Dynamische Psychiatrie

Begründet von Günter Ammon

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse

32. Jahrgang
3.-6. Heft 1999
ISSN 0012–740 X

Dynamic Psychiatry

Heft 176/179

Schizophrenie und Borderline-Störungen II

Aus dem Inhalt:

Shmouel Tyano / I. Manor
From Hysteria to Borderline Personality Disorder. The Century In-Between 1898 – 1998

Rolf Schmidts
Das Sozialenergieprinzip Ammons, Rollendifferenzierung und Austauschprozesse in der klinischen Großgruppenpsychotherapie und anderen Großgruppen – Teil 1

Claus Bahne Bahnson
Multiple Personality and Altered Ego States from a Psychodynamic Viewpoint

Mauricio Knobel
The Schizophrenic Component of Borderline Disorders: Diagnosis and Treatment

Amnon Carmi
Informed Consent of the Mentally Ill Patient

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

32. Jahrgang, 3./6. Heft 1999, Nr. 176/179

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

I. Manor, Shmouel Tyano (Petah-Tiqva)
From Hysteria to Borderline Personality Disorder. The Century In-Between 1898–1998 153
Von der Hysterie zur Borderline-Persönlichkeitsstörung – Das Jahrhunder dazwischen 169

Rolf Schmidts (München)
Das Sozialenergieprinzip Ammons, Rollendifferenzierung und Austauschprozesse in der klinischen Großgruppenpsychotherapie und anderen Großgruppen – Teil 1 174
Ammon's Principle of Social Energy – Part I 189

Claus Bahne Bahnson (Kiel)
Multiple Personality and Altered Ego States from a Psychodynamic Viewpoint 192
Multiple Persönlichkeit und veränderte Ich-Zustände in psychodynamischer Sicht 197

Mauricio Knobel (Campinas)
The Schizophenic Component of Borderline Disorders: Diagnosis and Treatment 200
Die schizophrene Komponente des Borderline-Syndroms 208

Amnon Carmi (Haifa)
Informed Consent of the Mentally Ill Patient 210
Aufklärung und Einwilligung des psychisch Erkrankten 214

Gabriele von Bülow, Elke Langholz (Berlin)
Das Persönlichkeitsverständnis in den Borderline-Konzepten von Kernberg und Ammon 217
The Understanding of Personality in the Concepts of Borderline according to Kernberg and Ammon 225

Felicity de Zulueta (London)
A Combined Approach of Group and Individual Therapy to the Treatment of Patients Suffering from a Borderline Personality Disorder 228
Die kombinierte Behandlung mit Einzel- und Gruppentherapie bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen 236

Gertraud Reitz (München)
Die Bedeutung der humanstrukturellen Tanztherapie für die Behandlung von Borderlinestörungen 242
The Meaning of Humanstructural Dance Therapy in the Treatment of Borderline Personality Disorders 250

Irenat Namyslowska, Antoni Jakubczyk, Cezary Zechowski (Warschau)
Treatment of Adolescent Borderline Patients in a Psychiatric Unit 252
Die Behandlung jugendlicher Borderline-Patienten in einer psychiatrischen Abteilung 256

Evelyn Hanzig-Bätzing (Erlangen)
Das Leiden der Borderline-Persönlichkeit als Frage nach der conditio humana – Philosophische Überlegungen zur Notwendigkeit eines Paradigmenwechsels im psychoanalytischen Menschenbild 259
The Suffering of the Borderline-Personality as Quest for the Human Condition – Philosophical Thoughts on the Necessity of a Paradigm Change in the Psychoanalytical Concept of Man 264

Pittu Laungani (London)
Cultural Construction of Schizophrenia: A Proposed Paradigm Shift 267
Kulturelle Konstruktionen von Schizophrenie: Vorschlag eines Paradigmenwechsels 284

George W. Albee (Longboat Key, Florida)
Psychodynamic Models versus Organic Psychiatry: Irreconcilable Differences 293
Organische Psychiatrie versus psychodynamische Modelle: Unvereinbare Gegensätze? 299

Victor D. Sanua (New York)
The Fallacy of the Medical Model in Schizophrenia. Knowledge is Political 302
Das Versagen des biologischen Modells der Schizophrenie. Wissen ist politisch 309

P. de Giacome, D. Pierri, A. R. Santoni, A. Catucci, S. de Nigris, L. Zavouianni, G. Blasi (Bari)
New Trends in Family Therapy of Schizophrenia: Technique and Results of a Controlled Study 312
Neue Trends in der Familientherapie der Schizophrenia: Methodik und Ergebnisse einer kontrollierten Studie 319

V.W. Sajzew (St. Petersburg)
Die Einwirkung der Familienbeziehungen auf die soziale Anpassung und Lebensqualität von Schizophreniepatienten 323
The Influence of Familiy Relations for the Social Adaptation and Quality of Life of Schizophrenic Patients 330

Vadim S. Rotenberg, J. Hadjez, E. Shamir, T. Martin, P. Indursky, Y. Barak (Tel Aviv)
Sleep Structure as a Mirror of the Clinical State in Schizophrenic Patients 334
Die Schlafstruktur schizophrener Patienten als Spiegel ihres Krankheitszustandes 337

Bernhard Richarz (München/Berlin)
Neurobiologische Befunde zur Schizophrenie in humanstrukturellem Verständnis 341
Neurobiological Findings of Schizophrenia in the Light of the Human Structur Model 349

Peter Müller, U. Elbelt, D. Hillmann, E. Schaefer (Göttingen)
Integrated Out-Patient Therapy of Schizophrenic Patients and the Efficacy in Reduction of Rehospitalisation Periods 354
Integrierte ambulante Therapie mit schizophrenen Patienten und ihr Effekt auf die Reduktion der Rehospitalisierungs-Rate 361

Udo Schneider, Hinderk M. Emrich (Hannover)
Neuere Erkenntnisse der Schizophrenie-Forschung in der biologischen Psychiatrie 365
Recent Results in Research on Schizphrenia in Biological Psychiatry 371

Antonio Guilherme Domingues Ferreira (Lissabon)
A Personality Disorders Program Centred on Group Psychotherapy 376
Ein gruppentherapeutisches Programm bei Persönlichkeitsstörungen 382

Nossrat Peseschkian (Wiesbaden)
Das Instrumentarium der Positiven Psychotherapie bei Schizophrenie und Borderline Erkrankungen 385
Schizophrenia and Borderline Disease 394

Boris D. Karwarssarski, V.V. Kosterewa-Karwarssarski (St. Petersburg)
Neurosis in the Light of Social-Economic Transition in Russia 399
Neurosen im Licht sozialökonomischer Veränderungen in Russland 403

S. Bazhenowa, N. Lutowa, Viktor Wied (St. Petersburg)
Spezifische therapeutische Effekte der Milieu-Therapie nach Günter Ammon 406
Specific Treatment Effects of Günter Ammons Model of the Milieu Therapy 409

Ulrike Winkelmann (München)
Humanstrukturelles Arbeiten in der Milieutherpaie: Der Zusammenhang von Aggression, Handeln und Schuld 413
Human-Structural Working in Milieu-Therapy: The Context of Aggression, Acting and Guilt 418

Monika Dworschak, Bettina Kampmann (München)
Agieren und Integration in der humanstrukturellen Milieutherapie am Beispiel eines Patienten mit der Diagnose Borderline-Kriminalität 423
Actin Out Processes in the Human Structural Milieu Therapy –
A Case Study of a Patient with the Diagnosis of Borderline Dissocial Personality Disorder 427

Alexander Kon (Tel Aviv)
Differences in Comparison of Psychotherapeutic and Psychoanalytic Research 430
Unterschiede im Vergleich von psychotherapeutischen mit psychoanalytischen Forschungen 433

Egon Fabian (München)
Gruppendynamische Aspekte der Geschwisterrivalität bei Zwillingen am Beispiel psychotisch erkrankter Patienten 437
Group-dynamic Aspects of Sibling Rivalry in Twins in the Case of Psychotic Patients 444

Buchbesprechungen / Book Reviews 447

Nachrichten / News 451

Ankündigungen / Announcements 460

the other personality disorders. The stage is the territory of the human mind and its variations, and the playwright is the human being, or the internal order of the mind's activity. The play being presented daily and hourly is the chronicle being written between the person and himself that in ever-widening circles encompasses the history of the human race.

The writing of history takes place within the framework of a culture, and as *Camus* says in »The Plague«, its main expression is how a man works, loves and dies. Life and death and the activity surrounding them were in the past the domain of religion, a foundation stone (if not the main one) of all cultures. As part of the changes that took place in *Freud*'s Vienna, the concept of a scientific attitude and a "secular religion" began to permeate society and reject organized religion. The religion of *Moses* was an exception to the rule laid down by *Freud* that the religious view must make way for the scientific one. In his book, »Moses and Monotheism« (1964) *Freud* writes that *Moses*, as the successor of *Akhnaton*, the rebellious Pharaoh of Egypt, rejected outright the popular religion, with its worship of the afterlife, and took no interest in life after death. *Moses,* the originator of monotheistic religion, is in *Freud*'s eyes the founder of civilization. It must be stressed that *Freud* refused to draw a distinction between culture and civilization, a distinction that was widespread in his day. According to the accepted view, culture was the expression of spiritual ideas, whereas civilization represented technological and material elements. *Pontalis* (1983) discusses the cultural process in his essay, "Permanence du malaise". According to him, culture is a process that takes place beyond humanity. *Pontalis* adds, "This is a process without a subject and without an agent, like every unconscious process." Everything, including the unconscious, can be identified or not according to its representations. No individual, group, class or nation can claim to represent civilization because no group has a "mandate" over it. However, it is possible to believe in the movement of civilization because it constantly goes forward, and is a process, which involves the whole of humanity.

Elias in his book "La civilisation de moers"(1976) defines civilization as a level of technical development, customs and habits, scientific knowledge, types of housing, social codes of sexuality, etc. It can be asked if this is a definition of what *Freud* means by culture (PUF 1997). Is there really a clear difference between these two, and is it possible to define two distinct concepts which each reflect the human mind in a different way?

By viewing the expanse of history, be it general or personal, it is possible to see the existence of a spiral: society - human endeavor - psychic disorder, as an ongoing process that exists in all areas. The movement between the general and the specific has been defined from endless angles in the world of psychology. The development of group theory and family therapy and the social axis as an influential factor in development (*Erikson*, 1963) are a few random examples. In our opinion, this movement is part of a wider one, moving between society, the human being as a functioning, acting entity (doing) and the human being as

From Hysteria to Borderline Personality Disorder The Century In-between 1898-1998**

I. Manor, Shmouel Tyano* (Petah-Tiqva)

In the past hundred years, the map of psychic disorders has undergone a significant change in composition, one of its dominant aspects the change in emphasis from hysteria as a representative of neurosis to borderline personality disorder. The authors suggest that the process by which the borderline personality has taken the center of the psychiatric and psychoanalytic stage in recent years is the result of changes that have taken place both in the structure of society and in human behavior. This study tries to better understand the possible dynamics that influenced and tuned such changes, as well as the significance of this for the next generation.

"Ich sitze am Straßenhang.
Der Fahrer wechselt das Rad.
Ich bin nicht gern, wo ich herkomme.
Ich bin nicht gern, wo ich hinfahre.
Warum sehe ich den Radwechsel
Mit Ungeduld?"
(Bertolt Brecht)

In the past hundred years, the map of psychic disorders has undergone a significant change in composition. Whereas when psychoanalysis was founded disorders were generally divided into neuroses and psychoses, during the last hundred years the term "psychic disorder" was developed, whose most widespread form is the borderline psychic disorder. Today it is acceptable to say that the borderline psychic disorder existed before it was defined, but it was not recognized, for example in the case of *Anna O.*, and many others. However, the change in emphasis from hysteria as a representative of neurosis to borderline psychic disorder is worthy of attention. It seems that this process, which took place under the surface, has a significance beyond merely technical terminology. However, it is worth noting that even "technical definitions" are the result of thinking along certain lines, that is, they are dependent on an environment and its influences. We claim that the process by which the borderline personality has taken the center of the psychiatric and psychoanalytic stage in recent years is the result of changes that have taken place both in the structure of society and in human behavior.

As a continuation of *Shakespeare*'s idea in "*Macbeth*" that man's mind is an actor passing across a stage, one can compare borderline personality disorder to an actor taking center stage by pushing aside the other actors,

* M.D., Prof. of Child and Adolescent Psychiatry, President of the Israel Psychiatric Association, Chairman of the National Council for Mental Health in Israel

** Paper presented at the 12th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry (WADP) / 25th Internat. Symposium of the German Academy of Psychoanalysis (DAP), at the Humboldt-Universität Berlin ,March 17-21, 1999

an experiencing entity recording and expressing itself (being). The human mind can be compared to space, because it is endless and filled with many internal worlds, and as a result of this with countless different means of expression. In an attempt to focus and create boundaries within this space, we relate on the one hand to functioning and on the other hand to the human experience, that is, the various psychic possibilities of expression. These expressive abilities may be normal, but they may also be pathological. Pathological psychic expressions are no less objective means of expression than normal ones in that they reflect the individual's environment. In accordance with this, we believe that psychic pathology is significant in understanding phenomena outside the mind, because as a means of expression it reflects intra-psychic and intra-personal changes taking place around it, as well as more external changes, i.e. broad social changes. In our opinion, since the mind is an active entity (doing), it has a reciprocal influence with its environment. From this stems the concept of the spiral: the changes taking place and causing the breaking forth or expression of acts, experiences and certain pathologies (the first arc of the spiral) subsequently cause external changes by a process of feedback. These changes, which begin with the individual and widen to encompass society, effect changes in the world surrounding the ego, and thus the circle is completed. Because of the dynamic character of the world, this is not a closed circle indicating inaction, but a spiral allowing constant change. This means that what we have does not resemble the world of "Alice Through the Looking Glass", where one had to run fast in order to stay in the same place. Rather, the world continues to change around us and within us, while we ourselves are the cause of the change and its transmitters.

From this idea stems the question we are discussing in this paper: how did the borderline personality disorder take the place of neurosis, especially hysteria, as the central and most prevalent disorder in the psychic world from the 19th to the 20th centuries? In addition, one must question the significance of this in the framework of the changes taking place in the world we live in, both the world of doing and being. The third question, which we will attempt to answer in the discussion, is the significance of this for the next generation, in other words, what direction is being taken in the structure of society and personality.

Hysteria

Vienna in the last century was a cultural center based on political power that was nevertheless gradually declining. It was connected with the whole of Europe by blood ties with other royal houses, economics and trade, and a high level of culture and the arts. Consequently, Vienna can be considered representative of the era that produced *Freud* as well as being the setting in which he was active.

The end of the 19th century in which *Freud* worked is characterized by a rigid, carefully defined, class-conscious and socially stratified culture.

Here women's legs were covered by long dresses that swept the floor, and legs were considered so coarse and unacceptable that even piano legs were covered. The classes were divided by ironclad boundaries, and the emperor was considered the Father of the People. The palace was run so strictly that even the relationship between husband and wife had well-defined limits, and everything was judged by what was right and proper.

On the other hand, this era was characterized by change, which was still beneath the surface at this stage. Underneath the hard, elaborate floors, great currents of transition were flowing. These included political revolution (the eventual murder of the Empress by young revolutionaries); economics (the appearance of socialist and communist ideas); and art and culture (the appearance of the Impressionist and the Post-Impressionist movement in art and the new passionate poetry that began with *Byron* and *Shelley* and continued with the Symbolist poets of Paris). Even in the realm of the emotions there was an earthquake, when the Crown Prince committed suicide at Mayerling, bequeathing a romantic legend to the youth of Vienna. Thus, in the orderly, hierarchical and rigid world of Vienna, there was a steadily burgeoning underground of freethinking and originality. A particularly blatant expression of the widening gap between the old order and the new developing one may be found in the world of women and the attitude to sexuality as represented by hysteria.

The change in the attitude towards women

The end of the 19th century was characterized by a shift in the attitude towards women, especially regarding their place in society. This was accelerated as a result of World War I, as millions of men were sent to the front, leaving jobs empty and available. As soon as women were allowed to enter a profession, a process of feminization took place. A profession in which this happened in a striking way was education. In 1870, 12% of all elementary school teachers were women, in 1890, 30% and in 1901, 50%. Together with the teaching profession, the gates of learning were opened to women. In 1892, the first state-subsidized secondary school for girls was established, and universities were opened to women for the first time.

In light of women's emancipation, intellectual tension between the sexes was added to the tension surrounding marital laws regulating desire (i.e., repressing desire), and the rights and obligations of the partners. The drama that was created between women's aspirations on the one hand and the established male image strengthened by "historical rights" on the other, in addition to social pressure, caused the internalization of these conflicts rather than their outer expression. This was fertile ground for *Freud*'s work.

The end of the 19th century saw not only a revolution in the political sphere (the end of the Austro-Hungarian Empire), but also an intellectual revolution and a shift in values. Into this sphere of interest psychoanalysis was born in the cultural milieu of *Freud*. This was a world of contrasts,

in which there was a fixed order and a rule of iron, yet revolutionary elements were breaking forth that worshipped death, destruction for its own sake and annihilation. The attitudes that originated with »The Sorrows of Young Werther« reached full expression in the poetry of *von Hoffmansthal* and *Trakl*, in the ideas of *Nietzsche* (the death of God), and in Post-Impressionist art, originating in France, but also burgeoning in Vienna. The later post-World War I artistic generation included *Kokoshka, Schiele, Klimt*, and also *Kafka*.

The gap that was widening between the storm raging within and the rigidity on the surface is reflected in the birth of psychoanalysis. *Pollack* traces the elaboration of psychoanalysis to the contrasts in the bourgeois world of Vienna, that is a combination of *Freud*'s attitudes to his father, sex, politics and the German University world of his career. *Pollack* (1984) claims that *Freud* calls for a new way of thinking: to learn to accept reality and not to change it. At that period, the Young Vienna Movement tried to redefine society's orientations. Alternative national or religious identifications (Zionism, Political Catholicism) or social identifications (Social Democracy, Austro-Marxism) took the place of nationalism. In addition, the Young Vienna Movement offered aesthetic and psychological projects for the strengthening of the ego by copying criteria of identification from outside, from the general, to the internal and to the critical acquaintance of the psyche.

However, all these solutions were basically intellectual, and did not calm the storm within. The world of Vienna, like the broader Euro-American world of the period, was one of tight corsets and high collars, choking and obstructing breathing and the cry for freedom. The prison within was a reflection of the prison without. The underground movements spreading throughout the empire were echoed in the internal underground, the unconscious, with its private code and symbolic language. Public transport strikes and the shutting down of industry were reflected in paralyzed limbs. The murder of the Empress, like the death of the Crown Prince, and later the assassination of the Czar, are a manifestation of the fantasy of patricide, that was mentioned already in "The Interpretation of Dreams" (*Freud* 1953).

Freud's work is also reflected in the world of the arts. After *Schnitzler* made the ideas of *Freud* known to his literary friends, a discussion developed concerning the ego and its place in literature. The interpretation of dreams gained popularity, and the main preoccupation of writers became the gap between the symbolic world of images and the world of reality. Artistic activity became a psychic process translating and creating feelings and images. *Pollack* shows how self-discovery passed through the prism of sexuality, while the connection between sexuality and creativity become more and more obvious. The relationships between men and women in Vienna changed when sexuality, basically internal and theoretical for the writers of Young Vienna, became a reality for the man in the street. Whereas for the writers of *Schnitzler*'s generation art was a possible sublimation of

sexuality, for other members of society it was the lifting of a taboo. This is the core of the decline of hysteria. One could say that hysteria is based on fantasy, secrecy and "underground activity" and the conflict between unconscious desire and restriction. The moment desire became conscious and was given legitimization, on the cultural (artistic, literary) and political level, the hidden and the secret lost its magic, as the sexual drive was revealed to the light of day. The change was effected by the unmasking of drives both sexual and aggressive, patricide and mother love, made possible in no little measure by *Freud*'s works and the wide response to them. Hysteria took off its corset, hysterical silence was replaced by the borderline scream, and "doing," no longer a fantasy, no longer taboo, rose to the surface. The face that was revealed with the murder of the father figure and the gaining of sexual freedom was the face of the borderline personality.

The Borderline Personality

The borderline personality, as its name implies, crosses a border. One may ask, "Which border?" This question will be answered in various ways later, but it can already be said that the border runs along the gap between the acceptable and the unacceptable, or even the gap between the familiar and the unfamiliar. The unfamiliar receives an added dimension, a *Freud*ian one, of the *'Unheimlich'*. The *Unheimlich* is the familiar that is unknown and must be suppressed. The place where this suppression begins is in a certain sense the psychic border. This is the border between what is recognized and known to the mind, and acceptable to it, and what is not recognized and therefore unknown and distanced to the darkness on the other side of the border. The transformations of this border will be seen later as passing over the hurdles of sex, life and morality. We suggest that the borderline personality is one for whom this border is not marked clearly, therefore it lives constantly in the sphere of the *'Unheimlich'*. This is not the *'Unheimlich'* in the *Freud*ian sense, because the known and the unknown are indistinct, consequently causing a deeper anxiety. It can be assumed that the anxiety existing in the borderline personality, defined by *Kohut* as anxiety at the loss of the object (if not annihilation), is deeper because it is brought about by lack of clarity and visibility, and by the blurring of the basic boundaries of existence. When the borders of a society are not clearly defined, it can be assumed that the loss of the object, and of the ego (annihilation), are closer to realization. One might almost say that they are given legitimization, because we as a society have crossed borders continuously for the last hundred years. If the "Victorian" 19th century deferred to rules, ceremonies and traditions, sometimes to an absurd degree, the twentieth century smashed them one by one. The borderline woman is characterized by letting out, acting out. The borderline personality lives surrounded by ever growing absurdity, reality becomes a painted backdrop, and the experience

always ends with the lowering of the curtain in anticipation of the next drama. There is no learning or internalization, but a repeat performance of the same scene, ad infinitum.

The Causes of change

With the transition to the 20th century (sometimes determined as the outbreak of World War I), so many changes occurred that they were practically impossible to grasp. This difficulty in accepting change demonstrates a blurring of borders and more than a touch of the absurd, which are indeed symptoms of the borderline disorder. Even a brief glance will take in sweeping changes such as facility of communication, from the telephone to the computer (the breakdown of intercontinental borders); the moon landing (the breakdown of planetary borders); communication and advertising through films and television (the breakdown of time), and many more. It seems that the gap between our generation and the previous one is so wide that someone who lived a hundred years ago would find it harder to orient himself and survive in our world than a medieval man finding himself in the world of a hundred years ago. From the cultural and institutional standpoint, there have been highly significant changes as well. Politically, the old empires ceased to exist and were replaced either by democracies or dark reigns of terror; culturally, poetic meter and line were decimated, artistic form was fragmented, musical form was broken. The boundaries were no longer clear between right and wrong, and concepts that seemed obvious a hundred years ago became confused and in some cases no longer valid. With the creation of psychoanalysis, psychiatry itself contributed to the breakup and confusion by removing various taboos (e.g., encouraging open discussion of sex, destroying the concept of the innocent child) and removed the distinction between good and evil, at least in the framework of analysis.

Emerging from the confusion and chaos which was the result but also the cause of the impetus towards change, it is evident that in the twentieth century several factors have had a profound influence on the internal experience of human beings. We will now attempt to list some of the most important of these.

Sex: Human attitudes to sexuality in all historical periods and cultures can be placed on a continuum between extreme permissiveness and strong conservatism. An example of a permissive era would be the Classical period of Greece and Rome, in which a variety of sexual preferences were acceptable, although some were considered more respectable than others. In ancient Athens, for example, male homosexuality was considered preferable to "pure" heterosexuality. Another example of permissiveness would be Northern Europe at the beginning of the Middle Ages in which the knight's daughter was expected to give every type of service to wayfaring warriors, and where on the battlefield fighters were allowed every type of licentious

sexual behavior. A third example of this would be Asia at the time of the Renaissance, where accepted attitudes concerning sex were far more permissive and open than those in Europe at the same period. Conversely, there have been periods of extreme conservatism, for example, the burning of homosexuals and other "perverts" by the Catholic Church at the time of the Renaissance, and the Victorian era in which the legs of pianos were covered in order not to arouse "lewd" thoughts. These pendulum swings can be explained by man's continuing difficulty to come to terms with his sexuality, to the point where it becomes an area of conflict. It is important to remember that sexuality has an additional concomitant: the possibility of pregnancy, with all its attendant emotional, structural and economic overtones. Since sexuality involves fertility, every change in "acceptable" sexuality poses a possible threat to the social fabric, either because it prevents the perpetuation of the species (e.g., homosexuality), or because it causes confusion in inheritance rights (e.g., polyandry). These ideas developed mainly in Western culture, discriminating between men and women and creating a framework that was self-perpetuating. The preservation of a stable social structure was grounded in law, and when these laws, or the social framework, were contested, the borders of sexuality were broken through.

This century brought with it a revolution regarding women that could not be compared with any other. It was initiated by the development of safe contraceptive devices. With the appearance of contraceptives, the approach to female sexuality that was prevalent at the time of *Freud* was totally overturned, because for the first time a woman could behave like a man. She could "enjoy herself and leave." The next inevitable step was the redefinition of sex and the attitudes towards it. Religious prohibitions lost their stringency with the disappearance of retribution (unwanted pregnancy, excommunication, forced marriage), and former attitudes towards female sexuality had to undergo re-evaluation and revision. This process took place parallel to women's joining the work force and gaining emancipation (i.e., the right to vote), at least in Western society. A woman changed from a "decorative ornament" and a "helpmeet" to a partner with equal rights. This type of process arouses anxiety as well as being a cause for celebration, and will be discussed further in the section devoted to the family. At least in the sphere of sexuality, this shift caused a breaking down of all the accepted barriers and demanded a new examination of attitudes. For example, if women could and should enjoy sex, what constituted a "respectable" woman, and at what point would she "cross the line," and be considered a prostitute? The borderline woman continued to break down the borders that were already opened to the healthy, liberated woman. As opposed to the hysterical woman, who withdrew into her fantasies and smothered them under corsets and several layers of clothing, the borderline woman started undressing, and didn't know when to stop. Modern clothes became more revealing and open, bathing suits shrank until they became

nonexistent, and again it was not clear when clothing (or lack of it) was licentious, pathological, or just fashionable. Together with the undressing, promiscuous sexuality developed – and it was unclear where the line should be drawn. Today a woman who does not come from a religious background and is still a virgin at marriage is considered abnormal, in diametric opposition to the situation a hundred years ago. With how many men is it "proper" for a woman to have sexual relations? Should she have sex before or after marriage? When is it "proper" to relinquish virginity? These questions may seem trivial, but they are highly significant for the modern woman, particularly the adolescent girl. The lack of clear borders, conventions and unequivocal answers creates confusion and anxiety. The borderline woman stretches all of this to the point of absurdity. She loses her virginity at an early age, sometimes as a pre-adolescent, and has unlimited sexual relations. Pathology, if it is possible to delineate it, exists where self-abuse begins. This is the point where pain appears, when sexual relations are no longer pleasurable but mechanical, accompanied by the risk of infection or pregnancy as a result of throwing aside all rules, even simple cautionary procedures. Again, it is difficult to draw the line because the border has disappeared. It is important to stress that the borderline woman receives considerable backing from the media, the arts and the accepted norms that are expressed in her society. It is especially because of this that her anxiety is so great - the tempting forbidden father is replaced by the available incestuous one. The strict father representing law and godliness has turned into the lawless father, perhaps even into the devil.

Together with the breaking down of borders for women, there was a similar process for men, and the resulting gaps have continued to widen. One of the striking changes that occurred was the change in sexual identity, which became less clear and defined. As the system changed whereby the man had "masculine" roles and the woman "feminine" ones, in bed and outside, questions began to arise about one's own sexuality that gradually received legitimization. One of the main expressions of this is the legitimization of homosexual preference and its transformation from transgression to normative behavior. A hundred years ago, *Oscar Wilde*, one of the greatest creative minds in Europe, was sentenced to imprisonment and exile because of his sexual proclivities, and *Verlaine* and *Rimbaud* were forced to wander as exiles all over France because of their love. Today homosexuality is almost trivial, an experience that is a must in certain artistic circles. This indeed makes life easier, but at the same time causes shallowness, a lack of seriousness in relating to the deep matters that lie beyond sex for its own sake. The taboo afforded a measure of mystery and depth, causing love to be a subject for discussion and examination, whereas today when everything is permissible sexually and even openly discussed in gossip columns, there is no need to "make an effort" or struggle with inner depths. On the contrary, today *Verlaine* and *Rimbaud* could have become big stars if only because of their behavior, not in spite of it,

particularly in certain circles. Much suffering would have been avoided in this way, but there could have been no possibility of catharsis after castigation of the soul. When there is no conflict, everything is on stage together with the absurd, so the artist has to struggle not with what is forbidden, but with the fact that everything is permitted. There is in this a danger of lack of sexual restraint (to the point where there is a need for rehabilitation from sex) and the transformation of sex into a plaything. The element of conflict has been removed. One no longer knows who is watching whom – the audience the absurd, or the absurd the audience. The human being – the actor - is given legitimization to perform sexual acts on stage, moreover, it is demanded of him by the hungry audience, which wants to relieve its boredom. One of the main problems of sex is the lack of a curtain hiding temptation. In opposition to hysteria, where there is a taboo on the primal scene, in the world of the borderline personality, you are invited to buy a ticket to be a spectator.

In the mainstream too a change has taken place, namely in relation to sex as an intimate thing. Instead of intimacy being derived from sex, it has become a code name for exposure. The curtain that hid the unknown has disappeared. It is acceptable to discuss everything, and as a result one is free to try anything. The problem is that with the breaking down of borders there is no room for a new one. If it is permissible to try everything, then it may also be possible, as certain artists do, to masturbate in front of the audience as part of the work of art. The next question is whether pornography is art, or as has been said many times, only a matter of geography. Again we return to the starting point – is this the external geography of countries and peoples or the internal geography of inner borders?

The necessary step in this type of dynamics is to ask what are the boundaries of perversion. In opposition to auto-eroticism, which has already been declared permissible, and homosexuality, that is gaining acceptance, "perversions" have remained an open issue. The quotation marks around this term are witness to the confusion surrounding it. Is pedophilia a perversion, or as cynics say, is this merely a matter of spheres of influence? And what about fetishism? In Asia, the child sex market is a part of daily existence and nobody tries to limit it, not even tourists from Western countries. Fetishism is performed on various stages, some of them artistic, and is granted a legitimization of its own. This is not the place to deal with each perversion individually. The question is what is the meaning of the word "perversion," in terms of today's society and each person with himself? *Freud*, at the height of the era of hysteria, clearly differentiated between the normal and the perverted. Today, as a result of the undermining of the normal, the meaning of the improper has also been undermined, and it appears that the borders of sexuality have remained broken down.

Drugs: As a result of changes this century, intoxicating drugs have become more available. Not only alcohol, but all the drugs produced in the

laboratory have become available, as well as the means of administering them. For example, mass production created the throwaway hypodermic needle and changed injection from a medical process to one accessible to everyone. Beyond a general discussion of drugs, which is not relevant to this paper, their widespread use in a cross-section of social classes and populations raises a question that seems to us relevant. Could it be that the wide need for drugs stems from a feeling of emptiness, of a breaking down of borders and shallowness? Often artists and so-called artists claim that drugs cause euphoria. Apart from the argument about the nature of this, the question can be asked if there isn't actually a need for the greater depth, the fundamentally religious experience, the merging with the absolute that can be achieved by drugs. The connection between drugs and the need to escape has been discussed in the past and will continue to be discussed, as well as the connection between the drug-taking population and that, which returns to the various religions, including extremely esoteric ones. Here we raise the possibility that with the death of God (in *Nietzsch*ian terms) a need was created to rediscover Him, to recreate the experience of depth and the negation of the ego. The problem is that this is a futile attempt, suffering from all the difficulties that characterize the borderline personality: the need for instant satisfaction without making an internal effort, the desire to find a framework, but an absurd, illegal, destructive one. Meanwhile this question remains open.

Family: As a continuation of the process of externalization and simplification undergone by sexual life, the family went through a similar process. As opposed to the godly Victorian family, based on the classical triad, a modern family has developed whose makeup is changing and unlimited. It is interesting to note that the change in the attitude to the normative family, i.e., the shattering of the nuclear family, began simultaneously with the splitting of the atom. It is even possible that one can look for a common source of the shock waves in both cases, a topic we will attempt to elaborate on in the discussion. The legitimization for the changes in the family stemmed from society, from the center outwards. An interesting example is "The Doll's House" by *Ibsen*, which gives legitimization to divorce, which was viewed in *Ibsen*'s time, and by certain groups today, as trespassing a border. At one time *Ibsen* was considered a champion of individual freedom, and rightfully so. Conversely, the ripping off of *Nora*'s corset, to use a literary metaphor, brought in its wake a wave of destruction and havoc that has not ceased till today. Today the one-parent family has achieved full recognition, and in addition the one-sex family is gradually gaining acceptance. At the same time, there are more and more "multi-parent" families, based on remarriage and the birth of different children having no blood relationship but living under one roof as "a family." The family is divided, or built up bit by bit, and the possible significance of this is a split between various parts of the "family." Here again we have the breaking down of a border, the concrete one of family

makeup, and the symbolic one of numbers. If there is no triad, it is unclear how the neurotic personality can develop, based as it is on the Oedipus complex. The family, and with it the individual, remains stranded in a dyad because the father, and with him the law of the father, has never even made an appearance.

Another problem in modern family life is the breaking down of the border of roles. The Victorian family was based on roles, for better or worse. The husband was the breadwinner and the wife was responsible for the home and children. Women's joining the labor force and bursting into self-expression and self-realization outside the boundaries of the home was a shock to the concept of the basic family. Without getting involved in the question of what constitutes a "proper education" for children, it appears that when the mother joined the outer circles of life and became equal to the father as a competitor in the marketplace, potentially problematic situations could arise requiring processing. For example, consider a mother who earns more, is more highly educated and works longer hours than her husband, who in extreme cases could be unemployed and spending his days at home while the mother is out earning a living. This situation could be coped with except for one problem, which is typical of modern society – the problem of tiredness. Tiredness caused by the overload that has become a necessity of life (faster, stronger, richer, bigger) joins speed, shallowness of life, and the possibility to escape to oblivion to create conflictive situations with no means of reaching understanding. The amounts of frustration and anger that can build up in such situations are liable to lead to violence in the borderline personality – sexual violence that can result in incest and physical violence that can result in murder. These situations are increasingly recorded by the cameras of our culture and documented in the memoirs of the borderline patient.

In other words, the absolute order that caused asphyxiation, but also protected culture and a way of life from conflict, was replaced by chaos, which allows freedom and self-expression, but also arouses anxiety in face of the unknown and a feeling of dizziness and loss of control. Correspondingly, the neurotic experience of suppressed desire arousing hysteria was replaced by the borderline experience of anxiety and loss of control arousing extreme violence.

Speed at the cost of depth: As a result of the breaking down of the borders of speed and space, there has been a shift in perceptions of time and distance. The transition from one country or one culture to another was achieved in the past by a prolonged journey that was actually life-threatening (with all the attendant symbolism of this). This has been replaced by a few hours' flight in a closed space demanding no effort or investment, no exposure to cultural changes, and no encouragement of thought or identification. The person becomes an "accidental tourist," dragging his armchair everywhere with him. As a result, diametrically opposed cultures coincide, differing greatly in philosophy of life,

conceptions of man, and the relationship to life and depth, and this meeting is primarily artificial. In fact, the tourist arrives trapped in a bubble where he remains till the end of his journey, and there no contact or learning take place. An example of this is the tourist who arrives in a foreign country and travels from one place to another without assimilating what is really unique about the land and its people. Similarly, a trip to India may not result in the slightest realization of what India is like, because the tourist arrives armed with a whole set of preconceptions.

An additional expression of speed is the confusion of the sense of time. Casual transitions from one time zone to another cause the blurring of the boundaries between night and day that may result in jet lag. Broadcasts transmitted from various parts of the globe add to the confusion, because they supposedly equalize people from different time zones that are watching an event at exactly the same moment. The special significance of this is the fact that there is in fact no collective experience. This can be seen reflected in the borderline personality, which passes by but does not assimilate, experiencing things externally, and remaining imprisoned in its own bubble. In addition, a person with a borderline personality disorder has difficulties with the sense of time and may confuse day and night. He has a distorted perception of time and demands instant gratification.

Media: The media are this century's central means of expressing freedom, but also of destroying borders. The reason for this is that the camera and the microphone, the main vehicles of communication, are open to all. Instead of political pamphlets and newspapers that have undergone censorship, nowadays everything is laid bare and revealed. The internal censor undergoes a parallel process, since there is no point in hiding what has already been revealed. This is brought to its absurd conclusion when the media broadcast live a murder or a suicide. In extreme circumstances such as these, the media are indeed fulfilling their duty to report, but at the same time they are also taking on the additional clandestine but critical role of publicity. By the very fact of exposure and being in the limelight, murderers and suicides become heroes, albeit negative ones, but heroes all the same. In the case of suicide this is a well-known problem, and has been discussed in a number of contexts, especially in light of "multiple suicides." On the surface there is no more legitimization of murder or suicide than there was in the past, but media exposure has turned the viewer into a silent partner, and covertly encouraged the next occurrence.

The immortalizing camera is a concept that was born with the birth of the reporting camera. With the development of the world of communications, and parallel to it the world of advertising, the need was created for media personalities. Even when they are not negative heroes, as described above, the hunger for publicity on the one hand and the hunger of the media (i.e., the need for new heroes that can continue to take up space) have fostered a new type of hero – the media personality. This is not the place to elaborate on this concept, but suffice it to say that it has

established a new set of norms in every sphere, while overturning our ways of viewing the world from politics to entertainment and the arts. Everything revolves around the superficial, the glittering, the eye-catching, that "comes over well on the screen." There is no place for long complicated messages nor for ambiguity. Instead everything needs to be sharp, short and clear, regardless of the value of the message. Parallel to this, "Everyone buys himself five minutes of eternity" as the saying goes, and everybody has an equal chance to be seen on television. The significance of this is also to be forgotten after five minutes, but this is only revealed later, and does not blunt the appetite of those hungry for publicity, and it comes relatively cheaply. In a certain sense, the concept of publicity demanding hard work, the effort of a lifetime, has been lost. It is extremely difficult to make long messages catchy, as was stated above. Satisfaction must come in the next few minutes, or not at all. Accordingly, there has been a devaluation of the afterlife. From something precious granted only to the very best, the most dedicated and unique, the afterlife has turned into a central railroad station. Everyone passes through it, but no one remains. "What is the value of the afterlife?" is a question unasked by former generations.

Another significant point about the camera is that its very existence causes confusion of the borders of time and reality and the boundaries between life and death. Anyone who has watched an old home movie or a documentary film from years ago can remember the sensation of touching the past as though it was the present. Dead people are resurrected, and it is hard to grasp that they are no longer with us. Old people become young, and young people turn into babies. Also, in a certain sense the boundaries of space are transformed. Landscapes, buildings and images come into the home, and become intimately known by means of imaginary closeness. In one of his stories, *Asimov* describes a reality where a device had been invented that allowed one to see the past. The point of this story is the loss of privacy leading to madness, as people could see their own past and other people's without limit. Our contemporary camera already allows us to view the private past, and often facilitates the voyeurism described in *Asimov*'s story, as any private detective will attest.

The indistinct border between life and death: Life and death have undergone a process of change and a blurring of the borders between them. With the advance of medical science, two parallel processes are developing – smaller and smaller babies can survive, even if they weigh only a few hundred grams, and old people survive to a more advanced age, some of them exceeding a hundred. It seems there is an ever-increasing pulling of the blanket of life from both ends, but this exacts a price. This lies first of all the creation of more and more defective children and adults who would have died if nature had been allowed to take its course. This poses questions about the border between life and death, and man's control over it. If in the past doctors had limited resources, which was recognized by everyone including the doctors themselves, today the prevalent image is of that of the

all-powerful doctor. An example of this is the controversial "Dr. Death," and involvement in mercy killing. A less extreme example may be found in every obstetrician who brings premature babies into the world and fights for their survival (sometimes causing families endless suffering). Add to this every doctor who works in intensive care resuscitating patients who have undergone heart attacks, cerebral hemorrhages, or serious accidents, some of whom survive for years on respirators. The ultimate, perhaps the maximum absurdity of this preservation of life, is the attempt to freeze living people in order to preserve them forever.

Paradoxically, the struggle to save life at any cost exists simultaneously with total indifference to the wiping out of whole populations. In our global village, where movement from place to place is a matter of a few hours' flight or a few seconds on the Internet, the total war of survival at any cost takes place alongside the extinction of life without anyone paying attention. A brutal example of this is the hunting of children in South American countries, where outside well-equipped hospitals totally healthy children are shot every night. Another example would be total populations dying of hunger in Africa and Asia virtually without intervention except for the payment of lip service. This experience of total affluence as opposed to total destitution, of sacred life as opposed to worthless life, especially in light of their juxtaposition of one to the other, brings this conflict to the point of absurdity. The question of the value of life and its purpose becomes cloudy, perhaps to the point where there is a constant need to check the border. This expresses itself in the borderline personality as suicide attempts, etc.

Another expression of the confusion between life and death is that next to the unbearable lightness of life, there has also developed an "unbearable lightness of death." One of the characteristics of the twentieth century is how easily huge populations have been annihilated, in such numbers that *Camus*, in an attempt to describe their vastness in »The Plague«, claims that if they were rats, they would encompass the globe twice if placed head to tail. The actual comparison of human beings to rats expresses something of the flavor of the attitude towards human life, but the central fact is still the quantity. In the World Wars one cannot grasp the huge numbers of people who died or the significance of this numbers for the continued development of human history. Deliberate decimation of populations was known in previous centuries, but was done with ultimate efficiency in the extermination of the Jews, totally confusing the border between life and death and also between right and wrong.

Parallel to the mechanization and banalization of killing and in fact of evil, the twentieth century revealed the possibility of mass annihilation. Just as all the fantasies of the libido materialized in the real world, it was found that the omnipotent destruction fantasy could be realized as well. The atomic bombs that were dropped on Japan revealed to humanity the significance of the fantasy of total destruction, not a fantasy that can be "repaired" by various psychic mechanisms, but true destruction that cannot

be undone. Perhaps the ancient Greeks forecast this when they carved on the Temple of Zeus at Dodona, "Mortal, be careful what you wish for; the gods might grant it." This transition from aggressive fantasy to actual experience revealed a few facts, namely the bitterness of the experience, the limitless power of human destruction and a growing anxiety in face of this lack of limits. The anxiety in face of one's ability to destroy all that surrounds one is reflected in the borderline experience.

After the First World War, a cry was heard for the destruction of Western civilization, taking into account that if it allowed such a war to take place, it did not deserve to exist. The absolute cruelty of the Second World War, expressed in the murder of non-combatants including women and children in a deliberate, mechanical way, brought about a total shattering and rebuilding of the concept of morality. In addition, the transformation of killing into a mechanical process facilitated by the technological advances of the century allowed the sanitizing of the murder from the taint of evil. If murder is committed by pressing a button, the hands remain clean. In addition, the differentiation between a murderer and an ordinary law-abiding citizen disappeared. Everyone was a murderer, and as a result everyone was an ordinary law-abiding citizen. On the surface murder lost its dimension of evil, but it was actually transformed into the ultimate in evil. Furthermore, after the war the surviving victims were required to live side by side with their oppressors; thus the feeling of confusion intensified. Nothing remained of the Biblical ideas of vengeance and retribution. Quite the contrary. It was necessary to forget in order to survive, and forgetting transformed itself into denial.

As a logical result of the unclear borders between life and death, the quality of life was adversely affected. The twentieth century was an era of dictatorship and the directing of aggression against the ego, not only because of the geographical and human scope of the dictatorships, but because of their opportunity for publicity that was not available in the past. It is important to stress that the publicity and exposure of dictatorships also allows them to reach their developmental level. For example, the telephone allows outside contact with the world, but it also allows bugging of conversations. The strongest artistic expression of this is »1984«. This book represents the ultimate manifestation of obedience, on the one hand an inferno threatening humanity, but on the other a paradise for borderline personality disorder. The world of »1984« is one having no memory, no past, and no need or ability to love. There is only constant hatred that receives full legitimization, and the possible of the ultimate split – Big Brother as opposed to *Goldstein,* destruction leading to self-destruction, and blind obedience to a leader which affords the relinquishment of autonomous thought. This is a place of anger and destructiveness, interpersonal relations are always unstable, and emptiness is a fact of life. Everyone drinks vast quantities of alcohol (in order to blur borders), paranoia has a field day, there is no room for identity. However, at the same time, and most

important, there is a defense against the feeling of abandonment, because Big Brother's eyes are always open. This literary representation is fairly easy to discuss because it is remote – seemingly theoretical. At the same time, it reflects many of the concrete realities of *Stalin*'s Russia, *Hitler*'s Germany, and today's China. In all of these there is no room for free will, paranoia and mutual spying are a way of life, and identity is collective, in other words, doesn't exist. There, besides the fact of mass murder, the quality of life for those who remain alive is problematic, if not distorted and castrated. The psychic burden exacted a price that is reflected in thousands of testimonies from these periods. An expression of this unstable human experience is expressed by *T.S. Eliot:*
"Do/ You know nothing? Do you see nothing? Do you remember/ Nothing? /I remember/ Those were pearls that were his eyes. Are you alive, or not? (The Waste Land, 1982)

Von der Hysterie zur Borderline-Persönlichkeitsstörung - Das Jahrhundert dazwischen

I.Manor, S. Tyano (Peta-Tiqva)

Dieser Versuch, Fluktuationen in der psychischen Landschaft zu untersuchen, führte uns zu einer Untersuchung der Fluktuationen in der Geschichte des 20. Jahrhunderts; dies wiederum führte zurück zur Verbindung von Geschichte und psychischem Leben. „Geschichte" ist zusammengesetzt aus der Chronik der Menschheit und dem „Ich", einschließlich seiner psychologischen wie künstlerischen Komponenten, die sich gegenseitig reflektieren und erhalten.

Ein Beispiel für eine Bewegung, die sich auf allen Ebenen ausdrückt, ist die Erfahrung einer gigantischen Explosion. Die erste nukleare Explosion der Geschichte wurde - ebenso wie das Konzept massiver Bombardements - als Mittel betrachtet, um das Kriegsglück zu wenden (z.B. der „London Blitz"). Gleichzeitig registrierte man in der persönlichen Geschichte die Explosion (d.h. das Auseinanderbrechen) der Kernfamilie und der alten moralischen Richtlinien, die mit weiteren Veränderungen einhergingen. Ein konkretes Beispiel dieses Übergangs zwischen verschiedenen Ebenen stellt die Entwicklung des Fernsehens dar, das ein direktes Resultat der Erfindung des Radars als eines strategischen Werkzeugs im Zweiten Weltkrieg war und das selbst wiederum einen Zusammenbruch der kulturellen Barrieren von Raum und Zeit auslöste.

Der Mensch entwickelte im wesentlichen zwei Hilfsmittel, um mit seiner Psyche umzugehen, sie zu untersuchen und Einsicht in sie zu gewinnen: Kunst und Psychoanalyse. Kunst, die nicht zwischen Gut und Böse differenziert außer in ästhetischer Hinsicht, bildet einen parallelen

reflektierenden Spiegel zur Psychoanalyse, die auch nicht über Gut und Böse verhandelt außer im Hinblick auf die Normalität oder Pathologie von psychischen Mechanismen. Dementsprechend zeigt die Kunst die Psyche als ein Bild, aus dem existentielle Erfahrung philosophisch erschlossen werden kann, während die Psychoanalyse die verschiedenen Arten psychischer Aktivität und existentieller Erfahrung analysiert und studiert. Daraus leitet sie dann Schlußfolgerungen über das generelle Bild ab. Von diesem Blickpunkt aus ist es vielleicht möglich, die Philosophie, wie sie sich in mehreren Feldern ausdrückt, als Hilfsmittel zu betrachten, das eine Verbindung – eine Integration - zwischen den verschiedenen Ebenen und Perspektiven herstellt.Entgegengesetzt zu *Dostojewskis* „Schuld und Sühne" ist dieser künstlerische Spiegel in „Der Fremde" von *Camus* repräsentiert. In dieser Erzählung ist der Held ein Krimineller, ein Mörder, aber dahinter ist er innerlich leer, einsam und es mangelt ihm an Identität. Betrachtet man ihn als Vertreter seiner Generation, so gestattet dies einen Blick auf die existentielle Erfahrung der Menschheit im 20. Jahrhundert: leer und isoliert zu sein. „Der Fremde" drückt schon im Titel den Drang nach emotionalen Erfahrungen aus, ohne die Fähigkeit, sie sich zu verschaffen, und die totale Entfremdung, bis hin zur Entfremdung des Menschen von sich selbst. Dies repräsentiert die Borderline-Persönlichkeitsstörung, und es ist zugleich der Mensch. Ausgehend von psychoanalytischen Beobachtungen kann man wiederum psychische Störungen als Reflexion psychischer Gesundheit sehen. Die gleichen Merkmale, die eine Borderline-Persönlichkeitsstörung und auch die Hysterie charakterisieren, treten auch bei als gesund eingeschätzten Personen und auch in sozialen Gruppen auf. Die hysterische Generation kreierte die Borderline-Generation. Verwirklicht diese die Fantasien der Hysteriker? In gewissem Sinn gibt es keinen Zweifel: vor uns liegt die Erfüllung von Wünschen. Die Zerstörung der Hierarchie, mit anderen Worten das Ende der Diktatoren-Herrschaft, ist Ausdruck eines respektablen und legitimen Wunsches, der in der Rangreihe menschlicher Wünsche obenan steht. Wie man in soziohistorischen Prozessen sieht, führt aber die Zerstörung der Hierarchie oft zu Anarchie oder alternativ zur Entstehung einer weiteren Diktatur, oft sogar härter als ihr Vorgänger. Kehrt man zur persönlichen Ebene zurück, so heißt dies, daß die Erfüllung des Wunsches leicht zum Alptraum wird, in dem Anarchie und das Zusammenbrechen von Grenzen die Borderline-Symptome der Einsamkeit, Entfremdung, Wut und Furcht verursacht. Daraus entspringt die Frage: „Was kommt als nächstes?"

Wie werden unsere Kinder sein?

Entsprechend einer bestimmten psychiatrischen Lehre wird, wenn die erste Generation neurotisch und die zweite borderlinehaft ist, die dritte psychotisch sein. Demnach werden unsere Kinder die völlige Anarchie erreichen und in gewissem Sinn in die Höhle zurückkehren.

Umgekehrt kann die menschliche historische Erfahrung, sowohl die allgemeine wie die persönliche, als ein Pendel gesehen werden, das zwischen offen und geschlossen, zwischen totalem Tabu und der Zerstörung von Grenzen schwingt.Wir nehmen an, daß man in der Geschichte eine immer wiederkehrenden Schwung des Pendels entdecken kann: durch die gesamte Geschichte hindurch kann man Perioden des Zusammenbruchs von Grenzen verflochten mit Perioden der Isolierung und des Konservatismus finden. Es gibt eine Bewegung hin zum Wunsch nach Gesetzen, um die menschliche Rasse zu bewahren, und Isolierung innerhalb von Grenzen. Die Grenzen werden immer erstickender, und die Neurose, speziell ihre äußerste Manifestation, die Hysterie, blüht. Im nächsten Stadium gibt es eine Bewegung hin zur Freiheit - Freiheit der Völker, Freiheit der Gedanken, Freiheit des Ich. Die Grenzen sind unterminiert und Persönlichkeitsstörungen treten auf. Die Unterminierung setzt sich fort, bis sie umschlägt in eine Erschütterung der Fundamente und das Bedürfnis nach Grenzen kreiert (d.h. der Ruf nach „law and order") usw. ad infinitum. Diese Veränderungen sind so markant, daß sie oft begleitet sind von drastischen politischen Veränderungen oder von einem Paradigmenwechsel der Weltsicht.

Das Schwingen des Pendels kann verglichen werden mit einem Schwingen zwischen Energietypen - zwischen der zurückgehaltenen, potentiellen Energie des Verbots und der dynamischen Energie der Permissivität, der Umschwung zwischen Geschwindigkeit und Freiheit und Tiefe. Auf der einen Seite ist die zweidimensionale farbige Helligkeit, begleitet von einem Verlust der Tiefendimension. Auf der anderen Seite ist die dreidimensionale dunkel getönte Schwere, begleitet von der Fähigkeit zur Unterscheidung und von der Tiefe, die durch Konflikte entsteht. Dieses Extrem stammt aus der Existenz der verborgenen Dimension, der dritten, der Dimension des Kampfes zwischen Wunsch und Tabu. Diese Welten könnte man vergleichen mit Beispielen aus der darstellenden Kunst: ein *Picasso*-Gemälde voller Farbigkeit, frei von Restriktionen und Grenzen im gegensatz zu einem *Rembrandt*-Bild mit seiner Welt des Verbots und der dunklen Gesetze, aus dem ein inneres Licht leuchtet.

Die schwierigste aller Fragen ist die, ob die Menschheit fähig ist, die goldene Mitte zu erreichen. Sie scheint dessen unfähig zu sein und schwingt stattdessen zwischen den Extremen der Diktatur (äußere und innere) und der Anarchie (äußere und innere). Die Demokratie beginnt sich zu entwickeln, ist aber ständig bedroht durch Angreifer, gegen die sie keine Mittel zur Vergeltung hat. Dies führt zur Frage, ob die Menschheit irgendwelche grundlegenden Grenzen hat.

Bei optimistischerer Sicht läge es nahe, daß die Menschheit noch immer in einem sehr frühen Entwicklungsstadium steckt und noch nicht über eine internale Integration und Kontrolle der Aggression verfügt und daß die Grenzen noch im Aufbau sind. Dies scheint eine mögliche Modifizierung der Schroffheit des Pendels zu sein. Der Pendelschwung könnte dann als

Reifungsprozeß verstanden werden, der die Rückkehr des Tabus mit sich bringt. Es scheint, daß der Mensch unfähig ist, ohne Unterdrückung zu träumen, sondern aus eigener Kraft wachsen und die Verantwortung tragen muß für die Erfüllung seiner Träume, bis nichts übrigbleibt, nicht als eine Fantasie, sondern als Realität.

Der Mensch der Gegenwart ist in gewissem Sinn ein begabtes unreifes Kind. Es besitzt ungeheure Fähigkeiten auf dem Gebiet des Denkens, aber auf dem Gebiet der emotionalen Erfahrung ist er noch sehr jung und im Evolutionsstammbaum gerade erst von den Bäumen herabgestiegen. Man kann hoffen, daß diese Reifung in der Tat begonnen hat; ein möglicher Ausdruck dafür ist, daß seit dem Abwurf der Atombomben auf Japan keine andere solche Bombe mehr auf andere bewohnte Gebiete des Erdballs abgeworfen wurde.

Vielleicht, nur vielleicht, hat die Realität den Menschen gezwungen, Verzicht zu üben und Verantwortung zu übernehmen, und dies erlaubte ihm zu entdecken, daß er Verantwortung für sein eigenes Schicksal übernehmen kann. So kann der Mensch von der Borderline-Pathologie loslassen und die Verantwortung übernehmen, die der Borderline-Patient für sich selbst zu übernehmen sich weigert. Anstelle der Zerstörung kann er sich neuem Grenzland zuwenden, das erneuerte Kreativität erlaubt.

Inzwischen bewegen wir uns zwischen Pendelschwüngen. Man kann hoffen, daß wir schließlich zu einem Durchbruch gelangen. Vor hundert Jahren erreichte der konservative hierarchische Ansatz sein Endstadium und die Hysterie legte ihr Korsett ab. Jetzt, wo die Permissivität ihr Maximum erreicht hat und das Pendel in die andere Richtung ausschlägt - zu klarer definierten Grenzen, strengeren Verboten und einer geordneten Hierarchie - und wenn die Hysterie in unsere Kliniken und Notfallzimmer zurückgekehrt, dann wird uns bewußt, daß sich neue Grenzen etabliert haben.

„In die Städte kam ich zur Zeit der Unordnung/ Als der Hunger herrschte./ Unter die Menschen kam ich zur Zeit des Aufruhrs/ Und ich empörte mich mit ihnen./ So verging meine Zeit/ Die auf Erden mir gegeben war/...Ihr, die ihr auftauchen werdet aus der Flut/ In der wir untergegangen sind/ Gedenkt/ Wenn ihr von unseren Schwächen sprecht/ Auch der finsteren Zeit/ Der ihr entronnen seid./...Ihr aber, wenn es soweit sein wird/ Daß der Mensch dem Menschen ein Helfer ist/ Gedenkt unsrer/ Mit Nachsicht“ (*B. Brecht*).

Literature

Brecht, B. (1960): Ausgewählte Gedichte. (Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag)
Elias, N. (1976): La civilization de moers. Press Pocket
Eliot, T.S. (1982): The Waste Land. In: Selected Poems. (Bungay, Suffolk: The Chaucer Press)
Erikson, E. H. (1963): Childhood and Society. (New York: W. W. Morton) 2nd edition
Freud, S. (1953): Interpretation of Dreams, Vol 5 standard edition
– (1964): Moses and Monotheism, Vol 23 standard edition
– (1997): Malaise dans la culture, PUF

Pollack, M.(1984): Viennne 1900: Une identité blessée. Paris: Gallimard-Julliard
Pontalis, J.B.(1983): Permanence du malaise. In: Le temps de la reflexion

Address of the Authors:

I. Manor
Prof. Shmouel Tyano
Children and Adolescent Division
Geha Mental Health Center
P.O. Box 102
Fax: 972-3-9241041
Tel: 972-3-9258205/6

Das Sozialenergieprinzip Ammons, Rollendifferenzierung und Austauschprozesse in der klinischen Großgruppenpsychotherapie und anderen Großgruppen**

Teil I: Energetische Prozesse in der Gruppe – Anmerkungen zur Geschichte eines wissenschaftlichen Diskurses

Rolf Schmidts (München)*

Der Verfasser konstatiert eine außerordentlich große Diskrepanz zwischen der zentralen Bedeutung von Großgruppen im gesamtgesellschaftlichen Kontext und der Weigerung seitens der Gesellschaft wie auch der Wissenschaft, insbesondere der Soziologie, aber auch der psychoanalytischen Forschung, sich dieser Tatsache zu stellen. Dabei könnte gerade die prinzipielle Anerkennung der Bedeutung der Großgruppe zu einem Bewußtwerdungsprozeß führen, der sowohl den Individuen als auch der Gesellschaft als ganzer zu einer Reifung und zu neuen Lebensmöglichkeiten verhelfen dürfte. Als Modell für ein solches Denken stellt der Autor die großgruppendynamische Arbeit in der dynamisch-psychiatrischen Klinik Menterschwaige dar und fordert mit Patrick de Maré, psychologische, politisch-ökonomische und soziokulturelle Betrachtungsweise nach diesem Vorbild in einem gesellschaftlich relevanten Sinne zusammenzuführen. Der erste Teil dieses Artikels ist grundsätzlichen soziologischen und wissenschaftlichen Überlegungen gewidmet und setzt sich dabei auch kritisch mit der Geschichte der Psychoanalyse und ihrer Gruppendynamik auseinander. Der zweite Teil, der im nächsten Heft erscheinen wird, untersucht Entwicklungsprozesse in der großgruppendynamischen Arbeit näher.

Den Anstoß zu den Überlegungen dieser Arbeit gab ein von *Lionel Kreeger* in seinem 1977 herausgegebenen Buch »Die Großgruppe« veröffentlichter Artikel von *Patrick de Maré* mit dem Titel »Die Politik großer Gruppen«. *De Maré* behauptet hier: »Wenn wir überhaupt überleben wollen, können wir den Tag nicht weiter hinausschieben, an dem die psychologische, politisch-ökonomische und die soziokulturelle Betrachtungsweise in einem gemeinsamen Feld operational zusammenfinden. Was dringend notwendig ist, ist ein Großgruppendenken.«

Auf der Linie dieses Gedankenganges liegt es, die Ideengeschichte und Artikulation der wissenschaftlichen Einsichten selbst als zeitlich gestreckten Prozeß der Gedankenbewegung einer wissenschaftlichen Großgruppe aufzufassen, die in einem spannungsreichen energetischen Austauschprozeß steht. Dementsprechend interessieren nicht so sehr die wissenschaftlichen Prioritäten, die in der Wissenschaftsgeschichte nicht anders als in der imperialen Weltgeschichte der heroischen Eroberungen und Siege, am Schema der Chronologie ausgebreitet, die ältere Historiographie kennzeichnen, sondern vielmehr die Interdependenzen geistig-aktueller

* Dr. med., Arzt für Psychiatrie und Neurologie, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalyse; Vizepräsident der WADP, Chefartzt der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige München, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM)

** Vortrag gehalten auf dem 12. Weltkongreß der WADP / XXV. Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 17. bis 21. März 1999 in der Humboldt-Universität Berlin

Bewegungen und Bewertungen, die im Bühnenlicht artikulierter Prozesse im »Hier und Jetzt« der wissenschaftlichen Gemeinschaft sichtbar sind, sowie des Schweigens und des Vergessens oder gar der aktiven Denunziation, Verleugnung und Isolierung von Ideen. Dabei erscheinen sogar diese »Fehlleistungen« im Sinne von *Freuds* »Zur Psychopathologie des Alltagslebens« (1900) konstitutiv für einen von *Ammon* so genannten »tertiären Denkprozeß« (*Ammon* 1971), einen »Prozeß hin zum kreativen Akt« (*Ammon* 1982), der das Unbewußte zu sich selbst, zu seiner gesellschaftlichen Bedeutung und Kreativität, befreit und in diesem Sinne bewußt macht.

Die Erfahrungen im Rahmen der stationären Psychotherapie in unseren Kliniken seit 1975 sowie der »Klausurtagungen« und der sogenannten »Balintgruppen-Wochenenden«, die der Selbsterfahrung in verschiedensten Bereichen, verschiedenen Kommunikationsmedien und einem besseren Verstehen von Teilnehmern der Gruppen, von Patienten, den Gruppen selbst sowie den Institutionen, deren Eigenarten und dem Interagieren der Gruppenmitglieder in ihnen gewidmet sind, haben die Institution der Großgruppe als unentbehrliches Instrument gruppendynamischen Arbeitens und Forschens zu sehen gelehrt. So hat *Ammon* schon während des Taormina-Kongresses von 1975 auf die großgruppendynamische Entwicklung wissenschaftlicher Themen im Rahmen eines psychoanalytischen Kongresses hingewiesen und eine Erforschung der Kongreßdynamik in Beziehung zu den wissenschaftlichen Themen und Ergebnissen angeregt.

Angesichts der theoretischen und praktischen Bedeutung des Themas erscheint es umso erstaunlicher, daß das Stichwort »Großgruppe« in der Literatur dennoch relativ selten anzutreffen und ein Niederschlag von Großgruppenerfahrungen in der psychoanalytischen Theorie in keiner Weise wahrzunehmen ist.

In seiner der vergleichenden Psychotherapieforschung grundsätzlich offenen Arbeit: »Zur Theorie und Praxis von Übertragung und Gegenübertragung im psychoanalytischen Pluralismus« (1999, Psyche, 53. Jahrgang, 9/10, Klett: Stuttgart) stellt sich *Helmut Thomae* z.B. dem Standpunkt der von ihm zitierten Autoren *Gergen, Berger* und *Lukmann* folgend grundsätzlich auf den Boden der These einer »soziale(n) Konstruktion der Wirklichkeit«. Dementsprechend kritisiert er an allen »postfreudianischen Theorien, (der) Ichpsychologie, (der) Objektbeziehungstheorie, (der) Selbstpsychologie und (der) interpersonellen Theorie, »daß sie« trotz Widerrufs am positivistischen Aspekt der klassischen Theorie fest(hielten).« Er sieht auch, wie »entscheidend« es ist, »daß sich Individuum und Gesellschaft wechselseitig beeinflussen und produzieren, wobei trotz größter Abhängkigkeit von der sozialen Wirklichkeit... ein Spieltraum freiheitlicher Selbstproduktion übrig bleibt und sich an der dialektischen Spannung zwischen verschiedenen »Konstruktionen« und am Nachweis von Veränderungen im Leben des Patienten und seinem Leiden zu orientieren« haben. Die in jeder Weise zutreffenden Überlegungen *Thomaes* aber verbleiben in einem wissen-

schaftstheoretisch abstrakten Rahmen. Gruppenerfahrungen, die wahrscheinlich ein gut Teil der metapsychologischen und wissenschaftstheoretischen Gedankenoperationen in eine konkrete »Erfahrungsseelenkunde« überführen könnten, wie es das »Magazin der Erfahrungsseelenkunde« von *Carl Philipp Moritz* 1783 für eine zukünftige Psychologie und ärztliche Heilkunde vorschlägt, bleiben dagegen ungenutzt.

Auch die Tatsache, daß selbst prominente Autoren Großgruppenerfahrungen thematisiert, ihnen eigene Forschungsprogramme gewidmet, Monografien zu diesem Thema veröffentlicht und in einem weiteren Sinne wissenschaftshistorisch konsequent an der chronologisch und wissenschaftstypologisch vielleicht jüngsten Schicht der Forschung, an *Harry Stuck Sillivans* »...interpersonelle(r) Theorie der Psychiatrie« (1980, Fischer: Frankfurt) anschließend das Konzept sozialer Bedingtheiten menschlich-individueller Äußerungsformen weiterentwickelt haben, hat theoretisch kaum einen Widerhall gefunden, es sei denn, man sähe in den linguistisch-sprachphilosophischen Ansätzen die positive Weiterentwicklung.

So hat in der Nachfolge eines *Wilfried Bion* und *Sigismund H. Foulkes,* anschließend an die Gruppenforschung mit zufällig und anonym zusammengewürfelten Gruppen, wie sie beim Militär vorzufinden waren, der *Foulkes*-Schüler *A.K. Rice* von 1957 bis 1961 gruppendynamische Selbsterfahrung mit Managern und anonym zusammengekommenen Betriebsangehörigen verschiedener Unternehmen durhgeführt. Das Ergebnis dieses sogenannten Tavistock-Leicester Forschungsprojektes wurde in seiner Arbeit »Führung und Gruppe« (1971, Klett: Stuttgart) einschließlich einer meines Wissens bislang einmaligen gruppendynamischen Untersuchung der »Intergruppendynamik« veröffentlicht.

Ruth Cohn hat im Rahmen der Forschungen im 1966 gegründeten »Workshop institut for living learning« (WELL) in New York ihr Modell der »Themenzentrierten Interaktion« (TZI) entwickelt und darüber zusammen mit *Irene Klein* in »Großgruppengestalten mit themenzentrierter Interaktion« (1993) berichtet.

Im »Arbeitskreis für Tiefenpsychologie, Gruppendynamik und Gruppenpsychotherapie Berlin« von *Joseph Rattner* wurden seit 1968 systematisch »Versuche mit Großgruppenpsychotherapie« durchgeführt.

Vielleicht am weitesten ging *Raoul Schindler,* der ausgehend von seiner intensiven Beschäftigung mit der »Psychotherapie bei Psychosen« 1952 seine Methode der »Bifokalen Familientherapie« erarbeitete, die die Angehörigen in eine eigene Therapie einbezieht und somit ein gruppendynamisches Psychosenverständnis eröffnete, sowie 1956 sein »Modell der Rangdynamik in der Gruppenpsychologie und Therapie« entwickelte (Siehe dazu »Visionen und Wege. Symposium zum 75. Geburtstag von *Roul Schindler«,* Herausgeber *Rainer Fliedl, Doris Kölbl, Waltraut Dolanski-Lenz, Lilli Lehner,* 1998, ÖAGG, GD und DG, Studienverlag: Insbruck, Wien).

Offenbar erscheinen Gruppenarbeit und noch viel mehr Großgruppenprozesse der Allgemeinheit – so sehr sie auch Ideologien und

Machtstrukturen eines unreflektierten Großgruppenprozesses ausgesetzt sind, – im höchsten Maße suspekt. Den mindestens acht verschiedenen main-stream-Psychologien, die *Hilarion G. Petzold* in »Die Mythen der Psychotherapie« (1999) ausmacht, aber erscheinen Großgruppenphänomene angesichts der vorgeblich oder wirklich unüberschaubaren Menge oberflächlich und unergiebig oder umgekehrt verdächtig, unberechenbare persönlichkeitszerstörende Wirkungen zu zeitigen. Vielleicht ist sogar die von *Rice* formulierte Erwartung, daß Großgruppen regelmäßig Splittergruppen bilden, oder die von *Rattner* hervorgehobene pädagogische Note der Großgruppe, die den kulturellen Inhalten eine fast selbständige Bedeutung zuzuweisen scheint, oder auch die von *Ruth Cohn* entwickelte Praxis, die Arbeitsergebnisse zuvor gebildeter kleinerer Gruppen in der Großgruppe am Leitfaden der Gesichtspunkte »Ich, Wir und das Thema« zu entwickeln, ein später Reflex eines historisch aus den Erfahrungen mit der Macht allzu verständlichen Mißtrauens und einer aus eigennützigen Motiven ableitbaren Ablehnung nicht manipulierbarer größerer Gruppen.

All dies verleitet dazu, die implizit hypostasierte »natürliche Gruppe« mit der Intimität kleinerer, familiär erscheinender Gruppen zu identifizieren. Selbst die »Mutter-Kind-Dyade« alleinerziehender Väter und Mütter wurde aus einem solchen familiären Blickwinkel verstanden und die partnerschaftliche Zweierbeziehung als Erfüllung aller Sehnsüchte phantasiert. Umgekehrt wurde der solidarisch kämpferischen Menge oder der zielorientierten, funktional rationalisierten, ein Übersoll erfüllenden Arbeitsgruppe ein ideologisches, oft pseudoreligiöses Versprechen unerfüllbarer Wünsche unterstellt. In der Tat sind die »Wege kritischer Praxis«, die die »Ideologien, Machtstrukturen« und selbst die »Mythen der Psychotherapie« (*Petzold* 1999) reflektieren, ein Ausweg aus dem Dilemma, das *Freuds* »Massenpsychologie und Ich-Analyse« von 1921 als Unvereinbarkeit von Individuum und Masse und dennoch als notwendiger Einheit von Individual- und Sozialpsychologie formulierte.

Die wissenschaftliche Forschung aber hat das Ende des letzten und Anfangs dieses Jahrhunderts vorherrschende Bedürfnis, geistig-seelische wie materielle Gegebenheiten und Prozesse in einem einschichtig kausalgenetischen Denken gewissermaßen dingfest zu machen, prinzipiell überwunden. Individuum und Gruppe, Psychologie und Soziologie waren unausweichlich dazu genötigt, aufeinander Bezug zu nehmen und sich voneinander zu differenzieren. Die Geschichte dieses Prozesses, die merkwürdige Verbindung und Feindseligkeit von Sozialismus und Psychoanalyse, die erstaunliche Liaison, die Soziologie und Psychoanalyse im Rahmen der Frankfurter Schule eingingen, um sich erneut zu scheiden, wäre einer differenzierten, nicht nur phänomenologischen Untersuchung wert.

Trotz seiner so wenig aufklärerisch anmutenden, in Wahrheit jedoch der spezifisch jüdischen Aufklärung Haskala zugehörigen religionsphilosophisch-chassidischen Wurzeln, hat das »dialogische Prinzip« von *Martin*

Buber (1878-1965) (siehe dazu und zum folgenden *Helmut Thomä* 1999) geistesgeschichtlich universale Bedeutung erlangt und durch *Felix Schottländer* in der Psychoanalyse paradigmatische Folgen gezeitigt. Die »Einführung des Subjekts in die Methode der Forschung« durch *Viktor von Weizsäcker* in seinen „Studien zur Pathogenese" von 1935 (siehe dazu wieder *Thomä* 1999) und die ebenso entscheidende Hinwendung zum Subjekt in der Medizin schlechthin durch *Ludolf von Krehl*, gleichartige Bemühungen von *Jakob Levy Moreno* sowie schließlich *Karl Menningers* ethische Forderung einer wissenschaftlichen, auf psychoanalytischen Erfahrungen beruhenden Dynamischen Psychiatrie macht mit *Hans Trübs* »Heilung aus der Begegnung« (1949; s. dazu *Thomä* 1999) das Prinzip der Begegnung zu einem nicht mehr zu verleugnenden Datum in der Geschichte der Medizin. Dieser Geschichte entspricht die Aufforderung, die Tatsache menschlicher Begegnungen erfahrungswissenschaftlich, in ihrer emotionalen Bedeutung für das Leben des Einzelnen, mental in ihrer Bedeutung für die Entwicklung des Einzelnen und objektiv im Rahmen interagierender Gruppen zu verstehen. Charakteristisch für ein solches Denken ist beispielsweise *Karl Menningers* provokative, die psychiatrische Nosologie zur Disposition stellende Frage »What do you mean by schizophrenia?« (nach einer mündlichen Mitteilung *Günter Ammons*) und die Feststellung, daß es keine Krankheiten, sondern nur kranke, leidende Menschen gebe. *Wolfgang Blankenburg* dagegen vertritt die Auffassung, daß im Interesse der Möglichkeit von ärztlichen Interventionen »Eingriff und Durchgriff« einen Raum verteidigen, der die persönliche Freiheit und Ganzheit des Kranken beschränkt und biographische Entwicklung und Schicksal der Person gerade durch die Objektivität der Krankheit unterbricht. Die interpersonelle Ebene der Erfahrungsgeschichte eines Einzelnen und seine personale Entwicklung bleiben so unverbunden und logisch isoliert.

Begegnungen aber haben mit dem Austausch zwischen Menschen und energetischen Fragen einer Ökonomie in Gruppen zu tun. Die Übertragung energetischen Denkens zunächst aus naturphilosophisch geleiteten praktischen Erfahrungen mit dem »tierischen Magnetismus« *Franz Anton Mesmers* (1734-1815) (s. *Schmidts* 1993: Die Entfaltung des Energieprinzips in der Geschichte der Dynamischen Psychiatrie und der Psychoanalyse), sodann im 19. Jahrhundert aus naturwissenschaftlich-thermodynamischen Konzepten über das »mechanische Wärmeäquivalent« bzw. die »Umwandelbarkeit von Wärme in Bewegung und umgekehrt« nach *Robert Meyers* Äquivalenzprinzip von 1842 in die Psychiatrie erfolgte durch *Wilhelm Griesinger* (1817-1868). *W. Leibbrand, A. Wettely* (1961) zufolge, eröffnet sein Konzept einer »dynamischen Physiologie« in seiner Arbeit »über psychische Reflexaktionen« 1843 das »energetische Denken« in der Psychiatrie. Über *Freuds* biologisch verstandener Kraft der »libido sexualis« gelangt dieses ökonomische Prinzip schließlich in die Psychologie des Individuums.

Den inneren Zusammenhang von Gabe, Wert und Geltung, »zeremoniellem Gabentausch und vertraglichen Beziehungen« in sogenannten Stammesgesellschaften (siehe dazu und im folgenden *Joachim Görlich* 1992), hat *Marcel Mauss* in seiner grundlegenden historisch-ethnologischen, religionsgeschichtlich-ökonomischen Arbeit mit dem Titel: »Essay sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaiques« (1923 – 1924) als einen großartigen Fluß von Geschenken und Verpflichtungen in den menschlichen Beziehungen archaischer Kulturen geschildert. Er schließt darin an das »ganzheitliche Denken« *Emil Durkheims* (1858-1917) an (s. *Görlich* 1992) und befruchtet so die spätere strukturalistische Forschung, insbesondere von *Claude Levy Strauss*, der in seiner »Structure élementaire de la parenté« eine Gesetzmäßigkeit des Frauentausches in vorstaatlichen Gesellschaften nachwies. *Mauss* hat den Tausch als eine »totale gesellschaftliche Tätigkeit« (*Marcel Mauss*, Essay sur le don) bestimmt, die zugleich »ein ökonomisches, juristisches, moralisches, ästhetisches, religiöses, mythologisches und soziomorphologisches Phänomen« (zitiert nach *J. Görlich* 1992) darstellt.

Die gesellschaftliche Tätigkeit in der Bedeutung dieser Definition realisiert eine grundlegende ökonomische, im Zusammenhang mit meiner Themenstellung »sozialenergetisch« (*Ammon* 1979) zu nennende gesellschaftliche »Reziprozität« (*Mauss* 1923/24). Für *Ammons* Dynamische Psychiatrie manifestiert sich diese Reziprozität in der Dialektik von Identität und Gruppe über sozialenergetische Prozesse.

Wenn *Ammon* die Großgruppe nur an drei Stellen von Band 2 des Handbuchs der Dynamischen Psychiatrie (1982) und auch sonst nur beiläufig erwähnt, klingt sie in der Selbstverständlichkeit, in der sich das Prinzip der »Sozialenergie« aus dem fundamentalen Gedanken einer »Grundenergie« (Ammon 1979) erschließt, auch in allen späteren Arbeiten als ein die menschliche Entwicklung tragendes Grundphänomen hindurch. In Handbuch 2 heißt es: »Ganzheitlich gesehen läßt sich aufgrund meiner Konzeption von Sozialenergie auch die Dynamik in Großgruppenverbänden, wie Gesellschaften, religiösen Gemeinschaften und politischen Gruppierungen weitgehend verstehen. Solange derartige Gruppen konstruktiv sozialenergetisch für den Menschen wirksam sind, werden sie Bestand haben.... Wird ihre sozialenergetische Kraft destruktiv oder erlahmt sie defizitär, werden diese Gruppen untergehen, die einzelnen Menschen werden sich neue Wege suchen. Dies ist der Prüfstein für jede Vereinigung von Menschen bis hin zur Bildung, Neu- und Umbildung von Staaten, wie uns die Geschichte lehrt." Das Großgruppenthema begleitet somit stets *Ammons* Denken über Gruppen und ihre Bedeutung in der Psychotherapie sowie für die Befriedung menschlicher Konflikte überhaupt.

Wie *Durkheim* ist *Mauss* der Auffassung, »daß es das Ziel jeder Gesellschaft ist, den Krieg zwischen den Menschen zu unterdrücken« (Görlich 1992). Nach *Görlich* haben schon frühere Autoren hier eine Verbindung zum Denken *Thomas Hobbes'* (1588-1679) gesehen, dessen

pessimistische Auffassung des Menschen im Sinne des Wortes »homo homini lupus« (»Der Mensch ist des Menschen Wolf«) zur konsequenten Folgerung eines allgemeinen »bellum omnium contra omnes« – eines »Krieges aller gegen alle« – führt. Diesem Krieg kann wenigstens nach innen durch das Machtmonopol des Staates als einzigem Garanten der Ordnung und der menschlichen Beziehungen über den Eigennutz hinaus Einhalt geboten werden.

Für *Mauss* und sein ethnologisches Material vorstaatlicher Gesellschaften, in denen solche hierarchische Ordnungsstrukturen fehlen, in denen auch die spätere Institution des Marktes von noch untergeordneter Bedeutung war, scheidet dieser Lösungsversuch des Problems konfligierender menschlicher Beziehungen durch eine im Grunde monarchistischem Denken verpflichteten, von »Gottes Gnaden« garantierten, in aller Machtfülle legitimierten und demgemäß universalen Gerechtigkeit aus, gerade weil eine solche regulierende, aus der Machtfülle legitimierte Ordnungsinstanz weder manifest noch virtuell existierte und die Unterstellung eines die Reziprozität in einem »Gefangenendilemma« wechselseitiger Übervorteilung vernichtenden Beziehungsgeschehens irreal ist. Auf »herkömmliche individualistisch-utilitaristische Theorien zur Erklärung des Problems der sozialen Ordnung« (*Görlich*) kann *Mauss* sich deshalb nicht beziehen. Sein »holistisches« Theoriemoment im Rahmen einer sehr wohl auch utilitaristischen, individuelle Gesichtspunkte einbeziehenden, anthropologischen Gesamttheorie sozialer Gegebenheiten und Vorgänge muß deshalb die Frage beantworten: »Warum wird die Gabe erwidert?« (*Görlich* 1992)

An dieser Stelle nimmt *Mauss* Bezug auf die *Durkheim'*sche Lösung eines »ésprit collectif« bzw. einer »morale de groupe«. Wenn der Nationalökonom und Moralist *Adam Smith* (1723-1790) in »Zur Erklärung der positiven Auswirkungen der Arbeitsteilung und des Tausches auf die Produktivität und Prosperität des Wirtschaftssystems« in der Moderne das anonyme, dennoch verbindende »Prinzip der ‚unsichtbaren Hand'« anwendet und auf diese Weise trotz allen Eigeninteresses in der Gesellschaft die »Erhöhung des Allgemeinwohls« erklärt, verlagert sich das - psychoanalytisch gesprochen - mystifizierende Moment im Verständnis von Macht und Staat, das als Erklärungsprinzip einer »unsichtbaren Hand« bedarf, in die Gruppendynamik der Gesellschaft selbst, die sich als demokratische und damit als kritische, selbstbestimmte Gesellschaft versteht und deshalb allen Mystifikationen im Geiste bürgerlicher Rationalität entgegentreten muß.

Der Widerspruch von Freiheit und Macht versus Beziehung und Bindung scheint somit zu einem grundlegenden Problem der Moderne zu werden. Schon *Nicolò Machiavelli* (1469-1527) hat in seinem »Il principe« (1513/1532) dargelegt, daß »Fortitudo, Fortuna, Necessitas et Occasio« zusammen die Souveränität des Willens des Herrschers eines Staates in politisch entschiedenem Handeln ausmachen. Handeln ist somit primär Machtausübung. Reziprozität und Solidarität, ja selbst Moralität erscheinen

in der Gesellschaft praktisch überflüssig. Aus dieser Perspektive erscheint es kaum verwunderlich, daß die die Individualität und Identität des Einzelnen vermittelnde Großgruppe in einem solchen Denken keinen Platz zu finden vermag und daher auch nicht zu einem Thema der Soziologie wird.

Im »Wörterbuch der Soziologie« von *Karlheinz Hillmann* (1994) wird der Begriff Großgruppe demgemäß nur als Bezeichnung für »größere soziale Gebilde, (die) wie Betriebe, Gewerkschaften, Kirchen, Parteien und Vereine... aufgrund ihrer Eigenart – stark ziel- und zweckorientiert, weitgehend formalisierte und unpersönliche Beziehungen, zum Teil bürokratisiert, abgeschwächtes Wir-Bewußtsein – eher (im Sinne von) Organisationen eingestuft«. Die Psychologie aber scheint in der Befürchtung eines »Aufstand(es) der Massen« (1931), wie ein Bestseller von *Ortega y Gasset* (1883-1955) lautete, nicht hinauszukommen. Selbst die Psychoanalyse scheint in der Befürchtung einer Einebnung oder gar Gleichschaltung individueller Unterschiede in der Gruppe und insbesondere der Großgruppe das Thema zu meiden.

Sigmund Freuds »Massenpsychologie und Ich-Analyse« von 1921 bringt trotz aller Ambivalenz dagegen ein zeitgenössisch und bis heute brisantes Thema zur Sprache. Seine Gedanken dazu standen in dem Spannungsfeld zwischen den psychiatriegeschichtlich äußerst bedeutsamen, auch praktisch begründeten Erfahrungen *Arthur Schopenhauers* (1788-1860), die er in »Die Welt als Wille und Vorstellung« einschließlich einer sorgfältigen Kasuistik 1818 vorlegte, *Friedrich Nietzsches* (1844-1900) philosophischer Hervorhebung von Wille und Leben im Verständnis des Menschen und einem restaurativen Geist, der vor allem im Werk der Dekadenz in der »großen Müdigkeit« des »Willens zum Ende« bei *Richard Wagner* intimste Sprache der Modernität erlangte. Allen Mystifikationen, auch denjenigen seines abgefallenen Schülers *Carl Gustav Jung*, hielt *Freud*, um die Psychoanalyse als einen Stachel im Fleisch der Moderne zu bewahren (siehe dazu Briefwechsel *Freud* mit *Jung*), einen tapferen Individualismus entgegen.

Das oben genannte epochemachende Werk *Freuds*, »Massenpsychologie und Ich-Analyse« (das im übrigen eine Reihe bezeichnender Reaktionen hervorrief, wie z.B. *Elias Canettis* »Masse und Macht« als eine Art biologische Mythologie, von der nicht einmal *Freud* selbst ganz frei blieb), stützt sich auf zwei Beispiele: Dasjenige eines mechanisch gehorchenden, unkritischen Heeres und das einer von ebenso illusionären Heilserwartungen beherrschten Kirche, deren beider Dynamik *Freud* auf Suggestivwirkungen einer mystifizierten Autorität zurückführt. Als vielleicht bedeutsamsten Satz in diesem Werk kann man die Bemerkung ansehen: »Im Seelenleben des einzelnen kommt ganz regelmäßig der andere als Vorbild, als Objekt, als Helfer und Gegner in Betracht und die Individualpsychologie ist daher von Anfang an auch gleichzeitig Sozialpsychologie...«.

Umso erstaunlicher ist daher die Ausblendung dieses Zusammenhangs in der Geschichte der Psychoanalyse bis zu den Anfängen eines psycho- psychoanalytischen öffentlichen, auch öffentlich wahrgenommenen und

schließlich spät akzeptierten Diskurses über gruppenpsychotherapeutische Themen. Möglicherweise verteidigt »Massenpsychologie und Ich-Analyse« trotz des oben zitierten zukunftsweisenden Satzes nach einem Zeitalter, das nach *Helmut Schelskys* »Einsamkeit und Freiheit« (1963) allen Gruppenbezügen des einzelnen in der Geistesgeschichte des 19. Jahrhunderts das Motto der geistigen und daher einsamen Freiheit entgegenhielt, die Individualität gegen Überfremdungen jeder Art. *Le Bon's* »Psychologie der Massen«, auf die sich *Freuds* »Traumdeutung« in der 2. Auflage von 1912 ausdrücklich bezieht, und dessen Betonung der »Kollektivseele« des einzelnen wird so ein letztes Mal individualpsychologisch gewendet.

Als *Günter Ammon* 1965 von seinem 10jährigen Aufenthalt an der Menninger Foundation in Topeka/Kansas nach einem zweiten Studium der Psychiatrie, Psychoanalyse, Gruppendynamik und Ethnologie nach Berlin zurückkehrte, dort im Rahmen der studentischen Beratung der Freien Universität Aufbruch und Elend der Endsechziger Jahre mit ihren Impulsen zu neuen Formen des Zusammenlebens miterlebte, 1969 aus Gründen der fachlichen Entwicklung und den Notwendigkeiten der Zeit die „Deutsche Gruppenpsychotherapeutische Gesellschaft", kurz darauf das »Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik«, sowie als psychoanalytische Fachgesellschaft die »Deutsche Akademie für Psychoanalyse« gründete, kam er seiner selbstgewählten Aufgabe, den Erwartungen seiner amerikanischen Freunde sowie den Erfordernissen der 60er Jahre am Brennpunkt Berlin nach, die Dynamische Psychiatrie nach einer unheilvollen Zeit, an einem geistesgeschichtlich in sich widersprüchlichen Ort, und im weiteren Sinne dort, von wo ihre Impulse mit *Ernst Simmels* psychoanalytischer Klinik, dem »Sanatorium Schloß Tegel« (1927-1931) ausgegangen waren, als die fundamentale Integration von Psychiatrie und Psychoanalyse auf gruppendynamischem Boden, wie es *Paul Schilder* in seinem Werk »Entwurf zu einer Psychiatrie auf psychoanalytischer Grundlage« von 1925 dargelegt hatte, wieder zu begründen.

Es ist eine merkwürdige Tatsache, daß das psychiatrische Krankenhaus Burghölzli in Zürich durch *Carl Gustav Jung* als Oberarzt von *Eugen Bleuler Freuds* Hoffnung auf die Etablierung der Psychoanalyse in der Psychiatrie nährte und in gewisser Weise trotz aller Ambivalenz *Bleulers* und dem schließlichen Abfall *Carl Gustav Jungs*, auch erfüllte. *Bleuler*, dessen Benennung der alten »Vesania« mit dem Namen »Schizophrenie« die Ambivalenz zum zentralen psychopathologischen Datum machte, war Nachfolger *Auguste Forels*, der den Zusammenhang mit der nach *Ellenberger* (1973) ersten magnetisch-hypnotisch-dynamischen Psychiatrie des 19. Jahrhunderts begründete, insofern er den Streit zwischen biologischen Degenerationstheorien und Hypnotismus zugunsten des Hypnotismus und damit in einem grundsätzlichen dynamischen Sinne wissenschaftlich klärte (*Leibbrandt/Wettley* 1961).

1968 hat *Günter Ammon* in seinem programmatischen Einleitungsartikel für die Fachzeitschrift »Dynamische Psychiatrie, Dynamic

Psychiatry« unter dem Titel »Dynamische Psychiatrie« geschrieben: „Die Dynamische Psychiatrie ist eine Psychiatrie, in der die Psychoanalyse als Grundlagenwissenschaft zur vollen Anwendung kommt; somit verstehe ich unter Dynamischer Psychiatrie eine Psychiatrie, die das unbewußte, wie auch das gegenwärtige, vergangene und in Zukunft mögliche soziale Feld des leidenden Menschen miteinschließt. Eine Dynamische Psychiatrie verwaltet den Patienten 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. Aus diesem Verständnis, das auch die konstruktiven, d.h. konfliktfreien, gesunden Aspekte des Patienten – seine Begabungen, Interessen, sowie sozialen und psychischen Möglichkeiten – umfaßt, versucht die Dynamische Psychiatrie ein Behandlungsprogramm aufzubauen.«

In seinen Glückwünschen zur Neubegründung der Zeitschrift »Dynamische Psychiatrie« betonte *Karl Menninger* den therapeutischen Optimismus einer Dynamischen Psychiatrie: »To speak personally, it was this therapeutic hope that engaged my own interest in the field of psychiatry in 1918. The discoveries of *Paul Ehrlich* were paralleled by discoveries of *Sigmund Freud*; they too refrutet the hopelessness and nihilism of late 19th century medicine.«

Rudolf Ekstein betont in seinen Glückwünschen, daß die Zeitschrift »nicht nur eine Brücke zwischen der Psychiatrie und der Psychoanalyse sei, sondern auch die Möglichkeit bieten (solle), einen regen geistigen Austausch zwischen Berufs- und Wissenschaftskollegen in Europa und den USA anzuregen.« Im Sinne dieses Programms baute *Ammon* - um mit *Redl* zu sprechen (siehe dazu den von *Günter Ammon* 1976 herausgegebenen Reader »Analytische Gruppendynamik«), die »zentrale Figur« seiner Gruppe – mit dieser Gruppe die »Tagesklinik für intensive Gruppenpsychotherapie« in Stelzerreuth 1970/71 auf, die eine Erweiterung des ambulanten psychotherapeutischen Angebots auf die therapeutisch tiefer greifende nonverbale Milieutherapie, wie sie bereits in seiner psychoanalytischen Abschlußarbeit in Topeca, »The therapeutic aspects of the milieutherapy«, 1956 entwickelt worden war, ermöglichte. Nach der Eröffnung des Münchner »Lehr- und Forschungsinstitutes« 1972 unterstützte *Ammon* 1975 den Aufbau der Obermenzinger »Klinik für Stationäre Psychotherapie und Psychosomatik«, gründete unter Mitarbeit des Verfassers 1979 die größere »Dynamisch-Psychiatrische Klinik Menterschwaige«, sowie etwas später therapeutische Wohngemeinschaften und schuf damit die als »Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie« institutionalisierte und bekannt gewordene Forschung, Lehre und Praxis, die von vornherein die Entwicklung und Praxis der analytischen Gruppendynamik, Gruppenpsychotherapie und des Konzeptes der analytischen Großgruppenpsychotherapie einbezog.

Ich möchte in dieser Arbeit wenigstens einige Andeutungen der Interdependenz praktisch-wissenschaftlicher – geistiger »Situationen« und

geistiger, wissenschaftlicher, sowie politischer »Ereignisse« machen, die manchmal unvorhersehbar, sozusagen mit einem Schlage, die Gesamtsituation so verändern, daß »das Ereignis (zur) Wahrheit der Situation« wird, während die offizielle Stellungnahme dazu sie im Sinne ihrer Selbsterhaltung unterdrücken und verfälschen muß (s. dazu *Alain Badiou* in dem Kapitel »Sein und Ereignis« bei Slavoj Zizek, 1998). Das Beispiel *Badious* ist die Französische Revolution, die dem Ancien Régime in ihrer Bedeutung nicht bewußt wurde. In der Tat sind solche Ereignisse und die Situation radikal verändernde Sichtweisen des Sinnes eines Ereignisses für gruppendynamische Prozesse und ebenso für die Geschichte ihrer Erforschung und Anwendung kennzeichnend. *Ammon* benutzt in diesem Zusammenhang das Wort »grenzüberschreitend«. Die „Grenzsituation", wie sie *Karl Jaspers* erstmalig 1900 definiert, ist für ihn ein konstitutives Moment des gruppendynamischen Geschehens und der prozeßhaften therapeutischen Veränderung überhaupt, die den gruppendynamischen Prozeß charakterisiert, aber auch ebenso konstitutiv für geistige Umkehr, die an das antike Prinzip einer »Metanoia« erinnert, wie sie seit *Aristoteles* in geistesgeschichtlichen Dimensionen bedeutsam wurde.

Karl Menninger hatte schon früh den Anregungen *Jakob Lewy Morenos*, der auf seinen Wiener Erfahrungen mit dem »Stegreiftheater« von 1922 aufbauend bereits 1936 im Beacon Hill Sanatorium bei New York eine gruppenpsychotherapeutische Klinik eröffnet hatte, durch die Einführung der Gruppenpsychotherapie an der Menninger Foundation entsprochen. Nach *Ammons* persönlichem Bericht wurde der Einführung eine einjährige Selbsterfahrung der Ärzte, Psychologen und Pfleger vorangestellt. Mit dem Namen *Moreno*, der bereits 1931 den Begriff »Gruppenpsychotherapie« geprägt hat, von 1936 an in der Zeitschrift »Sociometric Review«, die interessanterweise 1947 den Namen »Societry« erhielt, veröffentlichte, um dieser Zeitschrift schließlich 1949 den Namen »Group Psychotherapy« zu geben, ist die internationale wissenschaftliche Würde des Gegenstandsbereiches Gruppendynamik und Gruppenpsychotherapie verbunden.

Dazu kommen die Impulse von *Ernst Simmel*, der von 1927 bis 1931 die erste psychoanalytische Klinik im Humboldtschlößchen in Berlin-Tegel, von *Sigmund Freud* unterstützt und beraten, eröffnet hatte, dort *Menninger* empfing und umgekehrt von ihm zu Lehrveranstaltungen nach Topeka eingeladen wurde. *Simmels* »bahnbrechende Idee einer Behandlung im Team« (siehe *Janssen* 1987), die es erlaubt, mit Patienten zu arbeiten, deren acting out jeden Rahmen eines geordneten psychoanalytischen settings und erst recht denjenigen einer psychiatrischen Institution mit ihrer implizit geforderten rationalen Normalität sprengt und auf diese Weise gerade das Problem einer jeden therapeutisch effektiven institutionellen Arbeit sichtbar macht, setzte übereinstimmend mit *Moreno* der *Freud*schen Vorsicht rationalen Deutens „eine Methode (entgegen), welche die Wahrheit der Seele durch Handeln ergründet" (*Moreno* 1959).

Auf diese Weise wurde die noch von *Maxwell Jones* soziologisch definierte »therapeutische Gemeinschaft« später von *Whitley* (zitiert nach *Janssen* 1987) als eine auch zwischen den formalen institutionalisierten therapeutischen Veranstaltungen »fortlaufende Großgruppe« verstanden und so *Patrick de Marés* Mahnung entsprochen (siehe *Lionel Kreeger* 1977), »politische, politisch ökonomische und soziokulturelle Gesichtspunkte zusammenzufügen«. Damit war ein neues Paradigma, wie *de Maré* 1977 in seiner Arbeit »Die Politik großer Gruppen« sagt, ein »Großgruppendenken« verwirklicht. Dieses Denken geht entschieden davon aus, daß der Mensch, sein Schicksal und seine Krankheit nicht ausschließlich individuell entsprechend dem Jahrhunderte gültigen medizinisch-humanistischen Paradigma der Anatomie im Sinne von »De corporis humani fabrica« von 1543 eines *Andreas Vesalius* zu erfassen sei, sondern allein als Ausdruck einer Gruppendynamik, in der der Kranke Ausdrucksträger der gesamten Lebensgruppe und ihrer Dynamik wird.

1998 erschien von *Dieter Sandner* in »Luzifer-Amor. Zeitschrift zur Geschichte der Psychoanalyse« zum Rahmenthema »Geschichte der Gruppenanalyse« eine selbst für informierte Gruppenpsychotherapeuten, die ihre Geschichte bisher mit *Kurt Lewin, Wilfred Bion* und *Sigismund H. Foulkes* hatten beginnen lassen, überraschende Arbeit: »Die Begründung der Gruppenanalyse durch *Trigant Burrow* – eine eigentümliche Amnesie innerhalb der gruppenanalytischen Tradition«. Die historische gruppendynamische Entwicklung eines Großgruppendenkens schien hier in drei grundlegenden Aufsätzen vorweggenommen. 1926 erschien in der Zeitschrift »Imago« »Die Gruppenmethoden in der Psychoanalyse«, 1928 in der »Internationalen Zeitschrift für Psychoanalyse« »Die Laboratoriumsmethode in der Psychoanalyse, ihr Anfang und ihre Entwicklung«, im gleichen Jahr im »British Journal of Medical Psychology« »The basic of group analysis or the reaction of normal and neurotic individuals«.

Burrow verstand nicht anders als die Dynamische Psychiatrie »seelische Störungen... mehr als Ergebnis gesellschaftsweit verbreiteter Wachstumsstörungen...« (hier und im folgenden zitiert nach *Sandner*). Dementsprechend ist »die Gruppe Spiegel sowohl individueller als auch kultureller und sozialer Gegebenheiten«". Die wissenschaftliche »Subjekt-Objekt-Spaltung«, wonach der Analytiker der Beobachter, der Analysand der Beobachtete ist, »muß, weil sie soziale Abwehr- und Ausgrenzungsvorgänge« spiegelt, überwunden werden.

Man ist hier, worauf auch *Thomä* in »Zur Theorie und Praxis von Übertragung und Gegenübertragung im psychoanalytischen Pluralismus« (1999) hinweist, an die für die Psychoanalyse geschichtlich bedeutsame Situation erinnert, in der *Freud,* um das »Verhältnis der analytischen Technik zur analytischen Theorie« (1922) zu klären, einen Preis aussetzte. Der Frage wurde in *Sandor Ferenczis* und *Otto Ranks* Buch »Entwicklungsziele der Psychoanalyse« (1924) entsprochen, in dem dem »auf Einsicht und Aufdeckung von Erinnerungen ausgerichteten ‚Deutungs-

fanatismus'... (das) psychoanalytische Erlebnis gegenübergestellt« und so die »korrektive, emotionale Erfahrung *Franz Alexanders*« und übrigens auch die gruppendynamisch konzipierte »nachholende Ich-Entwicklung« *Ammons*, vorweggenommen wurde. Nach *Thomä*, der sich in Einzelheiten wiederum auf *Michael Schröter* bezieht, führte diese, die psychoanalytische Kontinuität erschütternde, alle Abwehr mobilisierende Entdeckung des »Hier und Jetzt« zu einer perversen Exkommunizierung erst *Otto Ranks* durch *Ferenczi* und dann *Ferenczis* selbst durch die *Freud*ianische Majorität. Das Thema verfiel so für rund ein dreiviertel Jahrhundert der Vergessenheit (siehe *Thomä* 1999).

Im Sinne dieses Gruppenverständnisses verwirft *Burrow* auch die übliche Polarität von Gesund und Krank. Auch für ihn, wie für *Ammon*, führt eine »methodisch adäquate Erfassung des sozialen Sinnes individueller Bewegung... sowie eine gemeinschaftlich-konsensuelle Erarbeitung gesellschaftlich abgewehrter bzw. ausgeblendeter zunächst unbewußter Beziehungsdynamik« zu einer Entwicklung einer neuen psychoanalytischen „Kulturtheorie" und zu einer Neubewertung der Wertfrage überhaupt. Auch bei ihm entsteht das »destruktive Dominanzgebahren« und die moralisierende »Rechthaberei« sekundär aufgrund des Vorherrschens pathologischer Beziehungsmuster in der Gesellschaft. Auch er kennt analog dem »Adgredi« der »konstruktiven Aggression« bei *Ammon* ein Grundbedürfnis des Menschen nach einem Miteinander, das er der Lehre von der fundamentalen Bedeutung des Eigennutzes *John Lockes* und der Lehre des »bellum omnium contra omnes« bei *Hobbes* implizit entgegenhält. Schließlich findet man auch noch die Analogie zwischen *Burrows* »dialektischer Konzeption der Beziehung zwischen einzelnen und der für sie bedeutsamen Gruppe bzw. Gesellschaft« und *Ammons* Identitäts- und Gruppenkonzept. Dabei wird die Gruppe aber nie zu einer Art mythischen Wesens hypostasiert, sondern lebt einzig und allein aus den »Bewegungen« der Individuen, die allenfalls kraft sozialer »images« Kontakt und Gemeinschaft eher abwehren als ausdrücken.

Woher aber die gerade für Psychoanalytiker außerordentlich merkwürdige Amnesie, die eine nicht nur für persönliche Schwierigkeiten, sondern auch für ökonomische und politische Probleme, sowie die gesamte Friedensforschung und Pazifizierungspraxis vielversprechende, auch methodisch befriedigende Forschung einfach verleugnete? *Burrow* selbst machte eine »soziale Empfindlichkeit«, die sich „entschieden gegen die *Freud*sche Laboratoriumsmethode (richtete), (so) daß ihre Erweiterung ... auf den sozialen Organismus prompt unterbunden wurde", verantwortlich. Auch *de Maré* bestätigt, daß die klinische Großgruppe durchaus nicht mit einer freundlichen Reaktion der weiteren Gesellschaft rechnen könne. *Sandner* findet dafür auch die Erklärung und den Beleg, daß *Freud* an der »Überwindung der ‚hordenväterlich' strukturierten eigenen Gruppe« angesichts der Konflikte mit den »drei Söhnen«, *Ferenczi, Rank* und *Abraham* um 1925 nicht interessiert gewesen sei. Gruppendynamisch wird

man ergänzen können, daß auch die übrige Gruppe ein solches Interesse nicht gezeigt hat. Großgruppendynamisch und gesellschaftlich muß darauf hingewiesen werden, daß die Masse, die hierdurch eigentlich erst zu entstehen scheint, nicht an einer Entmythologisierung und Säkularisierung ihrer nach *Bion* »basic assumptions« - des omnipotenten Führers, des fight and flight, des idealen Paares und des ihm entstammenden Messias - interessiert scheint, um gerade ihre »alleinige« »Verantwortung« vor ihrer „Freiheit" zu meiden. Offensichtlich können auf diese Weise Auseinandersetzungen und damit Unterscheidungen zu einem Stillstand gebracht, Trennungen umgangen, und Entwicklungsprozesse arretiert werden, mit allen Konsequenzen der Vermeidung und des Versäumnisses. Auf diesem Hintergrund könnte auch die freudsche »Todestrieblehre«, wie sie in »Jenseits des Lustprinzips« von 1921 entwickelt worden ist, neu verstanden und vielleicht sogar für die weitere psychoanalytische Forschung fruchtbar gemacht werden.

Bereits 1968 hat *Ammon* in seiner Arbeit „Gruppendynamik der Aggression" an der herrschenden, nicht nur psychoanalytischen Lehre eines individualpsychologisch aufgefaßten, letztlich oft unausgesprochen »krimineller Energie« angelasteten Aggressionstriebes kritisiert, daß auf diese Weise vor allem auch die destruktive Aggression »weder als individuelles noch als universales Problem verstanden werden« könne. Er hat damit eine *Adler*sche Tradition der Positivbewertung der Aggression und des »Gemeinschaftsgefühls« aufgegriffen. Denn die »Intentionalität« werde damit übersehen. Erst sie lasse die Aggression als »primär konstruktives Kontaktverhalten in der Gruppe« verstehen. Im Sinne dieses Gedankenganges formulierte er 1979 folgerichtig sein Prinzip der »Sozialenergie«.

In seinem 1981 erschienenen Aufsatz »Identität. Ein Geschehen an der Grenze von Raum und Zeit. Zum Prinzip der Sozialenergie« verankert *Ammon* kulturelle, politische, sozialpsychologische, psychosoziale und klinische Faktoren im Hier und Jetzt eines gruppendynamischen Geschehens, in dem die lebensnotwendige menschliche Begegnung ihren Ort findet. Die sozialenergetischen Austauschprozesse strukturieren in der Gruppe eine »volle, erlebte Zeit«, die wiederum therapeutisch strukturierend die Ich-Entwicklung des einzelnen Gruppenmitglieds zur Folge hat. In diesem Zusammenhang spricht er von einem „sozialenergetischen Feld". Und in Abkehrung von allen bisherigen psychologischen Überlegungen zum Prinzip der psychischen Energie seit dem Mesmerismus bis zum ökonomischen Prinzip *Freud*s, der libido sexualis, formuliert er, daß diese Energie, die den »Ich-Struktur-Aufbau und das Persönlichkeitswachstum bestimmt«, weder eine physikalische noch eine biologische, sondern allein eine »gruppen- und personenabhängige Energie« sein könne. Das bedeutet: »Jede wichtige Begegnung, die den Menschen in seiner zentralen Persönlichkeit erreicht, formt ein Stück weit seine Persönlichkeit, so daß diese aus einer Kette von bedeutsamen Begegnungen und Grenzsituationen« erwächst, sich abgrenzt und individualisiert.

Das Energiekonzept der Dynamischen Psychiatrie ist daher ein ganz und gar gruppendynamisch verstandenes Konzept, das die Auffassung von der Veränderbarkeit des Menschen beinhaltet und einen grundsätzlichen Optimismus therapeutischen Wirkens vertritt. Da die Gruppe als originärer Ort energetischer Prozesse bestimmt wird, verliert der Energiebegriff jegliche ontologische Dimension. Er wird gänzlich erfahrungswissenschaftlich eingeholt. Die kartesianische Spaltung in »res extensa et cogitans« wird damit gegenstandslos. Sowohl der wissenschaftlich so vertrauenswürdige Kausalnexus, wie auch der durchaus weniger veritable Finalnexus verschwinden in der Symbolik und Logik von Sinnzusammenhängen, ohne deshalb aber als Wirkprinzipien in einer anderen »Seinsebene« außer Kraft gesetzt zu sein. Identität und Sozialenergie sind also an die Gruppe gebunden, die die Gegenwärtigkeit jedes einzelnen im »Hier und Jetzt« verankert.

Dieser Dialektik entsprechend fragt *Sandner*, warum *Burrow* einerseits das Ziel der Gruppenanalyse in der »Analyse des Gruppengeschehens« sehe, dann aber untersuche, »welchen Sinn die Bewegungen einzelner« hätten. Er führt dazu aus, daß es *Burrow* darum gehe, jedem »die Möglichkeit zu geben, sich in einem sozialen Rahmen auszudrücken, ohne die Beschränkungen, die sonst von den üblichen sozialen Erwartungen ausgehen«. Denn allein im Rahmen sozialer Erwartungen bewegt sich der Sinn individueller Bewegungen. Freilich ist auch an ein den Gruppenmitgliedern gemeinsames »soziales Erwartungsfeld« zu denken, das ebenso Gegenstand der Analyse wird, weil es die individuellen Möglichkeiten begrenzt.

Wir gelangen damit zum soziologischen Rollenbegriff, der nach *Karlheinz Hillmann* im Wörterbuch der Soziologie (1994) »die Summe der Erwartungen und Ansprüche von Handlungspartnern... umfassender sozialer Beziehungsbereiche oder der gesamten Gesellschaft das Verhalten und das äußere Erscheinungsbild des Inhabers einer sozialen Position bezeichnet.« Weiter heißt es: »Normative Erwartungen sind positionsbezogene Konkretionen ... sozialer Normen, die wiederum in sinnhafter Weise durch soziokulturelle Werte gerechtfertigt werden«.

Im Rahmen seiner Kreativitätsforschung hat *Ammon* 1982 geschrieben: »Der kreative Prozeß ist ohne Grenzen undenkbar«. Unsere Arbeitsgruppe zum Thema Großgruppenprozesse hat sich daher schon früh mit der Entstehung und der Veränderung von Normen im Zusammenhang mit der prozessualen Entwicklung der Gruppe beschäftigt. Die Großgruppe wurde dementsprechend als ein »Kontinuum« verstanden, das eine Struktur bildet, in der der Raum, die Bedeutung, die Zeit, die Information, das Thema, die Identität und ethisch rechtliche Gesichtspunkte sowie das Fest, das der Identität der Gruppe selbst Ausdruck verleiht, gleichermaßen von Bedeutung sind. Weil die Großgruppe die Integration von einzelnen und Untergruppen teils subkultureller, gelegentlich auch nicht sozialer oder gar asozialer Art intendiert und solche informellen Koalitionen im Großgrup-

penprozeß auf eine grundlegende Weise wandelt, erschließt sie der gesamten Gruppe neue schöpferische Potentiale, weil sie grundsätzlich die Freiheit und Würde der Person respektiert. Man denke in diesem Zusammenhang vor allem auch an die gesellschaftliche Untergruppe der Jugendlichen, deren teilweise gesellschaftliche Desintegration in einer zum Teil erheblich defizitären Gesellschaft beinahe schon physiologisch erscheint, deren Kreativität ebenfalls beinahe natürlicherweise auf Ablehnung stößt, in einem zweiten Zuge der Aneignung freilich dann verfälscht und, der umstürzlerischen Substanz beraubt, in der übrigen Gesellschaft als wohlfeile Mode vermarktet wird (siehe dazu *Willi Bucher/ Klaus Pohl* 1986, »Schock und Schöpfung«). Eine zureichende Integration geschieht dagegen durch einen Rechtssetzungsprozeß der Großgruppe nach innen, indem sie z.B. individuelle Interessen als Ausdruck der menschlichen Würde akzeptiert oder Untergruppen in Form von neuen Interessengruppen in ihrem Anspruch auf ein eigenes Leben legitimiert und so ihre eigenen Grenzen im Prozeß einer Differenzierung auch nach außen erweitert.

(Teil II des Aufsatzes erscheint im nächsten Heft unter dem Titel „Austausch und Rollen im Entwicklungsprozeß der Gruppe")

The Social-Energetic Principle of Ammon, Role Differentiation and Processes of Exchange in Clinical Plenary Group Psychotherapy and in other Groups

Part 1: Energetic Process in the Group – Comments on the history of a scientific discourse

Rolf Schmidts (Munich)

Plenary groups are an omnipresent phenomenon: society as a whole is a plenary group including a few of smaller plenary groups i.e. religious communities, political associations, business companies, psychiatric hospitals. A plenary group as such is a place where human relationships are formed, changed and visualized. New perspectives can be articulated through the confrontation with other attitudes. *Ruth Cohn* simply explained: »The plenary group is a place where the ego, the we and the subject are experiencing a dynamical interconnected development. So, the plenary group is the corpus of the unified represented society – or of a part of society. Within that time structure, it characterizes the flow of information between individuals, groups and the complete plenary group. This way a plenary group enables the happening of events which can radically change the experiences of the group members. Also - the mental scientific development bases on dynamic emotional forces and is to be understood as a process of the plenary group. Each participating person has a share - no matter, if they were regarded or not, emphasized or forgotten.«

The first part of this paper tries to qualify the polarity of the individuals and society trying to keep up the tension. This way the opinion - according to *Freud*'s program as defined in »Massenpsychologie und Ich-Analyse«, meaning that individual psychology is social psychology - is fulfilled. The aim is to interconnect the social cultural point of view (*Patrick de Mare*). This also serves to prepare the second part of this paper about the exchange and roles within the process of development in groups - which will be published in the next edition.

So it is visible that the plenary group - with their encounters and discussions is of paradigmatic character for the mental, historical and political process for the complete society. Insofar science and society become aware of these connections, they will uncover the forgotten, repressed and denied uncouncious experiences of their own history . This can be reflected and used for further development.

The resulting consequences for the psychotherapeutic as well as for psychiatric work and for the scientific way of thinking and working as well are represented through some following examples: Not only some kind of interpretation is the deciding dimension of the psychoanalytic treatment - but also the event of the encounter between the analyst and the patient has to be regarded as the actual factor of healing - especially in group situations. This points out to the flow of energy during interpersonal encounters bringing up all the questions about an energetic economy within groups and each other social associations. While in our society does not exist much insight into these connections - archaic tribe societies regarded relationships of man as an exchange of giving presents and fulfilling duties, observed by *Marcel Mauss*, 1923/24, under an ethnological point of view.The discovery that social energy means commonly exchange is of central importance for all areas of life and led *Günter Ammon* to the formulation of the principle of social energy. As long as the exchange in the concerned groups and alliances is staying active, a development for the individuals as well as for the entire society becomes possible. If this is not the case a society will die and the individuals will go other ways. Under the assumption - man is a man's wolf - it is impossible to keep a community together with an absolute monarchist as a quasi guarantee for the flow of energy in society, like in the case of the power theory of *Thomas Hobbes* und *Nicolo´ Machiavelli.*

Even though *Freud* had formulated the beginnings of a development towards another direction of development - neither sociology nor psychoanalysis can actually work with the thought of the plenary group and their energetic exchange. In the years of 1926-28, the work of *Trigant Burrow* reflected for the first time group-dynamic connections in the setting of psychoanalysis even before *Lewin, Bion* and *Foulkes*, the actual founders of group-dynamics. *Burrow* was completly forgotten and first in 1998 remembered in the magazin »Luzifer Amor« by *Dieter Sandner*. The title : »The foundation of the groupanalysis through *Trigant Burrow* - a strange amnesia within groupanalytic tradition« presented some central statements

anticipating some principles of Dynamic Psychiatry developed by *Günter Ammon*. It contained among others the understanding of psychic diseases as a result and reflection of the developmental disturbances all through society. Further it contained the assumption of a human constructive aggression in contrary to the theories of *Thomas Hobbes* and *John Locke* as well as to the conception of the relationships between the individual and the group. So, *Burrow* as an early representative of the plenary group-dynamics has been forgotten because those subjects were not permitted neither by *Freud* himself or his students because of the connected consequences for their own group-dynamics.

To this process of displacement belongs the fact that there cannot be a friendly reaction from society even though the social network with the flow of energy of a dynamic psychiatric clinic can lead an individual to develop identity. It is showing that the term of energy-flow looses any ontological dimension and is only of any value on the experiencing scientific level. Within this social energetic field and its processual development the social roles of the individuals are questioned as well as processes are put into common norms to enable living in communities.

Considered this way - the clinical plenary group is of paradigmatic character for the whole society.

Adresse des Autors:

Dr. med. Rolf Schmidts
Liebigstraße 1
D-80538 München

Multiple Personality and Altered Ego States from a Psychodynamic Viewpoint

Claus Bahne Bahnson (Kiel)*

The author understands multiple personality as a special case of dissociation or altered state of consciousness characterized by a clear-cut separation of different ego states, which cannot co-exist, but replace each other successively. Each of the Multiple Personality states is associated with a main archaic conflictual relationship with a key figure of early childhood. Some of the Multiple Personalities are very primitve and regressive, others are highly developed aspects of the person. The altered states are re-awakened by current life situations evoking feelings that associatively run parallel with the original interpersonal relationships and/or (traumatic) situations. Psychotherapy has to focus on the different ego aspects by establishing therapeutic relations with all available »persons« within the transference, enabling an increasing understanding among the Multiple Personalities of the »other« persons and thus building an awareness of the needs of the »other« representations of the split self.

DSM IV defines Multiple Personality thusly:

A. The presence of two or more distinct identities or personality states (each with its own relatively enduring pattern of perceiving, relating to, and thinking about the environment and self).

B. At least two of these identities or personality states recurrently take control of the person's behavior.

C. Inability to recall important personal information that is too extensive to be explained by ordinary forgetfulness. The parallel DSM IV heading: »Dissociative Identity Disorder« suggests correctly, that we here have to do with a special case of dissociation, or splitting of central ego operations.

Some scientists hold that this category of psychopathology does not exist. However, the observations over more than a century by trained psychologists and psychiatrists suggest, that this is not an iatrogenic hysteric phenomenon, but a difficult to treat regressive dissociative, albeit rare, psychopathologic state.

William James (1898) and *Morton Prince* (1900) described in detail cases of Multiple Personality, *Morton Prince* through an extensive therapy of »Misses Beauchamp«. *Pierre Janet* (1889), as is well known, studied several aspects of dissociation in hysteric, fugue, somnambulistic and Multiple Personality disorders. He felt that fugues and somnambulistic states are limited to single, brief episodes, and do not express complex and stable social behavior, as in Multiple Personality. *Breuer* and *Freud*'s observation about the »condition seconde« in hypnoid states was also adopted by *Charcot* in his studies of Multiple Personality. *Kohut*'s and *Kernberg*'s

* Ph.D., Professor am John-Rittmeister-Institut für Psychoanalyse, Psychotherapie und Psychosomatik e.V., Kiel

** Vortrag gehalten auf dem 12. Weltkongreß der WADP / XXV. Internationalen Symposium der DAP in Berlin, 17.–21. März 1999

(1975) work on the development aspects of internalized objects, of the splitting of »the good and the bad breast« in early development, has helped to re-conceptualize the dynamics of dissociative states, and *Abse's* (1966) extensive conceptualization of Multiple Personality in the orbit of hysteric states balances the placement of this condition within a conceptual space between hysteria and psychosis. *Ellenberger* (1970) and *Lampl-De Groot* (1981) both have presented detailed and dynamically meaningful descriptions of Multiple Personality patients and their treatment processes.

The Multiple Personality patients presents dramatically different personality aspects at different times, and even presented as quite separate »persons«, who most often do not know each other, or have only vague and fragmentary awareness of each other. The level of awareness varies from „person" to „person", some regressive selves know very little, or nothing about the existence of other selves and about their present situation, whereas others have some uneasy and nebulous awareness of „ the others", and again other selves are aware of all manifestations. The different personae represent varying aspects of the dynamic hierarchy, some represent raw drive and emotional states, others represent defense, social adaptation or ego-intellectual interests.

Multiple Personality may be understood as a special case of Borderline States with the special earmark of presenting a clear-cut separation or polarization of different ego-states, preventing a co-existence or fusion of these, and forcing a sequential and isolated presentation of different ego-states to take place. Each aspect of the Multiple Personality may be considered an altered state of consciousness, representing an early intensive relationship with a central parental or family member. The given state can be considered a „footprint" of one of these significant relationships, an internalized role or representation of the individual's position in a past and often traumatic relationship. Not an internalized object, but an internalized response to this past object defines the ego- state, manifested in the present choice of „person".Thus, a given Multiple Personality state reflects a matrix expressing the interlocking of a drive state with a given (unconscious) image of an object, who on a previous (primitive) developmental level played a key role for the negotiation of a predominant need or drive state. Traumatic experiences with early key persons in the life of these patients have been observed by all students of this dissociative condition.

Before psychotherapy, the several different ego-states expressed in the different Multiple Personality states can present themselves only one by one, cannot co-exist in behavior or consciousness, and behave as different persons. Thus the „Dr. Jekyll - Mr. Hyde" sequence, in which one manifestation covers for the other. Altered states of consciousness can be described as a profile on an array of analytic dimensions. In brief, these are as follows: 1) A gradient from unconscious, through pre-conscious to fully conscious experience, implying increasing degrees of inaccessability of early

material from the depth between pre-conscious and unconscious material. The transition from unconscious to conscious levels is gradual, or analog, and not stepwise. 2) A gradient from primary process, making use of visual, auditive, kinetic or other pre-verbal symbols, and with great difficulty with lexical communication; to secondary process, with linear euclidian lexical thinking and communication patterns. 3) A gradient quantifying the degree of intensifying versus loosening of the ego defenses against threatening affects which are interlocked with key fantasies related to early (traumatic) relationships. 4) A gradient of symbolization, going from the archaic, conative, syncretic (*Piaget)*, deductive, and psychosomatic; to the cognitive-lexical, digital, logical, differentiated (*Piaget*), inductive, related to sensory perception and the present environment. 5) A gradient from a hypnagogic, sleepy, drowsy, and passive state; to full and brightly awake awareness of the present circumstances and interactions. 6) A gradient of time and space organisation, stretching from a diffuse, multidimensional organization as characterized in hysterical ecstasy and transcendental states, in which the environment is loosely organized in space and time; to tightly organized „Newtonian" time and space orientation linked to the contemporate environment. 7) A gradient moving from a fusion of libidinal and aggressive destructive impulses, characterizing the earliest childhood, to the later separation and specific assignment of these two drive sources.

A special remark must be made concerning the ego defenses of Multiple Personality. Whereas usual neurotic persons make use of a variety of ego defenses, from primitive ones such as denial or repression to more developed defenses such as neutralization, reaction formation, sublimation or the like, Multiple Personality personify these defenses in the sense, that the change in person is the defense, is the concretization of the defense. The controlled part of the Multiple Personality comes on stage to protect against the material presented by the other part of self. Thus, the more developed self of the Multiple Personality is the enacted version of the defense against material presented by the more regressed part.

Multiple Personality span an impressive range on several of the mentioned (above) gradients, with some of the manifest personalities reflecting early genetic developmental levels, whereas other of the Multiple Personalities represent later, and more mature levels. The Multiple Personality usually is split between primary and secondary process; between symbiosis and highly separated or encapsulated aspects of self; between being low or high on the hypnagogic gradient; split with regard to level of preferred symbolization. Some of the split-off personalities experience serious time- and space-confusion, whereas other personalities are tightly organized and oriented. One or more of the personalities are concrete and primitive, whereas others are differentiated, abstracting and sophisticated. An important feature by Multiple Personality is, that libidinal and aggressive urges are represented by different personae and not present as ambivalent feelings in one of the separate selves.

Obviously, the different personalities represent different developmental levels of the Multiple Personality. The primitive childish, and sometimes psychotic „persons" belong to the earliest pre-verbal, oral and dependent stages of their development. Some manifestations belong to the oedipal phase, others, again, to the latency-years' identification with non-conflictual models and the intellectual orientation achieved then and in the later years.

A double self can be understood as the result of warding off unacceptable and threatening aggressive and libidinal impulses through the special distancing on the part of the adapted conscious self from those unacceptable aspects of self. However, why multiple selves? In the case of the several cases this author has seen, multiple and changing situations in early and middle childhood took place, with changing and often competing relationships to adult caretaking persons. Patients with different caretaking „mothers" and „fathers", often in a chaotic and threatening system, had not only experienced repeated traumatic losses of a safe and significant parent figure, but the different parental figures had demanded radically different behaviors on the part of the patient. The relationship with these different adults, often also involving sexual and personal abuse, promoted an internal gallery of discrepant feelings, self-images, and attitudes, that were incompatible with each other.

In the case of the sexual abuse during early childhood, the overwhelming anxiety and helplessness, that it produced, was frequently defended against by experienced absence of and „blotting out" of the traumatic situation, setting the stage for the later continued dissociation. „ I was not there", said one of the Multiple Personality patients, „so it did not happen". From a family systems dynamic approach, archaic and primitive-aggressive features seem to be of particular importance for the later development of Multiple Personality in the child. Early losses and hardships imposed by parental figures (and the subsequent frequent replacement of them) are experienced as the result of the patient's own aggressive destructiveness. The immediate distancing from these aggressive urges produced the dissociation as a defence. „It was not I". „I was not involved". The conflict with parental figures, the loss of warmth and protection, that follows from conflict, can produce a special kind of projective identification, creating within the self a replica of the person, who was lost due to the own inability to satisfy, or due to the own rage and aggressiveness. This projective identification with the „destroyed" object is clearly visible in most Multiple Personality patients, who punish, cut, or harm themselves in order to find security in the identification with an aggressive or punishing parent of the past.

The unconscious internalization of significant family members leads, in the case of the Multiple Personality patient, to a mirroring, or repetition, of the intense and traumatic situations during childhood, now in the form of acting out of one internalized behavior pattern, e.g. aggression, by one of the Multiple Personality persons against the other or others. Clinically, we have seen that unbridled aggressive events in the early family, in which the

patient had participated or had been an observer, served as markers for a continual repression and the resulting amnesia of material, necessitating a splitting of the self. Murder, home-abortions, bloody aggression and similar situations perceived early in life, at times when the child phenomenologically did not yet separate from the parents, especially the mother, has been present in all of the Multiple Personality the author has seen.

The separate Multiple Personality figures often correspond to the original family figures including persons of the other gender. F.e., the internalized „ father-figure", although hated by the patient, attacks the frightened „mother figure" within, and the patient cuts, harms, or tries to murder herself. The Multiple Personality patient shows a compulsive, albeit unconscious, tendency to repeat the fates of internalized family figures, especially parents, but also siblings, grandparents and other close family members. This is true also for hated and negative significant family members. In this way patients often represent within their own behavior several of the lost family relationships. They, so to say, carry the traumatic family experiences with them in form of their symptoms. That many Multiple Personality patients show an increased concern, anxiety and interest in death and dying is not diffficult to understand. Actually, they experience a kind of partial death every time they „lose time", as they say, because another personae has taken over their consciousness. Time is lost for the dominant personae, during the emergence of one of the other selves. It is understandably of concern, when a patient, to his or her consciousness, wake up in a strange town after a weeks unawareness of what has been going on. An additional reason for the transcendental interest in death is the unresolved extreme aggressiveness of one or more of the primitive selves, that threaten the patient with suicide.

Otto Will has emphasized the importance of secrecy and guilt in Multiple Personality cases. Not only the aggressive act, but the guilt feelings associated with participating or observing the act are active in creating the non-public secret personae. Reports of observing forbidden acts from a hide-out or from a childrens pen are frequent in the therapy of Multiple Personality patients. In contrast to the schizophrenic patient, the Multiple Personality patient has (with parts of his self) been able to develop beyond the pre-oral and symbiotic stage, and has been able to intermittently form somewhat stable object relationships. Some Multiple Personality patients have married and have children, but most frequently the relationships do not hold, because the spouse cannot relate to „the others" when they emerge, and experiences anxiety in the face of the strange „other persons" at their side. Murderous feelings toward their own children, and sexual escapades with other partners make a continued relationship to the steady partner very difficult. Thus we see that Multiple Personality patients frequently have successive partners or a break with their partner.

The psychotherapy of these patients is very demanding on the therapist and must be carried out with extreme caution, because disturbance of the

delicate balance between the Multiple Personalities within may cause a breakdown of the defensive balance exercized by the more developed internal personae. The patients are „transference-ready", and the therapist soon becomes the parental figure - the good or the bad, or both. It seems, that crucial problem situations from childhood, not only are slowly emerging and remembered by these patients, but that the problematic parental situations nearly forcibly are re-introduced in the transference process. The therapist must then deal with the original dilemma as a stand-in for the traumatic parent. Thus, the therapeutic climate is highly intensified and, due to it's fragility, must be negotiated with utter caution.

The primary goal of therapy with these patients is to attempt an integration of the fragmented ego aspects, so as to slowly lift the repression and rejection of some primitive and unacceptable ego parts by the more socialized ego parts. The more adaptive ego parts fear psychosis and turmoil, should the more primitive parts come to surface, and can only in the protective setting of full therapeutic acceptance dare to come „face to face" with those other aspects of self. This can only take place, when the therapist develops a full transference situation with all of the Multiple Personality figures, primitive or more developed. Only through the therapeutic acceptance of the experiences and needs of all participating aspects of the patient's selves can a contact and internal communication under this umbrella become a reality. The therapist's ego must serve as an external aide for the patient's ego to be able to tolerate a confrontation with the previously rejected and unacceptable needs and emotions of the primitive ego parts. In the therapeutic setting, the different Multiple Personality manifestations must, so to say, „get to know each other".

Multiple Persönlichkeit und veränderte Ich-Zustände in psychodynamischer Sicht

Claus Bahne Bahnson (Kiel)

Der Autor versteht die Störung der Multiplen Persönlichkeit gemäß der Definition von DSM-IV, welche in der Multiplen Persönlichkeit als einer »Dissoziativen Identitätsstörung« das Vorhandensein von zwei oder auch mehr abgegrenzten Identitäten oder Persönlichkeitszuständen sieht, von denen jede ein relativ konstantes Muster der Wahrnehmung, Beziehungsaufnahme und des Denkens über die Umwelt und die eigene Person besitzt. Mindestens zwei dieser Identitäten oder Persönlichkeitszustände übernehmen periodisch die Kontrolle über das Verhalten der Person. Ferner ist der Multiple Persönlichkeits-Patient unfähig, wichtige persönliche Informationen zu erinnern, was nicht durch normale Vergeßlichkeit zu erklären ist. Damit ist eine spezielle From der Dissoziation mit dem Ab-

spalten zentraler Ich-Operationen beschrieben. Nach Meinung des Autors ist das Phänomen der Multiplen Persönlichkeit ein schwer zu behandelnder, regressiv-dissoziativer, wenn auch seltener psychopathologischer Zustand und keineswegs nur – wie andere Autoren annehmen – ein nur iatrogenes hysterisches Phänomen.

In einem kleinen geschichtlichen Exkurs zeigt der Autor auf, daß seit dem Ende des letzten Jahrhunderts die Multiple Persönlichkeit beschrieben wird, beginnend mit *William James* (1898) und *Morton Prince* (1900), die detailliert Fälle von multiplen Persönlichkeiten beschrieben haben. *Freud* und *Breuers* Konzept der »condition seconde« in hypnoiden Zuständen wurde von *Charcot* in seinen Studien über die Multiple Persönlichkeit aufgegriffen. Eine Rekonzeptualisierung nahmen in neuerer Zeit *Kohut* und *Kernberg* vor, wenn sie in ihren Arbeiten über Entwicklungsaspekte internalisierter Objekte, dem Spalten der »guten und der bösen Brust« in der frühen Kindheit, die Dynamik dissoziativer Zustände erhellten. Auch *Ellenberger* (1970) und *Lampl-De-Groot* (1981) haben detaillierte und dynamisch bedeutsame Beschreibungen von Multiple Persönlichkeits-Patienten und deren Behandlung geliefert.

Der Multiple Persönlichkeits-Patient zeigt zu verschiedenen Zeiten dramatisch unterschiedliche Persönlichkeitsaspekte, präsentiert ganz verschiedene »Personen«, die zumeist einander nicht kennen oder nur eine vage und fragmentarische Kenntnis voneinander haben, wobei der Kenntnisgrad voneinander bei den einzelnen »Personen« unterschiedlich ist. Die verschiedenen Personen repräsentieren verschiedene Aspekte der dynamischen Hierarchie, etwa bloße Trieb- und emotionale Zustände, Abwehr, soziale Anpassung oder auch intellektuelle Interessen des Ich. Die Multiple Persönlichkeit kann als Spezialfall des Borderline-Status angesehen werden mit einer sehr klaren Trennung oder Polarisierung verschiedener Ich-Zustände, deren Koexistenz und Verschmelzung vermieden werden. Jeder Aspekt der Multiplen Persönlichkeit kann als unterschiedlicher Bewußtseinszustand angesehen werden, der eine frühere intensive Beziehung mit einer zentralen Figur der Familie darstellt.

Der Autor beschreibt diese als »Abdruck« einer internalisierten Rolle oder Repräsentation des Multiple Personality-Patienten, oft aus einer traumatischen Beziehung der Vergangenheit. Dabei beschreibt nicht das internalisierte Objekt, sondern die internalisierte Reaktion auf dieses Objekt den Ich-Zustand.

Der Autor betont, daß bei der Beobachtung und Beschreibung dissoziativer Phänomene sehr häufig traumatische Erfahrungen mit frühen Schlüsselpersonen eine Rolle spielen. Hinsichtlich der Abwehr der multiplen Persönlichkeit betont der Autor, daß Multiple Personality-Patienten die verschiedenen Abwehrmechanismen personifizieren, d.h. der Wechsel der Person ist die Abwehr, ist deren Konkretisierung. Der kontrollierende Teil der Persönlichkeit betritt sozusagen die Bühne, um das gefährliche Material von anderen Teilen der Person zu kontrollieren. Die

Frage nach dem Grund für die Spaltung der Persönlichkeit beantwortet der Autor mit seinen klinischen Erfahrungen.

In vielen Fällen waren die Patienten multiplen, häufig wechselnden Situationen und rivalisierenden Bezugspersonen in der frühen und mittleren Kindheit ausgesetzt. Sie lebten in bedrohlichen Systemen, hatten nicht nur traumatische Verluste erlitten, sondern mußten sich radikal unterschiedlichen Bedingungen anpassen, die teilweise inkompatibel waren. Hinzu kommen sexueller und körperlicher Mißbrauch, der häufig total abgespalten wird. »Ich war nicht dabei, also passierte es auch nicht«, sagte eine Multiple Persönlichkeits-Patientin, oder »Ich war nicht ich«, »ich war nicht beteiligt«. Der Konflikt mit den betreuenden Personen kann zu einer besonderen Art der projektiven Identifikation führen, die verlorene Person wird in der eigenen Person hergestellt und das »zerstörte Objekt« wird sichtbar bei Multiple Persönlichkeits-Patienten, die sich selber schneiden, zerstören, bestrafen, um in dem Akt der Identifizierung mit dem aggressiven oder strafenden Elternteil Sicherheit zu finden. Die unbewußte Internalisierung wichtiger Familienmitglieder führt zu einer Wiederholung traumatischer Kindheitssituationen, zum Ausagieren, etwa in Form von Aggressionen eines Teils der Persönlichkeit gegen die andere.

Multiple Persönlichkeiten (oder Teile ihrer selbst) haben sich im Gegensatz zu schizophren erkrankten Personen über das prä-orale symbiotische Stadium hinaus entwickelt und sind auch teilweise in der Lage, stabile Objektbeziehungen zu bilden. Manche sind verheiratet, haben Kinder, meistens halten die Beziehungen jedoch nicht, weil der Partner nicht mit »den anderen Personen« Kontakt aufnehmen kann, es vielmehr Angst macht, in der Beziehung plötzlich etwas Fremdes neben sich zu erleben. Oft bestehen auch mörderische Gefühle gegen die eigenen Kinder, und sexuelle Eskapaden gefährden die Partnerschaften.

Zum Schluß gibt der Autor einige Hinweise auf die Therapie mit Multiplen Persönlichkeiten, die er als sehr schwierig beschreibt. Der Therapeut muß eine vollständige Übertragungssituation mit allen »Personen« herstellen, den primitiven wie den besser entwickelten und alle Aspekte akzeptieren. Die Probleme der frühen Beziehungen werden schnell in die Übertragungssituation gebracht, und damit befindet sich der Therapeut in dem »Originaldilemma« in der Repräsentierung der traumatisierenden Eltern. Dieses schafft ein sehr intensives therapeutisches Klima, das sehr störbar und fragil ist. Ziel der Therapie ist eine Integration der Fragmente der Persönlichkeit. Es muß ermöglicht werden, daß die verschiedenen Manifestationen »einander kennenlernen«.

Literatur beim Verfasser

Adresse des Verfassers:
Prof. Dr. Claus Bahne Bahnson
John Rittmeister-Institut für Psychoanalyse, Psychotherapie und Psychosomatik e.V.
Roonstraße 3
D-24105 Kiel

The Schizophrenic Component of Borderline Disorders; Diagnosis and Treatment**

Mauricio Knobel (Campinas, Brazil)*

Borderline disorder is still a questionable diagnostic category even though it is clinically recognised by many researches and clinicians. It is generally considered a nosologic entity on its own. In our clinical practice, following criteria of »Dynamic Psychiatry«, we found fundaments to consider that on the basic structure of such disorders, it is possible to detect a schizophrenic component. This component is linked to the splitting deficit of the persistent »symbiotic Complex« and its recognition is extremely useful for treatment purposes. Examples of diagnostic considerations are pointed out, as well as the usefulness of these ideas for a true dynamic treatment of such complicated and difficult cases.

The diagnosis of »Borderline Disorders« is nowadays pervading nosographic classifications, and even more than that, dimming nosologic concepts. The first question that came to my mind was what happened with the diagnostic of »Psychopathy« or »Psychopathic Personality«, so much used in classic phenomenological psychiatry, and now practically vanished from textbooks and from the great majority of papers on diagnosis and treatment of psychiatric disorders.

Nevertheless, in many »classic« psychiatric books, references to *Kraepelin, Bleuler,* and *Kurt Schneider* can still be found, and from which we still can learn a great deal. Circimstantial developmental »stops« would explain reversible psychopathological entities (a statement which can be – and still is – used by the most modern psychopathologists) while irreversible developemental stops serves to qualify early demential cases, ologophrenias and severe cerebral abnormalities in children.

Psychopathy Psychopathic Personalities, Psychopathic States were carefully described by some Argentine authors which are worthwhile to read and to remember (*Paz,* 1966, 1971; *Zac* 1973). To my understanding the basic and fundamental book on this subject is the one written by *Kurt Schneider,* which can be considered as a classic on this subject (*Schneider,* 1962).

Psychoanalytic studies show that the psychopath has thinking difficulties and usually uses a language of action. He (she) presents a versatile and impulsive behavior, lack of capacity to postpone gratification without any consideration for other persons and/or objects. The impulsivity is egosyntonic, not showing any kind of guilt feelings (at least consciously), lack of insight, irresponsible in relation to his (her) actions, can not tolerate

* Professor of Clinical Psychiatry, »Emeritus Professor«, School of Medicine, State University of Campinas (UNICAMP), Campinas, Sao Paulo, Brazil

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

boredom – which frequently takes over his »feelings« – and his sexual life is in general trivial, superficial, impersonal and frequently promiscuous. In general those patients appear as kind, sympathetic and intelligent (*Paz* 1966).

As we understand this type of pathology, we also see an impulse to act-out some repressed feelings of hostility which may lead towards very aggressive acting's, performed consciously and explained as a defense of hidden persecutory sentiments, that stem from childhood, where it is not infrequent to find a despotic, authoritarian father, a very passive mother and lack of behavioral limits, which became very confusing for expecting a normal developement.

Now, we are able to see people who are confusingly psychotic who shift, at times, very quickly to some neurotic traits and even to an apparent »normal« behavior. But this happens in a sort of continuous modalities without crystallizing in one of the well known, clear cut psychopathological descriptions of our text books.

Ordinarily, in thinking of the circumstances leading to the emergence of psychosis, an image of mounting anxiety and progressively more disabling symptomatology comes to mind. However, all combinations or permutations of symptomatology are seen in clinical experience. Thus, one encounters individuals with neurotic symptoms who are somehow unable to work or relate effectively and whose over-all life patterns are very disrupted. At the other hand of the continuum, one not infrequently sees overtly psychotic individuals with delusions, hallucinations, or disorganized symptomatic patterns and profound periods of anxiety who are, nevertheless, highly successful and creative people (*Miller,* 1967). The level and quality of anxiety follows practically, in intensity and quality, those behavioral unstable behavior patterns.

Now we are getting into the so called Borderline patients, and we can also see that the difference with the classic »psychopath« is not an easy one.

Nevertheless, some differences can be pointed out. The »borderline« patient, can, in well structured situations, adapt in superficial and precarious modalities, when dealing with normal and obvious situations. But, when not clear cut normality, or not very well structured situations appear, all apparent »normality« disappears and psychotic anxiety becomes massively present. The patient presents then, hysteric, phobic, obsessive, hypochondriac manifestations, masking the deeper psychotic pathology. Sexual life is poor and maladapted, and related fantasies are of sadistic or strange configurations. The primary process invades the secondary one and confusion between past and present may lead to undiscriminated aggressive behavior. In the history of these kind of patients it is possible to register the presence of one or both parents with covered psychotic symptomatology, lack of affective manifestations and many times a very superficial marital relationship, where the children are treated more as conventional objects than as loving family partners (*Paz* 1966, 1971; *Zac* 1973).

As *Miller* points out, these types of patients suffer from pseudoneurotic mental disorders. This has been an appealing concept to many clinicians, since, among other things, it explained why some apparently neurotic patients proved to be quite refractory to the kind of psychological therapies that ordinarily were useful in treating neurotic patients. This author has described the special diagnostic problems posed for the family physician by these patients who present fluctuating psychological pictures, pointing out the tendency of doctors to misinterpret bizarre somatic complaints that have emerged in the face of life stress and thus reflect organismic rather than organ disorder (*Miller* 1967).

There is always a changeable utilization of diverse behavioral structures, without estabilizing in none of them which obliges, at times, to make a diagnosis by exclusion of well structured pathologies. Sometimes the confusion is really great and many authors think that they are facing true new pathologies. I was able to read »descriptions« of: incipient schizophrenia; ambulatory schizophrenia; pseudo schizophrenic syndrome; schizoaffective schizophrenia; latent schizophrenia; pseudoneurotic schiziophrenia; schizophrenic reaction; chronic undifferentiated schizophrenia; pseudopsychopathic syndrome; severe personality disorder; as well as severe hysteria, or phobia, or hypochondriac with psychotic traits, and so on.

What strikes me more, and probably is the motive of this presentation, is the variety of relationships with schizophrenia, coming up from many sources and also well known scholars. This makes me reviewing my own experience and resort to some other descriptions and theoretical considerations.

Since 1966 *Otto Kernberg* became, up till now, a paramount reference in regard to the borderline pathology, as well as its psychoanalytic treatment. Since his vast writings on the subject is world wide well known I shall not indulge in quoting him in this paper. Nevertheless I consider it necessary to point out, that this author relates the »borderline problem« to narcissism and to narcissistic personality (*Kernberg* 1966, 1967, 1974):

We can see, in current literature, that many times, narcissistic personalities, are strongly linked to psychopathy, borderline, schizophrenia and autistic syndromes. At this point I consider it necessary to justify the title of this presentation, in which I shall try to show the schizophrenic components of borderline disorders. I do consider that borderline disorders are strongly related to a more primitive narcissistic personality, but nevertheless, for treatment purposes – as well as for practical diagnostic utilitarian aims – it is convenient and necessary to consider that, among other psychopathologies, Borderline pathology must be considered as a nosological entity, in spite of recognizing its variable and at times confusing symptomatology.

Rosenfeld believes that much confusion would be avoided if we were to recognize that the many clinically observable conditions which resemble

Freud's description of primary narcissism are in fact primitive object relationships (*Rosenfeld* 1965).

In narcissistic object relations omnipotence plays a prominent part. The object, usually a part-object (probably the mothers breast) may be omnipotently incorporated, which implies that it is treated as the infant's possession. It is being used as a container into which is omnipotently projected the part of the self which is felt to be undesirable as it causes pain and/or anxiety.

Identification is an important factor in narcissistic object relations. It may take place by introjection or by projection, which usually takes place simultaneously. This relationship implies that any disturbing feeling or sensation can immediately be evacuated into the object without any concern for it, the object being generally devaluated. In severe narcissistic disturbances we can invariably see the maintenance of a rigid defense against any awareness of psychic reality, since any anxiety which is aroused by conflicts between parts of the self or between self and reality is immediately evacuated. The anxiety which is thus defended against is mainly of a paranoiac nature, since narcissistic object relationships date from earliest infancy when anxiety is predominantly paranoid. *Ferreira* follows more or less the same ideas when so accurately he describes the borderline personality and its dynamic treatment. I myself indulged in more detailed features when writing about the »the schizophrenic model of relationship in the neurotic patient« (*Ferreira* 1990; *Knobel* 1993; *Rosenfeld* 1965).

To my understanding, if we really want to consider the »Borderline« patient, we probably should discriminate among Borderline Personality, Borderline State and Borderline Syndrome. Eventhough I shall not get into these symptomatic groups and, as many authors do, remain only with the Borderline Syndrome, as *Ammon* prefers. »The Borderline Syndrome is, according to my understanding, an independent disease with a specific personality structure, in which specifically the symptomatologic multitude has to be understood as a particular feature of the structure. The symptoms can alternate without transition between psychic and somatic symptoms, behaviour and communication disorders, which renders the Borderline image but little evidence at first sight, and later on he states: »these disintegrated and iridescent features in their often contradictory multiplicity belong to the nature of the Borderline syndrome« (*Ammon* 1989).

We can see that clinicians, who do study and treat their patients, come to a more or less agreement. It is not a problem of one theoretical approach, but it is a clinical comprehension and some conclusive obervations. Thus, we must also agreee with *Ammon,* even today, that »the problem of diagnostic classification, registration and differentiation has not been solved in the literature up to today« (*Ammon* 1989). In the first part of this presentation I tried to show this kind of appreciation, eventhough I want to stress again, that we still shall wonder about the abandonment of the concept of »psychopathy« and the emphasizing of the »Borderline Syndrome« and do

like to underline my wondering, because it is my belief, that when we have so many and so apparently different symptomatologies, there must be something hidden, which waits for being discovered.

From the point of view of Dynamic Psychiatry, I shall say that as already pointed out, we can see a basic splitting of central ego-structures with a corresponding splitting or even fragmentation of ego-functions, if we try to follow *Ammon's* concepts of »Dynamic Psychiatry« well defined in his concepts of »Human Structurology« (*Ammon* 1991, 1993, 1994).

I also see the very complex dynamics of a »Symbiotic Complex« enduring and permeating all life of these patients, who apparently in their alternate, surprising and bizarre behavior dance along their human relationships without being able to configurate a relatively stable link with other persons. They must deprive themselves from the joy of friendship, love, creativeness and happiness. Like some »schizophrenics« they indulge in an empty loneliness disguised under the many faces of the different psychopathologic entities they are compelled to show in a true demonstration of »acting-out«, which when revealed to them leads them to a more or less severe depression or true schizophrenic, or perhaps it would be better to say, true schizoid behavioral pattern.

Ammon gives us a tremendous insight of this pathology and its treatment when he states; »All Borderline disorders are disorders of identity and integration. All such disorders are conditioned social-energetically and concern the demarcation ability of the Borderline patient. Fundamental is an impossible regulation of the ego-demarcation to the own world of nonconscious fantasies. He is not in a position to demarcate flexibility from others, groups and requirements, with other groups and requirements, which should result in cooperation with other persons« (*Ammon* 1989).

The following is a basic concept which I do share because it shows the severity of the borderline pathology as well as it gives us some valuable directions in regard to therapy: »All Borderline patients suffer from the symbiosis complex which means that they repeatedly set up symbiotic partner relations, in which they permanently fail; but on the other hand, they are unable to live without symbiosis. Here we must perform a substantial work during treatment...« (*Ammon* 1989).

With the above statements and quotations, eventhough limited to a lecture presentation and for this reason – as well as for the wealth of literature on this subject – it was necessary to omit mentioning important authors and the most diverse and interesting questions and considerations, I do consider that I am able to sustain that there is many and substantial material for sustaining that in the Borderline Disorder there are important schizophrenic features, which I include in the formulation of »the schizophrenic component of the Borderline Syndrome«.

In a synthetic way I affirm that this syndrome, polifacetic as it is, is based on a narcissistic ego structure, sharing features with other narcissistic pathologies, eventhough, at the same time differentiating itself as a true

nosologic entity, with a wide variety of symptoms, and having its dynamic core in a strong »Symbiotic Complex« with a deficit in the central ego-structure and in all ego-functions, hindering positive group relations and, in consequence, having poor possibilities for developing and profit from a valuable »social energy«.

In regard to treatment we must remember many of the above mentioned features, since, according to the way the patient presents himself in our first encounters we should be able to understand his not unusual theatrical and circumstantial performances in order to be able to establish, from the very beginning a »therapeutic alliance«. It is necessary to point out that with these patients, transference is strong but frail, unreliable and so fragile that any intrusion can be understood in a paranoid level or in a rejecting mood, pushing the patient in a depressive bereavement feeling (based on sad experiences of very early abandonment circumstances).

Knight gives us some hints to assist us in careful registration of some manifestations which can lead us towards a more accurate diagnosis. During the interviews it is important to pay attention to occasional thought obstruction, peculiarities in the use of words, forgetting obvious implications, inappropriate emotional changes, facility to interpret in a paranoid manner some questions or comments. In a more subtle way it is possible to observe vacilant attitudes, suspicious observations made »humorously« by the patient, asking for being excused for something very uneventful word or phrases, trying to be witty, and showing, in a very transitory way a great interest in the interview which can be accompanied by total indifference or plain rejection (*Knight* 1960). In my experience all of the above situtations happen frequently, but the most striking feature is an overall aloofness, expression of boredom and the questioning for the need of the consultation, when not an unbearable silence with hostile looks taking place.

Ammon recommends a »therapeutic milieu«, group therapy, and what I myself call an empathic relationship. If the therapist has negative counter-transferencial feelings it is better to leave the patient with another therapist. I do not know if *Ammon* would agree with what I said, but I strongly support the idea that without training, self knowledge of the therapist personality as well as a firm capacity to be empathic with our patients, there are no therapeutic possibilities (*Knobel* 1990).

Eventhough our approach is in the field of »Dynamic Psychiatry«, we can not forget that most of the authors working with that frame of reference recognize the possibility of genetic components in practically all psychiatric disturbances, genetic research in this hereby studied psychopathology shows that for the time being we have no conclusions and research itself is still rather poor. Nevertheless, this is an area that should not be neglected, and we must look forward for some more stimulating investigations.

Since we think that integrative approaches shall render better therapeutic results, we also shall not avoid to consider psychopharmacology as a

potentially strong contribution to treatment. From my considerations on the schizophrenic components of the borderline syndrome I did, occasionally, use some antipsychotic drugs, which are supported by a vast clinical and research literature.

Thus, I have experienced using Olanzapine, Risperidone, Clozapine and also some benzodiazepines. My experience is with very few patients and no statistically valid conclusions can be made. The results were poor and I am in the position to only assume that I am open to try what other researchers, even from other lines of thought, consider could be useful. I can certainly agree that drugs will not alter ingrained character traits, but they may produce modest benefits, with the occassional striking result and be more effective if combined with psychotherapy, specially group therapy and other psychotherapeutic tools. We must also recognize that drug therapy is fraught with problems. Side-effects may be grossly exaggerated in order to avoid treatment and some patients may be actively anti-medication.

Following this line of thought I consider it necessary to mention that we are in a new diagnostic phase with the most actual procedures of functional brain imaging. Eventhough neuro imaging procedure seems to render some evidence of organic signs in schizophrenia, results are still not very conclusive, even showing that a new diagnostic possibility is being open.

Of course that does not mean that the core of psychopathology is clearly organic. We still can question if the results of such studies show only the biological outcome of a psychodynamic problem (like we do in many psychosomatic diseases) or we are starting to find out a – for the time being – clear cut organic explanation for such pathologies.

Considering all that was pointed out in regards to the Borderline Syndrome, nowadays we must accept that there is also a body compromise very apparent in human relations, and thus, milieu therapy, dance therapy, psychodrama are now of paramount importance if accompanied by individual and group therapy.

Examples of some Clinical Cases

Rudolf is young man, 25 years old, who came to consultation because the insistence of his mother, to whom he admits is very strongly attached (the symbiotic complex appears here from the very beginning). He smiles, shakes hand in a friendly manner, and immediately says that he himself sees no need for coming to a »psychiatrist«. Later on he admits that he is studying, but without knowing what for, and of course having tremendous difficulties which he considers unnessary (denial). He accepts to try a psychotherapeutic experience with me and makes clear that he shall not pay, since his father owns a factory and they (the parents) wants this treatment (strong dependence, blumpty admitted).

I must point out that this experience, as well as the following, occurs in my private consultation office.

It was settled that he would come three times a week. Because of the economic agreement I requested an interview with the parents, to which only the father came. He is a cold, distant man, being apparently afraid his son could be a drug addict. He practically does not have any kind of relationship with his wife who does not have questions about this type of settlement. He says he has no time, and when necessary I could call him (distant and cold parents, aggressive and tremendously rejecting).

Sessions were relatively amusing because of his superficial and inappropriate hostile remarks, mixed with moments of comments about his friends, which soon disappeared since he really had no friends (solitary and superficial way of living). He had no sexual interests and relates that he masturbates once in a while (inadequate personal relations in general).

Therapy became boring, he started to loose sessions, justifying in a very infantile way that he was »busy«. Nevertheless I was able to get along with his style of communication. I recommended group therapy and he became really angry. Later on he accepted if the therapist will not ask him any question.

He is still in treatment and eventhough there are not great progresses, he told me he started to talk with some very few dance companions. Parents remain aloof and do not interfere. As far as I see this case (I am omitting the content of our sessions) he has some probabilities to improve to a certain degree and to start, at least, relating to others and then, make use of »social energy« which I see is starting to appear.

Peter, 35 years old, is very aggressive with his wife and little children. Aggression is verbal, shouting and cursing, menacing with physical destruction of his family and home. Again here the mother and a colleague had practically brought him to treatment. He surprised me when he came into my office for the first time admitting he was sick and needed help. He complained of his incapacity to concentrate and perform his work. He said his wife is a nice person but unable to understand him (projective identification was present practically all the time).

My holding and empathic capacity was constantly tested. A couple of months later he became tremendously aggressive and accepted hospitalization. He remained in a psychiatric clinic for one month where I continued seeing him while the doctors at the clinic gave him some »slight« medication, which apparently calmed him down and allowed him to sleep. I took advantage of the hospitalization to recommend group therapy with one of the clinic's physicians, and he apparently improved and went back to my office. Our dialogue was full of evitations, denials, complains against his family, specially his mother, who was paying his treatment. He became submissive and extremely grateful for my way of assist and aid. Fluctuations of humor, behavior, verbal expressions were excessively and gradually more and more frequent. One day he decided to stop treatment and his mother and wife (a real second mother figure) were desperate. Some colleagues tried to convince him he should go back to treatment. This,

among other facts, like his mother's continuous pushing him towards me, precipiated a paranoic crisis. He abruptly came into my office – after combining an hour and a day for consultation – and started to shout and to accuse me of betraying him and being allied to his family and »supposed« friends.

I later on was informed about several hospitalizations in psychiatric clinics without improvement.

Die schizophrene Komponente des Borderline-Syndroms

Mauricio Knobel (Campinas)

Die zunehmende Ausbreitung der Diagnose Borderline-Störung hat mittlerweile zur Verschleierung von Krankheitskonzepten geführt. Borderline-Patienten rufen heutzutage eine Menge unterschiedlicher Diagnosen hervor; die Vielzahl der Begriffsverbindungen mit Schizophrenie überrascht dabei. Daher soll hier die schizophrene Komponent der Borderline-Störung gezeigt werden.

Die Ausgangsfrage lautet: Wenn wir so viele und so offenbar unterschiedliche Symptomatologien unter dem Label Borderline-Syndrom haben, muß noch etwas verborgen sein, was auf Entdeckung wartet. In der Borderline-Störung gibt es wichtige schizophrene Elemente, die einbezogen werden sollten als »die schizophrene Komponente des Borderline-Syndroms«. Dieses Syndrom beruht auf einer narzißtischen Ichstruktur, hat Anteile mit anderen narzißtischen Pathologien gemeinsam, hebt sich aber gleichzeitig als echte nosologische Einheit ab. Es bestitzt eine weite Streubreite von Symptomen und hat seinen dnamischen Kern in einem starken Symbiosekomplex, mit einem Defizit im Zentralen Ich, durch das es zur Verhinderung positiver Gruppenbeziehungen kommt und als dessen Folge der Mensch eine starke Einschränkung seines konstruktiven sozialenergetischen Austausches hinnehmen muß.

Für die Behandlung ist es besonders wichtig, von Anfang an ein therapeutisches Bündnis zu etablieren. Hierzu sollte man die häufig theatralischen und umständlichen Darstellungen des Patienten verstehen. Das die Übertragung dieser Patienten zwar stark, aber völlig fragil ist, kann jede Störung als Zurückweisung aufgefaßt werden, die den Patienten in tiefe Verlassenheit stürzt.

Wie schon von *Ammon* herausgestellt, ist für die Behandlung ein therapeutisches Milieu, Gruppentherapie und eine empathische therapeutische Beziehung notwendig. Bei negativen Übertragungsgefühlen sollte der Therapeut den Patienten lieber zu einem anderen Therapeuten gehen lassen. Ohne Übung, gute Kenntnis des Therapeuten von seiner eigenen Persönlichkeit und Empathie, ist eine Therapie nicht erfolgversprechend.

Die meisten Forscher rechnen bei diesen Störungen mit genetischen Anteilen. Es liegen zwar noch keine Ergebnisse der eher spärlichen Forschungen vor, sie sollten aber gezielter fortgesetzt werden. Desgleichen sind die neuen diagnostischen Möglichkeiten der Hirnforschung zu beachten. Psychopharmaka sollten einbezogen werden, insbesondere in Kombination mit psychotherapeutischen Verfahren. Besonders wichtig sind aber die nonverbalen Therapiemethoden wie Milieutherapie, Tanztherapie und Psychodrama, kombiniert mit Einzel- und Gruppenpsychotherapie.

Mit zwei Fallvignetten wird deutlich gemacht, daß die Behandlung von Borderline-Patienten zwar gerade am Beginn heikel ist, daß sie aber auch erfolgreich sein kann.

References

Ammon, G. (1989): Structural and dynamic conception of the borderline syndrome. Lecture given at the International Symposium on Psychotherapy at the University of Gdansk (March).
– (1991): Dynamic structural psychiatry today. In: Dyn. Psych. (24), 21–33
– (1993): Dynamic psychiatry and human structurology. In: Dyn. Psych. (26), 279–287
– (1994). Man as a multidimensional being in health and illness. In: Dyn. Psych. (27), 307–314
Ferreira, G. (1990): Borderline syndrome and disability. In: Dyn. Psych. (23), 14–24
Kernberg, O. (1966): Structural derivatives of object relationship. Int. J. Psychoanal. (47), 236–253
– (1967): Borderline personality organization: J. Amer. Psychoanal. Assoc. (15); 641–685
– (1974): Contrasting viewpoints regarding the nature and psychoanalytic treatment of narcissistic personalities. J. Amer. Psychoanalytic Assoc. (22), 255–267
Knight, R. P. (1960): »Psiquiatria Psicoanalítica Psicoterapia y Psicología medica« (Buenos Aires: Hormé Ed.)
Knobel, M. (1990): Significance and importance of the psychotherapist's personality and experience. Psychother. Psychosom. (53), 58–63
– (1993): The schizophrenic model of relationships in the neurotic patient. In: Dyn. Psych. (26), 23–29
Miller, M.H. (1967): »Neurosis, Psychosis and the Borderline States«. Chapt. 14.2 in »Comprehensive Textbook of Psychiatry«; *A.M. Freedman* and *H.I. Kaplan* (Eds.) (The Williams and Wilkins Co.: Baltimore)
Paz, C.A. (1966): »Psicopatías y Fronterizos« in »Psicoanálisis de la Manía y la Psicopatía. *A. Rascovsky y D. Lieberman* (Eds.) (Paidos: Buenos Aires)
– (1971): »Psicopatología – Sus Fundamentos Dinámicos« (Galerna: Buenos Aires)
Rosenfeld, H.A. (1965): »Psychotic States – A Psychoanalytical Approach«, (Internat. Univ. Press: New York)
Schneider, K. (1962): »Las Personalidades Psicopáticas« (Cientt. Médica: Barcelona)
Zac, J. (1973): »Psicopatía (Kargieman: Buenos Aires)

Address of the author:

Mauricio Knobel, Prof. M.D.
School of Medicine, Dept. of Clinical Psychiatry
State University of Campinas
Campinas
Brasil

Informed Consent of the Mentally Ill Patient**

Amnon Carmi (Haifa, Israel)*

The author describes in his paper the various forms of informed consent of mentally ill patients. As a rule the patient must give his consent in medical treatment. If he is not able to do so, the court pronounces a guardian, who has to take care of all concerns of the patient. Yet the person, who is mentally deficient, is not denied his right to refuse treatment. Every case should be examined in the light of it's special circumstances. The author discusses cases of minor hospitalitation and treatment of mentally ill defents in criminal cases. Application of any means of compulsion is permissable only in emergency (danger of injury of self or others) and if the force used is legalized by court.

General

The patient's consent to be treated medically should be given by a person who is legally fit to consent. As a rule every adult is legally fit to opt for medical treatment unless a court order has disqualified him by reason of insanity or mental deficiency.

As for the latter, be he child, teenager or adult, whether his mental capacity diminishes only temporarily or during a long period of time, he is deprived of his right to choose to be treated by the doctor. Medical directives given to drunkards, drug addicts, hallucination victims, or to any other persons whose mental faculties are clouded can provide no defence for medical treatment, since consent extracted from such patients is void. In respect of minors the authority for valid consent to treatment is normally vested in their parents, who are their natural guardians, whereas for adult patients who are legally incapacitated, consent must be authorised by guardians appointed by order of the lawcourt. Where a patient is disabled from opting for or against treatment by reason of a psychic condition, mental deficiency or the temporary effect of illness or medication, application should be made to such an authoritative body as the law-court or welfare service in order that legal steps my be taken for the appointment of a guardian.

The Mental Patient

There can be no comprehensive or specific definition of a mental patient or of his affliction, for two reasons. Research into the various types of mental disease has not yet reached its final stage; secondly, there is a laxity of legis-

* Professor, President of the Society for Medicine and Law in Israel, President of the World Association of Medical Law, President of the Israelian Branch of the WADP

** Paper presented at the 12th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry (WADP) / 25th Internat. Symposium for the German Academy of Psychoanalysis (DAP), March 17-21, 1999 at the Humboldt-Universität Berlin

lation where the recognition of recent scientific and medical development is concerned. A judge who is expected to deliver a verdict on a persons's mental incapacity is faced with the double problem of the exact definition of his illness and the choice of the relevant law which applies to his condition. It has often happened that a judge has been obliged to find that a person is competent to stand trial although a medical expert has termed him mentally deficient, in view of the fact that the doctor's diagnosis is at odds with the legal definition.

The mentally deficient, therefore by legal definition, must be those whom the courts of law have defined as such on the strength of medical proofs submitted to the judges in accordance with specific legal rules. Mental illness benumbs the senses and damages human volition so greatly that the sufferer is deprived of a healthy person's capacity for making decisions or consenting to medical treatment. However, in view of the many different manifestations of mental deficiency, different stages of informed consent should be acknowledged. The expert's decision should be determined by two considerations, the exact natur of the patient's illness and the quality of the treatment for which consent is required.

The patient's consent to medical treatment will become more and more legally dispensable as his mental capacity increases, by appointing a guardian who may substitute his consent for that of the patient whom he represents. The doctor's decision must be guided by the medico-legal factor.

Guardianship
The Incompetent

Every human being is entitled to privileges and subject to liabilities. Everyone is subject to legal action unless he has been deprived of his entitlement, or it has been modified by law or court order.

A person who is termed incompetent is one whose insanity or mental deficiency deprives him of the ability to control his own interests. Upon due presentation of a plea to a court of law it may pronounce a person legally exempt after his heraring. As has been stated, legal action by the incompetent requires the consent of their representatives. It should be assumed that such legal action should include the incompetent's consent to medical treatment at least in certain cirumstances and in regard to specified subjects. Consent may be given in advance or retroactively. A court of law is authorised to appoint guardians for the incompetent. Their guardians must supply all their needs. His duties will oblige every guardian to act in the best interests of his ward as any devoted person would serve a cause to which he is dedicated. Concern for the reaquirements of the incompetent includes providing them with whatever medical care is needed, which means that guardians are authorised to give their consent to such medical treatment as may be nesessary.

Consent by the Mentally Deficient

Not every example of disturbed judgment or unbalanced thinking cancels a person's mental capacity, or responsibility for his actions. There are various criteria for examining and determing the fitness of the mentally deficient such as their ability to assess the relevant facts, to make use of information received or to appreciate the nature or quality of a given situation.

On many occasions, the doctor is authorised to ask for no more than the mental patient's own consent to medical treatment, provided, first and foremost, that the patient has not been declared legally incompetent, his treatment is necessary and the consenting patient is mentally capaple of giving his consent. However, there are some decisions for which the patient's consent is adequate, even if he has been declared legally incompetent and is hospitalised.

Refusal by the Mentally Deficient

As a rule, a patient shall not be deprived of even one of his rights, nor should any of his privileges be conditioned in any way except by the dictates of some law or other.

A person who is mentally deficient, as a human being and as a patient, is not denied his right to refuse treatment because of his mental illness. Every case must be examined in the light of its circumstances and every patients's decision must be examined in the light of his illness, his condition and fitness at a relevant time.

To a certain extent compulsory psychiatric treatment will be inevitable in the future as in the past, but its legitimacy demands careful, controlled application.

A Patient's Consent to Voluntary Hospitalisation

In general a patient who opts for hsopitalisation will be given no type of treatment to whcih he does not agree, except in cases of emergency.

A Minor's Hospitalisation by Consent of his Guardian

A person who is in charge of a ward, henceforwarrd termed »guardian«, is entitled to request the minor's hospitalisation, to agree to the internment of his ward and assent to his medical treatment.

A Minor's Consent to Hospitalisation

A minor who has reached the age of fifteen is entitled to opt for hospitalisation and consent provided that his guardian has also consented. If the minor refuses said consent, the minor shall not be interned except by court order. In this event, the judge will accept the minor's plea only if he is convinced that the minor needs to undergo examination or be treated at a hospital after the opinion of the district psychiatrist has been submitted to the court and a doctor who is an expert on child and youth psychiatry has examined the minor and presented his diagnosis.

The Hospitalisation of a Minor Without his Consent

A minor aged fifteen or above who does not consent to be hospitalised in spite of his guardian's express wish, will not be hospitalised except by order of the court. The judge may order a minor to be hospitalised for mental treatment upon the recommendation of a district psychiatrist supported by the diagnosis of an expert on child and youth psychiatry after examination provided that he has reached any of the following conclusions.

1) The youngster is mentally ill. Consequently his powers of judgment and ability to assesss realities are impaired to such an extent that he is liable to commit bodily injury on himself or some other person in the very near future and has refused psychiatric examination.
2) The minor is ill and as a result of his illness suffers a susceptible diminution of his reasoning facilities or assessment of realities to such an extent that he is liable eventually to cause physical injury to himself or to others, or his ability to provide for himself is seriously impaired, or he causes such serious mental hardship to another as disturbs the latter's normal routine, or has seriously damaged property and refuses to be examined by a psychiatrist.
3) The minor is mentally ill or has been diagnosed as suffering from a serious mental disturbance which is liable to cause him or others immediate physical injury, or may lead to critical deterioration in his mental condition if he is not treated during internment at a hospital.

Furthermore, the court is entitled to order a minor's hospitalisation for the purpose of mental examination.

Compulsary Treatment at a Clinic

If as a result of a medical examination conducted by the distrcit psychiatrist or his psychiatric appointee, it has become clear that a person's symptoms require a hospital order as already detailed, but it is also feasible to give the patient clinical treatment, the district psychiatrist is empowered to decide against hospitalisation and issue an order for treatment at the clinic of his choice, under conditions at his dictation and for a period of time of his determination which will be no longer than siy months, which may be extended for further periods, each of six month duration.

The intention is to enable patients to live independently in a communal environment while contemporaneously ensuring that they are administered psychiatric treatment compulsively, but as openly as possible. Surveys made in Israel prove that this synthesis has benefited almost half of the mental patients who have been treated.

Hospitalisation and Treatment of a Defendant

If the judge of a defendant in a criminal case feels that as a result of evidence produced or supplied by his lawyer, the suspect cannot stand trial,

because of mental illness, the court may order the defendant to be hospitalised or referred to a clinic for treatment.

If defendant is brought to trial before a criminal court which pronounces that he committed the act but was of unsound mind during commission of the crime and therefore unfit for sentence and decides furhtermore that he is still mentally ill, the court will order that he be hospitalised or treated at a clinic.

Representation and Presence of Patient

Orders for hospitalisation, clinical treatment and medical examination, as detailed above, shall be pronounced in the presence of a patient's lawyer. Orders for hospitalisation, clinical treatment and medical examinations shall be pronounced in the presence of the ill person unless the court, upon advice from the district psychiatrist, or his representative, pronounces that the trial cannot take place in the presence of the patient, or that the latter's presence would affect his mental health.

Periodic Reassessment

The case of a hospitalised patient, or of a person under clinical treatment by order of the court, shall be reviewed at least once every six months by the psychiatric commitee.

The Application of Force

The application of any means of compulsion such as isolation, or tying up, where the hospital inmate is ill, will ber permissible only if the force used is reasonable in view of the need to return the patient to treatment and to prevent his injuring himself or some other person.

Aufklärung und Einwilligung des psychisch Erkrankten

Amnon Carmi (Haifa)

In seinem Beitrag konstatiert der Autor, daß die Einwilligung eines psychisch Kranken in eine medizinische Behandlung obligatorisch ist und die Fähigkeit zur Einwilligung voraussetzt. Ist diese aufgrund von Geisteskrankheit oder andersartiger psychisch-geistiger Beeinträchtigung nicht möglich, muß das zuständige Gericht die Person entmündigen und einen Betreuer bestellen.

Beim psychiatrischen Patienten stellt sich für den Richter einerseits das Problem der exakten Definition der Krankheit sowie der Wahl des hierfür maßgebenden Gesetzes. Psychische Krankheiten existieren in unterschied-

lichen Ausprägungen und in verschiedener Intensität, was insgesamt eine abgestufte Form der Einwilligung des Patienten in die Behandlung notwendig macht. Dabei sollte man sich von zwei Gesichtspunkten leiten lassen: 1. ein präzise Diagnostik des Krankheitsstadiums und 2. eine Beschreibung der Art der einzuwilligenden Behandlung. Je fortgeschrittener der Kranheitsverlauf ist, desto entbehrlicher ist die Einwilligung des Patienten. Hier ist die Bestellung eines Betreuers notwendig. Nach gerichtlicher Feststellung der Einwilligungsunfähigkeit des Betroffenen übernimmt der Betreuer die Sorge für diesen und willigt gegebenenfalls in eine medizinische Behandlung ein.

Hinsichtlich der Einschätzung der geistigen Fähigkeiten und des selbstverantwortlichen Handelns des Betroffenen existieren diverse Bestimmungskriterien. Selbst wenn sich der Patient geschäftsunfähig erklärt und sich bereits in stationärer Behandlung befindet, kann es dennoch angemessen sein, die Einwilligung des Betroffenen in die Behandlung einzuholen. Allgemein gilt, daß auch der psychisch und geistig Eingeschränkte als Mensch und als Patient das Recht hat, die Behandlung zu verweigern. Eine genaue Prüfung des Einzelfalles ist deshalb obligatorisch.

Der Erwachsene, der sich freiwillig in stationäre Behandlung begibt, muß in jedwege Maßnahme einwilligen, außer im Notfall. Bei Minderjährigen übernimmt der Betreuer diese Funktion. Falls ein Minderjähriger ab dem 15. Lebensjahr die Behandlung verweigert, ist, trotz Einwilligung des Betreuers, ein Gerichtsbeschluß notwendig. In diesem Fall müssen alternativ folgende Voraussetzungen vorliegen: 1. der Minderjährige ist psychisch krank und stellt eine Gefahr für sich oder andere in naher Zukunft dar; 2. Der Jugendliche ist krank und infolgedessen in seiner Urteilsfähigkeit eingeschränkt, so daß die Gefahr der Selbst- und/oder Fremdverletzung besteht, oder es liegt eine Unfähigkeit, adäquat für sich selbst zu sorgen vor; 3. Der Minderjährige ist psychisch schwer krank und es besteht die akute Gefahr der Verschlechterung bei einer verzögerten Behandlung.

Jede Zwangsbehandlung im stationären Setting muß zum Ziel haben, den Patienten zu befähigen, wieder autonom in seinem gewohnten Lebensumfeld leben zu können. Dabei kann eine wiederholte Zwangsbehandlung indiziert sein, diese sollte jedoch so flexibel wie möglich gestaltet sein.

Sollte ein Richter innerhalb eines laufenden Strafverfahrens den Eindruck gewinnen, der Angeklagte könne aufgrund von Geisteskrankheit der Verhandlung nicht folgen, so kann er eine psychiatrische Behandlung anordnen. Dies ist ebenso möglich, wennn das Gericht zu der Einsicht gelangt, daß der Angeklagte zur Tatzeit schuldunfähig war. In diesen Fällen muß dieser von einem Rechtsanwalt vertreten sein.

Allgemein gilt, daß eine gerichtlich angeordnetet therapeutische Behandlung alle sechs Monate zu überprüfen ist. Darüber hinaus ist die Anwendung von Gewaltmaßnahmen (Isolation, Fixierung etc.) nur zulässig,

um die Behandelbarkeit des Betroffenen zu gewährleisten und um Eigen- und Fremdgefährdung zu verhindern.

Adresse des Autors:

Prof. Amnon Carmi
P.O.Box 6451
Haifa 31063
Israel
Fax: 00972-4-8381587

Das Persönlichkeitsverständnis in den Borderline-Konzepten von Kernberg und Ammon ***

Gabriele von Bülow *, Elke Langholz (Berlin)**

Im Zentrum von Kernbergs Verständnis der Borderline-Erkrankung steht der Abwehrmechanismus der Spaltung: Die Teilung des Selbst und der externen Objekte in "absolut gut" und "absolut böse". Die beobachtete Identitätsdiffusion des Borderline-Patienten ist Ausdruck der gestörten Integrationsfähigkeit, die für Kernberg die wichtigste Quelle für die Neutralisierung der - destruktiven - Aggression darstellt, die die Entwicklung des Ich wesentlich speise. Im Unterschied dazu begreift Ammon die übermäßig entwickelten Abwehrmechanismen des Borderline-Patienten als Kompensation einer schwachen Ich-Abgrenzung sowie eines tiefen narzißtischen Defizits, das er als energetisches - sozialenergetisches - Defizit bestimmt. Während Kernbergs Konzeption in einem dichtomen, manichäistischen Menschenbild wurzelt mit der Annahme von Liebe und Haß als zwei äquivalenten primären Affekten, versteht Ammon den Menschen als ein Wesen mit primär konstruktiver Aggression und einem genuinen Bedürfnis nach Liebe und Identität.

Sowohl *Kernberg* als auch *Ammon* beschreiben die Borderline-Persönlichkeitsstörung als eine Erkrankung des Ich, die mit vielfältigen und verschiedenartigsten Symptomatiken einhergehen kann und deren Ursachen in der präödipalen Entwicklung des Menschen zu suchen sind.

Auch *Kernberg* nimmt an, daß in der Psychopathologie der Borderline-Erkrankung die affektiven Erfahrungen früher, bedeutsamer Objektbeziehungen eine entscheidende Rolle spielen.

Der Einfluß auf die Affekte des Ich wird aber in beiden Konzepten unterschiedlich erklärt: Während *Kernberg* sich des späten Triebmodells von *Freud* bedient, das er um die Objektbeziehungstheorie erweitert, geht *Ammon* von einem sozialenergetischen Prinzip aus, was für das ätiologische Verständnis wie für die Behandlungsmethodik wesentliche Implikationen hat.

Nach *Kernberg*s Auffassung zeigt sich die Ich-Schwäche des Borderline-Erkrankten vor allem im Auftreten von spezifischen primitiven Abwehrmechanismen, unter denen die Spaltung eine zentrale Rolle einnimmt.

Den Abwehrmechanismus der Spaltung sieht *Kernberg* als die Folge einer mißglückten Integration libidinös und aggressiv besetzter Objekt- und Selbstimagines. Das Selbst und die äußeren Objekte zerfallen in "absolut gut" und "absolut böse".

Kernberg versteht dieses Phänomen als eine Arretierung in der frühen Ich-Entwicklung, die im Normalfall innerhalb der ersten zwei Lebensjahre

* Dip.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin, Lehr- und Kontrollanalytikerin am Berliner Lehr- und Forschungsinstut (LFI) der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP)
** cand. med., Mitarbeiterin am LFI der DAP Berlin
*** Vortrag gehalten auf dem 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 Berlin

zwei Schritte durchlaufen muß. Der erste Schritt, der sich ungefähr im dritten Lebensmonat vollzieht, besteht in der Differenzierung zwischen Selbst- und Objektimagines. Bis dahin begreift sich der Säugling als mit seiner Umgebung verschmolzen. Mißlingt dieser frühe Entwicklungsschritt aufgrund von zu starken Frustrationen, so kann es später zum Krankheitsbild der Psychose kommen, in der sich die Grenzen zwischen Selbst und Objekt erneut auflösen.

Der Aufbau der Selbst- und Objektimagines geschieht unter dem Einfluß libidinöser oder aggressiver Triebabkömmlinge, so daß es zur Vorstellung eines "guten" und eines "bösen" Selbst bzw. Objekts kommt. Liebe und Haß, so *Kernberg*, entwickeln sich gleichwertig in zwei parallellaufenden Bahnen. Diese Gegensätze müssen in einem zweiten Entwicklungsschritt des Ich integriert werden, der sich zwischen dem Ende des ersten und dem des zweiten Lebensjahres vollzieht. Gelingt diese Integration, so können die zwei unterschiedlichen Imagines als Einheit erlebt werden.

Beim Borderline-Kranken ist dieser zweite Schritt nicht geglückt. Als Grund dafür nennt *Kernberg* ein übermäßiges Vorhandensein von Aggression aufgrund von schweren frühen Frustrationen oder, in manchen Fällen, eine "konstitutionell bedingte mangelhafte Angsttoleranz" (*Kernberg* 1975). Die Aggression, die durch die "böse" Imago erzeugt wird, kann aufgrund ihres Übermaßes nicht ausreichend neutralisiert werden, und somit entfällt eine wichtige Energiequelle für die weitere Ich-Entwicklung. Wegen der Bedrohung, die von den aggressiv besetzten Selbst- und Objektimagines ausgeht, muß die Spaltung vom Ich aktiv aufrechterhalten werden, um die positiven Introjektionen und Identifizierungen zu schützen und eine diffuse Ausbreitung von Angst im Ich zu verhindern. Aus der mangelnden Integration des Selbstkonzepts entsteht letztlich eine Identitätsdiffusion.

Im Gegensatz zu *Kernberg* begreift *Ammon* den Abwehrmechanismus der Spaltung nicht als Ursache, sondern als Folge einer gestörten Entwicklung der Identität. Er erklärt die Borderline-Erkrankung im Rahmen seines Humanstrukturmodells als eine Störung der zentralen Ich- bzw. Humanfunktion. Dieser Störung liegt ein strukturelles Defizit in der Entwicklung zugrunde, das von *Ammon* als "Loch im Ich" bezeichnet wird und zu unterschiedlichsten Symptomatiken führt, je nachdem, welche der zentralen Humanfunktionen am meisten betroffen ist. Die Ursachen für die Entstehung des Defizits sieht *Ammon* in der Internalisierung der destruktiven Gruppendynamik der Primärgruppe.

Anders als *Kernberg* geht er von einem ursprünglich nicht gespaltenen unbewußten Persönlichkeitskern aus, der zur Entwicklung der Ich-Funktionen der Zufuhr von Sozialenergie bedarf. Das Prinzip der Sozialenergie meint die Zuwendung, die ein Mensch aus der frühen Primärgruppe und später aus allen ihn umgebenden Gruppen erhält und die den Aufbau einer Ich-Struktur erst ermöglicht. Diese Zuwendung

beinhaltet nicht allein eine narzißtische Bestätigung der Persönlichkeit, sondern auch Auseinandersetzung, Forderung, Kritik und Infragestellen (*Ammon* 1986).

An die Stelle der Libido als wichtigsten Antrieb für die Entwicklung des Ich und der Objektbeziehungen setzt *Ammon* das genuine Bedürfnis nach Entwicklung einer eigenen Identität, das jedem Menschen unbewußt zu eigen ist. Er beschreibt Identität als "psychische Energie, als Motor für ich-strukturelle Entwicklungen, als Sozialenergie, als ökonomisches Prinzip" (*Ammon* 1986).

Um die Entwicklung von Identität zu gewährleisten, bedarf es einer menschlich verläßlichen Primärgruppe, die Kontinuität in ihren Beziehungen zeigt, Aggressionen und Auseinandersetzungen standhält und die Entwicklung von Identität fördert. Ist die umgebende Gruppe verbietend und feindselig oder in ihren Beziehungen zersplittert, kommt es durch die fehlende oder destruktive sozialenergetische Zufuhr zu einer defizitären Entwicklung der Ich-Struktur.

Die Defizite, die im zentralen unbewußten Persönlichkeitskern liegen, werden beim Borderline-Kranken überlagert von gesunden Ich-Anteilen. Sekundäre Ich-Funktionen wie Intelligenz, Phantasie, Sprache usw. können hochentwickelt sein, so daß sie die gestörte Funktion der Abgrenzung nach innen und außen weitgehend ersetzen und zu einer an die Umwelt angepaßten, gesund wirkenden Persönlichkeitsfassade führen, die erst bei starken Identitätsanforderungen zusammenbricht.

Die primitiven Abwehrmechanismen dienen der Kompensation einer Abwehrfunktion, die nach *Ammons* Meinung nicht über-, sondern unterentwickelt ist. Durch Idealisierung wird die Angst des Borderline-Kranken vor Identität und Kontakt abgewehrt; die Isolierung und Projektion dient dem Schutz vor der verinnerlichten Feindseligkeit der Primärgruppe. Das Zusammmenwirken beider Abwehrmechanismen führt zu einer Ambivalenz des Kranken, die ihn daran hindert, reale Zuwendung anzunehmen. Die verinnerlichte Feindseligkeit wird vom Borderline-Patienten oft gerade auf die Menschen projiziert, die ihn ernstnehmen, ihm Kontakt anbieten und ihn in seiner Identitätsentwicklung fördern.

Ausschlaggebend für die Persönlichkeitskonzepte *Kernbergs* und *Ammons* sind die unterschiedlichen Auffasssungen über die Rolle der Aggression. *Kernberg*, der ausdrücklich betont, *Freuds* Triebkonzept übernommen zu haben (1997), betrachtet die Aggression ausschließlich als destruktive Seite der Persönlichkeit, die abgemildert werden muß, um eine Persönlichkeitsintegration erst zu ermöglichen. Dies scheitert beim Borderline-Erkrankten aufgrund einer "übermäßigen Stärke aggressiver Triebanteile", wobei "dieses Übermaß an Aggression entweder mit einer konstitutionell bedingten übermäßigen Stärke der Aggressionstriebe zusammenhängen oder aus schweren frühen Frustrationen stammen" kann (1978, S. 48). Diese Auffassung der Destruktion verdankt sich der dualistischen Trieblehre *Freuds*, die er selber als "Triebmythologie"

bezeichnet hatte, in der er der Libido einen Todestrieb resp. einen Destruktionstrieb gegenüberstellte. Die Schule *Melanie Kleins*, der sich *Kernberg* verpflichtet fühlt, behauptet diesen Dualismus von Lebens- und Todestrieb mit allem Nachdruck: Den Todestrieben wird sogar vom Beginn der menschlichen Existenz an eine Hauptrolle zugeschrieben. Sie rufen im Säugling die Angst hervor, desintegriert und vernichtet zu werden. Als Abwehrform gegen diese Ängste greife der Säugling zum Abwehrmechanismus der Spaltung; die Partialobjekte Brust und Penis werden ebenso gespalten wie später in der Entwicklung das Objekt in "gute Mutter" und "böse Mutter". Die Qualitäten "gut" und "böse" erhalten die Objekte zum einen aufgrund ihrer gewährenden bzw. versagenden Eigenschaften, zum anderen dadurch, daß der Säugling libidinöse oder destruktive Triebe auf sie projiziert. Die Projektion eigener Zerstörungsphantasien bereits beim Säugling, so auch *Kernberg*, führe zu übergroßer Angst, die auch beim Gesunden nur durch Spaltung abgewehrt werden könne.

Im Gegensatz zu *Kernberg* beschreibt *Ammon* die Aggression als eine Humanfunktion mit den drei Ausprägungen ´konstruktiv´, ´destruktiv´ und ´defizitär´. *Ammon* geht von einem angeborenen Potential konstruktiver Aggression aus im Sinne des neugierigen Herangehens - ad gredi - an Menschen und Dinge. Diese konstruktive Aggression erachtet er als lebensnotwendig und unabdingbar für die Entwicklung des Menschen. Destruktive Aggression stellt für *Ammon* eine reaktive Verformung ursprünglich konstruktiver Aggression dar, die durch Restriktion, Verbote und feindselige Reaktionen der umgebenden Gruppe in ihrer Entfaltung behindert wird. Selbst diese destruktive Aggression, so *Ammon*, hat immer noch eine kommunikative Funktion und kann da, wo sie verstanden und adäquat beantwortet wird, zum Konstruktiven gewendet werden. Aggression hat für *Ammon* eine wesentliche dynamisierende und energetisierende Funktion, während für *Kernberg* die wichtigste Energiequelle zur Ich-Entwicklung gerade in der Neutralisierung der Aggression zu suchen ist. *Kernberg* stellt diese Neutralisierung und die damit zusammenhängende Integration der Persönlichkeit als rein innerpsychisches Geschehen dar. Energie ist keine im zwischenmenschlichen Kontakt entstehende und sich verändernde Größe. Für *Ammon* bedeutet Energie Sozialenergie, d.h. aus der Gruppe kommende Energie.

Die *Kernberg*sche Dichotomisierung von "gut" und "böse" ist identisch mit der von "lustvoll" und "frustrierend". Auch hierin folgt *Kernberg* ganz dem *freud*ianischen Denken, nach dem das ganze psychische Geschehen vom Lustprinzip beherrscht wird. Diesem Verständnis menschlicher Entwicklung wurde in den Reihen der empirisch-psychologischen Säuglingsforschung widersprochen, so von *Daniel N. Stern* in seinem Buch "Die Lebenserfahrungen des Säuglings". Er kritisiert die *Kernberg*sche Dichotomisierung oder Spaltung allen menschlichen Erlebens nach Lust-/Unlust-Gesichtspunkten. "Das Bedürfnis, beim Säugling Vorgänge zu finden, die Teil des erwachsenen Lebens darstellen, führt in die Irre. Gut

und Böse, wie es uns in den Spaltungen von Borderline-Patienten begegnet, setzt ein Symbolisierungsniveau voraus, das die Fähigkeit des Säuglings übersteigt." (1985, S. 351)

Hier zeigt sich die unwissenschaftliche und spekulative Verfahrensweise der *klein*ianischen Schule, pathologische Zustände der Erwachsenen auf die gesunde Entwicklung des Kindes zu projizieren - und damit die kindliche Psyche zu pathologisieren. Der *Kernberg*schen Argumentation, so *Stern*, liege die Annahme zugrunde, daß "das Erleben des Säuglings so sehr vom hedonistischen Tonus abhängig (ist), daß es zwischen Lust - und Unlusterfahrung kein "Gespräch", keine Querverweise und keine Integration geben kann. Beide kapseln sich gegeneinander ab."

Auch *Martin Dornes* (1993) in "Der kompetente Säugling" kritisiert die *Kernberg*sche Theorie der Gespaltenheit der frühen Erlebniswelt: Vielmehr sei sie "das Ergebnis eines Zusammenbruchs der ursprünglich einheitlichen Selbst- und Objektempfindung und kein in der Säuglingszeit normaler Zustand." Aus der Sicht *Ammons* ist es, wie wir gesehen haben, das den Menschen konstituierende Identitätsbedürfnis, das die psychischen Entwicklungsprozesse des Menschen leitet - Identitätsprinzip statt Lustprinzip. Unlustvolle Erlebnisse wie Schmerz, Angst und Frustration sind nicht einfach "böse" und müssen beseitigt werden, sondern gehören als existentielle Grunderfahreung zum Menschen dazu und sind seiner Identitätsentwicklung förderlich, wenn sie in einer schützenden Umgebung verstanden und getragen werden. Nach *Ammon* führt das ausschließlich hedonistische Streben nach Lust und Glück zur "menschlichen Leere, Angst und Verzweiflung" (1986) und ist für ihn gerade ein Ausdruck unserer "desintegrierten, hedonistischen Borderline-Gesellschaft".

Dem unterschiedlichen Persönlichkeitsverständnis *Kernbergs* und *Ammons* entsprechen verschiedene Therapiekonzepte. Während bei *Ammon* eine nachholende Entwicklung von Ich-Grenzen und der Aufbau der Struktur des Patienten im Mittelpunkt steht, die ermöglicht werden durch sozialenergetische Austauschprozesse innerhalb eines therapeutischen Milieus, geschieht bei *Kernberg* die Integration vorwiegend auf innerpsychischem Wege mit Hilfe der Deutungen des Analytikers. Die Deutung ist für ihn das grundlegende Instrument der von ihm so genannten „Expressiven Psychotherapie" (1993), die außerdem durch Übertragungsanalyse und technische Neutralität gekennzeichnet ist. Letztere kann bei destruktivem Ausagieren des Patienten zeitweise aufgegeben werden.

Kernberg grenzt sich scharf ab gegen jegliche Form supportiver Therapie. Sollte Stützung notwendig werden, wird ein anderer, zusätzlicher Therapeut hinzugezogen. Unseres Erachtens wird das Phänomen der Spaltung in einem solchen gespaltenen therapeutischen Setting zementiert.

Kernberg geht davon aus, daß der Patient, wenn der Therapeut ihm seine Abwehrmechanismen deutet, von ganz alleine zu einer innerpsychischen Gesundung gelangt. Dabei dient das Setzen von Grenzen nicht dem Patienten zur Verinnerlichung von Ich-Grenzen und Aufbau von Struktur,

sondern einzig zur Wahrung der analytischen Situation und der Neutralität des Analytikers.

Ammon geht bei der Behandlung archaischer Ich-Krankheiten sehr sparsam mit Deutung um. Nach seiner Auffassung fühlen sich Borderline-Patienten in dieser Situation nicht verstanden und gesehen, sondern kritisiert und abgelehnt. Die orthodoxe Standardmethode kann, so *Ammon*, den Borderline-Patienten in die Psychose treiben. „So kann er (*Kernberg*) m.E. nicht mehr begreifen, daß der Symbiosekomplex des Patienten in Form einer symbiotischen Übertragung vorerst für den Patienten eine existentielle, oft lebensrettende Bedeutung hat und therapeutisch angenommen werden muß." (1976)

Da *Kernberg* beim Borderline-Erkrankten von stabilen Ich-Grenzen ausgeht, erkennt er die Bedeutung des ungelösten Symbiosekomplexes in der Psychogenese der Borderline-Erkrankung nicht. Droht in der therapeutischen Situation ein Patient als Reaktion auf die fortgesetzten Deutungen zu dekompensieren, ist dies für *Kernberg* das differentialdiagnostische Kriterium, den Patienten nicht als Borderline-Erkrankten, sondern als Psychotiker zu diagnostizieren. Eine tragende, haltende Einstellung des Therapeuten dem Patienten gegenüber wird nur für extreme, existentielle Grenzsituationen im Leben des Patienten vorbehalten, wie z.B. bei Tod eines Angehörigen oder einem schweren Unfall des Patienten. Diese Lebenssituation des Patienten stelle eine Indikation zum Abweichen von der sonst streng gewahrten technischen Neutralität des Analytikers dar.

Demgegenüber sieht *Ammons* Therapiekonzept vor, daß der Therapeut dem Patienten Anteilnahme entgegenbringt, für ihn Hilfs-Ich-Funktionen übernimmt und ihm gegebenenfalls auch Strukturierungshilfen zur Bewältigung seiner Realitätsprobleme anbietet. Dies bildet die Basis für die Entwicklung eines vertrauensvollen Arbeitsbündnisses und schafft damit erst die Voraussetzung dafür, daß analytische Techniken wie Übertragungs- und Widerstandsdeutung möglich und sinnvoll werden (*Ammon*, 1976).

Das Bündnis mit den konstruktiven Persönlichkeitsanteilen des Patienten hat eine zentrale Bedeutung beim humanstrukturellen Arbeiten in *Ammons* Sinne. Hierin drückt sich ein grundsätzliches Vertrauen in die gesunden unbewußten Kräfte des Patienten aus.

Kernberg richtet sein Augenmerk vorwiegend auf die „Krankheitspartei", wenn er bereits vor Beginn der Therapie in einem rigide reglementierenden Therapievertrag alle Möglichkeiten pathologischer Exazerbationen heraufbeschwört und für sie einen Maßnahmenkatalog bereithält. „Sein Behandlungsvertrag (stellt) eine einzige Mißtrauenserklärung an den Patienten dar", meint auch die Psychoanalytikerin *Andrea Gysling* in ihrem Buch „Die analytische Antwort". Der Anfangsvertrag für eine anorektische Patientin kann z.B. so lauten: „Ihr Internist, Dr. Smith, hat bestimmt, daß Ihr Gewicht, um Ihre Gesundheit nicht zu gefährden, mehr als 39 kg betragen muß. Sollten Sie dieses Gewicht unterschreiten,

werden Sie unter der Betreuung von Dr. Smith in ein Krankenhaus eingeliefert. Ich werde Sie auch im Krankenhaus weiter sehen." (Oder: „Bis zu Ihrer Entlassung werden Sie vom Krankenhauspersonal versorgt.") (1999, S. 37).

Während der Analyse auftretende Phänomene wie anhaltendes Schweigen und Suizidalität werden fast ausschließlich als Versuche des Patienten gedeutet, omnipotente Kontrolle über den Analytiker zu gewinnen und die Behandlung zu zerstören. „Fast nachtwandlerisch scheinen Borderline-Patienten die Verwundbarkeit des Therapeuten zu spüren und können genau den Augenblick wählen, einen Suizidplan anzukündigen, wenn der Therapeut dem Patienten den Tod wünscht." (1993, S.75).

Dieses Mißtrauen dem Patienten gegenüber ist die Konsequenz seines oben beschriebenen Menschenbildes, das Destruktion und Haß zur conditio humana erklärt.

Ammon dagegen geht aus von „primär gegebenen, konstruktiven Verwirklichungsmöglichkeiten" des Menschen, von seinem „konstruktiv-kreativen Potential" des Unbewußten, dessen Wiederherstellung Ziel der humanstrukturellen Behandlung ist. Das Unbewußte ist der „dynamische Kern" im Sinne einer schöpferischen Kraft, die die Identitätsentwicklung vorantreibt. Die Abwehr des Borderline-Patienten, so *Ammon*, ist in der Tiefe Abwehr von Identitätsangst. Erst auf dem Boden einer verläßlichen und tragfähigen Beziehung kann der Patient das Wagnis eingehen, diese Identitätsangst zu spüren und in ihr sich selbst zu begegnen.

Das Menschenbild von *Kernberg* ist, wie wir gesehen haben, geprägt von einem tiefen Dualismus, der, wie der Manichäismus der *Klein*ianischen Schule, die Lehre vom Kampf des Lichts gegen die Finsternis, des Guten gegen das Böse, in die Psychoanalyse hineinträgt (*Laplanche/Pontalis*, 1972). Diesen lebensfeindlichen Dualismus zu überwinden und zu einer ganzheitlichen Sicht des Menschen zu gelangen, in der alle seine Lebensäußerungen verbunden sind als Ausdruck der schöpferischen Kraft des Unbewußten, ist ein zentrales Anliegen in *Ammons* Therapie der Borderline-Erkrankung wie in seinem gesamten Lebenswerk.

The understanding of personality in the concepts of Borderline according to Kernberg and Ammon

Gabriele von Bülow, Elke Langholz (Berlin)

Kernberg as well as *Ammon* describe the personality disturbance of Borderline as an disease of the ego which often is combined with several symptoms and which origins are to be seen in preoedipal development of human nature. *Kernberg* says that in the psychopathology of Borderline disease the effective experiences of earlier very important object relationship play a determined role.

The influence of affects on ego development will be described in both concepts as follows:

Kernberg uses *Freud*'s drive model and develops it further to the object relation theory, whereas *Ammon* starts from a social energetic principle.

According to *Kernberg* the ego weakness of the Borderline disturbed person can be seen in particular in his specific primitive defense mechanisms, where the splitting takes a leading role.

The defense mechanism of splitting is seen by *Kernberg* as a consequence of a failed integration of libidinously and aggressively cathexed object and self imagines. The self and the outer objects desintegrate in absolutely good and absolutely bad.

This phenomenon is seen by *Kernberg* as a fixation in the early ego development, which in the normal case should be have done in two steps, within the first two years of life: the differentiation between self and object imagines and the integration of the contrary feelings of hate and love in two developmental steps of the ego. If this integration succeeds the different imagines of „good object" and „bad object" can be understood as unity.

The Borderline patients did not succeed in the second step which *Kernberg* explains with the existence of too much aggression due to severe early frustrations or in some cases a ‚constitutionally caused lack of anxiety tolerance' (*Kernberg*, 1975). Aggression produced by bad imago cannot sufficiently be neutralised and therefore a very important source of energy for the subsequent ego development is missing. The splitting has to be actively maintained by the ego in order to protect the positive introjections and identifications and to prevent a vague spreading of anxiety in the ego. Due to a lack of integration of self concept a vagueness of identity occurs.

In contrast to *Kernberg, Ammon* understands the defense mechanism of splitting not as a reason but as result of a disturbed development of identity. He declares the Borderline disorders in the field of his human structure model as disturbance of the central ego resp. human functions. The reason of this disturbance is a structural deficit in the development as *Ammon* calls it „the hole in the ego" which leads to different symptoms according to the respective damage of the central human functions.

In contrast to *Kernberg, Ammon* starts from an unconscious core of personality, which was originally not splitted and which needs for the development of ego functions the supply of social energy.

Ammon replaces the libido as most important drive for development of the ego and object relations with the need of development of a personal identity which is an unconcious need of every human being. He describes identity as a „psychic energy, as motor for ego structural development, as social energy as economical principle" (*Ammon* 1986). To guarantee development of identity there is a need of a human reliable primary group which shows continuity in its relationships, can bear aggression and conflicts and supports development of identity.

If the surrounding group is denying or hostile or splitted in their relationships because of the missing or destructive social energetic supply, it will lead to a deficient development of the ego structure. The deficits lying in the central unconscious core of a personality in the Borderline patient will be overlapped by healthy ego-parts.

Secondary ego-functions as intelligence, phantasy, language etc. can be highly developed and may replace the disturbed function of inner or outer demarcation and lead to an apparently healthy looking facade which is going to break down in case of strong demands for identity.

The primitive defense mechanisms serve the compensation of a defense function which in *Ammon*'s view is not over- but underdeveloped. By means of idealisation and idolisation the Borderline patient's anxiety of identity and contact is defensed; isolation and projection serve as protection against the introjected hostility of his primary group. The play of both defense mechanisms leads to an ambivalence of the patient which prevents him from accepting real attention. The introjected hostility often is projected by the Borderline patient into those persons who support his identity development.

Decisive for the personality concepts of *Kernberg* and *Ammon* are the different approaches to the meaning of aggression. *Kernberg* considers aggression only as a destructive part of personality which has to become less strong in order to enable an integration of personality. His understanding of destruction is caused by the dualistic drive concept of *Freud*. In this approach, libido is contrasted with death drive resp. destruction drive. *Melanie Klein*'s School to which *Kernberg* aggrees also emphazises this dualism of life and death drive. The death drive and its derivates are considered as being important from the beginning of human existence. They cause in the infant strong fear of being desintegrated and eliminated. The infant uses as defense against these fears the defense mechanism of splitting. The projections of fantasies of destruction lead even in infants to an overwhelming fear which also healthy persons may defense only by splitting off.

In contrast to *Kernberg, Ammon* describes aggression as a human function which expresses in a constructive, destructive and deficient manner. *Ammon* starts from a potential of constructive aggression in the sense of „ad gredi" to persons and things. He considers this constructive aggression as absolutely nessesary to survival and development. Destructive aggression means a reactive deformation of basically constructive aggression in *Ammons* view, caused by restriction, prohibition and hostile reactions of the surrounding group. Even this destructive aggression has, according to *Ammon*, a communicative function and can be turned into a constructive quality if it is understood and adequate reacted to.

According to *Ammon*, aggression has an essential dynamisizing and energetisizing function whereas *Kernberg* stresses the most important source of energy for ego development is just in the neutralisation of

aggression as an innerpsychic event. Energy is not a factor which is developed or changes in interpersonal contacts. For *Ammon* energy always means social energy i.e. energy coming from the group.

Kernberg's understanding of human development was opposed by the empirical psychological infant research, so by *Daniel N. Stern* in his book „The life experiences of the infant" and by *Martin Dornes* in his book „The competent infant". According to these authors, the phenomenon of splitting is not a state which is normal in infancy.

In *Ammon*'s view, the genuine need for identity is leading the psychic developmental processes (identity principle versus pleasure principle). Unpleasurable experiences as pain, anxiety and frustration are not bad but are part of the existential basic experience of men supporting his identity development if they are understood and supported in a protecting environment. According to *Ammon*, the hedonistic drive for pleasure and happiness leads to human emptiness fear and disparation and is only a typical expression of our desintegrated hedonistic society of Borderline.

The different views of personality of *Kernberg* and *Ammon* correspond to different concepts of therapy. *Ammon* focuses on a retrieval of ego boundaries and the establishment of structures which become possible by social energetic exchange processes within therapeutic milieu. In *Kernberg*'s evaluation the integration takes place in innerpsychic work with the help of interpretation of the analyst. The interpretation is the basic instrument of his „expressive psychotherapy" which is signed by transference analysis and technical neutrality. The former can be given up from time to time when the patient is acting out destructively. *Kernberg* demarcates himself sharply against each form of supportive therapy; if support is necessary an additional therapist is engaged. In our opinion, the phenomenon of splitting in such a splitted therapeutic setting will be completely solidified.

Ammon is very economic with any interpretation regarding archaic ego diseases. In his view borderline patients have the feeling of not being understood but only critizised and rejected. The orthodoxe method may, as *Ammon* presumes, drive the Borderline patient into psychosis.

Because *Kernberg* proceeds from the reflection of stable ego borders in the borderline patient, he does not recognise the importance of an unsolved symbiosis complex in the psychogenesis of the Borderline disease. If in the therapeutic situation - in reaction of further interpretation - a patient is endangered to decompensate, for *Kernberg* this is the differential diagnostic criterium to diagnosticise the patient not as Borderline ill but as psychotic. A bearing supporting attitude of the therapist towards the patient is only conducted in some extreme and existential situations in the patient's life.

In comparison of this concept of therapy *Ammon* offers aid to the patient and supports in ego assisting function and, if necessary, also stabilisation in structure to overcome his problems of realisation. That makes the base for development of confidence and prepares the condition that working with analytical phenomena as transmitting and resisting

becomes possible. The alliance with constructive parts of personality has a central meaning in human structural work in *Ammon's* sense. This expresses a basic trust into the healthy unconscious potentials of the patient.

Kernberg focusses mainly on the ill parts of the patient, when he even before beginning the therapy conjures all possibilities of pathological exacerbations in a rigidly reglemented therapy contract. Phenomena which occur during analysis as keeping silence and suicidality will be explicitely interpretated as attempts of the patient to win omnipotent control on the analyst and to destroy the treatment. This mistrust towards the patient results as a view of man as described above which declares destruction and hate as conditio humana. In contrast, *Ammon* starts from „primarily given constructive possibilities" of realisation of the human nature of his „constructive creative potential" of the unconscious. Aim of the human structure treatment is the reestablishment of this potential. The unconscious is the „dynamic core" in sense of a creative power which pushes identity development. According to *Ammon*, defense of Borderline patients is defense of fear of identity. Only based on a reliable and supportive relation the patient dares to take the risk of feeling this fear of identity and to meet himself within this fear.

Kernberg's view of man is characterised by a deep dualism which, as in the manichaeism of the *Kleinian* school, is transferring the teaching of the smuggle of light against darkness, good against evil into psychoanalysis.

Overcoming of this dualism and reaching a holistic view of man in which all vital expressions are connected as expression of creative force of the unconscious is the central concern of *Ammon*'s borderline disease as well as his whole vision of life.

Literatur bei den Autoren

Adresse der Autoren:

Dipl.-Psych. Gabriele von Bülow, M. A.
Elke Langholz
Lehr- und Forschungsinstitut der DAP Berlin
Kantstraße 120/121
10625 Berlin

A Combined Approach of Group and Individual Therapy to the Treatment of Patients suffering from a Borderline Personality Disorder**

Felicity de Zulueta (London)*

In the present paper the author describes a combined single and group psychotherapy of borderline patients with severe traumatic experiences during a period of three years. The aim of this study was to obtain a better understanding of the borderline personality disorder by integrating research findings of the attachment theory.
The simultanous single and group psychotherapy was supervised weekly by the author to avoid pathological splitting by the patients and to handle with their aggressive impulses. Creating a therapeutic group matrix seems to be necessary for an integrated psychotherapy of severely ill borderline patients. The described research project was supported by local health authorities and a second project was planned by the author.

The experience of treating patients suffering from a borderline personality disorder is a challenging one and of increasing interest to group analysts and individual psychotherapists who are attempting to adjust their approach to the particular needs and demands of this group of patients (*Pines* and *Schermer*, 1994, p. 5). *Pines* makes the point that the therapists' theoretical and therapeutic attitude can scarcely be divorced from each other and that this has serious implications for the way a group is run and for how therapists deal with violent feelings in particular (1990, pp. 31-44). This became apparent to both *Peter Mark* and myself as we set up a treatment project for a group of severely affected patients on the Charing Cross Hospital waiting list.

Setting up the Project

Seven patients suffering from a borderline personality disorder were offered a conjoint approach involving both group therapy analysis and individual psychoanalytic psychotherapy on a weekly basis stretching over 3 years.

The individual therapy would provide these patients with a one to one attachment through which they could begin to address their individual problems and past traumatic experiences. The group was seen as a space where individuals could begin to form and explore alternative peer and therapist attachments. The patients committed themselves to attending both forms of therapy and they were told that what went on in the individual therapy would be known to the group analyst and vice versa. This means that, without actually referring to the material brought up in the individual

* M.D., Traumatic Stress Service, Maudsley Hospital London, England.
** Paper presented at the 12th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry (WADP) / XXV Internat. Symposium for the German Academy of Psychoanalysis (DAP), March 17-21, 1999 at the Humboldt-Universität Berlin

sessions, the group analyst would take it into account when working in the group. Individual therapists would do the same in relation to the group work. Whether a patient attended group or individual therapy was openly discussed. If a patient failed repeatedly to attend either the group or the individual session, this would be brought up and explored. One patient systematically refused to attend the group and had to leave the project.

During the first few months there was marked splitting and acting out on the part of patients and the therapeutic team. After the disastrous loss of two patients who discovered they shared the same therapist, each patient was given an individual therapist. After a major rift between the two leading consultants, I took over the management and supervision of the project.

Supervision of the Project

The six individual psychotherapists were supervised in two groups on a weekly basis and I also met with *Peter Mark* to discuss the group every week. I also assessed patients to add 3 new patients to the project.

To avoid the splitting which was bound to occur between individual and group therapists, we organized a monthly supervision group in which each therapist presented his work to the rest of the team. In this way, the individual therapists grew to respect the difficult work carried out by the group analyst and vice versa. Once a term we also organized a meal to which all therapists contributed a dish; this enriched our professional attachments. The project thus became a therapeutic matrix in which therapists felt respected, nurtured and held. The intention was to develop a 'secure base' that would enable patients feel contained and supported enough to carry through their painful and difficult work. I had personal supervision from *Earl Hopper*, a group analyst who was also an individual psychoanalyst.

Management of the Project

Having obtained funding for the project from the Health Authority, one of my central tasks consisted in keeping close links with the patients' psychiatric teams who provided medication, out-patient support and, when necessary, in-patient admission. This integrated approach meant that psychiatrists and psychotherapists developed respect for each other's work and, when extra funding was needed for a fourth year of group work as well as a 2nd project to follow up on the first, we obtained it. The Health Authority sees this particular group of patients as 'severely mentally ill' and therefore entitled to therapeutic resources.

Research relating to Patients with a Borderline Personality Disorder

My first aim in this project was to integrate my understanding of patients with borderline personality disorder with the research findings in

attachment research. My second aim was to intensify the therapeutic experience through the simultaneous use of both individual and group therapy. This form of 'controlled splitting' was central to the project.

Theory

According to the American Psychiatric Association (1994), the essential features of a borderline personality disorder (BPD) is a pattern of pervasive instability of interpersonal relationships, self image and affects, and marked impulsivity that begins by early adulthood and is present in a variety of contexts as indicated by 5 of the following:

The manual then describes 9 different characteristics of the disorder:

1) The frantic efforts to avoid real or imagined abandonment,
2) the pattern of unstable and intense relationships characterised by extremes of idealisation and devaluation,
3) the highly disturbed sense of identity and self image,
4) the impulsive and often self damaging behaviour such as substance abuse, sexual promiscuity and binge eating,
5) recurrent self mutilating or suicidal behaviour,
6) marked emotional instability,
7) chronic feelings of emptiness,
8) inappropriately intense anger or rage,
9) transient and usually stress related paranoid ideation or severe dissociative symptoms.

Most of the characteristics of BPD can be understood as resulting from 1) either damage to the attachment system or due to 2) post traumatic stress disorder hence the american reference to Complex-PTSD or developmental PTSD (*Zulueta*, 1993).

Attachment behaviour and borderline personality disorder

Because of the attachment system, the primate infant selects a primary attachment figure (usually mother) whose whereabouts require constant monitoring. With time, secondary attachments develop (*Bowlby*, 1969, 1973, 1980).

This behavioural system is activated by internal and external cues leading to the infant seeking protection from his/her caregiver or 'secure base'. If the caregiver is unavailable the infant protests, then shows despair and finally becomes detached. The attachment system is a psycho-biological system which develops through the process of attunement (*Stern,* 1985 p. 140-1422). This leads to the synchronisation and regulation of physiological systems by the caregiver and the development of psychological models of relating to others, otherwise known as 'working models'.

Disruption of this developmental process results in serious long term effects both at a physiological and psychological level (*Perry* and *Pate,*

1993). For example, chronic stress in children results in a set of highly dysfunctional and maladaptive brain activities with long term consequences in both how the brain and body function in later life (*Perry*, 1994). These biological changes are accompanied by profound changes in the individual's sense of self, his capacity to tune into others, his capacity to modulate emotions, his levels of destructiveness and his ability to cope with separation and loss (*Perry* et al. 1995).

Close links exist between attachment behaviour, survival and fear. When frightened it is only by getting close to his or her attachment figure that the primate infant reaches safety. Infants develop different representations and strategies in relation to their caregivers and the internal representation of these attachment figures becomse closely intertwined with the representation of the self.

Security of attachment

Ainsworth and her team (1978), and later *Main* and others, used the Strange Situation to analyse different forms of attachment behaviour and their accompanying strategies. They found that about 63% of infants were securely attached to their caregiver whereas the rest were insecurely attached. About 12% displayed an anxious ambivalent form of attachment and 20-25% an avoidant form of attachment. Later, around 10-15% of infants were found to display what was described as a disorganised form of attachment behaviour, a mixture of anxious ambivalent and avoidant behaviour, in relation to their caregiver. The avoidant infants turned out to be neglected or rejected infants who had learnt to displace their attention away from their caregiver in order to avoid eliciting rejection (*Main*, 1981). This shut down of the attachment system appears to be linked to deep sense of shame and rage. In the home and at school, these individuals can be bullies and cruel to others (*Sroufe*, 1983).

The disorganised infants were found to have parents who were either abusive or suffering from post traumatic stress disorder. Their attachment figures were either frightened of frightening and this experience was reflected in the infants disorganised or disoriented behaviour which suggested an underlying fear without solution (*Main* and *Hesse*, 1992). Many of these individuals develop dissociative disorders including a borderline personality disorder as adults (*Patrick* et al. 1994). The overwhelming feeling for these individuals is one of terror and the pervading need is to feel in control at whatever cost - like sufferers of PTSD.

Dissociation results from a double-bind paradox: when exposed to an abusing or terrifying parent, the infant is confronted with the fact that his attachment figure, to whom he looks for care and protection, is also the source of his terror. In a desperate attempt to preserve the vital attachment to his/her caregiver, the abused infant/child will attempt to cut him or herself off from feelings and memories that would threaten this vital

relationship. This process of dissociation can lead to the development of different self-states in some severely abused or emotionally deprived individuals including individuals who later develop a borderline personality disorder. This process implies a failure to integrate different aspects of experience leading to the disruption of the self. The strength of the early self will be negatively related to these levels of dissociation (*Ogawa* et al, 1997).

Attachment behaviour tends to be self-perpetuating and transmitted down the generations (*Ijzendoorn* and *Bakermans-Kranenberg*, 1997). It can be measured in adults through the Adult Attachment Interview developed by *Main* (*George* et al., 1985) This research instrument shows that the degree of re-enactment of past working-models depends to a great extent on the degree of coherence an individual shows in his or her capacity to view past attachment relationships. This becomes one of the central aims of therapy.

Post traumatic stress disorder and the borderline personality disorder

Post traumatic stress disorder was defined by *Lindemann* in 1944 as the 'sudden uncontrollable disruption of our affiliative bonds'. It can be understood as the wounding of the mind during terrifying states of helplessness. Its psychobiological manifestations are similar to those seen in disorganised attachment.

PTSD involves both the reliving of traumatic terrifying experiences with accompanying 'fight and flight' responses and parallel avoidance behaviour, dissociation and numbing. PTSD appears to result from the failure to integrate trauma into the declarative memory system. This means that traumatic experiences can either be experienced as 'flashbacks' or they can be unconsciously relived or re-enacted without being necessarily connected to conscious memories. This process can lead to impulsive and often uncontrollable behaviour (*Van der Kolk*, 1985).

In order to reduce the high state of physiological arousal and terror they are repeatedly exposed to, many traumatised individuals become addicted to alcohol or drugs. They can also become addicted to destructive behaviour patterns, which, in some people, leads to an increase in their endogenous opiate secretion.

The perverted attachment relation that takes place during childhood sexual abuse can also be re-enacted by its victims - often as a defence against feeling vulnerable and terrified (*Welldon*, 1988). Feelings of guilt are usually present in all victims of trauma. It can be understood as a way in which human beings attempt to make sense of their plight. *Fairbairn* described guilt as a 'moral defence' because it gives victims a sense of being in control of their fate (1952). In children who have been abused, the need to preserve a good parental figure also means that feeling bad serves an important function in preserving their vital attachment relationship (*Ogawa* et al. 1997). It could therefore be seen as inversely related to the child's need to

preserve an idealised parental figure. In addition, it has the defensive function of giving the victim a sense of control but, only at the cost of identifying with the abuser's perception of the self as a bad "evil" child. For victims of abuse to relinquish their belief in their badness they need to acknowledge the reality of the abuse and give up hope of ever having the loving parental care they so badly needed.

Neurophysiological changes seen in patients with PTSD

Both adult victims of trauma and childhood victims have been found to have a smaller hippocampus (*Bremner* et al, 1995). Positron Emission Tomography reveals marked changes in brain activity during 'flashbacks' involving a shut down of Broca's area and a hemispheric shift of activity to the limbic and paralimbic areas of the right or nondominant hemisphere (*Pitman* et al., 1990). They also manifest the biological changes of the fight - flight response when aroused including below normal levels of cortisol and the release of endogenous opiates (*van der Kolk*, 1994).

From Theory to Practice

The individual work was carried out by psychotherapists trained in different schools. This meant that they had to modify their approach on the basis of the research data that I gave them. For some this meant abandoning a rather punitive understanding of patients destructive behaviour in order to acknowledge its defensive functions as well as its traumatic antecedents. It also meant being more actively engaged in the therapeutic dialogue, helping patients make sense of their contradictory communications and even, when necessary, giving them some didactic information regarding what might be going on in terms of the psychobiology of traumatisation.

For the group analyst, this approach meant modifying his group analytic technique. One of his most difficult tasks was to address the issue of reenactment in the group of the patients' childhood traumas. These 'flashbacks' recreate the feelings of the original trauma, release endorphins and are in themselves of no therapeutic benefit. The conductor would take an active role in examining the cognitive, emotional and behavioural aspects of re-enacted memories. By asking direct questions, he would enable the patient to have one foot in the present whilst re-experiencing the past. To achieve this, he could have suggested that the patient look at someone in the group as they speak. He could have said: "as well as sharing your feelings, can we help you think about it as well?" This allowed members of the group to become involved in the victim's reality testing and to question any assumptions the patients might still have in relation to the past which were no longer relevant to the present. The conductor would remind the patient that at the time of the abuse, he/she was a helpless child, desperate to survive, but that this was no longer the case. This empowered individuals to

think differently about what happened to them and to act differently in the present.

Case 1: Katy was describing her feelings about the imminent death of her elderly woman friend Peggy from cancer. "Natalie is right" she said, "Peggy is like a good Mum to me: she's been so kind to me and my daughter". Suddenly, she changed: her voice rose hysterically and she gazed at the floor as she went on: "Especially, since that bitch of a mother of mine back in Ireland tells me that she's no room for me to stay and why don't I go and stay with my sister, whose being beaten black and blue by her husband (by this stage she is shrieking). Has she no sense? Does she not realise what she is proposing? To put me back in a situation like that where all the abuse would happen again? Has she learnt nothing? I'd like to kill her, she doesn't deserve to live. How can a woman as evil as her be allowed children for Christ's sake, she's fucked me up for life, I can never be happy (her voice changed to a little girl whine). The group appeared frozen; no one looked at her or made contact. The therapist too had to push himself out of the frozen feeling he also experienced to actively intervene. Finally, he said: "*Katy* who are you talking to?" She burst into tears and sobbed. The conductor added: "Can you talk to someone in here?" She replied "It's hopeless, no one wants to hear all this shit". The therapist went on to remind "Before you felt like a powerless child again, you were telling us how you were not going to put yourself back in that dangerous position. Tell us more about that decision". *Katy* said: "Does she think I'm stupid, that I've learnt nothing". The therapist added " Your mother can't protect you, but you can now ". *Katy* said: "She never protected me and the stupid cow is still trying to get me killed - she must think I am just like my sister - asking for more and more punishment. She had her jaw broken twice, her arms three times and she keeps going back to him". The therapist advised her: "Stay with your adult decision to protect yourself, Katy; to recognise your past and make sure you don't put yourself in that position". *Katy* calmed down and her voice returning to normal. "Of course I won't. I'm just upset she should even suggest it. I'm phoning her tonight to tell her I'll make my own arrangements and I'm certainly not staying at my sister's. I just don't know why I allow my mother to get to me. I used to think so much of her, that she really cared but now I see her for what she is and I don't want to know anymore". The therapist then asked how the others felt about what had just happened and he used this opportunity to focus on their old need to idealise their parents and the disillusion that they were now struggling with.

By integrating his knowledge of post traumatic stress disorder, the therapist moved towards a more cognitive approach to such a reenactment. He found it helpful to make sense of the contradictions such patients brought up concerning their abusive and often neglectful parents. He became increasingly aware of the different self states that sometimes emerged, with the one dissociated from the other. For example, *Katy* often talked very differently about her mother. At times she would want to protect her in a desperate

attempt to renew her attachment to her, however destructive that might be for her. At other times, as in this group session, she would get in touch with the rage that her abusive experience engendered in her. The therapist's role was then to focus on the split between her familiar childlike powerless victim self and her capacity to act and think as an adult. His aim was to leave the patient with some sense of control, power and distance over the abuse; to move from re-enactment to thinking about the abuse through group communication, thereby altering the thoughts and feelings surrounding the abusive experience.

Gradually, in her third year of therapy, Katy began to integrate these different self states and their corresponding attachments. She learnt to bring the different aspects of her mother together. This was accompanied by a considerable lessening of the need to re-enact the trauma.

Contained Splitting

The structure of the project with its simultaneous provision of both individual and group therapy lent itself to containing the splits that inevitably arise with patients who suffer from a borderline personality disorder. When a negative transference arose in the group, patients could make use of the relatively benign attachment they might feel for their individual therapist to work through their anger with the group experience. Similarly when intimacy proved too threatening in the individual therapy, the group provided some patients with a safer environment for them to share their difficulties without becoming too involved in what for them was always a potentially abusive relationship of dependency.

It was remarkable, to observe how some individuals progressed in one of their treatment modalities whilst appearing to show no change at all in the other. This could be explained by the need for the patient to remain in control in one therapeutic setting whilst allowing themselves to explore alternative forms of behaviour and feelings in another setting. Patients would then allow themselves to change in both group and individual therapy when they felt safe enough to do so.

This meant that the therapists had to learn to contain their own sense of frustration and rivalry when they realised that, at some point in the therapy, one or other of the therapies was to be denigrated or idealised.

After two years of conjoint treatment, the therapeutic team felt that to end both the individual and the group therapy simultaneously might be very threatening to these patients for whom loss had always been experienced as an attack to the self. The contained splitting which took place in the last year of individual and group therapy may well have enabled most of these patients to end without resorting to self destruction. The last year in the group enabled them to share in common what they had all lost and consolidate what they had achieved. For four of the patients the gains were tangible in that they had either got back to work, or developed long standing satisfactory relationships. For two women the observable gains

were less marked. One of the most important indicators of change in my view was to observe that nearly all of them had acquired the capacity to seekhelp when in need rather than resort to some form of self destruction.

The most destructive of our patients remained entangled in her raging need for mother and integration of her different self states was not achieved. She never developed a trusting relationship with her individual therapist and part of this could be ascribed to the severity of her abuse but also to the fact that all the psychiatric staff whom she allowed herself to trust left her - including her individual therapist who broke off treatment for several months to have a baby.

This initial project has led to the formation of a second project with patients who are not all as disturbed as ours were and with an in-built research programme to monitor and evaluate their results. This will demonstrate whether the combined approach has a future in the treatment of these patients who present us with so many difficulties and are very costly to our psychiatric services.

Die kombinierte Behandlung von Einzel- und Gruppenpsychotherapie bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen

Felicity de Zulueta (London)

In diesem Artikel wird eine Untersuchung von Borderline-Patienten beschrieben, die über einen Zeitraum von drei Jahren sowohl in einer Einzel- als auch in einer analytischen Gruppenpsychotherapie behandelt wurden. Ziel der Untersuchung war es, die Psychotherapie von Borderline-Erkrankten zu verbessern und den Umgang mit aggressiven Impulsen zu optimieren. Im Rahmen des einzeltherapeutischen Settings war es den sechs Patienten möglich, die frühkindlichen traumatischen Erfahrungen zu thematisieren und zu bearbeiten. Die Gruppenpsychotherapie bildete einen Raum für alternative Beziehungsformen. Vor Beginn des Forschungsprojektes wurde den Patienten mitgeteilt, daß die Therapeuten der Einzel- (ET) und Gruppenpsychotherapie (GT) in der Supervision Informationen über die Patienten austauschen.

Einmal die Woche wurden die sechs Einzeltherapeuten in zwei Gruppen supervidiert. Die beiden Gruppenpsychotherapeuten trafen sich ebenfalls einmal die Woche, um sich über den gruppentherapeutischen Verlauf auszutauschen. Um ein „Splitting" zwischen Einzel- und Gruppenpsychotherapie zu vermeiden, wurde ein Treffen einmal im Monat mit allen Psychotherapeuten arrangiert. Es entstand so eine therapeutische Matrix, in der sich die Therapeuten respektiert, aufgehoben und getragen fühlten. Das Ziel war eine sichere emotionale Basis zu entwickeln, die den Patienten ebenfalls Geborgenheit und Sicherheit bieten sollte, so daß die schmerzhaften Erfahrungen in der manchmal schwierigen therapeutischen Arbeit getragen werden konnten.

Das Hauptziel der Studie war das Verständnis von Borderline-Persönlichkeitsstörungen mit den Forschungsergebnissen der Bindungstheorie zu integrieren. Die zweite Aufgabe war die Intensivierung der therapeutischen Arbeit durch die simultane Anwendung von ET und GT. Diese Form des kontrollierten „splitting" war die Kernaufgabe des Projektes.

Entsprechend der American Psychiatric Association (1994) sind die wesentlichen Merkmale der Borderline-Persönlichkeitsstörung ein auffälliges Muster der Instabilität der interpersonellen Beziehungen, des Selbstbildes und der Affekte sowie der ausgeprägten Impulsivität, die im frühen Erwachsenenalter beginnt und in verschiedenen Zusammenhängen auftreten.

Das Handbuch (DSM III) beschreibt neun verschiedene Merkmale der BPS:

1. Die verzweifelten Versuche der Vermeidung von realer oder imaginärer Verlassenheit
2. Ein typisches Muster von instabilen und intensiven Beziehungen, gekennzeichnet durch Gegensätze von Idealisierung und Abwertung
3. Das sehr gestörte Identitätsgefühl und Selbstbild
4. Das impulsive und extrem selbstzerstörerische Verhalten wie z.B.: Mißbrauch von Drogen, sexuelle Promiskuität und Eßstörung
5. Wiederholtes selbstverletzendes oder suizidales Verhalten
6. Ausgeprägte emotionale Labilität
7. Chronisches Gefühl der Leere
8. Inadäquater Ärger und Wut
9. Im Rahmen von gewöhlichem Stress tauchen zeitweilig paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome auf.

Die meisten Merkmale der BPS können verstanden werden als Folgen von entweder einer Störung des Bindungssystems oder einer posttraumatischen Belastungsstörung nach „The American references to complex PTSD" oder weiterentwickelter PTSD (*Zulueta* 1993).

Aufgrund des Bindungssystems wählt das Kleinkind eine bevorzugte Person (normalerweise die Mutter), von der es eine konstante Überwachung bzw. Fürsorge einfordert. Mit der Zeit entwickelt sich das sogenannte sekundäre Bindungsverhalten (*Bowlby* 1969, 1973, 1980). Dieses Verhaltenssystem wird von internen und externen Anregungen aktiviert, das dem nach Schutz suchenden Kind einen Boden von Sicherheit anbietet. Wenn die fürsorgliche Person nicht verfügbar ist, protestiert das Kind, anschließend zeigt es Verzweiflung und letzten Endes wird es, wenn es sich verlassen und abgelehnt fühlt, Gleichgültigkeit aufweisen. Das Bindungssystem ist ein psycho/biologisches System, welches sich über den Prozeß von „Ineinklang-bringen" aufbaut (*Stern* 1985). Dies führt zur Entwicklung eines psychologischen Musters von Beziehungen zu anderen Beziehungspersonen, auch genannt „working model". Eine Arretierung der Entwicklung dieses Prozesses hat ernsthafte Langzeiteffekte sowohl in

physiologischen als auch in psychologischen Bereichen zur Folge (*Perry* & *Pate* 1993). Zum Beispiel hat eine chronische Belastung in der Kindheit eine hohe dysfunktionelle und schlecht adaptierte Hirnfunktion zur Folge. Diese biologischen Veränderungen sind begleitet von Defiziten im Selbstbild, in der Fähigkeit sich auf andere einzustimmen, in der Fähigkeit der Modulation der Affekte, in der Ausprägung der Destruktivität und in der Fähigkeit des Umgangs mit Trennung und Verlusten (*Perry* 1995). Enge Beziehungen bestehen zwischen Bindungsverhalten, Überleben und Angst. Kinder entwickeln verschiedene Repräsentanzen und Strategien in der Beziehung zu ihren Bezugspersonen und die innere Repräsentanz dieser Bindungspartner wird eng mit dem Selbstbild verknüpft.

Ainsworth (1978) untersuchte verschiedene Formen des Bindungsverhaltens und deren begleitende Strategien. 63% der Kinder hatten sichere Bindungen zu ihrer fürsorglichen Person. Die restliche 37% wiesen nur unsichere Bindungen auf. Ca. 12% zeigten eine ambivalent/ängstliche Form der Bindungen, 20% eine vermeidende Art der Bindung und 10 – 15% entwickelten eine desorganisierte Form des Bindungsverhaltens – eine Mischung von ängstlich/ambivalentem und vermeidendem Verhalten in der Beziehung zu der fürsorglichen Person.

Die Gruppe der vermeidenden Kinder erwies sich als Vernachläßigte oder abgelehnte Kinder, die gelernt haben, sich fern von dem Fürsorge Gebenden Aufmerksamkeit zu holen, um eine Ablehnung zu vermeiden. Diese Vermeidungsstrategie im Bindungssystem des Kindes ist eng verbunden mit einem tiefen Gefühl der Scham und Wut. Die Gruppe der desorganisierten Kinder hatten Eltern, die Mißbrauch an den Kindern verübten oder selbst an einer posttraumatischen Belastungssituation litten. Die Bindungspartner dieser Kinder waren entweder sehr ängstlich oder Angst machend (*Hesse* & *Main* 1992).

Viele solcher Kinder entwickelten später ein Dissoziationssyndrom einschließlich einer Borderlinepersönlichkeitsstörung (*Patrick* 1994). Das überwältigende Gefühl für diese Personen ist der Aspekt des Terrors und das beherrschende Gefühl ist ein Gefühl der Kontrolle, wie beim Leiden der posttraumatischen Belastungssituation.

Das Dissoziationssyndrom resultiert aus einem „double-bind-Paradoxon". Wenn die Kinder Eltern ausgeliefert waren, die sie mißbraucht oder terrorisiert haben, waren sie mit der Tatsache konfrontiert, daß die Beziehungsperson, von der sie Fürsorge und Schutz erhofften, gleichzeitig auch die Quelle des Terrors war. Bei dem verzweifelten Versuch die lebensnotwendige Beziehung zur Fürsorge gebenden Person aufrecht zu erhalten, ist das mißbrauchte Kind gezwungen, Gefühle, die die lebensnotwendige Beziehung bedrohen könnten, abzuspalten. Dieser Prozeß der Dissoziation kann zur Entwicklung verschiedener Zustände des Ichs führen, wie z.B.: emotionale Deprivation oder schwerer Mißbrauch bis hin zur Entwicklung eines Borderline-Syndroms. Dieser Prozeß impliziert ein Defizit an Integration verschiedener Aspekte von Erfahrungen, welche zu einer Spaltung des Ichs führen.

Die Stärke der frühen Ich-Entwicklung wird um so negativer beeinflußt, je öfter die o.g. Dissoziationsvorgänge aufgetreten sind.

Eine der schwierigsten Aufgaben für die Gruppentherapeuten bestand darin, die aktuelle Reinszenierung früherer Gefühle der Patienten in der Gruppe mit vergangenen traumatischen Erlebnissen kognitiv zu verbinden. Diese „flashbacks" stellen in der Gegenwart dieselben Gefühle des früher stattgehabten Traumas wieder her.

Der Gruppenleiter übernimmt in diesem Fall eine aktive Rolle, indem er kognitive, emotionale und verhaltenstherapeutische Aspekte der Reinszenierung integriert. Das heißt, wenn der Patient direkt gefragt wird, wird der Patient in der Lage sein, einen Fuß in der Gegenwart zu belassen, während er seine Vergangenheit wiedererlebt.

Am Beispiel einer Patientin in der Gruppentherapie wird die Hilfe der Integration des kognitiven Ansatzes mit der Reinszenierung der Vergangenheit verdeutlicht. Im Verlauf der dreijährigen Behandlung wurden dem Therapeuten die verschiedenen Ich-Zustände der Patientin deutlich. Zum Beispiel berichtete die Patientin einerseits über den Wunsch ihre Mutter zu beschützen und versuchte verzweifelt den Kontakt zu ihrer Mutter wieder aufzunehmen egal wie destruktiv dieser Kontakt für sie auch ausgesehen hatte. Ein anderes Mal berichtete sie über die mit dem frühkindlichen Mißbrauch verbundene Wut auf ihre Mutter. Die Aufgabe des Therapeuten war nun die Spaltung von dem kindlichen, kraftlosen, hilflosen Opfer und die Fähigkeit als Erwachsener zu handeln und zu denken, bewußt zu machen. Sein Ziel war zum einen die Patientin mit einem Gefühl der Kontrolle, der Kraft und Distanz über den Mißbrauch zu stärken. Zum anderen sollte der Therapeut dazu beitragen, daß sich die Patientin von der Reinszenierung ihrer Vergangenheit distanziert und den Prozeß der Bearbeitung der Gefühle und des Denkens in der aktuellen Gruppe fördern, so daß ein alternatives Denken und andere Gefühle bezüglich des Mißbrauchs entstehen konnten. Im dritten Behandlungsjahr konnte die Patientin die verschiedenen Ich-Zustände und deren korrespondierende Gefühle integrieren. Sie lernte die verschiedenen Aspekte ihrer Mutter zu tolerieren. Dies war begleitet mit der Notwendigkeit der Reinszenierung ihres Traumas in der Gruppe.

Das Konzept des dargestellten Projektes mit der simultanen Behandlung von Einzel- und Gruppenpsychotherapie bietet die Möglichkeit, die Spaltungen, die bei Borderlinepatienten unvermeidlich im therapeutischen Prozeß auftauchen, zu tragen. Wenn eine negative Übertragung in der Gruppe auftritt, hat der Patient die Möglichkeit seine mit der gruppentherapeutischen Erfahrung einhergehenden Wut und Ärger mit dem Einzeltherapeuten, zu dem er eine positivere emotionale Bindung hat, zu bearbeiten. Das gleiche gilt umgekehrt für die Einzeltherapie. Wenn Intimitäten in der Einzelsituation zu bedrohlich werden, bietet die gruppentherapeutische Situation einen geschützteren Rahmen, um die

Schwierigkeiten mit anderen Gruppenmitgliedern zu teilen ohne die Gefahr, erneut in die abhängige Mißbrauchssituation zu geraten.

Die Therapeuten lernten ihre eigenen Frustrationen und Rivalitäten zu tragen, wenn sie im therapeutischen Prozeß bemerkten, daß ein Therapeut von dem gleichen Patienten abgewertet und der andere idealisiert wird. Die getragene Spaltung, welche sich im letzten therapeutischen Jahr in der Einzel- und Gruppenpsychotherapie entwickelte, konnte den meisten der Patienten helfen, die selbstdestruktive Verhaltensweise aufzugeben. Im letzten Jahr konnten die Patienten gemeinsam mitteilen, von welchen Dynamiken sie sich verabschiedet und welche neuen Erfahrungen sie gemeinsam erarbeitet hatten. Vier Patienten konnten wieder eine Arbeit aufnehmen und entwickelten eine zufriedenstellende längerfristige Partnerschaft. Der allerwichtigste Aspekt, der alle Gruppenmitglieder betraf, war die Fähigkeit sich Hilfe zu holen, wenn sie sie benötigten anstatt selbstzerstörerisches Verhalten zu entwickeln.

References

Ainsworth, M.D.S.; Blehar, M.C.; Waters, E. and *Wall, S.* (1978): Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation (Hillsdale N.H.: Erlbaum)

American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edn.) (DSM-IV). (Washington DC: APA)

Bowlby, J. (1969): Attachment and Loss. 2nd Edition. Vol. 1 Attachment (London: Hogarth Press)

– (1996): Attachment and Loss. Vol. 2. Separation, Anxiety and Anger (London: Hogarth Presss)

– (1980): Attachment and Loss. Vol. 3 Loss, Sadness and Depression (London: Hogarth Press)

Bremer, J.D.; Randall, P.; Scott, T.M.; Bronen, R.A.; Seibyl, J.B.; Southwick, S.M.; Delaney, R.C.; McCarthy, G.; Charney, D.S. and *Innis, R.B.* (1995): MRI-based measures of hippocampal volume in Vietnam Combat Veterans. In: American Journal of Psychiatry, 151, 973-981.

Fairbairn, R.(1952): Psychoanalytic study of the personaltiy. (London: Routledge and Kegan Paul)

George, C.; Kaplan, N. and *Main, M.* (1985): The Adult Attachment Interview. Privileged communication. Department of Psychology, University of California at Berkeley. (To appear in Assessing Attachment through Discourse, Drawings and Reunion Situations, ed. *M. Main* and *R. Godlwyn* (New York: Cambridge University Press)

Herman, J. (1992): Trauma and Recovery,. the aftermath of violence from domestic abuse to political terror. (United States of America: Basic Books)

Main, M. (1981): Avoidance in the service of attachment, a working paper. In: *K. Immelman, G. Barlow, M. Main* and *L. Petrinovitch* (eds:) Behavioural Development: The Bielefeld Interdisciplinary Project. (New York: Cambridge University Press)

Main, M. and *Hesse, E.* (1992): Disorganised/disorientated infant behaviour in the Strange Situation, lapses in monitoring of reasoning and discourse during the parent's Adult Attachment Interview, and Dissociative States. In: *M. Ammanati* and *D. Stern* (eds.), Attachment and Psychoanalysis (Rome: Gius, Laterza and Figli, 1–56 (translated into Italian)

Patrick, M.; Hobson, R.P, Castle, P., Howard, R. and *Maughan, B.* (1994): Personality disorder and the early representation of early social experience. In: Developmental Psychopathology, 94, 375–388

Perry, B.D. (1997): Memories of Fear. How the Brain Stores and Retrieves Physiologic States, Feelings, Behaviours and Thoughts from Traumatic Events. In: *J. Goodwin* and *R. Attias* (Eds.): Images of the Body in Trauma (Basic Books (in press)

Perry, B.D. and *Pate, J.E.* (1993): Neurodevelopment and the psychobiological roots of post traumatic stress disorder. In: *L.F. Kosiol* and *C.E. Stout* (Eds.): The Neuropsychology of mental disorders: A Practical Guide (Springfield: Charles C. Thomas)

Perry, B.D.; Pollard, R.; Blakeley, T.; Baker, W.; Vigilante, D. (1995): Childhood trauma, the neurobiology of adaption and 'use-dependent' development of the brain: how »states« become »traits«. In: Infant Mental Health Journal, 16 (4), 271–129

Pines, M. (1990): Group Analytic Psychotherapy and the Borderline Patient. In: *B.E. Roth, W.N. Stone* and *H.D. Kibel* (Eds.): The Difficult Patient in Group. Group Psychotherapy with Borderline and Narcissistic Disorders. American Group Psychotherapy Association, Monograph Series (Madison, Connecticut: International Universities Press, Inc.)

Pines, M. and *Schermer, V.L.* (1994): An editorial introduction. In: *V.L. Schermer* and *M. Pines* (Eds.) Ring of Fire. Primitve Affects and Object Relations in Group Therapy (London: Routledge)

Pitman, R.K.; Van der Kolk, B.A.; Scott, P.O. and *Greenberg, M.S.* (1990): Naloxone-reversible analgesic response to combat related stimuli in post-traumatic stress disorder. In: Archives of General Psychiatry, 47, 541–544.

Rauch, S.L.; Van der Kolk, B.A.; Fisler, R.E.; Alpert, N.M.; Orr, S.P.; Savage, C.R.; Fischman, A.J.; Jenike, M.A. and *Pitman, R.K.* (1996): A symptom provocation study of posttraumatic disorder using positron emission tomography and scipt driven imagery. In: Archives of General Psychiatry, 53: 380-387

Srouf, L.A. (1983): Infant-caregiver attachment and patterns of adaption in pre-school. The roots of maladaptation and competence. In: *M. Perlmutter* (Ed.): Minnesota Symposium in Child Psychology (Volume 16, 41–81) (Hillsdale, N.J.: Erlbaum)

Stern, D. (1985): The interpersonal world of the infant: a view from psychoanalysis and developmental psychology (New York: Basis Books)

Van der Kolk, B.A. (1989): The body keeps the score: memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. In: Harvard Review of Psychiatry, 1, 253–265

Welldon, E.V. (1988): Mother, Madonna, Whore (London: Free Association Books)

Zulueta, F. de (1993): From Pain to Violence: The Traumatic Roots of Destructiveness (London: Whurr)

Address of the author:

Felicity de Zulueta, M.D.
Traumatic Stress Service
Maudsley Hospital London
England

Die Bedeutung der humanstrukturellen Tanztherapie für die Behandlung von Borderlinestörungen**

Gertraud Reitz (München)*

Die Autorin untersucht die spezifische Bedeutung der von Günter Ammon entwickelten humanstrukturellen Tanztherapie in Kombination mit Gruppen-Psychotherapie, Einzeltherapie und Milieutherapie bei der ambulanten Behandlung von Borderline - Patienten.
Als ganzheitliche körperliche Ausdrucksform des Menschen bietet der humanstrukturelle Tanz gerade auch für Borderlinestörungen die Möglichkeit sich im gleichzeitigen Ausdruck von Körper, Geist und Seele selbst zu erleben, im Feedback der Gruppe Unterstützung in der Wahrnehmung der Identität und Sozialenergie für die Identitätsentwicklung, speziell für die Entwicklung der Humanfunktion der Integration zu bekommen.
Untersucht wurden 50 Patienten, die die Tanztherapie nach durchschnittlich 4 Jahren Tanzarbeit abgeschlossen haben.
Als Methode dienen:
1. differentialdiagnostische Einstufung der 50 Patienten,
2. Analyse der Tanzvideos durch unabhängige Rater,
3. Auswertung der Gruppenprotokolle der Therapiegruppen,
4. Auswertung der Ich-Struktur-Tests nach Ammon
Am Beispiel der Ergebnisse soll der Einfluß der Tanztherapie als einer integrativen Körpertherapie im Zusammenhang mit der Fragestellung diskutiert werden.

Die T a n z t h e r a p i e ist integriert in eine analytisch arbeitende Gruppenpsychotherapie, die eine andere Zusammensetzung als die tanztherapeutische Gruppe hat. Zusätzlich finden zwei mal jährlich milieutherapeutische Tagungen statt, in die auch die Tanztherapie einbezogen ist. Außerdem findet bei Bedarf eine analytische Einzeltherapie statt. Dieses für die humanstrukturelle Tanztherapie spezifische Setting dient dazu, den Prozeß der Integration zu ermöglichen und zu verstärken.

Dabei hat jede Form der Therapie spezifische Bedeutung: die Einzeltherapie ist vor allem zu Beginn der Therapie für die Menschen indiziert, die einer nachholenden Symbiose bedürfen und/oder aufgrund ihrer verinnerlichten Familiendynamik zu starke Gruppenängste entwickelt haben.

Die therapeutische Gruppe bietet ein großes Feld von Übertragungs- und Gegenübertragungsmöglichkeiten. Die verinnerlichte Familiendynamik spiegelt sich wider in der Gruppe und macht die gesunden, die kranken und die defizitären Anteile der Persönlichkeit sichtbar und behandelbar (*Ammon* 1981).

Die M i l i e u t h e r a p i e bietet durch das Zusammenfallen von Realität und Therapie den Patienten die vielfältigsten Möglichkeiten zur Beziehungsaufnahme an, sowohl zu Patienten als auch zu den Therapeuten. In dieser Therapie ist der Therapeut ausdrücklich der Partner des Patienten.

* Dr. phil., Training Analyst at the Munich Training and Research Institute of DAP, Chair of the Foundation for Therapeutic Living Communities

** Paper presented at the 12th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry (WADP) / 25th Internat. Symposium for the German Academy of Psychoanalysis (DAP), March 17-21, 1999 at the Humboldt-Universität Berlin

Er ist auch Lernender, da er oft ebenso mit neuen Anforderungen konfrontiert wird wie die Patienten (*Ammon* 1979; *Ernst Federn* 1998; *Winkelmann* 1998).

Die therapeutische Gruppe ist der Ort, an dem alle Informationen zusammenfließen. Hier werden auch die milieutherapeutischen Tagungen vor - und nachbereitet. Hier werden die in der Tanztherapie auf Video aufgenommenen Tänze angesehen und weiter besprochen. Die Tänzerin sieht sich selber im Video und kann ihre innere Wahrnehmung mit der äußeren und der der Gruppenmitglieder vergleichen. Je realitätsgerechter die Wahrnehmung, desto höher der Grad der Integration (desto gesünder die Persönlichkeit). In der therapeutischen Gruppe findet noch einmal die Bewußtmachung des in der Tanz- und in der Milieutherapie Erlebten statt, ebenso die Arbeit mit Träumen und die verbale Auseinandersetzung über auftretende Konflikte in der Gruppe und Widerstände im therapeutischen Prozeß. Auch die Einbeziehung der Lebensrealität hat hier einen größeren Raum.

Dieses breite Spektrum therapeutischer Interventionen, die Einzeltherapie, die Gruppentherapie, die Humanstrukturelle Tanztherapie und die Milieutherapie mit ihren wechselnden Gruppenzusammensetzungen und ihrer Verwobenheit bilden ein großes therapeutisches, sozialenergetisches Feld. Es ermöglicht ein Heranführen an Grenzsituationen und macht dadurch sowohl Abgrenzung der Symptomatik als auch Freisetzung des im Symptom gebundenen kreativen Potentials und damit Integration und Entwicklung möglich.

Die Zentrale Humanfunktion der Integration

"Die zentrale Ich-Funktion der Integration bildet ein wichtiges Regulationsprinzip für Ich-strukturelles Wachstum und Veränderung" (*Ammon* 1982). Die normale Ich-strukturelle Entwicklung ist gekennzeichnet durch eine flexible Regulation von integrativen und desintegrativen Prozessen. Gruppenstrukturen und Ich-Strukturen können sich nur dann verändern, wenn die bestehenden strukturellen Invarianzen gelockert werden und neuartigen Beziehungen innerhalb der Struktur Raum gegeben wird.

Ich-strukturelle Entwicklung ist daher ohne ein gewisses Maß an Desorganisation nicht denkbar. Jede sich herausbildende Ich-strukturelle Organisation, die gruppenabhängig im Prozeß von Desintegration und Reintegration des Ichs entsteht, setzt neue Differenzierungen innerhalb der gesamten Ich-Struktur. Dadurch verändern sich die Abhängigkeiten der Ich-Funktionen untereinander, ebenso wie ihre Wechselwirkungen und Hierarchie. Jede Stufe und Art der Ich-Integration weist daher die ihr entsprechende Ich-strukturelle Differenzierung aus (*Ammon* 1982). Diese Zusammenhänge lassen sich beobachten und überprüfen durch die Ergebnisse der ISTA-Messungen, die mindestens einmal jährlich den therapeutischen Prozeß begleiten.

Sie lassen sich auch beobachten an den mit Video aufgezeichneten Tänzen. Auf diese Weise werden sie für den Patienten sichtbar und erlebbar. Er kann mit Hilfe der Gruppe und der Therapeuten beim Anschauen der Videos seine Wahrnehmung überprüfen und korrigieren. Das ermöglicht auch eine Korrektur und Abgrenzung von Übertragungen. So kann der einzelne im Video sehen, daß die Gruppe ihm freundlich zugewandt war, was er beim Tanz nicht wahrnehmen konnte. Diese positive Wahrnehmung ermöglicht so eine Abgrenzung von negativer Wahrnehmung und schafft Raum für neue Erfahrung.

A b g r e n z u n g und I n t e g r a t i o n stehen in einem direkten Zusammenhang. Sie regulieren – zusammen mit der Aggression und der Angst – den Widerstand bzw. das Maß an Sozialenergie, das zugelassen wird, um eine Integration neuer Erfahrungen zu ermöglichen.

Das Medium der Integration ist die Sozialenergie, die verschiedene Formen annehmen kann und alle Dimensionen der Persönlichkeit, der körperlichen, der geistigen und der psychischen erreichen muß.

Ziel der therapeutischen Arbeit ist es, die Verletzungen, die zu Krankheit und Störungen in der Persönlichkeit geführt haben, zu heilen, nicht berührte Bereiche des Unbewußten zu beleben und arretierte Prozesse in der Bildung der Humanstrukturen an ihren Entstehungspunkten aufzusuchen und aufzulösen, um nachholende Entwicklung und Integration zu ermöglichen. Dies zu erreichen, bietet der Tanz als Ausdruck des Unbewußten und Zugang zum Unbewußten sowohl diagnostisch als auch therapeutisch große Möglichkeiten.

Folgende Merkmale kennzeichnen die Patienten meiner Stichprobe als Borderline-Persönlichkeiten, wobei zu unterscheiden ist nach gruppendynamischen und strukturellen Gesichtspunkten:

1. Gruppendynamische Gesichtspunkte

- Defizitäre bzw. destruktive Sozialenergie bestimmten die Gruppendynamik der Familie, alle Störungen sind sozialenergetisch bedingt.
- Alle hier untersuchten Patienten leiden unter dem Symbiosekomplex, d.h. die Störungen liegen vor dem 3. Lebensjahr. Das läßt sich aus den Familiendynamiken der Patienten belegen, ebenso wie aus der Auswertung der Fragen zum „aktuellen Anlaß zum Therapiebeginn". Dazu werden vor allem Beziehungsstörungen, Eheschwierigkeiten, Prüfungsängste, Lernstörungen, Trennungen vom Partner angegeben, d.h. die auslösenden Situationen zum Therapiebeginn waren gestörte bzw. nicht gelungene Abgrenzungsschritte aus der Primärfamilie oder die Wiederholung dieser Dynamik in Partnerbeziehungen. Man könnte diese Menschen alle als sogenannte Trennungsgeschädigte bezeichnen.
- Nicht gelöste Symbiosen, die in die Lebensrealität hineinagiert werden oder sich als Psychosomatik oder Depression zeigen, kennzeichnen die Borderline-Persönlichkeiten.

2. *Humanstrukturelle Gesichtspunkte*

Diese erlebten und verinnerlichten Familiendynamiken bestimmen die Humanstruktur und den Kern der Identität dieser Menschen,

- alle Störungen sind Störungen der Identität und der Integration;
- alle leiden unter der Grundstörung des Körper-Ich, des Körpererlebens und der Körperbeziehung. Sie lehnen ihren Körper ab und agieren diese Ablehnung durch schwere Depression oder häufig auch über destruktive Sexualität, je nachdem, welches Schicksal die einzelnen Humanfunktionen genommen haben;
- alle Störungen betreffen die Abgrenzungsfähigkeit, was sich aus den Anamnesen und Tests herleiten läßt;
- daraus resultieren schwere Kontakt- und Beziehungsstörungen zu sich selbst und zu anderen;
- bei allen von mir untersuchten 50 Patienten ist die Sexualität defizitär bzw. destruktiv entwickelt bzw. desintegriert;
- es besteht eine Desintegration von psychischem Erleben, Wollen und Denken;
- alle Angst ist eine Todes- und Identitätsangst
- die Pseudoidentitäten dienen der Abwehr von existentieller Angst. Der Borderline-Patient ist von pathologisch-destruktiver Angst beherrscht. Wichtig ist darum die Entwicklung einer Abgrenzungsfähigkeit der Angst gegenüber.
- die Kehrseite der Angst ist die Aggression d.h. die destruktive Aggression, die die destruktive Angst binden kann. Diese Dynamik wird am stärksten in den Tänzen sichtbar.
- Die Durcharbeitung der destruktiven Aggression ist darum eine der wichtigsten Arbeiten im therapeutischen Prozeß.
- in der Tanztherapie ist diese Durcharbeitung eher möglich als in anderen therapeutischen Feldern.

Die Bearbeitung destruktiver Aggression ist der Wendepunkt jeder therapeutischen Arbeit. Ist der Patient freundlich angepaßt und bleibt destruktive Aggression verborgen, kann die Therapie nicht als abgeschlossen angesehen werden. Die destruktive Aggression gilt darum als der schwierigste Widerstand in der Therapie (*Ammon* 1982).

Hier kann die Tanztherapie viel leisten, wie ich in meiner Arbeit immer wieder feststellen konnte. Durch die Möglichkeit der körperlichen Bewegung, durch die Unterstützung der in der Tanzgruppe entstehenden Sozialenergie, durch den Einsatz der Musik, durch Trommeln, Klatschen und den Einsatz der Stimme wird es schrittweise möglich, sich von destruktiver Aggression und Schuldgefühlen zu befreien.

Probleme in der Therapie der Borderline Patienten

Das Hauptproblem, aber auch eine besondere Chance der Borderlinetherapie ist das Agieren der Patienten. Sie setzen ihre verinnerlichte

Familiendynamik unbewußt in Szene. Es müssen darum Felder bereitgestellt werden, um einen Weg für diese Ausdrucksmöglichkeit zu schaffen; denn Borderlinepatienten haben die sekundäre Ich-Funktion der Verdrängung kaum entwickelt. Solche Agierfelder können vor allem in der tanztherapeutischen Gruppe und im milieutherapeutischen Feld bereitgestellt werden.

Das Wesen der Borderlineerkrankung kann nur auf dem Hintergrund einer integrierten Vorstellung der Gesamtpersönlichkeit des Menschen verstanden werden. Entsprechend der Mehrdimensionalität des Menschen ist immer zu fragen, in welchen Dimensionen die Entwicklung fehlgelaufen ist. So ist auch der Tanz als ein Prozeß zu sehen, in dem Entwicklung nur möglich wird durch die Einbeziehung verschiedener gruppendynamischer Felder und Medien, die beim Einzelnen sozialenergetische Prozesse in Gang bringen, am Unbewußten ansetzen und nachholende Entwicklung und Integration bewirken können.

Dies kann einmal mehr in der Tanztherapie, in der Milieutherapie, in der Gruppen- oder Einzeltherapie geschehen durch die Arbeit mit Träumen oder durch die Besprechung der Tanzvideos, durch die heilende Wirkung der Tänze auch bei den Zuschauern. Alle Medien wirken aufeinander, beeinflussen sich wechselseitig in einem längerdauernden Prozeß.

Integration in der Tanztherapie auf der Körperebene

Entwicklung der Abgrenzungsfähigkeit

Der Tanz führt den Menschen in Grenzsituationen und macht es ihm möglich, seine Grenzen körperlich und geistig zu öffnen und zu schließen

- dadurch kann er die Sozialenergie, die das Medium der Integration ist, von der Gruppe annehmen und in einen Austausch mit der Gruppe treten,
- im Tanz wird besonders das flexible Umgehen mit Nähe und Distanz möglich, ebenso die Erfahrung von körperlicher Abgrenzung,
- das macht es möglich, den eigenen Körper anzunehmen als Ausdruck der eigenen Identität
- Arretierungen können sich lösen, ebenso wie stereotype Bewegungsmuster, die in der aktuellen Situation ihren Sinn verloren haben,
- durch die Regulierung der Energie während des Tanzes und der liebevollen Reaktion der Gruppe kann der Tänzer seinen Körper in ruhigen Bewegungen zeigen, was auch ein Ausdruck von weniger Angst sein kann,
- es wird allmählich möglich, Musik und Bewegung in Harmonie zu bringen.

Destruktive Angst und vor allem destruktive Aggression können in der Regel in der Tanzarbeit geäußert werden durch Schreien, Stampfen, durch das Trommeln und Klatschen der Tanzgruppe. Die Sozialenergie der Gruppe kann in der Tanzgruppe eher angenommen werden als in der mehr

verbalen Gruppe. Es entsteht dann eine große Ruhe in der Tanzgruppe. Man hat das Gefühl, daß Tänzer und Gruppe in ihrem Unbewußten miteinander verbunden sind und in Austausch treten können.

Der Prozeß der Integration setzt sich fort in der therapeutischen Gruppe:

- durch das Ansehen und Besprechen der Tänze auf Video
- eine neue Form der Auseinandersetzung wird möglich
- Traumfähigkeit wird entwickelt und gestärkt
- Selbst- und Fremdwahrnehmung kommen in Übereinstimmung.

Integration in der Lebensrealität der Menschen

- Das Agieren hinein in das Lebensfeld hat einem bewußten Handeln Platz gemacht „unter der Kontrolle des Ich".
- Durch die Annahme der symbiotischen Wünsche in der Therapie und der Durcharbeitung und Abgrenzung vor allem in der Tanztherapie, können die symbiotischen Partnerbeziehungen verändert oder aufgelöst werden.
- Nach der Durcharbeitung alter Verlassenheitsängste und dem daraus resultierenden destruktiven Agieren, vor allem im Bereich der Sexualität, kann sich ein Maß an konstruktiver Sexualität entwickeln, das zu Kontakt und Liebe führen kann.
- Etwas Ähnliches gilt für die destruktive Angst. Nachdem ein stärkeres Maß an Angst gezeigt und verstanden werden konnte, haben sich die überflutenden Ängste verringert und einem tolerierbaren, realitätsgerechten Maß von Angst Platz gemacht.
- Durch die sich angenäherte Selbst- und Fremdwahrnehmung im Tanz, hat auch im Beruf eine stärkere Annäherung von Realität und Selbsteinschätzung stattgefunden.
- Das Agieren, das in der Therapie seinen Platz finden konnte, hat die berufliche Realität entlastet ebenso wie die Familiengruppe und die Beziehungen.

Ergebnisse und Interpretationen

I. Wichtigste Voraussetzung für den Nutzen der Tanztherapie ist die Fähigkeit und die Möglichkeit, Sozialenergie anzunehmen und auch zu geben, d. h. in einen sozialenergetischen Austausch mit der Gruppe zu treten, weniger die verschiedenen Krankheitsbilder.
II. Die Humanstrukturelle Tanztherapie ist für die Behandlung von Borderline-Störungen in besonderem Maße geeignet aufgrund ihrer mehrdimensionalen und integrativen Wirkung (Abb. 1).

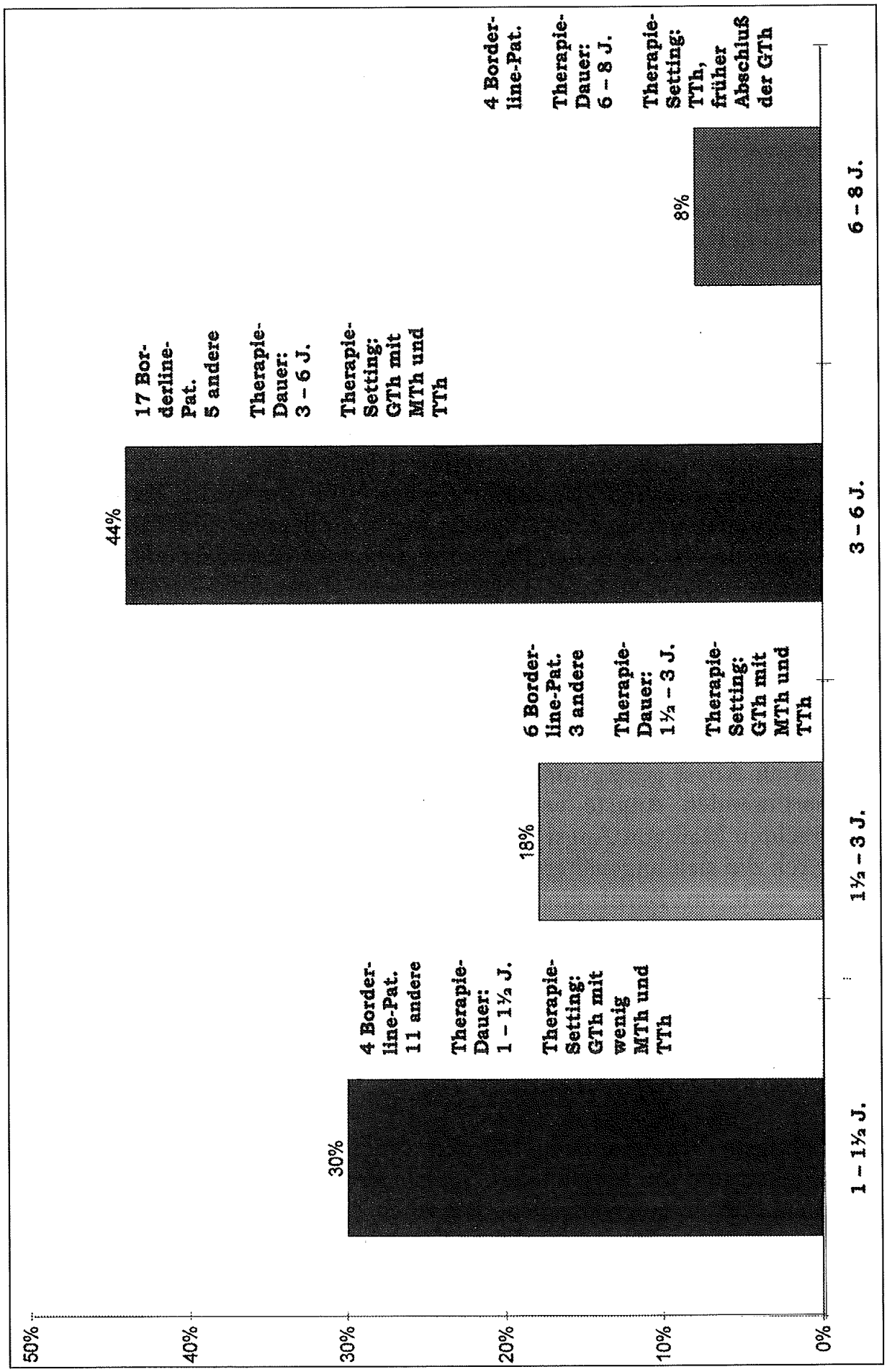


Abb. 1: Humanstrukturelle Tanztherapie und Integration (Effizienz) bei Borderline-Störungen (50 Patienten nach abgeschlossener Tanztherapie)

1. Es zeigt sich ein starker Zusammenhang zwischen Verweildauer in der Tanztherapie, d. h. auch in der Therapie insgesamt, und dem Grad der Integration, d. h. auch der Effizienz der Tanztherapie.
2. Es zeigt sich ein weiterer Zusammenhang zwischen dem Nutzen der therapeutischen Felder (Gruppentherapie, Tanztherapie, Milieutherapie, Tanzwochenenden) und der Effizienz bzw. Integration, d. h. die Integration ist am höchsten, wenn alle therapeutischen Felder genutzt werden konnten.
   70 %, das sind 35 Patienten, haben einen hohen Grad an Integration erreicht, sie konnten das angebotene Setting nutzen.
3. Die nach außen gerichteten, agierenden Patienten haben einen größeren Nutzen durch die Tanztherapie als die zurückgenommenen, Schweigenden (*Ammon*, 1988).
4. Es gibt eine Gruppe von 16 Patienten (30 % Borderline-Störungen, 70 % archaisch Ich-Kranke), die durch die Tanztherapie weniger Integration erreichen konnten. Man könnte für diese Gruppe sagen, daß sie zunächst andere Kontaktbrücken brauchen, wie z. B. Maltherapie und Milieutherapie oder auch eine längere Einzeltherapie.
   Es muß eine bestimmte Stufe der körperlichen Trennung aus der Symbiose erreicht sein, um eine Wiedergutmachung auf der Körperebene zu ermöglichen.
   Eine zu starke Sexualproblematik oder Agieren über Sexualität verhindern das Tanzen, wenn diese Problematik in der Tanztherapie nicht bearbeitet werden kann. Auch die nicht mitgeteilte Eifersucht und die damit zusammenhängende destruktive Aggression können das Tanzen verhindern, wenn die Durcharbeitung nicht möglich wurde.

Diesen Fragen nachzugehen ist eine weitere wichtige Aufgabe.

Zusammenfassung:

Bei meinen Aussagen kann es sich nur um Annäherungswerte handeln, da es kein Meßinstrument gibt, um festzustellen, welche Form der Therapie den größten Nutzen für den einzelnen hat. Dennoch läßt sich auf Grund meiner Beobachtungen, Befragungen und Aussagen der Patienten feststellen, daß besonders die humanstrukturelle Tanztherapie einen wichtigen Platz im therapeutischen Setting einnimmt.

Es läßt sich sagen, daß der Grad der Integration, d.h. der Grad der Heilung sich an der Beziehungsfähigkeit, der Arbeitsfähigkeit und der Liebesfähigkeit zeigt.

The Meaning of Humanstructural Dancetherapy in the Treatment of Borderline Personality Disorders

Gertraud Reitz (Munich)

The author surveys the specific importance of *Günter Ammon's* Human-Structural Dance Therapy in the framework of outpatient therapy for the treatment of borderline disorders.

Her survey bases on a group of 50 patients who, over a period of 10 years, have completed dance therapy after an average period of 4 years. At first the specific setting is discribed, that means, that the dance therapy is always integrated in an analytically working group therapy and if necessary into an individual therapy. In addition there are two milieutherapeutic meetings per year, which also include dance therapy. The importance of the different therapeutic methods is discribed.

The emphasis will be on the question of integration since it is the borderline patients particularity to suffer from personality disintegration. The author discribes the Central Human-Funktion of integration and discusses the special importance of dance therapy in combination with the other therapeutic methods for the development of integration.

In another part the author discribes the sample of 50 patients under the aspekt of borderline disorders. All patients are diagnosed with the set of group-dynamic and structural characteristics which show them to have borderline personalities. Main problems in the therapy of the borderline syndrom are worked out. The process of integration will be demonstrated in the effects on the body level in dance therapy, through the viewing and discussion of the dance videos in the therapeutical group.

The process of integration is also tested by interviews with the patients and reflection in the therapeutical group.

Finally the conclusions and interpretations are represented.

1. The prerequisite for benefiting from dance therapy is not so much the respective symptoms but rather the ability and the possibility to accept and also to provide social energy, i.e. to enter into a social-energetic exchange with the group.
2. Owing to its multi-dimensional and integrative effects, human-structural dance therapy is particularly appropiate in the treatment of borderline disorders (cp transparency).
   a.) There is a high correlation between the duration of dance therapy, and also of therapy as a whole, and the degree of integration, wich represents the efficiency of dance therapy.
   b.) There is another correlation between the effectiveness of the therapeutic fields (group therapy, dance therapy, milieu-therapy, dance weekends) and the efficiency or integration, respectively. This is to say that integration is highest in those patients who could benefit from all of the therapeutic fields. 72% or 36 of the patients have reached a high degree of integration. They were able to make use of setting provided.

Within the framework of this paper it is not possible to specify the degree of integration gained for each of the 50 patients under examination individually.

If viewed on a spectrum the degree of integration and consequently the extent to which they can be considerd as being cured manifests itself in their ability to enter in relationships, in their ability to work and in their ability to love.

Literatur

Ammon, G. (1981): Ich-strukturelle Gruppenpsychotherapie – in: Dyn. Psych. (15) 1 - 9
- (1982): Das sozialenergetische Prinzip – in: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 2 (München: Ernst Reinhard)
- (1986): Humanstruktureller Tanz – Heilkunst und Selbsterfahrung – in: Dyn. Psychiat. (19) 317 - 342
- (1998) Das Borderline-Syndrom. Krankheit unserer Zeit (Berlin: Pinel)

Ammon, G.; Ammon, Gisela; Marsen, B. (1979): Das Borderline-Syndrom und das ich-strukturelle Arbeiten – in: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1 (München, Basel: Ernst Reinhardt)

Ammon, G. et. al. (1998): Ich-Struktur-Test nach Ammon (ISTA), Manual (Frankfurt/M: Swets & Zeitlinger)

Berger, M.(1988): Das Menschenbild der Dynamischen Psychiatrie als ethisches Prinzip der humanstrukturologischen Wissenschaft und Forschung – in: Dyn. Psychiat. (31) 224 - 231

Federn, E. (1998): Die Therapeut-Patient-Beziehung in Einzel-, Gruppen- und Milieutherapie. Dyn. Psych. (32) 78 - 84

Peschke, V. (1982): Neuropsychische funktionelle Systeme und Ich-Struktur – in: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 2 (München, Basel: Ernst Reinhardt)

Reitz, G. (1986): Zur Integration des Humanstrukturelles Tanzes im gruppentherapeutischen Prozeß – in: Dyn. Psych. (19) 353 - 366
- (1987): Tanz, Traum und Gruppe. Der Entwicklungsprozeß einer Patientin in einer Humanstrukturellen Tanztherapie und in der Gruppentherapie – Vortrag gehalten auf dem 5. Weltkongreß der WADP/XVIII. Internationales Symposium der DAP (unveröffentlichtes Manuskript)
- (1988): Die Bedeutung der Humanstrukturellen Tanztherapie für die Entwicklung der Liebesfähigkeit – in: Dyn. Psych. (21) 436 - 447
- (1991): Der therapeutische Prozeß eines Borderline-Patienten im Feld von Gruppen- und Tanztherapie und – ein kasuistischer Beitrag – in: Dyn. Psych. (24) 56 - 69
- (1996): Humanstrukturelle Tanztherapie und die Entwicklung von Körperlichkeit und Sexualität – in: Dyn. Psych. (29) 78 - 91

Trautmann-Voigt, S.; Voigt, B. (1998): Bewegung ins Unbewußte – in: Wissen und Praxis (83) (Frankfurt/M.: Brandes und Aspel)

Winkelmann, U. (1998): Ambulante Milieutherapie – in: Dyn. Psych. (32) 8 - 26

Adresse der Autorin:

Dr. phil. Gertraud Reitz
Arcisstraße 59
D-80799 München

Treatment of Adolescent Borderline Patients in a Psychiatric Unit

Irenat Namyslowska, Antoni Jakubczyk, Cezary Zechowski (Warschau)*

In case of borderline-disease in adolescents the authors emphasize a basic need of long-term psychotherapy in specialized inpatient or outpatient centers. At the time these special services for treatment of young borderline patients do not exist in Poland. If there is a need for hospitalization, they have to be treated in general psychiatric units for adolescents. The article deals with several dilemmas and peculiarities posed by this necessity. Despite all difficulties the authors draw an optimistic picture, that with special training of the staff and appropriate structuring of the unit the patients can be helped to acquire some elementary insights, which can be the basis for a future long-term outpatient psychotherapy. Great importance is attached to structuring, setting limits and clear boundaries in connection with an holding environment; training and regular staff meetings in order to deal with specific problems of primitive defense mechanisms such as splitting or projective identification, standardization of different therapeutic models, integration of the patient's family into the therapeutic process.

Adolescent borderline patients need long term psychotherapy either in special hospital units, day hospitals or outpatient centers. All these institutions are specially organized to meet the needs of this special category of patients. The provision of structure, setting the limits and, most of all, long-term psychotherapy are often mentioned as the important features of such services. Special services for treatment of young borderline patients do not exist in Poland. These patients are treated either in private practice or, if there is a need for hospitalization, in general psychiatric units for adolescent patients. In our presentation we would like to discuss several dilemmas posed by the treatment of adolescent borderline patients in a psychiatric ward in the context of basic principles of functioning of such unit.

As the basic and most important principle we consider the agreement of all the staff members for common goals, work methods and division of duties and responsibilities. The ultimate goal of an adolescent unit is not only the symptomatic cure of patients, but most of all, the help given to them in solving their adolescent crisis, such as separation and individuation from the family of origin, without too much guilt feelings. Clear boundaries, good communication, limit settings, provision of safety in holding destructive or autodestructive impulses are important features in hospital treatment of adolescent patients. To a great extend such features remind us of a healthy, functional family in the adolescent phase of family life cycle.

Let us discuss now, how these principles apply to the treatment of borderline patients: Borderline patients, more than others, need structure to

* Drs. med., Department of Child and Adolescent Psychiatry, Institute of Psychiatry and Neurology, Warschau, Polen

** 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.

help them to deal constuctively with their destructive and autodestructive impulses.

In our unit we try to create a therapeutic community to help the patients to deal with this problem. In every therapeutic environment the ward staff accepts seriously the unhealthy part of the patient without anxiety or disregard, concerning his symptoms or behaviours which often take place at home or in normal environment. In one sense, the staff accepts the reality of the patient. Therapeutic environment is something which holds the patients – in *Winnicot*'s terminology it is a holding environment. Using *Kepiński*'s expression it is a maternal environment. It means that the staff plays maternal functions towards the patient, adjusted of course to his or her needs and possibilities. The patient may need maternal care on a very primitive, basic level, such as feeding and washing, or on a different, more mature level, such as helping him with separation and individuation. In the unit, nurses play rather a maternal role, while doctors play a paternal one. The latter are difficult to reach and constantly busy. What's more, they are responsible for the most important decisions and setting limits, which resemble the socializing process in the family.

Setting limits is an important part of the ward structure. All patients start their treatment with signing the contract with the set of regulations. This contract begins with words of greetings, followed by norms and principles regulating ward structure, with the detailed informations what is allowed and what it is not in the unit. Consequences of unwanted behaviour are explicity stated, the patient is warned about eventual penalties for breaking ward regulations – such as, for example, withdrawing privileges, or even compulsory discharge as in the case of alcohol and narcotics use.

Diagnostic heterogenity of the ward makes difficult to treat all the group of patients in the same way. There is no doubt that borderline patients need more structure than schizophrenic patients, or different structure than patients with eating disorders. So, in case of them, special, individual contracts are reached. Very often these contracts concern specific behaviours such as autoaggressive acts.

Words are very important in psychotherapy – they carry the meaning of what is going on between patient and therapist and between patients and the rest of the unit. But at the same time words are only pronounced, which make them prone to manipulation conscious and unconscious or distortions in case of borderline patients which have the tendency to change and manipulate reality. In case of them, therefore written words have a special meaning – they can not be freely changed, interpreted or distorted. One of the borderline patients expressed it through art therapy that the written contract was the most important part of the treatment program, which helped her hold up autodestructive impulses. This special and individual contract is usually signed by the patient himself, one staff representative and sometimes by the patient's family, which makes it even more important for all to be concerned, especially by the patient himself.

As it was already said, it is very difficult to keep consistent regulations of the unit with many diagnostic subgroups, which need different amounts of structure and limits. This is also complicated by the problem that such a unit works in fragments of medical, systemic and recentely psychoanalytical models complicat further our problems with a consistent ward structure.

The next important problem in hospital treatment of borderline patients are their primitive defense mechanisms, such as splitting and projective identifications. In the adolescent unit splitting results in the formation of subgroups. More or less cohesive groups of patients begin to fall apart if there are too many borderline patients at the same time. The group falls apart into small subgroups, which are conflicted with each other, fight or devaluate each osther. In consequence, communication becomes highly distorted. This kind of group mirrors splitted and distorted objectual representations of the patients. It results in temporal difficulties in group work including therapeutic community meetings, where some patients stop coming for meetings, some are late, others leave the room during psychotherapeutic sessions. During such time a special role is played by secrets and mysteries, which hold together each subgroup of patients. Secrets can not be discussed openly, so very rarely they are the topic of group work. Those secrets are usually highly emotionally charged, distorted issues, most often such as traumatic events from the past, in which the subject borderline patient is tormented by sadistic, bad objects. Secrets enhance group pseudocohesion and it's temporal solidarity and help to create new unit norms. These norms are usually in conflict with regular ward norms and principles. This mechanism is often the basis of acting out behaviour, in which unit norms are attacked. Often it is expressed by bringing alcohol, drugs or food to the unit, common binge eating of borderline bulimic patients and so on. The content of those secrets is distanced from reality, and group pseudonorms are similar to some extend with the delusions – in the same sense that can not be verified by the reality principle. The resistance and feeling of emptiness appears in group therapy along with the feeling of the existence of a strong integrated bad object, in the face of which therapeutic norms become relatively unimportant.

The splitting in borderline patients creates two different groups on the axis resistance versus acting out. The acting out group is active, expansive and ready for confrontation and direct conflict. Tension is reduced by acting out. Typical behaviour of such patients is sexualization of relations, antitherapeutic support, attempts to break ward rules such as bringing alcohol or drugs, described above. This group of borderline patients is also ready to confrontation with the staff members and accusation of them. The other group, which we call resistance subgroup, on the surface presents a correct and superficially well-socialized picture based on the creation of a false self. The same processes, which in the previous group were externalized mostly through acting out behaviours, here are internalized and expressed through escape from reality and attempts to stop personal growth. Relations

in this group mostly rely on control, devaluation and often on sadistic attacks against it's members. The staff is either idealized or devaluated. Only strong holding, maternal environment and constant supervision for the staff can help to diminish the role played by the mechanism of splitting and it's consequences for the unit. It also helps patients to bring their real personality problems into different forms of psychotherapy.

The second main defense mechanism of borderline patients – projective identification – also poses many problems within the adolescent unit. The specifity of the treatment of borderline patients lies in the massive experience of projective identifications on parts of the staff. Those patients project different fragmented aspects of their self into the staff. In effect their picture is inconsistent and sometimes totally different among the members. One part of the staff sees good aspects of the patient and the other part bad aspects of the same patient. One may have the impression that sometimes it is spoken about totally different patients and not the same one. Parallel to it, some staff members due to projective identification are put into the role of good and some in the role of bad mothers, which usually fight and devaluate each other. These processes make clinical diagnosis rather easy, but the implementation of a consistent treatment plan is very difficult. These problems of being the target of patients' projective identifications is complicated by the fact that nursing staff, who is most often at risk of these identifications, is more medically trained and has maybe less psychological insight, which causes sometimes many conflicts among the staff subgroups. So very often our nurses and educators vote for discharge of difficult patients in order to make place for those who are »really ill« with whom they feel at ease and consistent with the role model. In therapeutic work with borderline patients the staff has to enter into patient's reality and then leave it without damage for themselves. Sometimes it is very difficult, even for the most experienced therapist. It is then very important for the therapist to be well settled in reality and also that this reality is attractive enough.

Primitive defence mechanisms of borderline patients provoke sometimes easier identification with the patient than with the staff, so in our opinion staff meeting plays a crucial role in an adolescent unit, in which borderline patients are treated. As the main goals of this meeting we consider mutual support and control if some of us has been lost in his role. It also provides us the full picture of what's going on in the unit, the understanding and control of complicated dynamics of the treatment processes.

Family therapy, which is a stable part of our adolescent unit, is also very important in the treatment of borderline patients. While therapeutic community and group therapies help the patient on his individual level and in his relations with others, family therapy helps them to deal with their adolescence crisis, mainly with problems of separation. Beside having a borderline personality structure, the patients remain however young boys and girls, for whom separation from their families is even more difficult

than in case of normal or less disturbed adolescents. Family therapy addresses these issue, which in the circular way influences also the individual process.

Borderline patients, as well as the other patients in our department are seen in the context of each system they exist in – in individual, group and family system. Each of the therapeutic modalities is addressed to specific problems of these systems, and only put together they may help to achieve change. We are sure that in the short stay of these patients, unfortunately much too short for their needs, some elements of introjection of positive emotional experiences and holding of destructive impulses and acting out tendencies may help borderline patients to acquire some elementary insights, which make the basis for future long-term outpatient therapy. On the other hand family therapy can help them to achieve some minimum of separation, which is so important in case of treatment of adolescent patients and which supports them to progress maturity.

Die Behandlung jugendlicher Borderline-Patienten in einer Psychiatrischen Abteilung

Irenat Namyslowska, Antoni Jacubczyk, Cezary Zechowski (Warschau)

Die Autoren stellen voran, daß bei jugendlichen Borderline-Patienten grundsätzlich Langzeit-Therapie in psychiatrischen Spezialabteilungen, Tageskliniken oder ambulanten Therapiezentren indiziert ist, die auf die spezifischen Bedürfnisse dieser Patienten zugeschnitten sein müssen. Da diese Spezialangebote in Polen nicht existieren, muß die Behandlung entweder in ambulanten Praxen oder – falls stationäre Therapie notwendig ist - in allgemeinpsychiatrischen Abteilungen für Jugendliche stattfinden. Der Artikel befaßt sich mit den Problematiken und therapeutischen Konsequenzen dieses notgedrungenen stationären Settings.

Es werden drei Grundsätze der stationären Jugendlichenpsychiatrie genannt: 1. Übereinstimmung aller Teammitglieder hinsichtlich gemeinsamer Ziele, Arbeitsmethoden und der Aufteilung von Pflichten und Verantwortlichkeiten. 2. Weniger symptomatische Heilung als vielmehr Hilfestellung bei der Bewältigung der Adoleszenzkrise, was Trennung und Individuation von der Ursprungsfamilie ohne allzu große Schuldgefühle bedeutet. 3. Klare Grenzsetzungen, offene Auseinandersetzung, Sicherheit durch Auffangen destruktiver und autoaggressiver Tendenzen.

Für die stationäre Therapie jugendlicher Borderline-Patienten in o.g. Setting ergeben sich folgende Besonderheiten:
Mehr als Patienten anderer Diagnosegruppen benötigen sie klare Strukturen und Grenzen, um konstruktiv mit ihren destruktiven und autoaggressiven Impulsen umgehen zu können. Die therapeutische Gemeinschaft spielt dabei eine entscheidende Rolle. Das Team muß hierbei ohne Angst und

Mißbilligung die Realität der Patienten akzeptieren - auch die kranken Seiten, die sich in Symptomen und abweichendem Verhalten äußern. Das therapeutische Environment muß den Patienten tragen und auffangen („holding environment" nach *Winnicott;* „maternal environment" nach *Kepinski*). Aufgrund unterschiedlicher Aufgabenverteilung nimmt das Pflegepersonal oft die mütterlich-versorgende, das ärztliche Personal eher die väterliche Rolle ein.

Ein strukturbildender Faktor ist der schriftlich fixierte Behandlungsvertrag. Er beinhaltet Begrüßung, Grundsätze der Abteilungsstruktur, detaillierte Angaben über Erlaubtes und nicht Erlaubtes und explizite Erwähnung der Konsequenzen unerwünschten Verhaltens bis hin zur disziplinarischen Entlassung. Je nach Diagnosegruppe werden individuelle Kontrakte geschlossen, da unterschiedliche Erfordernis von Strukturen und Grenzen besteht. Das geschriebene Wort hat besonders für Borderline-Patienten eine wichtige Bedeutung, da es weder verdreht noch manipuliert oder beliebig interpretiert werden kann, was häufig das Schicksal des gesprochenen Wortes ist. Der Behandlungsvertrag wird üblicherweise vom Patienten, einem Teammitglied und zeitweilig auch von Familienmitgliedern des Patienten unterzeichnet.

Das unverbundene Nebeneinander verschiedener therapeutischer Modelle innerhalb des Teams stellt eine Schwierigkeit solcher Abteilungen dar. Bruchstücke medizinischer, systemischer und neuerdings psychoanalytischer Modelle komplizieren eine konsequente, einheitliche Behandlungsstruktur.

Der Umgang mit den primitiven Abwehrmechanismen des Splitting und der projektiven Identifikation ist ein weiteres Problem der stationären Therapie jugendlicher Borderline-Patienten. Splitting resultiert in Untergruppenbildung. Sind zuviele Borderline-Patienten gleichzeitig aufgenommen, droht ein Auseinanderfallen der mehr oder weniger kohärenten Patientengruppe. Die Kommunikation wird gestört, die Untergruppen bekämpfen sich und werten sich gegenseitig ab. Diese Art von Gruppenzerfall spiegelt die zersplitterten Objektrepräsentanzen der Patienten wider. Mythen und Geheimnisse, die in hohem Maße emotional besetzt und realitätsfremd sind und in gewisser Weise einem Wahngeschehen gleichen, halten die Untergruppen zusammen und grenzen sie vom Rest der Station ab. Resultat sind Pseudokohäsion, temporäre Solidarität und Schaffung neuer Normen, die von den regulären Normen abweichen. Bei einem Teil der Borderline-Patienten resultiert regelwidriges Ausagieren mit Drogen, Alkohol, unerlaubtem Verlassen der Station etc.. Diese Gruppierung ist aktiv, expansiv und bereit zur Konfrontation und direkten Widerstands-Untergruppe – zeigt an der Oberfläche ein korrektes und gut sozialisiertes Bild auf der Grundlage eines falschen Selbst. Diese Patienten flüchten vor der Realität und versuchen, persönliches Wachstum und Reife zu verhindern. Der Kontakt zum Team basiert entweder auf Idealisierung oder auf Abwertung. Nur starkes Holding, mütterliches Environment und regelmäßige Supervision des Teams können dazu beitragen, die Rolle, die

das Splitting als Abwehrmechanismus spielt, zu vermindern und seine Konsequenzen für die Station zu begrenzen. – Eine weitere Besonderheit von Borderline-Patienten ist das massive Ausrichten projektiver Identifikationen auf Teile des Teams. Als Ergebnis davon kann das Erscheinungsbild ein und desselben Patienten beim Team inkonsistent und teilweise völlig unterschiedlich sein. Gemäß der projektiven Identifikationen wird ein Teil der Mitarbeiter in die Rolle von guten, der andere Teil in die Rolle von schlechten Müttern gedrängt, die sich dann üblicherweise gegenseitig anfeinden und abwerten. Finden solche Prozesse statt, ist die Durchführung eines konsistenten Behandlungsplanes erheblich erschwert – zumal das Pflegepersonal aufgrund mangelhafter Ausbildung und psychologischer Einsicht oft nicht darauf vorbereitet ist, Zielscheibe projektiver Identifikationen zu werden. In der therapeutischen Arbeit ist es deshalb wichtig, daß alle Mitarbeiter sich ohne Schaden ihrer selbst in die Realität der Patienten hinein- und auch wieder herausbewegen können. Grundsätzlich sollten die Therapeuten mit beiden Beinen in der Realität stehen und durch diese Realität auch ausreichend ausgefüllt sein. Den regelmäßigen Mitarbeiterkonferenzen kommt diesbezüglich eine besonders große Bedeutung zu. Es geht dabei um gegenseitige Unterstützung und Kontrolle innerhalb des Teams und um den Gesamtüberblick, Verständnis und Kontrolle der komplizierten Dynamiken des Behandlungsprozesses.
Familientherapie spielt ein große Rolle in der Borderline-Therapie von Jugendlichen. Mit ihr und durch sie sollen die Jugendlichen lernen, mit ihrer Adoleszenzkrise umzugehen, und dabei vor allem mit dem Problem der Trennung bzw. Abgrenzung. Neben der Tatsache, eine Borderline-Persönlichkeitsstruktur aufzuweisen, bleiben die Patienten vor allem Jungen oder Mädchen, für die die Trennung aus ihren Familien weitaus schwieriger ist als für normale oder weniger gestörte Jugendliche. Sie werden in Zusammenhang mit jedem System, in dem sie existieren, betrachtet – individuellen, Gruppen- und familiären Systemen. Die spezifischen Probleme dieser Systeme müssen zusammengefügt werden, um dem Jugendlichen eine individuelle Entwicklung zu ermöglichen.

Die Autoren resümieren, daß diese Art von stationärem Aufenthalt zwar viel zu kurz ist für die eigentlichen Bedürfnisse jugendlicher Borderline-Patienten, daß aber Elemente von Introjektion, positiver emotionaler Erfahrung und „Holding" einige elementare Einsichten vermitteln können, die die Basis für eine ambulante Langzeittherapie bilden.

Literatur bei den Verfassern

Adressen der Autoren:
Dr. Irenat Namyslowska
Dr. Antoni Jakubczyk
Dr. Cezary Zechowski
Institute of Psychiatry and Neurology
Ul. Sobieskiego 1 / 9
02-957 Warschau
Polen

Das Leiden der Borderline-Persönlichkeit als Frage nach der conditio humana - Philosophische Überlegungen zur Notwendigkeit eines Paradigmenwechsels im psychoanalytischen Menschenbild **

Evelyn Hanzig-Bätzing (Erlangen)*

Die Autorin geht in ihrem Beitrag von der zentralen Überlegung aus, daß sich ein Verständnis der conditio humana nur aus der Analyse der Weisen ihres Scheiterns angemessen begründen läßt. In der Borderline-Erkrankung, der Analyse der ihr zugrundeliegenden internalisierten mißlungenen Objektbeziehungen, manifestiert sich ein bestimmtes Scheitern gegenwärtigen Selbstseins, in welchem aber die Konturen eines Selbst transparent werden, das nicht - wie in der klinisch-theoretischen Auffassung der Freudschen Psychoanalyse - durch ein anderes Selbst konstituiert wird, sondern das sich allein in der und durch die Beziehung zu ihm konstituiert. Diese Beziehungsfähigkeit - so die Annahme der Autorin - ist das Konstituens von Subjektivität. Und sie allein läßt das Selbst als eine Andersheit ohne jene Einheit denkbar werden, in der der andere Mensch als bloß anderer 'des' anderen vorkommt. Dementsprechend stellt das Leiden des Borderline-Patienten an seiner Beziehungsunfähigkeit die gegenwärtig als Freiheitsgewinn umgedeutete Beziehungslosigkeit des heutigen, sogenannten postmodernen Subjekts radikal in Frage. Und zugleich bringt sich in dem Verständnis der Entstehung des Borderline-Syndroms die Notwendigkeit eines Paradigmenwechsels im abendländisch geprägten Menschenbild zur Sprache, in dessen Tradition auch das Freudsche steht.

Mit der Aufklärung der Borderline-Entwicklung als einem eigenständigen psychischen Krankheitsbild, der differentialdiagnostischen Abgrenzung gegenüber den Psychosen und den Neurosen und der Notwendigkeit, die einzelnen Symptome aus deren funktionalem Zusammenhang heraus zu begreifen, geht ein Perspektivenwechsel in der klinisch-theoretischen Auffassung des Subjekts einher. Dies ist insofern der Fall, als das Subjekt nunmehr nicht bloß vom anderen her verstanden wird, sondern aus der B e z i e h u n g zu ihm, d.h. es läßt sich allein aus seinem Selbst-und Weltverhältnis heraus beschreiben und angemessen erklären. Psychische Erkrankung darf demzufolge weder bloß vom Subjekt her, noch allein vom Objekt her bestimmt werden; sie muß vielmehr - und dies wäre eine wesentliche Konsequenz aus einem solchen Perspektivenwechsel - als ein Geschehen begriffen werden, das sich aus deren Beziehung heraus ereignet und das sich als solches in ihr und durch sie manifestiert. Und demgemäß ließe sich psychische Gesundheit auch nur aus der Dialektik intersubjektiver Interaktionsprozesse zureichend begründen.

* Dr. phil., Lehrbeauftragte für Philosophie am Lehrstuhl für Philosophie II der Otto-Friedrich Universität Bamberg, Mitglied der Kommission für Interdisziplinäre Frauenforschung der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

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

In der Psychoanalyse ist mit der Aufklärung des Grenzbereichs zwischen Psychose und Neurose offenkundig ein beachtlicher Fortschritt nicht nur im Verständnis des Borderline-Syndroms gelungen, sondern auch und vor allem hinsichtlich der Auffassung dessen, was man unter dem Gelingen der Konstituierung von Subjektivität überhaupt zu verstehen habe. - Ist ein solcher Perspektivenwechsel im psychoanalytischen Menschenbild wirklich gelungen?

Gestatten Sie mir dazu vorab in aller Kürze ein Wort über unsere abendländische Denktradition, in der ja auch das klinisch rekonstruierte Selbst der *Freud*schen Psychoanalyse steht.

Seit *Fichte* und *Hegel* verbindet sich mit dem Begriff des Selbstbewußtseins ein bestimmtes Verständnis von Sozialbeziehung, das untrennbar verbunden ist mit dem Begriff der Anerkennung. Und darin liegt bereits: Es ist die Dimension des Z w i s c h e n, die D i f f e r e n z zwischen Selbstheit und Andersheit, aus der heraus sich deren Beziehung als der Ort gegenseitiger Anerkennung bildet. Nun bildet sich Beziehung - und dies ist wesentlich für die traditionelle Auffassung von Subjektivität - überhaupt erst auf dem einheitlichen Grunde, aus dem heraus alles, was ist, existiert. Das heißt, Beziehung verdankt sich - etwas verkürzt ausgedrückt - einem P r i n z i p, in dem alles, was ist, gleichsam gründet. Gegen eine solche G r u n d l e g u n g ist der Einwand zu erheben, daß mit dem sozialphilosophischen Projekt einer auf Gegenseitigkeit beruhenden Anerkennung sich in Wirklichkeit ein Herrschaftsanspruch gegenüber der Andersheit des anderen verbindet und keinesfalls eine auf dessen Unverfügbarkeit und Dignität abzielende Anerkennung. Denn sofern Selbstheit und Andersheit aus einem gemeinsamen Grunde heraus existieren, sind sie nämlich als ursprünglich Gleiche aufs Einssein hin ausgelegt. Es ist die ursprüngliche Einheit, die der Sphäre zwischenmenschlichen Begegnens vorausgeht und die es ermöglicht, Anerkennung als g e g e n s e i t i g e zu fassen, indem man sie nämlich in der vorgängigen Gleichsetzung mit Einheit begründet und mit der man dem Subjekt eine metaphysische Erlebnisfähigkeit unterstellt. Anerkennung als gegenseitige verstanden, fundiert das Einheitsbegehren des Subjekts und unterdrückt wirkliche Andersheit, indem sie den anderen auf das eine Selbe zurückbiegt und ihn somit als identifizierbares Ganzes festschreibt.

Durch diese Grundlegung des Selbst wird die Differenz zwischen ihm als der Innenwelt des Subjekts und seiner Außenwelt eingeebnet. Dementsprechend bildet sich dann auch die Beziehung von Subjekten nicht aus deren Differenz zueinander, sondern sie generiert sich allein im Subjekt. Infolgedessen vermag der andere nicht als anderes Subjekt zu begegnen, sondern bloß als das andere 'des' Subjekts.

Dieses, auf die Grundlegung von Subjektivität abzielende Denken verdankt sich einer 2300-jährigen Tradition, d.h. es reicht zurück bis *Platon*, und es hat bis in unser Jahrhundert hinein seine Wirksamkeit nicht eingebüßt, wie sich in den existenzphilosophischen Entwürfen von

Heidegger bis hin zum frühen *Sartre* erkennen läßt. In dieser Traditionslinie steht auch *Freuds* Verständnis von Subjektivität: Daß *Freud* zwischenmenschliche Beziehungen und die äußere Realität des Subjekts lediglich aus dem Blickwinkel der Projektionen individuellen inneren Erlebens wahrnehmen und äußere Konflikte als bloß unbewältigte innere Konflikte verstehen konnte, hat seinen Grund in *Freuds* Auffassung, derzufolge sich die äußere Realität des Subjekts allein aus der auf seine Innenwelt zentrierte, also aus der Realität des Selbst ableiten läßt. Denn ursprünglich identisch mit sich zielt das Subjekt in seinem Daseinsvollzug auf eine vertraute Innerlichkeit, aber auf die beim anderen, sofern er es ja ist, von dem her es allein die Verwirklichung seiner selbst erwartet, und das bedeutet das Realwerden jenes P r i n z i p s, wonach es sich von zunächst primitiven zu immer reicheren Strukturen, von seiner anfänglichen Undifferenziertheit zu einem getrennten, selbständigen Subjekt entwickelt.

Die empirisch-klinische Psychoanalyse *Freuds* unterlegt dem Selbst des Subjekts einen Entwicklungsplan, mit dem - als G r u n d l e g u n g von Subjektivität überhaupt - sich die Prätention verknüpft, Sozialbeziehungen von jenem Prinzip her rekonstruieren und einsichtig machen zu können. Eine der wesentlichen Folgen aus dieser Auffassung ist, daß die Entwicklung des Kindes allein als die noch ausstehende Anwesenheit des Erwachsenenseins begriffen wird. Die einzelnen Entwicklungsstufen gelten demzufolge als defizienter Modus des Erwachsenseins. Das Erwachsensein wird als Einheit im Sinne von Ganzheit begriffen, und alles, was n o c h n i c h t erwachsen ist, ist demnach durch einen Mangel gekennzeichnet. Der Status des Kindseins mit all seinen Entwicklungsstufen wird nicht als etwas Eigenständiges und jeweils Besonderes, sondern immer nur vom Erwachsenen, d.h. vom Ganzen her gedacht. Und damit wird Entwicklung vorhersagbar gemacht, weil sie von bloßer Defizienz hin zu einem Ganzen kontinuierlich und linear verläuft. Versteht man demgegenüber die Entwicklung des Menschen als die aus der Beziehung mit anderen sich verwirklichende Einmaligkeit, Unverwechselbarkeit seiner je eigenen Individualität, so verliert der Status des Erwachsenseins seine Vorrangstellung und damit seine Herrschaft gegenüber dem ihm Unterlegenen. Und damit verlieren die Perioden der Entwicklung des Menschen ihren Boden von Kontinuität und Linearität. Denn sie sind nur im Ausgang von der V e r i n n e r l i c h u n g der B e z i e h u n g zum anderen bestimmbar und damit durch Diskontinuität gekennzeichnet.

Gegenüber *Freuds* linearer Entwicklungskonzeption gewinnen *Mahlers* und *Kernbergs* psychoanalytisch orientierte „Objektbeziehungstheorien„ ein Verständnis gelingender Konstituierung von Subjektivität aus der Analyse internalisierter mißlungener Objektbeziehungen. Das spezifisch Kennzeichnende dieser Theorien der „Verinnerlichung von Objektbeziehungen„ ist dies, daß sie den Konstituierungsprozeß des Selbst als die in zeitlicher Abfolge von „Trennung und Wiederannäherung„ sich entwickelnde Selbst-Bewußtwerdung des Subjekts verstanden wissen

wollen. In der Borderline-Störung erblicken *Mahler* und *Kernberg* demzufolge einen Konstituierungsprozeß, in dem das Selbst auf halbem Wege - nämlich in der Bewegung der Wiederannäherung - steckengeblieben ist, weshalb der Patient auf die Trennung, d.h. auf die Abwendung von anderen fixiert ist, worin sich denn auch seine Beziehungsunfähigkeit bekundet. - An der Frage, woraus sich für *Mahler* und *Kernberg* eine solche Unfähigkeit entwickelt und als was sie sodann die Beziehungsfähigkeit des Subjekts verstehen, wird sich zu entscheiden haben, ob mit der Aufklärung der Borderline-Entwicklung ein Perspektivenwechsel im Verstehenszugang zum Konstitutionsgrund von Subjektivität gegenüber der traditionellen Auffassung sich vollzogen hat.

Zunächst ist zu bemerken, daß *Mahler* und *Kernberg* zwar in der Auffassung übereinstimmen, daß die traumatische Erfahrung, die eine Borderline-Entwicklung einleitet, in der pathologischen Mutter-Kind-Beziehung der sogenannten „Wiederannäherungssubphase„ gründet, daß sie aber ganz unterschiedliche Positionen in der Frage nach der Genese des Borderline-Syndroms einnehmen und daß sich diese Unterschiedenheit auf eine gegensätzliche Sichtweise der Begründung der sogenannten Beziehungsunfähigkeit des Borderline-Patienten zurückführt.

Während *Mahler* aufgrund ihrer Beobachtungen des sich in der Mutter-Kind-Beziehung konstituierenden Selbst zu dem Schluß kommt, daß das Borderline-Syndrom in der auf die V e r l u s t e r f a h r u n g fixierten liebenden Zuwendung des Selbst wurzelt, gewinnt *Kernberg* aus seinen Analysen der Verarbeitungsw e is e n des Wiederannäherungskonfliktes die Auffassung, „daß bei solchen Patienten von früh an ein pathologisches Übergewicht aggressivbestimmter Selbst-und Objektimagines besteht und im Zusammenhang damit kein genügend starker Ichkern auf der Grundlage der ursprünglich noch verschmolzenen guten Selbst-Objekt-Imago ausgebildet werden konnte" (*Kernberg* 1978, S.192). Das Mißlingen der Synthetisierung und Integration von negativen und positiven Selbst-und Objektvorstellungen führt sich für *Kernberg* auf ein „Übermaß an prägenitaler und vor allem oraler Aggressivität zurück„ (S.98), mit der das sich wiederannähernde Kind auf die Enttäuschungserfahrung seines Autonomiestrebens reagiert. Entsprechend dieser Auffassung sieht *Kernberg* den Grund für die Beziehungsunfähigkeit des Borderline-Patienten in dessen überaus starker oraler Aggressivität und eben nicht - wie *Mahler* - in der sich der liebenden Zuwendung des Kindes entziehenden Zuwendung der Mutter.

Unaufgeklärt bleibt bei *Kernberg* die Begründetheit jener Vorannahme einer von früh an bestehenden pathologischen oralen Aggressivität, sowie deren implizite Voraussetzung, nämlich das, woraus sie sich ergibt und wogegen sie sich wendet. Indem *Kernberg* die Beziehungsunfähigkeit auf diese fundamentale Aggression zurückführt, setzt er letztlich die Borderline-Entwicklung und das, was sie verursacht, ineins: die Aggression ist als der Grund der Pathologie zugleich die Pathologie selbst. Und darin kommt

Kernberg in das Problem, die Unfähigkeit zur Synthetisierung und Integration an die Aggression zu binden und diese dann konstitutionell begründen zu müssen.

Gegenüber *Kernbergs* Position, nach welcher gelingendes Selbstsein sich in der linearen Abfolge der Verinnerlichung zunächst optimaler Triebbefriedigung und sodann deren sukzessive Zurückweisung durch die Mutter, also durch die Verinnerlichung optimaler Frustration sich konstituiert, welche gleichsam die Synthesefähigkeit des Selbst anregt - gegenüber dieser Auffassung bekundet sich für *Mahler* gelingendes Selbstsein durch das Umschlagen des Bedürfnisses physiologischer Befriedigung in den Wunsch nach liebender Zuwendung. Das heißt, für *Mahler* manifestiert sich das Gelingen der Konstituierung des Selbst in der Verwandlung des objektlosen Zustandes in eine objektgebundene Sehnsucht.

Sofern *Mahler* jedoch das Konstituens von Subjektivität - das ist die liebende Zuwendung - aus der „Symbiose„ von Mutter und Kind hervorgehen läßt, macht sie letztlich doch deren Ungetrenntheit und damit die Undifferenziertheit des Kindes zur Voraussetzung gelingenden Selbstseins. Auf dem Boden der Symbiose kann die Konstituierung des Selbst demnach nicht als die Konstituierung seines Andersseins im Sinne einer unaufhebbaren Verschiedenheit gegenüber der Mutter verstanden werden. Und deshalb kann auch *Mahlers* Begriff vom Selbst nicht als die Fähigkeit der Intersubjektivität in Anspruch genommen werden.

Von einem Perspektivenwechsel in der psychoanalytischen Theoriebildung kann solange nicht gesprochen werden, solange das traditionelle Postulat von der anfänglichen Undifferenziertheit und Passivität das Menschenbild begründet. Denn solange bleibt das Selbst aufs Einheitsbegehren hin ausgelegt, und der andere vermag nur als anderer 'des' anderen zu begegnen. Wenn man demgegenüber eine solche Vorannahme nicht macht, d.h. die Beziehung von Subjekten auf kein sie begründendes Prinzip zurückführt, dann wird Beziehung denkbar als O f f e n h e i t, durch deren Erfahrung die Andersheit des anderen als irreduzibles Faktum gleichsam miterfahren wird. Und damit wird - wie dies die Beobachtungen der Säuglingsforschung von *Stern* und *Lichtenberg* deutlich machen - ein Raum zwischenmenschlichen Begegnens entfaltet, in dem es nicht mehr um die Aufhebung der biologischen Hilflosigkeit des Säuglings geht, sondern um die Einfühlung in sein Selbstgefühl. Beziehung derart als Offenheit verstanden bedeutet die Unmöglichkeit, den anderen aus seiner Vergangenheit heraus auf seine Zukunft hin, also als zu identifizierendes Ganzes verstehen zu können. In einer solchen Erfahrung des anderen manifestiert sich das traditionelle Einssein als Zwang und sein Bedürfnis als Machtanspruch. Dementsprechend ist dann das Scheitern der Borderline-Persönlichkeit an seiner Beziehungsunfähigkeit nicht mehr bloß als Niederschlag einer pathologischen Mutter-Kind-Beziehung zu begreifen.

Wenn es zutrifft, daß die Borderline-Erkrankung zahlenmäßig enorm an Bedeutung gewinnt - vielleicht vergleichbar mit der Neurose zu *Freuds* Zeiten - und als d i e seelische Erkrankung unserer Zeit angesehen wird, dann darf die Beziehungsunfähigkeit des Borderline-Patienten als Ausdruck einer nicht mehr lebbaren, sondern bloß noch passiv erlebbaren Lebenswelt gedeutet werden, einer Lebenswelt nämlich, in der sich eine kollektive Beziehungslosigkeit abbildet, die mit Unabhängigkeit gleichgesetzt und als Freiheitsgewinn des Einzelnen ausgegeben wird. Die Beziehungsunfähigkeit des Borderline-Patienten rüttelt deshalb am gegenwärtigen gesellschaftlichen Verständnis von Normalität. Und sie rüttelt an diesem Verständnis in dem Maße, in dem sie als Schutzfunktion für das Nicht-in-Beziehung-sein-Können des Menschen angesehen werden darf.

Indem dieses Scheitern als gesunde Reaktion auf eine krankmachende, beziehungsunfähige, den Einzelnen auf die Vereinzelung reduzierende und darin das Subjekt auf die Beziehungslosigkeit verpflichtende Außenwelt verstanden werden muß, verliert denn auch die Entgegensetzung von Normalität und Anomalie ihre Trennschärfe. Und darin wird der Ort sichtbar, in dem die conditio humana beheimatet ist, die sich auf keinen metaphysischen Grund zurückführt, sondern in deren Erfahrung der Mensch immer schon miterfährt: Selbstsein bedeutet, sich dem anderen nicht entziehen können (in Abwandlung eines Zitats von *Lévinas* 1983, S.224).

The suffering of the borderline-personality as quest for the human condition - philosophical thoughts on the necessity of a paradigm change in the psychoanalytical concept of man

Evelyn Hanzig-Bätzing (Erlangen)

The author's point of departure is that understanding the c o n d i t i o h u m a n a can only be explained through the analysis of the various way of its failure. In the borderline-disorder, the analysis of its basic internalized unsuccessful object-relations, a certain failure of the present relationship with the self is manifested. However, in it the outlines of a self become transparent that is not constituted - as in the clinical-theoretical opinion of *Freud*'s analysis - through another self, but that constitutes itself solely in and through the r e l a t i o n s h i p to it. This a b i l i t y t o f o r m a r e l a t i o n s h i p - so the author assumes - is the constituent of subjectivity. And subjectivity alone lets the self think of itself as an alterity without any unity, in which the other person only occurs as the other o f the other. Thus the suffering of the borderline-patient from his inability to form a relationship puts the lack of a relationship of the post modern subject, which in contemporary diagnoses is re-interpreted as a gain of freedom, radically into question. And at the same time in the attempt to

understand the origin of the borderline syndrome the necessity of a paradigm change of the western view of man - that was also *Freud*'s - is brought up.

The author shows that also in the "object relations theories" of *Mahler* and *Kernberg* a real change of perspectives in the concept of the constituation of a succeding self being and in the understanding of the condition of a healthy psyche was not dealt with. Therefore also *Mahler*'s and *Kernberg*'s concept of the genesis of the inability of forming relationships needs to be looked at again. As long as the traditional postulate of the initial indifferenciation and passivity as the basis for the concept of man one cannot speak of a change in perspective in psychoanalytical theories. For the self remains focused upon the desire for unity, and the other can only encounter the other as the other o f the other. Or in other words, we have to start from an original "symbiosis" (*Mahler*), from a complete dependency of the early self, and the inability to form relationships must be seen closely linked to a constitutional fundamental aggression (*Kernberg*). And during that time the self cannot be understood as the ability for intersubjectivity which first constitutes itself as such in the very beginning in the r e l a t i o n s h i p to the other and not through the other.

The inability of the borderline patient to form relationships puts the present psychoanalytical and also the present social concept of normality into question, since it reflects an outer world which is no longer livable, but can only be passively experienced: a collective inability to form relationships is reflected in the suffering of the borderline patient, which is equated with independence and regarded as gain of freedom of the individual.

If one understands the constituent of subjectivity as the ability to form relationships, the other looses its predominant position and the traditional contrast of normality and anomaly looses its selectivity. For then man experiences his failure as a healthy reaction to an outer world that causes the disease, to an outer world that is incapable to form relationships. In this failure the borderline patient so to speak co-experiences that being oneself means not to be able to withdraw from the other (Cf. a quote from Lévinas, 1983, p .224).

Literatur

Derrida, J.(1976): Randgänge der Philosophie. (Frankfurt,Berlin,Wien: Ullstein)

Hanzig-Bätzing, E.(1994): Sozio-kulturelle Voraussetzungen umweltgerechten Handelns. In: *Hofkirchner,W.* (Hrsg.): Weltbild-Weltordnung. (Münster:agenda-Verlag)

– (1996): Selbstsein als Grenzerfahrung. Versuch einer nichtontologischen Fundierung von Subjektivität zwischen Theorie (*Hegel*) und Praxis (Borderline-Persönlichkeit). (Berlin: Akademie Verlag)

Kernberg,O.F.(1978): Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus (Frankfurt: Suhrkamp Verlag)

– (1981): Zur Behandlungstechnik bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In: Psyche (35) 497-526

– (1981): Zur Theorie der psychoanalytischen Psychotherapie. In: Psyche (35) 673-704
– (1988): Innere Welt und äußere Realität - Anwendung der Objektbeziehungstheorie. (München, Wien: Verlag Internationale Psychoanalyse)
– (1992): Aggression und Liebe in Zweierbeziehungen. In: Psyche (46) 797-820
Lévinas, E.(1983): Die Spur des Anderen. Untersuchungen zur Phänomenologie und Sozialphilosophie (Freiburg, München: Alber-Verlag)
– (1987): Totalität und Unendlichkeit. Versuch über die Exteriorität. (Freiburg, München: Alber-Verlag)
Lichtenberg, J.(1991): Psychoanalyse und Säuglingsforschung. (Berlin,Heidelberg, New York: Springer-Verlag)
Lyotard, J.-F.(1982): Das postmoderne Wissen. Ein Bericht. (Bremen: Impuls Verlag)
Mahler, M.(1975): Die Bedeutung des Loslösungs-und Individuationsprozesses für die Beurteilung von Borderline-Phänomenen. In: Psyche (29) 1078-1095
(1992): Studien über die drei ersten Lebensjahre. (Frankfurt: Fischer-Verlag)
Masterson, J.F. (1980): Psychotherapie bei Borderline-Patienten. (Stuttgart: Klett-Cotta)
Rohde-Dachser, Ch. (1983): Das Borderline-Syndrom. (Bern,Stuttgart,Wien: Hans Huber)
Schneider,A., Dulz,B.(1996): Borderline-Störungen. Theorie und Therapie. (Stuttgart: Schattauer)
Stern, D.N. (1991): Tagebuch eines Babys - Was ein Kind sieht, spürt, fühlt und denkt. (München, Zürich: Piper-Verlag)
– (1992): Die Lebenserfahrung des Säuglings. (Stuttgart:Klett-Cotta)

Adresse der Autorin:

Dr. Evelyn Hanzig-Bätzing
Fichtestr. 18
D-91054 Erlangen

Cultural Construction of Schizophrenia: A Proposed Paradigm Shift**

Pittu Laungani (London)*

In his article Laungani intends to show that a paradigm shift concerning research and therapy of schizophrenia is necessary. He reports recent research results - all based on the medical model of schizophrenia - and points out that they didn't bring any essential progress in the treatment of the schizophrenic disease. Laungani answers the question why despite evidence to the contrary psychiatrists continue to persist with the organic model. There exist political and financial reasons on the one hand and social and psychological ones on the other hand. The Indian construction of schizophrenia is discussed as an example for a fundamentally different understanding of the schizophrenic disease in other than Western cultures. Due to an acute shortage of resources, cultural beliefs and competing models of mental disorder and healing in India, the conditions for therapy and research are totally different from Western conditions. Laungani concludes with the wish that cultures meet on equal terms and as equal partners in order to share and to learn from each other and to find tentative answers. So a paradigm shift and a genuine multicultural research into schizophrenia could be established.

The ubiquitous term schizophrenia has been investigated from diverse theoretical perspectives: medical, organic, genetic, biological, neuro-cortical, psychological, social anthropological, cultural, to name but a few. Each theoretical perspective, when examined carefully, offers its own concepts, its own terms and meanings, its own nuances and configurations, its own diagnostic nomenclature, its own research methodological techniques, and finally, its own treatment and/or therapeutic strategies and outcome measures.

There are obvious advantages and disadvantages to such a diverse approach. Since each research worker tends to work within his/her own theoretical framework, the more diverse and competing the theoretical perspectives are, the less likely are they to be understood, let alone shared by those who subscribe to different theoretical perspectives. Commensurability also becomes problematic under those conditions. This often leads to prejudices and hostility between workers of different theoretical persuasions. However, dissent and diversity are often seen as healthy signs of the development of a given discipline, for they indicate that the discipline is active, vibrant, and is a subject of competing research programmes.

Lakatos (1971) in his brilliant analysis of the methodology of scientific research programmes, points out that in scientific research some research programmes are subject to degeneration and decay and some lead to progress and growth. Progressive research programmes survive and lead to an objective growth of knowledge, and degenerative programmes fade away

* Ph. D., South Bank University, London

** Paper presented at the 12th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry/XXV. International Symposium of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) at Humboldt University, Berlin, March 17-21, 1999

and become obsolete, of interest mainly to historians of science. He, however, warns us that one must be seduced neither by the popularity of a given research programme, nor by the number of its supporters. The popularity of a given research programme (or a theoretical model) is not an indication of its validity. A theory, according to *Lakatos* (1981) may be true, even if no-one believes in it, and it may be false, even if everyone believes in it. If a thousand million people tell you that the earth is the centre of the Universe, it does not make it so (*Laungani*, 1994). A thousand-year unquestioning belief in *Ptolemy*'s geocentric model of the Universe was challenged and shown to be false by *Copernicus, Galileo*, and others. Similar views have also been expressed by *Karl Popper* (1972) who argues that the validity of a theory is independent of the strong beliefs which its supporters hold concerning the theory. Beliefs are psychological processes and as such are independent of the testability of the theory. *Popper* (1972) adds that the validity of a given theory is even independent of the mind(s) that formulate the theory. Once a theory has been formulated and articulated, it enjoys an "existence of its own", living in, what *Popper* refers to as World Three epistemology.

Kuhn (1982) on the other hand, adopts a slightly different approach with regard to the nature of scientific research. According to *Kuhn* (1982), scientists normally work within an acceptable research paradigm. He refers to that as normal science. Minor differences, or minor anomalies which crop up in their research enterprises do not cause the scientists to abandon their adherence to their chosen paradigm. The anomalies are seen as a nuisance, and the scientists concerned attempt to design ingenious research strategies which would enable them to 'digest' the anomalies. However, from time to time, the anomalies increase, become larger, and cannot be ignored. They threaten the very survival of the paradigm. This leads to a state of crises - a crises of confidence - in the paradigm. The state of crises results in a scientific revolution, which then brings about a paradigm shift or paradigm change. The old paradigm is abandoned, and scientists start to work within the new paradigm. There is a return to, what *Kuhn* refers to as 'normal science'.

The Medical Model of Schizophrenia

Historically, starting with the pioneering studies of *Kraepelin* (1913), *Bleuler* (1911) the study of schizophrenia has been the preserve of the medical profession. The medical model, also referred to as the disease model, the organic model, has been the ruling paradigm with regard to research and clinical work in schizophrenia. For almost a century, the medical model has continued to exercise an undisputed hegemony over other models and has continued to dominate this area of work.

In recent years the hegemony of the medical model has come to be seriously questioned. The attack has come from several disparate groups.

These include clincial psychologists, counsellors, psychotherapists, health-professionals, feminists, blacks, members of other ethnic minority groups, and those who are seen as the disaffected members of society. Some question the validity of the medical model of schizophrenia. Others attack it on socio-political grounds, arguing that the medical model is socially inequitous. It can be (and is) used to incarcerate different members of society who do not subscribe to the broader social norms and mores of society. But despite the attacks, the medical model continues to exert an extremely powerful influence in psychiatry (*Laungani* 1996).
Let us briefly examine some of the major issues related to the medical model of schizophrenia.

DSM-IV

The DSM-IV in its present form, is the official diagnostic manual for schizophrenia - and indeed other mental aberrations. This is evidenced by the increasing popularity of the DSM-IV, which is used by psychiatrists, not just in America, but in many other parts of the world, including the developing countries. However, as has been argued above, the popularity and the extensive usage of an empirical instrument does not, in itself, guarantee its validity. One would justify and commend its world-wide usage, were it to be demonstrated clearly and unequivocally that the DSM-IV is a valid diagnostic instrument, which not only identifies schizophrenic disorders accurately and classifies them in accordance with established taxonomies, but also distinguishes schizophrenia from other serious psychotic disorders. Such, however, does not appear to be the case (*Crow*, 1986; *Zubin*, 1967).

For a start, it was not quite clear whether schizophrenia actually exists. The antipsychiatry movement, led by *Laing* and *Esterson* in Britain, and *Thomas Szasz* in America, condemned the very notion of schizophrenia. But their own condemnations and accusations were phrased in terms which were polemic rather than scientific, making it impossible for serious researchers to either falsify or verify the claims made by the antipsychiatrists (*Laungani*, 1978). The question whether schizophrenia is a disease, remained unsettled.

The second question which arose was concerned with understanding whether schizophrenia in known and identifiable ways is a distinct clinical entity which is separate from other forms of psychotic disorders, in particular, manic-depressive psychosis, or whether schizophrenia and functional psychosis lie at opposite ends of a continuum or extend along a continuum, occupying varying positions, related to the sets of symptoms displayed.

The largest and the most thorough study undertaken to establish the validity of the diagnostic processes was the International Pilot Study of Schizophrenia (WHO 1973, 1979). The study was concerned with

examining 1202 patients who had been referred to psychiatric services in nine different countries. The findings from this study are by no means unequivocal and are open to differing interpretations.

One might, in this context, recall the well-known study undertaken by *Rosenhan* in 1973. As part of the study, he sent eight pseudopatients (including himself) to different American psychiatric hospitals, where they presented to the psychiatrist who interviewed them, a single set of symptoms, such as, "I feel empty", "I hear a thud", "I feel hollow", etc. All the pseudopatients, without exception, were diagnosed as suffering from schizophrenia and were admitted into hospital! The pseudopatients fooled the doctors, the psychiatrists, and the psychiatric nurses on the ward. But what was even more remarkable was the fact that they were instantly recognized as being pseudopatients by 35 out of a total of 118 patients on the ward! The genuine patients on the ward were convinced that the pseudopatients were journalists, professors, or some such type of persons, in search of a story! It is clear that the reliability and the validity of the DSM-IV remains an unresolved issue (*Crow*, 1986; *Rosenhan*, 1973; WHO 1973; 1979).

Notwithstanding the flaws in the DSM-IV, the notion of the organic or the disease model continues to dominate psychiatric thinking and research and remains the ruling paradigm in psychiatry.

2. Genetic abnormalities

Schizophrenia has been extensively investigated in terms of genetic abnormalities. *Gottesman* (1991) has reviewed the major studies which have attempted to tease out the relationship between parents, twins, siblings, children, and other relatives of schizophrenic patients. He points out that the risk of schizophrenia rises with increasing cosanguinuity, "to reach a peak of nearly 50 percent in monozygotic twins and the children of two schizophrenic parents" (*McKenna,* 1997). *McKenna* points out that even when the relative is genetically identical (monozygotic twins), the chance of developing schizophrenia falls far short of 100 percent. It hovers around 50% instead of 100% as would be theoretically expected. Given the uncertainty surrounding a genetic hypotheses, it is not surprising that *McKenna* (1997) offers a lukewarm assertion concerning the existence of a genetic component to the aetiology of schizophrenia. He points out that the lack of 100 concordance with identical twins clearly suggests that another factor, viz., the environmental factor, must be involved. It is clear therefore that the findings, although quite impressive, do not unequivocally establish a hereditary factor. It is obvious that environmental factors, which explain 50% of variance, play an important part in the onset of schizophrenia. Valiant attempts have been made to disentangle the confounding factors related to environmental influences, but the findings from such studies (*Fischer*, 1973; *Gottesman, Shields*, 1963; *Kringlen*, 1967; *Slater*, 1953;) although suggestive of a genetic relationship, have not been particularly impressive.

3. Family history

Family history studies of schizophrenia using diagnostic criteria have not fared much better. Although several large scale studies have been conducted (*Baron* et al., 1985; *Guze* et al., 1983; *Kendler* et al 1985), many of the studies are flawed because of the differential diagnostic techniques that have been used in establishing a strong relationship between family pathology and schizophrenia (*Pope* et al. 1982; *Abrams, Taylor*, 1983). Although the authors found substantial rates of illness among the first degree relatives of schizophrenic patients, the rates of schizophrenia were extremely low - just under 3%. Even the most optimistic supporters of the genetic model would find it difficult to talk their way out of such low figures.

4. Structural brain abnormality

Unwilling to abandon the organic model, the research interests shifted to the examination of structural brain abnormalities in schizophrenia. The use of EEG recordings, CT scans, and other techniques permitted the examination of the ventricle brain ratios, in the hope of locating lateral ventricular enlargements in schizophrenics. The findings from such studies have revealed nothing of any significance (*Lewis*, 1990). Fifteen years of CT scan studies in schizophrenia have established weak relationships between ventricular enlargement and schizophrenia. There is neither a neuro-developmental nor a neurodegenerative process in schizophrenia (*Kelso* et al. 1988; *Owens*, 1992).

It is well known through past research that changes in brain chemistry often give rise to altered mental states. Yet, none of the approaches discussed so far has established a clear biological basis of schizophrenia. No where has it become apparent how an abnormality in the brain is translated into varying and changing symptoms of a disease pattern which is then identified as schizophrenia.

4. Dopamine hypothesis

And then came the most famous hypothesis of all: the dopamine hypothesis. The origins of this hypothesis can be traced back to the generalized formulations of *Kraepelin*, who believed in a relationship between schizophrenia and brain pathology. The specific dopamine hypothesis is a recent formulation, emerging in the 1960s. This is the hypothesis that some schizophrenic symptoms are due to an excess of brain dopamine. *Hyttel* et al. (1985) have reviewed the receptor-blocking effects of a variety of neuroleptics, such as chlorpromazine, thioridazine, and fluphenazine; all these neuroleptics appear to block the excessive flow of dopamine.

However, it has also been shown that reserpine, which is quite different from other neuroleptic drugs and does not block dopamine receptors, has shown some evidence of therapeutic effectiveness in schizophrenia (*Kline*, 1954).

Extensive studies related to the dopamine hypothesis have been carried out, but once again, the picture which emerges is one of uncertainty and ambiguity. The dopamine hypothesis can be sustained only if it can be clearly and unambiguously established that schizophrenia has a biological basis; not otherwise (*Wong* et al. 1986; *Crawley* et al. 1986).

It is clear that the major studies purporting to establish an unequivocal relationship between genetic, biological, cortical and other neuro-physiological, and/or neuro-cortical receptors, and schizophrenia is tenuous, to say the least.

The Politics and Economics of Psychiatry

The interesting question that needs to be raised here is this: why is it that despite evidence to the contrary, psychiatrists still continue to persist with the organic model in terms of both, research and therapy? Of the several reasons which might be offered there are two which are quite important and merit a brief discussion.

1. Political and financial reasons for supporting the organic model

A disease model of schizophrenia presupposes an organic illness. Organic illnesses are generally treated by drugs. Schizophrenia is an organic illness. Therefore schizophrenia is treated by drugs. Drugs are produced and sold by multi-billion dollar, multi-national pharmaceutical companies. The profits of drug companies, to a large extent, are directly related to the speed, the frequency, and the generosity with which they are prescribed by doctors and psychiatrists to patients, the world over. It is therefore in the interests of drug companies to keep the psychiatrists "sweet". This of course can be done in several different ways: through the funding of research programmes, the organization of international conferences and workshops, the introduction and the underwriting of professional academic journals, etc.

The ability and the willingness of the psychiatrist to prescribe drugs, allows the psychiatrist to see far more patients (private, or otherwise) during the course of the day than he/she would if a non-medical, non-drug related therapeutic intervention were to be implemented. Such an arrangement offers greater financial rewards to the psychiatrist. In this context, it comes as no surprise to learn that even within the American Psychological Association concerted attempts are being made to ensure that clinical psychologists would be legally empowered with the privilege to prescribe drugs to their patients (*Albee*, 1999; *Sanua*, 1999). *Albee* (1999) goes further and adds that the prescription of drugs needs to be seen within its wider political context. The use of drugs as a means of controlling psychiatric disorders, and by implication, support of the medical model, is in keeping with present government policy in America. If schizophrenia is a disease, there is no need to formulate and initiate colossally expensive federal policies to look into those environmental factors, such as poverty, racism,

lack of education, prejudice, etc., which, he claims, are related and even lead to schizophrenia (*Albee*, 1999). In positing an "environmental deprivation" model of schizophrenia, *Albee* is proposing a paradigm shift. Whether *Albee*'s exhortations will lead to a crises of confidence in the existing paradigm and result in a scientific revolution, leading to a paradigm shift, remains a futuristic issue. But given the present entrenched position of psychiatry with respect to psychotic disturbances in general, and schizophrenia in particular, it seems extremely unlikely. The prescription of drugs therefore continues to enjoy the tacit blessings of the government.

2. Social and psychological reasons

As is well known, the medical profession tends to be covertly organized along its own hierarchical lines. Some areas of expertise, e.g., cardiology, oncology, experimental medicine, neurology, cardiac surgery, neurosurgery, are seen as being more glamorous, more desirable, and more prestigious, and financially more lucrative than some other areas within the field of medicine. Sadly, psychiatry does not have about it, the same glamour, prestige, and financial rewards that are traditionally associated with other areas of medicine. Although part of the medical fraternity, psychiatry remains apart. It tends not to enjoy a good image even within main-stream medicine. The psychiatrists, acutely aware of the prejudices from within the medical fraternity, must, from time to time, feel the need to be recognized as an integral part of the medical profession. This may partly explain their stubborn adherence to the organic model of mental illness. In so doing, their practices and their research endeavours parallel those in general medicine. But were they to move away from the medical model and espouse a non-medical model, they would expose themselves to the danger of "alienating" themselves even further from their medical fraternity.

It is clear that the medical model of mental illness is stubbornly resistant to change. Given the unreserved approval and involvement of the various governmental agencies, the multinational pharmaceutical companies, not to mention, insurance companies, it seems unlikely that any sudden, cataclysmic changes will occur in the foreseeable future to bring about the desired paradigm shift.

Although this forecast seems reasonable, it rests on a form of inductive reasoning. What seems reasonable may not be true or turn out to be true. Secondly, inductive reasoning does not provide a secure basis for making predictions. The fallacy of inductive reasoning was clearly demonstrated by *David Hume* in the 18th century. And since the belief in the continued dominance of the medical model of schizophrenia rests largely on inductive reasoning, - and not as is mistakenly assumed by its adherents, on firm, incontrovertible, empirical evidence - it does not have much to commend it. Therefore there is merit in discussing and arguing for a serious consideration of alternative models of schizophrenia.

Cultural Constructions of Schizophrenia

Notions of health and illness are social and cultural constructions and are rooted in social reality (*Laungani*, 1996). Like health and illness, mental illness too is an important existential concept. Every culture develops systems of descriptive and explanatory beliefs and values which make illness socially meaningful and intelligible. Health, illness, depression, anxiety, schizophrenia, etc., need to be understood against the backdrop of the social norms and values operative in a given culture.

It is imperative therefore that a scientific theory takes into account its historical antecedents, its prevalent social, religious, economic (and other) conditions, including the objective and subjective states of knowledge which exist in a given society at a specific point in time. All these factors collectively influence the manner in which theories are conceptualized, formulated, and tested. Failure to take account of these factors may impose severe constraints on theories and may even render them meaningless.

Let us take an example to substantiate the above point. The idea of witches, sorcery, black magic, etc., was meaningful and acceptable in Europe and in America in the 16th and 17th centuries. A belief in the supernatural power - benevolent or malevolent - provided a demonological model of mental illness in those countries. *Szasz* (1963) with his characteristic hyperbole sees little difference between witch-doctors and the present day psychiatrists. According to him, they merely subscribe to seemingly different paradigms. The acceptance of the demonological model paved the way for the formulation of appropriate therapeutic systems, e.g., the exorcism of the victim possessed by demons and other evil beings. Apart from occasional sensationalised cases reported in the media, belief in the demonological model of mental illness in Europe and in America has declined significantly among the clergy and is virtually non-existent in the general population.

But such beliefs and practices persist in most other developing countries, including parts of Africa (Nigeria, Ghana, Sierra Leone), the West Indies, India, Pakistan, Bangladesh, parts of South East Asia (Malaysia, Indonesia, Philippines), etc. This suggests that the cultural norms, beliefs, attitudes, and values, which define mental illness, including schizophrenia, cannot be ignored. The organic model while it might be deemed to be of some value in Western countries, is of little significance in non-Western developing countries. Therefore, any attempt to force or impose the organic model of schizophrenia in non-Western countries is likely to turn out to be a futile exercise.

This does not imply that schizophrenia is a culture-specific disorder. That people lose control over their lives, that people become depressed, unhappy and withdraw into a world of their own, unbounded by constraints of time, space, and reality, that people abandon their will to live, seek oblivion in alcohol, resort to uncontrollable and meaningless acts of cruelty and violence, that people are haunted by feelings of guilt, remorse,

fear, and shame, are all common universal human experiences. They exist around us. They may even affect us directly or indirectly. The problem is not that these problems do not exist. They exist everywhere. The problem is how one construes them logically and rationally. For it is the construction of an experience, its interpretation, and the meaning one assigns to the experience which involves making all sorts of assumptions. It is those assumptions which often are culture-specific and not the experience itself - as has been mistakenly assumed by some cultural relativists.

Understanding Schizophrenia in India and Britain

It should be recognized that most of the major studies on schizophrenia have been undertaken in Western countries. It should also be noted that the diagnosis of schizophrenia is based on the identification of sets of symptoms found in the Diagnostic and Statistical Manuals, ranging from the DSM II to DSM IV, and other manuals, such as the International Classification of Diseases (ICD-9; ICD- 10) and the MMPI. The question which arises here is this: what is the likelihood that the sets of symptoms which permit the diagnosis of schizophrenia in Western countries, will be similar in non-Western countries? Even assuming that the patterns of symptoms were similar, if not identical, between persons from Eastern and Western countries, would the diagnostic label of schizophrenia be appropriate to both groups of persons?

It is beyond the scope of this paper to examine the diverse cultural constructions of schizophrenia. It would be more meaningful to posit a comprehensive conceptual model which would permit us to undertake a meaningful comparative analysis between Western cultures and non-Western cultures with respect to schizophrenia.

Let us therefore consider the problems related to schizophrenia in India and Britain. Although India and Britain have been singled out for a detailed analysis, it should be emphasised that the over-arching conceptual model explains differences and similarities not just between the two cultural groups but also between Western and Eastern cultures.

The conceptual model consists of four major factors or dimensions, which are:

Materialism .....Spiritualism
Free Will .....Determinism
Individualism .....Communalism
Cognitivism .....Emotionalism

The conceptual model has been described at length elsewhere (see *Laungani* 1990; 1993; 1994; 1995; 1995a; 1996, 1997, 1998, 1998a; 1999; 1999a), and need not concern us here. We shall consider only the first two dimensions because of their relevance to the problem of schizophrenia, and ignore the last two.

Materialism ...Spiritualism

In the West, a strong belief in the organic model rests on the unquestioning acceptance of a materialist philosophy, which is the hallmark of a scientific enterprise. Materialism refers to a belief in the existence of a material world, or a world composed of matter. What constitutes matter is itself debatable; the question has never been satisfactorily answered (*Trefil*, 1980). If matter consists of atoms, it appears that atoms are made of nuclei and electrons. Nuclei in turn are made up of protons and neutrons. What are protons and neutrons made of? *Gell-Mann* (see *Davies*, 1990) coined the word quarks. But quarks, it appears, have their own quirks. In other words the assumed solidity of matter may indeed turn out to be a myth (*Davies*, 1990).

At a practical, day to day level, however, aided by empiricism, one accepts the assumed solidity of the world which one inhabits - but not without paying a heavy price. For such an acceptance gives rise to the popular myth that all explanations of phenomena, ranging from lunar cycles to lunacy, need to be sought within the (assumed) materialist framework.

A materialist framework assumes that diseases and illnesses - and mental illness is no different - are due to natural causes: viruses, genetic factors, lesions, infections, etc. They are not due to super-natural factors. Such explanations fall within the purview of the prescientific communities, or in other words, superstitious, and backward societies to be found mainly in the underdeveloped or developing countries. The acceptance of a materialist framework is incompatible with a non-material explanation and leads to a logical contradiction - for a spirit by definition is non-material.

This has led to a profound reluctance among psychiatrists, medical practitioners and psychologists in general in Western countries to entertain any explanations which are of a nonmaterial or supernatural nature. However, to accept a materialist framework and still subscribe to a belief in the spirit, (be it holy or otherwise) leads to a logical contradiction, for a spirit by definition is non-material. The two concepts are therefore mutually exclusive; if A is A, A cannot then be not-A. To say that the human spirit (whatever that might be) survives and transcends the body becomes a form of sophistry.

In Indian thinking, the notion of materialism, is a relatively unimportant concept. The external world to Indians is not composed of matter. It is seen as being illusory. It is maya. The concept of *maya*, as *Zimmer* (1989) points out, "holds a key position in Vedantic thought and teaching" (pp. 19). Since the external world is illusory, reality, or its perception, lies within the individual, and not, as Westerners believe, outside the individual. This, according to *Zimmer* (1989) tends to make Indians more inward looking and Westerners more outward looking. Also, given the illusory nature of the external world, the Indian mind remains unfettered by materialistic boundaries. It resorts to explanations where material and spiritual,

physical and metaphysical, natural and supernatural explanations of phenomena coexist with one another. To a Westerner if A is A, A cannot then be not-A. If dysentery is caused by certain forms of bacteria, it cannot then be due to the influence of the 'evil-eye'. The two are logically and empirically incompatible. However, in certain areas of Indian philosophy, it is not inconceivable to assert that A is not only A, but under certain conditions, A may be not-A.

Indian beliefs and values revolve round the notion of Spiritualism. The ultimate purpose of human existence is to transcend one's illusory physical existence, renounce the world of material aspirations and attain an heightened state of spiritual awareness. Any activity which is likely to promote such a state is to be encouraged. For it is through transcendence - inwardseeking consciousness - that one is able to attain salvation, or *moksha*.

In keeping with the notion of spiritualism, schizophrenia in India may also be explained in terms of sorcery, bewitchment, and evil and malevolent spirits (*Kakar*, 1982). The belief in magical explanations is wide-spread, and there are persons specially qualified to understand the workings of evil-spirits. In times of serious and sudden illnesses within the family, such 'experts' are summoned by the family members to exorcise spells, cast out the effect of 'evileyes', undo the malevolence of magic, etc., in order to help the afflicted person to recover (*Kakar*, 1982).

Free Will....Determinism

There is a peculiar dualism in Western thinking concerning free will and determinism. Research in the natural and physical sciences, in medicine, psychiatry, biology, and other related disciplines, including psychology, is still based on the acceptance of a deterministic framework - hence the concern with seeking causal explanations, and with predictability in accordance with rational scientific procedures of prediction. Yet, at a social, psychological, and commonsense level, there is a strong belief in the notion of of free will.

Free will might be defined as a non-causal, voluntary action. However, at a commonsense level it suggests responsibility for one's actions, or control over one's actions. Moral actions of any kind would be impossible without a belief in the notion of free will. Thus free will allows an individual to do what he/she wills, permits the individual to choose between a set of alternatives, and in so doing, take 'credit' for his/her successes, and accept blame for his/her failures and mishaps. This feature of Western society entraps a person into his or her own existential predicament. There does not appear to be an easy way out.

Indians, by virtue of subscribing to a deterministic view of life, in a teleological sense at least, are prevented from taking final responsibility their own actions. The notion of determinism plays an extremely crucial

role in Indian thinking. The *law of karma* which involves determinism and fatalism has shaped the Indian view of life over centuries (*O'Flaherty*, 1976; 1980; *Sinari*, 1984; *Reichenbach*, 1990; *Weber*, 1963). In its simplest form, the law of karma states that happiness or sorrow is the predetermined effect of actions committed by an individual sometimes either in his/her present life or in one of his/her numerous past lives. *Reichenbach* (1990) points out that the *law of karma* it is not concerned with the general relation between actions and their consequences. It is usually held to apply to the moral sphere and is concerned with the moral quality of actions and their consequences. Thus according to the *law of karma* we receive the results of our own actions and not another's. The sins of the father are not visited upon the children. And given the deterministic nature of the law of karma, things do not happen because we make them happen. Things happen because they were destined to happen.

The belief in the *law of karma* does not, as is mistakenly assumed by many, negate the notion of free will. As *von-Furer-Haimendorf* (1974) pointed out, karma, in an important sense is based on the assumption of free will. The theory of karma rests on the idea that the individual has the moral responsibility for each of his or her actions, and hence the freedom of moral choice.

One can see how the *law of karma* is invoked to explain not only the onset of mental illness but all sorts of misfortunes which may befall upon an individual. If one's present life is determined by one's actions in one's present life, it follows that any illness - mental or physical - that strikes an individual in a family, was destined to happen. This idea is not as strange as it might appear at first sight. For in the West too, it is not uncommon to attribute the causes of psychiatric disorders to the patient's past experiences (viz., infantile traumatic episodes, faulty or maladaptive learning, hereditary predispositions, genetic abnormalities, chemical imbalances, etc.). However, in India, the notion of past is carried into one's previous life or lives. *Pandey, Srinivas* and *Murlidhar* (1982) in a study of informants of psychiatric patients in India found that the most commonly stated causes of psychotic disorders was attributed to physical causes and sins and wrong deeds in their previous and present life. These findings have been corroborated by *Srinivas* and *Trivedi* (1982) who, in their study of 266 respondents selected from three villages in South India, attributed, among other factors, "God's curse" as one of the most common causes of mental disorders.

The attribution of one's actions in one's previous birth to psychotic disorders, takes away the sting and the stigma from suffering. No blame is apportioned to the afflicted individual; it was his or her *karma*. It was destined to happen. Determinism thus engenders in the Indian psyche, a spirit of passive, if not resigned, acceptance. This prevents a person from plunging into an abyss of despair - a state from which Westerners, because of their fundamental belief in the doctrine of free-will, cannot be protected. The main disadvantage of determinism - and there are many - lies in the fact

that it often leads to a state of existential, and in certain instances, moral resignation, compounded by a profound sense of inertia. One accepts the vicissitudes of life without qualm. While this may prevent a person from experiencing anxiety it also prevents the person from overcoming the distressing condition.

The conceptual model highlighted the major differences between Western and Eastern cultures in general, and Britain and India in particular, in terms of their attitudes, values, and behaviours concerning schizophrenia. However, in addition to the conceptual model it is necessary to take into account the prevalent social, economic, and demographic conditions which have a significant bearing on our understanding of the problem of schizophrenia. To complete the picture let us briefly examine those factors in relation to India.

Schizophrenia in India

There are three main arguments to be pursued here. The first one is concerned with the problem of resources, the second, with the cultural beliefs of Indians, and the third, with competing therapeutic models of mental illness.

1. Acute shortage of resources

The ratio of psychiatrists to the general population in India is a little over one psychiatrist to every million people (*Rao*, 1986). There are only about 45 mental hospitals in the entire country. There is hardly any undergraduate training in psychiatry in the medical schools. Mental illness in India is estimated to affect some two to seven persons per 1000 population in India (*Rao*, 1986). Given the present population of over 940 million people in India, it would seem therefore that between two and four million are affected by mental illness of one form or other. This, however, is a conservative estimate, for according to *Wig* and *Saxena* (1982), schizophrenia itself, affects over 1% of the adult population. Given the size of the population, the regional and linguistic variations, and the great "rural-urban divide" in terms of social, educational and economic differentials, it is impossible for the present psychiatric services to meet the needs of the afflicted persons in India. It is evident therefore that the various forms of psychiatric treatment, including the use of psychotropic drugs, ECT, and other forms of therapies, are limited in their uses. They are confined to psychiatric institutions, which are located mainly, if not entirely in the urban areas of the country. Moreover, psychiatric institutions in India tend to be overcrowded, understaffed, and grossly underfunded. In addition to the above problems, there are limited economic resources, lack of trained personnel, limited availability of drugs, high dropout rates of patients from treatment, lack of awareness among general medical practitioners, lack of integration of indigenous and modern systems of medicine, and so on.

2. Indian cultural beliefs

Psychiatric institutions arouse pejorative, stigmatising and even hostile images in the minds of people. For a person to be admitted into a psychiatric institution is the ultimate admission of a family member's insanity. It is a label which families, for social reasons, are anxious to avoid. The label often transfers to the entire family, making it difficult in many cases for parents to find suitable spouses for their children, particularly for their daughters. Parents of eligible sons and daughters are loath to consider forming marital liaisons with families where there is a history of known insanity. The unfounded but powerful belief in the genetic transmission of what is referred to as 'bad blood' within the family, militates against the consideration of any marital liaisons.

Attempts are made to conceal the mental abberations of a family member from society, and the hapless victim may sometimes be locked away and subjected to a variety of indigenous forms of treatment. There is profound reluctance among Indians to have their near and dear ones admitted into psychiatric institutions - unless of course they have no choice in the matter. Admission into a psychiatric institution may often be seen as the last resort - after all the other alternatives have been tried and exhausted.

3. Competing therapeutic models of mental illness

In India the familial, social, and religious conditions play an important role in understanding the nature and the causes of schizophrenia. In Britain and in other Western countries these factors have a lesser role to play.

Given the fact that there is an acute shortage of psychiatric institutions, compounded by an acute shortage of trained health professionals, including psychiatrists, clinical psychologists, psychiatric nurses, and other personnel, what are the therapeutic alternatives available to Indians?

1. Psychiatric treatment

Wig and *Saxena* (1982) point out that psychiatrists trained in India continue to use the classificatory systems of ICD-9 and the DSM-IV in their clinical work. Psychiatric treatments include confinement into a psychiatric institution, use of drugs, ECT, custodial care, etc. But psychiatric institutions, as has already been reiterated, are overcrowded, understaffed, and underfunded. Several psychiatrists have expressed dissatisfaction concerning the validity of the DSM-IV. Text-book symptoms are also found among many non-psychiatric patients, e.g., shamans, sooth-sayers, astrologers, mystics, magicians, many of whom enjoy the elevated status of gurus, saints, demigods, and pirs in India. It has been argued that the future editions of the DSM would need to make appropriate changes and revisions which would take into account important social and culturalfactors in classification.

2. Yoga therapy

In India there is a greater reliance on indigenous therapeutic treatments. The W.H.O. Report (1978) points out that there are over 108 colleges of indigenous medicine in India, with over 500,000 practitioners of one of the following indigenous forms of healing: Ayurveda, Unani, and Yoga. Yoga appears to be the most popular form of treatment used in psychological disorders all over the country. Evidence of the efficacy of yoga therapy is quite convincing (*Satyavathi* 1988). Encouraged by the results of yoga therapy, *Vahia* (1982) even suggested that yoga represents a new conceptual model of health and disease. Although several studies have pointed to the effectiveness of yoga therapy (*Bhole*, 1981; *Dharmakeerti*, 1982; *Neki*, 1979; *Nespor*, 1982) it is not seen as a panacea for all types of disorders.

3. Religious therapies

Since in many instances, mental illness is perceived as a visitation from malevolent Gods, it is an accepted practice to take the afflicted person to a well-known shrine, a temple, or to a Muslim darga. It might be of interest to note that in this instance there is powerful pragmatic mixture of religious beliefs: Hindus often visit Muslim dargas, and Muslim families undertake to visit a temple or a well-known Guru, attributed with divine healing powers. *Kakar* in his excellent book, "Shamans, Mystics and Doctors" (1982) cites remarkable case studies to that effect. The visitations to shrines, temples, mosques may take several forms. The afflicted person "surrenders" his/her will to the guru by sitting near the guru, "feasting" his/her eyes on the guru; the "darshan" (blessed vision) of the guru is attributed with immense spiritual and healing powers. In other instances, the guru may encourage the person to recite prayers, meditate, read from the scriptures, perform religious rites - all of which are attributed with healing properties. Special emphasis is paid to the intense, and in some instances, symbiotic relationship between the guru and the follower. The guru-follower therapeutic procedure on the whole, tends to adopt a directive approach, rather than a non-directive one. The guru attempts to guide the afflicted person through all his/her afflictions, offers hope, and prayer. In return it is beholden upon the follower to abide by all the teachings and prescriptions of the guru. For the therapeutic enterprise to progress smoothly, it is essential that the guru is perceived as being a person of immense sagacity and wisdom. The guru must have no obvious pecuniary interests in the outcome of the treatment. The guru must also be seen to be living on the "margins" of society. In other words, the guru, in keeping with Indian cultural traditions, must be seen as being truly and totally detached from material comforts and aspirations.

The well-to-do often undertake long, arduous and expensive pilgrimages to the holy cities, such as Benaras, Hardwar and Rishikesh. There they perform elaborate religious ceremonies, feed hundreds of mendicants, bathe the victim (and themselves) in the river Ganges, which is attributed with divine cleansing powers.

At home, the women pray, undertake regular fasts, refrain from eating meat, and practice extremely severe austerities to ensure the restoring of the victim's mental and physical health.

4. Demonological therapies

Mental illness, including schizophrenia (with its sets of accompanying somatic symptoms) in India is also explained in terms of sorcery, bewitchment, and evil spirits (*Kakar*, 1982). The patient afflicted by these disorders is considered blameless because the illness is seen as the work of demons and other malevolent spirits, or *shaitans*, who take possession of the patient. Why a demonic spirit should take possession of one individual and not another is attributed to the belief that spirit possession is due to the envy of neighbours' at the visible affluence and success and good health of the afflicted person. Belief in the evil eye - commonly referred to as *nazar* or *dishti* - is quite strong and widespread among Indians. A child that meets with an accident or falls seriously ill and contracts an infectious disease might be the victim of an evil eye (*Fuller*, 1992; *Laungani*, 1988). Social acceptance of such attributions has served to legitimise the belief in the evil eye and its malevolent variants. In addition to wearing charms and amulets and sacred threads (the symbol of the 'twice-born' high caste Hindu), parents might symbolically blacken the child's face with ash or coal dust or even kohl to ward off the dangers of the evil eye. A plain and 'ugly' child is less likely to become a victim of the evil eye than a pretty child.

But when such prophylactic measures fail, persons specially qualified to remove spells and counter-spells, exorcise demons and other spirits such as *bhoots, balas*, and *shaitans*, are summoned by the family members of the afflicted persons.

All over India one finds an army of faith healers, mystics, shamans, pirs (holy men) bhagats (religious persons), gurus. They are accorded the same respect and veneration as the medically trained psychiatrists in India. It is not uncommon to find the concerned relatives of a distressed person consulting some, if not all, of these specialists for effective treatment.

5. Astrological therapies

Beliefs in astrology and the malevolent influences of planets on one's life are strongly ingrained in the Indian psyche. It is quite customary to have a child's horoscope cast upon its birth. The heavenly configuration of planets at the moment of birth is seen as a determinant of life chances . A carefully cast horoscope reveals a person's fate which is written on a person's forehead (*Fuller*, 1992). The horoscopes are also consulted prior to finalising betrothals. In the event of a serious planetary mis-match in the horoscopes of the couple, the parents may decide not to proceed with the betrothal of their respective children, or may decide to undertake arduous religious ceremonies which would propitiate the evil influences of

the planets on the future of the couple. Mental illness too is often attributed to the malevolent influence of the planets, particularly Saturn, *shani*. Shrines containing images of Saturn and other planets are found in all parts of India. On the day when Saturn moves from one house to another, people all over India offer prayers - some expressing relief at having survived the last thirty months, and others fearful and anxious at having to get through the next thirty months without calamitous misfortunes (*Fuller* 1992).

6. Indigenous Ayurvedic therapies

Ayurveda is a traditional Indian system of medicine. Its fundamental goal is to bring about and maintain a harmonious balance between the person, the person's body and the person's psyche. In modern Western terminology it might be construed as a form of holistic medicine. However, its roots run deeper. There is a shared belief among Indians and people from South Asia that Ayurvedic medicine has no beginning since it reflects "the laws of nature inherent in life and living beings and thus mirrors their unchanging essence" (*Kakar*, 1982, pp. 221). Ayurvedic medicine is focused more on treating the person rather than the disease. Illness occurs when there is an humoral imbalance between the psyche-soma identity, leading to different types of insanities due to the specific imbalances.

For effective treatment it is as important to understand the person as the disease which is to be treated. The emphasis of treatment is on purification. Purification treatment may often consist of purges, emetics, enemas and bleeding. However, these practices, to a large extent, appear to have to fallen into disuse. They are still practised in certain parts of South India. They have been replaced by other traditional herbal remedies. Since the Ayurvedic goal is to restore a harmonious balance, the treatment procedures tend to be diverse. There is a strong emphasis on rigid dietary practices. This is in keeping with the belief that certain types of foods produce certain mental states (both desirable and undesirable) and therefore can only be eaten at certain times of the day. The patient is also encouraged to undertake regular physical exercises, including breathing exercises, or pranayanas. The final emphasis is on the acquisition of desirable personal and social habits, which include ways of relating to oneself and to others, and the imbibing of those thoughts, attitudes, beliefs and values which promote a harmonious balance between the person, the soma and the psyche.

CONCLUSION

It is clear that there are no easy answers to the problem of schizophrenia. The medical model, despite its dominance in the West, is not without its problems. Several questions remain unanswered. It is by no means clear that schizophrenia is a disease like any other organic disease. Nor is it clear that

the DSM-IV is a valid diagnostic instrument and is clearly able to identify schizophrenic disorders from other serious psychotic dysfunctions. No clear answers are available as to the causes of schizophrenia. Although many of the research studies have established significant correlations between different sets of organic variables, correlations alone do not establish causation. The demise of the medical model appears to have gone unnoticed. The study of schizophrenia is in urgent need of a paradigm-shift.

It is through systematic studies of cultural factors which influence our understanding of schizophrenia, that we shall come closer to getting the answers which, for the present, elude us all. But the deliberate omission of cultural variables from the current studies in schizophrenia displays an unwanted, unwarranted, but understandable prejudice frequently found within the scientific fraternity.

It is important that cultures meet - on equal terms and as equal partners, both as research scientists and as clinicians - and express a genuine willingness to share and learn from each other, to find tentative answers to questions which concern us all. But for the West to assume that there is little or nothing of value which they might profitably learn from Eastern cultures, many of which have sustained and perpetuated themselves for over 4000 years, is precisely the kind of attitude which is inimical to the pursuit of genuine multi-cultural research into schizophrenia.

Kulturelle Konstruktionen von Schizophrenie: Voschlag eines Paradigmenwechsels

Pittu Laungani (London)

Der ubiquitäre Begriff der Schizophrenie wurde aus den unterschiedlichsten theoretischen Blickwinkeln untersucht: medizinisch, organisch, biologisch, neurokortikal, psychologisch, sozialanthropologisch, kulturell etc. Jede dieser Perspektiven beinhaltet eigene Konzepte, wobei Begriffe, deren Bedeutungen, die Behandlungsmethoden und die Ergebniskontrolle divergieren. Je unterschiedlicher die Perspektiven sind, desto weniger sind sie untereinander verständlich und vergleichbar, bis hin zur Feindschaft zwischen verschiedenen theoretischen Schulen.

In der wissenschaftlichen Forschung sind stets einige Ansätze erfolgreich und führen zu Fortschritt, andere dagegen verschwinden nach einiger Zeit. *Lakatos* (1971) und *Popper* (1972) warnen davor, die „erfolgreichen" Forschungsprogramme auch als die zutreffenden anzusehen, denn die Popularität oder Anzahl von Studien zu einer bestimmten Theorie sagt nichts über deren Validität. Normalerweise arbeiten Wissenschaftler innerhalb eines akzeptierten Forschungsparadigmas. Dies nennt *Kuhn* (1982) „normal science". Kleinere

Unstimmigkeiten damit werden akzeptiert und verarbeitet. Von Zeit zu Zeit treten aber größere und kontinuierliche Abweichungen auf, die nicht verarbeitet oder ignoriert werden können und schließlich zu einem Krisenzustand („state of crisis") und daraus zu einer „wissenschaftlichen Revolution" führen. Das Paradigma wird dann dementsprechend geändert, so daß danach eine Rückkehr zur „normal science" möglich wird.

Das medizinische Modell der Schizophrenie

Seit *Kraepelin* (1913) und *Bleuler* (1911), d.h. seit ca. 100 Jahren, ist das medizinische (oder organische) Modell der Schizophrenie das herrschende Paradigma in Forschung und klinischer Arbeit. In letzter Zeit wurde seine Validität wie auch seine soziopolitischen Implikationen durch verschiedene Gruppierungen ernsthaft in Frage gestellt, dennoch beeinflußt es weiterhin in extremem Maß die Psychiatrie (*Laungani* 1996).

Das DSM-IV als offizielles diagnostisches Manual für Schizophrenie und andere psychische Störungen ist zunehmend weiter verbreitet. Dennoch existieren widersprüchliche Ergebnisse dazu, ob und inwieweit es schizophrene Störungen genau identifiziert, klassifiziert und von anderen schweren psychotischen Störungen unterscheidet (vgl. *Crow* 1986; *Zubin* 1967).

Während die Antipsychiatrie (*Laing; Esterson; Szasz)* die Existenz der Schizophrenie selbst in Frage stellte, befaßten sich große internationale Studien, wie die International Pilot Study der WHO (1973, 1979) mit der diagnostischen Validität von Schizophrenie als abgrenzbarem Krankheitsbild und ihrer Relation zu anderen psychotischen Störungen, besonders den manisch-depressiven. Die Untersuchung von *Rosenhan* (1973), der acht Pseudopatienten mit der Angabe von jeweils gleichen Symptomen („ich fühle mich leer", „ich höre einen dumpfen Schlag", „ich fühle mich hohl"etc.) in verschiedene amerikanische psychiatrische Kliniken schickte und die alle als schizophren diagnostiziert und aufgenommen wurden, demonstrierte dieses Problem eindrucksvoll.

Wenn man die vorherrschenden Forschungshypothesen der letzten Jahre - genetische Abweichungen, Familiengeschichte, Dopaminstoffwechsel, strukturelle Abnormalitäten des Gehirns - auf ihre tatsächlichen Resultate hin untersucht, konnte keine Hypothese verifiziert werden (vgl. z.B. *Gottesman* 1991; *McKenna* 1997; *Baron* et al. 1985; *Hyttel* et al. 1985; *Wong* et al. 1986; *Crawley* et al. 1986). Dies führt unmittelbar zur Frage: Weshalb ist trotz gegensätzlicher Evidenz das organische Modell der Schizophrenie noch immer vorherrschend in Forschung und Therapie?

Das Krankheitsmodell von Schizophrenie setzt eine organische Erkrankung voraus; solche Krankheiten werden mit pharmazeutischen Mitteln behandelt, die internationale Gesellschaften herstellen. Diese fördern ihren Umsatz und Gewinn, indem sie Forschungsprogramme finanzieren, Konferenzen organisieren und Zeitschriften herausgeben.

Wenn ein Psychiater bereit ist, Medikamente zu verschreiben, kann er pro Tag viel mehr Patienten sehen, als bei einer nicht-medizinisch und nicht-medikamentös orientierten therapeutischen Intervention möglich wäre, d.h., er wird dafür finanziell belohnt. In der American Psychological Association gibt es deshalb Bestrebungen, auch klinischen Psychologen die Verordnung von Medikamenten zu erlauben (vgl. *Albee* 1999; *Sanua* 1999). Wenn Schizophrenie eine Krankheit ist, die mit Medikamenten behandelt werden kann, bleibt außerdem der Politik erspart, die Umweltbedingungen zu verändern, die zur Entstehung von Schizophrenie beitragen (*Albee* 1999).

Es ist bekannt, daß der medizinische Berufsstand streng hierarchisch organisiert ist: Einige Fachgebiete wie Kardiologie, Onkologie, Neurologie und Neurochirurgie sind besonders prestigeträchtig und finanziell lohnend. Die Psychiatrie dagegen nimmt eine Außenseiterposition ein. Psychiater verspüren demzufolge eine Bedürfnis, als integraler Bestandteil der medizinischen Profession anerkannt zu sein. Dies erklärt zum Teil ihre beständige Anhängerschaft zum organischen Modell; denn bei Akzeptanz eines nicht-medizinischen Modells von Schizophrenie müßten sie eine weitere »Entfremdung« von ihren Arztbrüdern fürchten. Daher ist das medizinische Modell psychischer Krankheit sehr resistent gegen Veränderung. Dennoch lohnt es sich, alternative Modelle der Schizophrenie ernsthaft zu diskutieren.

Kulturelle Konstruktionen von Schizophrenie

Die Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit sind soziale und kulturelle Konstruktionen und wurzeln in der sozialen Realität (*Laungani* 1996). In jeder Kultur existieren auch Erklärungen und Wertvorstellungen bezüglich psychischer Krankheiten. Eine wissenschaftliche Theorie muß deshalb die historischen, sozialen, religiösen, ökonomischen u.a. Bedingungen sowie den aktuellen Wissensstand zu einen gegebenen Zeitpunkt in einer bestimmten Gesellschaft in ihre Betrachtung einbeziehen. Beispielsweise führte der Glaube an Hexen und Magie im Europa und Amerika des 16. und 17. Jahrhunderts zu einem dämonologischen Modell psychischer Krankheit und dementsprechenden Behandlungssystemen. Inzwischen hat dieses Modell im allgemeinen in Europa und Amerika seine Bedeutung verloren. In den meisten Entwicklungsländern existiert es aber noch, z.B. in Teilen Afrikas und Asiens. Das organische Modell von Schizophrenie hat hier geringe Bedeutung, und Versuche, es zu forcieren, sind meist vergeblich. Dies heißt nicht, daß Schizophrenie eine kulturspezifische Störung ist. Daß Menschen die Kontrolle über ihr Verhalten verlieren, sich zurückziehen in eine eigene Welt und sich nicht mehr an die Grenzen von Raum, Zeit und Realität binden, ihren Lebenswillen aufgeben etc. ist eine allen Kulturen gemeinsame, universelle menschliche Erfahrung. Lediglich die Annahmen darüber, d.h. wie diese Sypmtome verstanden und interpretiert werden, sind oft kulturbedingt.

Das Verständnis von Schizophrenie in Indien und Großbritannien

Die meisten Studien zur Schizophrenie und auch die Diagnosesysteme DSM-IV und ICD-10 stammen aus dem Westen. Inwieweit sind sie auch in nicht-westlichen Ländern verwendbar? Ein umfassendes konzeptuelles Modell, das eine sinnvolle vergleichende Analyse zwischen westlichen und nicht-westlichen Kulturen hinsichtlich Schizophrenie erlaubt, ist an anderer Stelle ausführlich dargestellt worden (*Laungani* 1990, 1993, 1994, 1995, 1995a, 1996, 1997, 1998, 1998a, 1999, 1999a). Es besteht aus vier Hauptfaktoren oder -dimensionen: Materialismus – Spiritualismus, freier Wille – Determinismus, Individualismus – Kommunalismus, Kognitivismus – Emotionalismus. Hier sollen nur die beiden ersten Dimensionen betrachtet werden, da sie für Schizophrenie besonders relevant sind.

Materialismus – Spiritualismus

Im Westen herrscht ein unangefochtener Glaube an die solide materielle Existenz vor. Dies führt leicht zu dem Mythos, daß alle Erklärungen innerhalb dieses angenommenen materiellen Rahmens zu suchen seien, daß also auch alle Krankheit – auch psychische – auf materiellen Ursachen beruhe (Viren, genetische Faktoren, Verletzungen, Infektionen). Andere Erklärungsversuche gelten als vorwissenschaftlich und abergläubisch und werden den »rückständigen« Gesellschaften, also den Entwicklungsländern, zugerechnet.

Die Akzeptanz eines materialistischen Rahmens ist logisch unvereinbar mit nicht-materiellen Erklärungen der gleichen Phänomene; z.B. ist Geist per definitionem nicht-materiell und kann demzufolge nicht zugleich materiell sein.

Im indischen Denken dagegen ist der Begriff des Materialismus ziemlich unbedeutend. Die äußere Welt wird nicht als materielle verstanden, sondern als illusorisch; sie ist »maya«. Daher liegt die Realität bzw. ihre Wahrnehmung innerhalb des Individiuums und nicht, wie im westlichen Denken, außerhalb. So kann für einen Inder z. B. Dysenterie nicht nur durch Bakterien verursacht sein, sondern zugleich durch den bösen Blick, was für einen westlichen Menschen ausgeschlossen scheint. In Indien drehen sich Glauben und Werte vorwiegend um Spiritualität: Der letzte Zweck des menschlichen Daseins ist es, die jeweilige illusionäre physische Existenz zu transzendieren und jede Aktivität, die das befördert, ist zu unterstützen. Was die Schizophrenie anbelangt, ist der Glaube an magische Erklärungen (Hexerei, böse Geister) weitverbreitet, so daß Familien bei plötzlichen und ernsten Erkrankungen oft Geistesaustreiber und ähnliche Heiler aufsuchen.

Freier Wille – Determinismus

Hinsichtlich Determismus und freiem Willen herrscht im westlichen Denken ein spezifischer Widerspruch: Einerseits beruht die Forschung in

den Naturwissenschaften einschließlich Medizin, Psychiatrie und Psychologie auf der Annahme eines deterministischen Bezugssystems, andererseits herrscht ein starker Glaube an den freien Willen auf sozialer und psychologischer Ebene. Freier Wille soll hier als nicht-kausale, freiwillige Handlung definiert werden. Demnach ist der Mensch für seine Handlungen verantwortlich; er kann tun, was er will und zwischen Alternativen wählen: Erfolg geht ebenso auf sein Konto wie Versagen und Mißgeschick. In dieser Falle ist der westliche Mensch gefangen.

Durch ihre, zumindest im teleologischen Sinne, derterministische Weltsicht, sind die Inder geschützt davor, die letzte Verantwortung für ihr Tun übernehmen zu müssen. Das Gesetz des »karma« hat über Jahrhunderte das indische Denken und Leben geprägt. In seiner einfachsten Form besagt es, daß Glück oder Not eines Menschen die vorbestimmte Auswirkung von Handlungen ist, die das Individuum in seinem jetzigen oder einem seiner vielen früheren Leben vollzogen hat. Die Dinge geschehen demnach nicht, weil wir sie geschehen machen, sondern weil sie bestimmt waren, zu geschehen. Das Gesetz das »karma« schließt nicht, wie vielfach fälschlich behauptet wird, die Existenz eines freien Willens aus. Es beruht auf der Idee, daß der Mensch die moralische Verantwortung für seine Taten hat und daher die Freiheit moralischer Wahl. »Karma« kann also nicht nur geistige Krankheit erklären, sondern alle Mißgeschicke, die einem im Leben widerfahren. Auch im Westen werden die Ursachen psychiatrischer Störungen in den früheren Erfahrungen des Patienten gesucht (z.B. kindliche Traumata, erbliche Dispositionen, chemisches Ungleichgewicht, falsche oder mißverlaufene Lernprozesse). In Indien wird der Begriff der Vergangenheit auf fühere Leben ausgedehnt. Dies nimmt dem Leiden sein Stigma: Der betroffene Mensch ist entlastet, es war sein Karma. Der Determinismus in Indien trägt also zu einer passiv-akzeptierenden, wenn nicht resignierenden, Haltung bei; sie verhindert aber, daß der Betreffende in einen Abgrund von Verzweiflung stürzt, wovor ein westlicher Mensch wegen seines grundlegenden Glaubens an den freien Willen nie geschützt ist. Der Determinismus führt aber oft auch zu Resigniation und Trägheit, so daß die Ursache nicht überwunden werden kann.

Was die sozialen, ökonomischen und demographischen Bedingungen angeht, die für das Verständnis des Problems der Schizophrenie relevant sind, müssen für Indien hauptsächlich drei Punkte berücksichtigt werden: Das Ressourcenproblem, der kulturelle Glaube der Inder und die wetteifernden therapeutischen Modelle von psychischer Krankheit. Das Verhältnis von Psychiatern zur Bevölkerung beträgt in Indien wenig mehr als 1: 1.000.000, es gibt nur ca. 45 psychiatrische Kliniken im ganzen Land. Psychiatrie wird an den medizinischen Schulen kaum gelehrt. Dem stehen – konservativ geschätzt – zwischen zwei und 4 Millionen psychisch Kranke gegenüber. Psychiatrische Einrichtungen, die fast alle in Großstädten liegen, sind in der Regel überfüllt, leiden an Personal – und massivem Geldmangel. Dennoch sind die verschiedenen Formen psychiatrischer Behandlung ein-

schließlich Psychopharmaka, Elektroschocktherapie auf diese Einrichtungen beschränkt. Es mangelt an ökonomischen Ressourcen, ausgebildetem Personal, Medikamenten und an einem Problembewußtsein bei den Allgemeinärzten. In eine psychiatrische Institution eingewiesen zu werden ist das letzte Mittel der Wahl wegen ihres pejorativen und stigmatisierenden Images in der Bevölkerung. Die psychische Krankheit eines Familienmitgliedes zuzugeben, wird aus sozialen Gründen möglichst vermieden, denn aufgrund des starken Glaubens an ihre Vererbbarkeit sinken die Heiratschancen der Kinder aus einer Familie mit einem psychisch Erkrankten in extremem Maß, vor allem für Töchter. Dies führt zu allerlei Versuchen, die psychischen Krankheiten zu verstecken; bisweilen wird das unglückliche Opfer sogar weggesperrt und verschienen Formen einheimischer Behandlung unterzogen.

Familiäre, soziale und religiöse Einflüsse spielen in Indien eine viel größere Rolle für das Verständnis der Natur und der Ursachen der Schizophrenie als in westlichen Ländern. Die psychiatrische Behandlung umfaßt Einweisung in eine psychiatrische Klinik, Elektroschocktherapie, Einsatz von Psychopharmaka, Freiheitsentzug. Obwohl sowohl ICD-9 als auch DSM-IV von ausgebildeten Psychiatern angewendet werden, herrscht Unzufriedenheit damit; denn mehrere der beschriebenen Symptome finden sich auch bei Nicht-Patienten, z.b. bei Schamanen, Wahrsagern, Mystikern, von denen viele den Status eines Gurus oder Heiligen haben. Künftige Ausgaben des DSM müßten solche wichtigen kulturellen und sozialen Faktoren in Rechnung stellen. In Indien herrscht großes Vertrauen in einheimische Heilmethoden. Es gibt über 108 Colleges dafür und mehr als 500.000 Heiler, die Yoga-, Ayurveda- oder Unani-Methoden praktizieren. Yoga ist die populärste Behandlungsform bei (einigen, nicht allen) psychologischen Problemen im ganzen Land. Ihre Wirksamkeit ist in zahlreichen Studien nachgewiesen (z.B. *Satvavathi* 1988; *Bhole* 1981; *Dharmakeerti* 1982; *Nespor* 1982). Religiöse Therapien spielen eine bedeutende Rolle in Indien, denn psychische Krankheit wird allgemein als Heimsuchung durch übelwollende Götter aufgefaßt. Dabei gibt es eine pragmatische Mischung religiöser Glaubensvorstellungen: Hindus besuchen oft auch Moslem -»Dargas«, Moslems wiederum einen Tempel oder einen bekannten Guru. *Kakar* (1982) beschreibt diese Praxis detailliert. Speziell betont wird immer die intensive und manchmal symbiotische Beziehung zwischen Guru und Anhänger; die Behandlungsprozedur ist eher direktiv. In Übereinstimmung mit der indischen Kultur ist es wesentlich, daß der Guru als Person mit großer Erfahrung und Weisheit wahrgenommen wird, keine offensichtlichen finanziellen Interessen am Ergebnis der Behandlung hat und eher am Rand der Gesellschaft lebt. Pilgerreisen, Fasten, Beten, Opfer und andere religiöse Riten sind die Behandlungsmethoden. Dämonologische Behandlung nimmt ebenfalls einen wichtigen Platz ein, zumal der Glaube an Hexen und Geister und den bösen Blick (d.i. Neid eines anderen) weitverbreitet ist. Der Kranke wird für seine Störungen nicht verantwortlich gemacht, da er

als von Dämonen, bösen Geistern oder »shaitans« besessen angesehen wird. Deshalb werden häufig zum Schutz Amulette u.ä. getragen oder andere prophylaktische Maßnahmen ergriffen (Schwärzen des Gesichts mit Asche oder Kohle z.B.). Wenn diese versagen, wendet man sich an eine Vielzahl von Heilern und Geisteraustreibern, die in Indien ähnlich respektiert und verehrt werden wie die medizinisch ausgebildeten Psychiater. Auch der Astrologie wird großes Vertrauen entgegengebracht. Es ist üblich, bei Geburt eines Kindes sein Horoskop erstellen zu lassen; Verlöbnisse werden davon abhängig gemacht. Auch psychische Krankheit wird oft dem üblen Einfluß der Sterne, besonders des Saturn, zugeschrieben. Ayurveda ist ein traditionelles indisches Medizinsystem, dessen fundamentales Ziel des Gleichgewicht von Person, Körper und Seele ist. Im Westen wird man es als eine ganzheitliche Form der Medizin auffassen. Es wird mehr die Person als die Krankheit behandelt, beides muß aber verstanden werden. Die Betonung liegt auf der Reinigung. In Südindien werden noch die traditionellen Formen der Reinigung benutzt wie Abführen, Erbrechen, Blutungen, anderswo überwiegen heute Kräutermedizin, Körper- und Atemübungen und strenge Diäten. Bestimmte Lebensmittel sollen zu bestimmten Geisteszuständen führen, erwünschten wie unerwünschten.

Auf Schizophrenie gibt es keine einfachen Antworten. Das medizinische Modell läßt trotz seiner Dominanz im Westen einige Fragen offen, etwa die, ob Schizophrenie eine Krankheit wie eine andere organische Erkrankung ist, ob DSM-IV ein valides diagnostisches Instrument ist oder auf welchen Ursachen die Schizophrenie beruht. Die Erforschung der Schizophrenie braucht dringend einen Paradigmenwechsel. Durch das systematische Studium kultureller Faktoren kann man Antworten finden, die sich uns bis jetzt entziehen. Es ist wichtig, daß sich die Kulturen als gleichberechtigte Partner begegnen und voneinander lernen, in der Forschung wie in der klinischen Praxis. Wenn der Westen aber annimmt, es gäbe nichts oder nur wenig von Wert, was man von den östlichen Kulturen lernen könnte, von denen viele mehr als 4000 Jahre überdauert haben, ist das genau die Haltung, die einer genuinen multi-kulturellen Erforschung der Schizophrenie entgegensteht.

Literature

Abrams, R. & Taylor, M.A. (1983): The genetics of schizophrenia: a reassessment using modern criteria. American Journal of Psychiatry, 140, 171–175

Albee, G.W. (1999): Psychodynamic Models Versus Organic psychiatry: Irreconcilable Differences? Paper read at the 12th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WAPD Inc., Bern, March 17–21, Humbold University, Berlin, Germany

Baron, M.; Gruen, R., Rainer, J.D.; Kane, J.; Asnis, L.; & Lord, S. 1985): A family study of schizophrenia and normal control probands: implications for the spectrumconcept of schizophrenia. American Journal of Psychiatry, 142, 447–455

Bhole, M.V. (1981): Concept of relaxation in shavasana. Yoga Mimamsa, 20, 50-56

Bleuler, E. (1911): Dementia praecox or the group of schizophrenia (trans. *J. Zikin,* 1950) New York: International Universities Press.

Crawley, J.C.; Crow, T.J.; Johnstone, E.C.; Oldland, S.R.D.; Owen, F.; Owens, D.G.C., et al., (1986): Dopamine D" receptors in schizophrenia studied in vivo. *Lancet,* ii, 224–225

Crow, T.J. (1986): The continuum of psychosis and its implication for the structure of the gene. British Journal of Psychiatry, 149, 419–429
Davies, P. (1990): God and the New Physics (London: Penguin Books)
Dharmakeerti, U.S. (1982): Review of 'Yoga and cardiovascular management'. Yoga, 20, (6) 15–16
Fischer, M. (1973): Genetic and environment factors in schizophrenia. Acta Psychiatrica Scandinavicy, supplement, 238, 1–158
Fuller, C.J. (1992): The Camphor Flame: Popular Hinduism and Society in India. Princeton, NJ: Princeton University Press.
Gottesman, I.I. (1991): Schizophrenia genesis: the origins of madness: (New York: Freeman)
Gottesman, I.I.; Shields, J. (1963): Schizophrenia in twins; sixteen years' consequtive admissions to a psychiatric clinic. British Journal of Psychiatry, 112, 809-818
Guze, S.B.; Cloninger, R.; Martin, R.L; Clayton, P.J. (1983): A follow-up and family study of schizophrenia. Archives of General Psychiatry, 40, 1273–1280
Hyttel, J.; Larsen, J.J.; Christensen, A.V.; Arnt, J. (1985): Receptor-binding profiles of neuroleptics. In Dyskinesia – research and treatment, Psychopharmacology Supplementum, No. 2, (ed. *D.E. Casey, T.W. Chase, A.V. Christensen, and J. Gerlacj*) pp. 9–18 (Berlin: Springer)
Kakar, S. (1982): Sharmans, Mystics and Doctors. (London: Mandala Books, Unwin Paperbacks)
Kelsoe, J.R.; Cadet, J.L.; Ojckar, D.; Weinberger, D.R. (1988): Quantitative neuroanatomy in schizophrenia: a controlled magnetic resonance imaging study. Archives of General Psychiatry, 45, 533–541
Kendler, K.S.; Masterson, C.C.; David, K.L. (1985): Psychiatric illness in first degree relatives of patients with paranoid psychosis, schizophrenia and medical illness. British Journal of Psychiatry, 147, 524–531
Kline, N.S. (1954): Use of Rauwolfia serpentina Benth in neuropsychiatric conditions. Annals of the New York Academy of Sciences, 59, 107–132
Kraeplin, E. (1913): Dementia praecox and paraphrenia (trans. *R.M. Barclay*, 1921), Edinburgh: Livingstone)
Kringlen, E. (1967): Heredity and environment in the functional psychoses (London: Heinemann)
Kuhn, T. (1982): The Structure of Scientific Revolutions. (Chicago: University of Chicago Press)
Lakatos, I. (1971): Falsification and the Methodology of Scientific Programmes. In: *I. Lakatos & A. Musgrave* (Eds.): Criticism and the Growth of Knowledge (London: Cambridge University Press)
– (1981) (Ed.): The methodology of Scientific Research Programmes (Cambridge: Cambridge University Press)
Laungani, P. (1978): Antipsychiatry: a suitable case for treatment. Bull. Br. Psychological Society, 31, 388–390
– (1990): Turning Eastward – An Asian View on Child Abuse. Health & Hygiene, January, Vol. 11, Number, 1, pp. 26–29
– (1993): Cultural Differences in Stress and Its Management. Stress Medicine, Vol. 9, No. 1, January, 37–43
– (1994): Cultural Differences in Stress: India and England. Counselling Psychology Review; Vol. 9, 4, pp. 25–37
– (1995): Patterns of Bereavenment in Indian and English Societies. Bereavenemt Care, 14, 1, 5–7
– (1995a): Stress in Eastern and Western Cultures. In: *Hohn Brebner, Esther Greenglass, Pittu Laungani* and *Ann O'Roark:* (Eds.) (Series Editors: *Charles D. Spielberger and Irwin G. Sarason)* Stress and Emotion, Vol. 15, 265–280. (Taylor and Francis, Washington, DC. U.S.A.)
– (1996): Cross-cultural investigations of stress: Conceptual and Methodological Considerations. International Journal of Stress Management, Vol. 3, No. 1, 25–35
– (1997): Patterns of Bereavenment in Indian and English Society. In: *John D. Morgan* (Ed.) Readings in Thanatology. (Baywood Publishing Co., Amityville, New York, USA)
– (1998): Cultural influence on Identity and Behaviour: India and Britain. In: *Y.T. Lee, C,R, Mac Cauley & J. Draguns* (Eds.) Through the Looking Glass: Personality in Culture. MASS: Lawrence Erlabaum Aasociates.

- (1998a): Culture and Identity: Implications for Counselling. In: *S. Palmer & P. Laungani* (Eds.) Counselling in a Multicultureal Society (London: Sage)
- (1999): Stress in India and England. In. *D.M. Petonjee, U. Pareek & R. Agrawal,* (Eds.) Studies in Stress and its Management (India: Oxford/India Book House)
- (1999a): The advantages of Culture-centred Counselling over Client-centred Counselling. In: *J. Morgan* (Ed.) Dynamic Aspects of Care of the Dying and the Grieving (New York: Baywood Publishing Inc.)

Lewis, S.W. (1990): Computerised tomography in schizophrenia 15 years on. British Journal of Psychiatry, 157, supplement, 9, 16–24

McKenna, P.J. (1997): Schizophrenia and Related Syndromes. Guildford: Psychology Press Ltd.

Neki, J.S. (1979): Psychotherapy in India: Traditions and Trends. In: *M. Kapur, V.N. Murthy, K. Satyavathi & R.L. Kapur* (Eds.) Psychotherapeutic processes (pp 113–134). Bangalore: National Institute of Mental Health and Neurosciences.

Nespor, K. (1982): Yogic practices in world medical literature. Yoga, 20 (1), 29–35

O'Flaherty, W.D. (1976): The Origins of Evil in Hindu Mythology. (University of California Press. Berkely: California, U.S.A.)

Owens, D.G.C. (1992): Imaging aspects of biology of schizophrenia. Current Opinion in Psychiatry, 5, 6–14

Pandey, R.S.; Srinivas, K.N.; Muralidhar, D. (1980): Socio-cultural beliefs and treatment acceptance. Indian J. of Psychiatry, 22, 161–166

Pope, H.G.; Jonas, J.M; Cohen, B.M; Lipinski, J.F. (1982): Failure to find evidence of schizophrenia in first degreee relatives of schizophrenic probands. American Journal of Psychiatry, 139, 826–828

Popper, K. (1972): Objective Knowledge: An Evolutionary Approach. Oxford: (The Clarendon Press. Oxford)

Rao, V. (1986): Indian and Western Psychiatry: A Comparison. In: *J.L. Cox* (Ed.) Transcultural Psychiatry, Croom Helm, pp. 291–305

Reichenbach, B.R. (1990): The Law of Karma: a philosophical study. (Honolulu: University of Hawaii Press)

Rosenhan, D.L. (1973): On Being Sane in Insane Places. Science. 179 (4070) 250–258

Sanua, V. (1990): The Fallacies of the Medical Model in Schizophrenia. Paper read at the 12th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WAPD Inc., Bern, March 17–21, Humboldt University, Berlin, Germany

Satyavathi, K. (1988): Mental Health. In: *J. Pandey* (Ed.) Psychology in India: The State-of-the-Art. Vol. III: Organizational Behaviour and Mental Health, pp. 217–288 (Neu Delhi: Sage Publications)

Sinari, R.A. (1984): The Structure of Indian Thought (Delhi: Oxford University Press)

Slater, E. (1953): Psychotic and neurotic illness in twins (London: HMSO)

Srinivasa, D.K.; Trivedi, S. (1982): Knowledge and attitude of mental diseases in a rural community of South India. Social Science Medicine, 16, 1635–1639

Szasz, T. (1963): The Manufacture of Madness (New York: Harper & Row)

Address of the author:

Pittu Laungani, Ph.D.
South Bank University London
11, Chelmsford Square
London NW 103 AP
England

Psychodynamic Models versus Organic Psychiatry: Irreconcilable Differences?**

George W. Albee (Longboat Key, Florida)*

The author reflects in this paper the role of western medicine in the industrializing society of the 19th century and our modern society. British, American and German Psychiatry adopted social darwinistic and calvinistic theories, which were prevalent in these societies. Psychic disturbances are in this context a consequence of innate constitutional differences between the successful and unsuccessful. Still today conservative political forces insist on organic explanations because an expensive social change is not required. The author shows the main faults of the organic psychiaty such as the denial of curability or the denial of social causation. Albee supports a social-learning model of disturbed behavior. Most mental disorders are learned in a social context involving: bad parenting, poverty, exploitation and social injustices. Psychotherapy and rehabilitation demonstrate the reversibility of disturbances.

Thirty years ago, I suggested a realignment of groups intervening with people with emotional problems: The psychoanalysts should join forces with those psychologists and social workers who favor a social-learning model, while the organic psychiatrists realign themselves with the brain defect group. I still feel this way, and I warn you that the organicists ar rapidly gaining power. We are in great danger because of the growing power of the ruling class that favors organic interventions and that controls the press and the training programs. Let me summarize the points that must be considered:

The Main Argument

The Faults of organic psychiatry:

1. Support for an unreliable and invalid diagnostic model.
2. Medical support for the economic elite who deny social causation.
3. Support for damaging organic interventions like ECT, lobotomy, heavy tranquilizers
   and involuntary treatment
4. Denial of curability; denial of symbolic behavior and denial of social causation.
5. Social Darwinism/Calvinism

The value of psychodynamic-social environmental models:

1. Mental disorders are not diseases.
2. Most mental disorders are learned in a social context involving: bad parenting, poverty, exploitation and social injustices. Prevention requires social changes.

* Professor-Emeritus of Psychology, University of Vermont, and Courtesy Professor, Florida Mental Health Institute

** A paper read at the 12th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry (WADP) / 25th Internat. Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), Humboldt-Universität Berlin March 17-21, 1999

3. Political-economic considerations, rather than evidence, deny the social origins of emotional distress.
4. Psychotherapy and rehabilitation demonstrate the reversibility of disturbances, thereby negating the organic defect model
5. Disturbed behavior is often symbolic of underlying conflict, dreams, delusions and bizarre overt acts arise from the unconscious

Medicine and its Role in the Industrializing Society

Western medicine emerged in its present form in the latter part of the 19th century as a result of several interacting causes. One was the emergence of the expanding bourgeois society that had become suffused with the economic system called capitalism. Manufacturing demanded the rationalization of industrial production using managers who could control the expanding lowpaid labor force employed at digging coal, or working long hours tending looms or other machines in factories. There was a vast migration in the early decades of the 19th century of surplus laborers from farms and villages to cities, usually seaports, where manufacturing was developing rapidly (*Albee,* 1982).

A large pool of the uneducated unemployed, eager to find work to support themselves and their families, kept wages down. Involuntary unemployment then as now, was a major source of stress leading to psychopathology.

The expanding field of medicine was required to classify people according to their capability of working. The rapid development of a middle class resulted from the need by industry for foremen, bookkeepers, clerks, managers and timekeepers. All these demands for people who could read and write made some public education available, especially for the middle class, and necessary for the upwardly mobile. The work ethic was part of the Protestant ethic, and especially of Calvinism. Those who could not, or would not, work, were doomed to abject poverty, illness, mental disorders, pauperism and addiction to alcohol. British, American, and German psychiatry adopted the prevalent Social Darwinsim and Calvinism that explained poverty, hopelessness, and the frequent madness of the exploited, as a consequence of innate constitutional differences between the succesful and unsuccessful, the saved and the damned (*Albee,* 1996).

The important discoveries, particularly by Prussian scientist *Rudolf Virchow,* of the existence of discreet and separate physical diseases, each with its own biological cause, led to remarkable successes in medical diagnosis and treatment. The work of microbiologists like *Pasteur* and *Koch* had led to the dramatic discovery of the separate micro-biological causes of many diseases. Progress in physiology and anatomy also helped medicine discover the causes of other diseases that were characterized by deficiency and by organic malfunction. From a long period of medical ignorance in which diseases had been believed to be caused by humours, miasmas, bad air

and other myterious forces. medicine suddenly emerged as a discipline with firm scientific foundations. Separate diseases had separate causes and research could lead to the discovery of successful treatments.

Psychiatry, growing in this medical context, focused its attention on establishing the differential diagnosis of various »mental diseases« in the hope that once specific causes were found, treatment and/or prognosis would become clear. Early successes in psychiaty included the discovery of the role of the spirochete in the causation of syphilis, and ultimately, General Paralysis of the Insane, then a common form of mental derangement. Discovery of other diseases resulting from pathology of the brain soon followed. Epilepsy, Huntington's Chorea, and Alzheimer's Disease were identified. Inadequate, vitamin-deficient diets were discoverd to cause other mental aberrations like pellagral psychosis. It seemed just a matter of time until the causes of all the major patterns of mental abnormality would be found in the biological substratum as had been the case for real diseases by medicine generally. High on the list of assumed causes was constitutional inferiority caused by bad genetic endowment. But most of the causes of common mental conditons remained a mystery and led to the invention of unreliable categories.

The Disease, Organic Model of Emotional Distress and Social Darwinism

It should not be surprising to find that our concepts of mental disorder are developed in ways that support and protect the rulers of the exploitative society from any responsiblility for causing »mental illness«, by attributing all mental disorders to hypothesized diseases and/or inferior biological/brain structures of the affected individuals. Organic explanations of every form of mental disorder, even including crime and delinquency, alcohol and drug addiction, clearly obviate the need for social change to develop a more just and equitable society. Such organic defect explanations are another, more sophisticated, form of Social Darwinism as originally developed by *Spencer* (1872), and the eugenicists, models that were so popular early this century with German, British and American industrialists. If the exploited working classes, women, the unpopular minorities, and the unemployed, have high rates of mental disorders, alcoholism, and crime these pathologies are explained by this defect model – the groups are composed of inferior, biologically defective people who are in curable (*Baltzell,* 1964). And, of course, treatment must focus on organic interventions – from the earlier Metrazol, insulin and electric shock convulsions and lobotomy, to the present wide range of newly developed mindaltering drugs. Drug treatment for the mental conditions has two major advantages: (1) it is exceedingly profitable for the pharmaceutical firms, and (2) it protects the status quo social order. Why should we be surprised when the shakers and movers of the national mental health establishment repeatedly share their vision that »All mental illnesses are brain diseases«? And in the U.S., the decade of the

90's is proclaimed to be the »Decade of the Brain« during which they will find the physical causes and the organic treatments of all mental disorders. We cannot even imagine the appointment of a leader of a federal mental health establishment who would argue that the best way to reduce the incidence of mental disorders would to be to guarantee full employment, to increase the minimum wage, to ensure a vast increase in public housing and to develop programs to reduce racism, sexism, ageism and homophobia. Such proposals would be a blatant indictment of the widespread exploitation of the weak by the powerful (*Albee, 1982, 1998).* Thus, ruling ideas support the ruling class.

Social Darwinism in Germany, England and America

British, German, and American psychiatry during the 19th and early 20th century emphasized genetic defect and moral degeneration (including especially the consequences of masturbation) as major causes of insanity, mental deficiency, and poverty. Low intelligence, criminality, insanity, and pauperism were all said to be hereditary and resulted from bad genes and physical degeneracy. This view, it will be recognized, has much in common with the view that a merciless God has preordained who would be saved and who would be damend, and that the clue as to which group each person belonged was to be found in their worldly success or failure. Alcoholism, sexual perversions and excesses, immorality, even unemployment and sloth, were explained as resulting from degenerativ heredity. High on the list of remedies was programs in eugenics and institutionalization. *Blum* (1978) says:

»General acceptance of Darwin's controversial theory, however, undermined traditional religious beliefs and created a need to new legitimating explanations. Into this void stepped *Spencer, Galton*, and other theorists, who took the older religious idea of predestination and adorned it with a new, scientific vocabulary. No longer were economic successes or failures preordained by God; they were predestined by differences in the complexity of individuals' nervous systems. Thus, eugenics, being an offshoot of Social Darwinsim, would occasionally by referred to as »scientific capitalism« (p. 35).

While Social Darwinism covered a great many biases and enormous damage to many victimized groups, let us restrict our present consideration to groups with mental and emotional disorders (*Albee,* 1996). Many early eugenicists proposed strict segregation or even sterilization of mental cases to eliminate degenerative germ plasm and thereby save the human race from taint. Even now this view keeps rising to the surface in the field of psychopathology (*Albee,* 1996).

Social Darwinism in Germany

German psychiatry in the late 19th and into the 20th Century reacted strongly against proposals for social equality. Psychiatry in Germany as in the United States and Britain identified with the authoritarian aristocracy, with nationalism, racism, and emerging imperialism. Socialistic ideas were dangerous and bitterly opposed by medicine generally. *Guse* and *Schmacke* (1980) described clearly the development of German psychiatry and medicine. They say:

There was a fear that health insurance in the hands of the working class would bring about the proletarianization of doctors and signal the end of freelance professionalism. In particular, the development of public health centers met with bitter opposition from doctors and their organizations (p. 180).

German psychiatry led the way in the intense but endless search for the »yet to be discovered morphological correlations of psychopathological phenomenon« (p. 181). *Wilhelm Griesinger* often accused unjustly of arguing for an exclusively organic model of mental disorders had opposed these trends and suggested causation might be found in social stress, in the mental distress of the exploited and growing proletarian masses. He also emphasized the continuity between normalcy and mental illness. But his social psychiatry ran counter to the emerging exclusive focus on organicity. *Emil Kraepelin* published his Textbook of Psychiatry in 1883 and it went through nine editions, well into the 20th Century. It is the foundation of many of our current systems of classification of »mental illness«. He was concerned primarily with genetic explanations and predicted that the biological cause of dementia praecox (schizophrenia) would quickly be found. According to *Güse* and *Schmacke* (1980), *Kraeplin* ushered in the »unending search for the morphology, histology, and biochemistry of endogeneous psychosis« (p. 186). *Kraepelin* became a major advocate of Social Darwinism, criticizing health insurance, social welfare, and other social legislation. *Kraepelin* supported compulsory sterilization and long-term hospitalization to keep the insane from progagating. German psychiatry regularly followed his lead.

Güse and *Schmacke* (1980) say:

»Quite clearly, it was the social misfits who were to fall under the heading of 'psychopathy': Egocentric activists, rowdies, querulous persons, chronic liars, fanatics, anarchists, revolutionaries, assassins, and pacifists as well as the 'collouas' habitual criminals. Because of their psychiatric classification, social diagnoses were seen to have 'organic' origins and became unproblematic for society. It was no longer necessary to investigate whether such 'abnormal behavior could result form a social dynamic« (*Guse* and *Schmacke* 1980, p. 190).

Although there was no evidence, until *Kallmann*'s (1938) tainted research, of a genetic origin of dementia praecox (schizophrenia) or manic depressive

psychosis, the biological basis of these conditions was long accepted because of the pronouncements of authorities. *Güse* and *Schmacke* (1980) trace the crimes against the mentally ill to economic and political forces striving to strengthen and maintain the authoritarian state. The first leg of this triangular structure they see as the »one dimensional, biological orientation of psychiatric theory« with a false genetic conception of the origins of personality and mental illness. The second leg was the »dogma of incomprehensibiltiy« of symptoms, which saw the odd and strange behavior that accompanied mental disorders as random and capricious, a result of a disorderd brain. The third leg was the denial of any responsibility of society for social distress, thus eliminating the need for social reform.

Evidence for the Social Learning Model

Elsewhere (*Albee,* 1996, 1998), I have reviewed at length the evidence supporting a social learning model to explain most mental disorders. Clearly, I think the research evidence supports the view that most mental disorders are learned in the context of high levels of stress associated with poverty, sexism, racism, ageism, and homophobia. I also accept the evidence that most mental conditions are reversible through psychotherapy, thus denying organic incurability. For more than 100 years the search has been on for specific organic causes of demtia praecox and schizophrenia. We still have not found a marker. The diagnosis is a judgement call. While there is uncertainty about the existence of a specific disorder, there is not doubt that psychosis exists in varied forms as problems in interpersonal relations. It is n o t true that the rate is the same in all countries and cultures (*Marshall,* 1984, 1993, 1996). It is n o t true that the diagnosis is valid (*Kutchins & Kirk,* 1997). It is n o t true that schizophreniacs cannot recover (*Harding,* 1988). It is important that we join forces to counteract the propaganda put out by the organicists and make it clear that most mental disorders are a consequense of social injustice and exploitation. Another author *Karon* (1998) reviews the evidence for several of the issues discussed above.

1. Long-term follow-up studies demonstrate that if people with »schizophrenia« are followed more than 25 years, nearly a third become fully recoverd and nearly 3/4 become selfsufficient (without »modern« treatment). These findings contradict the pessimistic views of the American Psychiatric Association's DSM IV »myth of incurability«.
2. The psychological damage due to prejudice, economic, and social discrimination, child abuse, and especially poverty, is far more convincing as causation than organic models that refuse to consider evidence.
3. Psychotic symptoms clearly have meaning and can be understood in psychodynamic terms.
4. Psychotherapy by experienced, competent people can be effective.

It is clear that organic explanations of schizophenic symptoms support the biases of the ruling class, in large measure because it is cheaper in Tax dollars, and more profitable to pharmaceutical corporations. There will never be enough psychotherapists to work with this group, but their findings support the possibility of prevention through social and economic change. It is important that we join forces to counteract the progaganda put out by the organicists and make it clear that most mental disorders are a consequence of social injustice and exploitation.

Organische Psychiatrie versus psychodynamische Modelle: Unvereinbare Gegensätze?

George W. Albee (Longboat Key, Florida)

In dem vorliegenden Aufsatz hält der Autor ein leidenschaftliches Plädoyer für ein psychodynamisches Verständnis psychischer und emotionaler Störungen. Ausgehend von der Geschichte des 19. und 20. Jahrhunderts zeigt er auf, dass angeblich objektive wissenschaftliche Befunde häufig nur den Zeitgeist und die projektiven Vorstellungen der herrschenden Gesellschaftsschicht widerspiegeln. Die westliche Medizin in ihrer heutigen Form entwickelte sich zeitgleich mit der Industrialisierung und ihren gesellschaftlichen Veränderungen. *Albee* vertritt die These, daß seit Beginn der Psychiatrie als moderner Wissenschaft Diagnosen und psychiatrische Theorien dazu genutzt wurden, nicht produktives d.h. nicht kapitalistisches Verhalten zu pathologisieren bzw. zu kriminalisieren.

Im Anschluss an *Darwins* Evolutionstheorie entwickelte sich in weiten Teilen der Gesellschaft eine sozialdarwinistische Haltung, die die Verlierer der kapitalistischen Gesellschaftsordnung als organisch minderwertig diffamierte. Egozentriker, Anarchisten, Revolutionäre, Pazifisten genauso wie Mörder oder sogenannte "Gewohnheitsverbrecher" wurden Ziel psychiatrischer Begutachtung und Internierung, wobei angenommen wurde, daß all diese Normabweichungen organische Ursprünge hätten. Die Entstehung von psychischen Störungen als Folge von wirtschaftlichem und sozialem Stress wird innerhalb dieser Theorie geleugnet. Trotzdem oder gerade deswegen wird psychische Krankheit bei Patienten aus den unteren sozialen Schichten wesentlich häufiger diagnostiziert als bei sozial Bessergestellten. Der Autor vertritt die Auffassung, dass in den sozialdarwinistischen Lehren die alte calvinistische Prädestinationslehre ein neues wissenschaftlich verbrämtes Kleid erhält. Bestimmte eugenische Lehren, die sich inhaltlich daran anschließen, waren zu Beginn dieses Jahrhunderts in weiten Kreisen der Wissenschaft äußerst populär. Mediziner vertraten die Hypothese einer genetischen Minderwertigkeit bestimmter Personen und versuchten zu verhindern, daß diese sich fortpflanzen konnten. Nicht nur in Deutschland, sondern auch in den USA

und im übrigen Europa wurden deshalb Sterilisationen durchgeführt. In Deutschland kam es während der Naziherrschaft zu einer Massentötung von psychisch Erkrankten im sogenannten Euthanasieprogamm.

Albee vertritt dagegen ein Krankheits- bzw. Gesundheitsverständnis, das soziale und psychodynamische Aspekte berücksichtigt. Trotz aller Bemühungen ist es nämlich den Vertretern einer organischen Medizin nicht gelungen, die körperlichen Ursachen z.B. der Schizophrenie eindeutig zu bestimmen. Auch der "Mythos" der Unheilbarkeit dieser Krankheit wird durch die Tatsache widerlegt, daß etwa ein Drittel der Patienten wieder völlig gesunden. Psychotische Vorstellungen sind entgegen der klassisch psychiatrischen Denkweise nicht uneinfühlbar, sondern Ausdruck des Unbewußten und aus dem Lebenskontext des Betroffenen zu verstehen. Die Theorien der organisch orientierten Psychiatrie versteht *Albee* als Propaganda der herrschenden Gesellschaftsschicht, die durch die wirtschaftlichen Interessen der Pharmaindustrie gefördert wird. Ein somatisches Krankheitsverständnis korrelliert mit einer Zementierung der bestehenden Gesellschaftsverhältnisse. In einer Psychotherapie werden jedoch die gesellschaftlichen Bedingungen für psychische Störungen deutlich. *Albee* sieht deshalb einen Zusammenhang zwischen der Unterdrückung psychodynamischer Verfahren und konservativen Machtinteressen.

Im Sinne einer echten Wissenschaftlichkeit und einer ethischen Grundhaltung gegenüber dem Menschen kämpft der Autor dafür, diese Zusammenhänge aufzudecken, um nicht nur leidenenden Menschen zu helfen, sondern auch zu einer Demokratisierung der Gesellschaft beizutragen.

References

Albee, G.W. (1982): The politics of nature and nurture. In: American Journal of Community Psychology (10) 1-36.

Albee, G.W. (1996): Social Darwinism and political models of mental/emotional problems. In: Journal of Primary Prevention (17).

Albee, G.W. (1998): Fifty years of clinical psychology. Selling our soul to devil. In: Applied and Preventive Psychology (7) 189-194.

Baltzell, E.D. (1964): The protestant establishment. Aristrocracy and caste in America. New York, Random House.

Blum, J.M. (1978): Pseudoscience and mental abilities. New York. Monthly Review Press.

Güse, H.G., Schmacke H. (1980): Psychiatry and the origins of Nazism. In : International Journal of Health Services (10) 177-196.

Harding, C.M. (1984): Longterm outcome functioning of subjects rediagnosed as meeting the DSMIII criteria for schizophrenia. Dissertation presented to the faculty of the Graduate College of the University of Vermont.

Kallmannn, F.J. (1938): The Genetics of Schizophrenia. New York, Augustin.

Karon, B.P. (1988): Psychotherapy vs. medication for schizophrenia. Empirical considerations. In: *Fisher, S., Greenberg, R.P.* (Eds.): The limits of biological treatments for psychological distress. Comparisons with psychotherapy and placebo. Hillsdale, N.J., Erlbaum.

Kutchins, H., Kirk, S.A. (1984): The origins of schizophrenia revisited. In: Bulletin of the British Psychological Society (37) 177-181.

Marshall, J.R. (1993): Book review of WHO study of schizophrenia in different countries. In: Clinical Psychology Forum 41-43.

Marshall, J.R. (1996): Science, "schizophrenia" and genetics. The Creation of myths. In: *Albee*, G.W.(Ed): Special Issue on Social Darwinism and poltical models of mental/emotional problems. In: Journal of Primary Prevention (17) 99-115.
Sarbin, T.R. (1991): The social construction of schizophrenia. In: *Flack, D., Weiner, M.*: What is schizophrenia? New York, Springer.
Spencer, H. (1872): On social evolution. Chicago, University of Chicago Press.

Address of the author:

George W. Albee, Ph.D.
7157 Longboat Drive North
Longboat Key, Florida 34228
U.S.A.

The Fallacy of the Medical Model in Schizophrenia – Knowledge is political**

Victor D. Sanua (Queens, USA)*

The studies on the structure, chemical imbalances of the brain, and the genetics of schizophrenia, which have been carried out for almost a hundred years since Kraepelin, are critically reviewed and the paucity and interdeterminacy of the results are emphasized. Clinical psychologists who would like to prescribe medication should not get involved in an ideology and a mode of treatment with so many uncertainties, dangers and pitfalls. The perennial optimism of biological breakthroughs with the encouragement and financial support of pharmaceutical companies, along with the disregard of social and psychosocial factors, persist despite innumerable failures.

In view of my interest in the field of schizophrenia, I looked forward to attend a lecture which was to be given in April 1994 by *Dr. Irving I. Gottesman* at the Convention Center of the city of Providence. He was a major speaker at the Convention of the Eastern Psychological Association. *Dr. Gottesman* is one of the leading exponents on the genetics of schizophrenia and a winner of several international awards and honors.

Basically, *Dr. Gottesman* presented a lot of data with tables to the effect that schizophrenia is a genetic disorder since the family member of a schizophrenic is more likely to develop the disorder, the closer the relationship the higher the probability.

The link is very strong when the schizophrenic has an identical twin. The concordance rate is almost 65% to 91% depending on the investigator. The concordance rate for siblings is 8.7%. *Dr. Gottesman* provided the audience with a number of slides and pictures of well-known individuals who had been working in the field of schizophrenia. I shall provide information on one specific slide of the CAT scan of two brains, one purported to belong to a schizophrenic and the other to a normal individual. *Dr. Gottesman* showed that the ventricles of the schizophrenic were larger than the ventricles of the normal, ergo, schizophrenia is a biological disorder which can easily be seen with the assistance of a CAT scan. I was already aware of this famous slide which was probably shown earlier by *Dr. F. Torrey,* a well-known Washington D.C. psychiatrist, in his own lectures. Both *Dr. Gottesman* and *Dr. Torrey* had been collaborating on twin studies. They published a book (1994) where they provide research information on the biological roots of mental illness in schizophrenia and manic-depressive disorder, which was "revealed by their landmark study of identical twins." The conclusion that, in general, schizophrenics have larger

* Ph.D., Research Professor, Department of Psychology, St. John's University Queens

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

ventricles than normals is a simple correlation, but of course, every respectable scientist knows that correlation is not causation since there might be other factors that might have caused the enlargement of the ventricles in the schizophrenics, and there could be a confusion between cause and effect.

To illustrate this point , I shall refer to an amusing analogy provided by *Modrow* (1992), who wrote the following:

To get an idea of the deceptiveness of *Dr. Torrey*'s presentation, let us image the following: instead of *Dr. Torrey*, suppose the Rev. *Pat Robertson* appeared on the Phil Donahue Show. After lecturing the audience on the evils of secular humanism, Rev. *Robertson* show two pictures. One of these pictures is the CAT scan taken of a brain of a born-again Christian. The picture reveal the utter flawlessness of that person's brain. The Rev. *Robertson* show the CAT scan taken of a brain of a secular humanist. This picture reveals that the brain of that Godless individual has enlarge ventricles: a clear sign of brain atrophy. From this, Rev. *Robertson* comes to a thundering conclusion that secular humanism is a brain disease (p. 166).

Modrow (1992) makes the interesting remark that any fanciful theory of the causation of schizophrenic cannot be negated since the proponents of a particular theory will indicate that some type of schizophrenia can be explained on the basis of that theory. He provides an amusing instance. If someone states that some forms of schizophrenia are caused by allergy to cats, nobody can deny that this is a wrong assumption. I felt, that may be, *Modrow* was somewhat exaggerating. I understood his point well when a psychiatrist who attended a meeting on schizophrenia, later sent to me a one-page article where he indicated that schizophrenia is caused by mosquitos bites !

There is one important factor that vitiates *Dr. Gottesman*'s conclusion which seems to be ignored by him and *Dr. Torrey*. Is it possible that enlarged ventricles have been caused by the antipsychotic medication which schizophrenics are likely to get ? It is very difficult to get a group of schizophrenics who have not received medication. In view of the fact that neuroleptics can cause such serious damage as tardive dyskinesia, no one should be surprised if it can lead to the atrophy of the brain and cause the enlargement of the ventricles, and thus inadvertently confuse cause and effect relationship. I had the unusual luck to have *Dr. Gottesman* sit down at the table where I was having coffee with a colleague after the talk. This was an opportune time for me to raise the question about the slides of the two brains and suggest to him that correlation is not causation. He indicated that he was aware of it since he was a "psychologist." This was the end of the discussion on causation. I shall refer later to the rest of the discussion I had with him at that table.

I had stated earlier that he showed pictures of individuals who were involved in research in schizophrenia. They were *Manfred Bleuler, Ernst Rudin*'s daughter, *David Rosenthal* and the fourth was a young man whom

he identified as being himself. Somehow, my feeling was that he expressed some pride in being identified with well-known researchers from his field and that he probably derived some respectability with such association.

I had a lot of questions to ask of Dr. *Gottesman* after his talk. As we had a couple of minutes, I raised my hand and asked him the following question. Since the dominant ideology in the causation of schizophrenia is either organic or genetic, I asked him whether there was a laboratory method to diagnose the disorder. Without hesitation, he responded that there are none whatsoever and the only way to diagnose schizophrenia is through an interview which, of course, is not very objective. This easily reminded me of *Rosenham*'s study (1970) which indicated that psychiatrists were not able to discover the subterfuge of supposed schizophrenics, while mental patients in the hospital knew that they were normal. It is a well known fact that despite the DSM's, the diagnostic signs have a low reliability. This has been a perennial problem in the field of psychiatry. I was quite aware of this fact, but I asked the question anyway in order to highlight the weakness of the medical model.

I shall now refer to the individuals in the picture shown by Dr. *Gottesman*. The first one was *Manfred Bleuler,* the son of *Eugene Bleuler* who introduced the concept of schizophrenia some decades ago. *Manfred Bleuler* had conducted one of the largest studies and long follow-up of schizophrenics patients while he was the Director of the Burgholzli hospital in Zurich. I had the distinct pleasure meeting him a few times when I travelled to Switzerland. These visits gave me a good idea as to where he stood regarding the causation of schizophrenia, besides reading his works.

In a book (1978), he wrote the following to express his feelings about the fallacy of the medical model:

"The temptation to interpret schizophrenia as an aspect of physical disease even when no physical diseases are in evidence as a physician, one is accustomed to assume the presence of physical diseases when physical symptoms are in evidence. When they are absent, one is most reluctant to make authoritative statements that some physical illness lies concealed behind any sort of complaints or behavioral disturbances. Amazingly, up to now, these fundamentals were barely valid for the field of schizophrenia. Through to the present day, many clinicians and researchers are fairly convinced that primary physical disorders (functional or structural) constitute the most essential onset conditions for schizophrenia, although they are unable to identify any clear symptom indicating such supposed physical disorders.... In peculiar reversal of otherwise valid norms, assumptions used to be declared "scientific" that resulted from pure speculation or emotional need, and any attempt to consider only information that could easily be proved was rejected as "unscientific" regarding the influence of heredity in schizophrenia, *Bleuler* writes:
What is it, then, that supports a Mendelian process for the hereditary transmission of schizophrenia? I believe one might truthfully answer:

Nothing at all ! And still the doctrine has emanated from many departments of psychiatry in many countries and throughout the decade that schizophrenia must be a hereditary disease."

As Dr. *Gottesman* stepped off the podium, I managed to be the first to approach him and stated that *Bleuler* would not agree with him on the heredity or biology of schizophrenia. His prompt and facetious response was that he was right and that Dr. *Bleuler* was wrong and that was the end of his reaction to my statement. I thought about raising that point in the open immediately after his talk, but I believed that it would be a rather hostile comment on my part. Now going back to the second person on the picture, *Rudin*'s daughter, he probably included her in the picture because her father *Ernst Rudin* established and developed psychiatric genetics as a new form of science at the University of Munich. When *Hitler* took power in Germany, *Rudin* (*Pam*, 1990) helped draw up the 1933 German sterilization law for mental patients in a committee chaired by *Heinrich Himmler*. Such a law led later to the killing of mental patients. Dr. *Gottesman*'s including *Rudin*'s daughter in the photograph is possibly an indication that he considers himself the heir of a research tradition of the genetics of schizophrenia.

In an issue of the TIME (1994), there was an extensive report on the "Genetic Revolution" which provided an up-to-date analysis in scientific discoveries in genetics. In view of the fact that many newspaper headlines have appeared in the past about the genetic discoveries in mental disorders, I read the TIME article very carefully and found that there were no references to mental disorders in this otherwise well-documented article. I wrote to the editor of the TIME and enquired why the genetic indicators of mental disorders were not included in the article. I received the following response :

"Dear Dr. Sanua,
thank you for writing in response to the January 17 cover story, "The Genetic Revolution." We certainly appreciate your interest in learning more about genetic indicators for mental disorders. It seems that there would be particular genes responsible for conditions as schizophrenia, and researchers have indeed been working to identify them. Despite ongoing study, however, most findings to date have been retracted because of problems with methodology. We hope to be able to report soon on encouraging news about genetic advances for mental disorders, of course, and we are pleased that you took the time to register your thoughts on the matter..."

The above letter needs no comment.

Szasz (1987) made an interesting observation about the causality of schizophrenia. He read a number of books on pathology and found no reference to schizophrenia. He felt that pathologists ought to know about

the genetics or organicity of schizophrenia since they are quite familiar with bodily dysfunctions if they exist. According to *Szasz*, "psychiatrists ought to convince pathologists that schizophrenia is a brain disease before they take it upon themselves to tell the public that it is such a disease."

Now going back to the third man in the picture, *David Rosenthal*, a psychologist who worked for the National Institute of Mental Health. Together with *Kety*, he conducted a large scale study on the genetics of schizophrenia in Denmark. This study has often been quoted as a confirmation of the genetic theory of the disorder. A complete report of that research has never been written. This study has come under serious attack by numerous reviewers. *Rosenthal* and his group have added to the schizophrenics in their group, a group of patients that they have labelled as suffering from a "schizophrenia spectrum disorder." On of the major deficiencies in *Rosenthal* and *Kety*'s (1968) research was the small sample of schizophrenics involved. In many instances, there were no statistical differences in their research. However, differences are only found when the morbid group is enlarged by adding what *Kringlen* (1985), a Norwegian psychiatrist, has labelled the "so-called schizophrenic spectrum of doubtful heuristic value" (p. 62). *Kringlen* feels that besides the small sample involved, there ar some questions as to the reliability of the diagnosis.

I told Dr. *Gottesman* about a study conducted in Finland by *Tienari* that did not find a concordance in schizophrenia. He admitted that he knew about the study, but provided no comments. We also talked about our mutual acquaintance, *Manfred Bleuler*, whom I knew has been failing in health the last time I had seen him. I was sorry to hear that he had deteriorated seriously because of his old age.

While visiting the book exhibit hall of the Eastern Psychological association, I was able to see the book that was authored by *Torrey*, with *Bowler*, *Taylor* and *Gottesman* (1994) entitled "The Biological Roots of Mental Illness as Revealed by the Landmark Study of Identical Twins". I ordered it and looked forward to read it.

Upon my return to New York, I found that a review about the book had been written by *Nathalie Angier* (1994) in The Sunday Times Book Review Section. She starts her review by indicating that these days must be depressing for behavioral scientists. She pointed out that psychologists and sociologists want to transform their sometimes impressionistic disciplines into a hard quantifiable science, but it seems that every time, they had unearthed an gene to explain a mental disorder, the findings dissolve on closer inspection, a fact which was provided to me by the Editor of the Time Magazine. I am under the impression that *Angier* named the wrong professions who are seeking the genetic causation of mental disorders. What she probably had in mind are mostly organically minded psychiatrists who do such research. According to *Angier*, the last chapter in the book reflects the fuzziness of the field and the lack of confidence of the writers in the various theories they have presented. They convey their uncertainty by a

lively discussion among three imaginary scientists: Dr. *Mental M. Malgene* (geneticist), Dr. *Dana D. Daverus* (virologist and Dr. *R.A.Sominic D'Velupmoni* (developmental biologist). All presented their point of view and were given a chance to criticize each others. All conclude with the statement that more research is necessary!

Dr. *Torrey* has been known for years for his extreme organic thinking about the causation of schizophrenia and mental disorders in general. In one of his books, he clearly stated "Schizophrenia is a physical disorder like diabetes cancer, multiple sclerosis, etc..", a quotation that has been used by the National Association for the Mentally Ill, (NAMI), an organization of parents of very disturbed children who have a great deal of influence in collecting funds for research which is totally biological. Here we have two thoughts which are difficult to reconcile, schizophrenia is a "disease" but there is no laboratory test. The proponents of organic factors in schizophrenia never discuss any social factors which could possibly explain the disorder in a more parsimonious way. There is no discussion of poverty, discrimination, racism, social class, child abuse, family stress, rejection, social disintegration, unemployment who might be factors in the development of serious mental disorders. *Sanua* (1961, 1969, 1969a) has provided a documentation on differences of mental illness based on social and cultural factors. Early in the development of the National Institute of Mental Health, the leadership was held by psychiatrists who were public-health minded, but for may years, N.I.M.H. has been headed by strict organic-minded psychiatrists. Thus schizophrenics are presented as if they were machines with some "broken" (*Andreasen*, 1984) parts, mostly in the brain which needed to be fixed.

Returning to *Dr. Gottesman* presentation and his numerous awards, they were mostly received from psychiatric organizations,. except that he got the *William James* award from the American Psychological Association, which is in line with the direction that APA is taking in the medicalization of psychology with their great efforts, particularly during the last decade, to seek "prescription privileges" for psychologists. This topic has been discussed at greater length in a number of articles, first on the fallacy of the medical model (*Sanua*, 1994, 1996, 1996a) and on the serious problems of a non-scientific approach to treatment, neuroleptics, taken over by a strong group of clinical psychologists supported by the administration of the American Psychological Association (*Sanua*, 1994, 1995, 1998). This probably led to the division of A.P.A.and the establishment of the American Psychological Society. What is regrettable is that students and even scholars listening to these speakers sometimes with prestigeful background are readily influenced by such speculations of the organic causation of mental disorders. This is exemplified by the response I often get during the interviews of candidates to our doctoral programs asking them about the causes of schizophrenia. Without exception, the answer that the "taint theory" of *Kraepelin* is still alive to-day in spite of about 100 years of

research failures. *Stromgren* (1987), a Danish psychiatrist indicated that "We should provide the truth, the whole truth and nothing but the truth. With regard to the cause of schizophrenia, we seem to have, by now, have found nearly everything - except the truth" (p. 175). *Hafner* (1987), a well-known German psychiatrist, stated, "our knowledge of the etiology of the disease called schizophrenia has not yet made much progress from *Kraepelin*'s days" (p. 366). *Malespina* (1995), a biopsychiatrist at Columbia University stated that it is humbling to the profession to realize that *Kraepelin* had predicted that it must be left to the future to see how far his theories about schizophrenia are confirmed. According to *Malespina,* it seems that the future is now because of the new scientific technologies.

Pam (1990), in an extensive review on the etiology of schizophrenia wrote the following in connection with biological psychiatry:
"The history of psychiatry can be depicted as a tale of "promising" leads, rush to print on slender evidence, hyperbole as initial reception to new work and ultimately unproductive results. With each failure, the faith remains undaunted, simply shifting direction in its quest by optimistic lurches from one idea to another. Heuristically, a log of research has been generated, following a century of efforts, a harsh assessment would be that no substantive results have been tendered for any "functional"disorder's pathogenesis. From this unfriendly perspective, it will appear that the time must ultimately come to stop a futile search for a presumably non-existing rhinoceros (p. 13).

Boyle (1990), an English psychologist, wrote an extensive book on the etiology of schizophrenia which she entitled "Schizophrenia, a scientific delusion?". She provides an analysis for the reason why the concept of schizophrenia has survived in spite of the frequent failures and criticism that have been made during so many years. Psychiatry needs "schizophrenia" as defined by them, since it is difficult to envisage a branch of medical psychiatry whose activities bear no relationship to the practice of medicine. A review of the literature (*Sanua*, 1991) on the causation of schizophrenia in Europe and USA show some a basic difference. While most psychiatrists in the USA believe in the organicity of schizophrenia, European psychiatrists seem to be divided in support for organic or psychodynamic explanations.

This brings me right back to the sub-title of my paper, which may have puzzled some readers. *Gottesman*, himself, during the early part of his talk discussed the philosophy of science. I distinctly remember that he made some reference that "Knowledge is political." I believe that after the experience of the interaction I had with Dr. *Gottesman* and his display of slides and pictures, I believe that the selection of the sub-title is quite appropriate.

However the future does not look so stark. A serious reading of the Psychiatric News (*Sanua*,1999), a publication of the American Psychiatric Association has included articles, for the past few years, that psychiatric residents must be exposed to the use of psychotherapy as a mode of

treatment. An approach that has almost disappeared in training of psychiatrists in the USA but it seems that the pendulum is slowly receding from a purely biological approach.

Das Versagen des biologischen Modells der Schizophrenie. Wissen ist politisch.

Victor Sanua (New York)

Anhand eines Vortrags von Dr. *Irwing I. Gottesman,* einem der führenden Vertreter des genetischen Erklärungsansatzes der Schizophrenie, setzt sich der Autor kritisch mit den wesentlichen Argumenten auseinander, die für das biologische Modell der Schizophrenie vorgebracht werden.

Eines der Hauptargumente, welches von biologisch orientierten Forschern vorgebracht wird, besteht in dem Verweis auf hirnorganische Veränderungen bei schizophrenen Patienten, wie z.B. vergrößerte Ventrikel, die mittels CAT-scan nachgewiesen werden konnten. Für *Gottesmann* und seine Forscherkollegen legen diese Ergebnisse den Schluß nahe, daß Schizophrenie eine biolgogische Störung ist. Gegen diese Argumentation wendet der Autor ein, daß es sich bei dem nachgewiesenen Zusammenhang lediglich um einen korrelativen handelt, der keine kausalen Schlußfolgerungen erlaubt. Er verweist auf die Gefahr, daß man allzu leicht Ursache und Wirkung miteinander verwechseln kann, wenn man Korrelation mit Kausalität gleichsetzt. Der Autor äußert die Vermutung, daß die vergrößerten Ventrikel bei Schizophrenen ebenso gut eine Folgeerscheinung der antipsychotischen Medikation sein könnte, die schizophrene Patienten in aller Regel bekommen.

Ein weiterer Schwachpunkt des biologischen Modells der Schizophrenie besteht dem Autor zufolge darin, daß es keine Labormethode gibt, mit der sich die Störung diagnostizieren ließe. Er verweist auf den Widerspruch zwischen der Überzeugung, daß es sich bei der Schizophrenie um eine »Krankheit« im medizinisch-biologischen Sinne handelt, und der Tatsache, daß kein Labortest zur Verfügung steht, mit dem sich das Vorliegen dieser »Krankheit« nachweisen lassen würde.

Der Autor zitiert einen Artikel von *Pam* (1900), in dem die biologische Forschung zur Ätiologie der Schizophrenie als eine Geschichte »vielversprechender Hinweise« bezeichnet wird, die regelmäßig mit einem Fehlschlag enden. Die vielen Fehlschläge konnten aber den Glauben der biologisch orientierten Psychiater bislang nicht erschüttern.

Boyle (1990) ist der Ansicht, daß das biologische Konzept der Schizophrenie die zahllosen Fehlschläge der Forschung deshalb unbeschadet überleben konnte, weil es für die Psychiatrie eine wichtige politische Funktion erfüllt: die Psychiatrie in den USA braucht die »Schizophrenie«, so wie sie von ihr definiert wird, da sie die Vorstellung nicht akzeptieren will, es könne

eine medizinische Psychiatrie geben, deren Aktivitäten in keiner Beziehung zur üblichen Praxis der somatischen Medizin stehen würden. Der Autor hat selbst in einer eigenen Arbeit (*Sanua,* 1991) versucht, Belege für diese These zu sammeln. Der von ihm angestellte Überblick über die Forschungsliteratur aus Europa und den USA, die sich mit der Ätiologie der Schizophrenie befaßt, zeigt, daß das Dogma des Organischen in den USA sehr stark ist, während europäische Psychiater eine größere Tendenz zur Flexibilität aufweisen. Im Zusammenhang mit der von ihm aufgezeigten politischen Dimension des biologischen Konzepts der Schizophrenie verweist der Autor auch auf die Bestrebungen einer großen Gruppe von Psychologen in den USA, die das Recht, Psychopharmaka zu verschreiben, erringen will. Unterstützung erhalten sie dabei einerseits von der Pharmaindustrie, die sich dadurch eine Steigerung ihres Umsatzes erhofft, andererseits von den Vertretern des Managed Care-Services, die ihr Budget nicht für teuere Psychotherapie ausgeben wollen und stattdessen auf eine schnelle »Reparatur« ihrer Klienten durch Psychopharmaka setzen. Die Forderung nach Verschreibungsrechten für Psychologen hat dem Autor zufolge allein ökonomische Gründe, und er warnt vor den schädlichen Folgen für den Berufsstand der Psychologen, falls sich diese Bestrebungen durchsetzen sollten.

Abschließend geht der Autor auf die augenblickliche Situation in den Verhaltenswissenschaften in den USA ein. Er berichtet von den Tendenzen organisch orientierter Forscher in Psychologie und Soziologie, die versuchen, an Stelle dessen, was sie als »impressionistische Orientierung« ihrer Disziplinen kritisieren, eine »harte«, quantitative Wissenschaft zu etablieren. In Bezug darauf merkt der Autor an, daß es sich offenbar dabei so verhält, daß sich jedesmal, wenn diese Forscher ein neues Gen ausgegraben haben, das eine psychische Störung erklären soll, sich die Ergebnisse bei kritischer Überprüfung in Luft auflösen. Als schädlichen Effekt dieser organischen Orientierung kritisiert der Autor eine starke Ignoranz gegenüber psycho-sozio-kulturellen Faktoren: entsprechende Einwände würden von biologisch ausgerichteten Forschern mit dem Hinweis, daß »mehr Forschungsarbeit nötig sei« beiseite gefegt.

Dieser starken biologischen Tendenz in der Wissenschaftsszene der USA stehen jedoch auch andere Strömungen kontrastierend gegenüber: so finden sich in den Psychiatric News, einer Publikation der American Psychiatric Organisation, in den letzten Jahren vermehrt Artikel, die sich kritisch mit dem Reduktionismus in der Schizophrenieforschung auseinandersetzung, und auch die Ausbildung zum Psychotherapeuten wird bei den Angehörigen der psychiatrischen Fachgemeinde in zunehmendem Maße populär.

References

Andreasen, N.C (1984): The Broken Brain: The Biological Revolution in Psychiatry. (New-York: Harper and Row)

Angier, N. (New York Times 4/17/94 Book Review) Schizophrenia and Manic Depressive Disorder. (p.12)

Bleuler, M. (1978): The Schizophrenic Disorder: Long term Patient and Family Studies. (New Haven: Yale University Press)
Boyle, M. (1990): Schizophrenia. A Scientific Delusion? (London:Routledge)
Hafner, H. (1987): Search for the Causes of Schizophrenia. Summary and Outlook. In: *Hafner, H. Gattaz, W.E.* and *Janzarik, W.* (Eds.), (Berlin: Springer-Verlag), 366-386
Kety, S., Rosenthal, D.,Wender, P., and Schulsinger, F.(1968): The Types & Prevalence of Mental Illness in the Biologic and Adoptive Families of Adopted Schizophrenics. In: *Rosenthal, D.* & *Kety, S.* (Eds.): The transmission of Schizophrenia: (New York: Pergamon). 345-362
Kringlen, E. (1985): Depression Research: A Review with Special Emphasis on Etiology. In: Acta Psychiatrica Scandinavica 71 (suppl.319), 117-130
Malespina (1995): Brain Imaging in Schizophrenia. In: 10th. Annual Schizophrenia Conference, New York. Columbia University College of Physicians and Surgeons.
Modrow, J. (1992): How to Become a Schizophrenic: The case against biological Psychiatry. (Washington, Everet: Apollyo Press)
Pam, A. (1990): A critique of the Scientific status of biological Psychiatry. In: Acta Psychiatrica Scandinavica, 82 (Supp, 362),1-35
Rosenham, D. (1970): On Being Sane in Insane Places. In: Science, 179, 250-258
Sanua, V. (1961): The Sociocultural factors of families of schizophrenics. A Review of the Literature. In: Psychiatry, 24, 246-265
- (1969): The Sociocultural Aspects of Schizophrenia: A review of the Literature. In: *Bellak, L.* and *Loeb, L.* (Eds.), The Schizophrenic Syndrome, (New York: Grune & Stratton) chapter 8, 256-310
- (1969a): Immigration, Migration, and Mental Illness. In: *Brody, E.* (Ed.) Behavior and New Environments: Adaptation of Migrant Populations. (Beverly Hills, Ca.: Sage Publications),Chapter 14, 291-352
- (1991): The etiology of schizophrenia as perceived by psychiatrists in Europe and the United States. In: Current Psychology: Research and Review, 9-355-371
- (1994): Review: Schizophrenia: A Scientific Delusion? by *Mary Boyle:* In: Humanistic Psychology, 22, 241-252
- Quo Vadis ? A.P.A. (1994): The Inroads of the Medical Model at the conventions of the American Psychological Association. In: The Humanistic Psychologist, 22, 2-27
- (1995): Prescription Privileges VS Psychologists' Authority. In: Humanistic Psychologist, 23, 187-212
- (1996): The Fallacy of the Medical Model and the Dangers of Psychotropic Drugs as a mode of treatment for Mental Disorders. In: The Journal of Primary Prevention, 12, 149-173.
- (1996a): The Myth of the Organicity of Mental Disorders. In: The Humanistic Psychologist, 24, 1-24.
- (1998): The Political History of the Prescription Privilege Movement within the American Psychological Association.In: *S.C. Hayes* & *E.M. Heiby* (Eds.), Prescription Privileges for Psychologists: A Critical Appraisal. (Reno, Nevada: Context Press)
- (1999): The Sad state of Psychotherapy in Psychiatry in the USA. Paper presented at the International Council of Psychologists Convention, Danvers, Ma. 17 August.

Stromgen, E. (1987): The Genetics of Schizophrenia. In: *H. Hafner, W.F. Gattaz* & *W. Janzarik* (Eds.): Search fore the causes of Schizophrenia. (Berlin: Springer Verlag), 171-178
Szasz, T. (1897): Insanity: The Idea and its Consequences: (New-York: John Wiley & Sons)
Tinieri, P. (1963): Psychiatric Illness in Identical twins. In: Acta Psychiatrica Scandinavica, 39 (Suppl.11)
Torrey, E.F., Bowler, A. E., Taylor, I.I. E.H. & Gottesman. (1994) Schizophrenia and Manic-Depressive Disorder: The Biological Roots of mental Illness as Revealed by the Landmark Study of Identical Twins. (New York: Basic Books)

Adress of the author:

Victor D. Sanua, Prof., Ph.D.
Department of Psychology,
St. John's University New York
New York, N.N.
USA

New Trends in Family Therapy of Schizophrenia: Technique and Results of a Controlled Study**

P. de Giacomo, G. Pierri, Rugiu Santoni, A. Catucci, S. De Nigris, L. Zavoianni, G. Blasi*

Ziel der referierten Studie ist es, differentielle Therapieeffekte des Elementary Pragmatic Model – einer Variante der Familientherapie, das sich am paradoxen Paradigma orientiert - gegenüber klassisch psychiatrisch-pharmakologischer Behandlung zu ermitteln. Dazu wurden 38 schizophrene Patienten den zwei Behandlungsbedingungen randomisiert zugewiesen. Die Familieninteraktion zwischen Eltern und identifizierten Patienten beim Familien-Rorschach-Test wurde auf Video aufgezeichnet und nach den Dimensionen Bestätigung und Anzahl beteiligter Personen – als Indikatoren gesunder bzw. pathologischer Kommunikationsmuster - ausgewertet. Die Auswertung zeigte eine Umorganisation hin zu funktionalerer Familien-Interaktion nur in der Familientherapie-Gruppe mit signifikant mehr Bestätigung und Zunahme an triadischer Interaktion, stabil auch im Katamnesezeitraum, was für die Rückfallprophylaxe bedeutsam ist, während pharmakologische Behandlung allein keinen Effekt auf die familiären Kommunikationsmuster und signifikant mehr Drop-Outs zeigte.

Foreword

It is widely recognized nowadays that psychopharmacology, which is considered essential in the treatment of schizophrenia and of mental disturbance in general, must necessarily be integrated by psychotherapy. Despite the remarkable achievements of theoretical and applied research in the two fields of psychopharmacology and psychotherapy, the differences in basic assumptions and research methodology in the two areas are still an obstacle on the way of comparing results and validating research tools and techniques. As a consequence, it is difficult to integrate the two approaches since one or another theoretical or intervention aspect often appears to prevail in either of them. Family psychotherapy and the different modes of therapeutic intervention on the family, preferably in association with psychopharmacologic treatment, have shown good results in the treatment of psychic disorders and, particularly, of schizophrenia. As a consequence, it has now become necessary to ascribe the results obtained during an integrated treatment (psychopharmacology plus family psychotherapy) to each of the two modes of intervention: therefore, we must equip ourselves with investigation tools and research protocols designed for this particular purpose. To this effect, starting in 1988, a research based upon the use of the Elementary Pragmatic Model (1993) has been carried out by *De Giacomo* and co-workers (1997).

* Prof. Dr. med., Direttore die Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psychiatriche, Sezione di Clinica Psychiatrica, Università degli studi di Bari

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

Materials and Methods

The research protocol is the result of a methodological study carried out by the author at the University of California at Los Angeles (UCLA).

The requirements for admission to the protocol were as follows:

- the patient must have been diagnosed for schizophrenia according to DSM III-R;
- the disease must have started within three years before the beginning of the protocol;
- the patient must have a living father and mother;
- the patient and his/her family were expected to accept the protocol.

The trial was to be carried out by comparing two different types of treatment for schizophrenia: the traditional psychiatric treatment, based on the administration of drugs and the clinical interview, and an interactive approach integrated by psychopharmacologic treatment.

The variable to be evaluated was family therapy which, in the particular case being considered, followed the pattern of a specific theoretical and practical intervention model, i.e. the Elementary Pragmatic Model.

Patients and families were referred to the research group either by private or by public health services, but the sessions were always held in public health institutions.

After the presence of the criteria for inclusion in the research were confirmed, the families were referred to the research coordinator, who in turn directed them to the assessor psychologist who would administer them a battery of tests. The family then went back to see the coordinator, to be randomly assigned either to the interactive approach team (who were also responsible for prescribing drugs) or to the traditional psychiatric approach team. The two therapist teams never exchanged information of any kind.

After one year since the first tests had been administered, the coordinator would again summon the families for re-testing by the assessor psychologist who was unaware of the kind of treatment received by the families. Hence, evaluation was based on a comparison between the results of the tests and re-tests administered to the two groups, and on the number of drop-outs recorded during treatment.

The intervention model we have been using (the EPM) can be viewed as being essentially paradoxical: it differs greatly from the psychoeducational approach. In none of the sessions was the exact nature of schizophrenia explained and the setting consisted of ten sessions, each lasting one hour and held at weekly intervals. The sample considered in the research included 47 subjects of whom 9 refused joining one of the two treatment groups after the test. Of the remaining 38 subjects, 19 were given the family therapy according to the Elementary Pragmatic Model plus psychodrugs, and 19 were treated by the traditional psychiatric approach.

At the end of the research, the authors utilized the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), the Strauss Carpenter Rating Scale (SCOS), the Five

Minutes Speech Sample (FMSS), the Adjective Check List (ACL), the Synthesis and Splitting I (Italian: Sintesi e Scissione I or SISCI I) derived from the EPM, and the Family Rorschach Procedure (FRP) as modified by *Herman* and *Jones* (1976): With the latter test, a larger sample was investigated, consisting of 22 subjects treated by family approach and psychopharmacological medication, and 14 by the traditional psychiatric approach.

Communication assessment by means of tests in family therapy

The use of prospective tests in family therapy originates from a theoretical approach according to which communication dysfunction is a consistent feature in families with a psychotic member.

In the wake of *Bateson* et al.'s earliest hypotheses on the double bind 1956), *Wynne* and *Singer* (1963) postulated that the schizophrenic subject's ideation disorders could possibly be the consequence of communication dysfunctions in the family, and classified the latter as amorphous, fragmented and constricted communication. Subsequently, *Singer* and *Wynne* (1966) developed a method, based on the utilization of the Rorschach and of the TAT (Thematic Apperception Test), to measure the so-called communication deviance (CD), i.e. to measure the presence of a communication style that distract and puzzles any listener who is trying to share the ideas of, and to focus attention on the person who is talking. According to these authors, schizophrenia developed in those subjects who had difficulties in sharing attention on particular contents.

Several researchers working with control groups composed of non-psychotic subjects, actually reported higher CD levels in families with a schizophrenic patient (*Jones* 1997, *Rishord* 1986, *Solana* 1988), whereas other authors (*Wynne* et al. 1988, *Doane* 1978) pointed out that high CD levels in the parents of an identified patient meant a more severe form of schizophrenia. More recently, *Nugter* et al. (1997) compared two groups of psychotic patients, of which one was receiving individual therapy while the other was treated with a family approach characterized by "communication, problem solving and education": they found that neither treatment had any effect on CD but noted that the latter was a distinguishing feature in families with a schizophrenic patient.

The FRP in a controlled study of schizophrenic patients

The Family Rorschach Procedure (FRP)

The FRP is generally used to assess acknowledgement, with less acknowledgement being regarded as one aspect of communication deviance. Acknowledgement is the process by which a person receives relevant responses. That is, a person is acknowledged when he/she receives a direct response, on the same wavelength as the question he or she is asking.

Several authors have discussed the theoretical definition of acknowl

edgement. *Mead* (1934) believed that acknowledgement is an essential prerequisite for personality development. *Haley* (1959) identified it as a form of disqualification. In turn, *Herman* and *Jones* (1976) found that less ackowledgement and more non-acknowledgement marked a discrimination between high and low risk families for the development of schizophrenia. They also observed a more frequent use of monologues and a reduced presence of triadic interactions in the high risk families.

Method

In our research, the Family Rorschach Procedure was applied according to the method of *Herman* and *Jones* (1976). The Micro code decoding system was not used because its results are much less significant - as reported by these authors - than those of the Macro code which instead provides a more appropriate measure of acknowledgement.

The test is administered to the parents and to the patient. The family members must try, in a five-minute discussion, to reach consensus concerning the meaning of the first Rorschach inkblot card. The family is left alone and the clinician enters the room at the beginning only to explain how the task is to be performed and to answer any questions in connection with the test. The discussion is videotaped and the scoring is done directly from examining the videotape.

The analysis is done in two parts and the so-called family structure is highlighted: the number of proposals advanced by the whole family and by each family member is noted (and what that proposal was about), and which family members reacted to the proposal. The latter point may define three possibilities:

- monologues: the other family members do not discuss the proposal;
- diadic interactions: two members of the family participate in the discussion;
- triadic interactions: all the three members of the family participate in the discussion.

Second part: the videotape is decoded once again using the Macro Acknowledgement code. This is done to see what kinds of interactions develop around each proposal. The categories used in this analysis are listed in the following table (Table 1).

1-Acknowledgement
a. share or not share the suggested interpretation without elaboration or additons;
b. share or not share the suggested interpretation with elaboration or additons;
c. show interest in the suggested interpretation.
2–Intermediate acknowledgement
share or not share while hastily suggesting new interpretations.
3–Non-acknowledgement
a. ignore the suggested interpretation and suggest a new one;
b. ignore the suggested interpretation and say nothing.

Table 1: Macro code - aknowledgement categories

In accordance with *McPherson* et al. (1973), a response to a statement that was not immediately preceding is coded in relation to the statement it refers to unless that statement was more than three statements removed. In the latter case it is coded in relation to the immediately preceding statement.

Results

Upon completion of the test, coding results were as follows (Table 2):

	Family therapy			Pharmacological group		
	Test	Re-test	p	Test	Re-test	p
Acknowledgement						
Family	10,42	14,95	<0,014	10,8	10,67	n.s.
Father	3,47	4,76	n.s.	3,17	3,58	n.s.
Mother	4,31	4,57	n.s.	4	4	n.s.
I.P.	2,63	5,62	<0,002	2,92	3,08	n.s.
Intermediate Acknowledgement						
Family	1	1,5	n.s	0,5	0,83	n.s.
Father	0,63	0,57	n.s	0,17	0,23	n.s.
Mother	0,16	0,67	<0,016	0,25	0,25	n.s.
I.P.	0,26	0,28	n.s.	0,17	0,42	n.s.
Non Acknowledgement						
Family	7,16	6,38	n.s.	9,08	8,75	n.s.
Father	2,1	1,52	n.s.	3,5	2,5	n.s.
Mother	2,05	0,67	<0,003	2,17	2,83	n.s.
I.P.	3	2,38	n.s.	3,42	3,42	n.s.
Monologue						
Family	1,63	1,81	n.s.	2,42	2,58	n.s.
Father	0,68	0,48	n.s.	0,5	0,67	n.s.
Mother	0,37	0,76	n.s.	1,42	1,17	n.s.
I.P.	0,47	0,52	n.s.	0,5	0,67	n.s.
Number of percepts suggested						
Family	9,31	11,62	n.s.	9,92	10,25	n.s.
Father	3,1	4	n.s.	3,08	3,75	n.s.
Mather	2,89	4,14	<0,049	3.5	3,17	n.s.
I.P.	3,37	3,05	n.s.	3,33	3,33	n.s.
Structure of Interaction						
Triadic	3,84	6,38	<0,03	2,58	3,83	n.s.
Dyadic						
F<->M	1,84	1,48	n.s.	1,67	2	n.s.
F<->l.P.	0,79	0,76	n.s.	1,5	1,58	n.s.
M<->l.P.	1,1	0,57	n.s.	1,75	0,58	<0,022

Table 2: FRP results

The Family Rorschach procedure showed that in the group treated with family therapy and psychodrugs, increased acknowledgement was statistically significant both in the family as a whole ($p<0.014$) and in the identified patients only ($p<0.002$). Mothers used significantly more intermediate acknowledgement ($p<0.016$) and again mothers used less non-acknowledgement ($p<0.003$). Concerning family structure, a significant increase was observed in the number of proposals by the mothers ($p<0.049$) and of triadic interactions ($p<0.03$).

No statistically significant change was observed in the group treated by the traditional psychiatric approach except for a reduced number of diadic interactions between mother and identified patients ($p<0.022$).

Statistical evaluation was based upon the evaluation of sample means by means of a two-tailed t test. These data agree with other data obtained from other tests (*De Giacomo* et al. 1997). BPRS and SCOS showed statistically significant improvements in the family therapy group ($p<0.05$). ACL showed no statistically significant changes in the two groups. Noteworthy, the family therapy group showed reduced EE in four families as was revealed by the FMSS. These data underwent no changes in the control group.

SISCI-I showed a statistically significant reduction of F8 ($p<0.05$) in the family therapy group, implying a tendency to select elements that belong neither to the patient's nor to the other's world; clinically, this means that the subject is more involved in interactions with the others. In the patients under pharmacologic treatment, no difference in interactive patterns were shown by re-testing.

Discussion

The results obtained by administering the FRP seem to indicate that improvements are more marked in the family therapy group, in all of the investigated areas.

Specifically with respect to family communication, the data obtained by us do not agree with the observations of *Nugter* et al (1997) in their research on CD. Actually, their data could not explain the now generally accepted fact that, by combining psychopharmacological and psychotherapeutic treatment, better results are obtained in cases of mental disorders.

And indeed, the results of our research show that, when dealing with schizophrenia, an integrated approach is more effective than a treatment strongly focused solely on pharmacological prescription.

Possibly, the lack of agreement between the data obtained by our research and those reported by *Nugter* et al. could be due to the definition of psychotherapy and to regarding certain techniques, rather than others, as psychotherapeutic interventions. One has to distinguish, however, between communication-oriented approaches essentially related to the psycho-social sphere and approaches originating from a system viewpoint.

Particularly family therapy seen in the light of a specific model, namely the Elementary Pragmatic Model, by using which one can construct

therapeutic interventions characterized by strong paradoxicality, leads to an attenuation of the symptoms, an improvement of social adjustment, and the reduction of family characteristics resulting into expressed emotion and non-acknowledgement which are regarded as being typical of family styles in which schizophrenia develops and relapses.

Concerning the various features of family communication, it is observed that more acknowledgement by the families and by the identified patients, less non-acknowledgement on the part of the mother, increased triadic interactions are as many signals that family interactions have become more functional. With respect to the latter finding, *Lidz* (1963) states that in families with a schizophrenic patient there exists a "skewed" communication pattern, organized around a dominating and pathological figure. Conversely, in families that are low risk for schizophrenia, he seems to find a high rate of triadic interactions.

As said earlier, a re-arrangement of the various elements that make up acknowledgement was obtained solely in the family therapy group. It is then obvious that a simple psychopharmacological approach has no effect on the modification of communication patterns: their dysfunctionality continues to be a dominant characteristic of the family with a schizophrenic member and a predisposing element to the onset of relapses of the symptoms. It is then clear that family therapy has opened up channels for interaction that used to be chronically poor and that this fact has resulted into more and better communication which, in turn, has contributed to attenuating the symtomatology, as it is shown by the BPRS and SCOS scoring patterns. These conditions stay unchanged many months since the end of the treatment which is concluded in a matter of only ten weekly sessions. Hence family therapy has made it possible for a process to develop and for a situation to become established.

In addition, the impact brought by the integrated approach upon the family system as a whole has improved compliance with the therapy; actually, the number of dropouts is significantly higher in the pharmacological therapy group than in the family therapy group. Possibly this is so because, in the traditional approach, the patient's condition is seen as something to be included in an objective classification in view of the pharmacologic prescription, with little interest in the interactions among family members and with the attending medical team. The EPM based family therapy, in which therapeutic interventions are constructed upon actually "entering" the identified patient's and the family's world and upon creativity, favours more functional communication patterns and avoids whatever elements of replication may be present in the work of a therapist.

Neue Trends in der Familientherapie der Schizophrenie: Methodik und Ergebnisse einer kontrollierten Studie

De Giacomo P., Pierri G., Santoni Rugiu A., Catucci A., De Nigris S., Zavoianni L., Blasi G.

Familientherapie, auch in Kombination mit pharmakologischer Behandlung, hat gute Behandlungsergebnisse gezeigt, besonders bei Schizophrenie. Ergebnisse, die auf Integration der beiden Behandlungsansätze beruhen, müssen jedoch auf die anteiligen Beiträge der jeweiligen Interventionsmethoden zurückgeführt werden. Die referierte Untersuchung wurde daher beginnend 1988 von DeGiacomo et al. an der Universtät von California, Los Angeles, durchgeführt mit dem Ziel, die differentiellen Effekte des Elementary Pragmatic Model (EPM), eines Familientherapieansatzes, der sich am paradoxalen Paradigma orientiert, zu evaluieren.

Die Stichprobe (n=38) wurde über private und öffentliche Gesundheitsdienste rekrutiert. Zu den Anforderungskriterien der Stichprobe gehörten die Diagnose Schizophrenie, mindestens 3 Jahre Krankheitsdauer, Verfügbarkeit der Eltern zur Teilnahme an der Untersuchung sowie Akzeptanz der Teilnahme an der Studie. Nach Überprüfung der Eingangskriterien wurden die verschiedenen Tests (BPRS, SCOS, ACL, FMSS, SISCI-I) sowie der Familien-Rorschach-Test durchgeführt; danach erfolgte die randomisierte Zuweisung zu einer der beiden Behandlungsbedingungen: Traditionelle psychiatrische Behandlung, bestehend aus klinischem Interview und Medikamentenverordnung (n=19) oder interaktiver Behandlungsansatz, d.h. EPM ergänzt durch Pharmakotherapie (n=19) bei Behandlungsdauern von 10 Sitzungen à 1 Stunde in wöchentlichen Intervallen. Zu Behandlungsende und nach einem Katamnesezeitraum von 1 Jahr wurden die Tests erneut durchgeführt von Psychologen, die blind gegenüber der Behandlungsart waren. Die Evaluation erfolgte über den Vergleich der Test- und Re-Test-Ergebnisse der beiden Gruppe sowie die Anzahl der Drop-Outs in den Bedingungen.

Dem experimentellen Testdesign liegt das familientherapeutische Verständnis der Schizophrenie zugrunde, daß Kommunikationsstörungen konsistentes Phänomen von Familien mit psychotischen Mitgliedern sind. Bezug genommen wird hier auf die Double-bind-Theorie von *Bateson* und die These von *Wynne* & *Singer*, daß die Störungen in der Ideenbildung Schizophrener direkte Folge einer „amorphen, fragmentierten, eingeengten" Kommunikation in der Familiengruppe sind. *Singer* und *Wynne* hatten auch eine Methode entwickelt, basierend auf der Verwendung des Rorschach-Testes und des TAT, um CD („communication deviances"), also Abweichungen in der Kommunikation erfassen zu können. Mit CD ist ein Kommunikationsstil gemeint, der die Aufmerksamkeit des Zuhörers abzieht, wenn er versucht, die Ideen des anderen zu teilen und seine Aufmerksamkeit auf den Sprechenden zu richten. Schizophrenie entwickelt sich demzufolge in Familien, in denen es schwierig war, Aufmerksamkeit für bestimmte Inhalte zu teilen. Verschiedene Forschungsarbeiten wiesen

höhere CD-Levels bei Familien mit psychotisch reagierenden Mitgliedern im Vergleich mit nicht-psychotischen Kontrollgruppen nach. Andere Studien wiederum zeigten, daß hohe CD-Levels der Eltern schwerere Formen von Schizophrenie beim identifizierten Patienten bedeuteten.

Der Familien-Rorschach-Test (FRP-Family Rorschach Procedure) wird im vorliegenden Design verwendet, um das Konstrukt „Anerkennung/ Bestätigung" (acknowlegdement) zu messen. Geringe Bestätigung ist ein Aspekt von abweichender Kommunikation. Unter Bestätigung wird dabei der Prozess verstanden, durch den eine Person relevante Antworten auf ihren Beitrag erhält; d.h. die Person wird bestätigt, wenn sie direkte Antwort erhält. *Mead* z.B. bezeichnet Bestätigung als wesentliche Voraussetzung für persönliche Entwicklung. *Herman & Jones* zeigten, daß weniger Bestätigung und mehr Nicht-Bestätigung Familien mit hohem Risiko für Schizophrenieentwicklung von denen mit niedrigem Risiko unterschieden, auch zeigten high risk Familien signifikant mehr Monologe und weniger triadische Interaktion. Der FRP fand Anwendung nach dem Vorbild von *Herman & Jones*: Die Testsituation bestand darin, daß die Familienmitglieder eine 5-minütige Diskussion führen sollten, mit dem Ziel, einen Konsens zu erreichen über die Bedeutung der 1. Rorschach-Tintenklecks-Karte. Der Kliniker erklärte die Aufgabe, stellt sich offenen Fragen, und ließ die Familie dann allein mit der Aufgabe im Testraum zurück. Der Prozeß wurde auf Video aufgezeichnet und anschließend in zwei Schritten ausgewertet.

Im 1. Schritt wurde auf Vorschläge und Reaktionen fokussiert: Es wurde die Anzahl von Vorschlägen gezählt, die zum einen von der ganzen Familie, zum anderen durch jeden Einzelnen vorgebracht wurden und welche Mitglieder in welcher Weise darauf antworteten: Monolog (Der Vorschlag wird von den anderen nicht diskutiert); Dialogische Interaktion (2 der Familienmitglieder nehmen an der Diskussion teil); Triadische Interaktion (Alle 3 Familienmitglieder beteiligen sich).

Im 2. Schritt wurde die Dimension Bestätigung mit dem Macro Acknowledgement Code ausgewertet unter Verwendung folgender Kategorien: Bestätigung (Teilen oder Nicht-Teilen der vorgeschlagenen Interpretation; mit/ ohne Ergänzungen; zeigen von Interesse); Mittelmäßige Bestätigung: (Teilen oder Nicht-Teilen der vorgeschlagenen Interpretation, dabei aber hastig seine neue Interpretation vorschlagend); Nicht-Bestätigung (Ignorieren des Vorschlages und Vorschlagen seiner eigenen Interpretation oder einfach Nicht reagieren).

Die statistische Auswertung erfolgte durch Mittelwertsvergleich eines 2-seitigen t-Tests. Die Ergebnisse des Familien-Rorschach-Tests zeigen, daß in der Gruppe mit Familientherapie-Behandlung die Dimension Bestätigung signifikant zunahm, und zwar sowohl für die Familie als ganzer als auch für den identifizierten Patienten allein; Mütter benutzten signifikant mehr mittlere Bestätigung und weniger Nicht-Bestätigung. Es zeigte sich zudem eine signifikante Zunahme in der Anzahl von der Mutter

kommender Vorschläge als auch triadischer Interaktionen. Dagegen zeigten sich keine statistisch signifikanten Veränderungen in der Gruppe traditionell Behandelter außer einer Reduktion der dyadischen Interaktion zwischen Mutter und identifiziertem Patienten. Die rein pharmakologisch Behandelten zeigten auch im Katamnesezeitraum keine Unterschiede in den interaktiven Mustern.

Die Ergebnisse aus BPRS und SCOS zeigten signifikante Verbesserungen in der Gruppe mit Familientherapie; sie trägt also, wie die BPRS und SCOS-Scores zeigen, zur Abschwächung der Symptomatik bei. ACL blieb ohne signifikante Veränderungen in beiden Gruppen. Bei 4 Familien der Familientherapie-Bedingung war auch eine Reduktion in EE (Expressed Emotions) zu finden (erfaßt mittels FMSS).

Lidz hatte in einer früheren Studie gezeigt, daß in schizophrenen Familien ein verzerrtes Kommunikationsmuster herrscht, das um eine beherrschende pathologische Figur herum organisiert ist. Und anders herum findet sich in Familien mit low risk eine hohe Rate an triadischer Interaktion. Insgesamt zeigte sich in den Ergebnissen der vorliegenden Studie eine Umorganisation hin zu mehr Bestätigung nur in der Familientherapie-Gruppe. Mehr Bestätigung sowohl durch Familienmitglieder als auch den identifizierten Patienten, weniger Nicht-Bestätigung von Mutterseite, Zunahme an triadischer Interaktion sind Zeichen einer funktionaleren Familien-Interaktion. Diese Effekte bleiben über das Behandlungsende hinaus stabil. Hingegen zeigt sich, daß pharmakologische Behandlung allein keinen Effekt auf das familiäre Kommunikationsmuster hat: Deren Dysfunktionalität bleibt weiterhin dominantes Charakteristikum der Familie und ist ein prädisponierendes Element für das Initiieren eines Rückfalls. Insgesamt trägt der integrative Ansatz zudem zu einer verbesserten Compliance bei: Die Anzahl an Drop-Outs ist signifikant höher in der Gruppe mit traditionell-psychiatrischer Behandlung.

Zusammenfassend zeigte sich, daß die Behandlung nach dem Elementary Pragmatic Model zur dauerhaften Schwächung der Symptome, Verbesserung der sozialen Anpassung, der Reduktion von Familiencharakteristika wie Expressed Emotions und Nicht-Bestätigung führte, in denen sich Schizophrenie entwickelt und Rückfälle begünstigt werden.

References

Bateson, G.; Jackson, D.D.; Haley, J.; Weakland, J. (1956): Toward a theory of schizophrenia. In: Behavioral Science (1) 251-264.

De Giacomo P. (1993): Finite systems and infinite interactions, (Connecticut: Bramble Books)

De Giacomo, P.; Pierri, G.; Santoni Rugiu, A.; Buonsante, M.; Zavoianni, L.(1997): Schizophrenia: a study comparing a family therapy group following a paradoxical model plus psychodrugs and a group treated by the conventional clinical approach. In: Acta Psychiatrica Scandinavica, (95) 183-188.

Doane, J.A. (1978): A family interaction and communication deviance in disturbed and normal families: A Rewiev of Research. In: Family Process (17) 357-376.

Haley, J. (1959): The family of schizophrenic: a model system. In: Journal of Nervous Mental Disease (129) 357-364.

Herman, B.F.; Jones, J.E. (1976): Lack of acknowledgement in the family rorschach of families with a child at risk for schizophrenia. In: Family Process, 15 (3) 289-302.

Jones, J.E. (1977): Patterns of transactional style deviance in TATs of parents of schizophrenics. In: Family Process (16) 327-337.

Lidz, T. (1963): The family and the human adaptation. (New York: International University Press)

Mc Pherson, S.; Goldstein, M.; Rodnick, E. (1973): Who listens? who communicates? how? Styles of interaction among parents and their disturbed adolescent children. In: Archives of General Psychiatry (28) 393-399.

Mead, G. (1934): Mind, self, and society. Chicago: University of Chicago Press.

Nugter, M.A.; Dingemans, P.M.A.J; Linszen, D.H.; Van der Does, A.J.W.; Gersons B.P.R. (1997): Parental communication deviance: its stability and the effects of family treatment in recent-onset schizophrenia. In: Acta Psychiatica Scandinavica (95) 199-204.

Rishovd R. und *B.* (1986): Communication Deviances in parents of schizophrenics. Family Process (25) 133-147.

Singer, M.T.; Wynne, L.C. (1966): Principles for scoring communication defects and deviances in parents of schizophrenics: rorschach and tat scoring manuals. In: Psichiatry (29) 260-288.

Solana, R.M. (1988): Communication disturbances in parents of schizophrenic. In: Acta Psychiatrica Scandinavica (77) 427-434.

Wynne, L.C.; Singer, M.T. (1963): Thought disorder and family relations of schizophrenics: ii. a classification of forms of thinking. In: Archives of General Psychiatry (9) 199-206.

Wynne, L.C.; Singer, M.T.; Bartko, J.L.; Toohey, M.L. (1977): Schizophrenics and their families: recent research on parental communication. In: *Tanner, J.M.*: Developments in psychiatric research. 254-286, London, Hodder & Stoughton.

Adresse des Autors:

Prof. Piero Dè Giacomo
Direttore del Dipartimento di Seienze
Neurologiche e Psychiatriche
Sezione di Clinica Psychiatrica
Universitá degli Studi di Bari
P.77a G. Lesare, 11
70124 Bari

Die Einwirkung der Familienbeziehungen auf die soziale Anpassung und Lebensqualität von Schizophreniepatienten **

Viktor W. Sajzew (St. Petersburg) *

Es wurden 95 Familien von Schizophreniepatienten während der stationären Behandlung und im Verlauf einer einjährigen Nachbeobachtungsperiode untersucht. Die Ergebnisse der Untersuchungen zeigten, daß die Familienbeziehungen den Stand der sozialen Fähigkeiten der Kranken in den verschiedenen sozialen Bereichen in beträchtlichtem Maße bestimmen. Dabei wurden als Universalfaktoren für den Erfolg der sozialen Anpassung der Patienten in allen untersuchten Bereichen das Ausmaß an Angemessenheit der Erwartungen hinsichtlich des Kranken in Bezug auf die Verwandten und der Charakter deren emotionalen Reagierens auf ihn festgestellt. Außerdem wurde nachgewiesen, daß die Besonderheiten der Familienbeziehungen in der Zeit der Hospitalisation als Prädiktoren für eine erfolgreiche Anpassung in verschiedenen Lebensbereichen während der Nachbeobachtung dienen. Die Lebensqualität der Schizophreniepatienten zeigte sich entscheidend abhängig vom Ausmaß an Offenheit in der Familie; die Lebensqualität der Kranken war in einem von sozialer Isolation bestimmten Leben entscheidend niedriger als in den sozial offenen Familien.

Es ist bekannt, daß die soziale Wiedereingliederung Schizophrenieerkrankter nur wenig von der Symptomatologie und Krankheitsform abhängt, sondern in bedeutendem Maße von den Besonderheiten der sozialen Umgebung des Patienten bestimmt wird (*Melechow, D., Je.*, 1963; *Senewitsch, G., W.*, 1964; *Kabanow, M., M.*, 1986; *Wied, V., D.*, 1993; *Milstein, R., M., Bell, M. D.* et.al., 1991; *Lehman, F., L.* 1995). Die Ergebnisse der Untersuchungen der Familien von Schizophreniepatienten zeugen davon, daß die Familienumgebung, mit welcher der Patient nicht nur in der prämorbiden, sondern auch in den meisten Fälllen (50 bis 80 %) in der morbiden Krankheitsperiode verbunden ist (*Minkoff, K.*, 1979; *Fadden, G., Bebbington, P., Kuipers, L.*, 1987; *Lefley, H. P.*, 1987), sowohl die Krankheitsmanifestation und deren Rezidivierung als auch die soziale Wiederherstellung des Patienten beeinflußt (*Warlamow, E., W.*, 1978; *Wolowik, W. M., Kozjubinskij, A. P.*, 1984; *Schooler, N. R., Keith, S. J.*, 1983; *Mc Farlain, W., R., Lukens, E.* et. al. 1995). Zu den bedeutsamsten Einflußfaktoren zählt man die Besonderheiten der Kommunikation zwischen den Familienmitgliedern (*Goldstein, M., J.* 1987), den affektiven Stil der Verwandten den Kranken gegenüber (*Vaughn, C. E., Leff, J., P.*, 1976; *Doane, J., A., Falloon, I., R., H., Goldstein, M., J.* et.al., 1985) und den Charakter der Wechselwirkung der Familie mit der sozialen Umgebung. Viele Untersuchungen zeigen die positive Einwirkung der Familienpsychotherapie und des Zusammenwirkens mit den Verwandten auf die

* M.D., Mitarbeiter des Psychoneurologischen Institutes W.M. Bechterew, St. Petersburg
** Vortrag vorgelegt anläßlich des 12. Weltkongreß der Weltgesellschaft für Dynamische Psychiatrie (WADP) / XXV. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für

klinische und soziale Wiederherstellung der Schizophrenieerkrankten (*Eidemiller, E., G., Justizkij, W., W.*, 1990; *Ammon, G.*, 1980; *Falloon, I., R., H., Pederson, J.*, 1985; *Leff, J. P., Berkowitz, R.* et.al., 1989).

Die soziale, familiäre und interpersonelle Umgebung befindet sich in einer ununterbrochenen Wechselwirkung und geht von einem Gleichgewichtszustand in den anderen über. Diese Dynamik der intersystemischen Beziehungen schafft letzten Endes die Typen der Anpassung zwischen dem Patienten und der Umwelt, die sein soziales Gedeihen und seine persönliche Befriedigung bestimmen. Eine tiefere Kenntnis der Eigenarten dieser Wechselbeziehungen schafft für den Therapeuten eine Möglichkeit, dem Patienten bei der Überwindung des schwierigsten Komplexes der intra- und interpersonellen Schranken zu helfen, erzeugt durch Krankheit, Erziehung und gesellschaftlichen Druck. Nichtsdestoweniger gibt es praktisch keine Untersuchungen, die sich mit den Einwirkungen der einzelnen Parameter der Familienbeziehungen auf die Anpassungsfortschritte der Schizophrenieerkrankten in den spezifischen Bereichen sozialer Anpassung und Lebensqualitäten beschäftigen. Die Parameter der Familienbeziehungen werden als Pradiktoren der sozialen Wiederherstellung der Patienten nicht verwendet.

Untersuchungsmethoden

Das Material dieser Arbeit enthält Angaben über 95 Familien schizophrener Patienten, die in der Tagesklinik des W. M. Bechterew - Forschungsinstitutes behandelt wurden. Für 65 Familien wurden Katamnesedaten erhoben (12 Monate nach der Krankenhausentlassung der Patienten). Die Schizophrenieerkrankten wurden in dieser Untersuchung entsprechend ICD-10 diagnostiziert und bildeten drei Untergruppen:
- schizotype Störungen (F-21) n= 43;
- verschiedene Varianten der Schizophrenie (F-20) n= 31;
- schizoaffektive Störungen (F-25) n=21.

Die Charakteristiken der Familienbeziehungen wurden im Laufe der Familiendynamik wahrend der regelmäßigen Treffen des Arztes mit der Familie in der Zeit der stationären Behandlung der Patienten sowie aus den Daten, die im Laufe der Familienpsychotherapie entstanden, bestimmt.

Alle Parameter, die kennzeichnend für die Familienbeziehungen sind, wurden konventionell in strukturelle und dynamische unterteilt. Die Struktur-Charakteristiken spiegelten die biographisch entstandenen, sich im Laufe des Lebens der Familie wiederholenden Interaktionen zwischen deren Mitgliedern sowie zwischen der Familie und der sozialen Umgebung wider:

a) Charakter der Kontrolle über das Patientenverhalten auf der Achse "Hyperprotektion - Verwahrlosung";

b) Regeln der emotionalen Wechselwirkung (emotionale Distanz und Grad der emotionalen Abhängigkeit der Familienmitglieder voneinander)

c) Beziehungsstil der Familie der sozialen Umwelt gegenüber auf der "Achse Übermäßige Offenheit - Isolation".

Die dynamischen Parameter spiegelten die Besonderheiten der aktuellen Reaktionen des Familiensystems auf das Faktum der Manifestation und Erscheinungsform der Symptome der Geistesstörung:

a) Vorhandensein der Anzeichen der emotionalen Expressivität entsprechend der Kriterien des Cambervill - Familieninterviews;

b) Übereinstimmungsgrad der sozialen Erwartungen seitens der bedeutsamen Familienmitglieder in bezug auf den Patienten und dessen Möglichkeiten.

Die soziale Anpassung der Kranken wurde nach dem Stand der Fortschritte in den Grundbereichen der sozialen Anpassung - Arbeit, zwischenmenschliche Beziehungen, Beziehungen mit den Eltern, tägliche Selbstversorgung, sexuelle Beziehungen - bewertet. Die Anpassungsfortschritte in jedem Bereich wurden nach der Methode der Expertenbewertungen mit den Punktzahlen von 0 bis 4 eingeschätzt.

Zur Einschätzung der Lebensqualität der Patienten wurde der "WHOQOL-100"- Fragebogen, vorgeschlagen als Standardinstrument von der Weltgesundheitsorganisation, verwendet. Dieser Fragebogen enthält 100 Fragen bezüglich der 6 großen Bereiche, welche die Grundcharakteristiken der Lebensqualität des Menschen widerspiegeln. Sein Inhalt konzentriert sich auf den Aspekten des Lebenswohlseins, deren Veränderungen als Ergebnis sowohl der Erkrankung als auch des ärztlichen Tuns.

Untersuchungsergebnisse

Bei der Analyse der Familiencharakteristika, die sich mit den Anpassungs-Risiken der Patienten in den einzelnen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens als verbunden erwiesen, stellte sich heraus, daß den negativsten Einfluß auf die Berufsanpassung in der Zeit der Krankenhaus-Entlassung der Patienten entweder eine übermäßig emotional enge, symbiotische Beziehung zwischen dem Patienten und einem Bezugsverwandten (meist die Mutter) oder eine emotional distanzierte Beziehung ausübten. Mit dem Erfolg der beruflichen Wiederherstellung (Rehabilitation) der Patienten in der katamnestischen Periode waren diese Besonderheiten der Familienbeziehungen jedoch nicht verbunden. Einen bedeutenden Einfluß auf die berufliche Wiederherstellung der Patienten hatten in der katamnestischen Periode der Ausprägungsgrad der negativen emotionalen Reaktionen der Verwandten während der Kontakte mit dem Patienten im Krankenhaus (Zahl der kritischen Bemerkungen, Aufdringlichkeit, emotionale Kälte der Eltern) und der Verständnisgrad der Eltern in bezug auf die realen sozialen Möglichkeiten des Patienten.

Ähnliche Ergebnisse wurden auch bei der Untersuchung der Bereiche zu den zwischenmenschlichen Beziehungen gefunden. Die symbiotischen Verbindungen mit einem der Elternteile hatten einen negativen Einfluß auf

das interpersonelle Verhalten des Patienten nach der Entlassung, waren jedoch kaum bedeutend in der katamnestischen Periode. Als entscheidend für den Erfolg hinsichtlich der interpersonellen Anpassung des Patienten erwiesen sich in dieser Periode die Wechselbeziehungen der Familie mit der sozialen Umwelt: Beim genügend offenem Charakter der sozialen Kontakte der Familie war das Niveau der "interpersonellen Funktionierens" des Patienten zuverlässig höher ($P<0,01$) im Vergleich zum Verhalten von Patienten aus sozial distanzierten Familien. Außerdem erwies sich das Funktionierensniveau in der interpersonellen Sphäre in der katamnestischen Periode vom Grad der emotionalen Gespanntheit in der Familie zum Zeitpunkt der Krankenhauseinlieferung des Patienten abhängig.

Es ist interessant, daß für den Erfolg des Funktionierens der Patienten im Bereich der Organisation des täglichen Lebens praktisch alle von uns erörternden Strukturcharakteristika des Familienfunktionierens - hyperprotektiver Charakter der Kontrolle über das Verhalten, symbiotische Beziehungen, soziale Distanz der Familie im ganzen - von Bedeutung waren.

Es ist sehr wichtig, die Tatsache zu betonen, daß die Parameter zu den Familienbeziehung zur Zeit der Entlassung eine prognostische Bedeutung zur Bestimmung der Qualität der sozialen Wiederherstelling der Patienten in den verschiedenen Aktivitäts-Bereichen der katamnestischen Periode hatten. So erwiesen sich als signifikante Prädiktoren des Funktionierens im beruflichen Bereich der Charakter der sozialen Erwartungen seitens der bedeutsamen Verwandten; für das Niveau des Funktionierens in der täglichen Lebenssphäre war entscheidend das Vorhandensein von hyperprotektiven und symbiotischen Beziehungen, der Beziehungen der Familie mit der sozialen Umwelt und den Erwartungen seitens der relevanten Verwandten dem Patienten gegenüber; für das Funktionieren in der interpersonellen Sphäre waren dies die Besonderheiten der Beziehungen der Familie mit der sozialen Umwelt (Offenheit - Geschlossenheit der Familie) und die emotionale Expressivität; für die Sexualsphäre war entscheidend das Vorhandensein übermäßiger Erwartungen seitens des Bezugsverwandten; für die Sphäre der Beziehungen mit den Eltern das Niveau der emotionalen Expressivität.

Die Lebensqualität der Schizophrenieerkrankten unterschied sich zuverlässig ($p<0,001$) in den Familien mit den verschiedenen Beziehungs-Typen mit der äußeren sozialen Umwelt. In den sozial offenen Familien war die Lebensqualität der Patienten höher, als in verschiedenen Varianten der Familien, die sich von der sozialen Umwelt distanzierten. Alle übrigen Parameter der Familienbeziehungen hatten keinen Einfluß auf Lebenszufriedenheit der Patienten, trotz deren Einwirkung auf die klinischen und sozialen Charakteristika. Es ist anzunehmen, daß der Charakter der Beziehungen der Familie mit der sozialen Umwelt im Kontinuum von "Isolation versus Offenheit" die wichtigste Familiencharakteristik ist, welche die Lebensqualität der Schizophrenieerkrankten bestimmt. Diese

Tatsache bestätigt noch einmal die kolossale Bedeutung der äußeren Sozialenergie für die Wahrnehmung der Fülle und Qualität der eigenen Existenz, dies besonders bei Kranken mit Identifikations- und "Ich-Abgrenzungs"-Problematik.

Familienpsychotherapie

Wir führten Psychotherapie für 19 Familien von Schizophreniepatienten durch (die Anzahl der Sitzungen betrug 6 bis 15, durchschnittlich 8). Die Psychotherapie beruhte auf psychobildenden und traditionellen Strukturauffassungen. In der katamnestischen Periode zeigten sich signifikante Unterschiede hinsichtlich der Rückfallquote zwischen der Patientengruppe, welche die Familientherapie mitmachte, und derjenigen Gruppe, wo diese nicht durchgeführt wurde ($p<0,05$). Außerdem waren die Fortschritte des sozialen Funktionierens in der Hauptgruppe in allen Bereichen höher, aber signifikante Unterschiede ließen sich nur im Bereich der interpersonellen Beziehungen beobachten.

Die Ergebnisse der psychotherapeutischen Arbeit erlaubten im Laufe des ersten Teils des psychotherapeutischen Programms zwei prinzipiellen Etappen der Dynamik des Familiensystems zu identifizieren.

1) Etappe der Anpassung der Familie an die Geisteskrankheit des Verwandten;

2) Etappe der Verwandlung der Familienumgebung in die therapeutische;

Auf der ersten Etappe fand im Laufe der Anpassung der Familienmitglieder ans Leben zusammen mit dem kranken Verwandten folgendes statt:

a) Senkung des Streßniveaus, ausgelöst durch den Umstand der Entwicklung der Erkrankung des Verwandten.

b) Überwindung des Schuldgefühls oder der übermäßigen Besorgnis in bezug auf den erkrankten Verwandten.

c) adäquates Verhalten in bezug auf die Erkrankung;

d) Ausarbeitung der Toleranz zu den periodischen Zustandsverschlimmerungen des Kranken und Erlernen der Methoden der Bewältigung der Krankheitserscheinungen und eines adäquaten emotionalen Reagierens auf diese;

e) Schaffung einer optimalen emotional-psychologischen Distanz zwischen dem Patienten und den Familienmitgliedern.

f) Erhebung der adäquaten Erwartungen an den Patienten;

g) Erhaltung der konstruktiven Elemente des Lebensstils und der Lebensweise der Familienmitglieder aus der Zeit vor dem Krankheitsbeginn;

h) Erhaltung der sozialen Beziehungen der Familie.

Nachdem ein genügendes Anpassungsniveau der Familienmitglieder an die Geisteskrankheit ihres Verwanden erreicht war, verwandelte sich die

normale Familienumgebung in eine "therapeutische". In diesem Falle begann der Patient zu spüren, daß er, wie auch vor dem Krankheitsbeginn, frühere Freiheit besitzt, daß die heutigen Sozialbeschränkungen einen provisorischen und wirklich begründeten Charakter haben, daß die Erkrankung keinem seiner Verwandten einen übermäßigen Schaden zufügte, daß er zu jeder Zeit auf die Hilfe und Unterstützung hoffen kann, daß von ihm niemand etwas Unmögliches oder psychologisch Unüberwindliches fordern wird, daß seine unbedeutenden (verglichen mit dem Niveau vor der Erkrankung) Erfolge ermutigt werden, daß die Manifestationen seiner Erkrankung von der Umgebung mit seiner Persönlichkeit nicht identifiziert werden. In einer solcher Situation verliert allmählich das Faktum der Krankheit seinen katastrophalen Anschein und der Kranke erhält die Möglichkeit, Schritt für Schritt die effektiven Strategien der Bewältigung der Krankheit und Anpassung an die soziale Umwelt zu schaffen und den Prozeß der "Ich-Abgrenzung" spontan zu entwickeln. Eine der Charakteristiken der "therapeutischen" Familienumgebung sind die klaren und gleichzeitig flexiblen Grenzen sowohl innerhalb der Familie als auch zwischen der Familie und der äußeren sozialen Umwelt. Eine solche Struktur stärkt nicht nur die Identität des Patienten, sonder auch die der "gesunden" Familienmitglieder, die oft eine beträchtliche Disharmonie in ihrer individuellen Entwicklung haben.

Ein sehr schwieriges Familienproblem stellte die Reaktion auf den stigmatisierenden Effekt der Geisteskrankheit dar. Stigmatisation bedeutet eine negative Bewertung durch die Gesellschaft eines Individuums (oder einer sozialen Gruppe) nach irgendeinem Merkmal mit dem nachfolgenden stereotypen Satz der sozialen Reaktionen auf dieses Individuum (oder auf die Vertreter dieser sozialen Gruppe). Den Vorgang, der nach der Manifestation der Erkrankung eines Verwandten in der Familie stattfand, haben wir konventionell "Selbststigmatisation" der Familie genannt. Seine kennzeichnenden Merkmale waren:

a) soziale Selbstisolation der Familie, Verheimlichung der Information über die Erkrankung der Verwandten von der Umwelt und Fixierung nur auf das "eigene" Problem;

b) Demonstration der Ausschließlichkeit der eigener Situation infolge der Geisteskrankheit eines Familienmitglieds. Wir haben drei Etappen der familiären "Selbststigmatisation" identifiziert.

Auf der ersten Etappe versuchte die Familie das Faktum der Erkrankung ihres Verwandten zu verheimlichen, was gewöhnlich mittels der Reduzierung bestehender sozialer Kontakte erreicht wurde. Die zweite Etappe begann in dem Falle, wenn die Verheimlichung der Information über die Erkrankung der Verwandten aufgrund der für die Umwelt bemerkbaren sozialen Disadaptation des Kranken unmöglich wurde oder infolge seines ungewöhnlichen Verhaltens. Gerade diese Etappe wurde für die Familie kritisch und drängte zur Suche nach Wegen der Anpassung an das Zusammenleben mit dem Geisteskranken. Auf der dritten Etappe endete die

Familienanpassung entweder mit der endgültigen Isolation der Familie, einer abwehrenden Einstellung der Gesellschaft gegenüber, einer Annahme der Rolle der Ausgestoßenen usw. oder es fand die Familie adäquate Wege der Anpassung, entwickelte neutral wohlwollendes Verhalten gegenüber dem Beisein eines Kranken in der Familie. In diesem Falle erhielten die gesunden Familienmitglieder eine Möglichkeit der Normalisierung ihrer Freizeit und der täglichen Aktivität sowie der Wiederherstellung früherer oder der Anknüpfung neuer sozialer Beziehungen.

Diskussion

Die in dieser Arbeit erhobenen Angaben sind insofern von Interesse als sie einen neuen Blick auf die Bedeutung der Familienparameter für den Vorgang der individuellen sozialen Anpassung Schizophrenieerkrankter erlauben. So kann man zum Schluß kommen, daß die biographisch entwickelten Stereotype der Wechselbeziehungen in der Familie, zum Beispiel symbiotische oder emotional distanzierte Beziehungen, die Schnelligkeit der Rückkehr des Patienten zu sozialen Aktivitäten unmittelbar nach der Krankenhausentlassung verlangsamen - also in der Periode der Entwicklung der Remission - sie haben aber keinen Einfluß auf die Resultate der beruflichen und interpersonellen Anpassung des Patienten in der katamnestischen Periode. Dieser, auf den ersten Blick negative Einfluß der Familienbeziehungen auf das soziale Funktionieren kann als ein Aspekt betrachtet werden, wenn man weiß, daß die Beziehungsdynamik in den Familiensystemen sich nicht nur in einer Richtung, von den Eltern zum Patienten, sondern symmetrisch in beide Richtungen entwickelt. Folglich können die symbiotischen oder emotional distanzierten Beziehungen, die den Einschluß der Patienten ins aktive soziale Leben hemmen, einen Abwehrcharakter haben, der in der Periode, wenn sich die Remission nur noch entwickelt, eine inadäquate Hyperstimulation des Patienten seitens der sozialen Umwelt vorbeugen. Ähnlich dem sogenannten "Abwehr-autismus", der dem Kranken eine optimale Distanz zwischem ihm selbst und der sozialen Umwelt zu schaffen erlaubt, kann man auch hier von der "Abwehrsymbiose" oder "Abwehrhyperprotektion" der Familie sprechen, die den Patienten ins Sozialleben dann einzuschließen erlauben, wenn sein "Ich" dazu am meisten vorbereitet ist.

Der Patient adaptiert sich an die soziale Umwelt mit Hilfe der Methoden, die er bereits im Verlauf seiner Lebenserfahrung gewonnen hat. Gleichzeitig mit der "Ich-Regression", verursacht durch die psychotische Episode, vollzieht sich die Regression seiner Anpassungsmöglichkeiten, verbunden mit einer beträchtlichen Delegierung der "Ich-Funktionen" an die soziale Umwelt (Familie, psychotherapeutische Gruppe, medizinisches Heilpersonal). Zusammen mit dem Abklingen der Psychose findet auch die Wiederherstellung der verlorenen Funktionen auf Kosten der Stärkung der "Ich-Struktur" statt. Die Dynamik dieses Vorgangs hängt in vielen

Aspekten davon ab, wie die Familie sich dem Patienten gegenüber benimmt. Wenn die Psychose zur Stärkung der symbiotischen Tendenzen führte, dann wird es die Verlangsamung der sozialen Reintegration des Patienten begünstigen. Aber diese Verlangsamung wird berechtigt sein im Falle, wenn das "Ich" des Patienten zur aktiven sozialen Wechselwirkung weder strukturell noch energetisch bereit ist. In diesem Falle werden Symbiose oder Hyperprotektion in der Periode der Remissionsentwicklung die Unterstützung der unbestimmten "Ich-Grenzen" des Patienten begünstigen.

Wie alle systemisch organisierten Strukturen, haben auch Familien eine Tendenz zur allmählichen Wiederherstellung ihres gewöhnlichen Zustands, die vor dem Krankheitsbeginn existierte, und stellen die gegenseitig unterstützenden Interaktionen zwischen den charakterologisch bedingten Besonderheiten des Patientenverhaltens und dem Verhalten der Verwandten dar. Folglich kann die Fehlanpassung der Familienbeziehungen phänomenologisch mit Hilfe der einfachen Feststellung des Vorhandenseins dieses oder jenes Abweichungstyps im Familienfunktionieren, verglichen mit einer hypothetischen, oft willkürlich gewählten Norm, nicht eingeschätzt werden, sondern nur ausgehend vom Endresultat der sozialen Anpassung des Patienten.

Es ist notwendig zu unterstreichen, das in vielen Familien diese allmähliche Schwächung der Beschränkungen des Patienten seitens der Verwandten spontan und intuitiv stattfand gleichzeitig mit der Erhöhung seiner Differenzierung und Fähigkeit zu einer mehr realistischen Einschätzung der Umwelt.

Wir sind der Meinung, daß die strukturellen und dynamischen Charakteristiken der Familienumgebung mit verschiedenen Aspekten der Persönlichkeit des Patienten zusammenwirken - strukturelle Charakteristiken haben eine wichtige Bedeutung für die Formierung der "Ich-Grenzen" des Patienten und den Vorgang der Herausbildung seiner Identität; die dynamischen Charakteristiken beeinflussen die zerebralen Mechanismen der psychischen Integration nach dem Prinzip "Diathese - Streß". Die "Ich-Stärke" des Patienten, die im Endresultat den Grad seiner sozialen Wiederherstellung bestimmt, soll als Proportion zwischen der individuellen Anpassungsfähigkeit und Konstruktivität der sozialen Umwelt eingeschätzt werden.

The Influence of Family Relations for the Social Adaptation and Life Quality

V. W. Sajzew (St. Petersburg)

The author emphasizes the dependence of the reintegration of schizophrenic patients of the peculiarities of their family environment, i.e. communication between family members, the affective climate with

relatives and the characteristics of the family's relations with the social environment.

In the author's view many investigations show the positive influence of family psychotherapy on the clinical and social reintegration of schizophrenic patients but there are almost no investigations which study the influence of the different parameters of family relations on the improvements in the areas of social adjustment and quality of life. These parameters can be used as predictors for the social improvement of the patients.

In the presented investigation 95 families of schizophrenic patiens (diagnosed according to ICD-10) were studied in the period of hospital treatment and in a one-year-follow-up period (65 families). The parameters of family relations were divided into structural and dynamic variables.

Structural characteristics reflect interactions of the family which have developed in the history of family life and which are demonstrated between the members of the family and towards the social environment.

These characteristics are control of the patient (overprotection vs. neglect), emotional distance and dependence (symbiosis vs. hostility and distrust), family style of interaction with the social environment (openness vs. isolation).

Dynamic parameters reflect characteristics of the actual reactions of the family to manifestation and symptoms of the mental disorder, for example emotional expressiveness, level of correspondence of the social expectations which the family members have for the patient.

Social adaptation was assessed in the basic areas of work situation, interpersonal relations, organisation of daily life, sexual relations. Improvements in each area were assessed on a scale from 0 to 4. Quality of life was assessed with the WHOQL-100 of the WHO. The results show that family relationships determine to a considerable degree the level of social functioning of the patients in the investigated areas. Of great importance is the degree of adequacy of expectations the family members have for the patient as well as the character of their emotional reactions towards the disease.

The study has also proved that the quality of family relationships during time of hospitalization can serve as predictors of the patient's social functioning in the follow-up period. For example, great openness of a family to society is a positive predictor for the patient's interpersonal functioning after discharge. In a second part the author presents the results of 19 families who had family therapy (with an average of 8 sessions). There were significant differences ($p < 0,05$) concerning the rate of relapses, which was lower in the families with treatment. The achievement in social functioning was better in all assessed areas but significant differences only showed in interpersonal relationships.

The investigators observed a progress in the families in which they learned to adjust to the disease of their familiy member and changed

themselves into a therapeutic environment. Their worries and feelings of guilt decreased, they learned to behave adequately with adequate expectations in supporting the patient.

They kept their social relations and life style they had prior to the onset of the disease of the family member. The patients of these families learned step by step effective coping strategies.Characteristics of a therapeutic family are clear but flexible boundaries within the family and towards the social environment.By that, not only the structure of the patient but also that of all family members is strengthened. This helps also to prevent the family from stigmatization with concealing the illness , social isolation and fixation on the ill family member.

Literaturverzeichnis

Ammon, G. (1980): Dynamische Psychiatrie (München: Kindler)

Doane, J., A., Falloon, I., R., H., Goldstein, M., J., Mintz, J. (1985): Parental affective style and the treatment of schizophrenia. In: Arch. Gen. Psychiat., Vol.42. - P. 34-42

Fadden, G., Bebbington, P., Kuipers, L. (1987): The burden of care: The impact of functional psychiatric illness on the patients family. In: Brit. J. Psychiatry., Vol 150.- P. 292-385.

Falloon, I., R., H., Pederson, J. (1985): Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: The adjustment family unit. In: Brit. J. Psychiatry., Vol 147.- P. 156-163.

Goldstein, M. J. (1987): Family interaction patterns that antedate the onset of schizophrenia and related disorders. In: *Hagelweg , K.* and *Goldstein, M.J.* (eds.): Understanding major mental disorder: The contribution of family interaction research. (New York, NY: Family Process Press) P.11-32.

Kabanov, M. ,M. (1985): Rehabilitation der Geisteskranken In: M. "Medizina", (Russ.)

Leff, J., P., Berkowitz, R., Shavit, N., Strachan, A., Glass, I., Vaughn, C., A. (1989): A trial of family therapy versus a relatives group for schizophrenia. In: Brit. J. Psychiatry., Vol 154.- P. 58-56.

Lehman, F., L. (1995): Vocational rehabilitation in schizophrenia. In: Schizophrenia Bull. ,Vol. 21, N 4. - P. 652 - 654.

McFarlain, W., R., Lukens, E., Link, B., Dushay, R., Deakins, S.,A., Newmark, M., Dunne, E.,J., Horen, B., Torab, J. (1995): Multiple family group and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. In: Arch. Gen. Psychiat., Vol.52. - P. 679 - 687.

Melechow, D., Je. (1963): Klinische Grundlagen der Prognostizierung der Arbeitsfähigkeit bei der Schizophrenie In: M. "Ìådgis (Russ.)

Milstein, R., M., Bell, M., D., Lyasaker, P., H., Bryson, G., J., Beam-Goulet, J., L. (1991): Symptoms and work performance in patients with schizophrenia - presented at the Annual Meeting of American Psychiatric Association, New Orleans, LA.

Minkoff, K. (1979): A map of chronic patients. In: *Talbott, J.* (Ed.) The chronic mental patient. (Washington, DC: American Psychiatric Association).

Schooler, N., R., Keith, S., J. (1983): Treatment strategies in schizophrenia study. In: Study Protocol for National Institute of Mental Health Cooperative Agreement Program, Rockville, MD.

Senewitsch, G., W. (1964): Remissionen in der Schizophrenie. In: M. "Medizina", (Russ.)

Vaughn, C.,E., Leff, J.,P. (1976): The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness: A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. In: Brit. J. Psychiatry. Vol 129.- P. 125-137.

Warlamow, E., W. (1978): Die Familie der Schizophreniekranken und der Charakter der Familienbeziehunge. In: Familienpsychoterapie bei den Nerven - und Geisteserkrankungen, S. 47-53 (Russ).

Wied, V., D. (1993): Psychoanalytisch Psychoterapie der Schizophrenie. SPb (Russ.)

Wolowik, W., M. (1980): Familienuntersuchungen in der Psychiatrie und deren Bedeutung für die Rehabilitation der Patienten In: Klinische und Organisationsgrundlagen der Rehabilitation der Geisteskranken (*Kabanov, M., M., Weise, K.* (Red.), "Medizina", S. 207-257. (Russ.)

Adresse des Authors:

V. W. Sajzew, M. D.
Psychoneurologisches Institut W. M. Bechterew
Ul. Bekhtereva 3
193019 St. Petersburg
Rußland

Sleep Structure as a Mirror of the Clinical State in Schizophrenic Patients**

V.S. Rotenberg (Tel Aviv)*, J. Hadjez, E. Shamir, T. Martin, P. Indursky, Y. Barak (Israel)

34 chronic schizophrenic patients were investigated in sleep laboratory during two consecutive nights. The polysomnography of the second night was used for the analysis of sleep structure. According to the ratio of positive and negative symptoms (PANSS), two groups of patients have been selected: Group I – positive/negative ratio is higher than 1; Group II – positive/negative ratio is lower than 0.5. Group II is characterized by the increased REM sleep percentage, although REM sleep latency is similar in both groups. The relationships between positive vs. negative symptoms and REM sleep variables are discussed in the context of search activity concept.

During the recent decades sleep structure was investigated intensely in psychiatric patients, especially in depression and schizophrenia. Depressed patients display in general a strong similarity in their sleep architecture (decreased slow wave sleep, short REM sleep latency, increased REM sleep duration and eye movement density in the first cycle, see *Hawkins* et al., 1985; *Kupfer,* 1976; *Reynolds, Kupfer,* 1987). Polysomnographic findings in schizophrenic patients are less consistent and sometimes contradictory. The reduction in slow wave sleep noted by some authors (*Keshavan* et al., 1990) was not confirmed in other investigations (*Tandon* et al., 1992; *Hudson* et al., 1993). *Lauer* et al., 1997, have not find any significant differences in sleep structure between paranoid group of schizophrenic patients and healthy control group, while according to *Mendelson* et al. (1975) REM sleep percentage increases exactly before the exacerbation of psychotic symptoms and tremendously decreases during the exacerbation.

It is possible to suggest that sleep architecture in schizophrenia is related to the clinical state, to the relative domination of the positive or negative symptoms. However, only few sleep investigations have been performed using this paradigm (*Hiatt* et al., 1985; *Maggini* et al., 1987; *Tandon* et al., 1989; 1992), and investigators concentrated mostly on the relationships between positive vs. negative symptoms and REM sleep latency, while other sleep variables have been often ignored.

The aim of the present investigation was to study sleep architecture in chronic schizophrenic patients with domination of positve vs. negative sympoms.

* Prof., M.D., Ph.D., D.Sc., Senior Lecturer, Tel Aviv University, Israel, Head of the Sleep Laboratory in the Abarbanel Mental Health Center

** Paper presented at the 12th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry (WADP) / 25th Internat. Symposium for the German Academy of Psychoanalysis (DAP), March 17-21, 1999 at the Humboldt-Universität Berlin

Material and Method

We investigated 34 patients with chronic schizophrenia, 27 men and 7 women, mean age 38.8 years. Clinical evaluation of the disease was performed using the structured clinical interview, and diagnosis was established according to DSM-IV criteria. PANSS ratings (*Kay* et al., 1987) were performed in order to evaluate the severity of positive and negative signs. Patients were free from somatic medical problems. All patients during the investigation were on neuroleptic medication (haloperidol 30–50 mg/day or modicate 25–37 mg/day) and their treatment was unchanged during 60 days prior to polysomnography. Hypnotic medication was stopped at least two weeks prior to polysomnography.

Negative symptoms dominated in most schizophrenic patients. In order to compare sleep structure in patients with the domination of positive and negative symptoms, we have selected two groups of patients. In group I (9 patients, 7 men and 2 women, mean age 40 years) positive/negative ratio was higher than 1while in group II (10 patients, 8 men and 2 women, mean age 41 years) it was less than 0.5. The neuroleptic treatment was approximately similar in both groups. Sleep data were collected from all patients on two consecutive nights. Lights were usually turned off between 10:00 and 10:30 pm and turned on between 6:00 and 6:30 am (according to the habitual schedule in the ward). Electroencephalogram, submental electromyogram and electro-oculogram were recorded on an Electroencephalograph Neurofax-440.

We have used for the present investigation only sleep variables of the 2nd night. Polysomnograms were analyzed according to international criteria (*Rechtschaffen* & *Kales,* 1968). Sleep onset was defined as the first minute of any sleep stage (including stage 1) following by any sleep stage for at least 10 minutes interrupted by no more than 2 minutes of awaking. REM sleep latency corresponded to the time between sleep onset and the first REM sleep period including intervening awake time. Statistical analysis, Student's T-test and non-parametric criteria were used in order to compare sleep variables in both groups of patients.

Results

The mean level of postive symptoms in Group I is 28,1±6,9, in Group II – 11,8±4,3 ($p<0.01$). The mean level of negative symptoms in Group I is 20,0±4,7, in Group II – 30,8±4,6 ($p<0.02$). These data confirm the domination of positive symptoms in Group I and the domination of negative symtoms in Group II. It is also visible that the difference in positive symptoms between groups is slightly more prominent than the difference in negative symptoms.

There are no significant differences between both groups according to almost all sleep variables except of REM%. In Group I the mean REM% is

20±4.3, in Group II – 25±5.2, $p<0.05$. The difference in REM% between groups is confirmed also by using the non-parametric criteria: Group I contains only 1 patient with REM sleep more than 25%, while in 7 patients of Group II REM sleep exceeds 25% ($p<0.05$). It is also a tendency of REM sleep in the first cycle to be higher in Group II. At the same time REM latency is similar in both groups: 90 min. in Group I and 101 min in Group II.

In order to check whether this regularity is relevant for the total group of patients, we have compared positive and negative symptoms in 11 patients with REM sleep more than 25% (Group A) and in 14 patients with REM sleep less than 20% (Group B). The mean level of positive symptoms in Group A is 15±3.2 and in Group B – 20±4.1, while the mean level of negative symptoms in Group A is 27±5.0 and in Group B – 25±4,8. Although in both groups negative symptoms dominated, this domination was more prominent in Group A, and mostly due to the relatively low positive symptoms. However, according to these data the ratio between positive and negative symptoms is not the only factor determining the representation of REM sleep. In Group I this ratio is higher than 1, however the mean REM sleep percentage is 20, while in Group B where REM percentage is less than 20, this ratio is 0.8. On the other hand, in Group II positive/negative ratio is 0.38 and REM%–25, while in Group A, where REM% is higher than 25, this ratio is 0.55. At the same time, it was a tendency of REM sleep latency to be longer in Group B in comparison to Group A (106 vs. 76 min.) although in Group I and Group II this variable was almost similar. It means that it is no linear relationship between REM sleep variables and positive/negative ration.

Discussion

The main result of the present investigation is the increased REM Sleep percentage in schizophrenic patients with dominating negative symptoms (Group II). REM% in this subgroup is not only higher than in subgroup of patients with dominating positive symptoms (Group I), but also higher than in healthy subjects matched to our schizophrenic patients according to the age. In our previous investigation we have shown (*Rotenberg* et al., 1997) that in such group of healthy subjects the mean REM sleep percentage is 19% – very similar to patients of Group I.

At the same time, patients of Group II, in contrast to depressed patients, do not display a combination of increased REM% with decreased REM sleep latency, although in general REM sleep latency has a tendency to be shorter in patients with high REM% (Group A) than in patients with low REM% (Group B).

We suggest that the increased REM% in Group II is caused by the absence of search activity in patients with dominating negative symptoms. According to the Search Activity Concept, REM sleep has a compensatory

tendency to increase in sleep if search activity is low during wakefulness, and to decrease, if search activity is high (*Rotenberg,* 1984; 1993). Negative symptoms (apathy, diminished interest, low social activity, inattentiveness, lack of spontaneity in behavior and in mental activity, poverty of speech) obviously display a lack of search activity. At the same time, positive symptoms (hallucinations and delusions) represent a very particular, inappropriate but very intense search activity (*Rotenberg,* 1994) and determine the decrease of REM% and as a result the »normalization« of the sleep structure. It corresponds also with the presence of the normal »first night effect« in schizophrenic patients with the relatively high positive symptoms, while in patients with the strong domination of negative symptoms this normal reaction on the new environment is absent (*Rotenberg* at al., 1999).

At the same time, although depression also displays an absence of search activity, it differs from negative schizophrenia according to the decreased REM sleep latency. We suggest that it may depend on the different context of the renunciation of search in depression and negative schizophrenia. While in depression, if it is not an apathic depression, renunciation of search is usually combined with high affective tension, in negative schizophrenia renunciation of search is accompanied by affective flattening. Depression may be combined with negative as well as with positive schizophrenia, and it can be an additional factor determining the lack of linear relationships between positive/negative ratio and REM sleep variables.

Die Schlafstruktur schizophrener Patienten als Spiegel ihres Krankheitszustandes

V. S. Rothenberg (Tel Aviv), J. Hadjez, E. Shamir, T. Martin, P. Indursky, Y, Barak

Die Schlafforschung hat sich intensiv mit den Krankheitsbildern Depression und Schizophrenie befaßt. Während depressive Patienten starke Ähnlichkeiten in deren Schlafarchitektur aufzeigen, sind die Befunde bei Schizophrenen weniger konsistent und zum Teil widersprüchlich. Anliegen der referierten Untersuchung war daher eine differenziertere Betrachtung der Patientengruppe der Schizophrenen. Unterschiede in den Schlafprofilen wurden in Beziehung gesetzt zum klinischen Bild, d.h. zum relativen Vorherrschen positiver oder negativer Symptome bei den Patienten.

Dazu wurden 34 chronisch Schizophrene (27m, 7 w, Ø 38,8 Jahre) im Schlaflabor an 2 aufeinanderfolgenden Nächten untersucht und die Profile der 2. Nacht ausgewertet. Mittels PANSS (*Kay* et al., 1987) war das Ausmaß positiver und negativer Symptomanteile erfaßt worden. Die Patienten wurden je nach Verhältnis des Auftretens von Positiv- u. Negativsymptomen in 2 Gruppen eingeteilt. Bei den meisten Patienten war die Negativ-Symptomatik vorherrschend. Um dennoch Schlafstrukturen nach dem Kriterium der Dominanz positiver oder negativer Symptome zu erhalten, wurde durch Verhältnisbildung in zwei Gruppen eingeteilt:

Gruppe I (n=9, 7m, 2w, Ø 40 J.) war definiert durch ein Verhältnis von positiver zu negativer Symptomatik größer 1, Gruppe II (n=10, 8m, 2w, Ø 41 J.) kleiner 0,5. Alle Untersuchten erhielten neuroleptische Medikation.

1. Im Ergebnis zeigte sich erwartungsgemäß ein hochsignifikanter Unterschied der Gruppen hinsichtlich des durchschnittlichen Auftretens positiver/negativer Symptome. Auch zeigte sich, daß die Unterschiede bzgl. der Positivsymptomatik zwischen den Gruppen etwas größer waren als die der Negativsymptome:

	Positivsymptomatik ($p^{**} < 0,01$)	Negativsymptomatik ($p^{*} = 0,02$)
Gruppe I (pos/neg > 1)	28,1 ± 6,9	20,0 ± 4,7
Gruppe II (pos/neg < 0,5)	11,8 ± 4,3	30,8 ± 4,6

2. Das Schlafprofil zeigte zwischen den beiden Gruppen signifikante Unterschiede nur auf der Dimension des REM-Schlafanteils:

	Ø REM-Schlafanteil (=REM%)	
Gruppe I (pos/neg > 1)	20 + 4,3	$p^{*} < 0,05$
Gruppe II (pos/neg < 0,5)	25 + 5,2	

Der Unterschied zeigte sich auch unter Verwendung nicht-parametrischer Kriterien: In Gruppe I zeigte nur 1 Patient einen REM-Schlafanteil über 25%, in Gruppe II 7 Patienten ($p^{*} < 0,05$).

Um die Relevanz der Unterschiedlichkeit im REM-Schlafanteil weiter zu überprüfen, wurde das Auftreten von Positiv- und Negativsymptomatik bei den 11 Patienten mit REM% > 25 (Gruppe A) und den 14 Patienten mit REM% < 20 (Gruppe B) verglichen:

	Positiv-Symptomatik	Negativ-Symptomatik
Gruppe A (REM% > 25)	15 + 3,2	27 + 5,0
Gruppe B (REM% < 20)	20 + 4,1	25 + 4,8

Es zeigte sich, daß in beiden Gruppen die Negativsymptome vorherrschten, mehr jedoch in Gruppe A, und sich hier auch weniger Positiv-Symptomatik fand.

3. Die Zusammenschau der Daten ließ jedoch darauf schließen, daß das Verhältnis von Positiv-zu-Negativ-Symptomatik nicht der einzige Faktor ist, der das Auftreten von REM-Schlaf beeinflußt:

	Verhältnis Pos/Neg-Symptomatik	REM%-Anteil	REM-Latenz[1]
Gruppe I	> 1	20	90 min
Gruppe II	0,38	25	101 min
Gruppe A	0,55	> 25	76 min
Gruppe B	0,8	< 20	106 min

[1] REM-Schlaflatenz: Zeit zwischen Schlafbeginn (Auftreten eines Schlafstadiums) und 1. REM-Phase; REM-Latenzzeiten unterscheiden sich nicht signifikant; Grupp B: Tendenz zu verlängerter REM-Schlaflatenz

4. Zusammenfassend konnte keine lineare Beziehung zwischen REM-Schlafvariablen und dem Verhältnis positiver und negativer Symptome festgestellt werden.

Als Hauptergebnis der Untersuchung hatte sich ein signifikant erhöhter REM-Schlafanteil bei Schizophrenen mit vorherrschender Negativ-Symptomatik gegenüber der anderen Patientengruppe, aber auch im Vergleich mit gesunden, gleichaltrigen Kontrollpersonen gezeigt. Im Unterschied zur Depression ging hier der erhöhte REM-Schlafanteil jedoch nicht mit verkürzter REM-Latenz einher.

Die Befunde werden auf dem Hintergrund des Konzepts der Suchaktivität diskutiert. Demnach könnte der erhöhte REM-Anteil in Gruppe II in Zusammenhang stehen mit der fehlenden Suchaktivität bei diesen Patienten mit einer vorherrschenden Negativ-Symptomatik. Nach dem Konzept der Suchaktivität hat REM-Schlaf eine kompensatorische Tendenz, zuzunehmen, wenn die Suchaktivität während nämlich der Wachzeit gering ist und abzunehmen, wenn die Suchaktivität tagsüber hoch ist. Negativ-Symptomatik geht mit mangelnder Suchaktivität einher. Gleichzeitig stellen Positivsymptome eine sehr spezifische, unangenehme, jedoch starke Suchaktivität dar, die die Abnahme des REM-Anteils und im Ergebnis das Bild einer „normalisierten" Schlafstruktur in dieser Gruppe erklären kann.

Obwohl Depression auch einen Mangel an Suchaktivität beinhaltet, unterscheiden sich die Schlafstrukturen depressiver Patienten von Schizophrenen mit ausgeprägter Negativsymptomatik durch die verkürzte REM-Latenz. Ggf. kann dies auf die unterschiedlichen Kontextbedingungen des Suchverzichts zurückgeführt werden: Während der Suchverzicht bei Depression gewöhnlich mit hoher affektiver Spannung einhergeht, ist er bei Schizophrenen mit ausgeprägter Negativsymptomatik begleitet von Affektverflachung. Depression kann so nach Meinung der Autoren bei allen Schizophrenie-Bildern eine moderierende Variable sein, die dazu beiträgt, daß sich keine lineare Beziehung zwischen dem Verhältnis positiver und negativer Symptomatik und REM-Schlaf-Variablen zeigt.

References

Hawkins, D.R.; Taub, J.M.; Van de Castle, R.L (1985): Extended sleep (hypersomnia) in young depressed patients: Am. J. Psychiatry 142: 905–910.

Hiatt, J.F; Floyd, T.C.; Katz, P.H.; Feinberg, I. (1985): Further evidence of abnormal NREM sleep in schizophrenia. In: Arch. Gener. Psychiatry, 42: 797–802.

Hudson, J.I.; Lipinski, J.F.; Keck, P.E.; Aizley, H.G., Vuckovic, A.; Zierk, K.C.; Pope J. (1993): Polysomnographic characteristics of schizophrenia in comparison with mania and depression. In: Biolog. Psychiatr., 34: 191–193.

Kay, S.R.; Fishbein, A.; Opler, L.A. (1987): The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia., In: Schizophr. Bulletin, 13: 261–276.

Keshavan, M.S.; Reynolds, G.F.; Kupfer, D. (1990): Electroencephalograhic sleep in schizophrenia: a critical review: In: Comprehensive Psychiatry, 30: 34–47.

Kupfer, D.J. (1976): REM latency: A psychobiological marker for primary depressive disease. In: Biol. Psychiatry, 11: 159–174.

Lauer, F.Ch.J.; Schreiber, W.; Pollmacher, Th.; Holsboer, F.; Krieg, J.-Ch. (1997): Sleep in schizophrenia: A polysomnographic study of drugnaive patients. In: Neuropsychopharmacology, 16: 51–60.

Maggini, C.; Guazzeli, M.; Ciaparelli, A. (1987): All-night sleep abnormalities in schizophrenia: Relationship to CT brain ventricular size and clinical characteristics. In: *Cassachia, M.* & *Rossi, A.* (Eds.): Schizophrenia: A Psychobiological View (pp. 126–136) (Dordrecht: Kluwer Academic Publishers)

Rechtschaffen, A. & *Kales, A.* (1968): A manual of standardized terminology, techniques and scoring system for sleep stages of human subjects. (Washington DC: Government Printing Office)

Reynolds, C.F.; Kupfer, D.J. (1987): Neuropsychiatric aspects of sleep disorders. In: *Hales, R.F.; Yudofsky, S.C.* (Eds.): The American Psychiatry Textbook of Neuropsychiatry. (241–256) (The American Psychiatry Press)

Rotenberg, V.S. (1984): Search activity in the context of psychosomatic disturbances, of brain monoamines and REM sleep function. In: *Pavlov. J.* Biolog. Sci., 19: 1–15.

– (1993): REM sleep and dreams as mechanism of the recovery of search activity. In: *Moffit, A.; Kramer, M.; Hoffmann, R.* (Eds.): The Functions of Dreaming, pp. 261–292 (New York, State University)

– (1994): An integrative psychophysiological approach to brain hemisphere functions in schizophrenia. In: Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 18: 487–495.

Rotenberg, V.S.; Kayumov, L.; Indursky, P.; Hadjez, J.; Kimhi, R.; Sirota, P., Bichucher, A; Elizur, A. (1997): REM Sleep in depressed patients: Different attempts to achieve adaption. In: J. Psychosom. Res., 42: 565–575.

Rotenberg, V.S.; Hadjez, J.; Martin, T., Indursky, P.; Michailov, N.; Barak, Y.; Weiss, R.; Gutman, Y.; Shamir, E.; Elizur, A. (1998): First night effect in different forms of schizophrenia (Pilot investigation). In: Dyn. Psychiat. (31) 421–430.

Tandon, R.; Shirpley, J.E.; Eiser, A.S.; Greden, J.F. (1989): Association between abnormal REM sleep and negative symptoms in schizophrenia. In: Psychiatr. Research, 27: 359–361.

Tandon, R.; Shirpley, J.E.; Taylor, S.; Greden, J.F.; Eiser, A.; DeQuardo, J.; Goodson, J.A. (1992): Electroencephalograhic sleep abnormalities in schizophrenia: Relations to positive/negative symptoms, and previous neuroleptic treatment: In: Archives of Gener. Psychiatry (49) 185–194.

Address of the author:

Prof. Vadim Rotenberg, M.D.
15 Keren Kayemet Street
Bat-Yam
Israel

Neurobiologische Befunde zur Schizophrenie in humanstrukturellem Verständnis **

Bernhard Richarz (München/Berlin)*

Neurobiologische Befunde zur Schizophrenie und Psychodynamik der Erkrankung werden gemäß dem Humanstrukturmodell Günter Ammons als einander ergänzende Betrachtungsweisen derselben klinischen Phänomene dargestellt. Im einzelnen werden strukturelle Veränderungen wie Volumenminderung der grauen Hirnsubstanz im allgemeinen und besonders im Hippocampus, Gyrus temporalis und dorsolateralen-präfrontalen Cortex sowie funktionelle Beeinträchtigungen der linken und rechten Hirnhemisphäre bezogen auf humanstrukturelle und gruppendynamische Aspekte der Schizophrenie. Nach Ansicht des Autors legen sowohl das Konzept der neuronalen Plastizität als auch Ammons Annahme der Synapsenbildung im Gehirn als Gruppengeschehen nahe, die bei schizophrenen Patienten beschriebenen Gehirnveränderugen als morphologisches Korrelat einer schwer gestörten Beziehungsdynamik der frühen Kindheit zu begreifen. Die sich daraus ergebenden Konsequenzen für die Behandlung der Schizophrenie werden abschließend kurz erwähnt

Neurobiologische Befunde zur Schizophrenie und psychodynamisches Krankheitsverständnis werden vielfach als Gegensätze behandelt, die angeblich nicht miteinander vereinbar sind. So sagt beispielsweise *Weinberger* (1995), der wesentlich an der derzeit aktuellen Auffassung der Schizophrenie als einer Hirnentwicklungsstörung mitgewirkt hat: "Decades of scientifically unfounded psychological and social theories that blamed families and society have given way to increasingly compelling scientific evidence that schizophrenia is a brain disorder."

Die vermeintliche Ausschließlichkeit der Auffassungen vermag das Humanstrukturmodell *Günter Ammons* (*Ammon* 1976, *Burbiel* 1997) zu überwinden, da es sowohl die Körperlichkeit eines Menschen als auch seine Psyche als gruppenbedingt ansieht. Es besagt zum einen, daß die primären Humanfunktionen, die die Körperlichkeit eines Menschen umfassen, die zentralen Humanfunktionen, die das Unbewußte einer Persönlichkeit ausmachen, und die sekundären Humanfunktionen, die die Fähigkeiten und Fertigkeiten bezeichnen, wechselseitig aufeinander bezogen sind, und zum anderen, daß es die Gruppendynamik ist, die ein Mensch erlebt und verinnerlicht hat, die durch die damit einhergehende Sozialenergie (*Ammon* et al. 1981) die Struktur der gesamten Persönlichkeit einschließlich der Gehirnstruktur formt. Kurz gesagt, ist dem Humanstrukturmodell zufolge auch die Synapsenbildung im Gehirn ein Gruppengeschehen (*Ammon* 1982). Neurobiologische Befunde zur Schizophrenie und psychologische oder soziologische Theorien der Erkrankung werden damit zu einander

* Dr. med., Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychoanalyse, Ärztlicher Leiter des Berliner Lehr- und Forschungsinstitutes der Deutschen Akademie für Psychoanalyse

** Vortrag gehalten auf dem 12. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP / XXV. Internat. Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 17.–21.3.1999 an der Humboldt-Universität Berlin

ergänzenden Betrachtungsweisen, die dasselbe Phänomen aus unterschiedlichen Blickwinkeln erfassen.

Als Ergebnis einer über hundertjährigen Forschung sind die neurobiologischen Befunde zur Schizophrenie überaus vielfältig und dementsprechend auch die daraus abgeleiteten Theorien zum morphologischen Korrelat der Erkrankung (vgl. Übersicht in *Crow* 1995). Als unzureichend werden heutzutage die Hypothesen erachtet, die die Schizophrenie allein auf eine Störung der Transmitter im Gehirn zurückführen wollen; vielmehr hat die Auffassung der Schizophrenie als eines Diskonnektionssyndroms weite Verbreitung gefunden.

Konnektivität bezeichnet die Vernetzung neuronaler Systeme und wird als morphologische Grundlage für die Integration des psychischen Erlebens gesehen (*Friston* 1996). Man unterscheidet zwischen:

- der anatomischen Konnektivität, d.h. der Vernetzung der grauen Hirnsubstanz, und zwar sowohl benachbarter als auch entfernterer Hirnareale,
- der funktionellen Konnektivität, d.h. der Vernetzung räumlich getrennt ablaufender neurophysiologischer Ereignisse, und
- der effektiven Konnektivität, d.h. der synaptischen Vernetzung.

In Hinblick auf die Schizophrenie faßt *Friston* (ebd.) zusammen: "Disconnection in schizophrenia may be neuroanatomical or inferred on the basis of abnormal dynamics. The latter may be abnormalities of functional connectivity (e.g. abnormal coherence in EEG) or effective connectivity (e.g. neuromodulation of synaptic efficacy)." Es wird davon ausgegangen, daß die Hirnareale, die als heteromodaler Assoziationskortex bezeichnet werden, nicht miteinander vernetzt sind (*Pearlson* et al. 1995). Es sind Bereiche wie der dorsolaterale präfrontale Cortex, der Gyrus temporalis superior und der untere Parietallappen, denen die Aufgabe zukommt, Sensorik, Motorik und Verhalten miteinander zu koordinieren und die durch Projektionsbahnen wechselseitig verbunden sind. Des Weiteren ist anzunehmen, daß das präfrontal-limbische Netzwerk, also die Verbindung zum emotionalen Erleben, beeinträchtigt ist (*Weinberger* et al. 1992).

Das Modell der Schizophrenie als eines Diskonnektionssyndroms vermag gut die klinischen Symptome der Erkrankung zu erklären, wie sie *Bleuler* (1911) beschrieben hat. Seiner Meinung nach geht infolge einer fehlenden Integration der psychischen Funktionen die Einheit der Person verloren. Assoziative Störung, affektive Inkongruenz und Ambivalenz als die Grundstörungen der Schizophrenie entsprechen einem Zerfall von Denken und Fühlen; ebenso erscheinen Wahrnehmung und Ideenbildung im klinischen Bild als nicht mehr integriert.

Die Annahme einer fehlenden Integration kennzeichnet auch die psychodynamischen Modelle zur Schizophrenie. Bei *Mentzos* (1992) beispielsweise führt ein nicht gelöster Konflikt zwischen selbstbezogenen und objektbezogenen Tendenzen zur Erkrankung, während *Ammon* (1971

a, b, c, 1979, 1980, 1987, 1988, 1992) davon ausgeht, daß die gesamte Persönlichkeitsstruktur desintegriert ist. Im Krankheitsverständnis der Dynamischen Psychiatrie der Berliner Schule stehen bei der Schizophrenie die Humanfunktionen unverbunden nebeneinander - soweit sie überhaupt entwickelt sind -, da die Identität als zentrale Humanfunktion schwer beeinträchtigt ist und als integrierende Humanfunktion ausfällt.

Faßt man das bisher Gesagte zusammen, so läßt sich feststellen, daß sich das psychodynamische und das neurobiologische Modell zur Schizophrenie dahingehend entsprechen, daß beide eine Desintegration oder Diskonnektion der jeweiligen Strukturen annehmen, um das Krankheitsbild zu erklären.

Wie schon seit längerem durch neuropathologische und pneumencephalographische Untersuchungen bekannt und durch die neueren bildgebenden Verfahren vielfach bestätigt ist, weisen schizophrene Patienten im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe vergrößerte Seitenventrikel auf (Literaturübersicht in *Schlaepfer* et al. 1994). Bezieht man den Vergleichswert nicht auf eine normierte Kontrollgruppe, sondern auf Verwandte lassen sich die Unterschiede sogar in 70 - 100 % der Fälle nachweisen. Im wesentlichen scheint die Verminderung des Gehirnvolumens auf eine Verminderung der grauen Hirnsubstanz zurückzuführen zu sein (*Zipursky* et al. 1992).

Im Konzept der neuronalen Plastizität werden Hirnstrukturen und Lebensbedingungen aufeinander bezogen. Es beschreibt die Fähigkeit des Nervensystems, seine Entwicklung entsprechend den Anforderungen aus dem inneren und äußeren Milieu zu gestalten, indem es sich eingehenden Reizen in Struktur und Funktion anpaßt. Es gibt dabei eine kurzdauernde Plastizität, die die Aktivität bestehender Synapsen für einige Millisekunden bis wenige Sekunden lang verändert, und eine langdauernde Plastizität, die auch die Neubildung oder den Verlust von Synapsen beinhaltet und der für die Entstehung der schizophrenen Symptomatik vermutlich die größere Bedeutung zukommt (*Haracz* 1985).

Aus Tierversuchen ist bekannt, daß Tiere, die in einer besonders abwechslungsreichen Umgebung aufgewachsen sind, ein vergrößertes Gehirn aufweisen, verbunden mit einer erhöhten Dichte an Gliazellen, einer größeren Anzahl von Dornen an Dendriten höherer Ordnung, einer Vergrößerung der Synapsen und einer vermehrten Verzweigung der Dendriten. "After birth, the inborn developmental capacity can only be fully realized in a favorable external environment. Both adequate sensory stimulation and some level of participatory involvement in activities are necessary conditions for satisfactory brain development" (*Reinis, Goldman* 1980). Demgegenüber weisen Tiere, die in einer reizarmen Umgebung aufgewachsen sind, Gehirnvolumina auf, die bis zu 20% reduziert sind (*Kolb, Whislaw* 1993).

Zieht man diese tierexperimentellen Beobachtungen heran, um die beschriebene Gehirnvolumenminderung bei schizophrenen Patienten zu

erklären, so ist aufgrund der neurobiologischen Befunde zu vermuten, daß sie dementsprechend in früher Kindheit und Jugend in einer Umgebung aufgewachsen sind, die ihnen weder genügend sensorische Stimulation geboten noch es ihnen ermöglicht hat, selbst an Handlungen und Tätigkeiten teilzunehmen.

Im psychodynamischen Verständnis der Schizophrenie nach *Ammon* wird ebenfalls ein real erlebter Mangel als krankheitsbedingend angesehen, der in der Dynamischen Psychiatrie als ein sozialenergetisches Defizit bezeichnet wird. Darin enthalten ist die Vorstellung, daß die psychische Energie, die für die Strukturbildung erforderlich ist, aus zwischenmenschlichen Beziehungen stammt, und die deshalb Sozialenergie bezeichnet wird, und daß Menschen für ihre gesunde Entwicklung ein zwischenmenschliches Feld benötigen, das durch Fürsorge, Bestätigung, Achtung und Forderung der gesamten Person des heranwachsenden Kindes bestimmt ist. Eine solche konstruktive Sozialenergie beruht auf einer konstruktiven Gruppendynamik, während bei später schizophrenen Patienten eine Gruppendynamik beobachtet werden kann, die als überwiegend defizitär und destruktiv einzuschätzen ist; es infolgedessen auch zu einem sozialenergetischen Defizit kommt, das sich in einer entsprechenden Persönlichkeitsstruktur mit defizitären und destruktiven Humanfunktionen niederschlägt und schließlich zu den Krankheitssymptomen führt. Diese Annahme eines defizitären bis destruktiven sozialenergetisch-gruppendynamischen Feldes für die Entstehung der Schizophrenie (vgl. *Berger*, *Bez* 1990; *Berger* 1993) umfaßt auch andere psychodynamische Konzepte wie die der double-bind-Kommunikation (*Bateson* et al. 1956), der schizophrenogenen Mutter (*Fromm-Reichmann* 1950), der ehelichen Asymmetrie und Spaltung (*Lidz* et al. 1957), der fehlenden Ich-Grenzen (*Federn* 1952) und des Autoerotismus und der fehlenden narzißtischen Objektbesetzung (*Freud* 1914). Hervorzuheben ist noch, daß nach *Ammon* das sozialenergetische Defizit mit einer anhaltenden unbewußten Angst einhergeht, die einerseits Angst vor Verlust der eigenen Person in der Beziehung zur vereinnahmenden Mutter und andererseits Angst vor Verlassenheit bei Abgrenzungsversuchen ist, die aber jeweils die Qualität einer existentiell bedrohlichen Todesangst aufweist, die auf irgendeine Weise bewältigt werden muß.

Eine mehr ins Detail gehende Beschreibung der Verminderung des Gehirnvolumens bei schizophrenen Patienten ergibt, daß die Veränderungen mehr die linke als die rechte Himhemsiphäre betreffen (*Hirayasu* et al. 1998, *Zaidel* et al. 1997, *Vita* et al. 1994). Die natürliche, während der Schwangerschaft sich ausbildende Asymetrie der Gehirnhälften ist aufgehoben, wodurch die ganzheitliche und polysemantische rechtshemisphärische Gehirnaktivität mehr als bei Gesunden das Erleben bestimmt und wodurch die akute Psychose einem Überfluten des Erlebens durch rechtshemisphärische Inhalte gleichkommt, welche durch die beeinträchtigte linke Hemisphäre nicht mehr integriert werden können. Im

Sinne der neuronalen Plastizität läßt sich vermuten, daß die funktionelle Beeinträchtigung der linken Hemisphäre durch die Lebensumstände der frühen Kindheit bedingt ist, d.h. daß die Funktionen der linken, linear-logisch und monosemantisch arbeitenden Hemisphäre wenig angeregt worden waren und deshalb wenig entwickelt sind. Dieser Vermutung kommt die Beobachtung zur Psychodynamik der frühen Kindheit schizophrener Patienten entgegen, die besagt, daß sie sich aufgrund der starken unbewußten Verlassenheitsangst in der Familie nicht aus der Symbiose mit der Mutter bzw. mit der Gruppe trennen durften. Sie sind deshalb entgegen einer gesunden Entwicklung in einem Zustand von Zeit- und Grenzenlosigkeit verhaftet, in dem gerade mehr die rechts- als linkshemisphärischen Funktionen angesprochen sind.

In weitgehender Übereinstimmung der Untersuchungsergebnisse findet sich die Volumenminderung vor allem im Hippocampus, im Gyrus temporalis und im dorsolateralen-präfrontalen Cortex, gelegentlich wird auch der Parietallappen genannt. Es sind also die hetero-modalen Assoziationsfelder, die auch als Orte der Diskonnektion ausgemacht sind und in denen unterschiedliche sensorische Qualitäten aufeinander bezogen und mit den Gefühlen und Erinnerungen vernetzt werden. Wiederum läßt sich vermuten, daß diese Volumenminderung darauf beruht, daß diese cerebralen Integrationsleistungen in der frühen Kindheit durch die Lebensbedingungen in der Primärgruppe zu wenig aktiviert worden sind; ein Vergleich mit den Beobachtungen zur Psychodynamik und frühen Gruppendynamik der Schizophrenie kann diese Vermutung ebenfalls bestätigen.

Die Volumenminderung läßt sich nicht in der Occipitalregion (*Schlaepfer* et al. 1994) und im übrigen Parietallappen (*Zipursky* et al. 1992) nachweisen. Das entspricht dem klinischen Bild der Schizophrenie, wo Wahrnehmungsstörungen allenfalls zu den akzessorischen Symptomen nach *Bleuler* oder zu den Symptomen 2. Ranges nach *Schneider* gezählt werden, wo jedoch die Verarbeitung der Wahrnehmung, d.h. die heteromodale Assoziation, beeinträchtigt ist und es dadurch zu Wahnwahrnehmungen kommen kann.

Die Veränderungen im Gyrus temporalis superior betreffen das Wernicke-Sprachzentrum und werden üblicherweise mit den Denkstörungen in Verbindung gebracht. Eine ähnliche Veränderung des Gehirns mit Verlust der linksseitigen Hörwindung findet sich auch bei Menschen, die von Geburt an taub sind und kein Zeichensystem als Sprache erlernt haben (*Neville* 1977). Aus der psychotherapeutischen Behandlung schizophrener Patienten ist bekannt, daß auch sie in ihrer Kindheit einen Mangel an Spracherfahrung erlebt haben (*Ammon* 1971b, *Biebel* 1977). Zu nennen ist in diesem Zusammenhang auch die sog. double-bind-Kommunikation als typisches Kommunikationsmuster in schizophrenogenen Beziehungen, bei der sich sprachlicher Inhalt und nonverbale Mitteilung in einer Weise widersprechen, daß dieser Widerspruch nicht

bewußt erlebt werden kann. Bedeutsam für die Beziehung ist dabei die nicht-sprachliche Mitteilung, also die polysemantische rechtshemisphärische Aktivität, der gegenüber die linkshemisphärische Funktion der Sprache zurücktritt, so daß daraus die Volumenminderung im linken Temporallappen zu erklären wäre.

Dem dorsolateralen-präfrontalen Cortex, der bei schizophrenen Patienten betont volumengemindert ist (*Cannon* et al. 1998), kommt die Aufgabe zu, willkürliche Handlungen zu entwerfen, die neue, bisher nicht automatisierte Bewegungsabläufe erfordern, wofür Informationen zur gesamten Person und zum Raum, in dem sie sich bewegt und handelt, und Informationen aus dem Gedächtnis verarbeitet werden (*Passingham* 1995). Daß dieses Areal bei schizophrenen Patienten unterentwickelt ist, ergibt sich im Sinne der neuronalen Plastizität aus der Psychodynamik der Erkrankung; denn danach sind gerade Abgrenzungsschritte, die aus eigener Identität erfolgen, in der Beziehung des späteren Patienten zu seiner Mutter und seiner Primärgruppe nicht gefördert, sondern aus deren Angst vor Verlassenheit unterbunden worden.

Gleichzeitig sind bei schizophrenen Patienten auch Funktionen beeinträchtigt, die der rechten Hemisphäre zugeordnet werden (Übersicht in *Rotenberg* 1994). Als Ausdruck einer unvollständigen Lateralisation und damit einer funktionellen Insuffizienz beider Hirnhemisphären wird gewertet, daß die Rechtshändigkeit bei schizophrenen Patienten vermindert ist (*Gur* 1978) und bei ihnen die rasche Aufnahme und Verarbeitung unbewußter Informationen in der rechten Hemisphäre herabgesetzt ist (*Kostandov* 1983). Schizophrene Patienten vermögen es auch nicht, komplexe Situationen ganzheitlich wahrzunehmen (*Cutting* 1985, *Gray* et al.1991), sie haben Schwierigkeiten, Emotionen einzuordnen (*Gessler* et al.1989), und sie neigen dazu, die Bedeutung negativer Emotionen zu unterschätzen (*Bellack* et al. 1992). Diese experimentellen Untersuchungsergebnisse entsprechen der klinischen Erfahrung, die die psychopathologischen Befunde des Konkretismus, der eingeschränkten emotionalen Schwingungsfähigkeit oder der affektiven Inkongruenz als kennzeichnend für die schizophrene Erkrankung nennt. In ähnlicher Weise läßt sich auch die Primärgruppendynamik schizophrener Patienten beschreiben, so daß die beeinträchtigten rechtshemispärischen Funktionen wiederum im Sinne der neuronalen Plastizität auf die Verinnerlichung einer beeinträchtigten Gruppendynamik der frühen Kindheit zurückgeführt werden könnten. Da schizophrene Patienten in ihrer Kindheit in einer Welt lebten, in der ihre eigenen Gefühle verlacht und verspottet und in der Haß und Feindseligkeit, die ihnen von ihren Bezugspersonen entgegengebracht wurden, verharmlost und verleugnet wurden, verhalten sie sich später in ihrer Erkrankung entsprechend, können sie ihre eigenen Gefühle nicht ernst nehmen und lachen über den Schmerz, den sie erlebt haben. In dem Maße, wie ihr kindliches Verhalten von der Gruppe ihrer damaligen Bezugspersonen in

beantwortet wurde, entstanden in ihren sekundären, tertiären oder multimodalen Assoziationsfeldern neuronale Verbindungen, die sie die Wahrnehmung ihrer Welt in den primären Sinnesfeldern ebenso wahnhaft oder feindselig verstehen läßt. Wie der Wahn eines Erwachsenen sich in Beziehung setzen läßt zu der wahnhaften Einstellung, die ihm als Kind entgegengebracht wurde, kann am Beispiel des weltbekannten Falles des sächsischen Landgerichtspräsidenten Daniel Paul Schreber nachvollzogen werden (*Schreber* 1903, *Freud* 1911, *Schatzman* 1974, *Lothane* 1992).

Neurobiologische Modelle zur Schizophrenie und psychodynamische Konzepte stimmen darin überein, daß der Beginn der Erkrankung bis in die Kindheit und sogar bis in die Schwangerschaft zurückzuverfolgen ist. Die Dynamische Psychiatrie *Günter Ammons* führt die Erkrankung auf eine frühe Störung in der Beziehung von Mutter, Gruppe und Kind zurück. Aus der Kenntnis der Kindheit schizophrener Patienten, wie sie sich aus der psychotherapeutischen Behandlung ergeben hat, wird angenommen, daß sie ein Symbiosedefizit bzw. eine Arretierung in der Symbiose erlebt haben, wodurch dann die weitere Persönlichkeitsentwicklung beeinträchtigt worden ist; die Erkrankung bricht aus, wenn Bezugspersonen, die ihre Humanfunktionen hilfsweise zur Verfügung gestellt haben, wegfallen bzw. sie den an sie gestellten Anforderungen nicht mehr nachkommen können.

Für die Neurobiologie ist die Schizophrenie eine Hirnentwicklungsstörung (*Weinberger* 1995). Als Begründung wird angeführt, daß es keine pathologischen Zeichen gibt, die auf eine akute Läsion oder auf eine Entzündung als Ursache der beschriebenen Gehirnveränderungen hinweisen würden, und daß sich Störungen in der Cytoarchitektur der grauen Hirnsubstanz finden, die einer Schädigung im zweiten Trimenon der Schwangerschaft entsprechen. Da das Gehirn sich bis in die Pubertät grundlegend weiterentwickelt, werden auch andere Reifungsschritte, die in der Kindheit und Adoleszenz erfolgen, als möglicherweise beeinträchtigt angenommen, wie z.B. die Reifung des Frontalhirns (*Weinberger* 1987), die Myelinisierung der Projektionen zwischen entorhinalem Cortex und Hippocampus (*Benes* 1989) oder die Elimination überzähliger Synapsen (*Feinberg* 1983; *Hoffman, McGlashan* 1997).

Zahlreich sind die retrospektiven Untersuchungen, die eine beeinträchtigte Entwicklung späterer schizophrener Patienten in ihrer Kindheit und Jugend beschreiben. Nabelschnurumschlingungen und atypische Geburtslagen kommen bei ihnen häufiger vor als bei einer Kontrollgruppe (*Günther-Genta* et al. 1994); sie zeigen in den ersten zwei Lebensjahren deutliche neuromotorische Auffälligkeiten (*Walker* et al. 1994); im Alter von sieben Jahren fallen sie überdurchschnittlich stark durch sozial unangepaßtes Verhalten auf (*Done* et al. 1994) und mit 13 Jahren erleben sie sich selbst als sozial ängstlicher als ihre Klassenkameraden, was im Alter von 15 Jahren auch ihre Lehrer bemerkt haben (*Jones* et al. 1994). Die Neurobiologen sehen darin weitere Belege für ihre Auffassung der Schizophrenie als einer Hirnentwicklungsstörung; ebenso bestätigen diese

Untersuchungen jedoch auch die psychodynamische Auffassung, daß der Schizophrenie eine Beziehungsstörung der Mutter zu ihrem Kind zugrunde liegt, die eine gesunde Abgrenzung möglicherweise schon intrauterin verhindert hat, die bereits das Kleinkind in seiner motorischen Entwicklung hemmt und die später dem Schulkind eine Zuwendung zur Gruppe der Gleichaltrigen erschwert.

Im Verständnis der Dynamischen Psychiatrie sind die neurobiologischen Befunde, die bei schizophrenen Patienten erhoben worden sind, morphologisches Korrelat einer schwer gestörten Gruppendynamik der frühen Kindheit. Es handelt sich dabei um eine Annahme, welche auch aus dem neurobiologischen Konzept der neuronalen Plastizität erklärt werden könnte. Im Humanstrukturmodell *Günter Ammons* sind die neurobiologischen Befunde den primären Humanfunktionen zuzuordnen. Dabei scheinen die linkshemisphärisch lokalisierten primären Humanfunktionen eher defizitär zu sein, während für die rechtshemisphärischen Funktionen eher eine destruktive Ausprägung anzunehmen ist. Destruktiv meint dabei die fehlerhafte und gegen die eigene Entwicklung gerichtete Funktion, während defizitär den Mangel an Funktion bezeichnet. Die Schädigung läßt sich darüber hinaus wie die der zentralen und sekundären Humanfunktionen als desintegriert beschreiben. Die neurophysiologischen Systeme sind, soweit sie überhaupt entwickelt sind, ebenso wie die psychischen als Ausdruck einer desintegrierten Gruppendynamik der frühesten Kindheit nicht oder unzureichend miteinander verbunden, so daß ein ganzheitliches Erleben der eigenen Person und der Umwelt und ein gesundes Handeln nur möglich sind, solange die fehlenden Funktionen aus der umgebenden Gruppe ersetzt werden. Wenn das aktuelle gruppendynamische Feld in derselben Weise desintegriert ist wie in der frühen Kindheit, kommt es zum Ausbruch der Erkrankung, da die innerpersönlichen Schädigungen nicht mehr durch die äußeren Verhältnisse aufgefangen werden können.

Für die Behandlung bedeutet dieses Verständnis der Schizophrenie, daß die Patienten ein integriertes gruppendynamisches Feld benötigen, das eine nachholende Entwicklung psychischer und neurophysiologischer Strukturen erlaubt, in dem es von einem Synergismus differenzierter links- und rechtshemisphärischer Funktionen bestimmt ist. Daß eine solche nachholende Entwicklung auch für neurophysiologische Systeme möglich ist, ist ebenfalls aus neurobiologischen Untersuchungen bekannt. Die dabei beschriebenen Schwierigkeiten, daß nämlich bestehende neuronale Verbindungen die Tendenz haben, die Entstehung neuer Verbindungen zu unterdrücken, entspricht dem Wiederholungszwang in der Psychotherapie, der Patienten in Übertragung ihrer frühen Beziehungserfahrungen dazubringt, stets dieselben negativen Erfahrungen mit sich und anderen Menschen zu machen. Der aktiven Unterdrückung neuronaler Verbindungen von außen als Voraussetzung für die Entstehung neuer Bahnen ist die aktiv herbeigeführte therapeutische Situation gleichzusetzen, die dem

Patienten wiedergutmachende Erfahrungen mit anderen Menschen ermöglicht. Insofern weisen die neurobiologischen Befunde daraufhin, daß auch eine Heilung der Schizophrenie möglich ist, wenn man dem Gehirn bzw. dem ganzen Menschen genügend Zeit läßt, in einem geeigneten therapeutischen Milieu zu verbringen.

Neurobiological Findings of Schizophrenia in the Light of the Human Structure Model

Bernhard Richarz (Munich / Berlin)

Günter Ammon's model of personality, the so-called human structure model, opens up a way to integrate social, psychological and biological theories of schizophrenia into an holistic understanding of the disease. As psychic as well as neurophysiological structures are seen as a result of the group dynamics a person has internalized during his life and is actually living in, even synaptic efficacy is group related. In this light, neurobiological findings and psychodynamic concepts are no longer contradictory, but they become different descriptive levels of the same phenomena.

In present day neurobiology, schizophrenia is considered as a disconnective syndrome. "Disconnection in schizophrenia may be neuroanatomical or inferred on the basis of abnormal dynamics. The latter may be abnormalities of functional connectivity (e.g. abnormal coherence in EEG) or effective connectivity (e.g. neuromodulation of synaptic efficacy)" (*Friston* 1996). Disconnection influences brain areas as the dorsolateral prefrontal cortex, the gyrus temporalis superior, the lobus parietalis inferior and the hippocampus which coordinate the sensory input, the motorical output, the emotions and the behaviour. The basic clinical symptoms of schizophrenia as described by *Bleuler* are well explained by this model. Dynamic psychiatry also explains the disease by some kind of desintegration, i.e. the desintegration of the unconscious personality structure. Schizophrenic patients are hardly able to integrate their unconscious human functions as aggression, anxiety, demarcation, narcissism and sexuality and their secondary human functions as dreaming, thinking and speech - as far as they are developed at all -, because they are suffering from a severe disturbance of identity (*Ammon* 1971 a, b, c, 1979, 1980, 1987, 1988, 1992).

In many investigations it was found that the brain of schizophrenic patients is decreased in its volume, mainly in its gray matter. If one takes the concept of neuronal plasticity into consideration, this finding may be linked with the inner or outer environment the patient has experienced during his early childhood. For "after birth, the inborn developmental capacity can only be fully realized in a favorable external environment. Both adequate sensory stimulation and some level of participatory involvement in activities

are necessary conditions for satisfactory brain development" (*Reinis, Goldman* 1980).

Following the patients' reports about their early childhood as they are known from psychotherapeutic treatment, dynamic psychiatry understands their development during childhood as badly influenced by a real deficit of social energy. It means that the group dynamics in which they grew up were characterized by a lack of love, empathy and participatory involvement and that these circumstances brought up the personality structure of schizophrenic patients with its deficits in the unconscious central human functions. This lack of social energy could also be responsible for the decrease in brain volume as, according to the concept of neuronal plasticity, the quality of the environmental milieu shapes the brain structure.

The neurobiological findings and the psychodynamic concepts could also be related to one another if one looks upon them more in detail. In schizophrenic patients the normal asymmetry of both brain hemispheres is missing, especially because the left gyrus temporalis superior has not been developed weIl. Again, this might be explained by the circumstances of the patients` childhood in which the so-called double-bind communication was found to be typically. That means it could not consciously be realized that verbal and non-verbal informations did not fit together, but that the verbal part was of no value for the emotional relationship to other people. The group dynamics of early childhood were also characterized by the fact that the patients were not allowed to demarcate themselves from their mothers and their groups. They had to fulfill their unconscious will, but they could not act in own identity. Consequently, the prefrontal cortices where the voluntary actions are planned are smaller than those of healthy individuals.

There is also a dysfunction of the right hemisphere (*Rotenberg* 1994). For instance, schizophrenic patients cannot well recognize emotions and they underestimate negative emotions. It corresponds to the quality of early group dynamics where emotions were often denied and where the patients experienced unconscious hatred from their relatives. Furthermore, it may not be forgotten that they have often lived in a continuous anxiety and fear of death from which they could not escape In neurobiology schizophrenia is looked upon as a brain developmental disorder that started in early childhood or during pregnancy, as there are findings which show that later-on schizophrenics have been abnormal in the development of their movement control as babies and of their social relations as children and adolescents. But in the same way these findings could support the suggestion of the psychodynamic concept that there have been early disturbances in the mother-child-relation.

Summing up, it can be said, that the neurobiological findings give no evidence for an organic cause of schizophrenia, but that they can be well related to psychodynamic concepts. Taking neuronal plasticity into regard, the internalized group dynamics of early childhood could explain the well-known morphological alterations in the brains of schizophrenic patients. In

Ammon's human structure model these findings are seen as deficient or destructive primary human functions which are linked with the central human functions that are damaged just in the same way. It can be expected that by an intensive psychotherapy not only a retrieval development of the psychic functions takes place, but also of the neurophysiological functions, as the quality of environment helps to influence the synaptic efficacy.

Literatur

Ammon, G. (1971 a): Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie I. In: Dyn. Psychiat. (4) 9-28
- (1971 b): Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie II. In: Dyn. Psychiat. (4) 123-167
- (1971 c): Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie III. In: Dyn. Psychiat. (4) 181-201
- (1976): Das Borderline-Syndrom - ein neues Krankheitsbild. In: Dyn. Psychiat. (9) 317-348
- (1979): Schizophrenie. In: *Ammon, G.* (Hrsg.) Handbuch der Dynamischen Psychiatrie. Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt)
- (1980): Ich-strukturelle und gruppendynamische Aspekte bei der Schizophrenie und deren Behandlungsmethodik. In: Dyn. Psychiat. (13) 429-450
- (1982) Hirnstrukturen, Unbewußtes und Ich-Strukturologie. In: *Ammon, G.* (Hrsg.), Handbuch der Dynamischen Psychiatrie,
- Bd. 2 (München Ernst Reinhardt)
- (1987): Schizophrenie - ein ganzheitliches Geschehen. In: Dyn. Psychiat. (20) 1-23P
- (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

Ammon, G.; Ammon, G.; Griepenstroh, D. (1981): Das Prinzip von Sozialenergie - gleitendes Spektrum und Regulation. In: Dyn. Psychiat. (14) 1-15

Bateson, G.; Jackson, D. D.; Haley, J.; Weekland, J. V. (1956): Towards a theory of schizophrenia. In: Behavioral Science (1) 251-264

Bellack, A. S.; Mueser, K. F.; Wada, J.; Sayers, S.; Morrison, R. L. (1982): The ability of schizophrenics to perceive and cope with negative affect. In: Br. J. Psychiat. (160) 473-480

Benes, F. M. (1989): Myelination of cortical-hippocampal relays during late adolescence. In: Schizophr. Bull. (15) 585-593

Berger, M. (1993): Kindheit und Pubertät bei schizophren strukturierten Patienten - eine qualitative Analyse von Patienten und deren Familien. In: Dyn. Psychiat. (26) 49-72

Berger, M.; Bez, R. (1990): Untersuchungen der sozialenergetischen Lebensfelder von schizophren reagierenden Patienten anhand biographischer Interviews. In: Dyn. Psychiat. (23) 357-376

Biebel, D. (1977): Beispiel einer nachholenden Ich-Entwicklung dargestellt anhand der Sprache als einer zentralen Abgrenzungsfunktion. In: Dyn. Psychiat. (10) 89-100

Bleuler, E. (1911): Dementia Praecox oder die Gruppe der Schizophrenen (Leipzig, Deuticke)

Burbiel, I. (1997): Das Humanstrukturmodell. In: Dyn. Psychiat. (30) 145-155

Cannon, T. D.; Erp, T. G. M. van; Huttunen, M. et al. (1998): Regional gray matter, white matter and cerebrospinal fluid destributions in schizophrenic patients, their siblings and controls. In: Arch. Gen. Psychiat. (55) 1084-1091

Crow, T. J. (1995): Constraints on concepts of pathogenesis. Language and the specific process as the key to the etiology of schizophrenia. In: Arch. Gen. Psychiat. (52) 1011-1014

Cutting, J. (1985): The psychology of schizophrenia. (Edinburgh: Churchill Livingstone)

Done, D. J.; Crow, T. J.; Johnstone, E. C.; Sacker, A. (1994): Childhood antecedents of schizophrenia and affective illness: Social adjustment at ages 7 and 11. In: Br. Med. J. (309) 699-703

Federn, P. (1952): Ego-Psychology and the Psychoses. (New York: Basic Books)

Feinberg, J. (1983): Schizophrenia. Caused by a fault in programmed synaptic elimination

Friston, K. J. (1996): Theoretical Neurobiology and Schizophrenia. In: Br. Med. Bull. (52) 644-655
Fromm-Reichmann, F. (1950): Principles of Intensive Psychotherapy. (Chicago: Univ. Press)
Freud, S. (1911): Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia. G. W., Bd. 8
– (1914): Zur Einführung des Narzißmus. G.W., Bd. 10
Gessler, S.; Cutting, J.; Froith, C.-D. (1989): Schizophrenic inability to judge facial emotion: a controlled study. In: Br. Clin. Psychol. (28) 19-29
Gray, J. A.; Feldon, J.; Rawlins, J. N. P.; Hemsley, D. R.; Smith, A. D. (1991): The neuropsychology of schizophrenia. In: Behav. Brain Sci. (14) 1-64
Günther-Genta, F.; Bovet, P.; Hohlfeld, P. C. (1994): Obstretic complications and schizophrenia. A case-control study. Br. J. Psychiat. (164) 165-170
Gur, R. E. (1978): Left hemisphere disfunction and left hemisphere overaction in schizophrenia. In: J. Abnorm. Psychol. (87) 226-238
Haracsz, J. L. (1985): Neural plasticity in schizophrenia. In: J. Abnorm. Psychol. (87) 226-238
Harayosu, Y.; Shenton, M. E.; Salisbury, D. F.; Dickey, C. C. et al. (1998): Lower left temporal lobe MRI volumes in patients with first-episode schizophrenia compared with psychotic patients with first- episode affective disorders and normal subjects. In: Am. J. Psychiat. (155) 1384-1391
Hoffmann, R. E.; Mc Glashan, T. H. (1997): Synaptic elimination, neurodevelopment and the mechanism of hallucinated "voices" in schizophrenia. In: Am. J. Psychiat. (154) 1683-1689
Jones, P.; Rodgers, B.; Murray, R.; Marmot, M. (1994): Child developmental risk factors for adult schizophrenia in the British 1946 birth cohort. In: Lancet (344) 1398-1402
Kolb, B.; Whislaw, J. Q. (1993): Neuropsychologie (Heidelberg: Spektrum)
Kostandov, E. A. (1983): The functional asymmetry of brain hemispheres and subconscious perception. (In Russian) (Moscow: Nanka)
Lidz, T. J.; Cornelison, A. R.; Fleck, S. T.; Terry, D. (1957): The intrafamilial environment of schizophrenic patients: II. Marital schism and marital skew. In: Am. J. Psychiat. (114) 241-248
Lothane, Z. (1992): In Defense of Schreber. Soul, murder and psychiatry. (Hillsdale, London: Analytic Press)
Mentzos, S. (1992): Psychose und Konflikt. (Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht)
Neville, H. (1977): Electroencephalographic testing of cerebral specialisation in normal and congenitally deaf children. A preliminary report. In: *Segalowitz,, S.J.; Gruber, F. A.* (Eds): Language development and neuroleptical theory. (New York: Academic Press)
Passingham, R. (1995): The frontal lobes and voluntary action. (Oxford: University Press)
Pearlson, G. D.; Barta, P. E.; Schlaepfer, T. E.; Petty, R. G.; Tren, A. Y.; Mc Gilchrist, J. K. (1995): Heteromodal association cortex in schizophrenia. In: Schiz. Res. (15) 95
Reinis, S.; Goldman, J. M. (1980): The development of the brain. Biological and functional perspectives. (Springfield: Charles C. Thomas)
Rotenberg, V. S. (1994): An integrative psychophysiological approach to brain hemisphere functions in schizophrenia. In: Neurosci. Biobehav. Review (18) 487-495
Schatzman, M. (1974): Die Angst vor dem Vater. Langzeitwirkung einer Erziehungsmethode. Eine Analyse am Fall Schreber. (Reinbek: Rowohlt)
Schlaepfer, T. E.; Harris, G. J.; Tien, A. Y.; Peng, L. W. et al. (1994): Decreased regional cortical gray matter volume in schizophrenia. In: Am. J. Psychiat. (151) 842-848
Schreber, D. P. (1903): Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken. (Leipzig: Oswald Meutze)
Vita, A.; Dieci, M.; Giobbio, G. M. M; Caputo, A. et al. (1995): Language and thought disorder in schizophrenia: brain morphological correlates. In: Schizophr. Res. (15) 243-251
Walker, E. F.;Savole, T.; Davis, D. (1994): Neuromotor precursors of schizophrenia. In: Schizophr. Bull. (20) 441-451
Weinberger, D. R. (1987): Implications of normal brain development for the pathogenesis of schizophrenia. In: Arch. Gen. Psychiat. (44) 660-669
– (1995): From neuropathology to neurodevelopment. In: Lancet (346) 552-557
Weinberger, D. R.; Berman, K. F., Suddath, R.; Torrey, E. F. (1992): Evidence of dysfuntion of a prefrontal-limbic network in schizophrenia: A magnetic resonance imaging and regional cerebral blood flow study of discordant monozygotic twins. In: Am. J. Psychiat. (149) 890-897
Zaidel, D. W.; Esiri, M. M.; Harrison, D. M. (1997): Size, shape, and orientiation of neurons in the left and right hippocampus: Investigation of normal asymmetries and alterations in

Zipurski, R. B.; Lim, K. O.; Sullivan, E. V.; Brown, B. W. ; Pfefferbaum, A. (1992): Widespread cerebral gray matter volume deficits in schizophrenia. In: Arch. Gen. Psychiat. (49) 195-206

Adresse des Autors:

Dr. med. Bernhard Richarz
Kantstr. 120/121
D-10625 Berlin

Integrated Out-Patient Therapy of Schizophrenic Patients and the Efficacy in Reduction of Rehospitalisation Periods**

P. Müller*, U. Elbelt, D. Hillmann, E. Schaefer (Göttingen)

In addition to drug treatment, individual and group psychotherapy, social support and counseling of relatives were offered and combined to ambulant integrated therapy.
The pattern of rehospitalisation periods of 75 schizophrenic patients treated in a specialised out-patients´ department was studied and compared to prior hospitalisation episodes. Half the patients were not readmitted für in-patient care at all. The average annual rehospitalisation period of all patients during the specialised out-patient therapy was 1.68 weeks and was mainted for several years. The previous annual hospitalisation period during conventional treatment amounted to 6.21 weeks per year. Specialised integrated out-patient therapy contributes to a considerable decrease in frequency and duration of rehospitalisation episodes. This has a positive effect on the patients´ psychosocial living status and on the health bugdet. This therapeutic concept led to a decreased vulnerability.

The possibility of living a normal life in the community is highly valued by psychiatric patients. This was the main aim of the psychiatric reform in many countries and is an important aspects of attemps to reduce the number of hospital beds. It became possible by more effective antipsychotic treatment. Recently another factor has come into play: in-patient hospital care claims a significant part of the total public health expenditure. A reduction in the length of hospital stays allows the re-allocation of financial resources. Compared to this major cut back in the cost of patient management, the discussion as to whether to provide specialised out-patient care and to use less expensive drugs would appear insignificant. It is obviously not a good idea to reduce the length of hospitalisation periods by making admission to mental hospitals more difficult, as this would simply delay delivery of necessary treatment, thus promoting a chronic course of the illness. An improvement in the out-patient treatment is the only sensible approach.

Schizophrenic patients have to be given special consideration as this particular disease is most likely to show a tendency towards a chronic course often requiring long hospital admissions. *Habermann-Tal* (1996) recently showed that schizophrenic patients made up 35% of in-patients, representing the largest group in psychiatric hospitals. Their tendency towards long periods of hospitalisation is explained by the risk of an unfavourable course inherent to this illness, partly due to poor compliance

* Dr. med., Professor, Psychiatric University Clinic, Von-Siebold-Straße 5, D-37075 Göttingen

** Paper presented at the 12th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry (WADP), 25th Internat. Symposium fo the German Academy of Psychoanlysis (DAP) March 17-21, 1999 at the Humboldt University Berlin

with medical treatment and partly due to insufficient treatment in the early phases of the illness. Effective treatment is often provided too late - at a stage when it cannot substantially improve the course of the illness (*Müller* et al., 1986).

Therefore, the question arises as to whether, after an admission for an acute exacerbation, a more intensive and differentiated out-patient followup therapy is able to improve the compliance and the course of the illness, resulting in decreased periods of rehospitalisation. To answer this question, a Specialised Out-patients' Department for patients with schizophrenia was set up at the University Clinic of Psychiatry in Göttingen, Germany. This research project was supported by external funding. Schizophrenic patients were treated in this out-patients´department, on a long term basis and the course of the illness was followed up prospectively.

Methods:

Patients' referral:

Patients are treated at the Out-patients' Department for an unlimited length of time after being discharged from our hospital (or from the District Hospital (Landeskrankenhaus) nearby). The Department started to function 6 years prior to this analysis with 16 patients - some of them had undergone out-patient treatment as part of a previous scientific project. Further referrals to the Out-patients' Department were made if deemed indicated by the ward doctor. Patients referred were in part motivated ones, but also included some with an unfavourable course of illness and previous poor compliance for whom their doctors considered an intensive and more active after care to be necessary. The Out-patients´ Department is now handling the maximum number of patients it can cope with. A new patient can only be accepted if another is discharged from the Out-patients' Department as they move away or wish to continue their treatment with doctors in private practice.

Treatment:

An integrated out-patient treatment is offered (see Table 1):
This comprises

- medication - as a long term neuroleptic prophylaxis (oral or depot preparations) or as an intermittent crisis intervention (*Pietzcker* et al., 1993) consisting of roughly fortnightly consultations
- social support by a social worker
- individual psychotherapy of about one hour per week (see *Müller, P.*, 1998 for details)
- group therapy for 6 patients - to train cognitive and communicative skills; sessions are once a week for a period of six months
- patients' club and individual or group counseling of relatives.

The different components of the therapy are individually adjusted. The team consists of a specialist and a social worker both working half-days, a supervisor and a secretary on a part-time basis and a nurse, a club attendant and an assistant working by the hour.

1. Medication
Long-term prohylaxis or intermittent medication
with early intervention of impending relapse

2. Socialpsychiatric help
living, work, social contacts, spare time

3. Single psychotherapy
coping
identification of stress factors and prodromal symptoms
mastering of psychosocial crisis
increase reality verification, reduce identity diffusion
improvement of ego functions
depth psychological self stabilization
reduction of vulnerability

4. Group psychotherapy for patients
cognitive training
communication training
social skill training

5. Care of relations (single or in the group)
information and relief of feeling of guilt
competence and management of crisis
reduction of expresse emotion

Tab. 1: Ambulant Integrated Therapy (AIT)
for after-treatment and relapse prevention of schizophrenic psychosis

Results:

Patients' characteristics:

The group studied consisted of 75 patients, 34 of them female and 31 male, with a mean age of 38.8 years and a mean age at onset of illness of 26.4 years. The average course of illness of approximately 12 years included 6.8 years before and about 5.6 years of attending the Specialised Out-patients' Clinic. On average about 4 of the latter years were of continuous follow up (as some of the patients wished to stop attending the Out-patients' Department and continue therapy by doctors in private practice).

Table 2 shows further patients' data. 73.3% of them are single, about half were vocationally integrated at the onset of the illness, two thirds lived on their own or with their parents, while only 15% were able to start their own family before the illness started. Scoring on the GAS (*Ednicott, J.* et al. 1976), CGI (*Guy, W.* 1976) and the Philipps-Scale (*Harris, J.G.*, 1975) revealed a predominance of moderately severe illnesses, rather than mild ones with a more favourable prognosis.

65 patients were ill for a longer period of time and experienced multiple hospitalisations before they were referred to the Out-patients' Department. 10 patients were referred for out-patient care immediately after their initial hospitalisation.

present age		$\bar{x}$ = 38.8 years	(SD 9.7)
gender (female/ male)		34/ 41	
age of onset of illness		$\bar{x}$ = 26.4 years	(SD 7.9)
present marital status	single	n= 55	= 73.3%
	married	n= 12	= 16%
	divorced	n= 8	= 10.7%
vocational status at onset of illn.	employment	n= 35	= 46.7%
	training	n= 28	= 37.3%
	housekeeping	n= 12	= 16%
housing at onset of illness	parents	n= 21	= 28%
	partner/ children	n= 11	= 14.7%
	own/ flat-share	n= 28	= 37.3%
	institution	n= 5	= 6.7%
	not classified	n= 10	= 13.3%
at hospital discharge prior to outpatient treatment			
impairment	GAS-score	$\bar{x}$ = 71.04	(SD 14.5)
severity of illness	CGI-score	$\bar{x}$ = 3.97	(SD 1.25)
premorbid adjustment	Philipps-Scale	$\bar{x}$ = 5.93	(SD 2.0)
neuroleptic dosage in CPZE	hospital discharge	$\bar{x}$ = 507 (443)	(SD 739)
	end of first year	$\bar{x}$ = 354.8 (286.6)	(SD 686)
	end of third y.	$\bar{x}$ = 358 (225)	(SD 1030)
	end of fifth y.	$\bar{x}$ = 389.3 (239)	(SD 887)
annual time without neuroleptics		$\bar{x}$ = 2.91 months	
(first year: 3.26 months/ third year: 2.99 months/ fifth year: 1.67 months)			
extrapyramidal side-effects: first year: 31.8%/ third year: 17.8%/ fifth year:13.0%			
tardive dyskinesias: first year: 5.9%/ third year: 8.7%/ fifth year: 17.4%			

Table 2. Patients' characteristics and outpatient treatment data

Length of hospitalisation periods:

The mean annual hospitalisation period throughout the entire course of illness prior to joining the Out-patients' Department amounted to 6.21 weeks (SD 6.2). The mean annual hospitalisation period decreased to 1.68

weeks a year (SD 2.17) in the time of specialised out-patient care. This difference was significant ($p < .0001$).

The retrograde continous analysis of the annual hospitalisation periods before admission to out-patient care shows a first peak in the early years and a second one in the last two years before the out-patient department. Further examination of the material shows that, in the year before entering out-patient treatment, our patients had average annual hospitalisation periods of 11.02 weeks. Excluding the first admissions, this average even rises to 11.89 weeks per year.

The pattern of the mean annual hospitalisation periods during treatment in our out-patient department is also shown in Figure 2. It reveals a consistency with only small deviations, i.e. short initial (re) hospitalisation periods are not „made up for" later on.

The average annual hospitalisation rate during the time of out-patient therapy was 0.42 per patient, i.e. an average admission for in-patient care every 2.4 years per patient. Almost half the patients ($n = 35$) were not admitted into a hospital at all during the time of outpatient therapy.

A correlation between average annual rehospitalisation periods (over the entire course of the illness) and the duration of illness reveals a general significant ($p = .014$) decrease of annual hospitalisation periods with an increasing duration of illness. The mean hospitalisation period is 5.1 weeks a year for a duration of illness up to 5 years, 4.2 weeks a year for a duration between 6 and 10 years, 2.99 weeks a year for a duration between 11 and 20 years and 1.92 weeks a year for a duration of illness of more than 20 years. Only directly before admission to our out-patient department did hospitalisation periods increase for several patients with different length of illness. Correlations between rehospitalisation periods on the one hand, and gender, age of onset of illness, parenteral or oral medication and support of a relationship, on the other, failed to reach statistical significance.

These results were achieved while on drug treatment with an average neuroleptic dose (converted into equivalents of chlorpromazine) reduced to about 70% (and, if two patients needing an extremely high dose are excluded to about 60%) of what the patient was on at the time of discharge from hospital before starting to attend for out-patient therapy. As a consequence of this, the percentage of patients suffering from extrapyramidal side-effects decreased from 31.8% in the first year to 17.8% in the third year and to 13% in the fifth year of out-patient therapy. Tardive dyskinesias were initially found in 5.9% of patients increasing to 8.7% and later on to 17.4% by the fifth year. More than half of our patients received neuroleptic tranquillisers as depot preparations (51.5%), 43% were on oral medication (two thirds of these were treated with clozapine), while about another 6% were not receiving any neuroleptic medication at all. As some patients only received intermittent neuroleptic treatment, the period of time without neuroleptic medication amounted to an average of 2.91 months a year, i.e.

of the patients showed productive psychotic symptoms at the time of discharge from hospital prior to the study period. This percentage did not change in the course of out-patient therapy, but the severity and duration of productive symptoms in times of relapses were noticeably reduced.

Discussion:

The concept of differentiated and integrated treatment in a Specialised Out-patients' Department for schizophrenic patients was able to distinctly reduce the periods of rehospitalisation. This effect was not only seen on a short-term basis but consistently during the follow-up time. The reduction of the average rehospitalisation period to a quarter of what it was before, i.e. an average of 4.5 weeks a year less than before, was significant and is highly valued by the patients as it enables them to spend more time in the community. Almost half the patients were never readmitted for in-patient care during the time of treatment in the Out-patients' Department.

Selection factor bias is naturally unavoidable in this kind of efficiency study. The patients were recruited from the wards of our hospital where they were naturalisticly encouraged to participate in our Specialised Out-patients' Unit. For ethical reasons we did not randomise patients into a "treated" group and a control group "waiting for treatment". Instead we compared the hospitalisation periods prior to the attendance to our Out-patients' Department (i.e. a time when they were still under conventional treatment by doctors in private practice) intraindividually with the periods of rehospitalisation during the follow-up. In addition we scored the severity and prognosis of illness of our patients and found that they were suffering from moderately severe and severe disease.

The objection could be raised that the reduction in rehospitalisation periods is only due to a general trend in psychiatric treatment which continues in out-patient therapy after long-term treatment. This objection is disproved by the course of hospitalisation periods before admission to out-patient care which culminate in increasing rehospitalisation periods. Obviously doctors in the hospital were interpreting these longer hospitalisation periods as an indication for intensive after care in our out-patient department. Moreover, the increase in hospitalisation periods cannot be explained by long first admissions because these were even somewhat shorter than the rehospitalisation periods of long-term patients.

The results were achieved by an individually adjusted concept of treatment: Almost all patients received neuroleptic medication for continued symptom suppression and/or relapse prevention – some on an intermittent basis (*Müller* et al. 1992, *Pietzcker, A.* et al. 1993). After having achieved complete remission, importance was given to assistance in coping (*Müller* et al. 1996) and identification of stress factors. A few selected patients received further individual psychotherapy (see *Müller* 1998 for more details). Almost all patients were advised to participate in a group

therapy (sessions organized over a period of six months) to train cognitive and communicative skills (*Bremer, H.D.* et al. 1987). Counseling of relatives took place individually or in groups (*Buchkremer, G.* et al. 1989), as indicated necessary, while aid by social workers was given on demand. The neuroleptic dosage was adjusted with the aim of permanently eliminating productive symptoms while creating the least lack of drive possible. In this way, compliance and co-operation could be improved (*Böcker, W.* 1991), enabling early crisis intervention by dose adjustment at times of impending or early relapses and leading to avoidance of (long periods of) rehospitalisation. The improvement of compliance is doubtlessly of major importance (similar to *Razali M.S.*, 1995). According to our experiences, the concept of management described above led to a decreased vulnerability after two years of specialised therapy. Satisfactory psychosocial stability was also often achieved. In our opinion, the offer of an unlimited length of therapy (*Müller, Chr.* 1976) is advantageous to short-term therapeutic interventions (e.g. *Buchkremer, G.* et al. 1989). Another advantage is the affiliation of the Out-patients' Department to the hospital. The stand-by duty officers and other facilities could be used jointly. The possibility of promptly admitting patients for crisis intervention without real and psychological barriers helped to intervene in good time and to decrease periods of rehospitalisation.

In a prior scientific analysis (*Müller, P.* 1989), it was shown that the benefits of participating in the out-patient therapy offered at that time outlived attendance. The annual period of rehospitalisation increased only slightly and never reached the previous levels in those patients who continued their treatment with psychiatrists in private practice or with their family doctors. A similar catamnesis is planned for our present patients later on. Similar positive results were also found in other Specialised Out-patients' Units. In Berlin, *Kaiser* et al. (*Kaiser, W.* et al. 1991) report a reduction of annual hospitalisation periods of 2.9 weeks from a higher starting level than in our study. A reduction of hospitalisation periods was also found in Switzerland by improving the psychiatric community care (*Rosset, N.* et al. 1995), and similarly in the USA (*Rosenhech, R.* et al. 1995). Fortunately, it seems that a more intensive after-care does not result in a higher need for hospitalisations as is occasionally expected and observed (*Bruns, G.* 1986). Only Rössler et al. (*Rössler, W.* et al. 1993) did not find any advantages in the after care in social-psychiatric institutions compared to a control group.

Of course, the reduction of rehospitalisation periods has a positive effect on the cost of treatment. On the one hand, an Out-patients' Department is more labour-intensive and therefore more expensive than a doctor in private practice. A team with the above mentioned manpower can provide treatment for approximately 50 patients and raises the annual expenses by an additional 100 000 DM (a more detailed comparative cost-effectiveness analysis has been started). On the other hand, reducing the annual need for

in-patient care by 1600 days amounts to an annual saving of 800 000 DM (with a daily hospital allowance of 500 DM). Therefore, the positive balance amounts to approximately 700 000 DM. If only a fifth of all schizophrenic patients in Germany could profit from such a specialised treatment (assuming a prevalence of 0.5%) a yearly reduction of treatment costs of approximately one billion DM could be achieved. Similar positive effects are described elsewhere (for schizophrenic disorders: *Weiden, P.J.; Olfson, M.* 1995, for affective disorders: *Rosset, N.; Andreoli, A.* 1995).

At present, the impact of these positive effects on the high indirect economic costs (*Wyatt, R.J.* et al. for the USA) cannot be reliably calculated and the essential comparative studies are therefore being planned. According to preliminary follow-up observations, treatment in a multidisciplinary specialised Out-patients' Department more effectively supports the social integration of patients compared to conventional after-care.

The planning and the assessment of efficiency of the psychiatric community services for schizophrenic patients are of major importance in the prevailing atmosphere of the process of world-wide deinstitutionalisation (*Rössler, W.* et al. 1994) which, in itself implies the risk of deficient care being offered at present. Often these patients do not personally seek specialised treatment, but only receive their family doctors' assistance (*Karanagh, S.* et al. 1995), which occasionally falls short of meeting their complex psychosocial needs. The relatively advanced planning and setting up of Out-patients' Departments and psychiatric community services (*BMf.JFFG* 1988) in Germany is therefore essential and makes it possible to offer differentiaded concepts of therapy for after care.

Integrierte ambulante Therapie mit schizophrenen Patienten und ihr Effekt auf die Reduktion der Rehospitalisierungs-Rate

Peter Müller, U. Elbelt, D. Hillmann, E. Schaefer (Göttingen)

Die Akutbehandlung der Schizophrenie mit neuroleptischer Medikation ist recht erfolgreich bezüglich produktiver Symptome. Problematisch ist oft aber noch die Realisierung langfristiger Rezidivprophylaxe, die Förderung der Compliance des Patienten, die Therapie sekundärer Einschränkungen einerseits und der zugrundeliegenden Vulnerabilität andererseits. Deshalb bietet sich zunehmend die Kombination medikamentöser und psychotherapeutischer Verfahren an.

Dargestellt wird die an unserer Göttinger Schizophrenie-Ambulanz weiterentwickelte ambulante integrierte Therapie: Angeboten wird eine prinzipiell unbefristete Nachsorge nach akuter psychotischer Erkrankung, weil sich nach bisherigen Studien sehr kurz befristete Therapieangebote als nicht ausreichend effektiv erwiesen haben. Verbunden werden dabei 5 Therapiebereiche:

1. Medikation zur Langzeittherapie und Rezidivprophylaxe oder als Intervallbehandlung mit Frühintervention bei drohenden Rezidiven.
2. Sozialpsychiatrische Hilfestellung bei häufigen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit bis hin zu langer Untätigkeit und Armut und bei reduzierter Kommunikationsfähigkeit und Einsamkeit.
3. Einzelpsychotherapie, anfangs einmal wöchentlich, später alle zwei Wochen mit der Möglichkeit höherfrequenter Krisenintervention, mit den inhaltlichen Schwerpunkten Krankheitsverarbeitung, Identifikation von Stressfaktoren und Frühwarnzeichen, Bewältigung psychosozialer Krisen, Förderung der Realitätsprüfung und Verminderung der Identitätsdiffusion, Verbesserung von Ich-Funktionen, tiefenpsychologische Selbstwertstabilisierung.
4. Gruppentherapie für Patienten, befristet wöchentlich für 6 Monate, für kognitives Training und Kommunikationstraining und Förderung sozialer Kompetenz.
5. Angehörigenarbeit einzeln oder in der Gruppe.

Durch diese Verbindung von Medikation, Soziotherapie, langfristiger Einzeltherapie und befristeter Gruppentherapie lassen sich das Rezidivrisiko und die Rehospitalisierungsdauer günstiger beeinflussen als durch konventionelle psychiatrische Behandlung: Eine Katamnese über 9 Jahre zeigte im intraindividuellen Vergleich eine Reduktion der Rehospitalisierungsdauer von 6,2 Wochen jährlich unter üblicher ambulanter Behandlung auf 1,6 Wochen jährlich unter ambulanter integrierter Therapie. Dabei handelt es sich nicht nur um einen kurzfristigen Effekt mit lediglich zeitlicher Verschiebung erneuter längerer Hospitalisierung, sondern um eine über Jahre anhaltende Auswirkung.

Die dabei wirksamen Bereiche sind neben der Optimierung medikamentöser Therapie und der Verbesserung konstruktiver Krankheitsverarbeitung (in separater Untersuchung belegt) wahrscheinlich eine Reduktion der grundlegenden Vulnerabilität und eine Selbst-Stabilisierung. Das langfristige Therapieangebot ist dabei besser als kurzfristige und u.U. irritierende Therapieprogramme geeignet, die tiefgehende Störung des schizophrenen Kranken teilweise zu kompensieren. Das hat positive humanitäre Auswirkungen auf die Lebensqualität und Zufriedenheit der Patienten und auch auf die Behandlungskosten: Durch erst einmal aufwendigere ambulante Therapie lassen sich die sehr viel teureren stationären Behandlungen überproportional reduzieren.

References:

Böker, W. (1991): Die Entwicklung eines partnerschaftlichen Therapieverständnisses der Schizophrenie als Folge neuer Ätiologiekonzepte und Wandlungen des psychiatrischen Zeitgeistes. In: Psychiat Prax (18) 189-195

Brenner, H.D.; Hodel, B.; Kube, G.; Roder, V. (1987): Kognitive Therapie bei Schizophrenen: Problemanalyse und empirische Ergebnisse. Nervenarzt (58) 72-83

Buchkremer, G.; Jonasson, S.; Rook, A.; Schmitz-Niehues, B. (1989): Effekte therapeutischer Angehörigengruppen auf Familienatmosphäre, Krankheitsverlauf und Wohn- und Arbeitssituation bei schizophrenen Patienten. In: B*uchkremer, G.; Rath. N.* (Hrsg): Therapeutische Arbeit mit Angehörigen schizophrener Patienten. (Bern, Stuttgart, Toronto, Huber)

Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (1988), (Hrsg): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesrepublik zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch-psychosomatischen Bereich. Bonn

Endicott, J.; Spitzer, R.L.; Fleiss, J.L; Cohen, J. (1976): The global assessment scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. Arch. Gen. Psychiatry (33) 766-771

Habermann-Tal, S. (1996): Vergleich von drei psychiatrischen Einrichtungen hinsichtlich soziodemographischer Patientendaten und des Krankheitsverlaufes. Inaug-Diss, Göttingen

Harris, J.G. (1975): An abbreviated form of the phillips rating scale of premorbid adjustment in schizophrenia. J. Abnormal Psychology (84) 129-137

Herz, M.I.; Glazer, M.; Mostert, A. et al (1991): Intermittent vs. maintenance medication in schizophrenia. Arch Gen Psychiatry (48): 333-339

Kaiser, W.; Isermann-Gerke, M.; Linden, M.; Wilms, H.U. (1991): Schizophrene Patienten in ambulanter Behandlung eines psychiatrischen Krankenhauses und in Praxen niedergelassener Nervenärzte. Nervenarzt (62): 158-164

Kavanagh, S.; Opit, L.; Knapp, M.; Beecham, J. (1995): Schizophrenia: shifting the balance of care. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. (30) 206-212

Müller, Chr. (1976): Psychotherapie und Sozialtherapie der Schizophrenen. In: Huber G (Hrsg) Therapie, Rehabilitation und Prävention schizophrener Erkrankungen. (Stuttgart und New York, Schattauer)

Müller, P. (1991): Psychotherapie bei schizophrenen Psychosen - historische Entwicklung, Effizienz und gegenwärtig Anerkanntes. Fortschr. Neuro.l Psychiat. (59) 277-285

Müller, P.; Günther, U.; Lohmeyer, J. (1986): Behandlung und Verlauf schizophrener Psychosen über ein Jahrzehnt. Nervenarzt (57) 332-341

Müller, P.; Schöneich, D. (1992): Einfluß kombinierter Pharmako- und Psychotherapie in einer Schizophrenie-Ambulanz. Psychiat. Prax. (19) 91-95

Müller, P.; Bandelow, B.; Gaebel, W. et al (1992): Intermittend medication, coping and psychotherapy. Brit J Psychiatry 161 (Suppl 18): 140-144

Müller, P.; Beier, R.; Schaefer, E.; Weltike, M. (1996): Krankheitsverarbeitung bei Schizophrenie. Fortschr Neurol Psychiat, submitted

NIMH (1976) CGI. Clinical Global Impressions. In: *Guy, W.* (Ed): ECDEU Assessment manual for psychopharmacology. Rockville

Pietzcker, A.; Gaebel, W.; Köpcke, W. et al (1993): Intermittend versus maintenance neuroleptic long-term treatment in schizophrenia - 2- year results of a german multicenter study. J psychiat. Res. (27) 321-339

Razali, MS.; Yahya, H. (1995): Compliance with treatment in schizophrenia: a drug intervention programm in a developing country. Acta Psychiatr: Scand. (91) 331-335

Roder, V.; Brenner, H.D.; Kienzle, N.; Hoder, B. (1995): IPT - Integriertes psychologisches Therapieprogramm für schizophrene Patienten. 3 Aufl. (Beltz, Weinheim)

Rössler, W.; Fätkenheuer, B.; Löffler, W. (1993) Soziale Rehabilitation Schizophrener. Enke, Stuttgart

Rössler, W.; Salize, H.J.; Biechele, U.; Riecher-Rössler, A. (1994): Stand und Entwicklung der psychiatrischen Versorgung. Nervenarzt 65: 427-437

Rosenheck, R.; Neale, M.; Leaf, P. et al (1995): Multisite experimental cost study of intensive psychiatric community care. Schizophrenia Bulletin (21) 129

Rosset, N.; Andreoli, A. (1995): Crisis intervention and affective disorders: a comparative cost-effectiveness study. Soc. Psychiatry Psychiat.r Epidemiol. (30) 231-235

Saameli, W.; Kopp, W. (1990): Dezentralisierte Psychiatrie. Auswerung der ersten fünf Jahre eines Psychiatrischen Dienstes auf der Basis eines Allgemeinspitals. Psychiat. Prax. (17) 191-199

Weiden, P.J.; Olfson, M. (1995): Cost of relapse in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin (21) 419

Wyatt, R.J.; Henter, I.; Leary, M.C.; Taylor, E. (1995) An economic evaluation of schizophrenia-1991. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. (30) 196-205

Adress of the autor:

Prof. Dr. Peter Müller
Psychiatric University Clinic
Von-Siebold-Str. 5
D-37075 Göttingen
Germany

Neuere Erkenntnisse der Schizophrenieforschung in der biologischen Psychiatrie***

Udo Schneider*, Hinderk M. Emrich** (Hannover)

According to the current view, schizophrenia pathogenetically cannot be attributed to only a single causative factor, but rather arises from a complex pattern of pathogenetic conditions. Psychiatric genetics demonstrates the existence of genetic conditions, but nontheless the inheritance of schizophrenia does not fit simple Mendelian models .
Additionally, gender differences, neurostructural abnormalities, and psychosocial deficiencies have also been proposed to play an important part in the etiology of schizophrenic psychoses. The research for neurochemical correlates of schizophrenia has shifted in recent years from the classical dopamine hypothesis to an increased set of various neurotransmitter imbalance models involving not only the dopaminergic system but also glutaminergic, serotonergic, cholinergic, and GABA-ergic transmission. With increased sophistication of biological investigation and pharmacological treatment, it becomes more important to differentiate between subcategories of schizophrenia that may require special therapeutic regimes.

Einleitung

Diagnostik und Therapie von Schizophrenie-Erkrankten ist nicht *ein* Problem neben anderen in der klinischen Psychiatrie: es ist *das Problem schlechthin*, das in der Psychiatrie jeden Tag neu angegangen werden muß, weil sich an ihm einerseits erweist, welches „Gesicht" die Psychiatrie aufweist - für die Patienten, für die Gesellschaft, für sich selbst - zum anderen, welche Fühl- und Denkstrukturen und welche Kultur dem so innerlich widersprüchlichen Problem der Schizophrenie-Erkrankungen entgegengebracht wird. Die sich hier bietenden multifaktoriellen Vorgänge aus Vulnerabilität, Psychodynamik, Soziologie und Kognitions-Emotions-Regulation sind so komplex, daß in der Regel versucht wird, die Problemlage dadurch zu lösen, daß man ihr ausweicht, und zwar ausweicht im Sinne einer Akzentverschiebung, eines Reduktionismus, einer Verschiebung der Problemlage auf nur ein einziges Terrain, z.B. das der Biologie, der Neurophysiologie, der Pharmakologie etc.

Welche Rolle spielt in diesem multidimensionalen Geschehen die biologische Psychiatrie? Grundsätzlich läßt sich sagen: auch die biologischen Grundlagen des Menschseins gehören zu unserer sozialen Kultur; insofern ist Humanbiologie immer auch Soziobiologie und Psychobiologie. Wenn das so ist, so stellt sich die Frage: gibt es eine Form

* Priv. Doz. Dr. med., Oberarzt der Abteilung Klinische Psychiatrie und Psychotherapie an der Medizinischen Hochschule Hannover
** Prof. Dr. med., Leiter des Zentrums Psychologische Medizin an der Medizinischen Hochschule Hannover
*** Vortrag gehalten auf dem 12. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry (WADP) / XXV. Internat. Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) zum Thema "Schizophrenie und Borderline-Störungen" vom 17. bis 21. März 1999

von biologischer Psychiatrie, die diese - systemischen - Ansätze des Menschen als soziales Wesen integriert? Zweifellos sind solche Ansätze eher die Ausnahme. Sie sind auch schwierig zu realisieren, weil dies erfordert, daß man vom Bereich der Subjektivität des Patienten aus zweierlei Brücken schlägt: erstens die Brücke zum Du, zur Begegnung, zum Weltverhältnis; zweitens die Brücke zum biologischen Selbst, zum Gehirn, zur subjekteigenen Neurobiologie, letztlich zu molekularen Prozessen im Zentralnervensystem. Wie ist dies möglich? Ist so etwas überhaupt realisierbar?

Im folgenden soll ein Ansatz der Schizophrenieforschung dargestellt werden, der dieses ehrgeizige Vorhaben zu realisieren versucht: die patientenspezifische Subjektivität wird versucht dadurch einzufangen, daß wahrnehmungspsychologische Illusionsforschung durchgeführt wird. Illusionen sind von Mensch zu Mensch und von Zustand zu Zustand völlig verschieden: sie charakterisieren spezifisch den Patienten in seinem Jetzt, in seinem jetzigen Zustandsbild. Wahrnehmung wurde hierbei zum Thema gemacht, da Schizophrenie-Störungen mit Wahrnehmungsstörungen zu tun haben und da Wahrnehmung die Brücke bildet zum Du, zum Anderen, zum Welt- und Wirklichkeitsverhältnis.

Darüber hinaus werden die Wahrnehmungs-Untersuchungen objektiviert und mit hirnphysiologischen Parametern sowie mit Rezeptor-Veränderungen an Cannabinoidrezeptoren im menschlichen Gehirn gekoppelt.

Die wesentlichen Ergebnisse dieses Forschungsansatzes zeigen, daß Wahrnehmung kein in sich einheitlicher Prozeß ist, sondern aus mehreren Komponenten besteht, die interaktiv miteinander wechselwirken, wobei interne „Zensur" („die Schere im Kopf"), interne Wirklichkeitsüberarbeitung eine wesentlich Komponente darstellt. Psychotische Zustände sind nun solche, bei denen die Wahrnehmungs-Zensur abgeschwächt ist; Psychose ist somit primär keine Krankheit einheitlicher Genese, sondern ein Bewußtseinsphänomen abgeschwächter Selbstzensur in der Wahrnehmung.

Daß psychotisches Erleben etwas mit der Lockerung der Wahrnehmungs-Selbstzensur zu tun hat, zeigen viele Gemälde des Psychoseerkrankten Malers *Vincent van Gogh*, beispielsweise die „nächtliche Landschaft mit Zypressen" und die Zeichnung „Sternennacht". Hierbei kommt auch ein Aspekt zum Vorschein, der für die Therapie der psychotischen Zustände sehr wichtig ist: das Verhältnis zum Subliminalen, zum Latenten, zum scheinbar Nebensächlichen. Die Lockerung der Wahrnehmungszensur ist zwar schmerzhaft, kann aber einen „Hyper-Realismus", einen überstarken Realitätskontakt zur Folge haben; eine Art „buchhalterische Genauigkeit" im Umgang mit Details, gewissermaßen ein Mangel an Realitätsglättung, an „Virtualisierung".

Zur Theorie der Schizophrenie

Die Geschichte der abendländischen Psychiatrie ist durch den Hiatus zwischen biologischer/empirischer Forschung einerseits und einer mehr geisteswissenschaftlichen Orientierung geprägt. Die Auseinandersetzung zwischen Geisteswissenschaftlern und Biologen ist kennzeichnend für das Dilemma der Wissenschaften der Psyche.

Gerade für die Psychiatrie ist es eine besondere Herausforderung, die bisher nebeneinander existierenden Ansätze zu integrieren. Dabei muß der Kliniker die Differenzen zwischen somatischer und psychologischer Zugangsweise erkennen.

Die Erkrankung Schizophrenie, das zentrale Problem in der Psychiatrie, ist offenbar eine seit Jahrtausenden bekannte Erkrankung (*Leibbrand* und *Wettley*, 1961). Vor diesem Hintergrund ist es um so erstaunlicher, daß die Diagnose einer Schizophrenie noch bis heute in vielen Aspekten lediglich einem Konstrukt - einer psychopathologischen Konvention - entspricht.

Die Ätiologie der Schizophrenie ist nach wie vor unbekannt. Durch die Fortschritte der psychiatrischen und neurobiologischen Forschung in den letzten Jahren wurde jedoch deutlich, daß schizophrene Psychosen offenbar nicht durch einen einzelnen kausalen Faktor zu erklären sind:

Die Evidenz einer genetischen Grundlage der Erkrankung basiert auf vielzähligen Familien-, Zwillings- und Adoptionsstudien. Im Blickpunkt genetischer Studien stehen derzeit die Chromosomen 6 und 22 und Kanididatengene wie das D3 Rezeptorgen (*Murphy* et al. 1996). In mehr als 250 Studien konnte gezeigt werden, daß es bei Schizophrenen eine überzufällige Häufung von Geburten im Winter bis Frühjahr gibt. Die Bedeutung dieses Befundes ist allerdings noch unklar. Mögliche Zusammenhänge mit infektiösen Agentien, subtilen Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen, Ernährungsgewohnheiten etc. werden diskutiert (*Torrey* et al. 1997). Unter Verwendung moderner bildgebender Verfahren (MRT/CCT) wurden bei Schizophrenen neurostrukturelle Veränderungen gefunden. Insbesondere imponieren Volumenreduktionen in den folgenden Bereichen: Temporallappen 6% links, 9.5% rechts; Amygdala/Hippocampus-Komplex 6.5% links, 5.5% rechts. Die Seitenventrikel sind im Vergleich zu Gesunden um 44% links und 36% rechts vergrößert (*Lawrie* und *Abukmeil*, 1998).

Leider konnten bisher wenig Korrelationen dieser Befunde mit klinischen Daten erhoben werden. Dies könnte damit zusammenhängen, daß es sich weniger um state-marker als um trait-marker – Risikofaktoren handelt. Lediglich in einigen Studien wurde gefunden, dass die Erweiterung des Ventrikelsystems mit schlechter prämorbider sozialer Anpassung, kognitiven Störungen und geringerem therapeutischen Ansprechen auf Neuroleptika einhergeht.

Eine neuere neurochemische Hypothese der Schizophrenie postuliert eine Dysfunktion des glutamatergen Systems. Die glutamatergen Neurone

gehören zum excitatorischen afferenten/efferenten System, das den Cortex, die limbische Region und das Striatum umfaßt. Der postsynaptische Wirkmechanismus von Glutamat wird von einer Familie von glutamatabhängigen Ionenkanälen gesteuert, die den Kalium- und Calciumeinstrom in die Zellen regulieren. Von den Befürwortern der Glutamathypothese wird als Begründung angeführt, daß der Angriffsort psychotomimetischer Substanzen wie Phencyclidin und Ketamin der NMDA-Rezeptor ist, der zur Familie der Glutamatrezeptoren gehört. Es wird postuliert, daß die Formen von schizophrenen Psychosen mit im Vordergrund stehender negativer Symptomatik und kognitiven Defiziten auf einer Störung des glutamatergen Systems beruhen (*Coyle* 1996).

Die Heterogenität in der Ätiologie der Schizophrenie zu verstehen, ist von besonderer Bedeutung für die unterschiedlichen klinischen Bilder, die Prognose und natürlich auch für die optimale Therapie eines jeden Patienten.

Cannabinoide und Psychose

Eine in jüngster Zeit postulierte Hypothese zur Ätiologie schizophrener Psychosen basiert auf interessanten Untersuchungen des endogenen Cannabinoid/Anandamid-Systems.

In den 80er Jahren begann eine Renaissance wissenschaftlicher Aktivitäten in Bezug auf die psychotropen Inhaltsstoffe des Cannabisharzes. Die Beschäftigung mit der Rolle des endogenen Cannabinoidsystems, dessen Existenz bis in die achtziger Jahre dieses Jahrhunderts hinein umstritten war, gewinnt nach der Erstbeschreibung eines im zentralen Nervensystem lokalisierten Cannabinoid-Rezeptors (CB1-Rezeptor) durch *Devane* et al. 1988 zunehmend an Bedeutung . Darüber hinaus wurde zwischenzeitlich ein zweiter Cannabinoid-Rezeptor (CB2) mit einer ausschließlich peripheren Lokalisation im lymphatischen Gewebe identifiziert (*Munro* et al. 1993).

Als natürlicher Ligand des Cannabinoid-Rezeptors wurde ein Derivat der Arachidonsäure, das Anandamid (Arachidonylethanolamid) durch die Arbeitsgruppe um *Devane* entdeckt (*Devane* et al. 1992). Jüngste Arbeiten konnten zeigen, daß es mehrere unterschiedliche körpereigene Liganden am Cannabinoid-Rezeptor gibt und daß sowohl die enzymatische Synthese von Anandamid aus Arachidonsäure und Ethanolamin (*Devane* und *Axelrod* 1994), als auch die metabolische Inaktivierung durch Hydrolyse in Arachidonsäure und Ethanolamin (*Desarnaud* et al. 1995) durch neuronale Membranen vermittelt werden. Es gilt daher als wahrscheinlich, daß Anandamid in Neuronen gebildet wird (ananderge Neurone). Darüber hinaus verfügen wir heute über eine Reihe spezifischer synthetischer Liganden für die zentralen CB1-Rezeptoren, z.B. die psychotropen Agonisten WIN-555212-2, CP-55940, CP-55244 und den Antagonisten SR-141716A (*Terrenova* et al. 1995).

Mit Hilfe von Rezeptorbindungsstudien und der in situ Hybridisierung (Cannabinoidrezeptor-mRNA) konnte inzwischen ein sehr detailliertes Bild des Verteilungsmusters der Cannabinoid-Rezeptoren im Säugergehirn erzeugt werden. Innerhalb des Kortex befinden sich CB1-Rezeptoren insbesondere in frontalen und cingulären Anteilen auf pyramidalen und nicht-pyramidalen Zellen der Laminae I-VI. Die Molekularschicht des hippocampalen Gyrus dentatus repräsentiert eine sehr hohe Dichte an Rezeptoren. Darüber hinaus finden sich Rezeptoren an den Dendriten von CA3 Pyramidenzellen sowie auf CA3 Interneuronen. Ebenfalls sehr hohe Rezeptordichten finden sich im lateralen Putamen, Pallidum und in der Substantia nigra pars reticulata (SN_r). Das mediale Putamen sowie der Nucleus caudatus zeigen dagegen eine nur mäßige Ausstattung mit Cannabinoid-Rezeptoren, die im Nucleus accumbens noch geringer ausfällt. Interessanterweise konnte sowohl im ventralen Tegmentum (VTA) als auch in der pars compacta der Substantia nigra (SN_c) keine Ligandenbindung festgestellt werden. Außerdem zeigten Neurone dieser mesencephalen Kerngebiete keine Cannabinoid-Rezeptor-mRNA, d.h. dopaminerge Neurone des mesopräfrontalen und nigrostriären Systems exprimieren aller Wahrscheinlichkeit nach keine Anandamidbindungsstellen. Die relative Dichte der Cannabinoidrezeptoren erscheint bei Ratte, Affe und Mensch insgesamt sehr ähnlich (*Herkenham* et al. 1990).

Cannabis sativa ist eine der ältesten und am weitesten verbreiteten Droge und besteht aus einer Vielzahl unterschiedlicher Cannabinoide, wobei Δ-9-THC ein besonders psychoaktiver Bestandteil zu sein scheint (*Gaoni* und *Mechoulam*, 1964). Cannabis hat eine Reihe erwünschter und unerwünschter Wirkungen:

- wohlige Indifferenz
- lässig-heitere Euphorie
- Intensivierung akustisch/optischer Wahrnehmung
- Veränderung von Raum- und Zeiterleben
- Denkstörungen
- dysphorisch-mißtrauische Verstimmung
- visuelle und akustische Halluzinationen
- Beeinträchtigung kognitiver Funktionen
- akute Panikreaktionen, Angst
- Todesängste
- Depersonalisations-/Derealisationserleben

In den 70er bzw. 80er Jahren gab es eine Reihe von Untersuchungen, die die Beziehung zwischen Cannabis-Konsum und schizophrenen Patienten beleuchteten. Die umfangreichste Studie stammt von *Andreasson* et al. (1987). Es konnte bei der Untersuchung von ca. 50.000 Rekruten und einem 15jährigen follow-up gezeigt werden, daß das Risiko an einer Schizophrenie zu erkranken durch Cannabiskonsum deutlich anstieg (6-fach erhöhtes Risiko bei häufigem Konsum).

Einige Studien zielten auf die Unterschiede im psychopathologischen Befund zwischen einer schizophrenen Psychose und einer cannabis-induzierten Psychose ab. *Imade* und *Ebie* (1991) fanden in einer retrospektiven Untersuchung von 272 stationären psychotischen Patienten keinen Unterschied zwischen Cannabis-induzierten Psychosen und Schizophrenien. *Täschner* (1983) erfaßte die Psychopathologie von 107 Cannabis- induzierten Psychosen und verglich diese mit 219 schizophrenen Patienten ohne Drogenkonsum in der Vorgeschichte. Dabei zeigte sich eine weitestgehende Übereinstimmung zwischen beiden Gruppen. *Peralta* et al. (1992) untersuchte ein Gruppe von 95 schizophrenen Patienten mit Cannabiskonsum in der Vorgeschichte. Es fand sich kein signifikanter Unterschied in der SAPS. Auf der SANS erzielten die Nicht-Cannabis-User höhere Werte. Die Autoren postulierten, daß dies ein Versuch der Cannabis-User sei, die Negativsymptomatik zu reduzieren.

Aber nicht nur psychopathologisch, sondern auch in wahrnehmungspsychologischen Untersuchungen gleichen sich die Resultate von schizophrenen Patienten und Probanden nach Cannabiseinnahme.

Bei der visuellen Wahrnehmung sind perzeptuelle und kognitive Faktoren eng miteinander verknüpft. Eine Sonderform der visuellen Wahrnehmung ist die binokuläre Tiefeninversion. Es handelt sich dabei um eine Illusion der visuellen Wahrnehmung. Die binokuläre Tiefeninversion kommt dadurch zustande, daß das menschliche Gehirn bestimmte Hypothesen über die dreidimensionale Formen von Objekten testet und diese mit den retinalen Sinnesdaten vergleicht (*Yellott,* 1981). Das Auftreten dieser optischen Illusion ist u.a. abhängig vom semantischen Gehalt des präsentierten visuellen Objekts und wird besonders deutlich, wenn das Gesehene mit überwältigender Wahrscheinlichkeit nur in der invertierten Form sinnvoll interpretiert werden kann. In diesen Fällen kommt es zum Überwiegen der „top-down" Strategien gegenüber den retinalen Sinnesdaten, d.h. es kommt zur räumlichen Umkehr der 3-D Tiefenwahrnehmung.

Die Untersuchung von Störungen der binokulären Tiefenwahrnehmung bieten die Möglichkeit, die Interaktion zwischen Sinnesdaten („bottom-up"-Komponente) und „top-down"-Strategien (interne Konzeptualisierung, Generierung von Wirklichkeitshypothesen) zu erkennen.

Emrich et al. (1997) konnten zeigen, daß Cannabiskonsum zu einer Beeinträchtigung der binokulären Tiefeninversion führt, wie sie in vergleichbarem Umfang auch bei schizophrenen Patienten nachgewiesen wurde.

Zusammenfassend gibt es möglicherweise eine cannabisinduzierte Psychose und/oder schizophrene Psychosen, deren Exazerbation durch Cannabiskonsum getriggert wird. Dabei muß allerdings eine gewisse Vulnerabilität angenommen werden.

Das Wissen um die physiologische Rolle des endogenen Anandamid/Cannabinoidsystem ist noch sehr dürftig, aber es gibt Hinweise, daß das

endogene Cannabinoidsystem in der Pathophysiologie der schizophrenen Psychosen eine Rolle spielt.
1. Durch Cannabionoide, die am Cannabinoid-Rezeptor binden, können psychotische Symptome induziert werden, die in vom Erscheinungsbild nicht von einer schizophrenen Psychose zu unterscheiden sind. Außerdem zeigen wahrnehmungspsychologische Untersuchungen das gleiche Pattern bei schizophrenen Patienten und nach Cannabiseinnahme (*Emrich*, 1997).
2. *Chen* und Mitarbeiter suchten nach pharmakologischen Verbindungen zwischen den psychotischen Symptomen von Schizophrenen und nach Cannabiseinnahme. Dabei fanden sie heraus, daß D-9-THC agonistisch in dopaminergen Projektionen des medialen Vorderhirnbündels wirkt. Ein ansteigender THC-Spiegel führt zu einem erhöhtem dopaminergen Tonus im Bereich des medialen Vorderhirn. Die Dopaminhypothese der Schizophrenie postuliert eine erhöhte dopaminerge Aktivität und viele Neuroleptika wirken in erster Linie am Dopaminrezeptor (*Chen* et al.1991).
3. *Vanderhaeghen* und andere Arbeitsgruppen berichteten von einer Up-Regulation der Cannabinoid Receptor Gene Expression durch Glutamat über den NMDA Rezeptor. CB1 Rezeptoren vermitteln auch die Inhibition der synaptischen Ausschüttung von Glutamat über eine G-Protein gekoppelte Inhibition spannungsabhängiger Calciumkanäle und Aktivierung von Kaliumkanälen (*Shen* et al. 1996). Es scheint eine enge Verbindung zwischen glutamatergem System und dem Cannabinoidsystem zu geben.
4. Es gibt erste vorläufige Ergebnisse, die eine Veränderung der Endocannabinoide im Liquor von schizophrenen Patienten nahelegen (*Dr. Piomelli*, pers. Mitteilung).

Cannabis als exogene Substanz kann bei Menschen mit einer entsprechenden Disposition (Vulnerabilität) zur Exazerbation schizophrener Symptome führen.

Viel wichtiger erscheint aber, daß möglicherweise eine Dysregulation im endogenen Anandamid/Cannbinoidsystem bei einer Subgruppe schizophrener Patienten ätiologisch von entscheidender Bedeutung ist.

Recent Results in Research on Schizophrenia in biological Psychiatry

Udo Schneider, Hinderk M. Emrich (Hannover)

The background of western psychiatry is influenced by the hiatus between biological/empirical research as well as by a more philosophically based orientation. The conflict between the philosophical orientation and the biology is characteristic for the dilemma of the scholars of psychiatry.

It would be of great benefit for the field of psychiatry if the knowledge and experience gained up until now could be more often interchanged and accepted.

The clinician should recognize the differences between somatic and psychological approaches, the complexity of the psychic discrepancies is often not fully comprehended.

Schizophrenia, a focal problem in the field of psychiatry, appears to have been a well-known illness for several thousands of years (*Leibrand* and *Wettley*, 1961). With this in mind, it is all the more astonishing that the diagnosis of schizophrenia is still in many aspects associated with only a psychopathological convention.

The etiology of schizophrenia still remains unknown. With the progress of psychiatric and neurobiological research over the few past years, it has become clear that schizophrenic psychosis cannot be etiologically clarified by one single causal factor. According to the current view, schizophrenia arises from a complex pattern of pathogenetic conditions.

Psychiatric genetics demonstrates the existence of a hereditary disposition conditions, but nontheless the inheritance of schizophrenia does not fit simple Mendelian models.

Additionally, gender differences, neurostructural abnormalities, and psychosocial deficiencies have also been proposed to play an important part in the etiology of schizophrenic psychoses. The research for neurochemical correlates of schizophrenia has shifted in recent years from the classical dopamine hypothesis to an increased set of various neurotransmitter imbalance models involving not only the dopaminergic system but also glutaminergic, serotonergic, cholinergic, and GABA-ergic transmission.

Cannabis sativa is one of the oldest and most widely used drugs in the history of culture. Δ9-THC, the major psychoactive constituent, produces characteristic behavioral, cognitive, and motor effects (*Gaoni* und *Mechoulam*, 1964). In the 1970s and 1980s clinical studies were performed to investigate the possible association between cannabis and psychosis (*Thornicroft*, 1990). Different theories were postulated:

1. Cannabis may cause psychoses de novo
2. Cannabis may reveal a previously latent psychosis
3. Cannabis may precipitate a relapse of a pre-existing psychosis
4. An establised psychotic mental disorder lead to an increased intake of cannabis.
5. There is no relationship between psychoses and cannabis.

Some other studies try to investigate the influence of cannabis-use on schizophrenic symptoms (*Peralta* und *Cuesta*, 1992; *Täschner*, 1983). They found no psychopathological differences between schizophrenic patients with and without cannabis use. However, cannabis can produce brief acute organic reactions and in moderate to heavy doses psychotic episodes. Intake in naive users or increasingly heavy use in habitual users can precipitate a schizophreniform episode. Additionally we found similar perceptual abnormalities in schizophrenic patients and in healthy volunteers after cannabis intake, using a complex 3-D inversion paradigm. This paradigm represents a visual illusion of binocular depth perception. Such an inversion

does occur in many cases, especially when objects with a higher degree of familiarity (e.g. photographs of faces) are displayed. Cognitive factors are assumed to override the binocular disparity cues of stereopsis.

The hypothesis was tested that during psychotic and related propsychotic states the human CNS is unable to correct implausible perceptual hypotheses. Our study exhibits strong similarities between data aquired from patients, suffering from productive schizophrenic psychoses and Δ9-THC intoxicated healthy volunteers, regarding disturbances in the internal regulation of perceptual processes.

In 1988 *Devane* et al. demonstrated that a radiolabelled, synthetic derivative of Δ9-THC binds to brain membranes in a highly selective and specific manner. They found a unique pattern of binding sites across serveral mammalian species (*Devane* et al., 1988). Computer-assisted densitometric analysis of autoradiographs showed that in all species examined (rat, guinea-pig, dog, monkey, and human) very dense binding is directly localized to the globus pallidus, substantia nigra (pars reticulata), and the molecular layers of the cerebellum and hippocampal dentate gyrus. Dense binding also occurs in the cerebral cortex, other parts of the hippocampal formation, and in the striatum. Recently, the same group discovered anandamide as the first endogenous ligand for the cannabinoid receptor (*Devane* et al., 1992). Anandamide produces hypothermia, analgesia, hypoactivity and stimulates ACTH release. At present there are three anandamide-type mediators, but the physiological role of the anandamide/cannabinoid-system remains still unkown.

The high binding levels within the limbic system suggest that the system may be involved in higher cognitive and emotional functions. Furthermore, the receptor distribution in the basal ganglia and cerebellum points to a role in motor control as well.

There is still a lag between our current knowledge about the basic mechanisms of the endogenous cannabinoid functions, but there are some other interesting findings regarding other neurobiological mechanisms, possibly involved in the etiology of psychoses:

1. Clinical studies and case reports show that there is a possible direct role of cannabinoid function in the process of psychotic experience (*Andreassson* et al., 1987; *Rotanburg* et al., 1982).
2. There are similar disturbances of perceptual processes in schizophrenic patients and in cannabis-intoxicated healthy volunteers (*Emrich* et al., 1997).
3. *Chen* et al. (1991) studied the pharmacological relation between the psychotic symptoms in schizophrenic patients and cannabis abuse. They found that Δ9-THC acts as a dopamine agonist in dopaminergic projections of the medial forebrain bundles. *Navarro* et al. (1993) investigated the effects of an acute dose of Δ^9-THC on rats. Behavioral effetcs with decreased spontaneus activity were accompanied by increases in dopamine and in D1 receptor density in the limbic forebrain.

4. *Mailleux* et al. (1994) reported the up-regulation of cannabinoid receptor gene expression by glutamate through the NMDA receptor subtype, a tight link between the glutamatergic- and the cannabinoid-system. Additionally, *Shen* et al. (1996) investigated the cannabinoid effects on the glutamatergic system in rats. They found that cannabinoid receptor agonists inhibit glutamatergic synaptic transmission in hippocampal cultures.
5. There are some preliminary data that there is a dysbalance in endocannabinoids in CSF of schizophrenic patients (data unpublished).

However, in our concept cannabis is not merely a stressor for psychotic relapse and exacerbation of schizophrenic syndromes: Moreover, a subgroup of schizophrenic syndromes may pathogenetically be related to a functional disturbance of the endogenous anandamide/cannabinoid system. However, this hypothesis has to be further evaluated.

Literatur

Andréasson, S.; Allebeck, P.; Engstrom, A.; Rydberg, U. (1987): Cannabis and schizophrenia. A longitudinal study of Swedish conscripts. In: Lancet (2) 1483-1486

Chen, J;, Paredes, W.; Lowinson, J.H.; Gardner, E.L. (1991): Strain-specific facilitation of dopamine efflux by delta-9-tetrahydrocannabinol in the nucleus accumbens of rat: an in vivo microdialysis study. In: Neurosci. Letters (129) 136-140

Coyle, J.T. (1996): The glutamatergic dysfunction hypothesis for schizophrenia. In: Harv. Rev. Psychiatry (3) 241-253

Desarnaud, F.; Cadas, H.; Piomelli, D. (1995): Anandamide amidohydrolase activity in rat brain microsomes. Identification and partial characterization. In: J. Biol. Chem. (270) 6030- 6035

Devane, W.A.; Dysarz, F.A.; Johnson, M.R.; Melvin, L.S.; Howlett, AC. (1988): Determination and characterization of a cannabinoid receptor in rat brain. In: Molec. Pharmacol. (34) 605-613

Devane, W.A.; Hanus, L.; Breuer, A.; Pertwee, R.G.; Stevenson, L.A.; Griffin, G.; Gibson, D.;Mandelbaum, A.; Etinger, A.; Mechoulam, R. (1992): Isolation and structure of a brain constituent that binds to the cannabinoid receptor. In: Science (258) 1946-1949

Devane, W.A.; Axelrod, J. (1994): Enzymatic synthesis of anandamide, an endogenous ligand for the cannabinoid receptor, by brain membranes. In: Proc. Natl. Acad. Sci. USA (91) 6698-6701

Emrich, H.M.; Leweke, F.M.; Schneider, U. (1997): Towards a Cannabinoid-Hypothesis of Psychosis: Cognitive impairments due to a dysregulation of the endogenous cannabionoid system. In: Pharmacol. Biochem. Behav. (56) 803-807

Gaoni, Y.; Mechoulam, R. (1964): Isolation, structure and partial synthesis of an active constituent of hasish. In: J. Am. Chem. Soc. (86) 1646-1467

Herkenham, M.; Lynn, A.B.; Little, M.D.; Johnson, M.R.; Melvin, L.S.; deCosta, B.R.; Rice, KC. (1990): Cannabinoid receptor localization in brain. In: Proc. Natl. Acad. Sci. USA (87) 1932-1936

Imade, A.G.; Ebie, J.C. (1991): A retrospective study of symptom patterns of cannabis - induced psychosis. In: Acta Psychiatr. Scand. (83) 134-136

Lawrie, S.M.; Abukmeil, S.S. (1998): Brain abnormaility in schizophrenia. In: Am. J. Psychiatry (172) 110-120

Leibbrand, W.; Wettley, A. (1961): Der Wahnsinn. Geschichte der abendländischen Psychopathologie (Freiburg: Alber)

Munro, S.; Thomas, K.L.; Abu-Shaar, M. (1993): Molecular characterization of a peripheral receptor for cannabinoids. In: Nature (365) 61-65

Murphy, K.C.; Cardano, A.G.; McGuffin, P. (1996): The moecular genetics of schizophrenia. In: J. Mol. Neurosci. (7)147-157

Peralta, V.; Cuesta, M.J. (1992): Influence of cannabis abuse on schizophrenic psychopathology. In: Acta Psychiatr. Scand. (85) 127-130
Shen, M.; Piser; T.M.; Seybold, V.S.; Thayer, S.A. (1996): Cannabinoid receptor agonists inhibit glutamatergic synaptic transmission in rat hippocampal cultures. In: J. Neurosci. (16) 4322-4334
Täschner, K.L. (1983): Zur Psychopathologie und Differentialdiagnose sogenannter Cannabispsychosen. In: Fortschr. Neurol. Psychiatr. (51) 235-248
Terranova, J.P.; Michaud, J.C.; Le Fur, G.; Soubrie, P. (1995): Inhibition of long-term potentiation in rat hippocampal slices by anandamide and WIN55212-2: reversal by SR141716 A, a selective antagonist of CB1 cannabinoid receptors. In: *Naunyn Schmiedebergs* Arch. Pharmacol. (352) 576-579
Torrey, E.F.; Miller, J.; Rawlins, R.; Yolken, R.H. (1997): Seasonality of births in schizophrenia and bipolar disaorder: a review of the literature. In: Schizophr. Res. (28) 1-38
Yellott, J.I. (1981): Binocular depth inversion. In: Sci. Am. (245) 118-125

Adresse der Autoren:

Priv. Doz. Dr. med. Udo Schneider
Prof. Dr. med. Hinderk M. Emrich
Medizinische Hochschule Hannover
Zentrum Psychologische Medizin
Abtl. Klinische Psychiatrie und Psychotherapie
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover

A Personality Disorders Programm Centred on Group Psychotherapy**

Antonio Guilherme Domingues Ferreira (Lisbon)*

The author discusses the concept of personality disorders in the framework of recent developments with psychoanalytic background undertaken especially by Jean Bergeret and Otto Kernberg. The personality disorders are classified as belonging to three different groups and characterized by factors like object relationships and identity integration, defence mechanisms, and reality test. On this background the author developed a therapeutic program using mainly group-analytic psychotherapy, additionally using individual therapy, family therapy, medication and an administrative and milieu therapy. Ferreira describes his concept in an ambulant as well as an inpatient setting. Treatment results are shown with a group of 30 patients evaluated before treatment and after three years. He illustrates his psychotherapeutic approach with a short case study.

I. Personality disorders concept

Having being described as a degenerative process (*Morel, Magnan)* and psychopathic personalities (*Kurt Schneider),* they were defined and classified on the basis of clinical criteria. The study of these psychiatric disorders has, since then and especially recently, been undertaken by psychoanalytic authors. In recent decades they have given new dimensions to this concept. Recently *Jean Bergeret* and *Otto Kernberg,* in particular, have developed the concept more intensively. I will not speak here about the new biological and behaviour-cognitive models and their contributions.

According to *Bergeret* and particularly to *Otto Kernberg* who has been a source of inspiration to many in this field, personality disorders are the consequence of a disturbance in this entity's organisation. It is brought about by constitutional phenomena, as a result of genetic (hereditary) factors and precocious development conflicts, that have repercussions for its structure and working. This personality organisation may be translated into the dynamic development and structure of some behaviour patterns and psychopathological symptoms. In the first case, we are faced by a character disorder, in the second we are in the presence of mental illness, though under the modern classification we prefer to speak of both them as disorders.

These personality disorders may be classified as belonging to Group A (Paranoid, Schizoid and Schizotypal personalities), Group B (Anti-social,

* M.D., Professor of Psychiatry, Director of the Miguel Bombarda Hospital, Lisbon, Portugal, Former President of the World Association for Social Psychiatry, Former President of the Portuguese Group-analytic Society, Chairman of the Portuguese Branch of WADP

** Paper presented at the 12th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry (WADP) / XXV. International Symposium for the Deutsche Akademie für

Borderline, Histrionic, Narcissistic personalities) and Group C (Avoiding, Dependent, and Obsessive Compulsive personalities). These three groups are linked, respectively, to psychotic, border-line and neurotic organisations. They are characterised and may be distinguished by the following factors:

1. Object relationships and identity integration

Object and self representations are separated and well defined in neurosis and narcissistic personalities. Object and self representations are badly defined and there is frequently delirious identity in psychosis. Integrated identity with contradictory representations of the self and objects integrated in comprehensive concepts in neurosis. Identity diffusion with contradictory aspects of the self and objects badly integrated and separated in narcissistic personalities and psychosies.

2. Defence mechanisms

Regression and high level defense (reaction formation, undoing, isolation, rationalisation, intellectualisation) in neuroses. In narcissistic organisations and psychoses: splitting and other archaic defenses, primitive idealisation, projective identification, denial, omnipotence and distortions (and forclusion, according to *J. Lacan*'s point of view. The defense mechanisms protect the individual from the intra-psychic conflicts. Interpretations improve its functioning in neurosis and narcissistic organisations. Defense mechanisms protect the individual from desintegration and allows the development of self relationships. Interpretation leads to regression in psychoses.

3. Reality test

Capacity to test the preserved reality. Differentiation of the self from the non-self, of the intra psychic origin of perception and stimulus from the exterior origin in neurosis and narcissistic organisations. Capacity to test reality lost in psychoses capacity of evaluating the self and object realistically and deeply in neuroses. Alterations in the relationships with and in the reality feelings in the narcissistic organisations and psychoses. The symptomatology of the personality disorders are different according to the groups referred to above to which they belong. Thus, the personalities of Group A have psychotic characteristics similar to those we find in the corresponding psychosis, but they seek a precarious equilibrium. When it is lost, which is an event that occurs rather frequently, these individuals develop a psychosis.

In Group B, consisting of narcissistic organisations, the cardinal symptoms are anxiety and depression. Neurotic polymorph symptomatology (with conversion hysteria, avoiding, obsessive-compulsive and hypondriac symptoms) is often found as well as psychotic symptoms (with dependence relationships, and distortion sexual behaviours). Presence of character pathology with marked tendency for acting out is also found.

In Group C, consisting of neurotic personalities we find neurotic characters with the clinical characteristics of the correspondent neuroses, though in a limited way, and able to maintain an internal equilibrium. When

it is lost neurotic symptomatology develops. Sometimes oedipal characteristics are also present and influence the personality funtioning.

II. Establishing a therapeutic program

Today personality disorders are a very serious problem. Psychotic characters may develop very serious psychoses; narcissistic organisations have a marked tendency for acting out, that may frequently be expressed by alcohol or drug abuse or even the development of an addiction to these substances. Finally, neurotic personality disorders frequently produce a certain blocking of interpersonal relationships with a tendency to isolation.

There is a certain difficulty in the treatment of these disturbances, as we can conclude from their personality organisation and symptomatology. The goals of the treatment are as follows:

1. Modification of the dysfunctional characteristics of the patient's personality that includes:

A-Stopping the acting out in a short time;
B-Improving the interpersonal relationships;
C-Promoting ways to cope with impulsiveness and aggression;

2. Improving the insight into emotional states, so that the patient can feel without acting;
3. Protecting the patient through the creation of a therapeutic milieu.

We should also be very strict when establishing the exlusion, and above all, the selection criteria for this treatment.

The two principal exclusion criteria are:

1. Physical violence against other members,
2. Substance abuse during the programm.

As for the selection criteria, we should mention:

1. Lack of empathy.
2. Persistent attitudes of irresponsibility and disrespect for social rules.
3. Incapacity to tolerate frustration without aggressive responses.
4. Manipulation and pathologic lies.
5. Instability in interpersonal relationships.
6. No sense of guilt after violent acts.
7. Being unable to learn from adversity.
8. Paranoid attitudes about adversity.
9. Rationalising the acting out.
10. Aggression and ego-symptonic sadism including self-mutilation or suicidal behaviour.
11. Failure to adhere to therapeutic alliance during previous psychotherapies.
12. Repeated failures at school or work.

Sometimes, a contract is entered into beforehand and if it is broken, the therapy should be interrupted.

In the treatment of these states, our main tool is group-analytic psychotherapy. It is at the centre of the treatment we designed. We usually use

groups of patients that meet three times a week and are focused around Ego training in action, as it is defined by *Foulkes.* Our approach uses some of the concepts laid down by *Otto Kernberg* in what he calls expressive psychotherapy. We have introduced into the group-analysis the following concepts:

1. Treatment stability.
2. Greater intervention on the part of the therapist.
3. Tolerance towards the patient's hostility.
4. Changing self and hetero distinction behaviour into non-gratifying ones.
5. Establishing a relationship between the patient's actions and his/her feelings at that time.
6. Stopping acting out.
7. Using classifications and interpretations in the here and now.
8. Special attention should be given to counter-transference. We also use some concepts taken from a cognitive behavioural approach, as defined by *Martha Linchan*, in this modified group-analytic approach to block or extinguish undesirable behaviours and to reinforce acceptable and desired ones.

These frequently used improvements in our approach require considerable empathy and persistence. Their main targets are:

1. Suicidal behaviour
2. Behaviours that interfere with therapy.
3. Behaviours that interfere with quality.
4. Acquisition of behaviour aptitudes.
5. Behaviour determined by post-traumatic stress.
6. Self-confidence behaviour.

Their use, although beneficial since it shortens our action and produce good results in the immediate future, diminishes some what the group-analytic component of our therapy, changing a lot of the transference and counter-transference factors.

Nevertheless, sometimes we should extend the work involving these factors. In such cases we may use in these cases individual psychotherapy conducted by the same therapist as that of the group and with a frequency that can vary from the occasional session to sessions held once a week. Family therapy should be used, specially in cases when family relationships need changing to improve treatment. Nevertheless, we should never forget that the family is always one of the most important elements of an individual's support network and, in consequence are useful almost everyday. So, our approach is based on a combination of group, family, and sometimes, individual therapy. Once a week, the patients have an appointment to discuss their medication with a member of the staff. We have had good results with: Carbamazepine, Fluoxentine, and very low doses of neuroleptics.

Finally, we should stress that the majority of these individuals are undergoing ambulatory treatment or are being treated at out-patient units. In some very rare circumstances we should nevertheless use in-patients

units, as in the case of individuals with suicidal behaviour and a strong tendency for acting out, particularly if they determine a poorer quality of life or the very frequent abuse of drugs or alcohol, and particularly if there are psychotic developments. In both out- and in-patient units we should develop an administrative and milieu therapy that should be in harmony with the group-analytic psychotherapy used.

III. Results of the therapy

A group of thirty individuals, fifteen men and fifteen women have being undergoing treatment for three years. The staff consists of three doctors, two community nurses, one psychologist, one social worker and one occupational therapist. In the in-patient unit we have another six nurses. Using the DSM IV-axis II and ICD-10 classifications, which are very similar, we find the following personality disorders:

Border-line personality diorders –68%
Antisocial personality disorders –18%
Hystrionic personality disorders – 2%
Schizotypal personality disorders – 5%
Paranoid personality disorders – 7%

The more frequently found personality traits are:

1. Impulsiveness
2. Aggression and rage
3. Anxiety
4. Poor symbolisation
5. Depression
6. Mood instability
7. Low self-valorisation
8. Dependency

We evaluated the patients before and after three years of treatment and we found the following results, that are quite encouraging:

Acting out – fell from 28% to 7%
Suicidal attempts – dropped from 4.1% to 0.6%
Anti-social acts – fell from 6% to 1.7%
Disturbed sexual behaviour – declined from 5.8% to 3.4%.

When developing this kind of treatment, we came across some major difficulties:

1. Splitting ties, how staff are regarded by the patients.
2. Attempted sexual relationships outside the treatment programs.
3. We should pay particular attention to the development of support networks for these patients in the community in order to ensure they remain integrated.

We should also stress that we found better results in the groups that are more homogenous in terms of age and educational background. The evolution of the therapy is always very important from the outset. Empathy

and positive counter-transference should be established at the very beginning of the group psychotherapy in order to encourage the development of a good working-alliance and of positive transference which is essential to the establishment and development of the therapeutic process itself.

We should try to maintain this relationship so far as we can during the therapeutic process in order to retain its effectiveness though it will necessarily be changed by the transferential phenomena occurred during the process. The cognitive-behaviour intervention described above may limit the changes during this evolution and facilitate the therapeutic process. If it is broken or interrupted we should be aware of the difficulties that will arise in the therapeutic process as a result.

The developement of family therapy and of the support network referred to above are also two fundamental issues in the therapeutic process. On the other hand the staff should always function as a team and we should avoid splits which may have very destructive effects on the process's evolution, particularly when working with patients characterised by defences very similar to psychotic ones (splitting, denial introjector, projection). Indeed in such cases the *Stanton Schwartz* effect very often arises and develops with harmful consequences for the therapeutic process' evolution.

To conclude with an example

John was a 31 year old patient that developed a border-line personality characterised by a dependent personality, who showed anti-social attitudes, when frustrated. Apparently, he had an oedipal functioning that masked in fact, a quite deep depression. He was treated in an out-patient unit for personality disorders and his main treatment was group-analytic psychotherapy though combined with family and individual therapy, and with the use of small doses of neuroleptics.

He had two main therapists, one male, one female, and there was some conflict between them. The patient had a good relationship with the female therapist on whom he was very dependent and showed a marked hostility towards the male. Both therapists soon entered into conflict, accusing each other of not pursuing the therapeutic process properly.

Initially, the patient improved a lot, but afterwards he became terribly depressed and attempted suicide. He felt lost not knowing what to do and which of his therapists he should follow. He felt split between them, as a result of the *Stanton Schwarts* effect. The other members of the group became angry with him and the therapist, because of the situation »he created« in the group and the aggression and conflicts that arose there.

Only when the two therapists recognised what had really happened between them and began a new therapeutic program, did the conflicts in the group disappear and the patient fell supported. Then his internal conflicts were overcome and he finally improved, at least symptomatically.

Ein gruppentherapeutisches Programm bei Persönlichkeitsstörungen

António Guilherme Domigues Ferreira (Lissabon)

Auf der Grundlage klinischer Kriterien wurde das Konzept der Persönlichkeitsstörungen von *Morel* und *Magnan* beschrieben als degenerativer Prozeß sowie als psychopathische Persönlichkeiten von *Kurt Schneider.* Psychoanalytische Autoren wie *Jean Bergeret* und *Otto Kernberg* gaben diesen Krankheitsbildern neue Dimensionen. Sie verstehen Persönlichkeitsstörungen als Ergebnis einer Störung der gesamten Persönlichkeitsorganisation, hervorgebracht durch konstitutionelle Faktoren, als Ergebnis erblicher Faktoren und früher Entwicklungskonflikte, die Auswirkungen auf Struktur und Funktionsweise der Persönlichkeit haben.

Persönlichkeitsstörungen können drei Gruppen zugeordnet werden; Gruppe A (paranoide, schizoide und schizotypische Persönlichkeiten), Gruppe B (antisoziale, Borderline, histrionische und narzißtische Persönlichkeiten) und Gruppe C (vermeidende, abhängige und zwanghafte Persönlichkeiten). Diese Gruppen werden charakterisiert und unterschieden durch folgende Faktoren:

1. Objektbeziehungen und Ich-Integration
2. Abwehrmechanismen
3. Realitätsbezug

Die Behandlung der Persönlichkeitsstörungen stellt ein ernstes Problem dar durch die Unterschiedlichkeit der Störungstypen. Der Autor sieht folgende Behandlungsziele:

1. eine Modifikation der dysfunktionalen Charakteristiken der Persönlichkeit des Patienten wie Unterbinden von Ausagieren, Verbesserung der zwischenmenschlichen Beziehungen, Unterstützung von Bewältungsstrategien hinsichtlich Impulsivität und Aggression,
2. eine Verbesserung von Einsicht in emotionale Zustände, so daß der Patient fühlen kann ohne agieren zu müssen und
3. Schutz des Patienten durch die Schaffung eines therapeutischen Milieus.

Ausschlußkriterien für diese Art der Behandlung sind physische Gewalt gegen sich und andere und Drogenmißbrauch. In einzelnen Fällen sollte ein Vertrag mit dem Patienten geschlossen werden, der bei Vertragsbruch zur Unterbrechung der Therapie führt.

Das wesentliche Behandlungsverfahren von Persönlichkeitsstörungen stellt die Gruppentherapie dar. Die Gruppentherapie findet dreimal pro Woche statt und zentriert sich um das *Foulkes'*sche Ich-Training. Außerdem nutzt der Autor Elemente aus *Kernberg's* expressiver Therapie. Zentrale Momente der Therapie sind Stabilität, vermehrte therapeutische Intervention, Toleranz hinsichtlich der Feindseligkeit des Patienten, Veränderung des narzißtischen Verhaltens, Unterstützung der Beziehung zwischen dem Tun des Patienten und seinen Gefühlen, Vermeidung von Agieren, Interpretationen im Hier-und-Jetzt, Beachtung der Gegenübertragung. In manchen Fällen wird eine zusätzliche Einzeltherapie vom

gleichen Therapeuten nötig mit einer Frequenz zwischen gelegentlichen Sitzungen und wöchentlichen Sitzungen. Ebenso wird Familientherapie benutzt, da in den Augen des Autors die Familie ein wesentliches Element im unterstützenden Netzwerk des Patienten darstellt. Weiterhin haben die Patienten einmal wöchentlich die Gelegenheit, ihre Medikation mit einem Mitarbeiter zu diskutieren. Hinzuzufügen ist, daß die Mehrzahl der Patienten einer ambulanten Therapie unterzogen sind oder in ambulanten Einrichtungen behandelt werden. Seltener, wie z.B. bei suizidalem Verhalten, starkem agierendem Verhalten, häufigem Alkohol- oder Drogenmißbrauch oder psychotischen Entwicklungen wird ein stationäres Setting favorisiert. Sowohl ambulant als auch stationär sollte die Verwaltungs- bzw. Milieutherapie mit der analytischen Gruppentherapie harmonieren.

Eine Gruppe von 30 Patienten (15 männlich, 15 weiblich) wurde untersucht bei einer Behandlungsdauer von drei Jahren. Das behandelnde Team bestand aus drei Ärzten, zwei Gemeindekrankenschwestern, einem Psychologen, einem Sozialarbeiter und einem Beschäftigungstherapeuten. Im stationären Setting kamen noch sechs weitere Krankenpflegekräfte hinzu. Nach DSM IV und ICD 10 Klassifikationen bestand die Patientengruppe aus 89% Borderlinepersönlichkeitsstörungen, 18% antisozialen Persönlichkeitsstörungen, 2% histrionischen Persönlichkeitsstörungen, 5% schizotypischen Persönlichkeitsstörungen und 7% paranoiden Persönlichkeitsstörungen. Untersucht wurden die Patienten zu Beginn und nach der dreijährigen Behandlung mit folgendem Ergebnis: Agieren reduzierte sich von 28% auf 7%, Suizidversuche von 4,1% auf 0,6%, antisoziale Handlungen von 6% auf 1,7% und abnormes sexuelles Verhalten von 5,8% auf 3,4%. Hauptsächliche Schwierigkeiten zeigten sich in Splittingtendenzen der Patienten, versuchten sexuellen Beziehungen außerhalb des Behandlungsprogramms und in der Aufrechterhaltung eines unterstützenden Netzwerkes in der Gemeinde. Bessere Erfolge wurden erzielt in homogenen Gruppen hinsichtlich Alter und Bildungsstand. Wesentlich ist ebenfalls die Schaffung einer guten Arbeitsbeziehung zwischen Therapeut und Patient und die Nutzung der positiven Übertragung, die sich durch notwendigerweise auftretende Übertragungsphänomene ändern kann.

Abschließend illustriert der Autor sein Behandlungskonzept mit einem Fallbeispiel.

Literatur

Alilaire, J.F. (1985): Les états limits. Paris: Eec. Med. Chir,. France Psychiatrie 37395
Bergeret, J. (1974): La personnalité normale et pathologique. Paris: Dunod
– (1974): La depression et les etats limits. Paris: Payot
– (1980): Caractère et pathologie. Paris: End. Med. Chir. France Psychiatrie 37320
Chaine, F.; Guelfi, J.D. (1999): États limites. Paris: Enc. Med. Chir. France Psychiatrie 37395-A-10
Cortasao, E.L. (1989): Grupanálise – Teoria e técnica. Lisboa: F.C.G.
Foulkes, S.H. (1975): Group-analytic Psychotherapy: Methods and Principles. London: An Interface Book

Kernberg, O. (1976): Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis. New York: Jason Aronson Inc.
– (1979): Borderline Conditions and Pathological Narcissism. New York: Aronson Inc.
– (1980): Internal World and External Reality. New York: Jason Aronson Inc.
Kernberg, O.; Selzed, M.; Königsberg, H; Carr, A.; Appelbaum, A. (1979): Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Patients. New York: Jason Aronson Inc.
Lansier, C.; Olivier, M.R. (1993): Personalités pathologiques. Paris: Enc. Med. Chir. France Psychiatrie 37320-A-10
Leal, M.R. (1994): Grupanálise: Um percurso 1963–1993. Lisboa: Soc. portuguesa de Grupanálise

Address of the author:

Antonio Guilherme Domingues Ferreira
Av. Mouzinho de Albuquerque Lote Bl 7°
1170 Lisboa
Portugal

Das Instrumentarium der Positiven Psychotherapie bei Schizophrenie und Borderline-Erkrankungen**

Nossrat Peseschkian (Wiesbaden)*

Patienten leiden nicht nur unter ihren Krankheiten und Störungen, sondern auch unter der Hoffnungslosigkeit, die ihnen mit der Diagnose suggeriert wird. Dieser Sachverhalt ist geschichtlich und kulturell bedingt. Er läßt sich dadurch vermeiden, daß die Beschreibung der menschlichen Fähigkeiten und Störungen nicht nur von einem Modell ausgeht, sondern auch andere Denkmodelle einbezieht. Solche Alternativmodelle lassen sich aus dem Verhalten anderer Menschen, aus anderen theoretischen Bezugssystemen und anderen Kulturen ableiten. Seit 1968 arbeitet der Autor an einem neuen Konzept der Selbsthilfe und Psychotherapie, das er Positive Psychotherapie nennt. Grundzüge und Techniken dieser Methode sind in seinen Büchern Positive Psychotherapie und Psychosomatik unter dem transkulturellen Gesichtspunkt ausführlich dargestellt. In der vorliegenden Arbeit geht es vor allem um die Anwendung des Konzeptes im Rahmen der Schizophrenie und Borderline-Erkrankungen.

Die Positive Psychotherapie (PPT)***, gegründet 1968, ist eine tiefenpsychologisch fundierte Kurzzeitpsychotherapieform. Da die im Rahmen der Sozialisation erworbenen Verhaltensweisen sich in der Interaktion mit Bezugspersonen (Familie, Freunde, Lehrer...) entwickeln und sich später dort verfestigen und wechselseitig bedingen, ist die Familie in der PPT eine zentrale Bezugsgröße der Behandlung. Es kommt hier im wesentlichen darauf an, das Selbsthilfepotential zu mobilisieren, das in jedem Menschen und in jeder zwischenmenschlichen Beziehung enthalten ist.

Die Positive Psychotherapie ruht auf drei Säulen:

1. Der Positive Ansatz: Während viele der bestehenden psychotherapeutischen Verfahren von den Störungen und Krankheiten ausgehen, erfordert die vorbeugende, präventive Medizin und Psychotherapie eine Vorgehensweise, bei der außer den Störungen auch den Fähigkeiten und Entwicklungsmöglichkeiten des Menschen Rechnung getragen wird. Indem sich die Positive Psychotherapie mit elementaren menschlichen Fähigkeiten, den Grundfähigkeiten und Aktualfähigkeiten beschäftigt, ist sie in der Lage,

* Dr. med., Facharzt für Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapeut, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Präsident der Internationalen Gesellschaft für Positive Psychotherapie, Begründer der Positiven Psychotherapie. Leiter der Wiesbadener Akademie für Psychotherapie (WIAP) und Dozent an der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen

** Vortrag gehalten auf dem 12. Weltkongress der World Asscociation for Dynamic Psychiatry (WADP) vom 17. bis 21. März 1999 in der Humboldt-Universität Berlin

*** Positive Psychotherapie ist von der Landesärztekammer in Hessen anerkannt. Sie ist eine Kurzzeitspsychotherapie unter transkulturellen und interdisziplinären Gesichtspunkten und wird seit 1972 an der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer in Bad Nauheim gelehrt. Der Wirksamkeitsnachweis der Positiven Psychotherapie im Rahmen der Qualitätssicherung – computergestützte Qualitätssicherung – wurde mit dem Richard-Merten-Preis 1997 ausgezeichnet.

Menschen aus unterschiedlichen sozialen Schichten anzusprechen und transkulturelle Probleme zu erhalten. Dieser Ansatz setzt eine Antwort auf die beiden Grundfragen voraus:

Was haben alle Menschen gemeinsam? Wodurch unterscheiden sie sich?

Wir versuchen, allgemeine Begriffe der Medizin, der Psychotherapie und der Psychiatrie im Sinne der Positiven Psychotherapie zu beschreiben, neue Denkformen zugänglich zu machen und Anregungen für eine Neuorientierung der Therapie und Selbsthilfe zu geben. Der Patient gibt im Rahmen der Positiven Psychotherapie seine Patientenrolle auf und nimmt die ihm zur Verfügung stehenden Möglichkeiten der Selbsthilfe wahr. Das positive Vorgehen erlaubt es, die Gemeinsamkeiten der Familie hervorzuheben und so die therapeutische Basis zu schaffen, die eine konsequente Auseinandersetzung mit bestehenden familiären Störungen ermöglicht.

Positiv bedeutet hier entsprechend seiner ursprünglichen Bedeutung (latein. positum) das Tatsächliche, das Vorgegebene. Tatsächlich und vorgegeben sind nicht notwendigerweise die Konflikte und Störungen, sondern die Fähigkeiten, die jeder Mensch mitbringt. Unter dem therapeutischen Gesichtspunkt interessierten uns vor allem die Fähigkeit zur Konfliktverarbeitung und zur Selbsthilfe.

Positives Vorgehen besagt also, daß wir eine möglichst umfassende Übersicht über die Interpretationsmöglichkeiten eines Symptoms oder eines Krankheitsbildes anstreben mit dem Ziel, Einfluß auf das Krankheits- und Selbstverständnis der Patientenfamilie zu nehmen und damit störende Interferenzen aus dem vorärztlichen Bereich zu kontrollieren: indem wir auch die positiven Züge einer Krankheit oder einer Störung berücksichtigen, geben wir dem Patienten und seiner Familie die Möglichkeit, das Symptom aufzugeben und sich mit dem Konflikt zu beschäftigen, der hinter dem Symptom besteht. Dieser Konflikt wird inhaltlich beschrieben. Die fünf Stufen der Positiven Psychotherapie helfen, den Weg vom Konflikt zur Konfliktverarbeitung zu finden.

Praktisch sieht dies so aus, daß wir nach der Bedeutung fragen, die ein Symptom für einen Menschen und seine Gruppe hat und dabei auch die „positive" Bedeutung miterfassen: Welche positiven Aspekte hat das Erröten? Welche Vorteile bringen Hemmungen mit sich? Welche Funktionen erfüllen Schlafstörungen? Was bedeutet für mich die Tatsache, daß ich Angst habe? Welchen Sinn haben meine Schizophrenie-Symptome und welche Motive erfüllen meine Borderline-Beschwerden?

In diesem Sinn möchte ich Depressionen nicht nur als „das Gefühl des Niedergedrücktseins bei vorwiegend passiver Haltung" verstanden wissen, sondern auch als die Fähigkeit, mit tiefer Emotionalität zu reagieren, Angst vor der Einsamkeit ist nicht nur die Unfähigkeit, mit sich selbst auszukommen. Sie weist auch auf ein ausgeprägtes Bedürfnis, Beziehungen mit anderen Menschen aufzunehmen:

Eifersucht: Die Fähigkeit zu lieben, ohne sich so zu verhalten, um geliebt zu werden.
Existenzangst: Die Fähigkeit, für die Zukunft zu sorgen und sich nicht der Illusion der Sicherheit hinzugeben.
Manie: Die Fähigkeit, die Flasche nur halb voll zu sehen, sich selbst mächtig zu erleben und sich über die Kleinigkeiten des Lebens hinwegzusetzen.
Masochismus: Die Fähigkeit, dem Partner die Möglichkeit zu geben zu genießen.
Narzissmus: Die Fähigkeit, sich selber lieben zu können und zu vermeintlichen eigenen Schwächen als positiv zu erleben.
Paranoia: Die Fähigkeit, sich selbst als den Mittelpunkt der Welt und deren geheimnisvollen Mächten zu sehen.
Borderline-Erkrankung: Die Fähigkeit, sich nicht festzulegen.
Potenzstörung: Die Fähigkeit, sich aus dem Konfliktfeld der Sexualität zurückzuziehen.
Psychosomatische Symptome: Die Fähigkeit, durch Organsprache darauf hinzuweisen, daß zur Zeit kein anderes Mittel zur Konfliktverarbeitung zur Verfügung steht.
Sadismus: Die Fähigkeit, die aktive Rolle zu übernehmen.
Schizophrenie: Die Fähigkeit, untragbare Bereiche des Ich abzuspalten und die nicht befriedigende Umwelt durch eine phantastische Innenwelt zu ersetzen.

Diese Denkweise ist sicher für die meisten Menschen ungewohnt, da sie Störungen der Gesundheit und des Wohlbefindens mit traditionellen – meist pessimistisch getönten – Einstellungen verbinden. Die positiven Umdeutungen sind daher im wesentlichen Anregungen und Provokationen, überkommene Konzepte zu überdenken und im Einzelfall zu erwägen, ob nicht alternative Interpretationsmöglichkeiten und damit alternative Behandlungsformen vorhanden sind. Wir sehen ihre Aufgabe vor allem darin, den Patienten alternative Einstellungen zu ihren Erkrankungen zu ermöglichen und an die Flexibilität des behandelnden Therapeuten zu appellieren.

2. *Das inhaltliche Vorgehen:* Während in der Regel in der psychotherapeutischen, psychologischen und pädagogischen Literatur die funktionellen und dynamischen Zusammenhänge Berücksichtigung finden, ergab sich für uns die Aufgabe, systematisch und kritisch auf die Inhalte der Erziehung, der zwischenmenschlichen und innerseelischen Konflikte einzugehen. Mit anderen Worten: Man hat sich daran gewöhnt, danach zu fragen, wie etwas geschieht (Konfliktprozeß). Was geschieht, welche Inhalte es bestimmen (Konfliktinhalt), erschien bislang nur am Rande und dann eher als willkürlich ausgewähltes Beispiel. Die Frage nach den inhaltlichen Ursachen und Bedingungen von Störungen führte zu den Aktualfähigkeiten und Konzepten. Es geht darum, die familiären Spielregeln herauszuarbeiten, innerhalb deren körperliche oder seelische Symptome ihre Bedeutung erhalten und nach denen die Familie und ihre Mitglieder auftretende

Konflikte lösen. Dieses Vorgehen ermöglicht, sowohl auf bestehende Selbsthilfekapazitäten der Familie zurückzugreifen, als auch fokussierend familiäre Konflikte aufzuarbeiten.

Jeder Mensch besitzt nach Auffassung der PPT *zwei Grundfähigkeiten: Die Erkenntnisfähigkeit und die Liebesfähigkeit.* Je nach den Bedingungen seines Körpers, seiner Umwelt und der Zeit, in der eine Person lebt, werden diese Grundfähigkeiten im Verlaufe der Sozialisation unterschiedlich differenziert und durch die einzigartigen Bedingungen der individuellen Entwicklung geprägt.

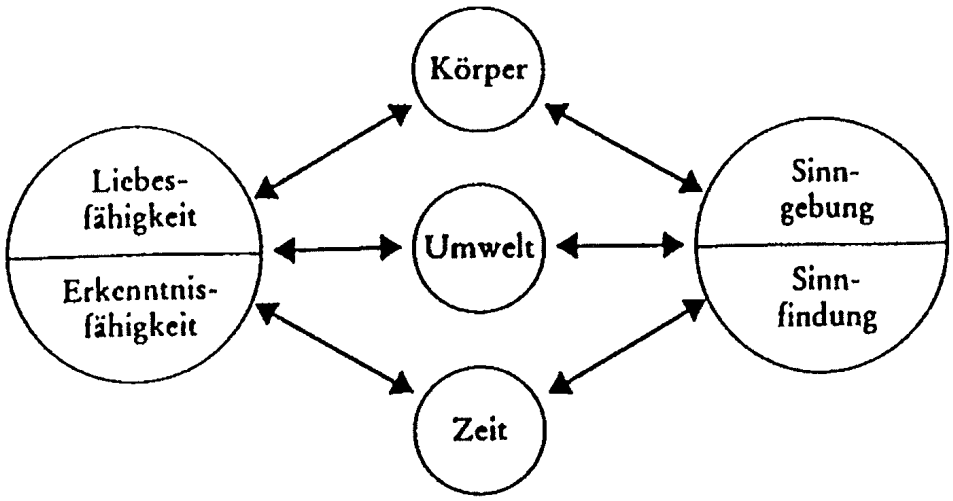


Abb. 1: Die Grundfähigkeiten und ihre Entwicklungsbedingungen zur Sinngebung (Religion) und Sinnfindung (Wissenschaft)

Die *Liebesfähigkeit* beinhaltet: die Fähigkeit, zu lieben und geliebt zu werden. Sie führt in ihrer weiteren Differenzierung zu den *primären Fähigkeiten* wie lieben können, Vorbild sein, Geduld haben, sich Zeit nehmen, Kontakte knüpfen können, zu Gewissheiten gelangen und Einheit herstellen können.

Die *Erkenntnisfähigkeit* umfaßt: Die Fähigkeit zu lernen und zu lehren. Aus der Erkenntnisfähigkeit entwickeln sich die sekundären Fähigkeiten wie Pünktlichkeit, Sauberkeit, Ordnung, Gehorsam, Höflichkeit, Ehrlichkeit/Offenheit, Treue, Gerechtigkeit, Fleiß/Leistung, Sparsamkeit, Zuverlässigkeit, Genauigkeit, Gewissenhaftigkeit. Die Inhalte der sekundären Fähigkeiten spielen in alltäglichen Beschreibungen und Wertungen und in der gegenseitigen Partnerbeurteilung eine entscheidende Rolle. Auf Sekundärfähigkeiten bezogene Erfahrungen können sich folgenreich auf die Stimmung und das körperliche Befinden auswirken. So können beispielsweise Pedanterie, Unordnung, ritualisierte Sauberkeit, Unsauberkeit, übertriebene Pünktlichkeitsanforderungen, Unpünktlichkeit, zwanghafte Gewissenhaftigkeit oder Unzuverlässigkeit außer zu sozialen Konflikten auch zu psychischen psychosomatischen Verarbeitungen führen – wie z. B. Ängsten, Aggressionen und Depressionen – mit ihren Begleiterscheinungen

Die primären und sekundären Fähigkeiten bezeichnen wir als Aktualfähigkeiten. Diese werden als *Konzepte* in das Selbstbild aufgenommen und bestimmen die Spielregeln dafür, auf welche Weise man sich und seine Umwelt wahrnimmt und wie man Probleme angeht.

Die Aktualfähigkeiten stellen die inhaltlichen Bezüge psychodynamischer Vorgänge dar. Auf der Grundlage seiner umfangreichen transkulturellen Studien und der Fachliteratur erarbeitete Peseschkian (*Peseschkian* 1994; *Peseschkian & Deidenbac*h 1988) eine Liste von alltagssprachlich formulierten Aktualfähigkeiten, die der systematischen inhaltlichen Erfassung der Persönlichkeiten dienen sollen.

Von diesem Ansatz aus können Neurosen, Psychosen, Borderline-Erkrankungen und psychosomatische Störungen als einseitige Differenzierungen der Aktualfähigkeiten betrachtet werden, die sich als „Störungen im innerseelischen und als Konflikte im zwischenmenschlichen Bereich ausdrücken" (*Peseschkian* 1990). Ziel der Therapie ist es, die bestehenden Einseitigkeiten durch Relativierung der betroffenen Aktualfähigkeiten zu beseitigen.

3. Die fünfstufige Positive Psychotherapie: Als weitere Motivation lag die Notwendigkeit zugrunde, die Strategie einer konfliktzentrierten Psychotherapie zu entwerfen, die möglichst ökonomisch und wirksam ist. Sie gliedert sich in die Stufen der Beobachtung/Distanzierung, Inventarisierung, situativen Ermutigung, Verbalisierung und Zielerweiterung. Die „fünf Stufen" sind ein Rahmenmodell dafür, wie auch verschiedene psychotherapeutische Richtungen miteinander arbeiten können.

Das fünfstufige Vorgehen in der Therapie und Selbsthilfe

Die therapeutischen Schwerpunkte und Vorgehensweisen können folgendermaßen kurz umrissen werden:

1. Stufe der Beobachtung/Distanzierung: Welche Symptome und Beschwerden liegen vor? Erstmaliger Symptombeginn? Beschwerdenauslösende Momente? Wo und wie ist der Patient behandelt worden? Welche Erklärungen wurden für die Krankheit gegeben? – Positive Deutungen, transkulturelle Beispiele, Sprachbilder.

2. Stufe: Inventarisierung: Mit welchen Ereignissen wurden der Patient und seine Familie in den letzten 5-10 Jahren konfrontiert? Wie wurden sie verarbeitet (vier Formen der Konfliktverarbeitung)? Welchen Einfluß haben die Ereignisse auf das allgemeine Wohlbefinden, den Beruf, die Partnerschaft, die Familie und andere zwischenmenschliche Beziehungen und Zukunftsperspektiven gehabt? Welche der Aktualfähigkeiten wirken mikrotraumatisch?

3. Stufe: Situative Ermutigung: Welche positiven Auswirkungen haben die Lebensereignisse und Konzepte auf den Patienten und seine Familie? Positive (konfliktarme) Anteile beim Symptomträger und seiner Familie bewußt gemacht und kontinuierlich ermutigt. Medikation? Physika-lische Behandlung? Diätmaßnahmen? Entspannungsverfahren? Intervalltraining?

4. Stufe: Verbalisierung: Welche 3 Probleme möchte der Patient und seine Familie in den nächsten 3 - 5 Wochen angehen? Probleme werden verbalisiert, konkretisiert und die Kommunikation und / oder Lösungswege in der Familie (Partner- und Familiengruppe) trainiert.

5. Stufe: Zielerweiterung: Welche Ziele haben die einzelnen Mitglieder der Familie in den nächsten 3 - 5 Jahren (Monaten, Wochen, Tagen)? Was würden Sie tun, wenn sie keine Probleme mehr hätten?

Diese „fünf Stufen" stellen auch ein Rahmenmodell dafür dar, wie verschiedene therapeutische Richtungen miteinander (integrativ bzw. ergänzend) arbeiten können – die PPT und PFT (Positive Familientherapie) verstehen sich in diesem Sinne als interdisziplinäre Ansätze.

Hilfen zum Standortwechsel

Ein Medium, die Ressourcen der Patienten zu mobilisieren, statt beharrlich altbekannt Probleme zu wälzen, sind Geschichten und Spruchweisheiten, die vom Therapeuten als Gegenkonzepte angebracht werden können.

Viele Geschichten, Parabeln, Gleichnisse, Weisheiten und Sprichwörter erleichtern den gedanklichen und emotionalen Vollzug eines Standortwechsels. Sie erreichen dies durch ihre bildhafte Sprache, die nicht nur das logische Denken, sondern auch die Phantasie, Intuition und Kreativität anregt. Darüber hinaus sind sie Modell und Vorbild und erlauben über eine Identifikation mit dem „Helden", neue Lösungsmöglichkeiten in der Phantasie auszuprobieren. In Erziehung, Selbsthilfe und „Volkspsychotherapie" haben die Geschichten schon immer ihren Platz. Aber auch im Rahmen einer kritischen Selbsthilfe und einer modernen Psychotherapie können sie den Beteiligten wichtige Anstösse bieten (*Peseschkian*, 1979).

Sprachbilder und Volksweisheiten

Doppelte Buchführung; Irren ist menschlich; wie im Irrenhaus; du hast nicht alle Tassen im Schrank; das macht mich verrückt; du bist verrückt, mein Kind, du musst nach Berlin, wo die Verrückten sind, da gehörst du hin (Operette von *Strauß*); viele verlieren den Verstand nicht, weil sie keinen haben (*Schopenhauer*); sobald man spricht, beginnt man schon zu irren (*Goethe*); die Irrtümer des Menschen machen ihn eigentlich liebenswürdig

Schizophrenie und Borderline-Erkrankungen

Die Vertreter der Schizophrenieforschung wie *Bleuler* (1972), *Janzarik* (1959), *Süllwold* (1975, unveröffentlichtes Manuskript), *Battegay* (1981), *Ammon* (1987), *Kabanov* (1999) und *M. Ammon* (1999) haben sich auf folgende Formel geeinigt: 3 Kategorien sind für die Entstehung und Symptomatik der Psychosen zu berücksichtigen: 1) Anlagefaktoren; 2) somatische Faktoren; 3) psychoreaktive Faktoren. Der Streit geht wohl zur Zeit eher darum, welche Gewichtung die einzelnen Faktoren erfahren sollen. Diese Frage besitzt nicht nur wissenschaftliche Relevanz. Von ihrer Beantwortung hängt ab, wie ein Patient behandelt wird. Dabei stehen drei extreme Behandlungsformen zur Auswahl:

1. die Verwahrung des Kranken;
2. medikamentöse Behandlung;
3. Psycho- und Sozialtherapie.

Schizophrenie: Mit Schizophrenie wird eine Gruppe äußerst verschiedener Krankheitsbilder bezeichnet. *Kraepelin* (1883) sah das Kennzeichen der Schizophrenie in der frühzeitigen Verblödung. Der Begriff der Schizophrenie, d. h. Spaltungsirresein, stammt von *Bleuler* (1983). Schizophrenie gilt als eine typische Persönlichkeitsstörung. Die Werkzeuge des Gedächtnisses, der Intelligenz sowie das Bewußtsein sind nie primär gestört. Die Psychose führt nach der gängigen psychiatrischen Beschreibung zum Kontaktverlust mit der bisher vertrauten normalen Welt (Kontakt) und zum Einbruch einer fremdartigen psychotischen Welt. Es zeigen sich folgende *Primärsymptome:* Störung der Affektivität, Denkstörung und Störung der Person. Als Sekundärsymptome gelten katatone Erscheinungen (motorische Störungen), Halluzinationen (Sinnestäuschungen) und Wahnideen.

Literaturvergleich

Gerade den schizophrenen Kranken hat man in früheren Zeiten und gelegentlich auch heute noch besondere Fähigkeiten zugeschrieben. So bewunderte man das Pathos, die gehobene Sprache und den Tiefsinn der Kranken. *Jaspers* (1948) schrieb ihnen ein sublimes Verstehen und Geistesoffenbarungen zu.

Die Frage der Schizophreniegefährdung und der auf diese Erkrankung hinweisenden Vorsymptome und Signale wird von *Süllwold* (1975) untersucht. Auffallend ist nach dieser Untersuchung die Übereinstimmung der Klagen bezüglich der Blockierungen und Störungen der Sprachauffassung des Sprechers. Ebenso auffällig sind die Klagen über Motorik und Automatismenverlust. Dieser zeigt sich in der mühsamen und angestrengten Konzentration bei täglichen Routinearbeiten. Die Kranken versagen bei den kleinen Tagesanforderungen, werden mit Haushalt und

persönlicher Pflege nicht mehr fertig usw. Der Tagesablauf wird ungeordnet, weil die Gewohnheiten verloren gegangen sind und alles neu überlegt werden muß. Dies tritt zeitweilig zu Beginn der Erkrankung auf. *Ammon* (1987) diskutiert Phänomenologie, Genese und Therapie der nicht schizophrenen Erkrankung auf dem Hintergrund des Persönlichkeitsmodells der Dynamischen Psychiatrie, das den Menschen ganzheitlich in seinen gruppendynamischen, sozialenergetischen und des humanstrukturellen Aspekten betrachtet.

In orientalischen Ländern werden die Patienten, die innerhalb des festen Verbandes der Großfamilie leben, so lange wie möglich in der Familie belassen. Diese wehrt sich sogar häufig gegen eine Ausgliederung des kranken Familienmitgliedes. Die Umwelt zeigt sich sehr besorgt, bietet Hilfestellungen an durch Besuch, Geschenke und dergleichen. Doch gerade von dieser Seite her droht Gefahr, nämlich dadurch, daß die volkspsychotherapeutischen Hilfeleistungen wenig sachlich, dafür emotional bedrängend, einengend und für den Patienten beängstigend wirken; nicht, weil der Kontakt pathogen wirkt, sondern weil die volkspsychotherapeutischen Maßnahmen zu wenig differenziert sind und nicht ausreichend auf die Bedürfnisse des Kranken eingehen.

Pfeifer (1967) beobachtete anhand transkultureller Studien, daß sich Geisteskranke in unterschiedlichen Kulturkreisen ähnlicher sind als gesunde Individuen der betreffenden Gebiete. Transkulturelle psychiatrische Untersuchungen können nach *Hinterhuber* (1987) das Wesentliche und Universelle von Randphänomenen und Unwichtigem unterscheiden.

In meinen transkulturellen Untersuchungen fand ich bei Schizophrenen eine feinere Sensibilität gegenüber Konflikten, während ihre Familienmitglieder diesbezüglich oft indolent erschienen. Bei der paranoischen Form: Betonung von Phantasie und Tradition (z. B. als Gerechtigkeitswahn, religiöser Wahn, Treuewahn, Höflichkeitswahn etc.). Bei hebephrenen Formen: die Fähigkeit, sich aus dem Feld der Leistungsanforderungen (Aktualfähigkeiten) zurückzuziehen und sie in Frage zu stellen. Bei Katatonen: die Neigung, sich motorisch zurückzuziehen bzw. umgekehrt Erregung durch unkoordinierte Bewegungen auszutragen. Die Beobachtungen sind noch ausbaufähig: Auf welche Inhalte bezieht sich der Wahn? Welche Aktualfähigkeiten sind noch relativ stabil? (differenzierungsanalytisches Inventar – DAI; *Peseschkian* 1977 und 1993). Auf welche Medien bezieht sich die Symptomatik? Bevor man das Urteil „angeboren" oder „endogen" fällt, sollte man sich fragen, was bisher mit dem Kranken gemacht wurde. Man sollte die Familie und das soziale Milieu als Therapeuten einsetzen.

Praktisches Vorgehen

Das Modell der Positiven Psychotherapie ermöglicht auch in solchen Fällen die Erfassung einer sehr differenzierten Selbstdarstellung, die man von den Wahnschilderungen her für unmöglich gehalten hätte. Ein gutes

Beispiel – nachstehend dargestellt – ist eine 51jährige Patientin, deren Krankheit von Fachkollegen einmal als Defektzustand einer paranoid-halluzinatorischen Psychose, dann wieder als chronische Wahnkrankheit diagnostiziert wurde. Bei ihr war Gerechtigkeit das Leitthema, um das herum eine Anzahl von erlebten Gerechtigkeits-Ungerechtigkeits-Situationen gruppiert waren. Es schien, als laufe bei ihr ein „Gerechtigkeitsprogramm" ab, das sich zeitweise der Realitätskontrolle entzog.

Therapeutisch ergeben sich im vorliegenden Fall wie in den meisten Fällen schizophrener und Borderline-Erkrankungen drei Möglichkeiten, die wie die Glieder einer Kette ineinandergreifen:

1. Auf positive Fähigkeiten achten: Die konflikthaften Aktualfähigkeiten und die mit ihnen korrespondierenden stabilen Fähigkeiten werden in einen Therapieplan einbezogen. Es geht dabei darum, daß der Patient einerseits auf der Grundlage der Fähigkeiten, über die er verfügt, eine gewisse Stabilität erreicht, zum anderen darum, daß die Minussymptomatik der anderen Aktualfähigkeiten durch Training behandelt wird. Bei der Patientin mit Affektpsychose haben wir im Sinne der Positiven Psychotherapie erst einmal die Sauberkeit thematisiert und dort, wo sie realitätsgerechte Verhaltensweisen zeigte, mit Lob und Anerkennung nicht gespart. Ziel war es, die verlorengegangene Selbstsicherheit wiederherzustellen und eine Tragfähigkeit zu erreichen, die zumindest das nachfolgende Verhaltenstraining aushalten könnte. In diesem Sinne wurden auch die anderen Aktualfähigkeiten angesprochen.

2. Den Patienten schonen: Gerade schizophrene und Borderline-Patienten, deren Erlebniswelt als labil und bedrohlich erscheint, sprechen gut auf therapeutische Vorgehensweisen an, die nicht direkt und frontal, sondern über ein Medium vorgehen und ihn damit schonen. Diese Mediatoren sind in der Positiven Psychotherapie Konzepte und Gegenkonzepte, Mythologien und Geschichten. Dabei wird eine Fähigkeit angesprochen, die bei schizophrenen Patienten stark ausgeprägt ist, nämlich die Phantasie. Der Patient, der ohnehin schon in seiner Realitätskontrolle eingeschränkt ist, wird damit nicht vorzeitig mit der Forderung nach Realitätskontrolle überfordert, sondern kann innerhalb des Mediums seine Konflikte zu lösen versuchen.

3. Familie als Therapeut: Für die Entstehung der Schizophrenie und ihren Verlauf spielt die Reaktion der Umwelt auf den Patienten eine erhebliche Rolle. Aber auch die Aussichten auf eine Heilung oder Besserung oder Rehabilitation stehen in enger Beziehung zu der Reaktion der Umwelt auf den Kranken und dessen Symptomatik. *Schüttler* et al. (1979) stellten fest, daß die geringste Besserungsquote bei der Gruppe von schizophrenen Patienten zu finden war, deren Bezugspersonen hilfsbereit, doch unsachlich auf die Krankheit reagierten. In dieser Gruppe befinden sich v. a. Eltern und Ehepartner, die mit übertriebener Fürsorge reagierten. Das günstigste Ergebnis fand sich in der Gruppe mit hilfsbereit-sachlicher Haltung der Bezugspersonen. Erstaunlich ist, daß die Ablehnung der Kranken allem Anschein nach weniger ungünstig wirkte als die hilfsbereit-unsachliche Beziehung.

4. Die Positive Psychotherapie sieht die Bezugspersonen als einen wesentlichen Träger der Therapie. Gerade dort, wo zunächst nicht unmittelbar therapeutisch auf den Patienten eingewirkt werden kann, kann dessen Bezugsperson auf ihre Aufgabe im Verhältnis zum Kranken vorbereitet werden. Diese Methode ist allein deshalb notwendig, weil der schizophrene Patient eine dauerhaft sachliche Zuwendung benötigt. Beim Therapeuten ist er allenfalls ein- bis zweimal in der Woche; seine Bezugsperson hingegen ist täglich 8 – 24 Stunden mit ihm zusammen. Sie kann allein auf Grund ihrer großen zeitlichen Möglichkeiten und des häufigeren Kontakts viel intensiver therapeutisch oder auch pathogen einwirken.

5. Gerade die therapeutische Kapazität gilt es bei der Behandlung von schizophrenen Patienten zu nutzen. Mit den Bezugspersonen werden in dem fünfstufigen Behandlungsplan:

- die Distanzierung von konflikthaften Verhaltensformen im Umgang mit den Patienten gelernt;
- Missverständnisse (v. a. Relativität der Werte und Einzigartigkeit) durchgearbeitet;
- die selektive Ermutigung hinsichtlich einzelner stabiler Aktualfähigkeiten praktiziert und Verhaltensprogramme hinsichtlich einzelner Aktualfähigkeiten durchgeführt;
- der verbale Umgang mit dem Patienten trainiert sowie der Versuch gemacht, in der Familie mit dem Patienten durch Gespräche Konfliktlösungen herbeizuführen und im Rahmen der Zielerweiterung die Selbstverwirklichung des Patienten zu erleichtern, zumindest aber ihr nicht im Wege zu stehen.

Vor allem kommt es meiner Erfahrung nach darauf an, daß die Bezugspersonen auf die Missverständnisse hin sensibilisiert werden, die im Zusammenhang mit den Interaktionsstadien Verbundenheit, Unterscheidung und Ablösung in ihrem Verhältnis zum Kranken aufgetreten sind.

Schizophrenia and Borderline Disease

Nossrat Peseschkian (Wiesbaden)

The Three Pillars of Positive Psychotherapy

Patients do not simply suffer from their illnesses and disorders, but also from the hopelessness that is suggested to them by the diagnosis itself. This state of affairs is historically and culturally determined. As a result, the description of human capabilities and disorders is not based solely on one model; it can include other models of thought derived from other people's behavior, other theoretical constructs, and other cultures.

Since 1968 the author has been working on a new concept of self-help

and psychotherapy which is called Positive Psychotherapy. The principles and techniques of this method are explained in detail in his book *Positive Psychotherapy and Psychosomatic.* In this book the author discussed how this concept can be applied within the framework of schizophrenia and borderline disease.

1. The Positive Starting Point

While many of the psychotherapeutic procedures in use today begin with disorders and illnesses, preventive medicine and psychotherapy call for a method that includes the person's abilities and developmental possibilities as well as his disorders. Through its involvement with elementary human capabilities, the basic capabilities and the actual capabilities. Positive Psychotherapy is in a good position to treat people of various social classes and to illuminate transcultural problems. This starting point presupposes an answer to the two questions:

What do all people have in common? In what ways are they different?

The term „positive" is usually used as a moral category. Regardless of the value judgement designated as „positive", it depends on the value system which sets the standards for good and bad.

The relational system is what Positive Psychotherapy investigates. Here *positive* takes on an additional meaning. As in its original usage (Latin *positum*), it refers to what is factual and given. Factual and given things are not necessarily conflicts and disorders, but also the capabilities inherent in every human being. We do not mean that everything should be looked at in a positive light; rather, Positive Psychotherapy tries to differentiate between the critical behavior and the capabilities. Only through this process we can separate stable, less conflictual behavioral components of the symptoms. This process prepares the patient and his environment to deal with existing problems in more different ways.

In order to understand observed behavior, we need background information which will give us the criteria for making judgements later on. This means we must examine both the transcultural conditions and the personal circumstances which give meaning to the individual's behavior.

The transcultural view begins with the realisation that the realisation to an ailing person varies from culture to culture. There are also differences in how one face the suffering and evaluates the illness subjectively. Furthermore, the family and the group – regardless of the cultural setting – can react to the patient in different ways.

We try to describe general concepts of medicine, psychotherapy, and psychiatry in terms of Positive Psychotherapy, to make new ways of thinking accessible to the patient and to provide the stimulus for a new orientation within therapy and self-help.

Our answers to the questions allow us to accentuate the common grounds for understanding and hence produce an adequate basis for therapy. Through the positive interpretations of symptoms used in the Positive Psychotherapy the patient should be enabled to find access to his underdeveloped basic capacities.

Examples of positive symptoms interpretations are:

Depression: The ability to react to conflicts with deep emotionality.

Borderline Disease: The capacity not to become set in one's way.

Fear of Loneliness: Pronounced need of relationship with others.

Schizophrenia: In its paranoid form: stress on fantasy and tradition (e. g. justice mania, religious mania, faithfulness mania, etc.). In hebephrenic forms: ability to withdraw from the field of achievement demands (actual capacities) and to call them into question. In the catatonic form: to withdraw motorically, or, vice versa, to obtain stimulation from uncoordinated movements.

In Positive Psychotherapy that patient gives up his role as the patient and becomes aware of the possibilities available to him for self-help. The positive process allows us to accentuate the common grounds for understanding within the family and thus to produce a bases for the therapy. This then enables us to deal with the family disorders in a systematic way.

2. The Process with Regard to Contents

It is generally the case that functional and dynamic connections are given careful attention in psychotherapeutic, psychological, and pedagogical literature. We, however, have made it our task to critically and systematically examine the contents of education (upbringing), of inner conflicts, and of conflicts between people. In other words, people generally tend to ask about how something happens (conflict process). What happens and the contents that determine it have until now been tangential subjects, treated at best as arbitrarily selected examples. Our inquiry into the content causes and conditions for disorders led to the actual capabilities and concepts. It is a matter of working out the family's game rules which give special meaning to physical and mental symptoms and determine how the family tends to deal with conflicts which might arise. This process of looking at the game rules thus enables us to accomplish two things. We can identify the family's existing capacity for self-help and the same time work through the conflicts in the family.

Classical psychiatric hallucinations can be understood from this angle: *Jealousy mania:* fantasy in connection with sexuality, faithfulness, trust, and instrumentalities of the senses.

Delusions of grandeur: fantasy in connection with religion, achievement/success, prestige, thrift, contact, and the instrumentality of reason.
Persecution mania: fantasy in connection with justice, obedience (rebellion and submission to authorities conceived of as all-powerful), and the instrumentality of reason.

3. The Five-Stage Positive Psychotherapy

1. Observation/distancing: the patient summarizes (if possible in a written form) his subjective view of his momentary conflicts. The therapist applies positive interpretations of symptoms, using metaphors and folk knowledge which should enable the patient to gain more distance from his problems and finally lead to an expansion of his perspective on the problems.
2. Taking inventory: using the four domains of life quality, the patient is asked to elaborate on ten life events he has experienced over the last five years (micro-trauma theory) and explain how he handled or solved these and where he learnt how to do this. At this stage, the patient should move from symptom to conflict. The patient's psycho-social and spiritual point of view are scrutinized here.
3. Situational encouragement: taking personal resources as a focus and wanting to encourage the patient to find solutions to yet unsolved problems, we ask in this stage: „Which problems have you already solved and what did you learn while solving them"?
4. Verbalization: the goal of this stage consists of working out the patient's motivation behind these conflicts. The patient is asked: „Which conflicts are still unsolved and which four problems would you like to handle in the next eight weeks?" In addition, the conflicts identified are treated and specific techniques are taught to the patient with the aim of active help to solve his problems.
5. Expansion of goals: in order to evoke a forward-looking orientation in life after he has solved the problems, the patient is asked: „What would you like to do, if no more problems are left to be solved? Which goals do you have for the next four years with regard to the four domains of life quality? Please name three new goals."

These „five stages" constitute a model with which different psychotherapeutic schools, even those which differ greatly, can work together.

This short review describes the most important steps in Positive Psychotherapy. We have experience of using this method in dealing with conflicts concerning substance-related disorders and other forms of dependency, marital problems, educational problems, depression, phobic disorders, sexual disturbances, schizophrenia, borderline diseases, and psychosomatic complaints. As a rule, considerable improvement or cure could be achieved within the framework of short-term therapy.

Literaturverzeichnis:

Ammon, G. (1987): Schizophrenie – ein ganzheitliches Geschehen. In: Dyn. Psychiat. (20) 1-23
Ammon, M. (1999): Schizophrenie und Borderline-Erkrankung aus humanstruktureller Sicht. In: Dyn. Psychiat. (32) 1 - 21
Battegay, R. (1981): Grenzsituationen. (Bern / Stuttgart / Wien: Huber)
– (1986) Psychoanalytische Neurosenlehre. (Frankfurt am Main: Fischer)
Bleuler, E. (1983): Lehrbuch der Psychiatrie. 15. Aufl. neu bearbeitet von *M. Bleuler*, (Berlin/ Heidelberg / New York: Springer)
Freud, S. (1942): Gesammelte Werke, Bd. V, S. 20ff., London. In: *Kemper, J.* (1989): 58
Janzarik, W. (1959): Dynamische Grundkonstellation in endogenen Psychosen. (Berlin/ Göttingen / Heidelberg: Springer) (Monographien „Gesamtgebiet Psychiatrie")
Jaspers, K. (1948): Allgemeine Psychopathologie. (Berlin / Göttingen / Heidelberg: Springer)
Peseschkian, N. (1977): Positive Psychotherapie. (Frankfurt am Main: S. Fischer)
– (1979): Der Kaufmann und der Papagei. (Frankfurt am Main: S. Fischer)
– (1983): Psychosomatik und Positive Psychotherapie. (Frankfurt am Main: S. Fischer)
Pfeifer, W. M. (1967): Psychiatrische Besonderheiten in Indonesien. (Basel/New York: Karger) Beiträge zur vergleichenden Psychiatrie. Bibliotheca psychiatrica et neurologica 132

Weitere Literatur beim Verfasser

Adresse des Autors:

Dr. med. Nossrat Peseschkian
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Facharzt für Psychotherapie / Facharzt für Psychotherapeutische Medizin
D-65183 Wiesbaden, Kaiser Friedrich Residenz Langgasse 38 – 40
Tel. 0611 / 37 37 07, Fax 0611 / 39 99 0, email: peseschkian@t-online.de

Neuroses in the Light of Socio-Economic Transition in Russia ***

Boris D. Karwassarsky*, V. V. Kostereva-Karwassarskaya** (St. Petersburg)

The changes taking place in Russia in the last ten years give an opportunity to study the psychological mechanisms of neurotic disorders with regard to the changes in their epidemiological indices. With the increased frequency of dysadaptation states as a background, the number of all types of neuro-psychic disorders in the country is also growing. However, the number of neuroses proper tends to decrease. The situation that existed in Russia till 1985 was of a more socially protective nature, i. e. a neurotic patient was able to use the entire range of services provided by socialist health care giving structures not fearing that his disease would affect in some or other way the evaluation of his social and industrial functioning. The number of neuroses in Russia is decreasing since the people become more and more orientated at new aims in the sphere of labour and other activities which presuppose the manifestation of their own activity and initiative. If we take into consideration the fact that in the genesis of neuroses of considerable importance is the self-regulating ability that includes not only psychophysiological homeostasis, but, with regard to the social determinatedness of human structure, the realisation of values conditioned by social environment as well, the decrease in the number of neuroses in contemporary Russia seems to be quite explicable.

Changes occured in Russia in the last decade give us the opportunity to study the psychological mechanisms of the neurotic disorders taking into account the changes in the epidemiological figures. On the background of growth of the number of maladaptive states because of the experiencing of the feelings of unsafety, uncertainty, indefinity, anxiety, selfworthlessness, that the life is meaningless, the number of all groups of mental disorders is constantly increasing, especially the borderline disorders,(decompensation of personality disorders, social stress disorders, PTSD; *U. A. Alexandrovsky, B. D. Karvassarsky, B. A. Kazakovtsev*). However the number of neurosis itself, as they are understood in dynamic psychiatry and psychotherapy, and also in the system of personalilty-oriented (reconstructive) psychotherapy - the main variant of dynamic psychotherapy in Russia has the tendency to decrease that is proved by out- and in-patient health care practice. The situation in Russia till 1985 has been socially favorable: the patient suffered from neurosis could use all the possibilities available in socialist health-care system (the treament was free of charge, including psychotherapy, as a matter of fact there was unlimited duration of treatment with full-payed sick-certificate, the patient didn't have any fears that the illness could interfere his social image and - professional functioning. We

* Prof., Dr. med., Chefpsychotherapeut des Gesundheitsministeriums Rußlands, Präsident der Russischen Psychotherapie Gesellschaft (RPA), Institut W. M. Bechterew, St. Petersburg

** Dipl.-Psych., Mitarbeiterin des Institut W. M. Bechterew, St. Petersburg

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

have less neurosis in Russia because the main part of the population gives up the parasitizing attitudes and builds up new ones to work and activity, showing up their own initiative and activity. If we take into account that self-regulation ability plays an important role in the origin of neurosis, that includes not only psychophysiological homeostasis, but also considering the social determination of the human nature, realisation of values defined by social environment, the decrease of neurosis morbidity in Russia can be quite obvious and explicable. The dynamic of neurosis morbidity in the process of changes, taking place in Russia, not denying its biopsychosocial nature, proves again the importance of personal-psychological factors in the origin of the neurotic disorders.

The problem of intrapsychic conflict plays the central role in the study of psychological mechanisms of neurosis elaborated in Bekhterev Institute (St. Petersburg, f. e. *V.N. Myasitschev*). The psychological conflict in neurosis is defined as incompatibility,crash of contradictive personal attitudes. Hereby it should be admitted that here is considered the disturbance of general especially important for this individual attitudes and what is typical for the conflict, emotional problems become the source of neurosis only if they occupy the central part in the system of personal attitudes to reality.

Because of the social-economic changes in Russia it's a matter of greate interest to consider the difference in the content of conflicts in neurosis during the last 3 decades (*V. V. Kostereva-Karvassarsky*).

In the study of neurotic conflicts besides clinico-psychological method , the projective techniques and special questionary elaborated in the Neurosis Clinic in the Warshaw Institute for Psychiatry and Neurology were used. The analysis of the data results of the psychological content of neurotic conflicts collected in the period mentioned above in the neurosis and psychotherapy department of Bekhterev Institute let us to make the following conclusions.

In the 70-ies the most frequent in neurosis was the intrapsychic conflict between the need in appropriate social approval of the social-work activity and personal qualities and frustration of this need in totalitarian society, where the man was considered as a small part a so-called „screw" in the state system, whose whole life was defined and depended on the communist-burocratic nomenclature.

Then the psychological content of the conflicts in neurosis was changed to experiencing of one's own worth, readiness to realize such fundamental qualities as self-confidence, self-consciousness, sociability, spreading of social approved self-actualisation sphere under the new social conditions in accordance with social-economic changes followed by the changes in the public consciousness.

In the late 80-ies the most typical for neurotic patients became the conflicts connected with the contradictions in need of independence on one hand and dependence, wish of protection and help on the other, between

one's own norms and tendency to aggressive behavior, between the level of ambitions and possibilities.

In the middle of 90-ies were still important the conflicts typical for the last 2 decades, however their frequency and intensity have changed. On the foreground came the contradiction between endeavour to satisfy one's own needs and the demands of social environment, then between the social norms and tendency to aggressive behavior between the need in independence and dependence.

It's obvious that in the last 2 decades the content of neurotic conflicts as a whole was in accordance with formation of new social consciousness.The changes in the psychological base of neurotic disorders led to the according changes in goals, tasks and methods of psychotherapy. It became more and more recognized that psychological problematic in neurosis, as the main cause of the origin and fixation of neurotic symptomatic, has changed dramatically during the social-economic revolution in Russia, and that's why they can't be treated only with the help of directive, mainly suggestive psychotherapy (first of all hypnotherapy) that was so typical for the totalitarian society and the main method for the last decades. In the recent decade deep changes are taking place in psychotherapy in Russia, it becomes more and more oriented to the improving of human psychological and social functioning, to develop one's own potency, hereby the directive methods are consequently followed by personal and social oriented ones (*G. L. Isurina*).

Social-economic changes in Russia and the according changes in public consciousness, deilogization in psychotherapy lead to the recognition of the importance of the role of psychotherapy not only in medicine but also in the fulfillment of the complex programs dealing with the preservance and restoration of the national mental health. It means the shift from the rigid medical model of psychotherapy to the recognition of psychological , social and the other models in psychotherapy: the renaissance of the interest to the theory and practice of long-term dynamic oriented psychotherapy, but at the same time because of the financial difficulties it is necessary to vigorously search the integrative effective short-term methods, mainly cognitive-behaviorly oriented. Taking into account the boom of the alternative medicine in the population it is the matter of greate importance to elaborate state-legislative standards of psychotherapeutic education and practice (*B. D. Karvassarsky, B. A. Kazakovtsev*).

At present time we have about 300 000 of the alternative healers in Russia. The peculairity of the alternative medicine for the time being in Russia includes that it becomes more and more the part of parapsychology (mental ontology) including the distant translation of mental images and mind reading, telepathy, diagnostic of the state of internal organs with the help of distant hand contact with the human body (paranormal diagnostic) etc.

The common that unites the adepts of these directions is the denial of difficult long way of the percieveness for the snap-shot, fast way of the outer

world perceiveness with the help of flashes, insights, enlightnesses . On this way it is necessary to have professional education and to search for the authentic scientific knowledges with the help of more and more sophisticated equipment, because for the perceiving of different natural phenomenas and human body it 's quite enough to establish parapsychological contact with the help of hands.

The definite stability of the alternative ideas, decrease of the respect and interest to science, to the authentic scientific knoweledges in Russia, comprehended by the general crisis of belief in the end of the 20 century in the public consciousness can be explained by different issues.

Let me show you a few more examples to illustrate the changes taking place in the psychotherapy in Russia now.

It should be admitted the tendency to create transmodel systems of psychotherapy with involvement in the process of psychotherapy besides psychotherapists medical doctors, clinical psychologists and social workers with special additional education.The state-legislative standards of the team-working forms in psychiatry and psychotherapy brought about the need to increase the staff of psychotherapists, clinical psychologists and social workers in the institutions of mental health services. As a new form of education of clinical psychologists and social workers the faculties of clinical psychology and social work has been founded in Medical High Schools, their main task is from one side to improve the quality of education of medical students in general, clinical and social psychology and from the other side to increase the number of clinical psychologists and social workers as the representatives of new occupations in medicine.

Like in Germany, where the addition to the Bundestag law on 16 of june was approved the issues of the involvement in independent psychotherapeutic practice of clinical psychologists under the conditions of their additional special training are widely being discussed in psychiatric and psychotherapeutic society. To increase the number of the participants of the psychotherapeutic mental health care of the population - is not only the demand of the growing need in psychotherapy but also it is closely connected with mentioned above still difficultly resolving problems of the alternative psychotherapy.

In accordance with the decision of the President of Russia and the goverment of Russian Federation about the Renaissance of filosophical, clinical and applied psychoanalysis in Russia the appropriate project of the order of the Ministery of Health was prepared. Taking into account all the difficulties we have to deal with on this way we can't deny the importance of psychoanalysis as the fundamental base in psychotherapeutic education and practice.The scientific friendships connections between Russian Psychotherapy Association and German Academy of Psychoanalysis, World Association of the Dynamic Psychiatry and Clinic for the Dynamic Psychiatry Menterschwaige (*Günter Ammon*) play an important role in the renaissance of psychoanalysis. I'd like to stress the very special role of Mrs.

Maria Ammon, who supports the organization of several departments of dynamic psychiatry in the Mental Health Hospitals in Russia, gives a hand in the training of russian psychiatrists and psychotherapists, who will work in these departments, namely with the help of scientific and professional exchange programs between russian and german specialists. Some of the russian participants arrived at the Congress are loking forward to improve this mutual cooperation. In order to perceive the importance of the matter we could recollect the joy and vividness of Prof. *Ammon* reaction when just the word „unconsciousness" was mentioned in the papers of russian participants at the Congresses in former DDR and in Tbilisi in Russia in 70-ies.

The formation of modern russian psychotherapy on the background of more than 100 years of positive and negative experience of the world psychotherapy allowed us to make the realistic and at the same time creative shift from the psychotherapy of the totalitarian society to its modern kinds. The experience of the establishment of psychotherapy in Russia under the conditions of the incredible experiment in vivo, taking into account its sizes multicultural character and the rapidness of the occuring changes, can be very useful for the elaboration of of the theoretic, methodological, organizational and transcultural issues of psychotherapy in other countries, and as a whole for the psychotherapeutic theory and practice.

Neurosen im Licht sozial-ökonomischer Veränderungen in Rußland

Boris D. Karwassarsky , V. V. Kostereva-Karwassarskaya (St. Petersburg)

Die Veränderungen, die in den letzten Jahrzehnten in Rußland passieren, geben uns die Möglichkeit, die psychologischen Mechanismen neurotischer Störungen unter Berücksichtigung von epidemiologischen Häufigkeits-Veränderungen zu erforschen. Es zeigt sich eine Zunahme von psychischen Störungen bei allen Krankheitsgruppen, insbesondere bei Borderline-Störungen (*Y. A. Alexandrovsky, B. A. Kazakovtsev, B. D. Karvassarsky*). Allerdings tendieren die Neurosen - im Verständnis der Dynamischen Psychiatrie und Psychotherapie und im System von persönlichkeits-orientierter (rekonstruktiver) Psychotherapie - als Basis der verschiedenen Formen von Dynamische Psychotherapie in Rußland zu einem Rückgang, was sich in der stationären und ambulanten psychotherapeutischen Praxis bestätigt findet. Dies kann durch die sozial-ökonomischen Veränderungen im System des Gesundheitswesens erklärt werden.

Die Erforschung der Problematik intrapsychischer Konflikte ist Schwerpunkt der Neurosen-Forschung, wie sie im im Bekhterev Institut (St. Petersburg) ausgearbeitet wurde (*V. N. Myasitschev*). Der psychologische Konflikt stellt sich als ein unvereinbarer Zusammenstoß von widersprüch-lichen persönlichen Einstellungen dar.

Wegen der sozial-ökonomischen Veränderungen in Rußland ist es höchst interessant den Inhalt neurotischer Konflikte in den letzten 30 Jahren in Rußland zu vergleichen.

Als Instrumente für die Forschung wurden klinisch-psychologischen Methoden und auch projektive Techniken und spezielle Fragebögen aus der Neurosen Klinik des Warschauer Instituts für Psychiatrie und Neurologie benutzt.

In der 70er Jahren lagen die hauptsächlichen intrapsychischen Konflikte zwischen dem Bedarf an menschlichen Fähigkeiten und Begabungen in der entsprechenden sozialen Einschätzung und der Frustration dieser Bedürfnisse in einer totalitaristischer Gesellschaft.

In der 80er Jahren gab es für neurotische Patienten typische Konflikte aufgrund des Widerspruchs zwischen Abhängigkeits- und Selbstständigkeit-Bedürfnissen sowie zwischen den gesellschaftlichen Normen und aggressiven Tendenzen.

Für die 90er Jahre bleiben die Konflikte der letzten Dekade aktuell, aber immer wichtiger wird der Widerspruch zwischen der Befriedigung eigener Bedürfnisse und vorhandenen gesellschaftlichen Normen.

Es wird deutlich, daß der Inhalt neurotischer Konflikte in den letzten 2 Dekaden im Zusammenhang mit der Entstehung eines neuen sozialen Bewußtseins liegt. Die Veränderungen in der psychologischen Basis neurotischer Störungen führt zu entsprechenden Veränderungen in den Zielen, Aufgaben und Methoden von Psychotherapie. Psychotherapie orientiert sich immer mehr an der Entwicklung eigenen kreativen Potentials für den Einsatz von persönlichen und sozial orientierten Methoden (*G. L. Isurina).*

Die Psychotherapie wird immer wichtiger in der Allgemeinmedizinischen Praxis, aber auch in komplexen Programmen für die Prophylaxe und Verbesserung der psychischen Gesundheit der Nation. Angesichts des Booms von alternativen Medizin-Methoden in Rußland wird es immer wichtiger legislative und gesetzliche Standards für die psychotherapeutische Ausbildung und Tätigkeit zu entwickeln (*B. A. Kazakovtsev, B. D. Karvassarsky).* Es gibt Tendenzen zur Bildung transmodaler (interdisziplinäre Teamarbeit) Systeme in der Psychotherapie, wobei in den psychotherapeutischen Prozeß außer den Ärzten auch klinische Psychologen und Sozialarbeiter einbezogen werden sollen. Die gesetzlichen Standards von Teamarbeit in der Psychiatrie verlangen nach einer größeren Anzahl von Psychotherapeuten, medizinischen Psychologen und Sozialarbeitern. Als neue Ausbildungsformen wurden die Fakultäten für klinische Psychologie und Sozialarbeit in den Medizinischen Universitäten eröffnet. Ihre Aufgabe besteht einerseits darin, die Ausbildung der Medizinstudenten in medizinischer Psychologie zu verbessern und andererseits die jeweiligen Mitarbeiter-Teams auf ihr neues berufliches Feld vorzubereiten.

Entsprechend den Entscheidungen des Präsidenten und der Regierung der Russischen Föderation über die Wiedereinsetzung der Psychoanalyse in

Rußland wurde das Gesetz über das Gesundheitswesen vom Ministerium vorbereitet. Trotz aller Schwierigkeiten auf diesen Weg können wir nicht die Bedeutung der Psychoanalyse als fundamentaler Basis in der psychotherapeutischen Ausbildung und Praxis unterschätzen. Die wissenschaftlichen und Freundschafts-Beziehungen zwischen der Russischen Psychotherapie Gesellschaft und der Deutschen Akademie für Psychoanalyse, der WADP und der Klinik Menterschwaige von Prof. *Ammon* spielen eine sehr wichtige Rolle in der Wiedereinsetzung der Psychoanalyse in Rußland. Ich möchte die besondere Rolle von Frau *Maria Ammon* unterstreichen, welche den Aufbau von Abteilungen für Dynamische Psychiatrie in den Psychiatrischen Bezirks-Krankenhäusern in Rußland unterstützt, die in der Ausbildung von russischen Psychiatern und Psychotherapeuten hilft, welche in diesen Abteilungen arbeiten werden. Mir kommt die Freude in Erinnerung, mit welcher Prof. *Ammon* immer reagiert hat, wenn das Wort „unbewußt" ausgesprochen wurde, in Vorträgen von russischen Teilnehmern an Kongressen in der ehemalige DDR und in Tbilisi.

Die Weiterentwicklung der modernen russischen Psychotherapie erlaubt es uns nun vor dem Hintergrund einer mehr als 100-jährigen positiven wie negativen Welterfahrung im Sinne eines Paradigmenwechsels überzuwechseln von der Psychotherapie einer totalitaristischen Gesellschaft hin zu modernen Methoden von Psychotherapie.

References at the authors

Adress of the authors:

Prof. Boris D. Karwassarsky
V. V. Kostereva-Karwassarskaya
Institut W. M. Bechterew
ul. Bechterewa 3
193019 St. Petersburg
Rußland

Spezifische therapeutische Effekte der Milieu-Therapie nach Günter Ammon****

Swetlana Bazhenowa *, Natalia Lutowa **, Victor Wied *** (St. Petersburg)

The study which has been carried out in Bekhterev psychoneurological Institute, St.Petersburg, demonstrates specific aspects of efficiency of the original model of psychoanalitical milieu therapy designed by Günter Ammon. New therapeutic possibilities in the treatment of psychotic and borderline patients, inherent to this model, increase the overall treatment effect as compared with more traditional approaches. It is also demonstrated that milieu therapy by Ammon is transculturally valid, being one of the essential advantages of this technique. New directions of empirical research are discussed.

Die psychoanalytische Milieu-Therapie als Behandlungsinstrument ist seit den zwanziger Jahren dieses Jahrhunderts bekannt, wie sie zuerst von *Ernst Simmel* in Berlin eingeführt worden ist. Man verstand darunter damals die nonverbale Gruppenbehandlung, die zur Verbalisierung und Interpretierung hinführt. Es war eine wesentliche Erweiterung der dyadischen Standardsituation um eine Gruppendimension und die analytische Benutzung des nonverbalen Materials, was prinzipiell andere therapeutische Möglichkeiten im Vergleich mit älteren Formen der Arbeits- und Beschäftigungstherapie erlaubte. Das erklärt die breite Anerkennung und wachsende Anwendung dieses Behandlungsverfahrens im Laufe der späteren Dezennien, was auch durch eine theoretische Weiterentwicklung, insbesondere dank den Ideen des *Maxwell Jones* über die therapeutische Gemeinschaft begleitet worden ist (*Jones, M.* 1953, *Gastager, H.* 1965, *Doerner, K., Plog, U.* 1997). Aber nur die Ideen von *Günter Ammon* (*Ammon, G.* 1980) brachten eine prinzipiell andere theoretische Qualität und machten die Milieu-Therapie nach *Ammon* zu einem am meisten differenzierten Behandlungsverfahren, das den vorangegangenen Modellen der Milieu-Therapie weit überlegen ist.

Grundsätzlicher Unterschied von anderen milieutherapeutischen Konzepten besteht darin, daß hier das Verfahren nicht autonom und isoliert von anderen Komponenten des gesamten Behandlungsprogramms konzipiert ist. *Ammon* sagt: "Es gibt keine isolierte Behandlungsmethode namens Milieutherapie"(*Ammon, G.* 1994), die Milieugruppe ist vielmehr ein integrativer Teil des verknüpften therapeutischen Systems, des gesamten

* Dr. med., Chefärztin des Psychoneurologischen Institutes W. M. Bechterew, St. Petersburg
** Dr. med., Mitarbeiterin der Dynamisch-Psychiatrischen Abteilung des Bechterew Institutes, St. Petersburg
*** Prof., Dr. med. Leiter der Dynamisch-Psychiatrischen Abteilung des Bechterew-Institutes, St. Petersburg
**** Vortrag eingereicht anläßlich des 12. Weltkongresses der World Association for Dynamic Psychiatry (WADP) / XXV. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für

sozialenergetischen und gruppendynamischen Feldes der therapeutischen Institution, in der die Milieu-Therapie stattfindet. Das ist ein Schlüssel zum Verständnis des Mechanismus der Milieu-Therapie. Für die Patienten bedeutet dies, in einem völlig anderen Umfeld zu leben als zu Hause; während sie im allgemeinen die gesamte Klinik emotional genauso erleben wie ihr Zuhause, besonders die Atmosphäre; oft gilt dies aber auch für Personen. Das langsame Erkennen des Unterschieds induziert und fördert den Gesundungsprozeß der psychischen Integration der Humanstruktur, der zersplitterten Persönlichkeit, was besonders wichtig im Falle der psychotischen Patienten ist.

Die Methode ist einerseits vollkommen analytisch, da hier im vorwiegend nichtverbalen Umgang mit Patienten der Interpretation der feindseligen Widerstandsdynamik, der Angst und der destruktiven Aggression eine entscheidende Bedeutung beigemessen wird. Andererseits wird der Patient befähigt, seine konstruktiven Persönlichkeitsanteile zu entdecken und zu entwickeln, wobei der Therapeut ihm zwischen gesunden und kranken Teilen seiner Humanstruktur unterscheiden zu lernen hilft.

Das alles sind die charakteristischen Kennzeichen des milieutherapeutischen Modells von *Ammon*, die es von allen anderen grundsätzlich unterscheiden. Das sind also die Prinzipien, nach denen wir in das Behandlungsprogramm der Klinik für psychosoziale Therapie der Psychosen des Bechterew Forschungsinstituts (St.Petersburg) die Milieu-Therapie eingebaut haben. Die Einübung in das Verfahren wurde durch die Kollegen der vom *Ammon* begründeten Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige (München) supervidiert.

Die allgemeine Effizienz des gesamten Behandlungskomplexes der Klinik Menterschwaige, einschließlich die Milieu-Therapie, ist schon längst in der Literatur überzeugend dargelegt worden (*Burbiel, I.,* et al., 1990). Die Aufgabe unserer Studie bestand darin, die spezifische Effekte der Milieu-Therapie im Unterschied von anderen Behandlungsweisen zu eruieren.

Es wurden insgesamt 30 Patienten untersucht, darunter 18 schizophrene mit unterschiedlichen Verlaufstypen und 12 mit endogen-affektiven Störungen. Alle Patienten bekamen psychopharmakologische Therapie und psychodynamisch orientierte individuelle und Gruppenpsychotherapie; die Mehrzahl der Patienten waren auch in die Familientherapie einbezogen. 50% dieser Probanden formten eine milieutherapeutische Gruppe, alle anderen bildeten die Kontrollgruppe. Die experimentelle und Kontrollgruppe waren gemäß solchen Parametern wie nosologische Zugehörigkeit, Alter, Geschlecht, Dauer der Erkrankung, Akuität des psychopathologischen Zustandes und Therapie zueinander angeglichen. Die Teilnahme an der Milieu-Therapie war der einzige Parameter, wonach die beiden Gruppen sich voneinander unterschieden.

Das Verhalten der Patienten in den Milieugruppen folgte im allgemeinen den schon aus der Erfahrung der Klinik Menterschwaige bekannten Stereotypen. Am Anfang der Therapie demonstrierten die Patienten der

experimentellen Gruppe äußerst passive, abhängige Verhaltensweisen, erwarteten konkrete Stimulierung und Anweisungen von seiten der Milieutherapeuten und den aktiveren Gruppenmitgliedern. Sie zeigten sich nicht interessiert an den besprochenen Gruppenprojekten, oft entschuldigten sich von der unmittelbaren Beteiligung an der Arbeit, wobei sie auf die mangelhaften Fertigkeiten, Unsicherheit in Bezug auf ihre Möglichkeiten, Angst vor der negativen Einschätzung der Resultate oder auf die symptomatisch bedingte Unmöglichkeit zu arbeiten, verwiesen. Oft versuchten sie auch das Milieuprojekt selbst zu entwerten, es als sinnlos und unbedeutend für die Genesung darzustellen.

Für solche Patienten war es besonders wichtig, eine Atmosphäre der intensiven emotionalen Wärme und Unterstützung von Seiten der Milieutherapeuten und aktiveren Gruppenmitglieder zu schaffen, die ihnen anvertrauten Arbeitsaufgaben möglichts zuerst begrenzt und konkret auszuformulieren. Die Therapeuten waren bestrebt, das kreative Potenzial der Patienten anzusprechen, ihre konstruktive, zielgerichtete Aktivität positiv zu bekräftigen und als einen wichtigen persönlichen Beitrag in die gemeinsame Arbeit zu interpretieren. Wichtig war auch die subjektive Besserung des Selbstbefindens als Äußerung der Zufriedenheit nach gelungener Arbeit in der Gruppe zu betonen. Die unbewußten Ursachen des nicht konstruktiven Verhaltens und damit verbundenen negativen Emotionen sind auch angesprochen worden. Wir möchten in diesem Zusammenhang einige klinische Vignetten über den Therapieverlauf hinzufügen.

1. Die Patientin I. neigte im Rahmen der Gruppentherapie zur infantilen Regression und äußerst instabilen Beziehungen zum Therapeuten und anderen Gruppenmitgliedern. In der Milieugruppe versuchte sie zuerst die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken und machte zuerst Forderungen, die unvereinbar mit der Realität des Projektes waren. Nachdem man ihr die Funktion des Gruppenleiters anvertraut hat, zeigte sie in der Gruppe ein mehr stabiles und produktives Verhalten, wurde mehr aufmerksam gegenüber den Einstellungen und Problemen anderer Gruppenmitglieder, konnte auch weiter bessere Kontrolle über ihre emotionalen Ausbrüche ausüben.

2. Die Patientin K. war in der Milieugruppe zuerst ausgesprochen passiv, verwies auf Mangel an Fertigkeiten oder auf negative Begleiterscheinungen der Medikation, hatte auch keine Einsicht in eigene Verursachung ihrer mangelhaften sozialen Anpassung. Zuerst war sie den aktiv arbeitenden Gruppenmitgliedern als eine Beobachterin, dann als Helferin angeschlossen. Nach weiterer erfolgreicher Ausübung der bestimmten Aufgaben und dank der Ünterstützung von anderen konnte sie Einsicht sowohl in ihre realen Schwierigkeiten, als auch in ihre Möglichkeiten, ein vollwertiges Gruppenmitlied zu werden, gewinnen.

3. Die Patientin O. zeigte sich zuerst in der Milieugruppe aktiv, aber individualistisch isoliert, sie nahm keinen Bezug auf die Aktivitäten der

anderen, ignorierte ihre korrektiven Bemerkungen, Vorschläge und schien von der Gruppenatmosphäre nicht mitgenommen zu sein. Sie neigte dabei zur unkritischen Überbewertung ihrer Leistungen und ignorierte ihre Mißerfolge. Es kam zu einer Auseinandersetzung mit der Gruppe, die diese destruktive Tendenzen aktiv kritisierte. Das erlaubte der Patientin eine mehr realistische Einschätzung ihres Verhaltens, später war sie mehr orientiert auf die interaktive, emotional integrierte Gruppenarbeit.

Im allgemeinen kann man sagen, daß im Laufe der Milieu-Therapie die Patienten sich immer aktiver bei den Gruppenbesprechungen zeigten, machten mehr kreative Vorschläge, brauchten immer weniger eine direkte Stimulierung von Seiten der Therapeuten und demonstrierten immer weniger nicht konstruktive Verhaltensweisen in Bezug auf frustrierende Situationen.

Wir versuchten auch die therapeutische Dynamik meßmethodisch zu erfassen. Die Testbatterie bestand aus den Verfahren für die Messung der psychodynamischen Abwehrmechanismen (FKBS und SBAK) und Coping-Strategien (Lazarus-Test). Die Messungen sind unmitttelbar nach der Aufnahme und vor der Entlassung der Patienten durchgeführt worden.

Was die Abwehrmechanismen betrifft, so ist im Laufe der Therapie sowohl für die experimentelle Gruppe, als auch für die Kontrollgruppe die Tendenz zum Zuwachs von solchen Abwehrreaktionen wie Rationalisierung, Intellektualisierung und Projektion festgestellt worden. Es gab dabei keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Bei der Untersuchung der Dynamik der Copingstrategien ist ein statistisch signifikanter Unterschied zugunsten der experimentellen Gruppe festgestellt worden. Die milieutherapeutisch behandelten Patienten demonstrierten zum Ende der Therapie größere Ausprägung der Copingstrategie "Bereitschaft die Verantwortung auf sich zu nehmen" (Student-Koeffizient $p<0.02$).

Die Resultate unserer Studie zeigen, daß das milieutherapeutische Modell nach *Ammon* über spezifische Möglichkeiten der therapeutischen Beeinflussung der psychotischen Patienten verfügt, wenigstens im Bereich des Coping-Verhaltens, die solchen der kombinierten psychopharmakologischen Therapie und Gruppenpsychotherapie überlegen sind. In weiteren Untersuchungen der Milieu-Therapie geht es um eine gründlichere Erfassung der spezifischen therapeutischen Möglichkeiten der Milieutherapie in Bezug auf die Beeinflussung der psychodynamischen Abwehrmechanismen.

Specific treatment effects of Günter Ammon's model of the milieu therapy

S. Bazhenova, N. Lutova, V. Wied (St.Petersburg)

The model of milieu therapy, introduced by *Günter Ammon*, represents a new concept in the area of mileu therapies. It is principally distinct from other milieu-therapeutic modalities in that this specific treatment is

integrated in a comprehensive system of a complex therapeutic program. Thus, milieu therapy is a part of the whole social-energetic and group dynamic field of a psychiatric institution, which makes for a patient possible a corrective emotional experience and elimination of a personality deficit (a "hole in the ego" according to *Günter Ammon*), rooted in the morbogenic dynamic of a primary family group. This brings about the psychic integration of the human structure, of the splitted personality, which is especially essential in the therapy of the so-called ego-archaic mental disorders (*Günter Ammon*), i.e. psychoses, personality disorders and substance abuse.

This treatment is on the one part extensively analytic, because the interpretation of resistance, anxiety and destructive aggression in the generally nonverbal patients' behavior is considered to be of primary importance. On the other part, the patient is enabled to identify and develop his constructive personality assets, while therapist helps him to learn to distinguish between healthy and morbid components of his human structure.

This distinctive features of *Günter Ammon*'s milieu therapeutic model were considered to be the ground principles of milieu therapy, which is now carried out at the clinic for psychosocial therapy of psychoses and personality disorders in the Bekhterev psychoneurological research institute, St. Petersburg. The implementation of this therapeutic modality has been made possible due to the instruction and supervision by the experienced experts of the *Günter Ammon*'s Menterschwaige clinic in Munich.

The goal of the present study was to investigate into specific therapeutic effects, revealing themselves upon the introduction of the milieu therapy in the program of psychosocial treatment as compared with the same treatment situation without the milieu therapy. The investigated group of 30 patients included 18 schizophrenics and 12 cases of affective disorders with different types of course in both nosological groups. All the patients received drug treatment and psychodynamic oriented individual and group psychotherapy; most of the patients received also family therapy. 50% of the patients along with other treatment modalities were also members of milieu-therapeutic groups, the rest formed a control group. The participation in a milieu group was thus the only difference in the treatment program between the experimental and control group. There were no significant differences between experimental and control group according to following parameters: nosological diagnosis, age, gender, duration of illness, acuity of paychopathological symptoms.

The behavior of the milieu-group patients was characterized in general by similar patterns, which already have been observed in the Menterschwaige clinic. In the beginning of the therapy many of these patients demonstrated extremely passive, dependent behavior styles, they expected explicit external stimulation and instructions from the staff members and more active group members. They did not show any interest

in the discussed group projects, often excused themselves from immediate participation in the work of the group, referring to lack of necessary skills, lack of confidence in their overall possibilities, anxious expectation of a negative assessment of their work by others or to the symptomatically caused inability to work. Sometimes they tended also to devalue a milieu group project, arguing that it is something senseless and insignificant for the recovery.

For such patients is was especially important to be kept in the atmosphere of intense emotional warmth and support from milieu therapists and more active group members, to get their working assignments formulated in the most clear and concise manner and conforming to their actual capacities. Milieu therapists strived to address a creative potential of the patients, to reinforce their constructive, goal-oriented activity, assessing it to be their important personal contribution to the common work. It was also important to identify and stress the casual connection between a subjective satisfaction after successful work and following symptoms improvement. There were also addressed unconscious causes of maladjustment behavior patterns and of underlying negative emotions.

In general the patients tended in the course of the milieu therapy to take part more actively in group discussions, they made more creative contributions, were less in need of a direct external stimulation. The frequency of unproductive responses to stressful situations tended to decrease.

For the comparison between the experimental and control groups we have used two tests for the assessment of defense mechanisms, the Questionary for conflict solving strategies (FKBS) and Self-rating of the defense concepts (SBAK). For the assessment of coping strategies we have used the Coping test by *Lazarus*. The measurements have been taken upon admission and after discharge of the patients.

Both experimental and control groups showed an increase in such defense mechanisms as rationalizing, intellectualizing and projection, without any significant difference between the groups. At the discharge, the patients of the experimental group were significantly better off in the coping pattern "readiness to take responsibility". The results of the study show that for the *Günter Ammon*'s milieu therapy model are inherent specific features of its therapeutic effect, at least in the area of coping behavior, which makes it an indispensable adjunct in any integrative program for the treatment of mental disorders.

Literatur

Ammon, G. (1980): Dynamische Psychiatrie. (Kindler: München)
– (1994): Milieu Therapy. In: Dyn. Psychiat. (27), S. 24-27
Burbiel, I. et al. (1990): Die Effizienz stationärer Psychosentherapie in der Klinik Menterschwaige - klinisch-psychologische Untersuchungen. In: Dyn. Psychiat. (23), S.247-298.

Doerner, K., Plog, U. (1997): Irren ist menschlich. (Bonn)
Gastager, H. (1965): Die Rehabilitation des Schizophrenen.(Bern, Stuttgart)
Jones, M. (1953): The therapeutic community. (Basic Books: New York)

Adresse der Autoren:

Dr. med. S. Bazhenowa
Dr. med. Natalia Lutowa
Prof. Dr. Victor Wied
Psychoneurologisches Institut W.M. Bechterew
Ul. Bechterewa 3
193019 St. Petersburg
Rußland

Humanstrukturelles Arbeiten in der Milieutherapie: der Zusammenhang von Aggression, Handeln und Schuld **

Ulrike Winkelmann * (München)

Die Autorin betrachtet den Zusammenhang zwischen konstruktiver Aggression, Handeln und Schuld. Konstruktive Aggression wird als Dreh- und Angelpunkt für die Ich-strukturelle und Identitäts-Entwicklung des Menschen verstanden. In ihrer konstruktiven Ausprägung ist mit ihr das Handeln unaufhebbar verbunden. Ebenfalls unaufhebbar verbunden mit diesen beiden ist die Entwicklung eines konstruktiven Schuldbewußtseins. Weiterhin beschäftigt sich die Autorin mit den Folgen einer destruktiv oder defizitär entwickelten Aggression und ihren negativen Auswirkungen auf die Handlungsfähigkeit und das Schuldbewußtsein. Schließlich werden die therapeutischen Möglichkeiten in der Milieutherapie zur Wiederherstellung konstruktiver Aggression beschrieben.

1. *Der Zusammenhang von Aggression, Handeln und Schuld in ihrer konstruktiven Form*

Dem vorliegenden Referat liegt meine Überzeugung und Erfahrung zugrunde, daß die humanstrukturelle Milieutherapie besonders geeignet ist zur Behandlung von Aggressionsstörungen.

Die konstruktive Aggression ist Dreh- und Angelpunkt für die ich-strukturelle Entwicklung des Menschen. Sie ist eine zentrale Ich-Funktion, die als primäres Potential den Menschen dazu bringt, sich seine Umwelt anzueignen und Kontakt und Beziehungen zu den Menschen seiner Umgebung herzustellen. Zu ihrer gelingenden Ausbildung braucht sie die Unterstützung der Gruppe (*Ammon* 1979). Die unmittelbare und direkte Folge der "gesunden" Aggression (*Lambertino* 1989) ist das Handeln. Die Handlungsfähigkeit entwickelt sich vom Säuglingsalter an. Schon der Säugling setzt sich ein, wendet Kraft auf und gibt seine Energie, seine konstruktive Aggression zu etwas; er möchte handeln, stößt auf den Widerstand (= Grenzen) von Menschen und Dingen und ringt ihnen das Erstrebte ab. Bereits der Säugling und vermehrt das Kleinkind möchten Herr ihrer Handlungen sein. Im weiteren konstruktiven Entwicklungsverlauf e r f ä h r t sich das Kind ständig in seinen Handlungen, e r f ä h r t sich selbst in Bezug zur umgebenden Gruppe und zu den Dingen. Es e r f ä h r t sich selbst in der Spontaneität seiner eingesetzten Energie, der physischen wie der geistigen, die Sache erfährt

* Oberstudienrätin, Psychoanalytikerin, Leiterin des Fachbereichs Milieutherapie am Münchner Lehr- und Forschungs-Institut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP)

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

es in ihrem Widerstand gegen diese. Beides ist unaufhebbar miteinander verbunden und beides ist R e a l i t ä t s e r f a h r u n g. Zu diesem Verbund von konstruktiver Aggression und Handeln gehört als Drittes die positive Schuld als Teil der Identität. Schuld entsteht ebenfalls, wenn man eingreift, verändert und neu gestaltet, etwas hervorbringt, Urheber oder Autor ist und dabei auf Grenzen stößt bei sich, bei anderen und den Dingen. Die bei dieser Realitätserfahrung entstehenden ständigen kleinen Grenzsituationen führen im Laufe der Zeit zur flexiblen Ausbildung der Ich-Funktion der Abgrenzung. Es entsteht ein Geflecht von „an etwas Schuld sein" und „etwas schulden" im Sinne von Bewirken und Verdanken. So erfährt das Kind im handelnden Aneignen der Welt, daß es etwas schaffen und ein Gefühl von Stolz und Selbstachtung (= konstruktive Schuld) (vgl. *Lambertino* 1989) entwickeln kann. Das ist der Anfang der Identitätsentwicklung.

Ich verwende den Begriff der Schuld ganz bewußt in seiner positiven Bedeutung, so wie ihn schon *Aristoteles* und nach ihm *Heidegger* geprägt haben. Der Schuldbegriff ist in unserer christlichen Gesellschaft und auch in der Psychoanalyse, besonders bei *Freud*, negativ besetzt. Ich möchte jedoch auf die wichtige Funktion des positiven Schuldempfindens hinweisen, da es wesentlicher Teil der Ich-Funktion der Identität ist, ohne die Identitätsentwicklung nicht möglich ist. *Ammon* hat eine Ich-Funktion des Schuldbewußtseins angenommen und in konstruktiv, destruktiv und defizitär unterschieden, ohne diese Nomenklatur jedoch bis zu seinem Tod in sein Humanstrukturmodell aufgenommen zu haben. In seinen Aufsätzen (*Ammon* 1989) über Schuld unterscheidet er zunächst zwischen irrationaler und bewußter Schuld.

Wenn sich konstruktive Aggression, Handlungs- und Schuldfähigkeit in der geschilderten Weise in ständiger Auseinandersetzung und Reibung an den Grenzen von Menschen und Dingen entwickeln dürfen, wächst ein Mensch heran, der sowohl ein Bewußtsein hat von sich selbst wie auch ein Schuldbewußtsein; er weiß, wer er ist, wer er nicht ist, was er bewirken kann und was nicht. Er führt ein tätiges Leben, eine „vita activa", wie es *Hannah Ahrendt* in ihrem Buch überzeugend beschreibt. Er schafft sich Lebensgruppen, ist aktiver Teil der Gesellschaft, er kann im zwischenmenschlichen Raum handeln in Auseinandersetzung mit anderen, kurzum, er ist ein politischer Mensch.

Ammons großes Verdienst ist es, die besondere Bedeutung der konstruktiven Aggression und ihre Koppelung mit dem Handeln und der Schuld für die Persönlichkeitsentwicklung des Menschen erkannt und in der Dynamischen Psychiatrie als Kern seiner Identitätstherapie und seines Menschenbildes formuliert zu haben. Er hat weiterhin erkannt, daß die Erkrankung des Verbunds von Aggression, Handeln und Schuld in der Primärgruppe durch die besondere Therapieform der Milieutherapie geheilt werden kann.

2. Der Zusammenhang von Aggression, Handeln und Schuld in ihrer destruktiven und defizitären Form

Das gesamte sozialenergetische Geflecht von Beziehungen, Reaktionen, Interaktionen, bewußten und unbewußten Gefühlen in der Primärgruppe ist verantwortlich dafür, ob ein Kind sich die Welt handelnd erobern kann im Sinne von konstruktiver Aggression, oder ob diese verformt wird.

Zunächst zur destruktiven Aggression: Destruktive Aggression ist eine R e a k t i o n entstanden aus einem Konflikt oder realem Defizit im Kontext der Dynamik der Primärgruppe (*Ammon* 1979). K o n f l i k t e entstehen, wenn die konstruktive Aggression, das Potential, die Kraft und die Lust, mit der das Kind in die Welt hineingeht, wenn diese Kraft permanent verletzt und zurückgeschlagen wird. Dies geschieht zum Beispiel in Form von Verboten, mit denen all das belegt wird, was die Mutter sich selbst nicht gestatten kann oder als bedrohliche Abgrenzung erlebt. Diese Verbote können partieller oder umfassender, bewußter oder unbewußter sein. Die freie Wahl des Kindes wird mehr oder weniger verhindert. An diesem Punkt entstehen Angst und Schuld. Je nach Stärke von Schuld und Angst wird das Handeln im Laufe der Zeit immer destruktiver und schuldhafter, viele Handlungen werden ganz vermieden. Das Handeln im eigenen Recht wird verunmöglicht, die alte Schuld-und Strafdynamik nur ständig wiederholt. Letztlich ist ein schuld- und angstfreier Ausgang aus der Symbiose nicht möglich. Man bleibt auch im späteren Leben in der Symbiose verhaftet (partiell oder umfassend), man bleibt an die destruktiven und schuldhaften Handlungen gebunden (Wiederholungszwang), die beispielsweise darin bestehen, daß man sowohl die eigenen wie auch die Grenzen anderer Menschen immer wieder zerstörerisch übergeht und verletzt. Weiterhin zeigen sich diese schuldhaften Handlungen darin, daß Vorhaben nicht beendet, Geschaffenes wieder zerstört und Kontakte wieder abgebrochen werden. Das kann so weit führen, daß Menschen sich weder ein berufliches noch privates Leben aufbauen können, bzw. sich im Extrem durch kriminelle Handlungen oder schwere Krankheiten ihr Leben zerstören. Neben dem oben beschriebenen Konflikt gibt es auch reale D e f i z i t e, aus denen destruktive Aggression entsteht, aber in diesem Fall ist die destruktive Aggression immer gegen die eigene Person gerichtet, während sie nach außen gegen die Umwelt defizitär erscheint.

Defizitär wird die Aggression des Kindes, wenn zu wenig Grenzerfahrungen im Kontakt mit Menschen und Dingen gemacht werden können, wenn das Kind sich im Handeln nicht selbst erfahren darf, sei es aus Überfürsorge oder Überängstlichkeit der Eltern, oder aus deren Gleichgültigkeit den kindlichen Bedürfnissen gegenüber. Die Antwort auf die ursprünglich konstruktive Aggression des Kindes ist aufgrund der Erfahrungs- und Realitätsbeeinträchtigung der Eltern viel zu gering. Sie führt nicht zu einem Gefühl von „ich bin wer", sondern wird als große Verlassenheit erfahren und führt zu einem Gefühl von „ich bin nichts", „es

ist nichts möglich". Dementsprechend verkümmert und verschwindet die Handlungsfähigkeit des Kindes, es wird in der Symbiose festgehalten und wird immer weniger entdecken und sich zu eigen machen. Die konstruktive Aggression, die von der Mutter und der umgebenden Gruppe als bedrohlich erlebt wird, muß vom Kind abgespalten und verleugnet und vom Ich-Gefühl ausgeschlossen werden. Es kommt zu einer Entwicklungsarretierung (*Ammon* 1979). Jeglicher Handlungsimpuls wird schuldhaft erlebt. Die defizitäre Aggression ist die Ursache der Depression. Statt eines aktiven Verhaltens zeigen Menschen mit stark defizitärer Aggression oft passive Verhaltensweisen, die der suchtartigen Wiederherstellung der Symbiose dienen - entweder mit wechselnden Partnern oder auf dem Umweg über Alkohol und Drogen. Anstelle der Sucht kann auch eine schwere Psychosomatik entstehen. Immer entsteht eine defizitäre Aggression gegenüber der Umwelt und eine destruktive Aggression gegen die eigene Person, deren Ursache in der defizitären Abgrenzung liegt.

3. Behandlungsgrundsätze der Milieutherapie

Von den Behandlungsgrundsätzen der Milieutherapie möchte ich nur diejenigen erwähnen, die im Umgang mit Aggression, Handeln und Schuld besondere Bedeutung haben (Alle weiteren Behandlungsgrundsätze vgl. *Ammon* 1979, *Schmidts, Dworschak* 1998, *Winkelmann* 1998, *Richarz, Dworschak* 1999 et al.).

3.1. Das Projekt als grenzsetzendes Element

Das Wesentliche der Milieutherapie ist, daß im Mittelpunkt der Therapie ein Projekt, eine Aufgabe steht. Die Milieutherapie setzt am konstruktiv-aggressiven Erobern einer Sache an. In der Auseinandersetzung mit der Aufgabe und der Projektgruppe erfährt der Patient sich selbst in seiner Vergangenheit und Gegenwart. An dieser Grenzsituation wird die Aggression in ihrer vorliegenden Ausprägung sichtbar und demzufolge auch die Handlungsfähigkeit. Das Wesen der Projektarbeit ist, daß die Aggressionsstörung, die Handlungsstörung und damit auch die Schuldproblematik sichtbar, erlebbar und erfahrbar werden, auch bezüglich der Vergangenheit. Das Projekt stellt die dauernde Grenze dar, auf die die Aggression oder „Nicht"-Aggression" trifft, es ist das eigentlich grenzsetzende Element der Milieutherapie.

3.2 Das Agierfeld als Ort der Darstellung innerpsychischer Konflikte

Bei schwer archaisch ich-kranken Patienten tritt das Agieren an die Stelle des Erinnerns, da ihnen die Fähigkeit zur Selbstreflektion und Übertragung fehlt. Die Milieutherapie bietet den Patienten, die „Selbstdestruktivität in Handeln" umsetzen (*Ammon* 1959), ein weites Agierfeld. Das Ausagieren destruktiver Aggression tritt an die Stelle der konstruktiven Handlungsfähigkeit, ist zugleich schuldhaft im Hier und

Jetzt wie schuldentlastend für die Vergangenheit. Es kann wie auf einer Bühne in Szene gesetzt, gesehen, verstanden und abgegrenzt werden. Durch diese Abgrenzung erhält der Patient die Möglichkeit, die dahinterstehenden Gefühle zu spüren und seine Bedürfnisse zu äußern. Das heftige Ausagieren zeigt, wie stark auf unbewußter Ebene die verinnerlichte destruktive Schuld und wie groß das Bestrafungsbedürfnis des Patienten ist.

3.3 Die Wiedergutmachung durch die Gruppe und den Therapeuten

Zentrale Bedeutung in der Milieutherapie hat die Gruppe mit ihrem sozialenergetischen Austausch. Hierbei verweise ich auf viele Veröffentlichungen, in denen *Ammon* die grundlegende Bedeutung der Gruppe für sein Behandlungskonzept dargestellt hat.

Mir geht es hier jetzt nur um den Aspekt der Wiederherstellung der konstruktiven Aggression und der Wiedergutmachung destruktiven Handelns und Schuld. Bei diesem therapeutischen Prozeß muß nochmals auf die Bedeutung des Handelns eingegangen werden. Konstruktive Aggression als aktives Handeln bindet an das Hervorgebrachte. Wird die konstruktive Aggression durch die Primärgruppe als Verfehlung gedeutet, entwickelt sich daraus reaktiv destruktive Aggression und destruktives Handeln, das mit pathologischer Schuld gekoppelt ist. Diese Schuld bleibt ihrerseits an die ursprüngliche, als Verfehlung gedeutete Handlung gebunden. Es gibt dann keine Möglichkeit zur Entwicklung einer eigenen Lebensperspektive. Bei jedem anstehenden konstruktiven Schritt kann nur die Krankheit wiederholt werden. Diese Krankheit (Schulddynamik) wird in der Milieutherapie, wie oben schon gesagt, agiert. Durch die Abgrenzung des Agierens werden alte Verlassenheitsdynamiken mit den dazugehörigen Gefühlen wie Wut, Angst und Verzweiflung frei, die vom Therapeuten und der Gruppe getragen werden müssen. Indem diesen archaischen Gefühlen in der milieutherapeutischen Gruppe Verständnis entgegengebracht wird, setzt ein therapeutischer Prozeß des Wiedergutmachens ein, den ich als Prozeß des Verzeihens bezeichnen möchte.

Der Akt des Verzeihens stellt in diesem Zusammenhang einen neuen Anfang dar, er ist ein dem Handeln ebenbürtiges Tun, ist ähnlich bezugsstiftend wie das Handeln selbst. Es ist ein Beziehungsgeschehen, bei dem man andere Menschen braucht. Ein Verzeihen, das man sich selbst gewährt, ist unverbindlich, wie Gebärden vor dem Spiegel. Das Verzeihen wird zwar vom vergangenen Tun bestimmt, aber nicht die Handlung wird verziehen - diese bleibt bestehen, ist nicht rückgängig zu machen - sondern verziehen wird dem Handelnden (*Hannah Ahrendt* 1997). Der Akt des Verzeihens ist praktisch die Aufgabe von Gruppe und Therapeut. Indem die Milieugruppe das jetzige konkrete Ausagieren um das Projekt herum in seinem ursprünglich vermeintlich schuldhaften Zusammenhang versteht, kann sie verzeihen, wieder-gut-machen, so wie liebende Eltern das Kind für gut halten und nicht für schlecht. Zum Akt des Verzeihens gehört also die Liebe. Es wird damit für den betroffenen Patienten und auch für andere mit

ihm Identifizierte ein neuer Anfang gesetzt. Ein neues konstruktives Handeln und Sich-zu-eigen-Machen wird ermöglicht. Wenn man das Handeln begreift als die eingesetzte Energie, die zusammen mit dem Widerstand, den die Sache bietet, R e a l i t ä t s e r f a h r u n g ist, dann kann hier der alten Realitätserfahrung - in Form von Schuld und destruktiven Handlungen - Einhalt geboten werden. Es entsteht jetzt eine neue Realitätserfahrung, eine neue Freiheit im Handeln, ein erstes Übernehmen von Verantwortung (wie eingangs bei der konstruktiven Entwicklung geschildert) statt der alten Gebundenheit in der Symbiose. Durch die Wiedergutmachung in der Gruppe ist der Wiederholungszwang unterbrochen worden. Hierbei geht es insgesamt um ein innerpsychisches und gruppendynamisches Trennungsgeschehen.

Dies ist der zentrale therapeutische Prozeß in der Milieutherapie, den die Gruppe mit Hilfe des Therapeuten leistet und der alleine Struktur- und Identitätsgewinn in Gang setzt.

Human Structural Working in Milieu-Therapy: The Context of Aggression, Acting and Guilt

Ulrike Winkelmann (Munich)

1. The Interconnection of Aggression, Acting and Guilt in their Constructive Form

The human structural milieu therapy is especially qualified for the treatment of aggression-disturbances. The constructive aggression is the pivot of the ego-structural development of the human being. It is a central ego-function and as an initial potential, helping a human being to conquer his environment and to make contacts and relationships to other persons of his surrounding. I order to develop constructive aggression it needs the support of the group (*Ammon* 1979). Acting is the immediate result of the so called "healthy" aggression (*Lambertino* 1989). The ability to act develops in babyhood. The infant already uses his energy for actions which we call constructive aggression. He wants to act and his actions may be resisted (boundaries) by man and by objects - nevertheless he doesn't give up until he had received what he had been striving for. The infant and even more a little child wants to be the master of his actions. In his development the child continously experiences himself in his actions as well as in his relationship to the surrounding group and the object of his environment He also experiences himself when he uses his energy spontaneously which may be physical as well as mental energy. He experiences the matters by realising them. Both, using his energy as well as realising his environment are matters which are irreversible interconnected and both are an experience of reality. There is an interrelation between constructive aggression, action

and as a third thing positive guilt, which is part of mans identity. Guilt also arises when a person interferes in his environment, changes and creates or produces something and thereby encounters the own limitations, those of other persons and of objects. This experiencing of reality through such constant borderline situations the ego function of demarcation is developed. "Being guilty of something" in this context means to have an effect on something. In this way the child experiences by realising the world through his actions that he is able to create something and develops a feeling of pride and self-esteem (*Lambertino* 1998). This is the beginning of identity.

The author uses intentionally the term of guilt in its positive meaning as already characterized by *Aristoteles* followed by *Heidegger*. In our Christian society as well as in psychoanalysis - the term of guilt, especially by *Freud* has a more negative meaning. The author wants to point out the important function of the positive feeling of guilt as an essential part of the ego-function of identity - there is no development of identity without it. *Ammon* assumed an ego-function of guilt -realisation and differentiated it into constructive, destructive and deficient but without taking these terms into his human-structure-model until his death. In his papers on guilt he differentiated at first between irrational and conscious guilt.

If constructive aggression, the ability to act and to experience guilt can develop as mentioned above in constant interaction and frictioning at the boundaries - a human being is growing up being aware of himself and having a guilt-esteem as well, he also knows who he is and who he is not. He is leading an active life, a "vita activa" as *Hannah Ahrendt* is describing convincingly in her book. He can build up living-groups, is an active part of society, he can interact in the innerpersonal space with others, he is a political human.

The author emphasizes Ammon's outstanding contribution to have recognized the special meaning of the constructive aggression and its connection with acting and guilt for the personality development of the human being and to have formulated this in the Dynamic Psychiatry, as the center of his identity-therapy and his view of man. Further more he had recognized that getting ill of the alliance of aggression, acting and guilt within the primary group can be cured through this special therapy-form of milieu-therapy.

2. *The Context of Aggression, Acting and Guilt in its Destructive and Deficient Form*

The entire social-energetic net of relationships, reactions and interactions, conscious and unconscious feeling with the primary group are responsible for the development of the ability if a child can conquer the world in an acting way in the sense of constructive aggression, or if they were deformed.

First about destructive aggression: Destructive aggression is a reaction coming from the conflict or real deficit in the context of the primary group

(*Ammon* 1979). Conflicts establish in the case that i.e. the constructive aggression, the potential, the power and pleasure of the child wanting to conquer the environment and the people - is permanently hurt or rejected as for example in form of restrictions, put upon everything by the mother (group) who not was permitted herself - which she experienced as a threatening limit. These restrictions can be partially or entirely conscious or unconscious. The free choice of a child is hindered this way and at that point anxiety and guilt have its beginnings. Depending on how strong anxiety and guilt are, the acting in the run of time becomes more and more destructive and full of guilt - many actions are avoided. To act in ones own right becomes impossible. The child stays in the constant repeating of the old dynamic of guilt and punishment. Finally, it becomes impossible to get out of this symbiosis without anxiety and guilt. Even in later life one stays arrested in the symbiosis (partial or completely). One stays connected with the destructive and guilty actions (repetition-compulsion) - which are ignoring as well as the own as the boundaries of the other one in a destroying and hurting way. Further those compulsions are showing in the persons life - in not finishing projects, destroying of creations and breaking off contacts. That can go so far that those humans are not able to build up a private or professional life or as an extreme they are destroying their life through criminal actions or severe diseases. Next to the conflicts mentioned above there are real deficits from which destructive aggression is caused. But in this case destructive aggression always is directed against the person himself, while it appears to be deficient against the environment.

The aggression of a child becomes deficient if a child can not experience limits in contact with persons and things, may it be caused by over-protection or over-fearfulness or by the parents ignoration of the child's needs. The parents reactions towards the basically constructive aggression of the child is reduced because of their own lack of experience and reality interference. It does not lead to a feeling of "I am someone" but is experienced as a strong neglection leading to a feeling "I am nothing", "Nothing is possible". According to that the child's ability to act is wasting away and disappears - tied in the symbiosis reducing the ability to discover and aquire. The constructive aggression which is experienced by the mother and the surrounding group as a threat - must be splitted and denied by the child and excluded from the ego-feeling. It comes to a standstill of development (*Ammon* 1979). Each impulse of acting is experienced with guilt. The deficit often shows in addictive (passive) repetition of the symbiosis, either with changing partners or with alcohol instead of active behaviour. Instead of addiction also a severe psychosomatic illness can begin - with the same result of a deficient aggression to the environment and a destructive aggression towards the own person basing on the deficient demarcation.

3. The Compensation through the Group and the Therapist

On this occasion the importance of acting has to be noticed again. Constructive aggression of an active doing belongs to the creation. Constructive aggression interpreted through the primary group as a mistake - destructive aggression and destructive acting combined with the pathological guilt is the reaction. This guilt stays connected at the original - and as mistaking interpreted - act. There is no more possibility for the development of an own life perspective. Which each demand of a constructive step - only the illness can be repeated. This illness (guilt-dynamic) is acted out in milieu-therapy. Through limiting this acting, old dynamics of neglection with associated feelings like fury, anxiety and desperation arise and have to be supported by the therapist and the group. Through the understanding of the archaic feeling by the group a therapeutic process of repairing begins which the author calls the process of forgiving.

The act of forgiving represents in this context a new beginning because it is an equivalent to the acting, because it establishes relationships. A forgiving given to oneself is without consequences - like performing in front of a mirror. The forgiving is characterized through the previous act - but not the act is forgiven - the act is irreversable - but the acting person is forgiven (*Hannah Ahrendt* 1997). So the act of forgiving actually is the task of the group and the therapist. Through the groups understanding of the present acting-out arround the project and their understanding of the seemingly context with guilt - the group can forgive, repair, like loving parents who think good of the child and not bad. So, love belongs to the act of forgiving. A new start is made for the patient concerned as well as for others who are identified with him. A new constructive way of acting becomes possible. If acting is understood as an applied energy, which together with the resistance, the fact is offering - is experience of reality - the old reality-experiences in form of feelings of guilt and destructive acting can be stopped. Instead of the old ties of symbiosis there is a new experience of reality, a new freedom in acting, for the first time a feeling of responsibility as described above concerning the constructive aggression. By repairing within the group the repetition-compulsion is interrupted. This means on the whole a inner-psychic and group-dynamic act of separation.

This is the central therapeutic process in milieu-therapy which the group achieves with the support of the therapist. Alone this process starts the gain of structure of identity.

Literatur

Ahrendt, H. (1997): Vita activa oder Vom tätigen Leben. (Piper: München)

Ammon, G. (1959): The Theoretical Aspects of Milieu Therapy. Revision of a paper written at the Menninger Clinic and School of Psychiatry. Topeka (Kansas), USA, Pinel Publ., Berlin 1977

– (Hrsg., 1979): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1. (Reinhardt: München, Basel)

– (1989): Gesellschaft, Kultur und Schuldgefühl. In: Dyn. Psychiat. (22), 307-319
Aristoteles (1998): Die Nikomachische Ethik. (dtv: München)
Heidegger, M. (1996): Die Technik und die Kehre. (Neske: Stuttgart)
Lambertino, A. (1989): Pathologie des Gewissens. In: Dyn. Psychiat. (22), 320-329.
Richarz, B., Dworschak, M. (1999): Milieutherapie in Psychiatrie, Psychiatrie und Rehabilitation. In: Dokumente zur Milieutherapie. Hrsg.: Klinik für Dynamische Psychiatrie Menterschwaige, München.
Schmidts, R., Dworschak, M. (1998): Grundzüge stationärer humanstruktureller Milieutherapie. In: Dyn. Psychiat. (31), 1-7.
Winkelmann, U. (1998): Ambulante Milieutherapie. In: Dyn. Psychiat. (31), 8-26.

Adresse der Autorin:

OStR Ulrike Winkelmann
Franz-Joseph-Straße 43
80801 München

Agieren und Integration in der humanstrukturellen Milieutherapie am Beispiel eines Patienten mit der Diagnose Borderline-Kriminalität ***

Monika Dworschak *, Bettina Kampmann ** (München)

Within the human structural milieu therapy, developed by Günter Ammon, the mostly unconscious constructive dimensions of the personality are used to develop and encourage relationships to other patients and the therapists. The project work of the milieu therapy can be understood as a „third object" used as a focus for contact and relations among each other. The group dynamic process moderated by the therapists enables each patient to find his specific position. By this, specific developmental and integration processes are encouraged. This process is exemplified by the authors in a case study of a patient with a diagnosis of borderline dissocial personality disorder.

Günter Ammon beschreibt in seiner Arbeit „Theoretical Aspects of Milieu Therapy" von 1959, daß die Milieutherapie als psychotherapeutische Behandlungsmethodik neben anderen Verfahren wie klassischer Psychoanalyse, expressiver bzw. supressiver Psychotherapie und Gruppenpsychotherapie eingesetzt werden kann. Diese Form der psychotherapeutischen Behandlung, in welcher die gesamte Lebenssituation des Patienten zur therapeutischen Situation wird und somit sämtliche Lebensäußerungen eines Patienten einer Einsichtnahme durch das behandelnde Team zugänglich werden, ist speziell indiziert für Patienten, „mit schweren Problemen der Selbstregulation" (vgl. *Ammon* 1959), die nicht fähig sind ihr Verhalten verbaler Reflexion zugänglich zu machen. Milieutherapie, so *Ammon*, ist ein Behandlungsprogramm mit einer Reihe von kontinuierlichen Kontakten und Aktivitäten, das für jeden Patienten individuell reguliert und gestaltet werden kann. *Ammon* sieht den Patienten nach gestaltpsychologischen Begriffen als ein „geschlossenes System" (closed system, *Ammon* 1959), das durch das „offene System" des therapeutischen Milieus in Bewegung gebracht werden kann. Das milieutherapeutische Feld stellt ein gesundes Feld dar, das auf die pathologischen Bedürfnisse des Patienten auf für ihn unbekannte Weise reagiert. *Ammon* geht davon aus, daß dieses interaktive Geschehen zwischen Patient und Umgebung einen emotionalen Lernprozeß im Patienten bewirkt, in welchem dem Patienten zunehmend erfolglose Techniken sozialen Verhaltens bewußt werden, und der einen Prozeß der Introspektion innerpsychischer Konflikte initiiert

* Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin, Leitung des Bereichs Milieutherapie der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige München
** Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin, Mitarbeiterin des milieutherapeutischen Teams der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige München
*** Vortrag gehalten auf dem 12. Weltkongreß der Weltgesellschaft für Dynamische Psychiatrie (WADP) / XXV. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für

(vgl. *Ammon* 1959). Milieutherapie als psychotherapeutische Methode bewirkt einen Reifungsprozeß im Patienten, der insbesondere auch die Entwicklung von Frustrationstoleranz fördert. Sie ist ganz besonders für jene Patienten mit Störungen der Ich-Regulation, die dadurch notwendigerweise ihre Probleme in ihre Umgebung hinein ausagieren.

Kernberg (1996) beschreibt, daß bei Patienten mit antisozialen Persönlichkeitsstörungen eine Borderline-Persönlichkeitsorganisation zugrunde liegt und diese Patienten die „schlechteste Prognose" aufweisen „... und zwar so weitgehend, daß nahezu alle Patienten mit herkömmlichen psychotherapeutischen Maßnahmen nicht erreichbar sind" (*Kernberg* 1978, 1996). Die meisten empirischen Untersuchungen (vgl. *Stone* 1996, *Dulz* 1997) bestätigen dieses Ergebnis. Eine Nachuntersuchung von Borderline-Patienten (n = 94) nach ca. 15 Jahren in Chestnut Lodge zeigte jedoch positivere Ergebnisse (vgl. *McGlashan* 1996).

Stationäre Ansätze einer psychoanalytischen Behandlung von Borderline-Patienten werden von *Janssen* (1987) diskutiert. Er favorisiert ein integratives Modell von Behandlung, in welchem die Beziehung des Patienten zu einem Behandlungsteam „das Herzstück" des therapeutischen Angebotes darstellt. Die stationäre Psychotherapie soll für den Patienten ein Angebot sein, „das ihn in einer fördernden Umwelt (*Winnicott* 1965) und einer verläßlich haltenden Atmosphäre (*Balint* 1968, *Loch* 1974, *Fürstenau* 1977b) zur Re-Inszenierung seiner infantilien Szene in den therapeutischen Beziehungen anregen soll" (*Janssen* 1987). *Janssen* betont die positive Bedeutung des Agierens als einer „handelnden Selbstinszenierung" des Patienten, die im therapeutischen Prozeß interpretativ durchgearbeitet werden muß. *Janssen* (1987), *Lobos-Wild* (1993) und *Stauss* (1994) betonen die Notwendigkeit von Regeln und Grenzen und somit die Thematisierung von Aggression in der Therapie von Borderline-Delinquenz. Weiterhin wird dem Moment des Umgangs mit Gegenübertragungsreaktionen im therapeutischen Team eine zentrale Bedeutung für eine erfolgreiche Behandlung von Borderline-Patienten eingeräumt.

In der Therapie von Borderline-Patienten, wie sie seit nunmehr 20 Jahren in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige durchgeführt wird, nimmt die humanstrukturelle Milieutherapie einen besonderen Platz ein. Ausgehend von *Ammons* früher Arbeit über Milieutherapie (vgl. *Ammon* 1959), wurde diese Therapiemethode kontinuierlich weiterentwickelt (vgl. *Ammon* 1979, 1994; *Schmidts, Dworschak* 1998; *Richarz, Dworschak* 1999 noch unveröffentlicht). Die Möglichkeiten der humanstrukturellen Milieutherapie für Patienten mit der Diagnose Borderline-Delinquenz sollen anhand eines Fallbeispiels unter Berücksichtigung des Agierens des Patienten und der Integrationsmöglichkeiten dargelegt werden.

Der Patient, von dem im folgenden gesprochen werden soll, ist ein junger Mann von 20 Jahren, der bereits verschiedene Vorstrafen bei

gerichtlichen Verfahren erhalten hatte. Er war seit seinem 15. Lebensjahr immer wieder delinquent geworden, als die Mutter ihren ersten Ehemann und ihren Sohn verließ und jeglichen Kontakt abbrach. Herr K. hatte seine Lehrstelle verloren und von verschiedenen, ständig wechselnden Aushilfsjobs gelebt. Er hatte zu guter letzt Aufnahme in einem Wohnheim gefunden, wo er zunehmend Schwierigkeiten bekam. Herr K. sagte selbst, er habe Probleme „auf die Füße zu kommen", er könne „nichts mit sich anfangen", er „bringe nichts auf die Reihe".

Bereits in den Vorgesprächen zur Klinikaufnahme wurde deutlich, daß Herr K. nicht über sich und seine Gefühle, seine Verletzungen und seine Wut sprechen konnte. Er machte sozusagen die Umwelt zur Bühne seiner innerpsychischen Konflikte, d. h. vor allem seiner enormen Wut über den abrupten Beziehungsabbruch der Mutter und seinem Gefühl, zu kurz gekommen zu sein. Testpsychologisch zeigte sich bei Herrn K. eine äußerst angepaßte Persönlichkeitsstruktur, v.a. in den Bereichen Angst, Abgrenzung nach außen und Narzißmus sowie Defizite in den Bereichen der destruktiven Aggression und der konstruktiven Abgrenzung nach innen. Im Gießentest sind die Werte auf den Skalen der negativen sozialen Resonanz und der Retentivität in Extrembereichen. Seine überkonstruktive Fassade, mit der er gerne der Überlegene sein will und die er als Kontaktangebot anbietet, ohne daß es echter Kontakt ist, dient dem Aufrechterhalten seiner brüchigen Persönlichkeit. Als Herr K. in die Klinik aufgenommen wurde, versuchte er die Regeln und Grenzen der Klinik zu bestimmen. Gerade das Erhalten von Grenzen und Regeln in der Milieutherapie sind von Bedeutung für die Konfrontation des Patienten mit der Realität (vgl. *Ammon* 1959). Das Ausagieren des Patienten ist nicht nur ein Wiedererleben alter infantiler Konflikte, die unter der Führung des Wiederholungszwanges eine gewisse Autonomie gewonnen haben, sondern dient auch dem Widerstand in der Therapie, d.h. der Reflexion und Einsichtnahme in das eigene Tun. Herr K. übertritt nach wenigen Tagen den Hausvertrag. Es gibt heftige Auseinandersetzungen in der Milieugruppe, aber auch im therapeutischen Team, ob Herr K. überhaupt als therapie-fähig einzuschätzen ist. Herr K. löst heftigste Reaktionen sowohl bei Patienten als auch im Team aus. Derart massive Gegenübertragungsgefühle sind typisch für Borderline-Patienten, wie bereits u.a. von *Ammon*, *Janssen* und *Stauss* beschrieben. Hätte man den Reaktionen der Mitpatienten als auch des therapeutischen Teams nachgegeben, so hätte Herr K. nach wenigen Tagen entlassen werden müssen. Vermutlich hätte er dann weiterhin über verschiedene kriminelle Delikte versucht, Aufmerksamkeit zu finden und seiner großen Wut Ausdruck zu verleihen. *Reik* schreibt bereits 1925: Gefängnisstrafen seien „Ausdruck eines unbewußten Strafbedürfnisses; aufgrund eines sadistisch-archaischen Gewissens ... werde die Bestrafung an Vaterinstanzen (Justiz) delegiert, die Strafe ist selbst zum Zeichen des Geliebtwerdens geworden ...". In diesem Sinne zwang Herr K. die milieutherapeutische Leitung sowie die Mitpatienten in

den ersten Wochen sich mit seinen Skandalen und Grenzverletzungen zu beschäftigen. Er mußte täglich vor die Frage gestellt werden, sich an die Klinikregeln zu halten, oder aber die Klinik zu verlassen. Nach diesen Auseinandersetzungen wirkte Herr K. meist leer, einsam und traurig. Auf einer gruppendynamischen Ebene war Herr K. der Protagonist der Milieugruppe in jener Zeit und stellte die Frage nach den Grenzen und nach dem Ziel der Gruppe. Die milieutherapeutische Gruppe befand sich in jener Zeit auf der Suche nach einem neuen Projekt und war in einem Prozeß der Neubildung. Nachdem sich die Gruppe entschieden hatte als neues Projekt eine Theaterbühne zu bauen, begann sich die Gruppe zu schließen. Eine Architektin wurde als Spezialistin eingeladen, um konstruktionstechnische und statische Fragen zu diskutieren. Bei der Diskussion entpuppte sich Herr K. als klarer und intellektuell schnell erfassender Mensch. Er kam dadurch positiv ins Zentrum der Gruppe, wurde in seinen Fähigkeiten ernst genommen und nach einiger Zeit zum Projektleiter vorgeschlagen. Das Agieren von Herrn K. nahm ab, er nahm seine Aufgabe als Projektleiter sehr ernst, forderte streng von der Gruppe, daß der Arbeitsprozeß voranging. Die Auseindersetzungen wurden nun verlagert auf eine Ebene innerhalb des Projektes.

Ammon beschreibt in seiner Arbeit von 1959 zwei Formen von Widerstand. Er nennt einerseits das Ausagieren und andererseits das Gegenausagieren („counteracting-out"), welches einhergeht mit dem Zeigen von Compliance und Pseudoverantwortlichkeit. Herr K. wechselte innerhalb kurzer Zeit von seiner Position als Sündenbock und Grenzperson zu einem überkonstruktiven Projektleiter, der die Ziele der Projektgruppe mit mehr als 100prozentiger Überzeugung vertrat. Dies ist einerseits als Widerstand vor dem Sicheinlassen auf die Gruppe zu verstehen, andererseits als ein erster integrierender Schritt in die Milieugruppe hinein. Auf der Ebene der Persönlichkeitsstrukturierung des Patienten verstehen wir dies als einen Zuwachs im Bereich der Humanfunktion der Gruppenfähigkeit. Parallel wurde Herr K. emotional spürbarer in Trennungssituationen, insbesondere bei Abschieden von Mitpatienten, die ihm wichtig geworden waren. Konnte Herr K. seine tiefen Gefühle von Trauer und Verzweiflung mitteilen, ging das Agieren deutlich zurück.

Herr K. erlebte die Milieugruppe als zunehmend weniger bedrohlich. Er weigerte sich aber beharrlich, an nonverbalen Therapiemethoden teilzunehmen, tat diese intellektualisierend ab als „Kinderkram". Dahinter verbirgt sich u.E. seine große Angst vor seinem inneren Abgrund und den damit verbundenen Gefühlen der Leere, Verzweiflung, Verlassenheit, Angst und Aggression.

Auf der Ebene der Träume zeigte sich bei Herrn K. eine Veränderung. Er konnte zum ersten Mal nach ca. 6 Monaten in seiner Einzeltherapie Träume berichten, wobei auf der Traumebene erneut die innerpsychische Spaltungsdynamik zum Ausdruck kommt. In einem Traum träumt er eine idealisierte Paarphantasie, in einem zweiten Traum kam seine Gewalt

problematik zum Ausdruck. Das Träumen deutet auf eine beginnende Verlagerung der bislang ausagierten Bereiche der Persönlichkeit von Herrn K. in die innerpsychische Realität. Es scheint eine gewisse innerpsychische Differenzierung begonnen zu haben. Wir gehen davon aus, daß damit ein therapeutischer Prozeß eingeleitet wurde, in welchem weiterhin versucht werden muß, mehr und mehr Agieren einer Reflexion zugänglich zu machen und dem Patienten zu helfen, daß er zunehmend mehr Gefühle zulassen kann.

Acting Out Processes in the Human Structural Milieu Therapy - A Case Study of a Patient with the Diagnosis of Borderline Dissocial Personality Disorder

Monika Dworschak, Bettina Kampmann (Munich)

Günter Ammon developed his concept of human structural milieu therapy continuously from his experiences at the Menninger Foundation (*Ammon* 1959) up till now (*Ammon* 1979, 1994) This inpatient psychotherapeutic treatment basing on psychoanalytic principles is especially indicated for patients with ego-regulatory disturbances, like patients with the diagnosis of borderline personality disorders. Those patients have the need to act out their problems on to their environment instead of reflecting innerpsychic conflicts.

Kernberg states that the dissocial personality disorder has an underlying borderline personality disorder with the worst prognosis and stresses the lack of helpfull therapeutical methods (*Kernberg* 1978, 1996). Empirical investigations confirm *Kernberg*'s thinking (*Stone* 1996, *Dulz* 1997, *Janssen* 1987).

Several authors (*Winnicott* 1965, *Balint* 1968, *Loch* 1974, *Fürstenau* 1977) point out the relevance of a stimulating environment and a holding atmosphere as basic for inpatient psychotherapy with borderline patients. *Janssen* stresses the positive aspect of acting out as an „acting self production" of the patient, which has to be worked through interpretively within the therapeutical process. The need of rules and limitations and therefore the therapeutical work with the patients' aggressions as well as the observation and interpretation of countertransference manifestations are of central importance (*Janssen* 1987, *Lobos-Wild* 1993, *Stauss* 1994).

The humanstructural milieu therapy, as realized in the Dynamic Psychiatric Hospital in Munich, establishes a specially structured milieu therapeutic field in which the positive capabilities of the patients are used for working tasks which are for the benefit of the hospital and the patients. These tasks like in the authors' example establishing an outside stage for theatre performances are used in the sense of a „third object" (*Winnicott* 1965), realized by a group of 15 to 20 patients. Those groups are group-

dynamically supervised by psychologists, using the actual here-and-now-dynamic to encourage contact and relation between the patients as well as trust in the patients' own abilities and capabilities. With the help of confrontations about the rules of the hospital it becomes possible to work through the patients' aggressions so that the energies of the patients can be diverted into constructive ways like the realization of aims. Acting out manifestations in the milieu therapeutic field are understood and interpreted as nonverbal communications of the patients' problems on the background of the developed relationships in the group and on the life history of the patients. Especially in the treatment of borderline personality disorders and dissocial personality disorders the reactions of the staff members like the rejection of a patient have to be understood and interpreted as countertransference manifestations on the background of the patient's psychodynamic. The patients' acting out will be diminished when it gets more and more possible to help them to express and notice their feelings in the context of the group.

The case study of the authors shows in detail the beginning process of a patient with borderline dissocial personality disorder. The acting out of the patient in the example is seen by the authors as an indication for heavy deficits during the early mother-child symbiosis and as an indication for a severe archaic ego-disease with fragile human structural functions especially the function of demarcation. It is also understood as an indication of his great anxiety to come into contact with his own inner depths of despair with feelings of loneliness, emptiness, anxiety and aggression. The developing dreaming capability in the therapeutic process is seen as an expression of the beginning psychic process of differentiation and increase of the personality structure in order to develop a more adequate and less destructive behaviour of problem solving instead of acting out.

Literatur:

Ammon, G. (1959): Theoretical Aspects of Milieu Therapy. (The Menninger School of Psychiatry. Topeka, Kansas and Pinel Publ., Berlin, 1977

Ammon, G.; Ammon, G.; Marsen, B. (1979): Das Borderline-Syndrom und das ich-strukturelle Arbeiten. In: *Günter Ammon* (Hrsg.). Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd.1, 295-363. (München: Ernst Reinhardt)

Ammon, G. (1994): Milieu Therapy. In: Dyn.Psychiat. (27) 24-30

Balint, M. (1968): Therapeutische Aspekte der Regression. Die Theorie der Grundstörung. (Stuttgart: Klett) 1970

Dulz, B. (1997): Differenzierung und Therapie delinquenten Verhaltens bei Borderline-Störungen. In: Der Nervenarzt (68) 395-400

Dworschak, Monika (1998): Inpatient Humanstructural Milieu Therapy - Historical Roots and Essential Aspects of Today´s Practice. In: Dyn. Psychiat. (31) 27-33

Fürstenau, P. (1977): Die beiden Dimensionen des psychoanalytischen Umgangs mit strukturell ich-gestörten Patienten. Psyche (31) 131-140

Janssen, P. L. (1987): Psychoanalytische Therapie in der Klinik. (Stuttgart: Ernst Klett)

Kernberg, O.F. (1978, 1990): Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus. (Frankfurt a. M.: Suhrkamp)

Kernberg, O.F. (Hrsg.) (1996): Narzißtische Persönlichkeitsstörungen. 1. Korrigierter Nachdruck, 1998. (Stuttgart: Schattauer)
Lobos-Wild, R. (1993): Delinquenz als Ausdruck des Narzißmus- und Borderline-Leidens. Institutionelle und einzeltherapeutische Behandlungselemente. In: Psyche. (1) 82-101
Loch, W. (1974): Der Analytiker als Gesetzgeber und Lehrer. Psyche (28) 432-460
McGlashan, Th. H.; Heinssen, R. K. (1996): Langzeitverlauf bei narzißtischen, antisozialen und nicht komorbiden Subgruppen der Borderline-Störung. In: *Kernberg*: Narzißtische Persönlichkeitsstörungen, 1. Korrigierter Nachdruck, 1998. (Stuttgart: Schattauer) 165-190
Reik, T. (1925): Geständniszwang und Strafbedürfnis. Probleme der Psychoanalyse und der Kriminologie. (Leipzig, Wien, Zürich: Internationaler Psychoanalytischer Verlag)
Richarz, B., Dworschak, M.(1999): Milieutherapie in Psychiatrie, Psychotherapie und Rehabilitation.Unveröff. Manuskript
Schmidts, R.; Dworschak, M. (1998): Grundzüge stationärer humanstruktureller Milieutherapie. In: Dyn. Psychiat. (31) 1-7
Stauss, K. (1994): Neue Konzepte zum Borderline-Syndrom. (Paderborn: Junfermann)
Stone, M. H. (1996): Langzeitkatamnese von narzißtischen und Borderline-Patienten. In: *Kernberg*: Narzißtische Persönlichkeitsstörungen, 1. Korrigierter Nachdruck, 1998. (Stuttgart: Schattauer) 131-154
Winnicott, D. W. (1965): Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. (München: Kindler) 1974

Adresse der Autorinnen:

Monika Dworschak, Bettina Kampmann
Klinik für Dynamische Psychiatrie
Geiselgasteigstraße 203
81545 München
Tel. 089/6427230

Differences in comparison of Psychotherapeutic and Psychoanalytic research**

Alexander Kon (Tel Aviv, Israel)*

Studies in psychotherapy and psychoanalysis are difficult to conduct and test. An attempt to compare to or utilize a research method from the precise sciences will always be problematic due to hardship in obtaining objecitve data, and due to the differences in the measuring tools. In a mental therapy, the person is a measuring tool and not an instrument as in the precise sciences. However, there is a differencee between a psychotherapeutic study concentrating on different phenomena and trying to measure them (though partially) against an analytic study that is, in essence, a test of an hypothesis made, mainly, by way of induction rather then by way of a direct proving line. Another point that is highlighted is that in a normal medical research, or in any other field, the researcher does not have to be a fine therapist. It is his scientific competence that counts, not his clinical competence, presenting no contradiction. In this respect, the psychoanalytic field is quite difficult since the clinical knowledge is the working and measuring tool forming a conflict between therapists and researchers, due to the difficulty in interpreting a clinical impression to a measurable statistic.

When trying to apply research methods used in the field of natural sciences to the field of therapies and analysis, difficulties in practical and theoretical application are encountered. Not only is there no possibility of currently conducting a double blind study because both therapist and patient know whether therapy is being adminstered, it is also difficult to isolate a specific aspect without considering additional influences. Inability to isolate a specific aspect hinders the research evaluation, while isolation is likely to invalidat the significance of the research matter. Additionally, a control group, which is essential to any research study, is virtually impossible in psycho-analytic research. In psycho-therapeutic research, it is possible to incloude such control groups only to some extent. The difference lies in the fact that in the area of psychotherapy, we are able to relate to specific phenomena and assess whether any changes in them have occurred, while in psychoanalysis, we speak of change in terms of personality structure, with all that this implies.

The fact that stands out when we discuss and study analytic and psycho-therapeutic research, is that there is no reference made to the status of the researchers. Generally, mention is made to the fact that psychotherapy has been provided and that a comparison of the results has been conducted. The level of the researchers' professional training is not discussed, nor is their tenure ot their practical experience in the field. There is no mention of whether or not they have had analytic training nor if they have undergone any type of therapy themselves. The duration of the therapy is not

* M.D., Tel Aviv

** Paper presented at the 12th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry (WADP) / 25th Internat. Symposium for the German Academy of Psychoanalysis (DAP), March 17-21, 1999 at the Humboldt-Universität Berlin

mentioned nor a description of the number of hours. There is hidden assumption that everyone who works at a recognised institution (or who is known in the private sector), has recieved exactly the same education and shares the same status. As such, the various research groups are likely to yield different results for the same material. A striking example of this can be seen in a Swedish study conducted by *Lavender & Colberg*, who studied 158 cases treated by 55 different therapists. All the cases studied were classified by the therapist as a therapeutic success. In the researchers' opinion, only 8 of the cases were a therapeutic success, and it should be of interest to note that all the successes were attributed to the same therapist.

Another interesting phenomenon which was revaled, was that most researchers in these fields, do not have a great of clinical experience. In fact the experience and knowledge of the researcher are professional in terms of research methods and research thinking; however, it is not clinical. This fact may not be significant or relevant when studying the natural sciences. For example, a researcher of diabetes need not be a good clinician. However, in the field of analysis and psychotherapy, this is highly significant, since in these cases, the researcher serves also as a measurement tool, in contrast to natural sciences.

In conferences discussing psychoanalytic research methods, this point was raised from a different perspective. In order to conduct reliable scientific research, there is a need to learn professional technique and jargon. This involves a large investment, both in emotional terms and in terms of time. This restricts the researchers to a small group, one which is very familiar with research theory but also has limited knowledge in the analytic-therapeutic field. On the other hand, clinicians whose research knowledge is very limited are apt to err easily in using techniques, which are currently very sophisticated. This can bring about a paradoxical situation in which the knowledge and experience cannot find expression in the research study. In other words, the clinical experience and knowledge, which are essential to therapeutic work and which determine its quality, standard and outcome, are not able to be expressed. From the experience of the R.T.P. group of the psychoanalytic society, we see that the researchers which had a good grasp of research technique, devoted more time to this area, until the research method became a profession in and of itself. No time was left to study and develop the actual therapeutic technique. On the other hand, as we mentioned above, the clinicians make many mistakes in using research techniques, and as such their conclusions do not stand up to any research criteria. The question has arisen as to whether or not there is room for clinicians with a limited knowledge of research technique to become involved in research, in order express the clinical experience. The best way to do this is by studying a single case in depth, and later by trying to compare single cases.

In comparing psychoanalytic and psychotherapeutic research, differences in approach are also apparent, in addition to those mentioned above.

Psychotherapeutic research involves the observation of facts. Various groups and individuals can be compared and as a result, there are a number of facts which can be tested statistically. This is a quantitative assessment which is conducted primarily by using a »macro« perspective. The nature of this research is primarily explorative and therefore, it is best that there be a number of variables, in order to preserve the complex and complete nature of the topic being studied. This entire process unfolds on a conscious level and the conclusions, therefore, are derived from the collection of a substantial amount of data, using direct logic and the secondary thought process.

Psychoanalytic research is conducted using the concept of meta-psychological thought. In other words, it deals with the concept rather than the fact, and are primarily involved with the area of the unconscious and with the primary thought process. It is difficult to use an explorative research method in an area that deals with the unconscious primary thought process. (Can we compare one unconscious process to another?) If we try to use symbols without which there is no analytic thinking, than any symbol can represent many diverse things, such that there is no ability of comparison. To illustrate this, lets take an instrument like the trombone. It can serve as an oral symbol, but if we relate to the tones it emits, it can be viewed as an anal symbol. The manner in which it is played can serve as a phallic symbol. However, their evaluation is essential because without them there is no analytic understanding. In the analytic field, research is conducted primarily by using the single case study – conducting an in-depth study of the smallest details. This is essentially a micro assessment of a single case. A study of unconscious contents means coming in close contact with the emotional sources in which body and soul are very near to one another. For instance, we know that desire is not identical to will or motivation.

The conclusions of analytical research are derived by induction and not by direct logical conclusion, which is a result of observation. In analytical research, observation is difficult, since the unconscious cannot be observed. There is only induction of unconscious phenomena such as resistance and transference. This induction is derived from a particular behaviour. Moreover, the unconscious is in itself a theoretical cognitive concept and a theoretical concept cannot be observed (only in an inductive manner).

It, therefore, can be said that analytical research is more of hypotheses testing in nature, limited to a small number of variables or to only one variable. However, this is the only situation in which a number of subjects being tested can be compared.

In order to illustrate my thoughts, I wish to present the research proposal of *Chasseguet Schmirgel* as an example, who claimed that emotional deprivation in early childhood would lead to cognitive impairment. In order to prove this hypothesis, she proposed testing language and lack of vocabulary, primarily abstract words which would be used as research evidence. This is an inductive thinking and research approach.

Single case studies were never considered respectable in the scientific world which prefers conducting research using measurement tools and statistical evidence. However, when we look at the field of biology, *Darwin's* work was a study of organisms living in various environments. It was not a comparison study, but rather a single case study. However, he made his conclusions from this research. Furthermore, *Stephen Hawkins* who said that humanity's good fortune was due to the fact that in Newton's mathematical calculations were incorrect. If this matter had been assessed, then we would have no Theory of Gravity. In other words, a precise scientific study in which the method is of primary importance. The essence of the matter may be overlooked due to the emphasis placed on the method.

By the standards used in natural science research using statistical measurement and evidence, there is no doubt that this approach is preferable, and it has proven its ability to promote science over the past two hundred years. However, its application to the field of analytic psychotherapy is very complex. As I have described, it is in the analytic field that the single case method is the most advantageous. Studies of single cases such of those conducted by *Freud, Piaget, Frieda Fromm-Reichman* etc. have influenced our entire thought concept and have opened up new paths in science. The scientific development does not progress in a straight line but rather in a zigzag, where important breakthroughs are reached using induction made by one field from another. The scientific problem is often not the idea itself; but rather in proving it.* Therefore, it seems to me that the development of thought from various angles is what will prepare the ground for the next discovery. As the saying goes: »Invention comes to the prepared mind.«

* For instance – fishermen have known for generations that there is a direct connection between the moon and the tide. This was thought to be superstition by scientific circles. Only after the discoveries of *Kepler* and *Galileo,* and the Law of the Earth's Gravity, was the direct connection between the moon and the tide proven.

Unterschiede im Vergleich von psychotherapeutischen mit psychoanalytischen Forschungen

Alexander Kon (Tel-Aviv)

Zunächst einmal wird dargestellt, dass es schwierig ist, Untersuchungsmethoden, die sich in den Naturwissenschaften bewährt haben und dort berechtigt sind, deshalb auf das Gebiet der Forschung psychotherapeutischen und psychoanalytischen Arbeitens zu übertragen. Sollte man es trotzdem wagen, ist eine Übertragung der Methodik noch eher im Bereich der Psychotherapieforschung möglich, jedoch gänzlich scheitern muss die Kopie naturwissenschaftlicher Methodik in der Analyse.

Warum ist die Übertragbarkeit naturwissenschaftlicher Untersuchungsmethoden in unserem Gebiet generell problematisch? Es gibt hier erstens keine Möglichkeit, ein System blind auf ein anderes zu übertragen (denn die Qualität der Arbeit wird bestimmt durch die zwei Faktoren Therapeut und Patient und als dritter Faktor spielt der Forscher selbst hier eine gewisse Rolle). Zweitens kann man kaum einen Einzelaspekt isoliert vom Gesamtzusammenhang betrachten, ohne das Ergebnis zu verfälschen. Dadurch wird drittens die Evaluation der Forschung behindert. Und viertens wäre in der naturwissenschaftlichen Forschung eine Kontrollgruppe notwendig, die kaum zu finden ist. Letzteres ist eher noch in der Psychotherapieforschung möglich, da es hier möglich ist, eine Kontrollgruppe in geringem Maße miteinzubeziehen, denn hier sind Ergebnisse eher noch verallgemeinerbar. In der Psychoanalyse jedoch bedeuten Veränderungen immer Veränderungen der Persönlichkeitsstruktur und sind deshalb nicht vergleichbar.

Desweiteren erstaunlich ist die Tatsache, dass - um der Vergleichbarkeit der Daten willen - in der Diskussion der Untersuchungsergebnisse wichtige Hinweise fehlen. Im Vorfeld müsste dargelegt werden, dass erstens der Forscher sich mit seinen Methoden auf dem neuesten Stand der Wissenschaft befindet. Auch die Dauer der Therapie und die Anzahl der Stunden sollten als zweiter Punkt in der Forschung Erwähnung finden. Hier wird gefordert, dass aber auch - und das findet so gut wie kaum irgendwo Erwähnung - drittens die Berufsqualifikation sowohl des Therapeuten als auch des Forschers auf dem Gebiet seiner Forschung dargelegt werden, da sonst fälschlicherweise der irrigen Annahme Vorschub geleistet würde, dass bei einer gleichen Berufsbezeichnung auch alle den gleichen Grad an Ausbildungen erreicht haben müssen. Dies wird am Beispiel einer schwedischen Studie von *Lavender* und *Colberg* ausgeführt, bei der 158 Therapien untersucht wurden, mit denen 58 Therapeuten betraut waren. Alle 58 Therapeuten bezeichneten ihre Fälle als erfolgreich abgeschlossen. Die beiden Forscher gaben diese Auszeichnung jedoch nur acht der untersuchten Therapien, alle acht der als erfolgreich bezeichneten Therapien wurden von dem gleichen Therapeuten betreut. Dies als Beispiel dafür, dass ein guter Feldforscher deshalb auch selbst mit Therapien oder Analysen Vorerfahrungen gemacht haben sollte - als Therapeut und am besten auch als Patient - da er nur dann alle Untersuchungsgrößen aus eigener Erfahrung kennen kann. Und hier besteht ebenso ein Unterschied zur Naturwissenschaft: Ein Diabetesforscher braucht kein guter Arzt zu sein, also keine klinische Erfahrung haben. In der Psychotherapie- und Analyseforschung jedoch ist die klinische Erfahrung deshalb wichtig, weil hier auch der Forscher als Messinstrument fungiert. Dies setzt sowohl zeitlich als auch emotional von Seiten des Forschers eine hohe Investitionsbereitschaft in die Berufsprofessionalität voraus. Die Gruppe der geeigneten Forscher wäre somit sehr klein, denn hierzu zählen idealtypisch nur noch solche, die sich sowohl wissenschaftstheoretisch auf dem neuesten Stand befinden, als sich auch durch Erfahrungen auf

analytisch-therapeutischem Gebiet auszeichnen. Erfahrungsberichte der R.T.P.-Gruppe der psychoanalytischen Gesellschaft lassen erkennen, dass Forscher, die eine hohe Qualifikation in der Handhabung von Untersuchungstechniken vorweisen konnten, ein besonders hohes Augenmerk auf die Untersuchungsmethodik legten - leider zu Lasten des Studiums der therapeutischen Technik. Dies wirkt sich qualitätsmindernd auf die Studie aus. Um unter solch erschwerten Bedingungen die Forschung nicht vernachlässigen zu müssen, wäre es ein wünschenswertes Optimum, wenn es genügend Raum für Kliniker mit geringem Wissen um die Forschungsmethodik gäbe, die bei Untersuchungen mitmachen und dadurch ihre klinischen Erfahrungen einbringen können. Im Idealfall könnten sie bei der Tiefenanalyse nur eines Einzelfalles behilflich sein, um so Standards zu schaffen, die dann später mit anderen Einzelfällen verglichen werden können.

Allerdings muss ein wesentlicher Unterschied von psychotherapeutischer zu -analytischer Forschung herausgestrichen werden: Psychotherapieforschung beruht auf der Beobachtung von Fakten - viele Gruppen und Individuen können miteinander vergleichen werden. Das Ergebnis ist eine Vielzahl von Fakten, die statistisch abgefragt werden können, also eine quantitative Vorgehensweise aus einer „Makro"-Perspektive, bei der eine Vielzahl verschiedener Varianten untersucht wird, um der komplexen Natur des Untersuchungsgegenstandes Rechnung zu tragen. Die Untersuchungsergebnisse werden aus einer beträchtlichen Anzahl von Daten, aus deren Verknüpfung und aus logischen sowie schlussfolgernden Gedankenprozessen gewonnen.

Psychoanalytische Forschung wird im Gegensatz dazu bestimmt durch das theoretische Konzept der drei Bewußtseinsschichten. Das Unbewusste spielt hier eine entscheidende Rolle, ebenso wie Primärgedankenprozesse und deren Interpretation. Nicht die Fakten zählen bei diesem Forschungsfeld, sondern Symbole. Jedes Symbol birgt eine Vielzahl von Deutungsmöglichkeiten (Beispiel: Eine Posaune kann oral gesehen werden; von den Tönen her, die mit ihr zu erzeugen sind, aber eher anal; von der Art her, wie sie gespielt wird kann die phallische Bedeutung hervorgehoben werden). Jedes Symbol bedarf der Interpretation, ohne die es keine analytische Arbeit gäbe. Die Arbeit in der Analyseforschung ist deshalb die genaue Untersuchung einer Reihe von Einzelfällen, bei denen auch das kleinste Detail bedeutungsvoll ist. Eine Studie von unbewusstem Inhalt bedeutet eine enge Tuchfühlung mit den emotionalen Quellen des Probanden. Körper und Seele liegen hier sehr eng beieinander (z.B. ist Begehren nicht identisch mit Willen oder mit Motivation). Analytische Forschung wird geleitet durch induktives Vorgehen. Hier gibt es keine direkten logischen Schlussfolgerungen als Ergebnis genauer Beobachtung, da sich das Unbewusste nicht beobachten läßt (mit Ausnahme auf die Verweise auf Phänomene wie Widerstand und Übertragung, die von einem bestimmten Benehmen her interpretiert werden). Schlussfolgernd lässt sich sagen, dass analytische

Foschung mehr auf Hypothesen basiert, die in der Natur verifiziert werden, begrenzt durch eine Anzahl von Variablen oder sogar nur eine einzige Variable. Dadurch kann eine Anzahl von getesteten Subjekten miteinander verglichen werden. Als Beispiel für induktives Vorgehen und für eine induktive Forschungsannäherung wird hier ein Forschungsvorschlag von *Chasseguet Schmirgel* angeführt, die als Auswirkung durch den Verlust emotionaler Zuwendung in der frühen Kindheit die kognitiver Beeinträchtigung in der Gegenwart nachzuweisen versucht. Als Beweisführung für diese These schlug sie vor, die Sprache und den geringeren Sprachwortschatz zu testen, vorwiegend im Bereich abstrakter Wörter, die sie zu diesem Zweck dem Probanden gegenüber gebrauchte wollte.

Die Naturwissenschaft bevorzugt die deduktive Vorgehensweise. Abschliessend wird für die Entwicklung von Gedanken aus verschiedenen Standpunkten heraus plädiert, entsprechend dem Sprichwort: „Erfindungen kommen aus einem vorbereiteten Geist".

References at the author.

Address of the author:

Alexander Kon, M.D.
Pinkas Str. 65
Tel-Aviv
Israel

Gruppendynamische Aspekte der Geschwisterrivalität bei Zwillingen am Beispiel psychotisch erkrankter Patienten **

Egon Fabian (München)*

Following a critical review of the literature on rivalry of siblings and twins the author describes case histories of twins with one psychotic and one "healthy", or "successful" sibling. The discussion reveals pathogenetic factors in the group dynamics of the primary group which may be relevant in enhancing later rivalry and polarisation of the twins.

Geschwisterrivalität und -polarisierung

Ein elegant gekleideter, distinguiert und wohlhabend aussehender junger Mann bringt einen Jugendlichen in die Klinik als dessen gesetzlicher Betreuer. Der Patient leidet seit vielen Jahren unter einer Schizophrenie, steht chronisch unter Medikamenten. Er sieht verwahrlost aus, mit hängenden, zu großen Kleidern, unrasiert, mit ungepflegten Haaren. Erst im Laufe des Gesprächs stellt sich heraus, daß es sich um zwei Brüder handelt. Der gesund, besser gesagt „gesünder als gesund" wirkende Bruder läßt sich durch seine hohe Intelligenz und logische Brillianz, aber auch seine Gefühlsarmut, sein betont „linkshirniges", funktionales Denken als ein Mensch mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erkennen, dessen äußerer Erfolg kompensatorisch eine tiefliegende Persönlichkeitsspaltung, eine Erkrankung der Identität (*Ammon* 1976, 1979, 1984, 1989, 1998) zudeckt.

Aus der klinischen Erfahrung sind uns zahlreiche Fälle bekannt, in denen eine mehr oder weniger extreme Polarisierung der Geschwister einer Familie stattfindet und diese von der Familie und ihrer Umgebung als schicksalhaft betrachtet wird. Daß eine solche Polarisierung mit Eifersucht und Rivalität der Kinder zusammenhängt, liegt auf der Hand. Auch neuere psychiatrische und psychotherapeutische Standardwerke (*Talbott* 1988, *Frank* 1993, *Möller* 1994, *Senf* und *Broda* 1996, *Berger* 1994) erwähnen die Begriffe „Geschwisterrivalität" und „Eifersucht" meist gar nicht, oder sehen diese, wie *Tölle* (1991) als Folge einer „inneren Zerrüttung der Familie", zu der „gestörte Eltern-Ehe, Ablehnung des Kindes, inkonsequente Erziehung" usw. gehören. Doch was sich hinter der „inkonsequenten Erziehung" verbirgt, bleibt offen als phänomenologische Beobachtung und ohne klinische Relevanz.

* Dr. med. (Univ. Tel-Aviv / Israel), Psychiater, Neurologe, Psychoanalytiker, Oberarzt der Klinik für Dynamische Psychiatrie Menterschwaige, München

** Vortrag gehalten auf dem 12. Weltkongreß der Weltgesellschaft fur Dynamische Psychiatrie (WADP) / XXV Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für

Auch *Freud* erwähnt die Geschwisterrivalität als selbstverständliches Phänomen, das keiner weiteren Diskussion bedarf: „Nur zu oft ergeben sich Gelegenheiten, bei denen das Kind zurückgesetzt wird oder sich wenigstens zurückgesetzt fühlt, wo es die volle Liebe der Eltern vermißt, besonders aber bedauert, sie mit anderen Geschwistern teilen zu müssen" (*Freud* 1909). Solche Konflikte werden meistens im Prozeß der Sozialisierung überwunden: „Die sozialen Gefühle entstehen noch heute beim einzelnen als Überbau über die eifersüchtigen Rivalitätsregungen gegen die Geschwister" (*Freud* 1923).

Wie der Ödipuskomplex, so ist auch die Rivalität und die Eifersucht zwischen den Geschwistern für *Freud* eine naturgegebene Konstante, er selbst schreibt, ihm fehle zur weiteren Erklärung die direkte Beobachtung: „Bei meinen eigenen Kindern, die einander rasch folgten, habe ich die Gelegenheit zu solchen Beobachtungen versäumt" (*Freud* 1900). Nirgendwo in *Freuds* Werk begegnet uns der Gedanke, die Rivalität zwischen den Geschwistern könnte unterschiedlich und durch das Verhalten der Eltern beeinflußbar sein. Vater, Mutter, ihre Einstellung zum Kind, ihre Erziehung, ja ihr eigenes Unbewußtes, werden als Konstanten ausgeklammert. Für *Freud*, wie für die meisten seiner frühen Nachfolger, ist das menschliche Leben Triebschicksal, nicht Beziehungsschicksal.

Fenichel (1931/1992), *Reich* (1933), *Hug-Hellmuth* (1921) und *Adler* (1927/1975) sehen die Rolle der Familienverhältnisse differenzierter bei der Gestaltung des späteren Charakters: „So hängt" - schreibt *Fenichel* - „der Charakter in seiner Einzelgestaltung von den einmaligen Erlebnissen der individuellen Vorgeschichte ab, von Anzahl und Art der Personen der Umgebung, von dem Umstand, ob das Kind inner- oder außerhalb einer Familie aufwächst, wie groß die Familie ist, welche Charaktere die Eltern haben..." *Abraham* (1925) geht einen Schritt weiter und betont die Bedeutung der „mütterlichen Zärtlichkeit" und der „Möglichkeit, den Vater zur Idealgestalt zu erheben", aber nur für die Entwicklung des Ödipuskomplexes. Insgesamt wirken die Eltern als Regulativ oder als Verstärker schon vorhandener Neurosen beim Kind (*Abraham* 1909).

Ein psychodynamisches Verständnis findet man erst bei Familientherapeuten wie *Buchholz*, die die Familie als „Triade" begreifen, in der das Kind als schwächstes Glied die unbewußten Phantasien der Eltern tragen muß: „Als Phantasieträger ist das Kind geradezu prädisponiert, irgendwo auf dem Kontinuum zwischen den Positionen 'Kind-als-Monster' und 'Kind-als-Erlöser' eingeordnet zu werden (*Buchholz* 1993). *Schachter* (1985) beschreibt Familien, in denen Geschwister in »Engel« und »Teufel« eingeteilt werden.

Burbiel et al. (1994), basierend auf *Günter Ammons* Auffassung der gesamten Primärgruppe als ein gruppendynamisches, sozialenergetisches Feld, das sich in der psychischen Struktur des Kindes niederschlägt, bringen die Polarisierung der Geschwister mit der Identitätsproblematik der Gesamtfamilie in Zusammenhang. Sie beschreiben eine Patientin, die »als

'Symptomträger' der Familie unbewußt die destruktiven Anteile der Familie übernahm, die auch dynamisch gesehen die Entwicklungsarretiertheit und Identitätsbrüchigkeit der ganzen Familiengruppe symbolisiert, während der Bruder durchaus im Rahmen der familiären und gesellschaftlichen Erwartungen sich an die Normen anpaßt und derzeit in einer anderen Stadt ein erfolgreiches Mathematikstudium absolviert." Es handele sich dabei „um eine typische Borderline-Familiendynamik. "

Besonderheiten der Zwillingsdynamik

Besonders prägnant scheint sich eine solche Polarisierung bei Zwillingen auszuwirken, die sich in gewissen Familien sehr krass zu „Gewinnern und Verlierern des Lebens" entwickelt haben.

Freud selbst (1920) zitiert ein Beispiel: „Ich habe einst zwei Zwillingsbrüder kennengelernt (....) Der eine von ihnen hatte viel Glück bei Frauen und ließ sich auf ungezählte Verhältnisse mit Frauen und Mädchen ein. Der andere war zuerst auf demselben Wege, aber dann wurde es ihm unangenehm (....) er half sich dadurch, daß er homosexuell wurde. Er überließ dem Bruder die Frauen und war ihm so 'ausgewichen'« (*Freud* 1920). *Fenichel* betont die besondere Ambivalenz als Teil der Zwillingsdynamik: „Zwillinge entwickeln leicht Ambivalenz und Eifersucht, eine Mischung aus einem Abhängigkeitsgefühl, das jederzeit eine Ergänzung der Person fordert, und einer feindseligen reaktiven Betonung ihrer Unabhängigkeit" (*Fenichel* 1945/1977).

Die besondere Nähe der Zwillinge innerhalb der Familie und der Geschwisterreihe bedingt eine Intimität, die durch die Betonung der Gemeinsamkeit durch die Eltern oft noch intensiviert wird. Gemeinsamer Kinderwagen, gleiche Kleider (insbesondere bei eineiigen Zwillingen), gleiches Datum von Geburtstagen, Kindergartenbeginn und Einschulung, usw. schaffen ein besonderes Gemeinschaftsgefühl, aber auch eine besondere Rivalität, denn das Zwillingsgeschwister wird nur selten allein etwas Ganzes bekommen und wird tendenziell in vielen Familien eher als die Hälfte eines Paares denn als eigenständiges Individuum betrachtet. Mit der Zeit entwickelt sich eine spezifische Dynamik von Symbiosepartnerschaft: Zwillinge - besonders eineiige - neigen eher als andere dazu, sich in die Gefühle des anderen Zwillings einzufühlen. Der griechische Mythos der beiden unzertrennlichen Zwillinge Castor und Pollux verdeutlicht die besonderen Bande der Zwillingsbeziehung. Ob und inwieweit die gemeinsame intrauterine Erfahrung der Zwillinge zu ihrer späteren besonderen symbiotischen Nähe beiträgt, kann nur Gegenstand der Spekulation sein.

In der vorliegenden Arbeit möchten wir anhand einiger klinischer Beispiele solche gruppendynamischen Momente in der Familie untersuchen, die bei der extremen Rivalität und Polarisierung der Zwillingsgeschwister eine Rolle spielen könnten; ferner möchten wir

untersuchen, auf welche Weise eine extreme Polarisierung zu einem „gesunden", erfolgreichen und einem „kranken", erfolglosen (psychotischen) Zwilling geführt haben. Damit möchten wir auch einen Beitrag zu einer differenzierteren Annäherung an die Problematik von kranken Zwillingen leisten, die seit Jahrzehnten Gegenstand der psychiatrischen Forschung sind und als "Beweis" für eine biologisch-genetische Entstehung der Schizophrenie benutzt werden (s. u. a. *Huber*: „Die Familien- und Zwillingsforschung zeigt, daß eine spezifische Erbveranlagung eine Voraussetzung für die Erkrankung [Schizophrenie] ist").

Fallbeispiele

Herr A., 54 Jahre alt, kam in die Therapie, nachdem das Sorgerecht für seine beiden Kinder der geschiedenen Ehefrau zugesprochen worden war. Er lebte vollkommen allein in seiner kleinen Wohnung, war tief depressiv, litt unter innerer Einengung, Leeregefühl, Grübeln, Selbstmordgedanken und betrieb einen schweren Alkoholmißbrauch. Er war als einziger Sohn einer wohlhabenden Familie mit seiner Zwillingsschwester der jüngste von insgesamt 4 Geschwistern. Sein Leben war gekennzeichnet von beruflichen und sozialen Abbrüchen und Mißerfolgen.

Herr A. kam zur Welt als Zweiter von den Zwillingen, als „dickliches, pummeliges Kind" und sei von Anfang an deutlich langsamer gewesen als seine Zwillingsschwester. Diese wurde dann von beiden Eltern bevorzugt. Der Vater hatte sich einen Sohn gewünscht, der wie er Apotheker werden und seine Apotheke später übernehmen würde. Der Beruf stand schon lange vor der Geburt fest. Die Wünsche der Mutter waren ihm immer unklar. Der Vater sei enttäuscht gewesen, „sein Sohn ist nicht so geworden, wie er wollte". Die Beziehung der Eltern zueinander beschreibt A. als kühl und formal: „Die Eltern verhielten sich zueinander wie zwei Geschäftspartner, die im Privatleben nicht viel miteinander zu tun haben wollten; es gab keine Liebe, keine Zärtlichkeit zwischen ihnen".

Rivalität zwischen den beiden gab es wohl, aber der Vater ging ihr aus dem Weg. „Streit hat es so gut wie nie gegeben, und das war das Schlimmste. Alles lief heimlich, vergraben - auch die Sexualität". Die Mutter war eifersüchtig, weil der Vater anderen Frauen nachlief. Die älteste Schwester sei mit der Mutter am engsten liiert, „dicht zusammen gewesen, auch erotisch". Die mittlere Schwester war Außenseiterin, versteckte sich in Büchern. Die Zwillingsschwester hat sich nach außen orientiert, hatte immer Freundinnen. Der Vater war einsam, außer den geschäftlichen Verbindungen mit der ältesten und später der Zwillingsschwester. A. war allein.

„Ich hatte die Auffassungsschnelligkeit meiner Zwillingsschwester nicht; sie war wach, ich war verträumt". Es sei spürbar gewesen, daß die Eltern einen deutlichen Unterschied machten. Herr A. drückt dies mit einem Vergleich aus: „Da war einmal ein Katzenwurf. Da war ein Liebling,

und da war einer..., ich habe ihn „Spasti" genannt. Es war von Anfang an zu erkennen: Spasti durfte nur Milch trinken, wenn alle satt waren, sonst wurde sie weggeschlagen. Ich habe mich mit ihr identifiziert..." Alle Mädchen hatten ihre Zimmer, A. hatte nur ein Bett im Schlafzimmer der Eltern. Die älteste Schwester, die Zwillingsschwester und deren Ehemann sind Apotheker geworden. Die Zwillingsschwester habe von Anfang an „die Hoffnungen erfüllt, die mir galten. Danach war ich auch nicht mehr wichtig".

Durch seine Therapie gelingt es Herrn A. allmählich, sich vom Lebensverbot der Familie und von seiner Verliererrolle (insbesondere Frauen gegenüber) loszulösen. Wenn auch äußerlich, nach bürgerlichen Maßstäben weniger erfolgreich, lebt er doch freier, unkonventioneller und in seinen Kontakten emotional offener als seine Zwillingsschwester.

Fr.B., eine 38 Jahre alte Musikerin, kam 1 Minute nach ihrem Zwillingsbruder auf die Welt. Der Zwillingsbruder, viel kräftiger bei der Geburt, sollte „der Stammhalter, der Männliche" sein; „Ich war auch noch da. Das war mein Lebensthema, auch noch da zu sein". Sie verweigerte die Nahrung und zeigte früh Selbstschädigungstendenzen. Sie erinnert sich an wiederholte Alpträume in ihrer frühen Kindheit, in denen sie von einem hohen Turm oder von einer Brücke stürzte.

Die Mutter war eine von 15 Geschwistern gewesen und hatte die Rolle des „Aschenputtels" in ihrer Familie inne. Ihrem angeblich vom Krieg unterbrochenen Lebensweg und ihrer „verpaßten großen Liebe" trauerte sie immer nach. Der Vater, unerwünschtes Einzelkind einer lieblosen, zerrütteten „Zwangsehe" und Sohn eines Vaters, der nur eine Tochter haben wollte, fühlte sich ebenfalls als Versager. Seine Musikbegabung durfte nicht weiterentwickelt werden, er ging einem anderen Beruf nach.

In der frühen Kindheit erkrankte der Zwillingsbruder an einer schweren, chronischen Darmkrankheit. Von dieser Zeit an änderte sich qualitativ das Leben der Familie, Frau B. mußte den Bruder hüten und pflegen: „Er bekam nun die Aufmerksamkeit von allen. Ich war gesund und sollte meinen Mund halten, Frieden geben, froh sein, daß ich gesund war. Ich war schachmatt, dem Bruder geopfert". Die Eltern haben sie verantwortlich gemacht, wenn es dem Bruder schlecht ging, die Mutter behandelte sie mit Drohungen und verbaler Gewalt. Als mit 8 Jahren der Großvater starb, der, wenn auch zum Preis sexueller Übergriffe, auf ihrer Seite gestanden hatte, blieb Frau B. ohne Schutz.

Die Dynamik der Eltern, wie die der Großeltern, war von Rivalität geprägt, es ging darum, „wer das Sagen hat", gegenüber den Kindern zeigten sie jedoch die gleiche Einstellung.

Der Zwillingsbruder starb schließlich in jungem Alter, nachdem er verschiedene Lehrgänge abgebrochen hatte. Er hatte suizidal gelebt, getrunken und exzessiv geraucht und war bei wichtigen Forderungen bzw. Trennungsschritten immer wieder in ein Koma verfallen.

Nach einer längeren Psychotherapie gelingt es Frau B., ihre vor allem gegen sich selber gerichtete destruktive Aggression zu bearbeiten. Kontakte

und Freundschaften aufzubauen und einen eigenen, verantwortungsvollen Beruf auszuüben.

Herr C., 37 Jahre alt, der älteste von 7 Geschwistern, kam „wohlgenährt" zur Welt, während seine Zwillingsschwester untergewichtig geboren wurde. Die Familie kümmerte sich hauptsächlich um die schwache, kranke Schwester. Die Mutter, die ihn mochte, habe wenig Zeit für ihn gehabt. Er berichtete, daß er von der depressiven, überforderten Mutter keine Wärme, keine körperliche Zuwendung bekommen habe. Der autoritäre, unnahbare Vater schlug ihn und hielt alle Kinder von sich fern: „laß sie schreien, sie beruhigen sich schon". 5 weitere Geschwister wurden geboren; nur die Zwillingsschwester habe das Recht gehabt, bei der Mutter bleiben zu dürfen. Die Mutter starb, als C. 10 Jahre alt war, die Geschwister trauerten, er selber sei teilnahmlos, autistisch geblieben. Bis dahin ein guter Schüler, verfiel er nun in eine Lethargie, versagte immer mehr und mußte eine Klasse wiederholen. Er betrieb einen Alkohol- und Drogenmißbrauch und versuchte mehrere Berufe. Schließlich wurde er mehrmals wegen einer paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie mit anschließender schwerer Depression stationär behandelt. Die Zwillingsschwester ist heute Ärztin.

Diskussion

Die drei oben skizzierten Fallbeispiele zeigen einige gemeinsamen Merkmale:

Bereits bei der Geburt - oder sogar schon pränatal - werden in der Familie die Rollen der Zwillinge verteilt in „krank/gesund", „bedürftig/selbständig" oder „Hoffnungsträger/toleriert", wobei die gesamte Aufmerksamkeit der Familie entweder auf das „gesunde-robuste Hoffnungsträger"-Kind, oder umgekehrt auf das „kranke-arme-bedürftige" Kind fokussiert wird. Obwohl bei den Eltern bzw. in der Gesamtfamilie diesbezüglich keine echte Einigkeit herrscht, tritt sie dennoch gegenüber den Zwillingen einheitlich auf, indem Meinungsverschiedenheiten und Rivalitäten nach außen verleugnet werden, oder weil sich der potentielle Verbündete der Auseinandersetzung entzieht. Besonders ungünstig für die spätere psychosexuelle Entwicklung scheint sich in solchen Familien die mangelnde Anerkennung und Unterstützung des gleichgeschlechtlichen Elternteils auszuwirken (vgl. *Fabian* 1999).

- Mit der frühen, rigiden Rollenzuweisung an die Zwillinge hängen enttäuschte Erwartungen zusammen, die wiederum mit unbewußten, unerfüllten Wünschen und Phantasien verbunden sind und auf die Geschwister projiziert werden. Der eine enttäuscht von vornherein diese Erwartungen und Hoffnungen, während der andere, in der Regel Überforderte, auserkoren ist , sie zu erfüllen, ohne sich dagegen wehren zu können (z.B. der Bruder von B.). Damit werden beide Zwillinge emotional verlassen: der eine durch Nichtbeachtung, der andere durch leistungsmäßige (und emotionale) Überforderung.

– Für ihre Familien drücken solche Zwillingspaare unterschiedliche Rivalitäten, Spaltungen, unerfüllt gebliebene, verdrängte Wünsche und Phantasien, sowie die Einengung ihrer Lebensbereiche aus - insgesamt Charakteristika einer defizitären Identität. Hier drückt sich nicht nur die Psychopathologie einer Familie durch einen sog. „Indexpatienten" oder „Symptomträger" aus, sondern gleichzeitig auch ihre innere Zerrissenheit durch die Polarisierung der Zwillinge. Vermutlich spielt die gleiche Dynamik nicht nur bei Zwillingen, sondern auch im Falle sonstiger Geschwister eine ähnliche Rolle. Spaltung, Polarisierung, Projektion, doppelte Moral nach innen und nach außen sind charakteristische Merkmale der Borderline-Erkrankung. Sie charakterisieren auch gesamte Familien, die *Ammon* (1979) als Borderline-Familien bezeichnet.
– Insgesamt kann man sagen, daß die Kinder durch die Rollenzuweisung nicht als reale Kinder im eigenen Recht gesehen werden, sondern fast ausschließlich als Verkörperung eigener Wünsche und Bedürfnisse einerseits und eigener destruktiver Aggression bzw. Lebensverbots andererseits: Sie werden als „Hoffnungsträger" oder als "Enttäuschender" bzw. „Schuldiger" behandelt. Es werden keine differenzierten, persönlichen Beziehungen zu den Kindern von Seiten beider Eltern hergestellt. Sie dienen als Projektionsflächen eigener Feindschaften, Eifersüchte oder Rivalitäten der Eltern (oder ganzer Untergruppen innerhalb der Großfamilie) und ihres eigenen Identitätsdefizits.

Die oben beschriebenen Fallbeispiele verdeutlichen allerdings, daß Begriffe wie „Verlierer" und „Gewinner" nur aus dem Standpunkt kleinbürgerlicher Normvorstellungen ihre Berechtigung finden. In beiden Geschwistern widerspiegelt sich das Identitätsverbot der Gesamtfamilie auf eine spezifische Art.

Es muß jedoch betont werden: das verinnerlichte, von der Familie delegierte Lebensverbot und die verinnerlichte Polarisierung, sind kein Schicksal. Sie können durch eine intensive Psychotherapie, eine Identitätstherapie, wie *Ammon* sie versteht, erfolgreich behandelt und verändert werden. Identitätstherapie bedeutet, durch Verbündung mit den konstruktiven Ich-Anteilen des Patienten und Bearbeitung seiner destruktiven und defizitären Anteile die Trennung von alten, verinnerlichten Entwicklungsverboten zu erreichen: »Jedes Stück Neugeboren-Werden [in der Therapie]« – schreibt *Ammon* (1979) – »ist auch ein Stück Sterben, jedes neu erworbene Konstruktive auch eine Trennung von Destruktivem, aber Gewohntem. In diesem ständigen Feuer neuen Lebens findet die ichstrukturelle Veränderung der Persönlichkeit statt«.

Group-dynamic Aspects of Sibling Rivalry in Twins in the Case of Psychotic Patients

Egon Fabian (Munich)

Clinical experience shows frequent examples of families with siblings polarized as »healthy and ill«, although recent psychiatric and pschotherapeutic lieterature (*Talbott* 1988, *Frank* 1993, *Möller* 1994, *Senf* and *Broda* 1996, *Berger* 1999) mostly fails to mention the topic of sibling rivalry or jealousy altogether. To *Freud,* rivalry among siblings was a natural phenomenon linked to the elder one's fear of having to share the love of the parents with the younger one. Later, in the normal individual, these feelings will be sublimated into socially accepted behavior (*Freud* 1923). However, to *Freud* sibling rivalry remained, like the Oedipus complex, a biological constant independent of the family and its peculiarities. His successors *Fenichel* (1931/1992), *Reich* (1933), *Hugh-Hellmuth* (1921), *Adler* (1927/1975) and *Abraham* (1925) broadened the conceptual basis of sibling relationship of parents' phantasies.

Burbiel et al. (1994), following *Günter Ammon*'s concept of the primary group as a group-dynamic, social-energetic field essential in shaping the later ego-structure of the child, describe the child as symptom carrier reflecting the deficient identity of the whole family.

The tendency to sibling polarization seem to be particularly pronounced in families with twins. Twins are prone to show extreme intimity and symbiosis, but also unusually intensive rivalry.

Three case histories are presented:

Mr. A., 54 years of age, came to psychotherapeutic treatment because of a severe depression accompanied by suicidal phantasies and alcohol abuse. His female twin had been already at birth the livelier and apparently the more intelligent of the two, accepted by both parents and "fulfilling their hopes". The rivalry and jealousy between the twins reflected the underlying but never explicit rivalry and jealousy between the parents themselves and the whole family.

Mrs. B., a 38 year old musician, was in a similar position of inferiority since her birth, being "unable to compete with her twin brother, the male heir". In her own words: "I was there, too. That was the theme of my whole life, being there too". The rivalry was still enhanced by the brother's suffering from a severe intestinal illness, while the parents compelled her to take care of the sick brother, to sacrifice herself, as it were, without herself getting proper attention and affection. She was even made responsible for every impairment in the state of the twin brother. She became wholly abandoned after the death of her grandfather, while the brother overwhelmed with expectations he could not fulfill, finally succumbed to his illness in a highly suicidal manner.

Mr. C., 37 years old, was the stronger and more viable of the twins, his weak and ill sister being as a consequence overprotected. Abandoned

emotionally between a depressive mother and an authoritarian, aggressive father, C later began to consume alcohol and drugs and had finally to be admitted because of a schizophrenic illness with subsequent severe depression.

In the discussion, several common features characterizing the case histories emerge:

1. The early - often prenatal - polarization into roles such as "healthy/ill", or "autonomous/dependent", focussing the attention and care of the whole family on one of the twins;
2. these roles reflect projections of unconscious expectations and unfulfilled phantasies and hopes of the parents (and sometimes of several generations), leading to emotional overtaxing and abandonment;
3. twins (and siblings in general) express in such families rivalries and splittings deeply rooted in the family dynamics, or, in other words, they reflect the deficient identity of the whole primary group;
4. such destructive dynamics lead to impersonal, neglectful relationships with at least one of the twins, who then becomes the exponent of hopes, guilt feelings or deceptions.

To conclude, the author emphasizes that polarization of twins can be successfully treated. In *Ammon's* dynamic-psychiatric concept of identity therapy, through the alliance with the constructive aspects of the patient and the working through of his destructive and deficient personaltiy aspects, lasting ego-structural development may be achieved.

Literatur:

Abraham, K. (1909): Die Stellung der Verwandtenehe in der Psychologie der Neurosen In: *K. Abraham* (1971): Psychoanalytische Studien, Bd.II. Frankfurt a. M., S. Fischer
- (1925): Die Geschichte eines Hochstaplers im Lichte psychoanalytischer Erkenntnis In: *K Abraham* (1971): Psychoanalytische Studien, Bd.I. Frankfurt a.M.: S. Fischer

Adler, A. (1927): Menschenkenntnis. Leipzig: S. Hirzel. (1975) S. Fischer Taschenbuch Verlag, 12. Auflage

Ammon, G. (1976): Das Borderline-Syndrom - ein neues Krankheitsbild. In: Dyn. Psychiat. 9, 317-348
- (1979): Das Borderline-Syndrom und das ich-strukturelle Arbeiten. (Unter Mitarbeit von *Gisela Ammon* und *Brigitte Marsen*) In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. I . München, Basel: Ernst Reinhardt
- (1984): Das Borderline-Syndrom - ein neues Krankheitsbild in Abgrenzung zur Schizophrenie (diagnostische, klinische und therapeutische Aspekte). Dyn. Psychiat. 17, 357-380
- (1989): Das Borderline-Syndrom, eine humanstrukturelle Erkrankung: zur Weiterentwicklung der Ergebnisse des DAP-Borderline-Symposiums 1976. Dyn. Psychiat. 22, 1 - 15
- (1998): Das Borderline-Syndrom. Krankheit unserer Zeit. Berlin: Pinel

Ammon, Gisela (1979): Präventive Maßnahmen - Psychoanalytische Kindergärten und psychoanalytische Pädagogik. In: *Ammon, G.* (Hrsg.) (1979): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd.I. München: Ernst Reinhardt

Berger, M. (Hrsg.) (1999): Psychiatrie und Psychotherapie. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg

Buchholz (1993): Dreiecksgeschichten. Eine klinische Theorie psychoanalytischer Familientherapie

Burbiel, I.; DworschakM.; Schmolke, M. (1994): Grundzüge Dynamisch-Psychiatrischer

Fabian, E. (1999): Vatersehnsucht - Muttersehnsucht: gruppendynamische Faktoren in der Entwicklung des Ödipuskomplexes. In: Gruppenpsychother. Gruppendynamik 35, 72-89
Fenichel, O. (1931/1992): Perversionen, Psychosen, Charakterstörungen. Psychoanalytische spezielle Neurosenlehre. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
– (1945): The Psychoanalytic Theory of Neurosis. New York: W.W.Norton. Dtsch(1977): Psychoanalytische Neurosenlehre, Bd. III. Olten: Walter-Verlag
Frank , W. (1993): Psychiatrie (Neckarsulm, Stuttgart: Jungjohann, 11. Auflage)
Freud, S (1900): Die Traumdeutung
– (1909): Der Familienroman der Neurotiker
– (1920): Uber die Psychogenese eines Falles von weiblicher Homosexualität
– (1923): Das Ich und das Es
Hug-Hellmuth, (1921): Vom „mittleren" Kinde. In: Imago VII
Huber, G. (1999): Psychiatrie. VI. Auflage. Stuttgart, New York: Schattauer
Möller, H.J. (1994): Psychiatrie, (Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer 2. Auflage)
Reich, W. (1933): Charakteranalyse. Eigene Ausgabe
Schachter (1985): Sibling Deidentification in the Clinic; Devils vs. Angel. In: Family Process 24, 415-427
Senf, W.; Broda, M. (Hrsg.) (1996): Praxis der Psychotherapie. Stuttgart, New York: Thieme
Talbott, J.A., Hales, R.A.; Yudofsky S.C. (Hrsg.)(1988): Textbook of Psychiatry. American Psychiatric Press.
Tölle, R. (1991): Psychiatrie. 9. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York: Springer

Adresse des Autors:

Dr. med. (Univ. Tel-Aviv / Israel) Egon Fabian
Aretinstr. 29
D-81545 München

Buchbesprechungen / Book Reviews

Kurt Th. Oehler
Der gruppendynamische Prozeß. Ein Schlüssel zum besseren Verständnis sozialer Konflikte in Familie, Schule, Betrieb und Politik

R.G. Fischer Verlag Frankfurt a. M. 1999, 268 Seiten

Nach langer Zeit ist wieder eine Arbeit zum Thema der analytischen Gruppendynamik erschienen. Nach einer Phase allgemeiner Begeisterung bezüglich Gruppen im Zusammenhang der Studentenbewegung in den sechziger und siebziger Jahren, hatte sich in den achtziger Jahren eine gewisse Resignation breitgemacht. Das Zauberwort »Gruppe« hatte seinen Reiz verloren. Im Spiegel der Publikationen zeigte sich dies darin, daß Gruppe häufig nur noch in organisationspsychologischen Arbeiten thematisiert wurde.

Ganz anders nun bei *Oehler,* der an die Tradition der analytischen Gruppendynamik anknüpft, die verschiedenen Ansätze z.B. von *Bion, Schindler, Cohn, Ammon* und *Kutter* in seiner Arbeit aufgreift und integriert . Er zeigt die vielfältigen Bedeutungen der Gruppe als Lebensfeld der Menschen. Von der Mikroebene der persönlichen Entwicklung des Individuums in Familie, Partnerschaft und Beruf bis hin zur Makroebene der geschichtlich-politischen Entwicklung von Staaten analysiert der Autor einzelne Problemstellungen unter gruppendynamischen Gesichtspunkten.

Oehler hat ein positives Menschenbild und ein optimistisches Gruppenverständnis. Er vertritt die zentrale These, daß jeder Gruppe eine »finale« Tendenz innewohnt, ein Streben nach einem Zustand des optimalen Zusammenklingens, in dem demokratische Umgangsformen und ein Maximum an persönlichen Entfaltungsmöglichkeiten gegeben sind. Gruppendynamik stellt für ihn eine anthropologische Wende in der Sozialforschung dar. Die Gesetzmäßigkeiten der Gruppendynamik haben in ihrem gesellschaftlichen Bezug eine eminent politische Bedeutung. Als Schüler *Günter Ammons* hat er sich dessen gruppendynamisches Prinzip zueigen gemacht, daß der sogenannte Sündenbock integriert werden muß, was dem Leiter der Gruppe ein hohes Maß an persönlicher und ethischer Integrität abverlangt. Hier würde man sich als Leser wünschen, daß diese in der Gruppenforschung einmalige These *Günter Ammons* noch etwas ausführlicher dargestellt worden wäre.

Angenehm an *Oehlers* Ausführungen ist, wie praxisnah er schreibt. Gruppendynamik wird anhand von Beispielen erläutert. Hier kommt *Oehler* seine jahrelange Erfahrung als Hochschullehrer zugute. Seine detaillierte Analyse eines gruppendynamischen Konfliktes in einer Berufsschulklasse brilliert durch ihre Klarheit und Nachvollziehbarkeit. Das Verdienst des Autors liegt darin, die Bedeutung von Gruppendynamik als lebendigem Geschehen bzw. als Anwendungswissenschaft für eine Vielzahl von wissenschaftlichen Disziplinen herausgearbeitet zu haben.

Gudrun Klak (München)

Jobst Finke
Beziehung und Intervention
Interaktionsmuster, Behandlungskonzepte und Gesprächstechnik in der Psychotherapie

Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York 1999, 156 Seiten

Beschäftigte man sich in den Anfängen der Psychotherapieforschung hauptsächlich mit dem Schulen- und Methodenvergleich und seiner Legitimation, so interessiert in neuerer Zeit viel mehr das, was in dem therapeutischen Prozeß eigentlich abläuft. Diese Vorgehensweise hat teilweise zu einer Annäherung der Schulen geführt. Dies intendiert auch das vorliegende Buch.

Sein Autor betont, der ausgeprägten Aufsplitterung der Psychotherapie-Szene einen integrativen Ansatz entgegensetzen und Gemeinsamkeiten herausarbeiten zu wollen, die oft nur durch eine unterschiedliche Terminologie zugedeckt seien. Außerdem will er eine Praxisanleitung mit einer ordnenden Systematik geben. Als strukturierendes Prinzip wählt er die Beziehung als wichtigen Wirkfaktor jeder Psychotherapie und beschreibt die gezielte Anwendung unterschiedlicher Beziehungskonzepte und Interaktionsmuster und ihren Einfluß auf die Gesprächstechnik.

Die untersuchten Psychotherapieformen sind ausschließlich konflikt- und einsichtsorientierte und somit unbewußte Motivationen aufdeckende Verfahren: analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychologie, Individualpsychologie, klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie, katathym-imaginative Psychotherapie und Psychodrama. Die Gültigkeit seiner Aussagen beschränkt der Autor selbst, ohne weiter darauf einzugehen, auf zeitlich limitierte Therapien von 30 bis 100 Stunden.

Auf der Ebene der Behandlungskonzepte werden die führenden Therapieprinzipien als charakteristische Beziehungskonzepte dargestellt, auf der Ebene der Therapietechnik die sich daraus ergebenden Interventionsformen. Dabei muß der Therapeut wissen, daß jede Art seiner Intervention die Beziehung zum Patienten strukturiert. Im Rahmen neuerer interaktioneller Übertragungskonzepte gehört der nur beobachtende und deutende Therapeut der Vergangenheit an, denn er kann »nicht nicht kommunizieren« (*Watzlawick* 1999) und auch seine Gegenübertragung nicht vollkommen kontrollieren. Beziehung wird damit im Buch ausdrücklich von Haltung und Rolle des Therapeuten aus definiert.

Vier Beziehungsformen charakterisieren die Behandlungspraxis in ihren wichtigsten Dimensionen. Die erste und zugleich Hintergrund und Rahmen der übrigen drei Beziehungsformen ist die therapeutische Arbeitsbeziehung. In der Alter-ego Beziehung bemüht sich der Therapeut um ein empathisches Verstehen des Patienten und übernimmt seine Perspektive. In der Übertragungsbeziehung sucht der Therapeut die auf ihn gerichteten

Beziehung schließlich antwortet der Therapeut dem Patienten als reale Person.

Diese Beziehungsformen stellen Koordinierungs- und Orientierungshilfen dar und erlauben dem Therapeuten Flexibilität, erfordern aber auch dauernde Überprüfung der eingenommenen Rolle. Der Therapeut oszilliert zwischen diesen Formen; jeder Wechsel setzt eine Indikationsentscheidung darüber voraus. Dabei spielen sowohl die Beziehungsangebote des Patienten eine Rolle, seine Erwartungen und Wünsche, als auch die Therapiephase. In der Anfangszeit wird die Alter-Ego-Beziehung häufig sein, zum Abschluß der Therapie wird mehr die Dialogbeziehung in den Vordergrund treten.

Diese Beziehungsformen und ihre jeweiligen Konzepte werden für jede Therapieform beschrieben und Gemeinsamkeiten herausgearbeitet. Danach liefert der Autor einen kurzen Exkurs über die Hermeneutik als Theorie des therapeutischen Verstehens. Der alte Streit zwischen Hermeneutikern und Empirikern wird als überflüssig entlarvt, weil Verstehen und Erklären zwei verschiedene Ebenen entsprechen und sich ergänzen.

Den Schluß bilden praktische Hinweise zur Gesprächsführung aus der Gesprächspsychotherapie, in der der Autor als Ausbilder tätig ist. Ein praktisches Buch, mit Klarheit und didaktischem Talent verfaßt

Gerhild Sandermann (München)

G. Heuft und W. Seng (Hrsg.)
Praxis der Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Das Manual zur Psy-Bado

Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York, 1998

seit dem 1.1.1989 ist Qualitätssicherung für alle Bereiche des deutschen Gesundheitswesens – so auch der Psychotherapie – gesetzlich vorgeschrieben. Sie soll gewährleisten, daß Patienten die Behandlung erhalten, die nach dem Stand der Forschung für ihre Problemlage optimal ist. Ausgehend von dieser Gesetzeslage haben sich im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie verschiedene Fachgesellschaften zuzsammengeschlossen, um eine einheitliche Basisdokumentation zu entwickeln, denn: »Nur wer über eine ausreichende Dokumentation verfügt, kann Qualitätssicherung betreiben, kann überhaupt Aussagen zur Qualität machen. Ohne Dokumentation keine Daten, ohne Daten keine Information, ohne Information keine Erkenntnisse bzgl. der Qualität.«

Die Psy-Bado ist für den ambulanten wie auch den stationären Bereich geeignet. Sie ist »schulenfrei«, das heißt, sie verzichtet auf die Erhebung dezidiert psychoanalytischer oder verhaltenstherapeutischer Variablen. Solche Module können aber von den Institutionen und Anwendern ergänzt

werden. »Datenlieferanten« sind die Patienten selbst und die Psychotherapeuten. Die Datenerhebung erfolgt zu Beginn und bei Abschluß der Behandlung. Erhoben werden zum einen demographische Angaben, Daten zur Krankengeschichte, Diagnosen, Symptomatik usw., zum anderen auch veränderungssensitive Angaben zu einzelnen Beschwerde- und Persönlichkeitsbereichen.

Ein zentrales Element der Psy-Bado ist die Erstellung individueller Therapieziele (ITZ), die sowohl der Therapeut als auch der Patient selber für die anstehende Behandlung formulieren sollen. Pro Behandlung können bis zu fünf Therapieziele formuliert werden, die durch konkrete Kriterien oder Operationalisierungen, anhand derer die Zielerreichung überprüft werden kann, zu ergänzen ist. Um i.S. der Erfordernisse der Datenverarbeitung die ITZ numerisch zu verschlüsseln, findet sich in der Psy-Bado ein Kategoriensystem von Therapiezielen, welches fünf verschiedene Bereiche umfaßt, wie zum Beispiel »intrapsychische Probleme und Konflikte« oder »körperbezogene Probleme und Symptome«. Die Verschlüsselung soll nachträglich vorgenommen werden, das heißt, zunächst werden die Therapieziele frei formuliert. Zum Abschluß der Behandlung schätzen der Patient und der Therapeut unabhängig voneinander ein, inwieweit die Therapieziele erreicht werden konnten.

In der psychotherapeutischen Praxis wird man diese »künstliche« Trennung jedoch nicht aufrecht erhalten. Vielmehr fordern (fast) alle Schulen dazu auf, daß Therapeut und Patient auch gerade über die Ziele der Behandlung in einen Dialog treten und diese gemeinsam verhandeln und vereinbaren. In diesem Dialog spielen sich die ersten Schritte der Etablierung einer therapeutischen Beziehung ab. So verstanden, kann das Aufschreiben von ITZ eine hilfreiche Diskussionsgrundlage in diesem Prozeß darstellen, der jedoch nicht eingeschränkt werden sollte, nur um »saubere« Daten zu gewinnen. In der Tat gehören Befürchtungen der Mitarbeiter, daß ein Dokumentationssystem die Behandlung eher störe als ihr nutze – und wenn es nur die Zeit ist, die die Formulare rauben – zu den größten Widerständen gegenüber der Einführung einer Bado. Es muß also eine »Dokumentationsmotivation« aufgebaut werden, wobei zu vermitteln ist, welchen Nutzen – unabhängig vom Gesetzgeber und Kostenträger – der Mitarbeiter, der Patient und auch die Einrichtung aus einer Dokumentation zieht. Zu diesem Themenkreis bietet der Reader leider wenig Anhaltspunkte.

Gisela Finke (München)

Nachrichten /News

Überreichung des Günter Ammon Award und Diploms für einen herausragenden Beitrag in Forschung und Theorie der Dynamischen Psychiatrie an Dr. Viktor Zaytsev, St. Petersburg anläßlich des 12. Weltkongresses der WADP / XXV. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 17. bis 21. März 1999 in der Humboldt-Universität Berlin

Günter Ammon Award and Diploma

for outstanding contribution in research and theory
on Dynamic Psychiatry
for

Dr. Viktor Zaytsev, St. Petersburg

Modest M. Kabanov
President of the World Association
for Dynamic Psychiatry (WADP)

Maria Ammon
President of the German
Academy of Psychoanalysis (DAP)

Regeln für die Vergabe des Günter Ammon Award:

1. The *Günter Ammon Award* will be given at every World Congress of the WADP according to these regulations.
2. The *Award* will be given to a young author - not over 4o years of age - of a scientific paper on research, practice and/or theory on Dynamic Psychiatry, that will be submitted to consideration for this award.
3. The application for the *Award* should reach the WADP office not later than six month prior to the world congress.
4. The Executive Council is authorized to appoint the jury of three members that will select the winning candidate for the *Award.*
5. The *Award* will include a Diploma and a fellowship to stay at DAP institute and/or hospital in order to study the work of Dynamic Psychiatry.
6. A session will be held in every world congress, in which the winners paper will be presented.

Bericht über die Konferenz »Psychotherapie und Klinische Psychologie in der Allgemeinen Medizin« vom 25. bis 28 Mai 1999 in Ivanovo, Rußland

Vom 25. bis 28. Mai 1999 fand in Ivanovo die Konferenz »Psychotherapie und Klinische Psychologie in der Allgemeinen Medizin-Praxis« mit Schwerpunkt forschungs-praktischer Fragen statt. Trotz aller Schwierigkeiten und Krisen versammelten sich zu dieser Konferenz mehr als 100 Teilnehmer aus den verschiedensten Städten Rußlands. Anwesend waren auch die bekannten russischen Fachverteter sowie Organisations- und Verbands-Vorsitzende für Psychotherapie und Medizinische Psychologie.

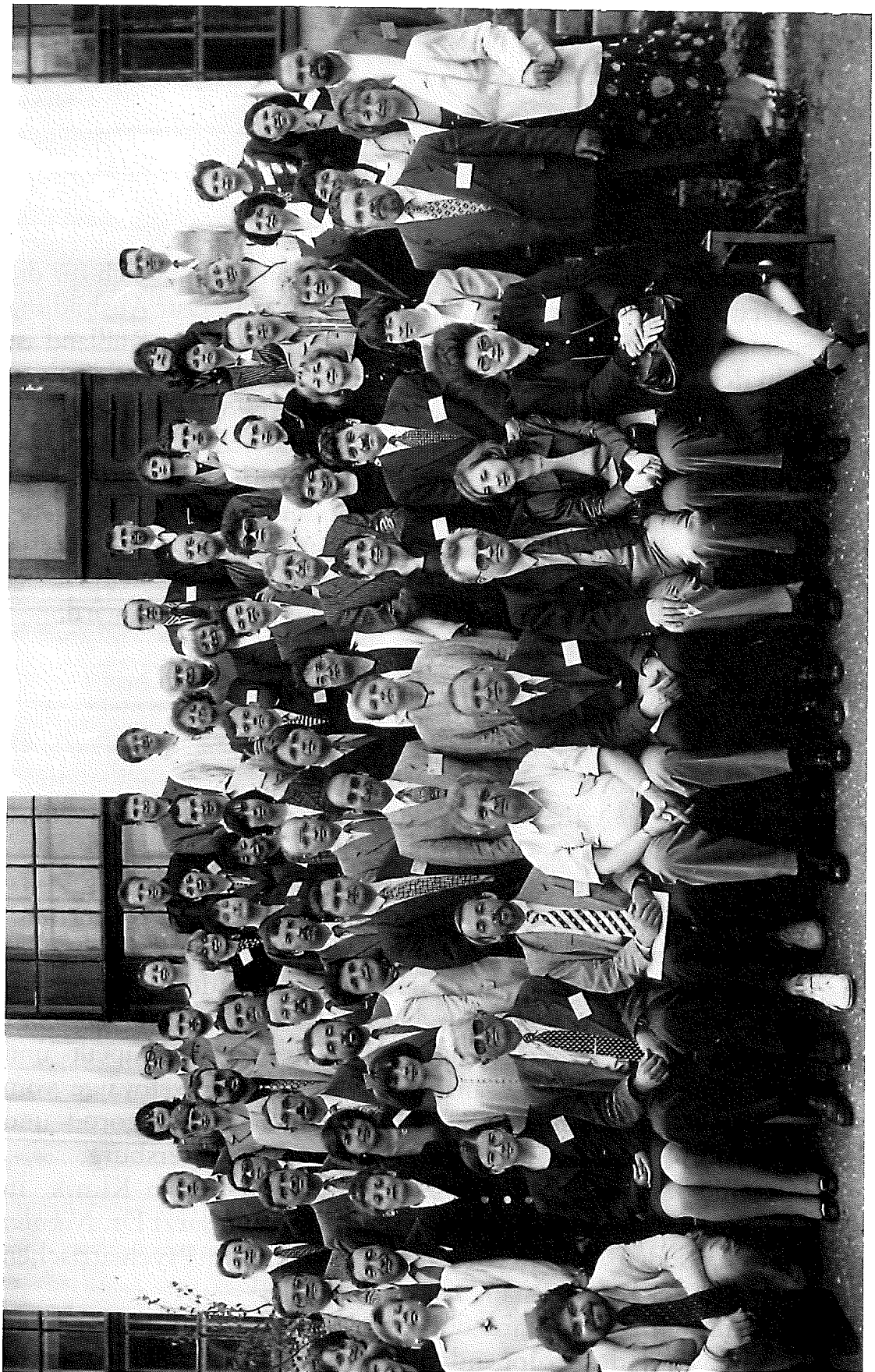
Die große Zahl der Teilnehmer und deren fachliche Qualifikation sowie das Engagement der Organisatoren bedingten die Qualität der diskutierten Fragen und die Bedeutung der beschlossenen Entscheidungen. Die Konferenz war ein besonderes Ereignis und ist vermutlich als Beginn anstehender Veränderungen in der russischen Psychologie und Psychotherapie zu betrachten.

Im Rahmen der Konferenz fand zusammen mit Vertretern verschiedener Ministerien eine gemeinsame Sitzung des Koordinationsbeirates für Klinische Psychologie unter dem Vorsitz von Prof. *N.N. Volodin* (Chef des Ausbildungsprogrammes und der Ausbildung in Institutionen und der Verwaltung des Gesundheitsministerium Russlands) und des Wissenschaftlichen Beirats »Medizinische Psychologie« der Russischen Akademie für Medizinische Wissenschaften mit Prof. Dr. med. *B.D. Karvassarsky* (Chef-Psychotherapeut, Leiter des föderalen Wissenschaftlich-Methodischen Zentrums für Psychotherapie und Medizinische Psychologie des Gesundheitsministerium Russlands) als Vorsitzendem statt. Verbesserungsanträge für die Ausbildungsstandards in Klinischer Psychologie wurden beschlossen. Ein Model für die Vorbereitung von Klinischen Psychologen in den Medizinischen Universitäten an den Fachfakultäten für Klinische (medizinische) Psychologie wurde vorgeschlagen.

Eine Arbeitsgruppe unter der Leitung von Prof. *B.A. Kasakovtzev* und Prof. *B.D. Karvassarsky* für die Ausarbeitung der Gesetzentwürfe für die Psychotherapie in Russland wurde ins Leben gerufen. Als Vertreter der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) sowie der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige referierten Frau Dr. *Ilse Burbiel* (München) und Frau Dipl.-Psych. *Gabriele von Bülow* (Berlin) über den Stand der Entwicklung des Psychotherapeutengesetzes in Deutschland, die daraus resultierenden Konsequenzen für die therapeutische Praxis und die Folgen für die Psychoanalyse. Dabei wurde auch die Rolle der Psychoanalyse innerhalb des psychotherapeutischen Behandlungs- und Versorgungssystems in Deutschland vorgestellt und diskutiert. Zwischen der Russischen Psychotherapeutischen Association (RPA) unter dem Vorsitz von Prof. Dr. *B.D. Karvassarsky* und der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP, Präsidentin Frau Dipl.-Psych. *Maria Ammon)* sowie der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige (Chefarzt Dr. med.

Rolf Schmidts) besteht seit mehreren Jahren ein Ausbildungs-Kooperationsvertrag.

Anja Wassiliewa, Tatjana Devyatova (St. Petersburg)



Teilnehmer der Konferenz »Psychotherapie und Klinische Psychologie in der Allgemeinen Medizin« vom 25. bis 28. Mai 1999 in Ivanovo, Rußland, zusammen mit Frau Dr. Ilse Burbiel (München) und Dipl.-Psych. Gabriele von Bülow (Berlin) (beide oben Mitte, zweite Reihe)

Schreiben des russischen Gesundheitsministers W. I. Starodubov an Frau Bundesministerin Andrea Fischer vom 29. April 1999 (Übersetzung):

GESUNDHEITSMINISTERIUM DER RUSSISCHEN FÖDERATION

Az. 19/1090, Üb.-Nr. 421/99, Datum: 29.04.1999

An Frau Andrea Fischer
Bundesministerin für Gesundheit

(Anrede)

Das Gesundheitsministerium der russischen Föderation bedankt sich für die Initiative der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) zur Ausbildung russischer Spezialisten auf dem Gebiet des Gesundheitswesens. Rußland ist derzeit nicht in der Lage, solche Fachleute auszubilden. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt schließt ein russischer Psychiater seine Ausbildung dort ab, drei weitere setzen ihre Ausbildung in Deutschland fort. Das Gesundheitsministerium der russischen Föderation spricht der Deutschen Akademie für Psychoanalyse ihren besonderen Dank für ihr Entgegenkommen im Rahmen dieser Ausbildungsinitiative aus, die unserer Auffassung nach die Weiterentwicklung der Zusammenarbeit auf dem Gebiet des Gesundheitswesens zwischen unseren beiden Ländern fördern wird.

Minister W.I. Starodubov

Aufbau einer milieutherapeutischen Abteilung in der Psychiatrischen Klinik Novgorod, Rußland

Im Rahmen des seit mehreren Jahren bestehenden Kooperationsvertrages zwischen der Russisch-Psychotherapeutischen Assoziation, der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) und der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige besuchten Dipl.-Psych. *Gerhard Wolfrum*, Psychoanalytiker und Psychologischer Psychotherapeut und *Harald Krüger*, Leiter des Pflegeteams der Klinik Menterschwaige vom 31.10. bis 7.11.1999 die Psychiatrische Klinik der Stadt Novgorod und anschließend bis 10.11.1999 das Bechterew-Institut in St. Petersburg.

Die Einladung erging vom Chefarzt der 550-Betten-Klinik in Novgorod, Dr. *Valerie Tscherniagov* sowie dem Abteilungsarzt Dr. *Nikolai Kutznetsov* und hatte den Aufbau einer neuen Dynamisch-Psychiatrischen Station im Novgoroder Krankenhaus zum Ziel.

Hierzu fanden mehrere einführende Vorträge zu den Grundprinzipien der Milieutherapie und des gruppendynamisch orientierten Dynamisch-

Psychiatrischen Arbeitens statt, die von den Mitarbeitern der Abteilung mit großem Interesse aufgenommen wurden. Den Patienten der 50-Betten-Abteilung wurde das Projekt in einer Großgruppensitzung vorgestellt, etwa die Hälfte war spontan zur Mitarbeit bereit. In weiteren Sitzungen mit den Patienten gruppierten sich zwei Untergruppen, die an unterschiedlichen Projekten mit der Verschönerung und Ausgestaltung der Station beginnen wollten. Zwei Mitarbeiter der Abteilung von Dr. *Kutznezov* begannen zusammen mit den Patienten mit konkreter milieutherapeutischer Arbeit.

Umrahmt wurde dieser seit längerer Zeit projektierte Aufbau einer Dynamisch-Psychiatrischen Station durch ein reichhaltiges Kulturprogramm mit Stadtführungen, Konzertbesuchen und einem Abschluß-Bankett zusammen mit dem leitenden Psychiater des Novgorod-Bezirks Dr. *Vladimir Yakovlev* sowie der sprichwörtlichen russischen Gastfreundschaft, welche den Aufenthalt in Novgorod sehr angenehm werden ließ.

Die verbleibende Zeit in Rußland war der schon seit längerer Zeit milieutherapeutisch arbeitenden Dynamisch-Psychiatrischen Psychotherapiestation von Prof. *Victor Wied* im Bechterew-Institut von St. Petersburg gewidmet. Besonders beeindruckte ein von den Patienten der Station gestalteter Gesellschafts-Abend mit musikalischen Darbietungen und



Das milieutherapeutische Team in der Psychiatrischen Klinik der Stadt Novgorod: v.l.n.r (stehend): Dr. Nikolai Kutznetzov, Abteilungsarzt, Dr. Valerie Tscherniagov, Chefarzt der Klinik, (sitzend): Dr. Natascha Zalutskaya, Dipl.-Psych. Tatjana Iwanowa, Dr. Alexey Tserkovnyi, die beiden Milieutherapeuten, Dipl.-Psych. Gerhard Wolfrum und Harald Krüger

Dichterlesungen. Und auch hier wurde den Gästen ein reichhaltiges und beeindruckendes Kulturprogramm in St. Petersburg und Umgebung angeboten.

Im Rahmen des Kooperationsvertrages wurden weitere Arbeitsbesuche und der Austausch von Mitarbeitern zum weiteren Aufbau Dynamisch-Psychiatrischer Milieutherapie-Stationen vereinbart.

Gerhard Wolfrum (München)

Besuch zweier Mitarbeiter der Klinik für Dynamische Psychiatrie Menterschwaige in Orenburg, Rußland

Im Rahmen eines Kooperationsvertrages besuchten zwei Mitarbeiter der Klinik Menterschwaige, Dr. med. *Egon Fabian*, Oberarzt und *Maria Rettenberger*, Dipl.-Psych. und Milieutherapeutin, vom 26. November bis 3. Dezember 1999 die Stadt Orenburg im Süden des Uralgebirges. Sie waren dort Gäste von Dr. *Sergei Babin*, Leiter der Psychotherapeutischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses Orenburg und seiner Mitarbeiter. Unter Dr. *Babins* Leitung wird für Herbst 2000 die Eröffnung einer Dynamisch- Psychiatrischen Abteilung mit ca. 120 Betten im Krankenhaus Staritza, 30 km von Orenburg geplant.

Es fanden tägliche Seminare und Diskussionen statt über grundlegende Themen zur Theorie und Praxis der Dynamischen Psychiatrie (Geschichte



Die engeren Mitarbeiter um Dr. Sergei Babin (sitzend, unten Mitte) zusammen mit Dipl.-Psych. Maria Rettenberger (mittlere Reihe, Mitte) und Dr. Egon Fabian (mittlere Reihe, rechts)

der Dynamischen Psychiatrie, Humanstrukturmodell, Gruppendynamik, Milieutherapie, Borderline- und Psychosen-Behandlung, nonverbale Therapien u. a.), die von über 100 Ärzten und Psychologen aus der Stadt und ihrer Umgebung besucht wurden. Beeindruckend war das lebhafte Interesse der Zuhörer und Diskutanten, deren engagierte und offene Art von Anfang an ein Klima des Vertrauens und des geistigen Kontaktes herstellte. Dieser Kontakt vertiefte sich noch durch die humanstrukturelle Tanz- und Musik-Selbsterfahrung, an der viele Mitarbeiter teilnahmen.

Während der gesamten Woche bestätigten die Gastgeber noch einmal mit ihrer freundlichen Offenheit, ihrer guten Gastronomie und dem reichen kulturellen Rahmenprogramm den alten Ruf der traditionellen russischen Gastfreundschaft.

Egon Fabian (München)

Internationaler Balint-Preis 2000 für Medizinstudenten „Ascona-Modell", (WHO)

Das »Ascona-Modell« (WHO) verwirklicht Grundelemente der Ausbildung des zukünftigen Arztes. Es zeigt einen Weg, die Arzt-Patientenbeziehung in die Gesamtdiagnose und Gesamttherapie einmünden zu lassen und sie im Einzelfall entsprechend zu nutzen (»Beziehungsmedizin«).

Dieses Modell hat seinen Ursprung in der Arbeit von *Michael Balint,* dem zu Ehren der Preis 1976 gestiftet wurde. Er wird alljährlich verliehen.

Medizinstudenten(innen) werden eingeladen, eine Arbeit über ihre persönlichen Erfahrungen im Umgang mit Patienten vorzulegen.

Preise von insgesamt Sfr. 10 000,– zeichnen die Autoren der besten Beschreibung aus.

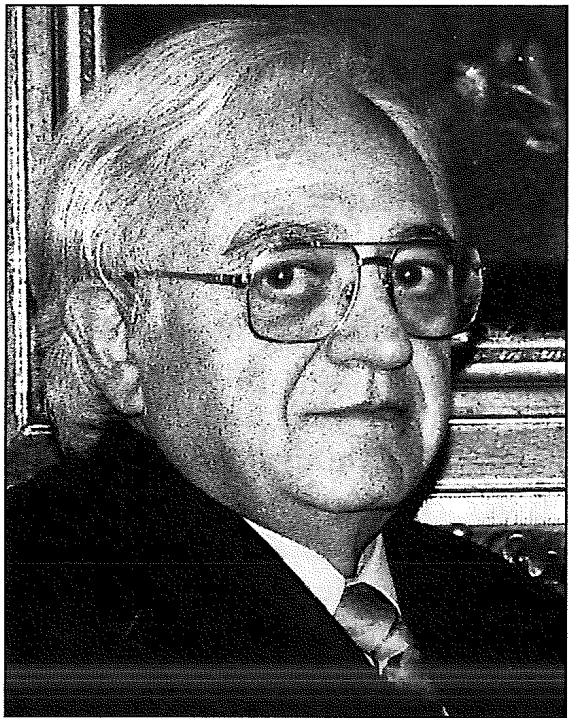
Die Arbeiten werden nach folgenden Gesichtspunkten beurteilt:

1. Die vorgelegte Arbeit ist auf eine persönlich erlebte Erfahrung in der Student-Patientenbeziehung und deren professionellem Umfeld zentriert (Exposition).
2. Sie soll die Überlegungen des Autors/der Autorin zum dargestellten Beziehungserlebnis wiedergeben, auch die dazugehörigen Gefühle und Fantasien, die zumeist unterdrückt werden (Reflexion).
3. Die Arbeit soll aufzeigen, wie sich die Erfahrung im Rahmen der studentischen Möglichkeiten weiterwirkend umsetzen lässt (Aktion).
4. Welche Perspektiven ergeben sich für die weitere Ausbildung? (Progression)

Sechs Exemplare der Arbeiten mit vollständiger Adresse des Absenders sind zu richten an:
Dir. Dr. med. M. Tomamichel, Via Simen 10, 6900 Lugano

Einsendeschluss: 31. März 2000
Die Preisverleihung findet am 17. Juni 2000 im Zentrum Monte Verità in Ascona statt.
Kontaktadresse. Prof. Dr. med. Dr.h.c. B. Luban-Plozza
Stiftung Psychosomatik und Sozialmedizin
Via Monescia 2
6612 Ascona

Nachruf Dr. med. Marius Erdreich



Am 6.10.1999 verstarb *Marius Erdreich*. Sein Lebenswerk in den letzten Lebensjahrzehnten war konzentriert auf die Entwicklung und Differenzierung seiner Psychotraumatologie in Theorie und Praxis
Ausgehend von den sehr besonderen Anforderungen psychotherapeutischer Behandlung von Holocaust-Überlebenden – sowie der zweiten und dritten Generation der Holocaust-Betroffenen konzipierte *Erdreich* eine Behandlungsmethodik für schwer traumatisierte Patienten. In diesem Zusammenhang befaßte er sich vor allem mit den Krankheitsbildern der Psychosomatik, der Eßstörungen aber auch der Psychosen. Darüber hinaus galt sein besonderes Interesse auch der Arbeit mit Jugendlichen.

1980 kam es zu einer ersten Begegnung zwischen *Marius Erdreich* und *Günter Ammon* auf dem XII. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP). Es war sein erster Besuch in Deutschland nach dem Zweiten Weltkrieg. Diese für ihn »absolut überraschende, überwältigende Begegnung« mit *Ammon* war der Beginn einer 20 Jahre währenden intensiven wissenschaftlichen wie tiefen menschlichen Freundschaft. Besonders verbunden fühlte sich *Erdreich* mit der Dynamischen Psychiatrie wegen des Konzeptes der Sozialenergie, des Humanstrukturmodells und der authentischen menschlichen Beziehung zwischen Klinikmitarbeitern und Patienten. So setzte er seine Psychotraumatologie und das Konzept des sektoriellen Automatismus in Verbindung zu *Ammons* Humanstrukturologie.

Erdreich war von 1968 bis 1978 Direktor des Governmental Mental Institute in Acco, von 1978 bis 1982 Direktor des Mental Institute, Tirat

Hacarmel und von 1982 bis 1994 Direktor der Psychiatric Services of Bnei-Zion Medical Center, Haifa.

Seit 1980 bis kurz vor seinem Tod hatte er an vielen internationalen Universitäten Lehraufträge. Er war Chairman des Control Commitee of the Medicine and Law Association of Israel.

1981 wurde er Mitglied des israelischen Zweiges der World Association for Dynamic Psychiatry WADP und später dessen Chairman. In dieser Position gewann er mit seinem Engagement viele neue wissenschaftliche Freunde.

Wir haben in ihm einen treuen Mitstreiter verloren.

Wir trauern um *Marius Erdreich.*

Die Redaktion

Ankündigungen / Announcements

International Conference Ethics Education in Medical Schools

Chair: Prof. A. Carmi, Israel
Title: Ethics Education in Medical Schools
Organization: International Center for Health, Law and Ethics, University of Haifa, School of Law
Location: Sheraton Four Points Red Sea Hotel and Convention Center, Eilat, Israel
Date: February 13 - 16, 2000
Information: ISAS International Seminars, POB 574 Jerusalem 91004, Israel
Tel.: 972 - 2 - 6520574 Fax: 972 - 2 - 6520558
e-mail: isas@netvision.net.il

Konferenz über Hypnose, Schmerz, Rehabilitation, Orthopädie, Ayurveda

Veranstalter. Förderkreis »Hilfe für Nepal« e.V. in Zusammenarbeit mit dem Milton Erickson Institut Rottweil, Bernhard Trenkle, Dipl. Psych.
Ort: Kathmandu/Nepal
Datum: 13.3. – 18.3.2000
Information: Förderkreis »Hilfe für Nepal« e.V.; c/o Bernhard Trenkle, Dip. Psych., Bahnhofstraße 4, D-78628 Rottweil
Tel. +49-741-41477 Fax: +49-741-41773

6th World Congress on „Innovations in Psychiatry - 2000"

Title: Innovations in Psychiatry - 2000"
Location: Westminster Central Hall, London
Date: April 3 - 7, 2000
Information: 6th World Congress Secretariat, World Forum for Mental Health, P.O. Box B 135,
Huddersfield, HD 1 IYG. United Kingdom
Tel.: +44 (0) 1484 - 532102 Fax: +44 (0) 1484 - 425699
e-mail: worldforum@aol.com

Forum zur Psychosozialen Prävention - Therapie - Rehabilitation

Veranstalter: Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Rehabilitation und assoziierte Gesellschaften
Titel: Brennpunkte in der Psychiatrie
Ort: CCH - Congress Centrum Hamburg
Datum: 4. - 6. Mai 2000
Information: Forum Rehabilitation 2000, c/o Congress Centrum Hamburg, Congress Organisation, Postfach 302480, D-20308 Hamburg
Tel.: +49 - 40 - 35692247 Fax: +49 - 40 - 35692269

Kongreß des Deutschen Arbeitskreises für Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik (DAGG) vom 4. bis 7. Mai 2000 in Berlin

Titel: Konflikt und Solidarität in und zwischen Gruppen
Veranstalter: DAGG Deutscher Arbeitskreis für Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik
Ort und Zeit: 4. bis 7. Mai 2000 Berlin
Schwerpunkte: Die Bedeutung gruppaler Strukturen für Gesellschaft und Gemeinwesen Trauma-Rehabilitation: u.a. Kollektive Traumata und die Generationen danach
Entsolidarisierung und psychosoziale Hilfe: u.a. Suchtarbeit, Forensik, Sozialpsychiatrie
Konfliktfähigkeit und Konfliktlösung: u.a. Supervision, OE, Ansätze in Gruppen
Gruppentherapie-State in the art: u.a. Großgruppe, Kurzgruppentherapie, störungsbezogenen Gruppentherapie
Zertifizierbare Weiterbildung: u.a. Einführungsveranstaltungen in Gruppenansätze
Information: Geschäftsstelle des Deutschen Arbeitskreises für Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik (DAGG),
J. Bohnhorst, Landaustraße 18, 34121 Kassel,
Tel.: 0561-284567, Fax: 0561-284418
e-mail: dagg.ks@-online.de

International Jubilee Congress

Organization: Fédération Francaise de Psychiatrie
Title: From Clinical Practice to Research: Rethinking Psychiatry
Location: Paris - Palais des Congrès France
Date: June 26 - 30, 2000
Information: Fédération Francaise de Psychiatrie. 9,
rue Brantome - 75003 Paris, France
Tel.: +33 - 0 - 148047341 Fax: +33 - 0 - 148047315
http://psydoc-fr.broca.inserm.fr

2nd World Congress Positive Psychotherapy

Chair: Nossrat Peseschkian, M.D. Ph.D., President of the International Center for Positive Psychotherapy inc.
Organization: International Center for Positive Psychotherapy (ICPP)
Title: Psychotherapy for the 21st Century
Location: Kurhaus Wiesbaden - Germany
Date: July 5 - 9, 2000
Information: ICPP International Center for Positive Psychotherapy,
Head Office and Congress Secretariat

An den Quellen 1, D-65183 Wiesbaden
Tel.: +49 - 611 - 373707 Fax: +49 - 611 - 39990
e-mail: ICPP.HeadOffice@t-online.de

43rd Intenational Institute on the Prevention and Treatment of Dependencies

Organization: The International Council on Alcohol and Addictions (ICAA)
Title: Demand Reduction in Practice
Location: Gulf Resort Hotel, Bahrain
Date: 3–8 Septembre, 2000
Information: ICAA/CIPAT, Case postale, CH 1001 Lausanne, Switzerland
Fax: +41-21-3209817
http://www.icaa.ch

European Congress of Psychotherapy

Organization: FEAP Federatión Española de Asociaciones de Psicoterapia; IFP International Federation for Psychotherapy; EFP European Federation for Psychotherapy
Title: Psychotherapy in a unified Europe
Location: Barcelona
Date: September 6 - 9, 2000
Information: Secretaria técnica-Mensa Molinos Relacions Públiques, Portal de l'Angel 4, 08002 E - Barcelona
Tel.: +34 - 93 - 3016578 Fax: +34 - 93 - 3016578
e-mail: mensa-molinos@bcn.servicom.es

15. Internationaler Kongreß für Hypnose

Veranstalter: Milton Erickson Gesellschaft für Klinische Hypnose (M.E.G.)
Titel: Moderne Hypnose im Gesundheitsdienst
Ort: Ludwig-Maximilians-Universität München
Datum: 2.–10. Oktover 2000
Information: Milton Erickson Gesellschaft (M.E.G.)
Konradstraße 16, D-80801 München
Tel./Fax: +49-89-34029720
e-mail: 106004.127@compurserve.com

5th Congress of the International Wernicke-Kleist-Leonhard Society

Title: New Perspectives of Psychiatric Nosology
Location: Congress Center in the Maritim Hotel Würzburg, Germany
Date: October 5 - 7, 2000
Information: Ernst Frenzek, MD. Department of psychiatry University of Würzburg, Füchsleinstraße 15, D-97080 Würzburg
Tel.: +49 - 931 - 203317 Fax: +49 - 931 - 203429

10th Congress of the Association of European Psychiatrists

Title:	Growing Together in Diversity
Location:	Prague Cingress Centre
Date:	October 28 - November 1, 2000
Information:	AEP Congress Organisers (Kenes), P.O.B. 50006 Tel Aviv 61500, Israel Tel.: +972 - 3 - 5140018/9 Fax: +972 - 3 - 5140077 e-mail: AEP2000@kenes.com // www. kenes.com/aep

13th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP inc. Bern
XXVIth International Symposium of the German Academy for Psychoanalysis (DAP) e.V.

Leitung:	Modest M. Kabanov (Präsident der WADP) und Maria Ammon (Präsidentin der DAP)
Thema:	Die Bedeutung der Gruppe für Krankheit und Gesundheit
Ort:	Ludwig-Maximilians-Universität München
Datum:	13. - 17.März 2001
Information:	Münchner Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Pychoanalyse DAP) e.V., Goethestraße 54, 80336 München Tel.: +49 - 89 - 539674/75 Fax: +49 - 89 - 5328837 e-mail: lfi-muenchen@dynpsych.de // www.dynpsych.de

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 Informationsreferentin 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)
Abonnentenabteilung/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, Mag. Theol., Malte Heidemann, Dipl. Psych. Gudrun Klak, 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 opinons of the editiorial 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.
Generelly, only unpublished manscripts 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.