

Dynamische Psychiatrie

Begründet von
founded by
Günter Ammon

Internationale Zeitschrift für Psychotherapie, Psychoanalyse und Psychiatrie
International Journal for Psychotherapy, Psychoanalysis, and Psychiatry

Vol. 42. Jahrgang

2009•5-6

Nr. 235-236

Dynamic Psychiatry

30 Jahre Klinik für Dynamische Psychiatrie

Ilse Burbiel, Gisela Finke, Harald Krüger

30 Jahre dynamisch-psychiatrische Klinik Mengerschwaige

Egon Fabian

Stationäre dynamisch-psychiatrische Therapie

Raymond Battegay

Die Ganzheitssicht des Menschen im Lichte der klassischen Psychoanalyse,
dynamischen Psychiatrie, akademischen Psychologie und Neurobiologie

Nikolai Neznanov, Natalia Lutova, Aneta Vasilyeva

Pharmacotherapy of mental disorders. problems of compliance and its
assessment in long-term therapy

Miri Keren, Lior Schapir, Sam Tyano

Addressing the parental component of the adult psychiatric patient in treatment

Stefan Weixelbaumer

Besonderheiten stationärer psychoanalytischer Theatertherapie

Andrés Steffanowski, David Kriz, Esther Maria Glahn, Gisela Finke, Werner Wittmann

Evaluation stationärer psychotherapeutischer Behandlungen in der dynamisch-
psychiatrischen Klinik Mengerschwaige 2009

ISSN 0012-740 X

'Pinel' Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH • Berlin

Inhalt • Contents

<i>Ilse Burbiel, Gisela Finke, Harald Krüger (München)</i>	
30 Jahre dynamisch-psychiatrische Klinik Mengerschwaige	243
<i>Egon Fabian (München)</i>	
Stationäre dynamisch-psychiatrische Therapie	261
Inpatient dynamic psychiatric therapy	266
<i>Raymond Battegay (Basel)</i>	
Die Ganzheitssicht des Menschen im Lichte der klassischen Psychoanalyse, dynamischen Psychiatrie, akademischen Psychologie und Neurobiologie	268
Holistic View of Humans in Classical Psychoanalysis, Dynamic Psychiatry, Academic Psychology and Neuro-Biology	273
<i>Nikolai Neznanov, Natalia. Lutova, Aneta Vasilyeva (St. Petersburg)</i>	
Pharmacotherapy of Mental Disorders. Problems of Compliance and Its Assessment in Long-Term Therapy	275
Zusammenfassung	286
<i>Miri Keren, Lior Schapir, Sam Tyano (Tel Aviv)</i>	
Addressing The Parental Component of the Adult Psychiatric Patient in Treatment	289
Die elterliche Komponente in der Erwachsenenpsychotherapie	294
<i>Harald Krüger (München)</i>	
Konflikte in der psychoanalytischen Milieuthherapie	296
<i>Walter Funk (München)</i>	
Die Tanztherapie in der Klinik Mengerschwaige	298
<i>Stefan Weixelbaumer (München)</i>	
Besonderheiten stationärer psychoanalytischer Theatertherapie	301
Specifics of stationary psychoanalytic theatre therapy	305
<i>Claudia Friedsam (München)</i>	
Wirkfaktoren der Reittherapie	307
Effective Factors of Hippotherapy	319
<i>Andrés Steffanowski, David Kriz, Esther Maria Glahn, Gisela Finke, Werner Wittmann (Mannheim, München)</i>	
Evaluation stationärer psychotherapeutischer Behandlungen in der dynamisch- psychiatrischen Klinik Mengerschwaige 2009. Erste Ergebnisse.	320
Buchbesprechung	
Kurt Theodor Oehler: „Das Wesen der Seele. Eine psychologisch-naturwis- senschaftliche Erörterung der Frage nach dem Wesen der Seele“ (Andzej Guzek)	335

30 Jahre dynamisch-psychiatrische Klinik Menterschwaige

Ilse Burbiel, Gisela Finke, Harald Krüger (München)

Die dynamisch-psychiatrische Klinik Menterschwaige steht nicht nur für eine 30-jährige Erfahrung in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung von schwerkranken Patienten, die in ihrem Leben entweder nie richtig Fuß gefasst haben oder jäh aus ihrer Lebensbahn geworfen wurden. Die Klinik steht auch für eine Weiterentwicklung dynamisch-psychiatrischer Ansätze, deren Geschichte in Europa und insbesondere in den Vereinigten Staaten in zahlreichen Veröffentlichungen bearbeitet wurde. Ganz besonders flossen in diese Klinik die milieu- und gruppentherapeutischen Erfahrungen aus Günter Ammons 10-jähriger Forschungszeit (1956-1965) an der Menninger Clinic and School of Psychiatry (Topeka, USA) ein, Ansätze, die er nach Rückkehr aus den USA sukzessive weiterentwickelte und unter dem Primat von 'Identität', 'Gruppendynamik' und 'Sozialenergie' menschenbildfundiert in seine Behandlungskonzeption integriert hat.

Bereits 1972 entstand das programmatische Buch von Günter Ammon 'Dynamische Psychiatrie. Grundlagen und Probleme einer Reform der Psychiatrie'. Des weiteren waren bis zum Gründungsjahr unserer Klinik 1979 die Konzepte von 'Aggression' und 'Kreativität' neu formuliert, die theoretischen und klinischen Weiterentwicklungen auf den Gebieten des Borderline-Syndroms, der Psychosen, der Schizophrenie, der Psychosomatik und der Depression vorangeschritten. Das humanstrukturelle Arbeiten im Rahmen der Identitätstherapie in unauflöslicher Partnerschaft mit der Gruppendynamik der umgebenden Gruppe konnte der Klinik bereits als Startpaket mit auf den Weg gegeben werden. Insbesondere aber begann die Neuformulierung des energetischen Prinzips als zwischenmenschliche 'Sozialenergie'. Veröffentlicht wurden all diese theoretischen und praktischen Weiterentwicklungen in der 1968 gegründeten internationalen Fachzeitschrift 'Dynamische Psychiatrie/Dynamic Psychiatry', die seit 1979 auch Publikationsorgan der Klinik Menterschwaige bis heute wurde.

Die Klinikgründung fiel in eine Zeit, vier Jahre nach der Veröffentlichung der deutschen Psychiatrieenquete und ein Jahr vor dem ersten baye-

Festvortrag zum 30-jährigen Jubiläum am 8. Mai 2009 in München

rischen Psychiatrielandesplan, des Aufbruchs der Psychiatrie in Deutschland nach jahrelanger Stagnation und noch nicht begonnener Vergangenheitsbewältigung.

Seit 1978 trafen sich regelmäßig unter Leitung von Günter Ammon, unserem Chefkonsiliarius bis zu seinem Tod im Jahre 1995, und Rolf Schmidts, unserem langjährigen Chefarzt bis 2002, die zukünftigen Teammitglieder, um sich auf die Klinik und den Aufbau eines therapeutischen Milieus vorzubereiten.



Abb. 1: Die Klinik 1979



Abb. 2: Die Klinik 2009

Über meine Mitwirkung am Aufbau dieser Klinik bin ich besonders glücklich, da ich miterleben konnte, mit welcher Liebe, Engagement und Know-how Günter Ammon das Team auf seine zukünftige Aufgabe vorbereitete, wie er dieses Team mit gruppenspezifischen Sitzungen zu einer Gruppe zusammenschweißte, wie unter großem solidarischen Einsatz von vielen Mitarbeitern der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), auch in ambulanten Milieutherapien unter Leitung qualifizierter Therapeuten, die Klinik von einer LVA-Rentenbeobachtungsklinik mit großen Labors, Untersuchungsräumen usw. zu einem therapeutischen Wohnumfeld umgestaltet wurde.

Die feierliche Eröffnung fand am 15. Mai 1979 vor über 300 Gästen in einer überaus warmen und herzlichen Atmosphäre statt. Es nahmen daran neben Repräsentanten der politischen Öffentlichkeit, des politischen Lebens und des Gesundheitswesens, Vertreter der DAP und ihrer vier Institute und zehn Arbeitsgemeinschaften teil. Mit ihrer Arbeit hatte die Klinik bereits am 1. April 1979 begonnen, war als gemeinnützig anerkannt und mit zunächst 35 der insgesamt 56 Betten im bayerischen Krankenhausbedarfsplan aufgenommen. In seinem Festvortrag sprach Günter Ammon programmatisch zum Thema: 'Was ist dynamische Psychiatrie?':

Dynamische Psychiatrie vertritt ein ganzheitliches Gesundheits-, Krankheits-

verständnis, bei dem sowohl die biologisch-organische Seite des Menschen, seine soziale Bedingtheit wie auch sein psychologisches Gewachsensein in ihren konstruktiven wie destruktiven Lebens- und Krankheitsprozessen einbezogen sind. Die psychoanalytische Erkenntnis der Dynamik des Unbewussten wird dabei für die dynamische Psychiatrie fruchtbar gemacht.

Dynamische Psychiatrie bekennt sich zu einem Menschenbild, in dem der Mensch ein geistiger Mensch ist, der Bedürfnisse hat und dessen Bedürfnisse in ihrer Einzigartigkeit anerkannt sind, bestätigt und befriedigt werden sollen.

Im Mittelpunkt einer dynamischen Psychiatrie steht der Mensch; er ist 'Mittelpunkt und gleichzeitig Diener' der Gruppe.



Abb. 3: Günter Ammon 1979



Abb. 4: Beim Einzug: Ingeborg Urspruch, Chefarztin der Klinik 1979-1980

Von Anfang an war die Klinik als ein großgruppenspezifischer, milieutherapeutischer, die gesunden und kreativen Kräfte der Patienten fördernder Entwicklungsraum konzipiert, in den zunächst die analytische Milieuthherapie mit ihren Projektgruppen (die ersten Milieutherapiegruppen gaben sich Namen wie Biber-, Maja-, Igel- und Findelkindergruppe), die Einzel- und Gruppenpsychotherapie sowie die Großgruppenpsychotherapie eingepflanzt wurden.

Die Milieuthherapie geht u.a. auf Ernst Simmel zurück, der sie von 1928 bis 1931 in seinem psychoanalytischen Sanatorium in Berlin entwickelt hat. Aufbauend auf den milieutherapeutischen Ansatz an der Menninger-Klinik konzipierte Günter Ammon

die milieutherapeutische Gemeinschaft als ein Feld, in dem die Patienten im Sinne von 'repeat and repair' ihre unbewussten Konflikte darstellen und unmittelbar im 'Hier und Jetzt' eine Wiedergutmachung erleben können. Einen zentralen Platz in der Milieuthherapie nimmt dabei die Arbeit am Projekt ein. (Harald Krüger, Festschrift)

Bis 2003 fand auch regelmäßig die extramurale Milieuthherapie im Tagungszentrum in Paestum (Italien) statt. Sie wurde als Bestandteil der stationären Behandlung von den Krankenkassen finanziert. Zehn bis zwölf Patienten, die vor der Entlassung standen und drei Mitarbeiter lebten und

arbeiteten drei Wochen lang als Gruppe zusammen. Einkaufen, Kochen, Projektarbeit, Ausflüge und abendliche Seminare wurden sämtlich von den Patienten übernommen und von den Mitarbeitern supervidiert, eine enorme Entwicklungsanforderung.

Obwohl die Klinik stark gruppenorientiert arbeitet, erhielt und erhält bis heute jeder Patient eine je nach Erkrankung, Symptomatik, Struktur und Therapiezielen entweder supportiv oder fokal tiefenpsychologisch orientierte oder analytische einzelpsychotherapeutische Gespräche.



Abb. 5: Günter Ammon bei der Eröffnungsfeier 1979



Abb. 6: Feierliche Eröffnung im Mai 1979 mit über 300 Gästen.

[Während] in der Gruppenpsychotherapie, [so Walter Funk die Patienten] in den therapeutischen Interaktionen der Gruppe das Geflecht aus Übertragungen und Gegenübertragungen und realen Beziehungen erkennen und lernen, diese zunehmend zu differenzieren [, entwickelte sich die Großgruppe mit Mitarbeitern und allen Patienten zu einem] Forum für alltägliche Schwierigkeiten im Zusammenleben, für aggressive Grenzüberschreitungen und notwendige Normierungen durch die Gruppe, die mit einer zunehmenden Beachtung der unbewussten Gruppendynamik der gesamten Klinik einherging Sie bildet bis heute ein unentbehrliches Moment für die Integration persönlicher Belange, spezifischer Gruppeninteressen, demokratischer Zielsetzungen im Sinne einer therapeutischen Nutzung sozialer Ressourcen. (Rolf Schmidts, Festschrift).

Zahlreiche Interessensgruppen, wie beispielsweise eine Literaturgruppe, eine Vorlesegruppe, Tongestaltungsgruppe, die seit 1981 mit Unterbrechungen bis heute erscheinende Patientenzeitung, das sehr beliebte Mythologieseminar und seit 1980 das bereits regelmäßig stattfindende Patientenseminar sollten mit ihren kreativierenden, die gesunden Anteile des Patienten unterstützenden Elementen das therapeutische Arbeitsmilieu auflockern und den 'geistigen Menschen' in den Mittelpunkt der Behandlung stellen: Wer den geistigen Kontakt zu sich selbst gefunden bzw. wiedergefunden hat ist auf dem Weg zur Gesundheit, dies gilt gleichermaßen für die

gesamte Klinik; denn „erst der Geist macht die Klinik zur Klinik“, so Rolf Schmidts in einem Interview anlässlich der Vorbereitungen zum 30-jährigen Jubiläum.

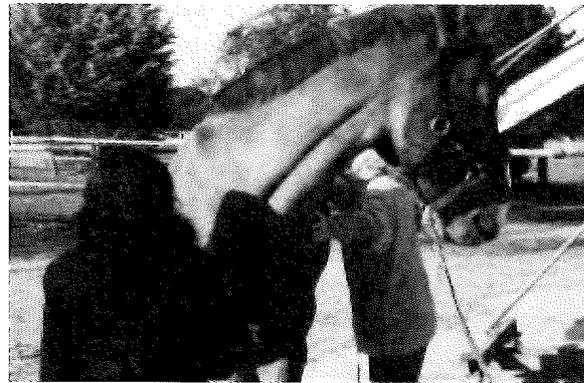
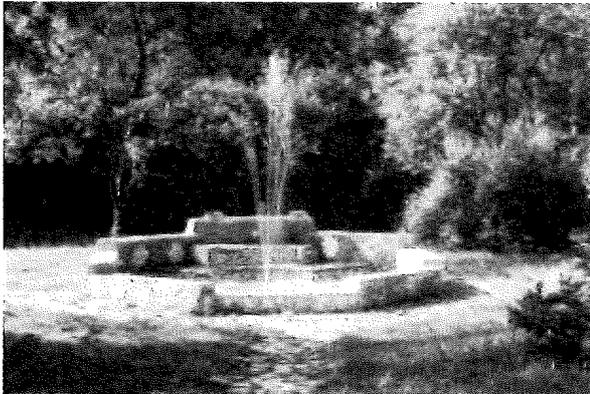


Abb. 7: Milieutherapeutisches Projekt: der Brunnen des Unbewussten

Abb. 8: Reittherapie

Nach und nach kam es zur Entwicklung milieudifferenzierender Prozesse, ganz besonders zur Entwicklung der expressiven Gruppenpsychotherapien, von besonderer Bedeutung gerade für die präverbal frühgestörten Patienten, die sich nur schwer sprachlich ausdrücken können und die ihre tiefen frühen Verletzungen auf einer mehr nonverbalen Ebene kommunizieren müssen.

Zunächst kam es zum Aufbau einer Theatertherapiegruppe, besonders gefördert durch die damalige Chefärztin Ingeborg Urspruch. Nicht zu vergessen die Aufführungen 1979 des 'Kleinen Prinzen' von Saint Exupery, 1981 'Momo' von Michael Ende, 1982 'Krabat' von Otfried Preußler, 1985 'Don Quichote', 1986 'Die Legende von der Liebe', uva.. 2003 dann wiederkehrend 'Krabat', 2004 'Momo', 2006 'Der kleine Prinz' und 2008 'Der eingebildete Kranke'.

Es waren vor allem die nonverbalen und rekreativierenden Therapieansätze, die aus behandlungsmethodischen Notwendigkeiten heraus für unsere Patienten schon sehr früh in das Therapiespektrum aufgenommen wurden, wie z. B. die Mal- und Kunsttherapie unter Leitung unseres langjährigen Kunsttherapeuten Georg Kress mit all ihren beeindruckenden Einzel- und Gruppenausstellungen, so beispielsweise die Ausstellung 'Ausdruck des Unbewussten', die von Günter Ammon unter dem Beisein von 100 Ehrengästen eröffnet wurde. Ammon verstand den Stellenwert von künstlerischen Gestaltungen grundsätzlich als Mitteilung des Patienten an die Therapeuten und Mitpatienten als Äußerungsform seines Unbewussten, als Darstellung seines Leidens und Anliegens, als Zeichen für den Stand seiner Per-

sönlichkeitsentwicklung und der zur Zeit im Vordergrund der Bearbeitung stehenden Problematik.

Kunsttherapie fasse ich auf als eine Kreativierungs- oder Reaktivierungstherapie, die die abgespaltenen oder verletzten Kräfte im nichtbewussten Persönlichkeitsfeld des Menschen mit seinen großen Möglichkeiten bildhaften und ganzheitlichen Denkens, künstlerischen Schaffens bis hin zu der Androgynität und Identität des Menschen wieder freilegt. (Ammon 1983).

Anlässlich unseres 30-jährigen Jubiläums wird 'der kreative Prozess beim Malen als Spiegel der inneren Entwicklung, dargestellt an Hand von Bildwerken aus der Maltherapie der Klinik Menterschwaige' in einer Ausstellung der Münchner Volkshochschule Stadtbereich Ost vorgestellt.

Erinnern wir uns auch an die zahlreichen Ausstellungen außerhalb unserer Klinik auf den internationalen Kongressen der DAP und seit 1980 auch der 'World Association for Dynamic Psychiatry' (WADP). Es war kein Zufall, dass auf dem Kongress über 'Psychotherapie der Schizophrenie' ausländische Wissenschaftler und Freunde einen institutionellen Rahmen für eine transkulturelle und transsoziale dynamische Psychiatrie forderten und die WADP unter der Präsidentschaft von Günter Ammon gegründet wurde.

Seit Anerkennung unserer Klinik als internationales Ausbildungszentrum der WADP kam es zu einer Intensivierung von wissenschaftlichen Austauschprogrammen und im Zuge dessen zum Aufbau dynamisch-psychiatrisch orientierter Abteilungen, insbesondere in den osteuropäischen Ländern und ganz besonders in Russland, so in Oranienburg, Tscheliabinsk, Novgorod und ganz besonders in St. Petersburg mit dem staatlichen Forschungsinstitut Bechterew unter dem damaligen Leiter Professor Kabanov, fortgesetzt und differenziert durch den heutigen Leiter des Institutes, Herrn Professor Neznanov, der außerdem unser derzeitiger Weltpräsident der WADP ist. Wir freuen uns alle sehr, dass er und Frau Dr. Vassilieva, die im übrigen hier ihre psychoanalytische Ausbildung absolvierte und fast zwei Jahre lang Mitarbeiterin der Klinik war, aus St. Petersburg angereist sind, um mit uns den Klinik-Geburtstag zu feiern. Aber auch, um unseren nächsten Weltkongress vorzubereiten, der vom 21. bis 25. März 2011 in München an der Ludwig-Maximilians-Universität zum Thema 'The interpersonal dynamics of identity. Research, pathology, and treatment' stattfinden wird.

Seit 1980 gab es erste Veröffentlichungen zur Wirksamkeit der stationären Psychotherapie der Klinik, die seitdem kontinuierlich überprüft wurde,

zuletzt extern durch die Mannheimer Forschungsgruppe unter Leitung von Professor Werner Wittmann.

Mitarbeiter einer sich aufbauenden psychologischen Abteilung beschäftigten sich neben der Evaluation des Behandlungserfolges wesentlich mit dynamisch-psychiatrischer Diagnostik und mit der Weiterentwicklung des Ich-Struktur-Testes nach Ammon (ISTA). Sie bemühten sich darum, die Spuren unbewusster Persönlichkeitsprozesse und deren Veränderungen durch Psychotherapie zu erfassen, so beispielsweise durch Untersuchungen in unserem kleinen Schlaflabor, durch die Ergebnisse aus den Studien mit dem autokinetischen Lichttest (AKL), sowie das große Interesse an den neueren Ergebnissen der Hirnforschung, die Günter Ammon in dem 1982 erschienenen Handbuch der dynamischen Psychiatrie, Band 2, mit seiner Theorie der Identität und des Unbewussten in Verbindung brachte.

Schon früh kommt es zum Aufbau einer sozialtherapeutischen Abteilung, da mit Krankheitseinbrüchen in der Regel Lebensfeldprobleme verbunden sind.

Es geht, [so Heinrich Kleylein, der Leiter der Abteilung] um den Neu- oder Wiederaufbau eines Lebensfeldes, das, mit ausreichenden Haltefunktionen versehen, die Rückfallquote der Patienten erheblich reduzieren kann. ... Aufgabe der Sozialarbeiter in der Klinik ist aber die Arbeit mit den Angehörigen, Freunden, Kollegen, Vorgesetzten usw.

Seit 1982 dann die Entwicklung der humanstrukturellen Tanztherapie durch Günter Ammon, die mittlerweile zu einem festen Bestandteil nicht nur der stationären, sondern auch der ambulanten Therapie und Selbsterfahrung wurde.

In der Tanztherapie können Gefühle spontan in Bewegung umgesetzt, ein Bezug zum eigenen Körper gefunden, kreative und neue Ausdrucksmöglichkeiten entdeckt werden Der Tänzer kann im geschützten Raum der Gruppe sich selbst ausdrücken ... und erhält nach dem Tanz durch das Feedback der Gruppe eine Widerspiegelung der verschiedenen Facetten des Tanzes. (Maria Ammon).

Wenig später begann die Entwicklung der Musiktherapie durch Rolf Schmidts und den heutigen Chefarzt Egon Fabian, in der die Gruppendynamik 'zum Singen und zum Schwingen' kommt.

Die Musiktherapie ist hier in allererster Linie Gruppendynamik, insofern sie das Medium der Musik im Sinne eines dritten Objektes nach Winnicott zur verpflichtenden Kommunikationsebene macht Sie unterscheidet sich von anderen Schulen durch ihren gruppenbezogenen Charakter.

Wichtig war auch der Aufbau einer psychiatrischen Mutter-Kind-Station in den Jahren 1983 bis 85, unter der Leitung einer ungarischen Kinderpsy-

chiaterin Frau Dr. Györgi Körmendy, damals ein Novum in der deutschen Psychiatrielandschaft.

Immer schon waren Tiere, Hunde, Katzen, Meerschweinchen, Hasen, ganz besonders Pferde treue Wegbegleiter der Therapie. Für sie wurden als milieutherapeutische Projekte Käfige, Hundehütten, in den 80er Jahren sogar einmal ein riesengroßes Freiluftgehege gebaut und die wöchentlich dreimal stattfindende Reittherapie.



Abb. : Programmheft, Theatertherapie



Abb. : Rolf Schmidts, Egon Fabian

Durch das Schaukeln und Getragenwerden auf dem Rücken des Pferdes, das Spüren der harmonisch gleichmäßigen Bewegungen wird ein Mobilisieren von frühkindlichen Erfahrungen möglich. Aber auch Rhythmisierung, Mitschwingungsfähigkeit, Spannungs- und Entspannungsfähigkeit, sowie Gleichgewichts- und Koordinationübungen tragen zu einer verbesserten Körperwahrnehmung bei. (Claudia Friedsam).

Andere körperorientierte Therapien wie beispielsweise die bereits erwähnte Tanztherapie, die Bewegungs- und die Entspannungsgruppe, die Feldenkrais-Arbeit, die physiotherapeutische, die Schwimm-, Walking- und Laufgruppe, sowie die klassische Massagetherapie beziehen in unterschiedlicher Weise den Körper und dessen Berührung in den integrativen und ganzheitlichen Behandlungsansatz mit ein, zu dem auch die psychopharmakologische Therapie als eine der Psychotherapie adjunkten Behandlung gehört, nach dem Grundsatz 'so wenig wie möglich, so viel wie nötig'.

Wir haben immer wieder die Erfahrung gemacht, dass durch eine gute Einbindung des Patienten in das dichte therapeutische Netz der Klinik, durch tragfähige therapeutische Beziehungen sowie durch die intensive therapeutische Arbeit eine vormals hohe Medikation reduziert werden konnte, ohne dass es zu einer erneuten Verschlechterung der Symptomatik kam. (Daniel Hermelink).

Die internistisch-psychosomatische Versorgung darf in einem Haus, das ganzheitlich psychiatrische, psychische, soziale und somatische Probleme unter einem Dach behandelt, nicht unerwähnt bleiben. Unser medizinischer

Dienst sorgt gemeinsam mit einer Vielzahl externer und Konsiliarärzte für eine möglichst umfassende Einbeziehung des Körpers in die Gesamtbehandlung.

Dass die Klinik von anfänglich ca. 260 Tagen durchschnittlicher Behandlungsdauer auf heute 70 Tage reduzieren konnte, liegt sicherlich u.a. an der kontinuierlichen Einbettung und dem Ausbau des eigenen ambulanten Behandlungsnetzes mit den Lehr- und Forschungsinstituten (LFI) der DAP in München und Berlin, den dort angeschlossenen therapeutischen Praxen und den drei therapeutischen Wohngemeinschaften 'La Casa' (seit 1981), die Hamburger (später Kraiburger) Straße und die 'Grünwalder therapeutischen Wohngemeinschaft' seit 1996. Auch der Aufbau der Klinikambulanz 1994, die Intensivierung der Zusammenarbeit mit stationären, teilstationären und ambulanten Einrichtungen anderer Träger sowie auch der fachliche Austausch mit Kollegen in Gremien und Arbeitskreisen wie beispielsweise dem AKV Ost, PSAG, Krisendienst, Paritätischen sind hier zu nennen. Nicht zuletzt in gemeinsamen Veröffentlichungen wie erst jüngst das von Fabian, Dulz und Martius herausgegebene Buch: 'Stationäre Psychotherapie der Borderline-Störungen'. Sicherlich hat auch die in den letzten Jahren fortschreitende Umstrukturierung des therapeutischen Konzeptes zur 'Zeitverkürzung' beigetragen, angefangen von der Krisenintervention bis zu zwei Wochen über die Kurzzeitbehandlung (sechs bis acht Wochen) zur intensiven Akuttherapie von durchschnittlich zwei bis vier Monaten, besonders für Patienten mit hoher Multimorbidität und Persönlichkeitsstörungen.

Damit Differenzierungsprozesse nicht zum wissenschaftlichen und therapeutischen Eklektizismus führen, müssen diese immer wieder sowohl theoretisch als auch praktisch in die Behandlungskonzeption unter dem Primat der Klinikidentität integriert werden. Der Chefarzt und sein Leitungsteam sind täglich aufgefordert, das gruppensystemische Steuer in Richtung auf ein veränderungsrelevantes und für unsere Patienten emotional korrigierendes sozialenergetisches Feld zu orientieren. Dabei sind auch die Grenzöffnungen und -schließungen des Kliniksystems nach innen und außen, d. h. der sozialenergetische Austausch zwischen Klinik und ihrer gesellschaftlichen, kulturellen, politischen und wissenschaftlichen Umwelt zu regulieren, unter dem Aspekt, dass zur Identität auch immer Transparenz und Öffentlichkeit gehören.

In den letzten 30 Jahren wurden diese Prinzipien u. a. dadurch verwirklicht, dass sich die Klinik mit ihren therapeutischen Ergebnissen stets nach außen darstellte, wie beispielsweise, auf den regelmäßig durchgeführten

‘Tagen der offenen Tür’, den ‘klinischen Nachkongressen’ neuerdings auf den jährlich stattfindenden wissenschaftlichen Symposien im Rahmen der ‘Menterschwaiger Gespräche’.

Die Arbeit an den Grenzen der Identität stellt nicht nur an unsere Patienten, sondern auch an unser Team hohe Anforderungen. In der täglichen Arbeit werden sie gefordert, grenzerweiternde Identitätsprozesse zuzulassen, die eigene Ängste und Aggressionen mobilisieren und mit narzisstischen Kränkungen verbunden sind. Die fortwährende Integrationsarbeit ist u.a. eine hohe Leistung unserer Mitarbeiter und wäre ohne ihre Kompetenz, Hingabe und Treue nicht vorstellbar. Dafür erhielten sie 1988 gemeinsam mit den Patienten die Goldmedaille der DAP für ihre Verdienste um die Erhaltung der Klinik.

Am 10. Dezember 1985, pünktlich um 8.30 Uhr wurde eine Großrazzia gegen unsere Klinik unter Einsatz von 150 Polizei- und Kripobeamten, Steuerfahndern, Beamten der Gesundheitsbehörde sowie Staatsanwälten durchgeführt, zu dem Zweck, sämtliches Schrift-, Bild- und Videomaterial zu beschlagnahmen? Zeitgleich gab es Razzien in der Tagesklinik für intensive Gruppenpsychotherapie, in den therapeutischen Wohngemeinschaften, in den beiden Lehr- und Forschungsinstituten der DAP in München und Berlin, im psychoanalytischen Kindergarten in München, im ‘Pinel’-Verlag, sowie in der Privatwohnung von Günter Ammon.

Erst nach fast drei Jahren existenzieller Kämpfe um den Bestand der Klinik konnte die Klinik Akteneinsicht und damit Kenntnis der konkreten Anschuldigungen erhalten und den Hintergrund für eine solche unverhältnismäßige Polizeiaktion erfahren: Die Klinik und ihr Hauptangeschuldigter Günter Ammon wurden verdächtigt, obdachlose Jugendliche zu Terroristen auszubilden und RAF-Terroristen zu behandeln. Das im Jahre 1990 eingestellte Verfahren hinterließ neben großen finanziellen Einbußen anhaltende Rufschädigungen, traumatisierte Patienten und ein traumatisiertes Team. Ohne die intensive fachliche, juristische, finanzielle und insbesondere menschliche Unterstützung zahlreicher wissenschaftlicher, gesellschaftlicher und politischer Freunde aus dem In- und Ausland, aus dem Kreise unserer eigenen Gesellschafter, den Mitgliedern der DAP und anderer ihr angeschlossenen Fachverbände, unserer Juristen und den Krankenkassen und ganz besonders dem DPWV hätte die Klinik diesen ‘Angriff’, der von zahlreichen verwaltungsrechtlichen Versuchen begleitet war, die Klinik zu schließen, nicht überlebt. An dieser Stelle möchte ich, als die damalige, die

Verteidigung integrierende Geschäftsführerin bis 1988 allen von ganzem Herzen danken, dass sie so treu an unserer Seite standen. Wir werden Ihnen das nie vergessen.

In diesem Jahr 1988 erkrankte Günter Ammon vermutlich als Folge der massiven ehrverletzenden Diffamierungen an einem schweren Leiden, an dem er zu unser aller größten Bedauern sieben Jahre später viel zu früh und viel zu jung verstarb. Für alle Freunde, Mitarbeiter, Patienten und ganz besonders für Maria Ammon ein unendlicher Verlust.

Wenn man Ammon begegnete, traf man einen konzeptionell planenden und tatkräftig vorwärtsschreitenden Menschen, der mit großer Ernsthaftigkeit, Verspieltheit und auch Humor arbeitete. Ammon hat seine ganze Arbeit immer am Menschen selbst orientiert, der ihm den Stellenwert und die Praxisrelevanz für seine wissenschaftliche Konzeption korrigiert und erweitert hat. Er verfügte über einen großen therapeutischen Optimismus und liebte die Klinik und ihre Patienten über alles. Selbst als er schon schwer krank war, kam er wöchentlich in die Klinik, sprach mit den Patienten, leitete die Großgruppe und das Mitarbeiterseminar und supervidierte das Team. Günter Ammon starb am 5. September 1995 in Berlin.

An dieser Stelle möchte ich Günter Ammon für seinen großen Einsatz für unsere Klinik und für seine Freundschaft zu uns danken.

Nach Ammons Tod musste zunächst an den gruppenspezifischen Folgen gearbeitet, das therapeutische Konzept stabilisiert und die Aufgaben an die leitenden Mitarbeiter verteilt werden, neben der Trauer um den Verlust unseres Chefkonsiliariums, manchmal ein kräftezehrendes Unternehmen.

Hinzu kam, dass der Fortbestand unserer Klinik als Akutklinik erneut gefährdet war, da es den Versuch gab, uns zu einer Reha-Klinik umzustrukturieren. Es folgte eine jahrelange Auseinandersetzung, die von uns neben der klinischen Arbeit zusätzlich viel Kraft und Zeit forderte. Erst 2003 war diese Auseinandersetzung mit Erfolg beendet, die Klinik hatte wieder eine Zukunft.

Im Jahre 2002 kam es in einem Festakt zu vielschichtigen Würdigungen der fachlichen Kompetenz und Persönlichkeit von Rolf Schmidts, seiner klinischen und wissenschaftlichen Verdienste, seines Einsatzes für die Patienten rund um die Uhr, immer mit dem 'dritten Ohr', an der Klinik, zu der Übergabe der Leitung an Egon Fabian, unserem damaligen langjährigen Oberarzt seit 1985, dem dynamische Psychiatrie immer mehr zur Herzenssache wurde und der seitdem das gruppenspezifische Steuer in der Hand hat, begleitet von seinen beiden Oberarzt-Adjudanten Daniel Hermelink

und Walter Funk. Unter der Leitung von Egon Fabian und von Maria Ammon, der therapeutischen Geschäftsführung und dem wirtschaftlichen Geschäftsführer Waldemar Dziakowski wurde das sturmerprobte Klinikschiff an manchen Stellen ausgebessert und renoviert, so dass im letzten Sommer unter der erprobten Leitung von Gisela Finke, unterstützt von Harald Krüger, die Klinik nach ISO 9001:2000 zertifiziert werden konnte.

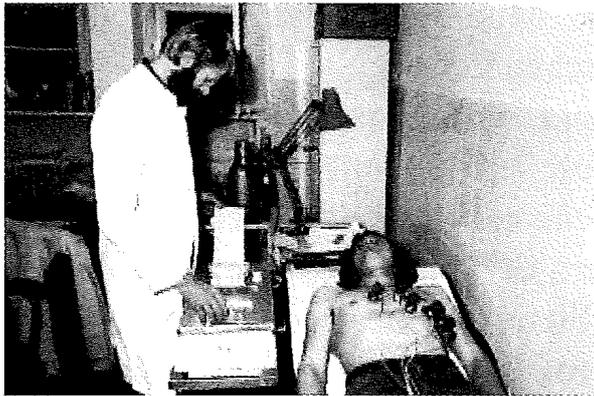


Abb.: Untersuchungsraum 1970er Jahre



Abb.: Dienstzimmer des medizinischen Dienstes

Heute im Jahre 2009 sehen wir uns neuen Herausforderungen aus der Gesundheits- und Psychiatriepolitik gegenübergestellt, die von uns viel Einsatz und Kreativität fordern, um den Platz unserer Klinik nicht nur zu sichern, sondern auch neu zu definieren auf der Grundlage ihrer bisherigen 30-jährigen Geschichte, einer Geschichte, auf die wir mit Stolz zurückblicken können, unter deren Herausforderungen wir gewachsen sind und auch in Zukunft noch wachsen werden.

Wie können wir aber diesen Herausforderungen begegnen in einer Zeit der Behandlungszeitverknappung und einer sich intensivierenden Globalisierung gesellschaftlicher und damit auch gesundheitspolitischer Prozesse ohne das spezifische Profil unserer Arbeit zu verlieren? Lassen wir zum Abschluss unseres Vortrages unsere beiden Chefarzte zu Wort kommen:

Der Faktor Zeit spielt bei der Therapie früh gestörter Patienten eine große Rolle. ... Viele unserer Patienten haben in ihrem Leben selten oder nie erlebt, dass jemand ihnen Zeit gibt. „Zeit geben“, schreibt Ammon, „ist der Inbegriff des therapeutischen Prozesses. Sowohl für die Herstellung eines therapeutischen Bündnisses als auch für die Trennungsphase aus der stationären Therapie, benötigen unsere trennungsgeschädigten Patienten eine längere Zeit, sonst kommt es zu dem allseits bekannten und gefürchteten ‘Drehtür-Effekt’.“ (Egon Fabian)

Eine letztgültige Antwort wird es auf diese Frage nicht geben können. Hier ist zukünftig mehr und mehr unsere Kreativität gefordert, unsere Bereitschaft zur Flexibilität, zur noch intensiveren Zusammenarbeit aller Behandler im Rahmen

eines Gesamtbehandlungsprogrammes, das von einer Seite aus reguliert und integriert werden müsste.

Wichtig ist, immer wieder zwischenmenschliche Räume aufzubauen. Raum ist das Wesentliche, nicht nur die Fülle im Raum, sondern der Zwischenraum, der zwischen Menschen entsteht. Der Mensch kann sich hier erst als unterschiedliche Person selbst erfahren. Differenz ist sowohl Ursache des Konflikts als auch erst die Voraussetzung für die Ermöglichung demokratischer Prozesse. (Rolf Schmidts)

Und wie steht es mit dem Unbewussten in der Klinik der Zukunft? „Es ist einfach nicht abzuschaffen.“ (Rolf Schmidts)

30 Years Dynamic Psychiatric Hospital

The dynamic psychiatric hospital Mengerschwaige stands not only for thirty years of psychiatric- psychotherapeutic experience at the treatment of seriously ill patients; it stands just as much for the further development of dynamic- psychiatric approaches, their history in Europe and in the USA documented in numerous publications.

Particularly the milieu and group dynamic experiences of Günter Ammon's research period (1956-1965) at the Menninger Clinic and School of Psychiatry (Topeka, U.S.) had great influence on this hospital where Ammon gradually developed these approaches further after his return from the USA. He then integrated them into his programme of treatment under the primacy of 'identity', 'group dynamics' and 'social energy' as his vision of the human being.

The foundation of the hospital fell in a time where psychiatry in Germany started a new departure after years of stagnation and before a process of coming to terms with the past had begun. The hospital was founded four years after the publication of the German enquiry into psychiatry and one year before the first plan for psychiatry issued by the state of Bavaria. The solemn inauguration took place on May 15, 1979 within an atmosphere of extreme warmth and kindness, and more than three hundred guests.

The hospital had already started its work on April 1st, 1979; it was state-approved as a non- profit institution and for the time being with thirtyfive beds of the altogether fiftysix included into the Bavarian capacity plan for psychiatric hospitals. At his inaugural speech Günter Ammon programmatically chose the topic, "what is dynamic psychiatry?"

From the beginning the hospital was designed as a great group dynamic,

milieu therapeutic space for development where the healthy and creative strength of patients could be encouraged and where first of all the analytic milieu therapy with its project groups (the first members named themselves as ‘beaver’, ‘maja’, ‘edgehog’, and ‘foundlings’ group respectively), the single and group therapy as well as the great-group psychotherapy were planted in.

Numerous groups with the respective field of interest like literature, reading, clay modelling, cinema, moreover the much loved mythology class and the already regularly held patient training college (since 1980) should give relief to the therapeutic milieu because of their elements of enhancing creativity and supporting the healthy parts of a patient and the ‘spiritual human being’ put in the centre of the treatment.

This led gradually to the development of milieu differentiating processes, particularly to the development of the expressive group psychotherapies. They are of a special significance for patients with early, preverbal disturbances because they have severe difficulties to express themselves verbally but are able to communicate their early traumata at a more or less nonverbal level.

At first a theatre therapy group was created, especially encouraged by the then senior consultant Ingeborg Urspruch. We should remember the performances of ‘The little Prince’ by Saint-Exupery (1979), ‘Momo’ by Michael Ende (1981), ‘Krabat’ by Ottfried Preußler (1982), ‘Don Quichote’ (1985), ‘The Legend of Love’ (1986), and many more.

In 2003 ‘Krabat’, in 2006 ‘The little Prince’, and in 2008 ‘The Hypochondriac’ by Moliere returned on stage.

At a very early stage already especially the nonverbal and creativity (re-)building approaches, e.g. the painting and art therapy, were integrated in the spectrum of therapies with the necessity for a methodological treatment for the patients.

Ammon saw the significance of artistic creations in principle as a patient’s message to the therapists and the co-therapists, as an expression of his unconscious to portray his suffering and communicate his concern, as well as a sign for the level of the patient’s personal development and the current problem at the foreground of his therapy.

We can recall numerous exhibitions outside our hospital at international congresses of the DAP and since 1980 also at the WADP (World Association of Dynamic Psychiatry). There was no coincidence that just at the congress about ‘psychotherapy of schizophrenia’ foreign scientists and

friends postulated an institutional framework for a transcultural and trans-social dynamic psychiatry and the WADP was founded under the presidency of Günter Ammon.

Since the acceptance of our hospital as an international training centre of the WADP in 1982, an intensification of scientific exchange programs took place and in the course dynamic psychiatric oriented departments were set up, in particular in eastern European countries, especially in Russia together with the closest collaboration of the national research institute 'Bektherev' in St. Petersburg under Professor Kabanov, their director at the time. Under Professor Neznanov, the present director of the Bekterevev Institute and current world president of the WADP as well, this collaboration continued and broadened and deepened.

First publications about the effectiveness of the inpatient psychotherapy of the hospital appeared in 1980. Since then the hospital was evaluated continuously, at last by the Mannheim research group under the supervision of Professor Werner Wittmann.

Colleagues of the psychological department, then in progress of being set up, were concentrating apart of the evaluation of the treatment results mainly on dynamic-psychiatric diagnostics and the development of the ISTA (the ego structure test after Ammon), the sleep research, as well as the AKL (the autokinetic light test).

A social-therapeutic department was built already at an early stage given that an outbreak of illness is normally connected with problems in the circumstances of a patient's life and his environment.

1982 Günter began to develop the human structural dance therapy, now a constant component not only of the inpatient but also of the outpatient therapy and self awareness.

Not much later, Rolf Schmidts and the current senior consultant Egon Fabian developed the music therapy, where group dynamics 'begin to sing and swing'.

It was also important to build a psychiatric mother and child ward which took place between 1983 and 1985 under the supervision of Dr. Györgi Körmendy. She was a Hungarian child psychiatrist, a novelty at that time within the territory of German psychiatry.

Animals, for instance dogs, guinea pigs, rabbits, and in particular horses were always constant and loyal companions of therapy, too.

Other physically oriented therapies as, e.g. the already mentioned dance therapy, the groups for exercise and relaxation, the Feldenkrais work, the

groups for swimming, walking, and running, the physiotherapy group as well as the conventional massage therapy, all include the body and its contact in the integrating and holistic treatment approach, but in different ways. Even the pharmacological therapy as a treatment adjunct to psychotherapy belongs to this circle, but under the principle 'as little as possible, as much as necessary'.

The internal medicinal and psychosomatic care must not be unmentioned in a building, where psychiatric, psychological, social, and somatic problems are treated holistically under one roof. The medical service together with a multitude of external physicians and consultants cares for a most comprehensive integration of the body into the treatment as a whole.

That the hospital was able to reduce the average period of treatment from two hundred days initially to the present seventy days can be related certainly, *inter alia*, to the continuous integration and development of the outpatient treatment networks.

The reorganisation of the therapeutic approach during the last decade had contributed also, without doubt, to the 'reduction of time', beginning with the crisis intervention (for up to two weeks) to the short stay treatment (six to eight weeks) up to the intensive acute therapy (two to four months) especially for patients with a high multimorbidity and personality disorders.

To insure that the use of such a diverse range of approaches don't lead to a scientific and therapeutic eclecticism they have to be continuously integrated theoretically as well as practically into the treatment approach under the guidance of the hospital's identity. The senior consultant and his leadership team are requested on a daily basis to orientate the group dynamic helm in direction of a changing relevant and, for the patients, emotionally correcting social energetic field.

The hospital has been very open in demonstrating its therapeutic results; for example the 'days of the open door' regularly carried out the 'clinical post congresses' and most recently the yearly scientific symposium within the framework of the Mengerschwaige talks.

On December 10th, 1985, exactly at 8.30 a.m., a large scale raid against our hospital was launched with onehundred fifty policemen and criminal investigation officers, investigators of tax evasion, civil servants of the public health department as well as prosecuting attorneys. The aim was to confiscate all written, photographic, and video material. At the same time there were raids executed at the day clinic for intensive group therapy, at the therapeutic living communities, at both institutes for training and

research in Munich and in Berlin, at the psychoanalytic preschool in Munich (nursery school), the 'Pinsel' publishing company, as well at the private home of Günter Ammon.

Only after nearly three years of fighting for the existence of the hospital we received the right to inspect the files and thus gained the knowledge of the exact accusations; we also could find out then about the background for such a disproportionate police action. The hospital and the main accused Günter Ammon were suspected to train homeless young persons as terrorists and to treat RAF terrorists medically. The legal proceedings, abandoned 1990, left a lasting damage of reputation, traumatized patients and a traumatized team alongside big financial losses.

Without the intensive professional, legal, financial, and especially human support of numerous friends of a scientific, political and organizational background at home and abroad, without the circle of our own partners, the members of the DAP and other associations connected with them, the legal team, the health insurance companies and above all the DPWV, there would have been no chance the hospital could have survived this 'attack', followed by numerous administrative and judicial attempts to close it down.

In 1988 Günter Ammon contracted a severe illness, presumably a consequence of the insulting defamations, and, to our deepest regret, passed away seven years later, too early and too young.

Everyone who encountered Ammon met a conceptionally planning man, energetically forward looking, who conducted his work with great seriousness, playfulness and humour. Ammon always oriented all his work towards the human being who, as he saw it, adjusted and expanded the status and the practice relevance for his scientific approach. He had a great therapeutic optimism at his disposal and loved the hospital and its patients more than everything.

After Ammon's death we first of all had to work with the group dynamic consequences, to stabilize the therapeutic approach and to assign the executive personnel with the respective tasks.

Furthermore, the continuity of our hospital as an acute hospital was once more in danger because of the attempt to reorganize it into a rehabilitation centre. In 2004 the crisis was successfully resolved; the hospital once more had a future.

In 2002 a ceremony was held in honour of Rolf Schmidts, the retiring senior consultant, with numerous different appreciations of his professional competence and personality, his clinical and scientific contributions and

merits, his commitment to the patients ‘around the clock’, always with a ‘third ear’ on the hospital. It was simultaneously the ceremony of handing over the leadership to Egon Fabian, then consultant for many years since 1986, for whom “dynamic psychiatry became his ‘*affaire de coeur*’. Since this time he is on the group dynamic helm, accompanied by his two consultants Daniel Hermelink and Walter Funk.

Under the direction of Egon Fabian and Maria Ammon, the therapeutic management, and Waldemar Dziakonski, the financial director, the steadfast hospital ship was refurbished and some of its parts repaired. Thus, last summer, the hospital could be certified under the experienced leadership of Gisela Finke supported by Harald Krüger with the ISO standards 9001:2000.

Today, 2009, we face new challenges from the changing government policies on health and psychiatry which demand from us great commitment and creativity to not only secure the position of our hospital but also defining it anew on the basis of its previous, thirty years long history, a history we look back on with pride, under whose challenges we thrived and prospered and will grow also in future times.

(English version by Franziska von Wendland)

Stationäre dynamisch-psy TherapieEg Therapie

Egon Fabian (München)

On the occasion of the 30th anniversary of the foundation of the dynamic psychiatric hospital Mengerschwaige, the author presents an outline of the main conceptual principles which constitute the basis of the inpatient therapeutic work in the hospital. His presentation is placed within the historical perspective which includes the situation of psychiatry 30 years ago, as well as an evaluation of its present state of development.

Keywords: dynamic psychiatry, inpatient treatment, therapeutic integration

Die Klinik für Dynamische Psychiatrie Mengerschwaige hat ihre Tore vor 30 Jahren für die ersten Patienten geöffnet. Gewöhnlich assoziiert man 30 Jahre mit der Zeitspanne einer Generation, deshalb bietet das Jubiläum nicht nur Anlass für Feierlichkeiten und Begegnungen, sondern auch eine willkommene – und notwendige – Gelegenheit zur Retrospektive. Geboren in der Landschaft einer bundesdeutschen Psychiatrie, die trotz fortschrittlicher Ansätze immer noch weitgehend Verwahrungscharakter hatte und in deren Rahmen Psychodynamik, Unbewusstes und Gruppenkonzepte, non-verbale Therapien und Methodenintegration noch Fremdwörter waren, hatte diese Klinik damals Utopiecharakter.

Für den Gründer Günter AMMON stellte sie den aus der Summe seiner therapeutischen Erfahrungen in Deutschland und den USA und zahlreichen wissenschaftlichen Diskussionen und Forschungen entstandenen Versuch dar, die Vision einer humanen, humanistischen Behandlung kranker und schwer kranker Menschen in die Realität umzusetzen. Für AMMON, wie für seine Mitstreiter, damals wie heute, war eine Utopie, die im Träumerischen ihr nostalgisches Dasein fristet, unnützlich, eine Behandlungspraxis jedoch, die im Pragmatischen stecken bleibt und der Tiefe und Breite utopischer Vorstellungen keinen Raum gibt, wird zum leblosen Skelett, das äußerlich mit bürokratischem Mantel verkleidet wird, aber fleischlos und blutleer bleibt.

Patienten, die oft in Umgebungen aufgewachsen sind, die keine Wärme und Empathie, stattdessen aber 'korrekte' materielle Versorgung boten und dafür nur Leistung erwarteten, haben den Unterschied immer schon gespürt. Wie schon Freud, fürchtete auch AMMON nichts mehr als den

Vortrag anlässlich des 30-jährigen Jubiläums der Klinik Mengerschwaige am 8. Mai 2009 in München

Formalismus bürokratischer Erstarrung – in Politik und Institutionen wie in der Psychotherapie.

30 Jahre sind vergangen, hunderte von Patienten, dutzende von Mitarbeitern kamen und gingen; neue therapeutische Konzepte, einige Moden, wellenartige Bewegungen zum Psychodynamischen und wieder zum Biologistischen, wechselten sich ab, Altes wurde mitunter wieder entdeckt und als Neues auf die Fahne geschrieben. Auch diese Klinik hat ihren 30-jährigen Kampf um ihre Existenz führen müssen, im Spannungsfeld zwischen Erhalten und Erneuern, zwischen Eklektizismus und Integration, den Kampf um Vitalität kämpfen müssen. Aus unserer Perspektive – und hier werden wir von unseren Patienten oft bestätigt – hat sich der wesentliche Geist dieser Klinik durch die drei Jahrzehnte nicht geändert.

Die detaillierte Geschichte der Klinik ist nicht Gegenstand dieser Arbeit; vielmehr möchte ich mich hier darauf beschränken, auf einige wichtige konzeptionelle Merkmale der dynamischen Psychiatrie, wie sie in der Klinik Mengerschwaige praktiziert wird, hinzuweisen.

1. Dynamische Psychiatrie ist eine 'verstehende Psychiatrie'. Als Therapeuten sind wir bemüht, sowohl die Entwicklung krankhafter und gesunder Aspekte der Persönlichkeit, als auch die aktuelle Symptomatik und die Verhaltensweise des Patienten vor dem Hintergrund seiner verinnerlichten wichtigen Erfahrungen im Laufe seines Lebens zu verstehen. Besonders sind dies zwischenmenschliche Erfahrungen mit wichtigen Personen und Gruppen, ganz besonders in den frühen Lebensjahren, gewesen. Zu diesen Erfahrungen zählen nicht nur die bewussten, sondern auch die im Unbewussten gespeicherten Erlebnisse, die späteren Kontakte, Beziehungen und neue Erfahrungen entscheidend beeinflussen. Ihr Bewusstmachen in der Therapie, ihre emotionale Durcharbeitung, ermöglichen für viele Patienten Einsicht und Veränderung.

Aber das Verstehen mit seinen unbewussten Aspekten ist auch aus zwei anderen Gründen wichtig:

a) Nur der Patient, der sich in der Tiefe verstanden fühlt, wird uns sein Vertrauen schenken wollen, wird bereit sein, nach zahlreichen schmerz- und leidvollen Enttäuschungen – auch Traumatisierungen zählen dazu, doch noch einmal den Weg des 'Neubeginns' (BALINT) zu riskieren;

b) Nur das Verstehen der Dynamik des Patienten, aber auch des interpersonellen Geschehens zwischen ihm und uns Therapeuten, das wesentlicher Teil davon ist, kann uns vor der Wiederholungsfalle bewahren, in der sich Pathologie perpetuiert.

Auch das Agieren der Patienten soll als eigene 'Sprache' von so genannten frühgestörten Patienten verstanden werden in seinem Mitteilungsgehalt im interpersonellen und gruppenspezifischen Bezug, als Inszenierung bzw. Re-Inszenierung alter, meist traumatischer Erfahrungen (GRINBERG 1968, BATTEGAY 2006, FABIAN 2006).

2. Dies bedeutet nicht, dass wir biologischen Faktoren keine Bedeutung beimessen; wir betrachten diese jedoch nicht isoliert, sondern in einem komplexen seelisch-körperlichen Geschehen, modulierend und ihrerseits von psychischen Erfahrungen moduliert. Die neuen Konzepte der PNI und der neuronalen Plastizität, sowie die neueren Ansätze der bildgebenden Verfahren, die – sehr vorsichtig interpretiert! – die Annahme einer Veränderbarkeit von Hirnstrukturen durch Psychotherapie nahelegen, unterstützen diese Sichtweise.

3. Die Erfahrungen, die den Menschen prägen und seine Persönlichkeit im Wesentlichen durch Identifikations- und Auseinandersetzungsprozesse gestalten, sind hauptsächlich Kontakt- und Beziehungserfahrungen. Sie finden oft in Gruppen statt, denn auch Zweierbeziehungen sind Teil eines größeren Gruppengeflechts, oder beinhalten zumindest implizite gruppenspezifische Momente. Nach AMMON wird der Mensch in solchen Gruppen gesund oder auch krank, durch Gruppen kann er wieder gesund werden (AMMON 1979).

Wiederholungen alter, krankhafter Dynamiken in Gruppen im Sinne eines erweiterten Wiederholungszwangs – wie Ausschluss- und Sündenbockdynamiken, Opfer-Täter-Spaltungen, Misshandlungen und Parentifizierungen, die sich oft auch transgenerational tradieren – zementieren das verinnerlichte Krankheitsgeschehen; ihre Veränderung durch Bewusstmachung und Einsicht kann die Rolle des Einzelnen verändern, neuen Erfahrungen das Tor öffnen und damit der Entwicklungsstagnation der Krankheit entgegenwirken.

Deshalb konzentriert sich ein großer Teil unserer täglichen stationären Arbeit auf das 'Aufspüren', Bewusstwerden und Steuern gruppenspezifischer Prozesse in der Klinik, und zwar nicht nur bei den Patienten, sondern auch beim therapeutischen Team, unter Berücksichtigung von Widerspiegelungsphänomenen im Feld der Übertragungs-Gegenübertragungsprozesse, die die gesamte Klinik als Milieu zum therapeutischen Instrument machen. Hierzu gehört auch das gruppenspezifische Begreifen des Agierens von einzelnen und von Gruppen, wie z. B. Alkohol, Drogen, Paarbildungen und sexuelle Handlungen während der Therapie.

Neue Kontakte und Beziehungserfahrungen mit Therapeuten und Mitpatienten bilden also, mittels einer möglichst konstruktiv gehaltenen Gesamtgruppensdynamik, den zentralen therapeutischen Wirkfaktor der Klinik. Sie finden statt im interpersonellen Prozess zwischen dem Patienten und seinen verschiedenen Therapeuten (Einzeltherapeuten, Gruppen- und Milieuthérapeuten), in der Gruppentherapie, in der projektzentrierten Milieuthérapie, in den verschiedenen nonverbalen bzw. kreativierenden und körperlichen Therapien, in der Großgruppe der Klinik. Die Vielfalt dieser Prozesse, mit ihren reichhaltigen Übertragungs- und Gegenübertragungsmöglichkeiten schafft ein intensives therapeutisches Feld, dessen Wirkung sich manchmal – zumal bei depressiven, angstleidenden, Borderline- oder Psychosepatienten – überraschend schnell entfalten kann.

In den 30 Jahren ihres Bestehens hat sich in der Klinik Mengerschwaige eine ausgeprägte Gruppenkultur ausgebildet, die sich in der Tendenz zur offenen Auseinandersetzung in Gruppen, in der Solidarität und der großen Hilfs-Ich-Funktionsbereitschaft der Patienten untereinander konkretisiert. Sie gibt vielen Patienten, die aufgrund ihrer schlechten Gruppenerfahrungen Angst vor Gruppen haben, zum ersten Mal ein Gefühl des Ernstgenommenseins, später auch der Zugehörigkeit, die zu den wirksamsten therapeutischen Momenten als wiedergutmachende Erfahrungen gehören.

4. In diesem Rahmen spielt das Erkennen, Berücksichtigen und Fördern der gesunden oder konstruktiven Ich-Anteile der Patienten in der Therapie eine besondere Rolle. Auch die gesunden Persönlichkeitsanteile, die Talente, Begabungen, die besonderen Interessen der Patienten, haben ihre eigene Geschichte; auch sie, wie die kranken oder defizitär entwickelten Aspekte, sind im Kontext früher Dynamiken entstanden, sind oft isoliert oder leistungsmäßig gefördert worden, oder lagen brach, wenig erkannt, und wurden nicht unterstützt. Auch in ihnen können wir identifikatorische oder anti-identifikatorische Prozesse erkennen und diese bewusst machen. Aber häufig, insbesondere im Falle von Borderline-Kranken, aber auch bei Psychotikern, stehen die gesunden, oft originellen und hoch entwickelten Aspekte der Persönlichkeit gleichsam isoliert im Ich-Raum, vernachlässigt, unintegriert und dadurch für das Individuum weder zur Ich-Integration und zum Selbstbild, noch im sozialen und beruflichen Leben nutzbar.

Die therapeutische Arbeit mit den g e s u n d e n oder k o n s t r u k t i v e n Ich-Anteilen in der Klinik, sei es im Rahmen der Projektarbeit, oder der Kunst-, Tanz-, Musik- oder Theatertherapie, oder in den verschiedenen Interessensgruppen, vermag die Grundlage der Beziehung zu den Therapie-

ten wesentlich mehr zu stärken, als die fast ausschließliche Fokussierung auf die pathologischen Aspekte. Sie fördert die Ich-Stärkung durch Integration und die Kontaktfähigkeit zu anderen Menschen, das Bewusstsein und die weitere Entfaltung der eigenen Kreativität, die immer auch mit dem Heilungsprozess – im Sinne der Identitätstherapie – eng verbunden ist.

5. Der Begriff 'Integration' ist nun schon mehrmals erwähnt worden. Mangelnde Integration bzw. Desintegration ist bei allen frühtraumatisierten bzw. bindungsgestörten Menschen in verschiedenen Ausmaßen vorhanden. Unsere Patienten, die nach psychiatrischer Diagnose unter Persönlichkeitsstörungen, Psychosen, Zwang, Depression oder Angststörungen leiden, sind in einem weiteren Sinne des Wortes frühtraumatisierte Menschen, besonders im Sinne der kumulativen Beziehungstraumatisierung. Sie spalten reaktiv ihre Persönlichkeit und dissoziieren, um der unerträglichen Angst und Schuld der Traumatisierung Herr zu werden, oder, was häufig ist, sind an der Bildung eines kohärenten, integrierten Selbst durch frühe Misshandlung, Vernachlässigung oder Ausbeutung verhindert worden. Deshalb muss das Moment der Integration wesentlicher Teil einer Therapie von so genannten früh gestörten Patienten sein.

Integration geschieht im zwischenmenschlichen Rahmen der Einzeltherapie und der Gruppenprozesse, in denen empathische Rückmeldungen und Auseinandersetzungen einen Prozess nachholender Mentalisation in Gang setzen, aber auch indirekt, durch gruppendynamische Arbeit am Therapeutenteam und die Arbeit der Großgruppe, die stellvertretend die Integration der Patienten fördern, auf ähnliche Weise wie offene Auseinandersetzung der Eltern für einen günstigen Entwicklungsraum der Kinder unerlässlich ist. Bedingung ist allerdings, dass diese Integrationsarbeit das Unbewusste – die Fantasien, Vorstellungen, Träume – mit einbeschließt, und dass sie in konstruktive Bahnen gelenkt wird.

Eklektizismus, das heißt das Nebeneinander unterschiedlicher therapeutischer Methoden ohne den integrativen Ansatz eines gemeinsamen grundlegenden Konzeptes, lehnen wir ab, weil sie die Gefahr verbirgt, vorhandene Fragmentierungen zu zementieren.

6. Die integrative Wirkung der Therapie muss auch die Ebenen von Körper, Geist und Seele berücksichtigen, das heißt im tieferen Sinn eine Ganzheitliche sein. Kein tiefgehendes seelisches Trauma spart in ihren Nachwirkungen den Körper aus, keine körperliche Misshandlung die Psyche.

Die stationäre Therapie versucht, eine ausgewogene, individuell gestaltete, verbale, körperliche und kreativierende Behandlung anzubieten, die ergänzt wird durch Interessensgruppen und die traditionell gepflegte Thematik von Geschichte, sowie transkulturellem bzw. politischem Bewusstsein. Viele milieutherapeutische Prozesse widerspiegeln ebenfalls die Beschäftigung mit kulturellen Werten, Symbolik, Unbewusstem, aber auch Politik und Geschichte.

Regelmäßig wird versucht auch die Umgebung, die Angehörigen, Partner, Freunde, Arbeitgeber und andere wichtige Personen, in die Therapien einzubeziehen, mit Hilfe der Sozialabteilung der Klinik. Das unterschiedliche Setting der Standard-, Kurzzeit- und Kriseninterventionstherapie wird den individuellen Bedürfnissen des Patienten und seinen aktuellen Zielen gerecht.

Abschließend möchte ich noch die Bedeutung der begleitenden testpsychologischen Diagnostik für den therapeutischen Prozess hervorheben. Diese unterstützt wesentlich die therapeutische Arbeit und bildet ein Instrument für die Erfassung von Therapieeffizienz, aber auch von Stagnation oder Misserfolg in der Therapie. Sie hilft bei der Operationalisierung der anfangs formulierten Therapieziele, die den roten Faden der Behandlung bildet. Sie überprüft die Gesamteffizienz der stationären Therapie und zeichnet Wege der Verbesserung und Modifikation ab.

Die externe Evaluation durch die Universität Mannheim hat uns hier wertvolle Rückmeldungen gegeben und uns im Bewusstsein verstärkt, dass wir auf dem Weg zwischen Tradition und Erneuerung eine gute Richtung verfolgen.

Inpatient Dynamic Psychiatric Therapy

Egon Fabian (München)

30 years ago, the dynamic psychiatric hospital Mengerschwaige in Munich opened its doors for the public. Since then, many hundreds of patients with psychotic and personality disturbances, anxiety, depression and compulsive syndromes have been treated. The hospital, which realized some of the utopic, but at the same time concrete, ideas of Günter AMMON and his co-workers concerning the treatment of early psychic disturbances, followed its development along a path situated between tradition and integration of new scientific data and therapeutic methods. It conserved, however, some of the fundamental features of its therapeutic conception.

Thus, dynamic psychiatry aims at understanding the conscious and unconscious dynamics of disease. Thereby, the interpersonal tie to the therapist is strengthened and the patient may be encouraged to renew his confidence and dare to risk a 'new beginning' (BALINT).

Biological factors are considered as parts of complex processes modulating, and being modulated by, psychic experiences. Modern research, too, seems to confirm that immunity and neuronal plasticity react directly to psychotherapy.

Most new, positive experiences which counteract interiorized destructive dynamics take place in the various groups of the hospital. These present different facets for transferential-countertransferential processes, all used in the inpatient treatment through their repairing potential. It is thereby of utmost importance that group dynamics should be open and constructive, so that new interpersonal experiences can occur and be integrated.

Particular attention is paid to the healthy aspects of the patients' personality, i.e. to their resources, which form the basis of contact in various therapies, such as milieu therapy and non-verbal therapies (dance, art, theatre, music, and horse riding therapy). The resources of most early disturbed or traumatized patients are poorly integrated into their personalities and can, as a consequence, only be of little use for the patients themselves. On the other hand, it is important that the therapists be conscious of the dynamic aspects of the patient's resources, in order to be able to fully use their therapeutic potential.

Therapeutic work is most effective if the different single therapies and the personality aspects which can be observed in them will be integrated. Also, integration of psyche, body and mind is necessary, unless important parts of the patient's whole personality be ignored. Integration can be achieved on the unconscious level though work on the group dynamics of the therapeutic team, also making extensive use of reflection phenomena, and through the large plenary group of the hospital.

The paper concludes with a short description of the diagnostic work accompanying the therapeutic process and giving the therapists important information about the course of the treatment. External evaluation has significantly contributed to the continuous improvement of inpatient therapeutic work in the hospital.

Literatur beim Verfasser

Dr. med. (Univ. Tel-Aviv / Israel) Egon Fabian • Geiseltasteigstr. 203 • 81549 München •
efabian@klinik-menterschwaige.de

Die Ganzheitssicht des Menschen im Lichte der klassischen Psychoanalyse, dynamischen Psychiatrie, akademischen Psychologie und Neurobiologie

Raymond Battegay (Basel)

Whereas GRODDECK (1917) discovered a holistic view in his concept of the Id, FREUD himself (1917) retained his opinion concerning psyche and soma. Alexander and French (1948) introduced the holistic approach to psychoanalysis. In his concept of dynamic psychiatry, AMMON (1986) urged the integration of all dimensions of human life into a holistic view. Modern academic psychology also seeks to adopt a holistic way by considering all kinds of human behaviour and their interrelations (HELBING-TIETZE 2004). Neurobiology and neuropsychology as well as the brain-imaging techniques available today have led us to conclude that psyche and soma are only two aspects of a whole entity. A holistic approach toward body and mind can be found even in the Bible.

Keywords: humans as a whole, psychoanalysis, dynamic psychiatry, modern academic psychology, brain-imaging techniques, Bible

Georg GRODDEK schrieb in einem Brief an Sigmund FREUD vom 27. Mai 1917, der in einem von Margaretha HONEGGER herausgegebenen Sammelband 1970 veröffentlicht wurde, u.a. folgendes:

Die Psychoanalyse arbeitet, wenn ich es recht verstehe, mit dem Begriff der Neurose. Ich vermute allerdings, dass auch für Sie hinter diesem Wort das ganze Menschenleben liegt. Jedenfalls ist es so für mich. Das Es, das in geheimnisvollem Zusammenhang mit der Sexualität, dem Eros oder, wie man es sonst nennen will, steht, formt ebenso die Nase wie die Hand des Menschen wie es seine Gedanken und Gefühle formt, es äußert sich ebenso als Lungenentzündung oder Krebs wie als Zwangsneurose oder Hysterie und ebenso wie die als Hysterie oder Neurose vortretende Tätigkeit des Es Gegenstand der psychoanalytischen Behandlung ist, ist es auch der Herzfehler oder der Krebs. (HONEGGER 1970, S. 10)

GRODDECK verbindet mit dem Es offensichtlich eine Ganzheitssicht des Menschen. FREUD antwortet ihm auf den erwähnten Brief am 5. Juni 1917 u. a. wie folgt: „Lassen Sie mich Ihnen zeigen, dass es keiner Erweiterung des Begriffes vom Unbewussten bedarf, um Ihre Erfahrungen bei organischen Leiden zu decken.“ (HONEGGER 1970, S. 14f.)

An anderer Stelle dieses Briefes schreibt FREUD:

Warum stürzen Sie sich von Ihrer schönen Basis aus in die Mystik, heben den Unterschied zwischen Seelischem und Körperlichem auf, legen sich auf philosophische Theorien fest, die nicht an der Reihe sind? Ihre Erfahrungen tragen doch nicht weiter als bis zur Erkenntnis, dass der psychische Faktor eine

ungeahnt große Bedeutung auch für die Entstehung organischer Krankheiten hat? (FREUD 1932)

FREUD erweist sich mit diesen Ausführungen nicht als Vertreter einer Ganzheitssicht des Menschen. Er gibt vielmehr zumindest bei gewissen Erkrankungen dem psychischen Unbewussten das Primat als Auslöser des Krankheitsgeschehens. Wenn FREUD in der 'Neuen Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse' in Bezug auf die Psychosen schreibt:

Hier knüpft sogar die Zukunftshoffnung an, dass die Kenntnis der Hormonwirkungen – Sie wissen, was das ist – uns die Mittel leiht, mit den quantitativen Faktoren der Erkrankungen erfolgreich zu ringen, aber heute sind wir davon weit entfernt.“ (FREUD 1932, S. 166)

Auch mit dieser Aussage können wir FREUD nicht als einen Vertreter der Ganzheitssicht des Menschen betrachten, denn er will ja offenbar damit sagen, dass mittels der Hormone ein Eingriff in das psychische Geschehen bei Schizophrenen möglich sein wird.

Der aus Deutschland stammende und mit seinem Buch 'Psychosomatic Medicine' (1950) und seinem zuvor mit T. FRENCH veröffentlichtem Werk (1948), nach Chicago, USA, emigrierte Psychoanalytiker Franz ALEXANDER hat, wie sein Schüler Roy R. GRINKER (1953) zu Recht ausführt, mehr als andere Forscher in diesem Bereich zu einem vertieften psychosomatischen Verständnis beigetragen, indem er eine Ganzheitssicht des Menschen entwickelte. GRINKER fasst ALEXANDERS theoretisches Modell wie folgt zusammen:

1. Alle gesunden und kranken menschlichen Funktionen sind psychosomatisch.
2. Emotionen sind immer assoziiert mit Aktionsmustern, ausgedrückt durch einen Teil des autonomen Nervensystems und den durch dieses versorgten Organen.
3. Für spezifische Emotionen bestehen bestimmte begleitende vegetative Aktionsmuster.
4. Emotionen, die vom offenen Ausdruck verdrängt werden, führen zu chronischen Spannungen, so dass diese im Ausmaß und in der Zeit zu einer Intensivierung der begleitenden vegetativen Innervation führen.
5. Die resultierende exzessive Organinnervation führt zu einer Funktionsstörung, welche eventuell zu morphologischen Veränderungen in den Geweben führen kann. (GRINKER 1953, S. 34)

Mit anderen Worten erklärte ALEXANDER, dass die psychischen Funktionen durch das Physiologische und nicht getrennt vom Körper wirken.

Günter AMMON bemerkt in seinem Buch 'Der mehrdimensionale Mensch. Zur ganzheitlichen Schau von Mensch und Wissenschaft':

War es einst ein großer Schritt in unserer Wissenschaft, die Interdependenz von Psyche und Soma zu erkennen und zu einer psychosomatischen Medizin zu kommen, so ist heute die geistige Dimension in der Beschäftigung mit dem Leidenden dazugekommen. Die mehrdimensionale Betrachtung von Mensch und Wissenschaft heißt jedoch immer Integration und kein eklektisches

Aneinanderreihen. Integration bedeutet auch immer Identität und Standpunkt aus einer geistig-ethischen Mitte heraus. (1986, S. 10)

AMMON war gegen jegliche dualistische Auffassung im Verständnis des Menschen, auch gegen jene in Soma und Psyche. Er wendet sich auch gegen die Ideologie des Paulus, in der die Trennung von Leib und Seele betont werde und viele Lebensbedürfnisse der Menschen auf das Jenseits vertröstet würden. „Gerade als ob der sündige Leib getrennt wird von der guten Seele. Umgekehrt ist es, dass der Leib überhaupt immer zur Seele mit dazu gehört, eins ist.“ (1986, S. 315) AMMON war also gegen jegliche dualistische Auffassung des Menschen, denn er erlebe und verhalte sich stets als Ganzes und erhalte dadurch auch seine einzigartige Identität.

Eine 45-jährige Frau, die mit einer Variante der Glykogen-Speicherkrankheit und einer Cheiloschisis zur Welt gekommen ist, die Schulanforderungen gut bestand und sich zur Sozialarbeiterin ausbilden ließ, berichtete, als sie in meine Sprechstunde kam, darüber, dass sie wegen der erwähnten Krankheit an einer Leberzirrhose leide. Sie wies eine gute Affektivität auf und war offensichtlich sehr intelligent. Sie hatte einen etwas weltfremden Amerikaner, einen Wissenschaftler, geheiratet, hatte einen damals 12-jährigen Sohn, der zuhause große erzieherische Schwierigkeiten bereitete, so dass eine laufende Beratung mit einem Pädagogen notwendig wurde.

Der um zwei Jahre jüngere Sohn war affektiv ausgeglichen und intelligent, so dass er in der Schule gute Leistungen erbrachte. Eines Abends rief mir der Ehemann um 19.30 Uhr an, seine Frau sei plötzlich verwirrt geworden. Bei meinem darauf sogleich erfolgten Hausbesuch fand ich sie tatsächlich zeitlich und örtlich desorientiert und außerordentlich bleich vor. Ihre vorher schon bestandene Anämie hatte sich offenbar akut verschlimmert. Ich brachte sie, begleitet von ihrem Ehemann und dem jüngeren Sohn, deshalb sogleich in meinem Auto in die Notfallstation des Kantonsospitals, wo man die Anämie bestätigte und ihr sogleich eine Bluttransfusion gab. Sie musste einige Wochen hospitalisiert bleiben, und man erkannte dort, dass bei ihr möglichst bald eine Lebertransplantation erfolgen sollte.

In der Wartezeit auf diese Operation kam sie zu psychiatrischen Konsultationen wieder zu mir, und wegen der Folgen ihrer Leberzirrhose stand sie in der Universitätspoliklinik in ambulanter Behandlung. Wie immer zuvor, war die Patientin auch während dieser Wartezeit affektiv sehr zugänglich und kooperativ bis sie zur Lebertransplantation ins Inselspital Bern transferiert wurde. Sie stand diese Operation mit relativ nur wenigen Kom-

pplikationen durch, doch, als sie einige Wochen danach wieder in meine Sprechstunde kam, wirkte diese Frau emotional erloschen, ohne affektive Resonanz. Sie war emotional so verändert, dass man beinahe hätte denken können, sie sei eine andere Frau. Intellektuell war sie aber klar und gescheit wie zuvor. Sie zeigte weit offene Pupillen, und sie erklärte, offenbar vor allem wegen ihrer Angst, dass ich bei meinem hohen Alter bald sterben könnte und sie dann ohne Hilfe da stünde und sie deshalb in Zukunft durch einen anderen, offenbar einen jüngeren Psychiater, betreut werden möchte.

Ich konnte mir gut vorstellen, dass die Patientin, die früher sehr selbstständig ihre Familie geführt hatte, nun so verängstigt war, dass sie sich bei einem jüngeren Kollegen gesicherter fühlte. Doch hatte ich den Eindruck, dass die Lebertransplantation sie offensichtlich von einer tapferen, einer affektiv stabilen und sehr ansprechbaren Frau zu einer emotional als kühl erscheinenden und von Ängsten gequälten Frau werden ließ.

Versuchen wir diese Wandlung bei dieser Patientin nach der Lebertransplantation zu verstehen, so können wir nicht behaupten, dass sie nur einen körperlichen Eingriff durchgemacht hat. Sie hat sich nach diesem schweren somatischen Eingriff und dem operativen Ersatz ihrer Leber durch ein entsprechendes Organ eines anderen Menschen im emotionalen Bereich und ihrer affektiven Ansprechbarkeit sehr stark verändert.

Diese Entwicklung bei der Patientin ist nur zu verstehen, wenn wir in Psyche und Soma eine Einheit sehen bzw., wenn wir berücksichtigen, dass, wie RAUCHFLEISCH und ich bereits in einem Buch über medizinische Psychologie (BATTEGAY, RAUCHFLEISCH 1974) geschrieben haben, der Mensch ein Ganzes bildet. Wir haben darin unter dem Titel 'Ganzheitsmedizin' u.a. bemerkt:

Die psychosomatische Medizin hat die Zusammenhänge zwischen psychischen und körperlichen Funktionen neu beleuchtet. Auch schenkte man der sogenannten psychischen Überlagerung somatischer Krankheit vermehrt Augenmerk. Gleichzeitig mit dieser verstärkten Berücksichtigung psychophysischer Korrelationen bahnte sich zunehmend die Einsicht, dass Psyche und Soma nicht gesondert existieren, sondern nur zwei Ausdrucksweisen eines einzigen Lebensprozesses darstellen. Die Psyche ist ohne das ihr zugrunde liegende somatische Substrat nicht denkbar, wie auch das Soma sich ohne bezeugenden Erlebensprozess nicht künftun kann. Ja, es wächst anhand neuester neurophysiologischer Untersuchungen die Erkenntnis, dass das somatische Substrat, das im Grunde immer Funktion ist, gleichzeitig das Erleben darstellt. (BATTEGAY, RAUCHFLEISCH 1974, S. 31)

In einem im Jahre 2006 erschienen Artikel zum Thema der Soma-Psyche-Einheit der an der Universität Izmir im Rahmen des dortigen University

Brain Multidisziplinäres Research Center und des Departements für Biophysik der dortigen medizinischen Fakultät wirkenden Forscher BASAR und KARAKAS (2006) stellten diese fest, dass das Verstehen des Gehirn-Soma-Seele-Komplexes nur möglich sei, wenn diese drei als ganzheitliche Einheit betrachtet werden. Ein solchermaßen integrierter Blick auf Gehirn/Körper/Seele bzw. auf deren gesamt-dynamische Funktionalität werde, wie die Autoren betonen, auch die Behandlung der metakognitiven Prozesse und des größten Teils des Eisberges, nämlich des Unbewussten, möglich machen. All das werde indes nur möglich sein, wenn die Kenntnis und die Technologie der vier Ps: Physik, Physiologie, Psychologie und Philosophie, inklusive der Genetik, zusammengelegt werden.

Brigitte HELBING-TIETZE (2004) erwähnt in ihrem Artikel 'Veränderungen des Selbst in der Adoleszenz aus akademisch-psychologischer Sicht – einer Ergänzung der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie?' u. a., dass in der Psychoanalyse der Adoleszente oft eher als Produkt denn als Produzent von Entwicklung gesehen werde. Nur wenige psychoanalytische Arbeiten thematisierten explizit die Selbstentwicklung in der Adoleszenz. Die akademische Psychologie hingegen thematisiere in den letzten Jahren die Selbstveränderungen. Diese untersuche proaktive Strategien bzw. Anpassungsmöglichkeiten, wohingegen die Psychoanalyse eher die reaktiven Strategien der Abwehrmechanismen akzentuiere. Wie Jugendliche ihre Welt interpretieren, lasse sich nur nachvollziehen, wenn man die adoleszenten Selbstveränderungen verstehe. Die Autorin fordert eine Ganzheitssicht und schreibt u. a., dass je reichhaltiger das Wissen über die konzeptgebundenen Einzelaspekte und ihre Zusammenhänge seien: z. B. über die Abhängigkeit der Aktualisierung einer Selbstrepräsentation von der Häufigkeit der Aktualisierung eben dieser Repräsentanz in verschiedenen Erfahrungsbereichen und auf verschiedenen Entwicklungsstufen, desto größer werde das Raster, mit dem man als Praktiker in einer diagnostischen Situation der Therapie die sich darbietenden Phänomene festhalten, ordnen und klären könne.

Aus heutiger Sicht können wir feststellen, dass die Neurobiologie und -psychologie und die bildgebenden Verfahren über die zerebrale Dynamik uns ein Wissen vermittelt haben, das uns zunehmend erkennen lässt, dass das Erleben Vorgängen im Gehirn entspricht. Es lässt sich also in der Gegenwart nur noch schwierig behaupten, dass Seele und Körper voneinander unabhängig wären. Wir kommen also vor allem durch neueste wissenschaftliche Erkenntnisse zum Schluss, den allerdings, wie erwähnt, schon

frühere Autoren gezogen haben, dass Psycho und Soma lediglich zwei Aspekte eines Ganzen sind.

Wenn die monotheistischen Religionen oft zu Gegenargumenten herangezogen werden und der Dualismus Leib und Seele als gegeben betrachtet wird, muss ich auf das erste Buch Moses, Kapitel 2, Vers 7 hinweisen, in dem in der Übersetzung durch Martin LUTHER geschrieben steht: "Und Gott der Herr machte den Menschen aus einem Erdenkloß, und er blies ihm ein den lebendigen Odem in seine Nase und also ward der Mensch eine lebendige Seele." Wenn in diesem Text geschrieben steht, dass der Mensch durch den lebendigen Odem Gottes eine lebendige Seele wird, ist die Ganzheitsbetrachtung also auch der Bibel nicht fremd. Bei aller ganzheitlichen Betrachtung will aber der Mensch als – ganzheitlich – Lebender und Erlebender erkannt und verstanden werden. Er möchte nicht durch Ärzte oder Psychologen als ein in Psyche und Soma Gespaltener angesprochen werden. Im subjektiven Erleben des Menschen ist er stets eine Ganzheit mit einer empfindenden Subjektivität. Er hat zwar eine bestimmte Selbstrepräsentanz, die sich aber wie die psychophysische Entwicklung zeigt, im Laufe der Zeit ändert. Zur Selbstrepräsentanz gehört demnach, dass Psyche und Soma eine nicht trennbare biopsychische, sozial mitbestimmte und eine mit dem zeitlichen Fortgang sich wandelnde menschliche Einheit darstellen.

Holistic View of Humans in Classical Psychoanalysis, Dynamic Psychiatry, Academic Psychology and Neuro-Biology (summary)

GRODDECK (1917), in a letter to FREUD, saw in his concept of the Id a holistic view of man. In his answer, FREUD defended his opinion concerning the difference between psyche and soma. Even in 1932, when he mentioned that our future knowledge about hormones may give us a possibility to wrestle successfully with the quantitative factors of psychoses, he thought only that the hormones would act on the psychic symptoms of schizophrenia as therapeutic means. This clearly failed to show a holistic view of human beings. It was ALEXANDER together with FRENCH (1948) and later ALEXANDER (1950) alone who contributed more than others to such a holistic view in psychoanalysis.

Günter AMMON (1986), with his dynamic psychiatry, suggested in his book 'Der mehrdimensionale Mensch. Zur ganzheitlichen Schau von Mensch und Wissenschaft' (The multidimensional human being. A holistic

view of humans and science) an integration of all dimensions of humans and research on humans.

A case report of a 45-year-old woman who had a liver transplant, which later changed her character completely, demonstrates the wholeness of humans from a clinical vantage point. In the last years researchers have increasingly recognized that better comprehension of the brain/soma/soul complex is possible only when those three elements are considered as one unit.

Brigitte HELBING-TIETZE (2004) remarked that only a few publications in psychoanalysis have as their theme adolescent self-development, whereas academic psychology has primarily described in recent years the changes of the self and the active strategies and adaptation possibilities linked with it. Psychoanalysis preponderately examines the reactive strategies of the defense mechanisms. The author emphasizes that only a holistic approach that considers all single aspects of human development and their interrelations can really help in the therapeutic situation to see, order, and relieve symptoms. Today, neurobiology and psychology as well as brain-imaging techniques have led us to conclude that the psyche and the soma are only two aspects of a whole. But recall that already in the Bible, Genesis 2, 7 reveals a holistic approach to psyche and soma: "And God the Lord formed man of the dust of the ground, and breathed into his nostrils the breath of life; and man became a living soul."

Literatur

- Alexander, F. (1950): *Psychosomatic Medicine*. New York: Norton.
- Alexander, F.; French, T. (1948): *Studies in Psychosomatic Medicine*. New York: Ronald Press.
- Ammon, G.(1986): *Der mehrdimensionale Mensch*. München: Pinel.
- Basar, E.; Karakas, S. (2006): Neuroscience is waiting for a breakthrough: an easy bridging the concepts of Descartes, Einstein, Heisenberg, Hebb, and Hayek with the explanatory formulations in this issue. *Int. J. Psychophysiology* pp. 194-201.
- Battegay, R.; Rauchfleisch, U.(1974): *Medizinische Psychologie. Eine Einführung*. Bern, Stuttgart, Wien: Hans Huber.
- Freud, S. (1917): Briefwechsel Georg Groddeck-Sigmund Freud; in: →Honegger, M. (1970); S. 14-16.
- Freud, S.(1932/1961): *Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*. GW 15. Frankfurt a. M.: S. Fischer.
- Grinker, R.R. (1953): *Psychosomatic Research*. New York: Norton.
- Helbing-Tietze, B. (2004): Veränderung des Selbst in der Adoleszenz. *Psyche* 58:195-225.
- Honegger, M. (Hg.)(1970): *Georg Groddeck: Der Mensch und sein Es. Briefe, Aufsätze, Biographisches*. Wiesbaden: Limes.

Prof. Dr. med., emeritierter Ordinarius für Psychiatrie an der Universität Basel und ehemaliger Chefarzt der Psychiatrischen Universitätspoliklinik am Kantonsspital Basel.
Privatpraxis: Delsbergerallee 65, 4053 Basel

Pharmacotherapy of Mental Disorders. Problems of Compliance and Its Assessment in Long-Term Therapy

Nikolai Neznanov, Natalia. Lutova, Aneta Vasilyeva (St. Petersburg)

Compliance is considered to be a complex interaction of a number of factors and their configuration can change at the different stages of the disease, that brings about a challenge for the therapy. The survey of the professional literature found out about 250 factors, influencing compliance that indicates the complexity of the problem and the lack of the reliable instruments to measure it adequately. We define as 'the golden therapy standard' long-term consequent patient treatment directed to the relapse minimization and achievement of the best possible social adaptation and life quality of the patient.

Keywords: compliance, pharmacotherapy, mental disorders

Compliance is the patient agreement to follow the recommendations of the medical doctor, the other authors consider compliance as the matching degree between the patient behavior and physician's recommendations. These are the most popular definitions of compliance. Consideration the reduction of the acute psychotic symptoms as the main and only treatment target can be described as 'clinician non-compliance'. There are several groups of factors, influencing compliance, they are:

1. factors, determined by the patient:
psychopathology, cognitive impairment, age, gender, concomitant diseases, 'flight in the disease';
2. factors determined by the therapy:
tolerability, side effects, route of administration, drug schedule, therapy duration, financial burdens of the treatment, polypharmacy;
3. factors, determined by the physician:
adherence to the therapeutic standards, trust into treatment, patient-doctor relationship, regular visits, sufficient information;
4. enviromental factors:
social support, financial support, therapy attitude, healthcare system, society attitude.

In answering the question: what is the most important for the mental health of your patients? 41% of the European psychiatrists mentioned compliance, which makes it evident how this problem is found to be important in the modern psychiatry.

This is not accidental. The patient's adherence to medication is the prob-

lem of essential practical importance, specifically for mental health care where the treatment is protracted, while its discontinuance brings severe consequences. Patients may receive medication but not take it as prescribed, which will reduce the effectiveness of treatment and contribute to residual symptoms after relapse, clinical worsening, deterioration in social functioning, and ultimately relapse.

In spite of pharmacological achievements and continuous marketing of new and ever more perfect modern drugs, the information about patients' adherence to medication remains unsatisfactory. Systematic reviews (CRAMER, ROSENHECK 1998) show that 76% of patients with somatic diseases, 65% with depressions and only 58% with psychoses are adherent to medication. Recent research (CLAXTON, CRAMER, PIERCE 2001; JOHNSON 1981) has shown that to the noncompliant behavior mostly contributes a prolonged medication course and prescription of psychotropic drugs. It has been found that 43-78% of chronically ill patients are adherent to medication while 55-60% patients don't take initially prescribed psychotropic drugs. Typical is an increase in non-compliance in the course of time (VERGOUWEN, VAN HOUT, BAKKER 2002; LAM et al. 2002). It has been shown that half of the patients with major depressive episode cut down the course of treatment while 15-25% of schizophrenic patients, even under strict observation (the monitoring of medical staff, count of pills, patients' diaries, serum levels of preparations) were non-compliant to medication during first 7-10 days of treatment. At least 50% of them are non-compliant during the first year and 75% during the second year of treatment after discharge from the hospital.

Partial compliance is the most common clinical phenomena. In a one-year randomized multicenter study of treatment under naturalistic conditions with either an atypical antipsychotic or conventional antipsychotics, nearly all patients had some days in which they did not have their medication, and so could not take it. A similar percentage of patients treated with conventional and atypical antipsychotics had at least one day without medication in their possession. These data were based on drug dispensing / refill records.

Regardless of the type of antipsychotic prescribed, patients averaged about one third of the year without medication in their possession. This study shows a high rate of noncompliance, but it was a conservative estimate, since patients who have medication may still not take it.

Non-adherence to medication considerably contributes to the relapse incidence and to increase in exacerbations' severity. It has been reported

(ROBINSON, WOERNER, ALVIR et al. 1999; MISDRAHI et al. 2002) that in non-compliant patients with first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder the risk of relapse was five times higher while in schizophrenic patients during first year after first hospitalization 40% of relapses were due to non-compliance. Relapses are registered in 70% of patients, who discontinued medication. It was proved the detrimental impact of missing even a few days of medication on the hospitalization rate.

Numerous studies have shown that few people are fully compliant or fully noncompliant with medication. Most people with various disorders, including schizophrenia, fall somewhere in the middle, skipping doses or taking drug holidays of various duration.

This partial compliance is a very important impediment to successful treatment.

Every following exacerbation contributes to deterioration of the course of a disease and brings about shortening of remissions and decline of their quality. The frequency of rehospitalisations and risk of drug resistance forming tend to increase. Repeated exacerbations are also fraught with social consequences like increase in suicide risk, deterioration of patients' global social functioning, increase in their social isolation and family stress (NEZNANOV, VID 2004).

One of the fatal consequences of non-compliance is also a financial burden of the expensive treatment of ever more frequent relapses, falling in the long run upon the healthy population. Non-compliant patients require in 64% more frequent substitution of medication or prescription of an additional therapy, they are in 49% more frequently hospitalized than compliant patients, which costs 55% more (GROGG et al. 2002). Thus, the lower compliance, the more expensive becomes the treatment of psychoses.

For all importance of the problem, the precise assessment of the compliance level and its pathology mechanisms presents a very complicated task. Its assessment complicates the frequent patients' tendency to overstate the level of compliance in order to evade the doctor's reproof and one's own responsibility for the possible symptoms exacerbation. It has been shown in a study with the use of microelectronic monitoring (URQUHART 1997) that only 1/6 out of the chronically ill patients had really satisfactory adherence to medication while the overwhelming majority of them outwardly demonstrated good compliance. Furthermore, it has been shown in a study (LAM, VELLIGAN, DICOCO et al. 2003) that according to the count of pills, only 10,3% of patients were really adherent to medication, while 67,5%

claimed to comply to drug regimen. This makes to be invalid the findings about compliance acquired from the patients without being corrected by doctors or by patient's relatives.

Clinician judgment and patient reports are commonly used to evaluate whether patients are taking their medications as prescribed. However, 2 recent studies reveal the limitations of these methods. One study found that only 10% of 38 patients had taken all of their pills, whereas 68% of these patients rated themselves as having taken all doses over three months. A second study compared compliance assessed by Microelectronic Event Monitoring System (MEMS) medicine bottle caps, which record each time the bottle is opened, with clinician ratings of patient compliance based on a 7-point scale (N = 21). After 3 months, the MEMS cap data showed 38% of patients to be compliant, while clinicians rated 95% of patients as compliant. Satisfactory compliance was determined to be >70% of days based on MEMS caps and a score >4 on the clinician rating scale.

Although the pharmacological compliance correction is hardly possible because it is more defined by personality than psychopathological factors the psychodynamic aspects of this phenomena are often neglected.

Even if the psychiatrist who prescribes drug to the patient is not interested in the transference aspect of the interaction, nevertheless he presents a very powerful transference object of the patient past and all the aspects of the relationship with the authoritarian parental figure are coming in the foreplay. The more physician denies existence of such phenomena the more it's impact on the treatment procedure. Often patients experience the medication prescription as an empathic failure to validate their feelings and the fear of their intensity. The aloof formal position is perceived as inattentive and uncaring and can serve just as another evidence of the caregiver 'fear of feelings'.

The other problem is patients with characterological peculiarities who see the medication as an attempt to control them and as a threat for their autonomy. Compliance means for them full submission to the domination of the omnipotent parental figure. The failure of a doctor to provide appropriate treatment can be experienced as a great unconscious triumph and revenge to the parents of the patient. They have to preserve their autonomy at all costs.

The medication itself is a powerful source of transference reactions. Pills can serve as a 'transitional object' in the patient-doctor relationship and substitute the parental figure of the physician in his absence and provide the

feeling of connectedness . The placebo effects of the medication, especially placebo side effects to large extent are conditioned by the transference to the medication. Just possessing the pill and sometimes touching and looking at it can have a calming effect enable the patient to manage his anxiety.

In some cases these transference reactions are the reason of the other form of non-compliance when the patient rebels against decrease of the doses or medication discontinuation because of the it's unconscious meaning to him. The change in the drug schedule, which means the alteration in the daily ritual can also cause the escalation of the anxiety, and sometimes exacerbation of the psychosis, especially in chronically ill patients.

The other problem is medication-stigmatization, now days with the availability of all kinds of information in different Internet sites; the prescription of some special drug can be experienced as an unconscious identification with a handicapped helpless person. Sometimes patient stop take medication during the remission because maintenance treatment connotes a chronic mental illness.

Psychiatrists countertransference reactions, especially when they are denied, is a powerful source of overprescription and patients non-compliance. Sometimes the main goal of the medical doctor is not to treat, but just to calm the patient in order to decrease his own anxiety. Sometimes the perfectionistic attitudes with unrealistic expectations of immediate effect can bring about polypharmacy and high doses prescription. The other common response to stubborn patients is countertransference anger, may take different forms. Psychiatrists who are narcissistic vulnerable may unconsciously avoid any confrontation with the patient, may prescribe increasing amounts of medication, especially tranquilizers, with the hope to keep the aggression and hostility out of the therapeutic relationship. The practice shows that is causes only the anger and insatiable demandingness. The unconscious tendency of some professionals to switch to a more authoritarian mode, when prescribing medications is tend to backfire in the form of noncompliance.

That makes the psychodynamic construct of the therapeutic alliance one of the key treatment factors in pharmacotherapy just as important as it when patient receives only psychotherapy. The doctor has to be able to function in two different levels simultaneously and to deal with a patient as with the suffering person with all his disturbed dynamics, but at the same stay objective, trying to treat diseased central nervous system and to restore homeostasis.

A survey of the presently used methods of compliance assessment shows that they can be divided into direct and indirect ones while all of them have some merits and drawbacks (OSTERBERG, BLASCHKE 2005). Direct methods include a direct control of drug intake, measurement of drug and its metabolites blood level and assessment of biological blood markers. These methods, being highly objective, are either hardly applicable in medical practice or too expensive. To indirect methods can be referred patient questioning, self-reports, keeping a drug diary, count of pills, taking stock of the used prescriptions. Being easily applicable, they lack sufficient reliability, as the mere reception of a drug is not equal to its real intake by the patients. Such parameters as clinical response or assessment of physiological dynamics also cannot be considered to be reliable because of the possible interference of various factors such as peculiarities of metabolism, absorption, therapeutical resistance or psychological factors. The use of electronic monitoring is too expensive. Thus, none of them can be acknowledged as a 'golden standard'.

The study of compliance is also difficult due to the deficit of sufficiently adequate and informative instruments for its assessment. In literature there are references to only one instrument: 'Disease Attitude Inventory' (HOGAN et al. 1983). This inventory measures four factors related to the patient: general attitudes, subjective wellbeing, expectations of the treatment results and disease awareness. The test is not devoid of essential drawbacks. Operating with only data from the patients' self-reports, it does not allow insuring an objective correction with the help of additional information about some parameters predictive of compliance. Moreover, the answers to the inventory questions are dichotomic, which hampers the identification of more subtle variations of the patient's attitudes.

Thus, the development of more perfect instruments is one of the urgent tasks, on the solution of which largely depends the further progress in the study of the compliance problem.

A scale for the assessment of medication compliance in psychiatry has been developed at the Bekhterev Psychoneurological Research Institute, St. Petersburg. The scale allows a systems compliance assessment, reflecting all the basic factor groups which influence the adherence to medication, drug-, patient-, doctor-, and environment-related factors (s. appendix).

An essential feature of this instrument is that, as distinct from the patients' self-report inventories, the scale is filled out by the doctor in charge of the patient, after collecting the whole available information relevant to

the compliance behavior. Here are essential anamnestic data, clinical state, subjective attitude towards medication and information about the drug intake from medical staff at hospital and from relatives at home. The scale items are calibrated according to the unambiguously discernible behavioral or attitudinal patterns of their quantitative degrees.

The identification of a psychologically caused compliance deficit due to disturbed doctor-patient relationships, to lack of insight into psychodynamic disease mechanisms or to basically unconscious secondary gain from the illness may appear to be more complicated. The solution of these problems depends on the expert's professional skill and on the completeness of information gathered about the patient.

The level of positive and negative symptoms is assessed with the help of the simple and well-known scales BPRS (low level: ≤ 40 points, medium: 40-60 points, high: ≥ 60 points) and SANS (low level: ≤ 30 points, medium: 30-60 points, high: ≥ 60 points).

Anamnestically established ≤ 1 yearly relapse corresponds to low level of relapse frequency, 2-3 yearly relapses to medium level, and ≥ 3 yearly relapses to high level.

The global assessment of work, education and family functioning is assessed with the also simple and well-known GAF scale (low level: ≥ 60 points, medium: 40-60 points, high: ≤ 40 points).

The availability of all required expensive drugs corresponds to high level of social support, including the drug purchasing, of only some of them, to medium level and of only inexpensive drugs, to low level.

The increase in item points corresponds to heightening of the compliance level. The lower level of item calibration always amounts to zero save the items related to the way of drug administration. This makes it essential to consider whether a given mode of medication was used at the time when scale data were obtained. The acceptability for the patient of a given administration mode increases the item weight up to one point while unacceptability lowers it down by one point.

The item weight of the summary compliance level is obtained through simple addition of the single item values.

The development of measuring instruments presupposes the verification of their basic psychometric qualities' conformity with the up-to-day requirements.

The trial testing of 115 psychotic patients in psychiatric institutions allowed it to obtain the data on the reliability of the medication com-

pliance scale (the calculation of the Cronbach α factor). Both the most informative subscales were calculated, the medication and patient factors and the item weight of the summary compliance level (s. table 1).

subscale	number of items	Cronbach α
medication factor	13	0,7462
patient factor	8	0,6154
summary compliance level	25	0,8307

Table 1. The data on the medication compliance scale reliability.

The level of reliability was found to be sufficiently high, especially as to the summary compliance level. The intercorrelation between medication and patient factors proved to be also high (0,520, $p \leq 0,000$), confirming the internal validity of the scale.

The external validity was assessed in terms of the correlation between subscale values and the index of the objective patient's adherence to medication (the item 1.1 of the scale). These correlations were found to be also sufficiently high: 0,515 ($p \leq 0,000$) for the medication subscale; 0,250 ($p \leq 0,13$) for the patient subscale and 0,518 ($p \leq 0,000$) for the summary compliance level.

The factor analysis has revealed five factors uniting significantly interrelated scale items. The first, the most solid factor unites the most essential parameters of the compliance structure: practically all medication items, disease awareness, relapse frequency, and quality of the doctor-patient alliance. The negative symptoms item has a weak relation to this factor while the positive symptoms item was found to have no relation at all. This seems to be the evidence that the influence of positive symptoms upon the patient's attitude towards medication is rather ambiguous.

The second factor confirms a negative influence of the cognitive-behavioral deficit upon the patients' compliance. It involves primarily parameters of cognitive deficit, global functioning and negative symptoms.

The third factor confirms an essential compliance dependency from the drug tolerance. It involves an absence of any apprehensions concerning medication, motivation to medication and longitudinally high patient's compliance level.

The fourth factor can be called the factor of social support. It involves parameters of social environment with those parameters which can be really influenced by the relatives in the optimizing way, a decrease in re-

lapse frequency and improvement of a patient's attitude towards medication.

The fifth, the comorbidity factor, is the evidence that personality disorders and/or psychoactive substance abuse are closely related to the patient's devaluating attitude towards an eventually used preparation and to its real or alleged inaccessibility.

The scale's factor-analytic data are mainly compatible with the existing concepts of the structure and mechanisms of the psychiatric patients' medication compliance.

Thus, the study of the medication compliance scale psychometric qualities confirms that it meets the up-to-date requirements to biometric measuring instruments.

With the object of testing the compliance scale prognostic possibilities the assessment of the compliance level has been carried out in 60 schizophrenic patients upon the discharge from the hospital and after the catamnestic period of six months duration (table 2).

Compliance level	n	M(x) upon the discharge	M(x) catamnestic period	p≤
High	20	38,5	33,9	0,154
Medium	20	29,1	25,15	0,19
Low	20	17,7	9,5	1,0

Table 2. The data on the compliance level dynamics during the catamnestic period.

No compliance level subgroup has shown a significant dynamics of the average compliance level during the catamnestic period. This corroborates the principal appropriateness of the scale for the prediction of patients' adherence to medication in the course of long-term antipsychotic drug therapy.

The use of the presented scale allowed also an analysis of factors influencing the compliance in groups with its different average level. The average values of low- and high-level compliance groups significantly differed on the item 1.3 (apprehensions concerning the general psychotropic effect or side effects). It means that low compliance patients have experienced subjectively painful side effects of the medication in the past or were assured that psychotropic drugs can produce a 'zombie' effect or 'destruction' of personality.

Significant difference has been found also for the item 1.4 (psychological factors interfering with motivation to medication). The low compliance patients were found to receive a secondary gain from the illness (avoidance

of responsibilities or work, enjoying of financial benefits etc.).

The low compliance patients had also significantly lower average compliance values for the item 2.1 (disease awareness), i.e. insufficient critical attitude towards illness and also for the item 3.2 (attitude of the social environment towards medication) which indicates situation where unsatisfactory compliance has been formed and supported by negative influence of the family and social environment.

Thus, the use of the presented instrument allows it not only to predict the patient's adherence to medication, but also to identify factors disturbing its structure. It enables the doctor not only to take decisions on the choice of drugs, e.g. the use depot-preparations or atypical neuroleptics, but also to carry out an individually oriented, and focused psychotherapeutic compliance correction.

Appendix

The scale for the assessment of medication compliance

1. Attitude towards medication

1.1 Patient's manifest behavior in the course of medication

Drugs are taken without any assistance	2
Drugs are taken only under control of medical staff or relatives	1
Avoidant behavior or refusal to take drugs	0

1.2 Motivation to medication

Active attitude to medication, insight in the necessity of it, interest in the parameters of therapy	3
Consent to medication while doubting its necessity	2
Passive consent to medication along with absence of hope to recover	1
Reluctance to take drugs	0

1.3 Apprehensions concerning general psychotropic effect or side effects

Absence of any unfounded apprehensions concerning medication	5
Patient presumes medication to cause adverse side effects	4
Patient believes that drugs, as any artificial chemical substances may be deleterious to the organism	3
Patient believes that medication may evoke subsequent psychological "zombie"-effect or "destruction" of personality	2
Negative attitude to a specific drug which already induced adverse side effects or no response in the past	1
Negative attitude to medication because of adverse side effects or no response during treatment with several (3 or more) preparations in the past	0

1.4 Psychological factors interfering with motivation to medication

Absence of psychologically based unwilling to take drugs	5
Insufficiency of the subjective distress due to a disease	4

Negative perception of the doctor (distrust, lack of therapeutic alliance etc)					3
Fear of stigmatization (medication is experienced as the confirmation of being mentally ill for the patient or others)					2
Lack of insight into the illness					1
Secondary gain from the illness (securing the care of the relatives, relief from responsibilities and duties, financial gains)					0
<i>1.5 Anamnestic information about the compliance deficit (if available)</i>					
No deficit					4
Lowering of the drugs doses					3
Irregularity of drug intake					2
Discontinuance of medication					1
The use of drugs, not recommended by the doctor					0
<i>1.6 Attitude of the patient to the previously used drugs</i>					
Positive					2
Neutral/no medication in the past					1
Negative					0
<i>1.7 Patient's assessment of the presently used drug monotherapy effect</i>					
	low	medium	high		
	0	1	2		
<i>1.8 Patient's assessment of the presently used drug combination effect</i>					
	0	1	2		
<i>1.9 Acceptability of injections</i>					
	Sufficient	Neutral / no injections	Insufficient		
	+1	0	-1		
<i>1.10 Acceptability of the oral drug intake</i>					
	Sufficient	Neutral / oral intake	Insufficient		
	+1	0	-1		
<i>1.11 Patient's satisfaction with the drug intake regimen</i>					
	Sufficient	Neutral	Insufficient		
	2	1	0		
<i>1.12 Drug availability</i>					
Available					1
Unavailable for financial or other reasons					0
<i>1.13 Information about the due therapeutic response onset</i>					
Received by the patient					1
Not received					0

2. Patient-related factors

<i>2.1 Disease awareness</i>					
Insight into psychological mechanisms of the disease					3
Insight into the symptoms pathological nature:	full 2	partial 1	absent 0		
	Low	Medium	High		
<i>2.2 Positive symptoms level (according to the BPRS scale)</i>	2	1	0		
<i>2.3 Negative symptoms level (according to the SANS scale)</i>	2	1	0		
<i>2.4 Relapse frequency level</i>	2	1	0		
<i>2.5 Suicidal and other self-destructive tendencies</i>	2	1	0		

2.6 Comorbidity with psychoactive substance abuse and/or personality disorders	absent	present		
	1	0		
2.7 Global level of the patient's social adjustment (according to the GAF scale)	High	Medium	Low	
	2	1	0	
2.8 Cognitive deficit	Absent	Present		
	1	0		

3. Social environment-related factors

3.1 Social support level, including financing of medication	High	Medium	Low	
	2	1	0	
3.2 Attitude of the social environment towards medication				
Adequate	3			
Negative attitude of friends	2			
Negative attitude of psychotherapist in charge	1			
Negative/inadequate attitude of the family	0			
4. Doctor-related factors	High	Medium	Low	
4.1 Therapeutic alliance	2	1	0	
4.2 Adequacy of medical supervision in remissions	2	1	0	

Zusammenfassung

Die 'Compliance' von psychiatrischen Patienten unterliegt einer komplexen Interaktion zahlreicher Faktoren und ihr Zusammenspiel kann sich abhängig vom Stadium der Erkrankung verändern. Dies stellt eine besondere Herausforderung für die Therapie dar. In der Fachliteratur sind ungefähr 250 unterschiedliche Faktoren beschrieben, welche die Compliance beeinflussen. Dies zeigt zum einen die Komplexität des Problems zum anderen aber auch das Fehlen von reliablen Meßinstrumenten, mit denen die verschiedenen Einflüsse adäquat erfasst werden können. Die Faktoren, welche die Compliance beeinflussen, können zu verschiedenen Gruppen zusammengefasst werden:

1. Faktoren, die durch den Patienten bestimmt sind: die Psychopathologie, kognitive Fähigkeiten, Alter, Geschlecht, Komorbiditäten und sekundärer Krankheitsgewinn;
2. Faktoren, die durch die Therapie determiniert sind: Verträglichkeit, Nebenwirkungen, Verschreibungsform, Dosierungsplan, Therapiedauer, finanzielle Belastung durch die Behandlung, Mehrfachmedikation;
3. Faktoren, die durch den Arzt beeinflusst werden: Befolgung der therapeutischen Richtlinien, Vertrauen in die Behandlung, Arzt-Patienten-Beziehung, regelmäßige Visiten, ausreichende Information;

4. Umweltfaktoren: soziale Unterstützung, finanzielle Unterstützung, Einstellung zur Therapie, Gesundheitssystem, Haltung der Gesellschaft.

Auf die Frage: „was halten sie für den wichtigsten Einflussfaktor auf die psychische Gesundheit Ihrer Patienten?“, antworteten einer Umfrage zufolge 41% aller europäischen Psychiater: „die Compliance“.

Das von den Autoren vorgestellte Compliance Assessment Instrument erlaubt zum einen die Vorhersage der Einstellung des Patienten zur Medikation. Es ist aber auch geeignet, Faktoren zu identifizieren, die sich als Störungsquellen erweisen. Es ermöglicht dem Arzt nicht nur sich für bestimmte Medikamente und Verabreichungsformen, z. B. atypische Neuroleptika, Depotpräparate, zu entscheiden, sondern liefert darüber hinaus Hinweise darauf, an welchen Stellen genau bei diesem Patient auch psychotherapeutisch an der Compliance gearbeitet werden sollte.

References

- Cramer, J. A.; Rosenheck, R. (1998): Compliance with medication regimens for mental and physical disorders. *Psychiatr Serv* 49:196-201.
- Claxton, A. J.; Cramer, J.; Pierce, C. (2001): A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. *Clin Ther* 23:1296-310.
- Grogg, A. et al. (2002): Poster presented at 42nd Annual Meeting of NCDU; June 10-13, 2002; Boca Raton, Florida.
- Hogan, T. et al. (1983): A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity. *Psychol Med* 13:177-83.
- Jonhson, D. A. (1981): Depression: treatment compliance in general practice. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 290:447-53.
- Lam, Y. et al. (2002): Poster presented at 42nd Annual Meeting of NCDU; June 10-13, 2002; Boca Raton, Florida.
- Lam, Y.; Velligan, D. I.; DiCocco, M. et al. (2003): Comparative assessment of antipsychotic adherence by concentration monitoring, pill count and self-report (poster). Presented at the 9th biennial International Congress on Schizophrenia Research; March 29 - April 2, 2003; Colorado Springs, Colo.
- Misdrahi, D. et al. (2002): Compliance in schizophrenia: predictive factors, therapeutical considerations and implications. *Encephale* 28:266-72.
- Neznanov, N. G.; Vid, V. D. (2004): Problema komplayensa v klinicescoy psikhiatrii. *Psikhiatria i psikhoterapiya; Psiloshtcheniye* 3:7-11. [Незнанов Н. Г., Вид В. Д. Проблема комплаенса в клинической психиатрии. *Психиатрия и психотерапия* 2004; Приложение 3: с. 7-11.]
- Osterberg, L.; Blaschke, M. (2005): Adherence to medication. *New Eng J Med* 353:487-97.
- Robinson, D.; Woerner, M. G.; Alvir, J. M. et al. (1999): Predictor of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 56:241-7.
- Urquhart, J. (1997): The electronic medication event monitor: Lessons for pharmacotherapy. *Clin Pharmacokinet* 32:345-56.
- Vergouwen, A. C.; van Hout, H. P.; Bakker, A. (2002): Methods to improve patient compliance in the use of antidepressants. *Ned Tijdschr Geneesk* 146:204-7.

Prof. Nikolai Neznanov MD: Director, V. M. Bekhterev Psychoneurological Research

Institute;

Aneta Vasilyeva, MD, PhD: senior research associate;

Natalia Lutova MD, PhD, senior research associate.

V. M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute • Bekhterev str. 3 • 192019 Saint Petersburg • spbinstb@infopro.spb.su

Addressing The Parental Component of the Adult Psychiatric Patient in Treatment

Miri Keren, Lior Schapir, Sam Tyano (Tel Aviv)

In the adult's routine clinical practice, the patient is the individual person, and transference processes are thought in terms of the patient being in the position of the child, while the therapist represents the parents. We will also suggest that adult psychiatrists need to bear in mind the parental component of their patient, both as a motivating factor for treatment, and as a domain that may be impacted by treatment, psychotherapeutic as well as medications.

Keywords: parenthood, parental projections, individual psychopathology

Introduction

The individual's motivation to seek treatment, psychotherapeutic as well as psychopharmacological, is usually based on basic, existential distress, or on more specific triggers such as negative personal events due to illness. For individuals who are also parents, parenthood alone can also be a catalyst for seeking treatment, as we will try to illustrate in this paper, through a clinical vignette. We will also suggest that adult psychiatrists need to bear in mind the parental component of their patient, both as a motivating factor for treatment, and as a domain that may be impacted by treatment, psychotherapeutic as well as medications. For adult psychiatrists, the patient is the individual person. For child psychiatrists, especially those who work with very young children, the patient is very often the relationship between the parent and the child, and therefore, they tend to be more aware of the individual psychopathology of the parent, than the adult psychiatrist, who does not necessarily bear in mind the impact of the patient's psychopathology and treatment on his/her parenting capacities.

The psychological definition of parenthood has been defined (STOLERU, MORALES-HUET 1989) as: "All of the representations, affects, and behaviors of the individual with his/her child, whenever the child has already been born, or is still in gestation, or even before the child has been conceived."

Transition into parenthood starts with conception, though quite at an abstract level, and becomes concrete all at once with delivery. WINNICOTT (1975) has described the psychological process of entering motherhood,

under the term of 'primary maternal preoccupation': 'almost an illness' that a mother must experience and recover from, in order to create and sustain an environment that can meet the physical and psychological needs of the infant. This special state of heightened sensitivity is similar to a dissociative state that enhances the mother's ability to anticipate the infant's needs, and learn its unique signals. Parental major psychopathology (such as post partum depression, psychosis, or severe obsessive compulsive disorder), often impinge the normal maternal preoccupation phenomenon, but may also become a motivation for treatment, as shown in the clinical vignette below. Primary parental preoccupation is experienced by fathers as well. In a prospective longitudinal study of 82 parents on the course and content of the parental preoccupation (LECKMAN, FELDMAN et al. 2004), primary parental preoccupation started towards the end of pregnancy, and peaked around the time of delivery. Fathers and mothers displayed a similar time course while the degree of preoccupation was lower in fathers.

STERN (1999) expanded the notion of the primary parental preoccupation by studying the content of the preoccupational state. He found four essential themes: Will I be able to keep my baby alive and growing? Will I be able to emotionally engage with my baby? Will I be able to create the necessary support system for the baby? Will I be able to transform my identity from 'daughter of' to 'mother of plus daughter of'? In STERN's view, dealing with these themes that characterize the transition to parenthood create a real intrapsychic change that must take place in the new parent, and that is very much impacted by the individual's past history and inner representations of herself/himself, and of her/his parental figures.

The intrapsychic and interpersonal processes between the parents and their very young child are very much intertwined: the parent's internal world is reflected in the way she/he interacts with the child, which in turn, influences the development of the child's inner world, through processes of projective identification. In clinical practice, we encounter what STERN (1985) has named the 'clinical infant', i. e. the distorted parental perception of their child, such as can be seen when a mother complains about her three month-old baby who 'kicks her on purpose' (the 'evil' infant), or mother who rejects her toddler's requests to play with her for fear of 'spoiling him' (the 'independent' infant), or a mother that consistently fails to notice the crying of her one month-old baby (the 'invisible' infant).

PALACIO-ESPASA and CRAMER (1993) have defined three types of projections parent develop towards their child: libidinal or normal projections, as

opposed to conflictual and narcissistic ones. These two last are related to parents with major psychopathology, including severe personality disorders.

These clinical situations require a unique therapeutic approach, named 'parent-infant psychotherapy'.

Parents-infant psychotherapy

The baby's presence in therapy sessions plays an important role as a trigger of unconscious affects and projections in the parent in 'real time', in showing its unique characteristics that contribute to the parents' distorted representations, as a listener to the therapist's comments and perceptions of his/her behaviors (therapist's reflective functioning stance), and in experiencing a new 'scheme-of-being-with-mother/father'.

The therapeutic relationship in dyadic psychotherapy

Figure 1 shows the relationship between different aspects of the dyadic treatment and where medication may impact. Each participant (including the therapist) has his/her own inside representations that influence his/her actions, which in turn trigger new representations within all of the participants. Many complex processes occur during this kind of psychotherapy, having the baby, at least one parent, and the therapist. A group is actually present, and the concept of 'social energy' (Günter AMMON 1988).

As conceptualized by STERN (1999), the therapeutic relationship needs to be analyzed on two main levels: the representational and the behavioral one. The therapist not only has objective interactions ('T-act') with the parent and infant, but also has a representational world ('T-rep'), in which such interactions take their meaning, and in which the therapeutic intervention takes on its specific form. The therapist's representational world includes aspects from his own early childhood memories (hence the concept of the 'inside baby' within the therapist, as a factor in the counter transference). The mother's representations ('M-rep. 1'), meaning 'how the parent subjectively experiences and interprets the objectively available events within the interaction, including his/her own behavior as well as the baby's', influences his/her interactions ('M-act'). These interpretations are very much linked to the parent's own childhood experiences (the concept of the 'Inside baby' within the parent). The view of the parent as a mother/fa-

ther in the therapist's eyes ('M-rep. 2') also influences the parent's interactions ('M-act'). The impact of medication administered to the parent, may be at either the representational level or the behavioral level of interaction, or at both of them. For instance, administration of antipsychotics to a schizophrenic mother, may lessen the intensity of her paranoid representation of her own child, which in turn, will improve her parenting behaviors. However, side effects of psychotropic medications, may also have an impact on the parent-infant interaction, in spite of the improvement on the thought content. For instance, extra pyramidal side effect, psychomotor retardation and blunted affect, may engender more anxiety in the child, than her mother's obsessive thoughts.

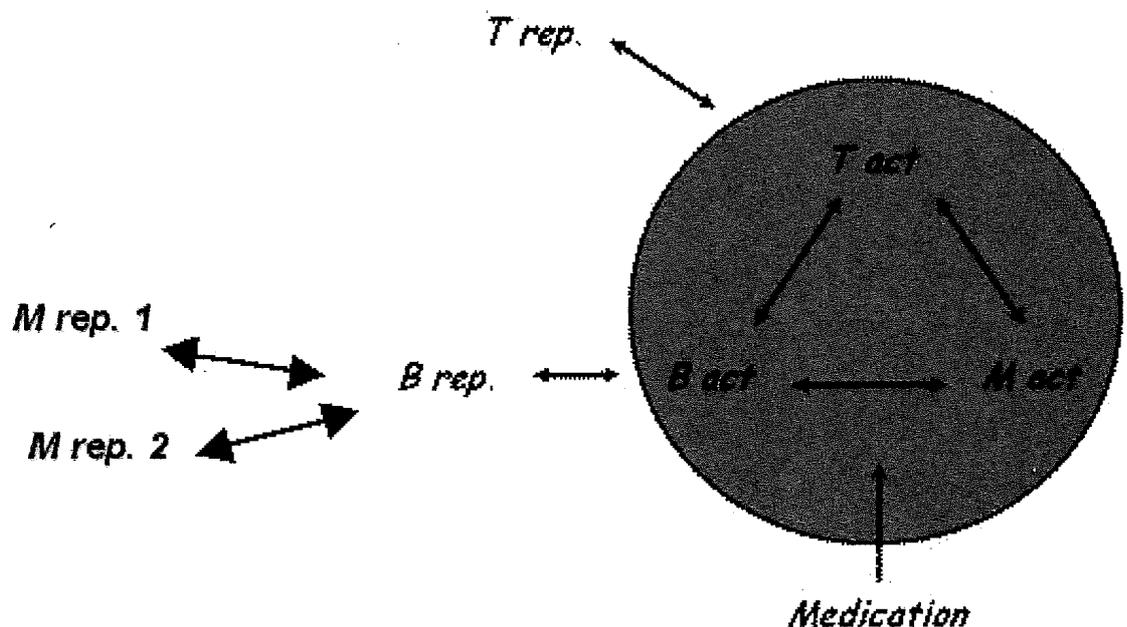


Figure 1: Medication and the therapeutic relationship in dyadic psychotherapy

Illustrating case vignette

A 2 years-old girl was referred to the Infant Mental Health Unit, by a Well-Baby nurse and a Social Welfare worker, because of suspected abuse secondary to maternal Obsessive Compulsive Disorder (OCD).

At the evaluation session, only Mrs. K (the mother) and child arrived (as opposed to our standard request both parents and child attend the session). The mother explained that her husband does not know about her OCD!

Mrs. K had OCD for many years (manifested mainly by endless cleaning of her hands and clothes), but managed to hide it from everyone, including her husband. She has never been treated, until marital problems drove her

to seek help for her long lasting problem.

She described how she used to prevent her child from crawling, so her daughter could not 'soil things' by touching them (the two years old child did not walk yet, and there was a question whether this significant motor delay was organic or secondary to lack of stimulation). Mrs. K could not stand her infant's excrements and washed her baby (and her own hands) repeatedly after each diaper change, and prevented her from touching toys, sand, etc.

The dilemma between Mrs. K's needs as an individual versus as a parent: On one hand, she wanted to be a mother very much, on the other hand, since the very first months after birth, she perceived her daughter as the one who interferes with her rituals, and her functioning: "I do even less things than before, because I can't finish all my washing while she's around."

The working alliance phase:

After understanding the abusive aspect of her parental behaviors, two things happened: First, Mrs. K made the choice of getting treatment, in order not to lose her rights upon her daughter. Second, she agreed to disclose the matter of her illness to her husband (who obviously guessed there was 'something wrong', but since they never talked about it was 'afraid to ask').

Both parents agreed to enter father-mother-infant psychotherapy, in parallel to Mrs. K's psychopharmacological and CBT treatment at the adult psychiatric outpatient clinic.

Outcome: the intervention was long, with many ups and downs, as function of the mother's clinical state. Overall, the child did much better, though she tended to be oppositional and easily irritable.

Conclusion

Entry into parenthood may act as an exacerbating factor of all of the already existing illnesses in the adult, but also as a trigger for entering a therapeutic process, especially in severe psychopathologies. Psychotherapy of the adult patient should address parenting as well as individual functioning issues. Medications profile studies should address their negative and positive impact on parenting functioning as well as their symptoms-relieving impact.

Die elterliche Komponente in der Erwachsenenpsychotherapie

Miri Keren, Lior Schapir, Sam Tyano

Die Autoren befassen sich mit dem Thema der anfänglichen elterlichen Sorge, von Mutter und Vater, während der Schwangerschaft und zu Beginn der Elternschaft: Kann ich mein Kind aufziehen? Kann ich emotionale Wärme geben? Kann ich Identität von Mutter oder Vater vermitteln? Wie STERN (1999) untersucht hat, führen diese Themen zu einem intrapsychischen Wandel für die künftigen Eltern, der stark von der eigenen Vergangenheit der Eltern geprägt ist.

CRAMER und PALACIO-ESPASA (1993) haben drei Typen von Projektionen bei Eltern festgestellt: Die triebhaften bzw. normale Projektion im Gegensatz zu der konfliktgeladenen und narzisstischen, die bei psychopathologischen Strukturen der Eltern vorkommen. Um diese sichtbar zu machen, ist es wichtig bereits die Kleinkinder in die elterliche Psychotherapiesitzung einzubeziehen und mitzunehmen, wo verdrehte Vorstellungen und Verhaltensweisen von den Therapeuten kommentiert werden können.

STERN (1999) hat die Bedeutung der therapeutischen Beziehung auf der begrifflichen und der verhaltensorientierten Ebene betont. Nicht nur die sachliche Wechselwirkung zwischen Eltern und Kind, sondern auch die Erfahrungswelt des Therapeuten, die in die therapeutischen Interventionen mit dem Patienten einfließen. Im Gegensatz dazu eine Gruppentherapie, wo die Gruppe immer anwesend ist und das Konzept der Sozialenergie (AMMON 1988) präsent ist.

Des Weiteren gehen die Autoren auf die Wechselwirkung von der Einnahme von Medikamenten und der Eltern-Kind-Beziehung ein. Trotz der dämpfenden Wirkung der Psychopharmaka der Mutter, kann es bei dem Kind zu einer vermehrten Ängstlichkeit kommen. Anhand der Figur 1 zeigen die Autoren die therapeutische Beziehung in einem Zweiersystem. Es wird eine Mutter-Kind-Beziehung beschrieben, die von Zwangshandlungen und Kontrollverhalten der Mutter bestimmt ist. Hierzu gehört beispielsweise ihr Waschzwang und ihre Berührungsvermeidung von Spielsachen und anderen Gegenständen. Außerdem sei die Mutter im Zwiespalt. Auf der einen Seite sei sie gerne Mutter und auf der anderen Seite gibt es die Forderungen und Bedürfnisse des Kleinkindes, die zwischen ihre Zwangshandlungen treten, was zu inneren Konflikten führt. Aufgrund von langen Interventionen haben sich die Eltern schließlich doch zu einer Psychothera-

pie entschlossen, von der auch das Kleinkind in seiner Entwicklung profitierte.

References

- Ammon, G. (1973): *Dynamic Psychiatry*. München: Pinel.
- Ammon, G. (1988): *Dynamic Psychiatry*. München: Pinel.
- Cramer B.; Palacio-Espasa F. (1993): *La pratiques des psychotherapies meres-bebes. Etudes cliniques et techniques*. Paris, PUF.
- Leckman, J.F.; Feldman R.; Swain J.E.; Eicher V.; Thompson N.; Mayes L.C. (2004): Primary parental preoccupation: circuits, genes, and the crucial role of the environment. *J. Neural Transmission* 111:753-771.
- Stern, D. (1985): *The interpersonal world of the infant*. Basic Books, New York.
- (1999): *The motherhood constellation: a unified view of parent-infant psychopathology*. New York: Basic Books.
- Stoleru, S. ; Morales-Huet, M. ; Grinshpoun, M.F. (1985): De l'enfant fantasmatique de la grossesse à l'interaction mère-nourrisson. *La Psychiatrie de l'Enfant* 28(2):441-484.
- Winnicott, D.W. (1975): Primary maternal preoccupation. In: *Collected Papers: Through paediatrics to psycho-analysis*; pp. 300-305. New York: Basic Books.

The authors are working at the Geha Mental Health Center, Sackler School of Medicine, Tel Aviv University, Israel.

Konflikte in der psychoanalytischen Milieuthherapie

Harald Krüger (München)

The psychoanalytic milieu therapy is a basic treatment method of dynamic psychiatry. The patients of a milieu therapeutic group live together, create their daily life in the hospital together. The conflicts which occur have to be considered, handled and brought to consciousness. Often patients are unable to speak about their problems but agitate them into the group. Co-patients and psychotherapist have then the possibility to understand them and to enable them to change their emotional and behavioural attitudes.

Keywords: conflict, analytical milieu therapy, group process

Die Milieuthherapie ist eine Methode der dynamischen Psychiatrie und geht auf Ernst Simmel zurück, der sie 1928-1931 in seinem psychoanalytischen Sanatorium in Berlin entwickelt hat. Karl und William Menninger differenzierten diesen Ansatz aus, wobei sie vor allem mit Gruppen arbeiten und die Energie der Patienten in produktive Richtung zu lenken suchten.

Aufbauend darauf konzipierte Günter Ammon die milieutherapeutische Gemeinschaft als Feld, in dem die Patienten im Sinne von 'repeat and repair' ihre unbewusste Konflikte darstellen und unmittelbar im Hier und Jetzt eine Wiedergutmachung erleben können.

Wichtiges Anliegen der Milieuthherapie ist dem Patienten wieder eine Hoffnung zu geben mit ihm einen Ausweg aus der Krankheit zu finden und ihn zu einer Lebensweise anzuregen, die ihm entspricht und ihm Beziehungen zu Gruppen und einzelnen Menschen ermöglicht.

Zentrales therapeutisches Agens in der Milieuthherapie ist die milieutherapeutische Projektarbeit. Sie unterscheidet sich grundlegend von der Beschäftigungstherapie. Das mit Unterstützung der Milieuthérapeuten von der Gruppe ausgewählte Arbeitsprojekt ist eine Aufgabe auf Zeit. Es kann künstlerischer und handwerklicher Natur sein. Hierbei ist es wichtig, dass die Gruppe sich mit dem Arbeitsprojekt identifizieren und Interesse und Freude daran haben sollte nur dann entsteht ein kreativer Prozess. Die Gruppe wird dann einen Sinn in der Aufgabe erkennen und ihr Tun als bedeutsam erleben können. Die Art der Gestaltung und Umsetzung orientiert sich an den individuellen Kenntnissen und Fähigkeiten der Patienten. Auch unbewusste Fantasien und Wünsche fließen mit ein.

Die von Ammon entwickelte Form der psychoanalytischen Milieuthherapie wird seit 30 Jahre in der Klinik Mengerschwaige erfolgreich bei Be-

handlung von Patienten mit schweren psychiatrischen Krankheitsbildern praktiziert, auch bei allen Patienten, welche auf Grund schwerster Störungen nicht in der Lage sind, ihre Konflikte auf der zugleich realen und symbolischen Ebenen der Interaktion in der therapeutischen Gruppe darzustellen und zu bearbeiten und daher auch unfähig sind, von den Möglichkeiten der Einsicht Gebrauch zu machen.

Die psychoanalytische Milieuthherapie arbeitet direkt, d. h. sie benützt auf verschiedene Weisen, den Patienten mit seinen Konflikten so zu konfrontieren, dass seine ausagierte Krankheit ihm als eigener psychischer Konflikt bewusst und als solcher dann durch gearbeitet werden kann.

Wo der unbewusste psychische Konflikt sich nicht, wie im Falle der neurotischen Reaktion, darstellt in Form des isolierten Symptoms, der Zwangsvorstellung usw., sondern in die ganze Lebenssituation hinein gelebt wird und diese chaotisiert, da kann auch die therapeutische Situation nicht isoliert von der Lebenssituation der Patienten werden, sondern muss dieselbe so weit wie möglich zu umfassen suchen. (Ammon 1959)

Die Mitglieder der Milieutherapiegruppe und der gemeinsam geteilte Alltag lösen Konflikte aus, indem sie eine Fülle von Übertragungen möglich machen. So kann ein Leiter den Patienten (unbewusst) an den strengen Vater erinnern, so dass er die aktive Mitarbeit verweigert (Autoritätskonflikt), oder ein Gruppenmitglied wird als bevorzugte Geschwister erlebt werden.

Patienten können oft nicht über ihre Konflikte sprechen, sondern leben diese in ihrem Verhalten im Milieu und bei der Projektarbeit aus. Hierbei haben der Therapeut und auch die Gruppe in dem milieutherapeutischen Milieu eine wichtige Funktion, nämlich Interpretieren des Verhaltens und der Konflikte des Patienten zu sein. Die Gruppenleiter und die Mitpatienten antworten und deuten die Konflikte des Patienten zunächst vor allem durch sein Verhalten.

Der Milieutheraapeut steigt mit anderen Worten als aktiver Partner in die Lebenssituation des Patienten ein, um ihm dabei zu helfen, diese zu verstehen und zu verändern.

Das Ziel dabei ist, dem Patienten im Rahmen des therapeutischen Milieus und in der direkten Interaktion mit dem Therapeuten zunächst einmal die Möglichkeit zu neuen Erfahrungen im Sinne der Wiedergutmachung zu geben.

Die Tanztherapie in der Klinik Mengerschwaige

Walter Funk (München)

Since 1982, dance therapy is an essential part of the therapeutic concept in the dynamic psychiatric hospital Mengerschwaige. This form of dance therapy, which is called the human structural dance, was developed by Günter Ammon and therefore the dimension of the body, the corporality and the nonverbal expression of a human being could be integrated in the therapeutic process. This paper will present the history, the procedure, as well as the factors of efficiency of the human structural dance.

Keywords: human structural dance therapy, nonverbal therapies, archaic ego disturbances, group, social energy.

Im Therapiekonzept der dynamisch-psychiatrischen Klinik Mengerschwaige nimmt die Tanztherapie schon seit 1982 einen festen Platz ein. Die hier entwickelte Form ist der humanstrukturelle Tanz, der integrierter Bestandteil der von Günter AMMON entwickelten Identitätstherapie ist. Durch dessen Einführung wurde die Dimension der Körperlichkeit und des nonverbalen Ausdrucks in die Therapie aufgenommen. Die Geschichte, der Ablauf, Wirkfaktoren sowie Untersuchungen bezüglich verschiedener Aspekte des humanstrukturellen Tanzes werden dargestellt.

Die Tanztherapie ist seit 1982 ein fester Bestandteil des Behandlungskonzeptes der dynamisch-psychiatrischen Klinik Mengerschwaige. Schon während seiner Zeit in den USA setzte sich Ammon mit den verschiedenen Strömungen der Tanztherapie in Amerika und in Europa auseinander. Dort insbesondere mit dem 'modern dance', hier vor allem mit dem Ausdruckstanz, der durch v. LABAN und Mary WIGMANN vertreten wurde. Diese Tanzbewegungen stellten in der ersten Hälfte des 20. Jhd.s einen Aufbruch weg von den reglementierten Tanzstilen, hin zum Tanz als heilsames Medium dar. Die Wurzeln fanden sich schon in der Antike und ihre Heiltänzen. Darüber hinaus hatte die Entwicklung der Psychoanalyse einen starken Einfluss, wobei dort die Einbeziehung des Körpers zunächst stark vernachlässigt wurde, so dass sich Psychoanalyse und Psychotherapie und Tanztherapie zunächst unverbunden entwickelten. Im Bemühen um die psychotherapeutische Behandlung entwicklungsgeschichtlich früher psychischer Erkrankungen, insbesondere der Schizophrenien, der Borderlinestörungen sowie schwerer narzisstischer Erkrankungen, erkannte Ammon dass diese Menschen durch verbale Therapieformen allein nicht ausrei-

chend erreicht werden konnten. Die von ihm so bezeichneten Archaischen Ich-Krankheiten haben ihre Ätiopathogenese in der vorsprachlichen Phase. Somit ging es ihm darum, ein Therapiekonzept zu entwickeln, in dem nonverbale Therapien fest integriert sein sollten. Eine dieser von ihm entwickelten Therapien ist die humanstrukturelle Tanztherapie.

Dabei tanzen die Patienten nach selbstgewählter Musik einzeln in der Mitte der Gruppe, indem sie sich mit ihren Gefühlen, ihrem Leid, ihrem Körpergefühl und manchmal auch mit ihrer Geschichte zeigen. Dabei kommt es nicht auf tänzerische Schönheit an, sondern auf die persönliche Darstellung im Rahmen der Gruppe. Es findet somit eine Kommunikation mit sich selbst und mit der Gruppe statt, wobei das Gebot der absoluten Freiwilligkeit besteht. Nach dem Tanz sprechen die Tänzer über ihr Erleben im Tanz und erhalten Feedback von den anderen Gruppenmitgliedern.

Da der Tanz ein ganzheitliches Geschehen ist, bei dem körperliche, geistige, emotionale und kommunikative Elemente enthalten sind, wurden diese unterschiedlichen Aspekte im Laufe der weiteren Entwicklung untersucht.

Maria AMMON (1987, 1988) führte eine Studie durch, bei der Veränderungen durch die Tanztherapie in den Bereichen

- des körperlichen Ausdrucks, Selbstwertgefühls und Bewegungsmöglichkeiten,
- dem Zugang zu den Gefühlen,
- der Fähigkeit, Gefühle auch in Bezug zu anderen Therapien verbalisieren zu können und
- der Bezug zur Gruppe untersucht wurde.

Die Entwicklung von Patienten, die gleichzeitig an einer Gruppentherapie und einer Tanztherapie teilnahmen wurde von Gertraud REITZ wiederholt untersucht, (1986, 1988, 1991, 1996) wobei sie insbesondere Veränderungen im Bereich der Körperlichkeit, der Sexualität und der Liebesfähigkeit darstellte.

Mit der Bedeutung der Verbalisierung durch das Feedback der Gruppe und den Bericht der Tänzer über das Erleben im Tanz, als integrierendes Element im therapeutischen Prozess, setzte sich Gabriele v. BÜLOW (1992) auseinander. Ilse BURBIEL und Maria RETTENBERGER (2007) stellten anhand eines exemplarischen Gruppenkonfliktes die unbewusste, gruppendynamische Ebene der Tanztherapie dar.

Viele Patienten berichten, dass die humanstrukturelle Tanztherapie für sie eine der wichtigsten Therapien während des Klinikaufenthaltes ist. Dies

liegt unter anderem daran, dass die Auseinandersetzung damit, sich als Einzelner vor einer Gruppe tänzerisch zu zeigen mit der Überwindung starker Widerstände und innerer Begrenzungen verbunden ist. Gleichzeitig entsteht durch die Öffnung und das Vertrauen der Tänzer eine starke Verbundenheit innerhalb der Gruppe. Die ganze Sitzung wird getragen von einem intensiven sozialenergetischen Austausch. Über die sozialenergetischen Aspekte der Tanztherapie legte HERMELINK (1986) eine ausführliche Arbeit vor.

Da der humanstrukturelle Tanz ein integraler Bestandteil des Behandlungskonzeptes in der Klinik Menterschwaige ist, zeigen sich Veränderungen und Entwicklungen durch den Tanz in den anderen Therapien und werden umgekehrt im Tanz sichtbar. Für die Patienten werden Veränderungen auch durch das nachträgliche Betrachten der Filmaufnahmen, die regelhaft aber freiwillig gemacht werden, deutlich.

Literatur beim Verfasser

Besonderheiten stationärer psychoanalytischer Theatertherapie

Stefan Weixelbaumer (München)

Theatre therapy has a long tradition in the hospital Mengerschwaige. During the last thirty years it has continuously been developed as an independent non-verbal method of therapy. The theoretical basis of today's theatre therapy is the method of 'psychoanalytic theatre therapy'. The therapeutic process contains the following steps: finding a theatre play, exploring different roles, fixing the roles, and the performance. The involvement with the literary play is of particular relevance. For example identification opportunities with constructive and destructive parts of personality should be provided. The possibility of a playful access to the 'emotional memory' while exploring different roles and fixing them enables an enormous therapeutic potential.

Keywords: identity, emotional memory, role, creativity

Die Theatertherapie hat innerhalb des Behandlungskonzeptes der dynamisch-psychiatrischen Klinik Mengerschwaige eine lange Tradition. Sie war die erste nonverbale Therapieform, die in der Klinik eingesetzt wurde. Bereits im Gründungsjahr 1979 wurde in der Klinik die erste Theatergruppe ins Leben gerufen. Unter der Leitung der damaligen Chefärztin Dr. Ingeborg Urspruch entwickelte sich diese Therapieform aus einer Milieugruppe, die den Namen 'Die Findelkinder' trug. Beim gemeinsamen Lesen literarischer Texte entstand bei den Patienten und den Teammitgliedern dieser Milieugruppe das Bedürfnis, sich mit den Figuren der Handlung intensiver zu beschäftigen und sich mit den unterschiedlichen Rollen zu identifizieren. Sie fassten den Entschluss, Theater zu spielen. Nach nur wenigen Monaten intensivster Theaterarbeit fand noch im selben Jahr anlässlich der neunten internen Arbeitstagung in Süditalien die erste Aufführung statt.

Die Theatergruppe stellte sich mit dem Stück 'Der kleine Prinz' von SAINT-EXUPERY der Öffentlichkeit vor. So wie alles, was in der Klinik damals – oft sehr spontan – entstand, wurde das theatrale Spiel therapeutisch genutzt und in das Klinikkonzept integriert.

Im Laufe der letzten 30 Jahre wurde die Theatertherapie als eigenständige nonverbale Therapieform kontinuierlich weiterentwickelt. Es kamen immer wieder neue vertiefende Aspekte hinzu. Die Dimension des Unbewussten spielte zunehmend eine größere Rolle und die Theaterarbeit wurde gezielt

für die spielerische Identitäts- und Persönlichkeitsentwicklung der Patienten eingesetzt. Wichtige Impulse für die konzeptionelle Ausgestaltung dieser Therapieform kamen unter anderem von Dr. Ulrich KÖPPEN, Dr. Dorothee DOLDINGER und Dr. Ingeborg URSPRUCH (vgl. DOLDINGER, ETSCHMANN 1991; KÖPPEN, BINDER, HOFFMANN 2000; URSPRUCH 2007). Es war auch die Psychoanalytikerin Ingeborg URSPRUCH, die die grundlegenden Aspekte der Theaterarbeit der dynamischen Psychiatrie zusammenfasste und unter dem Namen 'psychoanalytische Theatertherapie' als einen eigenständigen theatertherapeutischen Ansatz neu definierte (URSPRUCH 2005).

Die Methode der psychoanalytischen Theatertherapie bildet im Wesentlichen die Grundlage der stationären theatertherapeutischen Arbeit der Klinik Mengerschwaige. Im Folgenden sollen einige Besonderheiten der psychoanalytischen Theatertherapie aufgezeigt und diese anhand des Prozesses vorgestellt werden, den die Theatergruppe in ihrer intensiven und vielschichtigen Arbeit gemeinsam durchlebt.

Der Prozess beginnt mit der Stückauswahl. Im Mittelpunkt der psychoanalytischen Theatertherapie steht immer die Beschäftigung mit einem literarischen Stück und nicht die theatrale Darstellung von primär biographischen Aspekten der Teilnehmer. Literarische Stücke haben den Vorteil, dass sie Rollen und Lebensthemen zur Verfügung stellen, mit denen sich die Gruppenmitglieder unbewusst identifizieren können, und es ermöglichen, dass sich die Teilnehmer in unterschiedlichsten Persönlichkeitsanteilen wiederfinden. In dieser Phase der Stücksuche sind alle Mitglieder der Theatergruppe gefordert eigene Vorschläge einzubringen und aktiv Stücke auszuwählen.

Dabei zeigt sich immer wieder, dass die Stücke bestimmte Anforderungen erfüllen müssen, um für diese Form der theatertherapeutischen Arbeit überhaupt geeignet zu sein. Ein Stück sollte immer Entwicklungsmöglichkeiten beinhalten. Beim eingebildeten Kranken von MOLIÈRE, mit dem sich die Theatergruppe im letzten Jahr sehr intensiv auseinandergesetzt hat und in unterschiedlichsten Besetzungen mehrfach zur Aufführung gebracht hat, war zum Beispiel ein zentrales Entwicklungsthema die Wegentwicklung von der Selbstbezogenheit und vom Egozentrismus hin zur Du-Bezogenheit und hin zur Begegnung mit echten tiefen Gefühlen im zwischenmenschlichen Kontakt.

Ein geeignetes Stück sollte außerdem eine Vielzahl von Rollen beinhalten, mit denen man sich sowohl mit seinen destruktiven als auch mit seinen konstruktiven Anteilen identifizieren kann. Es sollte sowohl die humorvol-

len als auch die ernsthaften Seiten des menschlichen Lebens widerspiegeln und vor allem menschliche Begegnungen auf der Bühne ermöglichen.

Die Theatertherapiegruppe musste zum Beispiel im aktuellen Theatertherapieprozess das Stück 'Inuk jagt die Sonne' wieder absetzen. Es handelt sich dabei um eine Inuit-Sage aus dem Polarkreis, in der es um die Initiation eines Eskimojungen in die Erwachsenenwelt geht. Das Stück, obwohl es eine Vielzahl an Entwicklungssituationen bot, ließ keine echten zwischenmenschlichen Begegnungen zu und schloss vor allem jeglichen Humor aus. Das Stück entpuppte sich als ein reines Erstarren in eisiger Einsamkeit und Depression.

An dieser Stelle soll auf ein häufig beobachtetes Phänomen des Theatertherapieprozesses hingewiesen werden: zentrale Themen, die für die Gesamtklinik zu einem bestimmten Zeitpunkt relevant sind, spiegeln sich häufig in aktuellen Inhalten der Theatergruppenarbeit wieder. So spielte zum Beispiel zur selben Zeit als sich die Gruppe mit 'Inuk jagt die Sonne' beschäftigte, das Thema 'Verbündung versus Einsamkeit bei der Bewältigung von wichtigen Entwicklungsschritten' parallel in den Milieugruppen ebenfalls eine zentrale Rolle und tauchte ebenso in der Großgruppe als Kernthema auf.

Ein Stück ist dann für den theatertherapeutischen Prozess geeignet, wenn sich die zentralen Themen bedeutsam auf die Lebenswelten, die Lebenskrisen und auf die aktuellen Entwicklungsprozesse der Gruppenmitglieder beziehen.

Nach der Stückfindung folgt die Phase des Rollenausprobierens. In dieser Phase geht es zentral um die Frage, ob es den Einzelnen gelingt einen inneren Bezug zu einer Rolle zu finden. Das heißt, ob man in den vorgegebenen Charakteren etwas für sich entdecken kann, das man zutiefst mit sich selbst verbindet und in Folge authentisch auf die Bühne und somit als wesentlichen Identitätsschritt in die Öffentlichkeit bringen kann.

Die Gruppe lässt sich in dieser Phase viel Zeit, damit jeder Teilnehmer möglichst viele Rollen ausprobieren kann, um die unterschiedlichsten Facetten und Themen des Stücks und der Rollen entdecken und erkunden zu können. Von zentraler Bedeutung ist dabei immer der Spiegel der Gruppe; jeder Spieler hat nach seinem Auftritt die Möglichkeit, über sein Erleben auf der Bühne zu sprechen – die anderen Gruppenmitglieder und Mitspieler beobachten aktiv und geben differenzierte Rückmeldungen.

Der bekannte russische Theatertheoretiker, Schauspieler, Regisseur und Mitbegründer des Moskauer Künstlertheaters Konstantin Sergejewitsch

STANISLAWSKI forderte in seinem psychologischen Theater von seinen Schauspielern auf der Bühne ein Höchstmaß an Authentizität. Dieser Zustand wird nach seiner Meinung dadurch erreicht, dass der Schauspieler Zugang zu seinen unbewussten Anteilen erhält und sich somit unbewusst mit seiner Rolle identifiziert. STANISLAWSKI spricht in diesem Zusammenhang vom 'emotionalen Gedächtnis' (vgl. SIMHANDL 1992; WERMELSKIRCH 1994).

Für die psychoanalytische Theatertherapie ergibt sich daraus ein enormes therapeutisches Potenzial. Der Teilnehmer kann im geschützten Rahmen der Theatertherapie in seiner Rolle Zugang zu vergangenen Erleben wiederfinden; das bezieht sich sowohl auf verinnerlichte Identifikationsmuster als auch auf unbewusste Konflikte. Er kann seinen gegenwärtigen Zustand verlebendigen und er kann noch nicht gelebte Anteile und Identifikationen in der Rolle spielerisch ausprobieren und somit für die Zukunft übernehmen und integrieren. STANISLAWSKI spricht in seiner Theatertheorie von 'Psychotechniken', die der Schauspieler erlernen kann, um Zugang zu seinem Unbewussten zu erlangen (vgl. Schauspielhaus Bochum 1978). Im laufenden Therapieprozess des stationären Aufenthalts geschieht die Öffnung hin zum Unbewussten zwangsläufig und muss nicht 'künstlich' hergestellt werden (vgl. URSPRUCH 2005, 2007).

Am Ende des Prozesses des Rollenausprobierens folgt die Phase der Rollenfestlegung. Dabei handelt es sich um einen weiteren kreativ schöpferischen Prozess und um einen erneuten enormen Identitätsschritt. Es geht um wesentliche Fragen wie: „Wo habe ich meinen Platz?“, „wie will ich mich den anderen in der Öffentlichkeit darstellen?“ und „welches ist der richtige Schritt auf dem Weg der Identitätsentwicklung?“

An dem Prozess ist die gesamte Theatergruppe beteiligt – über sensible Rückmeldungen werden die Plätze verteilt. In dieser Phase geht es stark darum, selbst Standpunkt zu beziehen und aufkommende Rivalitäten auszuhalten. Die Rollenverteilung gelingt häufig erstaunlicherweise bestmöglich. Es zeigt sich häufig, dass jeder Teilnehmer die Rolle bekommt, mit der er sich selbst in großen Teilen in Beziehung setzen kann. Ein wichtiger Aspekt der psychoanalytischen Theatertherapie ist die milieuthérapeutische Ebene.

Es gibt eine Vielzahl von Aufgaben und Betätigungsfelder, die eine bevorstehende Theateraufführung mit sich bringt: wie z.B. Souffleuse, Requisite, Beleuchtung oder Bühnengestaltung. In der theatertherapeutischen Arbeit wird immer zentral auf die konstruktiven Anteile der Teilnehmer

Bezug genommen; im gemeinsamen Gruppenerleben kann der einzelne seine gesunden und kreativen Anteile entdecken, erleben und weiterentwickeln.

Am Ende jedes Prozesses in der psychoanalytischen Theatertherapie steht die Aufführung. Der gemeinsame Gruppenraum wird Wirklichkeit. Der Schritt an die Öffentlichkeit ist ein letzter großer Identitätsschritt, indem die gesamte Gruppe noch einmal gemeinsam durch existentielle Ängste geht, sich gemeinsam als geschlossene Gruppe zeigt und wahrnimmt und nach außen hin mit aller ihrer Kreativität und schöpferischen Kraft Stellung bezieht.

Specifics of stationary psychoanalytic theatre therapy

Theatre therapy in the Mengerschwaike hospital has a long tradition. As an own non-verbal method of therapy it has been continuously developed during the last thirty years. The psychoanalyst Ingeborg URSPRUCH had summed up the basic aspects of the dynamic psychiatric theatre-therapeutic work and has defined an independent theatre-therapeutic approach under the name 'psychoanalytic theatre therapy'. This approach is the basis for the stationary theatre-therapeutic work in the Mengerschwaike hospital. Specifics of the psychoanalytic theatre therapy are introduced.

The therapeutic process contains the following phases: finding a theatre play, exploring different roles, fixing the roles and the performance.

The course of action starts with finding a theatre play. The involvement with the literary play is of particular relevance. Being suitable for theatre therapy the drama has to comply with specific conditions. It should provide capabilities and a huge number of different roles which allows identification with constructive and destructive parts of personality, and also it should reflect humorous as well as very serious aspects of life. Moreover a suitable play contains scenes, which allow interpersonal contact and real human encounter.

After choosing a relevant play every group member has the opportunity to explore different roles in various contact constellations. Every player's task is to find relations between one's own experience and the different roles and characters of the play. This works best if the actor has access to significant unconscious parts of personality and therefore is able to identify himself with his role. In this context Konstantin Sergejewitsch STANIS-

LAWSKI, the actor, director, and theatre-theorist mentions the importance of the 'emotional memory' which provides an enormous therapeutic potential.

While fixing the roles the main questions for the actors are: "where is my place in the group?" and "which role offers the highest chance of identification?" The final public performance, as a border experience, provides a further possibility of expanding the identity of the individual and the entire group.

Literatur

- Doldinger, D.; Etschmann, U. (1991): Die Bedeutung der Theatertherapie für die Psychotherapie der Psychosen – ein kasuistischer Beitrag. *Dynam. Psychiatrie* 24:189-205.
- Köppen, U.; Binder, A.; Hoffmann, N. (1998). Theatertherapie in der Klinik Mengerschwaige – Beispiel eines Gruppenprozesses. *Dynamische Psychiatrie* 31:68-78.
- Schauspielhaus Bochum (Hg.) (1979): Das Schauspielseminar Lee Strasberg. Schauspielhaus Bochum, 9.-12. Januar 1978.
- Simhandl, P. (Hg.) (1992): Stanislawski Lesebuch. Berlin: Sigma-Medienwissenschaft.
- Urspruch, I. (2005). Psychoanalytische Theatertherapie. In: G. Reitz, T. Rosky, R. Schmidts, I. Urspruch (Hg.): Heilsame Bewegungen; S. 94-158. Darmstadt: Wiss. Buchges.
- Urspruch, I. (2007). Psychoanalytic theatre therapy – catharsis, self realization, and creativity. *Dynamische Psychiatrie* 40:343-363.
- Wermelskirch, W. (Hg.) (1994). Lee Strasberg. Schauspielen und das Training des Schauspielers. Beiträge zur 'Methode'. Berlin: Alexander.

Stefan Weixelbaumer ist Diplom-Psychologe und Theaterpädagoge.

Adresse

Stefan Weixelbaumer • Guido-Schneble-Straße 10 • 80689 München • stefanwx@web.de

Wirkfaktoren der Reittherapie

Claudia Friedsam (München)

The use of horses in the scope of therapeutical interventions has enhanced treatment of persons with psychiatric disorders for decades, irrespective of the therapeutical school. The communicative behaviour between human being and horse as the basis for this primarily non-verbal therapy is analyzed in a theoretical discussion. Thereafter, the practical course of equestrian therapy with its cardinal therapeutical principles is described.

Keywords: hippotherapy, psychiatric disorders, interpersonal skills, physical experience, body-and-self relation impairment

1. Besonderheiten der Pferde im therapeutischen Einsatz

Der Einsatz von Pferden im Rahmen therapeutischer Intervention erweitert seit Jahrzehnten die Arbeit mit psychisch kranken Menschen unabhängig von der therapeutischen Grundorientierung.

1.1 Das Verhalten des Pferdes als Spiegel des Unbewussten

Der Urinstinkt des Pferdes verlangt eine Rangordnung in der Herde. Dabei sind sie sehr soziale Geschöpfe, die als Fluchttier sich hoch spezialisierte Wahrnehmungs- und Verhaltensweisen angelegt haben, sodass sie in ihrem Gegenüber und in der Umgebung emotionale Spannungsfelder sofort wahrnehmen und sich darauf einstellen können. Ihre ständigen und unverfälschten Rückmeldungen geben denjenigen, die wirklich bereit sind, sich darauf einzulassen, wertvolle Hinweise auf eigene Verhaltensweisen und Spannungszustände. Für den Therapeuten dient das Pferd als Spiegel bzw. als Sprachrohr für die unbewussten Mechanismen und Verhaltensweisen der Patienten d. h. das Pferd spiegelt, verstärkt oder kontrastiert die Wesenszüge und Gestimmtheiten in ihrem Gegenüber. Auf diese Weise kann der Patient dem Pferd nichts vormachen.

Beispiel:

- Fühlt sich der Patient z. B. schwach und täuscht Stärke vor, so reagiert das Pferd auf diese Schwäche
- Ist der Patient zornig und will gelassen erscheinen, so beantwortet das Pferd den Zorn des Patienten

Daher zwingt das Pferd zu eindeutiger Kommunikation und sendet dabei

auch keine Signale mit Doppelbindungscharakter aus.

Für das Pferd ist es auch nicht wichtig, was ein Mensch erlebt hat, sondern wie sich dieser Mensch im Augenblick fühlt, wie ehrlich, unverblümt und authentisch er sich gibt.

Pferde lassen sich nicht durch vordergründliche Äußerlichkeiten z. B. wie attraktiv, beherrscht oder intelligent ein Mensch auftritt, beeinflussen. Dies täuscht sie nicht über dessen innere Anspannung, Zwang und Unsicherheit hinweg. Das Pferd reagiert in der Interaktion auf Gestik, Vokalisierung, Atmung, Stimmungssignale, Körperspannung und auf die Echtheit der Beziehung.

1.2 Der Aufforderungscharakter des Pferde für den psychisch Kranken

Das Pferd lädt auf Grund seiner Größe, seiner Körperwärme, seines weichen Fells und seines freundlichen Wesens einerseits dazu ein es zu streicheln, zu berühren, zu riechen, zu umarmen, sich anzulehnen und andererseits sich vom ihm tragen zu lassen. Dieser enorme Aufforderungscharakter seitens des Pferdes bricht schnell irgendwelche Abwehrmechanismen der die Hemmschwelle für den Beziehungskranken kleiner werden lässt. Das Pferd erscheint dem Patienten immer groß genug, um ihm zu imponieren und ihm ein echtes Gegenüber zu sein

Das Pferd schafft immer eine berührende, motivierende Atmosphäre, zumal es von Natur aus neugierig und inziierend ist. Es vermindert das Gefühl von Hoffnungslosigkeit, sodass es insbesondere auch zu therapie-müden Patienten immer wieder einen Zugang finden, um eigene, innere Grenzen zu überwinden.

1.3 Die Aufgabe des Führen und Geführt werden

Pferde suchen in ihrem Gegenüber jemanden der sie führt, aber sie folgen nur ungern einer Person, die kein klares Gespür für sich selbst hat. Pferde reagieren auf Patienten die Unsicherheit, Zwang und Aggression in sich tragen, zunächst eher abweisend d. h. sie sind nicht so leicht bereit zu folgen.

Um einen harmonischen Gleichklang beim Führen des Pferdes zu erreichen muss der Patient viele Ängste überwinden, wie z. B. Berührungsängste, Angst vor Zurückweisung, vor Nähe, vor Hingabe oder vor Veränderung. Die positiv-dynamische Ausstrahlung des Pferdes erleichtert dem Patienten seine Ängste zu überwinden und sich mit der Situation zu konfron-

tieren die er normalerweise vermeiden würde. Die Bewältigung von Angst besetzten Situationen bewirkt eine Stärkung des Vertrauens in sich selbst und in das Pferd gleichermaßen.

Somit fordert das Pferd den Patienten auf, im Prozess des Miteinanders das eigene Verhalten zusammen mit dem Reittherapeuten zu reflektieren.

1.4 Entwickeln von sozialen Fertigkeiten

Das Pferd sucht in dem Patienten, einen glaubhaften Partner mit emotionaler, innerer Berührtheit. Die Beziehung zum Pferd bedeutet auf der einen Seite so liebevoll, geduldig und einfühlsam wie möglich, auf der anderen Seite so konsequent, diszipliniert und abgrenzend wie nötig zu sein. Es geht damit um Empathie, Fürsorge, Achtsamkeit aber auch ganz intensiv um Respekt und Würde mit sich selbst und mit dem Pferd. Im Vordergrund steht damit eine Weiterentwicklung der sozialen Fertigkeiten auch im Sinne einer Charakterbildung. Natürlich darf die Beziehung zum Pferd nicht überbewertet oder sogar vermenschlicht werden und schon gar nicht als Ersatz von zwischenmenschlichen Beziehungen missbraucht werden. Im therapeutischen Geschehen bleibt das Pferd ein Übergangspartner und stellt eine wertvolle Möglichkeit dar, dem kontaktgestörten Menschen eine Beziehung zu seinen Mitmenschen zu ermöglichen, zu erleichtern und zu verbessern.

Das Verfeinern der sozialen Kompetenzen wird erleichtert in dem der Reitstall und das Pferd in der Regel durch keine negativen Vorerfahrungen belastet sind und sich der Patient somit in einem übertragungsfreien Bereich befindet.

1.5 Das Pferd als Symbol der Seele

Die uralte Geschichte zwischen Mensch und Pferd ist tief in uns verankert, so dass jeder von uns symbolische Bilder in sich trägt, die mit Pferden verbunden sind, wie z. B. Freiheit, Eroberung, Hass, Liebe usw. Das Reiten wird somit für den Patienten zu einer symbolischen Handlung. Für jeden unserer Patienten ist die symbolische Bedeutung des Reitens verschieden, so dass der Therapeut den Patienten zu der Erkenntnis verhelfen kann, was das Reiten für ihn bedeutet. Der Kontakt mit dem Pferd hat zur Folge, auch mit Träumen und Fantasien konfrontiert zu werden. Das Pferd selbst kann als Symbol für die 'Seele' des Reiters gelten; es zu lenken und zu führen bedeutet, die eigene Seele zu 'beherrschen'.

6. Die Arbeit mit dem Pferd im Hier und Jetzt

Das Sitzen / Reiten auf dem Pferd beinhaltet eine Bewegung des 'Hinterlassens und der Loslösung' d. h. auf dem Pferd lernt der Reiter sich voll und ganz auf die Situation im Hier und Jetzt einzustellen. Aufmerksamkeit, Wahrnehmung, körperlich und emotionale Präsenz wird vom Pferd gefordert, zumal das Pferd in uns immer einen Führenden sucht. Eine geistige und emotionale Abwesenheit wie z. B. bei depressiven, dissoziativen Patienten wird durch die aktivierende Situation beim Reiten entgegen gewirkt. Die Reittherapie hat somit einen im hohem Maß fokussierenden und reorientierenden Effekt. Darüber hinaus kann der Patient seine Fähigkeit der konstruktiven Aggression mit dem Pferd erweitern, benötigt konstruktive Durchsetzungs-, Wahrnehmungs- und Antizipationsfähigkeit und die Fähigkeit sowohl eigene Gefühle, als auch die des Pferdes zu regulieren.

7. Die Reittherapie als körperorientierte Therapieform

Der weitaus größte Vorteil der Pferd gestützten Therapie besteht darin, dass man auf dem Pferd sitzen und reiten kann, mit dem Körper kommunizieren lernt und sich selbst und das Pferd gleichermaßen spürt. Das Sitzen auf dem ungesattelten warmen Rücken des Pferdes, das Gehalten, Geschaukelt und Getragen werden, stellt eine konkrete sensomotorische Erfahrung dar. Auf Grund der wiedergutmachenden Erfahrungen - durch die meist unbewusste Körperwahrnehmung - kommt dem freundlich tragenden Pferd die Signifikanz einer wohlwollenden Mutter / Bezugsperson nahe, die das Kind beruhigend im Arm hält und ihm Sicherheit, Geborgenheit und Vertrauen vermittelt.

Die symbiotische Erfahrung mit dem Pferd ist dabei oft der erste Schritt hin zu einer therapeutisch notwendigen symbiotischen Übertragung. Das Bindungsobjekt Pferd stellt in seiner Eigenschaft als freundlich, nicht menschliches Lebewesen in diesem Zusammenhang, eine deutlich niedrigere Angstschelle dar, zumal auch die verbal oftmals verletzende Sprache fehlt. Durch das Holding des Reittherapeuten wird das sichere Getragenwerden durch das Pferd möglich. Die positiven Bindungserfahrungen mit dem Pferd können in der Übertragung auf den Reittherapeuten unbewusst wiederum auf andere Menschen attribuiert werden.

Die intensive Körperwahrnehmung und Verbesserung steht auch als therapeutisches Teilziel in der Behandlung von Körper-Ich-Gestörten Patienten. In den Möglichkeiten, den Folgen dissoziativer Abwehr, bei Trau-

mapatienten auf der Körperebene zu begegnen, liegt auch ein weiteres Potenzial in der Reittherapie. Man könnte sogar die Hypothese aufstellen, dass hinsichtlich der ganzheitlichen Wirkung der Reittherapie bei Traumapatienten, eine erhebliche bilaterale Stimulierung beider Gehirnhemisphären stattfindet; ein Effekt, der sich als zentraler Wirkungsmechanismus herausgestellt hat.

Zusammenfassend möchte ich nochmals zum Ausdruck bringen, dass die artspezifischen Charakteristika des Pferdes dazu verhelfen die Balance zwischen:

- führen- und tragen lassen,
- fordern und zuhören,
- vertrauen und bestimmen,
- den eigenen Wünschen und die Verantwortung für Andere zu finden,

in den Vordergrund rückt.

In der Begegnung mit dem Pferd liegt eine Kraft, die das eigene Wesen tief im Inneren stärkt. Daher richtet sich grundsätzlich die Reittherapie an alle Menschen die auf Grund innerer und äußerer Belastungen die eigene Kraft wieder finden wollen.

2. Indikation - Kontraindikation

Im Folgenden werden nur einige Indikationsstellungen nach psychiatrischer Grunderkrankungen diskutiert.

2.1 Indikationen

Borderline Patient

Das Pferd sucht von Natur aus im Menschen ein ranghöheres Gegenüber. Dabei werden Patienten mit defizitären Aggressionen an ihre Grenzen stoßen. Es geht darum, den eigenen Willen gegen den des Pferdes durchzusetzen. Somit ist der Borderline-Patient in seiner konstruktiven, aggressiven Auseinandersetzungs-, Abgrenzungsfähigkeit und Konfliktbewältigung gefordert.

Psychotisch strukturierte Patienten

Patienten spüren im Umgang mit dem Pferd ihre realen Ängste, somit können oftmals irrealer Ängste in den Hintergrund gedrängt werden. Unter sehr geschützten Bedingungen kann der Kontakt zum Pferd zur Realitätswieder-

findung sogar während einer akuten Psychose eingesetzt werden. Dabei bezieht sich die therapeutische Arbeit auf die bewusste Wahrnehmung im Hier und Jetzt.

Depressive Patienten

Die Abfahrt zum Reitstall ist bereits früh morgens. Der freudige, unerwartete Blick der Pferde ermöglicht den Patienten das morgendliche Tief schnelle zu überwinden und mit einem Sinnaspekt zu verbinden.

Frühgestörte Patienten

Eine eindeutige beziehungsmaßige Auseinandersetzung auf rein analoger Ebene ist vor allem für frühgestörte Patienten von besonderer Bedeutung.

Das Tragen und sich Schaukeln lassen in Verbindung mit einer Körperwahrnehmungsschulung (z. B. Atem- und Entspannungstechniken usw.) kommt Patienten zugute, die ihren Körper nicht spüren, eine falsches Körperbild oder durch zwanghafte Starre gekennzeichnet sind. Das Sitzen auf dem warmen Pferderücken löst zumeist bereits ein Gefühl des Angenommenseins aus. Diese intensive körperliche Selbsterfahrung kann letztendlich auch als Teilziel im Sinne einer integrativen Identitätsentwicklung gesehen werden.

2.2 Kontraindikationen

Als Kontraindikation bzw. vorübergehende Einschränkung sehe ich die akute Suizidalität, akute Psychose mit / ohne schweren maniformen Syndrom.

Adipöse Patienten (Körpergewicht über 95 kg) und Patienten mit medikamentös schlecht eingestellten Anfallsleiden, können an allen Aufgaben rund ums Pferd, mit Ausnahmen des therapeutischen Reitens, teilnehmen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich die Indikationsstellung nicht nur nach der psychiatrischen Grunderkrankung richtet, sondern vielmehr nach den Defiziten und Ressourcen der Patienten, die auf Grund innerer und äußerer Belastungen die eigene Kraft wieder finden möchten wie z. B.

- Stabilisierung des Körper-Ich,
- Selbst- und Fremdwahrnehmung,
- zur Taumaunterstützung,
- Wiederfinden von Lebensfreude,

- Dysbalance in emotional-kognitiv-motorischen Bereich,
- soziale Fertigkeiten, Selbstbeherrschung,
- Verbesserung der Gruppenfähigkeit, Beziehungsaufbau,
- verminderter Realitätsbezug,
- sozialenergetische Auseinandersetzung in der Gruppe,
- entwickeln von konstruktiver, kreativer Aggression gegenüber dem Pferd,
- das Pferd als drittes Objekt in der symbiotischen Übertragung,
- mobilisieren frühkindlicher Erlebnisse,
- einlassen auf archaische Bedürfnisse,
- wahrnehmen von realer Angst, Abbau von irrealer Angst,
- Identitätsprozesse durch Pferd und Gruppe.

3. Ablauf der Reittherapie

Innerhalb der Reittherapie unterscheiden wir mehrere Einladungssituationen, wobei einer jeden von ihnen eine spezielle Wirkung und Ziel zukommt. Im Folgenden werden einige von vielen verschiedenen Möglichkeiten in der Arbeit mit Patient/Gruppe und Pferd aufgezeigt, wobei der Ablauf eines Vormittags je nach Dynamik der Gruppe und therapeutischer Zielsetzung variabel gestaltet werden sollte.

3.1 Wann beginnt die Reittherapie

Im eigentlichen Sinne beginnt die Reittherapie in dem Einzel- und Reitheapeut gemeinsame Teilziele über den Patienten festlegen.

Die Reittherapie in der Klinik Mengerschwaige findet in Gruppen (6 bis 8 Patienten) statt, wobei der Fokus auf einer gruppenspezifisch günstigen Zusammensetzung liegt. An drei Vormittagen fahren wir mit dem Klinikbus bereits morgens um 7.30 Uhr in den nahe gelegenen Reitstall. Eine Gruppe von neun Pferden steht uns für diese externe Therapie zur Verfügung.

Für die Patienten beginnt der Morgen mit dem gegenseitigen Wecken, Organisieren der Reitutensilien und des Frühstücks, welches später auf der Reitanlage stattfindet.

Mit diesen morgendlichen Aktivitäten bis zur Abfahrt entsteht ein Gefühl für die Gruppe, z. B. wer welche Aufgabe übernimmt.

3.2 Fahrt zum Reitstall

Die Fahrt zum Reitstall ist für einige Patienten mit sehr viel Anspannung / Angst verbunden, nämlich sich von 'Mutter Klinik' zu lösen und an einen zunächst unbekanntem Ort, zu den imposanten Vierbeinern zu fahren. Für andere Patienten bedeutet die Fahrt weg von der Klinik, eine kleine Reise 'weg' von der Krankheit, zumal der Reitstall ein übertragungsfreies Gebiet darstellt. Bei der Fahrt ist es auch ausgesprochen interessant ob und welche Gespräche aufgegriffen werden bzw. wer welchen Sitzplatz einnimmt. Kurzum man erhält einen weiteren emotionalen Eindruck über das Beziehungsgeflecht der Gruppe.

3.3 Vorberechnung als wichtiges Ritual

Im Reitstall angekommen erfolgt zunächst eine kurze Begrüßung unserer Pferde. Anschließend berichtet jeder Einzelne kurz über seine momentane Stimmung und Situation d. h. ob etwas Besonderes ansteht oder sogar vorgefallen ist. Es geht im weiteren aber auch um eine Strukturierung des Vormittags (zwei Stunden rund ums Pferd) und damit auch um Gefühle, Erwartungen und Ängste.

3.4 Kennen lernen der Pferde

Patienten die neu dazukommen haben die Möglichkeit nach der Vorberechnung unsere Pferde kennen zu lernen. Wir begrüßen gemeinsam jedes Pferd, die Patienten lernen die ersten Ausdrucks- und Kommunikationsformen kennen und beobachten, wie ich mich dem Pferd nähere. Die Teilnehmer können wahrnehmen wie jedes unserer Pferde auch eine besondere Persönlichkeit hat, mit uns Kontakt aufzunehmen, zumal jedes Pferd genauso wie wir Menschen, einen ganz eigenen Charakter, Individualität besitzt. Jeder Patient kann sich mit seiner Wahrnehmung mitteilen, von welchem Pferde er sich eher angezogen fühlt. Dabei spielt sicherlich auch die Farbe, Größe und Ausstrahlung des Pferdes eine Rolle, die das Unbewusste anspricht. Darüber hinaus geht es auch um einen Abbau von Berührungängsten zum Pferd und zum Reittherapeuten. Im Vordergrund steht dabei eine Regulierung von Nähe und Distanz verbunden mit Eigen- und Fremdwahrnehmung.

3.5 Die Pflege des Pferdes und deren Bedeutung

Bei der Pflege des Pferdes geht es nicht um eine 'Säuberungsaktion des Pferdes' sondern vielmehr um eine Intensivierung des Körperkontakts. Dabei können Emotionen entstehen von Wohlbefinden, Freude bis hin zu Ekel. Infolgedessen geht es um Berührungen / berührt werden, als auch um das Zulassen und Erleben von Körpernähe. Patienten lernen wahrzunehmen, wo und wie lässt sich das Pferd gerne verwöhnen und inwiefern gibt es eigene Bedürfnisse, sich dem Pferd zu nähern. Man lernt mehr über die diversen nonverbalen kommunikativen Mitteilungsformen des Pferdes und deren individuellen Eigenschaften kennen, wobei das Fremd- und Selbstempfinden gestärkt wird. Die Patienten lernen zunehmend sich flexibel rund ums Pferd zu arrangieren, d. h. sich gegenseitig bei all den Aufgaben zu unterstützen, fürsorglich aufeinander einzugehen bzw. sich auseinanderzusetzen. Die zunächst anfänglich notwendige Dreierbeziehung: Pferd–Therapeut–Patient, öffnet sich frühzeitig zu einer Gruppenbeziehung: Patient-Pferd-Therapeut. Im Vordergrund steht deshalb nicht nur der vielseitige Kontakt mit dem Pferd, sondern ebenso die Beziehung über das Pferd zu anderen Patienten der Reitgruppe.

3.6 Führen und geführt werden

Bevor die Patienten Selbsterfahrungen auf dem Pferd machen, lernen sie das Pferd mit einer Leine zu führen, zunächst zu zweit, dann alleine. Es geht nun darum mit Körpersprache, Ausdruck und Stimme sich zu positionieren, auf das Pferd einzuwirken, so dass es auch um eine sich entwickelnde Führungskompetenz geht. Im Vordergrund steht dabei auch eine intensive Eigenwahrnehmung von Körperfunktionen z. B. wie atme ich, wie angespannt ist mein Körper, wie verklemmt halte ich die Arme bzw. die Führleine und wie reagiert das Pferd darauf. In diesem Punkt werden Entspannungsübungen mit einbezogen, wobei das Pferd unmittelbar auf Veränderungen positive oder negative Rückmeldungen gibt.

3.7 Das freilaufende Pferd beobachten und wahrnehmen

An jedem Vormittag entscheiden wir gemeinsam, welches Pferd wir beobachten wollen. Ein freilaufendes, galoppierendes, sich wälzendes Pferd beinhaltet ein Projektionsfeld für Wünsche, Lebendigkeit, Abenteuer, Mut, Kraft, Triebhaftigkeit usw. und ist damit ein archetypisches Symbol. Es fas-

ziniert, motiviert und mobilisiert gesunde Ängste, die im weiteren Prozess des Vormittags als bewältigbar erlebt werden können. Den Patienten ist zunächst eine passive Rolle zugeordnet d. h. sie können beobachten, spüren und wahrnehmen, was es in ihnen auslöst.

Nach einer bestimmten Zeit fordere ich die Patienten auf, sich mitzuteilen wie es ihnen geht und was sie dabei erleben. Manchmal können die Patienten auch eine Selbsterfahrung machen, in dem sie das frei bewegende Pferd in Richtung und Tempo dirigieren. Der Patient erlebt wie das Pferd auf ihn reagiert, bzw. mehr oder weniger gehorcht. Im Rahmen der Ich-Entwicklung des Patienten erfährt er im Laufe der Zeit zunehmend mehr Bestätigung, indem das mächtige, respekteinflößende Tier sich ihm unterordnet und er es lenken kann. Viele Patienten identifizieren sich mit der Energie und Kraft des Pferdes, was zu einer Steigerung des Selbstwertgefühls im Sinne einer integrativen Identitätsentwicklung gesehen werden kann. Die Entdeckung der persönlichen Unabhängigkeit und des individuellen Werts der eigenen Person ermöglicht emotionale und körperliche Stimuli wahrzunehmen, ohne ihnen hilflos ausgeliefert zu sein.

3.8 Aufsatteln und Zäumen der Pferdes, ein komplexes Geschehen

Beim Auftrensen des Pferdes wird ein zunehmendes Maß an Konzentration, planvollem Handeln, verbunden mit sehr viel Körpernähe zum Pferd gefordert. Einigen Patienten gelingt es beinahe mühelos, doch für die Meisten erscheint dies ein unüberwindliches Hindernis. An diesem Punkt kommt die Gruppe zum Tragen, die Patienten sind auf engagierte Zusammenarbeit angewiesen, zumal erst dann mit dem Reiten begonnen werden kann, sobald alle Pferde korrekt für das Reiten vorbereitet sind.

3.9 Aufsitzen und Reiten

Das Aufsitzen stellt eine weitere Herausforderung dar, denn es wird ein hohes Maß an Beweglichkeit, Grundkraft und Körperspannung verlangt. Bei unsportiven oder adipösen Patienten ist wiederum Teamgeist gefragt, indem z. B. ein Teilnehmer das Pferd hält, ein anderer stabilisiert den Voltigiergurt und eine weitere Person hilft mit Körperkontakt beim Aufsteigen.

Auf dem Pferderücken angelangt, gibt es je nach therapeutischer Zielsetzung unterschiedliche Schwerpunkte.

Bei einigen Patienten geht es nur um eine Körperselbsterfahrung auf dem warmen Pferderücken, wobei das Pferd geführt oder longiert wird. Allein

das Sitzen auf dem quasi nackten Pferd, das vertrauensvolle sich Einlassen in die harmonisch gleichmäßige Bewegung, das Finden und Erleben des eigenen Schwerpunktes, sowie das Getragenwerden, vermittelt wiedergutmachenden Erlebnisse. Diese intensive Körperreise ermöglicht einen Lernprozess ohne Leistungsstress. Oftmals spürt der Patient aber auch seine Unlebendigkeit des Körpers, seine innere Anspannung und eventuelle Blockaden. Dennoch fördern die dreidimensionalen Schwingungen des Pferdes und der lockernde Bewegungsfluss, eine Verbesserung der Gleichgewichts-, Koordinations- und Rhythmisierungsfähigkeit. Damit geht es um ein spielerisches Kennen lernen eigener Fähigkeiten und das Spüren und Annehmen des eigenen Körpers.

Bei anderen Patienten steht der Weg zum forcierten, selbständigen Reiten im Vordergrund. Mit Hilfe der Zügel-, Schenkel- und Gewichtshilfe als kommunikative Einwirkung, lernt der Patient, Tempo und Gangart eines 500 bis 700 kg schweren Lebewesens auf vorgegebene Hufschlagfiguren zu führen. Die nun geforderte konstruktive Auseinandersetzung macht vermehrt einen eigenen Standpunkt notwendig. In dieser Phase werden konträre Gefühle und Körperzustände gleichzeitig erlebt wie:

- anspannen – loslassen
- mitschwingen – standhalten
- einfühlsam wie möglich – abgrenzend wie nötig.

Dieses gleichzeitige Erleben von Gegensätzen hebt eine Spaltung in ein entweder oder auf. In dieser Phase löst sich die anfängliche Symbiose der Dreiecksbeziehung Patient-Pferd-Therapeut langsam auf. Es findet im weiteren Verlauf ein Abnabelungsprozess statt, zugunsten eines Gruppenerlebens d. h. es erfolgt nun zunehmend das Reiten in der Gruppe. In Abgrenzung eigener Bedürfnisse und Ängste lernen die Patienten intensiver auf Wünsche anderer einzugehen bzw. zu kooperieren, um im Hier und Jetzt unerwartete Situationen gemeinsam zu meistern. Insbesondere bei kleinen Ausritten in die Natur müssen die Patienten in ihrer Angst, Aggression und Abgrenzung gegenüber dem Pferd und der Gruppe ein gewisses Maß an Identitätsentwicklung erreicht haben. Dieses gemeinsame Erleben bei kleinen Ausritten beinhaltet ein intensives Naturerlebnis, vor allem aber das Übernehmen von Eigen- und Fremdverantwortung und führt zu neuen Möglichkeiten der zwischenmenschlichen Beziehungsfähigkeit.

3.10 Entspannter Ausklang für Mensch und Pferd

Sobald im Rahmen eines Vormittags das Therapeutische Reiten beendet wird d. h. zwei Stunden rund ums Pferd liegen hinter uns, erfolgt nach einer kurzen Nachpflege des Pferdes eine Auszeit körperlich-mentaler Art, indem die Patienten ihre Pferde auf eine Weide führen. Dort gibt es:

- Zeit für innere Ruhe und körperliche Nähe,
- Zeit für Gelassenheit und innerer Berührtheit,
- Zeit zum Loslassen und zunehmender Vertrautheit.

3.11 Frühstück und Nachbesprechung

Je nach Gestimmtheit der Patienten wird der gemeinsame Frühstückstisch mehr oder weniger liebevoll gedeckt. Die Gelegenheit zu einem gemeinsamen Gespräch findet dann in echter körperlicher Ermüdung statt. Die sensorischen Erfahrungen rund um das Pferd versucht jeder Patient in Worte zu fassen. Darüber hinaus erfolgt ein gegenseitiges Feedback sowie eine Auseinandersetzung über Erlebnisse, Eindrücke und Erfahrungen bis hin zu Spannungen, Widerständen, Ängsten, Rivalitäten im Rahmen der diversen Kleingruppen.

Die im Kontakt mit dem Pferd und im Gespräch aufgerissenen Gefühle, Gedanken und Fantasien werden in die Klinik mitgenommen und werden dort in andere Therapieformen integriert.

Der Behandlungserfolg der Reittherapie wird durch ein multiprofessionelles Therapeutenteams mit intensiver Kontroll- und Supervisionsarbeit im Sinne des ganzheitlich, dynamisch, psychiatrische Konzept der Klinik Mengerschwaige unterstützt.

Abschließend möchte ich nochmals zum Ausdruck bringen, dass ich in der Reittherapie einen möglichen Weg sehe, den Menschen bzw. Patienten in seiner Ganzheitlichkeit von Körper, Seele und Geist zu berühren. Sie ist damit eine aktiv eingreifende Therapie, die etwas in Fluss bringt und durch ihr spezielles Medium Pferd nie manipulativ wird, sondern immer an Realität, Natürlichkeit, Respekt und Würde gebunden ist.

Pferde erziehen dich ganz unmittelbar.
 Sie schmieden deinen Geist,
 deinen Charakter, deine Gefühle.
 (Charles de Kunffy)

Effective Factors of Hippotherapy

Within the last few years, hippotherapy developed more and more into an important tool for the treatment of psychiatric disorders, irrespective of the therapeutical school.

Living as herd animals, horses are used to a naturally existing social community. Their domestication for thousands of years has developed their capacity to build up contacts and relationships that could be transferred to humans.

Thus, the horse acts as an interim partner of the patient with regard to learning interpersonal skills like empathy, respect, dignity, care, and responsibility, and therefore is able to enhance the capacity of interpersonal relationships in the patients as a way of character developing.

In the therapeutical process the horse creates a touching and motivating atmosphere; it is able to approach towards patients who are tired from therapy in a particular manner that reduces their feelings of hopelessness.

Another important aspect of hippotherapy is to be seen in the fact that you can sit, lie or ride on horseback. This intensive, partly unconscious, sensomotoric physical experience connected with symbiotic interaction provides security, shelter, and confidence.

As a physically-orientated form of therapy, hippotherapy therefore has a particular position in the treatment of patients suffering from an impaired relation of their body and self.

(English summary by Hellmuth Cox)

Claudia Friedsam ist: Dipl.-Sportl. Reha./Präv. TU München, Reitlehrerin, Therapeutin für Koronarsport, Rückenschule, Reittherapie; Fortbildung in Gruppendynamik, Lehrtätigkeit an der TU / KTU – München, Leiterin der Reittherapie in der Klinik Mengerschwaige

Kontakt

Claudia Friedsam • Dynamisch-psychiatrische Klinik Mengerschwaige • Geiseltalstraße.
203 • 81545 München • E-Mail: info@klinik-mengerschwaige.de

Evaluation stationärer psychotherapeutischer Behandlungen in der dynamisch-psychiatrischen Klinik Mengerschwaige 2009. Erste Ergebnisse.

Andrés Steffanowski, David Kriz, Esther Maria Glahn, Gisela Finke, Werner Wittmann (Mannheim, München)

In 2006 a cooperation project between the Mengerschwaige hospital and the Institute for Psychology at the University of Mannheim was started to evaluate the process and outcome quality of dynamic psychiatric treatment. First results of the study have been presented at the 30th anniversary of the clinic. They show significant improvements of the patients in a number of psychometric scales like the SCL-90 R, the BDI and the ISTA as well. Most of the patients were satisfied with the quality of treatment and its results.

Keywords: psychotherapy research, evaluation, outcome, follow up

Einführung

In der mittlerweile 30-jährigen klinischen Arbeit der dynamisch-psychiatrischen Klinik Mengerschwaige in München hat sich insbesondere die Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) zu einem wichtigen Schwerpunkt entwickelt. Meist leiden diese PatientInnen an mehreren schwerwiegenden Symptomen wie Depressionen, Ängsten, Suchtproblemen, Beziehungsstörungen im privaten und beruflichen Bereich, emotionaler Instabilität, psychosomatischen Störungen und selbstschädigendem Verhalten. Häufig finden sich traumatische Erfahrungen von Diskontinuität, Trennung, Verlust, Gewalt, Missbrauch und Vernachlässigung in der Biografie (KERNBERG 1985, SCHMAHL, BOHUS 2006).

Wesentliches Ziel der Behandlung ist eine gesunde Identitätsentwicklung des Patienten, die ihn dazu befähigt, ein selbst bestimmtes, gesellschaftlich integriertes und kreatives Leben zu führen. So bestehen nach (HAUTZINGER, THIES 2008) wichtige Therapieziele im Aufbau von Emotions- und Handlungskontrolle, die Vermittlung neuer Problemlösestrategien und das Training sozialer Fertigkeiten.

Die Behandlung erfolgt theoriegeleitet, leitlinienorientiert und störungsspezifisch auf der Grundlage eines integrativen bio-psycho-sozialen Krankheits- und Gesundheitskonzepts (DGPPN 2009). Hierbei spielt das Konzept der dynamischen Psychiatrie eine zentrale Rolle, das in den USA entwickelt und in Deutschland bereits in den 1970er Jahren von Günter AMMON

eingeführt wurde (AMMON 1998). Der Gruppe kommt dabei eine wichtige Rolle zu, da sie bei entsprechender therapeutischer Begleitung ein Klima der emotionalen Offenheit schaffen kann, die dem Patienten im Sinne einer nachholenden Entwicklung die Einübung von neuen sozialen Verhaltensweisen in einem geschützten Rahmen ermöglicht. Erst in diesem vertrauensvollen Umfeld wird ein Abbau von Angst und Realitätsvermeidung, Bewältigung von traumatischen Erfahrungen, Umgang mit existenziellen Emotionen wie Wut, Angst und Einsamkeit, Einübung sozialer Kompetenz, Reaktivierung von identitätsbildenden kreativen Fähigkeiten durch entsprechende gestalterische Tätigkeiten sowie Regelung der oft desolaten privaten und beruflichen Lebenssituation möglich.

Als Arbeitsgrundlage zur Qualitätssicherung der durchgeführten Behandlungen in der Klinik Mengerschwaige dient das standardisierte Vorgehen nach DIN ISO 9001:2000. Die Zertifizierung durch das 'Europäische Institut zur Zertifizierung von Managementsystemen und Personal' (EQ-ZERT) fand im August 2008 statt. Die Aufgabe der Qualitätssicherung ist klinikintern einer Qualitätsmanagementbeauftragten und einem Steuerungskreis übertragen, in dem Mitarbeiter aus jedem Bereich der Klinik vertreten sind mit dem Ziel, die Qualität der therapeutischen Arbeit und der dafür notwendigen Rahmenbedingungen im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses weiter zu steigern.

Bereits ab 1984 wurde in einer katamnestic Nachbefragung (BURBIEL, FABIAN, EMMERT, WOLFRUM 1992; AMMON, BURBIEL et al. 1998) untersucht, wie die weitere Entwicklung der Patientinnen und Patienten nach der Entlassung aus der Klinik verlaufen war. Aus diesen frühen Studien ergab sich, dass die soziale Kompetenz der Patienten zunimmt – ein wichtiges Kriterium zur Bewertung des Behandlungserfolges bei BPS.

So verbessert sich sowohl das Selbstvertrauen als auch das Vertrauen zu anderen Menschen. Die Patienten schätzen sich realistischer hinsichtlich ihrer eigenen Fähigkeiten und Grenzen ein. Selbstbewusstsein und Beziehungsfähigkeit nehmen zu, während die Symptombelastung abnimmt. Häufig verbessert sich die Ausbildungs- und Berufssituation – ein wichtiges Problemfeld bei BPS. Schließlich sind viele Patienten weniger auf die Behandlung mit Psychopharmaka angewiesen.

Angesichts der sich verändernden gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen wie einerseits Zunahme psychischer Erkrankungen, Diskussion um eine leitlinienbasierte Medizin und Ressourcenverknappung bei den Sozialversicherungsträgern, andererseits aber auch Ver-

füßbarkeit von neuen psychometrischen Testverfahren und Forschungsmethoden wurde in einer aktuellen, umfangreichen prospektiven Programm-evaluationsstudie erneut untersucht, wie sich das Befinden der Patientinnen und Patienten im Behandlungsverlauf sowie nach der Behandlung in der Klinik Mengerschwaige verändert.

Komplexe Krankheitsbilder mit einer langen Vorgeschichte (und dazu gehört die BPS) erfordern häufig eine entsprechend zeitintensive Behandlung (BOHUS 2007). Ist die bewilligte Behandlungsdauer zu kurz, so besteht die Gefahr, dass es nach Entlassung aus der Klinik angesichts der erneuten Konfrontation mit privaten und beruflichen Alltagsanforderungen bei gleichzeitig noch nicht ausreichenden eigenen Bewältigungsressourcen zu einem Rezidiv kommt und der dann desillusionierte Patient nach einigen Wochen oder Monaten erneut aufgenommen werden muss. Möglicherweise ist die dann dokumentierte Gesamtbehandlungsdauer pro Patient (Erstaufenthalt plus zusätzlich notwendige Wiederaufnahmen) größer und somit für den Kostenträger auch teurer, als wenn die Dauer der Erstbehandlung von vorneherein länger gewählt worden wäre bzw. einem Wunsch nach Verlängerung der Aufenthaltsdauer stattgegeben worden wäre.

Umgekehrt sind Beziehungs- und somit auch Behandlungsabbrüche aber auch mit dem Störungsbild der BPS untrennbar verbunden. Je schwerer die Ausprägung der Symptomatik, desto höher ist (unabhängig von der Qualität der Behandlung) die Wahrscheinlichkeit für plötzliche Behandlungsunterbrechungen, Verlegungen in die geschlossene Psychiatrie und Mehrfachbehandlungen. Der steigende Anteil von wiederaufgenommenen Patienten bei zurückgehenden mittleren Verweildauern könnte also auch auf gesellschaftlich veränderte Rahmenbedingungen und eine Zunahme des Anteils besonders schwer erkrankter Patienten zurückzuführen sein.

Bei manchen Patienten mag sich eine Behandlungsunterbrechung im Sinne einer Erprobung des Neugelerten im Alltag mit anschließender Weiterbehandlung aber auch positiv auswirken. So besteht bei sehr langen Aufenthaltsdauern immer die Gefahr einer Hospitalisierung, was im Gegensatz zum grundsätzlichen Behandlungsziel der Verbesserung der Fähigkeit zu einer eigenverantwortlichen Lebensbewältigung steht. Eine Mehrfachbehandlung kann – bei entsprechender Vermittlung und Vorbereitung – durchaus positive Impulse setzen. Eine vom Kostenträger erzwungene Entlassung aus der Klinik gegen den Willen des Patienten bei unklarer Perspektive, wie es weitergehen soll, dürfte hingegen eher zu einer Verschlimmerung der Symptomatik beitragen.

Pilotphase der Studie 2006

Im ersten Schritt wurde zwischen der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige und der Universität Mannheim eine Pilotphase von zwölf Monaten vereinbart, bei der im Jahr 2006 eine Bestandsaufnahme der bisherigen Forschungsaktivitäten erfolgte. Seit vielen Jahren führt die psychologische Abteilung der Klinik eine routinemäßige Basisdokumentation bei Aufnahme und Entlassung durch, wobei sowohl die Therapeuten als auch die Patienten befragt werden. Aufbauend auf dieser Forschungstradition wurde zunächst eine Reanalyse der aus den letzten Jahrgängen vorliegenden Daten durchgeführt, deren Ergebnisse nachfolgend präsentiert werden. So ist für den Zeitraum 2001 bis 2006 eine Gesamtstichprobe von 1.619 Behandlungen in der Klinik Mengerschwaige dokumentiert.

Behandlungsdauer und Wiederaufnahmen

Die Anzahl der Aufnahmen pro Jahrgang ist in diesem Zeitraum von 220 auf 295 deutlich angestiegen. Damit korrespondierend ist die mittlere Behandlungsdauer pro Behandlungsfall im gleichen Zeitraum von 83 auf 66 Tage zurückgegangen. Der Anteil der Wiederaufnahmen ist dabei zwischen 2001 und 2006 von 26% auf 41% deutlich angestiegen. Angesichts dieser Entwicklung stellt sich daher die Frage, wie sich die Verkürzung der Behandlungsdauern auf die Behandlungsergebnisse auswirkt. Die ausführliche Analyse des Wiederaufnahmegeschehens stellt somit eine wichtige Teilfragestellung der Studie dar.

Soziodemografische Merkmale

58,1% aller Patienten sind weiblich und 41,0% männlich. Das Durchschnittsalter beträgt 33,5 Jahre (SD=11,6). In den letzten Jahren hat das mittlere Alter insgesamt zugenommen. Hinsichtlich des Bildungsniveaus haben 33% (Fach-)Hochschulreife und 28% Realschulabschluss. Ganz im Gegensatz zur hohen Bildung steht die berufliche Situation der Patienten: 28,8% aller Patienten haben weder einen Berufsabschluss, noch befinden sie sich in Ausbildung. Lediglich 22,3% aller Patienten sind zumindest halbtags berufstätig und in der Lage, ihren Lebensunterhalt aus eigener Erwerbstätigkeit zu bestreiten. Die prekäre soziale Situation spiegelt sich auch in der privaten Situation wider: Lediglich 8,2% sind verheiratet und nur 29,2% hatten zum Aufnahmezeitpunkt einen festen Partner. 4,4% wa-

ren ohne festen Wohnsitz, 13,6% hatten eine betreute Wohnsituation und 6,7% eine Heimunterbringung bzw. 'sonstiges' angegeben.

Krankheitsbezogene Merkmale

Von den berufstätigen Patienten waren 42,4% länger als vier Wochen im Jahr vor Aufnahme krank geschrieben, so dass bei dieser Gruppe von einer erheblichen Gefährdung des Arbeitsplatzes ausgegangen werden kann. 8,1% aller Patienten war vorzeitig berentet. Bei 15,3% aller Patienten besteht eine gesetzliche Betreuung und 14,4% haben Schwerbehindertenstatus. Die überwiegende Mehrzahl aller Patienten (89,1%) hat mindestens eine ambulante oder stationäre psychotherapeutische Vorbehandlung in der Krankengeschichte. Hinsichtlich der Symptombelastung zum Aufnahmezeitpunkt im SCL-90-R liegt der durchschnittliche T-Wert auf der Globalskala GSI zum Aufnahme-Zeitpunkt bei 69,7, was einer ausgeprägten psychischen Belastung von zwei Standardabweichungseinheiten oberhalb des bevölkerungsrepräsentativen Mittelwertes entspricht. Auch der BDI-Wert weist mit durchschnittlich 23,5 Punkten (SD=11,7) auf eine gravierende Belastung durch depressive Symptome hin.

ICD-10-Diagnosen

Häufigste Hauptdiagnose ist die emotional instabile Persönlichkeitsstörung (F60.3 mit 43,0% aller Aufnahmen), gefolgt von depressiven Störungen (F32, F33, F34.1, zusammen insgesamt 12,1%), sowie der paranoiden Schizophrenie (F20.0 mit 9,1%). Häufig ist eine multiple Belastung durch mehrere Krankheitsbilder gegeben. So beträgt die durchschnittliche Anzahl der vergebenen Diagnosen aus dem F-Kapitel 2,74 (SD=1,26). So haben 65,3% aller Patienten mit Erstdiagnose emotional instabile Persönlichkeitsstörung (F60.3) gleichzeitig auch eine depressive Störung (F32, F33, F34.1), 37,4% eine Abhängigkeitsproblematik (Kapitel F1), 21,2% eine Essstörung (F50), 21,2% eine Psychotraumatisierung (F43.0/1) sowie 15,0% eine Angststörung bzw. Zwangsproblematik (F40-42).

Häufige Behandlungsanliegen

Im Aufnahme-Fragebogen konnten die Patienten mit eigenen Worten bis zu drei behandlungsrelevante individuelle Probleme und Therapieziele formulieren. Betrachtet man zunächst die Problemperspektive, so stehen De-

pressionen (28,1% aller Patienten), Ängste (22,6%), körperliche Symptome (10,5%), aber auch Kontaktprobleme (8,5%), psychotische Symptome (7,7%), Substanzmissbrauch (7,0%), Schlafstörungen (6,0%) und Selbstwertprobleme (5,1%) im Vordergrund. Bei den Therapiezielen verschiebt sich der Fokus offenbar deutlich auf eine Verbesserung der sozialen Situation. Folgende Ziele wurden häufig genannt: Klärung beruflicher Probleme (10,5%), Mehr auf andere Menschen zugehen können (10,1%), Bewältigung von Ängsten (9,0%), geregeltere Alltagsbewältigung (8,2%), Verbesserung des Selbstvertrauens (8,5%) und Entwicklung von Lebensperspektiven (6,4%). Aus den freitextlich genannten Problemen und Therapiezielen wurde für die zweite Studienphase eigens ein standardisierter und auf die Behandlungsanliegen der Patienten in der Klinik Mengerschwaige zugeschnittener Therapiezielkatalog entwickelt.

Rücklauf bei Entlassung

Immerhin für 473 Patienten liegen Messungen zum Entlasszeitpunkt aus dem Beobachtungszeitraum vor. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 29,1%, bezogen auf die Ausgangsstichprobe von 1.619 Patienten. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass jeder Patient im Beobachtungszeitraum durchschnittlich 1,66 mal aufgenommen wurde, d. h. es gibt einen erheblichen Anteil an Mehrfachbehandlungen aufgrund von Therapieunterbrechungen mit entsprechend fehlenden Messungen. So liegt der Anteil vorzeitig entlassener Patienten bei den nicht ausgefüllten Entlassfragebögen deutlich höher. Darüber hinaus sind die Nichtantworter im Durchschnitt drei Jahre jünger als die Antworter. Hinsichtlich Geschlecht, Hauptdiagnose, Bildungsgrad und psychischer Ausgangsbelastung zeigten sich zwischen Antwortern und Nichtantwortern allerdings keine signifikanten Unterschiede.

Bewertung verschiedener Klinikaspekte

Auf der sechsstufigen Notenskala (1=sehr gut bis 6=ungenügend) erhält die Klinik Mengerschwaige einen Gesamtmittelwert von 2,66 (Verpflegung: 2,57; Unterbringung: 3,08; Zeitplanung: 2,08 sowie Freizeit 3,05). Die zur Therapieplanung wichtige Ablauforganisation erhält also besonders gute Noten.

Bewertung des Therapieangebots bei Entlassung

Der gemittelte Wert auf der fünfstufigen Skala (1: sehr geholfen, 2: ziemlich geholfen, 3: etwas geholfen, 4: nicht geholfen, 5: geschadet) beträgt 2,22 (SD=0,56) und ist trotz Verkürzung der durchschnittlichen Behandlungsdauer in den letzten Jahren stabil geblieben.

Allgemeine Behandlungsergebnisse bei Entlassung

73% aller Patienten beurteilen die Behandlung als ziemlich bis sehr hilfreich. 77% geben an ihre Therapieziele zumindest teilweise erreicht zu haben. 79% sagen, in der Klinik am richtigen Platz gewesen zu sein. 88% sind mit der Behandlung weitgehend bis sehr zufrieden.

Prä-Post-Veränderungen auf den psychometrischen Skalen

Im SCL-90-R geht der Globalindex für psychische Belastung (GSI) im Behandlungsverlauf von durchschnittlich $T=69,9$ (SD=12,4) auf 60,8 Punkte zurück, was einer spürbaren Symptomlinderung und einem 'großen Effekt' von $d=0,86$ in der Terminologie von COHEN (1992) sowie unter Berücksichtigung internationaler metaanalytischer Studien (LIPSEY, WILSON 1993) entspricht. Auch im Beck-Depressionsinventar zeigt sich eine deutliche Abnahme von 22,3 (SD=11,3) auf 12,7 Punkte ($d=0,85$). Bei den Skalen des Ich-Strukturtest (ISTA) fallen die Effekte nicht so groß aus, erreichen aber immerhin einen gemittelten Wert von $d=0,44$. Strukturelle Änderungen sind weniger leicht zu erreichen als symptomatische Linderungen, so dass der Effekt unter dieser Voraussetzung beachtlich ist.

Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV)

Der Mittelwert liegt mit 204,4 Punkten (SD=41,0) eindeutig im positiven Bereich. Zwei Drittel aller Patienten berichten individuell signifikante Verbesserungen des Erlebens und Verhaltens.

Vorhersage des Outcomes

Insgesamt ergeben sich keine Hinweise darauf, dass bestimmte Patientengruppen systematisch mehr oder weniger als andere vom Therapieangebot profitieren. Dies lässt sich im Sinne einer geglückten individuellen Therapieplanung und -umsetzung interpretieren. Die Analysen lassen aber Anhaltspunkte dafür erkennen, dass eine hohe soziale Integration (fester

Lebenspartner und Arbeitsplatz vorhanden) für den Behandlungserfolg begünstigend wirkt. Patienten mit einer schwierigen sozialen Ausgangslage erfordern also besondere Aufmerksamkeit.

Fazit der Pilotphase

Die vorliegenden Behandlungsergebnisse sind sehr ermutigend. Die beobachteten Effektgrößen zum Entlasszeitpunkt können sich mit Werten von 0,85 sehen lassen und dies obwohl ein erheblicher Teil der Patienten zum Aufnahmezeitpunkt schwer krank ist und sich in einer schwierigen Lebenssituation befindet. Weiterer Forschungsbedarf besteht in einer eingehenden Analyse der Prä-Post-Verläufe unter Berücksichtigung von aktuellen störungsspezifischen Testverfahren, 'typischer' Problemprofile bestimmter Patientengruppen. Hierbei ist die Beantwortung der Frage von besonderem Interesse, ob die zum Entlasszeitpunkt erzielten Behandlungsergebnisse auch stabil sind (katamnestiche Nachbefragung).

Ein besonderes Augenmerk der anschließenden prospektiven Studie richtet sich auf die Rolle der Behandlungsdauer sowie das Wiederaufnahmegeschehen. So konnten in der Patientenstatistik 2001-2006 keine Anhaltspunkte dafür gefunden werden, dass die Erkrankungsschwere zum Aufnahmezeitpunkt allgemein zugenommen hätte. Der steigende Anteil an Wiederaufnahmen ist auch nicht durch Veränderungen bei der Qualität der durchgeführten Behandlungen oder den zum Entlasszeitpunkt erzielten Behandlungserfolgen bedingt, die von den Patienten über die Jahre hinweg gleichbleibend positiv bewertet werden. Als mögliche Erklärung bleibt hier somit nur die Verkürzung der Behandlungsdauer.

Prospektive Studie 2007-2009

Auf den Ergebnissen der Pilotphase aufbauend wurde die prospektive Studie gemeinsam geplant und implementiert. Für diese zweite Phase wurden weitere 24 Monate (2007-2008) angesetzt, so dass sich das Gesamtvorhaben auf 36 Monate erstreckt. Zur Komplettierung der Daten – Eintreffen von weiteren Katamnesen oder aber Berücksichtigung von Wiederaufnahmen bei Studienpatienten – wurde die Erhebungsphase bis zum Ende des 3. Quartals 2009 verlängert. Die Datenerhebung ist mittlerweile abgeschlossen und zum Zeitpunkt der Verfassung des vorliegenden Beitrages wird der Projektabschlussbericht erstellt. Erste Studienergebnisse wurden bereits anlässlich der Jubiläumsveranstaltung zum 30-jährigen Bestehen der Klinik im Mai 2009 präsentiert und sollen auch hier kurz vorgestellt werden. Die

ausführliche Ergebnisdarstellung des umfangreichen Vorhabens wird dann Gegenstand weiterer Publikationen sein.

Wesentliches Ziel der Studie ist die Bestimmung der Ergebnisqualität der durchgeführten Behandlungen aus verschiedenen Perspektiven unter Berücksichtigung der aktuellen wissenschaftlichen Standards in der Versorgungsforschung und Psychotherapieevaluation (WITTMANN, NÜBLING, SCHMIDT 2002). Die Durchführung einer randomisierten Studie mit einer 'echten' Kontrollgruppe von unbehandelten Patienten scheidet dabei aus ethischen, aber auch aus versorgungsrechtlichen Gründen aus. Auf der anderen Seite haben naturalistische Studien, die direkt im Versorgungsalltag durchgeführt werden, eine hohe Generalisierbarkeit (ROSSI, LIPSEY, FREEMAN 2004). Entscheidend ist das Vorliegen einer Vergleichsbedingung, was hier durch die Aufnahmemessung sichergestellt wird (CARLSON & SCHMIDT 1999). Auf diese Weise lassen sich Prä-Post-Effektgrößen zur standardisierten Darstellung der Veränderungen im Sinne von COHEN (1992) berechnen. Zur Bestimmung der mittelfristigen Stabilität der Behandlungsergebnisse wird neben der Aufnahmemessung (A) und Entlassmessung (E) auch eine 6-Monats-Katamnese (K) durchgeführt. Bei mehrfach behandelten Patienten ('Wiederaufnahmen') werden die entsprechenden Verlaufsdaten analysiert.

Folgende Fragestellungen sollen durch die Studie beantwortet werden:

- Wer kommt in Behandlung?
Untersucht werden hierzu Patientenmerkmale wie Soziodemografie, Indikationsgruppen, Schweregrad bei Aufnahme, Anamnese, ICD-10-Diagnosen sowie individuelle Probleme und Therapieziele
- Wie werden Struktur- und Prozessmerkmale der Klinik beurteilt?
Untersucht wird, wie die Patienten verschiedene Behandlungsmaßnahmen und Klinikaspekte bewerten, sowie die allgemeine Patientenzufriedenheit. Darüber hinaus werden behandlungsbezogene Merkmale wie Therapieverlauf, Teilnahme am Behandlungsangebot, Compliance, Behandlungsdauer, Entlassmodalität und Wiederaufnahmen analysiert.
- Welche Veränderungen ergeben sich bei den Patienten?
Untersucht werden Vorher-Nachher-Vergleiche des körperlichen, psychischen und sozialen Befindens, der Gesundheit, der Leistungsfähigkeit und der Lebenszufriedenheit in verschiedenen Bereichen. Dazu gehören sowohl standardisierte Testverfahren (Patientensicht: SCL-90-R Symptomcheckliste, BDI Beck Depressionsinventar, IIP-64 Inventar

zur Erfassung interpersonaler Probleme, SVF-78 Stressverarbeitungsfragebogen, BPI Borderline-Persönlichkeitsinventar, ISTA Ich-Struktur-Test, ZUF-8 Fragebogen zur Patientenzufriedenheit, VEV Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens, WHO-QoL Fragebogen zur Erfassung der Lebensqualität; Therapeutensicht: BPRS Brief Psychiatric Rating Scale, GAF Global Assessment of Functioning, BSS Beeinträchtigungsschwerescore, PsyBaDo-Modul zur Ausprägung und Veränderung von Problembereichen) zur Untersuchung des Verlaufs der Symptomatik als auch selbstentwickelte Skalen sowie sozialmedizinische Ergebniskriterien wie Arbeitsfähigkeit, Medikation und Inanspruchnahme der ambulanten bzw. stationären Gesundheitsversorgung.

Befragt wurden die Patienten (A, E und K) sowie die Kliniktherapeuten (A und E). Das ursprüngliche Ziel von 200 Patienten bei Katamnese konnte trotz sorgfältiger Studienbegleitung (informed consent, Erinnerungsschreiben, telefonische Nachfassaktionen etc.) leider nicht erreicht werden, immerhin konnten bis Ende 2009 aber 110 Patienten für die katamnestiche Nachbefragung gewonnen werden.

Zum Stichtag am 8. Mai 2009 lagen insgesamt 419 Prä-Post-Vergleiche (A/E, beide Messzeitpunkte vorhanden) aus Therapeutensicht und 281 Prä-Post-Vergleiche (A/E) aus Patientensicht vor. Bis dahin waren auch 96 vollständig ausgefüllte Katamnesefragebögen eingetroffen, wobei 77 vollständige A/K-Vergleiche (beide Messzeitpunkte vorhanden) und 57 vollständige A/E/K (alle drei Messzeitpunkte vorhanden) verbucht werden konnten.

Die Diskrepanz zwischen den vorliegenden Therapeuten- und Patientendokumentationen erklärt sich daraus, dass bei sehr kurzen Verweildauern (z. B. Krisenintervention) eine Durchführung der psychometrischen Diagnostik aus organisatorischen und behandlungspraktischen Gründen oft nicht möglich ist. Auch kann die umfangreiche (und belastende) Testdiagnostik vielen Patienten nicht bereits zum Erstkontakt zugemutet werden, bei dem es ja zunächst um die Schaffung einer Vertrauensbasis und Klärung des allgemeinen Behandlungsanliegens im Sinne einer ersten Bestandsaufnahme geht. Auch bei vorzeitiger Beendigung der Behandlung durch Abbruch oder Verlegung lässt sich eine Entlassdiagnostik der Patienten aus naheliegenden Gründen oft nicht realisieren.

Leider stellt die Optimierung von Rücklaufquoten bei BPS ein nicht gerade einfaches Unterfangen dar. So lässt sich auch die vergleichsweise geringe Anzahl an Katamnesen durch das Wiederaufnahmegeschehen, oft aber auch durch unbekannt verzogene Patienten angesichts der häufig instabilen

Lebenssituation erklären. In 38,6% aller Behandlungsfälle handelte es sich um eine Wiederaufnahme – häufig innerhalb des 6-Monatszeitraums nach Entlassung, so dass in diesen Fällen dann auch keine Katamnese dokumentiert wurde. Nachfolgend werden erste Ergebnisse aus der prospektiven Studie exemplarisch präsentiert.

Veränderungen zwischen Aufnahme und Entlassung aus Therapeutesicht

Nach Angabe der Therapeuten (N=410) verändern sich die Patienten im Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS) auf der Gesamtskala zwischen Aufnahme und Entlassung von $M(A)=3,38$ auf $M(E)=2,83$ (Codierung: 1: gar nicht ... 5=extrem). Bei einer Streuung von $SD(A)=0,54$ entspricht diese Mittelwertsdifferenz einer Effektgröße von $d=(3,38-2,83) / 0,54=1,02$ (gepaarter t-Test: $p<.001$). Auch der Global Assessment of Functioning Score (GAF), bezogen auf die letzten sieben Tage verbessert sich im gleichen Zeitraum deutlich von $M(A)=41,7$ auf $M(E)=52,2$ (Codierung: 0-100), was bei einer Streuung von $SD(A)=9,1$ ebenfalls einem großen Effekt von $d=1,15$ ($p<.001$) entspricht. Aus Sicht der Therapeuten ergibt sich also eine deutliche Abnahme der Beeinträchtigungsschwere und Verbesserung des allgemeinen Funktionsniveaus bei den Patienten, wenngleich die Werte bei Entlassung aber auch darauf hinweisen, dass noch keine vollständige Remission erzielt werden konnte.

Bewertung der Klinik aus Patientensicht (N=281)

Auf die Frage, wie hilfreich die Behandlungsmaßnahmen waren (Codierung: 1=sehr geholfen, 2=ziemlich geholfen, 3=etwas geholfen, 4=nicht geholfen, 5=geschadet) liegt der Mittelwert der aus den bis zu 25 einzelnen Wertungen gebildeten Gesamtskala bei 2,25 ($SD=0,53$). Auch insgesamt 23 Klinikaspekte wie Organisation, Freizeit, Mahlzeiten, Unterbringung, Zeitlicher Ablauf, Therapeutische Betreuung und Atmosphäre im Haus wurden bei Entlassung bewertet. Die Gesamtskala (Codierung: 1=sehr gut ... 5=sehr schlecht) weist einen Mittelwert von 2,27 ($SD=0,44$) auf. Auf die Frage nach der Therapiezielerreichung gaben immerhin 83,3% aller Patienten an, ihre Ziele zumindest teilweise erreicht zu haben. Auch die Frage, ob die Klinik Mengerschwaige die richtige Klinik für ihre Beschwerden war, wurde von 82,5% aller Patienten bejaht und 80,1% waren mit dem Behandlungsergebnis zufrieden.

Veränderungen im zeitlichen Verlauf aus Patientensicht (N=57 vollständige A/E/K)

Tabelle 1 gibt die Mittelwerte und Streuungen für die Globalskala GSI (psychische Symptombelastung im SCL-90-R wieder. Es zeigt sich eine deutliche Abnahme von $T=68,0$ bei Aufnahme (A) auf einen Wert von $T=60,4$ zum Entlasszeitpunkt (E), der zudem in der Katamnese ($T=60,1$) stabil bleibt. Die Effektgrößen betragen im Vergleich A/E $d=0,87$ ($p<.001$), A/K $d=0,91$ ($p<.001$) und E/K $d=0,04$ ($p=.828$: nicht signifikant und somit keine Veränderung E/K). Die Werte zeigen aber auch, dass sich die extreme Ausgangsbelastung zwar deutlich und mit großem Effekt reduziert, bei E und K mit einem Mittelwert von $T=60$ aber immer noch um eine Standardabweichungseinheit oberhalb der Bevölkerungsnorm liegt.

Skala	M(A)	SD(A)	M(E)	SD(E)	M(K)	SD(K)
SCL GSI	68,0	8,7	60,4	10,0	60,1	11,0
BDI Summe	72,8	11,0	60,4	14,1	60,7	15,5
BPI 53	57,0	7,8	54,4	9,7	54,3	9,2
IIP Summe	61,0	10,2	53,0	12,8	52,8	13,9

N=57. Messzeitpunkte: A=Aufnahme, E=Entlassung, K=Katamnese.

Tabelle 1. Veränderungen auf den psychometrischen Skalen (T-Normwerte)

Die entsprechenden Effektgrößen für das Beck-Depressions-Inventar (BDI) betragen $d(A/E)=1,13$ ($p<.001$), $d(A/K)=1,00$ und $d(E/K)=-0,03$ ($p=.896$). Beim Borderline-Persönlichkeits-Inventar sind die beobachteten Effektgrößen mit $d=0,33$ (A/E; $p=.004$), $0,35$ ($p=.004$) und $0,02$ ($p=.870$) geringer. Beim Inventar für Interpersonale Probleme beträgt $d=0,78$ (A/E; $p<.001$), $d=0,80$ (A/K; $p<.001$) sowie $d=0,02$ (E/K, $p=.917$). Auf allen Skalen mit Ausnahme des BPI zeigen sich somit deutliche und auch in der Katamnese stabile Effekte. Beim BPI ist anzumerken, dass die gemessene Ausgangsbelastung vergleichsweise moderat ausfällt. Es stellt sich hier also zum einen die Frage nach der Angemessenheit und Änderungssensitivität des BPI zur Diagnostik der BPS, zum anderen ist anzumerken, dass strukturelle Veränderungen bei Persönlichkeitsstörungen Zeit brauchen und daher in diesem Bereich auch kleine Effektgrößen wie hier beobachtet bereits als Behandlungserfolg bewertet werden können.

Behandlungseffekte in Abhängigkeit vom Wiederaufnahmegeschehen

Abbildung 1 veranschaulicht die Entwicklung auf der GSI-Skala im SCL-90-R für Patienten mit und ohne Wiederaufnahme (WA). Es wird deutlich, dass sich Patienten mit WA zum einen bei Behandlungsbeginn belasteter darstellen als Patienten ohne WA und zum anderen auch nicht so deutlich von der Behandlung profitieren. Dennoch zeigen sich in beiden Gruppen deutliche, statistisch signifikante und auch in der Katamnese stabile Effekte. Während die Gruppe ohne WA einen deutlichen Rückgang der Symptomatik auf T-Werte von 57 (und somit in den nur noch leicht erhöhten Bereich) berichtet, hat die Gruppe mit WA zum E- und K-Zeitpunkt noch immer deutlich erhöhte Werte von $T=64$, so dass hier trotz der erzielten Verbesserungen noch nicht von einer klinisch ausreichenden Remission der psychischen Symptomatik gesprochen werden kann.

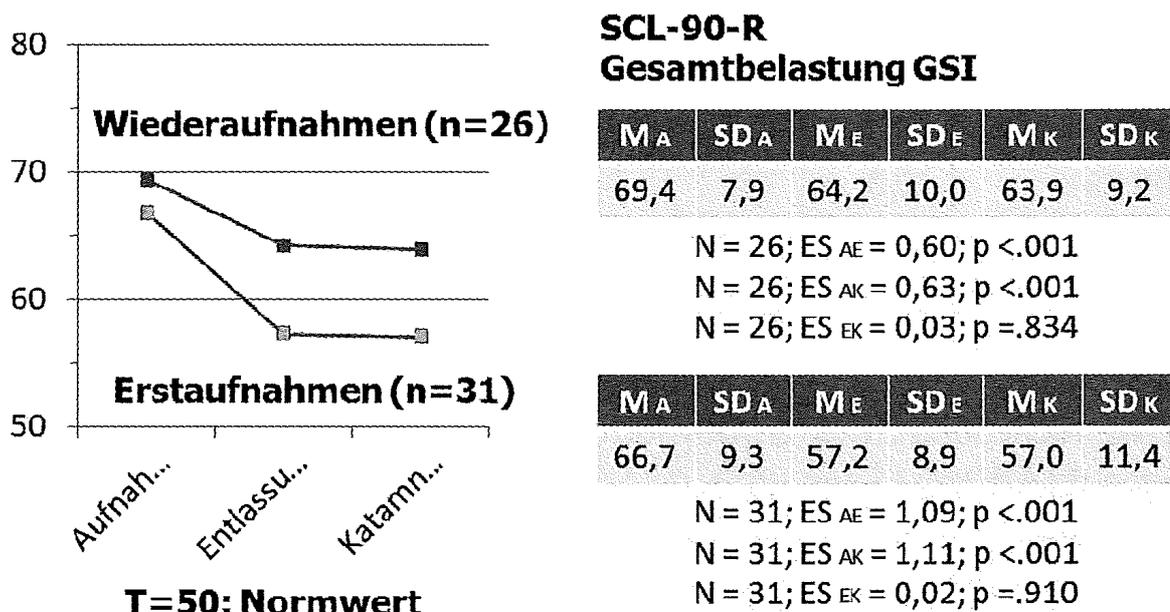


Abbildung 1. Verlauf der GSI-Skala im SCL-90 R unter Berücksichtigung des Wiederaufnahmegeschehens: Patienten mit (obere Linie) und ohne (untere Linie) Vorbehandlungen in der Klinik Mengerschwaige.

Abschließende Bewertung und Ausblick

Bei der stationären Behandlung in der Klinik Mengerschwaige werden große Effekte im Prä-Post-Vergleich erzielt, die zudem in der 6-Monatskatamnese stabil sind. Die Behandlung sowie deren Ergebnisse werden von den meisten Patienten eindeutig als positiv bewertet. Besonderes Augenmerk sollte allerdings auf die Nachsorge im Anschluss an den Klinikaufent-

halt gelegt werden. So weisen viele der (zu Behandlungsbeginn oft schwerkranken) Patienten bei Entlassung noch immer eine klinisch relevante Symptombelastung auf, was vermutlich mit dem Störungsbild und der schwierigen psychosozialen Situation der Patienten insgesamt zusammenhängt.

Darüber hinaus verdient die Gruppe der wiederaufgenommenen Patienten besondere Beachtung. So zeigt sich zum einen eine besonders starke Ausgangsbelastung, zum anderen profitieren diese Patienten weniger vom Therapieangebot im Sinne einer deutlichen Remission der Symptomatik als erstaufgenommene Patienten. Hier zeigt sich zum einen die bereits oben erwähnte Problematik einer Desillusionierung der Patienten bei zu kurzer Behandlungsdauer mit nachfolgendem Rezidiv und notwendiger Wiederaufnahme (und erneut notwendiger Motivierung für eine Behandlung), zum anderen handelt es sich hier aber auch um besonders schwerwiegend erkrankte Patienten, die auf die Therapie aus verschiedenen Gründen weniger gut ansprechen.

Die Klärung der entsprechenden Zusammenhänge mit Patientenmerkmalen (psychosoziale Situation, Krankheitsanamnese, Problemprofil) und Behandlungsmerkmalen (Art und Umfang der in Anspruch genommenen Therapieangebote, Compliance etc.) wird daher einen wichtigen Teilaspekt bei den Datenanalysen und bei der Verfassung des Abschlussberichtes bilden, um für diese Patientengruppe aus den Daten möglicherweise Empfehlungen zur Optimierung der Behandlungseffekte bei gleichzeitiger Verminderung des Risikos von Rezidiven und ungeplanten Wiederaufnahmen ableiten zu können.

Als vorläufiges Fazit bleibt festzuhalten, dass die bisherigen empirischen Ergebnisse der Evaluationsstudie vielversprechend sind und eine beeindruckende Dokumentation der geleisteten Arbeit im Hause darstellen. Gratulation an das Menterschwaige-Team, herzliche Glückwünsche zum 30. Geburtstag und viel Erfolg für die Zukunft mit kontinuierlicher Evaluation!

Literatur

- Ammon, G. (1998): Das Borderline-Syndrom: Krankheit unserer Zeit. Berlin: Pinel.
- Ammon, G.; Burbiel, I.; Apfelthaler, R.; Sandermann, G. (1998): Stationäre Psychotherapie von Borderline-Patienten. In: →G. Ammon 1998; S. 211-221. Berlin: Pinel.
- Bohus, M. (2007): Zur Versorgungssituation von Borderline-Patienten in Deutschland. *Persönlichkeitsstörungen, Theorie und Therapie* 113:149-153.
- Burbiel, I.; Fabian, E.; Emmert, C.; Wolfrum, G. (1992): Klinisch-psychologische Effizienzuntersuchungen bei der stationären Behandlung von Borderline-Patienten in der dynamisch-psychiatrischen

- Klinik Menterschwaige. *Dynamische Psychiatrie* 22:214-276.
- Carlson, K.; Schmidt, F. (1999): Impact of experimental design on effect size: Findings from the research literature on training. *J Applied Psychology* 84 (6):851-862.
- DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde; Hrsg.) (2009): Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Behandlungsleitlinie Persönlichkeitsstörungen; S. 2. Heidelberg: Steinkopf.
- Hautzinger, M.; Thies, E. (2008): *Klinische Psychologie: Anwendungsbereich psychische Störungen*. Weinheim: Beltz.
- Kernberg, O. (1985): *Borderline conditions and pathological narcissism*. Northvale (NJ): Jason Aronson.
- Rossi, P.; Lipsey, M.; Freeman, H. (2004): *Evaluation. A systematic approach*. Thousand Oaks (CA): Sage.
- Schmahl, C.; Bohus, M. (2006): Persönlichkeits- und Impulskontrollstörungen. Neurobiologie. In: H. Förstl, M. Hautzinger, G. Roth (Hrsg.): *Neurobiologie psychischer Störungen*; S. 621-634. Heidelberg: Springer.
- Wittmann, W.; Nübling, R.; Schmidt, J. (2002): Evaluationsforschung und Programmevaluation im Gesundheitswesen. *Zs f Evaluation* 1:39-60.

Andrés Steffanowski, Esther Maria Glahn, David Kriz: Universität Mannheim, Otto-Selz-Institut für angewandte Psychologie;
Gisela Finke, Werner Wittmann: Klinik für Dynamische Psychiatrie, München-Menterschwaige.

Buchbesprechung

Kurt Theodor Oehler: „Das Wesen der Seele. Eine psychologisch-naturwissenschaftliche Erörterung der Frage nach dem Wesen der Seele“; Verlag: Books on Demand, Norderstedt 2005

Eine sehr anspruchsvolle Aufgabe stellt sich der sehr vielseitig ausgebildete langjährige Verbündete G. Ammons, der Deutschen Akademie für Psychoanalyse und Mitglied der WADP, nämlich die Suche nach der Seele des Menschen. Kurt Theodor Oehler ist Dipl.-Ing. für Metallurgie, Psychotherapeut, Psychoanalytiker, Gruppendynamiker und Gruppenpsychotherapeut. Zwei Gründe nennt er: das Interesse und die Faszination an allem Lebendigen und die Tatsache, dass die Seele des zeitgenössischen Menschen in Gefahr ist. Er stellt zusätzlich und mit Recht fest, dass die Suche nach dem Wesen der Seele heutzutage aufgegeben worden ist. Sogar in der Psychologie herrsche jetzt ein totes Schweigen darüber.

Der Autor wendet sich den drei Aspekten seiner Frage nach dem Wesen der Seele zu: einer Suche nach dem biologischen Korrelat, neuronalen ‘Organ’ wo die Seele angesiedelt sein könnte, der spezifischen Rolle der Seele in dem ‘System Mensch’, der Natur der Seele entweder als naturwissenschaftlichem Phänomen oder einem Produkt übernatürlicher Kräfte.

Um sein Ziel zu erreichen stellt sich der Autor folgende Aufgaben: Schritt für Schritt anhand des neuesten Wissenschaftsstandes die Funktionen der menschlichen Psyche zu erörtern, danach den Zusammenhang des Bewusstseins mit anderen psychischen Funktionen des Menschen zu analysieren um sich nachher anhand eigener testpsychologischer Untersuchungen der Menschen sowohl den Funktionen des Ichs als auch dem Geheimnis der Seele anzunähern.

In seiner Suche nach dem Wesen der Seele stützt sich Oehler auf Meinungen vom Naturwissenschaftlern und Philosophen wie McGinn, Eccles, Crick, Damasio oder Jane Goodall, die nach den Ursprüngen der Seele bei Primaten forscht.

Der Autor konzentriert sich weiter auf das Ich oder, besser gesagt, die Identität des Menschen, die er implizit dem Begriff der Seele gleichzusetzen scheint. Um den biopsychosozialen Charakter der Seele zu schildern, beruft er sich auf das Ich-Strukturmodell nach Ammon mit den Bereichen von primären, sekundären und zentralen Ich-Funktionen wobei er den besonderen Druck auf die Ich-Funktion der Abgrenzung legt.

Anhand des von ihm selbst entwickelten Ich-Gestalttests (nach Oehler;

IGTO) und Fallbeispielen versucht der Autor die Existenz einer „besonderen Instanz, die der Aufmerksamkeit und dem Bewusstsein strukturell übergeordnet ist und über die Grenzen des Menschen hinausgeht“, zu beweisen.

Als nächstes nimmt er sich vor, die Seele als ein Untersystem des ‘Gesamtsystems Mensch’, als zentrales Steuerungs-, Regelungs- bzw. Überwachungsorgan, als ein Leitungs- bzw. Führungsorgan aller mentalen Prozesse des menschlichen Organismus zu definieren.

Die Entstehung der seelischen Strukturen, der Seele, im Verlauf der Evolution der Lebewesen sieht Oehler als die Voraussetzung dafür, das Überleben der Gattung zu gewährleisten. Der spirituellen Natur der Seele stellt er sich kritisch entgegen. Phänomene wie Nahtoderlebnisse (NTE) oder Erinnerungen an frühere Leben sieht er entweder in Kategorien von psychologischen Abwehrmechanismen und Selbsttäuschung oder neurophysiologischer Phänomene, die auch mittels oder im Verlauf normaler Psychotherapie zu erreichen sind.

Die ersten Erscheinungen des Seelenlebens des Menschen sieht er, nach dem Pionier der pränatalen Psychologie Graber, in dem intrauterinem Leben des Fötus. Die weitere Entwicklung der seelischen Strukturen sieht Oehler in dem zwischenmenschlichen Geschehen, er versteht den Menschen als Gruppenwesen:

Der Mensch ist ein Gruppenwesen. Er kann nicht ohne Gruppe leben. Er bezieht sowohl seine Lebensenergie als auch seinen Lebenssinn aus seiner Gruppe. Zudem steht auch die persönliche Identität [die Seele?; Anmerkung des Rezensenten] des Menschen in dauernder Wechselwirkung zwischen Individuum und Gruppe. (S. 178)

Den Rest seines Buches widmet Oehler der Schilderung der seelischer Strukturen des Menschen, deren Schädigungen und Behandlung, die er mit Fallbeispielen aus eigener psychotherapeutischen Praxis illustriert.

Im Epilog meint er das Wesen der Seele enttarnt und entmystifiziert zu haben. Die Seele als ganz gewöhnliches menschliches Organ zu fassen, als Produkt von Evolution im Sinne Darwins und nicht von Gottes Hand zu sehen findet der Autor als frei, erwachsener, verantwortlicher, kreativer und aufregender als den Glauben an den göttlichen Ursprung der Seele.

Es soll dem Leser überlassen werden, ob er diese Meinung mit dem Autor teilt oder nicht. Um das herauszufinden muss er erst das Buch lesen.

Andzej Guzek (München)