) reported an increase in the arrest rate for the mentally ill that was substantially higher than that of the general population. As co-factors she cited improper pharmacotherapeutic management, abuse of, or non-compliance with, medication, natural progression of mental illnesses, and, lastly, a new social phenomenological approach to mental illness. She also stated that her previous figures of 10.9% of psychiatrically ill inmates was greatly underestimated. *Steadman* et al. (1984) demonstrated an increase in terms of absolute numbers in the history of mental hospitalization among a sample of prison admittances from 1968 to 1978. The statistics of *Petrick* (1979) revealed 35% of the prisoners in the King County (Washington) Jail as psychotic. And finally, out of 102 prisoners referred for psychiatric evaluation in the Los Angels jail system in 1982, *Lamb* and *Grant* (1982) diagnosed 75% as schizophrenic, 22% as major affective disorders, and 2% as organic brain syndromes and adjustment disorders.

Conclusion

Deinstitutinalization or non-institutionalization has had a great impact on the census of American jails and prisons, with the presence of psychotic schizophrenics usually incarcerated for petty crimes. Over a period of three years (1988—1990), the author, in his capacity as forensic psychiatrist for Milwaukee County (U.S.A.) collected demographic and psychiatric data regarding 272 inmates who were examined by him for competency evaluation. An analysis

of the data was made by subdividing the inmates examined into 15 psychiatric entities recognized by DSM-III-R (1987) (See Table 1). Percentages of the total sample were attributed to each category of mental disorder. The analysis shows, in addition to the percentages relative to the remaining 14 patient entities, that of the sample of 272 inmates the number of schizophrenics was 103 and represented 37.87% of the total sample. Their offenses were 83.50% misdemeanors and 16.50% felonies. Of the total number, 57.28% were found to be competent to stand trial as compared to 42.72% found to be incompetent. The author's opinion is that the above data can be safely applied to the present situation in most American jails.

DSM-III-R Diagnosis	Sample Size	Percent of Total Sample	Type of Offense		Finding from Competency Evaluation	
			Misdemeanor	Felony	Competent	Non-Competent
	n.		%	%	%	%
1.Schizophrenia (295.xx)	103	37.87	83.50	16.50	57.28	42.72
2.Antisocial Personality Disorder with Polysubstance Abuse (304.90)	64	23.53	35.94	64.06	98.44	1.56
3.Antisocial Personality (301.70) [including 4 malingerers (465.200) and 1 pedophile (302.20)]	22	8.09	45.45	54.55	90.91	9.09
4.Paranoid personality Disorder (301.00)	3	1.10	100.00	0.00	100.00	0.00
5.Psychotic Disorder Not Otherwise Specified - Atypical Psychosis (298.90)	4	1.47	50.00	50.00	0.00	100.00
6.Cocaine-Induced Organic Mental Disorder [cocaine intoxication (305.60) and cocaine withdrawl (292.99)]	21	7.72	80.95	19.05	23.81	76.19
7.Post Traumatic Stress Disorder (309.89)	12	4.41	75.00	25.00	75.00	25.00
8.Delusional (paranoid) Disorder (297.10)	5	1.84	60.00	40.00	80.00	20.00
9.Bipolar Disorders - Mixed (296.6x)	14	5.15	78.57	21.43	78.57	21.43
10.Dysthymia (300.40)	6	2.21	83.33	1.67	100.00	0.00
11.Dissociative Disorder Not Otherwise Specified (300.15) - Ganser Syndrome	2	.74	.00	100.00	0.00	100.00
12.Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified (299.80)	3	1.10	66.67	33.33	66.67	33.33
13.Passive Aggressive Personality Disorder (301.84)	9	3.31	88.89	11.11	100.00	0.00
14.Borderline Personality Disorder (301.83)	3	1.10	100.00	0.00	66.67	33.33
15.Primary Degenerative Dementia of the Alzheimer Type -Senile	1	.37	100.00	0.00	100.00	0.00

Tab. 1: Diagnosis by type of offense and by finding from Competency Evaluation

The words of *Leona Bachrach* (1984) well summarize the social and moral dilemma confronting present day society. »Although the original motivation for deinstitutionalization was humane and well intentioned, its consequences have, at times, been unexspected and harmful to the chronically ill. . . Chronically ill psychiatric patients are . . . severely disabled and disfranchised populations with few resources . . . economically deprived . . . (and) require help in arranging for life's basic necessities, including food, shelter, medical care and social support.« The plight of the mentally ill-schizophrenic in the streets or in jails, is certainly the expression of the progressive moral decay and confusion of our social fabric and an outward expression of the utmost rejection.

Schizophrene in der heutigen Gesellschaft. Ein gesellschaftliches und moralisches Dilemma

George B. Palermo (Milwaukee)

Vor der Diskussion der heutigen Situation schizophren Erkrankter in den westlichen Industrienationen, vor allem in den USA, gibt *Palermo* einen historischen Überblick über die Behandlung von Geisteskranken im Laufe der Menschheitsgeschichte. Geisteskrankheiten, so der Autor, sind so alt wie der homo sapiens. Waren sie für das magische Denken noch Ausdruck einer übernatürlichen göttlichen Heimsuchung, so kristallisierte sich mit der Zunahme rationalen Denkens eine Zweiteilung in der Beschreibung menschlichen Verhaltens als »gesund« und »wahnsinnig« heraus. Mit »Wahnsinn« wurde — und wird häufig auch heute noch — 'ungewöhnlich', 'böse', 'irrational', 'gewalttätig' und 'gespalten' verbunden. Obwohl bereits *Hippokrates* den Wahnsinn auf natürliche, in erster Linie biologische Ursachen zurückführte, blieb die Geisteskrankheit durch die Jahrhunderte hindurch eine unerklärliche und gefürchtete Erscheinung. Im Spätmittelalter wurden Häuser, die zuunächst für Leprakranke eingerichtet worden waren, umgewandelt in Einrichtungen für Kriminelle, Obdachlose — und Geisteskranke. Menschen, die vor ihrem eigenen Wahnsinn Angst hatten, schlossen die Geisteskranken aus, die sie an ihre eigene Verwundbarkeit erinnerten. Die Ablehnung und Ausgrenzung der Verrücktheit als etwas Sündhaftes fand ihren Höhepunkt und zugleich ihren bildhaftesten Ausdruck in den »Narrenschiffen« des 15. Jahrhunderts. Während des 18. und 19. Jahrhunderts wurde Europa überschwemmt mit Gefängnissen, Arbeitshäusern, Erziehungsanstalten und Irrenanstalten, in denen die Kranken häufig wie Tiere angekettet dahinvegetierten. Im Zuge der Aufklärung begann sich schließlich eine Sichtweise durchzusetzen, die den Geisteskranken als einen in Not befindlichen, hilfsbedürftigen Mitmenschen auf der Suche nach sich selbst sah.

Zum Schluß seines historischen Rückblicks skizziert *Palermo* die psychiatrische Revolution der letzten zwei Jahrhunderte, die nach ihm in vier Etappen abgelaufen ist:

1. die Befreiung der Geisteskranken von ihren physischen Fesseln — mit *Pinel* in Frankreich, *Chiarugi* in Italien, *Tuke* in England und später *Rush* in den Vereinigten Staaten,
2. die *Freud*sche Revolution, die psychische Krankheit als Resultat innerer psychischer Konflikte sah und sowohl den Neurotikern als auch den schizophren und manisch-depressiv Erkrankten ihre Menschenwürde zurückgab,
3. die psychopharmakologische Revolution in den 60er und 70er Jahren und
4. die gegenwärtig noch andauernde Entinstitutionalisierung durch die Auflösung psychiatrischer Krankenhäuser in Italien, Großbritannien, den Vereinigten Staaten, Australien und anderen westlichen Industrienationen.

Mit den Konsequenzen dieser Entinstitutionalisierung für die Betroffenen setzt sich *Palermo* im folgenden kritisch auseinander. Er zeigt auf, daß die ursprünglich beabsichtigten humanen Ziele der Reformer in den seltensten Fällen erreicht werden konnten. Obdachlosigkeit und Inhaftierung stellen das Los vieler, aus der psychiatrischen Hospitalisierung »befreiter« schizophrener Patienten dar. Als einen Grund des Scheiterns der Reform sieht *Palermo* das zu schnelle Tempo der Auflösung von Krankenhäusern, ohne daß ein ausreichendes Angebot alternativer kommunaler Einrichtungen vorhanden gewesen wäre. Als weitere Gründe benennt er mangelnde konzeptionelle Vorstellungen sowie ungenügende Motivation auf Seiten des Personals wie der Patienten. In Wirklichkeit hat gar keine »Entinstitutionalisierung« stattgefunden, sondern eine Verschiebung auf andere Institutionen wie Privatkliniken, Heime und nicht zuletzt Gefängnisse. Dies belegt der Autor mit eindrucksvollem statistischen Material: Während es z.B. im Jahre 1955 in den USA über 600.000 Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern gab gegenüber weniger als 200.000 Gefängnisinsassen, hat sich das Zahlenverhältnis 1988 exakt umgekehrt. Die Gefängnisse werden immer mehr zu Plätzen, in die die psychisch Kranken einer Gemeinde abgeschoben werden.

In einer britischen Studie von *Orr* (1987) wurde ein Prozentsatz von geisteskranken Tätern in Gefängnissen gefunden, der zwischen 10 und 50% lag. Unter den Obdachlosen sind Schizophrenie, Drogenmißbrauch und Persönlichkeitsstörungen die häufigsten psychiatrischen Diagnosen. Die größte Gruppe unter den psychisch Kranken in Gefängnissen der USA sind chronisch Schizophrene, die zumeist nur geringfügige Vergehen aufgrund ihrer geistigen Verwirrtheit begangen haben. *Palermo* fordet daher, sie als »Pseudostraffällige« von den eigentlichen Kriminellen zu unterscheiden. Nicht selten sind es Menschen, die, unzufrieden mit der medikamentösen Behandlung und im Widerstand gegen die Kontrolle durch Sozialagenturen des Staates, das Gefängnis einer psychiatrischen Hospitalisierung vorziehen.

Als eine traurige Wiederkehr der Vergangenheit bezeichnet *Palermo* das erneut um sich greifende Anketten von Geisteskranken in Gefängnissen als oft einzige Form der Selbstmordverhütung. Nach einer Studie von *Briar* (1983) erhielten nur 23% von als geisteskrank diagnostizierten Strafgefangenen eine Behandlung während der Haft. Als »Alternative« zum Gefängnis bleibt vielen

entwurzelten psychiatrischen Patienten nur die Straße. Die Straßen der Metropolen treten so immer mehr an die Stelle der historischen »Narrenschiffe«.

Der Autor beschließt seine Arbeit mit einer eigenen Untersuchung, die er in den Jahren 1988—1990 in seiner Eigenschaft als forensischer Psychiater des Bezirks Milwaukee an 272 Gefängnisinsassen durchführte, deren Schuldfähigkeit er zu prüfen hatte. 38% der Straftäter erhielten die Diagnose 'Schizophrenie', 84% der Delikte waren geringfügiger Art, 43% der Gefangenen wurden von ihm für schuldunfähig erklärt. *Palermo* hält diese Daten für repräsentativ für die gegenwärtige Situation in amerikanischen Gefängnissen. Das aufgezeigte Elend der Geisteskranken in den Straßen und Gefängnissen ist für den Autor der sichtbarste Ausdruck äußerster Ablehnung, dem diese Menschen ausgesetzt sind — Ausdruck auch des moralischen Verfalls der Gesellschaft.

Literature

Adler, F. (1986): Jails as repository for former mental patients. In: International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology (30) 225—236

Arce, A.A.; Vergare, M.J. (1984): Identifying and characterizing the mentally ill among the homeless. In: *Lamb, H.R.* (ed.): The Homeless Mentally Ill. (Washington, D.C.: American Psychiatric Association) 75—89

Bachrach, L.L. (1984): Asylum and chronically ill psychiatric patients. In: American Journal of Psychiatry (141) 975-978

Briar, K. (1983): Jails: neglected asylums. In: Social Casework (64) 387—393

Caton, C.L.M. (1990): Homeless in America (New York, Oxford: Oxford University Press) 59—70

DSM-III-R. (1987) (Washington, D.C.: The American Psychiatric Association)

Foucault, M. (1988): Madness and Civilization. (New York: Vintage Books)

Goldfarb, C. (1970): Patients nobody wants: skid row alcoholics. Disease of the Nervous system (31) 274—281

Historical Statistics of the United States. (1960) (Washington, D.C.: U.S. Bureau of Census)

Jones, K.; Wilkinson G.; Craig, T.K.J. (1991): The current literature: The 1978 Italian mental health law — a personal evalutation: a review. In: British Journal of Psychiatry (159) 556—561

Kass, F. (1989): Mental illness and homelessness: majority of homeless people found to be mentally ill. In: Psychiatric News (XXIV) 14

Klerman, G. (1990): The psychiatric patient's right to effective treatment: implications of Asheroff vs. Chestnut Lodge. In: American Journal of Psychiatry (147) 409—418.

Lamb, H.R. (1982): Deinstitutinalization and the homeless mentally ill. In: *Lamb, H.R.* (Ed.) The Homeless Mentally Ill (Washington, D.C.: American Psychiatic Association) 55—74

Mackenzie, M.A. (1981): Plato on Punishment (Berkeley & Los Angeles: University fo California Press)

Manderscheld, R.W.; Sonnenschein, M.A. (Eds.) (1990): Mental Health, United States 1990. U.S. Department of Health and Human Services, Rockville, MD

Orr, J.H. (1978): The imprisonment of mentally disordered offenders. In: British Journal of Psychiatry (133) 194—199

Palermo, G.B. (1991): The 1978 Italian mental health law — a personal evaluation: a review. In: Journal of the Royal Society of Medicine (84) 99—102

Palermo, G.B.; Smith, M.; Liska, F.J. (1991a): Jails versus mental hospitals: a social dilemma. In: International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology (35) 97—104

— (1991b): Jails versus mental hospitals: the Milwaukee approach to a social dilemma. In: Internationa Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology (35) 205—216

Poter, R. (1989): A Social History of Madness (New York: E.P. Dutton)

Scull, A. (1981): Deinstitutionalization and the rights of the deviant. In: Journal of Social Issues (37) 6—20.

Sommer, R.; Osmond, A. (1981): The mentally ill in the eighties. In: Journal of Orthomolecular Psychiatry (10) 193—201.
Statistical Abstracts of the United States. (1990) (Washington, D.C.: U.S. Bureau of Census).
Steadman, H.; Monahan, J.; Duffee, B.; Hartstone, E.; Robbins, P. (1984): The impact of the state mental hospital deinstitutionalization on United States prison population, 1968—1978. In: Journal of Criminal Law and Criminology (75) 474—490.
Zilboorg, G. (1941): A History of Medical Psychology (New York: Norton)

Address of the author:

Prof. George B. Palermo, M.D.
925 East Wells St.
Milwaukee, WI 53202
USA

Emil Kraepelin und deutsch-russische Kontakte auf dem Gebiet der Neurosen- und Schizophrenieforschung am Anfang des Jahrhunderts**

A.M. Shereshewski*

In seiner medizin-historischen Arbeit untersucht der Autor die wissenschaftliche Tätigkeit Emil Kraepelins unter besonderer Berücksichtigung der Zusammenarbeit mit russischen Ärzten und Psychologen auf dem Gebiet der Neurosen- und Schizophrenieforschung. Grundlage für seine Untersuchungen sind Dokumente, die er in den Archiven und Bibliotheken in Petersburg, Moskau und München fand. Der Autor würdigt den Einfluß der klinisch-nosologischen und medizinisch-psychologischen Ideen Kraepelins auf die Forschungen russischer Wissenschaft während seiner Tätigkeit von 1886—1891 an der Universität in Dorpat (heute Tartu, Estland). Beispielhaft werden die Arbeit Kraepelins, die Zusammenarbeit mit russischen Wissenschaftlern und seine freundschaftlichen Beziehungen zu ihnen dargestellt.

Das Studium der Tätigkeit *Emil Kraepelins*, eines weltbekannten deutschen Psychiaters auf dem Gebiet der Schizophrenie- und Neuroseforschung ist auch heute noch außerordentlich aktuell. Sowohl die Neurose als auch die Schizophrenie sind Ecksteine der Psychiatrie und durch ihre transkulturellen Seiten eng mit der täglichen Behandlungspraxis und psychiatrischen Hilfe für die Patienten verbunden. Bedeutende Beiträge zur Erforschung dieses Problems, unter Einbeziehung klinisch-nosologischer und medizinisch-psychologischer Gesichtspunkte, wurden durch die Gedanken *Kraepelins* in Verbindung mit seinen Schülern und russischen Gelehrten erbracht. Dieser hatte vor seiner Tätigkeit an der Universität Dorpat (heute Tartu, Estland) von 1886—91 in Heidelberg und Leipzig gearbeitet und war danach bis zu seinem Tode in München tätig.

Es ist bekannt, daß *Kraepelin* 1856 geboren wurde, im gleichen Jahre wie *Sigmund Freud,* eine Tatsache, die geschichtlich als bedeutend angesehen werden kann. Während *Kraepelin,* die Neurosen in sein nosologisches Konzept einbeziehend, die Schizophrenie als eigenen pathologischen Prozeß abgrenzte, leistete *Freud* einen großen Beitrag zur Abgrenzung verschiedener Neurosengruppen. Vor allem konzipierte er eine Therapie dieses weitverbreiteten Leidens, in erster Linie von dynamischer aber auch komplexer Art.

1956, im Zusammenhang mit dem 100. Geburtstag von *Kraepelin,* haben russische und deutsche Gelehrte darauf hingewiesen, daß seine Bedeutung darin liegt, schon sehr früh die »Dementia praecox« (trotz scharfer Kritik) als »natürliche nosologische Einheit« abgegrenzt zu haben, noch bevor *Eugen Bleuler* seinen Beitrag über die Schizophrenie leistete. Man kann sagen, daß er bis zu

* Prof. Dr. med., Abteilungsleiter am Psychoneurologischen Institut W.M. Bechterew, St. Petersburg, Rußland

** Vortrag gehalten auf dem 9. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP / XXII. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 29. April — 3. Mai 1992 an der Universität Regensburg

einem gewissen Grade von dem tiefenpsychologischen Strom beeinflußt war, der von *Freud* ausging und der seine Forschungen auf dem Gebiet der experimentellen Pathopsychologie, und die seiner Schüler auch während seiner Tätigkeit am Lehrstuhl für Psychiatrie an der Universität in Dorpat bestimmte.

Kraepelin wurde mit 30 Jahren für dieses Amt von bedeutenden Gelehrten empfohlen, wie *Jolly,* Psychiater in Straßburg, *Gudden,* Professor der Psychiatrie in München und *Wundt,* dem bekannten Leipziger Psychologen, der später *Bechterevs* Lehrer und Kollege im Bereich der Psychologie wurde. Auch *Kraepelins* Vorgänger auf dem Lehrstuhl in Dorpat gehörte dazu, nämlich der Professor für Psychiatrie *Emminghaus,* Autor des ersten Handbuches der Kinderpsychiatrie, der an der Würzburger medizinischen Fakultät promoviert hatte, wo auch *Kraepelin* studierte. Sie alle bestätigten die intensive psychologische Ausbildung *Kraepelins* bei *Wundt* in Leipzig und vor allem seine psychiatrische Ausbildung an der Universität München unter der Leitung des bekannten Professors der Psychiatrie *Gudden,* was in den Archiven dokumentiert ist.

Es muß auch die erfolgreiche Arbeit *Kraepelins* während seiner Tätigkeit in Rußland im Gebiet um Dorpat erwähnt werden, über die wiederholt in Dokumentationen, wissenschaftlichen Publikationen und Erzählungen berichtet wurde. Später spielte seine wissenschaftliche Tätigkeit zweifellos eine Rolle für die Bildung einer Schülerschaft unter den russischen Wissenschaftlern und für deren selbständiges Forschen auf dem Gebiet der Schizophrenie und Neurose.

Die Popularität *Kraepelins* sorgte in Rußland während seines dortigen Aufenthaltes für die große Verbreitung seiner psychiatrischen Vorlesungen, die er ab 1903 in München hielt. Jedes Jahr waren über 15% seiner Hörer russische Ärzte, neben Ärzten aus Österreich, Frankreich, Italien,der Schweiz, Japan und sogar England und den USA. Ich sage »sogar«, weil *Kraepelins* nosologische Konzeption der Psychiatrie in englischsprachigen Ländern stark kritisiert wurde. Die Vorlesungen, die bald in der ganzen Welt bekannt waren, erstreckten sich über 100 Stunden und wurden zum Preis von 64 Mark angeboten.

Die Vorlesungen umfaßten auch differenzierte klinische und Laboratoriumsdemonstrationen und wurden in der Regel in folgender Weise abgehalten: *Kraepelin* stellte das psychiatrische klinische Krankheitsbild dar, *Alzheimer,* sein nächster Assistent und Oberarzt der Klinik, las über die normale und pathologische Histologie der Hirnrinde, *Monakow* über die Lokalisation der Funktionen in der Hirnrinde, *Plaut* über die Serodiagnostik und die kriminalpsychiatrische Praxis, *Rüdin* über pathologische psychische Zustände von Jugendlichen (d. h. aktuelle Probleme der Jugendlichenpsychiatrie), *Isserlin* vertrat die Psychotherapie und erläuterte gleichzeitig die hauptsächlichen Methoden, die besonders für die Anwendung bei den Neurosen notwendig waren, wobei er den Ansichten seines Lehrers und Vorgesetzten folgte.

Kraepelin selbst behandelte in seinen Vorlesungen vor allem die Dementia praecox, ein Terminus, unter dem er im Wesentlichen ein komplexes Krank-

heitsbild sah, übereinstimmend mit seinen Thesen auf dem 29. Kongreß der Psychiater vom 27. November 1898 in Heidelberg. Diese Krankheitsbilder umfaßten die Katatonie, Hebephrenie und die paranoide Demenz. Der klinischen Darstellung der Dementia praecox wurde eine Einführung vorangestellt, in welcher *Kraepelin* die Ansicht vertrat, daß das Anwachsen der Geisteskrankheiten, eingeschlossen die Neurosen, durch die »Ausbreitung der Zivilisation« beeinflußt wurde, begleitet von einem Anwachsen der Suizidalität. Diese, zusammen mit der psychogenen Depression und sogar mit dem Auftreten psychogener Psychosen, könnte ein klares Zeichen für die »Nervosität« der Bevölkerung sein. Dann behandelte er ausführlich die einzelnen Formen der Dementia praecox einschließlich der paranoiden Demenz. Er ging auch ausführlich auf andere psychotische Erkrankungen, organische Psychosen und auf die experimentelle Psychologie ein, unter besonderer Beachtung der psychologischen Diagnostik der Grenzfälle.

Neben anderen Problemen untersuchte *Kraepelin* auch experimentell und psychologisch ausgelöste Affekte anhand der Analyse des Sprachvermögens und der Handschrift der Probanden unter Testbedingungen, z.B. nach Schlafstörungen (Schlaflosigkeit) oder Arbeitsstörungen, die mit einer euphorischen Stimmung verbunden waren und nach körperlichen Zuständen, hervorgerufen durch verschiedene äußere Schädigungen.

Nicht zufällig schlug *E. Kraepelin* in seinem bekannten Handbuch der Psychiatrie, das in 8 Auflagen veröffentlicht und in 5. Auflage von einer Gruppe St. Petersburger Psychiater unter der Leitung seines Dorpater Schülers *Falk* ins Russische übersetzt wurde, vor, die ganze Gruppe der funktionellen Psychoneurosen unter nosologischen Gesichtspunkten zu überarbeiten. Er schrieb zu den drei Bänden der russischen Auflage ein Vorwort, in welchem er darauf hinwies, daß die Grundlage zu seiner psychologisch-nosologischen Krankheitslehre während seiner Arbeit in Dorpat entstanden ist. Er würdigte auch die besondere Rolle dieser Periode seiner Forschertätigkeit für die Ausarbeitung der psychologischen Bewertung des psychischen und psychopathologischen Zustandes bei Probanden und Patienten.

Es ist zu erwähnen, daß in Rußland von 1906—1910 jährlich durch die offiziellen Behörden eine Liste der Ärzte des Landes erstellt wurde, die anfangs die Funktion hatte, die Apotheker zu informieren und eine Bescheinigung für das Recht der Person auf eine ärztliche Praxis darstellte. Die Angaben für die Jahresliste stammten vom medizinischen Fachressort und den Ärzten selbst. In der Liste von 1886—1906 stand geschrieben: »*Yemelian Kraepelin,* Doktor der Medizin, privat praktizierender Professor der Psychiatrie in Dorpat«.

Emil Kraepelin war ein hervorragender Mediziner und ein Gelehrter auch der angrenzenden Wissenschaften, der nicht nur in seinem Land, sondern auch in der ganzen Welt anerkannt war. Seine Nachfolger und Schüler haben viel zur Entwicklung der russischen Psychiatrie beigetragen. Gleichzeitig und parallel zu ihm haben russische Gelehrte an den gleichen psychiatrischen Problemen gearbeitet und einen Beitrag zur Lösung derselben geleistet. Es ist

nicht unwichtig, daß im berühmten psychologischen Laboratorium der Universität Leipzig, dessen Leiter *Wundt* war, zur gleichen Zeit sowohl *Kraepelin* aus München kommend als auch *V.F. Tschisch* und *W. Bechterev* von St. Petersburg ihre psychologischen Kenntnisse erwarben. Mit dem Wissen, das sie sich bei *Wundt* aneigneten, konnten sie psychologische und pathopsychologische Symptome objektivieren, was in erster Linie für die Situation wichtig war, die sich in Rußland zu entwickeln begann.

Kraepelin untersuchte an der Universität in Dorpat mit der psychologisch-experimentellen Methode die Wirkung von Gift und Alkohol auf die geistige Tätigkeit und die Arbeitsleistung. Unter seiner Leitung wurden an der Dorpater Universität 5 Dissertationen erarbeitet und abgeschlossen, die sich mit diesen Themen befaßten.

Die gleichen psychologischen Techniken wurden von *V.M. Bechterev* bei der Untersuchung der Pathologie von Geisteskrankheiten angewandt, während er Inhaber des Lehrstuhls in Kazan war (1893) und von *V.F. Tschisch,* der eines der ersten Laboratorien im St. Petersburger Pantaleon-Krankenhaus gegründet hatte. Untersucht wurden von ihm als erstem Patienten, die an Dementia praecox litten.

Kraepelin setzte unmittelbar nach 1917 seine Untersuchungen der geistigen Tätigkeit in dem von ihm gegründeten Institut in München fort. Er befaßte sich hauptsächlich mit ihrem Einfluß auf die Arbeitsleistung unter Verwendung psychologischer Methoden.

Mitte der 20er Jahre begann *V.M. Bechterev,* nicht ohne dem Einfluß der wissenschaftlichen Arbeiten *Kraepelins* und auf direkte Anordnung der bolschewistischen Regierung, am St. Petersburger psychoneurologischen Institut die Psychophysiologie verschiedener Arbeitsprozesse zu untersuchen, einschließlich von Personen, die an verschiedenen Neurosen litten.

Ende des 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts beschäftigte sich *Kraepelin* besonders intensiv mit der Erforschung des Problems der Dementia praecox, die die Katatonie, die Hebephrenie und die paranoide Demenz als Komponenten einschließt. Fast zu gleicher Zeit versuchte *S.S. Korsakow,* Professor für Psychologie an der Universität Moskau, die sogenannte »diznoye« als nosologische Einheit abzugrenzen, die grob gesehen die gleichen Komponenten enthielt wie die Dementia praecox *Kraepelins.* Dieser Versuch der Abgrenzung wurde 1890, nach der erfolgreichen Definition der alkoholischen neuritischen Psychose durch *S.S. Korsakow,* unternommen. Diese Erkrankung wurde später auf Vorschlag des Straßburger Professors der Psychiatrie *Jolly,* »Korsakow-Krankheit« genannt, eine Bezeichnung, die heute allgemein verwendet wird.

Es muß auch erwähnt werden, daß *E. Kraepelin* in der 8. Auflage seines Handbuches, die von Psychiatern aus Moskau ins Russische übersetzt wurde, die »Korsakow-Krankheit« untersucht und als eigenes Syndrom von der Dementia praecox abgetrennt hatte. Außerdem haben zwei St. Petersburger Professoren, *V.F. Tschisch* und der *Bechterev-Schüler W.P. Ossipow,* zu ver-

schiedenen Zeiten ihre Forschungen in Beziehung zur Katatonie veröffentlicht. *Ossipow* hatte bereits dieses pathologische Phänomen als einen Bestandteil der Dementia praecox erkannt.

Es ist auch bekannt, daß Anfang des 20. Jahrhunderts zur Untersuchung der transkulturellen Aspekte der Dementia praecox, *Kraepelin* eine Forschungsreise nach Java, Südamerika und Mexiko unternahm. Während dieser Reisen wurden von ihm auch im Grenzbereich liegende Störungen untersucht, einschließlich neurotischer Prozesse bei den Ureinwohnern. Für 1926 waren dieselben Untersuchungen in Indien vorgesehen. Bald nach *Kraepelins* Reisen untersuchte *Reitz,* ein Psychologe aus St. Petersburg, transkulturelle Prozesse an verschiedenen Orten Rußlands, *A. Tokarsky,* Psychiater und Psychologe aus Moskau, beschäftigte sich mit neurotischen Epidemien bei der Bevölkerung der russischen Randgebiete.

Anfang des 20. Jahrhunderts wurde von Professor *I. Sikorsky* in Kiew eine Zeitschrift herausgegeben mit dem Titel: »Probleme Neuropsychologischer Medizin«. Einige dieser Ausgaben waren hauptsächlich dem Problem der Psychohygiene und der Prävention psychischer Erkrankungen gewidmet. Es wurden in der Zeitschrift auch Arbeiten veröffentlicht, die sich mit den Problemen der Suizidalität, auch bei Ärzten selbst, befaßten. *Kraepelin* hielt den Anstieg der Suizide in Verbindung mit dem Anwachsen der Armut und der Proletarisierung für ein wesentliches Zeichen des vermehrten Auftretens von Neurosen in der Bevölkerung. Es ist folglich kein Zufall, daß in dieser Zeitschrift insbesondere auf die Bewertung neuroseähnlicher Zustände und deren Manifestationen hingewiesen und immer die Methodik *Kraepelins* zitiert wurde.

Es wurde bereits oben erwähnt, daß in *Kraepelins* Vorlesungen in München, eine ganze Reihe von Lesungen den Grenzfällen gewidmet waren einschließlich funktioneller Neurosen und auch den verschiedenen psychotherapeutischen Techniken. Diese Vorlesungen wurden von seinem Assistenten, *Max Isserlin,* gehalten. Zeitlich etwas später beschäftigte sich *Mjassitschev* unter der Leitung *V.M. Bechterevs* mit denselben Problemen. Er untersuchte Patienten in der speziell am Petersburger psychoneurologischen Institut gegründeten Klinik für Neurose und Psychotherapie. *W.N. Mjassitschev* war der Vorgänger des jetzigen Leiters des Institutes, Professor *M. Kabanow. In Moskau arbeitete Professor P.B. Gannuschkin* an denselben Fragen, jedoch mehr in Richtung Psychopathien.

Kraepelin hatte sich schon in jungen Jahren dem Studium der Rechte gewidmet mit besonderem Interesse am Problem der Aufhebung der Bestrafung geisteskranker Menschen, die an einem Verbrechen beteiligt waren. Er vertrat die Meinung, daß die Bestrafung bei geistiger Unzurechnungsfähigkeit abhängt von der Natur und dem Verlauf der geistigen Behinderung. Der Gelehrte zog dabei verschiedene Formen der Dementia praecox in Betracht, die ihren Ausdruck in Form von Neurosen und Grenzzuständen fanden. Er empfahl, den Charakter und den Verlauf der seelischen Krankheit zu berücksichtigen.

Später, 1920, wurden diese Vorschläge *Kraepelins* in die Bayerische Gesetzgebung aufgenommen.

Auf dem III. Kongreß der russischen Psychiater, der 1909 in St. Petersburg stattfand, machte der bekannte russische Jurist, *A. Koni,* in seiner Rede über dieses Problem, mit dem Titel: »Psychiatrische Gutachten und geltende Gesetze«, ergänzende Vorschläge, die durch die bestehenden Verhältnisse in Rußland notwendig waren. Er hob die Notwendigkeit hervor, für diese Patienten geschlossene Krankenhäuser zu gründen, von einer besonderen, menschenfreundlichen Art. Dort könnten geisteskranke Verbrecher eine Therapie erhalten und nach der Entlassung zuhause durch einen Arzt ambulant weiterbehandelt werden.

Kraepelins Beziehung zu russischen Wissenschaftlern hatte nicht nur wissenschaftlichen Charakter, sondern war auch freundschaftlicher Natur bis zum letzten Tage seines Lebens, wie zahlreiche Erzählungen und Dokumente bezeugen, die ich unlängst in den Archiven der Universität München fand.

In seinen letzten Lebensmonaten hatte der berühmte Gelehrte noch drei Aufgaben zu bewältigen, nämlich die Sorge um sein Forschungsinstitut für Psychiatrie, die neunte Auflage seines Handbuches und die Verwirklichung seiner Forschungsreise nach Indien, zum Studium transkultureller Aspekt der Dementia praecox und der Neurosen der Bevölkerung Indiens. Zwei dieser Aufgaben konnte er noch bewältigen. Es gelang ihm, sein Institut mit dem notwendigen Instrumentarium für die Forschung auszustatten und es finanziell zu sichern. Drei Tage vor seinem Tode, am 4. Oktober 1926, vollendete er den zweiten Band seines Lehrbuches mit der Abfassung des Vorwortes. Leider war ihm die Forschungsreise nach Ceylon und Indien nicht mehr möglich. Der große Reformator der klinischen Psychiatie starb am 7. Oktober 1926.

Die Nachrufe zu *Kraepelins* Tod, in hohem Maße seine Tätigkeit würdigend, erschienen in vielen wissenschaftlichen und populärwissenschaftlichen Zeitschriften in Europa und Amerika, obwohl die Zahl der Gegner seiner wissenschaftlichen Anschauungen sehr hoch war. Die ganze Welt war der Ansicht, daß der Tod *Kraepelins* einen unersetzlichen Verlust nicht nur für die Psychiatrie, einem der wichtigsten Gebiete der Medizin, darstellte, sondern auch des gesamten Gesundheitswesens. Gelehrte und Ärzte St. Petersburgs bezeigten ihre besondere Anteilnahme in einem Telegramm, das vor kurzem im Archiv der Münchener Universität gefunden wurde.

Die fortschrittlichen Gedanken *Emil Kraepelins* sind auch heute noch aktuell im Hinblick auf die Probleme der Nosologie der seelischen Erkrankungen, einschließlich der Neurose und der Schizophrenie, der psychiatrischen Diagnostik und der besonderen Versorgung der Bevölkerung.

Emil Kraepelin and the German-Russian Contacts in the Domain of Schizophrenia and Neuroses Research at the Beginning of the Century

August Shereshevsky (St. Petersburg)

In his paper, the author glances over the activity of *Emil Kraepelin* in Russia and over the German-Russian cooperation in view of neurosis and schizophrenia research historically seen.

The basis of the paper is the result of many studies in the archives and libraries in St. Petersburg, Moskow and Munich. At the beginning *Shereshevsky* compares the meaning of *Kraepelin* with the meaning of *Freud. Kraepelin* incorporates neurosis in his nosological conception of psychiatry and is the first to demarcate schizophrenia as a separate disease. *Freud* laid the foundation for the dynamic therapy of neurosis. They were both born in the same year 1856.

In the following, the comprehensive psychiatric training of *Kraepelin* is discribed, and his psychological researches with *Wundt* in Leipzig at the same time as *Bechterev. Bechterev* continued his researches later in St. Petersburg, whilst *Kraepelin* taught and did research in Dorpat. Until today his activities still influence Russian research. The lectures of *Kraepelin,* which were visited by many Russian collegues since 1903 in Munich are specially emphasized. *Kraepelin* was mostly concerned with the early and premature dementia and discussed in his lecture also neurotic states like psychogenetic depression and psychogenetic psychosis.

In the preface of the Russian translation of the manuals for psychiatry *Kraepelin* stresses the significance of his activities in Russia, which were the emergence of psychiatry possible.

The author looks at *Emil Kraepelin* not only as an outstanding physician but also as a scholar of related sciences and well-known creator of clinical psychiatry in Germany and on the whole planet. The author goes into the above mentioned meeting between *Kraepelin* and *V.M. Bechterev* more detailed. Both of them used the same methods in their researches, *Bechterev* at the psychological Institute of St. Petersburg, *Kraepelin* at his newly founded Institute in Munich.

Meanwhile *S.S. Korsakov,* Professor of psychiatry in Moskow, researched extraordinary shapes of physical psychosis, which later on became well-known as »Korsakov Disease«.

The author goes into *Kraepelin*'s psychiatric suggestions grasped and discussed by Russian psychiatrists.

At the end of his text the author mentions a condolence card sent by physicians and scholars from St. Petersburg, which he recentcently discovered in an archive. The very end of the text is a clarification of the influence *Kraepelin*'s progressive ideas had since they were born and the influence they still have nowadays.

Literatur

Gannushkin, P.B. (1911): Dr. Emil Kraepelin »Psychiatrie«. In: The Modern Psychiatry, May
Guilazovasky, W.A. (1927): Professor E. Kraepelin und die Russische Psychiatrie. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie (B. 88, H. 1—8)
Kerbikov, O.V. (1956): Emil Kraepelin & Nosological Problems in Psychiatry. In: Korsakov's Journal of Neuropathology & Psychiatry (12)
Kolb, O. (1926): Emil Kraepelin — Der Sammur. In: Archiv der Ludwig Maximilians-Universität, München, Signatur: E II 621
Mokarskij, A.A. (1890): Meriachenje & Convulsive Twitches Desease. Moskau
Reitz, G.B. (1926): The Significance of Emil Kraepelin in Psychiatry. In: The Psychiatric Review (3)
Rogovin, M.S. (1956): Emil Kraepelin. Derpts Period. In: Korsakovs Journal of Neuropathology & Psychiatry (12)
Skler, N.I. (1927): The Significance of Emil Kraepelin for Psychiatry. In: The Medical Reviea of Povolzhje (3—4)
Tartakovskij G.Y. (1911): The Psychiatric Courses in Kraepelin's Clinic in München. In: The Modern Psychiatry (March)
Telegramm: München, Zektor Universitate. Archiv der Ludwig-Maximilians-Universität, München, Signatur: E II, 61

Adresse des Autors:

Shereshewski, A.M. Prof. Dr. med.
Psychoneurologisches Institut W.M. Bechterew
ul. Bechterewa 3
193019 St. Petersburg, Rußland

Diskussion des Humanstrukturbegriffs bei Ammon**

Reinhard Hochmuth (Berlin)*

Der Autor versucht, die Humanstrukturtheorie der Dynamischen Psychiatrie Günter Ammons begrifflich zu systematisieren und Möglichkeiten einer Kommunikation auf einer Metaebene der Theorieentwicklung zu finden. Er hat hierzu psychoanalytische Literatur nach Systematistierungsansätzen durchgesehen und greift im Wesentlichen auf die allgemeine Systemtheorie (von Bertalanffy) sowie auf Bezüge zur Psychoanalyse (Karl Menninger) zurück. Er diskutiert die verschiedenen Merkmale des Strukturbegriffs und setzt moderne naturwissenschaftliche Begrifflichkeiten in Beziehung zu Ammons Humanstrukturtheorie: Diese kann unter dem Prinzip der Entwicklung und primären Umweltgerichtetheit als offene bzw. dissipative, evolvierende Struktur verstanden werden, Entwicklung als beständiges Überschreiten der Grenzen der Struktur. Der Autor versucht, diese naturwissenschaftlichen Bezüge an zentralen Begriffen von Ammons Theorie, wie den Humanfunktionen oder dem Begriff der Sozialenergie aufzuzeigen, betont dabei jedoch, daß keine noch so differenzierte allgemeine systemtheoretische Betrachtung genügt, menschliche Entwicklung und menschliches Sein im ganzheitlichen Verständnis von Ammon zu erfassen.

Einleitung

Die allgemeine Systemtheorie, wie sie von dem deutschen Biologen *Bertalanffy* entwickelt wurde, beeinflußte ohne Zweifel in den letzten vier Jahrzehnten die Entwicklung der psychologischen und psychoanalytischen Theorie. Für eine Synthese von Psychoanalyse und Systemtheorie plädierte u.a. *Ciompi* (vgl. 1981). *K. Menninger* hatte schon fast zwanzig Jahre früher in seinem Buch »The Vital Balance« eine Verbindung zwischen Psychoanalyse und Systemtheorie hergestellt. Meist wird in der psychoanalytischen Literatur nicht explizit auf die allgemeine Systemtheorie Bezug genommen. *K. Menninger* stellt hier eine frühe Ausnahme dar.

Für die Verwendungen des Begriffs Struktur, eines zentralen Begriffs der Systemtheorie, hat *Opitz* in der Soziologie nahezu 40 verschiedene Bedeutungen zusammengetragen. Es dürfte nicht schwer sein, in der psychologischen und psychoanalytischen Literatur ähnlich viele verschiedene Verwendungsweisen des Begriffs Struktur zu finden.

Das jeweils unterschiedliche Verständnis des Begriffs Struktur wird ergänzt durch den jeweils spezifischen Stellenwert, der der »Struktur« innerhalb der verschiedenen Theorien zukommt. Beispielsweise soll die Einführung des Strukturbegriffs bei *Rapaport* u.a. helfen, die folgenden Probleme der psychoanalytischen Literatur zu lösen: Die Existenz vermittelnder Variablen des Verhaltens, die sog. Motivationen höherer Neutralisierung, d.h. Antriebe, welche sich nicht unmittelbar aus biologischen Bedürfnissen herleiten lassen, und die Existenz von Trieben relativ autonomer Determinanten des Verhaltens.

* Dr. rer. nat., Mathematiker, wissenschaftlicher Assistent an der Freien Universität Berlin

** Vortrag gehalten auf dem 9. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP / XXII. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 29. April — 3. Mai 1992 an der Universität Regensburg

Darüberhinaus wollte *Rapaport* das seit *Freud* offene Problem der Quelle Ich-eigener Energie über den Strukturbegriff angehen. Dagegen soll bei *Ammon* die Humanstrukturologie begrifflich folgende Zusammenhänge ausdrücken: Die Unteilbarkeit von Individuum und Gruppe, weshalb die Humanstruktur in ihre Entwicklung und Dynamik zentral gruppendynamische Vorgänge einbezieht. Außerdem dient der Begriff der Humanstruktur der Beschreibung einer prinzipiell offenen in die Zukunft gerichteten Identitätsentwicklung.

Mit diesem Vortrag möchte ich mich der These *Boudons* anschließen, daß es keine universale strukturale Methode gibt, sondern nur besondere strukturale Theorien. In diesem Sinne werde ich im ersten Teil meines Vortrags definieren, was ich unter Struktur und ihren Aspekten verstehe. Anschließend wende ich mich der *Ammon*schen Humanstrukturologie zu und diskutiere sie hinsichtlich der verschiedenen Aspekte des vorher eingeführten allgemeinen systemtheoretischen Strukturbegriffs. Ziele sind zum einen die Kommunikation auf einer Metaebene der Theorieentwicklung und zum anderen die Suche nach Begriffen, die möglicherweise eine Systematisierung oder teilweisee sogar Mathematisierung der *Ammon*schen Humanstrukturologie zulassen.

Definition und Aspekte eines systemtheoretischen Strukturbegriffs

Bei der Definition des Strukturbegriffs beziehe ich mich im wesentlichen auf *Bertalanffy* (1950) und *Miller* (1975), die sich mit dem Begriff der Struktur aus systemtheoretischer Sicht beschäftigt haben. Beide Autoren diskutieren den Strukturbegriff nicht nur in struktureller Sicht, sondern ergänzen diese um energetische, dynamische und genetische Aspekte. Hinsichtlich dieser Aspekte berücksichtige ich zusätzlich Untersuchungen von *Prigogine, Nicolis* (1977), *Jantsch* (1984) und *Weizäcker* (1985). Die von diesen Autoren formulierten Merkmale ermöglichen es meiner Meinung nach, weitere interessante und spezifische Momente des Humanstrukturbegriffs bei *Ammon* darzustellen.

Definition

Unter einer Struktur möchte ich eine Menge von Elementen verstehen, zwischen welchen Wechselbeziehungen bestehen, die gewissen Regeln genügen. Die Elemente zusammen mit den Beziehungen bilden eine Ordnung, welche Gesamteigenschaften besitzt, die den einzelnen Elementen übergeordneten Regeln genügen. Natürlicherweise kann man erst dann von einer Struktur sprechen, wenn diese Ordnung über einen längeren Zeitraum im wesentlichen bestehen bleibt, d.h. insbesondere die Gesamteigenschaften i.a. langsamer variieren als die Eigenschaften der einzelnen Elemente.

Aspekte

Diesen Abschnitt gliedere ich in vier Unterabschnitte. Strukturen lebender Systeme wie die des Menschen verändern sich in der Zeit. Betrachtet man Strukturen zu einem bestimmten Moment, hält man also sozusagen die Zeit an, kann das entstehende Bild hinsichtlich verschiedener Merkmale betrachtet werden. Diese bezeichne ich als strukturelle Aspekte im engeren Sinne und beschreibe sie im ersten Unterabschnitt. Im zweiten Unterabschnitt werden einige Aspekte der sich in der Zeit verändernden Struktur, d.h. der Struktur als Prozeß, benannt. Prozesse werden in der Regel im Zusammenhang mit energetischen Vorgängen diskutiert. Energetische Aspekte, ergänzt um solche der Information, bilden den Inhalt des dritten Unterabschnitts. Im letzten Abschnitt geht es um genetische Aspekte.

Strukturelle Aspekte im engeren Sinne

Zunächst können sich Strukturen hinsichtlich ihrer einzelnen Elemente unterscheiden. Elemente können selbst wieder Strukturen sein. Man spricht dann von Substrukturen. Eine übergeordnete Struktur ist eine Struktur in der die betreffende Struktur selbst als Element enthalten ist. Die Gesamtheit dieser Strukturen bildet so eine hierarchische Ordnung. Quantitative bzw. qualitative Merkmale von Strukturen sind u.a.. ihr Umfang (Anzahl der Elemente und Substrukturen), ihre Differenziertheit (Umfang und Beziehungen der Elemente), Komplexität (Ordnung, Beziehungsmuster, Ebenenverschränkung, Wechselbeziehungen), Durchlässigkeit (Beziehungen zwischen Substrukturen und zu übergeordneten Strukturen), Gerichtetheit (Richtung der Beziehungen innerhalb der Struktur, entspricht der Dynamik, und nach außen) und Integration (Verbundenheit der Elemente untereinander und zur übergeordneten Struktur, Zusammenhang und Gerichtetheit). All diese Merkmale tragen dazu bei, das Arrangement der Elemente und Substrukturen zu beschreiben.

Prozeß-Aspekte

Die Änderung einer Struktur bzw. Substruktur heißt quantitativ, wenn eine Zu- oder Abnahme von Gleichem vorliegt, und qualitativ, wenn etwas anderes dazukommt oder etwas Vorhandenes verschwindet. Hängt die Änderung eines Elements (bzw. eines Aspekts des Elements) nur von diesem Element selbst ab, so bezeichnet man dieses als unabhängig. Die Änderung einer Struktur bzw. Substruktur aus voneinander unabhängigen Elementen kann durch einfaches Zusammenfügen der Änderungen der einzelnen Elemente erfaßt werden. Diese Eigenschaften einer Struktur bezeichnet man als Summierbarkeit.

Bildet eine Struktur mehr und mehr voneinander unabhängige Substrukturen, so spricht man von zunehmender Aufspaltung. Werden im Gegensatz

dazu aus einzelnen Elementen Substrukturen, so spricht man von Differenzierung. Zunehmende Differenzierung führt i.a. zu einem Anwachsen an Komplexität. Falls sich Teile der Struktur bzw. einer Substruktur herausbilden, bei denen eine kleine Änderung große Auswirkungen auf die gesamte Struktur verursachen, so bezeichnet man dies als Zentralisation. Eine zunehmende Zentralisation wird von *Bertalanffy* auch als zunehmende Individualisierung bezeichnet.

Energie-Aspekte

Energien können hinsichtlich ihrer Quellen, ihrer Qualität und ihre Quantität unterschieden werden. Austausch und Regelung von Energie ist gebunden und häufig organisiert durch Information (u.a. Signale, Symbole oder Nachrichten). Tauscht die betrachtete Struktur Energie und Information mit der Umgebung aus, so spricht man von einer offenen Struktur, ansonsten nennt man sie isoliert. Fragen kann man danach, ob und wie in der Struktur Energie umgewandelt, verteilt und gespeichert wird und welcher spezifische Zusammenhang zwischen Energie und Information besteht.

In der Physik können drei verschiedene Sichtweisen energetischer Prozesse unterschieden werden (vgl. *Jantsch* 1984): Klassische oder Newtonsche Mechanik, Thermodynamik und die Ebene der dissipativen Strukturen. Hier sollen nur kurz die Thermodynamik und die Ebene dissipativer Strukturen erläutert werden. In der Thermodynamik werden energetische Prozesse isolierter Strukturen wesentlich durch den zweiten Hauptsatz beschrieben. Danach existiert eine den Zustand der Struktur charakterisierende Entropiefunktion. Entropie kann als Maß für jenen Teil der Gesamtenergie der Struktur verstanden werden, der nicht frei verfügbar ist und nicht in gerichteten Einergiefluß verwandelt werden kann. Im Gegensatz zur Beschreibung der klassischen Mechanik wird durch die Entropie eine Zeitrichtung ausgezeichnet; es kommt zu nicht-umkehrbaren (irreversiblen) Prozessen. Die Entropie einer Struktur wächst bei allen irreversiblen Prozessen, bis sie ein Maximum erreicht und damit ein sog. thermodynamisches Gleichgewicht vorliegt. In einem geschlossenen System ist die Zunahme von Entropie verbunden mit zunehmender Desorganisation, was auch als Verlust innerer Information interpretiert werden kann.

Dieser Zusammenhang beinhaltet einen Konflikt. Sollen energetische Prozesse und damit Entwicklung von Struktur dem zweiten Hauptsatz der Thermodynamik genügen, so führt dies zu einem Verlust evtl. anfänglich vorhandener Struktur. Es kommt zur Desorganisation. Andererseits ist Entwicklung im menschlichen Bereich verbunden mit dem Anwachsen von Organisation, der Entwicklung immer komplexerer Strukturen. Ein Ansatz zur Lösung dieses Problems wurde 1945 von *Prigogine* vorgeschlagen.

Er erweiterte den zweiten Hauptsatz der Thermodynamik auf offene Strukturen. Danach ergibt sich die Entropieänderung durch Ein- bzw. Ausfuhr

von Entropie und innerstrukturelle Produktion von Entropie durch ablaufende irreversible Prozesse. So ist eine Entropieabnahme durch Entropieexport und somit zunehmende Ordnung trotz ablaufender irreversibler Prozesse möglich. Sind neben Energieaustausch und Ungleichgewichtszuständen auto- oder crosskatalytische Prozesse möglich, so kann es zu spontaner Bildung von Strukturen kommen. Solche Strukturen nennt *Prigogine* dissipativ.

Ergänzend möchte ich auf den Lösungsvorschlaf *C.F. von Weizsäckers* (1985) hinweisen. Im Rahmen eines Konzepts kann sog. Gestaltentwicklung selbst als Phänomen der Entropievermehrung verstanden werden. Er deutet den zweiten Hauptsatz der Thermodynamik in dem Sinne, daß wachsende Entropie das Eintreten des Wahrscheinlichen ist. Es gäbe nun Strukturen, in denen eine Vielzahl sog. Gestalten wahrscheinlich und ein völlig gestaltloser Zustand unwahrscheinlich ist. Eine dritte Möglichkeit, sich von dem Konflikt zu lösen, besteht in dem Postulat, daß sich der Entropiebegriff auf energetische Phänomene in lebenden Strukturen nicht anwenden läßt. Diese Dichotomie zwischen lebenden und nicht-lebenden Strukturen bezeichnet *Weizsäcker* als überflüssig. (Dieser Meinung schließe ich mich an.)

Hinsichtlich des Energieaustausches zwischen Struktur und Umgebung bzw. zwischen einzelnen Elementen oder Substrukturen unterscheidet man statische (unveränderliche) und dynamische (veränderliche) Gleichgewichte. Gleichgewichte können über verschiedene Ausgleichsprozesse hergestellt werden, wie z.B. Feedback, Homöostase oder Morphogenese. Weiter kann man konservative und evolierende Strukturen unterscheiden. Unter konservativen Strukturen möchte ich strukturbewahrende Strukturen verstehen, die sich entweder in einem Gleichgewicht oder in einem Prozeß hin zu einem Gleichgewicht befinden. Evolvierende Strukturen sind Strukturen, die sich ständig verändern, aber nicht in Richtung eines ganz bestimmten, festen, sog. asymptotischen Gleichgewichts.

Entwicklungs-Aspekte

Unter Entwicklung einer Struktur im engeren Sinne versteht man eine Klasse von Veränderungen, die nicht nur einzelne Elemente, sondern die ganze Struktur in ihrer Organisation betreffen und weitere Veränderungen nach sich ziehen. Entwicklung kann zunächst anhand der im Abschnitt »Prozeß-Aspekte« unterschiedenen Merkmale Quantität, Qualität, Summierbarkeit, Aufspaltung, Differenzierung und Zentralisation diskutiert werden. Darüberhinaus wird Entwicklung meist im Zusammenhang energetischer Prozesse gesehen, worauf im vorigen Abschnitt schon die Unterscheidung zwischen konservativen und evolvierenden Strukturen verwies.

Prigogine und *Nicolis* beschreiben und erklären die Entwicklung dissipativer Strukturen mittels einer Verstärkung z.T. zufällig auftretender Abweichungen, sog. Fluktuationen. *Jantsch* spricht deshalb von Ordnung durch Fluktuation. Entwicklung erweist sich im Rahmen dieser Beschreibung als eine Folge

entsprechend dem triangulären Schema aus Funktion, Struktur und Fluktuation. Mit der Entwicklung der Struktur können sich auch Mechanismen der Entwicklung selbst ändern. *Jantsch* geht in seinen Interpretationen soweit, der Entwicklung dissipativer Strukturen den Charakter von Selbsttranszendenz zuzuschreiben. Entwicklung kann ferner unter dem Gesichtspunkt des Ziels diskutiert werden. Man kann teleologische (zielsuchende) und offene Entwicklung unterscheiden. Bei der teleologischen Entwicklung handelt es sich um eine quasi durch das Ziel bedingte Gerichtetheit stattfindender Prozesse. Dabei kann das Ziel den Prozeß eindeutig bestimmen oder die Struktur lenkt den Prozeß zum vorgegebenen Ziel. Offene Entwicklung bestimmt sowohl Dynamik, Richtung wie Ziel.

Bemerkungen

Zum Schluß dieses allgemeinen Teils möchte ich die folgenden zwei Fragen aufwerfen: Die erste betrifft die Quantifizierbarkeit der verschiedenen strukturellen Merkmale, aber auch des Energieaustauschs oder der -regulation. Eine Beantwortung bzw. Beantwortbarkeit dieser Frage ist in Diskussionen über die Bedeutung und den Wert von Strukturmodellen mit entscheidend.

In der zweiten Frage möchte ich die Klassifikation von Strukturen nach Typen ansprechen. Hinsichtlich der Diskussion der Humanstrukturologie *Ammons* wäre ein Beispiel die Unterscheidung zwischen krank und gesund. Einfließen müßten in eine solche Differenzierung die strukturellen Merkmale wie Differenziertheit oder die quantitative und qualitative Ausprägung der einzelnen Elemente und deren Beziehung zueinander. Diese müßten ergänzt werden um Merkmale wie Intensität, d.h. den Grad an Zeit- und Raumverschränkung, Autonomie, das meint u.a. die Flexibilität in der Herstellung und Organisierung von Beziehungen, und Sinn, worin die Verbundenheit bzw. Übereinstimmung mit einer (angenommenen) unteilbaren Gesamtentwicklung verstanden werden kann.

Humanstruktur nach Ammon

Humanstruktur ist ein Begriff *Ammons* aus der von ihm gegründeten Schule der Dynamischen Psychiatrie. Er löst in gewissem Sinne den zunächst von den Ich-Psychologen verwendeten Begriff der Struktur des Ichs ab. Anliegen der Theorie *Ammons* ist es, den Menschen als psychisches Wesen in seinen gesamten Lebensbedingungen, seiner Veränderbarkeit und seinen Entwicklungsmöglichkeiten zu erforschen. *Ammon* geht dabei von »einem Verständnis des Menschen aus, der lebt mit dem wesentlichen und bedeutsamsten Anliegen, nach einer Identität zu ringen, sich selbst zu erleben mit und durch andere, sich auszudrücken in Gruppen, sich zu entwickeln im Kontakt und in Auseinandersetzung mit dem anderen in der Gruppe« (*Ammon* 1988).

Das Konzept der Humanstruktur soll nun hinsichtlich der verschiedenen, im obigen Abschnitt dargestellten Aspekte beleuchtet werden. Welche

Elemente bilden die Humanstruktur? *Ammon* gliedert die Humanstruktur des Menschen in drei Bereiche, die einzelnen Bereiche wiederum in einzelne Funktionen (vgl. 1979). Die Bereiche bilden also Substrukturen mit den jeweiligen Funktionen als Elementen. Die Funktionen sind nicht zu verstehen als ein für allemal festgelegte Einheiten, sondern als primär gegebene menschliche Möglichkeiten und Dimensionen. Den einzelnen Funktionen wird eine Qualität, Quantität und Gerichtetheit zugeordnet. Wesentlich ist die Unterscheidung der Ausprägung der Funktionen in konstruktiv, destruktiv und defizitär (vgl. 1979). Diese Ausprägungen werden von *Ammon* beschreibend definiert, bezogen auf die Gesamtpersönlichkeit des Menschen.

Den ersten Bereich bilden die primären Humanfunktionen. Sie umfassen die biologischen und neurologischen Funktionen des Menschen.

Den zweiten Bereich bilden die zentralen Humanfunktionen. Diese erfüllen grundlegende regulatorische Aufgaben bzgl. der Humanstruktur als ganzer und bzgl. der Umgebung des Menschen. *Ammon* spricht von ihnen auch als »komplexen integrierten psychologischen Einheiten« (vgl. 1979). Die wichtigsten zentralen Humanfunktionen sollen nun kurz genannt werden: Das Prinzip der primären Umweltgerichtetheit und Offenheit des Menschen wird in der Humanfunktion der konstruktiven Aggression begrifflich gefaßt. Die Fähigkeit, mit den eigenen Humanfunktionen liebevoll umzugehen, gehört wesentlich zur Humanfunktion des konstruktiven Narzißmus. Konstruktive Identität bezeichnet das Wesen eines Menschen, der selbstbestimmt und auf schöpferische Weise mit anderen zusammen leben kann. Bei *Ammon* hat der Begriff der Identität die doppelte Bedeutung von Funktion und Struktur. Als Struktur bezeichnet Identität die Gesamtheit verfügbarer Humanfunktionen. Angst als zentrale Humanfunktion ist notwendig zur Bewältigung von Realität und für *Ammon* als Identitätsangst eine der wichtigsten Gefühlsbefindlichkeiten des Menschen. Die primäre Beziehungsregulation des Menschen zur umgebenden Gruppe bzw. zur verinnerlichten Dynamik wird als Humanfunktion der Abgrenzung nach außen bzw. innen bezeichnet. Die Humanfunktion der Kreativität organisiert einzelne Humanfunktionen und setzt sie in Beziehung. Folgende regulatorische Aufgaben werden den einzelnen Humanfunktionen zugeordnet: Der konstruktiven Aggression die Dynamisierung anderer Humanfunktionen und die kohärentere, zielgerichtetere Formierung von Handlungen (vgl. 1979); der konstruktive Narzißmus reguliert die Internalisierung freundlicher oder liebevoller Gruppenbeziehungen; Angst ermöglicht Kreativität, d.h. Veränderung und flexible Zuordnung der gesamten Humanstruktur (vgl. a.a.O.); Identität bezeichnet die gerichtete Aktivität der Struktur und integriert in diesem Sinne alle anderen Humanfunktionen.

Den dritten Bereich bilden die sekundären Humanfunktionen, welche die Fähigkeiten, Fertigkeiten und das Verhalten eines Menschen beinhalten. Dazu gehören das Denken, das Gedächtnis, die Traumfähigkeit, die Intelligenz, die Affekte, die Sprache, die Phantasie.

Die einzelnen Humanfunktionen werden von *Ammon* in einem wechselseitigen Zusammenhang gesehen, z.B. hängen Angsttoleranz und Kontaktfähigkeit eng zusammen (vgl. 1988). Die primären und zentralen Humanfunktionen bezeichnet *Ammon* als Kern der Humanstruktur. Dieser ist unbewußt. Unter dem Unbewußten werden die primär gegebenen konstruktiven Möglichkeiten und das Potential gewachsener und wachsender Humanfunktionen verstanden (vgl. 1979). Es enthält somit neben der Vergangenheitsdimension auch eine Zukunftsdimension (vgl. 1988).

Von einer hierarchischen Ordnung der einzelnen Humanfunktionen innerhalb der Humanstruktur kann bei *Ammon* eigentlich nicht gesprochen werden. Es besteht vielmehr ein Verständnis eines gegenseitigen Ineinanderübergehens, einer wechselseitigen Interdependenz zwischen den Bereichen bzw. Substrukturen und zwischen den Humanfunktionen bzw. Elementen. Allerdings können Humanfunktionen hinsichtlich ihrer Bedeutung bzgl. eines spezifischen Gesichtspunktes in ein Ordnungsgefüge gebracht werden. Z.B. können, wie *Ammon* dies im Handbuch 1 (1979) getan hat, unter dem Aspekt der Identität, daß diese die Humanfunktionen umfaßt und sie in gerichteter Aktivität integriert, verschiedene Humanfunktionen horizontal nach ihrer regulativen Bedeutung innerhalb der Humanstruktur und vertikal entsprechend ihrer Bedeutung bei Außenbeziehungen angeordnet werden. Horizontal ergibt sich nach dem Merkmal abnehmender Bedeutsamkeit exemplarisch die Reihenfolge Narzißmus, Frustrationsregulation, Gruppenfähigkeit, Körper-Ich, Sexualität und Aggression und vertikal die Reihenfolge Agrression, Sexualität, Körper-Ich, Gruppenfähigkeit, Narzißmus und Frustrationstoleranz.

Menschen bilden eine Gruppe. Das Geflecht der Humastrukturen der einzelnen Menschen bildet nach *Ammon* ein begrenztes, strukturiertes und sozialenergetisches Feld. Im Sinne des Enthaltenseins kann dieses als der Humanstruktur des einzelnen Menschen übergeordnete Struktur aufgefaßt werden. Die Merkmale Differenziertheit, Komplexität, Integration, Gerichtetheit und Durchlässigkeit werden von *Ammon* explizit und implizit bei der Beschreibung der beiden Strukturebenen Gruppe und Humanstruktur immer wieder herangezogen. Da alle Element in einem wechselseitigen Zusammenhang stehen und damit von einander abhängig sind, ist Summierbarkeit keine Eigenschaft der Humanstruktur.

Die Prozeß-Aspekte Differenzierung und Zentralisation kommen bei *Ammon* implizit vor, wenn er z.B. schreibt, daß »jede innerhalb der lebensgeschichtlich bedeutsamen Gruppe gewonnene Erfahrung ihren Niederschlag in einer Facette der gesamten Ich-Struktur« darstellt bzw. die Identität alle anderen Humanfunktionen »integriert« und »dynamisiert« (vgl. 1979).

Ein zentraler Begriff der *Ammon*schen Theorie ist »Sozialenergie«. Sozialenergie entsteht nach *Ammon* in der Beziehung zwischen den Menschen und der ihn umgebenden Gruppe durch Kontakt, Auseinandersetzung, Geborgenheit, Verläßlichkeit, Liebe, Aufforderung und Tätigkeit (vgl. 1988). *Ammon* spricht von einem Charakter der Sozialenergie, der abhängig ist von den zwischenmenschlichen

und gruppendynamischen Beziehungen, in denen sie entsteht. Für *Ammon* stellt Sozialenergie einen Transmitter zwischen Individuum und Gruppe wie auch zwischen Gruppe und Gesellschaft dar (vgl. *Ammon, Rock* 1979).

Strukturell betrachtet, entsteht und existiert Sozialenergie in einem durch das Geflecht verschiedener Humanstrukturen strukturierten Feld. Treten die Humanstrukturen in Kontakt, verändern sich diese; sie kommen in Bewegung und verändern das aus ihrem Geflecht bestehende Feld. Sozialenergie entsteht nun wesentlich im Verlauf der sich verändernden Struktur des Feldes. Letztlich geben menschliche Beziehungen und Kontakt diesem Feld Struktur, Gerichtetheit und Dynamik. Sozialenergie ist keine abstrakte inhaltsleere Kategorie, sondern immer mit einem spezifischen Inhalt verbunden (vgl. 1979), was man auch so ausdrücken kann, daß zwischen Energie und Information ein fester Zusammenhang besteht.

Ammon unterscheidet wie bei der Ausprägung der Humanfunktionen konstruktive, destruktive und defizitäre Sozialenergie, »entsprechend der Gestaltung der gruppendynamischen Konstellation, in der die zwischenmenschliche Auseinandersetzung stattfindet« (vgl. 1988). Die Ausprägungen werden ebenfalls beschreibend definiert (vgl. a.a.O.).

Die Regulation des Energieflusses im sozialenergetischen Feld und zwischen Feld und Humanstruktur erfolgt im Zusammenspiel der zentralen Humanfunktionen. Bei der Sozialenergie handelt es sich offenbar um keine physikalische, sondern um eine psychische Energie. Sie genügt nach *Ammon* nicht physikalischen, sondern entsprechend ihrer Entstehung gruppendynamischen Gesetzmäßigkeiten. Speicherung und Verteilung entspricht der Differenzierung und Ausgestaltung der Humanstruktur und einzelner Humanfunktionen.

Die Regulation und der wechselseitige Zusammenhang der Humanfunktionen ist nach *Ammon* abhängig von ihrer Entwicklung und ihrer Tätigkeit in der äußeren Welt, dem sog. sozialenergetischen Feld. Damit existiert ein innerer Zusammenhang zwischen Sozialenergie und Humanstruktur: Humanstruktur ist offensichtlich eine offene Struktur.

Wir können nun die Frage stellen, inwiefern die Humanstruktur bei *Ammon* phänomenologische Gemeinsamkeiten mit der von *Prigogine* eingeführten dissipativen Struktur besitzt. Damit soll nicht versucht werden sozialenergetische Prozesse zu physikalisieren, sondern es soll lediglich geprüft werden, inwiefern Erscheinungen, die *Ammon* im Zusammenhang sozialenergetischer Prozesse sieht, in einem erweiterten systemtheoretischen Rahmen beschrieben werden können, evtl. auch im Hinblick auf eine Mathematisierung. Es kann sich herausstellen, daß dies prinzipiell unmöglich ist.

Nun zu einzelnen Merkmalen dissipativer Strukturen:

— Die Humanstruktur besitzt eine Geschichte und es gibt irreversible (nicht umkehrbare) Prozesse

— Energie- und Informationsaustausch implizieren einen möglichen Entropieaustausch

— Ungleichgewichtszustände finden sich in der Dynamik wieder, u.a. in der primären Umweltgerichtetheit der konstruktiven Aggression.

— Einzelne Humanfunktionen bzw. aus ihnen in spezifischer Weise zusammengesetzte Substrukturen können selbstverstärkend, d.h. autokatalytisch wirken. Die Gruppe als übergeordnete Struktur wirkt verstärkend (vgl. 1982).
— Dem Kreis Funktion/Struktur/Fluktuation könnte man den von *Ammon* eingeführten sozialenergetischen Kreis aus Sozialenergetischem Austausch/Humanstruktur insb. Identität/Soziales Umfeld insb. Gruppe gegenüberstellen (vgl. a.a.O.). Sicherlich können Auswirkungen gruppendynamischer Prozesse auf die Humanstruktur nicht nur als zufällig sich ergebende Abweichung aufgefaßt werden. Damit wären die wesentlichen Bedingungen einer dissipativen Struktur gegeben.

Die von *Weizsäcker* vorgeschlagene Konzeption von Entwicklung als dem Eintreten des Wahrscheinlicheren besitzt ebenfalls Möglichkeiten sozialenergetisch bedingte Veränderungen zu interpretieren. Schließlich ist es plausibel, daß spezifische Zuwendung und Aufmerksamkeit, die einem Menschen gegeben werden, bestimmte Strukturierungen, d.h. Realisierungen möglicher Funktionen etc., wahrscheinlicher macht als andere. Der Humanstruktur als Potential von Möglichkeiten könnte man so das sozialenergetische Feld als eine unendliche sich ständig gemeinsam mit der Humanstruktur verändernde Matrix von Wahrscheinlichkeiten gegenüber stellen. So könnte man sich in erster Näherung eine Verbindung persönlichkeitsbildender Strukturen mit energetischen, gruppendynamischen Prozessen, wie sie bei *Ammon* im Konzept der Sozialenergie enthalten ist, auf einer Metaebene vorstellen.

Entwicklung und Wachstum der Humanstruktur in all ihren Bereichen wird von *Ammon* immer im Zusammenhang mit dem umgebenden sozialenergetischen Feld, insbesondere also im Zusammenhang mit Sozialenergie verstanden. Die Entwicklung der Humanstruktur beschreibt *Ammon* ausgehend von pränatalen Ich-Anlagen. Hierin ist die Struktur in Potentialitäten angelegt. Als entscheidenden Schritt der Entwicklung der Humanstruktur bezeichnet *Ammon* den Aufbau von Grenzen im Zusammenhang mit dem sog. Symbiosekomplex der frühkindlichen Entwicklung. »Erst der Aufbau von Grenzen ermöglicht einerseits Kontakt nach außen und andererseits Differenzierung und Weiterentwicklung im Sinne der Entwicklung der einzelnen Humanfunktionen.« Erst Erfahrung im Kontakt formt Kreativität, Abgrenzung und die anderen zentralen Humanfunktionen. Nur Möglichkeiten, die Beachtung, Interesse und Aufmerksamkeit durch die Eltern und die umgebende Gruppe finden, werden entwickelt, oder anders formuliert: nur Möglichkeiten, die konstruktive Sozialenergie erhalten, können real werden. Nichtentwicklung von Funktionen ist Ausdruck einer übergroßen Feindseligkeit der umgebenden Gruppe, oder anders formuliert, des Versagens von konstruktiver Sozialenergie, also Resultat destruktiver bzw. defizitärer Sozialenergie.

Ammon beschreibt Entwicklung als ständiges Überschreiten der Grenzen der Struktur. Die Humanfunktion der Kreativität organisiert jeweils die einzelnen Humanfunktionen neu. Schritte der Entwicklung geschehen in einem Zustand vorübergehender Öffnung der Grenzen und einer damit verbundenen

Neuorganisation und Erweiterung der Humanstruktur. Humanstruktur ist demnach eine evolvierende Struktur. Entwicklung wird von *Ammon* als offen beschrieben: »Sie ist kein teleologischer oder epigenetisch vorgezeichneter Prozeß.«

Bemerkungen: Am Ende des allgemeinen Teils warf ich kurz die Probleme der Quantifizierbarkeit und der Klassifikation von »gesund« und »krank« auf. Zur Quantifizierbarkeit im Rahmen der *Ammon*schen Humanstrukturologie kann bemerkt werden, daß die qualitative und quantitative Ausprägung einzelner Humanfunktionen (nämlich Aggression, Angst, Abgrenzung und Narzißmus) hinsichtlich der Dimensionen konstruktiv, destruktiv und defizitär im sog. Persönlichkeitsprofil des ISTA sichtbar gemacht werden können.

Ferner zur Unterscheidung »gesund« und »krank«: Der Humanstruktur und ihren Humanfunktionen steht das Spektrum der sog. archaischen Ich-Krankheiten gegenüber und damit gleitenden Variablen ein gleitendes Krankheitsspektrum. Die nosologische Differenzierung entspricht einer Differenzierung der verschiedenen Aspekte der Humanstruktur, der qualitativen und quantitativen Ausprägung der Humanfunktionen, deren struktureller Verwobenheit und dynamischem Wechselspiel. Strukturelle Aspekte im engeren Sinne und die oben eingeführten Begriffe Intensität, Autonomie und Sinn werden dabei explizit und implizit berücksichtigt. Allgemein entspricht bei *Ammon* psychische Krankheit einem strukturellen Defizit bzw. unentwickelten oder unintegrierten Bereich der Humanstruktur; *Ammon* spricht bildhaft auch vom »Loch im Ich«. Insbesondere wird Schizophrenie als reale Schädigung in der Struktur aufgefaßt. Ihre Symptome gelten als Ausdruck fehlender Differenzierung in der Struktur und dienen der Kompensation oder als Ersatz. Dagegen erscheint Neurose als graduelle Schädigung einzelner Funktionen. Ihre Symptome können als Resultat intrapsychischer Konflikte angesehen werden, die als Behinderung erlebt werden. Diese Unterscheidung stellt keine starre Trennung der beiden Krankheitsbilder dar. Wesentlich ist ein spektrales Krankheitsverständnis, das sich zwischen den Polen Integration und Desintegration bewegt.

Ausblick

Am Ende dieser Arbeit möchte ich auf einige wesentliche Unterschiede in der Verwendung des Strukturbegriffs bei *Ammon* zu allen mir bekannten psychoanalytischen Theorien hinweisen und ferner einen kurzen Ausblick geben.

Allgemein wird die Struktur in der psychoanalytischen Theorie als etwas verstanden, was sich im Laufe des Lebens entwickelt. In allen triebtheoretisch ausgerichteten Theorien und ähnlich auch bei *Kohut* und *Kernberg* ist die Strukturierung des sog. Ichs oder Selbstes im wesentlichen ein Resultat von Schmerz-, Verlust- und Frustrationserlebnissen im Rahmen von Subjekt-, Objektbeziehungen bzw. -interaktionen. *Ammon* hingegen sieht Zuwendung, Aufmerksamkeit und Kontakt im Rahmen zwischenmenschlicher Beziehun-

gen, einschließlich Forderungen und damit auch Verlust- und Frustrationserfahrungen als wesentlich an. Die umgebende Gruppe bzw. das sozialenergetische Feld ist selbst strukturiert und wirkt unmittelbar strukturierend: Humanfunktionen sind Gruppenfunktionen. Wie das Feld selbst trägt auch die Humanstruktur die Funktion gerichteter Aktivität in sich, statt nur vermittelnd oder regulierend zu wirken.

Üblicherweise sind die in der psychoanalytischen Literatur betrachteten Energien Resultat biologischer Vorgänge. Die dem Menschen zur Verfügung stehende Energie muß diesen in einem Umwandlungsprozeß abgerungen werden und ist eine nur indirekt beeinflußbare Größe. Die Sozialenergie hingegen entsteht aus der Tätigkeit der Humanfunktionen im Kontakt zwischen den Menschen, was bedeutet, daß die zur Verfügung stehende Energie zum Strukturaufbau etc. eine primär beeinflußbare Größe darstellt. Dies impliziert naheliegenderweise unmittelbar therapeutische Konsequenzen.

In vielerlei Hinsicht ist dieser Vortrag ein erster Schritt. Der nächste Schritt müßte darin bestehen, Aspekte der Dynamik einzelner Elemente, ihrer Wechselbeziehungen und Integration differenzierter in genau definierten Begriffen zu beschreiben. Dann erst könnten evtl. Momente zeitlicher Verläufe und Entwicklung auf einer Metaebene, teilweise auch im Sinne mathematischer Modelle, beschrieben werden.

Besonders betonen möchte ich, daß keine noch so differenzierte allgemeine systemtheoretische Betrachtung genügt, menschliche Entwicklung und menschliches Sein im Sinne *Ammons* darzustellen, sondern alle theoretischen und konzeptionellen Überlegungen müssen in ein Verständnis des Menschen als unmittelbar soziales, kreatives, emotionales, geistiges und seelisches Wesen eingebettet werden.

Discussion of Ammon's Concept of Human Structure

Reinhardt Hochmuth (Berlin)

The author emphasizes the particular characteristics of *Günter Ammon's* Human Structurology with its extension of the group dynamic dimension as well as the development of identity, which is open and directed into the future.

He refers to former efforts of a conceptualization of psychoanalytic theory. He also refers to *Rapport's* efforts for a systematization of psychoanalysis as well as to *Bertalanffy's* general system-theory and *Karl Menninger's* attempt of a synthesis of psychoanalysis and system-theory.

The author defines the concept of »structure« with its various elements, interactions, rules, characteristics of order and of higher priority. Structures of living systems are considered from a structural, energetical and processual point of view. Their quantitative and qualitative characteristics are discussed in terms of complexity, permeability, directedness, integration as well as

differentiation and centralisation. Energetically the source, quality and quantity are distuingished, also regulation and exchange of energy by information are described. When a structure exchanges energy and information with its environment, it is called an open structure. Also described is *Prigogine*'s attempt to extend the second law of thermodynamics to open structures and to understand the spontaneous formation of structures by innerstructural exchange of energy and states of imbalance.

Accordingly there can be distinguished between static and dynamic states of imbalances as well as conservative and evolving states, i.e. structures which stay open and change permanently. In reference to *Jantsch,* the development of a structure or dissipative structures caused by arbitrary deviations or so-called fluctuations, is considered as a sequence of funtion, structure and fluctuation.

With respect to these theoretical views the author attempts an approach to *Ammon*'s Human Structurology, where man is seen as a psychic being in all his life conditions, his process of changing and his developmental potentialities. The three areas of human structure (primary, central and secondary human functions) are understood as substructures with their respective functions as elements. The primary human functions contain the biological and neurological conditions of man. The central functions are those which serve for basic regulatory tasks of the organism. The most important are: »Constructive aggressiveness« as principle of primary orientation towards environment and openness. »Constructive narcissm« means the ability of a human being to take care of his own human functions lovingly. »Constructive identity« stands for a person who is able to live a self-determined and creative life in social groups. »Anxiety« is seen as absolutely necessary to manage reality. »Innner and outer demarcation« meaning in this concept the primary regulation of the inner dynamics. »Creativity« organizes all human functions and establishes links and relations between them. In terms of regulation, the »constructive aggression« dynamizes other human functions and formates activities which are directed to the environment. »Constructive narcissm« regulates internalized heartful relations of groups. »Identity« is defined as the activity of the structure which integrates all the other human functions. The third area, the secondary human functions, contain abilties, capacities and the behavior of man, including thinking, memory, ability to dream, affects, language and fantasy. The various human functions as *Ammon* has defined them, are interwined, the primary and central human functions contain the innate constructive capacities and the potential of developed or still developing human functions, thus including the three dimensions of past, present and future. Though there is no hierarchy of the human functions, they can be considered as horizontally in their regulative meaning and vertically in their relations to the environment.

In *Ammon*'s view, the fine network of the human structure means a limited structured, soical energetic field; social energy being defined by contact, argument, security, reliability, love, challenge and activity. Correspondingly the characteristics of differentiation, complexity, integration, directedness and

permeability are used implicitly and explicitly to describe the two levels of structure, i.e. group and human structure. The processual aspects of differentiation and centralisation are implicitly used when former important group experiences are described. Social energy originates and exists in a field structured by the various human functions. When they relate to each other, the human structure changes as well as the field. In this sense social energy follows group dynamic rules and patterns. The collection and distribution of this energy corresponds with the differentiation and elaboration of the human structure and some human functions. Human structure is an open structure. It has — on a phenomenon level — a lot in common with the definition of a dissipative structure by *Prigogine,* which is defined by irreversible processes, exchange of energy and information, states of imbalance and autocatalytic effects.

The circle of »funcion, structure, fluctuation« corresponds with *Ammon's* circle of social energetic exchange, human structure, identity, social field and group. Development thus means a permanent exceeding of the structures's limits, human structure is seen as an evolving structure. In this sense mental disorders are structural deficiencies, meaning undeveloped or unintegrated areas of the human structure (»Loch im Ich«). The schizophrenic reaction being in this sense a real damage of the structure, neurotic disorders a gradual damage of particular functions. For a healthy development *Ammon's* concept emphasizes the essential importance of affection, attention and contact in interpersonal relationships, including demands and with it experiences of loss and frustration. In doing so, the group or the social field acts as a structure-forming agent, thus having very important consequences for therapy.

The author regards this attempt of a systematization as a first step. But in his opinion there is no general system theoretical point of view — not even the most elaborated on — which is able to present *Ammon's* concept of human development and life. He points out, that all theoretical and conceptual considerations must be integrated in a view of man as a social, creative, emotional, mental and spiritual human being.

Literatur

Ammon G. (Hrsg.) (1979): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie I. (München/Basel: Ernst Reinhardt)

— (Hrsg.) (1982): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie II. (München/Basel: Ernst Reinhardt)

— (1988): Vorträge 1969—1988. (München: Pinel)

Ammon, G.; Rock, W. (1979): Über die unbewußte Strukturierung und gruppenabhängige Entwicklung der Persönlichkeit. In: Dyn. Psychiat. (12) 377—394.

Bertalanffy, L.v. (1950): An Outline of a General Systemtheory. In: Brit. Journ. f. Philosophy of Science (1) 134—165.

Drews, S.; Brecht, K. (1982): Psychoanalytische Ich-Psychologie. (Frankfurt: STW 381).

Ciompi, L. (1981): Psychoanalyse und Systemtheorie — ein Widerspruch? Ein Ansatz zu einer »Psychoanalythischen Systemtheorie«. In: Psyche (35) 66—86.

Jantsch, E. (1984): Die Selbstorganisation des Universums. (München: DTV Wissenschaft, 2. Auflage)
Menninger, K. (1963): The Vital Balance. (New York: Viking Press)
Miller, J.G. (1975): General Systems Theory. In: *Freedman, A.M.; Kaplan, H.I.; Saddock, B.J.*: Comprehensive Textbook of Psychiatry II, Vol. I., William & Wilkins Company.
Opitz, M. (1974): Notwendige Beziehungen. Abriß der strukturalen Anthropologie. (Frankfurt: STW 101).
Prigogine, I. (1945): Bull. Acad. Roy. Belg. Cl. Sci. 31.
Prigogine, I.; Nicolis, G. (1977): Self-Organization in Nonequolibrium Systems (John Wiley & Sons)
Weizsäcker, C.F. (1985): Aufbau der Physik. (München: Carl Hanser, 2. Auflage).

Adresse des Autors:

Dr. rer. nat. Reinhardt Hochmuth
Liegnitzer Straße 14
W-1000 Berlin 36

Nachrichten / News

Aus Protest gegen die Zunahme von Rassismus und Fremdenhaß in der Bundesrepublik Deutschland verfaßte die Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) im Oktober 1992 eine Stellungnahme gegen Deutschen Rechtsextremismus. Sie wird im folgenden in vollem Wortlauf auf Deutsch und Englisch wiedergegeben. Sie wurde Wissenschaftlern und Personen des öffentlichen Lebens im In- und Ausland kenntlich gemacht, wie z.B. Chairmen der World Association for Dynamic Psychiatry WADP und Teilnehmern des Kongresses der World Association of Social Psychiatry in Neu Delhi, welche die Erklärung lebhaft begrüßten.

Wir veröffentlichen einen Brief von Dr. med. *Marius Erdreich*, Chairman des Israelischen Zweiges der WADP, in dem er Dr. *Ammon* und der DAP für ihre Unterstützung dankt. Dr. *Erdreich* trug die Erklärung den Mitgliedern des Israelischen Zweiges der WADP vor und leitete sie weiter an den Bürgermeister von Haifa und den Präsidenten der Knesseth; ferner veranlaßte er eine Veröffentlichung in einer großen Fachzeitschrift. Eine gekürzte Fassung erschien in der »Jerusalem Post«, welche ebenfalls im folgenden abgedruckt ist.

In ihrer Stellungnahme gegen Deutschen Rechtsextremismus begrüßte die Deutsche Akademie für Psychoanalyse den Aufruf des Bundespräsidenten *Richard von Weizsäcker* an die deutsche Bevölkerung, anläßlich des Jahrestages der Novemberprogrome von 1938 an einer Protestkundgebung teilzunehmen, welche unter seiner Schirmherrschaft am 8. November 1992 in Berlin unter dem Motto »Die Würde des Menschen ist unantastbar« stattfand. Mitglieder der DAP und der mit ihr affiliierten Gesellschaften beteiligten sich daran mit einer großen Delegation, ebenso an einer Demonstration gegen rechtsradikale Gewalt und Ausländerfeindlichkeit am 9. November 1992 in München.

Die Redaktion

Out of protest against the increasing racism and xenophobia in the Federal Republic of Germany, in October 1992 the German Academy for Psychoanalysis (DAP) made a statement against the German rightism. In the following we publish the entire statement in German and English. It was made known to scientists and persons in the public, home and abroad, such as chairmen of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP and participants of the congress of the World Association of Social Psychiatry in New Delhi, who deeply appreciated the statement.

We are going to quote a letter written by Dr. med *Marius Erdreich,* chairman of the Israelian branch of the WADP in which he thanks Dr. *Ammon* and the DAP for their support. Dr. *Erdreich* submitted the statement to the members of the Israelian branch of the WADP and gave it to the Mayor of Haifa and to the Chairman of the Knesseth; furthermore he arranged for the statement to be published in a well-known medical journal. A short version of it was published in the »Jerusalem Post«, which is also quoted in the following.

In their statement against the German rightism the German Academy for Psychoanalysis appreciated the appeal of the Federal President, *Richard von Weizsäcker*, to the German people to participate in the protest demonstration on the occasion of the anniversary of the November Progroms of 1938, which was initiated under his patronage in November 8, 1992 in Berlin under the motto »The dignity of man is untouchable«. Members of the DAP and of affiliated associations participated in it with a large delegation as well as in the demonstration against rightist power and xenophobia, which took place in Munich in November 9, 1992.

The Editors



Stellungnahme der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) gegen Deutschen Rechtsextremismus vom Oktober 1992

Die Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) und die mit ihr affiliierten Verbände wie die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM), die Deutsche Gesellschaft für Dynamische Psychiatrie (DGDP) und die Deutsche Gruppentherapeutische Gesellschaft (DGG), ebenso die Dynamisch-Psychiatrische Klinik Menterschwaige, München, und der Deutsche Zweig der World Association for Dynamic Psychiatry WADP verurteilen auf das Schärfste die sich in Deutschland entwickelnden Strömungen von Rechtsextremismus, der an die düstersten Zeiten unserer Geschichte erinnert. Angesichts der zunehmenden rechtsradikalen Gewalt in Deutschland beunruhigt uns zutiefst nicht nur die staatliche Untätigkeit und Unentschlossenheit, sondern insbesondere die Tatsache, daß die deutsche Bevölkerung bislang noch nicht in großen Demonstrationen auf die Straße gegangen ist, wie sie dies erfreulicherweise bei der Friedensbewegung getan hat, und daß sie auch an den verschiedensten Orten tatenlos bei den Brutalitäten rechtsradikaler Zerstörer schweigend zugesehen hat, manchmal sogar in Begleitung von Polizisten. Besonders unerträglich ist die erneute Schändung jüdischer Grabmäler und Gedenkstätten.

Wir begrüßen daher, daß unser Bundespräsident *Richard von Weizsäcker* angesichts des Jahrestages der Novemberpogrome von 1938 die deutsche Bevölkerung unter dem Thema »Die Würde des Menschen ist unantastbar« zu ersten Protestkundgebungen aufgerufen hat wie beispielsweise am 8. November in Berlin und am 9. November in München und sicherlich auch in mehreren anderen Städten. Die Mitglieder der DAP und der mit ihr affiliierten Gesellschaften und Institutionen werden nicht nur als deutsche Mitbürger daran teilnehmen sondern als deutsche Ärzte, Psychologen, Psychiater und Psychoanalytiker, die hier eine besondere Verantwortung haben:

Gewalt in Deutschland wird wieder zu sehr unter ökonomischen und administrativen Gesichtspunkten diskutiert. Die geplante Grundgesetzänderung zum Asylrecht ist ein untauglicher Problemlösungsversuch und geht an dem Eigentlichen vorbei, nämlich an dem durch die Vereinigung Deutschlands aufgebrochenen Prozeß der Identitätsfindung der Deutschen, der erneut zu einer gemeinsamen Bewältigung der Vergangenheit herausfordert. Wir müssen zur Einsicht kommen, daß nur eine auf allen Ebenen der Politik, Erziehung, Kunst, Recht u.a. durchgearbeiteten Bewältigung vergangener und gegenwärtiger Gruppendynamiken mit den verheerenden Folgen von Diskriminierung, Verfolgung bis hin zu Mord, eine tiefergehende Lösung der Problematik ermöglicht. Gerade an diesem Punkt sind wir aufgefordert, den Teufelskreis von Angst, Aggression, Abwehr von Bedrohtheit vor allem Andersartigen und Fremden durch Gewalt gegen eben diese »anderen Mitmenschen aufzuzeigen und zu der gemeinsamen Bewältigung beizutragen. Wichtig ist es auch, den Deutschen zu der Einsicht zu verhelfen, daß der neue Rechtsradikalismus eine

große Angst im Ausland vor dem vereinigten Deutschland schürt und den zu bewältigenden Prozeß einer Aufhebung des die Welt zerreißenden Dualismus von Freund und Feind, arm und reich und den damit verbundenen Weg, gemeinsame Probleme unserer Welt zu meistern, empfindlich stört. Den deutschen Massenmedien und allen Lehrenden unseres Landes kommt hier eine besondere Verantwortung zu.

In diesem Zusammenhang bitten wir auch die ausländischen Freunde um ihre Unterstützung. Der Abgeordnete *Jakob Grimm* stellte 1848 auf der Nationalversammlung, die zusammengetreten war, um sich eine fortschrittliche Verfassung zu geben, den Antrag, vor Artikel 1, der die Würde des Menschen beinhaltete, folgenden Artikel zu stellen: »Das deutsche Volk ist ein Volk von Freien und deutscher Boden duldet keine Knechtschaft. Fremde Unfreie, die auf ihm verweilen, macht er frei.« Der Antrag wurde zwar mit einer Mehrheit von 13 Stimmen abgelehnt, formuliert aber auch eine andere Wurzel deutschen Denkens, die vorhanden ist, aber verstärkt werden muß. Die kosmopolitisch eingestellten Kräfte in Deutschland sind stärker, als man im Ausland denkt und keineswegs zu unterschätzen. Hilfreich könnte es sein, diese kosmopolitisch eingestellten Deutschen zu unterstützen und so die Gefahr des Rechtsradikalismus zu isolieren und aus den deutschen Kraftzentren kontinuierlich und sicher herauszudrängen.

Allen anständigen Menschen in der Welt geht es darum, dauerhaften Frieden und Kooperation herzustellen, die bald zu einer endlichen Vereinigung Europas führen wird, frei von Hegemonie, wohl aber mit dem Ziel der Schaffung der vereinigten Staaten dieser Welt für das nächste Jahrhundert.

Wir fordern *jeden* deutschen Bürger auf, sich jetzt grundsätzlich anders zu verhalten als zur Zeit der Anfänge des Nationalsozialismus. Wir fordern jeden deutschen Mitbürger auf, sich schützend vor jeden Ausländer oder andersartigen Menschen (sei es religiöser, politischer, seelischer oder kultureller Art) zu stellen und bei körperlichen Angriffen sich auch körperlich vor ihn zu stellen.

Dr. med. *Günter Ammon*
Präsident der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.
Präsident der World Association for Dynamic Psychiatry WADP Inc. Bern

Dr. med. *Rolf Schmidts*
Vorstandsmitglied der DAP
Chairman des deutschen Zweiges der WADP

Dr. phil. *Ilse Burbiel,* Dipl.-Psych.
Vorstandsmitglied der DAP
Presse- und Informationsreferat der WADP

Declaration of the German Academy for Psychoanalysis (DAP) against the German right-wing extremism from October 1992

The German Academy for Psychoanalysis (DAP) and the affiliated associations as the German Society for Psychosomatic Medicine (DGPM), the German Society for Dynamic Psychiatry (DGDP) and the German Group-Psychotherapeutic Society (DGG), as well as the Dynamic-Psychiatric Hospital Menterschwaige, Munich and the German Branch of the World Association for Dynamic Psychiatry (WADP) condemn in the strongest possible terms the trend of right-wing extremism developing in Germany at the moment, which reminds of the darkest time in our history. In view of the increasing right-wing radical violence in Germany we are deeply concerned not only about the inactive attitude and the undecidedness of the government, but particularly about the fact, that Germans have not yet started demonstrating in the streets, as they fortunately did in the peace movement. It even happened that in different places people watched acts of brutality without interfering, sometimes even accompanied by the police. Especially unbearable is the renewed defilement of Jewish graves and memorials.

We appreciate therefore, that our president *Richard von Weizsäcker* on the occasion of the anniversary of the November Pogroms of 1938 has called the Germans to protest-demonstrations under the theme »The dignity of man is untouchable«, as for example in Berlin on 8th of November and in Munich on 9th of November and certainly in several other cities. The members of the DAP and of the affiliated associations and institutions will participate not only as German fellow citizens but also as doctors, psychologists, psychiatrists and psychoanalysts, who in this respect have a special responsibility:
Violence in Germany is being discussed too much under an economic and administrative viewpoint. The planned reform of Constitution in regard to the right of asylum is an unsuitable attempt to solve the problem and is leaving out the essential: The process of the Germans' finding their own identity, which has been triggered again by the unification of Germany, and which now is a renewed challenge for coming to terms with the past. We have to recognize, that only a working through and dealing with past and present group dynamics on all levels of politics, education, art, justice a.o. with its disastrous consequences of discrimination, persecution up to murder, will make a deeper solution of the problem possible. Particularly at this moment we are called to point out the vicious circle of fear, aggression, defense of threat against everything that is different and strange, by means of violence against just these »other« fellow men, and to make a contribution to that process. It is also important to help the Germans recognizing that the latest right-wing radicalism is stirring up great anxiety in foreign countries in connection with the united Gemany. It also creates a delicate disturbance in the necessary process of transcending a dualism which is tearing up the world into friend and enemy, poor and rich, and which also is a hindrance on the path of solving the world problems together. The German mass media and all the teachers of our country are here confronted with a particular responsibility.

In this context we also want to ask our foreign friends for support. At the National Assembly of 1848, which had gathered to set up a progressive constitution, the representative *Jakob Grimm* made an application for preceding article 1, related to the dignity of man, by the following article: »German ground does not tolerate slavery. It will set free strange and unfree people, who are standing on it.« The application was actually rejected with a majority of 13 votes, but it expresses another root of German thinking, which exists but needs to be reinforced. The cosmopolitan forces in Germany have more strength than foreign people think and their influence is not to be underestimated. It could be helpful to support these cosmopolitan Germans and so to isolate the danger of right-wing radicalism and to expel it from the German power centres continuously and decisively.

It is the concern of all respectable people of the world to create permanent peace and cooperation, which will soon lead to the final unification of Europe, free of hegemony, but with the aim of creating the united states of this world for the coming century.

We call upon *every* German citizen to act fundamentally differently now than at the time of the beginning of *Hitler*'s National Socialism. We also call upon every German citizen to stand protectively in front of each foreigner or any other human beings (of whatever religious, political, psychological or cultural kind) and to protect him against physical attacks with his own body.

Dr. med. *Günter Ammon*
President of the German Academy for Psychoanalysis (DAP) e.V.
President of the World Association for Dynamic Psychiatry Inc. Bern.
Dr. med. *Rolf Schmidts*
Member of the Board of the DAP
Chairman of the German Branch of the WADP
Dr. phil. *Ilse Burbiel,* Dipl.-Psych.
Member of the Board of the DAP
Press- and Information Office of the WADP

Replay of the Chairman of the Israeli Branch of WADP to the Declaration of the German Academy for Psychoanalysis (DAP) against the German right-wing extremism

To
Dr. med. Günter Ammon, President of the World Association for Dynamic Psychiatry (WADP)

December 29th, 1992

Dear Dr. Ammon,
I want to express once again my feelings of gratitude and admiration for your courageous declaration against right extremism, also signed by Dr. med. R.

Schmidts and Dr. phil. I. Burbiel. The declaration has been presented to the members of the Israeli Branch of WADP. It has been published in a concise form in a very respected journal, the »Jerusalem Post« (a copy is attached); sent to the Chairman of our Parliament and the Mayor of Haifa. It will be published in the official journal of the Medical Association (12 000 members). The reaction stirred hopes that many other German organizations will follow your path.
The DAP have already many friends in Israel. I wish you all a happy new year.
Most friendly yours,
M. Erdreich

Pressemeldung aus Israel zur Stellungnahme der DAP gegen Rechtsextremismus

German psychiatrists denounce neo-Nazism

The German Academy for Psychoanalysis has sent its strong declaration against neo-Nazi extremism to its counterpart here. Dr. *Günter Ammon* and Dr. *Ilse Burbiel,* heads of the association, critizied the German government for its »inactive attitude and indeciseveness« in reaction to antisemitic and anti-foreigner violence. In a declaration sent to the Israel branch of the World Association for Dynamic Psychiatry, the German academy said current extremism »reminds (us) of the darkest time in our history... it even happened that in different places, people watched acts of brutality without interfering, sometimes even accompanied by the police. Especially unbearable was the defilement of jewisch graves.«

It added that reunited Germany's search for a new identity »requires coming to terms with the past.« It called on »every German to stand protectively in front of each foreigner or any other different human being (be it of religous, political, psychological, or cultural kind)... against physical attacks.«

The letter was sent to Dr. *M. Erdreich,* head of regional psychiatric services at Haifa's Bnai Zion Hospital, who noted that the German academy had been very supportive of Israel during the Gulf war.

(*Jeruasalem Post,* 22.12.1992)

Aufruf zum 9. November 1992 der Organisation der jüdischen Ärzte und Psychologen in Berlin

Wir, die jüdischen Ärzte und Psychologen in Berlin sind erschüttert und empört.

Die pogromartigen Ausschreitungen der Rechtsradikalen und der Beifall der zustimmenden Menge, erinnern uns an die düsteren Zeiten unseres Landes. In

unserer beruflichen Praxis erleben wir, daß Überlebende des Holocaust und deren Kinder auf die Stimmung in der Bundesrepublik mit Retraumatisierung und Angst reagieren.

Die mörderischen Angriffe auf Heime für Asylbewerber in Hoyerswerda, Rostock und anderen Orten in Deutschland lassen uns befürchten, daß aus der Vergangenheit keine Lehren gezogen wurden.

Wir vermissen das Engagement der politisch Verantwortlichen und fordern ihr entschlossenes Eintreten zum Schutz für die verfolgten und bedrohten Menschen.

Damals haben die Berufsgruppen geschwiegen — und heute?

— Wir, die jüdischen Ärzte und Psychologen, wenden uns gegen jede Verfolgung von Menschen.
— Wir, die jüdischen Ärzte und Psychologen, sind für ein Deutschland in dem Menschenwürde geachtet wird.
— Wir, die jüdischen Ärzte und Psychologen, fordern jeden auf, sich seiner Verantwortung zu stellen.

M. Marcus, A. Sieff (Berlin)

Der 9. Weltkongreß der WADP im Spiegel der Presse — Teil II

Der Mensch — ein vieldimensionales Wesen

Seit *Sigmund Freud* gilt die Schizophrenie im Gegensatz zu den Neurosen als psychotherapeutisch nicht behandelbar. Die Schulpsychiatrie sieht die Ursachen der Schizophrenie auch heute noch in gestörten Stoffwechselvorgängen, etwa bezüglich der Neurotransmitter Dopamin oder Serotonin. Die aus dieser Sichtweise resultierende Therapie beschränkt sich auf die Gabe von Psychopharmaka, die den Patienten lediglich sedieren. Dr. med. *Günter Ammon,* Präsident der World Association for Dynamic Psychiatry (WADP), ist dagegen ein engagierter Verfechter der psychotherapeutischen Behandelbarkeit des schizoiden Patienten. Der 9. Weltkongreß der WADP zum Thema »Neurose und Schizophrenie« hatte das Anliegen, einen über verschiedene Fachdisziplinen, Kulturen und Gesellschaften hinausgehenden Diskurs über diese Thematik in Gang zu setzen.

Schizophrenie wird definiert als eine Vielzahl von Störungen, etwa im Bereich der Wahrnehmung, des Denkens, der Gefühle, der Motorik oder der Konzentration, die sich beim Patienten in Angstzuständen, Depressionen oder Halluzinationen äußern.

Nach einer Untersuchung des Mannheimer Zentralinstitutes für seelische Gesundheit zum Auftreten von Psychosen in der Bevölkerung sind ein bis 1,5 Prozent der Bevölkerung von einer Schizophrenie betroffen, etwa 7,2 Prozent leiden an Neurosen. Infolge der sozialen Stigmatisierung der Schizophrenie wagt es die Hälfte der Patienten nicht, einen Arzt aufzusuchen.

In der direkten Arbeit am Patienten entwickelte *Günter Ammon,* der seit mehr als 40 Jahren auf dem Gebiet der Psychosentherapie praktizierend und forschend tätig ist, das Konzept der ganzheitlichen und humanistischen Dynamischen Psychiatrie, die von der psychotherapeutischen Behandelbarkeit der Schizophrenie ausgeht. Liegen die Wurzeln der Neurose in nicht bewältigten Konflikten in einer Entwicklungsphase des Kindes zwischen seinem dritten und fünften Lebensjahr — die Psychoanalytiker sprechen hier von dem unbewältigten Ödipuskomplex —, sieht die Dynamische Psychiatrie die Schizophrenie als eine vor dem dritten Lebensjahr liegende Entwicklungsstörung, die mit nicht bewältigten ersten Ablösungsschritten aus der Symbiose mit der Familiengruppe in Verbindung gebracht wird. »Erst nach und nach entwickeln wir eine Vorstellung davon, was alles schiefgehen kann zwischen dem Zeitpunkt Null oder sogar vor Null und den Tagen nach der Geburt eines Menschen«, erklärte Professor *Ernst Federn,* Wien, Sohn des Pioniers der psychoanalytischen Psychosentherapie *Paul Federn,* im Rahmen des Kongresses. Sowohl Neurose als auch Schizophrenie sind also als eine Entwicklungsstörung zu verstehen, jedoch in unterschiedlichen Entwicklungszeiten des Kindes.

Entgegen der Auffassung der Schulpsychiatrie ist für *Ammon* die Schizophrenie kein unabänderlicher Zustand. »Krankheit ist etwas, was sich bewegt«, so *Ammon.* Er geht von einem gleitenden Spektrum der Genese, Struktur und Dynamik psychischer Erkrankungen aus. In diesem Sinne versteht er Neurose und Schizophrenie als zwei zueinander gehörende Pole: Die Schizophrenie kann auch in das Spektrum der Neurose übergehen. Die therapeutische Belältigung der schizophrenen Erkrankung bedeutet somit nicht, Symptome zu kurieren, sondern dem Menschen bei der »nachholenden« Entwicklung, wie es *Ammon* nennt, seiner bislang verstümmelten und unterdrückten Fähigkeiten zur Seite zu stehen. Die zwei zentralen Anliegen der Dynamischen Psychotherapie liegen zum einen darin, den Menschen in seiner Gesamtheit, als mehrdimensionales Wesen, nicht nur als Symptomträger zu sehen und zum anderen, seine gesunden Seiten weiter auszubauen beziehungsweise als Vehikel der Therapie zu nutzen. Dabei werden auch non-verbale Methoden wie Tanztherapie, Maltherapie oder Reittherapie mit einbezogen. Da die Langzeitmedikation von Psychopharmaka zur sogenannten sekundären Hospitalisation führt — der Patient ist praktisch zu keinem zwischenmenschlichen Kontakt mehr fähig — wird im Sinne der Dynamischen Psychiatrie auf Medikamente weitestgehend verzichtet.

Den Erfolg der Dynamischen Psychotherapie belegt unter anderem eine Untersuchung zur Katamnestik von 108 ehemaligen Patienten der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige bei München, deren Chef-Konsilarius *Günter Ammon* ist. Im Beobachtungszeitraum von einem bis acht Jahren zeigte die Mehrheit der Patienten (80 Prozent) bezüglich Symptomatologie, Berufstätigkeit, Partnerschaft, aber auch der Notwendigkeit des Einsatzes von Psychopharmaka einen dauerhaften Erfolg, teilweise konnte sogar eine Verbesserung des Zustandes beobachtet werden. Bei den Patienten, die

bereits einer überdurchschnittlich langen Vorbehandlung unterzogen worden waren, war die Effizienz der Behandlung auf Dauer nicht stabil.

Möglichst vielen schizoiden Menschen die Tür für eine psychotherapeutische Behandlung zu öffnen, sie aus dem gesellschaftlichen Abseits zu holen, wie es für den neurotisch- und psychosomatisch erkrankten Patienten bereits der Fall ist, war somit das Anliegen des Kongresses. Denn »entscheidend für die Frage, wie wir dem sogenannten schizophrenen Menschen helfen können, ist die Einstellung unserer Wissenchaft und Gesellschaft, unabhängig von Schulvorstellungen und Konzepten«, so *Ammon.* Diese Meinung unterstützte Professor *Raymond Battegay,* Chefarzt der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel, Schweiz, auf dem Kongreß. »Auch die Träume Gesunder sind psychotische Zustände. So sollten wir auch die Schizophrenie nicht so sehr pathologisieren.«

(*Physis-Medizin und Naturwissenschaften,* Juli 1992)

Erfolge bei der Psychotherapie der Schizophrenie

Man schätzt, daß 1,5 bis 2 Prozent der Bevölkerung an Schizophrenie leiden. Landläufig wird die Erkrankung als nicht heilbar und nur durch Psychopharmaka kontrollierbar angesehen. Hieran hat auch *S. Freud* noch seinen Anteil, der generell die Psychosen als nicht für eine Psychotherapie zugänglich betrachtete. Es mehren sich jedoch weltweit Forschungsergebnisse, die besagen, daß auch bei der Schizophrenie mit psychotherapeutischen Mitteln sehr gute Erfolge erzielt werden können. Man geht davon aus, daß die Schizophrenie ebenso wie die Neurose auf Störungen in der Persönlichkeitsentwicklung in der frühen Kindheit zurückgeht.

Ein Teil dieser Studien wurde auf dem 9. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry (WADP) kürzlich in Regensburg vorgestellt.

Eine Psychotherapie der Schizophrenie sei bei zirka 80 Prozent der Patienten in der Lage, eine Gesundung bzw. eine wesentliche Besserung der Erkrankung zu erreichen, wie *Raymond Battegay* (Basel) und *Ilse Burbiel* (München) berichteten.

Eine Katamnesestudie aus der Klinik Menterschwaige (München) untersuchte den Verlauf von 104 Patienten mit der Diagnose einer Psychose bis zu acht Jahren nach der Klinikentlassung. Datenbasis waren Interviews und standardisierte Fragebögen sowie testpsychologische Untersuchungen. Das Behandlungskonzept umfaßt neben einer möglichst kurzen und gering dosierten Medikation Einzel- und Gruppentherapie. Eine zentrale Rolle spielen nichtverbale Verfahren wie Tanz-, Musik-, Mal- und Reittherapie.

Durch die stationäre Psychotherapie wurde nicht nur eine deutliche Symptomreduzierung bewirkt, es konnten auch positive Persönlichkeitsveränderungen erreicht werden, die für eine stabile Gesundung notwendig sind. Für die Stabilität des Behandlungserfolges ist eine ambulante psychotherapeutische Nachsorge essentiell, berichtete *Burbiel.* Sehr gut profitierten die Patienten von therapeutischen Wohngemeinschaften.



Abb. 1: Blick ins Auditiorium bei der Eröffnung des 9. Weltkongresses der WADP / XXII. Internationales Symposium der DAP



Abb. 2: Dr. med. Günter Ammon (Berlin/München), Präsident der World Association for Dynamic Psychiatry WADP und Präsident der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP)



Abb. 3: v.l.n.r.: Judge Prof. Amnon Carmi (Haifa), Präsident der Society for Medicine and Law in Israel, Präsident der World Association for Medical Law und Präsident des Israelischen Zweiges der WADP; Prof. Dr. phil. Jai B.P. Sinha (Patna), Leiter des A.N.S. Institute of Social Studies Patna, Vize-Präsident der WADP und Chairman des Indischen Zweiges der WADP



Abb. 4: Prof. Dr. med. Modest M. Kabanov (St. Petersburg), Direktor des Psychoneurologischen Instituts W.M. Bechterew, Vizepräsident der WADP und Chairman des Russischen Zweiges der WADP



Abb. 5: Prof. Dr. med. Mauricio Knobel (Campinas), Direktor der psychiatrischen Abteilung der Universität von Campinas, Vize-Präsident der WADP und Chairman des Brasilianischen Zweiges der WADP (vorne); Dr. med. Béla Buda (Budapese), Direktor des Ungarischen Nationalinstitutes für Gesundheitsförderung, Vize-Präsident der WADP und Chairman des Ungarischen Zweiges der WADP (im Hintergrund)



Abb. 6: Dipl. Psych. Maria Berger (Berlin/München), Exekutiv-Sekretärin der WADP und 2. Vize-Präsidentin der DAP



Abb. 7: Dipl. Psych. Dr. phil. Ilse Burbiel (München), Leiterin der Psychologisch-Diagnostischen Abteilung der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige München und Pressereferentin der WADP im Gespräch mit Dr. med. Rolf Schmidts (München), Chefarzt der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige München, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM) und Chairman des Deutschen Zweiges der WADP



Abb. 8: Prof. Ernst Federn (Wien)



Abb. 9: v.l.n.r.: Dr. med. Marius Erdreich (Haifa), Director of the Regional Psychiatric Services, Chairman des Israelischen Zweiges der WADP; Prof. Dr. med. Raymond Battegay (Basel), Chefarzt der Psychiatrischen Universitätsklinik



Abb. 10: v.l.n.r.: Ingeborg Urspruch (München), 1. Vize-Präsidentin der DAP; Dr. phil. Gertraud Reitz (München), Exekutiv-Sekretärin der DAP



Abb. 11: Prof. Dr. med. Wu Zheng-Yi (Beijing), Chairman des Chinesischen Zweiges der WADP mit Dipl. Psych. Gerhard Wolfrum (München)

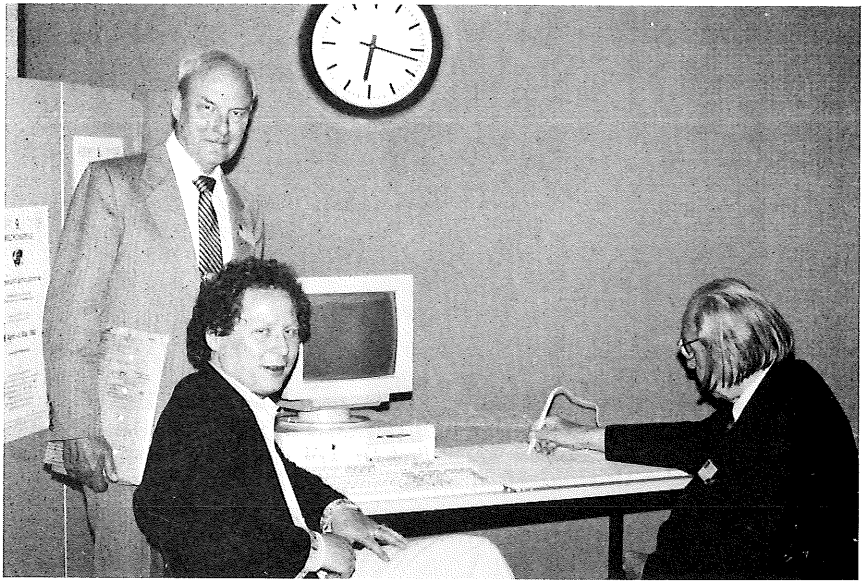


Abb. 12: Dipl. Psych. Volker Peschke (Burgau) bei der Präsentation des AKL-PC mit Prof. Dr. med. Harold Voth (Topeka) und Dr. med. Günter Ammon



Abb. 13: Prof. Dr. med. Guilherme Ferreira (Lissabon), ehemaliger Präsident der World Association of Social Psychiatry

Die Prognose ist günstiger, wenn der Patient frühzeitig in die Therapie kommt. Sie verschlechtert sich deutlich bei chronifizierten Fällen mit sekundären Schädigungen durch Hospitalisierung und vor allem langjähriger psychopharmakologischer Behandlung.

Daß Schizophrenie auch heute noch ein soziales Todesurteil für die meisten Erkrankten darstellt, dagegen wandten sich die auf dem Kongreß versammelten Wissenschaftler aus 19 Ländern. Sie forderten eine Überwindung des starren Kategoriedenkens und des psychotherapeutischen Nihilismus.

(*Natur- und Ganzheitsmedizin,* August 1992)

Aktuelles Interview — »Dynamische Psychiatrie« — bemerkenswerte Statements auf dem »9. Weltkongreß« in Regensburg Anfang Mai 1992

nda fragte dazu einen der Referenten, Herrn Prof. Dr. R. Battegay, Chefarzt der psychiatrischen Universitätsklinik Kantonsspital in Basel:

nda: Der »wissenschaftliche Leiter des Kongresses«, Herr Dr. med. *Günter Ammon* (Berlin), stellt fest, daß »die Wurzeln der Schizophrenie in einer bereits vor dem 3. Lebensjahr liegenden Entwicklungsstörung« zu suchen seien. Ein »unbewältigter Symbiosekomplex« in der Familiengruppe sei wesentlich. So war uns Nervenärzten das bisher nicht bekannt: Klinische Erfahrung und wissenschaftliche Erkenntnis sprechen doch wohl für eine multifaktorielle Entstehung bei in erster Linie genetischer Disposition, oder muß man das jetzt anders sehen?

Prof. Battegay: Günter Ammon hat mit seinen Ausführungen sicher nicht die multifaktorielle Entstehung der Schizophrenie bestreiten wollen. Es lag ihm vielmehr daran zu sagen, daß, wie immer auch die Genese der Schizophrenie sein möge, die Entstehung früh anzusetzen ist. Wenn Sie davon sprechen, daß »in erster Linie« eine »genetische Disposition« angenommen werden müsse, so muß andererseits betont werden, daß in Untersuchungen an eineiigen Zwillingen, die nicht miteinander aufwuchsen, keine 100%ige Konkordanz in bezug auf die Schizophrenie festgestellt werden konnte, so daß Umgebungseinflüsse bei der Entstehung der Schizophrenie mit eine gewichtige Rolle spielen. So wurde in den letzten Jahren aufgrund von großen Untersuchungskollektiven festgestellt, daß eine Familienatmosphäre, in der es immer wieder zu forcierten »expressed emotions«, also zu emotionalen Ausbrüchen kommt, für die Auslösung und Rezidive der Schizophrenie eine große Rolle spielt. In anderen Studien zeigte sich, daß ein günstiges Familienmilieu bei adoptierten Kindern, die in ihrer Familie Schizophrenien aufweisen, eine Schutzwirkung ausübt. Allzu frühe Trennungen von der Mutter, z.B. durch Heimaufenthalte, wurden als Risikofaktoren für einen ungünstigen Schizophrenieverlauf erkannt usw.

nda: Herr Dr. *Ammon* sieht auch die »Wurzeln der Neurose in nicht bewältigten Konflikten in einer Entwicklungsphase des Kindes zwischen seinem 3. und 6. Lebensjahr. Weil die Schizophrenie aber aus einer bereits vor dem 3. Lebensjahr liegenden Entwicklungsstörung resultiere, ». . . ist es verständlich, daß es sich bei der Schizophrenie um eine schwerere Erkrankung als bei der Neurose handelt«. Presseerklärungen solcher Art geraten zwar nicht selten auch Laien in die Hände. Aber bedarf es einer solchen eigenartigen Deduktion, um die schweren und prinzipiellen Unterschiede zwischen Neurose und Schizophrenie deutlich zu machen?

Prof. *Battegay:* Aus Ihrer zweiten Frage ersehe ich, daß Sie Dr. *Günter Ammon* nicht gewogen sind. Es ist daher eigentlich wenig angezeigt, auf Ihre Ausführungen im Detail einzugehen. Ich möchte hier nur soviel sagen, daß zweifellos spätere Schizophrene, schon allein wegen der von Ihnen angeführten genetischen Prädisposition bzw. einer genetisch mitbedingten Ich-Störung, als Kleinkind selbst ausgeglichen wirkende Eltern und eine entsprechende gefühlsmäßige Zuwendung von Mutter und Vater unter Umständen gar nicht als solche wahrzunehmen vermögen. Die Ansicht über die Neurosen geht heute allerdings auch in die Richtung, daß sie weit häufiger »prägenital«, d.h. vor der phallisch-ödipalen Phase der Kindesentwicklung (3.—5. Lebensjahr), ihren Ursprung haben. Was z.B. von *Heinz Kohut* »narzißtische Persönlichkeitsstörung« und von mir in meinem Buch »Narzißmus und Objektbeziehungen« (Hans Huber, Bern/Stuttgart/Toronto 1991) »Narzißtische Neurosen« bezeichnet wird und bei Kindern entsteht, die zu wenig oder ein Übermaß von Zuwendung oder Liebe nur unter der Bedingung des Erfüllens elterlicher Idealerwartungen erhielten, hat seinen Ursprung schon sehr früh in der Kindheit. Es wäre in diesem Zusammenhang übrigens noch auf die Borderline-Persönlichkeitsstörungen einzugehen, bei denen auch eine gewisse genetische Komponente besteht, die durch eine Ich-Pathologie gekennzeichnet ist, welche aber nicht soweit wie bei den Schizophrenien geht, sondern bei einer Fragmentationstendenz des Ich bleibt, während bei den Schizophrenien eine eigentliche Fragmentation des Ich besteht.

nda: »Die dynamische Psychiatrie geht . . . von fließenden Übergängen zwischen der Schizophrenie und der leichteren Erkrankung der Neurose aus: Bei adäquater Behandlung der Schizophrenie kommt es zu einer Veränderung vom schizophrenen Krankheitsbild zu leichterern, neuroseverwandten Krankheitsbildern. . .« Was sollen wir als niedergelassene Nervenärzte von einer solchen, unseres Erachtens der Konfrontation mit der Realität und auch wissenschaftlicher Erkenntnis nicht standhaltenden Behauptung halten? Sind solche Stellungnahmen nicht unverantwortlich gegenüber Patienten und deren Angehörigen?

Prof. *Battegay:* Bei Ihrer dritten Frage ist wiederum zu bedauern, daß sie so emotional gehalten ist. Mein langjähriger Mitarbeiter Prof. Dr. med. *Gaetano Benedetti* hat in seinen Publikationen zur Genüge aufgewiesen, daß der psychotherapeutische Umgang mit den psychotischen Inhalten des schizophre-

nen Erlebens zu einer Beruhigung des Krankheitsbildes führen kann. *Benedetti* spricht von einer »Positivierung des psychotischen Erlebens«, wobei er versucht, den bedrohlichen Gehalt der Wahninhalte dem Patienten als eine positive kreative Möglichkeit zugänglich zu machen.

nda: »Zu einer adäquaten Behandlung der Schizophrenie — so war der Konsens (! — red. nda) des Kongresses — gehört unverzichtbar und vorrangig (! — nda) Psychotherapie.« An anderer Stelle ist die Rede davon, daß »die Psychotherapie der Schizophrenie in ca. 80% der Fälle in der Lage sei, bei den Patienten eine Gesundung bzw. wesentliche Besserung der Erkrankung zu erreichen.« Was sollen wir Patienten bzw. deren Angehörige sagen, wenn sie unter Hinweis auf solche unseres Erachtens unverantwortlichen Verlautbarungen die notwendigen Medikamente absetzen und stattdessen »Psychotherapie« verlangen?

Prof. *Battegay:* Zu Ihrer vierten Frage: Auch hier sind wieder Ihre Emotionen zu erkennen, die für mich störend wirken. Ich möchte sagen, daß eine Schizophrenietherapie ohne Psychotherapie keine Behandlung darstellt. Nur wenn der Patient, auch wenn er mittels Neuroleptika behandelt wird, unsere unzerstörbare psychotherapeutische Präsenz verspürt, wird er wieder jenes Vertrauen zum Mitmenschen gewinnen, das für eine Besserung seines Befindens entscheidend ist.

nda: Wären Sie so freundlich, uns einen zusammenfassenden Eindruck von Ziel und Inhalt der zumindest im Kreis der niedergelassenen Nervenärzte relativ wenig bekannten »Dynamischen Psychiatrie« zu vermitteln?

Prof. *Battegay:* Wollen Sie einen »zusammenfassenden Eindruck von Ziel und Inhalt. . . der »Dynamischen Psychiatrie« vermittelt erhalten, so empfehle ich die Lektüre der *Ammon'*schen Bücher, vor allem des zweibändigen Handbuches »Dynamische Psychiatrie« (Verlag Ernst Reinhardt, München, 1982). Eine kurze Zusammenfassung des großen *Ammon'*schen Werkes müßte oberflächlich ausfallen und würde Ihnen nichts bedeuten.

nda: Wir danken Ihnen sehr für die Bereitschaft, auf unsere Fragen so ausführlich zu antworten.

(*nda* 7/92)

Der 9. Weltkongreß der WADP in Dr. Ammons Briefwechsel

Edward J. Dehné, MD, MPH, DrPH August 1992

Dr. med. Günter Ammon
President of the World Association of Dynamic Psychiatry WADP and the German Academy of Psychoanalysis

Again, thank you very much for your outstanding 9th World Congress which fulfilled the continuing medical education needs of many from distant lands so close to combat area in an unforgettable cordial setting.
Sincerely, Ed

Erdreich M., M.D.
Director of the Regional Psychiatric Services July 8th, 1992

Dr. med. Günter Ammon
President of the World Association for Dynamic Psychiatry —
WADP
Wielandstraße 27—28
Berlin 15
Germany

Dear Dr. Ammon,

Having returned from a long journey in the U.S. and France, I wish to express my gratitude to you for the inspiring and high level congress on »Neurosis and Schizophrenia«. The enlarging group of professionals joining our activities in WADP are forming a supranational identity, catalysed by you and the leading followers, for a better life quality for the human mankind.

You deserve recognition and praise for your leadership and sustained dedication in reaching this scope.

Thank you also for the invitation to the congress in 1994 in St. Petersburg.
Most friendly yours,
Marius Erdreich

Prof. Dr. Mauricio Knobel
Rua Robero Silveira 27
Bairro: Jardim N.S. Auxiliadora
Campinas SP Brasil Campinas, May 25, 1992

Dr. med. Günter Ammon
President, WADP
Wielandstraße 27/28
1000 Berlin 15
Germany

Dear Günter:

It was such a pleasure being with you again, that I do not know how to express my recognition and gratitude. Without your assistance it would have been impossible.

It was a wonderful experience. First the Congress with all those people who showed your acceptance and true leadership; second the Post-Congress experience which was a teaching-learning seminar, and third, my Seminar on »Short-term« psychotherapy. I feel gratified a great deal, because several persons of your staff considered the possibility of having such an experience with me!

It was so nice to meet new frieds and re-encounter old ones.
Affectionately yours,
Mauricio

Harold M. Voth, M.D.
Psychiatry and Psychoanalysis
Diplomate, American Board of Psychiatry and Neurology
Fellow, American College of Psychoanalysts
Fellow, American Psychiatric Association
former Menninger Foundation, Topeka, USA
901 Garfield
Topeka, Kansas 66606 July 8, 1992

Dear Günter,

at last I have a few free moments. The trip to Germany was pure pleasure for me. Seeing you again and participating in your Congress was an honour and especially rewarding because of the opportunity to discuss autokonesis. Günter you have made an enormous contribution to life having built what you have. I am so pleased to have been able to be a part of your wonderful efforts.

Sincerely,
Harold

Psychiatrische Universitätspoliklinik
Kantonsspital Basel
Universitätskliniken CH-4031 Basel, den 4. Mai 1992

Herrn
Dr. med. Günter Ammon
Wielandstraße 27/28
D-1000 Berlin 15

Lieber Herr Ammon,

wieder zurück in Basel, ist es mir ein Bedürfnis, Ihnen herzlich für den freundlichen Empfang zu danken, den ich in Ihrem Kreis erfahren durfte.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr Prof. Dr. R. Battegay

Shantou University
Add, Shantou Guandong
People's Republic of China May 7, 1992

Dear Dr. Ammon

I came back to Beijing in safety, it was so nice of you to arrange every thing in such a perfect way that I really enjoyed this visit very much. I would like to express my thankfulness for your kindness and generosity which offered me

such a wonderful opportunity to learn from you and the grand congress. It leaves me a most beautiful memory that I can never forget.
Your respectfully
Wu Zheng-Yi

Prof. Vadim S. Rotenberg, M.D., Ph.D.
Tel Aviv, Israel June 17, 1992

Dear Günter,

I was very much impressed by the success of the Congress which was confirmed by publications in press. Thank you very much once more for invitation and for taking care.
Best wishes to all your staff.
Your Vadim Rotenberg

Nachricht aus Budapest

Dr. *Béla Buda* wurde laut Nachricht vom Mai diesen Jahres Generaldirektor des ungarischen Nationalinstitutes für Gesundheitsförderung.

Sir John Eccles 90 Jahre alt

Der australische Nobelpreisträger *Sir John Eccles* feierte am 27. Januar 1993 seinen 90. Geburtstag. Eine ausführliche Würdigung folgt im nächsten Heft.

Ankündigungen / Announcements

86. Gruppendynamische Tagung der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V. in Paestum, Winter 1992/93
Veranstalter: Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.
Gesamtleitung: Dr. med Rolf Schmidts
Ort: Tagungszentrum der DAP in Paestum (bei Salerno/Süditalien)
Zeit: 27. 12. 1992 — 6. 1. 1993
Information/Anmeldung: Lehr- und Forschungsinstitute der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V., LFI Berlin, Kantstraße 120/121, 1000 Berlin 12, Tel. 030/3132698 und 3132893; LFI München, Goethestraße 54, 8000 München 2, Tel. 089/539674, Telefax: 089/5328837

Annual Conference of the San Diego Psychoanalytic Society & Institute
Sponsor: San Diego Psychoanalytic Society & Institute
Title: Demystifying Male-Female Relationships: Sex and Gender Conflicts in Psychotherapy
Location: The Pan Pacific Hotel, San Diego, California
Date: February 13—14, 1993
Contact: Cass Jones, Professional Conference Management, 7916 Convoy Court, San Diego, CA 92111, Phone (619) 565-9921, Fax (619) 565-9954

9. Überregionale Workshoptagung der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) e.V.
Veranstalter: DGVT
Schwerpunktthema: Supervision
Ort: Tübingen (Deutschland)
Zeit: 24. — 26. 2. 1993
Information: AWK-Referat, Postfach 1343, 7400 Tübingen

International Conference of the World Health Organization
Veranstalter: WHO
Thema: Dysfunctions of Mind and Body in the Elderly
Ort: Rotterdam (Netherlands)
Zeit: 18. — 20. März 1993
Information: Organisatiebureau VW Rotterdam, Coolsingel 67, 3012 AC Rotterdam, Netherlands, Tel. 003110-4023250

South East Asia Regional Health Care Conference
Veranstalter: Management Society for Health Care Professionals
Ort: Hong Kong
Zeit: 19. — 21. März 1993
Information: Management Society for Health Care Professionals, 8th Floor, 88 Lockhart Road, Hong Kong, Tel. 8612668

The Cutting Edge Conference
Sponsor: University of California, San Diego, Department of Psychiatry
Title: The Cutting Edge 1993: Effective Treatment for Severe Personality Disorders
Location: Dubletree Hotel, San Diego, California
Date: April 24—25, 1993
Contact: Cass Jones, Professional Conference Management, 7916 Convoy Court, San Diego, CA 92111, Phone (619) 565—9921, Fax (619) 565—9954

17th Congress of the International Association for Suicide Prevention
Veranstalter: Canadian Association for Suicide Prevention
Ort: Montreal (Canada)
Zeit: 30. Mai — 3. Juni 1993
Information: Congrès I.A.S.P., Prof. Brian Mishara, Université du Quebec, Canada H3C 3P8, Tel. (514) 987—4832

World Congress of the World Federation for Mental Health, Japan
Veranstalter: World Federation for Mental Health (WFMH)
Hauptthema: Mental Health: Toward the 21st Century
Ort: Chiba, Japan
Zeit: August 23—27, 1993
Information: Sekretariat for WFM H, P.O.Box 89, Akasaka Tokyo, 107—91 Japan, Tel. 81-3-3466-5241/81-3-3479-8190

12th World Congress of Psychosomatic Medicine
Veranstalter: International College of Psychosomatic Medicine
Thema: How Can We Help? Psychosocial Interventions and Psychotherapies in Medicine
Ort: Bern/Schweiz
Zeit: August 29 — September 12, 1993
Information: 12th Congress of Psychosomatic Medicine c/o AKM Congress Service, P.O. Box, CH-4005 Basel/Switzerland, Tel.: 0041 61 6915111, Fax: 0041 61 6918189

Im nächsten Heft erscheint...

Maria Berger (Berlin/München)
Qualitative Interviews mit schizophren reagierenden Patienten und deren Familien

Wu Zheng-Yi (Beijing)
A Preliminary Proposal for a New Model of a Psychiatric Unit in Beijing

Gertraud Reitz / Thomas Hessel (München)
Die Bearbeitung symbiotischer und ödipaler Dynamiken in der ambulanten Gruppenpsychotherapie und der humanstrukturellen Tanztherapie

Ingeborg Urspruch (München)
Theatertherapie als milieutherapeutische Erweiterung ambulanter Psychotherapie

Juri Popow (St. Petersburg)
Die Besonderheiten der Psychotherapie bei schizophrenen und neurotischen Adoleszenten mit Selbstzerstörungsverhalten

Heinrich Hübschmann (Heidelberg)
Psychotherapie bei körperlich Kranken

Marius Erdreich (Haifa)
The Psychotraumatological View on Neurosis and Schizophrenia

Egon Fabian (München)
Extramurale stationäre Milieutherapie in Paestum/Neapel mit Patienten der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige

Vijoy K. Varma (Chandigarh)
The Relationship between Dynamic and Social Psychiatry in India, its Implications and Methods

Gerhard Witzlack (Berlin)
Förderorientierte Diagnostik aus entwicklungspsychologischer und pädagogischer Sicht

Bernhard Longinus (Marburg)
Über die integrierte Behandlung schizophrener Patienten, wie sie sich im psychiatrischen Krankenhaus Marburg entwickelt hat

Györgyi Körmendy (Budapest)
Umgang mit symbiotischem Widerstand in der Kinderpsychotherapie

Georg Kress (München)
Resultate der Einführung Dynamisch-Psychiatrischer Maltherapie in Italien

Delia Püschel (München)
Eine Kasuistik zur Theorie vom gleitenden Spektrum der Diagnosen

Rita Primbas (Berlin)
Bedeutung und Grenzen der psychotherapeutischen Behandlung bei finalen Erkrankungen (bei Krebs und AIDS)

Mauricio Knobel (Campinas)
The Schizophrenic Model of Relationship in the Neurotic Patient

Gabriele von Bülow (Berlin)
Symbiotische und ödipale Dynamik im Therapieverlauf einer zwangsneurotischen Patientin

Gertraud Reitz / Dorothee Doldinger (München)
Der Psychoanalytische Kindergarten als Unterstützung bei Abgrenzungs- und Entwicklungsprozessen des Kindes

Sabine Schieweck (Berlin)
Eine Untersuchung über die Lebenssituation vor der klinischen Manifestation bösartiger Uterustumore

Matyas Trixler / Tamás Tényi / A. Cáti (Pécs)
The Integration of Art Therapy in the Complex Therapy of Schizophrenic Patients

Impressum

Verlag, Sitz und Geschäftsstelle/Publishing House, seat and office:
»Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH München, Goethestraße 54, W-8000 München 2, Tel. (0 89) 53 96 74.
Verlagsleitung und Hauptgeschäftsstelle/Head Office
Kantstraße 120/121, W-1000 Berlin 12, Telefon (030) 3 13 28 93
Gesellschafter des Verlages (mit Einlagen über 5% des Stammkapitals):
Dr. med. Günter Ammon, Arzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychoanalyse, Psychotherapie, Meierottostraße 1, W-1000 Berlin 15 (20%)
Geschäftsführer des Verlages: Dipl. Ing. Werner Schütz, Kanststraße 120/121 W-1000 Berlin 12.
Druck: Alfa-Druck GmbH, Buch- und Offsetdruckerei, Levinstraße 9a, W-3400 Göttingen.
Herausgeber/Editor: Dr. med. Günter Ammon, Meierottostraße 1, W-1000 Berlin 15 (verantwortlich für den wissenschaftlichen Teil).
Buchbesprechungen/Book reviews: Dr. med. (Univ. Tel Aviv) Egon Fabian, Asamstraße 18, W-8000 München 90
Nachrichtenteil/News: Verantwortlich Dr. phil. Ilse Burbiel, Presse- und Informationsreferentin im Executive Council der World Association for Dynamic Psychiatry WADP, Schwindstraße 1, W-8000 München 40; Rechtsanwalt Thomas Hessel, Justitiar und Schatzmeister im Executive Council der World Association for Dynamic Psychiatry WADP, Arcisstraße 59, W-8000 München 40.
Anzeigen/Advertising Manager: Petra Hieber, Schwindstraße 1, W-8000 München 40 (verantwortlich).
Abonnentenabteilung/Subscription management: Dipl. Ing. Werner Schütz, Kantstraße 120/121, W-1000 Berlin 12.
Manuskripte nehmen entgegen/manuscripts should be sent to:
Hauptschriftleitung Dr. med. Günter Ammon, Kantstraße 120/121, W-1000 Berlin 12.
Anschrift der Redaktion/Address of the editorial staff:
Kantstraße 120/121, W-1000 Berlin 12

Weitere Mitglieder der Redaktion/Members of the editorial staff:
Dipl. Psych. Maria Berger, Dr. phil. Ilse Burbiel, Dipl. Psych. Gabriele von Bülow, Dr. med. Dorothee Doldinger, Dipl. Psych. Monika Dworschak, Dr. med. (Univ. Tel Aviv) Egon Fabian, Dipl. Psych. Daniel Hermelink, Dr. phil. Gertraud Reitz, Dr. med. Bernhard Richarz, Dipl. Psych. Sylvelin Römisch, Dr. med. Ulrike Schanné, Dr. med. Rolf Schmidts, Dipl. Psych. Margit Schmolke, Dipl. Psych. Astrid Thome, Dr. phil. Barbara Töpper, 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, Mitarbeiter der Psychoanalytischen Kindergärten gegen Nachweis nur in Deutschland DM 75,— (zzgl. Porto). Studenten DM 48,— (zzgl. Porto). Einzelheft DM 18,—. Das Abonnement verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn es nicht vier Wochen vor Ablauf des Bezugsjahres gekündigt wird. Zahlung des Jahresabonnements bis zum 1.4. d.J. auf das folgende Konto: Commerzbank München (BLZ 700 400 41), Kto.-Nr. 225 295 500.

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 ot 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 Commerzbank München (BLZ 700 400 41), Kto.-Nr. 225 295 500.

Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.
Goethestraße 54, 8000 München 2



86. Gruppen-dynamische Tagung
im Tagungszentrum der DAP
in Paestum (bei Salerno/Süditalien)
mit
Selbsterfahrung
Vorträgen
Humanstrukturellem Tanz
Tempelführung
Ausflug nach Capri

27. Dezember 1992 bis 6. Januar 1993

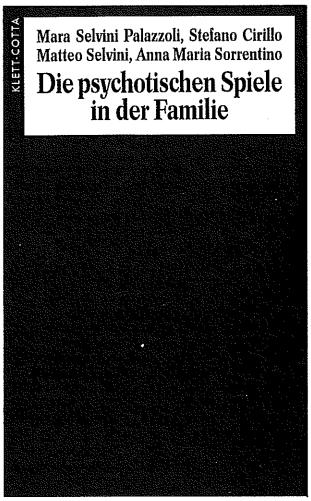
Gesamtleitung: Dr. med. Rolf Schmidts

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

Ein Markstein in der Entwicklung der Familientherapie

Eine aufregende Entdeckungsreise: von der Unzufriedenheit mit den paradoxen Techniken zu einem neuen Psychosemodell.



Aus dem Italienischen übersetzt von Ruth Ensslin-Frey
402 Seiten, Leinen mit Schutzumschlag, 48,– DM / öS 374,–
ISBN 3-608-95677-8

Dieses Buch ermöglicht es dem Leser, die Entwicklung von Mara Selvini Palazzoli, einer der Pionierinnen der Familientherapie, und ihres Teams Schritt für Schritt nachzuvollziehen.
Dieser Weg führte von einem streng systemischen zu einem mehrdimensionalen Denken, von der paradoxen Umdeutung des Symptoms zur Offenlegung des Familienspieles. Zur Beschreibung der pathogenen familiären Beziehungsmuster verwenden die Autoren die Metapher des Spiels. Dadurch gelingt es ihnen, das einseitig systemische Denken zu überwinden und den Blick frei zu machen für unabhängige, unvorhersehbare Spielzüge des einzelnen. Die therapeutischen Interventionen sind in erster Linie eine Einladung an die Familie, die Karten auf den Tisch zu legen, um mit einem neuen Spiel zu beginnen.

»Die Kursänderungen, die wir vorgenommen haben, standen allein im Dienste der inneren Kohärenz und Kontinuität unserer theoretischen und klinischen Forschung. Die therapeutischen Methoden, Strategien und Instrumente mögen sich ändern, das Ziel aber bleibt stets das gleiche: die zwischenmenschlichen Wurzeln der sogenannten Geisteskrankheiten zu finden, eine soziale Ätiologie der psychischen Störung zu entwerfen.«
(Aus dem Vorwort)



Die Nachdenklichkeit wächst

Nicht nur bei Ärzten und Patienten. Chemotherapie ist beispielsweise nicht mehr das non plus ultra. Neue ganzheitliche Therapien werden praktiziert. Mit Erfolg. **raum&zeit** informiert über sie.
Eine neue Generation von Ärzten, Zahnärzten, Physikern, Wissenschaftlern und Forschern ist im Kommen. Ihnen geht es mehr um die Menschen als um Geld und Karriere. Sie schreiben für **raum&zeit**.
Für die neue Dimension der Wissenschaft. Einer humanen Wissenschaft. Geleitet vom Prinzip Hoffnung.
Und es gibt ein neues Lese-Publikum. Etabliert und gebildet, aber nachdenklich und kritisch gegenüber der orthodoxen Wissenschaft.
Menschen, die ökologisch bewußt und bereit sind, zu handeln. Zumeist in guten Positionen als Freiberufler oder in Wissenschaft, Wirtschaft und Politik tätig.
Menschen ohne Zukunftsangst, aber mit der klaren Erkenntnis, daß dieser Zukunft zuliebe mit Tabus in Natur- und Geisteswissenschaft gebrochen werden muß. Damit neue Erkenntnisse sich endlich Bahn brechen können. Für sie wird **raum&zeit** gemacht.
Alte Denkstrukturen brechen auf. Nicht nur im Osten Europas, sondern auch bei uns. Möglicherweise geht auch hier die Entwicklung schneller als wir alle ahnen. **raum&zeit** trägt seinen Teil dazu bei.

Wenn Sie **raum&zeit** kennenlernen wollen, fordern Sie ein kostenloses Probeexemplar an. Am besten heute noch bei:

EHLERS-Verlag
Daimlerstraße 5
8029 Sauerlach

Ja, ich möchte **raum&zeit** kennenlernen.
Bitte senden Sie mir ein kostenloses Probeexemplar

Vorname: Name:

Straße und Hausnr.:

Postleitzahl: Ort: