

Dynamische Psychiatrie

Begründet
von
Günter Ammon

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse

32. Jahrgang
1./2. Heft 1999
ISSN 0012-740 X

Heft 174/175

Dynamic Psychiatry

Schizophrenie und Borderline-Störungen I

Aus dem Inhalt:

Maria Ammon

Schizophrenie und Borderline-Erkrankung aus humanstruktureller Sicht

Modest M. Kabanov, Gueorgui Bourkovski

Reduction of Stigmatization and Discrimination of the Mentally Ill

Ilse Burbiel

Inpatient Psychotherapy of Schizophrenia and Borderline Disorders in the Dynamic Psychiatric Hospital Mengerschwaige

Raymond Battegay

Übereinstimmung und Unterschiede in der psychodynamischen Behandlung von Schizophrenien und Borderline-Persönlichkeitsstörungen

»Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH Berlin

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

32. Jahrgang, 1./2. Heft 1999, Nr. 174/175

Begründet von Günter Ammon,
herausgegeben von Maria Ammon unter Mitarbeit von
F. Antonelli, Rom – L. Bellak, New York – B. Buda, Budapest – I. Burbiel, München –
A. Carmi, Haifa – R. Ekstein, Los Angeles – Th. Freeman, Antrim – A. Garma, Buenos
Aires – F. Hansen, Oslo – I. Jakab, Pittsburgh – M.M. Kabanow, St. Petersburg –
M. Knobel, Campinas – A. Lambertino, Parma – U. Mahlendorf, Santa Barbara –
A. Mercurio, Rom – L. Miller de Paiva, Sao Paulo – K. Okonogi, Tokio – M. Orwid,
Krakau – J.F. Pawlik, Warschau – V.S. Rotenberg, Tel Aviv – D. Shaskan, Los
Angeles – J.B.P. Sinha, Patna – Y. Tokuda, Tokio – H. Volger, Berlin – T. Yamaguchi,
Tokio

Inhalt/Contents

Maria Ammon (Berlin/München)

Schizophrenie und Borderline-Erkrankung aus humanstruktureller Sicht 1
Schizophrenia and Borderline-Disorders from Humanstructural Sight 14

Modest M. Kabanov, Guerorgui Bourkowski (St. Petersburg)

Reduction of Stigmatization and Discrimination of the Mentally Ill 22
Reduktion von Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch Kranker 34

Ilde Burbiel (München)

Inpatient Psychotherapy of Schizophrenia and Borderline Disorders in the Dynamic
Psychiatric Hospital Mengerschwäge 37
Stationäre Psychotherapie der Schizophrenie und Borderlinestörungen in der
Dynamisch Psychiatrischen Klinik Mengerschwäge 48

Raymond Bategay (Basel)

Übereinstimmung und Unterschiede in der psychodynamischen Behandlung von Schizophrenien und Borderline-
Persönlichkeitsstörungen 55
Congruences and Differences in the Psychodynamic Treatment of Schizophrenias and Borderline-Personality-Disorders 73

Ernst Federn (Wien)

Die Therapeut-Patient-Beziehung in Einzel-, Gruppen- und Milieuthérapie 78
Therapist-Patient-Relationship within Single-, Group- and Milieuthérapie 81

Christian Scharfetter (Zürich)

Schizophrenia, Borderline, and the Dissociation Model 85
Schizophrenien, Borderline und das Dissoziationsmodell 91

Bela Buda (Budapest)

Communication of and with Schizophrenic Patients 94
Kommunikationsstrukturen schizophrener reagierender Patienten 102

Buchbesprechungen / Book Reviews 104

Nachrichten / News 110

Ankündigungen / Announcements 145

Schizophrenie und Borderline-Erkrankung aus humanstruktureller Sicht**

Maria Ammon (Berlin/München)*

Ausgehend von Günter Ammons Forderung nach einem Paradigmenwechsel in der Psychiatrie beschreibt die Autorin Schizophrenie und Borderline-Erkrankung als verstehbare Krankheiten. Gemeinsam ist beiden die frühe Störung im zentralen Ich-Bereich und die der Symptomatik zugrundeliegende Einsamkeit. Der Borderline-Kranke konnte zwar seine funktionalen Bereiche stärker entwickeln; hinter den wechselnden Symptomen verbirgt sich aber Abwehr innerer Leere. Im Unterschied dazu wird bei der Schizophrenie die Hilflosigkeit auch auf der Verhaltensebene sichtbar. Für die Therapie leitet die Autorin daraus ab, daß die bloße Symptombeseitigung nicht genügt, sondern die zugrundeliegende Einsamkeit und Verlassenheit bearbeitet sowie die gesunden Persönlichkeitsanteile gestärkt werden müssen. Abschließend stellt die Autorin Bezüge zur gesellschaftlichen Situation her.

Ammon forderte bereits 1991 einen Paradigmenwechsel in Wissenschaft und Gesellschaft für das Verständnis und die Behandlung der Schizophrenie und der Borderline-Erkrankung. Er sagt: »Unter Paradigmenwechsel verstehen wir einen Wechsel in der Einstellung zu dem, was man bisher als Krankheit bezeichnet hat, und zu ihren Kategorien, einen Wechsel in der Einstellung, der auch die Einstellung zu sich selber und zu gesellschaftlichen Organisationsformen beinhaltet. Bei einem Paradigmenwechsel in der Psychiatrie geht es deshalb darum, die Einstellung zum Menschen schlechthin und die Vorstellung von Gesundheit und Krankheit wie z.B. von Schizophrenie, Endogenität und Organizität zu verändern.« Dies heißt, an die Stelle von Symptom und Kategoriedenken sollte ein ganzheitliches Verständnis von einer Einheit von Körper, Geist und Seele und an die Stelle von statischem Denken ein Entwicklungs- und Prozeßdenken treten. Ausgehend davon möchte ich einige theoretische Konzepte darstellen, die *Ammon* entwickelt hat und die grundlegend zum Verständnis der Borderline- und Schizophrenie-Erkrankung aus humanstruktureller Sicht sind.

Aufgrund der Beschäftigung mit der Borderline-Erkrankung hat *Ammon* (1976) sein Persönlichkeitskonzept als Humanstrukturmodell vorgestellt. Das Humanstrukturmodell versteht sich als ein Entwicklungsmodell, bei dem die Entwicklung der Identität innerhalb der Gruppe im Mittelpunkt steht. Zu den Grundstrukturen gehören die unbewußten psychischen Humanfunktionen mit der zentralen Humanstruktur, die

* Dipl.-Psych., Psychoanalytikerin und Gruppenpsychotherapeutin, Psychologische Psychotherapeutin, Klinische Psychologin, Präsidentin der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), therapeutische Geschäftsführerin der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaike, Lehr- und Kontrollanalytikerin, Leiterin des Berliner Lehr- und Forschungsinstituts für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik

** Vortrag gehalten auf dem 12. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry (WADP) / XXV. Internat. Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V. vom 17.-21. März 1999 in der Humboldt-Universität Berlin

bewußten Erlebens- und Verhaltensbereiche, die die sekundären Humanfunktionen bilden, und der organisch-biologische Bereich eines Menschen, der die primäre Humanstruktur umfaßt. Die Humanstruktur entwickelt sich in einem sozialenergetisch-gruppensystemischen Feld. Sozialenergie bedeutet dabei die zwischenmenschliche psychische Energie. Sozialenergetische Zufuhr und Auseinandersetzung in der umgebenden Gruppe führt zu Humanstruktur-Wachstum. Die gewachsene Humanstruktur stellt sozusagen die geronnene Sozialenergie dar. Alle Humanfunktionen können sich konstruktiv, destruktiv oder defizitär entwickeln. Dieses sozialenergetisch-gruppensystemische Prinzip ist sehr wichtig für die dynamisch-psychiatrische Behandlungswissenschaft, denn es ist die Basis für das Konzept der nachholenden Humanstrukturentwicklung psychisch Kranker.

Die Identität des Menschen macht die Persönlichkeit des Menschen aus und hat ihren Kern in den unbewußten Humanfunktionen wie Aggression, Narzißmus, Angst, Ich-Abgrenzung, Sexualität, Kreativität und viele mehr. Sie dynamisiert und integriert aber auch in ihrer Eigenschaft als eigene Humanfunktion alle Humanfunktionen und setzt sie in Beziehung zueinander.

Für die diagnostische Erfassung der Humanfunktionen Angst, Aggression, Narzißmus, Ich-Abgrenzung und Sexualität hat *Ammon* mit seinen Mitarbeitern den Ich-Struktur-Test (ISTA) entwickelt.

Einen Paradigmenwechsel vollzog *Ammon* mit seinem spektraltheoretischen Verständnis, mit der Vorstellung eines gleitenden Spektrums der Genese, Struktur und Dynamik psychischer Krankheit. Dies bedeutet, daß Neurose, Borderline-Erkrankung, Psychosomatik, Sucht und die sogenannte Perversion bis hin zur Psychose sich auf einem gleitenden Spektrum befinden. Dies bedeutet weiter, daß Gesundheit und Krankheit prozeßhaft zu verstehen sind und auch, daß sich während eines Behandlungsprozesses Patienten von einem eher kranken Spektrum zu einem gesünderen entwickeln können. Krankheit ist nach Auffassung der Humanstrukturologie also keine Kategorie, sondern eine dynamische und prozessuale Größe.

Spektraltheoretisch gesehen würden die Schizophrenie und Borderline-Erkrankung eher im Bereich der Desintegration der archaischen Humanstruktur-Erkrankung liegen und die neurotische Erkrankung eher im integrierten. Ist das gruppensystemisch-sozialenergetische Feld der Primärgruppe gestört, führt dies zu einer Arretierung der humanstrukturellen Entwicklung, und es kommt zu einem realen Entwicklungsdefizit, zu einem sog. »Loch in der Human- oder Persönlichkeitsstruktur«. Dieses Defizit und diese Desintegriertheit der Humanstruktur wird mit einer jeweiligen Symptomatik abgewehrt. Hieraus hat *Ammon* sein unitäres Krankheitsverständnis der archaischen Humanstruktur- oder Identitätserkrankungen hergeleitet. All diese Erkrankungen sind in der frühen präödiptalen Zeit entstanden.

Borderline-Erkrankung

In der Literatur ist der Begriff Borderline-Störung zu einem unklaren Sammelbegriff geworden und wird meist zwischen Neurose und Psychose angesiedelt. Übersichtsarbeiten über das Borderline-Syndrom ergeben, daß die Psychopathologie der Erkrankung immer noch nicht eindeutig definiert ist (*Modestin* 1980). Eine klare diagnostische Einordnung, Erfassung und Abgrenzung ist ebenfalls noch nicht eindeutig gelungen.

Das psychoanalytische Verständnis bezieht sich nach wie vor auf die Konzeption *Kernbergs* (1978), der zwar von einer Ich-Störung mit einer charakteristischen Schwäche der Abwehrmechanismen spricht, aber der Triebtheorie verhaftet bleibt und die genetischen Wurzeln in der nicht phasenhaft bewältigbaren angeborenen prägenitalen Aggression sieht. *E. Federn* (1997) spricht bei der Borderline-Erkrankung von »Mangelerkrankungen« wie bei der Psychose. Er fordert eine Weiterentwicklung der Behandlungsmethodik der Psychoanalyse. Er betont die Bedeutung des Wir-Gefühls, das bei diesen Patienten gestört ist, ebenso wie das Ich durch frühkindliche Verletzungen.

In den letzten Jahren bemühte sich auch die klientenzentrierte Therapie um ein Verständnis dieser Erkrankung und geht von real zugefügten psychischen Schmerzen aus, die der Borderline-Patient erlebt hat und auf die er nicht adäquat reagieren konnte (*Biermann-Ratjen* 1990; *Biermann-Ratjen & Swildems* 1993; *Eckert* 1997). Sie kritisiert den triebtheoretischen Ansatz, der ein zu starres und strenges Therapiesetting zur Folge habe (*Aronson* 1989).

Die dialektisch-behaviorale Therapie nach *Linehan*, die psychosoziale Fertigkeitstrainings mit einbezieht und Manuals für den Psychotherapeuten anbietet, wird von *Hocke, Schmidtke* (1998) bei suizidalen Patienten und *Springer, Silk* (1998) für Kurzzeittherapie diskutiert. Bei einem Vergleich zwischen kognitiver und der dialektisch-behavioralen Therapie kommt *Peris* (1994) zu dem Schluß, daß *Linehans* Ansatz sich nur auf die Modifikation von Verhalten fokussiert, während die kognitive Therapie sich auch mit dem Selbst und der Umgebung beschäftigt. Für die standardisierten Ansätze von psychodynamischer, interpersoneller, Verhaltens- und kognitiver Therapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen spricht sich *Shea* 1991 aus. *Vogtsmeier* (1998) schließlich kritisiert *Kernberg* und bezieht sich auf die neueren Forschungsergebnisse von *Saunders & Arnold* (1993) und *Rhode-Dachser* (1996) mit der Schlußfolgerung, daß Borderline-Entwicklungsstörungen auf kumulative Kindheitstraumata von physischen und emotionalen Mißhandlungen zurückgehen. D.h. Symptome gehen nicht auf frühkindliche fixierte Spaltungsmechanismen zurück, sondern sind Ausdruck von dissoziativer Verarbeitung.

Die neuere Säuglingsforschung stellt Überlegungen zur Entstehung der Borderline-Störung an. Sie kommt zu dem Ergebnis, daß die sog. Mutualität, d.h. gegenseitige Bezogenheit zwischen primärer Bezugsperson und Kind

sich nicht entwickeln konnte. Pränatale Faktoren, Bindungsverhalten, transmodale Wahrnehmung, Einstimmung der Grundregulation und das Spielverhalten in den ersten Lebensjahren bestimmen die mutuale Bezogenheit.

Adler (1993) beschrieb als einziger den Kern der Borderline-Störung als ein Einsamkeitsproblem.

Kritisch kann zur Literaturübersicht gesagt werden, daß bei den verschiedenen Therapieansätzen die Menschen selbst in ihrer Persönlichkeit vernachlässigt werden, die Verhaltenspathologie zu stark betont wird. Dies entspricht genau dem, was der Borderline-Patient anbietet.

Ammon hat 1976 das Borderline-Syndrom als ein eigenes Krankheitsbild vorgestellt und es humanstrukturologisch definiert. 1982 hat der »Psychembel« seine Definition der Borderline-Erkrankung folgendermaßen aufgenommen: Es handelt sich um »psychiatrische Krankheitsbilder, die im gleitenden Spektrum zwischen neurotischer und psychotischer Persönlichkeitsstörung liegen. Bei zugrundeliegender Humanstruktur-Schwäche und -Störung im Persönlichkeitskern, der Identität, unterscheidet sich das Borderlinesyndrom von den psychotischen Krankheitsbildern durch eine relativ intakte Fassade, manchmal sogar überkompensierte und brillierende Humanfunktionen. Es besteht eine Bereitschaft zu kurzen psychotischen Episoden, aber auch zu passageren neurotischen Reaktionen.«

Gerade die Vielfältigkeit der Symptomatologie, die Anpassungsproblematik, mit oft vielen Bereichen von kreativen Möglichkeiten und desintegrierten Identitätssplittern des Borderline-Patienten, haben *Ammon* zur Weiterentwicklung seines humanstrukturellen Persönlichkeitsverständnisses angeregt, das grundlegend ist für seine Behandlungswissenschaft. Er versteht die Borderline-Erkrankung als eine Erkrankung der Identität mit einer Störung der zentralen Humanfunktionen der Ich-Abgrenzung, der Aggression, der Angst, des Narzißmus und der Sexualität und besonders der Integrationsfähigkeit. Die gestörten zentralen Humanfunktionen werden fassadenhaft ersetzt durch die Verhaltens-Humanfunktionen und die archaischen Abwehrfunktionen wie Splitting, Idolisierung, Reaktionsbildung, Identifikation mit dem Angreifer, Projektion u.a., die das unbewußte Strukturdefizit kompensieren. Der borderline-krank Mensch bleibt unauffällig, solange er narzißtische Zufuhr von der ihn umgebenden Gruppe erhält; werden an ihn jedoch Identitätsanforderungen gestellt wie Prüfungen, Trennungen in Beruf oder Partnerschaft, wird dies als eine existentielle Bedrohung erlebt, seine Als-Ob-Fassade kann zusammenbrechen, und er reagiert psychotisch, destruktiv oder antisozial.

Dies kann psychogenetisch verstanden werden, denn im Rahmen der Familiendynamik bekam das Kind meist nur Unterstützung und sozial-energetische Aufmerksamkeit im Bereich der Leistung und der Realitätsbewältigung; für seine Entwicklungsschritte in eigenem Recht hin zu eigener Standpunkthaftigkeit und Abgrenzung und in seinem emotionalen Bereich wurde er alleine gelassen. Es fehlten auch zuverlässige Beziehungen

und Vorbilder. In der Familie herrschte oft Beziehungsabbruch und Destruktion vor. Alle Borderline-Störungen sind Störungen von Identität und Integration. Grundlegend ist eine nicht mögliche Regulation der Humanfunktionen der Ich-Abgrenzung nach innen zu der Welt nichtbewußter Phantasien, und nach außen. Der Borderlinekranke ist also nicht in der Lage, sich flexibel von anderen Menschen, Gruppen und Anforderungen, die sich im Zusammenwirken von Menschen ergeben, abzugrenzen. Alle Borderline-Patienten leiden unter einem nicht bewältigten Symbiosekomplex, d.h. die Störung liegt vor dem dritten Lebensjahr, in der Zeit der für die Identitätsbildung wichtigen Abgrenzung aus der Symbiose. Dies zeigt sich auch daran, daß sie immer wieder symbiotische Partnerbeziehungen herstellen, an denen sie zwar ständig scheitern, ohne die sie andererseits aber nicht leben können. Für diesen archaischen Ambivalenzkonflikt versuchen sie eine Scheinlösung zu finden, indem sie ihn durch Ersatzidentitäten bzw. flüchtige Identitäten oder nicht integrierte Ich-Zustände abzuwehren versuchen. Sie bilden oft eine Als-Ob-Persönlichkeit aus (vgl. *Ammon 1979*).

Alle Borderline-Patienten zeigen eine defizitär-destruktive Auseinandersetzung mit der Angst. Die Störung der Humanfunktion der Angst kann man beim Borderline-Patienten als zentrales Moment bezeichnen. Er leidet an einer Todes- und Identitätsangst. Eine Persönlichkeit im eigenen Recht zu sein, in sich zu ruhen, aber auch Standpunkt zu beziehen und sich konstruktiv auseinanderzusetzen, ist bei ihnen mit Todesangst besetzt. Diese pathologisch-destruktive Angst, die eine tiefe Verlassenheitsangst ist, ist Angst vor Abgrenzung, vor möglichem Heraustreten aus der Symbiose, Angst davor, Nein zu sagen. Diese Angst vor der Identität, diese existentielle Verlassenheitsangst, basiert auf präödiipalem und real im Leben erfahrenen Verlassenwordensein. Die Humanstrukturentwicklung hat eine echte Schädigung erfahren. Um diese Angst nicht zu spüren, hat der Borderline-Patient viele archaische Abwehrmechanismen entwickelt und eine Angst vor der Angst, ein Weglaufen vor der Angst und eine hedonistische Haltung mit Suche nach Lustgewinn. Er kann nicht alleine sein und läuft vor seiner inneren Leere und vor sich selbst weg. Ethische Werte und Ziele fehlen ihm oft.

Die Störung der Humanfunktion der Sexualität, die sich meist durch sexuelles Agieren ausdrückt und destruktiv-defizitär verformt ist, ist ebenfalls ein Ausdruck der Vermeidung von Einsamkeit und Angst vor dem Gefühl innerer Leere. Der Borderline-Patient zeigt in der Regel auch formale Denkstörungen wie konkretistisches Denken, magisches Denken, projektives Denken und inhaltliche Denkstörungen wie Zwangsdanken, Wahnhalte, Projektionen, ideologisches Denken.

Zusammenfassend kann man sagen, daß bei der Borderline-Erkrankung folgende Störungen der zentralen Humanstruktur vorliegen:

1. Störungen der Identitätsentwicklung mit defizitär-destruktiver Ausprägung,
2. defizitärer Narzißmus,

3. defizitäre Angst,
4. destruktive Aggression, die nach innen und nach außen gerichtet wird,
5. defizitäre Ich-Frustrationsregulation,
6. defizitäre Ich-Abgrenzung nach innen und nach außen,
7. defizitäre Ich-Integration, ein weiteres zentrales Moment, denn das Defizit in der Integrationsfähigkeit verunmöglicht die Aufhebung der Identitätszersplitterung und
8. Defizite der Affektivität, des Denkens und der Sexualität (Ammon 1979).

Schizophrenie

Nach wie vor gilt die Schizophrenie als ein nicht gelöstes Rätsel. Die psychoanalytischen Erklärungsansätze gehen von *Freud* aus. Seiner Meinung nach werden bei der Psychose die äußeren Objekte nicht mit Libido besetzt. Es handelt sich um eine Regression auf die präödpale Phase, auf den Primärnarzißmus. *Freud* selbst hat sich nicht mit der Schizophreniepsychotherapie beschäftigt, sondern hat das seinen Schülern überlassen.

Pioniere der Schizophreniepsychotherapie waren *Ferenczi*, *Federn*, *Jung*, *Gertrud Schwing*, *M.A. Sechehaye* und in deren Nachfolge *Sullivan*, *Frieda Fromm-Reichmann*, *Rosen*, *Searls*, *Benedetti*, *Arieti* und *Ammon*. Die psychoanalytischen Theorien wurden entsprechend modifiziert. *Paul Federn* (1952) trug sehr wesentlich zum Verständnis und zur Psychotherapie der Psychosen bei mit seiner Ich-energetischen Konzeption. Nach ihm entsteht eine psychotische Reaktion aufgrund einer Mangelbesetzung des Ichs. Als Aufgabe der Therapie sieht er den Aufbau von flexiblen Ich-Grenzen, was zu einem »Ich-Gefühl« führen soll. Das aktuelle Schizophrenieverständnis geht von einer multifaktoriellen Genese der Schizophrenie aus, womit biologische, psychologische und psychosoziale Aspekte zusammengefaßt werden. Immer wird dabei von einer Prädisposition und einer Vulnerabilität, d.h. von einer prämorbidem Persönlichkeitsstörung ausgegangen (*Scharfetter* 1986, *Ciampi* 1982, *Manfred Bleuler* 1975 u.a.).

Als weitere wichtige theoretische Position zur Ätiologie der Schizophrenie gilt die Labeling-Theorie. Das heißt nach *Scheff* (1966), daß die schizophrene Störung als erlernte soziale Rolle zu begreifen ist. Indem dem Patienten ein diagnostisches Etikett zugeschrieben wird, wird er in einer Art und Weise beeinflusst, daß er sich weiterhin dem Etikett entsprechend verhält und die Reaktionen anderer ihm gegenüber sich von daher bestimmen.

Sehr viele Untersuchungen liegen zur Psychopharmakotherapie vor. Besonderer Schwerpunkt liegt dabei auf den neueren atypischen Neuroleptika, wie z.B. in den Untersuchungen von *Fleischhacker* (1998); *Hale* (1998); *Kane* (1998). Fast alle Untersuchungen kommen zu dem Ergebnis, daß ein frühes Erkennen der Krankheit und ein frühes Einsetzen der Medikation zu positiven Ergebnissen führt. Die Nebenwirkungen werden geringer, die kognitiven Funktionen verbessern sich und dadurch die Lebensqualität der Patienten. Allerdings steht noch weitere Forschung aus.

Die aktuelle Psychotherapieforschung bei schizophrenen Patienten stellt *Mueller* (1998) vor. Er zeigt, daß die Familientherapie hilfreich ist, um die Angehörigen zu entlasten, kontrollierte Studien zeigten aber, daß sie nicht effektiver als die Psychopharmakotherapie sei. Psychologische Therapien hält er für eine Überforderung der Patienten. *Beck, Rector* (1998) beschreiben die Anwendung von kognitiver Therapie bei schizophrenen Patienten. *Albers* (1998) sieht die Notwendigkeit einer Kombination verschiedener Therapien bei der Langzeitbehandlung.

Krull (1987) betont die Persönlichkeit und Motivation des Therapeuten, die besondere therapeutische Beziehung, Indikation und Ziel der Therapie. Er kritisiert die gegenwärtigen Theorien, die das gesamte Spektrum der schizophrenen Symptomatik nicht erklären können. *Hoellen, Kessler* (1979) geben einen Überblick über die verhaltenstherapeutischen Methoden. Sie heben die Effektivität von Selbstkontrollverfahren und Selbstinstruktion hervor. *Schwarz* (1978) verweist auf die Notwendigkeit von längeren ambulanten Behandlungszeiten, je mehr die Langzeithospitalisierung aufgehoben wird. Die Ätiologie versteht er multifaktoriell, d.h. Umweltfaktoren und Krankheitsfaktoren wirken zusammen.

Peters (1988) gibt einen geschichtlichen Überblick über die Entwicklung der deutschen Schizophrenielehre nach der Emigration führender deutscher Psychiater während des Faschismus. Sie entwickelte sich in Amerika weiter. Die *Kraepelinsche* Lehre von der *Dementia praecox* wurde von *Meyer* mit einer kulturdynamischen Theorie durchdrungen, was zu einer Ausweitung der Diagnosestellung führte. Von *Meyer* ausgehend, zusammen mit *Ruth Wilmans-Lidy*, entwickelte sich die Familientherapie. Sie schloß sich der Psychoanalyse an. Die amerikanische psychodynamische Schule fand in Deutschland wenig Eingang. Aus der emigrierten Psychoanalyse sind nur wenige Beiträge zur Schizophrenie entstanden; allerdings wurde die Therapie weiterentwickelt.

Nach *Ammon* ist die Schizophrenie eine Erkrankung der Identität und des Verhaltens-Bereiches, denn hier zeigen sich die Defizite im Vergleich zur Borderline-Erkrankung auch in der sekundären Humanstruktur, einhergehend mit einer Diffusion und Desintegration im zentralen Persönlichkeitskern. Beim Borderline-Kranken können die Symptome oft wechseln von schizophren, brillant intellektuell, hysterisch, zwanghaft, depressiv, bis hin zu normal. Es zeigt sich keine phänomenologische Krankheitseinheit. Bei der Schizophrenie hingegen steht außer der Grundstörung in den zentralen Humanstruktur die Hilflosigkeit der bewußten Persönlichkeitsstruktur im Vordergrund, mit den einfachsten Dingen des Lebens fertig zu werden, Kontakt herzustellen. Bei einem psychotischen plötzlichen Ausbruch der Krankheit desintegrieren alle Humanfunktionen. Es zeigen sich Symptome wie schizophrene Denkstörungen, Ambivalenz, affektive Inkongruenz, assoziative Störung, paranoider Wahn, ziellose destruktive Aggressionen und Katatonie. Die Symptomatik ist Ersatz für die fehlende psychische Struktur, sie dient der Kompensation des Defizits

und der Abwehr der archaischen Trennungs- und Vernichtungsängste. Das Symptom wird genau so wie bei der Borderline-Erkrankung als ich-synton erlebt.

Familiendynamisch gesehen herrschte beim schizophrenen Patienten vorwiegend Beziehungslosigkeit, sowie unvorhersehbare Wechsel zwischen defizitärer und destruktiver Sozialenergie. Dies konnte ich auch in meinen biographischen Familienuntersuchungen feststellen (*M. Ammon* 1988, 1990, 1993). Der unbewältigte Symbiosekomplex ist hier wie bei der Borderline-Erkrankung psychogenetisch das Grundproblem. Dies heißt, es liegen Störungen des interpersonellen Geschehens in der Symbiosezeit vor, in der das Kind seine Human-Funktionen der konstruktiven Aggression und der Kreativität entdeckt und im schützenden Rahmen der Symbiose entwickelt und erprobt. Es finden Störungen im Aufbau der Ich-Grenze statt, die ein starkes Maß an destruktiv gewordener Aggression aufweisen.

Die archaische Humanstruktur-Krankheit der »schizophrenen Reaktion« – wie *Ammon* die Schizophrenie bezeichnete, um sie vom Dogma der sozialen Stigmatisierung und Unheilbarkeit zu befreien – der sogenannten Borderline-Symptomatik, der sexuellen Perversion und der psychosomatischen Erkrankung versteht *Ammon* als Reaktionsformen auf eine solche Störung im Aufbau der Ich-Grenzen bzw. der daran beteiligten Humanfunktionen. Sie können als Manifestationen einer pathologischen Arretierung der Ich- und Identitätsentwicklung auf präödipler Ebene aufgefaßt werden. Ähnlich wie der Borderline-Patient ist der schizophrene Patient stark auf symbiotische Beziehungen angewiesen, die hier aber die bewußten und realen Lebensfunktionen für ihn übernehmen. Werden erhöhte Leistungs- und Identitätsanforderungen, etwa beim Eintritt ins Erwachsenenalter mit Partner- und Sexualanforderungen, beim Verlassen des Elternhauses oder der Schule gestellt, bricht oft die Krankheit aus.

Bei der Schizophrenie sind besonders die Humanfunktionen der Aggression, der Angst, der Ich-Abgrenzung, der Sexualität, des Körper-Ichs, der Wahrnehmung, des Denkens, der Frustrationsregulation, der Kontaktfähigkeit, des Narzißmus, der Integrationsfähigkeit, der Identität und der sekundären Humanfunktionen im Verhaltensbereich stark gestört.

Besonders ist die Humanfunktion der Angst gestört. Die Angst des Patienten ist Existenzangst und geht einher mit seiner defizitären Identität. Diese existentielle Vernichtungsangst ist dabei ubiquitär. Jeder Abgrenzungsschritt zur eigenen Identität wurde als tödliches Verlassensein erlebt.

Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Humanstrukturell kann man bei beiden Erkrankungen folgende Gemeinsamkeiten feststellen:

1. Generell ein Defizit im zentralen Humanstrukturbereich bis hin zu einem unitären Krankheitsverständnis.
2. Störungen der Humanfunktion der Aggression. Bei der Schizophrenie ist

sie gegen Psyche und Geist und gegen das Verhaltens-Ich gerichtet. Bei der Borderline-Erkrankung ist sie destruktiv mit plötzlichen Abbrüchen gegen andere Menschen und Dinge und destruktiv-defizitär gegen die unbewußten zentralen Humanfunktionen gerichtet.

3. Störungen im Kontakt mit Menschen und Gruppe und zu sich selbst.
4. Störungen in der Humanfunktion der Angst. Bei der Schizophrenie ist es eine psychisch-geistige Angst, verbunden mit Denkstörungen mit Verfolgungsideen, bei der Borderline-Erkrankung ist es eine oft nicht gespürte defizitäre Verlassenheits- und Identitätsangst, die durch Agieren abgewehrt wird.
5. Störungen der Humanfunktion des Narzißmus. Der destruktive Narzißmus herrscht bei beiden Erkrankungen vor.
6. Störungen im Denken, das stark konkretistisch ausgeprägt ist.
7. Psychogenetisch ist der Symbiosekomplex innerhalb eines umgebenden defizitär-destruktiven gruppenspezifisch-sozialenergetischen Feldes für beide Erkrankungen grundlegend – eine Symbiose muß immer wieder hergestellt werden, statt eigene Identität zu entwickeln.
8. Für beide Erkrankungen ist eine nachholende Strukturentwicklung wichtig, besonders mit nonverbalen Behandlungsmethoden wie der humanstrukturellen Tanztherapie, Musik- und Maltherapie und der Milieuthherapie mit der Arbeit an Projekten.

Unterschiede zeigen sich in der Erscheinungsform der beiden Krankheiten: Der Borderline-Kranke kann »gesünder als gesund erscheinen«, sich auf der Verhaltensebene anpassen und oft sehr gut funktionieren, allerdings stark wechselnde Symptomatik zeigen. Wenn man die dahinterliegende schwere psychische Erkrankung mit der Identitätsintegration nicht erkennt, wird er als therapieresistent agierend, unbehandelbar, charakterpathologisch von einer Behandlung in die andere gereicht. Die Borderline-Patienten gelten nach wie vor als schwer therapierbar, neuere Untersuchungen zeigen, daß mehr als 50% ihre Therapien abbrechen (Eckert 1998). Der schizophrene Reagierende erscheint als geisteskrank, bedrohlich, unheilbar. Sein Verhaltens-Ich konnte sich nur schwach entwickeln. Wird nur seine sogenannte uneinfühlbare Symptomatik beachtet, wird man sein seelisches Leiden nicht behandeln. Die Symptome werden dann mit Psychopharmaka lediglich unter Kontrolle gehalten.

Vergleiche hierzu auch die Abbildungen 1 und 2, die die Humanstrukturprofile bei beiden Erkrankungen in idealtypischer Weise zeigen.

Behandlung

Ich möchte nun noch kurz zur Behandlung beider Krankheitsbilder kommen. Bei der humanstrukturellen Psychotherapie handelt es sich um Identitäts- und Kontakttherapie.

Dies bedeutet, nicht Symptome zu behandeln, sondern dem Menschen eine nachholende Persönlichkeitsentwicklung seiner nicht entwickelten

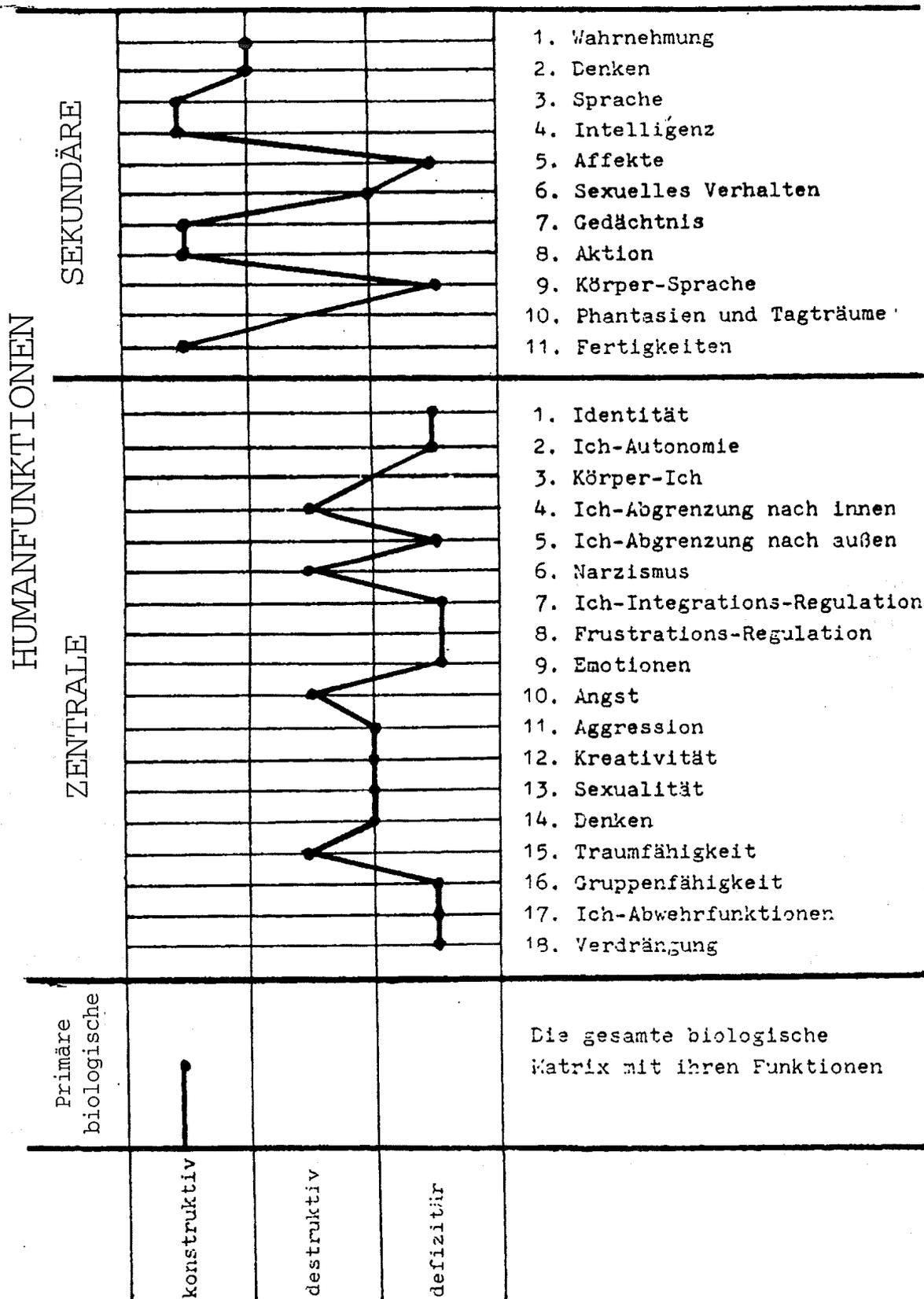


Abb. 1 Idealtypisches Persönlichkeitsprofil des Borderline-Kranken
Einschätzung der einzelnen Funktionen der primären, zentralen und sekundären Humanstruktur

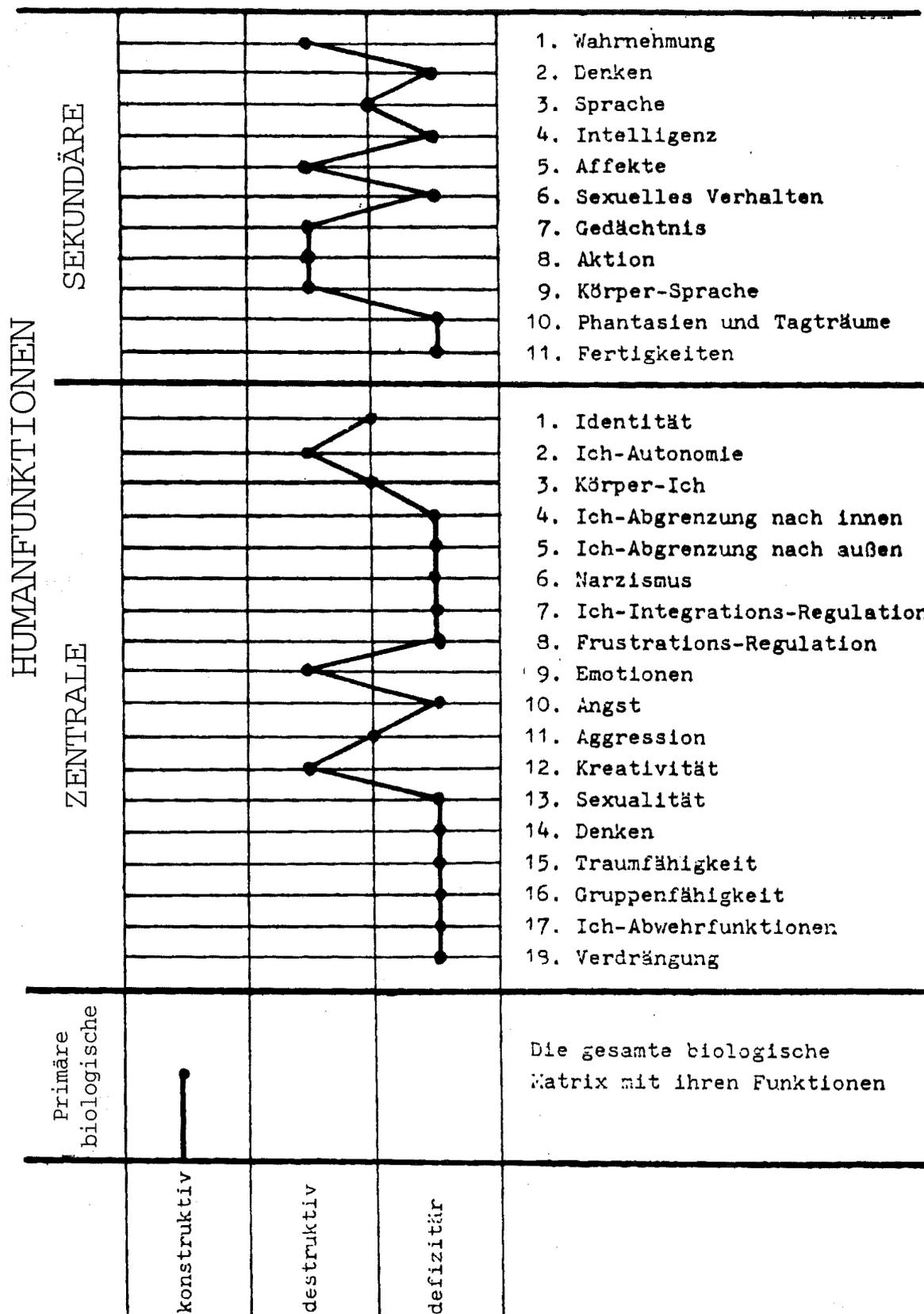


Abb. 2 Idealtypisches Persönlichkeitsprofil des schizophren reagierenden Patienten
Einschätzung der primären, zentralen und sekundären Humanstruktur

defizitären und destruktiven Bereiche zu ermöglichen, ihn aus seinen Vernichtungs- und Verlassenheitsängsten und seinen Einengungen zu befreien. Seine konstruktiven und aktiven Humanfunktionen sollen als Bündnis dienen und gefördert werden. Für die nachholende Humanstrukturentwicklung gilt es dann, den unentwickelten Bereich, das sog. »Loch im Ich« zu erreichen und die Identität langsam aufzubauen. Dies heißt, die tiefe Verlassenheitsangst, die hinter der Leere steht, zu erreichen und dann die destruktiv und defizitär entwickelten Humanfunktionen zu einer konstruktiven Identität zu entwickeln. Die Frage nach seiner Identität steht bei dem Borderline-Patienten im Mittelpunkt des therapeutischen Arbeitens: Die Frage, wer ist dieser Mensch, welchen Sinn, welche Aufgabe hat er in seinem Leben. D.h. es geht um seine Menschwerdung und um eine Entwicklung von Beziehungsfähigkeit zu sich und zu anderen Menschen; des weiteren um die Entwicklung eines für ihn eigenen Lebensstils, von konzeptionellem Denken und immer zentral um die Integration. Wichtig ist, daß die Verhaltensebene mit der schillernden Symptomatik nicht beachtet wird, sondern die dahinterliegende Wut und Angst. Die formale psychoanalytische Therapie mit der Interpretation von Übertragung, Widerstand und der Analyse seines Verhaltens erreicht diese Patienten oft nicht. Erfolgreich konnten bei der Borderline-Therapie die Gruppenpsychotherapie und das Spektrum der nonverbalen Therapien eingesetzt werden, wie die humanstrukturelle Tanztherapie, Theater-, Mal-, Musik- und Reittherapie und eine intensive Milieuthherapie mit Arbeitsprojekten.

Ein symptomorientierter, eklektrischer Ansatz von Psychotherapie wird diese Menschen in ihrem Leid nicht erreichen können, da eine Psychotherapie mit wechselnden Methoden genau dem unbewußten Widerstand dieser Patienten entgegenkommt und ihre Humanstruktur unberührt läßt und damit auch das eigentliche Leiden. Genauso wenig kann ein stark strukturiertes Therapiesetting, mit der Absicht, sein Agieren und seinen Verhaltensbereich zu kontrollieren, den Patienten erreichen.

Bei der humanstrukturellen Psychosen- und Schizophreniepsychotherapie geht es um die zentrale Frage: Kann man durch Psychotherapie die psychotische Humanstruktur erkennen, verstehen und verändern? *Ammon* sagt hier: »Unsere klinische Erfahrung führte uns hier weg von der Einzeltherapie zu der Therapie durch eine Gruppe verschiedener qualifizierter Therapeuten in einem multidimensionalen verbalen und nonverbalen, gruppenspezifischen und milieuthérapeutischen energetischen Netz, in dem auch die Patienten untereinander eine sozialenergetische und co-therapeutische Funktion haben (*Ammon* 1991). Dabei wird der Behandlungsprozeß durch die Kontrollgruppe der Therapeuten koordiniert, integriert und kontinuierlich kontrolliert. Ein milieuthérapeutisches Geflecht von verbal und nonverbal arbeitenden Gruppen, mit Einbeziehung aller Bereiche der Klinik, auch der Küche und der Verwaltung, bilden ein wiedergutmachende Energiefeld für die nachholende Persönlichkeitsentwicklung des Patienten.

Bei der Bearbeitung des Widerstandes ist es wichtig, die symbiotische Übertragung zu berücksichtigen und die Gegenübertragungsmanifestationen wahrzunehmen. Hier sei auf die Notwendigkeit der Supervision hingewiesen sowohl in einer Gruppenkontrolle als auch einzeln.

Wendepunkt in der Therapie ist, wenn der Patient erkennen kann, daß er überträgt, dies bedeutet den ersten Ich-Abgrenzungsschritt. Nach der Bearbeitung der symbiotischen Phase mit dem Heraustreten aus der Symbiose schließt sich die Auseinandersetzung mit dem ödipalen Konflikt an. Zur nachholenden humanstrukturellen Psychotherapie kann gesagt werden: Ist bei der Behandlung neurotischer Erkrankung nach *Freud* (1914) das »Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten« das Ziel, so muß es nach Ammon bei der Schizophrenie und Borderline-Erkrankung heißen: »Wiederholen, Wiedergutmachen, Erinnern, Durcharbeiten« (*Ammon* 1992).

An den Schluß möchte ich die Aufforderung zu einem Denk- und Einstellungswandel in der psychiatrischen und psychoanalytischen Behandlungswissenschaft stellen, wie dies *Ammon* (1991) forderte: ein Denken weg von Krankheitskategorien hin zu spektraltheoretischem Krankheitsverständnis, weg von statischem hin zu dynamischem Denken, weg von dualer Triebenergie hin zur gruppenspezifischen sozialenergetischen Feldenergie, weg vom Destruktionstrieb hin zur Aggression als Persönlichkeitsfunktion, weg von der Symptombehandlung hin zur Strukturbehandlung, weg vom Mythos der Unheilbarkeit hin zum Optimismus des Heilens, wobei der Weg das Ziel ist.

Gesellschaftlich ist zu sagen, daß die patriarchale Struktur zu *Freuds* Zeiten abgelöst wurde von einer borderlinehaften Gesellschaft, die ihre »eigene Identitätskrise durch Verleugnung und Abspaltung« (*Ammon* 1973) zu umgehen versucht und die menschliche Entwicklung zur Fassadenhaftigkeit mit innerer Leere und Beziehungslosigkeit fördert. Eine hedonistische Haltung mit einer suchartigen Jagd nach Glück und Lust steht dabei im Zentrum. Hier stellt sich für die Gesellschaft die Frage nach Identität, Menschlichkeit und Ethik.

Die schizophrenen Patienten gehören immer noch zu den Schwächsten und Ausgestoßenen der Gesellschaft. Auf das ethische Problem der Stigmatisierung ist besonders bei unserem Ethiksymposium erst kürzlich hingewiesen worden. Die Auflösung der großen staatlichen Kliniken und das Bemühen um Wiedereingliederung dieser Patienten in die Gesellschaft bergen die Gefahr in sich, daß neue goldene Käfige für diese Patienten geschaffen werden, genauso wie die Tendenz, die biologische Seite der Erkrankung zu sehr zu betonen mit immer mehr pharmakologischer Forschung.

Hinzuweisen ist hier auch auf die immer mehr staatlich festgeschriebenen Ausbildungsprogramme, die eine Verbürokratisierung mit sich bringen, bei der die Persönlichkeit des Therapeuten und damit der Patient vernachlässigt wird.

Wir können also zum Abschluß sagen, daß beide Erkrankungen sowohl an die Wissenschaft als auch an die Gesellschaft die Identitäts- und Ethik-

frage nach dem Umgang mit Standpunkthaftigkeit, Wesens- und Sinnhaftigkeit und Menschlichkeit, aber auch nach dem Umgang mit Krankheit, mit Minderheiten und mit den Schwachen der Gesellschaften stellen.

Schizophrenia and Borderline Disease from a Humanstructural Point of View

Maria Ammon (Berlin/Munich)

Already in 1991 *Ammon* asked for a change of paradigm in science and society in order to understand the treatment of schizophrenia and borderline disease. He says: »By change of paradigm we understand a change of attitude towards science and man – a change of attitude which includes the attitude to oneself and to social forms of organisation. Therefore change of paradigm in psychology means to change the attitude to man as such, as well as the idea of health and disease, as for instance to schizophrenia, endogeneity and organicity.« That means, thinking in terms of symptoms and categories shall be replaced by a holistic understanding of the unity of body, mind und soul, and static thinking shall be replaced by the notion of development and process.

On this basis, I will depict some theoretical concepts developed by *Ammon*, which show the basic, understanding of the disease of borderline and schizophrenia from a humanstructural point of view. Because of his preoccupation with the borderline disease, *Ammon* (1976) presented his personality concept as a model of human structure. This model of human structure means a model of development, with the development of identity inside the group as its central aspect.

The basic structures are the unconscious psychological human functions with the central human structure, the conscious realms of experience and behaviour that make up the secondary behavioural realm, and the organic-biological realm of a human being, which make up the primary human structure. The human structure develops in a social-energetic group-dynamic field. In this context social energy means interpersonal psychic energy. Social energetic feeding and conflict solving inside the surrounding group leads to the growing of human structure. This grown human structure can be said to represent the coagulated social energy. All human structures can develop in a constructive, destructive or deficient way. This social-energetic group-dynamic principle is crucial for the dynamic-psychiatric science of treatment, as it is the basis for the retrieving development of the mentally ill person's human structure.

A human being's identity makes up his personality and has its core in the unconscious human functions like aggression, narcissism, anxiety, ego-demarcation, sexuality, creativity and much more. Being a human function itself, identity also acts to dynamise and integrate all other human functions and relates them to each other.

In order to be able to diagnostically consider the human functions of anxiety, aggression, narcissism, Ego-demarcation and sexuality, *Ammon* developed the Ego-Structure-Test together with his co-workers.

Ammon carried out a change of paradigm with his spectral-theoretical understanding, with his idea of a gliding spectrum, of the genesis, structure and dynamics of psychic disease. This means that neurosis, borderline disease, psychosomatics, addiction, the so-called perversion and psychosis can be found on one gliding spectrum. Furthermore this means that health and disease are to be understood as a process, and that in the course of the treatment, patients may develop from a more ill spectrum to a healthier one. Therefore the concept of human structure does not understand disease as a category, but as a dynamic and procedural dimension.

From a spectral theoretical point of view, schizophrenia and the borderline disease range more in the spectrum of disintegration in the realm of archaic ego-diseases, while the neurotic disease ranges more in the integrated one. If the group-dynamic social-energetic field of the primary group is disturbed, this will lead to a stop of human structural development, resulting in a real deficiency of development, a so-called »hole in the human or personality structure«. This deficiency and disintegration of human structure will be fended off by a particular symptomatology; that means the so-called »hole in the Ego« will be filled with different symptoms. This is the background for *Ammon's* unitary understanding of the archaic human- and identity disease. All these diseases have developed during the early pre-oedipal period.

Ammon (1976) presented the borderline syndrome as a clinical picture of its own and defined it in a human structural way. In 1982 the Pschyrembel took up his definition of borderline disease as follows: It concerns »psychiatric clinical pictures which are situated on the gliding spectrum between neurotic and psychotic personality disturbance. With an underlying ego-weakness and -disturbance in/of the personality core, the identity, the borderline syndrome is distinguished from the psychotic clinical pictures by a relatively intact façade and sometimes even over-compensated and brilliant ego-functions. There is a readiness for short psychotic episodes, but also for temporary neurotic reactions.«

It is especially the manifoldedness of the symptoms and the problematic nature of adjustment often displaying various realms of creative possibilities and the disintegrated fragments of identity of a borderline patient that inspired *Ammon* to further develop his human structural understanding of personality which is basic for his science of treatment. He understands the borderline disease as a disease of identity with a disturbance of the central human functions of ego-demarcation, aggression, anxiety, narcissism and sexuality and especially the ability for integration. The disturbed central human functions are substituted by behavioral human functions and the archaic functions of defence like splitting, reaction formation, identification with the aggressor, projection and so on, which compensate the uncon-

scious deficiency of structure and make up the borderline patient's façade. The borderline ill person remains discreet for as long as he retains narcissistic feeding from the surrounding group; in case he is to meet demands like examinations, separations in his profession or partnership, these will be experienced as an existential threat, and his as-if-façade probably breaks down and he may react in a psychotic, destructive or antisocial way.

This can be understood psychogenetically, because as seen from the family's group dynamics, when being a child, the borderline patient was only supported and social energetically paid attention to, in respect to his achievements and mastering of his realities; he was left alone, when his own person's development was concerned, his own capability for standpoint and demarcation and his whole emotional self. There were no reliable relationship and role models. Many families were characterised by destruction and the breaking off of relationships. All borderline disturbances are disturbances of identity and integration. On their basis there is the impossibility for regulation of the human function of inner ego-demarcation, the world of unconscious phantasies, and also of outer ego-demarcation. This means the borderline patient is not able to demarcate himself in a flexible way from other human beings, groups and demands that arise from interpersonal relationships. All borderline patients suffer from the symbiosis complex which they could not have dealt with, that means the disturbance has to be located before the third year of their life, the time of demarcation from symbiosis, which is crucial for the development of identity. This can also be seen by the fact that these people repeatedly take up symbiotic kind of relationships through which they fail, but, on the other hand, they cannot live without symbiosis. They try to find a pseudo-solution for this archaic ambivalence-conflict by trying to ward it off with substitute identities or rather cursory identities or not-integrated ego-conditions. They often develop an as-if-personality (*Ammon 1979*).

All borderline patients show a deficient-destructive coping with their anxiety. The borderline patient's disturbed human function of anxiety is a central aspect. He suffers from anxiety of death and identity. To be a personality in his own right, to be at peace with himself, to take up a standpoint of his own and to constructively solve and discuss problems means to experience mortal fear. Pseudo-identities help the borderline patient to ward off this existential fear. This pathologic and destructive anxiety is a deep fear of abandonment, a fear of demarcation, of a possible stepping out of the symbiosis, of being able to say »no«. This fear of identity, this existential fear of abandonment is based on pre-oedipal and really experienced abandonment. The development of human structure has genuinely been damaged. In order not to feel this anxiety, the borderline patient has developed many archaic mechanisms of defence and a fear of anxiety, a running away from it and a hedonistic attitude, looking for pleasure gain. He cannot be on his own and keeps running away from his inner emptiness and from himself. It is often the case that he lacks ethical

values and aims. The disturbance of the human function of sexuality, which mostly expresses itself by way of sexual acting-out and is deformed in a destructive-deficient way, it is equally an expression to avoid loneliness, a fear of feeling his inner emptiness. More often than not, the borderline patient also shows formal disturbances in thinking, such as concretistic thinking, magic thinking, projective thinking and disturbances as to the content of thinking, as compulsive thinking, delusional ideas, projections and ideological thinking.

Summing up it can be said that the borderline disease shows the following disturbances of the central human structure:

1. Disturbances of the development of identity with deficient-destructive expression
2. Deficient narcissism
3. Deficient anxiety
4. Destructive aggression, directed towards the inside and the outside
5. Deficient regulation of ego-frustration
6. Deficient inner and outer ego-demarcation
7. Deficient ego-integration; another central aspect, because the deficiency to be capable of integration makes it impossible for him to stop his splitting of identity.
8. Deficiencies of affection, thinking and sexuality (*Ammon 1979*).

According to *Ammon* schizophrenia is a disease of identity and of the behavioural ego, because here, in contrast to the borderline disease, the deficiencies also exist in the secondary human function, along with a diffusion and disintegration in the central core of personality. The borderline patient's symptoms may often change amongst schizophrenic, brilliant, intellectual, hysterical, compulsive and depressive, up to normal. There is no phenomenological unity of the disease. The schizophrenic patient primarily shows the basic disturbance of the central human structure, but also the helplessness of the conscious personality structure to deal with the most simple matters in life, to build up contact. If there is a psychotic sudden outburst of the disease, all human functions will disintegrate.

Symptoms that show will be schizophrenic disturbance of thinking, ambivalence, affective incongruity, associative disturbance, paranoid delusion, aimless destructive aggression and catatonia. The symptom substitutes the missing psychic structure, it serves to compensate the deficiency and the defence of the anxieties of separation and destruction. Equally to the borderline disease, the symptom is experienced as ego-syntonic.

From a family dynamic point of view the lack of relatedness as well as an unforeseeable change between deficient and destructive social energy are predominant with the schizophrenic patient. This I could also prove in my biographical family research studies (*M. Ammon 1988, 1990, 1993*). Psychogenetically the not-dealt-with symbiosis complex is the basic problem, as it is also with the borderline disease. This means interpersonal disturbances during the symbiosis, when the child discovers his human functions of

constructive aggression and creativity and develops and proves them inside the protective frame of the symbiosis. The building up of ego-boundaries is disturbed, resulting in a high amount of aggression that has turned destructive.

The archaic ego-disease of the schizophrenic reaction (as *Ammon* calls schizophrenia in order to relieve it from the dogma of social stigmatisation and incurability) and of the borderline-symptom, sexual perversion and psychosomatics, he understands as forms of reaction to a disturbance in the building-up of ego-boundaries or rather the connected human functions. They can be regarded as manifestations of a pathological stop of the ego- and identity development on a pre-oedipal level. Similar to the borderline patient, the schizophrenic patient is highly in need of symbiotic relationships, which will take over his conscious and real life functions. If, when entering the age of grown-ups, high demands are made on him in connection with his partner, his sexual life, leaving the parental home or school, the disease often will break out.

With schizophrenia, the most disturbed human functions are aggression, anxiety, ego-demarcation, sexuality, the body-ego, perception and thinking, the regulation of frustration, capability of contact, narcissism, capability of integration and identity and the secondary human functions of the behaviour. Especially disturbed is the human function of anxiety. The patient's anxiety is an anxiety of existence and it goes along with his deficient identity. This existential fear of existence is ubiquitous. Each step towards demarcation of his own identity has been experienced as deadly abandonment.

From the human structural point of view, both diseases have the following aspects in common:

1. Generally a deficiency in the central human structural realm up to a unitary understanding of disease.
2. Disturbances of aggression: With schizophrenia it is directed against the psyche, the mind and the behavioral ego, with the borderline disease aggression is destructive, with sudden outbreaks and directed against other people and things, but it is also in a destructive-deficient way directed against the unconscious central human functions.
3. Disturbances in the contact to single persons, groups and the own self.
4. Disturbances in the human function of anxiety. With schizophrenia it's a psychic and mental anxiety connected with disturbances in thinking and with persecution mania. With the borderline disease it is a deficient anxiety of abandonment and identity, often not felt, and warded off by acting-out.
5. Disturbances of the human function of narcissism. Destructive narcissism prevails in both diseases.
6. Disturbances in thinking which is expressed in a highly concretistic way.
7. Psychogenetically seen, the symbiosis complex inside a surrounding deficient-destructive group-dynamic social-energetic field is basic for

both diseases - again and again a symbiosis has to be re-established, instead of the development of one's own identity.

8. For both diseases a retrieving structure development especially with non-verbal methods of treatment is important, like human structural dance therapy, music- and painting therapy and milieuthrapy with its working on projects.

Differences can be seen in the diseases' manifestation: The borderline patient may »appear more healthy than healthy«, adapted to the level of behaviour and often functioning very well, nevertheless he displays changing symptoms. If the severe psychic disease with the disintegration of identity, lying behind the symptoms, is not understood, the patient will be regarded as therapy-resistant and acting-out, he will be looked upon as character-pathological and will be handed over from one treatment to another. Still today borderline patients are regarded as difficult to be taken into therapy; recent studies show that more than 50% break off their therapy (Eckert 1998). The schizophrenically reacting person appears as mentally ill, threatening and incurable. His behavioural ego could only slightly develop. If only his so-called unsympathetic symptoms are paid attention to, his psychic suffering will not be treated. Only his symptoms will be controlled by psychopharmacology. Compare also Picture 1 and 2 which show in an idealistic manner the humanstructural profiles of borderline disease and schizophrenia.

Treatment

Human structural psychotherapy is contact and identity therapy. This means to treat not only symptoms, but to give the people the chance for a retrieving development of their personality in its deficient and destructive realms. It also means to free them from their anxieties of destruction and abandonment and to understand their restrictions and limitations. Their constructive and active human functions shall serve as an alliance and shall be encouraged. For the retrieving development of human structure it is important to reach their undeveloped realm, the so-called »hole in the Ego« and to slowly build up their identity. This means to reach that deep anxiety of abandonment lying behind the emptiness and then to develop the destructively and deficiently developed human functions into constructive identity.

In the centre of the borderline patient's treatment there is the question for his identity. The question, who this person is, which sense and which tasks he has in life. That means, the treatment shall deal with his becoming a human being, with developing a capability for relationships with himself and other human beings. Furthermore it shall deal with the development of a life-style of his own, conceptional thinking and always integration. It is important not to take into consideration his behaviour with those radiating symptoms, but the rage and anxiety lying behind. Formal psychoanalytic

therapy with the interpretation of transference, resistance, and analysis of behaviour often does not reach these patients. Borderline therapy has been successful with group-psychotherapy and the spectrum of non-verbal therapy like human structural dance therapy, theatre-, music-, and horse-riding therapy and an intensive milieu therapy with work on projects.

A symptom-oriented, eclectic approach of psychotherapy will never be able to reach these people and their suffering, because a psychotherapy with changing methods is exactly what suits the patient's unconscious resistance and leaves his human structure untouched and thus also his actual suffering. In the same way, a highly structured setting of therapy in order to control the patient's acting-out and his behavioural realm, will never reach him.

Human structural therapy of psychosis and schizophrenia means the following central question: Is it possible to recognise, understand and change the psychic human structure by means of psychotherapy? To this *Ammon* (1919) says: »Our clinical experiences has led us away from individual therapy to group therapy with differently qualified therapists in a multidimensional verbal and non-verbal, group-dynamic and milieu-therapeutic energetic network, in which also the patients amongst each other have a social energetic and co-therapeutic function«. At the same time the process of treatment is integrated and continually controlled by the control group of therapists. For the therapy of schizophrenia, non-verbal therapy-methods like painting, dancing-, horse-riding, theatre-, sports- and music-therapy are especially important, but also interest groups of most different kinds. This milieu-therapeutic network of verbally and non-verbally working groups, including all the clinic's realms, even the kitchen and the administration, make up a field of energy for the retrieving development of the patient's personality.

Working through the patient's resistance will be a central issue. It is especially the symbiotic transference that has to be considered and manifestations of counter-transference that have to be recognised. It is a turning point in the therapy, when the patient is able to recognise his transference, as this means the first step in ego-demarcation. After treating the symbiotic phase and stepping out of the symbiosis, the working on and coping with the oedipal complex follows. As for the retrieving human-structural psychotherapy it can be said that when the treatment of neurosis according to *Freud* (1914) aims at »remembering, repeating, working through«, then the treatment of schizophrenia according to *Ammon* means »repeating, repairing, remembering, working through« (*Ammon* 1992).

I'd like to close requesting a change in thinking and attitude, concerning the psychiatric and psychoanalytic science of treatment. That is a thinking away from categories of disease, away from static, but towards dynamic thinking, towards the spectral theoretic understanding of illness and disease; away from a dual drive energy, towards a group dynamic social-energetic field energy, away from the drive of destruction, towards aggression as function of the personality; away from a reductionist, towards a

holistic understanding of the human being; away from the treatment of symptoms towards the treatment of structure; away from the myth of incurability towards an optimism for healing, where the way is the actual aim (*Ammon 1991*).

Socially we can say that the patriarchal structure of *Freud's* time has been succeeded by a borderline-like society trying to bypass »its own identity crisis by renunciation and splitting off« (*Ammon 1973*) and supporting a human development towards façades with inner emptiness and lack of relationships. In the centre one can find a hedonistic attitude with an obsessive hunt for happiness and lust. Here the question for society's identity and humanity arises.

Schizophrenic patients still belong to society's weakest and are often outcast. *Kabanov* (1998) pointed out the ethical problem of stigmatisation. The opening of the great state hospitals and the attempt to reintegrate their patients into society involves the danger that new golden cages will be erected for these people. Also there is a tendency to put too much stress on the biological aspects of disease with an always increasing amount of pharmacological research. About both diseases we can say that they appeal to science as well as to society, putting forth the question for identity and ethics in dealing with standpoint, substantiality, meaningfulness and humanity, but also for dealing with disease, minorities and the weak members of society.

Literatur bei der Verfasserin

Adresse der Autorin:

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

Reduction of Stigmatization and Discrimination of the Mentally Ill ***

Modest M. Kabanov *, Gueorgui Bourkovski ** (St. Petersburg)

In this contribution the authors describe a current research project of the Bekhterev Institute in St. Petersburg. Stigmatization and discrimination of mentally ill persons by the population but also by professional helpers prevent an effective treatment of these patients. The authors developed a questionnaire regarding the attitude towards mentally ill persons and towards forms of other deviant behaviour. The results of the inquiry demonstrate that the tendency to stigmatize correlates with inner processes of splitting and other defense mechanisms. As a conclusion of these results the authors propose a specific policy of information within the mass media but also for professional helpers. They also propose more intense research in this field.

On the Nature of Stigmatization

In the most general sense stigmatization of the mentally ill can be considered as a complex, and mainly rejecting response of estrangement of the community from both the mentally ill and those who are connected with them by kindred, professional and friendly relationships. Basically such estrangement of the society from the mentally ill is a biologically, evolutionally, historically and culturally conditioned response of people to actual or supposed or even imaginary (mythical) socio-psychologic peculiarities of the mentally ill, to their emotional, intellectual, and behavioural »unlikeness«, to their deviation from the commonly accepted by the given society social standards of behaviour. As a rule a stigmatizing attitude of the members of the society towards a mentally ill person is expressed in the form of their readiness to respond to an ill person or only to information about his (or his relatives,) supposed illness with emotional distancing, ignoring, avoiding, depreciating, discrediting, discriminating, labelling and other rejecting or unfriendly actions. These responses are, however, excessive, redundant, inadequate and ignorant. They resemble the organism's allergic response to heterologous protein when, instead of protecting the organism from the harmful effect of this protein, it causes still more destructive disorders in the functioning of the organism's entire biochemical system. The same refers to stigmatization which, considered as a response aimed at making »unusual« people normal, aggravates, instead,

* M.D., Prof., Director of the V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute, St. Petersburg, Russia, President of the WADP

** Ph. D., Med. Psychologist, Senior Scientific Associate, Department for Psychoprophylaxis and Outpatient Psychiatry at the Bekhterev Psychoneurological Research Institute, St. Petersburg

*** Paper presented at the 12th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP/ XXVth International Symposium of the German Academy for Psychoanalysis (DAP) e.V., Humboldt-University Berlin, March 17 - 21, 1999

the situation by creating unfavourable living conditions for the ill and thus provoking the formation of a chronic course of mental diseases. However, despite its obvious negative effects, stigmatization remains to be a common every-day fact of life. This phenomenon can be easily explained since stigmatization performs a socio-preventive function by urging the family, school, and other social institutions, as well as the people being at risk of falling ill, to undertake educational, sociohygienic, and coping measures to prevent mental disorders. Though it is the mentally ill who are the evident object of the community's stigmatizing effects, the ultimate goal of these effects is to frighten the consciousness of the so-called healthy part of the community. Without understanding this sides of reality it would be impossible to implement effective programmes on destigmatization of the mentally ill. Of course, such spontaneous prophylactics based on the fear of a mental disorder cannot be effective in principle; however, its motivation potential can and should be used within the frames of scientifically-grounded programmes by popularising them in the mass media. For the time being, however, we are facing something quite the opposite, the mass media being at present a major producer and intensifier of the community's basic prejudice against the supposed superdangerous nature of the mentally ill.

Stigma and Compliance

Stigmatization results in the estrangement of a mentally ill person from the community and, hence, from that part of it whose aim is to help him to combat his disease, namely from psychiatry, psychotherapy, and psychology. This estrangement takes various forms within the frames of refusal from productive interaction and collaboration. Firstly, stigmatization provokes the ill to refuse from treatment in general. Secondly, it provokes the ill to seek aid in such inadequate alternative sources as quackery, witchcraft, etc. Thirdly, it results in the refusal or inability of the ill to follow the doctor's prescriptions. For a great number of patients, especially for those who have experienced a more or less evident compulsory treatment, official medicine becomes a major symbol of the stigmatizing effect of the community.

So, the refusal from treatment, the selection of inadequate forms of treatment, or inadequate participation in treatment are the three basic evil aspects of stigmatization and the consequent polarization of the community that can be united by the notion »non-compliance«. However, the above mentioned polarization which sorts the community into the healthy (»we«) and the ill (»they«) causes a distortion of the professional role of psychiatrists and people of other related professions in the form of a counter-compliance which also manifests itself in three basic forms. Firstly, it is an excessively somatized approach to treatment in accordance with a narrowly interpreted biologic-medical model of a disease. In this case professionals limit their activities to drug therapy, which actually somatizes mental

diseases. Secondly, »counter-compliance« manifests itself in excessive leaning to authoritarian, made in the form of an order methods of interacting with the mentally ill when the treatment process in its extreme manifestation turns into a penitentiary procedure, which, according to the vicious circle mechanism, intensifies the patient's initial non-compliance. Thirdly, counter-compliance manifests itself in the shift of the goals of psychiatric activities from helping the ill to protecting the community from the mentally ill. Such shift manifests itself, first of all, in excessive readiness to resort to compulsory hospitalisation.

Research on Stigmatization

Stigmatization is a very complex process of forming strained relationships between the psychiatric sphere and the rest of the community. This tension can be caused by the actual dissimilarity of the mentally ill, by distorted information about them and the people caring for them as well as by pathogenic conditions of treatment patients in psychiatric institutions. As to the ordinary people, they respond to the actual or imaginary peculiarities of the mentally ill in a way whose mechanism is unknown to us.

The pilot street study which was carried out in 1998 by the scientists of the Bekhterev Institute, has allowed us to formulate a number of rather unexpected and requiring careful check hypotheses. The formulated hypotheses concern the issue of what psychological mechanisms generate or strengthen the readiness of the ordinary people »in the street« to discriminate mental patients.

Table 1 represents the general plan of the study. This plan is based on the stated above theoretical considerations. The table contains the list of the scales, used in the research document, with the indication of their source and amount of raw variables. The statistical material was obtained during the street interviewing of young people in St.-Petersburg. The total of 200 persons were interviewed, the average age of the respondents being 26 years. Among them there were 103 men and 97 women. 73 respondents had the higher education and 80 had families of their own.

The basic »target« scale of the research has been intended for the measurement of the indirect, projective readiness of the respondent to stigmatize mental patients. It comprises 7 questions derived from the *Link's* questionnaire (1997). Their scale is aimed at measuring an in-depth attitude of the respondent toward mental patients. Such a deep attitude is reflected in his perception of how the majority of people (but not himself personally) will respond to a mentally ill person. The example of the items from the scale: »Most people believe that former mental patients cannot be trusted«.

The second »basic« scale is intended for the measurement of the respondent's direct personal attitude toward any deviant. The high values of this scale indicate his readiness to stigmatize »abnormative« people, including mentally patients. This scale comprises the same 7 questions from *Link et al.*

Type	Content	Source	N
Target Sale	Stigmatization of Mental Patients	Link et al, 1997 ¹	7
Initial Scales	Stigmatization of Deviants	Link et al, 1997 ²	7
	Positive Attribution	Authors	7
	Anxiety scale	Vasserman et al, 1997	15
	Depression scale (Zung)	Kudrjashov, 1992	20
	Psychotism scale	MMPI ³	6
	Psychotism scale (projective form)	MMPI ⁴	6
	Hostility scale	MMPI ⁵	10
Groups of vars	Quality of life scale	Authors	18
	Satisfaction with life	Bourkovski et al, 1997	6
	Satisfaction with life (projective form.)	Authors	6
	Attudes towards deviants	Authors	13
	Causes of Mental Diseases	Authors	14
	Consequences of Mental Diseases	Authors	5
	Social data	Authors	10
	Features of Mental Patients	Authors	11
Jokes	Authors	3	
Other	Authors	4	
Secondary Variables	Conformity	Initial scales and variables	6
	Emotional selfcontrol		5
	Existential anxiety		5
	Psychotic vulnerability		3
	Social attribution		3
	Dissatisfaction with life		8

200 cases 147 raw variables

- 1 Abridged to 7 questions
- 2 used 7 modified questions
- 3 abridged to 6 questions
- 4 used 6 modified questions
- 5 abridged to 10 questions

Table 1: Research Design of Stigma Questionnaire

(1997); they were reformulated in relation to any deviants (not to patients only), and its form was changed to a subjective one. An example of an item: »I believe that such persons (former criminals, prostitutes, alcoholics, mental patients, drug addicts, homosexuals, etc.) cannot be trusted«.

The third scale »Personal positive attribution« originally was intended for the measurement of compensatory attitude of the respondent to mental patients. In the items of this scale the respondents attribute to mental patients such special, highly appreciated by the society, merits or abilities as love or creative inspiration. An example: »The condition of love or jealousy is similar to insanity« or »a person obsessed with creative ideas is indistinguishable from an insane person«. Originally it was supposed, that

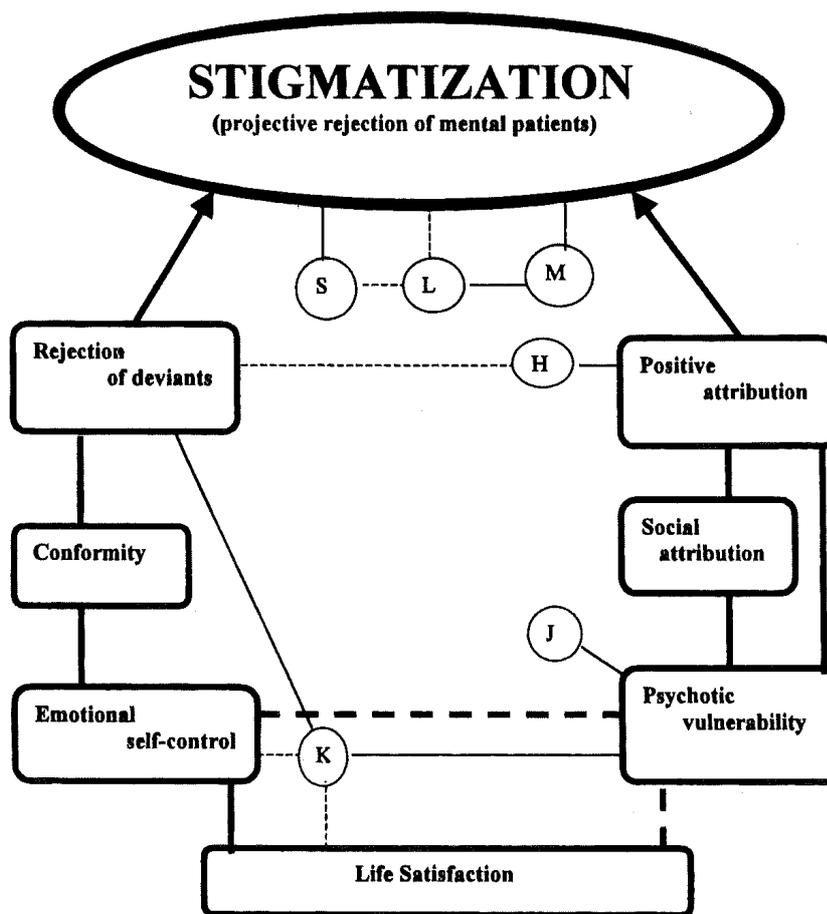
this scale would measure the personal readiness of the respondent to destigmatize mental patients. This scale comprises 7 original items.

Such states or qualities of the respondent as uneasiness, aggressiveness, depression, psychotic tendency, quality of life, etc. were also measured by means of special scales.

The variables included in the questionnaire reflect our initial theoretical ideas about the factors determining the readiness of the individual to stigmatize mental patients. Indeed they represent the list of initial hypotheses about the statistical correlations of stigmatization with various social and personality properties of the respondent. Actually some of these hypotheses have proved to be true, and subsequent scaled were included in the obtained empirical model of stigmatization. Thus, projective stigmatization of mental patients (the target variable) is positively connected to the personal readiness of the respondent to counteract the infringement of social norms (personal stigmatization of deviants). Other hypotheses have not proved to be true, and some statistical connections actually have appeared to be the opposite of the expected.

The statistical data processing has shown that the scale originally intended for the measurement of the destigmatizing tendencies of the respondent (the scale »Positive Attribution« in Fig. 1), reveals the opposite tendency. It has appeared to be positively connected with hostility and latent psychotic tendencies (the latter were included in the scale termed as »psychotic vulnerability«), and with projective readiness to stigmatize mental patients. These correlations have allowed us to assume that the positive tendencies of the respondent are actually the expression of his latent aggressiveness towards mental patients. The possible source of this aggressiveness is the respondent's own latent psychotism as measured by the corresponding MMPI scales. By attributing specific merits to mental patients, the respondents are, probably, internalizing mental patients, unconsciously assuming that their specific abilities make them especially dangerous. We intend to elaborate subsequently a specific scale termed »sacralization« of the mentally ill. Such a scale must measure the readiness of the respondent to use a specific form of stigmatization of mental patients, namely to create for them a special social status of benign isolation – so to say a special social niche. Such special social position of the mentall ill is well known in history.

The considered empirical model allows us also to prove the existence of three levels of the stigmatizing attitude. The first level is an overt personal readiness for the discrimination of mental patients alongside with other deviants. The second, and more defended, level of rejecting mental patients is a covert projective readiness to discriminate mental patients by referring to the imaginary hostility of other people towards the mentally ill („the majority of other people doesn't love them“). The third and, probably, the most malignant variant of rejection of mental patients is latent hostility based on the respondent's own personality problems, camouflaged by giving the opposite, i.e. positive, opinion about the ill.



COMMENTS:

Bold lines and fonts - for the main variables of the model
 Dotted lines - for negative correlations

Thin lines and fonts - for the additional variables reflecting separate opinions or characteristics of respondents:

- M - mass-media is the main source of information about mental patients
- H - TV-horrors about mental patients are exaggerated
- L - the worst consequence of mental diseases is the label of mental patient
- S - the worst consequence of mental disease is suffering
- J - the elaborators of this questionnaire needs to be treated
- K - I am suffering from constipation (the point from the Zung depression scale)

Fig. 1: Working Model for Stigmatization of Mental Patients

Figure 1 illustrates the statistical model, which has been developed by us on the basis of the obtained data. It contains two kinds of variables. The main variables are marked with bold lines and type and represent scales of different degrees of validity. The additional variables are marked with thin lines and type and represent separate characteristics, which correlate with the main variables, but for statistical reasons were not included in the scales. Being statistically relatively independent from the main scales, these variables give us an opportunity to define directions for further search work.

In the process of crating this model we designed a number of secondary scales. These are the scales termed as »conformity« and »emotional self-control«, »social attribution« and »psychotic vulnerability«, and also »life satisfaction«.

These new scales have been elaborated by means of a one-factor analysis of primary data only as work instruments of limited application. These secondary scales are not claimed to be strictly valid, but each of them is valid

enough for our research purposes having sufficient content and constructive validity. In our pilot investigation they were used as supplement tool for the purpose of elaborating the statistical model of stigmatization, which is subject to further verification by means of already approbated instruments.

The initial (MMPI) scales of latent psychotism (in subjective and projective forms) and the »hostility« scale as well as the »anxiety« and »depression« scales were united into one scale of psychotism, which was included into our model under the provisional name »psychotic vulnerability«. In essence it gives certain information about the disintegrative qualities of the respondent's psychic apparatus though not claiming to give him psychiatric diagnostic assessment.

The »conformity« scale (left branch of the model) characterizes the intolerant emotional attitude of the respondent to the one who deviates from social standards. The attitude of the respondent to a person with high scores in this scale worsens, if the respondent becomes aware about the person's non-standard past (about the label of a deviant of any sort). An example of a question: »Would you change your attitude towards «such« people?«

The scale of »emotional self-control« characterizes the respondent's emotional instability and his negative perception of reality (one of the negative items: »I often cry«).

The scale »social attribution« characterizes the propensity of the individual to regard social trouble as a source of mental disturbances. The example of the item is »Mental diseases are caused by social imperfection«. Besides the mentioned secondary scales, the model includes also separate raw variables (indicated by thin lines). The meanings of these variables will be clarified in the text below. When constructing this model we took into account only significant ($p < 0.05$) correlations.

When looking at the presented empirical model, the first thing one can see is that stigmatization of mental patients stems from two sources. The first source is the conformity of the respondent's personality based, probably, on his strong rigid superego, actively supporting social standards. The second source of stigmatization is mental vulnerability (or personality integrative weakness) combined with the activity of a complex system of defensive operations of the personality. This defensive system is based on the projection of splitted »good« and »bad« parts of personality onto mental patients (positive attributions) and the society (social attribution). Due to these operations the respondent achieves partial relief from his own internal tension. According to the supposed internal logic of the respondent it is the bad society, that is the source of mental diseases, and the same bad society, not the respondent himself, rejects its own victims – mental patients. (One should remember that the target variable is projective stigmatization – the respondent ascribes his hostility to the society). So the first mechanism is based on the respondent's desire to bring deviants to conformity with social standards, while the other one is based on the desire to get rid of disintegrative discomfort, stemming from the discrepancy

between the strength of basic emotions (fear, anger, depression) and the weakness of the »ego«, which tries to reconcile incompatible emotions and to lessen tension.

An attentive consideration of the right-hand branch of the model allows us to distinguish easily the image of that mental organization, to which more and more attention is being attracted, i.e. borderline personality. The non-pathological form of this organization of personality is probably more widespread than clinical experience allows to register. In this connection it is necessary to make a somewhat risky remark. According to our data people with certain vulnerability of mentality, also have an increased chance to become a »stigmatizer«. It justifies our increased attention to social groups with the increased rate of mental disturbances and the increased rate of suicides. If we recollect the known data about the increased rate of mental diseases among psychiatrists (one should recall the most widespread art image of a psychiatrist), we can or ought to assume their increased readiness to stigmatize mental patients. As a result, we shall be compelled to confront a rather paradoxical situation. One of the important sources of stigmatization of mental patients turns out to be the very people whose occupation and vocation should urge them to resist stigmatization. At least it may become more understandable why so many psychiatrists have been clinging so much for so long time to authoritarian and even pentetarian methods of work, thus resisting the involvement into rehabilitation of mental patients. However, the dialectics of interrelation between psychiatry and the society may turn to be just like this. It remains to hope that the actual situation will appear to be not as much dramatic, but this hypotheses can be helpful in estimating the complexity of destigmatizing problems we are facing.

In the presented stigmatization model the respondent's emotional self-control is connected positively with his life satisfaction and negatively with psychotic vulnerability, which in turn, is negatively connected with life satisfaction. These connections of the respondent's life satisfaction with two qualitatively various branches of the model can indicate the existence of two reciprocally connected stigmatization mechanisms, when either one, or the other works, which depends on the correlation of internal forces of the respondent. When the respondent's superego is strong, he, having high conformity and self-control, is inclined personally to counteract any, including psychiatric, abnormality (in this case the left-hand branch of the model works). A respondent with a weak ego, which hardly copes with the integration of his personality, is inclined to projective stigmatization of the mentally ill. Essentially it is possible to assume that emotional self-control, life satisfaction and psychotic vulnerability make a uniform trigger mechanism, that includes either one type of stigmatization, or another, depending on the correlation of the forces of »id«, »ego« and »superego« of the individual.

Additional Variables of the Model

The model includes two variables (negatively connected) characterizing the respondent's ideas of the most distressing consequences of a mental disease; in Figure 1 »S« stands for suffering and »L« for labeling. If the respondent considers that the most distressing consequence of the disease is the acquisition of the label of a mental patient rather than actual sufferings, he acquires also a readiness to stigmatize the ill. Probably he tends to shun the mentally ill to avoid identification with them. As to those people who consider the sufferings caused to the patient to be the most distressing consequence of a disease, they are not inclined to projective stigmatization. Probably, an ability to identify emotionally himself with the ill makes it impossible for him to cause additional sufferings to the ill.

The other variable of the model deserving special reviewing is the source of information, which the respondent uses when creating the image of a mentally ill person (»M«). As it was to be expected, the television films have appeared to be that very source of acquaintance with mental diseases, which directly promotes the formation of the stigmatizing attitude towards the mentally ill and (we may add) the growth of tension in the society on the whole. According to the connection between the above-considered variable »L« and the variable »M«, this acquaintance forms in the respondent an active fear of being labeled himself.

The only variable that links the »socio-defensive« and »self-defensive« mechanisms of stigmatization by correlation connections is a predisposition to constipation (»K«). This variable is a separate question from the Zung depression scale, and, hence, it reflects the respondent's anxiety-depressive tendencies. It is connected with the psychotic vulnerability scale that includes the whole depression scale. But the meaning of this variable is revealed even to a greater extent by its negative connection with the general satisfaction of the respondent with his life. The latter variable comprises 21 primary variables concerning the attitude of the respondent towards life. Essentially, it can mean that for people with a psychic organization, that includes a constipation syndrome, the mentally ill, on the one hand, are the infringers of the social standard and, on the other hand, are the objects of the abreaction of one's suppressed dissatisfaction with himself and his environment. Actually these connections express a compromise between the tendency of hypernormative people to express aggression in relation to social deviants (external frustrations) and the need for psychological protection against their own emotional instability (internal frustrations). Apparently, these data correspond to the psychodynamic understanding of the nature of depression experiences, which include, among other things, the impossibility to express adequately aggressive impulses and the tendency to somatize their emotional experiences. We consider that these connections are only partial reflections of some unknown psychological property of potential stigmatizers and are useful for defining further directions for research work.

The variable »H« (»Those horrors, shown on the television about the mentally ill, do not correspond to reality«) connects the respondent's latent psychotic tendencies with his inclination to assign special merits to the mentally ill and, at the same time, to demonstrate heightened tolerance to deviants in general. The essence of this variable is rather close to the positive attribution scale, however, according to the results of the factor analysis, it was not included in the scale. Its specificity was reflected in the fact that it, unlike positive attribution, is negatively connected with the personal stigmatization scale of deviants. This circumstance makes one suppose that the television image of mental patients has been differentiated as a specific one from great many images of other deviants by those who feel their own mental vulnerability. As to people with a heightened level of psychotic vulnerability, they are ready to persecute the mentally ill not because the patients are supposed to be potentially dangerous criminals, but just for their psychological difference from other people. Of particular interest is the correlation between the »mental vulnerability« scale and one of the comic variables in the questionnaire (»J«). This variable represents the answer of the respondent to the designated in the questionnaire as »half-comic, half-serious« question »To what degree do the developers of this questionnaire require psychiatric aid?«. The question in essence is a provoking stimulus for the expression in the socially acceptable form of the latent aggression towards the psychiatric sphere. Actually this variable has appeared to be a valuable direct indicator of the respondent's readiness to perform psychiatric labelling of a representative of a care-giving occupation. The opportunity given by the investigators to the respondent to express his negative attitude towards the psychiatric sphere in a comic form has allowed him to express his attitude without using psychological defence in the form of positive attribution, as it is done by those people who do not permit themselves to joke.

Possible Directions of Destigmatizing Work

Further it is worth discussing the possible directions of destigmatizing work stemming from the represented statistical model. Thus, it is necessary to keep in mind that, whatever practical opportunities of implying destigmatization programs in the nearest and remote future might be, already now there is an obvious necessity to develop specific programs for various categories of population that differ from one another in the mechanisms of forming stigmatizing tendencies. In our model there are two mechanisms of this type.

Let us consider each one separately.

- a) The left-hand branch of the model is »socio-protective« (hypernormative) stigmatization. In our opinion, the key measure of lowering the hostility of hypernormative people to the mentally ill is to differentiate their attitude towards deviants. The medical model of mental diseases

should be implanted in the consciousness of a certain part of the population by the mass media. It should be done in such a way that the ordinary people could isolate the mentally ill from other categories of deviants as persons who require a different, tolerant and not penitentiary approach to the peculiarities of their behaviour. Secondly, the conformal people need to be demonstrated that there can be a more flexible and differentiated attitude to the patients on the part of the leaders of public opinion. Also promising can be the perfecting of legal protection of mental patients, which theoretically can weaken the motivation of hypernormative people »to persecute« those, who are protected by the state institutions.

- b) The right-hand branch of the model is »self-defensive stigmatization«. This type of stigmatization is based on the functioning of the defense mechanisms of the emotionally vulnerable people, which makes the educational approach to this category of stigmatizers rather problematic, though, in principle, possible. Such people require rather a personal approach. Apparently, their defensive hostility to the mentally ill will be overcome with the strengthening of their »ego«, the reduction of the pressure of »id« and the reduction of the rigidity of defense mechanisms. However, such effects can be achieved only by means of individual and group forms of psychotherapeutic care provided for them. Nevertheless, it seems theoretically quite possible to reduce partially the mental tension of such people (and the reduction of their readiness to stigmatize) by implanting in their consciousness the ideas of the medical aspects of a disease, which can partially result in the strengthening of integrative capacities of »ego« and in the weakening of pathological defenses.

One should not, however, exaggerate the degree of the possible influence of merely educational activities on this category of people, as the cognitive models of mental diseases can have their own stigmatizing potential due to the internal inconsistencies, intrinsic to them. So, if we accept the genetical-medical model the logic of behaviour of people in relation to the mentally ill can be formulated as follows. If the source of mental diseases is a defect gene, it is necessary to isolate the ill or to separate oneself from them to protect one and the children from relations that are so tight that they can cause conjugal relations and, therefore, the reproduction of pathology. If the source of mental disease is believed to be the defect of education and interrelations with the environment, a mental disease is considered to be socio-psychologically contagious. And in this case it is also necessary to isolate the ill or to separate oneself from them and by doing so to save a healthy generation from the distortion and »damage« of psyche.

We must admit that the opportunities of the society for successful destigmatizing interventions, especially in relation to the individuals of the »self-defensive« type, are very limited. However, there is a powerful non-specific instrument of reducing aggression in general and stigmatizing attitude towards the mentally ill in particular. We can solve the problem of

a hostile attitude to the mentally ill in such a fashion as it is often being done by nature when it »has to« cope with excessive intraspecific aggression (see works by *Konrad Lorenz*). In such cases nature often blocks the release of aggressive impulses by other powerful positive impulses stemming from personal relationships. We can expect that the same mechanism works even better within human relations. The basic idea for psychiatry is to create and support personal links among people related to psychiatric and non-psychiatric spheres of life. Of course such a practice of establishing personal connections already presents in itself one of the cornerstones of rehabilitation work. Not less significant results can be also expected within the frames of social psychiatry and in, if we may put it so, »psychiatric sociology«. The general idea here is, firstly, to promote the organization of professional and nonprofessional associations of people connected with mental health sphere and, secondly, to help such associations to exercise common activities based on personality interaction of participants.

What practical measures can be undertaken now by psychiatric leaders to improve the attitude of the community towards mental patients? In our opinion the most needed and potentially productive direction of destigmatizing measures is the enlightenment of those leaders of public opinion, who have a direct access to the massmedia. But the highest priority is the enlightenment of the mass media leaders, who are responsible to a great extent for the grievous reputation of the mentally ill in the modern society, since it is they who have an opportunity to give to the ordinary people correct (destigmatizing) information in a highly effective artistic form. The indispensable condition of success of this work is high professional and ethical competence of those who will be able to make a link between psychiatrists and public opinion leaders.

An extremely important corollary resulting from this theses states that the first and immediate measure aimed at developing destigmatization programmes should be to initiate a scientific study of stigmatizing phenomena. It is scientific investigations that can provide the positive leaders of public opinion with the necessary information to exert positive influence on the general population. We must know more about stigmatizing attitudes and behaviour of the population as well as about the stigma-vulnerability of the ill and professionals involved in mental health care. This problem is a matter of providing investigation grants and holding scientific competitions.

Scientific research of stigmatization can be highly effective and very useful. The research task to begin with in this sphere is to detect stigmatization risk groups among patients (as potential victims) and population (as potential persecutors). It is also to find methods for measuring the destigmatizing effects of our interventions. The development of such measuring instruments is only beginning now. One of such instruments elaborated at the Bekhterev Institute according to the WHO methodology is the »Specific Module for measuring the Quality of Life for Mental Patients,

containing the specific subscale for stigmatization« (*Kabanov et al.*; paper presented at the 12th World Congress of WADP, 1999).

The foundation of a special incentive fund to encourage the most active »defenders« of the ill might become a crucial point in collaboration with cultural workers.

We can point out as an immediate destigmatizing measure a publication of duly prepared (i.e. with sufficient professional comments and notes) specimens of books with a destigmatizing potential. As an example we can mention such best-sellers as »Dibs in Search of Self« by *Virginia Axslin* or »The Piggie« by *R. Vinnicot* or »I never promised You a Rose Garden« by *Hanaan Green*. We can also note, that a lot of patients, self-descriptions from the Bulletin of Schizophrenia can be used for destigmatizing purposes. It would be the easiest and cheapest task to edit for the general public a collection of such descriptions.

We should also point out in this connection the expediency of organizing special expert examinations (which might turn out highly efficient) of works of fine arts with subsequent elaboration of recommendations to organizations dealing with their publication and circulation.

The last point is how to begin destigmatizing work. We can imagine that apart from starting international scientific research project under the WHO aegis, and publishing the above-mentioned literature we can use the informational potential of the Internet. It is possible to organize in the Internet a library, a question-and-answer board, a discussion group, a consultation board and educational courses on destigmatization, psychotherapy and rehabilitation.

Reduktion von Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch Kranker

M. Kabanov, G. Bourkovski (St. Petersburg)

In der vorliegenden Studie beschäftigen sich die Autoren mit der sozialpolitischen Fragestellung der Vorurteilsbildung gegenüber psychischer Krankheit. Vorurteile sind ein unvermeidlicher Bestandteil der öffentlichen Meinung und fungieren häufig als soziale Prophylaxe, die gesellschaftliche Norm nicht zu verlassen. Gleichzeitig haben sie eine stigmatisierende Wirkung, indem die Person, die die Normen nicht erfüllt, aus dem Kreis der sogenannten Normalen ausgeschlossen wird. Die Diskriminierung psychisch Kranker wurde in letzter Zeit massiv durch die russischen Massenmedien betrieben. Dieses Phänomen nahmen die Autoren zum Anlaß, sich eingehender mit den psychologischen Hintergründen der Vorurteilsbildung zu befassen, um letztlich destigmatisierende Öffentlichkeitsarbeit zu leisten und die medizinische Betreuung psychisch Kranker zu verbessern. Stigmatisierung führt nämlich in der Regel zu einer Verschlechterung der psychiatrischen Behandlung. Dies hat verschiedene Ursachen. Aus Furcht

vor Stigmatisierung verweigern viele Kranke die Behandlung ganz, begeben sich zu obskuren Wunderheilern oder bleiben den professionellen Mitarbeitern mißtrauisch gegenüber. Die Compliance ist also von Patientenseite her gestört. Auf der Seite psychiatrischer Mitarbeiter existiert ein Phänomen, das Kabanov und Mitarbeiter in Anlehnung an das Konzept von Übertragung und Gegenübertragung »counter-compliance« genannt haben. Die professionellen Helfer haben Vorurteile, die sich z.B. darin zeigen, daß psychische Krankheit als rein biochemischer Defekt verstanden wird, als psychiatrisch krank immer nur der andere angesehen wird, oder daß die Gesellschaft vor psychisch Kranken geschützt werden müsse.

In einer empirischen Studie entwickelten Mitarbeiter des Bechterev Instituts einen Fragebogen, der auf bestimmte Persönlichkeitsmerkmale abzielt, die mit einer geringen bzw. starken Neigung zur Vorurteilsbildung verbunden sind. Erste statistische Auswertungen der Pilotstudie von 1998 ergaben einige interessante Aufschlüsse. Zur Bildung von Vorurteilen tragen sowohl psychologische als auch soziale Faktoren bei. So mußte der Fragebogen um die Dimension der sozialen Gefährdung erweitert werden. Je prekärer ein Individuum seine wirtschaftliche und soziale Situation erlebt, desto gefährdeter ist es, sich stigmatisierend gegenüber Normabweichungen zu äußern. Die Stigmatisierung fungiert hier als Abwehr der eigenen Angst, die gesellschaftlichen Normen nicht zu erfüllen. Auf der psychologischen Ebene ergaben sich zwei Ursachen für stigmatisierendes Verhalten. Eine davon ist in einer allgemeinen Ich-Schwäche des Individuums begründet. In dieser Kategorie herrscht projektives Denken über das Wesen und die Fähigkeiten psychisch Kranker vor, das die eigenen Ängste vor psychischer Erkrankung abwehren soll. Auf der anderen Seite finden die Autoren stigmatisierendes Verhalten bei Personen mit einem sehr strengen Über-Ich vor, was sich in einer allgemeinen Konformität der Person äußert.

Anliegen der Autoren ist es, neben einer detaillierten Stigmatisierungsforschung geeignete Maßnahmen zur Destigmatisierung zu finden. Allgemeine Information auch über moderne Informationstechnologien wie das Internet werden genannt, aber auch die Intensivierung der Forschung. Denn eine genaue Kenntnis der Materie verhindert projektive Vorstellungen über psychische Krankheit und die Menschen, die von ihr betroffen sind. Als aktuelles Forschungsprojekt des Bechterev Instituts wird zuletzt ein Fragebogen der WHO zur Lebensqualität psychisch Kranker genannt, der von Kabanov und Mitarbeitern an die Verhältnisse der russischen Gesellschaft angepaßt wird.

References

- Bourkovski, G.V.; Kabanov, M.M.; Kotsubinsky, A.P.; Lomachenkov, A.S.; Levchenko, E.V.* (1997): Issleddovanie bolnykh endogennymi psikhozami v protsesse ikh reabilitatsii s pomoshchu prosnika VOZ »Katchestvo Gisni-100« (The Investigation of the patients with the endogeneous psychoses with the aid of the questionnaire WHOQOL-100). Reformy sluzhby psicheskogo zdorova: problemy i perspektivy. Materialy megdunarodnoi konferentsii 21-22 oktobra 1997 g. Pod red. V.S. Jastrebova i V. G. Rotshteina. M., 1997, str. 171-177
- Corrigan, P.W.; Liberman, R.P.; Engel, J.D.* (1990): From Noncompliance to Collaboration in the Treatment of Schizophrenia. In: Hospital and Community Psychiatry (11) 1203-1211
- Kabanov, M.M.* (1998): Mental Health Care and Problems of Stigmatization and Compliance. In: Dynamische Psychiatrie/Dynamic Psychiatry (170/171) 174-178
- (1998): Psikhosotsialnaya reabilitatsiya i sotsialnaya psikhiatria 226-230
- Kudryashov, A.F.* (1992): Luchshie psikhologicheskie testy. Petrozavodsk, Petrokom.
- Link, B.G.; Struening, E.L.; Rahay, M.; Phelan, Jo.C.; Nuttbrock, L.* (1997): On Stigma and Its Consequences: Evidence from a longitudinal Study of Men with Dual Diagnoses of Mental Illness and Substance Abuse. In: Journal of Health and Social Behaviour (38) 177-190
- Malakhov, B.B.; Volper, M.I.* (1969): Ob otnoshenii k psikhicheski bolnym. In: Voprosy reabilitatsii v psikhiatrii i nevropatologii 81-85
- Rosenfeld, S.* (1997): Labeling Mental Illness: the Effects of Received Services and Percieved Stigma on Life Satisfaction. In: American Sociological Review (62) 660-672
- Skinner, L.J.; Berry, K.K.* (1995): Generalizibility and Specificity of the Stigma associated with the Mental Illness Label: A Reconsideration twenty-five years later. In: Journal of Community Psychiatry (23) 3-16
- Vasserman, L.I.; Duk, V.A.; Iovlev, B.V.; Chervinskaya, K.P.* (1997): Psikhologicheskaya diagnostika i novye informtsionnye tekhniki (St. Petersburg)

Address of the authors:

Modest M. Kabanov, Prof., M.D.
Gueorgui Bourkovski, Ph.D.
Bekhterev Psychoneurological Research Institute
3, Bekhterev street
193019 St. Petersburg
Russia

Inpatient Psychotherapy of Schizophrenia and Borderline Disorders in the Dynamic-Psychiatric Hospital Mengerschwaige**

Ilse Burbiel (Munich)*

Objective of this study is the holistic and integrative concept of treatment as developed by Günter Ammon within the Hospital for Dynamic Psychiatry Mengerschwaige Munich. Structure and process of working in the hospital reflect this concept which aims at the psychotherapeutic treatment of archaic identity diseases. The whole hospital represents multidimensional, group-dynamically and social-energetically structured space for development, in which a variety of unconscious and conscious group-dynamics develop processually, at the same time and parallelly and are integrated into the dynamics of the whole field. This system with its variety of elements as the different therapeutic methods, the structuring of the patient group, the group-dynamics of the team and structuring of time must be integrated. This integration is achieved theoretically by the connection with Ammon's Human-Structure Model, a homogenous treatment theory and practically by the case conferences, supervising group work and by the plenary group. With the example of working disorders the difference between the treatment of borderline and schizophrenic disorders is demonstrated.

The Dynamic-Psychiatric Hospital Mengerschwaige is a specialist hospital for psychiatry, psychotherapy, psychoanalysis and psychosomatics. The integrated combination of all these special faculties under the same roof (the 60 patients live together in a plenary group) reflects a theoretic understanding, translated into practice, of Dynamic Psychiatry which starts from the assumption of a gliding spectrum in etiology, structure and dynamics of psychic disorders (Ammon 1979a). The different diagnoses of disorders can structurally and dynamically be related to one another, as Günter Ammon has described in numerous publications, as for instance in Psychosomatics and Depression (Ammon 1979b), Borderline-disease and Schizophrenia (Ammon 1984a), Schizophrenia and Psychosomatics (Ammon 1988) and Neurosis and Schizophrenia (Ammon 1992).

Aim of the hospital is the dynamic-psychiatric treatment of the so-called early disturbed patients – Ammon calls them archaic identity diseases – to which belong, for instance, besides the severe psychosomatic and addiction disorders, the broad spectrum of psychotic disorders, as well as the borderline diseases, i.e. personality disorders.

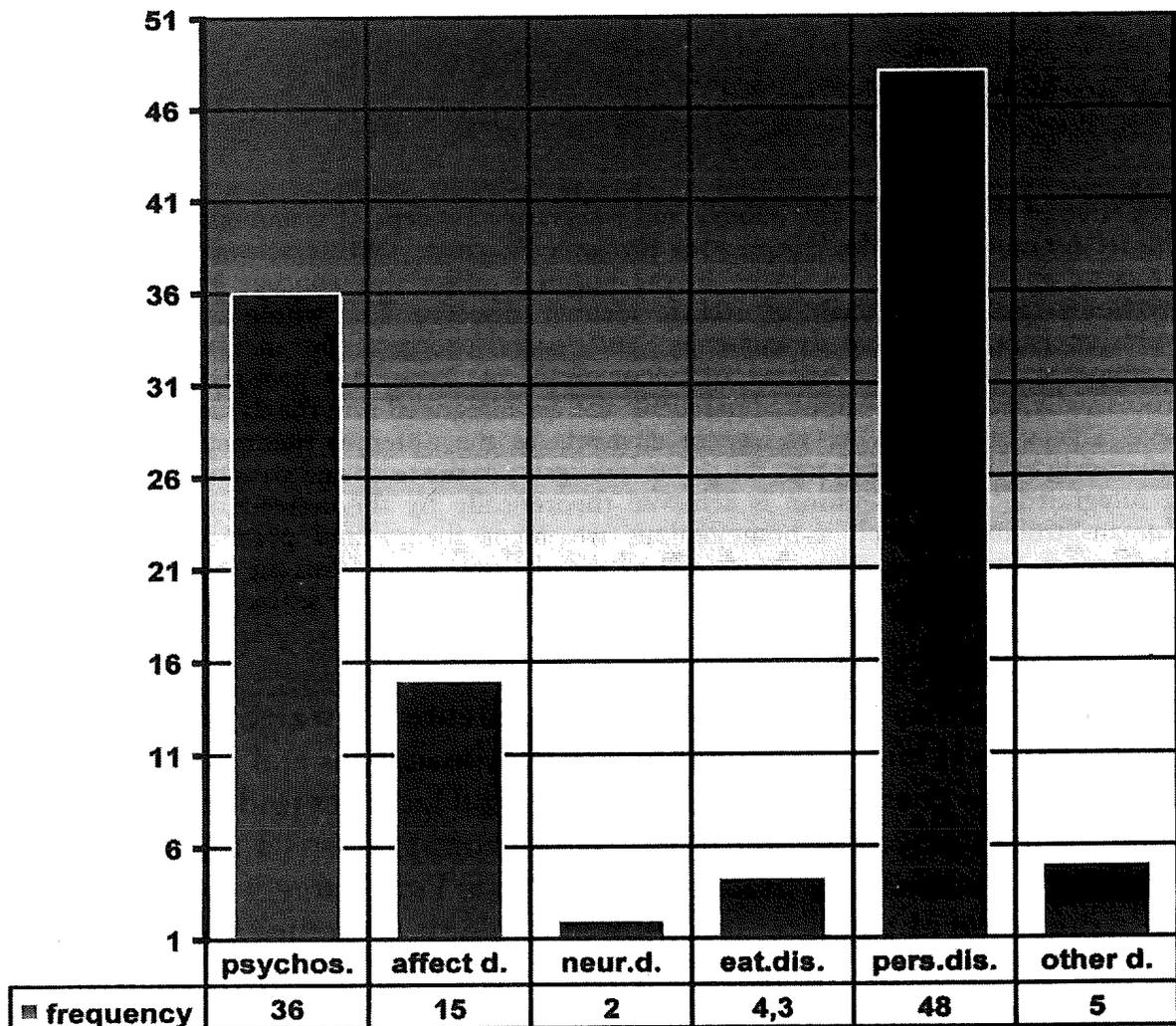
According to Ammon, the identity disease is –, as a result of the preoedipal symbiotic relationship with the corresponding dynamics of mother, family group and child. – a fixation of the demarcation, differentiation, regulation and integration processes, which are necessary for the identity

* Ph. D. Clinical Psychologist BDP, Training and Supervising Analyst DAP, Psychological Director of the Hospital Mengerschwaige

** Lecture given at the 12th World Congress of the World Association of Dynamic Psychiatry (WADP) / XXV. International Symposium of the German Academy of Psychoanalysis (DAP) at the Humboldt University Berlin, March 17-21, 1999

development (Fig. 2). Thus, an early identity damage, a group-dynamically caused structural deficit in the central core of the personality, a »hole in the ego«; (Ammon, 1972), is developing.

The diagnostical structuring of the hospital patients is as figure 1 shows:



main diagnosis	frequency	percentage
psychoses (F20...)	36	32,7
affective disorders (F30...)	15	13,6
neurotic disorders (F40...)	2	1,8
eating disorders (F50...)	4	3,6
personality disorders (F60...)	48	43,6
other disorders (F 70... / 80... /90 ...)	5	4,5
total	110	100

Fig. 1: Diagnostic Classification according to IDC-10 Diagnosis

ARCHAIC IDENTITY DISEASES
HUMAN-STRUCTURAL (STRUCTURAL - DYNAMIC) FORMULATION OF
THE CONCEPT OF DISEASE

STRUCTURE

DYNAMICS

DYNAMICS

DYNAMICS

STRUCTURE

STRUCTURE

ENERGY

□ and ▲ developed central personality functions:
structural deficit („hole in the ego“)

□ and ▲ developed inner and outer demarcation
processes

□ and ▲ developed inner and outer regulation
processes

□ and ▲ developed inner and outer integration
processes

□ and ▲ developed differentiation

reduced multi-dimensionality

□ and ▲ social-energetic power and
charisma

□ = deficient ▲ = destructive

Fig. 2: Archaic Identity Diseases

When archaic identity diseases, in this paper schizophrenia and the borderline-disorders, are disorders in the relationships, they can, according to our longstanding clinical experience and research, be positively changed, in the frame of repairing identity development, by means of repairing experience in relations – *Ammon* speaks of constructive social energetic, that is inter-human contact experiences. Thus, it becomes clear, that the

primary treatment method of choice for borderline, but also for schizophrenic patients is psychotherapy, as well individual as in groups. Neuroleptics should, according to our conception, be given only in cases, where the contact and by that the psychotherapeutic influence is temporarily interrupted. This approach goes beyond the importance of psychotherapy in psychiatry, especially in the schizophrenia-psychotherapy, as discussed in the common literature of today, which – as a rule with permanent medication – aims at controlling and eliminating the psychotic symptoms – as a direct consequence of a defect, in whatever form – and thus improving a little the social competence and adjustment. But according to our conception, disease itself, rooted in an early identity fixation can be psychotherapeutically treated. The borderline- and schizophrenia-psychotherapy, as well in the outpatient as in the inpatient work, is, for long stretches, above all a repairing identity therapy. The therapy in this sense does not have the task to solve unconscious conflicts with the help of analysis of the transference neurosis, but rather has, on the base of a supporting therapeutic alliance by directly taking up contact with the patient, to work on the great anxiety, refusal and rage behind the symptoms.

Too early interpretations of the symptomatology which is an archaic defense, of an identity disintegration, result, in many cases, in a psychotic reaction of the schizophrenic structured patient, in a »social psychotic acting out« of the borderline-patient. The alliance with the constructive, healthy personality functions that have been earlier active and the supporting, strengthening and new development of these functions are essential in the therapy, so that the patient can allow and stand working at his identity deficit, that is with the deep fear of identity and loneliness and will not break off therapy. In numerous publications, especially in Handbook 1 and 2 of the Dynamic Psychiatry (*Ammon, 1979a, 1982*) *Ammon* has presented the identity therapy. The whole hospital with all persons living and working in it, that is with its 60 patients and about 50 co-workers (including kitchen and administration) and with its multitude of therapeutic methods is conceived as a multi-dimensional, group-dynamically and social-energetically structured and dynamized space for development, in which, in co-existing processes, a multitude of unconscious and conscious group-dynamics develop and are combined into dynamics of one total group. In order to make possible the building-up of structure, regulative, integrative and energetic processes of repairing identity development, the development space has, as well in structural as in a dynamical view, to be established as constructively and multi-dimensionally differentiated as possible and has to be flexibly demarcated from the inside of the hospital, and from outside, i.e. to the environment and community. (Fig. 3) The space has further to be integrated as a whole system with its variety of structure elements. Elements of structuring the total therapeutic space are

1. the different therapeutic methods,
2. the structuring of the patients group

3. the group-dynamic structuring of the team and
4. in terms of structuring time: the daily and weekly structure of the clinic life and the individually limited treatment time of the patients.

Corresponding to the individual grade of development of his identity and his specific pathology, each patient gets an individual psychotherapy, consisting of depth psychologically orientated supportive individual psychotherapy with directive and educative elements, of the depth-psychologically-group-dynamically oriented identity therapy and of analytical individual and group psychotherapy. In addition, each patient is a member of a milieu-group, in which he spends his daily clinical life and speaks about all his sorrows and difficulties concerning reality. In the milieu therapy the

RETRIEVAL OF IDENTITY DEVELOPMENT

GOAL OF TREATMENT

INPATIENT SPACE FOR DEVELOPMENT

STRUCTURE-

BORDER-

REGULATION-

INTEGRATION-

**SOCIAL-
ENERGETIC
POWER**

**D
E
V
E
L
O
P
M
E
N
T**

constructively group-dynamic, social-energetic, multidimensional differentiated space of development which is demarcated in a flexible manner on the inside towards the hospital and outside towards the environment, regulated and integrated as total system with its many structure elements.

Fig. 3: Retrieval of Identity Development

contact with one another, mainly, develops over the »third object«, i.e. the projects which the group itself is choosing, such as the building of a »fountain of the unconscious«, the layout of biotops, the creation of the group's rooms etc. In contrast to the formal group-psychotherapy (Ammon 1973) in which is essentially worked at the psychopathology, at the level of past unconscious experienced and internalized group-dynamics which are mirroring in the present group-dynamics, the analytic milieu therapy (Ammon 1959, 1979a, 1982, 1994; Schmidts & Dworschak 1998; Winkelmann 1998) stands as an example for working in the here and now. Here the patients deal with their irrational anxieties and destructive aggressions directly in their work at the milieu-therapeutic project, so that they become approachable for a repairing. In the hospital, the work with the unconscious has a central importance. Anxiety, aggression, despair, but also creativity and expressiveness, especially in the non-verbal therapies, can be directly expressed, for instance in the human-structural dance (Ammon 1984, 1986; Berger 1988, 1994; Reitz 1988, 1994), painting (Kress 1987; Kress et al. 1998), music (Schmidts 1994; Schmidts & Fabian 1998) and theater therapy (Urspruch 1993, 1996, 1998; Köppen et al. 1998). In addition, horseback riding, film, sport therapy, massage and the different interest groups, such as for example literature seminars, learning and reading groups, as well as preparation groups for profession and school, are offered.

Important and essential for therapy is the cooperation with the relatives, friends and employees etc. The social workers take care of the continuous contact, and also support the patients in coping with the reality tasks, especially in preparing for the discharge from hospital. In several talks with the family members, with the participation of the therapists and co-patients, the team tries to win the family members as allies for the therapy, to relieve the family and the patient and to recognize the structure and dynamics of the family and to work with it in the therapy.

The setting described above with its variety of therapeutic possibilities for development gives the patients the possibility to act out their unconsciously stored archaic dynamics of relationships into a controlled and comprehensive group-dynamic field. Such a re-production of early childhood dynamics within the whole setting of the hospital has the same importance for patients with weaker boundaries as free associations on the couch for the neurotic patient (Ammon 1992). By the imbedding into the different groups and therapeutic relationships a splitting up and by that a demarcation from hostile and paralyzing transferences and especially projections can be achieved, in order to maintain the therapeutic process (Ammon 1979a).

It is essential for the treatment success that the different group methods are not carried out eclectically following one another, but are integrated, that means, that the different therapies firstly are referring to one another, on the basis of an outspoken conception of personality and treatment and a holistic conception of personality and on a unitary theory of treatment – and secondly that the methods are practically integrated

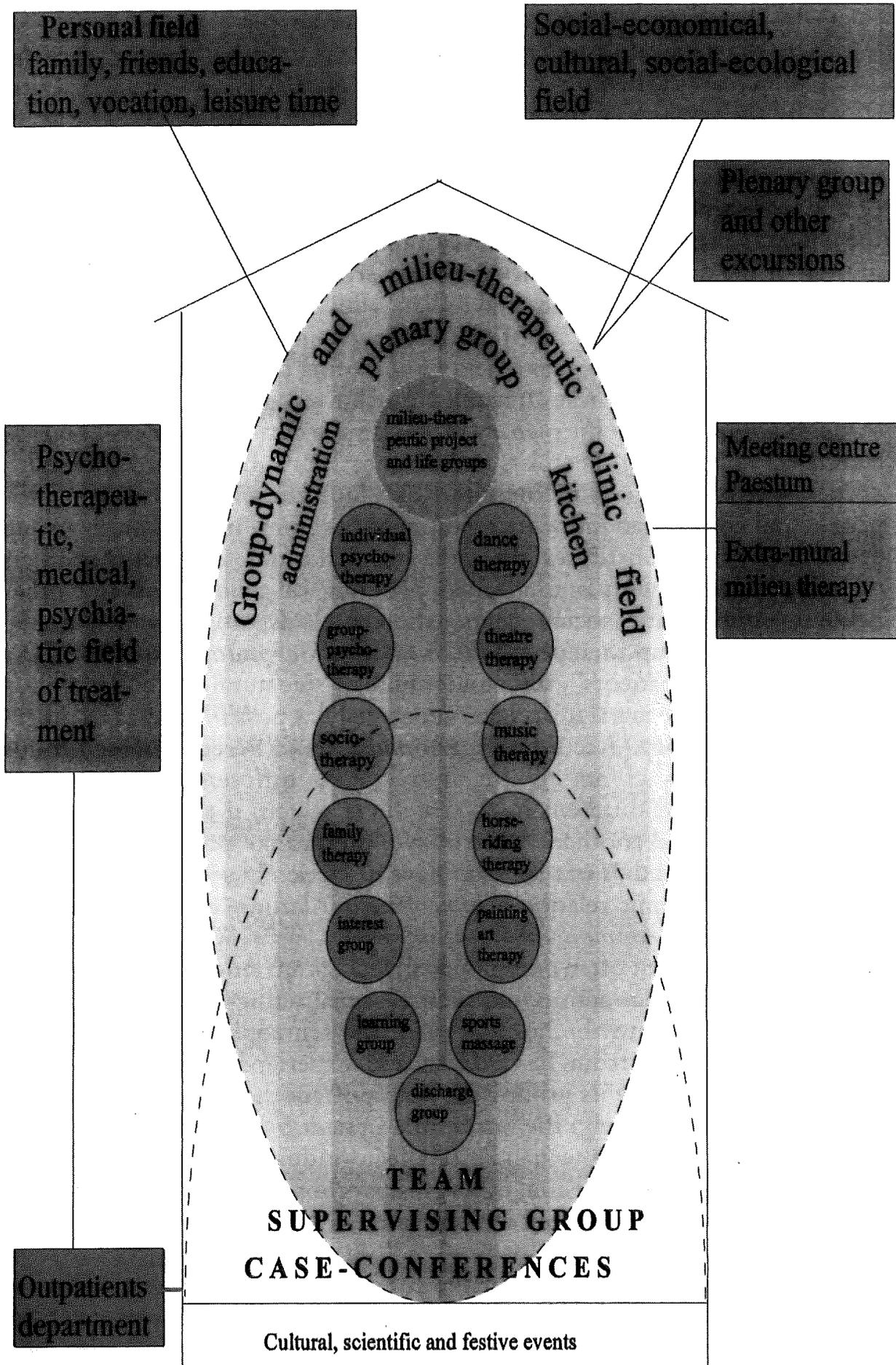


Fig. 4: The psychotherapeutic treatment field of the Dynamic-Psychiatric Clinic Menter-schwaige (Munich)

- a) by the control-group, taking place twice a week
- b) by the detailed case-conferences
which are carried out for each patient, as well as
- c) by the sessions of the plenary group of all patients and co-workers.

In the supervising group the individual and group therapeutic work of the co-workers is also supervised on a Balint-group level, the observations of and experiences with a patient are integrated into a common picture of the patient's present therapeutic development. To this also belongs the integration of the differently developing transference dynamics in the different therapeutic groups and in the total milieu, which allows a group-dynamical understanding of the patient. Often the supervising group serves, as part of the total group of the clinic, as a field of mirroring the total group dynamics of the hospital. Thus these dynamics can be recognized and be worked through, for instance in the plenary group. In the case-conferences (*Ammon et al. 1995*) all treating therapists and diagnosticians meet in order to win a deeper understanding of the previous development of the identity of the patient and come to an individual treatment program. In the plenary group everything which constitutes life in the hospital can be discussed: conflicts in living together with one another, planning of group trips and other cultural, political and social events, offenses against norms and handling them, but also group therapeutic interventions (*Schmidts 1996, 1997*). The structuring of the patients' group under human-structural aspects, as well as the team, should be made up as heterogeneously as possible and as homogeneously as necessary. According to *Ammon*, the different disease groups have developed a common, but individually differentiated structural identity deficit and different basic structures which, if they refer group-dynamically to one another, constructive interchange processes are made possible. *Ammon* and *Maria Ammon* have discussed in several publications the structural-dynamic relation between the borderline- and schizophrenic structure in detail (*Ammon 1984a; Ammon, M. 1999*). While, for example, the borderline-patient often does not at all feel his anxieties, but is acting out – by »social psychotic« acting-out, such as sexual acting-out, running away, drugs abuse etc. – into the hospital field, the schizophrenic patient often suffers continuously from his anxiety and experiences his psychosis as freeing him. Both patients groups can help one another, to cope with their anxiety more integratively: the borderline-patient by confronting his great »fear of fear«, being able to handle this fear gradually – while the schizophrenic patient, as his delusion, that is his psychosis, is not only his private matter, because he is acting-out it interpersonally, by that it becomes visible and can be treated.

On the whole, we observe that the constructive development milieu in the total group maintains the dominance over the destructive-deficient dynamics. For the group-dynamical structuring of the team it is also true that the personality structures and the abilities, capacities and interests of the team members are combined into constructive group-dynamics. It is

important, that the team members are interested in each other and like to work together, that they are able to work in groups and are able to be criticized and able to develop and grow. They must be ready to start a group dynamic, milieu-therapeutic or psychoanalytic training. The structuring of the team is carried out, too, by the different roles which the team members hold. It is the daily bread in hospital work to structure the group-dynamic processes in the plenary group and in the sub-groups as constructively as possible. The spectrum of group-dynamic defense processes may reach from the danger of arrest of group-dynamic micro- and macro-systems by destructive adaptation strategies up to the danger of group boundaries which are too much opened. These opened boundaries may be accompanied by violation of norms and disintegrated processes, as, for example, formation of isolated sub-groups, disturbances in the communication between the co-workers etc. When the therapeutic contact field is developing too big holes in the communication (which may also be understood as manifestations of counter-transference) into which the patient may literally fall, the situation can become very dangerous for the patient. Especially borderline-patients have the tendency, in the frame of group-dynamic splitting processes, to play team members off against each other. The reason for that is their repetition compulsion of reacting experiences of early childhood. If these counter-transference dynamics are fixated within the team, the respective patient cannot be helped to integrate gradually his inner splitted identity structure. Therefore, in the dynamic-psychiatric treatment model the supervising work is of great importance.

It is not only important to regulate social-energetic exchange processes within the hospital, but also to maintain the flexibility of the boundaries towards the outside, i.e. to the social, cultural, political and personal environment. This does not mean only taking up contact with family, friends, employees, but also the integration of social, political and cultural life into therapy and milieu-therapeutic planning of leisure time as for example visits of the theater, movies, sports events, lectures etc. Thus, the extra-mural milieu-therapeutic communities in the meeting center in Paestum (*Fabian & Schanne 1993*) which take place twice a year for three weeks are of great therapeutic importance, as well as the social-therapeutic journeys home, the realization of practical training and works. Contrarily, visitors are invited to festivities within the hospital, to concerts, to the »Open days«, to clinical post-congresses etc. The holistic therapeutic concept of the hospital as described so far was developed by *Ammon* in just this way and not in a different manner. The reason for this concept are the specific identity problems of all archaic disorders and the relating problems of demarcation, regulation and integration. This concept is efficient for the spectrum of borderline- as well as for schizophrenic patients in the frame of identity therapy. It is important for both patients groups to establish and use manifold border experiences and identity demands. This is particularly true for the borderline-patient, who is endangered to stabilize and adapt to

the hospital milieu in a too short time because of his often well-developed secondary and adjustment strategies. If there will not be worked on his concealed relation deficit, connected with unconsciously stored misery, unrelatedness and fragile social-energetic experiences, there may only be a temporary improvement of his disease. Whereas working with borderline-patients means working on his destructive, often hostile transference-dynamics and his »defense-corset«, working with the schizophrenically structured patients means to establish gradually constructive defense and adjustment functions, to help him to manage his daily routine within the hospital. In the case that he may not be integrated into any group-therapy because of his strong jealousy problems, a substitute group of therapists has to be established around him in order to take over his boundary-problems and to support his fragile identity structure, and also in some cases to take over communication with other patients in order to integrate him gradually into group processes. The more the patient is integrated into the social network or various groups, at the beginning in particular into the non-verbal group-therapies, the more the therapist group will decrease their helping-ego-functions. Acute psychotic reactions of the patients may be handled in different ways by the team. I shall now, at the end of my presentation, discuss some further differences in the psycho-therapy of schizophrenia and borderline-disorders with the example of the treatment of working disorders. In *Ammon's* understanding working disorders are disorders of identity, insofar as not only secondary, but in particular central humanfunctions are concerned (*Ammon* 1982). Because of the deficiently developed capacity for demarcation in connection with strong fear of death and persecution, many schizophrenically structured patients are unable to carry out any work. These patients develop archaic fears of identity concerning demands of reality, so that »the establishment of real capacity to work can almost be considered as diagnostic criteria for the extent of the ego-structure-development« (*Ammon* 1982). Different from that, the working-capacity of the borderline-patient is secondarily disturbed. Primarily, he functions often well in the working field, may be successful, owns capacities for organization and planning, even escapes partly into work, because of fear of being confronted with himself, because of fear of feelings, of inner hollowness and of fear of confrontation with other people. The experience of being integrated into social-energetic relations is unknown to him. That is why he seldom achieves the feeling of a deep contentment through his work, but rather a superficial narcissistic confirmation. Being criticized on his work he will give it up, because it does not longer serve its purpose, the narcissistic confirmation.

In the milieu-therapeutic project group there are intense confrontations concerning the selection of projects and their realization, on the development of the group, on rivalry and jealousy, on emotions which occur during work and last, but not least the observed working disorders. During the struggles concerning the creation of the project, the patients often get

into border situations, in which they are confronted with early fears of and rage about abandonment, desperation and strong narcissistic insults. In these border situations, which are different for the borderline and the schizophrenic patients, the real process of repairing identity development starts. Because of their great deficits in the central as well as secondary personality areas schizophrenically structured patients will tend to avoid border situations by, for instance, not attending milieu therapy, by leaving the group at lowest demands or by being overflooded by rage and fear at slightest demands. In general, these patients own only little frustration and anxiety tolerance. It is necessary to lead these persons gradually towards those border experiences, to offer them helping functions by the group and the milieu-therapist, to share empathically their emotions and desperation, in an atmosphere which is at large supporting and caring in the sense of a »holding environment«, according to *Winnicott (1965)*. Such repairing experiences in relations and work can be integrated as new experience into the patient's identity and can be consolidated at repeating borderline experiences with growing demands. Contrarily, the borderline-patient often functions well in the milieu-therapeutic work, as long as he is not confronted with too intensive demands for contact or cooperation in the group or is even criticized. He has to be challenged at a quite different point than the schizophrenic patient, namely there, where he has to bring over-emphasized and split-off parts of identity into interpersonal contact by confrontation in the group, which help to integrate them. The borderline-patient is asked to offer his constructive secondary functions to the schizophrenically structured patient as substitute ego functions, to help him to manage the imposed demands and to endure by that contact. In this way, the borderline-patient experiences social-energetic satisfaction and feeling of sense. In the frame of repairing identity therapy with a borderline-patient, it will be more important to work on his pseudo-identity and opportunistic identifications, to integrate split-off and dissociated parts of personality into the whole personality, to decrease his tendencies of splitting and ambivalence in contact. Contrarily, therapy with schizophrenically structured patients means the establishment of constructive functions, in particular in the central as well as secondary sector. Especially we think of the development of the ability for contact and demarcation and of the decrease of autistic withdrawal as escape from the real world into his ill schizophrenic fantasy world. The borderline-patient, however, must be supported to turn gradually towards the inner world of which he is so afraid and to reduce his too strong concentration on the outer world as defense against the unconscious. Identity therapy is for both patient groups also separation therapy, firstly a continuous separation work between past and present, between reality and fantasy, between inside and outside etc. Of great therapeutic importance is the working on the separation from the hospital and the detachment from therapists and co-patients. This separation phase is so important for the success of the inpatient treatment

because of the mobilization of that infantile and separation traumata of later times, as well as separation prohibitions in the patients' unconscious. It is crucial – this was also shown by our long-term catamnestic studies of inpatient psychotherapy with both groups – that the patients start an outside post-treatment after discharge, in order to stabilize and develop the status they had reached during inpatient treatment. Many patients like to use psychotherapeutically or group-dynamically guided living communities within a transitional period and get treatment either at our outpatients' department or are sent to therapists of the Institute or other practices in Munich or the whole Federal Republic. There is close cooperation with other psychiatric transitional institutions, social-psychiatric institutions and other psychiatric or psychotherapeutic hospitals. The hospital itself is part of the psychiatric associated system Munich-East.

Since 1984 the course and outcome of treatment is examined test-psychologically. Follow-up studies of up to ten years have been conducted (*Burbiel* 1992, 1993, 1994). Essentially, the question of personality development was of great interest, considering especially the development of aggression, anxiety, narcissism and demarcation, the change of psychopathology, as well as changes of the life-field after discharge from the hospital. The results of the Ego-Structure Test of *Ammon* (ISTA, *Wolfrum & Finke* 1997) show, that the inpatient treatment is effective for short-terms as well as long-term treatment, concerning decrease of deficient and destructive and increase of constructive personality functions. It can also be observed a considerable decrease of pathological problems, as is reflected in the MMPI. This development remains stable up to ten years after discharge or even improves in further personality areas, but only then when the patients take part in psychotherapeutic post-treatment. The patients themselves assess their development as about 80% successful, concerning reduction of symptoms, personality development, capacities for conduct, friendship, job situation, leisure time and housing situation. The intake of drugs could be reduced drastically, resp. could be cancelled (up to 70%). An analysis of not successful patients (average 20%) showed, that the patients had either broken off treatment prematurely, or had not started psycho-therapeutic post-treatment or they demonstrated extremely long psychiatric pre-treatment periods.

Stationäre Psychotherapie der Schizophrenie und Borderlinestörungen in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaike

Ilse Burbiel (München)

Die Autorin beschreibt, in welcher Weise die Dynamisch-Psychiatrische Klinik Mengerschwaike auf der Grundlage eines von ihrem Gründer Prof. G. Ammon (ff.) entwickelten ganzheitlichen und integrativen Wissenschafts- und Behandlungskonzept arbeitet.

Struktur und Arbeitsweise der Klinik spiegeln das Krankheitsverständnis dieses Konzeptes wider, welches zum Ziel hat, die archaischen Identitätserkrankungen wie die Borderline-Erkrankung, die psychotischen Störungen, die psychosomatischen und Suchterkrankungen psychotherapeutisch zu behandeln.

Mit archaischen Identitätserkrankungen bezeichnet *Ammon* frühe Identitätsschädigungen und –defizite im zentralen Kern der Persönlichkeit, die durch Arretierung der für die Identitätsentwicklung notwendigen Abgrenzungs-, Differenzierungs-, Regulations- und Integrationsprozesse der Persönlichkeit des Kindes in den präödiptalen symbiotischen Beziehungsdynamiken in seiner Primärgruppe entstehen. Anders als in gängigen psychiatrischen Psychotherapiekonzepten werden die archaischen Identitätserkrankungen demnach als Beziehungserkrankungen verstanden, d.h. die Identitätsentwicklung kann am Kern der Erkrankung selbst durch wiedergutmachende, konstruktive sozialenergetische Kontakterfahrungen nachgeholt und positiv verändert werden.

Die gesamte Klinik ist als ein mehrdimensionaler, gruppensdynamisch und sozialenergetisch strukturierter und dynamisierter Entwicklungsraum konzipiert, in dem sich eine Vielzahl unbewußter und bewußter Gruppendynamiken prozeßhaft, gleichzeitig und nebeneinander entwickelt und zu einer Großgruppendynamik verbindet. Um nachholende Identitätstherapie zu ermöglichen, muß dieser gesamttherapeutische Raum sowohl konstruktiv und differenziert strukturiert als auch als Gesamtsystem mit seinen vielfältigen Strukturelementen integriert sein. Zu den Strukturelementen gehören:

1. die verschiedenen therapeutischen Methoden
2. die Strukturierung der Patientengruppe
3. die gruppensdynamische Strukturierung des Teams und
4. die zeitliche Strukturierung (Tagesstruktur, Behandlungszeit)

Zu 1. Die verschiedenen therapeutischen Methoden

Neben der am individuellen Entwicklungsstand der Patienten orientierten Einzelpsychotherapie und der Gruppenpsychotherapie, in der es um die Bearbeitung der vergangenen unbewußt erlebten und internalisierten Gruppendynamiken geht, ist die analytische Milieuthherapie ein wesentliches Element des therapeutischen Gesamtsettings. In der Milieugruppe verbringen die Patienten ihren Alltag, arbeiten miteinander an einem selbstgewählten Projekt und haben so die Möglichkeit, darüber unmittelbar und konkret im Hier und Jetzt in Kontakt und intensive Auseinandersetzungen zu treten, bekommen Zugang zu ihren Ängsten und destruktiven Aggressionen und schließlich auch wiedergutmachenden Erfahrungen. Gleichzeitig wird wesentlich auch mit den gesunden Fähigkeiten der Patienten gearbeitet.

Mit der Gruppe der nonverbalen Therapien werden vor allem die unbewußten Bereiche der Patienten erreicht und gleichzeitig zum Ausdruck gebracht, Bereiche, in denen die frühesten Verletzungen, aber auch konstruktiven Möglichkeiten und Potentiale ihren Ort haben. In der Mal- und

Theatertherapie, in der von Ammon entwickelten humanstrukturellen Tanztherapie, in der Musik-, Film- oder Sporttherapie können über die jeweiligen Medien Ängste, Aggression, Verzweiflung und Leid sichtbar und erfahrbar und damit veränderbar werden. Zusätzlich entstehen je nach Bedürfnis auch immer wieder Förderungs- und Interessengruppen.

Die sozialarbeiterische Betreuung ist für die Bewältigung der Realitätsaufgaben der Patienten besonders zur Entlassung hin ebenso wichtig wie die Angehörigenarbeit, mit der versucht wird, durch regelmäßige Familiengespräche Struktur und Dynamik der Patientenfamilie zu verstehen, damit alle Beteiligten zu entlasten und die Kommunikation zu erleichtern.

All diese vielfältigen therapeutischen Entwicklungsmöglichkeiten erlauben den Patienten, ihre unbewußten archaischen Beziehungsdynamiken in ein kontrolliertes und überschaubares gruppenspezifisches Feld hinein zu agieren und zu reinszenieren. Die Einbettung jedes Patienten in die verschiedensten Gruppentherapien und damit therapeutischen Beziehungen ermöglicht ihnen auch vielfältige gruppenspezifische Übertragungs- und wiedergutmachende Erfahrungen. In einem solchen Setting wird eine Aufspaltung und Abgrenzung feindseliger, angstmachender und lähmender Übertragungen und Projektionen erreicht und der therapeutische Prozeß aufrecht erhalten.

Entscheidend für den Behandlungserfolg ist jedoch die Integration der verschiedenen Gruppentherapieformen: Dies geschieht zum einen durch deren Verbindung mit dem Humanstrukturmodell *Ammons* und einer einheitlichen Behandlungstheorie, zum anderen praktisch durch die Case-Konferenzen, die Kontrollgruppenarbeit und die Großgruppe.

Zu 2. Die Strukturierung der Patientengruppe

Die Gruppe der Patienten sollte sich hinsichtlich der Störungsbilder so heterogen wie möglich und so homogen wie nötig zusammensetzen, denn ihre jeweils unterschiedlichen Identitätsstrukturen und -defizite ermöglichen den Patienten gegenseitigen konstruktiv-integrativen Austausch und Unterstützung in ihrer Entwicklung aus den je eigenen spezifischen Defiziten und Angstbewältigungsformen heraus. Gruppenspezifisch aufeinander bezogen können z.B. Borderline-Patienten ihre üblicherweise gut entwickelten Fähigkeiten der Realitätsaufgabenbewältigung den schizophrenen Patienten als Hilfs-Ich zur Verfügung stellen und umgekehrt kann der Borderline-Patient vom schizophrenen Patienten durch dessen Offenheit zum Unbewußten einen Zugang zu seiner abgespaltenen Gefühlswelt entwickeln. Insgesamt muß jedoch in der Gesamtgruppe der Klinik das konstruktive Entwicklungsmilieu gegenüber destruktiv-defizitären Dynamiken überwiegen.

Zu 3. Gruppenspezifische Strukturierung des Teams

Auch die Verschiedenheit von Persönlichkeitsstrukturen, Fähigkeiten und Interessen der Teammitglieder, ihre Gruppen-, Entwicklungs- und

Lernfähigkeit sind wichtiger Bestandteil und Voraussetzung konstruktiver Gruppendynamik in der Teamgruppe. Strukturbildend sind auch die verschiedenen Rollen, die die Teammitglieder wahrnehmen: Eine wichtige und ständige Aufgabe ist es, die gruppenspezifischen Mikro- und Makroprozesse konstruktiv zu gestalten und desintegrierende Prozesse, gruppendynamische Arretierungen, Kontakt-, Kommunikationslöcher und Aufspaltungsprozesse innerhalb des Teams aufzulösen bzw. wieder in Fluß zu bringen. Solche gruppendynamischen Widerstandsprozesse sind häufig eine Manifestation der Gegenübertragungsdynamiken auf die zersplitterte Identitätsstruktur der Borderline-Patienten, deshalb ist die Integrationsarbeit des Teams in der Supervision von großer Bedeutung.

Wichtig ist jedoch auch die Flexibilität der Grenze nach außen: Dazu gehören der Kontakt und die Einbeziehung der familiären, sozialen, politischen und kulturellen Umwelt und Aktivitäten ins therapeutische Feld, sowie öffentliche Klinikfeste und Konzerte, klinische Nachkongresse, aber auch Praktika und Arbeitsversuche der Patienten und die therapeutisch besonders bedeutsamen dreiwöchigen extramuralen milieutherapeutischen Fahrten ins Tagungszentrum der DAP in Paestum.

Die gesamttherapeutische Konzeption der Klinik ist für die spezielle Identitätsproblematik sowohl des Borderline-Spektrums als auch der schizophrenen Erkrankungen entwickelt worden und therapeutisch wirksam. Die Identitätstherapie ermöglicht beiden Patientengruppen vielfältige Grenzerlebnisse und Identitätsforderungen. Besonders wichtig für den Borderline-Patienten ist die Arbeit an seinem oft durch Anpassung abgedeckten Beziehungsdefizit, an seinen destruktiven Übertragungsdynamiken und seinem »Abwehr-Korsett«, wenn seine Erkrankung sich grundlegend verbessern soll. Für schizophren strukturierte Patienten geht es v.a. darum, konstruktive Abwehr- und Anpassungsfunktionen aufzubauen.

Im Umgang mit akut psychotischen Reaktionen kommen verschiedene therapeutische Strategien in Frage: wenn ein solcher Patient unbearbeitete Wut und Angst für Borderline-Patienten ausdrückt, so läßt die psychotische Reaktion oft nach, wenn das Borderline-Problem in den therapeutischen Gruppen bearbeitet wird. Der Therapeut kann auch in das Wahnsystem des Patienten einsteigen, dort eine Rolle übernehmen, um ihn dann in die Realität zurückzuführen. Bei großer Angst können Team und Mitpatienten ständigen Kontakt für den psychotisch offenen Patienten ermöglichen. Psychopharmaka werden nur in Phasen der Angst- oder Aggressionsüberflutung gegeben oder wenn kein Kontakt mehr möglich ist. Werden psychotisch reagierende Patienten in die Gruppe integriert, kommt es vor, daß Borderline-Patienten nun mit ihrer Angst vor dem Unbewußten konfrontiert werden und diese abwehren, indem sie ihr unbewußtes Material ins Klinikmilieu hinein agieren. Dieses acting-out gilt es wiederum gruppendynamisch und therapeutisch zu bearbeiten.

Abschließend unterscheidet die Autorin die psychotherapeutische Behandlung der Schizophrenie und der Borderline-Störung am Beispiel von

Arbeitsstörungen. Während schizophren reagierende Patienten durch mangelhaft entwickelte Abgrenzungsfähigkeit und große Todes- und Verfolgungsängste nicht in der Lage sind, Arbeiten zu verrichten, funktionieren Borderline-Patienten in der Arbeitswelt in der Regel gut und erfolgreich und benutzen Arbeit z.T. als Flucht vor Auseinandersetzung, vor ihren Gefühlen und der inneren Leere. Arbeit verschafft ihnen keine tiefe sinngebende Befriedigung, sondern lediglich narzißtische Bestätigung.

In der milieutherapeutischen Gruppe, in der sich die Mitglieder über das Projekt mit Sinn und Bedeutung, Organisation und Gestaltung auseinandersetzen, ist jeder Patient auch mit Gefühlen der Rivalität, Eifersucht und auch Arbeitsstörungen konfrontiert und kommt oft in Grenzsituationen seiner frühen Verlassenheitswut, Verzweiflung und narzißtischen Kränkungen. Hier beginnt der Prozeß der nachholenden Ich-Entwicklung. Schizophren strukturierte Patienten vermeiden diese Grenzsituationen aufgrund ihres destruktiven Narzißmus und geringer Frustrations- und Angsttoleranz und werden bei kleinsten Anforderungen von Angst und Wut überschwemmt, so daß sie z.B. fortlaufen oder der Milieuthérapie fernbleiben.

Bei diesen Patienten ist es notwendig, sie nach und nach vorsichtig und unterstützend an solche Grenzerfahrungen heranzubringen, ihre Gefühle mitzutragen und ihnen so mehr und mehr neue und wiedergutmachende Beziehungs- und Arbeitserfahrungen und deren Integration zu ermöglichen, so daß sich Kontakt- und Abgrenzungsfähigkeit entwickeln und der autistische Rückzug in die schizophrene Phantasiewelt abgebaut werden kann. Der Borderline-Patient dagegen muß an anderer Stelle seiner Identität gefordert werden. Im milieutherapeutischen Arbeiten funktioniert er solange gut, wie Kontaktforderungen nicht allzu groß werden, z.B. nach Zusammenarbeit und bei Kritik. Für sekundäre Leistungen hat er als Kind stets narzißtische Bestätigung erhalten, die jedoch immer abgespalten und ohne sozialenergetische Bezüge blieb. Für ihn gilt es, seine Pseudo-Identität, seine konstruktiven aber überbetonten, v.a. auf die äußere Welt bezogenen und abgespaltenen Persönlichkeitsanteile in zwischenmenschlichen Kontakt und in Auseinandersetzung zu bringen, um Arbeit mit zwischenmenschlichem Sinn verbinden zu können, und sich mehr und mehr seiner inneren Welt zuzuwenden und diese in seine Gesamtpersönlichkeit zu integrieren. Er kann dies z.B. tun, indem er seine konstruktiven sekundären Funktionen dem schizophren strukturierten Patienten zur Verfügung stellt und den Kontakt mit ihm aushält.

Für beide Patientengruppen ist auch die Arbeit an der Trennung aus der Klinik ein wichtiger Bestandteil der Identitätstherapie, d.h. der Erfolg der Behandlung ist auch von der Bearbeitung früherer Trennungstraumata und unbewußter Lösungsverbote abhängig.

Eigene katamnestische Untersuchungen zeigen, daß für beide Patientengruppen nach der Entlassung aus der Klinik für den Langzeiterfolg eine psychotherapeutische Nachbehandlung zur Stabilisierung und Weiterentwicklung des Erreichten von entscheidender Bedeutung ist. Möglich und

sinnvoll ist auch oft die Inanspruchnahme gruppodynamisch oder psychotherapeutisch betreuter Wohngemeinschaften oder anderer psychiatrischer Übergangseinrichtungen, mit denen eine enge Zusammenarbeit besteht.

Am Schluß ihres Beitrages beschreibt die Autorin testpsychologische Ergebnisse von Behandlungsverläufen und katamnestischen Untersuchungen bis zu 10 Jahren nach der Entlassung v.a. hinsichtlich der Persönlichkeitsentwicklung der Patienten unter Berücksichtigung der Aggressions-, Angst-, Narzißmus- und Abgrenzungsentwicklung, der Veränderung der Psychopathologie sowie des Lebensfeldes. Die Ergebnisse zeigen sowohl kurzfristige als auch langfristig stabile Erfolge der Behandlung in den entsprechenden Bereichen. Auch die Selbsteinschätzung der Patienten bestätigt dieses Bild. Eine Analyse der Mißerfolgspatienten (20%) ergab, daß diese entweder die Behandlung vorzeitig abbrachen, keine psychotherapeutische Nachbehandlung aufnahmen oder extrem hohe psychiatrische Vorbehandlungszeiten aufwiesen.

Literatur

- Ammon, G.* (1959): Theoretical Aspects of Milieu Therapy. Menninger School of Psychiatry, Topeka, Kansas (Berlin: Pinel, 1977)
- (1972): Zur Genese und Struktur psychosomatischer Syndrome unter Berücksichtigung psychoanalytischer Technik. In: *Dyn. Psychiat.* (17) 223-251
 - (1973): Ich-psychologische und gruppodynamische Aspekte der psychoanalytischen Gruppentherapie. In: *Dyn. Psychiat.* (21) 207-230
 - (1979a) (Hrsg.): *Handbuch der Dynamischen Psychiatrie*, Bd. 1. (München, Basel: Ernst Reinhardt)
 - (1979b): Das Ich-strukturelle und gruppodynamische Prinzip bei Depression und psychosomatischer Erkrankung. In: *Dyn. Psychiat.* (59) 445-471
 - (1982) (Hrsg.): *Handbuch der Dynamischen Psychiatrie*, Bd. 2. (München, Basel: Ernst Reinhardt)
 - (1984a): Das Borderline-Syndrom – ein neues Krankheitsbild in Abgrenzung zur Schizophrenie (diagnostische, klinische und therapeutische Aspekte). In: *Dyn. Psychiat.* (87) 357-380
 - (1984b): Die Unerreichten – Zur Behandlungsproblematik des Urnarzißmus. In: *Dyn. Psychiat.* (85) 145-164
 - (1986a): *Der mehrdimensionale Mensch. Zur ganzheitlichen Schau von Mensch und Wissenschaft* (Berlin: Pinel)
 - (1986): Humanstruktureller Tanz – Heilkunst und Selbsterfahrung. In: *Dyn. Psychiat.* (19) 317-342
 - (1988): Zur humanstrukturellen Verwobenheit von Psychosomatik und Schizophrenie. In: *Dyn. Psychiat.* (21) 1-19
 - (1992): Neurose und Schizophrenie – Theoretische und klinische Erfahrungen und Konsequenzen. In: *Dyn. Psychiat.* (25) 147-164
 - (1994): The Therapeutic Concept of the Dynamic-Psychiatric Hospital Mengerschwaige. In: *Dyn. Psychiat.* (27) 31-34
- Ammon, G. et al.* (1995): The Case Conferences as an Integrative Moment in Diagnostics and Psychotherapy. In: *Dyn. Psychiat.* (28) 43-49
- (1998): *Ich-Struktur-Test nach Ammon (ISTA)*, Manual. (Frankfurt/M.: Swets & Zeitlinger)
- Ammon, M.* (1997): Schizophreniepsychotherapie aus Dynamisch-Psychiatrischer Sicht. In: *Dyn. Psychiat.* (30) 283-291

- (1999): Schizophrenia and Borderline Disease from Human-Structural Point of View. In: *Dyn. Psychiat.* (32) 3-20
- Berger, M.* (1988): Psychologische Untersuchung zur Humanstrukturellen Tanztherapie. In: *Dyn. Psychiat.* (21) 128-158
- (1994): Psychological Studies concerning Human-Structural Dance. In: *Dyn. Psychiat.* (27) 50-66
- Burbiel, I.* et al. (1992): Stationäre Psychotherapie der Psychosen. Eine testpsychologische katamnestiche Untersuchung. In: *Dyn. Psychiat.* (25) 214-276
- (1993): Inpatient Psychotherapy of Psychoses: A Pre/Post and Follow-up Psychological Outcome Study. In: *Dyn. Psychiat.* (26) 316-325
- (1994): Inpatient Psychotherapy of Borderline Patients: A Pre/Post and Follow-up Study. In: *Dyn. Psychiat.* (27) 336-350
- Burbiel, I.* (1997): Günter Ammon's Conception of the Borderline Syndrome. In: *Dyn. Psychiat.* (30) 292-299
- Fabian, E. & Schanné, U.* (1993): Die Extramurale Stationäre Milieuthherapie im Behandlungsspektrum der Dynamischen Psychiatrie. In: *Dyn. Psychiat.* (26) 183-200
- Köppen, U.* et al. (1998): Theatertherapie in der Klinik Mengerschwaige – Beispiel eines Gruppenprozesses. In: *Dyn. Psychiat.* (31) 68-78
- Kress, G.* (1987): Kreativitätseinfaltung – Entwicklungsschritte des Patienten in der Maltherapie. In: *Dyn. Psychiat.* (20) 65-82
- Kress, G.* et al. (1998): Symbiosis and Separation in Inpatient Psychotherapy and Painting Therapy – Case Study with Paintings. In: *Dyn. Psychiat.* (31) 95-108
- Reitz, G.* (1994): Living Communities in the Spectrum of Treatment of Günter Ammon's Dynamic Psychiatry. In: *Dyn. Psychiat.* (27) 90-94
- (1996): Humanstrukturelle Tanztherapie und die Entwicklung von Körperlichkeit und Sexualität. In: *Dyn. Psychiat.* (29) 78-91
- (1988): Die Bedeutung der Humanstrukturellen Tanztherapie für die Entwicklung der Liebesfähigkeit. In: *Dyn. Psychiat.* (21) 436-447
- Schmidts, R.* (1994): Musiktherapie in der Dynamischen Psychiatrie. In: *Dyn. Psychiat.* (27) 220-231
- (1996): Die Großgruppe in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik. In: *Dyn. Psychiat.* (29) 10-17
- (1997): Die Integration von Untergruppen in die Kultur der Großgruppe der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige. In: *Dyn. Psychiat.* (30) 183-192
- Schmidts, R. & Fabian, E.* (1998): Indications and Therapeutic Effects of Humanstructural Inpatient Music Therapy. In: *Dyn. Psychiat.* (31) 109-118
- Schmidts, R. & Dworschak, M.* (1998): Grundzüge stationärer humanstruktureller Milieuthherapie. In: *Dyn. Psychiat.* (31) 1-7
- Urspruch, I.* (1993): Theatertherapie – eine milieutheraeutische Erweiterung ambulanter Psychotherapie. In: *Dyn. Psychiat.* (26) 73-89
- (1996): Therapeutic Work with Actors at the Theatre Therapy of the Dynamic Psychiatry and in the Russian Theatre Tradition by Stanislavsky. In: *Dyn. Psychiat.* (29) 69-77
- (1998): Die kreativ-künstlerische Dimension in der humanstrukturellen Theatertherapie. In: *Dyn. Psychiat.* (31) 58-67
- Winkelmann, U.* (1998): Ambulante Milieuthherapie. In: *Dyn. Psychiat.* (31) 8-26
- Wolfrum, G. & Finke, G.* (1997): Der Ich-Struktur-Test nach Ammon (ISTA) – ein Verfahren zur Erfassung von Persönlichkeitsstruktur. In: *Dyn. Psychiat.* (30) 156-182

Adresse der Autorin:

Dipl.-Psych. Dr. phil. Ilse Burbiel
 Jägerwirthstr. 3
 81373 München

Übereinstimmungen und Unterschiede in der psychodynamischen Behandlung von Schizophrenen und Borderline-Persönlichkeitsstörungen**

Raymond Battegay (Basel)*

Das psychologische Verständnis der Schizophrenen hat sich erst in diesem Jahrhundert allmählich ergeben. Entsprechend entwickelte sich die Möglichkeit zu einer psychodynamischen Behandlung der Schizophrenen, die zuerst nur individuell und später auch in therapeutischen Gruppen erfolgte. Die Borderline-Persönlichkeitsstörungen wurden jedoch im wesentlichen erst in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts psychologisch erfaßt und damit die Basis für deren individuelle psychodynamische Behandlung und deren Einbezug in Therapiegruppen gelegt. Die Erfahrungen des Autors zeigten, daß sich der psychodynamische Zugang zu den in der Regel simultan auch mit Neuroleptika behandelten Schizophrenen in der Regel leichter gestaltet als zu den Borderline-Persönlichkeiten. Bei Borderline-Patienten mit einer Neigung zu Depressionen helfen aber Dauertherapien mittels Antidepressiva, die auch mithelfen, ihre Spannungen zu lösen. Es wird auch über quantitative Resultate der Gruppenpsychotherapie mit diesen Patienten berichtet. Bei den Schizophrenen kann, wenn ein Vertrauen in die Beziehung Patient/Therapeut entstanden ist, eine „symbiotische Übertragung“ (Ammon 1992) beim Patienten eintreten, die es ihm - auch angesichts der dann eher eintretenden positiven Gegenübertragung des Therapeuten - gestattet, zunehmend Kontakt mit dem Behandelnden zu gewinnen. Die Borderline-Persönlichkeiten mit ihren Ängsten, daß sie bei Nähe zum Therapeuten ihre Eigenständigkeit verlieren, mit ihrer damit verbundenen starren Abwehr und ihrer Neigung, ihre aus projektiver Identifikation entstandenen Aggressionen zu agieren, erfordern einerseits eine Strukturierung des therapeutischen Settings, wobei sie andererseits meist einer längeren Zeit der psychotherapeutischen Zuwendung bedürfen, bis sie Vertrauen in den Psychotherapeuten gewinnen. Mittels Fallbeispielen werden die in der psychodynamischen Behandlung von Schizophrenen und Borderline-Persönlichkeiten auftretenden Phänomene erläutert. Desweiteren wird über qualitative Ergebnisse aus Gruppentherapien mit Schizophrenen und Borderline-Patienten berichtet.

Das psychologische Verständnis der Schizophrenen

Das psychologische Verständnis der Schizophrenen und der davon Betroffenen hat sich erst in diesem Jahrhundert und dabei nur allmählich ergeben. C.G. Jung (1908) hat in seiner Schrift »Der Inhalt der Psychose« den Anfang damit gemacht. Es folgten Gertrud Schwing (1940), Frieda Fromm-Reichmann (1952), J.N. Rosen (1953), W.Th. Winkler und H. Haefner (1954), G. Benedetti (1955), Jolande Jacobi (1957), H.K. Fierz (1963) u.a.

Im Verlaufe der Entwicklung der Psychotherapie der Schizophrenie wurde erkannt, daß die Psychose oft nicht nur aus dem geschilderten erweiterten und vertieften Verständnis der Psychologie dieser Kranken erfaßt und entsprechend behandelt zu werden vermag, sondern auch durch Beobachtung des Sozialverhaltens und der Integration dieser Patienten im Rahmen von therapeutischen Gruppen.

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

** Vortrag gehalten auf dem 12. Weltkongreß der Weltgesellschaft für Dynamische Psychiatrie WADP/XXV Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), Humboldt-Universität Berlin, 17. - 21. März 1999

Unter den diversen Psychotherapeuten, die relativ früh Schizophrenie in Gruppen behandelten, sind *Powdermaker* und *Frank* (1953), *Schindler* (1958), *Battegay* (1958), *Battegay* und *P. Rohrbach* (1966), *Battegay* und *Ruth von Marschall* (1978), *Esther Brack* (1962), *Bour* (1964) u.a. zu erwähnen. Seither sind zahllose Arbeiten zu diesem Thema erschienen. Dabei interessieren sich keineswegs alle Gruppenpsychotherapeuten für den Symbolgehalt der Aussagen und Träume der Psychotiker, sondern beispielsweise für das kognitive Defizit Schizophrener und eine demgemäße kognitive Schulung (*E.C. Erickson* 1990) oder auch ihre mangelnde Fähigkeit, sich sozial zu integrieren und ein darauf ausgerichtetes Life-skill-training (*Powell et al.* 1989).

Zur Diagnose »Borderline-Persönlichkeitsstörung«

In den 40er und 50er Jahren unseres Jahrhunderts etwa verwendete Ausdrucksweisen »pseudoneurotische Schizophrenien« (*Hoch* und *Polatin* 1949) oder »präschizophrene Persönlichkeitsstruktur« (*Rapaport et al.* 1945/46) oder »ambulatorische Schizophrenie« (*Zilboorg* 1957) weisen bereits darauf hin, daß Persönlichkeitsstörungen bestehen, die teilweise Schizophrenien ähneln. Mir selbst fiel bereits in den Anfangsjahren meiner psychiatrischen Tätigkeit, also in den nach 1953 Jahren auf, daß gewisse junge Menschen, die ich am Abend nach Abschluß der klinischen Routineuntersuchung noch mittels des Rorschachschen Formdeuteverfahrens diagnostisch abklären wollte, plötzlich psychotische Symptome aufwiesen und die vorgezeigten Tafeln wahnhaft zu interpretieren begannen. War die Untersuchung abgeschlossen, wurde ihr Gedankeninhalt allmählich wieder unauffällig. Es waren die gleichen Patienten, die auf Neuroleptikatherapie nicht gut reagierten und sie als einen Eingriff in ihre Denk-, Wahrnehmungs- und Gefühlsempfindungsfähigkeit empfanden. Damit wurde klar, daß zwischen diesen Patienten und den Schizophrenen Unterschiede bestanden.

Gunderson (1989) wies darauf hin, daß bei den Verwandten von Borderlinepatienten in der Familie häufig Affektstörungen depressiver Art festgestellt werden können. Auch haben *Gunderson* und *Elliott* (1985) bei einer Zusammenfassung von Arbeiten anderer Autoren über Borderline-Patienten eine Prävalenz von Affektstörungen von 14-83% gefunden. Andere Autoren wie *Sullivan et al.* (1994) kommen aufgrund von Vergleichsstudien indes zum Schluß, daß keine deutliche Beziehung zwischen »major depressions« und Borderline-Persönlichkeitsstörungen bestünde. Unbestreitbar jedoch besteht im Symptomenbild eines großen Teils der Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung, wie aus der Literatur (*Kernberg*, 1975, 1984, 1994 und andere) und aus meinen eigenen langjährigen Erfahrungen mit diesen Patienten hervorgeht, eine Nähe zur Schizophrenie. Im Unterschied zu den Schizophrenen bleibt jedoch bei den Borderline-Patienten die Realitätskontrolle (reality testing), trotz ihrer Tendenz zu projektiver Identifikation, weitgehend erhalten.

Wie *Klärner* (1997) die diagnostische Kategorie der Borderline-Persönlichkeitsstörung generell in Frage zu stellen und sie den Basissymptomen

der Schizophrenie zuzuordnen und für sie einfach eine Neuroleptika-Therapie zu empfehlen, scheint mir schon aus dem Grunde fragwürdig, weil die Borderline-Patienten, wie erwähnt, in der Regel schlecht auf diese Psychopharmaka reagieren, wenn sie als Dauermedikation gegeben werden. Es droht ihnen dabei, die Kontrolle über sich selbst restlos zu verlieren. Bricht allerdings ein länger als Stunden oder Tage dauerndes psychotisches Symptomenbild bei einem Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung aus, so würde ich unter psychodynamischem Aspekt nicht wie *Steinert* und *Michel* (1995) von Komorbidität, sondern von einem prämorbidem Charakter sprechen, der den Ausbruch einer Psychose begünstigen kann und nach Remission der Psychose wieder in Erscheinung tritt, wobei kurzzeitig auftretende Psychosen (Stunden bis wenige Tage dauernd) zum Bild einer Borderline-Persönlichkeitsstörung gehören.

In diesem Zusammenhang komme ich nochmals zurück auf die Tatsache, daß bei einem Teil der Borderline-Patienten in der Familie Depressionen vorkommen und auch eine Tendenz zu depressiven Episoden im Krankheitsverlauf besteht, die jedoch meist reaktiv ausgelöst werden. *M.H. Stone* (1991) hat darauf aufmerksam gemacht, daß auf der einen Seite mehr den Schizophrenien nahestehende Borderline-Persönlichkeitsstörungen und am anderen Ende eines Spektrums Borderline-Persönlichkeitsstörungen vorkommen, die den manisch-depressiven Störungen nahe stehen. Entsprechend sind Borderline-Persönlichkeitsstörungen bekannt, bei denen die Ich-Pathologie im Vordergrund steht, und solche, bei denen eine Veränderung der Grundstimmung, meist im Sinne der Depression, besonders auffällt.

Gschwandtner et al. (1997) haben festgestellt, daß 10 von 18 durch sie entsprechend untersuchte Borderline-Patienten unter mehr oder weniger ausgeprägten kognitiven Störungen litten. *Van Reikum* et al. (1996) fanden bei den von ihnen untersuchten 24 Borderline-Patienten 14 mit kognitiven Beeinträchtigungen. Zwar ist in der Definition der Borderline-Persönlichkeitsstörung im DSM IV vermerkt, daß zur Diagnose keine gehirngorganische Komponente vorliegen sollte, doch sprechen diese Befunde dafür, daß gelegentlich eine diskrete gehirngorganische Schädigung mit zum Bild einer Borderline-Persönlichkeitsstörung führen kann. Selbst *Kernberg* (1994), der zuvor die Borderline-Persönlichkeitsstörungen ausschließlich mit psychoanalytischen Erklärungsmodellen zu verstehen versuchte, weist 1994 darauf hin, daß die Aggressivität dieser Menschen auf einer Transmitterstörung im Gehirn beruhen könnte (erniedrigte Konzentration der 5-Hydroxyindolessigsäure im Liquor cerebrospinalis). Es drängt sich also auch bei diesen Störungen - wie bei allen anderen krankhaften oder normalen psychischen Manifestationen - eine ganzheitliche Sicht auf.

Bei einem Teil der Borderline-Patienten steht, wie erwähnt, die Ich-Pathologie im Vordergrund. Während indes bei den Psychotikern eine Ich-Fragmentation mit wahnhaften Verkennungen und halluzinatorischen Durchbrüchen, dissoziiertem Gedankengang, mangelnder Abgrenzungsmöglichkeit des Ichs auch gegenüber der Umwelt, Angst vor dem Identi-

tätsverlust, Vernichtungsangst usw. während der ganzen Psychosendauer zu beobachten sind, ist diese Symptomatologie bei den Borderline-Patienten nur in den (bereits angeführten) Minipsychosen zu erkennen. Es imponiert bei diesen Patienten vor allem die starre Abwehr, die es oft schwierig macht, mit ihnen in Kommunikation zu treten. Sie benötigen diese Abwehr jedoch, um ihre Angst vor dem Ich- und Identitätsverlust in Schach zu halten. Auf der einen Seite versuchen sie unbewußt, ihr schwaches Selbstwerterleben durch eine phantasierte Fusion mit einem Objekt zu verstärken, so daß sie Bezugspersonen als gute erleben, wenn sie sie als vollkommen übereinstimmend mit ihnen erfahren. Sobald diese sich aber als eigenständig erweisen, so werden sie für die Borderline-Persönlichkeiten zu bösen Objekten (*Melanie Klein* 1946), durch die sie sich in ihrem Ich und ihrer Selbstidentität bedroht fühlen. *Kobut* (1971), *Kernberg* (1975), *Ammon* (1976), *Masterson* (1976), *Arlene R. Wolberg* (1982) waren unter den ersten Autoren, die damals allerdings meist von Borderline-Zuständen oder -Syndromen sprachen, und sie psychodynamisch behandelten. *Shashkan* (1977), *Macascil* (1982), *Slavinska-Holy* (1983), *W.N. Stone* (1986), *Battegay* und *Kläui* (1986) gehörten zu den ersten, die Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen gruppenpsychotherapeutisch angingen.

Psychotherapie von Schizophrenen

Die Psychotherapie der Schizophrenen hat sich, neben der Psychopharmakologie und -therapie und der Sozialpsychiatrie entwickelt. Die zuvor als unentzifferbar geltende, verdichtete und symbolhafte Gedankenwelt der Psychotiker fand zunehmendes Verständnis, wobei *Benedetti* (1998) darauf hinweist, daß das psychotische Selbst sich während einer erfolgreichen Psychotherapie erst in einem »intersubjektiven Raum« rekonstituiert. Er berichtet über eine psychotische Patientin, die geträumt hatte, mit einem Zwillingsspaar schwanger zu sein, doch nur ein Zwilling habe in der Gebärmutter gelegen, der andere Zwilling in der Gebärmutter der Therapeutin, obwohl es der Patientin Kind gewesen sei. Die Therapeutin stellte symbolisch eine Leihmutter dar. *Benedetti* sieht darin auch den Appell der Patientin an die Therapeutin, sich verantwortlich für die »gemeinsame Schwangerschaft« bzw. das symbiotische Erleben der Träumerin zu fühlen. *Ammon* (1992) spricht in diesem Zusammenhang von »symbiotischer Übertragung«, die für das Verständnis der Schizophrenie wichtig sei und sich von der Übertragungsdynamik in der neurosenanalytischen Therapie unterscheidet.

Bei der Psychotherapie von Schizophrenen zeigt sich, daß der Therapeut der einzige Mensch ist, dem der Patient/die Patientin allmählich einen umfassenden Einblick in seine Wahnwelt gewährt. Er/sie bezieht nach und nach den Behandelnden in sie mit ein, so daß dieser für den Kranken beispielsweise eine ihm wahnhaft drohende Gefahr »übernehmen« und ihr widerstehen kann. So kann ein halluziniertes oder in einem Traum des Patienten erschienenenes Todesbild vom Therapeuten internalisiert und,

vermöge seiner ihm zur Verfügung stehenden Ressourcen, auch für den Patienten überwunden werden, und zwar besser, als dies durch eine – verbale – Deutung möglich wäre (*Benedetti 1998*). Bei den Schizophrenen ist also der symbolische und oft stellvertretend für den Patienten erfolgende internalisierte Vollzug der Wahnbefürchtung ein positives Geschehen, das ihm seine Wahnerlebnisse überwinden und ihm allmählich seiner psychotischen Welt entsteigen hilft. Einen scheinbar umgekehrten, aber im Grunde genommen unbewußt dem gleichen Zwecke dienenden Vorgang erlebte ich in der noch zu besprechenden Arbeit mit einer therapeutischen Kleingruppe von Schizophrenen, als mich ein Patient Z. mit seinem Namen ansprach und von sich selbst als Professor Battegay sprach. Offenbar geschah dies, damit er in »symbiotischer Übertragung« (*Ammon 1992*) die Stärke des Therapeuten erhalte.

Gruppenpsychotherapie mit Schizophrenen

Mit diagnostisch heterogenen Spitalabteilungen der Basler Psychiatrischen Universitätsklinik, in denen 20-25 Frauen und Männer hospitalisiert waren, haben wir 1953/54 temporär und von 1955 bis 1967 anhaltend als ganze gruppenpsychotherapeutisch gearbeitet. Wir haben dabei erkennen können, daß paranoide Schizophrene in ihren Äußerungen über ihre Wahnvorstellungen einhielten, wenn sie wahrnahmen, daß die übrigen Gruppenmitglieder ihre Ansichten nicht teilten, nicht verstanden oder gar ablehnten.

Eine 58-jährige Frau Wa., die vor ihrer Einweisung in die Klinik in einem älteren Einfamilienhaus lebte und während Monaten jeden Kontakt mit anderen Menschen mied, bezahlte Elektrizitäts-, Gas- und Telefonrechnungen über 2 Jahre lang nicht und holte auch nie Geld von ihrem Vermögenseinkommen ab, so daß man sich fragen mußte, wie sie überhaupt so lange überleben konnte. Es war deshalb nicht mehr möglich, sie zu Hause zu belassen. In der Klinik erwies sie sich als kontakt- und diskussionsunfähig. Sie behauptete unter anderem, daß in Basel jedermann bevormundet sei und man beinahe der ganzen Stadt das Salär gesperrt habe. Diese Frau kam nun in eine Gruppensitzung der Aufnahmeabteilung, saß unbeteiligt, an ihre eigenen Gedanken gebannt, am Tisch, bis sie plötzlich erregt aufstand und die erwähnten Behauptungen hervorbrachte. Als die Mitpatientinnen ihr Staunen über diese Aussagen nicht verbargen und die von Frau Wa. geäußerten Wahnvorstellungen mit eigenen, zum Thema, das vorher in der Gruppe diskutiert wurde, gehörenden Voten unterbrachen, hielt die sonst autistische, nicht auf die äußere Realität bezugnehmende Kranke einen kurzen Moment mit ihrem Reden inne. Sie horchte auf und schien, wenigstens für einen kurzen Moment, begriffen zu haben, wie isoliert sie mit ihren Anschauungen ist. Allerdings hielt diese »Einsicht« nur kurze Zeit an. Bald darauf saß sie wieder unbeteiligt, mit gesenktem Haupt, an ihrem Platz. Nach einigen Minuten stand sie wieder auf, und sie stellte erneut dieselben Behauptungen auf. Dieses Mal aber schien sie die abfälligen oder ironischen Äußerungen der anderen zu beachten. Sie setzte sich hin und repetierte die wahnbedingten Aussagen nicht mehr.

Die erwähnte paranoide Schizophrene wurde angesichts der Reaktionen der übrigen Gruppenbeteiligten, d.h. der »Realitätsintensität der Gruppe« (*Battegay* 1960), durch die äußere Realität beeindruckt. Ihre Abwehr wurde zumindest temporär infolge des starken Feed-backs der übrigen Mitglieder der Gruppe durchbrochen, so daß sie, ohne in psychotische Gedankendissoziation und ohne in vermehrte wahnhaftige Ängste zu verfallen, ein »reality testing« durchmachte, welches sie, zumindest bis zu einem gewissen Grade, überzeugte.

In einer therapeutischen Kleingruppe nahmen anfänglich, 1963, 5-9 Patientinnen, später 15-16 Patienten und Patientinnen teil. Eine Parallelgruppe von Angehörigen fing ich, entsprechend der bifokalen Gruppenpsychotherapie nach *Schindler* (1958), zur gleichen Zeit an. Daß die Gruppe primär nur aus Frauen zusammengesetzt war, entsprach nicht etwa der Ansicht, die Geschlechter sollten nicht gemischt werden, sondern dem Umstand, daß der Autor damals als Oberarzt der Frauenabteilungen in der Psychiatrischen Universitätsklinik wirkte. Die Gruppe, die 1963 bis 1967 in der Klinik geführt wurde, konnte danach in der in der Innerstadt befindlichen Psychiatrischen Universitätspoliklinik, die 1977 in das Allgemein- und Universitätsspital (Kantonsspital) integriert wurde, fortgeführt werden. Nach meiner Emeritierung Ende August 1997 kamen zwei Drittel der 15 Beteiligten weiter zu mir, und zwar in meine Privatpraxis in einem Außenquartier Basels. Wegen Erkrankung der Kotherapeutin moderierte ich nun, im Unterschied zu früher, die Gruppe allein. Die Angehörigen, die anfänglich wöchentlich zusammentrafen, wurden nach einigen Monaten nur noch alle vier Wochen zu einer Sitzung eingeladen, da es sich gezeigt hatte, daß sie sich bei dieser raschen Sitzungsfolge überfordert fühlten. Nach meinem Übertritt in eine Privatpraxis konnte diese Angehörigengruppe nicht mehr weitergeführt werden, da die wenigen überlebenden Eltern zu alt waren, um weiterhin an der Gruppe teilzunehmen.

Vor allem in der Patientengruppe, aber bis zu einem gewissen Grade auch im Angehörigenkreis wirkte die Therapie nicht nur im Sinne der analytischen Einsicht in ungelöste, unbewußte Probleme, sondern noch mehr im Sinne der Verbesserung ihrer kognitiven Fähigkeiten, ihrer Realitätskontrolle und damit ihrer sozialen Valenzen.

Ein aus der Umgebung Basels stammender Lehrer Er., der in den Schulen immer wieder Beziehungsideen auf Direktoren entwickelte, besonders wenn der Schulvorstand eine Frau war, und deshalb wiederholt die Arbeitsplätze wechselte, entwickelte in der Gruppe Ängste in Bezug auf die Kotherapeutin (Frau *Ruth von Marschall*). Er glaubte wiederholt, daß sie ihn verachte oder irgendwelche Hintergedanken über ihn hege. Auch wähnte er gelegentlich, vom männlichen Gruppenleiter (*Battegay*) verbal angegriffen worden zu sein. Die anderen Gruppenmitglieder mußten ihn immer wieder darauf hinweisen, daß er wohl eine eigene unerledigte Aggressionsproblematik bei den Therapeuten vermute, denn es sei keinerlei Aggression bei den Gruppenleitern zu erkennen gewesen. Nach einigen

Jahren der Beteiligung an der Gruppe vermochte der Patient sowohl in diesem Kreis als auch in der Schule seine Neigung zu paranoider Verarbeitung besser zu erkennen. Im Rahmen der Schule verbesserten sich seine Beziehungen zu den Mitlehrern und zu den Schulleitern, und innerhalb der Gruppe half er zunehmend auch den anderen, ihre Tendenzen zu projektiver Identifikation (*Melanie Klein* 1942) und ihre entsprechend paranoid verzerrten Wahrnehmungen frühzeitig zu erkennen und den anderen Gruppenmitgliedern gegenüber ein Vertrauen aufzubauen. Nach dem Tode der hochbetagten Mutter, 1998, war er auch in der Lage, sich mit seinen Geschwistern zu versöhnen, so daß sie ihm bereitwillig das Elternhaus überließen.

Die Therapieresultate wurden 1976, 1979 und 1983 (*Battegay* und *Ruth von Marshall* 1987) statistisch überprüft. In der Folge war es uns lediglich möglich für die Jahre 1992-1996 die Zahl der Gruppensitzungen pro Jahr, der Teilnehmer pro Sitzung und der Zahl der von den Mitgliedern besuchten Sitzungen auszurechnen. Außerdem konnte 1997 für diejenigen, die damals noch mitwirkten, die durchschnittliche Teilnahmedauer ausgerechnet werden.

Im Jahre 1983 haben wir, wie angeführt, erneut die Krankengeschichten der Patienten durchgesehen, die in den Nachuntersuchungen von 1976 und 1979 an der therapeutischen Schizophrenengruppe teilgenommen hatten. Es wurde die Gesamthospitalisierungsdauer pro Jahr vor und seit der Gruppenpsychotherapie gemessen, wobei alle Patienten vor und nach dem Einbezug in die Gruppe unter einer Dauermedikation mit Neuroleptika standen. (Tabelle 1)

Pat.Nr.	vor	nach	
3	30	32	
4	37	6	
5	225	0	
6	91	17	
7	112	9	
8	107	0	
9	0	0	
10	32	74	
11	159	194	
12	62	30	
13	81	6	
14	85	0	
15	179	18	
17	156	0	
18	75	0	
19	365	5	T-Test für abhängige Stichproben
20	175	66	T = 44.2 (Freiheitsgrade = 17)
21	98	29	p < 0.001

Tab. 1: Im Spital pro Jahr verbrachte Tage vor und seit Beginn der Gruppenpsychotherapie (Evaluation 31.12.1983)

Die Gesamthospitalisierungszeit pro Jahr der Patienten hat sich also seit Beginn der Gruppenpsychotherapie signifikant verkürzt.

Pat.Nr.	vor	nach	
3	0.35	0.11	
4	0.83	0.12	
5	2.50	0	
6	1.00	0.17	
7	0.65	0.38	
8	2.86	0	
9	0	0	
10	0.23	0.34	
11	1.36	0.51	
12	0.88	0.33	
13	2.07	0.16	
14	1.00	0	
15	2.99	0.28	
17	3.33	0	
18	0.21	0	
19	5.26	0.11	
20	0.88	0.43	
21	0.82	0.86	

T-Test für abhängige Stichproben
T = 3.78 (Freiheitsgrade = 17)
p < 0.01

Tab. 2: Zahl der Hospitalisierungen pro Jahr vor und seit Beginn der Gruppenpsychotherapie (Evaluation 31.12.1983)

Die Zahl der Spitalaufnahmen pro Jahr hat ebenfalls signifikant abgenommen und damit das seit der Einführung der Neuroleptika in die Schizophrenietherapie infolge jeweiligen Weglassens der Erhaltungsmedikationen entstandene »Drehtürenphänomen«. Es wurde auch die Dauer der einzelnen notwendig gewordenen Klinikaufenthalte vor und seit dem Beginn der Gruppenpsychotherapie gemessen. Dabei ergab sich keine signifikante Verkürzung.

Wir haben außerdem die Kontaktfähigkeit der Patienten (Kommunikation innerhalb und außerhalb der Gruppe), die Genußfähigkeit (Fähigkeit, Freude zu erleben und die Initiative zu ergreifen) und die Arbeitsfähigkeit (Qualität, Dauer und Regelmäßigkeit der Arbeit) gemessen. Eine Veränderung wurde dann angenommen, wenn mindestens die Hälfte der Kriterien eine positive Entwicklung anzeigten (Tabelle 3).

	Kontaktfähigkeit	Genußfähigkeit	Arbeitsfähigkeit
Verbesserung	14	11	10
Keine Veränderung	4	7	5
Abnahme	0	0	3
	p < 0.01	p < 0.02	nicht signifikant

Tab. 3: Veränderung der Kontakt-, Genuß- und Arbeitsfähigkeit unter der Gruppenpsychotherapie (Evaluation 31.12.83)

Es zeigte sich eine signifikante Verbesserung sowohl der Kontakt- als auch der Genußfähigkeit. Die Arbeitsfähigkeit, die 1976 und 1979 noch eine Verbesserung erkennen ließ, ergab 1983 kein signifikant besseres Resultat mehr (*Battegay und Ruth von Marschall* 1987).

Die Angehörigengruppe trat anfänglich wöchentlich zusammen. Die Beteiligung variierte damals sehr stark (2-3). Als wir nach einigen Monaten die Sitzungsfrequenz auf einmal pro Monat reduzierten, wurde das Mitwirken regelmäßiger (3-5). Von 1983 bis 1996 sind die zwei Eltern einer Patientin und der Ehemann einer anderen Kranken verstorben. Die noch lebende Mutter von zwei anderen Mitgliedern (Bruder und Schwester) war zu alt, um noch zu den Sitzungen zu kommen. Doch beteiligte sich ein Bruder eines neuen Mitgliedes regelmäßig an den Sitzungen. Wegen dieser Veränderungen in der Angehörigengruppe war eine Katamnese für die Jahre 1984-1996 nicht möglich.

Für die Zeit von 1984-1991 standen uns die benötigten Vergleichszahlen für die Hospitalisierungsdauer und die Zahl der Spitaleintritte wie auch die Angaben über die Kontakt-, Arbeits- und Genußfähigkeit nicht mehr zur Verfügung, doch konnten wir anhand der Daten der Administration der Psychiatrischen Universitätspoliklinik für die Jahre 1992-1996 wenigstens die Regelmäßigkeit der Teilnahme der Patienten überprüfen, indem wir die festgehaltenen Daten der Patientenbesuche in dieser Zeit (60 Monate) berücksichtigten (*Battegay et al.* 1997).

Unabhängig von der Zeit der Teilnahme belief sich die Zahl der Mitwirkenden in den Jahren 1992-1996 auf 24 (14 Männer und 10 Frauen). Die Dauer der Teilnahme, die 1983 für die damals mitmachenden Patienten 8.73 Jahre betrug, belief sich Ende August 1997 bei den noch Mitwirkenden auf 22 Jahre.

Für die Jahre 1992-1996 läßt sich aus den Tabellen 4-6 schließen, daß eine hohe Kontinuität und Regelmäßigkeit der Sitzungen bestand. Speziell die Jahre 1992 und 1994 mit einer Standardabweichung unter $n=2$ in 49 (1992) respektive 48 (1994) Sitzungen läßt die sehr konstante Teilnahme der Patienten an den Sitzungen erkennen (s. Tabellen 5+6).

In den Sitzungen waren, wie Tabelle 5 zeigt, 2-15 Patienten mit einer mittleren Beteiligung von 9.02 Kranken (Standardabweichung = 2.33) anwesend.

Es ergab sich, wie Tabelle 6 nachweist, ein hohes Maximum von 211 besuchten Sitzungen mit einem Mittelwert von 93.8696% (Standardabweichung = 70.36). In Anbetracht der Schwere der Erkrankung ist diese Konstanz der Beteiligung, wie auch aus den Tabellen 4 und 5 hervorgeht, auffallend und wohl als Zeichen dafür zu betrachten, daß die Patienten die Gruppe als einen Ort des Haltes empfinden.

Wie sich auch aus den früheren Resultaten der Arbeit mit dieser Gruppe (s. auch *Battegay und Ruth von Marschall* 1987) ferner zeigt, gelang es, die primär (vor Einbezug in die Gruppe) trotz Neuroleptikamedikation in der Regel noch manche Krankheitsrezidive und Hospitalisierungen aufweisenden Schizophrenen einer sozialen Reintegration zuzuführen. Die thera-

Zahl der Sitzungen pro Jahr 1992-1996					
		Sitzungszahl	Prozent	Valide Prozente	Akkumulierte Prozente
Valide	1992	49	20.2	20.2	20.2
	1993	51	21.0	21.0	41.2
	1994	48	19.8	19.8	60.9
	1995	48	19.8	19.8	80.7
	1996	47	19.3	19.3	100.0
Total		243	100.0	100.0	

Tab. 4: Zahl der Gruppensitzungen pro Jahr von 1992 bis 1996.

Zahl der Teilnehmer pro Sitzung 1992-1996						
Jahr	Zahl	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard- Abweichung	Varianz
1992		3.00	13.00	8.78	1.91	3.64
1993		3.00	14.00	8.37	2.34	5.48
1994		4.00	13.00	8.38	1.97	3.90
1995		2.00	14.00	9.56	2.38	5.66
1996		3.00	15.00	10.09	2.57	6.60

Tab. 5: Anzahl der Teilnehmer pro Sitzung

Beschreibende Statistik						
Jahr	Anzahl	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard- Abweichung	Varianz
Total	23	5.00	211.00	93.8696	70.3584	4950.300
1992	18	1.00	46.00	24.3333	16.2191	263.059
1993	15	12.00	43.00	30.000	9.8343	96.714
1994	17	3.00	42.00	24.000	12.4800	155.750
1995	19	1.00	40.00	22.5263	13.0357	169.930
1996	16	7.00	41.00	27.1875	10.7964	116.563
Valide Werte	11					

Tab. 6: Mittlere Anzahl von Sitzungen, an welchen die Patienten 1992-1996 teilnahmen.

peutische Gruppe erwies sich bei den Schizophrenen als ein Milieu, in dem die Wahnwelt und die äußere Realität miteinander konfrontiert wurden und die Kranken durch die Hilfe der Mitpatienten und der Therapeuten eine kognitive Korrektur erfuhren und den »Überstieg« in die Welt der äußeren Realität fanden.

Die Schizophrenen schwankten zu Beginn der Gruppenbeteiligung mehr als später, wie *Benedetti* (1975) es beschreibt, zwischen Schöpferischem und ihrer Psychopathologie. Es erschien etwa wie ein Tor zu überindividuellen, zeitlosen Inhalten, das sich in den noch auftretenden psychotischen Phantasien im Rahmen der Gruppe öffnete und dann wieder schloß, um bloßen dissoziativen Störungen Platz zu machen.

In dieser Gruppe nahm auch eine ca. 35-jährige Lehrerin teil, die in einem Buch, das sie verfaßte (*Annemarie Sommer-Wehrli* 1978), die zwei Welten in ihrer Psychose treffend schilderte: »... Immer wieder höre ich die Stimme Gottes. ... Einen Gottesbeweis kann ich liefern, davon bin ich überzeugt. Ich hatte nicht bloß eine persönliche Vision. ... Gott selbst hat sich mir und der Welt gezeigt. Ich beginne allen davon zu erzählen, den Ärzten, Schwestern, Mitpatienten. Sie verstehen mich nicht. Häufig sehe ich auch sie nicht mehr deutlich. Zwischen ihnen und mir gaukeln Bilder, oft rasen sie vorbei wie in einem zu schnell ablaufenden Film.« Kreativität und Störsymptome lösten sich bei dieser Kranken ab. Am Anfang der Gruppenpsychotherapie fühlte sich diese Patientin, wie sie sagte, »unendlich fern« von den anderen Mitgliedern. Nach Jahren der Beteiligung an der Gruppe – sie war dann schon längst wieder in ihrem Lehrerberuf tätig – sagte sie, wie in ihrem Buch festgehalten wird: »Noch heute ist mir meine Gruppe wichtig, und wenn ich mich genau prüfe, wird mir klar, daß es nicht nur rein menschliche Bindungen und Sympathien sind, die mich festhalten. Die Gruppe hat für mich mehr und mehr noch eine andere sehr wichtige Funktion bekommen: Sie hält den Zugang offen zu meiner Krankheit, die ich nicht einfach vergessen, verdrängen möchte.«

Die Patientin hat sich im Verlaufe ihrer Teilnahme der äußeren Realität zugewandt, ohne das Gedenken der Psychose zu vernachlässigen, und sich im Grunde zu einer Kotherapeutin entwickelt. Sie konnte sich indes nicht sehr lange ihrer Gesundheit erfreuen. Ein Lastwagen hatte beim Rechtsabbiegen die mit ihrem Zweirad geradeaus fahrende Patientin nicht beachtet und unter seinen Rädern zermalmt. Mit ihrem minderjährigen Sohn und ihrer hochbetagten Mutter trauerte die Gruppe monatelang um sie. Sie konnte sie nicht vergessen, ein Zeichen nicht nur für die Bedeutung dieser Patientin im Rahmen der Gruppe, sondern auch für die Stütze und den Zusammenhalt, den ein solcher Kreis für die Beteiligten zu bieten vermag.

Psychotherapie von Borderline-Patienten

Ob nun die Ich-Pathologie der Borderline-Patienten im Vordergrund steht oder die Affektstörung, immer gestaltet sich die dynamische Psychothera-

pie dieser Patienten schwieriger als bei den Schizophrenen. Dieser Umstand ergibt sich indes schon daraus, daß der psychotherapeutische Zugang zu den Schizophrenen durch eine Neuroleptika-Basisbehandlung, sofern die Dosierung dieser Stoffe nicht zu hoch angesetzt wird, erleichtert werden kann. Es werden vor allem die psychotischen Ängste dadurch gemildert. Die Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen jedoch reagieren, wie erwähnt, bei Neuroleptika-Dauermedikation oft mit vermehrten Ängsten, da sie sich zu müde fühlen, um ihr fragmentationsbereites Ich unter Kontrolle zu halten. Bei den Borderline-Patienten, die vorwiegend eine Neigung zu depressiven Episoden zeigen, kann jedoch meist eine Antidepressiva-Behandlung durch ihren stimmungshebenden und etwa auch angstlösenden Effekt sich günstig auf eine psychodynamische Therapie auswirken. Dieser positive therapeutische Effekt der Antidepressiva beinhaltet meist ebenso eine gewisse Beruhigung dieser Patienten in Bezug auf Impuls- und Aggressionsdruckbrüche.

Eine nun ca. 42-jährige Apothekerin (Frau E.), die zusammen mit ihrem um zwei Jahre jüngeren Bruder, lieblos, bei kalter Mutter und verschrobenem Vater, der oft mit Suizid drohte, aufwuchs, bereitete schon in der Mittelschule den Lehrern Schwierigkeiten, indem sie in depressiven Verstimmungen aus dem Unterricht weglaufen konnte. Damals schon wurde sie zu einem Psychiater geschickt. Durch ihre Mutter fühlte sie sich abgeschoben. Eine als Studentin eingegangene Ehe mit einem Pharmaziestudenten scheiterte bald, da sich die Patientin durch ihren Mann vernachlässigt und mißachtet fühlte. Nach der Scheidung von diesem Manne setzte sie ihr Pharmaziestudium fort. Das Schlußexamen bestand sie ein erstes Mal nicht, wobei es den Anschein machte, daß sie die Dozenten stets so provoziert hatte, daß sie mit einer ungenügenden Note abschließen mußte. Der zweite Ansatz zum Staatsexamen begann wieder mit einer Prüfung, die eher einem Kampf zwischen ihr und dem Examinator glich als einer Prüfung. Als damaliger Chefarzt der Psychiatrischen Universitätspoliklinik am Kantonsspital in Basel, die sie in ihrer Not aufgesucht hat, habe ich dann die weiteren Prüfer dahingehend orientiert, daß die Patientin, bei guter Intelligenz und ebenso großem Wissen, unbewußt die Examinatoren zu provozieren versuche und bat sie, die ersten fünf Minuten der Prüfung jeweils Geduld aufzubringen, damit sie sie danach wirklich betreffend ihres Wissens prüfen konnten. Ich versicherte den Examinatoren, daß sie in einer Therapie bei einer Kollegin unserer Institution stehe und sicher diese Provokationstendenz mit der Zeit verlieren werde. Zwischen ihr und der Therapeutin kam es aber immer wieder zu Auseinandersetzungen, da die Kranke in ihren fusionären Tendenzen die behandelnde Psychiaterin nur so lange als gutes Objekt anzusehen vermochte, als sie sich restlos einig mit ihr fühlte. Sobald dies aber jeweils nicht mehr der Fall war, versank die Patientin in schwere depressive Grundstimmung. Hellte sie etwas auf, erging sie sich in aggressiven Äußerungen der Therapeutin gegenüber, wobei auch ihr »Größenselbst« (Kohut 1971) zum Vorschein kam. Schließlich brach die

behandelnde Psychiaterin, die inzwischen eine eigene Praxis eröffnet hatte, die Therapie ab. Die Patientin kam in der Folge schwer depressiv zu mir, und ich erklärte mich bereit, sie in Therapie zu nehmen. Es konnte auch bei mir zu Aggressionsdruchbrüchen der Patientin kommen, wenn die Kranke der Ansicht war, ich unterstütze sie nicht und sei anderer Ansicht als sie. Ich nahm mir indes vor, wie ich das in den übrigen Therapien mit Borderline-Patienten tue, ihr in meiner Psychotherapeutenfunktion als unzerstörbares Objekt zur Verfügung zu stehen. Sie rief oft telefonisch an und forderte jeweils eine sofortige Konsultation, denn sie sei schwer depressiv. Entsprach ich ihrem Wunsche nicht, suchte sie jeweils andere Therapeuten auf. Dabei fühlte sie sich durch sie immer frustriert, und sie bemäkelte deren angeblich schwache Intelligenz und ihre mangelnde Empathie. Auch damit ließ sie ihre Tendenz erkennen, ihre Insuffizienzgefühle mit einem Größenselbst zu kompensieren. Die Patientin kehrte immer wieder zu mir zurück. Sie ist nach Beginn einer Therapie mit einem Antidepressivum etwas weniger oft schwer bedrückt und zeigt in dieser Beziehung weniger Rezidive. Auch ist sie etwas stabiler geworden in ihrer Stimmung und bereit, die wöchentlich stattfindende, dynamisch orientierte Psychotherapie weiter zu verfolgen.

Bei der Patientin waren die Objektbeziehungen dadurch gekennzeichnet, daß sie nur zwei Beziehungsmodalitäten kannte: 1. Die narzißtisch-fusionäre Beziehung, die allerdings auch bei Gesunden als Basis-Beziehung besteht, dort aber durch die übergeordneten Objektbeziehungen relativiert wird. Bei den Borderline-Patienten überwiegt aber diese Beziehungsebene. Werden die damit verbundenen Erwartungen nicht erfüllt, kommt es 2. zur projektiven Identifikation, einer auf der Basis-Beziehung sich aufbauenden, auf einer archaischen Ebene erfolgenden aktiven Ich-Leistung, die darin besteht, daß meist aggressive Anteile des Ichs auf das Objekt projiziert werden und sich der/die Betreffende in dessen scheinbare Aggressivität, die in Wahrheit seine/ihre eigene ist, einfühlt. Bei den Borderline-Patienten überwiegen generell diese beiden Beziehungsformen, die aber nicht wie bei den Schizophrenen zu unkorrigierbaren Wahnannahmen führen, während bei den Gesunden die Objektbeziehungen sogleich auch die reiferen Ich-Leistungen wie die Kreativität, die Abgrenzung vom Objekt, die Identifikation usw. umfassen und sich schließlich auch auf der Ebene des freien Entscheids vollziehen.

Die Patientin wurde vor allem vor der Antidepressivamedikation immer schwer depressiv, wenn sie erkannte, daß die Menschen, die sie ansprach, nicht ihrer Meinung waren. Sie drohte dann jeweils mit Suizid, ein Umstand, der schon auf den Wechsel zur Aggressivität hindeutet. Es kam in der Regel eine zweite Phase, in der sie in der geschilderten Weise verbal aggressiv werden konnte, und bei den anderen, zum Beispiel der Therapeutin, aggressiv-zerstörerische Absichten ihr gegenüber zu erkennen glaubte (projektive Identifikation). Wuterscheinungen und Rachegefühle sowie die kompensatorischen Größenvorstellungen der Kranken konnten so weit

gehen, daß sie bis an das Auslöschen der materiellen, ja sogar der leibseelischen Existenz des Objektes dachte. Das Agieren der Patientin kannte kaum Grenzen, so daß, entsprechend den von Kernberg et al. (1972, 1998) aufgrund ihrer Forschungen angegebenen Kriterien der bei Borderline-Patienten indizierten analytisch-orientierten expressiven Psychotherapie das psychotherapeutische Setting stark strukturiert werden mußte.

Es unterscheiden sich in Bezug auf die Objektbeziehungen die Borderline-Persönlichkeiten mit vordergründiger Affektstörung und jene mit mehr schizotypem Charakter nicht wesentlich, nur daß bei den letzteren die depressive Komponente nicht so stark sichtbar wird.

Gruppenpsychotherapie mit Borderline-Patienten

Der Autor moderierte eine erste therapeutische Gruppe mit Borderline-Patienten von 1983 bis 1991 und eine zweite von 1991 bis 1997, wobei ein Mitglied in beiden Gruppen vom Anfang bis zum Ende mitwirkte. Die Gruppen wurden stets mit Kotherapeuten geleitet. In der ersten Gruppe wechselten diese jeweils nach ein bis zwei Jahren, während in der zweiten Gruppe stets der gleiche Oberarzt (*A.T. Yilmaz*) mitwirkte.

Zur Illustration der Kommunikationsschwierigkeiten der Borderline-Patienten sei ein kurzer Abschnitt der 310. Sitzung der 1. Gruppe zitiert. Es waren daran insgesamt 5 Patienten, der Therapeut B. (*Battegay*) und zu jener Zeit der Kotherapeut F. (Assistenzarzt) beteiligt:

- Herr S.: »Kommt Herr B. noch. Ich habe ihn mit einer Frau gesehen. Wenn er diese Frau schlägt, verstehe ich die Welt nicht mehr.«
- Herr M.: »Seit dem Tod der Helene (Nichte des Patienten) ist immer jemand in mir da, der spricht. Die Stimme sagt: »Es ist mir ohnehin verleidet.« Seit einer Woche ist die Stimme weg. Ich leide immer noch am Schock wegen des Todes von Helene.«
- Therapeut B.: »Denken Sie, daß die Stimme etwas mit dem Schock zu tun hat?«
- Herr M.: »Ja, ich habe eine Stimme gehört in mir.«
- Herr S.: »Es trifft mich, wenn man mir sagt, ich käme nur wegen des Sex.« (Die Freundin hatte ihm das offenbar vor kurzem vorgeworfen.)
- Herr M.: »Du hast ein außerordentlich strenges Gewissen. Wenn Du das etwas weniger hättest, wärest Du gesund.«
- Herr S.: »Ich müßte aber eine eigene Wohnung nehmen, wenn ich bei der Freundin bliebe. Meine Frau hat gesagt, ich solle nur 2-3 Tage fortbleiben, es mache ihr nichts aus. Es sieht so aus, wie wenn sie froh wäre, wenn sie mich los wäre.«
- Therapeut F.: »Was geht in der Frau vor?«
- Herr S.: »Meine Frau ist wirtschaftlich abhängig von mir.«

Herr Pf.: (Kommt eine Stunde nach Beginn der Sitzung mit einem Foetor aethylicus)

Therapeut B: »Sie waren in einer Gastwirtschaft?«

Herr Pf.: »Ja, mit meinem Chef.«

Wie das Bruchstück des Protokolls einer Gruppenstunde aufweist, gehen die Patienten etwa nahtlos zu einem ausschließlich sie beschäftigenden Thema über und befassen sich dann nicht mehr mit dem, was ein vorher Sprechender mitgeteilt hat. Die Bemerkungen von Herrn M. weisen zudem darauf hin, daß er nach der emotionalen und kognitiven Belastung, die er durch den Tod der Nichte erfahren hat, eine Minipsychose erlitt, über die er nun berichtet. Das Zuspätkommen von Herrn Pf. läßt erkennen, wie wenig er den Gruppensitzungsablauf berücksichtigt.

Bald nach dieser Sitzung erhielt der Therapeut B. einen Brief des Gruppenmitgliedes H., der in der rapportierten Sitzung nicht dabei war, wobei ich einige Sätze daraus zitiere: »Sehr geehrter Herr Dr. B., wie ich als mehrjähriges Mitglied feststellen muß, ist Mißtrauen doch besser als Vertrauen. Ich habe wiederum gelernt, daß blindes Vertrauen sich nicht lohnt. Als sicher kein schlechter Menschenkenner habe ich Herrn Pf. wohl falsch eingeschätzt. Er hat mir doch hoch und heilig versprochen, mir das Velo für Fr. 50.- abzukaufen. Damit er nicht noch Umtriebe haben sollte, erwarb ich gleich die neue Velovignette zu Fr. 5.-. Leider habe ich sein Versprechen als bare Münze genommen. Er kam zum vereinbarten Zeitpunkt zu mir, versprach, da er zur Zeit sein Geld vergessen hätte, mir den Ausstand bei der nächsten Gruppensitzung zu begleichen. Ich wartete vergebens ...«

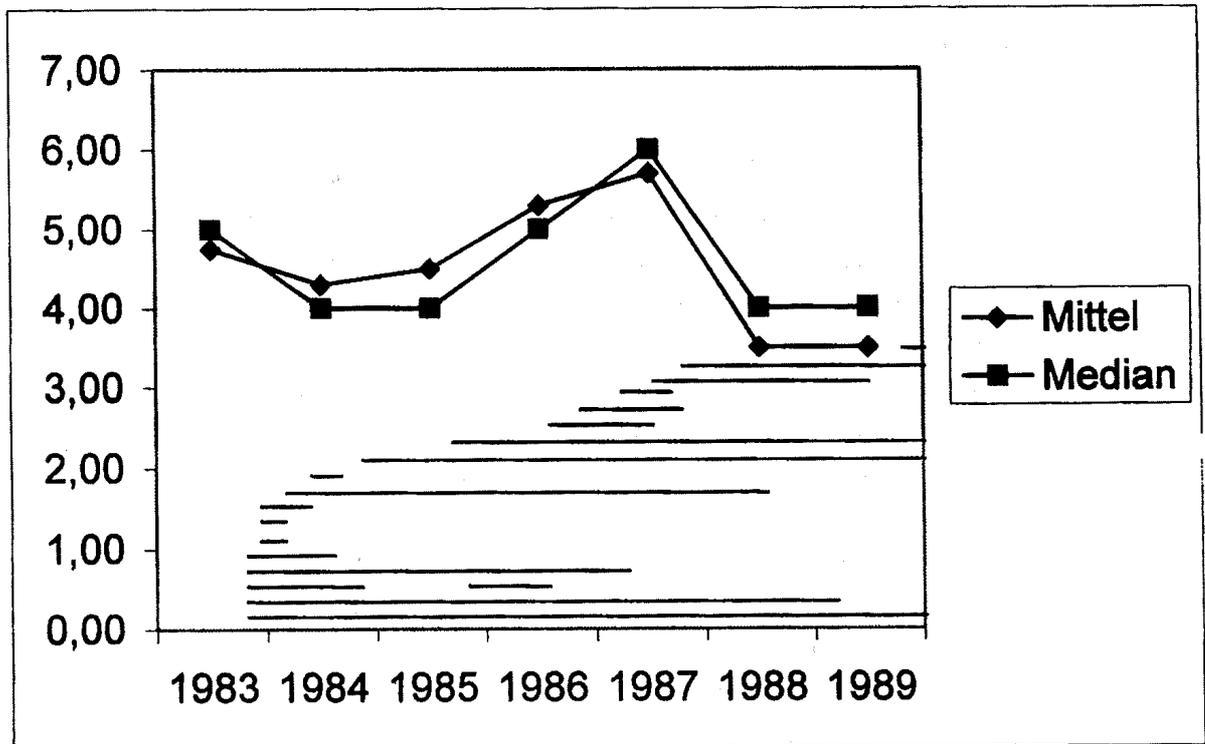
Patient H. kam wohl nicht zur Gruppensitzung, weil er Herrn Pf. nicht begegnen wollte. Er war nicht in der Lage, mit ihm seine Frustration zu besprechen. Deshalb wählte er den Ausweg, dem Gruppenleiter zu schreiben, wobei er doch irgendwie erwartete, daß dieser, wie ein Vater, ihm helfe, das Geld zu erhalten. Dieser Brief zeigt auf, wie schwer kommunikationsgestört auch Patient H. ist, und wie sehr er sogleich dazu neigt, im Mißtrauen den Kontakt zum anderen Gruppenmitglied abubrechen, statt im Gruppenverband für sein Recht einzustehen.

Wir haben, soweit es uns möglich war, die Gruppenpsychotherapie mit Borderline-Patienten auch statistisch zu erfassen versucht (*Battegay et al.* 1997). Eine erste Gruppe dauerte von 1983-1991 und eine zweite von 1991-1997. Wir verfügten indes nur für einen Teil der Gruppenbehandlungen über verwertbare Daten, die uns von der Administration unserer Poliklinik geliefert wurden.

Tabelle 7 zeigt, daß in der ersten Gruppe 18 Patienten während der Beobachtungszeit von 1983-1989 teilnahmen. Die Dauer des Mitwirkens der Patienten war sehr unterschiedlich.

Tabelle 8 zeigt die Daten der zweiten Gruppe für die Zeit von 1992-1996. Unabhängig von der Dauer ihres Mitwirkens betrug die Zahl der Patienten, die teilnahmen, 22. Doch schwankte die Teilnehmerzahl von

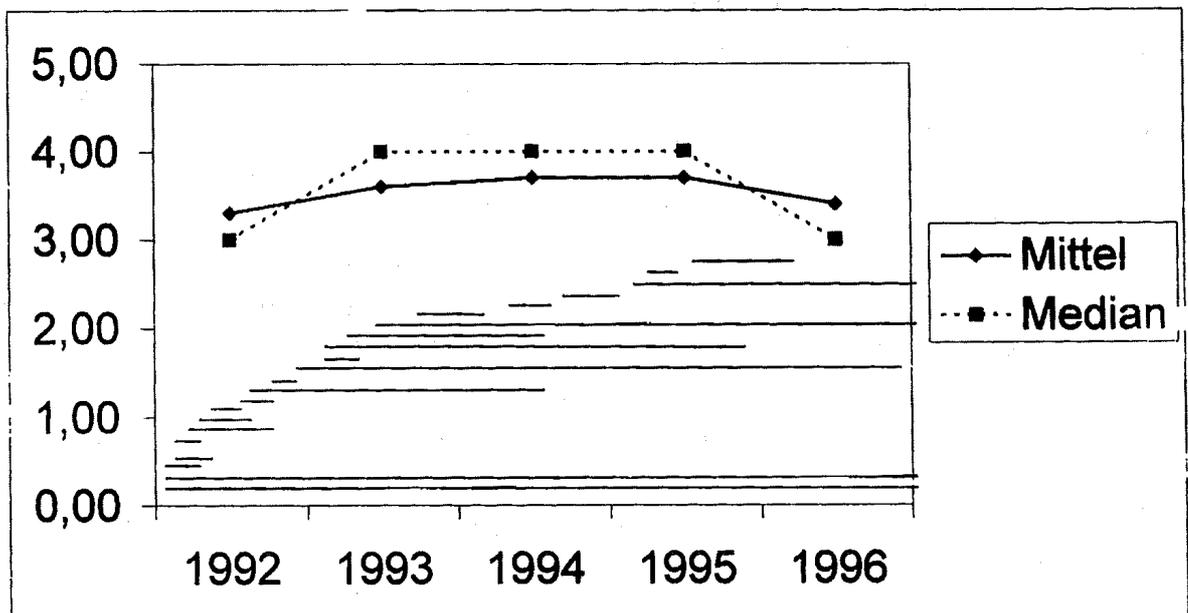
Zahl der Teilnehmer/Sitzung/Jahr



Horizontale Linien: Dauer der Teilnahme jedes Mitglieds (18)

Tab. 7: Erste Gruppe mit Borderline-Patienten

Zahl der Teilnehmer/Sitzung/Jahr



Horizontale Linien: Dauer der Teilnahme jedes Mitgliedes (22)

Tabelle 8: Zweite Gruppe mit Borderline-Patienten

Sitzung zu Sitzung, wobei oft zu den aufeinanderfolgenden Gruppenzusammenkünften verschiedene Patienten kamen. Es war in dieser Gruppe so etwas wie ein Drehbühnenphänomen zu beobachten.

Aus den Tabellen 7 und 8 kann ersehen werden, daß in beiden Gruppen ein Abfall nach 4 Jahren der Beteiligung auftrat, in der zweiten Gruppe 3 Jahre nach Beginn der statistischen Erhebung.

Aus Tafel 9 kann ersehen werden, daß die durchschnittliche Zahl und der Median der Teilnehmer pro Sitzung in der ersten Gruppe höher waren. Dieser Unterschied zur zweiten Gruppe und vor allem die niedrigere Zahl der Wegbleibenden kann dahingehend interpretiert werden, daß die erste Gruppe mehr Konstanz aufwies.

	<u>1983-89</u>	<u>1992-96</u>	
Gesamtzahl der Teilnehmer (unabhängig von der Teilnahmezeit)	18	22	
Zahl der Monate	74	60	
Zahl der Teilnehmer/Sitzung			
a) Mittel	4.56	3.58	
b) Median	4	3	
Dauer der Teilnahme (Monate)			
a) Mittel	25.9	14.1	
b) Median	17	5	
c) Bereich	1-74	1.60	
Prozentzahl der Wegbleibenden (Dauer der Teilnahme < 6 Monate)	38% 7 Teilnehmer	59% 13 Teilnehmer	0.170 Fishers Exakt Test (einseitig)

Tab. 9: Trends bei der Gruppenpsychotherapie mit Borderline-Patienten

Diskussion

Aus unseren Untersuchungen und Erfahrungen geht eindeutig hervor, daß die Psychotherapie und vor allem die Gruppenpsychotherapie von Schizophrenen, wenn sie unter einer – niedrig gehaltenen – Erhaltungsmedikation von Neuroleptika erfolgt, leichter vor sich geht als bei den Borderline-Patienten. Borderline-Persönlichkeiten schizotyper Art ertragen indes keine begleitende Dauerbehandlung mit Neuroleptika, höchstens eine temporäre, wenn Erregungs- und Angstzustände auftreten. Die Borderline-Patienten mit begleitender affektiver Störung, die meist depressiver Art ist, sind in der Regel bereit, Antidepressiva einzunehmen,

da sie unter ihren, meist durch überwertig interpretierte Außenweltereignisse ausgelösten Depressionen stark leiden. Dennoch bieten auch sie, wie die Erfahrung lehrt, größere Schwierigkeiten für die Psychotherapie als Psychosekranken.

Die Schizophrenen mit ihrem fragmentierten Ich sind nicht in der gleichen Weise wie Borderline-Patienten in der Lage, eine konstante Abwehr einzusetzen. Bei den Borderline-Persönlichkeiten ist diese starr, wenn auch nicht selten brüchig, und verursacht enorme Widerstände gegen jegliche – ängstigende – Veränderung. Man kann daher diesen Patienten als Therapeuten nur begegnen, wenn man über eine ausgedehnte psychiatrische und psychotherapeutische Erfahrung verfügt und bereit ist, eine unzerstörbare Präsenz aufzubringen. Dabei kann aber diese Haltung lediglich solange aufrecht erhalten werden, als keine Lebensbedrohung eintritt.

Bei den Schizophrenen kann, wenn ein Vertrauen in die Beziehung Patient/Therapeut entstanden ist, eine »symbiotische Übertragung« (Ammon 1992) beim Patienten eintreten, die es ihm – auch angesichts eintretender positiver Gegenübertragung des Therapeuten – gestattet, zunehmend Kontakt mit dem Behandelnden zu gewinnen. Die Borderline-Persönlichkeiten mit ihren Ängsten, daß sie bei Nähe zum Therapeuten ihre Eigenständigkeit verlieren, und ihrer Neigung, ihre aus projektiver Identifikation entstandenen Aggressionen und Feindseligkeiten zu agieren, bedürfen meist einer längeren Zeit der psychotherapeutischen Zuwendung, bis sie endlich Vertrauen in das psychotherapeutische Gegenüber gewinnen. Während *Sigmund Freud* (1915) aber noch annahm, daß bei Schizophrenen, die er auch als narzißtische Neurosen bezeichnete, wegen Rückzugs der Libido der Betroffenen auf das eigene Ich eine (therapeutische) Beziehung nicht entstehen könne, wissen wir heute, daß die Psychotherapie von Psychotikern möglich und eher leichter ist als bei den Borderline-Patienten, die, mit ihrem noch zusammenhaltenden, wenn auch fragmentationsbereiten Ich, viel starrer und kompromißloser an der Abwehr durch projektive Identifikation und die Spaltung in gute und böse Objekte (*M. Klein* 1946) festhalten als Schizophrene.

Zwar besteht sowohl bei den Schizophrenen als auch bei den Borderline-Patienten zu Beginn einer Psychotherapie ein hohes Maß an Ambivalenz. Doch findet der Psychotherapeut bei den Psychotikern rascher einen therapeutischen Zugang als bei den Borderline-Patienten, die sich infolge eines Lernprozesses in Bezug auf ihr Agieren und wegen ihrer Größenideen, die ihr mangelndes Selbstgefühl kompensieren sollen, oft über längere Zeit unnahbar zeigen und ihrem aggressiven Verhalten verhaftet bleiben.

Wir konnten auch aus unserer – allerdings in Bezug auf die Borderline-Patienten nur Trends nachweisenden – Statistik erkennen, daß Borderline-Persönlichkeiten bezüglich der Beteiligung an einer therapeutischen Gruppe in der Regel weniger konstant sind als Schizophrene. Es kann jedoch in Bezug auf die Resultate der Schizophrenengruppe nicht

entschieden werden, was und in welchem Maß die parallele Gruppe von Angehörigen dazu beitrug. Zweifellos hat die von den Schizophrenen eingehaltene Dauermedikation mit Neuroleptika mit zu den guten Resultaten bei diesen Patienten beigetragen. Immerhin trat, wie angeführt, nach Einbezug der Patienten in die Gruppenpsychotherapie bei den vorher schon mit Neuroleptika behandelten Patienten die in der Statistik festgehaltene signifikante Besserung ein.

Nur scheinbar im Widerspruch zur Starre ihrer Abwehr steht die beobachtete mangelnde Konstanz des Sozialverhaltens der Borderline-Persönlichkeiten. Diese Inkonstanz entspringt indes einerseits ihren Ängsten vor der Ich-Bedrohung, wenn sie andere, auch den Therapeuten, nahe fühlen. Andererseits können sie mit anderen nur in Kommunikation treten, wenn sie sie ganz in Übereinstimmung mit ihnen erleben. Ihre Kommunikationsstörung könnte mit dem Sprichwort »willst du nicht mein Bruder sein, schlag' ich dir den Schädel ein« charakterisiert werden. Die Schizophrenen sind weder in ihren Erwartungen noch in ihren Ablehnungen so radikal, sondern bleiben stets ambivalent.

Wie unsere Beobachtungen zeigen, erscheint die dem Psychotherapeuten entgegretende Welt der Schizophrenen reichhaltiger an Symbolen und aussageträchtigen Bildern als bei den vor allem durch die starre Abwehr ihrer mannigfaltigen Ängste und damit alles Außergewöhnlichen gekennzeichnete Welt der Borderline-Persönlichkeiten. Es ist daher, wie mir meine Erfahrungen mit Psychotikern wie mit Borderline-Patienten aufweisen, in der Regel interessanter, mit Schizophrenen psychotherapeutisch zu arbeiten als mit den Borderline-Persönlichkeiten. Dementsprechend entwickelt sich bei einem Schizophrenie-Psychotherapeuten meist rascher eine positive Gegenübertragung als bei den Borderline-Patienten. Dabei muß allerdings auch in Betracht gezogen werden, daß die fusionäre Beziehung des schizophrenen Patienten mit dem Therapeuten eine so enge Beziehung zu ihm darstellt, daß dieser sie weit mehr als bei den Borderline-Patienten als eine bindende Verpflichtung erlebt, die Patienten von ihrer psychotischen Not zu befreien, während bei der Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeiten, auch wenn der Therapeut eine unzerstörbare Präsenz einhalten will, immer wieder die Frage aufkommt, wo und wann er dem frustrations- und angstbedingten Agieren des Patienten Grenzen und damit der Therapie eine Struktur setzen muß, die unter keinen Umständen überschritten bzw. in Frage gestellt werden darf.

Congruences and Differences in the Psychodynamic Treatment of Schizophrenias and Borderline Personality Disorders

Raymond Battegay (Basel)

Whereas the psychological understanding of schizophrenics developed gradually from the beginnings of this century, the borderline personality disorders, however, were elucidated psychologically only in the second half

of the 20th century. With the development of psychotherapy of these two diagnostic groups was recognized that it is because of their disturbed social behavior also important to treat them not only individually but also to observe and to treat them in therapeutic groups. Concerning the diagnosis »borderline personality disorder« is to say that in the 40ies and 50ies of this century expressions as »pseudoneurotic forms of schizophrenia« (*Hoch* and *Polatin* 1949), »praeschizophrenic personality structures« (*Rapaport* et al. 1945/46) or »ambulatory schizophrenia« (*Zilboorg* 1957) were used which showed already that there are personality disorders which resemble partly schizophrenias. *Gunderson* (1989) and others, however, discovered a higher prevalence than in an average population in the families of these personalities also concerning mood disorders, especially depressions. In the last years *Gschwandtner* et al. (1997) and *Van Reikum* et al. (1996) in their studies about borderline-patients clinically clearly diagnosed as such found a relatively high percentage of borderline-patients with cognitive disturbances – contrary to DSM IV which states that no discrete brain disorder should be at the basis of this diagnosis.

The psychodynamic approach to schizophrenics, partly because they are usually treated simultaneously with neuroleptics, is generally easier than that to borderline personalities – who react in general negatively to these drugs -, as our experiences with psychodynamically oriented individual and group psychotherapy with both kinds of patients show.

Benedetti (1998) and *Ammon* (1992) remarked that psychotherapy of schizophrenics develops in the »intersubjective sphere« or lets grow in the patients a »symbiotic transference« which helps to rebuild the damaged ego and the self of the psychotics. The therapy groups with schizophrenics are furthering reality testing since they represent a higher »density of reality« (*Battegay* 1960) than a dual psychotherapeutic situation. Psychotherapy of borderline-patients, independent of the fact whether their ego-pathology is covered by a mood disorder or not, should be lead according to *Kernberg* et al. (1972, 1989) with an »analytically oriented expressive psychotherapy«. This psychotherapy is characterized by a structured setting, early interpretations especially of the patients' projective identification, and reality testing. The therapy group helps these patients in addition to individual psychotherapy to lead step by step to correct their misinterpretations of words and attitudes of other people, to recognize their rigid defense mechanisms and to make them better be aware of their multiple anxieties and to tolerate better the nearness of other humans.

The quantitative analysis of preponderantly analytically oriented group psychotherapy with schizophrenics with totally 21 patients resulted in a significant reduction of the total hospital time and the number of readmissions to a psychiatric hospital per year and better contact and life enjoyment capacity. For the years 1984 - 1991 no data were at disposal and for the years 1992 - 1996 (totally 24 patients) only the numbers of sessions and of participants were available, which showed a high continuity and

regularity of participation of these patients. From 1963 to 1996 a parallel group of relatives was lead, of whom the participation became more regular after the frequency of the sessions was reduced from one a week to one a month. The two groups of borderline-patients (1983 - 1989; 1991 - 1996) showed during the statistical registration (first group 1983 - 92, second group 1992 - 1996) concerning the participation, contrary to the group of schizophrenics, remarkable shifts of participation from session to session, that is a low constancy. Clinical vignettes of the psychodynamic individual and group treatment of schizophrenics and patients with borderline personality disorders show, how the patients step by step learn to overcome their social anxieties. For the schizophrenics the relationship with the individual psychotherapist and the therapeutic group became intersubjective milieus in which they gained ego-strength and self-assertiveness. In the individual and group treatment of the borderline-patients it became apparent how they tend in an extreme manner to narcissistic-fusional relationships with objects and to react with projective identification when they discover that the object has other attitudes and opinions as they have. By the feed-back of the therapist(s) and/or the group members in the reported dynamically oriented individual and group psychotherapy they gradually recognize their unconscious dynamics and learn to interpret better than before the communications of other people according to their real meaning. Nevertheless the drop-out rate in the groups with borderline-patients remained relatively high (group one: 38%; group two: 59%).

Literatur

- Ammon, G.* (1976): Das Borderline-Syndrom – ein neues Krankheitsbild. In: *Dyn. Psychiat.* (20) 339-368
- (1992): Neurose und Schizophrenie – Theoretische und klinische Erfahrungen und Konsequenzen. In: *Dyn. Psychiat.* (25) 147-164
- Battegay, R.* (1958): Unsere Methoden und Erfahrungen mit Gruppenpsychotherapie. In: *Schweiz. Arch. Neurol. Psychiatr.* (80) 1-37
- (1960): Psychodynamische Verhältnisse bei der Gruppenpsychotherapie. In: *Psychiat. Neurochir.* (63) 333-342
- Battegay, R.; Kläwi, C.* (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. Psychotherapie und med. Psychologie* (16) 134-146
- Battegay, R.; von Marschall, R.* (1978): Dynamics and effects of long-term group psychotherapy with schizophrenics. In: *Wolberg, R.L.; Aronson, M.L.; Wolberg; Arlene, R.* (Ed.): *Group Therapy*, Stratton Intercontinental Book Corp., 119-130
- (1987): Results of Long-Term Group Psychotherapy with Schizophrenics and their Relatives, Psycho- and Sociodynamic Results. In: *Huber, W.*: *Progress in Psychotherapy Research. Selected papers from the 2nd European Conference on Psychotherapy Research, September 3 to 7, 1985*, Presses Universitaires de Louvain, Louvain-la-Neuve
- Battegay, R.; von Marschall, R.; Gschwind, A.; Gschwandtner, U.* (1997): Long-term group psychotherapy with schizophrenics and their relatives, unpublished manuscript. Kongress »State of the Art in Psychiatry«, 19.-21.6.1997, Basel

- (1997): Group Psychotherapy with Borderline Patients, unpublished manuscript. Kongress »State of the Art in Psychiatry«, 19.-21.6.97, Basel
- Benedetti, G.* (1975): Psychiatrische Aspekte des Schöpferischen und schöpferische Aspekte der Psychiatrie. Verlag für Medizinische Psychologie im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- (1998): Vom Sinn und Doppelsinn der Träume. In: *Benedetti, G.*: Botschaft der Träume, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 11-184
- Bour, P.* (1964): Eléments catalysateurs dans la psychothérapie de groupe des schizophrènes. In: *Ann. méd. psychol.* (122) 431
- Brack, Esther* (1962): Bifokale Gruppentherapie mit Schizophrenen. In: *Z. Psychosom. Med.* (8) 13-141
- Erickson, R. C.* (1990): Applications of Cognitive Testing to Group Therapies with the Chronically Mentally Ill. In: *Int. J. Group Psychother.* (39) 223-235
- Fierz, H. W.* (1963): Klinik und analytische Psychologie. Rascher, Zürich
- Fromm-Reichmann, F.* (1952): Some Aspects of Psychoanalytic Psychotherapy with Schizophrenics. In: *Brody, B.; Redlich, F. C.* (Ed.): Psychotherapy with Schizophrenics. Int. University Press, New York, 88-111
- Freud, S.* (1946): Das Unbewußte. Gesammelte Werke (10), Imago, London, 264-303
- Gschwandtner, U.; Ernst, A.; Battegay, R.* (1996): EEG-Disorders and Eye Tracking Abnormalities and EEG Investigations in Patients with Borderline Personality Disorder. Ref. 9 Biennial International Pharmacology-EEG Group (IPEG) Meeting Prag 1996 (Abstract). In: *Neuropsychobiology* (34), 376-378
- Gunderson, J. G.; Elliott, G. R.* (1985): The Interface Between Borderline Personality Disorder and Affective Disorder. In: *Am. J. Psychiatry* (142) 277-288
- Gunderson, J. G.* (1989): Borderline Personality Disorder. In: *Kaplan, H. I.; Sadock, B. J.*: Comprehensive Textbook of Psychiatry, Vol. II, 5. Aufl., Williams & Wilkins, Baltimore/Hong Kong/London/Sydney, 1387-1395
- Hoch, P. H.; Polatin, P.* (1949): Pseudoneurotic Forms of Schizophrenia. In: *Psychiatr. Quart.* (23), 248-276
- Jacobi, Jolande* (1957): Komplex, Archetypus, Symbol. Rascher, Zürich
- Jung, C. G.* (1908): Der Inhalt der Psychose. Deuticke, Leipzig
- Kernberg, O. F.* (1975): Borderline Conditions and Pathological Narcissism. Jason Aronson, New York
- (1984): Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies. Yale University Press, New Haven/London
- (1994): Aggression, Trauma and Hatred in the Treatment of Borderline Patients. In: *Share, I. A.* (Ed.) (1994): Borderline Personality Disorder. A 25-Year Perspective and Prospective. The Psychiatric Clinics of North America, (17), 701-714
- Kernberg, O. F.; Burstein, Esther D.; Coyne; Lolafaye; Appelbaum; Ann; Horwitz, L.; Volk, H.* (1972): Psychotherapy and Psychoanalysis. Final Report of the Menninger Foundation's Psychotherapy Research Project. Bulletin of the Menninger Clinic. (36) Numbers 1/2 January-March, Topeka
- Kernberg, O. F.; Selzer, M. A.; Koenigsberg, H. W.; Carr, A. C.; Appelbaum; Ann H.* (1989): Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Patients. Basic Books, New York
- Klärner, J. P.* (1997): Anmerkungen zur Arbeit von T. Steinert und P.-O. Schmidt-Michel »Borderlinestörung und Schizophrenie«. In: *Nervenarzt* (68), 280-281
- Klein, Melanie* (1946): Notes on Some Schizoid Mechanisms. In: *Int. J. Psycho-Anal.* (27), 99-110
- Kohut, H.* (1971): The Analysis of the Self. Intern. Univ. Press, New York
- Macaskill, N. D.* (1982): Therapeutic Factors in Group Therapy with Borderline Patients. In: *Int. J. Group Psychother.* (32), 61-73
- Masterson, J. F.* (1976): Psychotherapy of the Borderline Adult. Brunner/Mazel, New York
- Powdermaker, F. B. & Frank, J. D.* (1953): Group Psychotherapy. Harvard University Press, Cambridge, Mass.
- Powell, M.; Illovsky, M.; O'Leary, W.; Gazda, G. M.* (1988): Life-skills-Training with Hospitalized Psychiatric Patients. *Int. J. Group Psychother.* (38), 109-117
- Rapaport, D.; Gill, M. M.; Schaefer, R.* (1945, 1946): Diagnostic Psychologic Testing, 2 Vol.: 1: 16-28; 2: 24-31, 329-366, Year Book Publishers, Chicago
- Rosen, J. N.* (1953): Direct Analysis. Grune & Stratton, New York
- Schindler, R.* (1958): Ergebnisse und Erfolge der Gruppenpsychotherapie mit Schizophrenen nach den Methoden der Wiener Klinik. In: *Wiener Z. f. Nervenheilkunde und deren Grenzgebiete* 15: 250-261

- Schwing, G.* (1940): Ein Weg zur Seele des Geisteskranken. Rascher, Zürich
- Shashkan, D.A.* (1957): Treatment of Borderline Case with Analytically Oriented Group Psychotherapy. In: *J. of Forensic Sciences* (2), 145-202
- Sommer-Wehrli, A.* (1978): Patienten im Kreis. Hans Huber, Bern/Stuttgart/Wien
- Steinert, T.; Schmidt-Michel, P.O.* (1995): Borderline-Störungen und Schizophrenie. In: *Nervenarzt* 66, 858-863
- Stone, W.N.* (1990): On Affects in Group Psychotherapy. In: *Roth, E.; Stone, W.N.; Kibel, H.D.* (Ed.): *The difficult Patient in Group*, Int. Universities Press, Madison/Connecticut, 191-213
- (1991): Borderline Personality Disorder. In: *Michels, R.; Cooper, A.M.; Guze, S.B.; Judd, L.L.; Klerman, G.L.; Solnit, A.J.; Stunkard, A.J.*: *Psychiatry*. Vol. 1, Chapter 17, J.B. Lippincott Company, Philadelphia/London/New York/Hagerstown, rev. Aufl.
- Sullivan, P.F.; Joyce, P.R.; Mulder, R.T.* (1994): Borderline Personality Disorder in Major Depression. In: *Journal of Nervous and Mental Disease* (182), 508-516
- Van Rekum, R.; Links, P.S.; Finlayson, M.A.; Boyle, M.; Bojago, I.; Ostrander, L.A.; Moustacalis, E.* (1996): Repeat Neurobehavioral Study of Borderline Personality Disorder. In: *Journal of Psychiatry and Neuroscience* (21), 13-20
- Winkler, W.Th. & Haefner, H.* (1954): Kontakt und Übertragung bei der Psychotherapie Schizophrener. In: *Z. Psychother. Med. Psychol.* 4, 179-184
- Wolberg, A. R.* (1982): *Psychoanalytic Psychotherapy of the Borderline Patient*. Thieme-Stratton, New York
- Zilboorg, G.* (1941): *Ambulatory Schizophrenia & Psychiatry*, (4), 149-155

Adresse des Autors:

Prof. Dr. Raymond Battegay
Delsbergerallee 65
CH - 4053 Basel
Schweiz

Die Therapeut-Patient-Beziehung in Einzel-, Gruppen- und Milieuthérapie**

Ernst Federn (Wien)*

Der Verfasser sieht in der Beziehung zwischen Therapeut und Patient das entscheidende Kriterium für das Gelingen von psychotherapeutischer Behandlung. Diese Erkenntnis gilt keineswegs nur für die klassische Form der Psychoanalyse, sondern für alle möglichen Spielarten von Psychotherapie, wie etwa der Gruppen- oder Milieuthérapie. Ernst Federn tritt dafür ein, die jeweilige Behandlungsmethode flexibel nach den Wünschen und Bedürfnissen des Patienten mit seinem individuellen Krankheitsbild auszurichten, weil die persönliche Begegnung mit dem Arzt oder Therapeuten das wesentliche Moment beim Heilungsprozeß ist. In diesem Zusammenhang räumt der Verfasser der Milieuthérapie sehr gute Erfolgschancen bei der Behandlung seelisch schwerkranker Menschen ein, denn diese bietet den Patienten reichhaltige Möglichkeiten der Beziehungsaufnahme an. Allerdings ist dazu – ähnlich wie auch im Falle aller anderen Therapieformen – unerlässlich, daß Leiter und Verantwortliche des Milieus über ihre persönliche Begabung zur seelischen Behandlung kranker Menschen hinaus zu einem eigenen Lernprozeß bereit und fähig sind.

Für lange Zeit bestand eine Psychotherapie aus einem Gespräch zwischen einem einzelnen Patienten und einem Therapeuten. Jugendliche in Gruppen zu behandeln begann *August Aichhorn* in Wien. In den Vereinigten Staaten entwickelte sich aus der Bewegung für seelische Hygiene eine Arbeit mit Gruppen. Ungefähr zur selben Zeit führte *Jacob Moreno* die Methode des Psychodramas ein, durch die die Patienten ihre Probleme in dramatischen Szenen verarbeiten können. In neuerer Zeit haben sich mehr als hundert verschiedene Formen der Beziehung zwischen Patienten und Therapeuten entwickelt, die in jeglicher Form die Einwirkung der Persönlichkeit eines Therapeuten auf den Patienten ermöglichen. Die einzige Therapieform, die das Unbewußte aufzudecken versucht, ist die von *Freud* entwickelte Methode der Psychoanalyse, die lange Zeit als die beste angesehen wurde. In den Vereinigten Staaten wurde sehr lange diese Form der Psychoanalyse bei allen Arten seelischen und geistigen Fehlverhaltens angewendet, was der Auffassung *Freuds* diametral widersprach, der seine Behandlungsmethode nur bei den Neurosen für wirksam erklärt hatte. Die Aufdeckung des Unbewußten dauert notwendigerweise eine lange Zeit; je stärker das Ich, umso längere Zeit braucht es, die von ihm geleistete Arbeit der Verdrängung aufzuheben. Möglich ist das überhaupt nur durch das Einsetzen der Übertragung, die negative Gefühle und Konflikte der Kindheit in die Gegenwart bringt. Es hat sich herausgestellt, daß viele seelische Probleme und daraus entstehende Konflikte aus Verhältnissen jüngerer

* Professor, M.A. für Sozialarbeit, Psychotherapeut, Ehrenmitglied der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung

** Vortrag gehalten auf dem 12. Weltkongreß der Weltgesellschaft für Dynamischen Psychiatrie WADP / XXV. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), Humboldt-Universität Berlin, 17.–21. März 1999

Zeit, ja manche sogar in einigen Stunden bewältigt werden. Je größer der Andrang seelisch Hilfesuchender wurde, desto größer wurde die Anzahl der Patienten und der verschiedenen Formen von therapeutischen Beziehungen. Eine der ersten Entdeckungen war, daß eine Anzahl von Personen ihre Probleme lieber in einer Gruppe besprechen wollte als in einer Beziehung zu zweit. Allerdings gibt es auch das genaue Gegenteil, Menschen, die unfähig sind, sich in Gruppen wohl zu fühlen und ein Gespräch zu zweit vorziehen. Nach dem I. Weltkrieg begann man, sich immer mehr für die seelischen Vorgänge in Gruppen zu interessieren und man fand große Unterschiede entsprechend der Größe und Art. Die Gruppenarbeit wurde zu einer Spezialität, über die ich noch einiges zu sagen habe.

Alle diese Therapieformen hatten einen Therapeuten, später führte man Gruppentherapien mit Kotherapeuten ein. Um 1950 entwickelte sich der Begriff »therapeutische Gemeinschaft«, über den *Maxwell Jones* ein Buch schrieb; daraus entstand der Begriff »Milieuthherapie«. Als ich in einem Kinderheim in New York 1957 zu arbeiten begann, hieß die Methode bereits Milieuthherapie. Worin besteht sie nun? Es behandelt nicht mehr ein Therapeut einen Patienten, sondern der Patient ist von einem Milieu umgeben, in dem jedes Mitglied eine therapeutische Rolle spielt. Der Anfang der Arbeit mit dieser Methode nach psychoanalytischen Gesichtspunkten wurde im Sanatorium Tegel in Berlin gemacht. Im englischen »Lexikon Psychologischer und Psychoanalytischer Ausdrücke« (1958), in Deutschland publiziert, ist es noch nicht erwähnt. Zur gleichen Zeit, in der ich mit dieser Methode arbeitete, lernte sie *Günter Ammon* in den Vereinigten Staaten in Topeka, Kansas kennen. Die Milieugruppe besteht aus zwei Sozialarbeitern, einem Psychotherapeuten, einem Arzt, einem Lehrer, einem Sportleiter, einem Arbeits- oder Ergotherapeuten, einem Koch und mindestens einem für das Haus Verantwortlichen. Die Führung liegt manchmal in den Händen des Sozialarbeiters. Es sind natürlich immer Männer und Frauen gemeint. Das Sanatorium in Tegel wurde von *Ernst Simmel* geleitet. Er mußte nach fünf Jahren aus finanziellen Gründen schließen, noch bevor *Hitler* es beseitigen konnte.

Alle erwähnten Therapieformen beruhen auf der Beziehung zwischen Patient und Therapeut oder Betreuer: Wenn *Freud* 1909 an *Jung* schrieb, daß Heilung immer durch Liebe entsteht, so ist damit klar geworden, daß auch die Psychoanalyse durch Liebe heilt. Sie hat diesen schwer definierbaren Begriff versucht, wissenschaftlich zu erklären, und ihn damit für die Praxis brauchbar gemacht. Jede engere oder intimere Beziehung zwischen zwei Menschen beruht auf einer Übertragung frühkindlicher Gefühle in die Gegenwart. Das ist ein schwieriger Begriff und nicht der Gegenstand meines Vortrages. Es sei dazu nur so viel gesagt, daß auch von den Therapeuten eine Übertragung entwickelt wird. In der Psychoanalyse von Neurosen muß diese Übertragung interpretiert werden. Wann und wie das in der Behandlung geschieht, ist der Kunst des Therapeuten überlassen. Nun ist es unmöglich, daß ein Therapeut jeden Menschen, mit dem er

arbeitet, lieben kann. *Hans Zulliger* hat diese Situation so erklärt. Der Therapeut liebt seine Tätigkeit, muß also narzißtisch eingestellt sein. Die Patienten oder Betreuten empfinden diese Liebe aber als nur auf sie bezogen.

Psychoanalytisch gesehen, ist jede Art von Behandlung eine Anwendung dieser Übertragung. Sie wird vom Ich gesteuert und hängt von seiner Stärke ab. Theoretisch muß man sich daher klar werden, was unter dem Begriff Ich zu verstehen ist. Ich kann natürlich heute nicht eine Theorie des Ichs entwickeln, deren es einige gibt. Nur soviel muß gesagt werden, daß es von der Stärke und Gestalt des individuellen Ichs abhängt, welche Therapieform die angemessenste ist. Dieser 12. Weltkongreß beschäftigt sich mit dem, was Schizophrenie genannt wird, und diese ist ausgezeichnet durch ein sehr geringes und sehr schwaches Ich, mit anderen Worten einem Ich, das dem eines sehr jungen Kindes entspricht, in der Katatonie dem des Neugeborenen. Neurotiker, die an Borderline-Syndrom leiden, besitzen ein zu starkes Ich, das nur sich selbst kennt und daher nicht imstande ist, ein Wirgefühl zu entwickeln, mit anderen Worten: mit der Gesellschaft zu leben. Diese ausschließlich auf sich selbst eingestellte Einstellung, narzißtische Neurose genannt, entsteht wahrscheinlich aufgrund von Genen. Wir wissen noch wenig darüber.

Die Milieuthherapie erweist sich nun als eine Methode, die sowohl dem schwachen wie dem zu starken Ich weitestgehend entgegenkommt. Wie falsch auch immer eine Ich-Entwicklung sich gestaltet hat, sie ist niemals in allen Bereichen des Lebens gleich. Das Milieu bietet nun die Möglichkeit, eine positive Beziehung zu anderen Mitgliedern aufzunehmen. Das ermöglicht die Einflußnahme auf die Entwicklung dieses Ichs in der Richtung auf andere Funktionen oder Teile des Ichs. Ein einleuchtendes Beispiel ist die Übertragung auf den Sportleiter oder den Ergotherapeuten. Das ist besonders klar bei den Charakterstörungen zu sehen. Bei den Schizophrenen ist die Bindung an eine Mutterfigur am leichtesten herzustellen. Das erkannte *Paul Federn* bereits in den 30er Jahren. Schon 1905 hat er eine schizophrene Malerin mit Hilfe seiner Frau behandelt und wieder gemeinschaftsfähig gemacht. Aufgrund seiner Auffassung vom Ich veranlaßte er später, daß der Psychiater von einer Krankenschwester unterstützt werden muß. Da der Therapeut oder Sportlehrer, es kann auch der Tanzlehrer sein, dem Ich des Patienten eine Befriedigung verschafft, entsteht zuerst eine Übertragung narzißtischer Liebe und dadurch dann ein soziales Verhältnis. Dies kann durch richtiges Verhalten des Milieus auf die anderen Therapeuten übertragen werden. Damit ist ein wichtiges Ziel der Behandlung erreicht.

Ein richtiges Verhalten des Milieus zu bewerten, ist Gruppenarbeit. Das allein macht Milieuthherapie schon zu einer Aufgabe psychoanalytischer Sozialarbeit, in der der Psychiater Supervisor ist, aber weder der Leiter noch der Therapeut sein muß. Die Arbeit der Milieugruppe ist eine sehr schwierige, denn ihre Mitglieder müssen grundsätzlich miteinander übereinstimmen und sich vertragen. Jeder Konflikt im Milieu hat negativen

Einfluß auf die Behandlung der Patienten. Ob dieser Gruppenzustand nur durch die Leitung oder auch auf dem Wege der Selbsterfahrung erreicht werden kann, ist eine offene Frage. Es scheint mir beides möglich. Unerläßlich hingegen ist zumindest eine wöchentliche Supervision. Milieuthérapie verlangt Besprechungen der Leiter des Milieus. Laufende Angelegenheiten des Milieus sollten in längeren oder kürzeren Leitersitzungen besprochen werden, die wöchentliche Supervision sollte jedoch drei Stunden dauern. In dieser müssen die Probleme des Leiterstabes, wie die der Patienten behandelt werden. Es ist vorzuziehen, einen außenstehenden Psychoanalytiker mit der Supervision zu betrauen, es kann aber auch der Therapeut oder Psychiater der Gruppe diese Aufgaben unter Umständen übernehmen. Aus dem bisher Gesagten geht bereits eindeutig hervor, daß Milieuthérapie sehr kostspielig ist. Gute Mitarbeiter sind für niedrige Gehälter nicht zu haben. Auch wird, wer immer der Geldgeber ist, nur dann bereit sein, die Mittel zur Verfügung zu stellen, wenn er von der Richtigkeit der Milieuthérapie überzeugt ist. Es ist daher nötig, sich sehr klar zu sein, welche Patienten eine Milieuthérapie brauchen und welche auch auf andere Weise erfolgreich behandelt werden können.

Schizophren reagierende Patienten haben häufig keinerlei realistische Beziehungen zur Außenwelt mehr. Die neuen Medikamente verringern die Zahl dieser Patienten beträchtlich. Unter den dissozialen Jugendlichen wie auch Erwachsenen brauchen Milieuthérapie, früher »stationäre Behandlung« genannt, alle jene, die durch ihr Verhalten andere Menschen gefährden.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß es bei jeder Art von Psychotherapie entscheidend auf die Beziehung zwischen Behandeltem und Behandler ankommt. Eine solche herzustellen und dann zielführend zu benützen ist eine Kunst und verlangt Begabung.

Therapist-Patient-Relationship within Single-, Group- and Milieuthérapie

Ernst Federn (Vienna)

For some time psychotherapy consisted of a dialogue between patient and therapist. The treatment of juveniles began in Austria with *August Aichhorn*. In the United States out of the Mental Health Movement developed the work with groups. About the same time *Jacob Morenco* created the method of psychodrama through which patients work out their problems in dramatic action. In recent more than a hundred forms of relationship between patient and therapist have developed which make the influence of the personalities of a therapist on the patient possible. The only form of therapy which tries to uncover the unconscious conflicts is psychoanalysis; it was considered the best for quite some time. In the United States this method was for a long time considered as the only

method of psycho-therapy for all human misbehaviour – to avoid the term illness which was contradictory to the opinion of *Freud* who considered psychoanalysis as only suitable for treating the neurosis. This uncovering of the unconscious takes of course a long time. All the stronger the ego, all the longer it needs to give up its work of repression. This is possible at all only through the phenomenon of transference, which repeats experiences, sensations and conflicts from past ages into the presence. One found out that many conflicts and problems stem from younger periods and are therefore much less strongly repressed. Many of them can therefore be solved much faster, some of them in a few hours. All the more frequent the demand for psychic help and assistance became, all the more grew the number of various forms of relationships between people. One of the new discoveries was the fact that some people prefer talking in groups instead of in a dialogue. There are, however, always people who are incapable of discussing private problems in groups and prefer the dialogue. After the 1st World War the interest in working with groups grew stronger and a group therapy method began to be developed and finally became a speciality. I am going to talk about it later on.

At the beginning all these forms of therapy had only one therapist, later developed the method of having two therapists, a man and a woman. About 1950 the concept of a therapeutic community developed, about which *Maxwell Jones* wrote a book. Later the concept of milieu therapy came into being. When I was working in a home for delinquent boys in New York, in 1957, we called the treatment method already milieu therapy. What is it? The treatment is not any longer carried out by one therapist, but a milieu surrounds the patient for 24 hours in which each person takes on a role in the treatment. The first such therapy was the Sanatorium Tegel in Berlin under the leadership of *Ernst Simmel*, in 1928. In the English Dictionary of Psychological and Psychoanalytic Concepts and Expressions we find the word psychotherapy already in 1958. In a German Dictionary of Psychology published in the same year, the word psychotherapy did not yet exist.

At the same time which I worked with this method, *Günter Ammon* learned about it in the United States, in Topeka, Kansas. The milieu consists at least of two social workers, one psychotherapist, one physician, one teacher, one games-master, one ergotherapist, one cook and one responsible for taking care of the home or house. The leadership is usually in the hands of the social worker. There are of course always men and women active. The Sanatorium in Tegel had to close after five years out of financial reasons, before *Hitler* could do away with it.

All forms of therapy mentioned so far consist of the relationship between therapist or taker and patient. When *Freud* wrote in 1909 to *C.G. Jung* that any cure derives from love it became clear that this applies also to psychoanalysis. This difficult phenomenon which we call love, psychoanalysis has called transference to make it usable for therapy. We know now that each relationship between people consists of sensations and experiences of

earlier ages. This is a difficult concept and not subject of my present lecture. In psychoanalysis this transference must be interpreted. How this is handled in the treatment is the art of the therapist. It is, however, a fact that he or she cannot love all his or her patients. *Hans Zullinger*, in my opinion, had given the correct explanation of this phenomenon by stating that the therapist is lover of his own doing; it is therefore a narcissistic action. But the patient believes that it is he or she who is loved.

Psychoanalysts see each form of therapy is an application of transference. It is governed by the ego and depends on its strength. It is therefore necessary to be clear about the concept of the ego. I cannot talk today about the therapies of the ego but one thing has to be said: It depends on the strength or weakness of the ego and its shape to decide what kind of therapy is needed. The 12th World-Congress of WADP dealt with the treatment of what is called schizophrenia. There is general agreement that those patients possess a very weak ego or in other words, the ego of a small child. In the catatonic state he possesses the ego of a newborn. In the neurosis the ego is a least three to five years old. (We refer always to the mental ego.)

The misbehaviour of the borderline patient is due to an ego too strong and incapable of developing a we-feeling. But without the experiencing of a We, living within society is impossible. It is most likely that the consistence of the ego depends on the condition of the genes about which we still know very little.

Milieu therapy proves to be a method which can cope with both the weak and the strong ego. In whatever direction an ego develops it is never the same and each individual is a separate unit. The milieu renders possible to develop a positive relationship to one or the other member of the team. When this occurs, the ego can be influenced to develop, or at least a part of the ego can do so. One can observe this in the relationship of the character disturbances.

With the schizophrenics it is a relationship for a motherly figure which can be created in a shortest time. This was discovered by *Paul Federn* as early as 1905, when he treated together with his wife a schizophrenic painter, a young woman who could be brought back to social life within a few months. On this basis of the observation *Federn* demanded in every treatment of schizophrenics the assistance of a woman worker. After a relationship was developed between the patient and the game-master or the ergotherapist it is at first narcissistic but nevertheless a social relationship has been created. Through the correct attitude and actions of the milieu an important aim of the treatment was achieved.

In order to reach a correct behaviour of the milieu, groupwork is necessary. This fact alone puts milieu therapy in the field of social work. In group therapy the psychiatrist is consultant but not necessarily the therapists. The work of a milieu is a very difficult one. Its members have to agree with each other and must feel as a unity. Each conflict between milieu

members creates conflicts in the patient. Whether such a unity can be reached by a strong leadership or by selfawareness is still an unsolved question. It seems that both is possible. But absolutely necessary is a steady supervision on a weekly basis. The daily events, as well as the problems of the single patient must be regularly discussed. Such meetings may last for three hours and it is advisable to have this task performed by a psychoanalyst from outside of the treatment place. But it is possible that a member of the team serves as a supervisor.

From what has been said so far it is obvious that milieu therapy is a costly undertaking. Good people are not hired with a small salary. One who is convinced about the correctness of milieu therapy will be ready to spend money for it. It is therefore absolutely necessary to be clear which kind of patient is served best through it. Among schizophrenic patients all those who have no contact with the social world need milieu therapy. The new medication diminished the number of these types. Among dissocial juveniles milieu therapy, formerly called inpatient treatment, is need for all those who are dangerous to other people.

In summary it can be said that in all psychotherapies the relationship between patient and therapist is the most important element of treatment. A certain talent is necessary to work successfully in milieu therapy. Experiences of over fifty years have shown that it is most successful in certain types of asocial and dissocial behaviour.

Literatur beim Verfasser

Adresse des Autors:

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

Schizophrenia, Borderline, and the Dissociation Model**

Christian Scharfetter (Zürich)*

The name schizophrenia, suggested by Eugen Bleuler, refers to the theoretical concept of dissociation which was widely in use in the last third of the 19th century, together with concepts like predisposition, vulnerability, psychasthenia, indicating a proneness of certain personalities to undergo a mental disorganization of a psychotic or near-psychotic degree. A weakness of the synthetic capacity of the subject's psyche may be seen as a common denominator of disorders nowadays separately listed in the modern nosological instruments: dissociative disorders, borderline personality disorder and the most severe dissociative disorder (fragmentation) of schizophrenia.

Introduction

From a historical perspective, the concept of schizophrenia derives from two sources: the nosographical tradition of the 19th century and the concept of a disorder of the united being of the person (this is the concept of dissociation). That very idea of dissociation of the normal coherence of the person got nearly lost in the rigid nosological categorization and the formal descriptive psychopathology, collecting pathognostic signs, indicating the supposed mental disorder schizophrenia.

The disorders of personality which are nowadays named borderline are not new disorders. Their description can be found under different names in the pre-*Kraepelinian* literature: people who suffer of a very fluctuating and instable consciousness of themselves, who are weak concerning autonomy, independency, self-control, equilibration of drives, impulses, emotions, who are extremely sensitive against intrinsic or external burden or traumatic events. This type of personality was seen as disposed to psychopathological manifestations. *Canstatt* (1841) had suggested the name »psychic vulnerability« as an unspecific proneness to mental disorders, more than a century before *Zubin* proposed his model.

The concept of personalities predisposed to mental disorders as a reaction to internal or external events is very near to the concept of psychasthenia which was widespread in the last third of the 19th century. Psychasthenia was conceived as weakness of the synthetic power of the mind. It was held to be the precondition for dissociation, i.e. the separation of certain psychic functions from the whole integrated consciousness. Thus, psychasthenia and dissociation were used for the interpretation of polymorphous and instable fluctuating psychopathological manifestation –

* Prof., M.D., Head Research Department Psychopathology, Psychiatric Hospital Zürich

** Paper presented at the 12th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XXVth International Symposium of the German Academy for Psychoanalysis (DAP) e.V., Humboldt-University Berlin, March 17 - 21, 1999.

e.g. in hysteria, in hypnotic phenomena, in personality disorders resembling the personalities nowadays called schizoid, schizotypal or the more dramatic form of borderline personality disorder. They could manifest positive psychopathology (at that time described e.g. by *Freud* 1894 as »neuropsychozes«). Some could be seen as representing latent or subclinical forms or schizophrenia, as *Eugen Bleuler* (1911) conceived them.

These three issues – schizophrenia, borderline, and psychasthenia/vulnerability – will be discussed in relation to the concept of dissociation.

The schizophrenias of Kraepelin and E. Bleuler

Emil Kraepelin represents primarily the nosographical tradition of 19th century psychiatry with its two lines of conceptualization, the unitary psychosis (*Einheitspsychose*) and the complex systems of many different psychotic disorders without any conclusive common denominator. *Kraepelin* in his crude nosopoietic act collected the nowadays affective disorders into one group, dominated by depressive and manic syndromes, and subsumed all the heterogeneous types of non-affective disorders under the heading »dementia praecox«. He borrowed the name from *Morel* (1860). The term should express the early beginning and the deteriorating course of the disorder. The concept, in spite of not being valid, is continued in the internationally accepted nosological schemata (DSM, ICD).

Eugen Bleuler (1902) followed *Kraepelin* in most respects with some reservations concerning the early beginning and the malign prognosis.

Both authors, *Kraepelin* and *Bleuler*, observed the central characteristic of the personalities: a disorder of the inner coherence of the person. This was in line with many other psychiatrists of the time, who suggested incongruence of cognition and affect, sejunction, dissociation, dissolution as the essence of these group of psychoses. But *Bleuler's* proposal of the name »schizophrenias« (1908, 1911) was the one who made the run. It was handy to use as a noun as well as an adjective. *Bleuler's* theory of a »disruption and splitting of the psychic functions« (1908, p. 436), of the weak associations, of the splitting off of affect-loaden complexes of ideas (1911, p. 296) reflects the influence of the dissociation model.

The follow up of the nosological tradition from *Kraepelin* towards the post-*Kraepelinian* aera of DSM and ICD shows an increase in the rigid nosographical categorisation as well as the dominance and consolidation of the apersonal and undynamic descriptive psychopathology (in the style of *K. Schneider* 1939). The essentially dynamic concept of dissociation, the separation of psychic functions, in the schizophrenias a severe fragmentation of the ego consciousness, was not well considered as a valuable one which opened the path to a biographical psychodynamic understanding.

The concept of dissociation

The concept of dissociation has its origins in the elementary and association psychology of the 18th and 19th century. The implicit prerequisite of this rationalistic psychology is a physicalistic image of the psyche. The elements, components, e.g. imagination and affect, can form »complexes« which may be separated, split off from the integrated whole of the conscious psyche. Dissociation became a widespread model of interpretation of polymorphous phenomena: hypnosis, hysteria, alternating or multiple personality were the first objects for applying this concept. Especially the writings of *Pierre Janet* (1889) are well known as a source of accepting this instrument of interpretation. Even in brain histology the model was used: *Meynert* for example wrote 1890 that delusion would result from an interruption of the fibrous nerve connections, called association fibres.

The model was applied not only in pathology. *William James* (1890/96) observed that a split of the consciousness may eventually happen also under »normal« conditions. Insofar as *James* also spoke of various and potential selves (bodily, social, spiritual), one could easily assume a split, a dissociation of various aspects of the self.

Freud had taken over early the concept of dissociation and applied it for various different processes: dissociation from consciousness (near to the mechanism of repression), split of consciousness, of the ego, of the personality, between ego and external world (for details see *Scharfetter* 1999).

In the later development of psychoanalysis the concept of splitting between good and bad object representations by the object relation theory became dominant. The function of splitting was seen in a defense against unbearable ambivalence.

This very same concept is leading also for *Kernberg's* theorizing on borderline personality organization. Dissociation is restricted primarily to the intrapsychic separation of all good and all bad object representations.

Thus, again here, concerning the borderline concept, we see how the originally dynamic and flexible model of dissociation is taken solely for one dominant idea. The many other dissociative phenomena which can be seen in borderline disorders are not considered seriously in the listing of the dissociative disorders of DSM-IV and ICD-10.

Vulnerability, psychasthenia, and psychotrauma

The attempts to find a descriptive access to personalities predisposed, prone to develop a mental disorder, can be found quite early in occidental psychiatry. *Esquirol*, in the first decennia of the 19th century, conceived predisposition as resulting from hereditary faults and external injury or trauma. *Heinroth* (1818) considered that a disorder of the psychic economy,

a deficit of the psychic energy balance could be the basis of disposition. *Canstatt* (1841) spoke of the »psychic vulnerability«, characterizing the disposition for a psychic dysequilibrium, a certain irritability and proneness to manifest mental disorders. *Feuchtersleben* (1845) interpreted psychic vulnerability as a vital weakness resulting from bad psychic economy (p. 189). *Griesinger* (1871) saw the irritable feebleness and the disposition for excessive reactions to intrinsic stressors or external events (especially loss) as a consequence of a disordered energy household, of an energetic imbalance (p. 118).

It was the same personality type, disposed to loss of self-control and disintegrative states, prone to loose the mental coherence under stressful live events – which was conceived as psychasthenic personality. Such personalities lacked the synthetic capacity of the psyche. They could easily get into dissociated states of mind from absorption in altered states of consciousness, automatisms to the most severe dissociation we are aware of: the ego fragmentation.

Such dissociations could be transient and circumscribed or in severe cases global and permanent.

The triggering mechanism for dissociation was seen in a traumatic experience. By that the important relation of vulnerability and psycho-trauma is brought into consideration. Intrinsic burdens (like drives, wishes) as well as exogenic traumatization lead to reactions of the personality dependent on their reactivity. Trauma (with the exception of the most severe traumatic events like holocaust, torture, incest, war and disaster) is not an absolute quantity, but is to be considered in relation to the sensitivity, receptiveness, vulnerability and the reaction potential of the individual.

Concerning the theorizing about the etiology of vulnerability, of psychasthenia we see hereditary as well as experiential concepts. Nowadays, we find the same spectrum of interpretations in psychotraumatology, in the supposed incest etiology of borderline personality disorder, in the concept of schizotaxia (*Meehl* 1990), in the stress-dyasthesis (vulnerability)-model of *Zubin* (1990).

Borderline disorders: instable ego states with multiple dissociative phenomena, but rarely with fragmentation

The basis of borderline pathology is an instable, too less confirmed, corroborated, coherent state of the person's ego. These states, frequently endangered by overwhelming anxiety, psychic pain and anger, are presented clinically in the polymorphous pathology of the borderline syndromes and its comorbidities. Many of the prepsychotic anxiety states are fears of the imminent disintegration, being overwhelmed by chaos, falling into the void – and desperate efforts to fight against this fears of to flee from them. Many dissociative phenomena of borderline pathology show this

struggle: absorption, escape in trance-like twilight states, depersonalisation, derealisation, total exposition without possibilities to defend oneself to anger, psychalgia, anxiety, isolation, voidness, lack of resistance against impulses to self-inflicted harm.

In the majority of such cases there is no productive psychotic symptomatology like hallucinations, illusional misinterpretations, delusions – or only very transient. The catamnestic studies (*McGlashan* 1985, *Stone et al* 1987) also demonstrate, that borderline pathology does not frequently lead to schizophrenic pathology. I suppose that the instable, fluctuating, flexible ego state implies some schizo-protective mechanism, i.e. that a caleidoskop-like fluctuating ego does not so easily undergo fragmentation – at least not in an enduring, permanent and pervasive way as in schizophrenic syndromes.

Thus, borderline pathology seems to represent an other type of dissociative disorder. Arguments for that assumption are the follow-up findings (low percentage of schizophrenia), the genetics (quite a lot of affective disorders in the relatives) and the closer study of the self-experience of the borderline personalities who frequently express fear of ego disintegration but rarely actually develop ego fragmentation.

Schizophrenic and borderline disorders from an ego psychopathological perspective

The schizophrenias can be conceived as the most severe forms of ego pathology, the destruction of the five basic dimensions of the empirical ego (*Scharfetter* 1996). These basic dimensions of self-experience concern ego identity, demarcation, coherence and consistency, activity and vitality (see table 1).

The study of the self-experience of schizophrenics as compared with the one of borderline personalities reveals differences as well as similarities. The frequency of positive (yes) answers in the 53 items of the ego pathology inventory (*Scharfetter* 1996) is much higher in schizophrenics than in borderline personalities. Another important difference can be shown: borderline patients report fear of loss of self-functions in the concerned basic dimensions, but they do not experience an actual loss.

Borderline patients do not delusionally change their identity. Their uncertainty concerning their identity is not overcome by a delusional construction of another, a new identity (gender, function, capacity, origin, physiognomy). Borderline patients may fluctuate between fears of fusion and aggressive defense against such a loss of the certainty of their ego realm. But they do not suffer a severe disorder of their self-demarcation like schizophrenics with thought broadcasting, appersonation, transitivity.

Disorders of ego coherence and ego consistency of borderline patients are reported as fear of imminent disintegration and body dysmorphic disorder (shape and consistency of the body ego). Schizophrenics suffer a

Ego vitality

- Experience of (or fear of) one's own death, of dying, the fading away of liveliness, of nonexistence of self.
- Experience of (or fear of imminent) ruin of the world, of mankind, of the universe.
- Overcompensation can be seen in delusions of being a healer, a world renewer.

Ego activity

- Lack of or deficit in one's own ability/potency/power for self-determined acting, thinking, feeling, perceiving.
- Control by outside powers, manipulation by others.
- Thoughts, feelings, perceptions made by others, inserted, taken away, stopped.
- Feeling of being weak or paralyzed or possessed by strange powers.
- Awareness and certainty of intentionally directing one's own thinking, speech, action means autonomy in self-government.
- Disorders of ego activity correspond to the well known symptom of being influenced, directed by alien forces.
- Overcompensation is the megalomaniac self-inflation of omnipotency.

Ego consistency and coherence

- Destruction of the consistency and coherence of one's self, the body, soul, the world, the universe as a unitary being, dissolution, splitting, multiplication.
- Disruption of the connection of thinking and feeling, of will, impulse and fulfilment of action.

Ego consistency has a broader connotation than coherence. It means the quality of self-experience as structured and organized (against chaotic disorganization, dissociation, disintegration) into a coherent living being:

- in coenesthetic self-sense (body experience)
- in a harmonious fitting together of experienced mental content and corresponding feeling
- in experiencing a coherent process of reasoning
- in experiencing a coherent, structured, organized external and internal world.

Megalomaniac overcompensation in multiplicative delusions is rare.

Ego demarcation

- Uncertainty, weakness or lack of the differentiation between ego and non-ego spheres.
- Deficit of a private sheltered realm of body-experience, thinking, feeling.
- Disturbance of the discrimination of inner and outer, of personal and external fields.

Ego demarcation not only allows us to be sure of our own private realm of experiencing mental events but also, at the same time, to communicate by the passage through the transparent boundary outwards (centrifugally) and inwards (centripetally).

Ego demarcation may be seen as a basic prerequisite as well as a result of a defined, i.e. delimited ego identity.

Ego identity

- Loss of, changes of, or doubts concerning one's own identity in respect of (human) gestalt (morphology), physiognomy, gender, genealogic origin and biography.

Ego identity means a prereflexively "naturally" given certainty of one's own definite selfhood despite changes in life course, in various situations. As self-definition, or development of a self-concept, it includes a definition of one's own limits or boundaries.

Table 1: The pathology of the five basic ego dimensions

more concrete experience of dissolution of the body, of the coherence of thought and emotions, of destruction of their organs. Or they experience themselves as divided, even multiplied – but not in separate quasi-personalities like in dissociative identity disorder (a disorder in the neighbourhood of borderline as well as of schizophrenias).

In schizophrenics, disorders of the ego activity are manifest in the symptom of being influenced by alien forces, thought insertion, withdrawal, direction. In borderline personalities, it is more the uncertainty of one's own autonomy in self-control, sometimes with aggressive defense against supposed external direction and forced demonstration of the own autonomy (e.g. in anorectics).

Disorders of ego vitality in schizophrenics are expressed in the delusions of dying, being dead or being in a process of mumification. In borderline patients, it is rather a diminution of the feelings of vitality in the depersonalisation.

Thus, we can recognize: schizophrenics represent the most severe degree of ego pathology in the basic dimensions of the self-experience – and their experience and behaviour represents this pathology.

Many symptoms traditionally called »dissociative« may occur in both groups. Especially in the acute severe schizophrenic episodes we encounter many dissociative phenomena: oneiroid, trance-like or twilight-like states or exceptional states of consciousness, reduced or lost contact to the surrounding reality, inaccessibility or withdrawal from contact, automatisms and other catatonic signs. Frequently this is accompanied by a vivid psychotic productivity in hallucinations, illusions, delusions.

Here, the differential diagnosis between acute schizophrenic episode or »dissociative trance disorder« of DSM-IV may be difficult. It affords a specially thoroughful examination of the biography, history, situative and cultural context (*Castillo 1997*).

In borderline patients we observe many dissociative disorders like depersonalisation, derealisation, absence-like separation of consciousness with analgesia, automatisms in automutilative acts, partial amnesia, desegoized impulsive actions, bulimic attacks, and the like.

In the polymorphous schizophrenia-like symptomatology of polytoxicomaniac borderline patients with many hallucinogen-induced exceptional (dissociated) states of consciousness we encounter many dissociative signs common to both disorders.

Schizophrenien, Borderline und das Dissoziationsmodell

Christian Scharfetter (Zürich)

Der Autor erörtert in seinem Beitrag die Krankheitsbilder »Schizophrenic«, »Borderline« und »Psychasthenie« in ihrer Beziehung zum Disso-

ziationsmodell, das als Konzept einer Störung der Einheit und des Bestandes der Person in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts verbreitet war.

Dessen Einfluß spiegelt *Bleulers* dynamische Konzeption der »Schizophrenie« (so von ihm genannt erstmals 1908) wieder, während *Kraepelins* Fassung der »Dementia praecox« ganz der nosographischen Tradition der Psychiatrie des 19. Jahrhunderts verpflichtet war und ihre Fortsetzung in der rigiden Nosologie und unpersönlichen, rein deskriptiven Psychopathologie im 20. Jahrhundert fand.

Das ursprünglich aus der Elementen- und Assoziationspsychologie des 18. Jahrhunderts stammende Dissoziationsmodell war Ende des 19. Jahrhunderts weit verbreitet: *Pierre Janet* interpretierte diverse hysterische Symptome und Vorgänge während der Hypnose als Abspaltung aus dem Gesamtzusammenhang des Bewußtseins, *William James* sprach vom »Split« des Bewußtseins in Teile und *T. Meynert* sah in unterbrochenen Assoziationsbahnen des Gehirns die Ursache für Wahnbildungen.

Freud übernahm den Dissoziationsbegriff schon früh, so zur Interpretation der Abspaltung aus dem Bewußtsein, einem Vorgang in der Nähe der Verdrängung.

In der Objektbeziehungstheorie spielt der Spaltungsbegriff eine prominente Rolle: die Spaltung in »nur gute« und »nur schlechte« internalisierte Objekte diene zur Abwehr der für ein schwaches Ich unerträglichen Ambivalenz. *Scharfetter* kritisiert an dieser Stelle *Kernbergs* Modell der Borderline-Persönlichkeitsorganisation: die Vielfalt hier anzutreffender dissoziativer Phänomene werde reduziert und fixiert auf die Trennung in »gut« und »böse«.

Der Autor versteht die Schizophrenie als Fragmentation, als schwerste Form der Dissoziation, die Borderline-Störungen als dissoziierte Ich-Zustände, in der Regel ohne Fragmentierung des Ich. Nach der vergleichenden Untersuchung fünf elementarer Dimensionen des Ich-Bewußtseins und deren Pathologie – Ich-Vitalität, Ich-Aktivität, Ich-Konsistenz/Kohärenz, Ich-Demarkation, Ich-Identität – kommt der Autor zu dem Schluß, daß Verwandtschaften zwischen Borderline-Störungen und Schizophrenie bestehen, sowie Unterschiede, die gradueller Natur seien.

Anschließend bringt der Autor die Konzepte der »psychischen Vulnerabilität« (eingeführt von *Canstatt* 1841), der »Psychasthenie« und des »Psychotraumas« in Verbindung: Psychastheniker wurden als Menschen mit geringer psychischer Synthesekraft beschrieben, die gefährdet waren, unter Belastungen die Kohärenz ihrer mentalen Vorgänge einzubüßen. Diese Belastungen, seien es innere Konflikte oder äußere Traumatisierungen, werden je nach dem Bewältigungspotential der Persönlichkeit unterschiedlich stark beantwortet.

Abschließend geht der Autor noch einmal detailliert auf die Borderline-Pathologie ein, auf die fundamentale Angst vor der Dissoziation der Person. In den instabilen, flukturierenden Ich-Zuständen der Borderline-

Patienten vermutet er einen Schutzmechanismus gegen eine schizophrene Erkrankung: gerade weil das Ich so fluktuierend flexibel ist, kommt es nicht zu einer Fragmentation des Ich.

References

- Bleuler, E.* (1902/3): Dementia praecox. In: *Journal of Mental Pathology* (3) 113-120.
- (1908): Die Prognose der Dementia praecox (Schizophreniegruppe). In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychisch-Gerichtliche Medizin* (65) 436-464
- (1911): Dementia Praecox oder die Gruppe der Schizophrenien. In: *Aschaffenburg, G.* (Hrsg.): *Handbuch der Psychiatrie* (Leipzig: Deuticke)
- Canstatt, C.* (1841): *Handbuch der medizinischen Klinik. Bd. 1: Die spezielle Pathologie und Therapie vom klinischen Standpunkte aus bearbeitet* (Stuttgart: Enke)
- Castillo, R.J.* (1997): *Culture and mental illness* (Brooks, Cole: Pacific Grove)
- DSM-IV* (1994): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed.* (Washington: American Psychiatric Association)
- Feuchtersleben, E. v.* (1845): *Lehrbuch der ärztlichen Seelenkunde* (Wien: Gerold)
- Freud, S.* (1894): Die Abwehrneuropsychosen. Weitere Bemerkungen über Abwehrneuropsychosen (1896). *Gesammelte Werke, Bd. I* (1968) (Frankfurt: Fischer)
- Griesinger, W.* (1845, 3rd ed. 1871): *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten* (Stuttgart: Krabbe)
- Heinroth, J.C.A.* (1818): *Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens oder der Seelenstörungen und ihrer Behandlung* (Leipzig: Vogel)
- ICD-10* (1993): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. 2nd ed.* (Bern: Huber)
- James, W.* (1890/1896): *Principles of psychology* (New York: Holt & Co.)
- Janet, P.* (1889): *L'automatisme psychologique* (Paris: Alcan)
- Kernberg, O.F.* (1975): *Borderline conditions and pathological narcissism* (New York: Jason Aronson, Inc.)
- Klein, M.* (1946): Notes on some schizoid mechanisms. In: *International Journal of Psychoanalysis* (27) 99-110.
- Kraepelin, E.* (1896/1913): *Psychiatrie. 5. ed. 1896., 8. ed. 1913* (Leipzig: Barth)
- McGlashan, Th. H.* (1985): *The borderline: Current empirical research* (Washington, DC: American Psychiatric Press)
- Meehl, P.E.* (1990): Toward an integrated theory of schizotaxia, schizotypy and schizophrenia. In: *Journal of Personality Disorders* (4) 1-99.
- Meynert, T.* (1890): *Klinische Vorlesungen über Psychiatrie* (Wien: Braunmüller)
- Scharfetter, C.* (1996): The self-experience of schizophrenics. *Empirical studies of the ego/self in schizophrenia, borderline disorders and depression* (2 ed.) (Zürich: University of Zürich)
- (1999): *Dissoziation, Split, Fragmentation* (Stuttgart: Thieme) (in press)
- Schneider, K.* (1939): *Klinische Psychopathologie* (Stuttgart: Thieme)
- Stone, M. H.* (1980): *The borderline syndromes. Constitution, personality and adaption* (New York: McGraw-Hill)
- Stone, M.H.; Hurt, S.; Stone, D.K.* (1987): The P.I.-500: Long-term follow-up of borderline inpatients meeting DSM-III criteria. In: *Journal of Personality Disorders* (1) 291-298.
- Zubin, J.* (1988): Chronicity versus vulnerability. In: *Nasrallah, H.A.* (Ed.): *Handbook of schizophrenia, vol. 3, 463-480* (Amsterdam: Elsevier)

Address of the author:

Prof. Dr. med. C. Scharfetter
 Psychiatric University Hospital
 Research department
 CH - 8029 Zürich
 P.B. 68
 Switzerland

Communication of and with Schizophrenic Patients**

Béla Buda (Budapest)*

The communication of schizophrenic patients is widely studied because the symptoms have often communicative character and are frequently disorders of communication. Communication of patients, however, are mainly consequences or results of communication of other persons with the patients, e.g. parents, significant partners, helping professionals, etc. This perspective is followed in tradition of modern schizophrenia research, highlighting the concept of »Expressed emotions« (EE), and the author's own experiences of facilitative, non-demanding way of communicating with patients. The shift from communication of schizophrenics to communication with them has thus both theoretical and therapeutic implications, as already Ammon had noted who had proposed the term »patient reacting schizophrenically« instead of speaking of a schizophrenic patient.

Schizophrenia is not only the crucial problem of psychiatry, but - as many theorists have pointed out - it is also the main paradigm, the central symbol of it. The explanation and the treatment of schizophrenia are the main tasks and challenges for every approach to psychiatric theory and therapy. An enormously great number of studies has been published about this disease - or disorder, illness, manifestation of behaviour, interpersonal strategy or reaction to the environment, to name only a few of its most frequently used denominations - in the professional literature, and during the last decades most of them have made reference to phenomena of communication in connection with schizophrenic behavioral disturbances. The reason that communication is mentioned only in our recent phase of scientific development in the last half century lies in the fact that the perspective of communication has emerged relatively late, mainly in consequence of cybernetics and later of system theory and of the spectacular evolution of techniques of communication in our age (telephone, radio, television, computer networks, etc.). Brilliant psychologists, such as *William James* or *Wilhelm Wundt*, paid attention to communication (*Wundt* devoted a volume to forms and systems of nonverbal communication, e.g. sign languages in his famous series titled »Völkerpsychologie«) but somehow treated it in an implicit way, i.e. they regarded it as obvious, natural, self-evident, where only unusual or abnormal forms merit description or explanation. Only later was it discovered that communication is the key event of interpersonal relation, the basic fact for the social psychology, the specific human bond or form of contact, that it is an expression of inner states of man and a goal-oriented action, and an attempt to influence the other person at the same time. To

* Prof. M.D. Psychiatrist, Vice-President of the World Association for Dynamic Psychiatry, Vice-President of the Hungarian Psychiatric Society, Vice-Director at the Institute of Behavioural Sciences of Semmelweis Medical University of Psychotherapeutic Services and Chairman of the Department for Communication and Medical Anthropology

** Paper presented at the 12th World Congress of WADP/XXVth International Symposium of the German Academy for Psychoanalysis (DAP) e.V., Humboldt-University Berlin March 17-21, 1999

quote *Norbert Wiener's* conceptual framework, communication is the essence of feedback as well as of command regulating homeostasis on any systemic level, or to quote *von Bertalanffy*, it is the set of stimuli from system environment and the structure of processes generating higher order complexity in open systems, simultaneously.

Concerning schizophrenia, communication was studied for a long while in a particular »split way«. Behavioral manifestations of the patient were regarded as communication, and psychotherapy or verbal management of patients, i.e. communication with them were conceptualized separately. This »split« reflected an epistemological position. Schizophrenic behavior was studied from outside, »objectively« and therapy was constructed as the interaction of two completely different individuals or systems. The individualism of the classical German philosophy was expressed in this view. The scientific aim was to observe communication of the schizophrenic and to find the rules and algorithms of therapeutic communication with her or him. This approach produced two separate realms of scientific literature.

Observations used to support diagnosis of schizophrenia can be reconceptualized as manifestation of communication, even if they had been made before the era of communication perspective. E.g. the behavior of the schizophrenic was regarded as autistic, regressive, anxious, bizarre, »understandable«, covered with a »glass wall«, apathic, etc., and this can be characterized also in communication terms (for instance: the patient does not pay attention to the situation, behaves in a childlike manner, shows signs of fear or anxiety, etc.). In the old psychiatric folklore experts claimed to be able to diagnose schizophrenia from smell, from the gaze, from coordination of movements, from mannerisms and contents of speech, etc. All these are manifestation of communication. The core or first-rank and the secondary symptoms of the disease are communications as well, interpreted in a denominative sense, e.g. if a person supposed to be schizophrenic does not speak and does not answer questions, she or he is »mute« and we describe her or his behaviour as »mutism«, or if she or he is deducting logical consequences from premises we do not regard as conventional or »sane« we speak of her or him as having delusions.

For a long time experts believed what they found in communication of schizophrenics and conceptualized in their theories were »facts« or objective truth. The relativization of observations came later with the appearance of the so-called antipsychiatry which questioned the objectivity of the professional observers and led back their reasoning to some scientific premises or tenets which were hypotheses, accepted without scientific corroboration and used in a self-affirmatory way (as later *Merton* put it: as self-fulfilling prophecies); if you like, they were scientific »delusions«. It was the labeling theory (*Scheff* and others) which laid out the bases of constructivism, a perspective applied today to every form of social behavior. Antipsychiatry was an attempt to deconstruct mental illness. It failed to reach its goal but it directed attention to psychiatric epistemology and

contributed to a more careful description of psychiatric observation and deduction and the dimensions of different behavioral settings which serve as frames of reference for diagnosis (see for instance the diagnostic system of DSM-III and its later developments).

But still the schizophrenic was seen as an entity and the schizophrenic communication was thought as a characteristic expression of the disease or some essential trait, tendency, motivation or deficit inherent to the person. The communication of the schizophrenic was observed, investigated and interpreted in the communicational approaches to schizophrenia, e.g. in the family perspective of *Wynne, Lidz, Singer* and others, in the »double bind« theory of *Bateson, Jackson, Holly*, etc., or in the existential view of *Laing*. *Laing's* implicit model is clear what we regard as symptomatic for a schizophrenic is there but has a different meaning, it is an attempt to revolt against a system of existential bondages society and culture request from an »ordinary« or »sane« person, it is an existence of its own right which has not only the capacity to survive in the world if it is accepted and supported in a proper way but also to return to the »normal« world (e.g. through therapy, through artistic experiences, in special living communities, etc.). This approach, however, cast light on the possibility that the communication of schizophrenics might be a reflexion of the communication of the interpersonal environment with the person to be designated later as schizophrenic. Communication of the environment is aiming to convert the unusual behavior of the person back to »reality«, it is meant as feedback or as corrective command in the framework of system of meanings existing in the family or in the community. The psychiatrist or the psychotherapist is also a part of the interpersonal world, sharing its norms and values and guarding its interests. Whatever she or he might observe and however she or he is interpreting it, it might be a result of a long term negotiation of the person with her or his environment, first of all with the socializing family, or the primary group in childhood.

This line of reasoning presupposes some sense of meaning in the schizophrenic behavior seen as communication and implies a psychogenic or sociogenic view of the genesis of disorder or behavioral category postulated in the concept of schizophrenia. *Laing* and *Cooper* surmised a meaningful, active strategy behind the façade of an illness, *Bateson* and others a strategy of defence in respect to weaknesses and inabilities. Psychoanalytic theories of schizophrenia thought of psychosexual or developmental fixations and disturbances, incomplete structure and functioning of the ego, retardation or disorder of identity development, etc. all these due do traumatization in childhood by the parents or the family, or due to inadequate communication processes with the person becoming later a schizophrenic. This line of reasoning is followed also by the Dynamic Psychiatry school grounded by *Günter Ammon* who described schizophrenia as a disease having its roots in the pathology of the primary group, in the unresolved early symbiosis of the mother-child relation and the disturbance of the later differentiation and

functioning of the ego, with the consequence of a structural deficit in it (the concept of »hole in the ego«) and the pathological development or structuration of identity. Schizophrenia thus was regarded by this school as an »archaic« ego disturbance, the most extent of developmental damages and the pathological reactions to them.

Ammon and his school attributed, thereby, a developmental history to the pathogenesis of schizophrenia, with a perspective of therapy and prevention. Therapy had to deal with reconstructive growth and redevelopment of the ego (»nachholende Ich-Entwicklung«) and with the reemergence of the healthy (i.e. constructive) ego functions. Prevention is centered on family relations around the child and on support of the ego development through the socialization process. Both therapy and prevention are embedded in complex systems of professional activities, therapy in a special form of dynamic-psychiatric clinic, outpatient groups and living communities, prevention in psychoanalytic Kindergarten, family counseling and therapy and group work with primary groups. In this systemic approach schizophrenic communication is perceived in different respects. It is understood empathically in regard of underlying fears and anxieties, or of hidden needs and wishes, and thus used for directing and monitoring therapy, or is evaluated as an attempt of the pathological ego to structure experiences and emotions of relating in order to cope with the prevailing fears and anxieties. Ammon's view of the inner dynamics of schizophrenia is similar to the views of the main proponents of the psychoanalytical school, such as Rosen, Searles, Benedetti and others.

Like Freud and his early followers modern theorists of schizophrenia have to suppose some biological component in the etiology of the disease. Freud found an elegant solution, he proposed a model of quantitative constellation of etiological factors, a biological (genetic?) factor being one of them, and thereby he left open the possibility that some cases might have overwhelmingly large biological determination (by the strength of the biological factor) while others might have psychogenetic origins. Today the concept of vulnerability is used, it means that biologically determined (probably inherited) weaknesses exist and limit the capacity of stress tolerance and coping of the schizophrenic person and lead to decompensation in certain life stages (mainly in adolescence and later in the periods of transition, like childbirth, losses, etc.) stresses and conflicts are typically encountered, often in specifically challenging forms. Vulnerability is a tricky concept, it implies a circular reasoning, a sort of »empty ontologization«, since everything pathological or problematic can be explained by it, it contains the old logical fallacy of »clarus per obscurius« (see Molière's wise doctor in »Le malade imaginaire« explaining the soporific effect of opium by saying that opium has »vis dormitiva« in it, i.e. a power to induce sleep...).

In biological psychiatry, however, there are different explanations for vulnerability, such as cognitive or emotional deficits, disturbances of bio-

chemical (neurohormonal, neurotransmitter) mechanisms of regulation in the brain. Environmental stimuli are, in this approach, devoid of specific meanings, they are simply considered as stresses which cause inner imbalance, disregulation or overreaction (high level of arousal, excitation) causing or triggering pathological reactions or loss of contact with the social reality.

While modern psychogenic theories of schizophrenia do not deny the possibility of existence of some biological vulnerability factor, the concept is used in a more pragmatic sense. Vulnerability means simply the actual level of stress tolerance and capacity to deal with the requirements of the given life situation of the patient, i.e. with the requirements of intimate relations, family, workplace, independent living, or of a therapeutic situation. Communication of the patients is used to probe the depth and extent of this tolerance or capacity, since expectations of the environment are usually reacted upon either by cooperation and increased behavioral control or by withdrawal, anxiety or pathological behavior (in the form of so-called »positive symptoms«, like hallucinations or delusions). Contents of communication or hidden stimulus-response contingencies (felt empathically by the helping professionals) hint at or refer to specific complexes or emotional wounds. Managing schizophrenic cases these inner weaknesses or limits of coping capacity are often overlooked or not respected and every clinician knows that patients can be overburdened or traumatized by therapeutic intervention, too. Several authors noted that the typical understimulation situations at home or in traditional frames of custodial care (like classical asylums) lead to chronic deterioration, to states of »dementia praecox«, while too active inputs, even if they are conceived therapeutically, might elicit symptoms or lead to crises or suicide.

The communication of the schizophrenic (in this respect, the lack or the incapacity of communication in »negative symptoms«, or the pathological communication in the positive symptomatic states) is again not independent from the communication with the schizophrenic persons. In a demanding environment, in consequence of too strong expectations, schizophrenics communicate differently from the communication shown in optimal interpersonal environment. Therapists are parts of the environment and, as it has been frequently mentioned by »antipsychiatrists« and other critics of the classical psychiatric approaches to schizophrenia, the communication of the patients which is observed »objectively« by them is frequently elicited or determined by the rigid and demanding structure of situation of encounter with the patient (e.g. the psychiatric hospital or the doctor's office) or by the traumatizing antecedents of this encounter (for instance the conflicts with the family, the isolation and neglect, emotions triggered by blaming and scapegoating, or by the really traumatic circumstances of involuntary commitment to psychiatric care, use of physical force, forced medication, ambulance transfer, etc.).

In the actual communication of the schizophrenic first of all the impact of the way the observer is communicating with her or him has to be scruti-

nized in order to understand the patient correctly. In no other field of psychiatric treatment are the awareness and control of countertransference feelings and reactions so important as in the interview or therapy of schizophrenic patients. Our fears elicit fears in them as well as our hidden aggression is breeding aggression and these countertransference products might be expressed in the overt behavior of the patients and can become »objective« symptoms. Whoever tries to communicate with schizophrenics has to recognize that such patients are unable to switch over quickly to a situation of normal doctor-patient interaction, they are unable to place confidence in somebody in advance just because the other is wearing signs of a social role of a helping professional. The patient is probing the situation and tries to negotiate with the professional by means of communication available her or him, by testing acceptance (like children often do when parents say that they behave badly »in order to get punishment«, in other words, in order to test the limits of an uncertain situation, in their state of unconscious wish to be accepted and loved even when they don't »merit« it...). The reluctance to exhibit trust or the readiness to manifest distrust are regarded often as symptoms of the illness itself, while such reactions might be typical also of other states of psychopathology and also of regression due to object losses or somatic disorders, but can be also a cultural reaction, e.g. in lower class culture, minorities having specific cultural or subcultural background.

The situation of the immediate communication with the patient has to be understood by professionals in an extended manner, i.e. implying the recent events leading to the conflict or crisis making interview or treatment necessary. Pressures of the family and interventions of authorities (police, social workers, local doctors, etc.) are again structures of communication with the patient which can determine the ways of communication with others, like the psychiatrist, later on. In many other cases, even without schizophrenia, people can be suspicious, full of mistrust or even paranoid after experiences of unjust or rude treatment or persecution, this is only a simple transfer or a conditioned reaction.

In schizophrenia research there is an important chapter which casts light on the influence of communication with the schizophrenic on the communication of schizophrenics, and this is EE research, extending now to period of more than a quarter of century. EE means expressed emotion, a somewhat unfortunate term, related to a form of behavior where family members, acquaintances or work or community partners express openly their – mainly negative – emotions arising in consequence of the behavior of the schizophrenic person. These expressions communicate intense involvement, frustration, disagreement, exasperation, sorrow, concern, and are felt as criticism, disappointment or rejection by the schizophrenic. As demonstrated in research in relation to this phenomenon, this kind of behavior manifested by significant others correlated with high probability of relapse of the patient to serious symptomatic states, necessitating hospitalisation or intensive treatment even if the patient is getting maintenance treatment of

neuroleptic medication. This kind of behavior, called high EE behavior, is therefore detrimental to the schizophrenic, while low EE behavior is beneficial and has a preventive effect in respect of relapse or symptomatic impairment. High EE behavior can be reverted to low EE communication through appropriate training and this training is used in an increased extent nowadays and is also part of the complex psychoeducational treatment of schizophrenics devised by *Falloon, Carpenter* and others.

Although high EE behavior is disadvantageous also in other psychopathological states (e.g. depression, neurosis, childhood behavior disorders, etc.) and is therefore by no means specific to schizophrenia, it points to a very important issue: The schizophrenic person, obviously, is sensitive in regard of her or his self image, self esteem, self-efficacy feeling, impression management (*Goffman*) or perception of self in relation to others, to important, significant persons of the environment, mainly to parents and relatives. Perhaps this behavior is felt as a repetition of earlier experiences of rejection and anger, or a specific frustration of needs of acceptance and recognition. Perhaps it is the expression of inability to tolerate closeness (sometimes real positive concern or sympathy can also be felt as high EE by the patient), of the »porcupine dilemma«, the conflict between urges driving towards others and fears – simultaneously – of them.

The mechanism of impact of EE behavior needs further elucidation, the concept is at the moment very pragmatic and bound to questionnaires and other instruments of research, but it is clearly relevant to the everyday psychiatric practice. To help schizophrenic patients, there are many studies describing this issue, specific personality traits are needed (some authors call them B-type traits, in contrast to the A-type of behavior seen in many schizophrenic states, characterized by compulsiveness, rigidity, proneness to be involved in time pressure, quick communication, etc.), a non-demanding attitude, a peculiar form of »Rogerian« behavior: unconditioned positive regard, congruence and empathy, – regard but not involvement, empathy but not necessarily the reflection of empathically gained impressions, and congruence with self-containment, with a low degree of narcissism.

My experience is that schizophrenics need a specific balance in relation with others, and especially with therapists. They get scared by the usual medical »kindness« and courtesy, or »bedside manner«, or by any sign of too much interest in their person. They feel comfortable with the simple acceptance and non threatening attention, with the appropriate response to their behavior. In this respect they are similar to borderline personalities who need response to their manifestations and hidden wishes in therapy, e.g. in group therapy, but not interpretation or scrutiny (described, among others, by *Heigl-Evers*). To build up a stable and safe relationship with a schizophrenic needs time and is possible only after conflicts and turmoil, after »tests« of our intentions by symptomatic behavior, by noncompliance, by projections. Empathy is always needed since communication of schizophrenics is always »coded«, ecliptic, unusual or implying special – often

unknown – contexts, but mirroring the contents understood or sensed thereby might frighten or disorient them. The appropriate response has to be addressed to the dominant wish or need condensed in the communication content. Congruence can also be too much if a too strong personality or ego is reflected in it. The *Erickson* school of communicative psychotherapy calls pacing the way of letting the patient lead the level and the emotional intensity of the optimal relationship with severely disturbed patients and this kind of regulation has to be observed in any therapy setting concerning schizophrenic patients.

According to my view, rewards have to be used very cautiously in connection with schizophrenic behavior. This is the lesson of token economy programs introduced to psychiatric hospitals in the seventies. Schizophrenia correlates with complex contingency structures and rewarding reactions are felt by the patients frequently as high EE behavior (lack of congruence from the part of the therapist might be an ingredient of the patients' misinterpretation or distortion of rewarding communications coming from others). Behavioral techniques are therefore not recommended, while cognitive methods can be used in appropriate systems of interventions, e.g. in a psychoeducational approach.

It is very important that the impact of communication with the schizophrenic not be seen only in the system of the therapeutic relation. This relation is too sensitive to outside influences. The patient needs a »holding environment« (as described by *Winnicott*), and to maintain this environment the proper functioning of the whole staff is required and the patient still needs the supporting milieu of groups or at least of one therapeutic group. One of the main accomplishments of the Mengerschwaike Dynamic-Psychiatric Clinic in Munich is the safeguarding of this therapeutic atmosphere by providing patients with several group structures while putting emphasis upon staff meetings. At the same time, the therapist needs support, too. To treat schizophrenic patients is by no means the task of a single therapist. The staff has to act as a support group to the therapist, and as a matrix of supervision and control. No therapist can be strong and self-sufficient concerning these patients, despite having been analyzed during the psychotherapy training. The therapist has to share her or his feelings with peers and staff members. But also a continuous and correct communication flow is needed within the staff, especially in inpatient setting, since the patients might behave differently in different group frameworks. Group therapy requires co-therapy, except perhaps group activities where the group atmosphere has to have a facilitating effect or a safe frame to some activities which are dealt with later in therapy groups.

The therapists need simply »to be there« for the patients, often for a long while, have to build up relations slowly with them and to use this relation to strengthen the patient against her or his inner emptiness, chaos or fears, and then to apply forces and motivations of this relation to induce activities, to foster the patients' attempts to take over new roles and to experiment

with others. As several experts have observed, after a certain degree of restructuring of the ego of the schizophrenics and of returning of normal ego functions, quasi »normal« complexes and personal problems emerge which can be treated effectively by means of »usual« therapeutic techniques (e.g. by those used in outpatient therapy settings). This is for instance the observation of *Benedetti* as well as of *Ammon*.

In any kind of therapy, but especially in the therapy of schizophrenics, therapists have to be aware of their dispositional weaknesses. Fatigue, worries, personal problems, overburdening life situations or conflicts within the staff can impair the therapist's capacity to maintain the appropriate »climate« or quality of relationship with the schizophrenic patients and this is a problem situation where special caution is needed and the staff has to be called for support. Therapists can exert harmful influences upon patients, but also might take over too much from the patients' inner emotional state and this can have a »toxic« effect upon them. This can contribute to the development of some symptoms in the therapist and to burnout reactions which are usually long term impairments, or even to destroy the therapists' capability to be therapeutic with schizophrenic patients.

There is a strange dialectic of communicating with schizophrenics, because this communication has to deal with reactions (communications) elicited by us in a peculiar, unusual (and therefore obscure, unclear) way and has to be a proper response to the underlying needs and at the same time also a meaningful step in a complex therapeutic context, helping the patients to develop and to cope with their inner problems.

Kommunikationsstrukturen schizophren reagierender Patienten

Bela Buda (Budapest)

Weil schizophren reagierende Patienten viele und oft schwer verstehbare Kommunikationsschwierigkeiten und -störungen zeigen, sind die Strukturen ihrer Kommunikation häufig Gegenstand der Forschung gewesen. Dabei ist die Schizophrenieforschung in den letzten Jahrzehnten immer mehr davon abgekommen, beschreibend und ontologisierend die Kommunikation der Schizophrenen zu untersuchen. Stattdessen geht man mehr und mehr der Frage nach, worin denn die Auswirkungen von Kommunikation anderer mit den später schizophren reagierenden Patienten liegen. Der Verfasser verweist auf häufige Beobachtungen, daß schizophrene Symptome Folgen von Kommunikationsvorgängen sind, in denen Eltern, Lebenspartner oder professionelle Helfer wie Psychiater und Psychologen die Patienten emotional unter Druck setzen. Dabei beruft er sich auch auf das Konzept der »Expressed Emotions«, nach dem die Patienten aufgrund derart belastender Kommunikation zu symptomatischen Reaktionen oder auch zu Rückfällen neigten. Vor diesem Hintergrund hält er es auch für angebracht,

anstatt von »schizophren« von »schizophren reagierenden Patienten« zu sprechen, wie dies *Ammon* vorgeschlagen hatte, weil auf diese Weise die Abhängigkeit des Krankheitsbildes von zwischenmenschlichen Erfahrungen und damit auch dessen Heilbarkeit zum Ausdruck gebracht werde.

Der Autor beschreibt seine positiven Erfahrungen mit Formen von Kommunikation, die für die schizophren reagierenden Patienten als therapeutisch fördernd gelten können.

Literatur beim Verfasser

Address of the author:

Bela Buda, M.D., psychiatrist
Head Department of Communication
Department of Medical Anthropology
Semmelweis University of Medicine
Institute of Behaviourial Sciences
1089 Budapest, Nagyváradi ter 4
P.O.Box 370 B-1445
Hungary

Buchbesprechungen / Book Reviews

Ernst Federn

Zur Psychoanalyse der Psychotherapien

Edition diskord, Tübingen, 1997, 125 Seiten

Der Autor legt in diesem Buch die Erfahrungen von 35 Jahren psychoanalytischer Tätigkeit nieder. Neben autobiographischen Anteilen ist das Buch aber vor allem der Fortführung des Werkes seines Vaters *Paul Federn* gewidmet, der sich als einer der ersten innerhalb der psychoanalytischen Bewegung mit dem Ich befaßte und schon vor den klassischen Ich-Psychologen *Hartmann*, *Kris* und *Löwenstein* zu ganz ähnlichen Auffassungen über das Ich kam. Im Anschluß an *Freuds* Theorien vertritt *Ernst Federn* die Auffassung, daß die Psychoanalyse das Es, die Psychotherapie aber das Ich behandelt. Die Weiterentwicklung der psychoanalytischen Behandlungsmethode geschah vor allem aus dem Bestreben *Freuds*, die Erkenntnisse der Psychoanalyse weiten Teilen der Bevölkerung zugänglich und in den verschiedensten Wissenschaften nutzbar zu machen. So haben vor allem die Pädagogik und die Sozialwissenschaften von der psychoanalytischen Theorie profitiert. Auf einer solchen Veränderung beruht die psychoanalytische Therapie, wie sie heute betrieben wird. Ausgehend von Überlegungen *Paul Federns* beschreibt *Ernst Federn* die Entwicklung der Ich-Psychologie und gibt einen Überblick über die Begriffsgeschichte des Ich und anderer wesentlicher Begriffe der Psychoanalyse. Anders als bei der Psychoanalyse ist bei der Psychotherapie das Ich des Therapeuten der zentrale Faktor, der zum Gelingen der Behandlung beiträgt. Im Vordergrund der Behandlung steht nicht die Analyse des Konfliktes, sondern die Unterstützung des ichschwachen Patienten durch die Persönlichkeit des Therapeuten. *Federn* stellt eine Vielzahl von Tätigkeitsfeldern vor, in denen diese Behandlungsmethode fruchtbar gemacht werden konnte. Er selber hat mehr als drei Jahrzehnte als psychoanalytischer Sozialarbeiter gearbeitet und zuletzt in Österreich als Berater zur Humanisierung des Strafvollzuges gewirkt.

Im Reichtum der praktischen Erfahrung und der profunden Kenntnis der psychoanalytischen Theorie liegt die Stärke dieses Buches. *Ernst Federn* ist Zeitgenosse der wichtigsten psychoanalytischen Theoretiker gewesen und Zeitzeuge der erschütternden Ereignisse unseres Jahrhunderts. Er hat die Anfänge der Psychoanalyse als Kind miterlebt und die Judenverfolgung im dritten Reich als KZ-Häftling erlitten. Diese enge Verflechtung zwischen persönlichem Schicksal, geschichtlichen Zeitläufen und wissenschaftlicher Entwicklung machen das Buch zu einem bewegenden Zeugnis des 20. Jahrhunderts.

Die Kommentare *Ernst Federns* zu sozialen Entwicklungen und ihren Niederschlag im Unbewußten der Seele zeigen seine therapeutische Einstellung, die von einer tiefen Menschlichkeit und einer unprätentiösen Haltung geprägt ist. Sie lassen die Psychoanalyse bzw. die Psychotherapie

als lebendige Wissenschaft erscheinen, die sich ihrer ethischen Verantwortung innerhalb der Gesellschaft bewußt ist.

Gudrun Klak (München)

Elisabeth Ardel-Gattinger, Hans Lechner, Walter Schlögl (Hrsg.)
Gruppendynamik: Anspruch und Wirklichkeit der Arbeit in Gruppen

Verlag für Angewandte Psychologie, Göttingen, 1998, 1. Auflage, 410 Seiten

Das Buch bietet einen guten Überblick über den derzeitigen Forschungsstand der betrieblichen Gruppenforschung und wendet sich an Wissenschaftler und Anwender. Die Autoren sind renommierte Wissenschaftler im deutschsprachigen Raum. Es beschreibt einerseits neue Konzepte wie Synergetik, Chaostheorie und Systemspiele und bietet andererseits Übungen zur Gruppendynamik an, die besonders für den Praktiker von Interesse sind. Damit ist das Buch besonders für Betriebspsychologen und Trainer interessant, die im Übungsteil Übungen finden mit genauer Darstellung der Lernziele, sowie ausführlicher Durchführungs- und Auswertungsanleitungen.

Inhaltlich reichen die Themen über »Gruppenarten und Gruppenaufgaben«, »Chaostheorie und Systemspiele«, »Synergetik«, »Führungs- und Interaktionsstile«, »Problemlösen und Gruppenentscheidungen«, »Gruppendiagnostik«, »Lernen und Intervenieren in Gruppen« bis zu einer Literaturanalyse, wo die Kleingruppenforschung im deutschsprachigen Raum der letzten 20 Jahre dargestellt wird. In fast jedem Artikel wird ein Forschungsvorhaben der jeweiligen Autoren ausführlicher dargestellt.

Thematische Schwerpunkte sind die Erfassung der Bedingungen unter denen Gruppenarbeit im betrieblichen Bereich besonders effektiv und der individuellen Leistung überlegen ist und die Untersuchung der Ursachen von Fehlentscheidungen in Gruppen und die Darstellung von Interventionsmöglichkeiten, damit Gruppen ihr Potential zum Treffen guter Entscheidungen besser nutzen können.

Das Buch ist flüssig und benutzerfreundlich geschrieben, jedem Kapitel ist ein Abstract vorgeschaltet, das die Fragestellung und Ergebnisse kurz zusammenfaßt. Interessant lesen sich die verschiedenen Untersuchungen, die alle unmittelbar aus dem betrieblichen Arbeitsbereich kommen unter Teilnahme von Führungskräften und Personen, die im Arbeitsprozeß stehen. Die Betonung liegt jeweils auf der Beschreibung von Prozeßvorgängen statt Momentaufnahmen und welche Konsequenzen die Ergebnisse für die betriebliche Praxis haben.

Der Schwerpunkt des Buches liegt im Bereich der Betriebspsychologie und der sozialpsychologischen Kleingruppenforschung, Ergebnisse der psychoanalytischen Gruppenforschung und aus dem klinischen Bereich werden nur unzureichend berücksichtigt.

Bettina Kampmann (München)

Individualpsychologie auf neuen Wegen
Grundbegriffe- Individualpsychologie als angewandte Ethik-
Psychothapie- Charakterkunde

Herausgegeben von Katharina Kaminski und Gerald Mackenthun
 Königshausen & Neumann, Würzburg, 1997, 251 Seiten

Dieses Buch umfaßt eine Serie von Aufsätzen, die in den Jahren 1995 bis 1996 in der Lessing- Hochschule zu Berlin, einer alteingesessenen Berliner Bildungseinrichtung für Erwachsene, an der auch *Alfred Adler* selber in den zwanziger Jahren Vorträge hielt, vorgetragen wurden.

Die Autoren sind praktizierende Therapeuten aus Berlin, z. T. aus der Schule, der Erwachsenenbildung, aus Handwerk oder von der Presse kommend und damit etwas von der Vielseitigkeit abbildend, die *Adler* selber auszeichnete: er war Arzt und Psychotherapeut, Künstler und Pädagoge, ein an der Gesellschaft und an der Politik höchst interessierter Zeitgenosse, außerdem der Sozial- und Präventivmedizin tief verpflichtet. (Der Titel seines ersten Buches, das er 1898 veröffentlichte, lautete bezeichnenderweise »Gesundheitsbüchlein für das Schneidergewerbe«).

Das erste Kapitel, eine biographische Skizze *Adlers*, stammt aus der Feder *Josef Rattners*, einem der bedeutendsten Adlerianer im deutschsprachigen Raum. In seinem Beitrag, wie auch in dem darauffolgenden von *Katharina Kaminski*, erstet das Bild des rastlosen, engagierten Forschers und Arztes, einem der ersten Mitglieder von *Freuds* Mittwochsgesellschaft, zeitlebens Sozialist, selber von auffallender Schlichtheit in Kleidung und Auftreten, ein typischer Sohn der Stadt Wien, der sich allabendlich im Cafehaus Spiller am Stammtisch mit Mitarbeitern und Anhängern traf und es auch nicht verschmähte, an freien Abenden im Volksheim Ottakring vor Zuhörern aus der Arbeiterschaft seine Erkenntnisse darzulegen.

Den Autoren gelingt es, das sozialistische Wien der 20er Jahre lebendig werden zu lassen. Wien bot damals die Möglichkeit, die aufklärerische Erziehungsarbeit der Adlerianischen Individualpsychologie in einer Versuchsschule und 30 Beratungsstellen anzuwenden. Die Stadt war damals das Mekka der Child Guidance Bewegung. Die Individualpsychologie stand gleichwertig neben der Psychoanalyse, es gab im deutschen Sprachbereich eine große individualpsychologische Bewegung, *Adlers* Lehre, die das »Gemeinschaftsgefühl« in den Mittelpunkt stellte, war vielen Intellektuellen, Erziehern usw. eine Hoffnung für den Aufbau einer humaneren Welt nach der Katastrophe des ersten Weltkrieges.

Aber der aufkommende Nationalsozialismus machte allem ein Ende. Auch *Adler* emigrierte in die USA, pendelte zwischen dem alten und dem neuen Kontinent hin und her, um zu lehren und Vorträge zu halten, im letzten Monat seines Lebens waren es 49.

Er erlag im Mai 1937 einem Herzanfall in Aberdeen (Schottland), wo er auch begraben wurde.

Da *Adlers* Ruhm zu seinen Lebzeiten sehr an seine besondere Persönlichkeit und die Art seiner Arbeit gebunden war, geriet er fast in Vergessenheit, zumal die Psychoanalyse (und nicht die Individualpsychologie) in den USA einen Siegeszug antrat und in Europa tiefenpsychologisches Gedankengut nicht mehr opportun war.

Viele der Gedanken *Adlers* tauchten- ohne daß es erwähnt wurde- bei den Neofreudianern auf, somit eigentlich »Kryptoadlerianer«.

So stand *Adler* auch posthum noch im Schatten *Freuds*. Er hatte sich von diesem 1911 gelöst und hatte viele Verleumdungen und Anfeindungen ertragen müssen. Zwar war er beeindruckt von *Freuds* Größe und Geistesart, betrachtete sich aber nicht als »Schüler des Meisters«, sondern immer als eigenständiger Forscher in der Nähe eines Genies.

In der Schule *Freuds* entwickelte er seine eigene Gedankenwelt, die nun im vorliegenden Buch in ihren Grundbegriffen, als angewandte Ethik, ihrer Art von Psychotherapie und einem Bündel von Aufsätzen zur Charakterologie und zum Lebensstil dargestellt wird.

Jedem Kapitel folgt ein vertiefender Dialog zwischen Verfasser und Zuhörern, einer Darstellungsart, die *Adler*, der den Dialog liebte, sehr angemessen ist.

Die individualpsychologischen Grundbegriffe wie Minderwertigkeitsgefühl und -komplex, Macht- und Geltungstreben, Gemeinschaftsgefühl, Charakter und Lebensstil, Widerstand und Verdrängung sowie Verstehen und Verständigung werden an Beispielen veranschaulicht.

Adlers aufklärerischer Impetus, sein humanistischer Sozialismus werden dabei besonders sichtbar in seinem Begriff des Gemeinschaftsgefühles, der etwa gleichbedeutend ist mit Sozialinteresse, Kooperations- und Entwicklungsbereitschaft, Identitätsfähigkeit und Mut. *Adler* wollte angesichts des erschütternden Entwicklungsstandes von Gesellschaft und Kultur dieses Gefühl in der Welt verbreiten. Wenn er 1918 in seinem Aufsatz »Bolschewismus und Seelenkunde« schreibt. »Nie waren wir elender als auf dem Gipfel der Macht...Streben nach Herrschaft ist verhängnisvolles Blendwerk, vergiftet das Zusammenleben der Menschen...Wir brauchen die bewußte Vorbereitung und Förderung eines gewaltigen Gemeinschaftsgefühls und völligen Abbruch der Gier und Macht beim einzelnen und bei den Völkern«, so sind diese Worte immer noch erschreckend aktuell.

Die Kapitel über Ethik und Individualpsychologie weisen den ethischen, den erzieherischen Aspekt der *Adlerianischen* Lehre auf, der häufig kritisiert wurde, da ethische Interventionen nichts mit Therapie zu tun hätten.

Nach Meinung der Autoren muß jede Therapie eine ethische Dimension umfassen und damit auch einen weltanschaulichen Aspekt enthalten. So machen die im Buch vorliegenden Kapitel zur individualpsychologischen Therapie nachdrücklich auf den Stellenwert von Erziehung aufmerksam sowie auf die Bedeutung der Prävention von psychischen Erkrankungen durch pädagogische Intervention. Kinderpsychotherapie bekommt damit eine ganz besondere Bedeutung.

In den abschließenden Aufsätzen des vorliegenden Buches treffen wir auf berühmte Personen aus Kunst und Literatur, fiktiven oder wirklichen, wie *Marie Ebner Eschenbach*, *Ibsens »Hedda Gabler«*, *Johann Gottfried Herder* und andere, an deren Charakterzügen, Schicksalen und Lebensstilen Begriffe der Individualpsychologie noch einmal plastisch werden - gelungenes Gemeinschaftsgefühl in Leben und Werk bedeutender Menschen wird demonstriert, so wie *Adler* es selber mit seinem Leben und seinem Werk auch getan hat. Dieses gelungene Leben Adlers, eines Klassikers der Tiefenpsychologie, zu schildern, auf sein Lebenswerk und dessen Auswirkungen mit Neugier und vielleicht auch neuerwachtem Interesse zu reagieren, ist den Autoren dieses anschaulichen und warmherzigen Buches recht gut gelungen.

Gerhild Sandermann (München)

Ammon, Günter; Finke, Gisela; Wolfrum, Gerhard: Der Ich-Struktur-Test nach Ammon (ISTA)

Swets & Zeitlinger, Frankfurt / Main, 1998. Manual (104 S.) und Testmaterial (Fragebögen und Auswertungsdiskette)

Für *Günter Ammon* wäre es eine besondere Freude gewesen, dieses Ereignis mitzuerleben: Das Erscheinen des aus seinen Ideen zur Ich-Struktur (später Human-Struktur) geborenen Tests ISTA in einem namhaften Testverlag, nach sorgfältiger testpsychologischer Überprüfung aller Items und Skalen und einer professionellen Normierung an einer repräsentativen (stratifizierten) Eichstichprobe der deutschen Bevölkerung. In diesem Buch steckt sehr viel gründliche Arbeit, die übersichtlich dargestellt wird und alle Ansprüche an ein gutes Test-Handbuch erfüllt (mit sämtlichen erforderlichen Angaben über Itemselektion, Skalenkennwerte und Interkorrelationen, Reliabilitäts- und Validitätskriterien, Faktorenstruktur etc.). Darüber hinaus werden sehr interessante Ergebnisse mitgeteilt über Differenzen zwischen Untergruppen der Eichstichprobe (z. B. mit oder ohne Partner, hohes vs. niedriges Einkommen, Ost- und Westdeutsche etc.), die den Erwartungen entsprechen und somit auf praktisch-plausible Weise die Diskriminationsfähigkeit (und damit die Validität) des Tests unterstreichen und interessante sozialpsychologische und damit sozialpolitische Aspekte eröffnen.

Der Kern aber ist klinisch-psychologischer Natur. Es ging *Ammon* um eine differenzierte Erfassung unterschiedlicher psychopathologischer Zustandsbilder, jedoch nicht um Diagnostik im Sinne einer Zuordnung zu syndromgebundenen Diagnosen, wie sie etwa das ICD-System vorschreibt, vielmehr um eine zu diesen Kategorien eher querliegende S t r u k t u r - Diagnostik im tiefenpsychologischen Sinn. Das ist längere Zeit in der psychiatrischen Diagnostik vernachlässigt worden, gewinnt aber gerade jetzt wieder neue Aktualität, da die Qualität der Ich- oder Persönlichkeits-

struktur von entscheidender Bedeutung ist für die Praxis der Psychotherapie, näherhin für die Frage der Methodenauswahl und für die Prognose. Daher verdienen die im Manual aufgeführten Differenzen zwischen klinischen Gruppen (namentlich depressive, psychotische und Borderline-Patienten) besonderes Interesse. Dasselbe gilt von den klinischen Fallbeispielen mit Verlaufsveränderungen, denn der Test zeigt nach den mitgeteilten Beispielen eine hohe Veränderungssensibilität und scheint damit besonders geeignet, therapeutisch bedeutsame Veränderungen abzubilden. Er stellt daher ein gutes Instrument zur Messung des Therapieerfolges dar.

Die Grundidee des ISTAs ist eng verbunden mit *Ammons* zentralen Gedanken über die Natur der sog. frühen Störungen, die er »archaische Ich-Erkrankungen« nannte und die er jenseits unterschiedlicher Symptomatiken in einem strukturellen Defizit der Ich-Entwicklung begründet sah. Es ist *Ammons* besonderes Verdienst, daß er versucht hat, die Funktionen dieses »Ichs« zu operationalisieren, um sie auch messen zu können - eben durch die Konstruktion entsprechender Testskalen. Eine »strukturelle Ich-Schwäche« wird so konkret definierbar - durch die Eigenschaften: mangelnde Steuerungsfähigkeit im Umgang mit Aggression, Angst und Sexualität sowie den narzißtischen Bedürfnissen, ferner durch mangelnde Abgrenzungsfähigkeit des Ichs nach außen und innen. Dies sind die Grunddimensionen des Tests, die genialerweise je in eine konstruktive, destruktive und defizitäre Komponente zerlegt werden. Der Test soll nun diese konkret beschriebenen Defizite der Ich-Struktur m e ß b a r machen, d.h. konkrete Zahlen bieten, die interindividuelle Vergleiche und (s t r u k t u r -) diagnostische Differenzierungen ermöglichen. Darüberhinaus besteht eine wesentliche Besonderheit des ISTAs darin, daß er - anders als andere diagnostische Verfahren - gesund entwickelte Bereiche der Persönlichkeit erfaßt und damit eine wesentliche Voraussetzung für eine therapeutische Verbündung im Sinne »nachholender Persönlichkeitsentwicklung« schafft.

Ist dieser Entwurf gelungen? Die im Manual mitgeteilten Ergebnisse deuten dies jedenfalls an. Nach meinen eigenen jahrelangen Erfahrungen mit dem Test (auch schon in seinen Vorläuferformen) möchte ich die Frage klar bejahen. Ich halte diesen Test für einen großen Wurf, der zu weiteren Untersuchungen der Ich-Struktur einlädt bzw. diese - auf einer erweiterten empirischen Basis - erst recht ermöglicht.

Martin Urban (Eßlingen)

Nachrichten / News

Schizophrenie und Borderline-Störungen - eine Herausforderung für Wissenschaft und Gesellschaft

Bericht über den 12. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry (WADP) / XXV. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 17. bis 21. März 1999 an der Humboldt-Universität zu Berlin

Vom 17. bis 21. März 1999 fand - veranstaltet von der World Association for Dynamic Psychiatry (WADP) und der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) - an der Berliner Humboldt-Universität ein internationaler Kongreß mit über 200 Wissenschaftlern aus 24 Ländern statt, die ihre neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse über die beiden großen psychiatrischen Volkskrankheiten unserer Zeit, Schizophrenie und das Borderline-Syndrom, vorstellten. Es beteiligten sich Vertreter aus Forschung und klinisch-therapeutischer Arbeit aus den Bereichen Psychiatrie, Psychologie, Psychotherapie, Jurisprudenz, Sozialarbeit, Forensische Psychiatrie, Prävention und Rehabilitation.

Alleine in Deutschland leiden circa 500 000 Menschen an Schizophrenie und bis zu zwei Millionen an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Vielfach gilt die Schizophrenie noch immer als unheilbar, was jedoch bisher nicht zu einer Ausweitung der Forschung über das organisch-genetische und hirnhysiologische Gebiet hinaus geführt hat. Nicht zuletzt aufgrund der Tatsache, daß die Schizophrenie die teuerste psychische Erkrankung ist, die heute noch immer in 80 bis 90 % der Fälle zu einer dauerhaften Behinderung führt, häufig eine lebenslange Betreuung erfordert und somit einem sozialen Todesurteil entspricht, wurde von den Referenten des Kongresses der Mangel an Grundlagenforschung, Aufklärung und besonders an Prävention in bezug auf die Behandlung der Psychosen und Borderline-Erkrankungen beklagt. Auch in der Therapie liegt der Schwerpunkt nach wie vor auf der psychopharmakologischen Behandlung; Forschungsarbeiten zur Psychotherapie der Schizophrenie sind vergleichsweise selten.

Die Borderline-Erkrankung wird häufig nicht als Erkrankung erkannt, da die Persönlichkeit der Betroffenen meist erst bei größeren seelischen Belastungen wie Trennungen, Verlust des Partners, Arbeitslosigkeit, Prüfungssituationen etc. zusammenbricht. Dies äußert sich in schweren Depressionen und Ängsten bis hin zu Suizidversuchen und kurzdauernden psychotischen Episoden. In dieser Situation werden Borderline-Patienten zwar häufig stationär aufgenommen, jedoch findet auch bei diesem Krankheitsbild meist keine ausreichende Psychotherapie statt.

Auf dem Kongreß wurden vorrangig Erkenntnisse und Forschungsergebnisse vorgestellt, die sich mit den psychodynamischen Hintergründen von Schizophrenie und Borderline-Störungen sowie ihrer psychothera-



Abb. 1: Eröffnung des Kongresses im Auditorium Maximum der Humboldt-Universität zu Berlin



Abb. 2: v.l.n.r.: Dr. Andreas Nachama, erster Vorsitzender der Jüdischen Gemeinde in Berlin, Dipl.-Psych. Maria Ammon (Berlin/München), Präsidentin der DAP, Prof. Dr. Modest M. Kabanov (St. Petersburg), Präsident der WADP, Prof. Dr. Hans-Wolfgang Presber, Vizepräsident Medizin der Humboldt-Universität zu Berlin, Dr. med. Rolf Schmidts (München), Vizepräsident der WADP und Chefarzt der Klinik Mengerschwaige, München.



Abb. 3: Prof. Dr. Modest M. Kabanov (St. Petersburg), Direktor des Bechterew-Institutes und Präsident der WADP, zusammen mit Frau Anja Vassilijeva



Abb. 4: Dipl.-Psych. Maria Ammon, Präsidentin der DAP, bei der Eröffnung des Kongresses.

peutischen Behandlung, zusätzlich oder in Kombination mit medikamentösen und sozialtherapeutischen Maßnahmen befassen.

Eröffnet wurde der Kongreß durch den Präsidenten der WADP, *Modest M. Kabanov*, Leiter des Bechterew-Instituts in St. Petersburg, und von der Präsidentin der DAP, *Maria Ammon*, Leiterin des Berliner Lehr- und Forschungsinstitutes der DAP. Sie bezeichnete das Anliegen des Kongresses als eine der großen Lebensaufgaben *Günter Ammons*, der die schizophrenen Patienten ebenso wie die Borderline-Patienten als grundsätzlich verstehbar und behandelbar betrachtete und auf dieser ethischen Basis eine eigenständige, gruppenspezifisch-psychoanalytisch fundierte integrative Behandlungskonzeption entwickelte.

Grußworte überbrachten neben anderen der Vize-Präsident der Medizinischen Fakultät der Humboldt-Universität, *Hans Wolfgang Presber*, die Gesundheitssenatorin des Landes Berlin, *Beate Hübner*, *Uwe Lehmann-Brauns* als kulturpolitischer Sprecher der CDU im Berliner Abgeordnetenhaus sowie der erste Vorsitzende der jüdischen Gemeinde in Berlin, *Andreas Nachama*. Vertreter der wichtigsten psychiatrischen Weltorganisationen sowie großer deutscher Berufsverbände nahmen mit wissenschaftlichen Beiträgen am Kongreß teil: Von der World Health Organisation (WHO) *Jorge Costa e Silva*, von der World Psychiatric Association (WPA) deren zukünftiger Präsident *Juan Lopez-Ibor* und deren Generalsekretär, *Juan E. Mezzich*, für die World Association for Social Psychiatry (WASP) der derzeitige Präsident *Eliot Sorel*. Die WASP hatte gemeinsam mit der WPA, der WHO und der International Health Society die Schirmherrschaft des Kongresses übernommen. Als Vertreter des russischen Gesundheitsministeriums richtete *Boris Kazakovtsev* aus Moskau Grußworte an das Auditorium, ebenso *Martin Urban* als Vertreter des Präsidiums des Berufsverbandes Deutscher Psychologen (BDP), *Ursula Zingler* für den Verband Psychiatrieerfahrener, *Eva Straub* als Vorsitzende des Angehörigenverbands psychisch Kranker und *Claudia Zinke* vom Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband (DPWV) Brandenburg.

Im Rahmen der Eröffnungsfeierlichkeiten gaben als eine der ältesten Mitarbeiter *Ammons Ingeborg Urspruch* und *Helmut Volger* einen historisch-geistigen Rückblick »30 Jahre Dynamische Psychiatrie - Die geistige Tradition der Berliner Schule«, der das Leben und Werk *Günter Ammons* würdigte. Die Autoren verdeutlichten dabei *Ammons* Bestreben, die psychisch Kranken aus der Isolation zu befreien und damit die gesellschaftliche Spaltung in Gesund und Krank aufzuheben. Die diesjährige Goldmedaille der Deutschen Akademie für Psychoanalyse wurde Ernst Federn aus Wien überreicht für seine besonderen Verdienste um die Psychotherapie früher Ich-Störungen.

Zahlreiche Beiträge aus den Reihen der Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie *Günter Ammons* sowie der von ihm gegründeten WADP mit Wissenschaftlern aus aller Welt beschäftigten sich mit Theorie und Praxis der Behandlung im Sinne einer »nachholenden Identitäts-

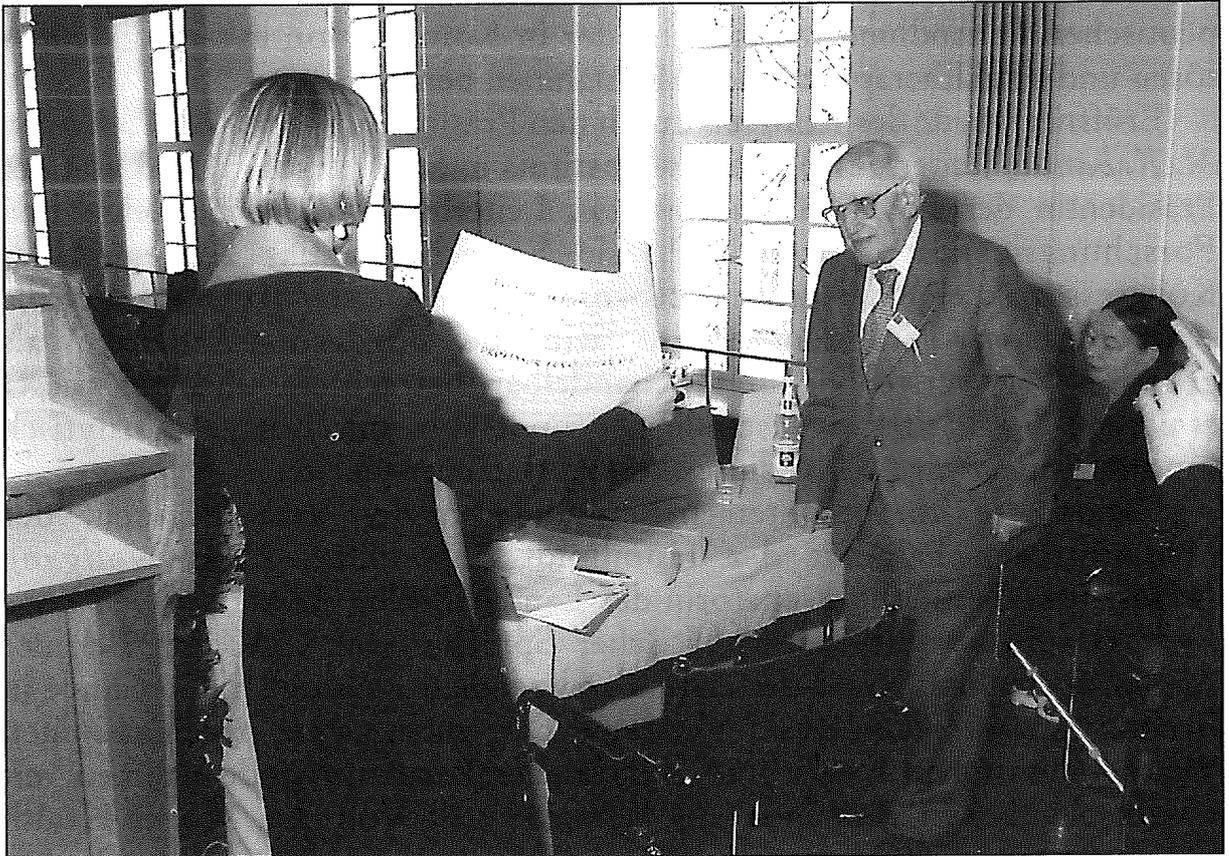


Abb. 5: Dipl.-Psych. Maria Ammon bei der Verleihung der Goldmedaille der DAP an Prof. Dr. Ernst Federn (Wien), re. (sitzend) Fr. Ingeborg Urspruch (München)



Abb. 6: Dipl.-Psych. Dr. Ilse Burbiel (München) im Gespräch mit Prof. Dr. em. Raymond Bategay (Basel), Past President der Swiss Medical Society for Psychotherapy und der Internationalen Association für Gruppenpsychotherapie

entwicklung«. Dabei steht nicht die Symptombeseitigung, sondern die Arbeit am unbewußten Kern der Persönlichkeit im Mittelpunkt der Therapie. Das Paradigma der grundsätzlichen Heilbarkeit von Schizophrenie und Borderline-Störungen führt zu einer auf den ganzen Menschen bezogenen, seine gesunden Potentiale und seine Entwicklungsgeschichte mit in die Therapie einbeziehenden, optimistischen Haltung des Therapeuten als ethischer Grundlage der Behandlung. Bei beiden Krankheitsbildern ist eine Ausweitung des Behandlungsspektrums auf nonverbale, die kreativen und konstruktiven Potentiale fördernden Therapieformen notwendig, um die präverbal entstandenen Identitätsdefizite der Patienten durch eine therapeutische Nachentwicklung aufzufüllen. Entscheidend ist hierbei in der therapeutischen Arbeit die Integration der einzelnen Therapieformen innerhalb eines gruppenspezifisch strukturierten Behandlungsfeldes. Hier kommt der von *Günter Ammon* in der Klinik Mengerschwaige eingeführten und weiterentwickelten psychoanalytischen Milieuthherapie eine besonders große Bedeutung zu, wie auf dem Kongreß auch *Ernst Federn* betonte: »Eine wirkliche Behandlung der Schizophrenie ist nur durch eine Milieuthherapie möglich«.

Modest M. Kabanov bezog sich bei seinem Eröffnungsvortrag auf die Interdependenz zwischen seelischer Gesundheit bzw. Krankheit und den Gesellschaftsstrukturen. Das totalitäre System der ehemaligen UdSSR habe negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit des Volkes zur Folge gehabt. Es sei zu einer Stagnation der gesamten Psychologie und Psychotherapie gekommen. Aufgrund der im heutigen Rußland entstandenen Verunsicherung durch die ökonomische Krise habe sich die Erkrankungsrate an Persönlichkeitsstörungen erhöht.

Maria Ammon arbeitete Gemeinsamkeiten und Unterschiede in Diagnostik und Therapie von Schizophrenie und Borderline-Syndrom aus humanstruktureller Sicht heraus und verdeutlichte die Position *Günter Ammons*, daß die schizophrenen Patienten noch immer zu den Schwächsten und Ausgestoßenen der Gesellschaft gehören, während sich im Borderline-Syndrom die Identitätskrise der Gesellschaft widerspiegele. Bei beiden Erkrankungen werde an Wissenschaft und Gesellschaft die Ethikfrage gestellt. Im Mittelpunkt stehe die Frage nach dem Umgang mit Krankheit, Wesens- und Sinnhaftigkeit, Menschlichkeit und den Minderheiten der Gesellschaft. Die Therapie beider Erkrankungen wird als Identitätstherapie verstanden, die jenseits reiner Symptombehandlung versucht, die gesunden, konstruktiven Fähigkeiten der Patienten zu fördern und im milieutherapeutisch-gruppenspezifisch gestalteten Umfeld der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige in München eine »nachholende Persönlichkeitsentwicklung« zu ermöglichen.

Belastungen wie Arbeitslosigkeit, drohende Verarmung, Isolation und Vereinsamung können von psychisch Kranken nicht kompensiert werden. Studien der WHO, die *Jorge Costa e Silva* vorstellte, weisen darauf hin, daß die Schizophrenierate unter ethnischen Minderheiten erhöht ist. Mehr



Abb. 7: Dipl.-Psych. Maria Ammon (Berlin/München) mit Prof. Dr. Tatjana B. Dimitriewa, Direktorin des Serbski-Zentrums Moskau, beim Referentenempfang



Abb. 8: Dipl.-Psych. Maria Ammon (Berlin/München) im Gespräch mit dem künftigen WPA-Präsidenten, Prof. Dr. Juan I. Lopez-Ibor (Madrid)

Verständnis für die kulturellen Besonderheiten von Minderheiten und deren bessere Integration stellen seiner Ansicht nach einen Beitrag zur psychischen Gesundheit dar, der nicht nur im Vielvölkerstaat Rußland, sondern auch in westlichen Ländern zunehmend an Bedeutung gewinnt.

Juan E. Mezzich (New York) sprach in seinem Vortrag über Psychosen und ganzheitliche Diagnostik über die besonderen Herausforderungen, die diese Erkrankungen sowohl an die Nosologie als auch an eine umfassende, den Lebenszusammenhang des Patienten wie dessen kulturelle Rahmenbedingungen berücksichtigende Diagnose stellt. *Juan J. Lopez-Ibor* stellte das groß angelegte Programm der WPA gegen die Stigmatisierung schizophrener Erkrankter vor. Dieses Programm erforschte differenziert die Verbreitung von Vorurteilen in unterschiedlichen gesellschaftlichen Gruppierungen und entwickelte konkrete Maßnahmen zu deren Abbau.

Eine große Moskauer Delegation unter Führung von *Boris Kazakovtsev* und *Tatjana B. Dimitrieva*, der Leiterin des Serbsky Zentrums Moskau, sowie *Juri A. Aleksandrowsky*, *Alexander Churkin* und *Boris Poloshij*, ebenfalls aus dem Serbski-Institut und der Petersburger Forschergruppe aus dem Bechterew-Institut unter Leitung von *Modest M. Kabanov* betonte den Aspekt der gesellschaftlichen Mitverursachung psychischer Krankheit. So sei in Rußland im Zuge der sozialen Verunsicherung seit dem Zusammenbruch des alten Regimes die Suizidrate zu einer der weltweit höchsten angestiegen. Erkrankungen an Schizophrenie und Borderline-Störungen haben dramatisch zugenommen. Andererseits fehle es überall in Rußland an qualifiziertem Personal und Sachmitteln. *Kabanov* befürchtet ein »Psychiatrie-Tschernobyl«, dem nur die schnelle und effiziente Ausbildung von Fachkräften entgegenwirken könne. So wurde unter Leitung des ersten russischen Psychoanalytikers *Viktor Wied*, der bei der Deutschen Akademie für Psychoanalyse ausgebildet wurde, am Bechterew-Institut in St. Petersburg mit dem Aufbau der ersten dynamisch-psychiatrischen Abteilung begonnen.

Als Chairman des ungarischen Zweiges und Vizepräsident der WADP sprach *Bela Buda* über die Problematik der Kommunikation von und mit schizophrenen Patienten. Als weiterer Vizepräsident der WADP sprach *Mauricio Knobel* aus Brasilien über die »schizophrenen Anteile« im Rahmen von Borderline-Störungen, als deren Grundlage er den von *Günter Ammon* beschriebenen Symbiosekomplex ansieht. Der Leiter des indischen Zweiges und Vizepräsident der WADP, *Jai B. P. Sinha*, stellte in seinem Hauptvortrag kulturelle Konstrukte von Gesundheit und Heilung dar, wie sie aus indischer Sicht unter Einbeziehung von spirituellen Konzeptionen vorstellbar sind.

Wichtige integrative Foren für den wissenschaftlichen Austausch bildeten die täglich stattfindenden Key-Lectures, welche die Auseinandersetzung mit zentralen Themen der Symposia und des Kongresses insgesamt vertieften: Die Key-Lecture von *Ernst Federn* über »Einzel- versus Milieuthherapie« betonte als Basis jeglicher Form von Psychotherapie die



Abb. 9:
Prof. Dr. Jorge Costa e
Silva (New York), WHO
International Center for
Mental Health Policy,
WHO Director, New
York University, Medical
School, Dept. of Psychia-
try



Abb. 10: Prof. Dr. Juan Mezzich (New York), Generalsekretär der World Psychiatric Association (WPA), Mount Sinai School of Medicine of the City University of New York

Beziehung zwischen Patient und Therapeut, den Wunsch des Patienten, behandelt zu werden, d.h. die eigene Motivation jenseits von äußerem Zwang und die Bedeutung der Persönlichkeit und des Talents des Therapeuten jenseits von erlernter Methodik. Die historische Entwicklung von der Einzel- über die Gruppen- bis zur Milieuthherapie *Ernst Simmels* stellte *Federn* anhand persönlicher Erfahrungen dar. Das therapeutische Milieu müsse als »Gruppenarbeit« von einem gut ausgebildeten Team geführt und durch Supervision und häufige Besprechungen vernetzt werden.

Raymond Battegay sprach in seiner Key-Lecture zum Thema »Übereinstimmungen und Unterschiede in der psychodynamischen Behandlung von Schizophrenen und Borderline-Persönlichkeitsstörungen« und belegte dies mit seinen jahrzehntelangen Gruppenpsychotherapieerfahrungen mit Schizophrenen und Borderline-Patienten. Borderline-Patienten haben nach *Battegay* eine starke Tendenz, Kontaktängste durch Agieren abzuwehren, eine negative Gegenübertragung zu erzeugen und daher erst nach längerer Zeit Vertrauen zum Therapeuten zu gewinnen. Die in der psychodynamischen Therapie *Battegays* auftretenden unterschiedlichen Phänomene bei Schizophrenen und Borderline-Patienten illustrierte der Referent durch Fallbeispiele.

Ilse Burbiel, leitende Psychologin der Klinik Mengerschwaige, referierte über »Stationäre Psychotherapie der Schizophrenie und Borderline-Störung in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige« und gab in dieser Key-Lecture einen integrierten Gesamtüberblick über die Funktion und Arbeitsweise des gruppenspezifisch-therapeutischen Milieus der Klinik und die Spezifika dynamisch-psychiatrischer stationärer Schizophrenie- und Borderline-Therapie. Neben der großen Bedeutung wieder gutmachender Beziehungserfahrungen im Sinne von *Günter Ammons* »konstruktiver Sozialenergie« ist auch die Verbündung mit den Fähigkeiten der Patienten, die Zusammenarbeit mit der Familie und die Auseinandersetzung mit Grenzsituationen wesentlicher Bestandteil der stationären Psychotherapie. Der Trennungsarbeit kommt, wie *Ilse Burbiel* betonte, eine besonders große Bedeutung zu, ebenso auch der ambulanten therapeutischen Nachbehandlung, wie katamnestische Untersuchungen belegen.

Ebenfalls aus dem therapeutischen Feld der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik stellte der Chefarzt, *Rolf Schmidts*, die historische Entwicklung der »Therapeutischen Gemeinschaft« bis hin zur heutigen Milieutherapiekonzeption dar. Dies führte er anhand von Prozessen des Energieaustauschs und der Rollendifferenzierung, wie sie in der Großgruppe aller Patienten und Mitarbeiter der Klinik Mengerschwaige stattfinden, aus. Dabei versteht er die Entstehung von demokratischen gruppenspezifischen Strukturen als wesentlich für die Befreiung psychisch Kranker aus Entwicklungsarretierungen. *Rolf Schmidts* schließt seinen Vortrag mit den Worten: »Gerade die Großgruppe kann dem seiner selbst unbewußten, sich



Abb. 11: Prof. Judge Amnon Carmi (Haifa), Präsident des israelischen Zweiges der WADP (links) im Gespräch mit Prof. Dr. Eliot Sorel (Washington D.C.), Präsident der World Association for Social Psychiatry, beim Referentenempfang

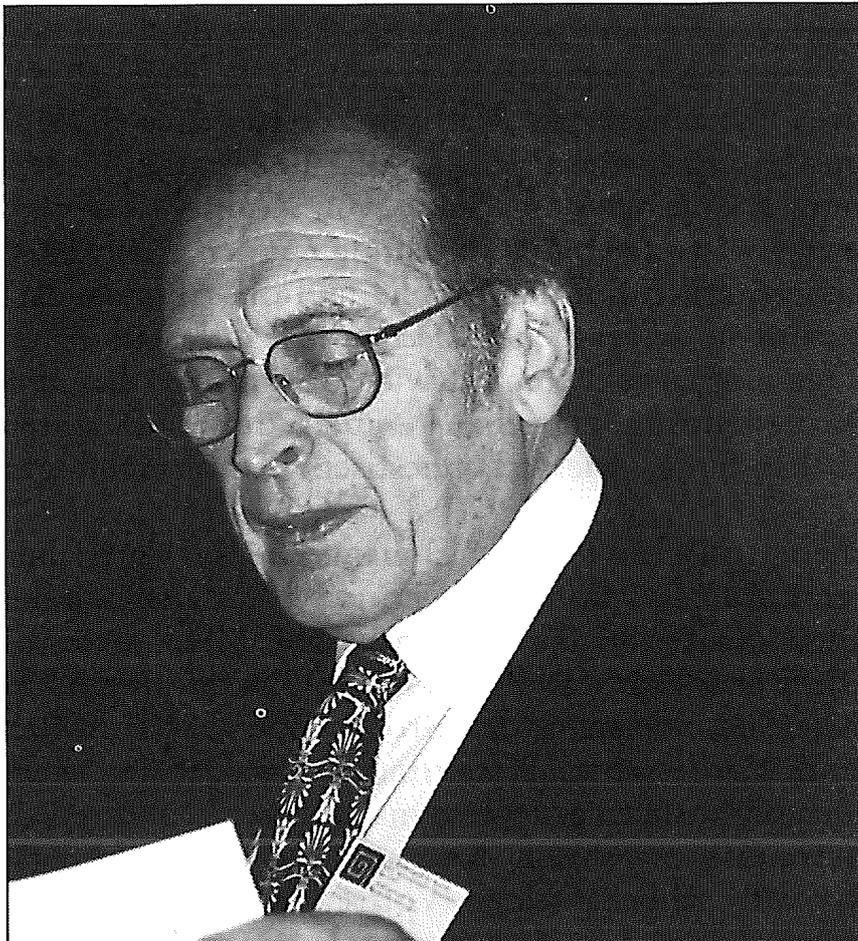


Abb. 12:
Dr. med. Rolf Schmidts
(München), Vize-Präsi-
dent der WADP und
Chefarzt der Klinik Men-
terschwaige, München

unsicheren Einzelnen Antworten geben, die sein Selbstgefühl stärken, ihm einen Platz und eine Rolle in der Gruppe zuweisen, ihn aber auch zu einer ständigen Veränderung seiner sozialen Beziehungen auffordern.«

Weitere Beiträge von Mitarbeitern der Klinik Mengerschwaige in München beschäftigten sich mit »Gruppendynamischen Aspekten der Geschwisterrivalität bei Zwillingen am Beispiel psychotischer Patienten« (*Egon Fabian*, Oberarzt der Klinik Mengerschwaige), mit Ressourcen und gesunden Potentialen schizophrener Patienten (*Margit Schmolke*), der Bedeutung der Mutter-Kind-Symbiose im gruppentherapeutischen Prozeß schizophrener Patienten und ihrer Mütter (*Astrid Thome*) und mit dem Agieren und Integrationsprozessen in der Milieuthherapie (*Monika Dworschak*, *Bettina Kampmann*). Darüber hinaus wurden die Bedeutung der Sexualität aus humanstruktureller Sicht, Traumprozesse in der analytischen Gruppentherapie (*Gerhard Wolfrum*) sowie die Extramurale stationäre Milieuthherapie der Klinik Mengerschwaige (*Rita Primbas*, *Maria Rettenberger*) und andere verbale und nonverbale Therapieverfahren der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik behandelt.

Aus der israelischen Gruppe unter der Führung von *Judge Amnon Carmi*, Oberster Richter in Haifa und Vorsitzender der Sektion für »Psychiatry, Law and Ethics« der WHO sprachen mehrere Referenten: *Carmi* selbst über die Bedeutung des »Informed Consent« bei psychiatrischen Patienten, deren persönliche Aufklärung und Einbeziehung in die Therapieentscheidungen sich weltweit noch immer nicht durchgesetzt hat, was der Autor als ethisch-juristisches, aber auch menschliches Problem bezeichnet. *Ilana Tal* beschrieb die Lebensqualität langjährig hospitalisierter schizophrener Patienten, *Shmouel Tyano* stellte Borderline-Jugendliche als Repräsentanten unserer Gesellschaft dar, *Vadim Rotenberg* referierte über den Schlaf schizophrener Patienten als Spiegel des klinischen Bildes.

Neben weiteren Haupt- und Kurzvorträgen von Wissenschaftlern aus psychiatrisch-psychotherapeutischen Zentren in Ungarn, Polen, Rumänien, Indien, USA und aus den Instituten der DAP in Berlin und München fanden Arbeitsgruppen und abendliche Workshops zu unterschiedlichen Themen statt: Zur Positiven Psychotherapie (*Nossrat Peseschkian*), zur »Multiple Personality« (*Claus Bahne-Bahnson*), über Musiktherapie (*Rolf Schmidts*), zum Humanstrukturellen Tanz (*Maria Ammon*), zur Theatertherapie (*Ingeborg Urspruch*, *Andrzej Cechnicki*), zur Kunsttherapie in der Psychiatrie (*Maja Müller-Spahn*) und über Bioenergetische Körpertherapie (*Michael Baican*).

Symposia vertieften Schwerpunktthemen des Kongresses und beinhalteten Beiträge, die sich um ein dynamisches Verständnis der Erkrankungen und um die ambulante und stationäre Psychotherapie von Schizophrenie und Borderline-Störungen bei Erwachsenen und Kindern bemühten, sowie Referate zu speziellen Forschungsfragen und transkulturellen Problemstellungen.



Abb. 13:
Prof. Dr. Driss Moussaoui,
Secretary for Meeting der
World Psychiatric Asso-
ciation.(Casablanca)

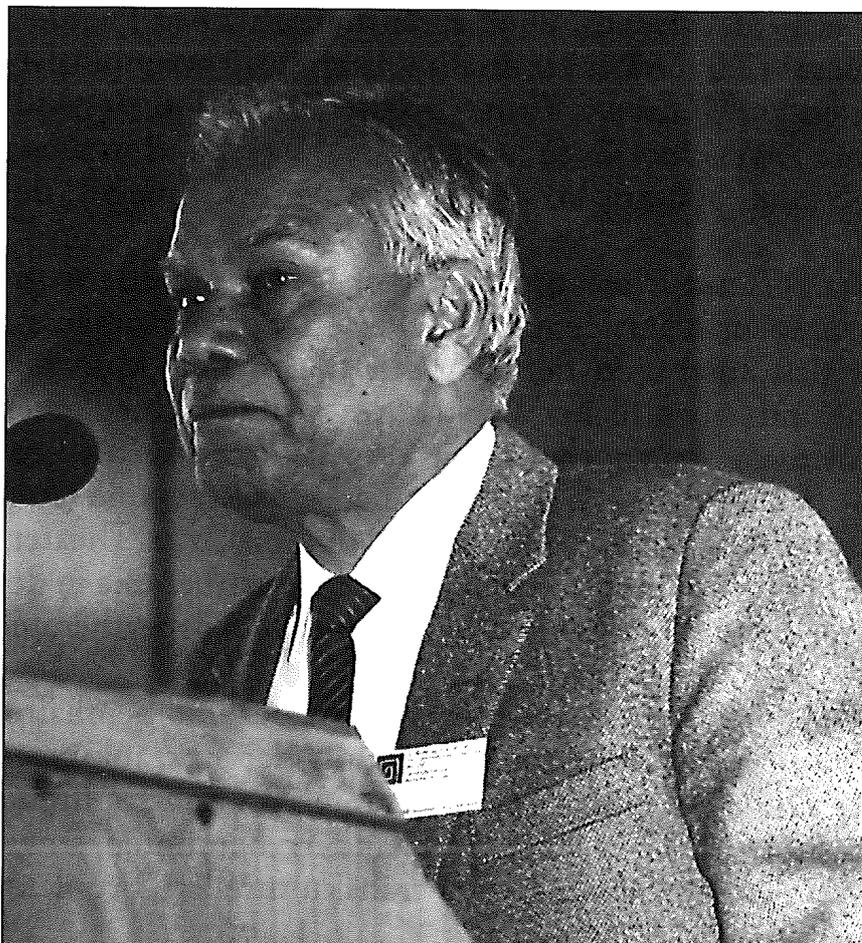


Abb. 14:
Prof. Dr. Jai B.P. Sinha
(Patna, Indien), Vize-
Präsident der WADP und
Präsident des Indischen
Zweiges der WADP

Die Sektion Klinische Psychopathologie der WPA war mit einem speziellen Symposium vertreten, das sich mit Dynamisierungskonzepten in der gegenwärtigen Psychiatrie (*Eberhard Gabriel*), mit der Bedeutung der Dissoziation bei psychischen Störungen im Jugendalter (*Franz Resch, J. Brunner*) und der Bedeutung des Vulnerabilitätskonzepts bei Wahnerkrankungen (*M. Musalek*) auseinandersetzte. Das Symposium »Die beiden Gesichter der Schizophrenie« beinhaltete Themen zum transkulturellen und psychodynamischen Verständnis der Schizophrenie (*Pittu Laungani, George Albee, Victor Sanua*).

Zur Bedeutung der nonverbalen Therapieformen, die bei Patienten mit schweren psychiatrischen Krankheitsbildern aufgrund ihres Verbalisierungsdefizits im Zentrum der Behandlung stehen, fand ein eigenes Symposium statt. *Ingeborg Urspruch* stellte die humanstrukturelle Theatertherapie als Möglichkeit der Intensivierung psychoanalytischer Behandlung von Borderline-Patienten durch »Acting Out« vor. Die humanstrukturelle Tanztherapie in Kombination mit Gruppen-, Einzel- und ambulanter Milieuthherapie bei Borderline-Patienten mit Videoauswertung und testpsychologischen Untersuchungen stand im Mittelpunkt des Beitrages von *Gertraud Reitz*. Darüber hinaus wurde zur Mal- und Filmtherapie in der Klinik Mengerschwaige (*Georg Kress*) sowie zur Tanztheaterselbsterfahrung (*Gabriele von Bülow, Bianca Schütz, Werner Schütz*), zur Dramatherapie mit schizophrenen Patienten (*Anna Bielanska*) und zur Maltherapie in der Psychiatrie (*Mladen Maval et al.*) referiert.

Das Symposium zur Milieuthherapie und spezieller psychotherapeutischer Methoden beschäftigte sich ausgehend von *Ernst Federns* Vortrag über »Schwierigkeiten der seelischen Behandlung der schweren Ich-Störungen«, in dem er die Bedeutung einer positiven Haltung des Therapeuten selbst aggressiven und feindlichen Äußerungen der Patienten gegenüber betonte, mit gruppenbezogenen milieuthérapeutischen Themen. Diese zeigten sich z. B. im humanstrukturellen Arbeiten in der ambulanten Milieuthherapie, das *Ulrike Winkelmann* im Hinblick auf die Wechselbeziehung von Aggression, Ausagieren und Schuldgefühl beschrieb. Ergänzt wurde dieser Themenkomplex mit einzeltherapeutischen Beiträgen und der Bedeutung von Sozialenergie und geistiger Arbeit in der milieuthérapeutisch strukturierten Selbsterfahrungsgruppe (*Anette Binder*).

Im Symposium »Forschung in der Psychotherapie« wurden von den russischen Forschern *Wied* und *Babin* Forschungsprojekte zur Wechselbeziehung von Abwehrmechanismen und Motivation und zu Perspektiven der Psychotherapie in der Psychiatrie Rußlands vorgestellt. Desweiteren diskutierten *Thome* und *Sandermann* Ergebnisse einer Forschungsarbeit aus der Klinik Mengerschwaige in München über dissoziatives Erleben bei Borderline-Patienten. Mehrere Vorträge israelischer Psychotherapeuten hatten hauptsächlich schizophrenietherapeutische Fragestellungen zum Inhalt (*Alexander Kon, Havva Pollak, Juan Bar El*), während sich



Abb. 15:
Prof. Dr. Béla Buda
(Budapest), Vize-Präsi-
dent der WADP, Präsi-
dent des Ungarischen
Zweiges der WADP



Abb. 16:
Prof. Dr.em. Mauricio
Knobel (Campinas, Bra-
silien), Vize-Präsident der
WADP, Präsident des
Brasilianisches Zweiges
der WADP

Vijoj K. Varma aus Indien mit dem Unterschied von Borderline-Störungen und akuten psychotischen Störungen beschäftigte.

Zum Thema »Psychotherapie mit Borderline- und schizophrenen Kindern und Jugendlichen« fand ebenfalls ein Symposium statt, in dem unter Leitung von *Maria Orwid* und *Shmouel Tyano* Probleme der Therapie der betroffenen Kinder und Jugendlichen im Mittelpunkt standen. Darüber hinaus widmete sich das »Kinder- und Jugendpsychotherapie«-Symposium neben der Konzeption der Dynamisch-Psychiatrischen Kinder- und Jugendtherapie (*Dorothee Doldinger*) auch der Bedeutung sexueller Gewalt gegen Kinder und Jugendliche in Rußland (*Jurij Popov*) sowie speziellen Behandlungsverfahren und Therapieverläufen bei Jugendlichen und der psychotherapeutischen Jugendhilfe (*Karin Wottrich, Angela Bauer*).

Referate im Symposium »Wohngemeinschaften« behandelten Themen aus den dynamisch-psychiatrischen Wohngemeinschaften (*Gertraud Reitz, Thomas Hessel, Renate Splete, Dore Richartz*), aus Projekten des »Betreuten Wohnens« für Schizophrene (*Martin Urban*) sowie Themen aus therapeutischen Wohnprojekten in Slowenien (*Bernard Stritih, Miran Mocina*) und Polen (*Andrzej Cechnickii*) referiert.

Im Rahmen eines wissenschaftlichen Meetings wurde das Design der WADP-Multicenter-Psychotherapie-Studie zum Prozeß und Outcome der Schizophrenie- und Borderline-Therapie beschlossen, an der psychiatrische Zentren in Deutschland (Klinik Mengerschwaipe, München), Israel (Gehah Psychiatric Hospital; Petah-Tiqva, Tel Aviv), Polen (Psychiatric Department of the Jagellonian University Krakow) und Rußland (Bekhterev Psychoneurological Research Institute, St. Petersburg, Allunion Serbski Institute, Moskau) teilnehmen werden.

Ebenso wurde im Rahmen eines Kooperationsvertrages zwischen der DAP, der Klinik Mengerschwaipe in München und der Russischen Psychotherapeutischen Gesellschaft unter *Boris Karvassarsky* (St. Petersburg) die Einrichtung weiterer dynamisch-psychiatrischer Therapiestationen in Kliniken in Novgorod und Orenburg vereinbart.

Ein abschließendes Symposium »Psychotherapie der Schizophrenie und Borderline-Erkrankung« unter Leitung von *Maria Ammon* und *Ilse Burbiel* befaßte sich mit der Dynamisch-Psychiatrischen Schizophreniepsychotherapie (*Maria Ammon*), mit der Bedeutung von Traumarbeit in Gruppen- und Einzelpsychotherapie (*Gerhard Wolfrum; Bernhard Richarz, Sylvelin Römisch; Astrid Thome*), und mit der Funktion der Psychosomatik bei Borderline-Patienten (*Monika Braun, Yorck Müller-Leutloff*).

Im Rahmen des Diskussionsforums: »Welche Herausforderungen stellen Schizophrenie und Borderline-Störungen für Wissenschaft und Gesellschaft dar?« sprachen unter Beteiligung der Presse die internationalen Wissenschaftler über die Integration neuerer psychotherapeutischer Behandlungsansätze für die schweren psychiatrischen Krankheitsbilder Schizophrenie und Borderline-Syndrom. Dabei stellten sie die Bedeutung



Abb. 17: Prof. Dr. Claus Bahne Bahnson, (Kiel), Prof. Em. University of California, San Francisco, John-Rittmeister-Institut für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik, e.V., Kiel, beim Referentenempfang



Abb. 18: v.l.n.r.: Prof. Dr. Guilherme Ferreira (Lissabon), Chairman des portugiesischen Zweiges der WADP, Prof. Dr. Raymond Bategay (Basel), Dr. med. Nossrat Peseschkian (Wiesbaden), Prof. Dr. Mauricio Knobel (Campinas, Brasilien), Vizepräsident der WADP und Chairman ihres brasilianischen Zweiges, Dipl.-Psych. Margit Schmolke (München)

tiefergehender Forschungen sowie eine Verstärkung und Intensivierung der psychotherapeutischen Behandlung in der Psychiatrie mit einer Ausweitung des Methodenspektrums unter Einbeziehung der nonverbalen Therapieverfahren und der Integration der verschiedenen Fachgebiete im Interesse der Patienten heraus.

Kongreßbegleitend fand eine Malausstellung mit Bildern von Patienten der Klinik Mengerschwaige statt sowie eine Sonderausstellung zum Thema »Verdrängen? Verschieben? Vergessen?« als Dokumentation des Bundes der Euthanasiegeschädigten und Zwangssterilisierten.

Den festlichen Abschlußabend gestaltete die Tanztheater-Selbsterfahrungsgruppe des Münchner Lehr- und Forschungsinstituts der DAP mit einer öffentlichen Aufführung des »Feuervogels« von *Igor Strawinsky*.

Traditionsgemäß fand am 23. März 1999 der Klinische Nachkongreß in der Klinik Mengerschwaige in München für alle interessierten Wissenschaftler und Kongreßteilnehmer statt. Sie konnten hier das therapeutische Programm der Klinik miterleben und mit Mitarbeitern und Patienten ins Gespräch kommen.

Übereinstimmend wurden die Bedeutung einer optimistischen therapeutischen Einstellung als Voraussetzung für eine gelingende Psychotherapie der schweren psychiatrischen Krankheitsbilder Schizophrenie und Borderline-Störung und einer menschlichen, von Empathie getragenen Beziehung zwischen Therapeut und Patient hervorgehoben. Die Mehrzahl der anwesenden Wissenschaftler und Therapeuten stimmten letztlich überein in der grundsätzlichen Heilbarkeit der schweren psychiatrischen Krankheitsbilder Schizophrenie und Borderline-Syndrom sowie der ethischen Verpflichtung, die bestehenden modernen Behandlungskonzepte für diese Krankheiten in die Praxis umzusetzen. Dabei ist »der psychosoziale und psychotherapeutische Ansatz unverzichtbar«, wie *Driss Moussaoui* als Vertreter der World Association of Psychiatry (WPA) es ausdrückte, »denn er führt zu einer besseren Lebensqualität der Erkrankten und beeinflusst auch die Krankheit selbst positiv«. Soziale Präventionsmaßnahmen und eine bessere Aufklärung der Öffentlichkeit müssen nach Ansicht der am Kongreß beteiligten Wissenschaftler gefördert und auf gesellschaftspolitischer Ebene eine stärkere Wertung jenseits der Überbewertung psychiatrischer Medikamentenbehandlung erfahren. Da psychisch Kranke der Gesellschaft einen Spiegel vorhalten, sollte die Gesellschaft nicht erschreckt wegschauen, sondern eine Destigmatisierung und Enttabuisierung psychischer Krankheit unterstützen. »Die Gesellschaft antwortet auf die Pathologie mit der Gewalt der Ausgrenzung. Notwendig sind aber Integration und Liebe« (*Ernst Federn*).

Ulrike Fabian, Monika Dworschak (München)

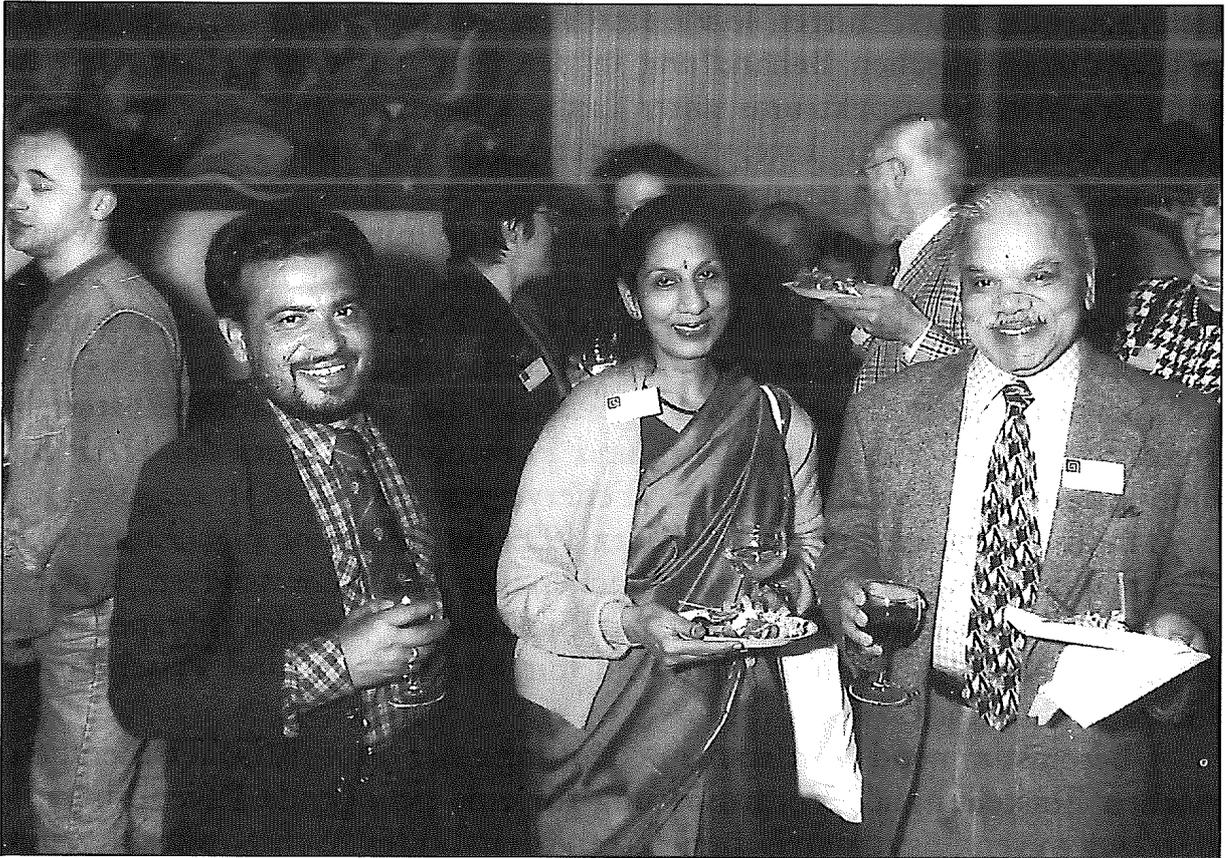


Abb. 19: v.l.n.r.: Dr. med. J. P. Mishra (Chandil, Indien), Prof. Dr. Jyoti Verma (Patna, Indien), Prof. Dr. med. Vijoy K. Varma (New York)



Abb. 20: Prof. Dr. med. Peter Müller, Psychiatrische Universitätsklinik Göttingen bei seinem Vortrag im Auditorium Maximum der Humboldt-Universität, Berlin

30 Jahre Dynamische Psychiatrie – die geistige Tradition der Berliner Schule Günter Ammons

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Freunde!

Nachdem die Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie bis zum Tode ihres Begründers *Günter Ammon* im Jahre 1995 von dessen Energie, Kreativität und Visionen geprägt wurde, geht es nach 30 Jahren ihres Bestehens darum, sich ihrer geistigen Tradition zu vergewissern, um für die komplexen wissenschaftlichen, gruppendynamischen und organisatorischen Aufgaben, ihre Weiterentwicklung wie auch für die laufende und notwendige Integration in die geschichtliche Entwicklung der Psychoanalyse und Psychiatrie national und international jetzt und heute und in Zukunft gerüstet zu sein.

Die Geschichte der Deutschen Akademie für Psychoanalyse ist eng mit dem persönlichen und wissenschaftlichen Lebensweg Prof. Dr. *Günter Ammons* verbunden. *Ammon* wurde 1918 in Berlin geboren und studierte hier Medizin, Philosophie, Anthropologie und Archäologie. Seine psychoanalytische Ausbildung absolvierte er am Berliner Psychoanalytischen Karl-Abraham-Institut, immer schon mit dem Ziel, den an Schizophrenie schwer erkrankten Menschen durch eine psychotherapeutische Behandlung zu helfen.

Sein psychoanalytisches Denken erlaubte ihm nicht, die Unterscheidung verstehbarer und nicht verstehbarer psychischer und psychiatrischer Erkrankungen zu akzeptieren, ebensowenig konnte er sich mit dem Endogenitätsbegriff der Psychiatrie identifizieren, den er auch in der psychiatrischen Literatur nicht ausreichend begründet und nicht wissenschaftlich ausreichend belegt fand. Er ging schon damals ungewöhnliche Wege, beispielsweise in der Behandlung seiner Patientin *Juanita*, deren Heilungsgeschichte er in den ersten Ausgaben der Zeitschrift »Dynamische Psychiatrie« veröffentlichte und die zu diesem Kongreß nochmals neu aufgelegt wurde. Bereits in dieser frühen Arbeit sind die Ansätze zur Psychotherapie archaischer Identitätsstörungen enthalten, die schließlich zu den Behandlungskonzepten von Schizophrenie und Borderline-Störungen führten, wie sie heute – sowohl stationär in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige als auch ambulant in den Instituten und den ambulanten Praxen der Deutschen Akademie für Psychoanalyse – praktiziert werden.

Da frühe Integrationsansätze der Psychoanalyse in die Psychiatrie, wie sie beispielsweise durch *Tausk*, *Frieda Fromm-Reichmann*, *Paul Federn* u.a. entwickelt wurden, durch den Faschismus jäh unterbrochen wurden und die Dynamische Psychiatrie daraufhin ins Exil ging, entschloß sich *Ammon* 1956 nach Amerika an das damalige Mekka der Dynamischen Psychiatrie, die Menninger-Foundation, zu gehen.

Hier konnte er bis 1965 im Rahmen der Menninger Clinic and School of Psychiatry die Verwirklichung psychiatrisch-psychoanalytischer Psychiatrie



Abb. 21: Dipl.-Psych. Maria Ammon (Berlin/München) beim Referentenempfang mit Prof. Dr. Maria Orwid (Krakau)



Abb. 22: Dipl.-Psych. Gabriele von Bülow (Berlin) mit Dr. Pittu Laungani (London) beim Referentenempfang

in einer großen klinischen Institution studieren, erproben und weiterentwickeln.

10 Jahre lang wirkte er dort bei der Vertiefung und Erweiterung psychiatrisch-psychoanalytischer Arbeit mit, die für die Behandlung der schweren psychiatrischen Erkrankungen notwendig war, ganz besonders aber beim Aufbau und der Weiterentwicklung der Gruppentherapie und Milieuthherapie, die *Karl* und *William Menninger* basierend auf der milieuthérapeutisch orientierten Arbeit in der *Simmel'schen* Klinik im Humboldt-Schloß in Berlin-Tegel in ihr Konzept integriert hatten.

1965 kehrte *Ammon* nach Deutschland zurück. Es ging ihm hier darum, auf den Grundlagen seiner amerikanischen Erfahrungen, sein eigenes psychoanalytisches Konzept aufzubauen und zu verwirklichen, um damit den bislang Unerreichten und Stigmatisierten therapeutische Hilfe anbieten zu können und sie nicht als unbehandelbar ausgegrenzt zu lassen.

Sein zentrales therapeutisches Anliegen beschreibt *Ammon* bereits in seinem grundlegenden Artikel des ersten Heftes der Zeitschrift »Dynamische Psychiatrie / Dynamic Psychiatry« (1968): »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 mit einschließt, der Hilfe suchend zu mir kommt. Eine Dynamische Psychiatrie verwaltet den Menschen nicht und begnügt sich auch nicht mit einer lateinischen oder griechischen 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, d.h. konfliktfreien, gesunden Aspekte des Patienten – seine Begabungen, Interessen, sowie seine sozialen und physischen Möglichkeiten – umfaßt, versucht die Dynamische Psychiatrie ein Behandlungsspektrum aufzubauen« (*Ammon* 1968).

Ammon war aus tiefstem Herzen von der Richtigkeit und Bedeutung der Behandlungsmethode der Dynamischen Psychiatrie überzeugt, so daß er seine wissenschaftliche Schule mit Mut, Überzeugungskraft, grenzüberschreitend im Denken und Handeln aufbaute. Er war immer zu offenen Diskussionen, Infragestellung und konstruktiver Integration bereit und stets um die Weiterentwicklung der Psychiatrie bemüht, für die er sich auch mit offener konstruktiver Kritik einsetzte.

Er baute mit der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) eine motivierte Mitarbeitergruppe auf, die heute auf eine fruchtbare geistige Entwicklung und auf viele wichtige erfolgreiche Schritte zur Verwirklichung der Dynamischen Psychiatrie zurückblicken kann. Dazu gehören ganz wesentlich die konsequente Integration des gruppensozial-energetischen Denkens in die Entwicklungs- und Persönlichkeitstheorie, in das ganzheitliche Verständnis des Menschen in Krankheit und Gesundheit



Abb. 23: Pressekonferenz im Berliner Lehr- und Forschungsinstitut der DAP unter Leitung von Dipl.-Psych. Dr. Ilse Burbiel (München), Dipl.-Psych. Maria Ammon (Berlin / München) und Prof. Dr. Modest M. Kabanov (St. Petersburg)



Abb. 24: Prof. Dr. Boris Karvassarsky (St. Petersburg), Chefsychotherapeut der Russischen Gesundheitsministeriums, Präsident der Russisch-Psychotherapeut Association (RPA)

sowie in die Behandlungstheorie und -praxis – konkret: Die Neuformulierung des Aggressionsbegriffes, die Konzeptionalisierung psychischer Energie als eine zwischenmenschliche Energie, die *Ammon* »Sozialenergie« nannte, die Entwicklung eines Strukturmodells mit einer Neuformulierung des Unbewußten als kreatives menschliches Potential, das Postulat einer gruppendynamischen Einheit zwischen Identität des Einzelnen und der ihn umgebenden Gruppe und ganz wesentlich die Erweiterung und Differenzierung psychoanalytischer Behandlungsmethoden auch durch die Einbeziehung averbaler Therapiemethoden wie die von *Ammon* entwickelte humanstrukturelle Tanztherapie, die von ihm und seinen Schülern entwickelte Theater-, Musik- und Maltherapie, die den unmittelbaren Zugang zum Unbewußten herstellen und darüberhinaus wirksam den Boden für kreative Persönlichkeitsentwicklungen schaffen.

Ammon vertrat mit seinem Identitätskonzept ein optimistisches Konzept der individuellen Selbstverwirklichung, die untrennbar mit der umgebenden Gruppe verbunden ist. Der Mensch braucht zu seiner Entwicklung die Gruppe, die Gruppe ihrerseits braucht den Einzelnen mit seiner unverwechselbaren Identität, mit seinem eigenen Standpunkt, damit sich Entwicklung entfalten und erweitern kann.

Die genannten Konzeptionen bilden die Grundlage aller vorbeugenden, therapeutischen und wissenschaftlichen Arbeit, wie sie in den psychoanalytischen Kindergärten, der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige, den therapeutischen Wohngemeinschaften und den ambulanten therapeutischen Praxen durchgeführt werden und die auch Grundlage unserer psychoanalytischen Ausbildung in den Instituten in Berlin und München sind. So ist auch kein Zufall, daß eine Vielzahl ausländischer Wissenschaftler darauf drängten, einen länderübergreifenden wissenschaftlichen Dachverband ins Leben zu rufen, der schließlich als »World Association for Dynamic Psychiatry (WADP) mit mittlerweile 23 Mitgliedsländern gegründet werden konnte und die Basis für internationalen Austausch und wechselseitige Kooperation bildet.

Ein Ausruhen auf Erreichtem und Aufgebautem würde *Ammons* und unserem Denken widersprechen. Um nicht geistig und wissenschaftlich zu stagnieren, muß unsere Wissenschaft eine lebendige Wissenschaft bleiben, die sich immer wieder an ihren Grenzen infrage stellt und offen ist für den Austausch mit neuen Entwicklungen in allen Humanwissenschaften. In diesem Sinne bleibt es unsere Aufgabe, *Ammons* Werk fortzusetzen und weiter zu forschen dort, wo wir an die Grenzen im Verständnis unserer Patienten, an deren Behandelbarkeit und damit an die Grenzen unserer theoretischen Konzepte kommen.

Wir wollen uns auch in Zukunft weiterhin für eine psychotherapeutische Durchdringung der Psychiatrie einsetzen, wozu nicht nur die Integration dynamisch-prozeßhaften ganzheitlichen Denkens in die Psychiatrie gehört, sondern auch das Eintreten für die Würde des leidenden Menschen mit seiner Geschichte, Gegenwart und Zukunft. Diese Integration der



Abb. 25: Zuhörerschaft im Auditorium Maximum der Humboldt-Universität zu Berlin am Eröffnungstag des Kongresses



Abb. 26: v.l.n.r.: Thomas Hessel (München), Dipl.-Psych. Dr. Ilse Burbiel (München), Prof. Dr. Shmouel Tyano (Petah-Tiqva, Israel), Dr. Alexander Kohn (Tel-Aviv) beim Kongressdinner

humanistisch geistigen Prinzipien ist für die zukünftige Ausbildung unserer Psychiater, Psychotherapeuten, Krankenschwestern und -pflegern und aller mit Gruppen arbeitenden wichtiger als lediglich die Vermittlung therapeutischer Inhalte.

Nicht zuletzt muß es uns auch in Zukunft immer wieder um die Integration der heute noch gesellschaftlich stigmatisierten schwer psychisch Kranken gehen, ein Schicksal, das sie mit vielen gesellschaftlichen Randgruppen teilen.

Wir freuen uns, daß wir unser 30-jähriges Bestehen hier auf diesem 25. Internationalen Symposium der DAP begehen können im Kontakt und Austausch mit unseren langjährigen wissenschaftlichen Freunden und in der Begegnung mit neuen Referenten und Kongreßteilnehmern.

Ingeborg Urspruch (München)

Helmut Volger (Berlin)

Der 12. Weltkongreß im Spiegel der Presse

Experten: Bis zu 800 000 Schizophrenie-Kranke in Deutschland

Berlin (dpa) – In Deutschland leiden bis zu 800 000 Menschen an Schizophrenie und rund zwei Millionen an einer sogenannten Borderline-Störung. Eine Psychotherapie innerhalb der psychiatrischen Versorgung könne diesen Menschen wesentlich besser helfen als Psychopharmaka allein. Das betonten Psychologen und Psychiater im Vorfeld eines internationalen Kongresses zu Schizophrenie und Borderline-Störungen am Mittwoch in Berlin.

Schizophrene leiden an Wahnvorstellungen und Verfolgungsideen, sowie großen Ängsten und Panik. Borderline-Erkrankte sind in der Regel unauffällig, doch bei größeren seelischen Belastungen wie Verlust des Partners, Scheidung oder Prüfungen zeigen Sie deutliche Persönlichkeitsdefizite. Die Betroffenen sind oft unfähig, stabile persönliche Beziehungen aufzubauen und haben häufig abrupte und unangemessene Stimmungsschwankungen.

Die Psychotherapie soll ihnen neue Handlungsspielräume eröffnen, sagte *Ilse Burbiel* vom Veranstalter des viertägigen Kongresses, der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (München). Die der Weltvereinigung für Dynamische Psychiatrie (Bern) angeschlossenen Ärzte und Psychologen forderten, in der Behandlung die psychosoziale Situation der Kranken mit zu berücksichtigen. Die Patienten müßten als Handelnde angesprochen und ihre Verantwortlichkeit gestärkt werden.

Die Integration von Psycho-, Mal- und Tanztherapie in der Dynamischen Psychiatrie könne rund gerechnet 60 Prozent der Patienten wieder berufsfähig machen und weiteren 20 Prozent deutlich helfen. In 20 Prozent der Fälle ist nach *Burbiels* Angaben kein Erfolg zu erzielen. Ursache der



Abb. 27: Dr. Pittu Laungani (London), Prof. Dr. Mauricio Knobel (Campinas), Prof. Dr. George Albee (Vermont), Dr. Gertraud Reitz (München) beim Kongreß-Dinner



Abb. 28: Dipl.-Psych. Maria Ammon eröffnet zusammen mit dem Maltherapeuten Georg Kress die Ausstellung der Maltherapie der Klinik Mengerschwaige

Persönlichkeitsstörung seien schwerwiegende elterliche Vernachlässigungen in der Kindheit. Meist hätten aber auch schon diese Eltern traumatische Zurückweisungen in ihrer eigenen Kindheit erfahren. Schizophrenie gelte heute noch in vielen Psychiaterkreisen als unheilbar beziehungsweise nur mit einer Langzeit-Medikation beherrschbar. Die Dynamische Psychiatrie wurde von dem vor dreieinhalb Jahren verstorbenen Berliner Psychotherapeuten *Günter Ammon* begründet.

Die traditionell biologische Orientierung der Psychiatrie hat nach den Worten des Russen *Modest Kabanov* (St. Petersburg) bislang verhindert, daß Psychotherapie zum Standard der Schizophreniebehandlung gehört. »Wir lehnen Medikamente nicht ab, benutzen sie aber auch aufgrund von Nebenwirkungen nur, wenn sie nötig sind.« Der Psychotherapieforschung in der Psychiatrie fehle es generell an Geld. Forschungsgelder würden fast ausschließlich von der Pharmaindustrie kommen, deren Hauptinteresse die Entwicklung und Erprobung neuer Medikamente sei.

Von Donnerstag morgen an werden beim 12. Weltkongreß für Dynamische Psychiatrie in der Humboldt-Universität Berlin 200 Wissenschaftler aus 26 Ländern in 150 Beiträgen über die Behandlung schwerer psychischer Erkrankungen diskutieren.

dpa Berlin (17.3.99)

Auf der Flucht vor sich selbst

In den letzten Jahren spricht man immer häufiger von einer psychiatrischen Erkrankung, die für den Laien als solche gar nicht erkennbar ist: Die Borderline-Störung. Darunter versteht man eine Krankheit, in der sich neurotische und psychotische Anteile mischen – (»Borderline« – auf der Grenze). Im Gegensatz zur Schizophrenie wirkt der Kranke gesund und angepaßt, mit untadeligem Auftreten, brillanter Rhetorik und faszinierender Kreativität. Doch hinter dieser Fassade verbirgt sich eine tiefe Angst, von der Gesellschaft, um deren Anerkennung man buhlt, verstoßen zu werden.

Ursache der Borderline-Störung ist eine Ich-Schwäche, die in der frühen Kindheit entstanden ist, in einer Familie, in der das Kind Anerkennung nur im Bereich der Leistung bekam, in der es im emotionalen Bereich aber allein gelassen wurde. So lernte es nicht, ein stabiles Ich und eine eigene Identität zu entwickeln, sich abzugrenzen oder fest an einen anderen Menschen zu binden. Der Borderline-Kranke ist bindungslos, nie richtig zu erreichen, ohne eigenen Standpunkt. Die »Dynamische Psychiatrie« behandelt diese Persönlichkeitsstörung vor allem psychotherapeutisch. Der Borderline-Kranke soll lernen, seine Angst vor Liebesverlust zu verstehen, seinen Hunger nach Anerkennung zu zähmen, von der Oberfläche in die Tiefe zu gehen. Die Dynamische Psychiatrie arbeitet neben dem Gespräch auch mit



Abb. 29: Aufführung von Strawinskys »Feuervogel« durch die Tanztheater-Selbsterfahrungsgruppe des Münchner Lehr- und Forschungsinstituts der DAP

Tanz-, Kunst- und Reittherapie und versucht auf diese Weise, unbewußte Anteile der Persönlichkeit zu erreichen. Auf dem bis Sonntag andauernden Kongreß an der HU tagen 22 Wissenschaftler aus 26 Ländern mit 150 Beiträgen.

Berliner Morgenpost, 18.3.99

*Wenn die Identität gespalten ist
Experten tagen zur Schizophrenie*

Schizophrenie ist eine schwere psychische Krankheit, von der rund ein Prozent der Weltbevölkerung betroffen ist, im deutschen Sprachraum etwa eine Million Menschen, die meisten allerdings nur vorübergehend. Über die Ursachen sind sich die Fachleute nicht immer einig, wahrscheinlich gibt es nicht nur eine einzige. Vertreter der »Dynamischen Psychiatrie«, die bis Sonntag einen Weltkongreß in der Humboldt-Universität abhalten, gehen von einer frühen Ich-Störung aus, die in der Familie entstanden ist und zwar in einer Phase, in der ein Mensch besonders verwundbar ist.

Eine Ich-Störung entsteht während der Kindheit

»Die Familie weist einem ihrer Mitglieder oft eine Rolle zu, die seine Identität zerstört und ihn krank macht«, sagt *Maria Ammon*, Präsidentin der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), deren Mann die »Dynamische Psychiatrie« Ende der 60er Jahre in Berlin gegründet hat. »Das kann durch dominante Mütter oder schwache Väter geschehen, durch ältere Geschwister oder alle zusammen.«

Daneben gibt es aber auch Veränderungen im Gehirn und Störungen bei den Botenstoffen, die Nervenimpulse weiterleiten. Darüber hinaus ist Schizophrenie erblich, denn bei Verwandten ersten Grades ist das Erkrankungsrisiko um das Zehnfache erhöht. Hinzu kommt eine besondere Verletzlichkeit (Vulnerabilität) der Betroffenen, ihre Unfähigkeit, bestimmte Stressfaktoren – zum Beispiel den Verlust eines nahestehenden Menschen – zu bewältigen. Schizophrenie ist im wissenschaftlichen Konsens also eine Krankheit, die psychische, biologische, genetische und soziale Ursachen hat.

Genauso unterschiedlich sind auch die Erscheinungsformen, episodisch oder dauerhaft, einmalig oder häufig, schwer oder kaum bemerkbar. Die Krankheit tritt in mehreren Phasen auf. Anfangs nur in vereinzelt unverständlichen Reaktionen, sozialem Rückzug oder Vernachlässigung von Essen, Kleidung und Körperpflege. In der zweiten (aktiven) Phase treten dann deutlich abnorme Verhaltensweisen auf, vor allem in Form von Wahnvorstellungen, Halluzinationen, unzusammenhängendem Denken und unangemessenen Gefühlsäußerungen. In der dritten Phase bleiben meist nur noch zwei Symptome übrig, andere verschwinden ganz. Besonders nach Gewaltausbrüchen psychisch kranker Menschen leben in der Bevölkerung alte Befürchtungen wieder auf, der Ruf nach »Wegschließen« wird laut. Schizophren Erkrankte sind aber nicht immer gewalttätig.

Und Schizophrenie ist grundsätzlich heilbar: Ein Drittel der Betroffenen wird wieder ganz gesund, ein Drittel lernt, mit der Krankheit zu leben, ein Drittel leidet chronisch. Über die richtige Behandlung sind sich Fachleute allerdings nicht immer einig, die einen schwören auf moderne Medikamente, die anderen auf Psychotherapie. Richtig ist, daß Medikamente vielfach die Menschen erst für eine psychotherapeutische Ansprache aufnahmefähig machen, »so wenig Medikamente wie möglich, soviel Psychotherapie wie nötig«, heißt die Devise heute.

Störungen müssen möglichst früh behandelt werden

Zudem geht es darum, ein (Familien-)Klima zu schaffen, in dem die Kranken vor schädigenden Einflüssen weitgehend geschützt werden können, und es geht darum, ihre Verletzlichkeit, ihre Anfälligkeit für die

Krankheit zu reduzieren. Wichtig ist aber auch eine Ich-Stärkung, die die Kranken selbst fähig macht, bestimmte Stressfaktoren zu vermeiden und Krankheitsanzeichen so früh zu erkennen, daß ein schizophrener Schub im Anfangsstadium behandelt werden kann. Heute geschieht dies meist in gemeindenahen Zentren, wo die Kranken den Alltag wieder meistern lernen. Auch wenn die Identität gespalten ist. Selbsthilfegruppen für Angehörige oder Betroffene sind eine wertvolle Hilfe.

Maria Ammon: »Der Patient soll in der Psychotherapie die Rolle abstreifen, die ihm die Familie zugedacht hat und wieder er selbst werden.«

Renate Kingma (© Berliner Morgenpost 18.3.99)

*In Deutschland leiden 500 000 Menschen an Schizophrenie
Forscher sehen größere Chancen in der Dynamischen Psychiatrie als in der
Anwendung von Medikamenten –
Berliner Kongreß diskutiert über Borderline-Erkrankung*

Auch heute noch gelten die Ursachen der Schizophrenie, die statistisch gesehen einen von 100 Menschen trifft, als weitgehend unerforscht. Ihre Heilungschancen sind schlecht: Nach dem jetzigen Stand der Psychiatrie führt die Schizophrenie bei 80 bis 90 Prozent der Betroffenen zu einer dauerhaften Behinderung und Berufsunfähigkeit. Sie erfordert meist eine lebenslange Betreuung und eine langandauernde Einnahme von Psychopharmaka. Der Weg ins gesellschaftliche Abseits ist vorgezeichnet.

Am heutigen Donnerstag beginnt an der Berliner Humboldt-Universität der internationale Kongreß zum Thema: »Schizophrenie und Borderline-Erkrankungen: Eine Herausforderung an Wissenschaft und Gesellschaft.« Wissenschaftler aus 24 Ländern stellen ihre neuesten Erkenntnisse über die beiden Erkrankungen vor, die man zu den großen psychiatrischen Volkskrankheiten unserer Zeit zählen muß. Immerhin leiden in Deutschland zirka 500 000 Menschen an Schizophrenie und annähernd zwei Millionen an einer sogenannten Borderline-Erkrankung.

Borderline-Patienten leiden nicht an psychotischen Wahnsymptomen und Denkstörungen wie Schizophrene. Sie wirken oft nüchtern und klar in ihrem Denken und Fühlen. In vielen Fällen sind sie in Schule und Beruf zunächst erfolgreich. Bis es in einer Krisensituation – Trennung vom Partner oder Konflikte am Arbeitsplatz – zu einem Zusammenbruch der Persönlichkeit kommt.

Dieser zeigt sich in massiven Depressionen und Ängsten sowie einer hohen Selbstmordgefahr. Kriminelle Handlungen, Drogen- und Alkoholmißbrauch sind Versuche, das drohende Auseinanderfallen der Person aufzuhalten. In Zeiten dieser krisenhaften Zuspitzung werden die Patienten dann häufig in die Psychiatrie aufgenommen. Sie fangen sich dort oft schnell wieder und werden entlassen, ohne daß ihre psychische Verletzlichkeit jedoch tiefergehend behandelt wurde.

Bei der Schizophrenie spürt der Erkrankte eine unerklärliche Veränderung seiner Stimmungslage. Beängstigende Symptome wie etwa Stimmen, die wirre Befehle oder Drohungen aussprechen, treten hinzu. Der Außenwelt fällt sein absonderliches, bizarres Verhalten auf. Seine Mitteilungen sind für Gesunde nicht einfühlbar. Freunde, Arbeitskollegen und Angehörige fühlen sich bedroht, hilflos und ziehen sich zurück. Es erfolgt die Einweisung in die Psychiatrie.

Hier klingen unter der Gabe von speziellen Medikamenten (Neuroleptika) zwar die psychotischen Symptome in der Regel binnen einiger Wochen ab. Sie hinterlassen aber einen erschöpften und vor allem verzweifelten Menschen, der vor einem erneuten Krankheitsschub nicht sicher sein kann. Gegen diese Verzweiflung helfen die Tabletten natürlich nicht. Für die Patienten beginnt eine unausweichlich scheinende »Karriere« von wiederholten Aufenthalten in der Psychiatrie, Langzeitmedikation mit erheblichen Nebenwirkungen und sozialem Abseits.

Sowohl für die Ursachen der Schizophrenie als auch der Borderline-Erkrankung geht die Psychiatrie von einem sogenannten multifaktoriellen Ansatz aus: Forscher glauben, daß erbliche Einflüsse und vorgeburtliche Schädigungen des Gehirns zu einer Anfälligkeit insbesondere für Schizophrenie, aber auch für andere psychische Erkrankungen führen. Auch Grippeviren oder ein zu leichtes Geburtsgewicht wurden als Risikofaktoren dafür ausgemacht, daß irgendwann später das Gehirn »plötzlich« pathologische, chemische und elektrische Erregungsmuster produziert.

Offensichtlich müssen aber zu solchen möglichen organischen Vorschädigungen zusätzlich psychische und soziale Belastungen hinzutreten, damit es zu einem akuten Ausbruch der Erkrankung kommt. So tritt die Schizophrenie laut Professor *George Costa e Silva* von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) häufig bei Emigranten auf – Menschen also, die aus ihrem sozialen und kulturellen Umfeld gerissen wurden. Auch in der Lebensgeschichte von Borderline-Patienten findet man gehäuft Erfahrungen von Gewalt und sexuellem Mißbrauch in der Kindheit. Vielfach scheinen schon die heute zur »Normalität« gehörenden Defizite im Familienleben vielen Menschen nicht mehr genug inneren Halt und Sicherheit zu geben.

Die am Berliner Kongreß teilnehmenden Wissenschaftler sind dem Teil der Psychiatrie zuzurechnen, die Schizophrenie und auch die Borderline-Störung grundsätzlich für heilbar hält. Und dies nicht vorrangig durch Psychopharmaka, sondern vor allem durch besondere Formen der Therapie. Diese zielen darauf ab, die gesunden Anteile der Erkrankten zu kräftigen und gleichzeitig tiefgreifende psychische Verletzungen und Schwächungen, die sie in ihrem Leben erlitten haben, aufzuarbeiten und wiedergutzumachen.

Denn Psychopharmaka können nach Aussage der Mehrzahl der in Berlin versammelten Wissenschaftler und Therapeuten zwar krankhafte Erregungsmuster im Gehirn dämpfen. Sie können den Patienten letztlich aber nicht heilen. Die Mittel lindern also vorübergehend die schlimmsten

Beschwerden. Dann aber muß eine Behandlung erfolgen, die den Menschen als ganze Person kräftigt und stabilisiert, ihn gegen Lebenskrisen und Belastungen wappnet.

Genau hier setzt die sogenannte Dynamische Psychiatrie an. Sie legt ihr Hauptaugenmerk auf die psychosozialen Lebensbedingungen, die nicht mehr verkraftbar waren. Dazu gehören auch Defizite in der Familie sowie dem weiteren sozialen Umfeld, in der Schule und im Beruf. Ziel ist es, den nötigen inneren Halt zu geben, um Krisen, die nie ausgeschlossen werden können, zu bewältigen.

Gisela Finke (»Die Welt«, 18.3.99)

Psychiater fordern »Enttabuisierung« der Schizophrenie

Psychiater aus 24 Ländern haben sich am Sonntag zum Abschluß eines Schizophrenie-Kongresses in Berlin für eine »Enttabuisierung« dieser Krankheit ausgesprochen. Die Öffentlichkeit müsse besser über psychische Erkrankungen aufgeklärt werden, hieß es in einem Abschluß-Kommunique des Veranstalters, der Weltvereinigung für Dynamische Psychiatrie (WADP). In Deutschland leiden nach Angaben der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) eine halbe Million Menschen an Schizophrenie und zwei Millionen an sogenannten Borderline-Störungen. Statt Ausgrenzung seien Integration und Liebe notwendig, wurde betont.

Die von dem Berliner Therapeuten *Günter Ammon* gegründete Dynamische Psychiatrie setze sich für eine fundierte psychotherapeutische Behandlung auch der schwer psychisch erkrankten Menschen ein. Auch wenn biologische Kofaktoren bei Symptomen wie Wahnvorstellungen und Verfolgungsideen sowie großen Ängsten und Panik eine Rolle spielen, könnten Schizophrenie und Borderline-Störung als Störung des Erlebens und Verhaltens interpretiert und in Psychotherapie korrigiert werden. Psychopharmaka sollen bei Bedarf eingesetzt werden, greifen aber nach Ansicht der DAP-Präsidentin *Maria Ammon* für sich allein genommen zu kurz.

»Eine wirkliche Rückfallprävention besteht darin, durch Psychotherapie die Psyche gegen Krisen und Belastungen besser zu immunisieren«, teilten die Veranstalter des viertägigen Kongresses in der Humboldt-Universität Berlin mit. Der Wiener Psychoanalytiker *Ernst Federn* sprach sich für eine »Milieuthherapie« aus. Darin werden kleine Gruppen von Schizophreniekranken von Ärzten, Psychologen und Sozialarbeitern betreut. Dadurch entstehe ein »konstantes Milieu der Normalität«; die psychisch Kranken könnten sich unter den Betreuern einen aussuchen, an dem sie sich orientieren und der ihnen Halt geben könne.

Die WADP beschloß, in einer Multicenterstudie eine Kombination von ganzheitlicher Psychotherapie und modernen Medikamenten wissenschaft

lich zu überprüfen. Daran sollen sich Kliniken in München, Tel Aviv, Krakau und St. Petersburg beteiligen. Die Finanzierung sei aber noch nicht gesichert. An dem Kongreß hatten 200 Ärzte und Psychologen teilgenommen.

dpa, Berlin 24.3.99

Psychiatrie / Schizophrenen mit Psychotherapie helfen Soziale Aspekte berücksichtigen

Eine Psychotherapie kann Schizophrenen innerhalb der psychiatrischen Versorgung besser helfen als Psychopharmaka allein.

800 000 Menschen sind in Deutschland an Schizophrenie und rund zwei Millionen an einer sogenannten Borderline-Störung erkrankt. Schizophrene leiden an Wahnvorstellungen und Verfolgungsideen sowie großen Ängsten. Menschen mit Borderline-Syndrom sind oft unfähig, stabile persönliche Beziehungen aufzubauen und haben häufig abrupte Stimmungsschwankungen. Lange Zeit kann die Erkrankung auch unauffällig sein und sich erst nach größeren seelischen Belastungen wie Verlust eines Partners zeigen. Die Psychotherapie könne diesen Menschen neue Handlungsspielräume eröffnen, sagte *Ilse Burbiel* bei einem Kongreß der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (München).

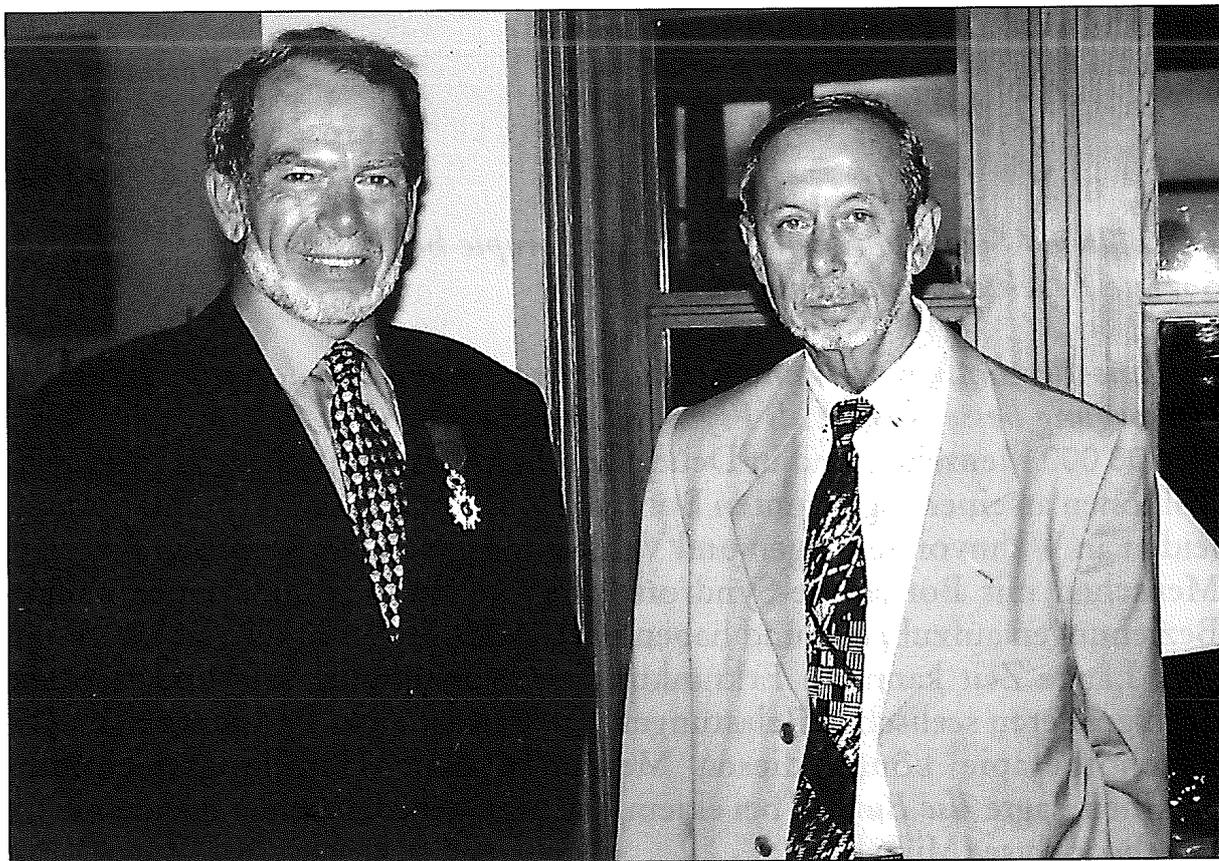
Die der Weltvereinigung für Dynamische Psychiatrie (Bern) angeschlossenen Ärzte und Psychologen forderten, in der Behandlung die psychosoziale Situation der Kranken mit zu berücksichtigen. Schizophrene und Menschen mit Borderline-Syndrom müßten als Handelnde angesprochen und zur stärkeren Eigenverantwortung bewegt werden.

Die Integration von Psycho-, Mal- und Tanztherapie in der Dynamischen Psychiatrie könne rund gerechnet 60 Prozent der Patienten wieder berufsfähig machen und weiteren 20 Prozent deutlich helfen. In 20 Prozent der Fälle ist nach *Burbiels* Angaben kein Erfolg zu erzielen. Ursache der Persönlichkeitsstörungen seien unter anderem schwerwiegende elterliche Vernachlässigungen in der Kindheit. Die traditionell biologische Orientierung der Psychiatrie hat nach den Worten des Russen *Modest Kabanov* (St. Petersburg) bislang verhindert, daß Psychotherapie zum Standard der Schizophreniebehandlung gehört. »Wir lehnen Medikamente nicht ab, benutzen sie aber auch aufgrund von Nebenwirkungen nur, wenn sie nötig sind.« Der Psychotherapieforschung in der Psychiatrie fehle es generell an Geld. Forschungsmittel würden fast ausschließlich von der Pharmaindustrie kommen, deren Hauptinteresse die Entwicklung neuer Medikamente sei.

INFO Die Dynamische Psychiatrie wurde von dem vor dreieinhalb Jahren verstorbenen Berliner Psychotherapeuten *Günter Ammon* begründet.

Südwestpresse, 27.3.99

Ehrung für Professor S. Tyano



Professor Dr. Shmouel Tyano (Tel Aviv) bei der Verleihung des Ordens »Chevalier dans l'Ordre National de la Légion d'Honneur« der französischen Regierung in Tel Aviv im Juni 1999 zusammen mit Dr. Henryk Radwan.

Ankündigungen / Announcements

11th World Congress of Psychiatry

Chair: Prof. Norman Sartorius, M.D., Ph.D.
 Title: Psychiatry on New Thresholds
 Location: Congress Centrum Hamburg
 Time: 6–11 August 1999
 Information: Frau A. Baumann, Psychiatrische Klinik
 Heinrich-Heine-Universität
 Bergische Landstraße 2, 40629 Düsseldorf
 Tel. 0211/922-2003, Fax: 0211/922--2000
 E-mail: baumanna@uni-duesseldorf.de

The 38th International Congress on Alcohol and Drug Dependence

Organization: The International Council on Alcohol and Addictions (ICAA)
 The Anton-Proksch Institute in Vienna (API)
 Title: Dependence: Politics and Reality
 Location: University Clinic AKH, Vienna, Austria
 Date: August 15–20, 1999
 Information: ICAA/CIPAT,
 Case Postale 189, CH-1001 Lausanne, Switzerland

9th Congress of the International Psychogeriatric Association

Title: Challenges for the New Millennium: Professional,
 Cultural and Regional Diversity
 Location: Vancouver Trade- and Convention Centre
 Vancouver British Columbia Canada
 Date: August 15–20, 1999
 Information: International Psychogeriatric Association
 550 Frontage Road, Suite 2820, Northfield, IL. 60093 USA
 Tel. 1+847-784-1701, Fax: 1+847-784-1705
 E-mail: ipa ipa-online.org., Web: <http://www.ipa-online.org>

109. Gruppendynamische Tagung der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.: Androgynität II

Veranstalter: Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.
 Leitung: Dipl. Psych. Maria Ammon
 Ort: Tagungszentrum der DAP in Paestum/Südtalien
 Zeit: 20. - 30. August 1999
 Information: Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V., LFI Berlin, Kantstr. 120/121, 10625 Berlin,
 Tel.: 030 - 3132698, Fax: 030 - 3136959
 LFI München, Goethestraße 54, 80336 München,
 Tel.: 089 - 539674, Fax: 089 - 5328837

11th European Symposium in Group Analysis

Veranstalter: Group Analytic Society, London
 Thema: Bridging – The Risks we take
 Ort: Budapest
 Zeit: 21.–26. August 1999
 Information: COOPCONGRESS Budapest 5, P.O.Box 434
 H-1371 Hungary, Tel. 0036-1-466-8172
 Fax 466-9051, e-mail: coopcong@euroweb.hu

Dortmund - Hemeraner Depressionstage

Zeit: 27. - 28. August 1999
 Information: Priv.-Dozent Dr. M. Lasar, Westfälisches Zentrum für
 Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Universitäts-
 klinik, Marsbruchstr. 179, 44273 Dortmund;
 Prof. Dr. U. Trenckmann, Hans-Prinzhorn-Klinik Hemer,
 Westfälisches Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psycho-
 therapie, Kooperierende Klinik der Privat-Universität Witten-
 Herdecke, Frönsberger Str. 71, 58675 Hemer

The 1999 World Congress of the World Federation for Mental Health

Title: Interfaces in Mental Health: Poverty, Quality of life and
 Society
 Location: Centro de Convenciones »Diego Portales«, Santiago/Chile
 Date: September 5 - 10, 1999
 Information: Congreso Mundial de Salud Mental 1999
 Casilla 160-C Concepcion Chile
 Fax: 56 - 41 - 312799

Öffentliche Fachtagung der Sektion Sozialtherapie im DAGG

Veranstalter: DAGG, Sektion Sozialtherapie
 Thema: Sozialtherapeutische Fallgeschichten erzählen ...
 Das Narrativ in der Sozialtherapie
 Ort: Lage - Hörste
 Zeit: 24. - 26. September 1999
 Information: Monika Petry, Aacherstr. 8, D-54298 Aach,
 Tel: 0651 - 80907 bzw. 0651 - 9496104;
 Peter Ludwig, Kunoldstr. 26, 34131 Kassel,
 Tel.: 0561 - 311435 bzw. 0561 - 899852

2nd International Conference of the Synthesis between Psychopharmacotherapy and Psychotherapy

Veranstalter: European Psychiatric Association and the World Psychiatric Association
Thema: Integration of Psychopharmacotherapy and Psychotherapy
Ort: Genf
Zeit: 20.–23. Oktober 1999
Information: Kuoni Congress, 7 Rue de Berne, CH-1201 Geneva
Switzerland, Tel. 4122-908155, Fax: 4122-9081835
e-mail: wpac@kuoni.ch

2. Wissenschaftliche Tagung der Koordinationsstelle für österreichische Psychotherapieforschung

Veranstalter: Koordinationsstelle für österreichische Psychotherapieforschung
Thema: »Wege und Bedingungen in der Psychotherapie«
Ort: Salzburg
Zeit: 5.11. – 6.11.1999
Information: Koordinationstelle für österreichische Psychotherapieforschung
c/o Univ.-Klinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie
Vorstand: O.Univ.-Prof. Dr. M. Springer-Kremser
Währinger Gürtel 18–20, A-1090 Wien

110. Gruppendynamische Tagung der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.

Veranstalter: Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.
Leitung: Dipl. Psych. Maria Ammon
Ort: Tagungszentrum der DAP in Paestum (bei Salerno/Süditalien)
Zeit: 22.12.1999 - 1.1.2000
Information: Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.,
LFI Berlin, Kantstraße 120/121, 10625 Berlin,
Tel.: 030 - 3132698, Fax: 030 - 3136959
LFI München, Goethestraße 54, 80336 München,
Tel.: 089 - 539674, Fax: 089 - 5328837

Impressum

Verlag, Sitz und Geschäftsstelle/Publishing House, Seat and Office:

»Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH Berlin,
Kantstraße 120/121, D-10625 Berlin, Tel. (030) 3 13 28 93, Fax (089) 3 13 69 59,
Amtsgericht Charlottenburg HRB 64279

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

Dipl. Psych. Maria Ammon, Berlin (14%); RA Thomas Hessel, München (7%);
Dr. med. Rolf Schmidts, München (6%)

Geschäftsführer des Verlages: Dipl. Psych. Gabriele von Bülow,

Dipl. Ing. Werner Schütz, Kantstraße 120/121, D-10625 Berlin

Druck: Alfa-Druck GmbH, Buch- und Offsetdruckerei, Levinstraße 9a,
D-37079 Göttingen, Tel. 05 51 - 50 51 5-0, Fax 05 51 - 50 51 5 44

Umschlaggestaltung: Konturwerk, Rainald Schwarz, Jagdstraße 3, D-80639 München

Herausgeber/Editor: Dipl. Psych. Maria Ammon, Meierottostraße 1,
D-10719 Berlin (verantwortlich für den wissenschaftlichen Teil)

Buchbesprechungen/Book reviews: Dipl. Psych. Gerhild Sandermann,
Rottenbucher Straße 36, D-81377 München

Nachrichtenteil/News: Verantwortlich Dr. phil. Ilse Burbiel, Presse- und Infor-
mationsreferentin im Executive Council der World Association for Dynamic
Psychiatry WADP, Jägerwirtstraße 3, D-81373 München

Rechtsanwalt Thomas Hessel, Justitiar und Schatzmeister im Executive Council
der World Association for Dynamic Psychiatry WADP, Arcisstraße 59,
D-80799 München

Anzeigen/Advertising Manager: Renate Drechsler, Linprunstraße 7
D-80335 München (verantwortlich)

Abonnenntenabteilung/Subscription Management: Dipl. Ing. Werner Schütz,
Kantstraße 120/121, D-10625 Berlin

Manuskripte nimmt die Redaktion/Manuscripts should be sent to:

Hauptschriftleitung/Address of the editorial staff:

Dipl. Psych. Maria Ammon, Kantstraße 120/121, D-10625 Berlin

Mitglieder der Redaktion/Members of the editorial staff:

Dipl. Psych. Maria Ammon, Dr. med. Anette Binder, Dr. phil. Ilse Burbiel, Dipl.
Psych. Gabriele von Bülow, Dr. med. Dorothee Doldinger, Dipl. Psych. Monika
Dworschak, Dr. med. (Univ. Tel Aviv) Egon Fabian, Dr. med. Ulrike Fabian,
Dr. phil. Gertraud Reitz, Dr. med. Bernhard Richarz, Dipl. Psych. Sylvelin
Römisch, Dipl. Psych. Gerhild Sandermann, Dipl. Psych. Gerhard Wolfrum.

Die veröffentlichten Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Manuskripte werden in Deutsch und Englisch in dreifacher Ausfertigung entgegengenommen, deren Umfang nach Möglichkeit 20 doppelzeilige 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 den »Pinel« Verlag für humanistische Psychologie und Philosophie GmbH München über. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Fotos etc. wird keine Haftung übernommen.

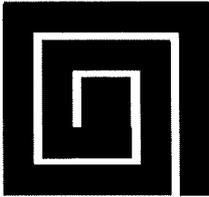
Die Dynamische Psychiatrie erscheint zweimonatlich. Jahresabonnement DM 120,-, ÖS 880,-, SFr 108,- (zzgl. Porto), für alle Mitglieder der DAP, der DGG, der DGPM, der WADP und der DGDP, für Ärzte im Vorbereitungsdienst, Mitarbeiter der Psychoanalytischen Kindergärten gegen Nachweis nur in Deutschland DM 95,-, ÖS 700,-, SFr 86,- (zzgl. Porto). Studenten DM 63,-, ÖS 480,-, SFr 59,- (zzgl. Porto). Einzelheft DM 20,-, ÖS 145,-, SFr 17,-. Das Abonnement verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn es nicht vier Wochen vor Ablauf des Bezugsjahres gekündigt wird. Zahlung des Jahresabonnements bis zum 1.4. d.J. auf das folgende Konto: Berliner Volksbank (BLZ 100 900 00), Kto.-Nr. 24 011 208.

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

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

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

Dynamic Psychiatry is published bi-monthly. Annual subscription rate \$ 78, for WADP-members \$ 62,-, for students 42,- (plus postage charge \$ 8,-), per individual copy \$ 13,-. 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, Berliner Volksbank (BLZ 100 900 00), Kto.-Nr. 24 011 208.



Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.
Goethestraße 54, 80336 München
Tel.: 089/539674, Fax: 089/5328837

109. Gruppendynamische Klausurtagung:

Androgynität II

20. 8. – 30. 8. 1999

**Gruppendynamische Selbsterfahrung
in Paestum/Südtalien**

Gesamtleitung: Dipl.-Psych. Maria Ammon

**110. Gruppendynamische Klausurtagung
zur Jahrtausendwende:**

22. 12. 1999 bis 1. 1. 2000

**Gruppendynamische Selbsterfahrung
in Paestum/Südtalien**

Gesamtleitung: Dipl.-Psych. Maria Ammon