

Dynamische Psychiatrie

Herausgegeben
von Günter Ammon

*Dynamic
Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für
Psychiatrie und Psychoanalyse

Amnon Carmi (Haifa)

The Confrontation of the Physician with the Phenomenon of
Suicide of Patients

Günter Ammon (Berlin/München)

Dynamic Structural Psychiatry Today

Ilse Burbiel/Ulrich Köppen/Astrid Thome (München)

Schlafuntersuchungen bei Patienten mit Anorexia nervosa im
Vergleich zu Patienten anderer humanstruktureller Diagnosegruppen

Gertraud Reitz (München)

Der therapeutische Prozeß eines Borderline-Patienten im Feld von
Gruppen- und Tanztherapie — ein kasuistischer Beitrag

Heinrich Huebschmann (Heidelberg)

Erkranken als Überschreiten von Grenzen

J.J. Tupizin (Leningrad)

Some Unresolved Problems in Soviet Psychiatry

Sándor Fekete/Gábor Kelemen (Pécs)

Ethical Aspects in the Therapy of Borderline Patients

August Shereshewsky (Leningrad)

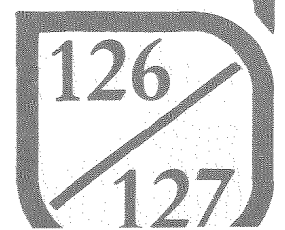
Development of Theoretical Fundamentals of Personality-oriented
Psychotherapy in Russia and Its Role in Treatment of Mentally Ill in
the 19th Century

Buchbesprechungen

Nachrichten

24. Jahrgang
1./2. Heft 1991

»Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie
und Philosophie GmbH München



Dynamische Psychiatrie / *Dynamic Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse

Organ der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), der

World Association for Dynamic Psychiatry WADP, der

Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG), der

Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM), der

Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige, der

Deutschen Gesellschaft für Dynamische Psychiatrie (DGDP) und der

Psychoanalytischen Kindergärten

24. Jahrgang, 1./2. Heft 1991, Nr. 126/127

Herausgegeben von Günter Ammon

unter Mitarbeit von

F. Antonelli, Rom — F.V. Bassin, Moskau — L. Bellak, New York — B. Buda, Budapest —
I. Burbiel, München — A. Carmi, Haifa — R. Ekstein, Los Angeles — Th. Freeman, Antrim —
A. Garma, Buenos Aires — F. Hansen, Oslo — H. Illing†, Los Angeles — I. Jakab, Pittsburgh
— M. Knobel, Campinas — A. Lambertino, Parma — U. Mahlendorf, Santa Barbara —
A. Mercurio, Rom — L. Miller de Paiva, Sao Paulo — K. Okonogi, Tokio — M. Orwid, Kra-
kowiak — J.F. Pawlik, Warschau — E. Ringel, Wien — V. S. Rotenberg, Tel. Aviv — F. S.
Rothschild, Jerusalem — D. Shaskan, Los Angeles — J.B.P. Sinha, Patna — J. Sutherland,
Edinburgh — Y. Tokuda, Tokio — E. Weigert, Chevy Chase — Wu Chen-I, Peking.

Inhalt / Contents

Amnon Carmi (Haifa)

The Confrontation of the Physician with the Phenomenon of Suicide of Patients 1
Die Konfrontation des Arztes mit dem Phänomen des Selbstmords bei Patienten 18

Günter Ammon (Berlin/München)

Dynamic Structural Psychiatry Today 21
Dynamische humanstrukturelle Psychiatrie heute 29

Ilse Burbiel/Ulrich Köppen/Astrid Thome (München)

Schlafuntersuchungen bei Patienten mit Anorexia nervosa im Vergleich zu Patienten an-
derer humanstruktureller Diagnosegruppen 34
Sleep Research with Patients Suffering from Anorexia Nervosa
Compared to Other Humanstructural Diagnosis Groups 51

Gertraud Reitz (München)

Der therapeutische Prozeß eines Borderline-Patienten im Feld von Gruppen- und Tanz-
therapie — ein kasuistischer Beitrag 56
The Therapeutic Process of a Borderline Patient in the Field of an Out-Patient Group
Psychotherapy and Dance Therapy — A Casuistic Contribution 67

Heinrich Huebschmann (Heidelberg)

Erkranken als Überschreiten von Grenzen 70
Illness as a Transcending of Boundaries 78

J.J. Tupizin (Leningrad)

Some Unresolved Problems in Soviet Psychiatry 80
Einige ungelöste Probleme in der sowjetischen Psychiatrie 83

Sándor Fekete/Gábor Kelemen (Pécs)

Ethical Aspects in the Therapy of Borderline Patients 85
Ethische Aspekte der Psychotherapie bei Patienten mit Borderline-Syndrom 89

August Shereshevsky (Leningrad)

Development of Theoretical Fundamentals of Personality-oriented Psychotherapy in
Russia and Its Role in Treatment of Mentally Ill in the 19th Century 92
Die Entwicklung theoretischer Grundlagen einer persönlichkeitsorientierter Psycho-
therapie in Rußland und ihre Rolle in der Behandlung von psychisch Kranken im 19.
Jahrhundert 94

Buchbesprechungen/Book Reviews 97

Nachrichten/News 107

Ankündigungen/Announcements 111

The Confrontation of the Physician with the Phenomenon of Suicide of Patients**

Amnon Carmi (Haifa)*

Der Autor setzt sich in der vorliegenden Arbeit mit dem Problem des Sterbewunsches von Patienten mit unheilbaren und schmerzhaften Erkrankungen auseinander und mit den ethischen Problemen, die dadurch für den behandelnden Arzt aufgeworfen werden.

Im Hauptteil seiner Arbeit referiert Carmi reichhaltiges und differenziertes Dokumentationsmaterial aus der Literatur und eigener gerichtlicher Praxis und diskutiert die juristischen, medizinischen und ethischen Implikationen ärztlichen Handelns angesichts des Sterbewunsches schwerst leidender Menschen. Er geht der Frage nach einer echten Hilfe und Mitverantwortlichkeit gegenüber der seelischen und geistigen Situation des kranken Menschen an der Grenze des eigenen Lebens auf den Grund.

Ohne eine grundlegende und umfassende gesellschaftliche Werte-Diskussion, die die Ganzheit des Menschen im Blick hat, kann diese Frage nicht gelöst werden. Gegenwärtig wird das Problem durch Individualisierung und Verrechtlichung verdeckt und durch schale Kompromißbildung ein Vakuum von Verlassenheit aufrechterhalten, was letztlich inhuman ist, so das Resümee des Autors.

The Phenomenon of Suicide

Many researches which have been held in various countries indicate suicide as one of the major death causes among physicians (*Abrams and Buckner 1983*). However, the present work involves *patients* who wish to bring nearer the end of their life, and *doctors* who are requested to assist these patients.

One may distinguish between two groups of patients who attempt to commit suicide (*Heifetz 1975*). The first group consists of patients who are suffering from emotional or mental disorders. The second group comprises those who are severely ill and near death and whose life is dominated by pain. Suicide accompanies human beings constantly, whether they are aware of its existence or not (*Alon 1981*).

Suicide has been regarded by most of the religions as a crucial issue. Apparently, only Shintoism, Buddhism and Hinduism allow suicide in the case of incurable disease. The Islamic religion condemns suicide.

Catholicism opposes it sharply. Judaism condemns suicide, although the Jewish history tells us about various exceptional cases: King Saul, Samson and the mass suicide at Massada (*Alon 1981*). The approach of our contemporary society is more human and open-minded. Our work will consider the medical, the legal and primarily the ethical aspects of this issue.

* Professor, Judge at the District Court of Haifa, President of the Society for Medicine and Law in Israel; President of the World Association of Medical Law; President of the Israeli Branch of the World Association for Dynamic Psychiatry.

** Lecture given at the 8th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry/XXI. International Symposium of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP), October 5–8, 1990 at the Hochschule der Künste Berlin.

Euthanasia

Euthanasia derives from the Greek words 'eu' and 'thanatos', and it means gentle or easy death. In 1869 *William Lecky* referred to euthanasia as an act of inducing easy death, and this definition has been commonly accepted. The idiom refers therefore to the willful putting to death of an individual with the intent to prevent suffering (*Heifetz* 1975). Increasingly, euthanasia has come to be equated with mercy killings (*Weir* 1986). Several authors choose to use other expressions. *Fletcher* (1979) prefers the phrase 'elective death'. *Dyck* chose the word »benemortasia«, which is derived from the Latin words, bene (good) and mors (death) (*Weir* 1986).

Discussions concerning euthanasia distinguish between passive and active euthanasia, or between acts and omissions. Apparently, one may regard euthanasia as an omission and accept as legitimate that kind of medical interference which seems to be passive in its nature. However, it is doubtful whether the behavior of a doctor who permits his patient to die, should be regarded as passive, as »not doing anything is doing something« (*Fletcher* 1979). If a patient decides not to eat or drink anymore, knowing what the consequences will be, he has committed suicide as surely as if he had used a gas oven (*Fletcher* 1979). The decision to let a patient die is subject to moral appraisal in the same way as a decision to kill him would be subject to moral appraisal. If a doctor deliberately let a patient die who was suffering from a routinely curable illness, the doctor would certainly be to blame for what he had done, just as he would be to blame if he had needlessly killed the patient. *Fletcher* (1979) claims that it makes no difference whether a doctor omits to render aid because he prefers to continue playing bridge or if he does so in the hope that the patient's misery will come quickly to a natural end.

Alon (1981) tells the following story: Ten American soldiers were held in a tiny hut in a prisoner-of-war camp during the Korean war. One of the soldiers was infected by dysentery. A few of the soldiers carried their feverish comrade outside and placed him in the yard. It was a long freezing night. Early in the morning the sick soldier passed away. After the war the soldiers were interrogated by a commission of enquiry.

One of the soldiers was asked:

Q. Did you see what had been done there?

A. Yes, sir.

Q. Did you understand that if the soldier would have been carried out at that night he would pass away?

A. Yes, sir.

Q. Do you accept your comrade's deed?

A. No, sir.

Q. Did you try to stop them?

A. No, sir.

Q. Why not?

A. It was not my business, sir (*Alon* 1981).

Another test distinguishes between activities that cause harm and those that merely permit harm to occur. If a doctor injects air into the veins of a suffering patient, he causes harm. On the other hand, if the doctor fails to stop on the highway to aid a stranger injured in a traffic accident, he surely permits harm to occur, but his failing to stop is not the cause of the harm. *Fletcher* (1979) clarifies his approach by the following illustration. »A pedestrian D notices that a nearby car, parked with apparently inadequate brakes, is about to roll down hill. P's house is parked directly in its path. D rushes to the front of the car and with effort he is able to arrest its movement for a few minutes. Though he feels able to hold back the car for several more minutes (time enough perhaps to give warning of the danger), he decides that he has had enough, and he steps to one side, knowing full well that his quarry will roll squarely into P's front yard. That is precisely what it does.« *Fletcher* asks: »What are P's rights against D?« And his answer is: »The problem is whether the defendant's behavior should be treated as an act or as an omission. If it is an act, he is liable for trespass against P's property. If it is an omission, the law of trespass is inapplicable, and the problem devolves into a search for a relationship between P and D that would impose on D the duty to prevent this form of damage to P's property.«

Fletcher concludes: »As the car's brakes were inadequate to hold it on the hill, so the patient's hopeless condition brought on his death. With sufficient casual factors present, we can imagine the harm's occurring without the physician's or the pedestrian's contribution. And thus we are inclined to think of the behavior of each as something less than a casual force« (*Fletcher* 1979).

In conclusion: The distinctions between active and passive euthanasia, between an act and an omission, or between causing harm or permitting it to occur, do not offer any clear-cut criterion for the moral evaluation of the doctor's conduct.

The Judicial Approach

In few cases doctors were prosecuted for mercy killings, but only in a very few cases they were found guilty (*Russel* 1977). In the Netherlands for instance a doctor received a one-year suspended sentence for giving sleeping pills and painkillers to hasten the death of his brother, who was suffering from incurable disease, and who has asked that his life be ended. In another case a doctor ended the life of her hopelessly ill mother who had repeatedly begged that her life be ended. The court gave her one week suspended sentence and a year's probation (*Russel* 1977).

From time to time patients seek their ultimate help at the courts of justice. The following case demonstrates this kind of petitions (*Weir* 1986). Elizabeth Bouvia has since birth suffered from cerebral palsy, which has left her with virtually no motor function in any of her limbs or other skeletal muscles. Elizabeth's mind and intellect were unaffected, but due to her physical disability

she was unable to take her own life. Elizabeth asked the court to forbid the hospital and the staff to administer any health care without her consent. She did not wish to accept any fluid or food. She refused any installation by insertion, cannulation or surgical operation of any intravenous nasogastric or gastrostomy tubation or tubing to sustain her. She had stated that civil and criminal actions will follow if forced feeding was commenced. She asked for pain medication and hygienic care until her ultimate death occurred. In essence, the plaintiff claimed that she had the right to determine when and how her life should end and that society had the obligation to honor and to assist her in achieving that right. The defendants, the hospital authorities and the staff, asserted that Elizabeth did not have the right to end her life by virtue of any law or ethical norm, and that even if she had such a right, it might be overcome by compelling state interests. The defendants further asserted that the order sought by the plaintiff would have a devastating effect on the medical staff, administration and patients at the hospital and violate medical ethics.

The plaintiff was brought to the hospital by her father, and she immediately disclosed her intent to discontinue sufficient caloric intake so that she would eventually succumb to starvation. The court found that the plaintiff's decision was rational and that she was mentally competent to make decision affecting her life. The court was convinced that she was sincere in her desire to terminate her life. The court determined that a severely handicapped, mentally competent person has not the right to end his life with the assistance of society. The plaintiff had the fundamental right to terminate her own life, but this right had been overcome by stronger interests of the society. The court stated that preservation of life was the strongest state interest, and that saving the plaintiff's life was paramount. It was therefore decided that the staff was entitled to administer force feeding to the plaintiff as long as she stayed within the confines of the hospital setting.

The ethical aspect of suicide involves moral values of life and death. One may wonder whether the existence of man is not a natural fact which cannot be the subject of valued categories. In *Leibowitz*'s words: »You do not exist because of the reason for your existence. You exist because you do exist« (*Alon* 1981). This seems to be the real meaning of the old Jewish saying: »For despite yourself were you fashioned and despite yourself were you born.«

However, most of the Western modern systems of law recognize the right of man on his body, in *Cardozo*'s words: »Every human being of adult years and sound mind has a right to determine what shall be done with his own body« (*Schloendorff* 1919). The definitions, the determinations and the rules with regard to the right of the patient to control his body and his life are of legal nature. Society is entitled to form the norms, the judiciary has the authority to interpret and apply them.

The Medical Approach

In spite of their traditionally conservative attitudes and resistance to social change, many doctors and medical organizations are ready to reconsider their former attitude towards euthanasia (*Russel 1977*). Many doctors believe that the duty to relieve suffering should take priority over the duty to maintain life in some instances. Apparently, the phenomenon of passive euthanasia has already become fait accompli in modern medicine.

In *Fletcher's* words: »Every day in a hundred hospitals across the land decisions are made clinically that the line has been crossed from prolonging genuinely human life to only prolonging subhuman dying, and when that judgement is made, respirators are turned off, life perpetuating intravenous infusions stopped, proposed surgery cancelled, and drugs countermanded (*Fletcher 1979*).

Jean cites a report on a survey pertaining to a systematic polling of opinion on euthanasia. The respondents were chairmen of medical departments in American schools of medicine and members of the Association of American Physicians. 87% of the respondents voted in favor of passive or negative euthanasia, and 80% indicated that they did practise such euthanasia (*Jean 1973*).

Certainly, the law should be followed, religious practices considered. But not clearly established guideline is available. The medical profession seeks the right criterion. *Lewis* claims that the only guideline that can be offered to the physician is to use his own best judgement, and to perform only what can be allowed in his own good conscience (*Lewis and Warden 1988*).

Fletcher (1979), on the other hand, turns to the well known standard of the »common practice«. He refers to the doctor's duty to prolong life as a function of his relationship with his patient. This relationship devolves into the patient's expectation of the treatment he will receive. Those expectations, in turn, are a function of the practices prevailing in the community at the time, and practices in the use of respirators to prolong life are no more and no less than what doctors actually do in the time and place. *Fletcher* claims that the responsibility for the patient's expectations lies on the medical profession as a whole.

Many doctors feel that they cannot bring themselves to resort to the use of euthanasia. *Fletcher (1979)* has reservation: »What anybody would do in such tragic situation is a problem in psychology, not in ethics. We are not asking what we would do but what we should do.« However, this distinction fails to comprehend the doctor's dilemmas and attitude, and fails to consider the fact that ethics and psychology are interlaced and intertwined. Ethical rules are not designed for angels, and are applicable only if human beings are able to follow them. Doctors who feel that they are not able to satisfy the request of a dying patient who wishes to end his life may choose one of the following methods. Sit still and do nothing — is one possible solution.

Heifetz (1975) recalls Mrs. Warren's case: she was an intelligent, gracious

woman, whose husband died several years ago. »Mrs. Warren understood her condition and spoke quietly to me of what confinement to bed, unable even to read, meant to her. She missed her husband and felt their relationship had not ended with his death. She spoke of good days gone, of the days ahead that she considered empty in spite of the attention given her by her niece. She asked me if I would help her to die. She was, she said, ready. I recall thinking, as I sat there, that death for Mrs. Warren would be an act of kindness. There are times, even without the agony or horror of massive disease or injury, when one should die for gentler reasons. I sat there, unable to speak, aware of her wisdom and the absence — at least my absence — of answers.« Mrs. Warren had the right to die peacefully through her own hand. But to advocate the right of a physician to help such patients to commit suicide is something different.«

Heifetz (1975) explains: »When a person is competent, capable of committing suicide, there is no reason for others to do what he could do himself. There is no reason to place such responsibility on others. The doctor can place at the patient's bedside appropriate medication to be used.«

Zohar prefers to turn the matter to third parties. His answer to the patient's relatives who ask for his involvement in assisting the patient to die, is: do it by yourself if you consider this the right thing to be done (*Alon* 1981). *Rabkin* offers to transfer the care of the patient to another physician more sympathetic to the patient's desires (*Abrams* and *Buckner* 1983). *Batin* adds that the patient has an obligation to make his or her wishes concerning euthanasia known in advance in a foreseeable decline. If the physician objects, it is his or her duty to excuse himself or herself from the case and from the care of the patient altogether before the patient's deterioration prevents or makes it difficult to transfer to another physician. The doctor cannot simply voice his or her objections when the patient finally reaches the point of requesting help in dying.

McClutchey (1984) admits: »I personally would be in favour of euthanasia being applied to myself, but I would wish to see it legalized in the sense that I would not wish to carry out the act of killing as such, and if it were ever to become a compulsory duty to do so, I would have to resign from practice — as would many of my colleagues.«

It is easy and convenient to entrust to the doctors both the discretion and the determination, and to adopt the criteria of their conscience or the common practice, but one may wonder whether such standards are proper and desirable (*Abrams* and *Buckner* 1983), and whether it will be right to place this burden upon the doctors (*Nelson* 1973). It is needless to say that doctors are not qualified to cope with such moral issues more than their patients. No wonder that alternative solutions are looked for. *Heifetz* (1975) suggests that the courts be granted the right to consider and honor motivation and intent in cases of euthanasia, while others speak about the training of professional euthanasiatists (*Campbell* 1977).

Paternalism

Heifetz (1975) brings out in his book the following exciting story: »Mrs. Mae Bardley was a vibrant woman of forty, active in community and civic work. Her husband was a successful owner of a small manufacturing plant. They had three children, all in college. About two months before she came to see me, she began to complain of headaches. There were mild memory changes. Her memory was not quite as good as usual. Two weeks before her visit, she began to drop things from her left hand. She felt a sense of weakness in her left leg when climbing stairs. That was when she called me. Extremely intelligent, she was aware of the changes in her memory and the increasing physical weakness. She was unusually apprehensive when she, her husband and one of their daughters came to my office. As I was taking her history, I asked about her weakness; Mrs. Bardley became extremely agitated. Her daughter told me of her mother's recent experience with a close friend who had an extensive period of hospitalization.

My examination revealed evidence of abnormally high pressure inside her head and mild clumsiness of the left arm and leg. The most likely reason for her mental and physical changes was a tumor compressing the right side of the brain. I told Mrs. Bardley what I suspected, but that I did not know if the tumor was malignant or benign. Hospital tests were necessary. She entered the hospital. A brain scan and an angiogram revealed a large tumor in the right front portion of the brain. Surgery clearly was necessary. When I went to tell Mrs. Bardley of the test results, her husband and two children were with her. She asked several questions but did not probe into the question of cancer or any of the possible side effects of the tumor or the surgery.

After her family had left, I returned to her room. Mrs. Bardley was lying quietly in bed, seemingly composed. I sat at her bedside and asked if she had any further questions. She was working very hard to maintain her control as she began to tell me of her friend who had suffered for eight months before dying from the effects of a malignant brain tumor. Mrs. Bardley told me of her horror, not of death, but of that kind of life so devoid of function, of »meaning. »I beg of you«, she said, so softly I could barely hear her, »please do not let me live if I cannot be cured. If I cannot be made whole again, if it is simply a matter of living several more months like my friend, I don't want it. My children are grown, my husband is independent.« I did not say much. As I stood to leave, I touched her cheek with the back of my finger; her tears, so near the surface, then flowed. She knew I understood. We smiled. I left.

At surgery the next morning, as soon as I made a small incision into the brain, I immediately saw the grayish tumor under the cortex. It was a cancer. She could not be cured. If I simply stopped the surgery without taking more than the obligatory bit for the pathologist, Mrs. Bardley would probably die within few weeks. But I believed that her request of the day before was not justified. Here was a good chance she might have a year of life, perhaps more,

with good intellectual capacity and fairly adequate function. I continued to operate. I removed the main mass of tumor inside the brain (it could not all be removed without killing her). The next morning she was wide awake. I told her that most of the tumor was out and we would begin a program of chemical and radiation therapy to combat the remaining cells. She asked how long she would be in the hospital and if she could wear a wig when I discharged her. She asked nothing else.

Mrs. Bardley lived a fairly active life for the next fifteen months. As we remained in contact, I noted her days were full of family, the joy only a loving family can give to one another. She continued seeing her friends and participating in some of her former activities. Into the sixteenth month, she began to deteriorate rapidly. I admitted her to the hospital. She died within several weeks, comfortable, without pain. I disobeyed my patient. Her life following surgery could have breadth, depth and significance. I felt my disobedience was justified. « Is that really so?

In order to find the correct answer we should examine the nature of the relationship between the doctor and the patient. There are different sources which build this system and which form its different traits. Sometimes the contact is contractual, consisting of mutual rights and duties. As it recognizes the freedom of two equals to determine the conditions of their relationship, the contract model accords well with the liberal values of freedom and equality of opportunity. One may wonder, however, whether these parties are really equal.

Many commentators have noted relevant inequalities between professionals and clients, especially in the medical context. First, a professional's knowledge far exceeds that of a client. Second, a client is concerned about some basic value — personal health, legal status, or financial status, whereas a professional is not as concerned as the client about the subject matter of their relationship. Third, a professional often has a freedom to enter the relationship that a client lacks (*Abrams and Buckner 1983*).

According to another view professional and client have a close relationship of mutual trust and cooperation, they are involved in a mutual venture, a partnership. However, the many dissimilarities between friendship and the professional-client relationship destroy the analogy. The professional has a concern for the client's interests but not vice versa. Second, friendship is usually between equals and clients are not equals. Third, the affective commitment of friendship is usually lacking. Professionals accept clients for a fee, not out of concern for individuals (*Abrams and Buckner 1983*).

According to a third view this relation is of fiduciary character. In a fiduciary relationship, both parties are responsible and their judgments given consideration. Because one party is in a more advantageous position, he or she has special obligations to the other. The weaker party depends upon the stronger in ways in which the other does not and so must trust the stronger party. The patient must rely on the professional to use his or her knowledge and ability

in the patients' interests. Because the patient cannot check most of the work of the professional or the information supplied, the professional has special obligations to the patient to ensure that the trust and reliance are justified (*Abrams and Buckner 1983*).

At all events, the relation between the patient and the doctor is characterized by the special status of the latter, which bestows on him power, authority and responsibility. One of the commonest of medico-moral problems arises from conflict between the desire to do what is considered to be in the best interests of the patient and a desire to do what the patient says he wants (*Lockwood 1985*).

The term paternalism is drawn from the role of the father in the family. Two features are prominent: First, the father's motivations and intentions are assumed to be benevolent: they are assumed to be aimed at the child's welfare. Second, the father makes all or at least some of the decisions regarding the child's welfare. When this analogy is applied to health care, the professional is viewed as benevolent, but also as treating the patient as if he were a child who cannot be permitted to determine his own welfare or the means to it.

What makes paternalism morally interesting is the conflict of moral principles: the paternalist claims to act on a person's behalf but not at that person's behest (*Abernethy 1980*). The justification of paternalistic behavior is that patients are not capable of making decisions about medical problems: they are too ignorant medically speaking. Because of this they are unlikely to be able to understand what is going on even if it is explained to them. Therefore they are likely to make worse decisions than the doctor would (*Lockwood 1985*).

The following case illustrates the sharp confrontation between the paternalistic and the autonomy approaches (*Abrams and Buckner 1983*).

Mr. C is a twenty-six year-old single patient with a past history of intense participation in physical activities and sports, who has suffered from severe third degree burns over two thirds of his body. Both of his eyes are blinded due to corneal damage, his body disfigured and he is almost completely unable to move. For the past nine months he has undergone multiple surgical procedures (skin grafting, removal of his right eyeball, and amputation of the distal parts of the fingers on both hands). He has also required very painful daily bathings and bandage changings in order to prevent skin infections from developing over the burned areas of his body. The future he now looks forward to includes months or years of further painful treatment, many additional operations and a final existence as at least a moderately crippled and a mostly (or totally) blind person. From the day of his accident he has persistently stated that he does not want to live. He has been interviewed by a medical center psychiatrist and found to be bright, articulate, logical, and coherent. He is firm in his insistence that treatment be discontinued and that he be allowed to die. Nonetheless his physicians are continuing to treat him.

Mr. C's doctors are acting paternalistically: They believe that saving Mr. C's life justifies causing him great physical and psychological pain without his consent, they believe that they are qualified to act for Mr. C's good.

Mr. C's physicians could claim that they are acting as they are because they believe that the pain they are causing him by continuing treatment is a lesser evil than the death that would occur should they stop. This is certainly a rational ranking on their part. But Mr. C ranks the evils differently: He prefers death to months of daily pain, months or years of multiple surgical procedures, and being a crippled person. His ranking, like that of his physicians, is a rational one. We would then say that the kind of violation being engaged in by the physicians involved their causing a great amount of pain by imposing their (rational) ranking of evils on a person whose own (rational) ranking is different. The dilemma is, therefore, how should the moral value of the patient's life, health and freedom be dealt with.

Autonomy

The term »autonomy« is drawn from the political sphere, where it refers to the independence of states and their rule without external interference (*Abernethy* 1980). Autonomy may be divided into autonomy of thought, autonomy of will and autonomy of action. Autonomy of thought embraces a wide range of intellectual activities. Autonomy of will reflects the freedom to consider, choose and decide to do things on the basis of one's deliberations. Autonomy of action is the freedom to act on basis of one's autonomous thought and will (*Lockwood* 1985).

It is generally accepted that one ought to respect a competent person's choices, where one can do so without undue costs to oneself, when doing so will not violate other moral obligations, and where these choices do not threaten harm to other persons (*Van de Veer* 1987). The question is whether this principle of autonomy grounds a patient's right to have his own choice respected in determining to relieve his suffering, either by being killed or by being allowed to die.

As we have already shown, various authors challenge the doctors and refuse to leave the decision in their hands. In *Harris'* words: »It would be like a hangman claiming that it is he who must decide the guilt or innocence of the accused because it is he who will have to carry out the sentence« (*Harris* 1985). The decision is a moral and not a medical or clinical decision. Of course, one should carefully consider the medical opinion as he elaborates his moral decision but the doctor or his opinion have no special status (*Harris* 1985).

Szasz regards suicide prevention or euthanasia prevention as a political act on the person. He claims that since suicide is an exercise and expression of human freedom, it can be prevented only by curtailing human freedom (*Weir* 1986). Of course, there is always the possibility of escaping the paternalistic approach of an individual physician by seeking out a doctor who shares the patient's philosophy of life (*Humber and Almeder* 1979; *Torrey* 1968). But our discussion is on the principle. For many people contemplating modern medicine's ability to prolong life, death is welcome compared to the fear of senility

and the prolonged terminal treatment (*Torrey 1968*). Moreover, part of what it is to be autonomous is to have the freedom to make irrational, capricious or foolish choices, if that is what one wishes to do (*Heifetz 1975; Harris 1985*).

Doctors should reckon whether they do not cause a greater wrong by allowing the patient to suffer and denying him autonomy, as the value of the patient's life is primarily a value to them (*Harris 1985*). *Nelson (1973)* emphasizes that the doctor's responsibility is to take into consideration the person's wholeness, involving emotions and significant relationships, at each step of the way. The responsibility is to care and not only to cure, to treat the person and not only the disease (*Nelson 1973*). Therefore, the first question is how to understand the patient and not how to judge him (*Alon 1981*). The doctor can never penetrate and enter wholly into the state of being of another human, but he must strive to feel it to the fullest extent his sensibilities will allow (*Abrams, Buckner 1983*). Dying patients are also living patients, and retain the same rights as everyone else does (*Weir 1986*).

Suicide is no longer a crime, and the doctor cannot argue that the value he is seeking to protect is the interest which the community has in the preventing of the commission of criminal acts (*Masson, Smith 1985*). The physician should present to the patient the appropriate medical data and his professional opinion (*Abrams, Buckner 1983*). The patient may issue the instructions, and the physician is legally required to respect them.

Ziegler (in Abrams, Buckner 1983) recites the following case: Mr. D, a previously healthy sixty-six-year-old black man, came to a university hospital emergency room and described a three-day history of sore throat, muscle aches, fevers, chills, cough, sputum production, and blood in his urine. The patient was acutely ill with a high fever and shortness of breath. He was treated aggressively with three antibiotics in an effort to cure his pneumonia. The next day his condition worsened. After reviewing the available clinical and laboratory data, the physicians caring for this man recommended that two uncomfortable but relatively routine diagnostic procedures be performed: a bronchial brushing to obtain a small sample of lung tissue to determine the cause of the pneumonia and a bone marrow examination to determine whether an infection or cancer was invading the bone marrow. The patient refused these diagnostic procedures. Separately and together, the intern, resident, attending physician, and chaplain explained that these diagnostic tests were necessary to help the physicians formulate rational treatment plans. Mr. D became angry and agitated by this prolonged pressure, and subsequently began refusing even routine blood tests and x-rays.

A psychiatrist who evaluated Mr. D concluded that although he was obviously ill and had a degree of mental impairment manifested by poor memory, he was not mentally incompetent. The psychiatrist thought that the patient understood the severity of his illness and the reasons the physicians were recommending certain tests, but that he was still making a rational choice in refusing the tests. The patient's condition deteriorated further and 24 hours later

he appeared near death. *Ziegler* continues: »I was the attending physician, and it was my opinion that the only treatment left was to place Mr. D on a respirator as a stopgap measure that might sustain him for another day or two, during which time the antibiotics and antituberculosis drugs might become effective. Mr. D refused. I spent two 45 minute periods at his bedside and explained as clearly as I could the reasons for our recommendations. I said that if he survived this crisis he would be able to return to a normal life and would not be an invalid or require chronic supportive care. During these two sessions, Mr. D was breathing rapidly and shallowly, and had trouble talking. But everything he said convinced me that he understood the gravity of his situation. For example, when I told him he was dying, he replied: »Everyone has to die; if I die now, I am ready.« When I asked him if he came to the hospital to be helped, he stated: »I want to be helped. I want you to treat me with whatever medicine you think I need. I don't want any more tests and I don't want the breathing machine.«

I gradually became convinced that despite the severity of his illness and his high fever, he was making a conscious, rational decision to selectively refuse a particular kind of treatment. In view of the frankness of our discussion, I then asked him whether he would want us to resuscitate him if he had a cardio-respiratory arrest. He turned away and said: »We've been through this before; now leave me alone.« I left the bedside. Throughout this day, despite vigorous attempts by social workers and neighbors, neither his wife nor children could be located. Mr. D soon became semiconscious and had cardio-respiratory arrest. Despite the objections of the house officers, I did not attempt to resuscitate him, and he died.«

Ziegler's (1983) conclusion deserves and requires consideration: »One final observation: This man was extremely strong and dignified in his last days. Despite his illness and fever, he resisted the onslaught of many physicians and consultants and the power of the hospital institution. He established limits for the health care team and would not permit those limits to be transgressed. The intellectual and emotional strength necessary to resist the powers of the medical system to persuade and force him to accept what they wanted to offer must have been enormous. He died a dignified death, and attempts of resuscitation would have violated the position he held while alive. It is unfortunate, and I am sadly moved, that he had to expend his last measures of intellectual and physical energy to engage in ongoing debate with his physicians. But perhaps that is the price the medical system sometimes exacts from those who would assert their independence and preserve their autonomy while suffering from critical illness.«

Szasz' (in: *Weir* 1986) conclusion is sharper: »If suicide is an illness because it terminates in death, and if prevention of death by any means necessary is the physician's therapeutic mandate, then the proper remedy for suicide is indeed liberticide.«

Withholding Help from the Patient

As a rule, the doctor is expected to treat a patient who has been brought to the emergency unit and to try to save his life. It seems impossible in emergency medicine to devote precious time in evaluation of the patient's wish to end his life, and to seek answers to essential questions. Acting on a bias in favor of life would seem to be the most reasonable course under the circumstances (*Abrams, Buckner* 1983). Even if the doctor is advised about the attempt suicide, he still must ascertain the cause of the distress that has prompted the action, and ensure that the decision was really autonomous (*Harris* 1985). However, several authors are of the opinion that doctors should never help the patient to commit suicide and their conviction is based either on absolute assumption or on logical arguments.

The absolute rule derives from the belief or the assumption with regard to the sanctity of life. The art of medicine was influenced by Judaism and Christianity. Medical ethics is pro-life in the sense that one should always choose life, and that life has a presumptive right to exist (*Ramsey* 1978). A doctor faced with the case of a suicidal patient asks himself if, in conscience, he has a right or a duty to save his life even against the patient's will. *Jean's* (1973) answer is that there is such a duty.

Leibowitz (1981) admits: »I quite accept that somebody feels that in the situation in which he finds himself dying would be the best solution, and that I am expected and maybe obliged to help him to die. However I believe that I am not allowed to act according to such feeling, as it will destroy the basis of our existence. This foundation is very delicate and it should not be undermined. We will be able to live altogether on condition that we do not ponder over the prohibition to cause death to any human being.«

Other authors prefer to rely on logical arguments. First of all there is the fear that the doctor will lose the confidence of his patient. People expect that medical practitioners work for their health and life and will do them no harm (*Bandman, Bandman* 1986). If euthanasia were allowed, patients may feel themselves as potential subjects of killing without or against their will or interest (*Campbell* 1977). They may view their doctors as executioners instead of healers, and be anxious lest the doctors end their life (*Russel* 1977).

Another argument is, that there will be always the possibility of a mistaken diagnosis of incurability or remission. Likewise, further discoveries hold promise of a cure just around the corner. A disease or condition considered incurable today may be curable tomorrow (*Russel* 1977). Doctors are familiar with the phenomenon of patients who refuse treatment because they are deeply depressed or due to some hidden problem, in which cases the temporary condition might be dealt with by professional treatment (*Abrams, Buckner* 1983).

Some of the doctors who proceed with the life-saving operation even against the patient's will, claim that patients who refuse such intervention are incompetent, devoid of insight or even psychologically incapable of decision. Last

but not least, one cannot forget the involvement of German doctors in the destruction process. From 1939 until the fall of the Third Reich, doctors were responsible for putting to death approximately 275,000 German patients in euthanasia hospitals. This killing was perceived as being part of their professional role rather than a radical departure from it. The caliber of doctors responsible for planning and implementing euthanasia was on a level with many of those eminent physicians involved in the murderous experiments carried out in the concentration camps. Most of them had all the hallmarks of civic and scientific respectability. They were not Nazi puppets, but had made their careers and reputations as psychiatrists long before Hitler came to power. This is a remarkable lesson which should be carried in mind in a discussion concerning human nature (*Brennan 1970*).

Extending Help to the Patient

Heifetz (1975) has formed a bill which permits every doctor to place at the disposal of a patient medication which would end life painlessly, subject to the following criteria:

1. The patient must be suffering in distress from a death-dealing disease, one with an expected life prognosis of six months or less.
2. The disease and prognosis must be substantiated by consultation with at least one other physician.
3. The request to leave life must originate from the patient.
4. There must be psychiatric evaluation to determine if the situation can be altered to allow the patient to live better with his discomfort and to confirm the patient's mental competence.
5. The request must be considered reasonable and warranted to the physician.

Similarly, *Battin (1987)* claims, that the principle of mercy asserts that where possible, one ought to relieve the pain or suffering of another person, when it does not contravene that person's wishes, where one can do so without undue costs to oneself, where one will not violate other moral obligations, where the pain or suffering itself is not necessary for the sufferer's attainment of some overriding good, and where the pain or suffering can be relieved without precluding sufferer's attainment of some overriding good. Offering pain relief to patients even when it means shortening the dying process, should not be considered killing or assisting in a killing. The cause of death is the terminal illness and not the medicament (*Weir 1986*). No one would deny that pain and suffering can so ravage and dehumanize patients that death appears to be in their best interests. Prolonging life or even refusing to kill in such circumstances may appear to be cruel infliction of unnecessary suffering (*Bandman 1986*).

We all should acknowledge and accept that death will and must come, that health is a mortal good, and that medicine should not always limit itself to death prevention, rather than to deal with health (*Kass 1985*).

Veatch (1978) writes about Lucy Morgan, a 94-year-old patient being main-

tained in a nursing home. Some years ago she suffered a severe cerebral hemorrhage. She was blind, largely deaf, and often in semiconscious state. Mrs. *Morgan* was an educated woman, before a few years she wrote an essay, entitled, »On Drinking the Hemlock« in which she pleaded for a dignified and simple way to choose to die. How should the doctors treat her?

Veatch (1979) protests: »What, before the biological revolution with its technological gadgetry, would have been a short and peaceful exit is now often drawn out for months or years by the unmitigated and sometimes merciless intervention of penicillin, pacemakers, polygraphs, tubes, tetracycline and transplantation.«

Heifetz (1975) agrees: Death is a natural process, neither to be feared nor to be resented. What should be feared is not death, but the inability to feel the joy and serenity of life. A person in distress should have the right to die painlessly, at a time of his own choice, with that sense of decency, self-control and personal dignity every free person should feel. Death dealing medication left at bedside can be the most sought-after blessing, the most human symbol in case of need. One may wonder whether the obligation not to kill should remain and be kept to the very end of our lives (*Campbell* 1977; *Bandman* 1986).

Fletcher was severely chastized by a bishop for saying that by wanting to release those caught in a painful and incurable condition he was ignoring the theologically alleged benefit spiritually of suffering, as in Jesus' crucifixion. *Fletcher's* answer was that the bishop himself ignored the fact that sacrificial suffering is voluntary and chosen and conscious.

There is nothing redemptive going on in most instances of terminal misery and loss of human functions. (*Torrey* 1968). *Albert Schweitzer* used to say that the business of medicine is life, *Fletcher* refused to turn biological life to an idol. Respiration, circulation and the like are not ends in themselves. Life in its fullest meaning includes death. Since death is certain to come, the question is how it comes, as a good death (euthanasia) or a bad death (dysthanasia) (*Torrey* 1968, *Shanon* 1976). We are talking about that part of life when there is perhaps the greatest need for human warmth and comfort. The dying patient is kept company by respirators, catheters and pacemakers, and the ties to his fellow-men are replaced by attachments to the machines (*Kass* 1985).

Many years ago it was *Seneca* who stated : If one death involves torture and the other is simple and easy, why not reach for the easier way? Just as I choose a ship to sail in or a house to live in, so I choose a death for my passage from life. Moreover, whereas a prolonged life is not necessarily better a prolonged death is necessarily worse. *Seneca* spoke about the quality of life: The wise man lives as long as he should, not as long as he can. He will observe where he is to live, with whom, how, and what he is to do. He will always think of life in terms of quality, not quantity (according to *Abernethy* 1980).

General discussion

The technological revolution has caused a notable shift in our moral universe. With technological advance came power and with power responsibility, and a crisis confronted medical ethics (*Shanon 1976, Veatch and Branson 1978*). One of the most perplexing moral dilemmas in health care results when the principles of benefiting the patient and of respecting his autonomy cross each other. The conflict between paternalism and autonomy crops up in numerous cases, such as civil commitment, withholding truth, refusal of treatment and suicide intervention (*Abernethy 1980*).

Physicians feel that they owe a duty to benefit their patients. Throughout history, the predominant role of the doctor has been to save, preserve, and heal human lives (*Abrams, Buckner 1983, Brennan 1980*). This duty derives from the roles that they voluntarily assume, as well as from the general social duty of beneficence. *Campbell (1977)* describes the case of Mr. P who was brought to the emergency unit after a road accident. Mr. P. suffered from a broken neck and quadriplegia. There were very poor prospects for recovery. At one stage he suffered from heart failure. The surgeon successfully resuscitated him though he was doubtful whether he would not regret this operation in the future. Indeed, Mr. P. has never recovered. He was not able to move or to do anything, he needed continuing care and treatment, he developed necrosis and complications in his chest, urinary canal and blood circulation. Mr. P suffered another six long months till he passed away. The medical staff was aware of the pain and the suffering which were caused to the patient and his family during that time wondering whether the medical intervention was really justified. The answer was: yes.

Beside this question another dilemma arises in our discussion: Does a person's right of self-determination give rise to any positive obligation on the part of the physician to actively produce death? *William's (in: Bandman, Bandman 1986)* answer is positive: if anyone can be said to have a right to be killed, someone else must have a duty to cooperate in the killing.

Batin explains that the physician must be prepared to assist the patient who chooses death, just as he is prepared to assist the patient who chooses continuing life (*Vant de Veer and Regan 1987*). The physician's obligation is not only to respect the patient's choices. This means supplying the knowledge and the equipment to enable the patient fulfil his wish. In a social context in which it is difficult for someone who wishes to end his life to obtain the means and the privacy with which to do so, any frustration of his attempt is a severe blow. Such a patient may find it impossible to obtain the means of suicide without help (*Harris 1985*).

Hadding (in: Carmi 1984) reports about the following case: A middle-aged man, Mr. H, was severely disabled by multiple sclerosis. He was almost totally paralyzed. He was afraid of being transferred to a hospital for long term care and wanted to end his life. He expressed his desire to die to a lady, Mrs. A,

who was active in the league »The Right to Our Death«. She decided to help him. One evening in June 1977 Mrs. A put tablets containing barbiturate into his mouth. He could not do that himself, he could only swallow the tablets. She then injected insulin with a syringe. Both drugs were given in lethal doses. Mr. H died during the night. Mrs. A was in due time accused of murder (second degree). She pleaded not guilty, claiming that her act was assistance in suicide (which is not punishable in Sweden). The District Court found her guilty and sentenced her to 8 months imprisonment. Mrs. A and the prosecutor appealed. The Court of Appeal took the same view as the lower court and found her guilty of murder (second degree). The penalty was raised to 1 year in prison (still a substantial reduction from the minimum of 6 years). *Hadding* wonders, why should a paralyzed, mentally healthy person be deprived of the possibility of ending an unbearable life just because he is disabled? (In: *Carmi* 1984) Of course, this discussion applies only to patients who are severely ill and whose request is autonomous (*Van de Veer* and *Regan* 1987).

Physicians must always challenge patients' order that their life be shortened. *Heifetz* (1975) indicates several reasons for this rule. The patient may have a totally distorted impression of any disabilities that may result from surgery. He may not be aware how well people adapt to disabilities. Doctors should also take into consideration the different methods of treatment. There is a difference between ordinary and extraordinary means, namely usual versus unusual treatment, useful versus useless treatment, and imperative versus elective treatment (*Humber* and *Almeder* 1979).

Another distinction distinguishes between the decision not to prolong dying and the decision not to prolong life. As we have shown, many doctors refrain from helping the patient to die. Some of them feel that killing another is so serious that the responsibility over the decision cannot be surrendered, and that the right to commit suicide is, by its very nature, non transferable (*Bandman* and *Bandman* 1986). Other doctors base their attitude on the historical role of their art, or on their commitment to the Hippocrate Oath. Incidentally, the clause in the oath that states, »I will give no deadly drugs« was aimed at preventing the practice of some doctors in the time of Hippocrates of entering a conspiracy with politicians who wanted the death of their opponents (*Russel* 1977).

Western religious doctrines apply the sanctity of life concept (*Abrams* et al. 1983). The life of a human being is regarded as of inestimable value (*De Vries* and *Carmi* 1979).

The modern liberal, humanistic approach is that life is not sacred and has in itself no value. Only meaningful life, or life of certain quality, is valuable. Moreover, the sanctity of life is dependent on voluntary decision of the individual, as only he can invest his life with meaning (*Carmi* 1984). To say that something is universally good or bad, regardless all possible circumstances and their moral meaning, cannot be accepted (*Shanon* 1976) Many medical schools today do not require their students to pledge themselves to the oath, and the

demand for a revised oath and for new ethical guidelines is increasing (*Russel 1977*).

However, this is not a phrasing matter, and before drafting any oath one should conclude the fundamental discussion on the value of life, the meaning of death, the right of the patient and the duty of the doctor. This discussion is essential and vital for the patient, the physician and for the public at large.

The benefit and the interest of the patient are made up not only of his physical limbs but of his soul and entity, his will and aspirations. The benefit of society comprises the benefit of its individual members, and hence the duty of each one of them to consider the good of his neighbor. A comprehensive discussion having regard for all the relevant factors is indispensable in order to reach a decision which will be as reasonable, just and efficient as possible.

Die Konfrontation des Arztes mit dem Phänomen des Selbstmords bei Patienten

Amnon Carmi (Haifa)

Diese Arbeit befaßt sich in erster Linie mit dem Suizid bei solchen Patienten, die größte Schmerzen ertragen müssen und dem Tod sehr nah sind. Der behandelnde Arzt wird hier mit der Frage konfrontiert, Sterbehilfe zu leisten oder nicht. Die medizinischen, juristischen und ethischen Aspekte dabei stehen in dieser Arbeit im Vordergrund. In den Religionen ist der Suizid umstritten: Der Islam, der Katholizismus und das Judentum verurteilen ihn, wogegen Shintoismus, Hinduismus und Buddhismus ihn bei unheilbarer Krankheit erlauben.

In der Fachliteratur wird nach *Carmi* (1984) zwischen aktiver und passiver Euthanasie bzw. zwischen Handeln und Unterlassen unterschieden, wobei kritisch zu fragen ist, warum die aktive Sterbehilfe eines Arztes verurteilenswerter ist als die Unterlassung weiterer medizinischer Hilfe. In diesem Zusammenhang verweist der Autor auf die ursprüngliche Bedeutung des Begriffes »Euthanasie« als »guter Tod« oder würdiges Sterben.

Zum juristischen Ansatz seiner Arbeit sagt *Carmi*, daß auch Gerichte mit der Frage der Sterbehilfe konfrontiert sind, wie zum Beispiel im Fall der körperlich völlig gelähmten Elisabeth Bouvia, deren geistige Fähigkeiten völlig unbeeinträchtigt waren. Ihr Ersuchen, nicht weiter künstlich ernährt zu werden, wurde vom Gericht abgelehnt. Hier stellt *Carmi* die Frage, inwieweit die menschliche Existenz eine natürliche ist und inwieweit der Mensch das Recht hat, über seinen Körper und sein eigenes Leben zu verfügen.

Nach Ansicht des Autors ist es im medizinischen Bereich trotz religiöser und gesetzlicher Richtlinien für den Arzt schwierig, eine Entscheidung für oder gegen Sterbehilfe zu treffen. *Lewis et al.* (1983) fordert, dem eigenen Gewissen zu folgen. *Fletcher* (1979) dagegen verweist auf die »gängige Praxis« und die Erwartung an den Arzt, daß er Leben erhält. Nach ihm ist Sterbehilfe

eher ein psychologisches als ein ethisches Problem. Er übersieht dabei allerdings nach Ansicht des Autors, daß Psychologie und Ethik hier ineinander verwoben sind. Ärzte dürfen mit der moralischen Entscheidung zur Sterbehilfe nicht alleingelassen werden.

Der Begriff des Paternalismus beschreibt nach *Carmi* die Beziehung zwischen Arzt und Patient als eine ungleiche, entsprechend der zwischen Vater und Kind: Das Wissen des Arztes überwiegt, er sollte zum Besten des Patienten handeln, wohingegen der Patient mit seinem Anliegen stärker betroffen ist als der Arzt. Letzterer vertritt die Interessen des Patienten und trägt deshalb die Verantwortung. Im Falle von Sterbehilfe sollte der Arzt entscheiden, und zwar zum Besten des Patienten, unter Umständen auch gegen dessen ausdrücklichen Wunsch. Erhält der Arzt das Leben des Patienten gegen dessen Willen und trotz großer Qualen, so erhebt sich die Frage des Umgangs mit dem moralischen Wert von Leben, Gesundheit und Freiheit des Patienten. Dies veranschaulicht der Autor mit einem ausführlichen Fallbeispiel.

In diesem Zusammenhang diskutiert der Autor die Frage der Autonomie als der Freiheit, nach eigener Entscheidung zu handeln; wird der Wunsch des Patienten, sein Leiden zu beenden durch Tötung oder durch die Erlaubnis, sterben zu dürfen, respektiert oder nicht. *Nelson* (1973) betont, daß der Arzt bei seiner Entscheidung den Patienten als ganzen Menschen mit seinen Emotionen und wesentlichen Beziehungen sehen sollte — es geht also darum, den Patienten zu verstehen, nicht zu beurteilen.

In Notfällen muß der Arzt das Leben eines Menschen retten, auch bei versuchter Selbsttötung; unterlassene Hilfeleistung wäre strafbar. Nach Ansicht von *Leibowitz* mag ein Patient in einer bestimmten Situation zwar glauben, daß Sterben die letzte Lösung sei, der Arzt dürfe dem aber nicht folgen, da dies die Basis unserer Existenz zerstöre, da keiner den Tod eines anderen Menschen verursachen dürfe. Andere Autoren argumentieren folgendermaßen gegen Sterbehilfe: Patienten könnten bei erlaubter Sterbehilfe das Vertrauen in den Arzt verlieren. Von ihm wird erwartet, daß er heilt und nicht Leben zerstört. Wenn Euthanasie zugelassen ist, könnten Menschen gegen ihren Willen getötet werden; Diagnosen der Unheilbarkeit könnten falsch sein; eine heute unheilbare Krankheit könnte morgen heilbar sein. Schließlich erinnert *Carmi* an die Beteiligung deutscher Ärzte an der Euthanasie im Dritten Reich.

Nach den folgenden Kriterien von *Heifetz* (1975) kann der Arzt dem Patienten ein tödliches wirkendes Medikament zur Verfügung stellen:

1. Im Falle einer tödlichen Krankheit bei einer Lebenserwartung von sechs Monaten oder weniger.
2. In einem solchen Fall sollte mindestens ein zweiter Arzt zugezogen werden.
3. Der Wunsch zu sterben muß vom Patienten selbst kommen.
4. Von psychiatrischer Seite muß geprüft werden, ob die Situation so geändert werden kann, daß der Patient besser mit seinem Leiden leben kann. Außerdem muß die geistige Kompetenz des Patienten gewährleistet sein.

5. Der Sterbewunsch des Patienten muß als vernünftig erachtet werden und von seiten des Arztes als berechtigt angesehen werden.

Carmi weist ferner darauf hin, daß die Gabe von schmerzlindernden Mitteln nicht als Tötung angesehen werden kann, selbst wenn dadurch das Sterben beschleunigt wird. Schmerzen können Menschen so sehr entmenslichen, daß die Erhaltung des Lebens grausam und unmenschlich wird. Tod ist ein natürlicher Prozeß, das Leben in seiner tiefsten Bedeutung schließt den Tod mit ein.

Abschließend diskutiert der Autor das Thema Selbsttötung als sehr umstritten — es betrifft den Patienten, den Arzt und die Öffentlichkeit gleichermaßen. Wesentlich ist, den Menschen in solch einer Grenzsituation in all seinen Lebensbezügen zu sehen und nicht nur den Körper zu erhalten, sondern ihn mitsamt seiner Seele, seinem Willen und seinem Streben zu betrachten. Eine ethische Diskussion dieses Themas in der Gesellschaft ist unerläßlich, wenn vernünftige, gerechte und möglichst wirksame Entscheidungen getroffen werden sollen.

Literature

- Abernethy, V.* (1980): *Frontiers in medical ethics.* (Cambridge: Ballinger)
Abrams, N.; Buckner, M.D. (1983): *Medical ethics.* (Cambridge: MIT)
Alon, E. (1981): *Medicine under the moral knife.* (Tel Aviv: Papirus)
Bandman, E. L.; Bandman, B. (1986): *Bioethics and human rights.* (New York: Lanham)
Bouvia v. County of Riverside, No. 159 780, 16.12.83. In: *Weir, R.F.* (1986): *Ethical issues in death and dying.* (New York: Columbia)
Brennan, W. (1980): *Medical Holocausts.* (Boston: Nordland)
Campbell, A. (1977): *Moral dilemmas in medicine.* (Tel Aviv: Am-Oved)
Carmi, A. (1984): *Euthanasia.* (Heidelberg: Springer)
De Vries, A.; Carmi, A. (1979): *The dying human.* (Ramat-Gan: Turtle dove)
Fletcher, J. (1979): *Humanhood: Essays in biomedical ethics.* (New York: Prometheus)
Harris, J. (1985): *The value of life.* (London: Routledge)
Heifetz, M.D. (1975): *The right to die.* (New York)
Humber, J.M.; Almeder, R.F. (1979): *Biomedical ethics and the law.* (New York: Plenum)
Jean, C.L. (1973): *Medical ethics.* (Indiana: Fides)
Kass, L.R. (1985): *Toward a more natural science.* (New York: Free)
Lewis, M.A.; Warden, C.D. (1983): *Law and ethics in the medical office* (Philadelphia: Davis)
Lockwood, M. (1985): *Moral dilemmas in modern medicine.* (New York: Oxford)
Masson, J.K.; Smith, R.A.M. (1983): *Law and medical ethics.* (London: Butterworths)
Nelson, J.B. (1973): *Human medicine.* (Minneapolis: Augsburg)
Ramsey, P. (1978): *Ethics at the edge of life.* (New Haven: Yale)
Russel, O.R. (1977): *Freedom to die.* (New York: Human Sciences)
Schloendorff, v. (1919): *New York Hospital, 211 N.Y. 127, 129; 105 N.E. 92, 93*
Shanon, T.A. (1976): *Bioethics.*
Torrey, E.F. (1968): *Ethical issues in medicine.* (Boston: Little)
Van De Veer, D.; Regan, T. (1987): *Health care ethics.* (Philadelphia: Temple)
Veatch, R.M.; Branson, R. (1978): *Ethics and health policy.* (Massachusetts: Ballinger)
Weir, R.F. (1986): *Ethical issues in death and dying.* (New York: Columbia)

Address of the author:

Prof. Judge Amnon Carmi
 President of the Society for
 Medicine and Law in Israel
 Mount Carmel
 Haifa 31999
 Israel

Dynamic Human Structural Psychiatry Today*

Günter Ammon (Berlin/München)

Die vorliegende Arbeit entstand auf Bitten von Vertretern der Dynamischen Psychiatrie in der Sowjetunion und Brasilien um eine zusammenfassende Übersicht über die theoretische und therapeutische Entwicklung der humanstrukturellen Schule. Die theoretische Entwicklung des Humanstrukturkonzeptes leitet Ammon ausgehend von seiner eigenen Ausbildung am Freudianischen Psychoanalytischen Institut Berlin über seine Erfahrung mit der Ich-Psychoanalyse an der Menninger Foundation, USA, bis hin zu seinen eigenen Behandlungserfahrungen mit schweren psychischen Erkrankungen her. Er versteht die von ihm vertretene Dynamische Psychiatrie als ein ganzheitliches Geschehen, das von Entwicklungsprozessen in einem sozialenergetischen, gruppodynamischen Lebens- oder Behandlungsfeld bestimmt ist. Die Diagnostik ist daher gleichzeitig Krankheits- wie Gesundheitsuntersuchung. Die Humanstrukturen und -funktionen können konstruktiv, destruktiv oder defizitär ausgeprägt sein, wobei es in der Regel zu interdependenten Verwobenheiten von Funktion und Struktur kommt. Ammons zentrales Ziel ist es, psychisch kranken Menschen eine nachholende Identitätsentwicklung zu ermöglichen. Die in der Klinik Meterschwaige über Jahre durchgeführten Effizienzstudien bestätigen die Ammon'sche Behandlungsmethodik. Zentral ist bei Ammon die Mehrdimensionalität von Mensch, Krankheitsgeschehen und notwendiger Behandlungsmethodik, bei der auch die nonverbalen Methoden integrativ von Bedeutung für alle schwer psychisch Kranken sind.

Our School of Dynamic Psychiatry, or more specifically, of Human Structurology has been developed during the last 25 years and is based on my psychotherapeutic work as a classical psychiatrist and psychoanalyst in Germany and USA. Fundamental for this development was the fact that the classical therapeutic ways of thinking turned out to be of little help for the treatment of patients, suffering from severe psychic diseases, such as the large disease group of borderline, psychosomatics, and from addiction as well as for the patients with compulsion, schizophrenia and manic depressiv reaction. Neither the attempt to confine the standard method to the therapy of patients with only neurotic forms of reaction nor to extend this method to the treatment of more severe psychic diseases turned out to be successful. Even the classical forms of psychoanalytic diseases such as hysteria, phobia and compulsive neuroses could be traced back to disorders developed in an early state of life, which are deeply engraved and close to psychosis — we speak of ego-structural defects — and which made me think over and question the traditional modes of approaching and treating psychic diseases.

On the basis of these considerations and the experiences I gained at the Menninger Foundation, Topeka, USA (1956—1965) with *Karl Menninger*, I increasingly focussed my studies on the application of group dynamics, group psychotherapy and milieu therapy (cf. *Ammon* 1959). In particular, I concentrated on diseases like schizophrenia (*Ammon* 1957), borderline syndrome (*Ammon* 1976) and addiction (*Ammon* 1973). Individual therapy, however,

* Diese Arbeit ist in russischer Sprache veröffentlicht in: Psychological Diagnosis of Self-Perception in Patients With Neuropsychiatric and Somatic Diseases. Collected scientific papers (Ed. by *L.I. Vasserman* and *V.P. Zaitsev*). Proc. of the Bekhterev Institute, vol. 127. (Leningrad: The Bekhterev Inst., 1990, pp 38—44)

remained necessary for narcissistic paranoid personalities, who are unable to stay in a therapeutic group owing to their severe primary group experiences.

I gained particular insights through my researches on child development and family dynamics of the polygamous Lacandon-Mayas (cf. *Ammon* 1966) as well as through my studies of the peyote cult of the North-American Indians (cf. *Ammon* and *Patterson* 1971). During the subsequent years I was given the opportunity to develop my work in a free and undogmatic atmosphere at the »Topeka State Hospital«, the C.F. Menninger Clinic and in four large psychiatric clinics in Kansas State where I had the position of a counsellor. The basic training I received at the »Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (DPV)« (German Psychoanalytic Association) together with the psychoanalysis, I obtained from *Carl Müller-Braunschweig* (1952 to 1956), and an additional analysis which I later underwent at the »Topeka Psychoanalytic Institute« with *Ishak Ramzy*, can be regarded as a classical psychoanalytic training being the counterpart to my psychiatric work in America and Germany.

After my return to Berlin I concentrated on the aspect of aggression in my work. The study of aggression (*Ammon* 1970) was the first step towards the personality model we developed in our School of Dynamic Psychiatry. The core of all psychic diseases can be seen in the ego-function of aggression as an originally constructive one, which turns into destructive aggression only under specific group dynamic environmental influences. With this view of psychic diseases I fundamentally differed from the viewpoint of traditional psychoanalysis and psychiatry. Aggression turned out to be the crucial point in the development of the human being whose health or disease depends on the dynamics of his group. The concept of aggression as it is seen in the »drive model« therefore could not be used for diagnostic purposes, research and therapy. Our thinking changed from traditional forms to completely new ones. The topographic psychoanalytic model of ego, id and super-ego was no longer useful and was therefore replaced by the ego-structural model.

My theory of group dynamics and personality is continuously developing, starting from my study of aggression up to my theory of human-structurology today. The development still goes on and will not be terminated for reasons lying in the system itself, since our personality model is a holistic one, which cannot be terminated by an empiric research study. Within the ego-structure of personality I distinguish between the primary, organic structures describing the neurophysiological and biological functions of man, the central ego-functions located in the unconscious which are among others aggression, ego-demarcation, anxiety, creativity, sexuality, narcissism and identity, and the secondary ego-functions to be found mainly in the conscious, predominantly determining the behaviour, capabilities and skills of a person. All ego-functions are group-dependent, i.e. developed through the experiences made in a group dynamic process within the course of one's life, whereby the experiences made in the early childhood are of greatest significance. The three areas are not strictly demarcated but permeable, i.e. there is a synergism of un-

conscious, conscious, mental and bodily activities, which must always be seen in a dynamic context.

Dynamics in this connection means an interrelation of dynamic processes, i.e. processes which are interactive in man himself, in his constructive and destructive personality structures, which are always in a dynamic interactive process with the environmental group. In our view such processes being internalized in early childhood constitute the most essential part of man's unconscious. According to the School of Dynamic Psychiatry the unconscious is no longer an area filled with suppressed sexual and aggressive conflicts, but rather with developed personality structures.

A further dimension within the human structural model is the spectrum of interacting and co-operating human functions, i.e. their regulating, integrating and disintegrating forces. In describing this dimension I would rather speak of the regulation of ego-integration, the spectrum of which reaches from the integrated and self-regulated ego on the one hand, with the human-functions supporting and complementing each other, to a disintegrated and regulation impeding personality on the other hand.

On the basis of research work on brain hemispheres as has lately been carried out by our colleagues in the Soviet Union and America it was possible to relate neurophysiological processes and functions of the brain hemispheres to our ego-structure model (cf. *Ammon* 1982a). The various ego-functions as well as the whole ego-structure are to be seen on a spectrum, the reason of which my theory is also referred to as spectral theory, i.e. each ego-function is formed by all three areas of ego-functions (the areas of primary, central and secondary functions). Depending on the viewer, one may concentrate more on the one or the other area.

Each ego-function can be seen again in terms of a spectrum; the spectrum of constructiveness, destructiveness and deficiency. These three forms of expressing an ego-function are covered up by our ego-structure test (*Ammon* 1976, 1982a), which up to now is standardized for the ego-functions of aggression, anxiety, and ego-demarkation. On the basis of this test we are able to construct a personality profile, which can again be used for diagnostics in Dynamic Psychiatry. Diagnostics in this respect is always seen in connection with a patient's therapeutic development in the course of his treatment. By means of the spectral theory of personality the Dynamic Psychiatry adopted a differentiated dynamic concept of disease and a corresponding understanding of health, according to which man is no longer categorized on the basis of symptoms. I therefore speak of the gliding spectrum of archaic ego-diseases, which can be diagnosed on the grounds of ego-structural disorders and deficiencies, and which we encounter with our ego-structural spectrum of treatment.

The concept of ego-structure, which also implies group dynamics, allows for a verification of the various forms of psychic diseases in terms of their ego-structural, psychodynamic, and family dynamic aspects as well as for a corre-

sponding delimitation. The consideration of the common and the discriminating aspects of the various forms of psychic diseases in terms of ego-structure forms the basis for an effective conception of treatment.

In the course of treatment a person's state of disease changes, i.e. the psychic, bodily, and mental dimensions of personality change and therefore the diagnostics must also be changed. Thinking in terms of Dynamic Psychiatry means to view man in a process of continuous development and to be able to influence this development by means of psychotherapeutic measures.

The first dynamic psychiatric clinic founded in 1975 was followed by the Dynamic Psychiatric Clinic Mengerschwaike in 1979 with a separate department for diagnostics and research, where we continuously review and further develop the ego-structure test as well as doing sociometric and efficiency research. First results from the autokinetic light test, which I further developed, have already been presented (cf. *Ammon* 1982a). The ego-structure test, the autokinetic light test and the latest results from brain research complement one another and strengthen the hypothesis of human-structurology.

At the international symposium on the unconscious in Tbilisi (Soviet Union) in 1979, I was able to encourage further research on the relation between neurophysiological and psychologically unconscious structures of personality, an intention of personal importance to me. Results from neurophysiological researches made by *Zenkow* (1978) and *Rotenberg* (1982), as well as results from research on the unconscious presented by *Bassin* and *Sherozia* (1979) turned out to be in line with the results of my own researches on human-structurology.

In concluding this introduction I would like to stress once again the fact that Dynamic Psychiatry is concerned with man as a whole, with aspects of disease as well as those of health in his personality, whereby processual and dynamic relations between man's individual personality structures are investigated. Phenomenological psychiatry studying the symptoms of the suffering person and carrying out treatment predominantly on a psycho-pharmacological basis can be regarded as a useful support to human structural psychiatry and vice versa.

2. *Group Dynamics*

Dynamic Psychiatry is associated with a specific view and understanding of man. Human beings are group beings. The group, its dynamics, its atmosphere, its social energy as well as its social-dynamic and cultural dependence on larger social groups determine man's life and identity. Group-dynamic development begins in the pre-natal phase of life determined by group-dynamic influences on the mother, her psychological and physiological state of health, as well as her attitude towards the growing living being inside herself. Development becomes particularly crucial in the early post-natal phase, during which concurrently maturation of the brain takes place.

It is important to consider group dynamics as a whole. Individual reactions between individual persons always reflect also the entire group dynamic situation. Group-dynamic constellations can be seen as a fine woven fabric, comparable to a field of forces which essentially determine all their actions and reactions. Group dynamics are more than the sum of interactions and role behaviour of individual group members, since it always contains an unconscious, an actual as well as a group historical-dimension. The environment, the group and particularly the clinic are regarded as a social energetic and group dynamic field.

Group dynamics are always characteristic of processual changes and internal homeostasis. Constructive group dynamics are marked by the fact that development and changes in the sense of identity development for each individual group member is tolerated and encouraged in the group and that the group allows for communication. Destructive group dynamics mean that the group members actively prevent such processes in a way that communication does not support progress, that the individual again and again is kept back for fear of changes. In deficient group dynamics any communication, growth and identity development is prevented right from the beginning — comparable to the reflex of playing dead.

3. *Social Energy*

Identity and group belong together since only through the individual's experience as being reflected within the group it is possible that ego and identity development can take place. Identity means that a person remains the same and yet does not remain the same. Identity is a process, a continuous search and ongoing development leaving traces behind. There is no phase in life where identity finally can be found, it must always be searched for anew. Identity grows through social energy. Social energy is necessary to stay alive. A new born baby that does not receive social energy would die. Social energy is the strength and the power which people give each other. Social energy is not always constructive but can also be destructive or deficient.

Constructive social energy means to develop an understanding and interest for other people, to communicate with them, to take them serious as human beings (Ammon et al. 1981, 1982b, Griepenstroh and von Wallenberg Pachaly 1979). Destructive social energy still implies contact to and relationship with others but the effects are destructive. Child abuse is an example of an extreme form of destructive social energy (Ammon 1979a). Deficient social energy is withheld social energy; it means to ignore other people.

Instead of the traditional concept of libido, I introduced the concept of social energy in my theory. Social energy is used to build up ego-structure and develop the individual ego-functions: ego-structure can be regarded as manifest social energy.

4. *Symbiosis Complex — Anxiety — Narcissism*

The symbiotic phase which ends approx. at the age of three, is an essential and crucial period in child development. The child gradually learns to communicate, constructively articulate and assert his needs, but also to demarcate himself from the most important persons in his surroundings, particularly from the mother. In this phase, the child begins to experience himself as an own individual person. I have called this process the complex of symbiosis (cf. Ammon 1973, 1979b). In my theory, anxiety and sexuality are to be seen in a group-dynamic and ego-structural context in the same way as aggression. Anxiety can be constructive, destructive or deficient. Constructive anxiety is the driving force for development and identity. Every new step is accompanied by anxiety which must be experienced and lived through. The most extreme form of destructive anxiety is paranoia. In this case anxiety is connected to destructive narcissism and destructive aggression, so that the person immediately destroys any contact as soon as it develops, in order to fend off the simultaneously arising panic anxiety. In the state of deficient anxiety, i.e. total absence of experiencing anxiety, life seems to be motionless and dead.

Constructive anxiety can be developed when there is contact between the child and his surrounding group, and when he is able to communicate his anxiety within the group. The child reacts with destructive anxiety, when the family group tries to suppress situations in which the child may experience anxiety and in which the group may experience anxiety regarding the child. Deficient anxiety frequently arises when the family members assume an attitude of »laissez-faire« towards the child regardless of what the child tries to communicate.

5. *Sexuality*

Identity development implies the development of sexuality, which is one of the central ego-functions predominantly embodied in the unconscious. Sexuality is determined by the atmosphere prevailing in the group of early childhood, the behaviour of the group members towards each other, the way they deal with masculine/feminine behaviour, as well as by constitutional aspects rather than by the anatomy of the sexual organs.

Regarding the scale of masculine/feminine, the child undergoes a highly differentiated development and by nature carries both, masculine and feminine aspects in his personality, a reality which I call the principle of androgyny. One of the roots of psychic disorders are a person's need being ignored rather than accepted and realized by the surrounding groups and by society; instead, the child is requested to fit into rigid and strictly demarcated roles.

The role of sexuality is an aspect of man's identity which is closely related to creativity, and which may be supported, restricted, impeded or extended, depending on the dynamics of the surrounding group and the society. The above

described ego-functions play among others a significant role in the ego-structural network and ego-functional interdependencies. The development of a child does not take place by itself in a »normal, average« environment. The child develops by constantly communicating and asserting his own needs in different ways within the dynamics of the surrounding group. This is finally why we have significant differences among the various personalities. Man is constantly influenced by the dynamics of his group, thus developing his identity. Therapeutic consequences resulting from the above said must be considered with respect to the methods of treatment for the various ego-structural disorders in their entirety.

6. Treatment

Dynamic Psychiatry takes into account the dynamics of the patient's current life group as well as his relationships to others. Unemployment, difficulties at work, conflicts in partnership or other situations of stress often trigger out a psychic disease having its roots in early childhood, in which constructive or destructive-deficient life processes or diseases have been originated. The patient's current group situation frequently reflects his psychogenesis.

For this reason, group dynamic processes in the institute, the clinic as a whole, the milieu therapeutic community, the day and night clinic as well as polyclinics and outpatient stations are brought into action for the treatment of the individual patient and his group. In this way, the entire field of social energy, group dynamics and milieu therapy in the clinic together with the therapeutic networks serve the treatment of the patient.

The spectrum of treatment includes individual therapy, group dynamically oriented group psychotherapy, working on a project in a therapeutic milieu, which is of particular importance, therapy in groups which include also the nonverbal aspects like theater, music and dance therapy, all forms of art therapies, and those specific to individual interests and sport therapy. Each individual patient receives a treatment program in correspondence with his particular ego-structure, and is thus exposed to a number of different group situations. Treatment must always fit the needs of the patient.

Dynamic Psychiatry is an understanding psychiatry realizing man as a personality in his own right and concentrating on still available potentials of identity. Therefore, therapy in Dynamic Psychiatry can be regarded as identity therapy. Working on ego-structures is a fundamental principle of treatment in Dynamic Psychiatry. It is the core of identity therapy (*Ammon 1978*).

Therapy in this context means being concerned with deficient and destructive ego-parts on the basis of a therapeutic alliance with the sound ego-parts of personality. The core of this concern is the destructive aggression, from which treatment of the other destructive and deficient ego-functions can be proceeded, especially the ego-function of narcissism. Archaic feelings of rage and isolation are set free and the patient's dynamics become clear, dynamics which he

unconsciously creates again and again, so that in the therapeutic milieu the patient is able to make up for an ego-development.

Ego-structural therapy takes place in extreme situations. One of the therapist's tasks is to create such situations for the patient and make them open to experience. For this purpose it is necessary that the therapist presents himself as a human being with feelings and attitudes.

In this connection I would like to critically review the Freudian concept of transference. In my opinion development must have taken place in order to be suppressed. Therefore, in cases of severe archaic ego-diseases it cannot be the task of the therapist to lift suppressed matters or interpret transference processes, but rather to present himself as a human being, enter into a relationship with the patient and in this way enable the patient to make new experiences.

The relation between therapist and patient is a relation between partners, carried by an attitude of respect towards the patient, who is taken seriously in his personality. The cause of the person's disease is not to be found in suppressed conflictual matters, but rather in genuinely suffered deficiencies. Suppressed matters must not be lifted but rather deficient development must be made up for, unstructured personality must obtain a new structure.

In this I agree with *Bassin* (1981), who critically examined the concept of transference; according to *Bassin* the positive impacts of psychotherapy are based on the therapist's empathy and taking part in the patient's experiences rather than on the forms and methods of traditional psychoanalysis. Under this viewpoint *Bassin* discusses my concept of social energy and the importance of what the understanding of contact between individuals as a specific form of relationship means for the therapeutic process, but also for other forms of relations. Regarding the therapist only as a screen for transferences means to depersonalize him, which is just the contrary of psychotherapy. Therapy is always a process of humanization. A precondition for therapeutic communication is to create a social-energetic field in which therapy on destructive ego-parts can take place. Working on destructive, ill ego-parts is often regarded by paranoid patients as being attacked in their entire personality; they feel rejected and avoided, they experience once again the rejections and insults they were exposed to in earlier phases of life, and hence react destructively by fending off contact.

Therapy is considered as a process. From time to time, changes and developments, but also symptomatic behaviour are recorded. In case conferences we then discuss gained personality structures, changed behaviour, bodily and psychic aspects. Conferences on difficulties in and failure of treatment methods or even deterioration of a patient's state of health are often important and helpful.

Decisive for a successful treatment of patients with severe diseases is the quantity of social energy a therapist is able to give as well as the forces of the social-energetic field, i.e. the constructivity within the group dynamics of the entire clinic milieu.

According to efficiency results of our treatment, documented by psychological researches in our department of diagnostics, 80% of the patients show an essential improvement, i.e. they get back their fitness for work and society; 60% activate human and creative forms of living, working and relationships; 20% of the patients showed no improvement or change due to breaking off treatment, disturbing influences by family pathology, narcissistic-paranoic self-relatedness, as well as lacking motivations and insights. As a rule, such patients are in a chronified, hospitalized state.

7. Psychotherapeutic Behaviour

Psychotherapeutic behaviour as it is taught and studied in our school and which is subject to supervisory processes, contains the following aspects:

1. Spectral-theoretic understanding of disease and treatment;
2. Ego-structure model;
3. Social-energetic principle and its significance;
4. Aspect of signaling of being understood and inducing openness to contact;
5. The therapist presenting himself as a person for direct communication and discussion, whereby he also communicates feelings aroused by the patient's behavior;
6. Attempt to correct distorted perceptions, thinking and affects;
7. Investigation of the constructive-creative aspects of the patient's personality and evaluation of his alternatives and perspectives for the future;
8. Evaluation of the peculiarities in the patient's sexual structure and resulting needs;
9. Intensive treatment of the patient's group dynamics, hereby considering the function of reflection in therapy as well as working as far as possible directly and continuously with the family group during the process of treatment;
10. The alpha and the omega of each and every treatment is the first contact between therapist and patient. Whether in individual sessions or group sessions, the therapist must see to it that the contact is always important for both, the therapist as well as the patient.

Dynamische human-strukturelle Psychiatrie heute

Günter Ammon (Berlin/München)

Der Autor beschreibt in dieser Arbeit sein Humanstrukturkonzept, das er in den letzten 25 Jahren entwickelt hat. In der Einleitung stellt er seine Erfahrungen am Berliner Psychoanalytischen Institut unter *Müller-Braunschweig*, desweiteren in der Menninger Foundation mit *Karl Menninger* und dem Psy-

choanalytischen Institut in Topeka mit *Ishak Ramzy* dar. Grundlegend war dabei, daß er feststellte, daß die klassischen Behandlungsweisen und -theorien von wenig Nutzen für die schweren Erkrankungen wie Borderline Syndrom, Psychosomatik, Sucht, Zwang, Schizophrenie und manisch-depressive Reaktion waren. Er stellte bei diesen Krankheitsformen Humanstruktur-Defekte fest, die in ihrer Entstehung auf die frühe Gruppendynamik in der Kindheit zurückgehen und die selbst bei der Hysterie, Phobie und Zwangsneurose vorhanden sind.

Ausgehend davon beschäftigte sich der Autor mit weitergehenden Behandlungsmethoden wie der Gruppenpsychotherapie, der Milieuthherapie und der Anwendung von Gruppendynamik. Einzeltherapie sieht er weiterhin als wesentlich für narzißtisch paranoische Persönlichkeiten und neurologische Erkrankungen an. Dabei erkannte er die Bedeutung der Aggression und ihre Rolle als Dreh- und Angelpunkt in der Behandlung psychischer Erkrankungen. Der Autor versteht Aggression als Humanfunktion, die ursprünglich konstruktiv ist und sich erst in ihrer Entwicklung in der Primärgruppe destruktiv oder defizitär verändern kann. Dies bedeutete bereits die Loslösung vom Triebverständnis der klassischen Psychoanalyse. Ausgehend davon löste das Humanstrukturmodell das topographische Modell von Es, Ich und Über-Ich ab.

Im Humanstrukturmodell faßt *Ammon* die Persönlichkeit in zentrale, sekundäre und primäre Humanfunktionen zusammen. Die zentralen Humanfunktionen sieht er im Unbewußten verankert wie Angst, Kreativität, Narzißmus, Ich-Abgrenzung, Sexualität usw. Sekundäre Humanfunktionen sind im bewußten Bereich und bestimmen das Verhaltens-Ich, die primären Humanstrukturen sind alle neurophysiologischen und biologischen Funktionen des Menschen.

Alle Humanfunktionen sieht der Autor in einer dynamisch-synergistischen Verwobenheit, wobei jede Humanfunktion primäre, zentrale und sekundäre Anteile hat. Das Unbewußte wird dabei als ein Niederschlag internalisierter Gruppenerfahrungen und Ort der Entwicklungsmöglichkeiten von Persönlichkeitsstrukturen gesehen. Die Entwicklung der Humanfunktionen wird in konstruktiven, destruktiven oder defizitären Ausprägungen verstanden, die immer in einem Austauschprozeß mit der umgebenden Gruppe zu sehen sind. Eine wichtige Rolle spielt dabei die Funktion der Ich-Integration, die ein selbst-reguliertes Ich oder eine desintegrierte Persönlichkeit zur Folge haben kann.

Durch den Ich-Strukturtest nach *Ammon* können bis jetzt Humanfunktionen erfaßt werden wie Aggression, Angst, Narzißmus und Ich-Abgrenzung. Dadurch kann ein Persönlichkeitsprofil individuell erstellt werden, das für die Diagnostik und Behandlung genutzt wird. Durch das spektraltheoretische Verständnis der Persönlichkeit wird eine differenzierte Diagnostik von Krankheit und Gesundheit mit Aufgabe von Symptom- und Kategoriendenken notwendig.

Der Autor spricht hier auch von einem gleitenden Spektrum von archaischen Ich-Krankheiten, was bedeutet, daß sich im Laufe der Behandlung die

Krankheit verändert und damit auch die Diagnose. Der Mensch wird dabei in einem ständigen Entwicklungsprozeß verstanden.

In seinem gruppendynamischen Prinzip versteht *Ammon* den Menschen als Gruppenwesen. Zentral ist die Ausprägung der Gruppenatmosphäre, der Dynamik und der Sozialenergie. Gruppendynamische Konstellationen müssen wie ein feines Netzwerk, das einem Kräftefeld gleichgesetzt werden kann, verstanden werden. Gruppendynamik ist mehr als die Summe der Interaktionen und des Rollenverhaltens der Mitglieder, sondern bezieht die unbewußte und die aktuelle und gruppengeschichtliche Dimension mit ein. Die Umgebung, die Gruppe und besonders die behandelnde Klinik werden als ein sozialenergetisches, gruppendynamisches Feld gesehen. Sozialenergie ist die Kraft und Unterstützung, die sich Menschen untereinander geben können. Sie ist notwendig für die Identitätsentwicklung, wobei die Identität als sich ständig in Entwicklung befindlich verstanden wird. Sozialenergie kann konstruktiv, destruktiv oder defizitär ausgeprägt sein. Konstruktive Sozialenergie bedeutet Verständnis und Interesse für andere Menschen zu haben, zu kommunizieren und andere Menschen ernst zu nehmen. Destruktive Sozialenergie bedeutet zwar Beziehung und Kontakt, aber in einem zerstörerischen Sinne, wie z.B. Kindesmißhandlung. Defizitäre Sozialenergie bedeutet das Ignorieren von anderen Menschen. Das Sozialenergiekonzept löst das Libidokonzept ab. Konstruktive Sozialenergie ist wichtig für den Aufbau der Ich-Struktur. Ich-Struktur kann als manifestierte Sozialenergie gesehen werden.

Den Symbiosekomplex sieht der Autor als grundlegend für die Entstehung archaischer Ich-Krankheiten und für die Behandlung von Psychosen an. Die symbiotische Phase liegt in der Zeit bis zum 3. Lebensjahr. In dieser Zeit entwickelt sich das Kind zu einer eigenen Person. Wird ein Kind in der Symbiose festgehalten, kann es zu schweren Identitätsdefiziten kommen.

Desweiteren werden die Humanfunktionen der Angst, des Narzißmus und der Sexualität beschrieben, die hier exemplarisch für alle weiteren zentralen Humanfunktionen stehen wie Ich-Abgrenzung, Kreativität, Aggression bis hin zur Identität als Funktion, aber auch als individuelles Geschehen.

Die Entwicklung der Persönlichkeit des Kindes mit den verschiedenen Ausprägungen seiner Humanstruktur sieht *Ammon* immer in Abhängigkeit von der umgebenden Gruppendynamik. Der Mensch steht in ständigem Austausch mit seiner umgebenden Gruppe, und so entwickelt sich seine Identität.

Für die Behandlung wurde 1975 die erste Dynamisch-Psychiatrische Klinik gegründet, der 1979 die Dynamisch-Psychiatrische Klinik Mengerschwaike folgte. Die diagnostische Abteilung entwickelte den Ich-Strukturtest, macht soziometrische und Effizienzforschung und Autokinetische Lichttestuntersuchungen. Die Ergebnisse der sowjetischen Hirnforschung wie z.B. von *Zenkov*, *Rotenberg*, *Bassin* und *Sherozia* ergeben weitgehende Übereinstimmungen mit der Humanstrukturologie. In der Therapie wird der Patient sowohl in seiner Lebensgruppe, in seinen Beziehungen zu anderen Menschen, in seiner Arbeitssituation, in seinen Partnerschaftskonflikten, Streßsituationen wie auch zen-

tral in seiner kindlichen Entwicklung mit konstruktiven, destruktiven und defizitären Prozessen berücksichtigt. Oft spiegelt die Lebensgruppe die frühe Gruppendynamik, die verantwortlich für die Entwicklung war, wider.

Das gesamte sozialenergetische gruppenspezifische und milieutherapeutische Feld der Klinik sieht der Autor als ein Behandlungsfeld für die Therapie schwerer humanstruktureller Erkrankungen. Das Spektrum der Behandlung reicht von Einzel-, Gruppenpsychotherapie, Milieuthherapie, nonverbalen Therapieformen wie Theater-, Musik-, Tanz- und Kunsttherapie, Interessengruppen bis hin zu Sporttherapie. Jeder Patient bekommt ein eigenes individuelles Behandlungsprogramm, das für seine spezifische Ich-Struktur geeignet ist. Die Behandlung soll immer auf die Bedürfnisse des Patienten abgestimmt sein.

Dynamische Psychiatrie heißt Identitätstherapie. Die therapeutische Arbeit auf humanstruktureller Ebene bedeutet, daß die defizitären und destruktiven Persönlichkeitsanteile durch ein Bündnis mit den gesunden konstruktiven Ich-Anteilen erreicht und behandelt werden können. Der Kern der Bearbeitung ist die destruktive Aggression, von der aus die anderen defizitären und destruktiven Humanfunktionen behandelt werden können, besonders die Ich-Funktion des Narzißmus, so daß im therapeutischen Milieu der Patient eine nachholende Ich-Entwicklung erfahren kann.

Notwendig für den therapeutischen Prozeß sind immer wieder Grenzsituationen und daß der Therapeut sich als Person mit eigenen Gefühlen und Einstellungen zur Verfügung stellt. Nach Meinung des Autors ist bei schweren psychischen Erkrankungen erst eine Persönlichkeitsentwicklung notwendig, damit Verdrängung stattfinden kann. So geht es in Abgrenzung zu Freud bei diesen Patienten nicht in erster Linie darum, Konflikte aufzudecken und Übertragungsprozesse zu interpretieren, entscheidend für die Therapie ist vielmehr die partnerschaftliche Beziehung zwischen Therapeut und Patient und ein mehrdimensionales sozialenergetisches Feld mit neuen Erfahrungsmöglichkeiten.

Die Therapie wird als Prozeß gesehen, der von Zeit zu Zeit in seiner Entwicklung und im Symptomverhalten überprüft und aufgezeichnet wird. In Case-Konferenzen werden die Persönlichkeitsentwicklungen auf der körperlichen, psychischen und auf der Verhaltensebene im Kontakt mit dem Patienten besprochen.

Die Effizienzstudien der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik zeigen eine wesentliche Verbesserung bei 80% der Patienten, wobei 60% ein kreatives, aktives Leben mit Arbeit und Beziehungen führen können. 20% zeigen keine Verbesserung. Zusammenfassend akzentuiert *Ammon* die grundlegenden Voraussetzungen für ein adäquates psychotherapeutisches Verhalten in der dynamisch-psychiatrischen Behandlung: Ein spektraltheoretisches Verständnis von Gesundheit und Krankheit, das sozialenergetische Prinzip, das Humanstrukturmodell, ein Therapeut, der sich als Person zur Verfügung stellen muß, die Korrektur von falscher Wahrnehmung, Denken und Gefühlen, Un-

tersuchung und Einbeziehung der konstruktiven und kreativen Aspekte der Persönlichkeit des Patienten und der Zukunftsperspektiven, die Evaluation der Sexualstruktur, die Einbeziehung der Lebensgruppe und der Familiengruppe in den Behandlungsprozeß und die Bedeutung der ersten Begegnung zwischen Patient und Therapeut.

Literature:

- Ammon, G.* (1957): The psychotherapeutic Process of a Painter with Schizophrenic Reaction, Demonstrated with pictures. In: Proceedings 6. Convent. of Inter. Am. Soc. F. Psychol., Mexico City, Univ.
- (1959): Theoretical Aspects of Milieutherapy. In: Bulletin of the Menninger School of Psychiatry, Topeka, Kansas, USA. Neuauflage 1977 (Berlin: Pinel-Publikationen)
- (1966): Beobachtungen und Erfahrungen eines Psychiaters und Psychoanalytikers mit den Lakandon-Mayas Mittelamerikas. In: Mitteilungen Berl. Ges. Anthropol. 1, 52-55
- (1970): Gruppendynamik der Aggression — Beiträge zur psychoanalytischen Theorie. (Berlin: Pinel-Publikationen). Nachdruck: Kindler-Verlag München 1973
- (1973): Dynamische Psychiatrie. (Darmstadt, Neuwied: Luchterhand)
- (1976): Das Borderline-Syndrom, ein neues Krankheitsbild. In: Dyn. Psychiat. (9) 317-348
- (1978): Das Verständnis eines Entwicklungsdefizits von Ich-Strukturen in Persönlichkeit und umgebender Gruppe als Grundlage für Wissenschaft und Praxis einer Dynamischen Psychiatrie. In: Dyn. Psychiat. (11) 120-140
- (1979a): Kindesmißhandlung (München: Kindler)
- (1979b): Entwurf eines Dynamisch-Psychiatrischen Ich-Struktur-Konzepts — Zur Integration von funktional-struktureller Ich-Psychologie, analytischer Gruppendynamik und Narzißmus-Theorie. In: *Ammon, Günter* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie. Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt)
- (1982a): Hirnstrukturen, Unbewußtes und Ich-Strukturologie. In: *Ammon, Günter* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie. Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt)
- (1982b): Das sozialenergetische Prinzip in der Dynamischen Psychiatrie. In: *Ammon, Günter* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie. Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt)
- Ammon, Günter, Patterson, P.G.R.* (1971): Peyote: zwei verschiedene Ich-Erfahrungen. In: Bewußtseinserweiternde Drogen in psychoanalytischer Sicht. (Berlin: Pinel-Publikationen)
- Ammon, Günter, Ammon, Gisela, Griepenstroh, D.* (1981): Das Prinzip von Sozialenergie — gleichendes Spektrum und Regulation. In: Dyn. Psychiat. (14) 1-15
- Bassin, F.V.* (1978): Unbewußtes und Verhalten. (Stuttgart: Hippokrates)
- (1981): Aus der wissenschaftlichen Korrespondenz Dr. Günter Ammons. In: Dyn. Psychiat. (14) 318-321
- Bassin, F.V. und Sberozia, A.E.* (1979): Die Rolle der Kategorie des Unbewußten im System der gegenwärtigen wissenschaftlichen Erkenntnis über die menschliche Psyche. In: Dyn. Psychiat. (12) 353-376
- Griepenstroh, D. und Wallenberg Pachaly, A. v.* (1979): Das energetische Prinzip bei Freud und Ammon. In: *Ammon, Günter* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie. Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt)
- Rotenberg, V.S.* (1982): Funktionale Dichotomie der Gehirnhemisphären und die Bedeutung der Suchaktivität für physiologische und psychopathologische Prozesse. In: *Ammon, Günter* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie. Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt)
- Zenkov, L.R.* (1978): Einige Aspekte der semiotischen Struktur und der funktionalen Organisation des rechtshemisphärischen Denkens (in russischer Sprache). In: The Unconscious: Nature, Functions, Methods of Study. Bd. 1 (Tbilisi: Metsniereba Publ. House)

Address of the author:

Günter Ammon
Meierottostraße 1
1000 Berlin 15
Germany

Schlafuntersuchungen bei Patienten mit Anorexia Nervosa im Vergleich zu Patienten anderer humanstruktureller Diagnosegruppen****

Ilse Burbiel*, Ulrich Köppen**, Astrid Thome***, Gudrun Stein**** (München)

Anliegen der vorliegenden Arbeit ist es, die im Schlaf- und Traumlabor der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige begonnenen Untersuchungen des Nachtschlafs von Patienten unterschiedlicher Diagnosegruppen um die Gruppe der Anorexia-Nervosa-Patienten zu erweitern. Das allgemeine Ziel der Schlafforschung ist, auf der Grundlage des humanstrukturellen Krankheitsverständnisses, die Nachtschlafpolygramme für eine Aktual- und eine Effizienz- bzw. Katamnesticdiagnostik nutzbar zu machen.

Bei einer Versuchsgruppe von n = 9 anorektischen Patienten werden die Nachtschlafpolygramme nach den Standardparametern (prozentuale Anteile der NREM-Stadien 1,2,3,4, des REM-Schlafes und Wach an der Gesamtschlafzeit) sowie nach Strukturparametern, die sich auf die zeitliche Periodik des Schlafes sowie dessen zyklischen Verlauf beziehen, ausgewertet.

Im Vergleich zu einer Kontrollgruppe Gesunder und den Ergebnissen früherer Untersuchungen der Diagnosegruppen narzisstische Depression, schizophrene Reaktion, Psychosomatik und Borderline-Persönlichkeit konnten folgende Ergebnisse gewonnen werden:

1. Bei anorektischen Patienten findet sich eine signifikante Verminderung des NREM-Stadiums 4, eine signifikante Erhöhung des NREM-Stadiums 1, ein signifikant geringerer REM-Anteil und eine signifikant verkürzte REM-Latenz sowie ein signifikant höherer Wach-Anteil gegenüber der Kontrollgruppe.
2. Im Vergleich zu den verschiedenen Diagnosegruppen weist die Gruppe der anorektischen Patienten u.a. den größten Anteil an NREM-Stadium 3 auf.

Die Autoren interpretieren, daß die Anorexia-Nervosa-Gruppe gemeinsam mit den anderen Diagnosegruppen im Schlafprofil gegenüber dem Schlaf Gesunder ein funktionelles Entwicklungsdefizit in den regulativen cerebralen und kortikalen Systemen aufweist. Die Besonderheiten in der REM-Schlaf-Architektur bei anorektischen Patienten wird verstanden als Hinweis auf eine gestörte Regulation zwischen bewußten und unbewußten Prozessen und sozialenergetischen Austauschprozessen. Die Ergebnisse bestätigen die klinischen Erfahrungen, daß die anorektische Reaktion als eine schwere psychiatrische Erkrankung verstanden werden muß.

Die schlafdiagnostischen Untersuchungen in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige mit Patienten verschiedener psychiatrischer und humanstruktureller Diagnosegruppen dienen dem Zweck, das Nachtschlafpolygramm für eine Aktual- und eine Effizienz- bzw. Katamnesticdiagnostik nutzbar zu machen. Die vorliegende Schlafuntersuchung von 9 Patienten mit Anorexia Nervosa ergänzt unsere bisherigen Vergleichsuntersuchungen von Patienten aus den Diag-

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

** Psychiater, Mitarbeiter der Psychologisch-Diagnostischen Abteilung der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige München

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

**** Studienrätin für Mathematik, freie Mitarbeiterin der Psychologisch Diagnostischen Abteilung der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige

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

nosegruppen narzißtische Depression, schizophrene, psychosomatische Reaktion (Ammon et al. 1985) und Borderline-Struktur (Ammon et al. 1989). Speziell verfolgen diese Querschnittsvergleiche das Ziel, Parameter und Parameterkombinationen im Nachtschlafpolygramm aufzufinden, welche die Diagnosegruppen vom Schlaf gesunder Probanden unterscheiden und die Gruppen untereinander bzw. spezifische persönlichkeitsstrukturelle Besonderheiten voneinander differenzieren.

Das übergreifende Konzept für unsere Interpretation und Theorieentwicklung bildet die Humanstrukturologie Günter Ammons, die von der grundlegenden und wesensmäßigen Einheit von Körper, Geist und Seele ausgeht: »Menschliche Entwicklung verstehe ich als integratives Geschehen von körperlicher und psychischer Entwicklung. Dies gilt besonders auch für die erste Lebenszeit des Kindes und seine embryonale Entwicklung. Die psychologische Seite des Menschen wird damit als wesentlicher Aspekt der Körper-Ich-Entwicklung betrachtet, die in ihrem gruppenspezifischen Bezug konstituierend auf die primäre Ich-Struktur wirkt.

Die Physiologie im Verständnis des 20. Jahrhunderts ist vorwiegend zu einer Lehre der physikalischen und chemischen Prozesse, oft von Mikroprozessen geworden, so daß man fast von der Physiologie als Körper-Physik sprechen kann. Den Begriff der Physiologie fasse ich damit an dieser Stelle entsprechend seiner ursprünglichen Bedeutung auf, die ihr auch den Namen gab, d.h. den Begriff 'Physis' in seiner Übersetzung als 'Natur'.

So sehe ich physiologische und psychologische Prozesse sich in Interdependenz entwickeln, wobei Entwicklung immer Gruppenentwicklung meint und auch gruppenspezifische Einflußnahme auf physiologische Prozesse bedeutet.

Betrachten wir die embryonale Entwicklung des Menschen, seine Gehirnentwicklung, angefangen von der Verdickung des Neuralrohres in der 4. Lebenswoche des Embryo bis zu seiner Geburt und dem postnatalen Stadium, so wissen wir, daß die Hirnrinde nicht ausgereift ist und bis ins Erwachsenenalter hinein sich entwickelt. Auf diese Entwicklung werden mit Sicherheit gruppenspezifische und Umweltfaktoren Einfluß haben. . . Bewußtes, Unbewußtes und Physiologisches entwickeln sich so in gegenseitiger Abhängigkeit und Interdependenz von umgebenden Gruppen und sozialenergetischer Zufuhr.« (Ammon 1982)

Diese Aussagen bilden die grundsätzliche und übergeordnete Arbeitshypothese, von der unsere Theorie der Schlafdiagnostik ausgeht; sie impliziert selbstverständlich die Einbeziehung wissenschaftlicher Erkenntnisse aus anderen Disziplinen wie der Schlafforschung, Neuropsychologie, Neuro- und Hirnphysiologie. Die Theorie der Schlafdiagnostik geht von folgenden Grundannahmen aus:

1. Als Teil der Gesamtrhythmik des Menschen muß der Schlaf Entsprechungen dazu aufweisen, wie der Mensch am Tag lebt, seine Tage gestaltet und mit welcher Erlebnisintensität er seelisch, geistig und körperlich teil hat an den sozialenergetischen Austauschprozessen seines Lebensumfeldes.

2. Der Nachtschlaf weist Indikatoren auf für den Entwicklungsgrad gesamt-cerebraler und cortikaler Strukturen und Funktionen, d.h. für den Entwicklungsstand des biologisch-primären Anteils der zentralen, unbewußten Humanfunktionen, insbesondere des Zusammenwirkens von Angst, Aggression, Abgrenzung und regulativer Funktionen (zum Humanstrukturmodell vgl. *Ammon 1979*). In seiner Dimension als komplexes mentales, psychisches Geschehen mit einem breiten Spektrum von Unbewußtheit und Bewußtheit gibt der Nachtschlaf Hinweise auf die Qualität des Zusammenwirkens bewußter und unbewußter Prozesse des Menschen.

Die Ontogenese des Menschen sehen wir auch in ihren physiologisch-funktionellen Aspekten als gruppen-, sozialenergie- und beziehungsabhängig an (*Ammon 1982; Ammon et al. 1985*).

3. Aussagen über defizitäre, dysfunktionale und gesunde Momente des Nachtschlafs lassen sich nicht allein anhand einzelner Schlafparameter machen, sondern nur über die Gesamtorganisation, d.h. die Proportionalität einzelner Parameter und Parameterkombinationen zueinander.

Klinische und empirische Grundlagen für die Hypothesenbegründung der vorliegenden Schlafuntersuchung

Die Begründung der Hypothesen zur vorliegenden Untersuchung erfolgt aus den Ergebnissen unserer bisherigen Schlafuntersuchungen und den klinischen Kenntnissen über humanstrukturelle Besonderheiten der unter Anorexia Nervosa leidenden Patienten.

Übersicht über die Ergebnisse der bisherigen Vergleichsuntersuchungen

1. Diagnosegruppen (wichtigste Ergebnisse)

Abb. 1 zeigt in einer Übersicht die von uns getesteten Parameter des Nachtschlafs. Standardparameter sind die prozentualen Anteile der NREM-Stadien 1, 2, 3, 4, des REM-Schlafs und Wach an der Gesamtschlafzeit (zur funktionellen Bedeutung des REM- und des NREM-Schlafs und zu den speziellen Funktionen der NREM-Stadien 1, 2, 3, 4, *Ammon et al. 1988*). Die Strukturparameter beziehen sich auf die zeitliche Periodik des Schlafs, seinen zyklischen Verlauf (s. bes. *Ammon et al. 1987*). Die Anzahl der Stadienwechsel, ein strukturdynamischer Parameter, ist ein Maß für die Bewegtheit innerhalb der Zeitstruktur des Nachtschlafs (s. bes. *Ammon et al. 1987, 1988*).

In den bisherigen Arbeiten konnte für alle vier der von uns untersuchten Diagnosegruppen, narzißtische Depression (ND), schizophrene Reaktion (S), Psychosomatik (P) und Borderline-Persönlichkeit (BP) (*Ammon et al. 1985, 1989*) im Vergleich zu einer Kontrollgruppe Gesunder (*Williams et al. 1974*) ein insgesamt gesteigertes cortikales Aktivierungsniveau festgestellt werden, das sich in der signifikanten Verminderung des NREM-Stadium-4-Anteils zugunsten eines erhöhten Anteils des NREM-Stadiums 1 niederschlägt. Diese Ergebnisse stehen in Übereinstimmung mit der Literatur,

Standardparameter

SPT	= (sleep peiord time) Gesamtschlafzeit: einschl. Wachzeiten innerhalb des Schlafs, ohne Einschlafvorgang
Wach %	= prozentualer Anteil der Wachzeiten innerhalb der Gesamtschlafzeit an dem Gesamtschlaf
NREM 1% } NREM 2% } NREM 3% }	= prozentuale Anteile des REM-Stadien 1, 2, 3, 4 an der Gesamtschlafzeit
REM %	= prozentualer Anteil des REM-Schlafs (rapid eye movement-Schlaf) and der Gesamtschlafzeit

Strukturparameter

Lat REM	= Zeitdauer bis zum Auftreten der ersten REM-Phase (REMP 1)
REMP 1	} Dauer der 1., 2., 3., 4. und 5. REM-Phase einschließlich der Unterbrechungen der REM-Phase durch Anteile der Stadion Wach, NREM-Stadien 1, 2, 3, 4
REMP 2	
REMP 3	
REMP 4	
REMP 5	
REMI 1	} = Dauer des 1., 2., 3., 4., und 5. REM-Intervalls = Zeitstrecken von NREM-Schlaf zwischen den REM-Phasen einschließlich W-Zeiten
REMI 2	
REMI 3	
REMI 4	
REMI 5	

Strukturdynamische Parameter

SW	= Anzahl der Stadienwechsel innerhalb der Gesamtschlafzeit
SW/REM	= Anzahl der Stadienwechsel in REM
SW/NREM	= Anzahl der Stadienwechsel in NREM

Abb. 1: Parameter des Nachtschlafs in der humanstrukturellen Schlafdiagnostik

- für ND: *Gillin et al. 1979; Beersma et al. 1983; Kupfer et al. 1984; Schulz u. Lund 1985; Arriga et al. 1990 u.a.,*
- für S: *Caldwell 1969; Traub 1972; Feinberg u. Hiatt 1978; Hiatt et al. 1985 u.a.,*
- für P: *Kales et al. 1968 u.a.*

In den wenigen uns bekannten Forschungsarbeiten zum Schlaf von Borderline-Patienten werden diese Parameter nicht untersucht (*Akiskal et al. 1985*), oder es findet keine Differenzierung zwischen NREM 3 und NREM 4 statt, sondern es werden nur Daten zum sog. slow-wave-sleep (SWS = NREM 3+4) veröffentlicht (*McNamara et al. 1984*).

Diese Vigilätsverschiebung (Vigilät: Aktivierungsniveau des EEG und/oder anderer polygraphischer Parameter im Schlaf, erfaßbar z.B. durch Schlafstadien) findet sich für die Gesamtgruppe ND, S und P wieder in einer negativen Korrelation zwischen NREM 1 und NREM 3 ($r = -.59$; $p = .002$): Die Verminderung von NREM 3 geht einher mit einer Erhöhung des NREM-1-Anteils. Die Gruppen ND, S und P sind untereinander erst ansatzweise auf der Ebene von Strukturparametern unterscheidbar (*Ammon et al. 1987*). Signifikant unter der Kontrollgruppennorm liegen die Werte dieser drei Gruppen auch für den REM-Anteil.

Diese oben beschriebene Einheitlichkeit in der Vigilanzverschiebung interpretierten wir als Ausdruck eines bei individuellen Unterschieden grundsätzlich allen vier Gruppen (ND, S, P, BP) gemeinsamen Entwicklungsdefizits in den integrierenden und regulativen neurophysiologischen Funktionen im Ausschnitt, den das Nachtschlafpolygramm wiedergibt. Dieses Defizit sehen wir in der Borderline-Gruppe im Unterschied zu den anderen Diagnosegruppen kompensiert durch den größeren REM-Anteil, der im Bereich der Kontrollgruppennorm liegt und in hoher negativer Korrelation zu NREM 1 steht (—,79).

2. Extremgruppe Delta-Hoch (Gruppe A)

Unabhängig von der diagnostischen Zuordnung konnte in der Gesamtgruppe aller untersuchten Patienten eine Subgruppe von Patienten identifiziert werden, die einen über die Kontrollgruppennorm signifikant erhöhten Anteil des Delta-NREM-Stadiums 3 zeigten. Neun von insgesamt 35 Patienten (Gruppe A) wiesen bei signifikant gegenüber der Kontrollgruppe verringertem bzw. fehlendem NREM-4-Anteil einen Anteil an NREM 3 auf, der mindestens eine Standardabweichung über dem Kontrollgruppenmittelwert lag. Auch zeigten sie gegenüber den anderen Patienten (Gruppe B) niedrigere Werte für Wach und NREM 1.

Folgende gemeinsame Charakteristika fanden wir für die Patienten der Delta-Hoch-Gruppe im Unterschied zur Gruppe B aufgrund von Team- und Therapeutenaussagen: Die Patienten »konnten sich dem Therapieprozeß gegenüber nur sehr schwer öffnen, ein Einlassen auf Beziehungen und Auseinandersetzungen mit Patienten und Therapeuten wurde von ihnen umgangen. . . Sie zeigten wenig Bereitschaft, sich in Frage zu stellen und damit einer Veränderung auszusetzen, beharrten gegenüber dem Klinikmilieu auf ihrer Eigenwelt und einer Unverbindlichkeit durch vielfältige Fluchtmechanismen. . .« (Ammon et al. 1985). Das Angebot averbaler Therapiemethoden und das Klinikmilieu als Ganzes konnten sie gut nutzen. Nach Ammon können sie der Gruppe »schwer Erreichbarer« zugeordnet werden (Ammon 1984), was humanstrukturell mit einer Störung besonders im Bereich des Urnarzißmus und einer überwiegend defizitären und destruktiven Aggressionsstruktur verbunden ist. »Es handelt sich bei ihnen um Menschen, die durch formale Therapie und Interpretation von Übertragung, Widerstand oder Analyse ihres Verhaltens nicht erreicht werden können, d.h. daß man keinen spürbaren Kontakt zu ihnen dadurch aufnehmen kann und daß sie keine Einsicht entwickeln können. Sie fühlen sich jedoch nach einiger Zeit in der Klinik wohl, besonders bei Tätigkeiten, die ihre Phantasiewelt erreichen wie Maltherapie, Theatertherapie oder Tanztherapie, und bei Projekten jeglicher Art im Milieu. . .« (Ammon 1984).

Für die Gruppe mit dem hohen NREM-3-Anteil kamen wir zu folgender Interpretationshypothese: »Eine dysregulative Struktur von Aggression und Narzißmus, welche neuen verändernden gruppenspezifischen und sozialenergetischen Einflüssen und damit einer nachholenden Ich-Entwicklung

gleichsam eine Mauer entgegensetzt und den Patienten dadurch so schwer erreichbar werden läßt, könnte im Ausschnitt des Delta-Schlafs aus dem primären Strukturbereich in einer Erhöhung der Anteile von Schlafstadium 3, bei gleichzeitigem Fehlen von Stadium 4 ihren Ausdruck finden.« (Ammon et al. 1985).

Anorexia Nervosa

Die von uns untersuchte Anorexia-Nervosa-Gruppe setzt sich aus anorektisch reagierenden Patienten zusammen, die aktuell entweder manifest anorektisch oder bulimisch reagieren. Der Wechsel von langen Perioden des Nichtessenkönnens bzw. Fastens mit Zeiten unkontrollierten Heißhungers, Wechsel vom Dünn- zum Dicksein ist bei anorektischen Patienten bekannt (u.a. Bruch 1969, 1971, 1973). Auch die von uns untersuchten bulimischen Patienten haben in ihrer Vorgeschichte lange Zeiten des starren Fastens.

Klinisches Bild

Der anorektisch kranke Patient wird in einer Fülle von Literatur beschrieben (Bruch 1969, 1971, 1973 u.a.; *Selvini-Palazzoli* 1965 u.a.) Aus der Sicht der Humanstrukturologie hat sich in einem ausführlichen Handbuch-Beitrag *A. von Wallenberg Pachaly* (Bd. 2 des Handbuchs der Dynamischen Psychiatrie 1982) mit der Anorexia Nervosa befaßt, auf den daher in der vorliegenden Arbeit eingehend Bezug genommen wird.

Anorektisch reagierende Patienten können sich nur äußerst schwer auf den psychotherapeutischen Prozeß einlassen (Bruch 1969, 1973; *Wallenberg Pachaly* 1982). Schon im Vorfeld der Entscheidung für eine Behandlung bricht ein hoher Prozentsatz der Patienten den Kontakt zum Psychotherapeuten bzw. zur Institution ab (*Sperling* u. *Massing* 1970, *Platz* et al. 1987), ein weiteres Drittel brechen nach *Sperling* und *Massing* in der Anfangsphase die Therapie ab. Dies dürfte in Zusammenhang damit gebracht werden können, daß über die Symptomatik passager ein subjektives Wohlbefinden erreicht wird (*Biebl* et al. 1987), worüber seelisches Leid und Schmerz abgewehrt werden.

Im Milieu der Klinik Menterschwaige wirken die anorektischen Patienten, wenn es zu keinem Abbruch der stationären Psychotherapie in der Anfangsphase kommt, recht bald nach der Aufnahme stabilisiert, d.h. die Symptomatik verschärft sich weder in die anorektische noch in die bulimische Richtung, und die Patienten bewegen sich angepaßt im Klinikmilieu. In ihren therapeutischen Beziehungen wird jenseits der körperlichen Problematik nur schwer erfaßbar, was ihre Angst ist, was sie in Beziehungen erleben, ob sie in Not und Sorge sind. Kommt ein therapeutisches Bündnis zustande, so wird im gruppen- und einzeltherapeutischen Kontakt sichtbar, daß die Beziehung zu anderen, Beziehung zu sich selbst und die Gefühle über die Symptomatik und in den wechselnden und hartnäckig beibehaltenen Abwehrformen der Verfüh-

zung, Verweigerung und des Verrückt-machens abgewehrt werden. Im Kontrast zu diesem emotionalen Ausdrucksmangel steht die große Ausdrucksfähigkeit dieser Patienten in averbalen, künstlerischen Medien, wie der Malerei, dem Tanz und der Gestaltung. Dieser Kontrast ist in keiner Patientengruppe so deutlich beobachtbar wie in der Anorexia (s. auch *Gathmann* 1986).

Humanstrukturelle Aspekte der Anorexia Nervosa

Zur Bedeutung der Symptomatik und des Symptomverhaltens schreibt *Ammon* (1974): »... aus dem ichstrukturellen und narzißtisch-energetischen Krankheitsverständnis ergibt sich eine funktionale Sicht des Symptomverhaltens. Das Symptom ist nicht Ausdruck einer konfliktuös-determinierten Kommunikationsbehinderung wie etwa im neurosentheoretischen Modell, sondern das Symptomverhalten dient als direkter Kommunikationsversuch für die defekte Ich-Struktur. . . Das Loch im Ich muß im Sinne sekundärer Bestandsbewahrung und Pseudointegration gefüllt werden. Diese funktionale Leistung wird von der je spezifischen Symptomatik erbracht.« (*Ammon* 1974). *Wallenberg Pachaly* begreift speziell das anorektische Krankheitsgeschehen im Kern als »unbewußt determinierte Dysregulation im zentralen Ich«. »Die Störung der Regulationsfähigkeit drückt sich vor allem in der Körper-Ich-Struktur aus, die ihren phänomenologischen Ausdruck findet in dem Wechsel zwischen Nichtessen und maßlosem Essen, zwischen zu dünn und zu dick sein, in der Unfähigkeit Hungergefühle adäquat wahrzunehmen und Schmerz zu erleiden. . .« (*Wallenberg Pachaly* 1982). Als für die Genese der Symptomatik charakteristisch kann angesehen werden, daß in einer vorwiegend starr kontrollierten, nach außen kontaktarmen und sozialenergetisch defizitär-destruktiven Familiensymbiose alle Lebensäußerungen des Kindes von frühester Zeit an mit Füttern beantwortet wurden. Die spätere Erkrankung wird dann von der Familie in ihrer lebensbedrohenden Dimension verleugnet. *Wallenberg Pachaly* versteht die Symptomatik als Abgrenzungsversuch gegen die Primärgruppensymbiose, an der gleichzeitig festgehalten wird, da ja wiederum der Körper und seine Funktionen zum Zentrum der Kommunikation werden. »Das Spezifische der anorektischen Reaktion ist aber im Bereich des Körper-Ichs dadurch gegeben, daß der Körper gleichsam in die dysregulierten und verzerrten Beziehungs- und Kommunikationsstrukturen einbezogen ist, daß er zum Ausgangspunkt dysregulierten Verhaltens wird und daß sich in dem Erleben des Körpers die Dysregulation ausdrückt.« (*Wallenberg Pachaly* 1982). Dieser Aspekt verschärft sich, zieht man in Betracht, daß Fasten bestimmte physiologische Mechanismen aktiviert, die für die Selbststimulation der Fasersysteme des Gehirns verantwortlich sind und ein »somatopsychisches Wohlbefinden« erzeugen (*Biebl et al.* 1987). Die spezifische Funktion der Anorexia-Symptomatik könnte man dahingehend interpretieren, als übernehme die dysreguliert entwickelte Körperstruktur eine defizitäre Regulierung der Gesamtpersönlichkeit.

Differentialdiagnostik

Ammon siedelt die Anorexia Nervosa am Schnittpunkt von Depression, Psychosomatik und schizophrener Reaktion an (*Ammon* 1978 u. 1988). Übernimmt das Symptom in der Psychosomatik hauptsächlich die Funktion einer destruktiven Abgrenzung nach außen, so ist dies nur ein Aspekt der in der anorektischen Symptomatik dominierenden Funktion einer defizitären Regulation der Gesamtpersönlichkeit. Die sekundären Humanfunktionen sind zum Teil hochentwickelt, teilweise besser isoliert funktionsfähig als in der schizophrenen und Borderline-Reaktion. Sie sind nicht wie bei der Depression durchgehend energetisch verarmt, aber ähnlich wie in der Psychosomatik weniger flexibel als in der Borderline-Reaktion. Der Bereich der Fähigkeiten und Fertigkeiten ist in der psychosomatischen Struktur fast ausschließlich im Sinne einer Anpassung an das äußere Feld und die Forderungen der umgebenden Gruppe entwickelt, in der anorektischen Reaktion steht eher das Absicherungsbedürfnis der Eigenständigkeit in Abgrenzung zur umgebenden Gruppe im Vordergrund.

Zusammenfassend kann man festhalten, daß die Gruppe der anorektisch reagierenden Patienten sich differentialdiagnostisch in der Funktion des Symptoms für die Gesamtregulation der Humanstruktur und der spezifischen Entwicklung der sekundären Humanfunktionen unterscheidet. Die gesamte psychopathologische Abwehrformation mit ihrer körperlichen Symptomatik bildet in der Anorexia Nervosa eine äußerst komplexe und perseverierende Barriere gegenüber dem psychotherapeutischen Prozeß.

Die Probleme der therapeutischen Erreichbarkeit der Patienten, so wie sie auch für die eingangs beschriebene Gruppe A beobachtbar ist, läßt vermuten, daß die Anorexia-Gruppe zur Delta-Hoch-Gruppe gehören könnte, d.h. zu der Gruppe mit dem gegenüber der Kontrollgruppe signifikant erhöhten NREM-Stadium 3.

Hypothesen

Die Anorexia Nervosa ist eine schwere Erkrankung der Humanstruktur, in ihrem Schweregrad vergleichbar der narzißtischen Depression, der schizophrenen Reaktion, der Psychosomatik und dem Borderline-Syndrom. Wir nehmen an, daß auf der Ebene des Nachtschlafs die Anorexia-Nervosa-Gruppe (AN) sich wie die anderen Diagnosegruppen ND, S, P und BP von einer Kontrollgruppe Gesunder (*Williams* et al. 1974) durch eine erhöhte Vigilanz unterscheidet:

H1: Der prozentuale Anteil von NREM 4 ist gegenüber der Kontrollgruppe erniedrigt, der prozentuale Anteil von NREM 1 erhöht.

Die AN-Gruppe entspricht klinisch-phänomenologisch der Delta-Hoch-Gruppe (Gruppe A), die gegenüber der Kontrollgruppe einen erhöhten NREM-3-Anteil hat:

H2: Die AN-Gruppe weist prozentual einen höheren NREM-3-Anteil auf als die Kontrollgruppe.

Bisher gehörten zur Delta-Hoch-Gruppe nur vereinzelt Patienten der anderen Diagnosegruppen: 2 aus ND, 3 aus S, 1 aus P, 3 aus BP. Für die AN-Gruppe nehmen wir an, daß die Delta-Hoch-Patienten hier stärker vertreten sind als in den anderen Diagnosegruppen:

H3: Die AN-Gruppe weist prozentual einen höheren NREM-3-Anteil auf als jeweils die Gruppen ND, S, P und BP.

	AN n = 9				ND n = 8				S n = 8			
	\bar{x}	s	Var	MW	\bar{x}	s	Var	MW	\bar{x}	s	Var	MW
SPT	397.04	53.57			479.38	38.27	n.s.	**	458.79	49.13	n.s.	*
Wach %	7.82	7.88			4.01	4.63	n.s.	n.s.	1.85	1.57	***	n.s.
NREM 1%	17.63	6.69			17.17	5.00	n.s.	n.s.	18.79	4.77	n.s.	*
NREM 2%	48.90	7.94			56.29	10.04	n.s.	n.s.	56.20	5.28	n.s.	*
NREM 3%	7.05	5.95			3.94	5.37	n.s.	n.s.	5.00	5.61	n.s.	n.s.
NREM 4%	2.23	4.04			0.87	1.63	*	n.s.	0.09	0.26	***	n.s.
REM %	16.37	4.24			17.71	5.39	n.s.	n.s.	18.07	4.57	n.s.	n.s.
LAT REM	65.41	15.54			113.21	70.54	***	n.s.	66.12	45.97	**	n.s.
SW GES	213.22	76.89			165.13	37.92	n.s.	n.s.	173.88	35.57	n.s.	n.s.
SW/REM	67.11	38.31			42.63	22.43	n.s.	n.s.	64.88	30.40	n.s.	n.s.

	P n = 9				BP n = 9				Kontrollgruppe n = 41			
	\bar{x}	s	Var	MW	\bar{x}	s	Var	MW	\bar{x}	s	Var	MW
SPT	461.78	35.09	n.s.	**	459.37	50.73	n.s.	*	429.39	19.59	**	n.s.
Wach %	4.18	7.51	n.s.	n.s.	6.58	7.45	n.s.	n.s.	1.27	2.23	**	*
NREM 1%	16.36	3.72	n.s.	n.s.	14.51	6.20	n.s.	n.s.	4.62	2.37	**	***
NREM 2%	58.44	6.60	n.s.	*	51.06	5.31	n.s.	n.s.	51.98	7.64	n.s.	n.s.
NREM 3%	1.91	2.71	*	*	5.34	5.18	n.s.	n.s.	5.90	2.19	**	n.s.
NREM 4%	0.03	0.06	***	n.s.	0.16	0.30	***	n.s.	10.44	6.38	n.s.	***
REM %	19.07	3.51	n.s.	n.s.	22.35	5.69	n.s.	*	25.79	4.84	n.s.	***
LAT REM	64.63	25.02	n.s.	n.s.	60.44	25.16	*	**	88.12	30.04	*	**
SW GES	143.89	30.17	*	*	238.11	49.62	n.s.	n.s.	71.93	18.22	***	**
SW/REM	51.44	22.26	n.s.	n.s.	57.89	33.44	n.s.	n.s.				

Tab. 1: Varianz- und Mittelwerts-Vergleich der Gruppe AN (Anorexia Nervosa) mit der Kontrollgruppe, ND-Gruppe (narzißtische Depression), S-Gruppe (schizophrene Reaktion), P-Gruppe (Psychosomatik) und BP-Gruppe (Borderline-Persönlichkeit), \bar{x} : Mittelwert, s: Standardabweichung, n: Anzahl der Patienten
Signifikanzen der Varianzen (Var) und der Mittelwerte (MW): n.s. = nicht signifikant, * = $p < 5\%$, ** = $p < 1\%$, *** = $p < 0.1\%$ Parameter vgl. Abb. 1

Weitere Fragestellungen

Phänomenologisch wird die Traumfähigkeit des anorektischen Patienten als defizitär beschrieben. »Ganz besonders bei Patienten mit Anorexia Nervosa und narzißtischer Depression sind die Ich-Funktionen von Schmerz- und gleichzeitig Traumfähigkeit defizitär. . . Die Schmerz- und Traumschwellen sind bei diesen Patienten stark erhöht. . .« (Ammon 1979a). Uns interessiert daher auch die Frage, ob dieses Defizit der Traumfähigkeit Niederschlag im

Nachtschlafpolygramm findet, in einem gegenüber der Kontrollgruppe verminderten REM-Anteil oder in Besonderheiten der REM-Phasen-Struktur (vgl. Ammon et al. 1988 u. 1989), was auf ein funktionelles Defizit des REM-Prozesses schließen lassen könnte. Ebenfalls ist es von Interesse zu sehen, inwieweit sich die Dysreguliertheit in der Symptomatik des AN-Patienten, die auf den Hypothalamus als Ort dieser funktionell gestörten Regulation hinweist (Schweiger 1986; Ferrari et al. 1990; Fava et al. 1989; Krieg et al. 1989a, 1989b), in das Polygramm eingeht als eine gegenüber der Kontrollgruppe erhöhte Anzahl an Stadienwechseln oder einen größeren prozentualen Anteil an Wachunterbrechungen. Desweiteren interessiert uns die Frage, in welchen sonstigen Parametern sich die AN-Gruppe von den anderen Diagnosegruppen unterscheidet.

Methode

Die Stichprobe besteht aus neun Patienten, die nach eingehender humanstruktureller Diagnostik dem Spektrum anorektischer Struktur zugeordnet werden konnten. Das diagnostische Vorgehen umfaßte folgende Schritte:

1. ein Expertenrating aufgrund ausführlicher lebensgeschichtlicher Untersuchung, die getrennt jeweils von Psychologen und Psychiatern bzw. Psychoanalytikern vorgenommen wurden;
2. eine differenzierte Gesamtschau testpsychologischer Ergebnisse;
3. eine Zuordnung nach den ICD-Kriterien mit Leitsymptomatik, Nebensymptomatik und Differentialdiagnosen.

Diagnostische Veränderungen im therapeutischen Prozeß wurden für diese Untersuchung nicht berücksichtigt.

Die AN-Gruppe wurde verglichen mit einer Kontrollgruppe (n=42) und den vier Diagnosegruppen: narzißtische Depression (ND) (n=8), schizophrene Reaktion (S) (n=8), Psychosomatik (P) (n=9) und Borderline-Persönlichkeit (BP) (n=9), deren diagnostische Zuordnung nach den oben beschriebenen Schritten erfolgte.

Im Schlaf- und Traumlabor der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menter-schwaige wurde der Nachtschlaf der Patienten aufgezeichnet. Das Polygramm des Nachtschlafs umfaßt die Aufzeichnung der Hirnströme über zentrale Ableitungen des EEGs, der Muskelspannung am Kinn und der Augenbewegungen über die ganze Dauer des Nachtschlafs.

Jeder Patient verbrachte mindestens zwei aufeinanderfolgende Nächte im Schlaf- und Traumlabor. Die erste Nacht diente der Eingewöhnung, die Aufzeichnungen der zweiten Nacht wurden zur Auswertung und Datengewinnung verwendet.

Getestet wurden in einem Zwei-Gruppen-Versuchsplan die Standard-, Struktur- und strukturdynamischen Parameter des Nachtschlafs (vgl. Abb. 1) in Abhängigkeit von der Diagnosegruppenzugehörigkeit, je nach Fragestellung ein- bzw. zweiseitig. Hierzu wurden der F-Test und der t-Test verwendet.

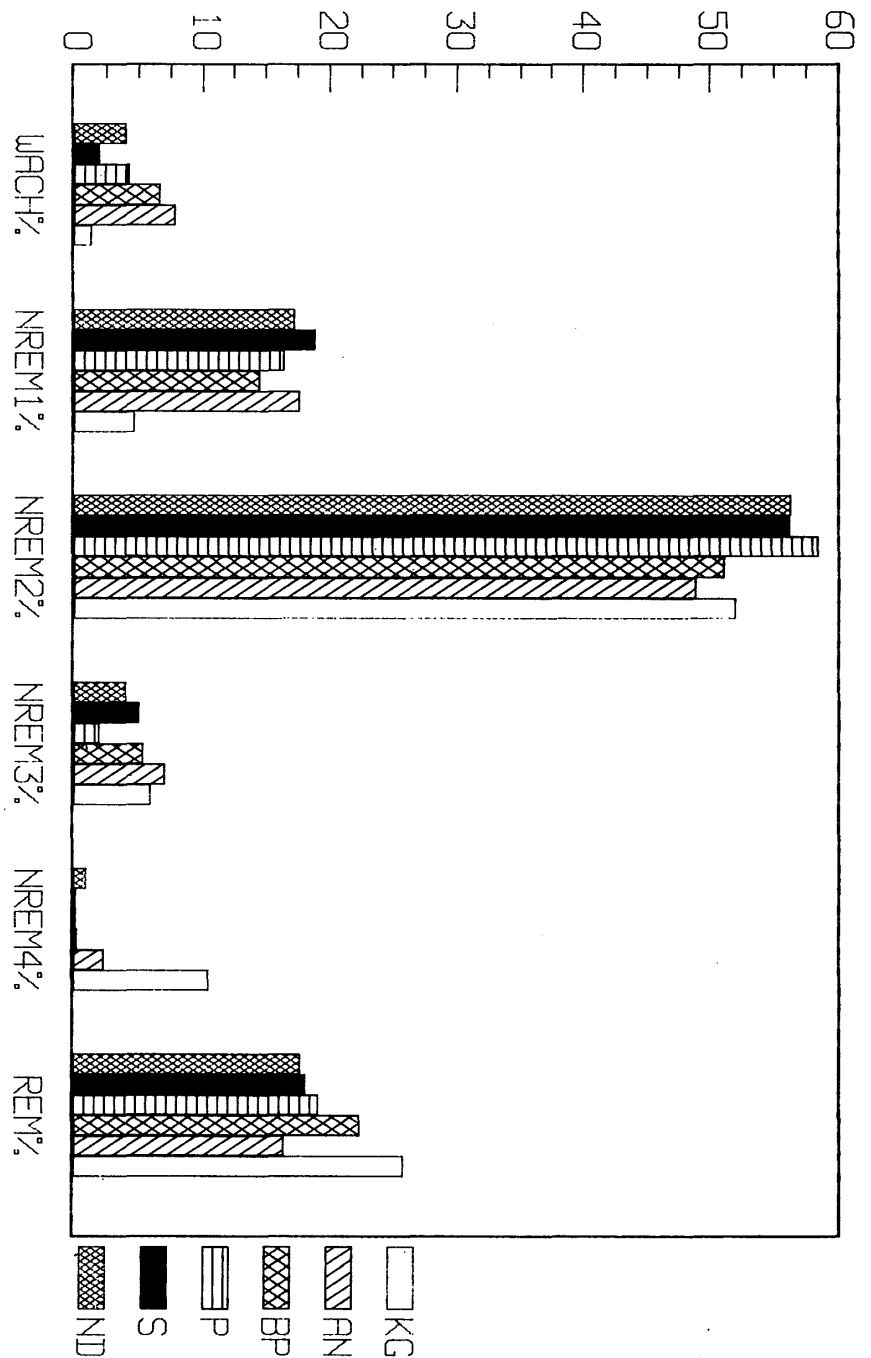


Abb. 2: Diagramm der Mittelwerte der Standardparameter für die Kontrollgruppe (KG) und die Diagnosegruppen narzisstische Depression (ND), schizophrene Reaktion (S), Psychosomatik (P), Borderline-Persönlichkeit (BP) und Anorexia Nervosa (AN). Die Mittelwerte der Kontrollgruppe in den einzelnen Stadien stellen die Bezugsnorm dar und sind durch die waagerechte Mittellinie repräsentiert.

Ergebnisse

In Tabelle 1 sind die Ergebnisse zu den obigen Hypothesen und Fragestellungen wiedergegeben.

H1: Der prozentuale Anteil von NREM 4 bei der AN-Gruppe liegt im Mittel von 2.23% signifikant unter dem Mittelwert der Kontrollgruppe (10.44%), der prozentuale NREM-1-Anteil der AN-Gruppe mit 17.63% signifikant höher als der Mittelwert der Kontrollgruppe (4.62%).

H2: Die Mittelwerte des prozentualen Anteils von NREM 3 bei der AN-Gruppe (7.05%) und bei der Kontrollgruppe (5.90%) unterscheiden sich nicht signifikant voneinander.

H3: Die AN-Gruppe weist mit 7.05% im Mittel den größten NREM-3-Anteil aller fünf Diagnosegruppen auf, dieser Unterschied ist aber nur gegenüber der P-Gruppe signifikant.

Es gehören nicht alle Patienten der AN-Gruppe der Delta-Hoch-Gruppe an, sondern nur fünf der untersuchten Patienten. Vier der AN-Patienten haben eine geringe bis mittlere Ausprägung in NREM 3. Auf diesen Unterschied innerhalb der AN-Gruppe kommen wir weiter unten zu sprechen.

Bezüglich unserer Fragen nach dem REM-Anteil, der Anzahl der Stadienwechsel (SW) und der Wachunterbrechung (Wach %) ergibt die statistische Überprüfung folgende Resultate (vgl. Tab. 1): Der prozentuale REM-Anteil in der AN-Gruppe ist mit 16.37% gegenüber dem der Kontrollgruppe (25.79%) und dem der BP-Gruppe (22.35%) signifikant erniedrigt. Der prozentuale Wach-Anteil im Nachtschlaf liegt in der AN-Gruppe mit 7.82% signifikant über dem Mittelwert der Kontrollgruppe (1.27%). Die Anzahl der Stadienwechsel (SW) ist signifikant sowohl gegenüber der Kontrollgruppe als auch gegenüber der P-Gruppe erhöht.

Auf der Ebene der Standardparameter ist desweiteren von Interesse, daß der NREM-2-Anteil gegenüber den Diagnosegruppen S und P signifikant erniedrigt ist, auf der Ebene der Strukturparameter, daß die REM-Latenz signifikant unter der der Kontrollgruppe liegt.

Diskussion und Interpretation der Ergebnisse

1. Vigilanzserhöhung

Gemeinsam mit den Diagnosegruppen narzißtische Depression (ND), schizophrene Reaktion (S), Psychosomatik (P) und Borderline-Persönlichkeit (BP) ist den Anorexia-Patienten ein gegenüber einer Normpopulation gesteigertes Vigilanzniveau. Zugunsten einer Erhöhung des u.a. den Übergang vom Wachen zum Schlafen regulierenden NREM-Stadiums 1 besteht ein Defizit für NREM 4, den Zustand, in dem der Cortex und seine höheren funktionellen Systeme weitgehend entkoppelt von den zum Teil hochaktivierten subcortikalen Strukturen tätig ist. Wir müssen demzufolge für diese Gruppe ebenfalls ein funktionelles Entwicklungsdefizit in den regulativen Systemen annehmen

(vgl. *Ammon et al.* 1987, 1989). Dieses funktionelle Defizit sehen wir auf der theoretischen Konstruktebene des Humanstrukturmodells in Verbindung mit dem von *Ammon* beschriebenen narzißtischen Defizit im zentralen unbewußten Persönlichkeitskern der an schweren psychiatrischen Erkrankungen leidenden Patienten (*Ammon* 1972).

2. *Kompensation*

Haben wir für die Borderline-Gruppe angenommen, daß dem funktionell höher als in den Gruppen ND, S und P entwickelten REM-Schlaf eine das Defizit kompensierende Funktion zukommt, so müssen wir diesen kompensatorischen Zusammenhang in der AN-Gruppe für den erhöhten Anteil der NREM-3-Aktivität vermuten. Der NREM-3-Anteil dürfte das NREM-4- und REM-Defizit kompensieren.

In NREM 3 reagiert der Cortex vermehrt mit komplexen und spezialisierten Antworten auf Innenreize bei großer Abschirmung gegenüber Außenreizen und weitgehender Entkopplung aus dem gesamtcerebralen Funktionssystem. Es besteht ein Balancezustand zwischen maximaler Synchronisation und Integration verschiedenster cerebraler Aktivitäten und einer zeitlichen Ausdehnung kortikaler Tätigkeit, welche zwar zum Erhalt von Struktur und Funktion, aber nur in geringerem Ausmaß als in NREM 4 zur Weiterentwicklung von Funktion ausreichend ist (vgl. *Ammon et al.* 1988). Ein größerer NREM-3-Anteil steht für die Möglichkeit relativ stabiler und integrierter kortikaler Funktionsweisen, die nicht unmittelbar abhängig sind vom direkten, organisierenden bzw. regelnden Einfluß höchster kortikaler Funktionssysteme (wie z.B. des fronto-orbitalen Cortex), als auch nicht unmittelbar abhängig von der direkten Kopplung mit subkortikalen regulativen und integrativen Systemen. Aktuell stärker stabil sind diese Funktionen gegenüber den Patienten mit deutlich verringertem Delta-Schlaf, weniger stabil gegenüber Gesunden, die wesentlich mehr Delta-Schlaf in NREM 4 (10.44%) als in NREM 3 (5.90%) aufweisen.

Bezüglich der REM-Reduktion und NREM-3-Erhöhung hat das Schlafprofil der Anorexia-Patienten Ähnlichkeiten mit dem akut alkoholkranker Patienten. Die Alkoholsymptomatik fördert die Ausprägung des Tiefschlafs (NREM 3 und 4) und vermindert den REM-Anteil, der Alkoholentzug führt zu einer Erhöhung des REM-Anteils und einer Reduktion des Tiefschlafs (vgl. u.a. *Gross & Hasty* 1976).

Während sich die Undifferenziertheit und das Defizit an Entwicklung für die Anorexia Nervosa oft in der unklaren diagnostischen Zuordnung widerspiegelt, erscheint das zentrale Defizit im Ausmaß gleich groß wie bei schwerster Depression, Psychosomatik und schizophrener Reaktion. Die sekundären Humanfunktionen erreichen und überschreiten zum Teil in ihrem Niveau die der Borderline-Kranken. Den Patienten anorektischer Struktur fehlt, verglichen mit dem Borderline-Kranken, die Möglichkeit des Rückzugs in die Welt des Unbewußten. Sie fliehen in die Realität oder in Tagesphantasien.

3. Polarität der Ergebnisse und REM-Defizit

In folgenden Parametern zeigt die AN-Gruppe extremere Werte als die anderen Diagnosegruppen (s. Abb. 2). Es finden sich erstmalig für eine untersuchte Patientengruppe signifikant mehr Wachunterbrechungen als in der Kontrollgruppe, die AN-Gruppe weist von allen Gruppen den geringsten Wert im NREM-2-Anteil auf, der war ohne statistische Signifikanz unter dem der Kontrollgruppe und der signifikant vermindert gegenüber den Gruppen S und P ist. Ebenfalls hat die AN-Gruppe den von allen Diagnosegruppen geringsten REM-Anteil, signifikant niedriger als in der BP-Gruppe und der Kontrollgruppe. Höher als in allen anderen Diagnosegruppen und in der Kontrollgruppe ist der relative Anteil von NREM 3. Gegenüber der P-Gruppe ist dieser Wert signifikant.

Für die AN-Gruppe liegen cerebrale Aktivierungsbedingungen vor, die sowohl die spezifische höhere cortikale Aktivität des Wach- und NREM-1-Anteils als auch die unspezifische höhere cortikale Aktivität des NREM 3 begünstigt und dies zu Lasten der Aktivierung von NREM 2 und REM. Strukturen und Funktionen gesamthemisphärischen Synergismus, wie sie NREM 2 und REM unterliegen (*Beaumont 1987*), werden nur unzureichend aktiviert und stimuliert. Es liegt nahe, daß diese Befunde in engem Zusammenhang mit Störungen bzw. einer veränderten, dysregulierten Funktionsweise des Hypothalamus stehen, wie sie für Anorexia und Bulimie beschrieben werden (*Fava et al. 1989; Ferrari et al. 1990; Krieg et al. 1989a, 1989b*). Auch der verbliebene REM-Schlaf ist wenig aktiviert, es konnten weniger schnelle Augenbewegungen als in den Polygrammen der anderen Diagnosegruppen beobachtet werden, und bei sechs der neun Patienten weisen die REM-Phasen der ersten Nachthälfte eine geringere Vigilanz im EEG auf als im Nachtschlaf Gesunder, in dem das REM-Phasen-EEG Ähnlichkeiten zur Wachaktivität hat.

Im gesunden Schlaf steht die aufsteigende Aktivierung in ihrer Wirkung auf REM-Schlaf und Arousals (Weckreaktionen) in einem ausbalancierten Verhältnis zur absteigenden Aktivierung der NREM-Stadien 1–4. Diese Homöostase ist hier aufgesplittet: Die aufsteigende Aktivierung führt zu längeren Wachunterbrechungen und einer erhöhten Anzahl von Stadienwechseln und geht in weit geringerem Ausmaß verglichen mit dem Schlaf Gesunder in den REM-Prozeß ein. Für die Verarbeitung von neu Erlebtem, neuen Erfahrungen und neuen Lerninhalten sind, so geht es aus der psychophysiologischen Literatur hervor (*Birbaumer 1975*), im Nachtschlaf Arousalzustände wichtig: Wach, NREM 1 und REM. Im gesunden Nachtschlaf sind hierfür optimale Bedingungen gegeben. Die demgegenüber veränderten REM-Verhältnisse in der Gruppe anorektisch strukturierter Patienten weisen darauf hin, daß Neues nur unzureichend im REM-Prozeß verarbeitet und damit nicht aufgenommen werden kann (vgl. *Koella 1988*).

Bei fünf der neuen Patienten dieser Gruppe sind diese Aktivierungsverhältnisse sogar noch stärker ausgeprägt: ihre REM-Phasen in der ersten Nachtschlafhälfte sind nicht wie im Schlaf Gesunder eingebettet in NREM 1, das

eine relativ große Nähe zum Wachen hat, sondern eingebettet in NREM 3 bzw. NREM 2 und zeigen ganz wenige bis gar keine schnellen Augenbewegungen im EOG und im EEG: eine im Vergleich zu den REM-Phasen Gesunder geringere Vigilanz, ein Hirnstrombild mit großen Ähnlichkeiten zum absteigenden NREM-Stadium 1 bzw. NREM-Stadium 2. Normalerweise zeigt das EEG der REM-Phasen Ähnlichkeiten zur Wachaktivität oder zur vorwiegend aufsteigenden NREM-1-Aktivität.

In der verkürzten REM-Latenz sehen wir die Nähe zur schweren Depression dokumentiert. Die Verkürzung der Dauer bis zum Auftreten der ersten REM-Phase gilt als biologischer Marker der nicht-psychotischen Depression (*Kupfer et al. 1984; Schulz und Lund 1985 u.a.*). In diesem Merkmal ist sie der von uns untersuchten Gruppe der Borderline-Patienten gleich. Die REM-Latenz-Werte innerhalb der AN-Gruppe sind stabiler als in den Diagnosegruppen ND, S, P und der Kontrollgruppe, da sie signifikant weniger streuen. Auf der neurophysiologischen Ebene des Schlafs sehen wir in der verkürzten REM-Latenz eine funktionell bewirkte, starre Abgrenzung nach innen angezeigt, zuordenbar einer früheren ontogenetischen Position, etwa dem Kindergartenalter entsprechend (vgl. *Roffwarg et al. 1966; Ammon et al. 1988 u. 1989*).

Diesen Überlegungen zum ausgeprägten funktionellen Defizit von REM entsprechen Untersuchungen zum Trauminhalt anorektischer und bulimischer Patienten. So charakterisieren *Enke und Mitarbeiter (1968)* die Träume von anorektischen Patienten als deutlich von Beziehungslosigkeit geprägt; es herrsche als überwiegende Interaktionsform das »Nehmen« vor, die Traumstimmung sei vorwiegend affektintensiv. Die Autoren werten diese Ergebnisse als Hinweis auf verdrängte Impulse einer gestörten Rezeptivität und untergründigen Vitalität (*Enke nach Dippel et al. 1988*).

Aufgrund der gesamten REM-Schlaf-Architektur (weniger REM mit wenigen schnellen Augenbewegungen, wenig aktiviertes REM-EEG, teilweise starr gegen höhere Stufen der Vigilanz abgegrenzt, Abspaltung der aufsteigenden Aktivierung nach Wach hin, REM-Latenz-Verminderung) kann man sagen, daß hier grundsätzlich die Aufnahmefähigkeit nach außen, die Hereinnahme des Tagesgeschehens, des emotionalen Erlebens, und die Aufnahmefähigkeit nach innen, gegenüber dem Unbewußten, gestört ist und von einer dysfunktionalen Interregulation nach innen und außen blockiert wird. Wir verstehen dies als einen Abgrenzungsversuch sowohl gegen unbewußte Prozesse, als auch gegenüber der Sozialenergie des Tagesgeschehens, der die sozialenergetischen Austauschprozesse und deren Umsetzung in Funktion und Struktur behindert oder starr einschränkt. Diese gestörte Interregulation steht in Beziehung zur subjektiv erlebten Unfähigkeit zu eigener Entwicklung, dem extremen Wechsel zwischen einer übersteigert aktiven Hinwendung zu äußerlich Konkretem und im körperlichen Symptom agierender, d.h. vom Erleben abgepalter Depression, der Vermeidung von Angst, von Neuem und Veränderung, der massiven Abhängigkeitsbedürfnisse und dem dahinterliegenden

Mißtrauen. Das klinische Bild entspricht oft genug Zuständen, wie sei bei REM-Schlaf-Entzug beschrieben werden (vgl. *Koella* 1988).

4. Extremgruppenzugehörigkeit

Von den insgesamt 9 untersuchten anorektischen Patienten sind fünf der Extremgruppe Delta-Hoch (Gruppe A) zuzuordnen. Die vier anderen Patienten der AN-Gruppe haben nur geringfügige bis mittlere Anteile des NREM-3-Stadiums und gehören hierin der insgesamt größeren Gruppe aller Patienten (Gruppe B) an, die einen Nachtschlaf insgesamt höherer Vigilanz haben. Diese vier Patienten gehören auch zu den insgesamt sechs Patienten der AN-Gruppe, die längere Wach-Phasen innerhalb des Schlafs aufweisen.

Inwiefern unterscheiden sich die fünf, der Delta-Hoch-Gruppe (Gruppe A) zugehörigen Patienten von den vier anderen Patienten, die der Gruppe B angehören?

Die psychiatrische Anamnesen ergaben für die fünf Patienten der Delta-Hoch-Gruppe, daß sie zum Zeitpunkt ihrer Klinikaufnahme entweder real noch nicht aus der Symbiose ihrer Primärgruppe getrennt oder bei äußerlich formaler Trennung, die zeitlich in jedem Fall noch nicht lange zurücklag, in ihrem Entwicklungsstand, ihrer Berufsausbildung, ihren Interessen und Partnerschaften dieser Symbiose verhaftet waren. In der Primärgruppensdynamik zeigte sich eine starke symbiotische Verklammerung, die Destruktion war verdeckt und sekundäre Fertigkeiten und Fähigkeiten wurden durchgehender als in der anderen Untergruppe (Gruppe B) gefördert. In diesen Familien bestand ein hohes kreatives Potential, das aber zur Aufrechterhaltung der insgesamt defizitären Symbiose eingesetzt wurde. Im klinischen Milieu trat das Defizit weniger offen zu Tage, die Patienten stabilisierten sich in der Wiederherstellung bis hin zur Kopie der Primärgruppensdynamik recht schnell bei relativ starrer Abgrenzung und extremer Vermeidung von Angst, sowohl in Beziehungen als auch gegenüber Forderungen der Realität. Diese erst einmal erfolgte Integration, meinen wir, wird erreicht und aufrechterhalten durch eine starke Abgrenzung zum Unbewußten und durch die körperliche Symptomatik.

Im Schlaf liegt der verminderte REM-Schlaf nicht eingebettet in Stadien hoher Vigilanz, in der ersten Nachtschlafhälfte ist er darüberhinaus durch längere Strecken von NREM 3 und vereinzelt auch NREM 4 von der Wachaktivität und der Aktivität des NREM-1-Stadiums getrennt.

Die vier Patienten mit drastisch reduziertem Delta-Schlaf lassen sich wie folgt charakterisieren: Im Klinikmilieu und in den therapeutischen Beziehungen lag ihr Defizit offener zu Tage, insbesondere auch im eigenen Erleben von Angst, Mißtrauen und Aggression. Zwischen Klinikaufnahme und realer Trennung aus der Primärgruppe lagen für alle Patienten längere Zeiträume, in denen sie zumindest formal ein eigenständiges Leben geführt hatten. Die Realität des eigenen Lebensfeldes war zusammengebrochen oder drohte zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme zusammenzubrechen. Die ursprüngliche Primärgruppensdynamik war von großer offener Destruktivität geprägt, die Familien

waren auseinandergebrochen. Die Fähigkeiten und Fertigkeiten dieser Patienten wurden weniger gefördert bei insgesamt geringerem kreativen Potential der Familie.

Im Gegensatz zu den anderen fünf Patienten der Anorexia-Gruppe ist hier der REM-Schlaf in NREM-Stadien höherer Vigilanz eingebettet: Die Wachphasen im Schlaf befinden sich in unmittelbarer Nähe zu REM-Phasen. Der REM-Schlaf zeigt gegenüber den anderen Patienten eine höhere Vigilanz, eher dem NREM-Stadium 1 entsprechend, also eine höhere Aktivierung. Dies heißt, daß unbewußte Prozesse näher dem bewußten Wacherleben stehen, die Abgrenzung erscheint dysregulierter und brüchiger als bei den fünf Delta-Hoch-Patienten. Die offenere Dysregulation und das offenere Defizit fand im klinischen Bild seinen Ausdruck in einer spezifischeren psychischen Symptomatik.

Für diese Untergruppe steht der Aspekt einer Aufhebung lebensgeschichtlich erworbener und verfestigter pathologischer Prozesse im Vordergrund der Psychotherapie. Für die Gruppe mit dem erhöhten Delta-Schlaf des NREM-3-Stadiums geht es stärker um eine nachholende Entwicklung der Humanstruktur, um das Heraustreten aus der arretierten Symbiose und auch um die Prävention sich ausdifferenzierender und verfestigender Psychopathologie.

Schlußbemerkung

Zusammenfassend sind folgende Aspekte zur Schlafuntersuchung mit Patienten anorektischer Struktur festzuhalten:

Diagnostische Befundebene:

1. Gegenüber dem Schlaf Gesunder (*Williams et. 1974*) weist die AN-Gruppe wie die anderen diagnostischen Gruppierungen narzißtische Depression (ND), schizophrene Reaktion (S), Psychosomatik (P) und Borderline-Persönlichkeit (BP) ein funktionelles Entwicklungsdefizit in den regulativen cerebralen und cortikalen Systemen auf (mehr REM 1, reduzierter NREM-4-Anteil).

2. Das regulatorische Defizit ist für die AN-Gruppe spezifischer als für die anderen Diagnosegruppen bestimmt über die Kombination eines reduzierten REM-Anteils niedriger Vigilanz mit einer stabil verkürzten REM-Latenz, einem verminderten NREM-2-Anteil und einem erhöhten Wach-Anteil innerhalb des Nachtschlafs.

3. Für eine Untergruppe (fünf Patienten) der AN-Gruppe ergibt sich ein über die Kontrollgruppennorm erhöhter NREM-3-Anteil als weiteres diagnostisches Spezifikum des Nachtschlafpolygramms.

Interpretationsebene:

Das mit den anderen Diagnosegruppen im Ausmaß vergleichbare Defizit im zentralen, unbewußten Kern der Persönlichkeit ist für die Anorexia-Nervosa-

Gruppe spezifisch über eine dysregulative cerebrale Aktivierung charakterisiert, die die Aktivierung kortikaler Funktionen begünstigt zu Lasten von Funktionszuständen gesamthemisphärischen Synergismus. Dieser Dysregulation entspricht eine starre Abgrenzung gegenüber den sozialenergetischen Austauschprozessen der umgebenden Gruppe und gegenüber dem eigenen Unbewußten.

Die Begünstigung der relativ eigenständigen kortikalen Aktivität des NREM 3, das Charakteristikum der Delta-Hoch-Gruppe, ist in einer spektralen Verteilung insgesamt stärker als in den anderen Diagnosegruppen in der AN-Gruppe vertreten. Es deutet sich an, daß ein höherer Anteil an Delta-Schlaf des NREM-3-Stadiums bei gleichzeitig reduziertem bzw. fehlendem Delta-Schlaf des NREM-4-Stadiums auf der funktionellen Ebene des Schlafs der Stabilität und Integration entwickelter kortikaler Funktionen dient und auf der Ebene der Humanstruktur für den Aspekt der die Gesamtpersönlichkeit »pseudo-regulierenden« Funktion einer perseverierenden Symptomatik steht (vgl. Ammon 1974).

Sleep Research with Patients Suffering from Anorexia Nervosa Compared to Other Humanstructural Diagnosis Groups

Ilse Burbiel, Ulrich Köppen, Astrid Thome, Gudrun Stein (München)

The sleep studies at the Dynamic-Psychiatric Mengerschwaige intend to validate the polygram of night sleep as an instrument of diagnosis and control concerning the efficiency of psychotherapy.

The authors' approach is based on the idea of a body, mind and soul unity, as outlined in Günter Ammon's Humanstrukturology (Ammon 1982). This concept goes on the assumption that human growth, including the very neurophysiological aspects is almost entirely defined by the surrounding group(s) an individual grows up and lives in.

The hypothesis of the study on hand concerning the sleep structure of patients showing an anorectic personality (n=9) are deduced from a) the results obtained in former sleep research with patients who had been allocated to diagnosis groups of narcissistic depression (ND), schizophrenia (S), psychosomatic disease (P) and borderline personality (BP) (Ammon et al. 1985, 1989), b) the specific dynamic psychiatric understanding of the anorexia nervosa (Ammon 1978, 1982; Wallenberg Pachaly 1982), c) humanstructural particularities of anorectic patients, that could be observed during psychotherapeutic treatment.

Results:

Compared with an age-matched control-group (Williams et al. 1974) the anorectic group like the other diagnosis groups shows a significant decrease of

stage 4 NREM sleep and increase of stage 1 NREM sleep. Also, as against the control group, the percentage of REM sleep is decreased, the number of stage shifts higher and the REM latency reduced. Furthermore, the overall time span of being awake during night sleep proved to be much longer.

Compared with the other diagnosis groups the anorectic group shows the highest values of stage 3 NREM sleep (significantly higher compared to the psychosomatic group), the lowest values of stage 2 NREM sleep (significantly lower than the schizophrenic and psychosomatic groups) and the lowest percentage of REM sleep (significantly lower than the borderline group).

Discussion

1. The deficit of the slow-wave stage 4 NREM sleep and the intensified night sleep vigilance of the anorectic patients show a functional deficit in the development of the regulative neurophysiological systems. This matches the results achieved with the other groups.

2. The anorectic group compensates the deficit of REM and stage 4 by a higher amount of stage 3 NREM sleep activity.

Irrespective of the diagnosis group nine out of 34 patients who had taken part in the studies formerly performed (*Ammon* et al. 1985, 1989) constituted a special subgroup that was characterized by a high percentage of stage 3 NREM sleep going along with a reduced or no stage 4 activity at all. The most important characteristic these patients all have in common is the fact that they can hardly be reached in the verbally oriented forms of psychotherapy, as used in the two person standard situation or in group psychotherapy (*Ammon* 1984). Out of all the diagnosis groups the anorectic group with five patients producing high values of stage 3 NREM sleep stood out in the study. The authors suppose, that a larger amount of stage 3 NREM sleep combined with a small or not portion of stage 4 NREM sleep on the functional level of sleep is to serve the stability and integration of cortical functions. In the authors' opinion these sleep characteristics in respect to the human structure stand for the aspect of a pseudo-regulative function governing the whole of the personality structure (*Ammon* 1974).

3. Compared to the other diagnosis groups the anorectic group shows a highly defined polarity concerning the standard parameters of the night sleep polygram (largest amounts of stage 3 NREM activity and longest periods of being awake of stage 3 NREM activity and longest periods of being awake accompanied by lowest values regarding REM and stage 2 NREM sleep). The authors assume that these relations reflect a dysfunctional regulation of increasing and decreasing activation during night sleep. This promotes the cortical activation and reduces the activity of functions related to synergetic effects of the brain hemispheres.

This dysfunctional regulation corresponds with a rigid demarcation towards the individual unconscious as well as towards the give and take of social energy within the surrounding group(s).

Literatur

- Akiskal, H. S.; Yerevanian, B.I.; Davis, G.C.; King, D.; Lemmi, H.* (1985): The nosologic status of borderline personality: clinical and polysomnographic study. In: *Am. J. Psychiatry* (142) 192-198
- Ammon, G.* (1972): Zur Genese und Struktur psychosomatischer Syndrome unter Berücksichtigung psychoanalytischer Technik. In: *Dyn. Psychiat.* (5) 223-251
- (1974): *Psychoanalyse und Psychosomatik* (München: Piper)
- (1978): Das Verständnis eines Entwicklungsdefizits von Ich-Strukturen in Persönlichkeit und umgebender Gruppe als Grundlage für Wissenschaft und Praxis einer Dynamischen Psychiatrie. In: *Dyn. Psychiat.* (11) 120-139
- (1979a): Das ich-strukturelle und gruppensdynamische Prinzip bei Depression und psychosomatischer Erkrankung. In: *Dyn. Psychiat.* (12) 445-463
- (1979b): Entwurf eines Dynamisch-Psychiatrischen Ich-Struktur-Konzepts. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): *Handbuch der Dynamischen Psychiatrie*, Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt)
- (1982): Hirnstrukturen, Unbewußtes und Ich-Strukturologie. In: *Ammon, G.* (Hrsg.) *Handbuch der Dynamischen Psychiatrie*, Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt)
- (1988): Zur humanstrukturellen Verwobenheit von Psychosomatik und Schizophrenie in einem ganzheitlichen Krankheitsverständnis. In: *Dyn. Psychiat.* (21) 1-19
- Ammon, G.; Köppen, U.; Hoffsten, M.* (1985): Neue Ansätze zu einem Verständnis von Schlafprofilen unter ontogenetischen Aspekten — eine Pilot-Study aus der humanstrukturologischen Schlafforschung. In: *Dyn. Psychiat.* (18) 111-113, 175-201
- Ammon, G.; Burbiel, I.; Köppen, U.; Hoffsten, M.* (1987): Die Organisation der Ruhe- und Aktivitätsprozesse und deren Integration als Indikator für die Entwicklung des Menschen im therapeutischen Prozeß — Entwurf einer Interpretation von Schlafprofilen mit Strukturparametern. In: *Dyn. Psychiat.* (20) 24-41
- Ammon, G.; Köppen, U.; Thome, A.; Tiedge, W.* (1988): Indikatoren im Nachtschlaf als Kriterien für nachholende Entwicklung im Verlauf psychotherapeutischer Behandlung. In: *Dyn. Psychiat.* (21) 253-280
- Ammon, G.; Köppen, U.; Stein, G.; Thome, A.; Tiedge, W.* (1989): Schlafuntersuchungen mit Borderline-Patienten im Vergleich zu Gruppen von Patienten mit Depression, Schizophrenie und Psychosomatik. In: *Dyn. Psychiat.* (22) 253-275
- Arriga, F.; Rosado, P.; Paiva, T.* (1990): Clinical correlations of EEG sleep disturbances in anxiety and depression. In: *Horne, J.A.* (ed.): *Sleep '90, Proceedings of the Tenth European Congress on Sleep Research*, Strasbourg, May 1990 (Bochum: Pontenagel Press)
- Beaumont, J.G.* (1987): *Einführung in die Neurophysiologie* (München/Weinheim: Psychologie Verlags Union)
- Beersma, D.G.M.; van Hoofdakker, R.H.; van Berkestijn, J.W.B.M.* (1983): Circadian rhythms in affective disorders. Body temperature and sleep physiology in endogenous depressives. In: *Mendlewicz, J. and van Praag, H.M.* (eds.): *Advances in Biological Psychiatry*. Bd. 11 (Basel: Karger)
- Biebl, W.; Platz, T.; Kinzl, J.* (1987): Somatopsychische Bedingungen des Eßverhaltens in Abhängigkeit von Gewichtsveränderungen. In: *Neuropsychiatrie*, Bd. 1, H. 3, 129-133
- Birbaumer, N.* (1975): *Physiologische Psychologie* (Berlin: Springer)
- Bruch, H.* (1969): Hunger and instinct. In: *J. Nerv. Ment. Dis.* (149) 91-114
- (1971): Obesity and orality. In: *Dyn. Psychiat.* (4) 241-257
- (1973): *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within* (New York: Basic)
- Brunner, R.L.; Maloney, M.J.; Daniels, S.; Mays, W.; Farrell, M.* (1989): A controlled study of type A behavior and psychophysiological responses to stress in anorexia nervosa. In: *Psychiatry Res.* (30) 223-230
- Caldwell, D.F.* (1969): Differential levels of stage IV sleep in a group of clinically similar chronic schizophrenic patients. In: *Biol. Psychiatry* (7) 131-141
- Creutzfeldt, C.D.* (1983): *Cortex cerebri, Leistung, strukturelle und funktionelle Organisation der Hirnrinde* (Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer)
- Dippel, B.; Riemann, D.; Majer-Trendel, K.; Berger, M.* (1988): Untersuchungen zum manifesten Trauminhalt bei Anorexie- und Bulimiepatienten — Ein Zwischenbericht. In: *Psychother. med. Psychol.* (38) 199-204
- Fava, M.; Copeland, P.M.; Schweiger, U.; Herzog, D.B.* (1989): Neurochemical abnormalities of anorexia nervosa and bulimia nervosa. In: *Am. J. Psychiatry* (146) 963-971

- Feinberg, I.; Hiatt, J.F. (1978): Sleep patterns in schizophrenia: A selective review. In: Williams, R.L.; Karacan, J. (Eds.): Sleep disorders, diagnosis and treatment (New York: John Wiley & Sons)
- Ferrari, E.; Fraschini, F.; Brambilla, F. (1990): Hormonal circadian rhythms in eating disorders. In: Biol. Psychiatry (27): 1007-1020
- Gathmann, P.; Wiesnagrotzki, S.; Kaufmann, H.; Grünberger, J.; Linzmayer, L. (1986): Suizidale Phantasien und Einengung in Spontanverlauf und Therapie von Anorexia-nervosa-Patienten. In: Neuropsychiatrie, Bd. 1, Nr. 1, 30-37
- Gillin, J.C.; Duncan, W.; Pettigrew, K.D.; Frankel, B.L.; Snyder, F. (1979): Successful separation of depressed, normal and insomniac subjects by EEG sleep data. In: Archives of General Psychiatry (36)
- Gross, M.M.; Hastey, J.M. (1976): Sleep disturbances in alcoholism. In: Tarter, R.E. (ed.): Alcoholism (London: Addison-Wesley Publ.)
- Hiatt, J.F.; Floyd, T.C.; Katz, P.H.; Feinberg, I. (1985): Further evidence of abnormal non-REM sleep in schizophrenia. In: Archives of General Psychiatry (42): 797-802
- Kales, A.; Beall, G.N.; Bajor, G.F.; Jacobson, A.; Kales, J.D. (1968): Sleep studies in asthmatic adults: relationship of attacks to sleep stage and time of night. In: Journal of Allergy (42)
- Koella, W.P. (1988): Die Physiologie des Schlafes — Eine Einführung (Stuttgart, New York: G. Fischer)
- Kupfer, D.J.; Ulrich, R.F.; Coble, P.A.; Jarret, D.B.; Grochinowski, V.; Doman, J.; Matthews, G.; Borbely, A.A. (1984): Application of automated REM and slow wave sleep analysis: II. Testing the assumptions of the two-process model of sleep regulation in normal and depressed subjects. In: Psychiatry Res. (13) 335-343
- Krieg, J.-C.; Lauer, C.; Leinsinger, G.; Pabl, J.; Schreiber, W.; Pirke, K.-M.; Moser, E.A. (1989a): Brain morphology and regional cerebral blood flow in anorexia nervosa. In: Biol. Psychiatry (25) 1041-1048
- Krieg, J.-C.; Lauer, C.; Leinsinger, G.; Schreiber, W.; Pirke, K.-M. (1989b): Hirnstruktur und Hirnfunktion bei Anorexia nervosa: Eine computertomographische Untersuchung. In: Psychother. med. Psychol. (39) 256-259
- Levy, A.B.; Dixon, K.N.; Schmidt, H. (1988): Sleep Architecture in Anorexia Nervosa and Bulimia. In: Biol. Psychiatry (23) 99-101
- McNamara, E.; Reynolds III, C.F.; Soloff, P.H.; Mathias, R.; Rossi, A.; Spiker, D.; Coble, P.A.; Kupfer, D.J. (1984): EEG sleep evaluation of depression in borderline patients. In: Am. J. Psychiatry (141) 182-186
- Morley, J.E. and Blundell, J.E. (1988): The neurobiological basis of eating disorders: some formulations. In: Biol. Psychiatry (23) 53-78
- Naske, R. (1986): Interaktionelle Bedingungen für Eßstörungen des Kindes- und Jugendalters. In: Neuropsychiatrie Bd. 1 H. 3, 118-122
- Rechtschaffen, A. and Kales, A. (Hrsg.) (1968): A Manual of Standardized Terminology, Techniques and Scoring System for Sleep Stages of Human Subjects. (Washington, D.C.: Public Health Service, U.S. Government Printing Office)
- Roffwarg, H.P.; Muzio, J.N.; Dement, W.C. (1966): Ontogenetic development of human sleep-dream cycle. In: Science (152) 604-619
- Rotenberg, V.S. (1986): The nature of non-linear relationship between the individual's present psychic state and his sleep structure. In: Dyn. Psychiat. (19) 516-524
- Rotenberg, V.S. und Arshavsky, V.V. (1984): Search Activity and Adaptation (Moskau: »Nauka« Publishers)
- Schulz, H. und Lund, R. (1985): On the origin of early REM episodes in the sleep of depressed patients: A comparison of three hypotheses. In: Psychiat. Res. (16) 65-77
- Schweiger, U. (1986): Neurotransmitterstörungen bei Anorexia nervosa und Bulimie. In: Neuropsychiatrie, Bd. 1 Nr. 1, 3-7
- Selvini-Palazzoli, M. (1965): Interpretation of mental anorexia. In: Meyer, J.E. und Feldmann, H. (Hrsg.): Anorexia Nervosa (Stuttgart: Thieme)
- Sperling, E. und Massing, A. (1970): Der familiäre Hintergrund der Anorexia Nervosa und die sich daraus ergebenden therapeutischen Schwierigkeiten. In: Zeitschrift f. Psychosomat. Med. u. Psychoanalyse (16) 130-141
- Traub, A.C. (1972): Sleep stage deficits in chronic schizophrenia. In: Psychol. Rev. (31) 815-820
- Wallenberg Pachaly von, A. (1982): Ansatz zu einem Dynamisch-Psychiatrischen Verständnis der weiblichen anorektischen Reaktion. In: Ammon, G. (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt) 446-530

- Williams, R.L.; Karacan, J.; Hirsch, C.J.* (1974): EEG of human sleep: Clinical applications (New York: John Wiley & Sons)
- Williams, R.L.; Karacan, J.* (Hrsg.) (1978): Sleep disorders, diagnosis and treatment (New York: John Wiley & Sons)
- Wu, J.C.; Hagan, J.; Buchsbaum, M.S.; Blinder, B.; Derrfeler, M.; Tai, W.Y.; Hazlett, E.; Sicotte, N.* (1980): Greater left cerebral hemispheric metabolism in bulimia assessed by position emission topography. In: *Am. J. Psychiatry* (147) 309-312

Adressen der Autoren:

Dr. phil., Dipl. Psych. Ilse Burbiel
Dynamisch-Psychiatrische Klinik Mengerschwaige
Geiseltalstraße 203
8000 München 90

Ulrich Köppen
St.-Martin-Straße 36
8000 München 90

Astrid Thome
Parkstraße 25
8000 München 2

Gudrun Stein
Barerstraße 1a
8000 München 2

Der therapeutische Prozeß eines Borderline-Patienten im Feld einer ambulanten Gruppen- und Tanztherapie — Ein kasuistischer Beitrag**

Gertraud Reitz (München)*

Die Autorin, Gruppenpsychotherapeutin und Tanztherapeutin, untersucht in der vorliegenden Arbeit die spezifische Bedeutung der Kombination von verbaler Gruppenpsychotherapie und der von Günter Ammon entwickelten nonverbalen Therapieform der humanstrukturellen Tanztherapie bei der ambulanten Behandlung von Borderline-Patienten. Mit Hilfe dieser integrativen Behandlungsmethodik zeigt die Autorin am Beispiel des Entwicklungsprozesses eines Borderline-Kranken die zentrale Bedeutung von Identitätsforderungen und Grenzsituationen anhand ausgewählter therapeutischer Situationen auf.

Die Basis des methodischen Vorgehens bilden Protokolle der gruppentherapeutischen Sitzungen sowie Videoaufnahmen der Tanztherapie über den gesamten therapeutischen Prozeß. Der regelmäßig durchgeführte Ich-Struktur-Test nach Ammon (ISTA) und soziometrische Gruppenuntersuchungen ergänzen das Methodeninventar, um die Persönlichkeitsstruktur und die Entwicklung des Patienten im gruppodynamischen Prozeß darzustellen.

Auf dem Hintergrund des Identitätskonzepts der Dynamischen Psychiatrie beschreibt die Autorin den Verlauf einer ambulanten Borderline-Behandlung, die über die Integration gesunder und neu erworbener Fähigkeiten und die Auseinandersetzung mit den destruktiven Seiten des Patienten zu einer nachholenden Identitätsentwicklung führt.

In Fortführung meines bisherigen Forschungsinteresses, nämlich der integrativen Arbeit mit verbalen und nonverbalen Therapieformen, sollen die spezifischen Gesichtspunkte der ambulanten Psychotherapie einer Borderline-Persönlichkeit in der vorliegenden Arbeit herausgestellt werden. Am Beispiel ausgewählter therapeutischer Situationen innerhalb der Gruppen- und der Tanztherapie, die besondere Identitätsanforderungen bedeuten, soll der Entwicklungsprozeß von Herrn D. dargestellt werden.

Bei der Untersuchung dieser beiden therapeutischen Felder gilt mein besonderes Augenmerk dem Annehmen bzw. Nicht-Annehmenkönnen von Sozialenergie, die die Basis für jede menschliche Entwicklung und Veränderung im therapeutischen Prozeß bildet. (vgl. Ammon 1982a).

Die *Tanztherapie* gewinnt hier ein besonderes Gewicht, da sie das Annehmen bzw. Verweigern von Sozialenergie körperlich spürbar und erlebbar macht, sowohl für den Tänzer als auch für die ganze Gruppe.

Die Basis für das methodische Vorgehen bilden die Protokolle der Gruppensitzungen und die Tanzvideos über den gesamten therapeutischen Prozeß, außerdem die Auswertung des ISTA und der Vergleich der durch den ISTA gewonnenen Persönlichkeitsprofile. Die Messungen werden halbjährlich durch-

* Dr. phil., Psychoanalytikerin, Lehranalytikerin, Mitarbeiterin des Münchner Lehr- und Forschungsinstituts der Deutschen Akademie für Psychoanalyse, Vorsitzende des Unterrichtskomitees der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft

** Vortrag gehalten auf dem 7. Weltkongreß der WADP/XX. Internat. Symposium der DAP vom 17.—21. März 1989 an der Hochschule der Künste Berlin

geführt. Es wird das Schicksal der Humanfunktionen der Aggression, der Angst, der Abgrenzung und des Narzißmus über den gesamten therapeutischen Prozeß untersucht.

Wer ist Herr D.?

Herr D. möchte eine Therapie beginnen, weil er das Gefühl hat, nicht wirklich zu leben. Er ist 33 Jahre alt und Lehrer von Beruf. Er hat keine Freunde und leidet unter seiner Einsamkeit. Nachdem er in eine andere Stadt versetzt worden ist, haben sich seine Symptome verstärkt. Er hat Angst vor der Schulklasse und leidet unter schweren Arbeitsstörungen.

Auch seine Beziehungen zu Frauen sind schwieriger geworden. Die Beziehungen sind kurzzeitig, vor allem auf Sexualität beschränkt, und werden schnell wieder abgebrochen. Danach fühlt er starke Depressionen, hat ein Gefühl absoluter Leere und Suizidgedanken. Er empfindet sich selber als nicht liebesfähig.

Er spricht sehr vorsichtig, wohlformuliert und überlegt und macht den Eindruck eines freundlichen wohlgezogenen jungen Mannes, der aus seinen Kleidern herausgewachsen zu sein scheint. Er treibt viel Sport, macht viele Reisen, spricht mehrere Sprachen, hat aber zunehmend immer weniger Freude an all diesen Tätigkeiten. Er hat große Angst, zum Außenseiter zu werden.

Die *Familiengeschichte* von Herrn D.: Herr D. ist als ältester von 7 Kindern auf einem Bauernhof aufgewachsen. »Das Leben ist von Arbeit und katholischer Tradition geprägt. Wir gelten als strebsame, aufgeschlossene und geschickte Familie« schreibt er im Aufnahmebogen.

Heftiger Streit zwischen den Eltern und Rivalitätsgefühle für den jüngeren Bruder sind seine stärksten Erinnerungen.

Mit 10 Jahren wurde er in ein katholisches Internat geschickt, weil er Priester werden sollte. Einerseits fühlte er sich von der Familie weggeschickt, andererseits allen überlegen, zu etwas Höherem auserwählt. Dieses Grundmuster seiner Persönlichkeit bleibt bestimmend für sein Leben und taucht immer wieder im therapeutischen Prozeß auf.

Seine sexuellen Wünsche, schuldhaft erlebt in einer homosexuellen Beziehung zu einem älteren Theologiestudenten, hinderten ihn letztlich, seiner »Bestimmung« zu entsprechen, nämlich Priester zu werden. Er entschied sich, Lehrer zu werden. Seine Mutter hat ihm diese Entscheidung nie verziehen. Er fährt monatlich zu seiner Familie, immer wieder mit dem Wunsch, Verständnis für sich und seine Entscheidung zu erhalten.

Zur Diagnose von Herrn D.:

Zu jedem Therapiebeginn werden ausführliche anamnestische Aufnahmeinterviews durchgeführt und testpsychologische Untersuchungen anhand des ISTA und verschiedener projektiver Testverfahren. Das gesamte Aufnahmeverfahren dient dazu, den Patienten kennenzulernen und eine sog. Gesundheitsdiagnose und eine Krankheitsdiagnose zu erstellen, um ein therapeuti-

sches Feld bereitzustellen, in dem der betroffene Mensch sich entwickeln kann. Dabei setzt die therapeutische Arbeit immer bei den gesund entwickelten Bereichen an. Ziel der therapeutischen Arbeit ist es, Verletzungen, die zu Krankheit und Störungen in der Persönlichkeit geführt haben, zu heilen, nicht berührte Bereiche des Unbewußten zu beleben und arretierte Prozesse in der Bildung der Humanstrukturen an ihren Entstehungspunkten aufzusuchen und aufzulösen, um nachholende Entwicklung und Integration zu ermöglichen. (Vgl. Ammon 1981)

Folgende Merkmale kennzeichnen Herrn D. als Borderline-Persönlichkeit, wobei zu unterscheiden ist nach psychogenetischen, gruppodynamischen und strukturellen Gesichtspunkten:

1. Psychogenetische und gruppodynamische Formulierung:

Defizitäre und destruktive Sozialenergie bestimmen das Familienklima, aus dem Herr D. kommt. Es fehlen ihm zuverlässige Vorbilder. Sein Vater, streng und cholerisch, konnte es nicht werden, da der Patient seine Strenge und seine Schläge fürchtete. Dennoch war es der Vater, der ihm, wenn auch destruktiven, Kontakt ermöglichte; Liebe und Haß zu ihm wechseln ständig.

Die Beziehung zur Mutter blieb immer leer und distanziert. Sie war eine harte und strenge Frau, die jeden freundlichen Körperkontakt ablehnte. Sie bestimmte ihn zum Priester, benutzte ihn für ihre Zwecke und war an seiner eigenständigen Entwicklung nicht interessiert. Sie hielt ihn fest in einer Symbiose, die er später immer wieder agierte bzw. zu lösen versuchte in symbiotischen Partnerbeziehungen, die mit abrupten Kontaktabbrüchen wechselten. Dabei übernahm er unbewußt die von seiner Mutter erfahrene Ablehnung von Körperlichkeit und Sexualität.

Die in seiner Familie erlebte destruktive und defizitäre Sozialenergie bestimmen den Kern seiner Identität, nämlich die Ambivalenz seiner Existenz: auserwählt von der Mutter zum Priester um den Preis des Verlassenwerdens. So lebt er schwankend zwischen übersteigerten Anforderungen und Größenwahn und tiefster Verzweiflung und Verlassenheit in dem Bewußtsein, diesen Anforderungen nie gerecht werden zu können.

2. Strukturelle Formulierung:

Strukturell gesehen handelt es sich um einen Menschen mit vielen vorhandenen Möglichkeiten und Fähigkeiten, die aber nicht integriert sind. Viele Humanfunktionen sind defizitär bzw. destruktiv entwickelt. Defizite zeigen sich im zentralen Ich der Persönlichkeit, vor allem im Bereich der Aggression, des Körper-Ich, der Sexualität, ebenso im Bereich des Narzißmus und vor allem in der Ich-Abgrenzung.

Aufgrund der beschriebenen Familiensituation konnte er keinen kohärenten Kern in seiner Persönlichkeit entwickeln, es fehlt ihm die zentrale Steuerung, die ihm bei großen Anforderungen Halt und Kraft gibt, sich als eigene Person mit eigener Identität zu erleben.

Dieses »Loch im Ich« versucht er immer wieder zu verdecken, um die darunter liegende Angst und Aggression nicht spüren zu müssen. Diese Defizite

in den zentralen Humanfunktionen werden durch die hoch entwickelten sekundären Humanfunktionen zugedeckt bzw. kompensiert.

Auslösende Situation für die Therapie werden die an Herrn D. gestellten besonderen Identitätsanforderungen, die durch den Wechsel der Stadt und der Schule, Verlust des Kollegenkreises, d.h. durch den Wegfall des sozialenergetischen Feldes, in dem er bisher existieren konnte, gestellt werden. Das relativ gesunde Verhaltens-Ich des Patienten kann die Defizite im zentralen Ich nicht mehr ausgleichen.

Konsequenz aus dem bisher Gesagten ist, daß das therapeutische Programm aufgrund der oben angegebenen Untersuchungen entwickelt wird. Nach mehreren Einzelsitzungen, die dazu dienen, ein therapeutisches Bündnis zwischen Patient und Therapeutin herzustellen, wird Herr D. in eine Therapiegruppe aufgenommen, die so zusammengesetzt ist, daß der destruktiven bzw. defizitären verinnerlichten Sozialenergie ein möglichst breites Spektrum von Menschen entgegensteht, so daß eine Gruppe sich bildet, in der jeder auf Menschen trifft, für die er sich interessieren kann, die ihn verstehen und spiegeln und für ihn auch Hilfs-Ich-Funktionen übernehmen können, so daß »an die Stelle der destruktiven Gruppenrepräsentanz aufgrund der therapeutisch wirksamen konstruktiven Erfahrung eine neue Beziehungsverinnerlichung treten kann, die den Aufbau neuer Ich-Funktionen bzw. eine nachholende Ich-Entwicklung bewirken kann«. (Ammon 1979)

Wer ist Herr D. in dem gruppentherapeutischen Prozeß?

Es werden bestimmte therapeutische Situationen ausgewählt, die nach Einschätzung der Autorin für den Entwicklungsprozeß und für den Patienten selbst besonders kennzeichnend waren.

Die Anfangsphase der Gruppentherapie ist gekennzeichnet durch die Vertrauensfrage untereinander und gegenüber der Therapeutin. Die Therapeutin muß in dieser Phase stark strukturierend arbeiten, die einzelnen Gruppenmitglieder ansprechen und dafür Sorge tragen, daß Kontakt untereinander entstehen kann und die Gruppe zu einer Gruppe werden kann, sie muß helfen, die Grenzen zu schließen und sich selbst zur Identifikation anbieten.

Herr D. verhält sich zurückhaltend und meist schweigend in der ersten Phase des Kennenlernens, spricht über seine Arbeit, über seine Reisen, über den Besuch einer Freundin sehr distanziert und dozierend und kommt dabei leicht in die Rolle eines Oberlehrers. Allmählich protestiert die Gruppe. Dann zieht er sich zurück, wird abweisend, ablehnend. Er bewegt sich zwischen den beiden Polen, die seine Persönlichkeit bestimmen: dem überhöhten Anspruch an sich selbst und dem Gefühl, es doch nie zu schaffen.

Wenn die Gruppe ihn weiter fordert, versucht er sich zu retten mit einer Abwehrfassade von ungeheurer Arroganz und abwertender Überheblichkeit. Bricht diese Abwehr unter den Anforderungen und der Kritik der Gruppe zusammen, dann flüchtet er sich in das andere Extrem, nämlich sich selber klein zu machen. Er wird weinerlich, zerfließend, nicht spürbar und nicht greifbar.

Dieses Verhalten in der Gruppe spiegelt seine verinnerlichte Familiendynamik wider.

Hinter seinem Rückzug ist die Angst spürbar vor Ablehnung, vor Alleinsein, davor, Außenseiter zu sein, worüber er selber lange nicht sprechen kann. Er kann die Angst selber lange Zeit nicht als Angst erleben, sie scheint gebunden in seinem Körperpanzer, ebenso die Aggression, die er lange Zeit gar nicht, später dann nur über seine Träume äußern kann.

In Situationen, die eine Auseinandersetzung erfordern, kann er sich völlig abschalten, er scheint dann nicht mehr anwesend zu sein. Hier zeigt sich der für Borderline-Patienten typische Widerstand am Beispiel der symbiotischen Übertragung, die aber im Beginn der Therapie zunächst angenommen werden muß. Hier muß die Therapeutin den Kontakt wiederherstellen und dem Patienten und der Gruppe durch die Interpretation der gruppenspezifischen Situation und der Widerspiegelung seiner primären Dynamik das Geschehen verständlich machen.

Die verschiedenen Widerstandsformen stehen alle im Dienste der Angstvermeidung, der Angst vor der »narzißtischen Wunde«, der Angst, daß an seine Defizite gerührt wird.

Lange Zeit entflieht Herr D. der sozialenergetischen Auseinandersetzung und braucht viel Kontaktangebote und narzißtische Bestätigung. Dabei ist immer jeweils in der therapeutischen Situation zu entscheiden, ob narzißtische Bestätigung oder sozialenergetische Auseinandersetzung erforderlich ist. Ebenso ist ein empathisches Verständnis seiner hinter dem Schweigen lauern den Angst erforderlich mit dem Ziel, daß Herr D. die Angst auch allmählich spüren und aushalten kann.

Er gerät in eine starke Krise, als seine Freundin ein Kind mit ihm haben möchte. Es ist dies die erste Beziehung zu einer Frau, die länger als ein Jahr dauert. Durch ihren Wunsch nach einem Kind spürt er eine tödliche Bedrohung. Er zweifelt an ihrer Liebe und fühlt sich benutzt als Erzeuger eines Kindes. Er kann sich überhaupt nicht vorstellen, ein Kind zu haben, ihm etwas zu geben und fürsorglich zu sein. Vor allem die Eifersucht, die er spürt bei der Vorstellung, daß ein Kind da sein könnte, macht ihn rasend. Er spricht von »brüllender Eifersucht«, die ihn quält, die eine Mischung ist aus Haß, Angst und Destruktivität.

Er hat sich bisher nie auf längere Beziehungen eingelassen, er brach sie ab, bevor er sich mit der für ihn unaushaltbaren Eifersucht auseinandersetzen mußte. In dieser Auseinandersetzung um ein Kind kann er zum ersten Mal die hinter der Eifersucht lauern den Gefühle der Verlassenheit erleben. Er erinnert »wahnsinnige« Eifersuchtsprügeleien mit seinem Bruder, der zuhause bleiben durfte, während er ins Internat geschickt wurde.

Ihm wird deutlich, daß er selbst ein Kind sein möchte, hier in der Therapiegruppe, daß er heftige Eifersucht empfindet auf einen Gruppenbruder, den die Therapeutin zu bevorzugen scheint. Diese Auseinandersetzung löst heftige Haßgefühle auf die Therapeutin aus. Er erlebt sie sadistisch wie seine Mutter, die den Bruder bevorzugte.

Während Herr D. sich bisher vorwiegend an die Meinung der Therapeutin anpaßte, bedeutet diese Auseinandersetzung mit ihr auch einen ersten Schritt der Abgrenzung. Zum ersten Mal ist seine Eifersucht in der therapeutischen Situation zwischenmenschlich erlebbar geworden, während sie bisher — im Sinne eines Splitting — vor allem im Kontakt mit der Freundin agiert wurde. Dieser archaische Abwehrmechanismus des Splitting wird vor allem in schweren Verlassenheitssituationen erforderlich und dient der Abwehr einer gefürchteten Ich-Desintegration.

Humanstrukturelle Tanztherapie

Die von *Günter Ammon* gerade auch für Borderline-Patienten entwickelte Humanstrukturelle Tanztherapie ist ein ganzheitliches Geschehen, das die Grundstrukturen menschlicher Existenz, seine Psyche, seine Körperlichkeit und Geistigkeit miteinander verbindet. »Der Humanstrukturelle Tanz ist Körper- und Bewegungssprache, Energieentwickler und -vermittler bei der zuschauenden und teilhabenden Gruppe, ist die zentrale Kraft eines sozialenergetischen und gruppenspezifischen Feldes. Tanz bedeutet totale Hingabe zu sich selbst, zur Transzendenz.« (*Ammon 1986*)

Das flexible Umgehen mit Nähe und Distanz, das flexible Öffnen und Schließen der Grenzen ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für menschliches Zusammenleben und wird in der Tanzsitzung besonders erlebbar, ebenso die Erfahrung von körperlicher Abgrenzung. Sich anvertrauen, sich zeigen, sich abgrenzen, hineingehen in die Angst, herausfinden, welchen Abstand der einzelne braucht von der Gruppe, all diese wichtigen Qualitäten im menschlichen Kontakt sind in der Tanztherapie körperlich erfahrbar. Tanz ist ein Identitätsentwurf hinein in die Gruppe, die wie eine liebevolle Mutter/Vater sich verhält und dem einzelnen dabei hilft, sich selbst zu entdecken, sich selber kennen- und lieben zu lernen, und ihn dabei unterstützt, seine Phantasien, seine Träume und Wünsche zu zeigen.

Wer ist Herr D. in der Tanztherapie?

Die Tanzgruppe startet mit 18 Mitgliedern, die Tanzsitzungen finden 14-tägig statt. Dieser zeitliche Abstand hat sich bisher als ausreichend erwiesen im Vergleich zu den zweimal wöchentlich stattfindenden Gruppentherapiesitzungen, weil die Arbeit mit den auf Video aufgenommenen Tänzen in den Therapiegruppen einen wesentlichen Beitrag zur Integration der neu erlebten Erfahrungen bedeutet.

Die andere Zusammensetzung der Tanzgruppe — es sind Teilnehmer aus den verschiedenen Therapiegruppen meiner Praxis — das dadurch veränderte sozialenergetische Feld, die Öffnung der Gruppengrenzen lockert alte festgefahrene Übertragungsmuster und bietet neue Möglichkeiten der Wahrnehmung und Beziehungsknüpfung für alle Beteiligten.

In der Tanzgruppe wird beim Feedback auf die Tänze der Schwerpunkt

gelegt auf die konstruktiven Seiten des Tanzes, nur störende Aspekte, die einen Entwicklungswiderstand deutlich machen, unterliegen der Kritik.

Herr D. beginnt zusammen mit 4 Mitgliedern aus seiner Therapiegruppe, andere folgen später nach.

Er tanzt fast in jeder Tanzsitzung, spürt wenig Angst, probiert viel aus, arbeitet schwer; manchmal wirken seine Tänze eher wie sportliche Übungen, er tanzt seine Starre, seine Eingeengtheit, kann die Kontrolle nicht aufgeben. Er ist selber sehr erschrocken, als er die ersten Tanzvideos sieht, über die Starre seines Körpers.

Er quält sich, tanzt ein Programm, was ihm auch immer wieder gesagt wird. Aber wo ist seine Seele?

Wenn er verzweifelt ist, wird er kurz spürbar.

Er rackert sich ab, zeigt seine ungeheure Kraft und auch manchmal die Qual, als müsse er Berge bewegen, Phantome und Gespenster verjagen. Er spürt alte Gefühle verschärft, die Spaltung seines Körpers von seinen Gefühlen.

Die Frage stellt sich immer wieder: »Wer ist er eigentlich?« Dann geschieht ein Durchbruch in der ersten Tanzsitzung des Jahres 1987. Der Plattenspieler funktioniert nicht, alle tanzen nach Trommeln. Herr D. wirft sich hinein in die Trommelmusik wie ein wilder wütender Bauer, macht riesige Sprünge, wirft sich hin und her, wälzt sich am Boden, ruht erschöpft kurz aus, springt wieder wütend auf, schleudert Felsen von sich weg. Er tanzt wie in Trance, droht die Grenzen zu verlieren, findet sich wieder.

Die Trommeln fordern ihn, geben ihm Grenzen, die ganze Gruppe klatscht in kurzen klaren Rhythmen. In mir entstehen Bilder von Vögeln, Wolkenfetzen und Säbeln, die durch die Luft zu sausen scheinen. Er hat unerschöpfliche Kraft und unerschöpfliche Wut, die er bedingungslos zu zeigen sich traut.

Dies ist sein stärkster Tanz, wie eine Geburt in die Gruppe hinein. Er hat zum ersten Mal getanzt, ohne zu denken, tief aus dem Unbewußten — nach einem dreiviertel Jahr in der Tanzgruppe. Alle freuen sich mit ihm, er weint vor Freude und Erschöpfung. Mir fällt immer wieder auf, mit welcher Liebe und Geduld die Tanzgruppe mit ihm arbeitet. Die Gruppe ist das Gedächtnis für ihn. Sie beobachtet seine Entwicklung liebevoll, aufmerksam und kritisch abgrenzend, wenn er wieder den Kontakt abbricht.

Sein letzter oben beschriebener Tanz hat die Grenzen zu seinem nicht bewußten Potential stark geöffnet, was sich auch in der Entwicklung seiner Traumfähigkeit niederschlägt.

In der Therapiegruppe berichtet er zwei Träume, zunächst einen erotisch-sexuellen Traum von der Therapeutin, durch den er seine Sehnsucht nach Zärtlichkeit mitteilen kann; danach einen seiner typischen Vogelträume, die eine lustvolle Seite und eine destruktive Seite zeigen: Er beobachtet zwei Rebhühner im Hochzeitsflug. Der Hahn ist sehr schön. Er überlegt, ob er ihn abschießen soll. Da stürzt er herab und fällt ihm vor die Füße, geteilt in vier Teile, das innere nach außen gekehrt. Er will ihn haben, er will ihn ausstopfen lassen. Seine Freundin, die bei ihm ist, blickt skeptisch.

Als er aufwacht, denkt er, der Vogel ist er selber, seine Seele, die gefangen ist. Bei der Durcharbeitung der Träume in der Therapiegruppe fällt ihm ein, daß die ziehenden Vögel seine Reiselust symbolisieren, das einzig Lustvolle, das er sich nicht verbieten ließ, obwohl seine Mutter ihn immer zu Hause festhalten wollte mit den Worten »hier hast du doch alles«.

Das andere Traummotiv zeigt seine gespaltene Seele. Sein Inneres kennt er nicht wirklich, er fühlt sich oft leer, möchte angefüllt werden und sich ganz fühlen, wie das häufig wiederkehrende Traummotiv zeigt.

In der nächsten Tanzgruppe tanzt er nach weicher meditativer Musik. Er kann seinen Körper ruhiger zeigen und die Energie durch seinen Körper fließen lassen. Viele weitere Tänze zeigen, daß sich etwas grundlegend in ihm verändert hat. Es gibt auch immer wieder Rückschritte in alte Muster, aber insgesamt ist ein Schritt zu mehr Körpergefühl und zu mehr eigenem Standpunkt sichtbar.

Die beginnende Veränderung seines sexuellen Erlebens ängstigt ihn aber auch. Während vor Beginn der Therapie seine Sexualität abgespalten war von der Welt der Erotik, der Phantasie und der Gefühle und er nur kurzzeitige sexuelle Kontakte im Wechsel mit Kontaktabbruch erleben konnte, wie es für die Sexualität vieler Borderline-Patienten typisch ist, empfindet er sich nun eher als asexuell: »Ich habe schon seit langem wenig Lust, mit meiner Freundin zu schlafen. Da spielt eine tiefe Angst mit, mich ganz gehen zu lassen, man könnte sagen, meine Angst vor Nähe hat nun auch die Sexualität erfaßt. Manchmal habe ich die Phantasie, sie zu vergewaltigen, aber da müßte ich meiner Potenz sicherer sein.«

Dennoch fühlt sich Herr D. zunehmend befreit von dem Druck, in der Rolle des potenten Mannes sein zu müssen. Das veränderte Körpergefühl und das Erleben der Angst, auch vor Sexualität, bedeutet einen wesentlichen Schritt hin zum Erleben von Ganzheit, von weniger Gespaltensein.

Dann wagt er einen ganz neuen Schritt. Er kann seinen Körper nackt zeigen. Zum ersten Mal wird so deutlich sichtbar, welche Diskrepanz besteht zwischen seinem Gesichtsausdruck und seiner körperlichen Ausstrahlung. Er hat einen schönen Körper, ganz jung und zart. Ich sage es ihm. Er weint vor Berührtheit und freut sich. »Es ist nicht selbstverständlich, daß man einen Körper hat«, sagt er. Sein Gesicht ist meist angestrengt und hart, asketisch und verbissen; es wird weicher, wenn er sich der Musik oder den Trommeln hingeben kann. Es ist sehr ergreifend zu sehen, wie in diesem Tanz sein Gesicht und sein Körper miteinander verschmelzen und ein verletzlicher, schutzbedürftiger Mensch sich zeigen kann. Die Gruppe hüllt ihn ein mit zarten liebevollen Gefühlen, wie einen frierenden Säugling und einen erwachsenen Mann zugleich, der zum ersten Mal seine große Sehnsucht nach Zärtlichkeit und Liebe zeigen konnte.

Nach diesen bedeutsamen Erlebnissen kann Herr D. insgesamt freier tanzen. Er zeigt seinen Körper, tanzt mit dem ganzen Körper, sehr häufig nach Trommeln. Er kann seine Angst zulassen und die Sozialenergie der Trommler

und der Gruppe annehmen. Sein Körper ist beseelter, Kopf und Körper, Arme und Beine gehören zusammen. Er fühlt sich selber viel mehr in seinem Körper.

Zum Jahresende wird in allen Gruppen der ISTA wiederholt. Seine Testwerte sind sehr verändert. Der Wert in der konstruktiven Aggression liegt unterhalb des Normbereichs. In der konstruktiven Angst hat er sich erhöht. Er reagiert sensibilisierter, weil er das Umgehen mit der Angst und der konstruktiven Aggression neu lernen muß, ebenso das Umgehen mit der Abgrenzung, sowohl nach außen als auch nach innen. Beide Werte im Test sind niedrig, was auch seiner eigenen Wahrnehmung entspricht. Auch der vorher überhöhte Wert im konstruktiven Narzißmus ist niedriger geworden, das heißt, daß er seine Fehler und Schwächen nicht mehr durch Selbstüberschätzung abwehren und verbergen muß.

Er fühlt tiefe Angst und braucht in dieser Phase der Therapie ganz direkten Beistand und Nähe von der Therapeutin und der gesamten Gruppe. Es ist, als sei ein Damm gebrochen, der ihm den Zugang zu seinen nicht bewußten Dimensionen versperrte.

Seine Stellung in der therapeutischen Gruppe hat sich sehr verändert, gerade auch durch sein beharrliches Sich-Zeigen in seinen Tänzen.

Er ist berührbarer geworden und kann seinen Mitpatienten jetzt liebevolle Zuwendung und Interesse geben. Er stellt sich Auseinandersetzungen und wird als zuverlässig erlebt.

Das zeigt sich auch im Soziogramm, das das Beziehungsgeflecht der Gruppenmitglieder untereinander und zur Therapeutin hin mit positiven und negativen Pfeilen in den Dimensionen Angst, Aggression, Erotik, Freundschaft und Zusammenarbeit mißt. Über die Hälfte der Gruppe wendet sich an ihn bezüglich einer positiven Zusammenarbeit. Alle Nennungen in Erotik aber erhält sein struktureller Zwillingsbruder, was ihn sehr wütend macht. Er spürt starke Eifersucht. »Der mag doch lieber Männer, darum geben ihm die Frauen den Erotikpfeil«, tröstet er sich. Aber stimmt das wirklich? Eifersucht ist auf allen Ebenen in der Gruppe spürbar. Die Durcharbeitung der Soziogramme bringt viele Phantasien und Wünsche, heftige Träume und Ängste in Gang.

In der Sitzung danach berichtet Herr D. zwei Träume, die ihn ängstigen und heftige Gefühle des Hasses gegen die Therapeutin mobilisieren: Er träumt sie als doppelgeschlechtliches Wesen. Sie ist sein früherer Theologieprofessor in weiblicher Gestalt. Dazwischen beschäftigt er sich mit der Freundin, mit der Frage, warum er ihren Körper so ablehnen muß. Er verschiebt dann den Haß auf den Körper der Therapeutin. Er möchte sie körperlos, wie er sich selber oft fühlte. Er zittert vor Angst und Haß, als er darüber spricht. Kann ich seinen Haß aushalten? Er spürt starke Vernichtungsängste.

Er hat große Schwierigkeiten, zwischen Traum und Realität zu unterscheiden. Die Gruppe hilft ihm, Herr W. legt seinen Arm um ihn — sein Zwillingsbruder, auf den er immer besonders eifersüchtig ist.

Die Träume haben die primäre Dynamik belebt, seine existenzielle Frage, darf er ein Mann sein, darf er sexuelle Wünsche haben, darf er einen Körper

haben; darf er sich aber auch abgrenzen von der Mutter-Therapeutin, von seiner Freundin, die ihn ständig zu kritisieren scheint, nie ist es genug, was er zeigt, was er leistet. Wie wird er von der Therapeutin gesehen?

Ich spüre ganz stark seine Angst und seine Frage, ob er mir all diese negativen Gefühle mitteilen kann, seine tiefe Angst, ob ich seinen Haß und die Verachtung und Zerstörungswut, die er meiner Körperlichkeit und meiner Weiblichkeit entgegenbringt, auch aushalten kann. Diese gegen mich gerichtete Destruktivität kann mit Hilfe der Gruppe durchgearbeitet und verstanden werden.

Ich spreche mit ihm, immer unter Einbeziehung der Gruppe. Alle können mit ihm erleben, daß seinem Haß nicht das grauenvolle Erleben des Verlassenwerdens folgt.

Nach dieser Gruppensitzung sind alle erschöpft und erleichtert, wie befreit von tödlicher Angst. Die Gruppe hat es erfahren, daß Haß und Liebe, Sexualität und Destruktivität, symbiotische Wünsche und Mordphantasien nahe beieinanderliegen, daß sie aber auch mitgeteilt und verstanden werden können. Durch das Öffnen der Grenzen zu tiefen, nicht bewußten Ebenen, durch das Wiedererleben früh erlebter Entbehrungen und Ablehnungen konnte die destruktive und defizitäre verinnerlichte Sozialenergie im Hier und Jetzt der Gruppe erlebbar und erfahrbar gemacht werden.

Positive Erlebnisse, Verständnis und Wärme als ein Aspekt konstruktiver Sozialenergie konnten integriert werden, was auch heißt, daß ein Stück Wiedergutmachung bei Herrn D. und der gesamten Gruppe möglich wurde.

Diese Arbeit an den Grenzen von Herrn D., die Durcharbeitung der destruktiven Aggression, wäre ohne eine therapeutische Gruppe gar nicht vorstellbar gewesen, weil die gesamte Gruppe destruktive Aggression besser tolerieren kann als ein Einzeltherapeut. Die Abwehr von Herrn D., Sozialenergie anzunehmen, konnte in dieser Sitzung überwunden werden durch das einfühlsame Reagieren der Gruppe.

Ich war sehr gespannt auf die nächste Tanzsitzung.

Ist von dem Kampf in den letzten beiden Gruppentherapiesitzungen etwas geblieben, wie wird es sich zeigen?

Herr D. tanzt so frei wie noch nie in den drei Jahren Tanzarbeit. Er kommt mir sehr nahe und ich spüre mit Freude sein starkes Gefühl der Freude und des Glücks.

Er wirft seine ganze Persönlichkeit in den Tanz und wagt sich weit hinaus über seine Grenzen. Er tanzt männlich, erotisch und ist im Kontakt mit mir und der Gruppe.

Mein häufig bei seinen Tänzen auftauchendes Gefühl der Gegenübertragung »Vorsicht, wer ist er«, ist verschwunden, seit er seine so lange verborgene Angst und Destruktivität zeigen konnte.

Ein Ungeheuer ist besiegt, die Angst vor dem eigenen gefürchteten Unbekannten.

Die Tanzgruppe äußert starke Freude und Erleichterung, ebenso die Therapiegruppe beim Anschauen der Videos. Alle haben ihren Anteil an dieser Veränderung und ich sage es allen.

Diese Tanzsitzung ist wie der Lohn der Angst, der Lohn für einen über viele Jahre gehenden mühevollen therapeutischen Prozeß, in dem es möglich geworden ist, die verschiedenen Abwehrstrategien zu durchbrechen, die alle der Abwehr der Angst dienen, die narzißtische Wunde der früh erlebten Verletzungen und Entbehrungen nicht wieder spüren zu müssen.

Die Kehrseite der Angst ist die Wut und Destruktivität, die sich bei Herrn D. lange Zeit über seine Träume äußerte.

Durch das Erleben der Angst, durch die Erfahrung, daß sie mit Unterstützung der Therapeutin und der Gruppe ausgehalten werden kann, durch die Auseinandersetzung darüber und die erlebte Abgrenzung ist die Integration der Angst und der konstruktiven Aggression im nicht bewußten zentralen Kern der Persönlichkeit möglich geworden. Diese in diesem Referat beispielhaft geschilderten Grenzsituationen haben Herrn D. immer wieder gefordert, seinen Standpunkt einzunehmen, seine Identität zu zeigen mit allen Ängsten und Defiziten, und es möglich gemacht, daß das »Loch im Ich« (Ammon 1979) sich allmählich füllen konnte mit Vertrauen in die eigene Kraft und die Kraft der Menschen, die ihm nahe sind und nun auch nahe kommen dürfen.

Wer ist Herr D. in meiner Wahrnehmung, in seiner eigenen Wahrnehmung und in der Wahrnehmung der Gruppe?

In seiner äußeren Erscheinung hat Herr D. sich sehr verändert. Sein Gesicht hat die Härte und Strenge verloren. Er zieht sich schöner und weicher an und ist in seiner gesamten Ausstrahlung zugänglicher geworden. Seine Bewegungen sind harmonischer, Gesicht und Körper gehören zusammen, was vor allem in seinen Tänzen deutlich wird. Er kann mehr Angst spüren und auch mehr Angst zeigen, dadurch ist er berührbarer und berührender geworden.

Er erlebt sich stärker in seinem Körper, muß sich weniger verstellen und quälen, er kann sein Gesicht entspannen und lächeln, Gesicht und Körper sind beseelter geworden.

Er ist beziehungsfähiger und liebesfähiger geworden, seine kreativen Fähigkeiten und seine konstruktive Aggression sind freigesetzt, die Energie kann durch seinen Körper hindurchfließen, er kann Sozialenergie annehmen und auch anderen Menschen etwas geben.

Nachdem er in den oben beschriebenen Situationen in der Therapiegruppe und in der Tanzgruppe seine grauenhaften Vernichtungängste und die damit verbundene Destruktivität zeigen und erleben konnte, daß er dabei nicht verloren geht und alleine ist, ist eine große Last von ihm genommen.

Die im Körperpanzer gebundene Aggression und Angst können freier im Kontakt eingesetzt werden.

Seine Traumfähigkeit hat sehr zugenommen. Er erinnert häufiger Träume, interessiert sich mehr für sie und spricht viel freier über sie und seine damit zusammenhängenden Phantasien. In den Träumen tauchen auch mehr Menschen auf als früher. Zwischen Bewußtem und Nichtbewußtem findet ein Austausch statt, was sich auch in der flexiblen Abgrenzung im ISTA zeigt. In

seinem ISTA zeigte sich insgesamt eine starke Veränderung gegenüber der Zeit vor etwa 1/2 Jahr, als alle Werte auf eine tiefe Depression hinwiesen, die er nur in festem Kontakt mit der Therapeutin und der Gruppe durchgehen konnte. Er hatte darum auch zusätzliche Einzelsitzungen.

Herr D. ist mit einem großen Erschrecken gewahr geworden, daß er mit seiner Zeit bisher sehr wenig aufmerksam umgegangen ist und so lebte, als sei sie unbegrenzt.

Er will sich nun den Anforderungen seiner Doktorarbeit stellen, die er vor 4 Jahren begonnen und an der er dann jegliches Interesse verloren hatte. Inzwischen kann er die Angst vor der Anforderung, vor dem Identitätsschritt spüren, verbunden mit der Frage, ob seine Arbeitsstörungen, seine damit verbundene Wut und Kränkung ihn immer noch hindern werden, die Arbeit, die eine geistige Auseinandersetzung mit seiner Religiosität bedeutet, zu bewältigen. In der Beziehung zu seiner Freundin steht die Klärung an, ob die Schwierigkeiten überwiegend Ausdruck und Folge seiner mangelnden Beziehungsfähigkeit waren oder Ausdruck von unterschiedlichen Wünschen und Vorstellungen eines unterschiedlichen Lebensstils.

Es war mein Anliegen, an einem ausgewählten Beispiel und anhand ausgewählter therapeutischer Situationen einige spezifische Aspekte der Therapie mit Borderline-Patienten aufzuzeigen, die zu Recht als eine »Therapie der kleinen Schritte« bezeichnet wird, was ich bei der Ausarbeitung meines Referates noch einmal erlebt habe.

Mein Dank gilt Herrn D. und allen meinen Patienten, die mir ihr Vertrauen gaben, dieses Referat aus der laufenden therapeutischen Arbeit zu schreiben. Ich möchte mit einem Zitat von *Günter Ammon* schließen:

»Identitätsentwicklung ist ein dauerndes Ringen in Grenzsituationen, nicht das Ergebnis am Ende eines therapeutischen Prozesses. Die Therapie soll den Patienten befähigen, immer wieder neue eigene Schritte zu tun« (*Ammon* 1982).

*The Therapeutic Process of a Borderline-Patient in the Field of a Group
Psychotherapy and Dance Therapy – a Casuistic Contribution*

Gertraud Reitz (München)

In the present casuistic paper the author, a group psychotherapist and dance therapist, discusses the particular importance of the combination of verbal group psychotherapy and non-verbal human-structural dance therapy (*Günter Ammon*) within the outpatient treatment of a borderline-patient.

By describing specific therapeutic situations in the developmental process of a borderline-patient the author points at the great importance of situations in which the patient experiences the limits of his personality and in which he is challenged to develop his identity. In particular the author aims at the social

energetic exchange between group members in the therapeutic fields of dance and group therapy.

Records of the group psychotherapy and dance videos were made of the entire therapeutic process.

The change in personality was investigated in intervals of six months by sociometric measurements and evaluation of the ISTA — Ich-Struktur-Test nach *Ammon* (Ego Structure Test according to *Ammon*). The personality profile was investigated regarding the ego-functions of aggression, anxiety, inner and outer ego demarcation and narcissism.

At the beginning of his therapy the patient was a 33-year-old teacher who suffered from his loneliness and the feeling not to be really alive. He had no friends. On front of his class he was full of anxiety and he suffered from serious disorders of his ability to work.

His short relationships to women were reduced to sexuality, oscillating between symbiotic contact and abrupt breaking off. Afterwards he felt deeply depressed, an absolute emptiness with suicidal ideas.

Psychogenetic and Groupdynamic Aspects

Deficient and destructive social energy determined the climate of the family. He had no models with whom he could identify himself. His contact to his father was destructive; the patient constantly changed from love to hate and vice versa. His mother refused any bodily contact, determined his life and kept him in a symbiosis with her without showing any interest in his genuine needs and wishes. He unconsciously internalized the rejection of body and sexuality and tried to free himself from the symbiosis with his mother by constantly entering and breaking off new symbiotic relations. The deficient and destructive social energy experienced in his family determines the core of his identity, namely his ambivalent attitude, his oscillating between megalomania and deep despair and isolation.

According to the author the following therapeutic situations were decisive for the developmental process of the patient:

In the first phase in group therapy he repeated the dynamics of his primary group for a long time. He oscillated between excessively high demands on himself and the feeling never to be able to meet these demands. When the group challenged him he reacted with inner withdrawal out of hurt narcissism. He was unable to accept social energetic exchange. The crisis in the therapeutic process came when his girl-friend wanted to have a baby. He was not able to meet this demand for identity and for the first time he was extremely jealous of the child, which he himself wanted to be. He had vehement disputes with his therapist, whom he experienced like his mother. The fights he acted out before with his girl-friend were brought now for the first time into the therapeutic process.

When he started dance therapy in addition to his group therapy, this was a decisive turning point in his therapy.

During the first time, his dances looked like arduous sporting exercises. When seeing his dances on video he was startled by the stiffness of his body.

After nine months there was a breakthrough in the dancetherapy when the entire group accompanied his dance with drums. For the first time he was able to rely on the surrounding group, to open himself towards his unconscious and accept social energy. He gave up controlling himself, showing his tremendous power and his enormous rage.

The experience of being accepted by the group and his therapist enabled him to show his feelings of hatred and rage in the verbal therapeutic group, too.

The same happened with his feelings of longing for love.

There was a discrepancy between the somehow tender expression of his body and the rigidity of his face. Here, too, it was a dance therapy session where he showed his soft feelings and wishes for tenderness for the first time, which enabled him to show this part of his personality in group psychotherapy.

This intensive interplay of group therapy and dance therapy enabled the patient gradually to accept more and more social energy and to find access to his unconscious, which was also reflected in an improvement of his ability to dream; he experienced time in a different way and he regarded his body more friendly.

These changes were also reflected in the values of the Ego-Structure-Test according to *Ammon* (ISTA) as well as in the sociogramme.

Literatur

- Ammon, G.* unter Mitarbeit von *Ammon, Gisela* und *Marsen, B.* (1979): Das Borderline Syndrom und das ich-strukturelle Arbeiten. In *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt)
- (1981): Ich-Strukturelle Gruppenpsychotherapie. In: *Dyn. Psychiat.* (15) 1-9
- unter Mitarbeit von *Ammon, Gisela* und *Griepstroh, D.* (1982): Behandlungsmethodik und Widerstand — von der traditionellen Psychoanalyse zur Dynamischen Psychiatrie. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt)
- (1982a): Das sozialenergetische Prinzip. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt)
- (1986): Humanstruktureller Tanz — Heilkunst und Selbsterfahrung. In: *Dyn. Psychiat.* (19) 317-342

Adresse der Autorin:
Dr. phil. Gertraud Reitz
Arcisstraße 59
D-8000 München 40

Erkranken als Überschreiten von Grenzen**

Heinrich Huebschmann* (Heidelberg)

Anknüpfend an die sprachliche Bedeutung der Krankheitsbezeichnung »Borderline«: Grenzlinie, charakterisiert der Autor in der vorliegenden Arbeit jede Erkrankung als ein Fallen aus dem Rahmen bisheriger Lebensgewohnheiten, ein Überschreiten von Grenzen, im Sinne einer Rebellion gegen für den Patienten unzumutbare Einschränkungen. Er geht dabei von seinen Erfahrungen in der Inneren Medizin aus und schildert den psychischen und gesellschaftlichen Hintergrund der Krankheits- und Behandlungsverläufe eines Patienten mit Lungenentzündung sowie eines zweiten Patienten, der unter einer akuten Colitis ulcerosa litt. Der Autor versteht die psychosomatischen Erkrankungen als selbstzerstörerisches Grenzgeschehen auf der Körperebene, das an die Stelle von Grenzüberschreitungen im sozialen Feld tritt, die dem ängstlichen, angepaßten Psychosomatikpatienten nicht möglich sind. Die Aufgabe des Arztes sieht der Autor darin, den Patienten bei seinem Grenzgang und, so nötig, auch bei einer Grenzüberschreitung zu begleiten.

In der Psychiatrie ist seit langem das Wort »Borderline«, zu deutsch: Grenzlinie, bekannt. Es wird gebraucht zur Bezeichnung von Krankheitsbildern, die auf der Grenze von Neurose und Psychose liegen. *Günter Ammon* weist dem »Borderline-Syndrom« eine wachsende Bedeutung zu: »Der Mensch unserer Zeit scheint nicht unter einer Verdrängung seiner Sexualität zu leiden, sondern unter der Angst vor dem Risiko eigener Identität und der Flucht vor dieser Angst (*Ammon* 1987).« *Ammon* fährt fort: »Bei aller Vorsicht können wir nicht umhin, gesellschaftliche Prozesse dafür verantwortlich zu machen — eine gesellschaftliche Situation, die selbst eine Art Grenzfall darstellt.« (ebda) Anders ausgedrückt: Der Mensch unserer Zeit leidet an der Angst, er selbst zu sein, will aber von diesem Leiden nichts wissen. Und dies liegt nicht nur am Einzelnen; die gesellschaftliche Umgebung ist nicht — mehr — ganz normal. Von da her, so *Ammon*, werden althergebrachte psychiatrische und psychoanalytische Krankheitseinteilungen fragwürdig.

Ich möchte hier anknüpfen und den Bogen weiter spannen. Denn das, was hier angedeutet wird, geht über Psychoanalyse und Psychiatrie hinaus. Es betrifft auch die Innere Medizin, ja die Heilkunde überhaupt. Es werden Grundfragen der allgemeinen Pathologie gestellt. Was ist das eigentlich: Erkranken? In der Umgangssprache haben wir den Satz: »Alles hat schließlich seine Grenzen.« Bei einem Borderline-Patienten sagen wir: »Das geht zu weit! Das ist verrückt.« »Verrückt« steht hier für »krank«.

Erkranken, ganz allgemein, ist gleichbedeutend mit einem »aus dem Rahmen fallen«, es ist etwas, was sich eigentlich nicht gehört, etwas, was das Gewohnte stört, was gegen die Ordnung verstößt.

Von uns Ärzten wird erwartet, daß wir den Störenfried wieder zur und in

* Dr. med., Arzt für innere und Erinnerungsmedizin (Psychotherapie)

** Vortrag gehalten auf dem 7. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XX. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 17.—21. März 1989 in der Hochschule der Künste Berlin, zum Thema »Das Borderline-Syndrom in Theorie und Praxis«

Ordnung bringen, daß wir ihm ermöglichen, seine gewohnte Rolle weiterzuspielen und sein Leben in seinem bisherigen Rahmen weiterzuführen.

Wie aber, wenn ein anderer Rahmen nötig ist, weil der alte nicht mehr paßt? Wie, wenn eine neue Ordnung geschaffen oder gefunden werden muß, die zunächst wie Unordnung aussieht? Gewiß, da ist der Mensch mit seinem Ich. Da ist aber auch die Welt, in der er lebt.

Ich möchte im folgenden Patienten als Grenzgänger darstellen. Dabei werde ich von Erfahrungen der Inneren Medizin ausgehen. Es wird sich um eindeutig körperlich Kranke handeln, wie sie ja nach wie vor den eigentlichen »harten« Kern der Medizin bilden. Ich könnte Autoren zitieren, denen ich viel verdanke. Ich möchte aber eigene Forschungsergebnisse bringen.

»Krankheitsbilder«? Wir alle machen uns Bilder vom Kranken und seiner Erkrankung. Wir sprechen dann auch von »Betrachtungsweisen«, von »Aspekten«. Und wir entwerfen »Modelle«, »Programme«, »Strategien«. Ich will das nicht tun. Als meine Forschungsmethode nenne ich die Therapie, nenne ich den ärztlichen Alltag in seiner Banalität, wobei sich zeigen dürfte, daß es diese Banalität nicht gibt. Ich werde Behandlungsgeschichten erzählen. »Wissenschaft«? Ein Medizinstudent, Famulus in meiner Praxis, meinte, in der Wissenschaft seien heute Theorien beliebt, die ohne Bezug zur Wirklichkeit, aber »erklärungsstark« seien. Ich verstehe Wissenschaft nicht als Erklärung, sondern als verständliche Mitteilung von Erfahrungen. Ich will daher Einzelbeispiele bringen und den Vorwurf nicht scheuen, ein Anekdoten-Erzähler zu sein. Von einem Zwang zu wissenschaftlicher Legitimation fühle ich mich frei; ich werde daher nach Möglichkeit den Jargon eines Fachnarzißmus vermeiden und meine Umgangssprache verwenden.

Ein 28-jähriger Mann sucht mich auf, weil er seit einer Woche an Husten leidet und seit zwei Tagen auch Fieber hat. Ich verordne ein Grippemittel. Nach zwei Tagen kommt er wieder. Der Husten ist unverändert, das Fieber ist noch gestiegen. Ich untersuche gründlich den Körper, kann nichts »Organisches« feststellen, aber die »Blutsenkung« ist stark erhöht. Besorgt schicke ich den Patienten zur Untersuchung seiner Lunge zum Radiologen. Noch am gleichen Nachmittag ruft mich dieser an: »Akute Pneumonie links unten. Sofort Penicillin!«

Ich warte nicht darauf, daß der Patient am nächsten Tag wieder zu mir kommt, sondern gehe noch am gleichen Abend zu ihm hin. Penicillin? Ohne Erregernachweis? Und Penicillin kann Allergien machen. Auch der Patient zögert. Warum? Später sagte er mir, er vertraue auf die Selbstheilungskräfte des Körpers. Das kann ich als Arzt aber nicht gelten lassen. Ich verordne strenge Bettruhe und Brustwickel. Er lebt allein. Wer soll ihn pflegen und die Brustwickel machen? Seit 1 1/2 Jahren hat er eine Freundin, die eine kleine Wohnung hat, 1 km entfernt. Zu dieser soll er für die Zeit seiner Krankheit ziehen. Ich mache dort zwei weitere Hausbesuche in Abständen von zwei und vier Tagen. Husten und Fieber verschwinden. Der Röntgenbefund der Lungen 14 Tage nach der ersten Röntgenaufnahme lautet: »Die pneumonische Infiltration des linken Unterfeldes hat sich völlig zurückgebildet.«

Zufall? »Spontanheilung«? Man spricht in der Medizin von »Spontanheilung«, wenn krankhafte Befunde ohne ärztliche Maßnahmen verschwinden. Lag das hier vor? Hatte ich nichts getan? Ich hatte Bettruhe, Brustwickel und Pflege durch die Freundin verordnet. Und ich hatte den Kranken besucht — zur Kontrolle, gewiß; aber da war noch mehr gewesen. Ich hatte mir Zeit genommen, mich an das Bett des Kranken gesetzt und ihn erzählen lassen: als Student der Philosophie und Indologie hatte er eine lange Studienzeit hinter sich, darunter mehrere längere Aufenthalte in Indien. Schließlich bestand er sein Examen, mit guter Note. Beglückt fuhr er zum Vater, um ihm die gute Nachricht mitzuteilen. Die Mutter war zwei Jahre zuvor gestorben. Das Verhältnis zu ihr sei kühl gewesen. Sie habe nur die Rituale ihrer katholischen Kirche und ihres Haushaltes gekannt. Um so wichtiger war ihm der Vater geworden, der ihm innerlich näherstand. Er glaubte Grund zu haben zu erwarten, daß der Vater an seinem Studienerfolg Anteil nehmen, sich darüber freuen und vielleicht sogar stolz darauf sein werde.

Der Vater war aber nur enttäuscht gewesen. Er war enttäuscht, daß mit dem bestandenen Examen nicht gleich auch eine bezahlte Stelle verbunden war. Erst Geldverdienen sei das Zeichen, daß man »etwas geworden« ist, so denke die ganze Verwandtschaft: Studium, und schon gar Philosophie und Indologie, zähle nicht. Der Sohn war verletzt und empört. Aber er konnte nicht umhin, dem Vater auch recht zu geben. Dieser, von Beruf einfacher Gärtner, hatte unter großen finanziellen Opfern zwei Geschwistern das Abitur ermöglicht und eine volle Berufsausbildung bezahlt. Er durfte damit rechnen, nun endlich auch seinen »indischen Philosophen« wirtschaftlich unabhängig zu sehen. Der Sohn empfand dem Vater gegenüber auch so etwas wie ein schlechtes Gewissen. Aber er sah sich nicht imstande, darüber mit dem Vater zu sprechen und die dann vielleicht unvermeidliche Auseinandersetzung zu wagen. Gekränkt verschanzte er sich hinter einer Mauer finsternen Schweigens, und nach drei Tagen fuhr er an den Ort seines Examens zurück. Kaum dort angekommen, begann der Husten als Vorbote der Lungenentzündung, die damit gleichsam an die Stelle der nicht stattgefundenen Auseinandersetzung mit dem Vater trat.

Ich habe über diesen Patienten in einer Balint-Gruppe berichtet, an der ich seit vielen Jahren teilnehme. Ein älterer Kollege meinte: »Da haben Sie Glück gehabt.« Bei Pneumonie kein Penicillin? Das hatte ihm Angst gemacht, und ähnlich würde es vielen Kollegen gehen, ja auch medizinischen Laien. Unser Indologe teilte mit, Freunde und Mediziner seien entsetzt gewesen, als sie erfuhren, daß er kein Penicillin erhalten hatte.

Dazu sei ausdrücklich betont: Es geht nicht darum, bewährte Erzeugnisse unserer chemischen Industrie zu denunzieren. Es geht um die therapeutische Alleinherrschaft der Chemie, wie sie praktisch in den allermeisten Fällen besteht. Der Arzt gibt das Mittel, und damit Schluß. Er hat das gute Gewissen, alles getan zu haben, was nötig ist. Unsere Behandlungsgeschichte läßt krankmachende Kräfte erkennen, die auch dann wirksam sind, wenn man sie — unter der Vorherrschaft der Chemotherapie — ignoriert. Sie können dann Ur-

sache sein dafür, daß es trotz guter anfänglicher Heilungseffekte eines Stoffes zu Krankheitsrückfällen kommt oder daß die Heilung überhaupt ausbleibt und die Krankheit »chronisch wird«, was eine Umschreibung für die Ratlosigkeit der Medizin ist.

So sagte denn auch ein jüngerer Psychiater in unserer Balintgruppe: »Penicillin? Genau diese Frage stellt sich uns mit den Psychopharmaka.« Zur Erkrankungsursache unseres Philosophiestudenten meinte er: »Da geht es um die Problematik des sozialen Aufstiegs.« Mit anderen Worten: Als krankmachende Bedingung erscheint unsere Gesellschaftsordnung namens Demokratie, zu deutsch: Volksherrschaft, in der formal alle die gleichen Rechte haben, real aber mehr denn je eigentlicher Geltungs- und Wertmaßstab des Menschen der Inhalt seines Geldbeutels ist, und da gibt es bekanntlich riesige Klassenunterschiede.

Ich komme nun zur zweiten Falldarstellung. Eine 19-jährige Bürogehilfin kommt zu mir wegen Schnupfen, Halsschmerzen beim Schlucken und leichtem Durchfall. Ich untersuche ihren Körper, verordne ein Grippemittel, wegen des Durchfalls eine bestimmte Diät und schreibe sie krank. Als sie 12 Tage danach bei einem »Arbeitsversuch« einen Rückfall erleidet, verlängere ich die Krankschreibung und verordne wegen des Durchfalls ein Mittel zur Veränderung der Darmbakterienflora. Nach einer weiteren Woche ist die Patientin beschwerdefrei und, wie es heißt: »arbeitsfähig«.

Drei Tage später erscheint ein Mann gleichen Alters, von Beruf Kraftfahrer, ebenfalls wegen Durchfall, aber mit Fieber und Gliederschmerzen. Ich verordne Diät, Leibwickel und das gleiche Mittel wie seiner Vorgängerin und schreibe auch ihn krank.

Es tritt aber keine Besserung ein; im Gegenteil, nach vier Tagen teilt der junge Mann mit, der Durchfall sei blutig geworden. Ich erschrecke und schicke den Patienten zum Spezialisten. Dieser untersucht den Enddarm genauer. Ich gebe Stellen aus seinem Bericht wieder, weil die Sprache etwas von der Welt, dem Weltbild, der Weltanschauung des Arztes von heute verrät: »Nach üblicher Vorbereitung ließ sich die Recto-Sigmoido-Skopie gut durchführen. Hierbei ergab sich eine samtartige, an der Oberfläche leicht blutende, hochgradig entzündliche, akut alterierte Rectum-Schleimhaut. Das Bild paßt sehr wohl zu einem akuten Schub einer Colitis ulcerosa. In jedem Fall, meine ich, muß man kurzfristig eine hochdosierte Therapie mit Urbason, unterstützt mit Salofalk, einleiten und den Befund in spätestens zehn Tagen endoskopisch kontrollieren, wobei nach Abheilung der Akutsymptomatik eine totale Coloskopie erforderlich ist.«

Tags darauf kommt der Patient wieder zu mir. »Ulzerose« habe der andere Arzt gesagt und etwas empfohlen, an dessen Wirksamkeit er, der Patient, zweifle; er bevorzuge natürliche Heilmittel. Auch ich zögere. Urbason, das Cortison-Präparat? Es bedeutet einen starken Eingriff in den Gesamtorganismus und hat Nebenwirkungen. Also nichts? Doch. Sofort ins Bett! Und am nächsten Tag Hausbesuch. Am nächsten Tag bitte ich einen anderen Kollegen

telefonisch um seine Meinung. Dieser rät dringend zu Cortison wegen der Gefahr einer Darmperforation. Besorgt besuche ich den Patienten noch am gleichen Tage abends. Er lacht mich an, ist guter Dinge, fühlt sich besser. Ich glaube, mit dem Cortison weiter zuwarten zu dürfen. Nach zwei weiteren Tagen lasse ich den Patienten wieder zu mir kommen. Die Untersuchung des Stuhls ergibt: festgeformte Kotballen ohne sichtbares Blut. So ist es laut Aussage des Patienten bis heute, vier Jahre danach, geblieben.

Auch für diesen Kranken hatte ich mir Zeit genommen, hatte ihn erzählen lassen und ihm zugehört: da war der neue Firmenchef. Seit fünf Wochen als »Service-Reisender« bei ihm angestellt, hatte der Patient Waren an Verkaufsgeschäfte zu liefern und dabei die Weisung seines Chefs bekommen, es besser zu machen als sein Vorgänger. Der junge Mann, nennen wir ihn Rolf, hatte seinen Ehrgeiz hineingelegt, dieser Weisung Genüge zu tun, sich aber dann doch ausgenutzt gefühlt. Zornig teilte er mit, sogar jetzt, wo er krank geschrieben sei, rufe der Chef täglich an, um ihm nahezulegen, wenigstens halbtags das Lieferauto für ihn zu fahren. Er wage aber nicht, seinem Chef offen die Meinung zu sagen aus Angst, den mühsam errungenen, gut bezahlten Arbeitsplatz zu verlieren.

Und da war die Geschichte einer Liebe. »Hat meine Freundin Ihnen davon erzählt?« fragte er. Ja, sie hatte. Sie war die Bürogehilfin, die vor ihm bei mir war. Seit einem halben Jahr ist sie mit Rolf bekannt. Ihre Eltern hatten anfangs nichts dagegen. Aber dann habe es »Krach« gegeben. Die Eltern halten Rolf für einen Faulpelz und Angeber. Die Tochter, nennen wir sie Paula, war daraufhin ausgezogen und lebt nun seit einigen Wochen mit Rolf zusammen. Die Eltern sagen, sie könne jederzeit wiederkommen, wenn sie Rolf aufgebe. Paulas Vater ist Vorarbeiter in einer Fabrik. Zu Hause herrschen Tüchtigkeit und Sparsamkeit. Allerdings kaufe der Vater sich alle drei Jahre ein neues Auto. Auch ihr habe er zum Geburtstag ein neues Auto geschenkt, Marke Mitsubishi, für 11 000 Mark. Und die Mutter? »Schafft den ganzen Tag.«

Eine Schwester ist da. Sie hat noch ein Zimmer zu Hause. Aber auch sie will ausziehen und mit ihrem Freund zusammenwohnen.

Rolf erzählte: Kürzlich war er mit Paula im Auto bei ihren Eltern vorgefahren, weil Paula etwas holen wollte. Paula verschwand im Elternhaus, er blieb im Auto sitzen. Aber Paula kam nicht wieder. Statt ihrer erschien ihr Vater und erklärte: »Die Tochter bleibt hier. Und Sie« — er hatte Rolf bis dahin geduldet — »brauchen nicht wiederzukommen.« Rolf war außer sich. Er, der Sohn eines »Bundesbahn-Lokomotiv-Betriebsinspektors«, mußte sich so etwas von einem Fabrikarbeiter gefallen lassen! Aber er wehrte sich nicht. Er schwieg. Er wagte nicht, für die Geliebte einzutreten. Aber er kapitulierte auch nicht. Er wandte sich an die Justiz. Er fuhr zur nächsten Polizeiwache und erstattete Meldung. Er erreichte, daß der Beamte Paulas Vater anrief und diesem erklärte, er habe nicht das Recht, seine Tochter festzuhalten, da diese volljährig sei. Weinend und verstört kam Paula heraus. Der Vater habe ihr verboten wiederzukommen, wenn sie an Rolf festhalte.

Rolf erzählte weiter, er habe von seinen Eltern, die im gleichen Ort wohnen wie Paulas Eltern, erfahren, daß diese ihre Tochter überall schlecht machen, weil sie das Elternhaus verließ, und daß sie seine Eltern im Supermarkt nicht mehr grüßen. Paula, die zugegen war, fügte hinzu, ihr Ausbildungsleiter wolle ihren Ungehorsam gegenüber den Eltern in ihr Zeugnis schreiben.

Wie in unserem ersten Beispiel erfahren wir etwas aus dem Leben eines Menschen — hier sogar zweier Menschen — in seiner Einmaligkeit. Wir erfahren aber auch etwas über die Gesellschaft, in der sie sich zu behaupten haben, über unsere Gesellschaft mit ihren Macht- und Rechtsverhältnissen, mit ihren Antinomien von sozialer Geltung und Einzelbedürfnissen, mit ihrer Unvereinbarkeit von Moral der Arbeit und Moral der Liebe.

Wenn nun die Besserung des Organbefundes kein Zufall, keine »Spontanheilung« war, erhebt sich vor dem Hintergrund der Kausalität die Frage nach vermutlich wirksamen Heilungsfaktoren.

Bei dem Philosophiestudenten, von dem ich oben berichtet habe, stellte der Umzug zu seiner Freundin wahrscheinlich solch einen Faktor dar. Er hatte die Freundin als etwas zu distanziert erlebt und genoß nun ihre Nähe und Fürsorge — erhielt Sozialenergie, wie *Ammon* dies benennen würde.

Aber was ist über den »Faktor Arzt« zu sagen? Der Arzt nahm sich Zeit und hörte zu — aber erst in der zweiten Phase der Behandlung. Ihr ging eine erste Phase voraus, die ich folgendermaßen charakterisieren möchte:

Da ist ein Mensch, der von einem anderen Hilfe erwartet, und da ist ein anderer Mensch, der zu einer solchen Hilfe bereit ist. Es kommt zu Interaktionen, bei denen das wirksam ist, was wir Vertrauen, was wir Glauben nennen. Dazu gehört nicht zuletzt auch die körperliche Untersuchung. Diese ist Zeichen von Vertrauen, stiftet aber auch Vertrauen. Oft habe ich erlebt, daß, als dem Patienten bei Erhebung der Anamnese nichts mehr einfiel, nach der körperlichen Untersuchung das Gespräch wieder in Gang kam mit neuen Erinnerungen. Ich habe erlebt, daß Patienten hinter dem Röntgenschild neue Einfälle bekamen, weil sie sich »durchschaut«, aber auch innerlich ernst und angenommen fühlten. Reine Psychotherapeuten können solche Erfahrungen nicht machen.

Zu unserem Thema gehört der Begriff der Grenze. Bei der körperlichen Untersuchung haben wir ein Beispiel dafür, daß Grenzüberschreitung erwartet und gewünscht wird, nämlich die der Grenze der körperlichen Intimität beim Sich-Entkleiden.

Ähnliches gilt für die soziale Intimität beim Krankenbesuch. Da wird eine soziale Schranke überwunden. Der Patient ist bei sich zu Hause mehr er selbst als im Sprechzimmer des Arztes bei der »Audienz« vor einer ihm fremden Autorität und er spricht zu Hause auch mehr von sich selbst.

Die zweite Phase der Therapie bestand natürlich nicht nur im Zuhören: Der Arzt geht auf den Patienten ein, antwortet ihm. Hier erleben wir eine Heilung durch Gemeinschaft, die der Menschheit schon lange bekannt ist.

Die beiden beschriebenen Patienten hatten Gemeinschaft gefunden mit einem einzelnen Arzt. Dieser hatte zuhörend Anteil genommen und sich mit

Teilen ihres Wesens solidarisiert, so daß sie den Mut fanden, ihre wahren Gedanken zu äußern und sich von Gefühlen verkehrter Schuld freizusprechen. Ich möchte behaupten, daß dies Heilfaktoren waren. Sie sind, wie gesagt, nicht neu. Die Frage ist, warum man davon selten hört und warum sie offenbar so selten praktiziert werden. Von Gründen dafür war schon die Rede.

Ich möchte diese Gründe noch weiter ausführen, weil sie als sogenannte Widerstände auch im Patienten wirksam sind.

Sechs Wochen nach Rolfs Heilung fand ein Fortbildungsabend für Ärzte statt über »Diagnose und Therapie von Dickdarmerkrankungen«. In der anschließenden Diskussion gab ich einen kurzen Bericht über Rolf. Der Referent, der Uni-Gastroenterologe, meinte, Coloskopie und Cortison seien bei Rolf jetzt nicht mehr nötig. Wichtig sei, ganz allgemein, die Zusammenarbeit mit dem Psychotherapeuten und die »psychische Führung durch den Hausarzt«. Man dürfe aber mit der Psychotherapie nicht zu früh anfangen. Dieser letzte Satz war mir unverständlich, gerade im Hinblick auf die Geschichte der Behandlung von Rolf.

Aber der Inhalt war mir nicht neu. Oft habe ich Warnungen vor Psychotherapie bei organisch Kranken gehört. Zum ersten Mal war das vor 40 Jahren der Fall, als ich meine Erfahrungen mit Lungentuberkulosekranken machte. Es gab Patienten, bei denen Infiltrate verschwanden und Cavernen kleiner wurden, was allein durch Bettruhe und Chemotherapie, die zudem noch ganz in den Anfängen war, nicht erklärt werden konnte. Die Heilungsfaktoren waren ähnlich gewesen wie bei den beiden Patienten. Ich hatte erwartet, daß man sagen würde: Sieh mal an, es geht offenbar auch so. Nein, man zeigte Besorgnis, Angst. Es könnte etwas Organisches bei der Diagnostik und Therapie übersehen werden!

Heute hat sich das etwas geändert. Alles spricht von »Psychosomatik«. Und doch argumentieren viele Organmediziner weiterhin, daß sie zum Zuhören keine Zeit haben und überweisen an den Psychotherapeuten.

Rolfs Proktoskopiker meinte zu der Warnung des Uni-Gastroenterologen vor einem zu frühen Beginn von Psychotherapie, daß gerade bei Krankheitsbeginn oft akute Konflikte nachweisbar seien. Aber dafür hätte man in der Praxis keine Zeit. In der Klinik hingegen habe man Zeit. Aber die nehme man sich für die Privatpatienten! Das finanzielle Moment ist sicher nicht ganz zu übersehen. Nur, warum gilt der somatische Eingriff mehr als das Zuhören?

Chemie »erspart« menschliche Heilungskräfte. Die Heilung erfolgt durch Chemie, ohne daß irgend ein Arzt oder Therapeut sich bemühen muß.

Nehmen wir das Deutsche Ärzteblatt, das Standesorgan aller Ärzte in der Bundesrepublik. Es besteht zum großen Teil aus ästhetischen Werbungen für Produkte der chemischen Industrie. Gewiß, die Industrie ist hier der zahlende Faktor. Aber sie könnte dies gar nicht sein, wenn sie nicht Erfüllungsgehilfin der medizinischen Wissenschaft wäre, die den Patienten wie eine komplizierte Stoffwechselmaschine beschreibt.

Nichts läge näher als dem Kranken alle die guten Medikamente für seine Heilung zukommen zu lassen *und* sich Zeit für ihn zu nehmen. Eben dies ge-

schieht im allgemeinen nicht. Der Arzt hat das beste Gewissen, wenn er seinem Patienten ein gutes Mittel verordnet hat, auch wenn er ahnungslos geblieben ist im Hinblick auf das, was sein Patient zu sagen hätte.

Ein sehr kluger Patient, der wegen eines chronischen Leidens Erfahrungen mit vielen Ärzten gemacht hatte, sagte mir einmal: Ärzte sind nicht gerne ratlos. Der Arzt *will* im allgemeinen vom Patienten nichts weiter erfahren, weil er nicht sehen, nicht wahrhaben will, daß unsere Welt voll Unheil ist und daß auch in unserer Gesellschaftsordnung trotz zahlloser Gesetze tagtäglich schreiendes Unrecht geschieht, daß die Starken über die Schwachen herrschen und daß das Recht weitgehend käuflich ist.

Eine pharmazeutische Firma, wohlwissend, daß viele Ärzte sich nicht die Zeit nehmen, die Werbebriefe zu öffnen, schrieb die Indikationen für gepriesene Mittel in bunten Buchstaben gleich auf den Umschlag: »Konzentrationschwäche«, »Termindruck«, »Erwartungsangst«, »Nichtfertigwerden«, »Ungeerechtigkeit«(!).

Von *Karl Marx* stammt der Satz: Religion ist Opium des Volkes. *Lenin* formulierte: Religion ist Opium für das Volk. Beide wollten damit feststellen, daß die traditionelle kirchliche Werbung für den Glauben an Jesus Christus ein Schweigen zu sozialem Unrecht und damit dessen Konservierung bedeutete. Heute haben wir einen Glauben an die Chemie, weltweit. Um Mißverständnissen vorzubeugen: Es geht nicht darum, wirksame Heilmittel zu denunzieren. Sie können Operationen verhüten und lebensrettend sein. Es geht darum, sich nicht von der Notwendigkeit sozialer Veränderungen ablenken zu lassen.

Wir sprechen vom Fortschritt in der Medizin, und dieser ist in der Tat enorm. Er liegt aber vor allem in der Apparatechnik und in der Pharmazie, in Physik und Chemie. Die Medizin verstummt. Worte fallen nur, wenn der Kranke sich den Untersuchungstechniken anbequemen und die verordneten Medikamente einnehmen soll. »Compliance«, zu deutsch: Willfährigkeit, Fügsamkeit wird vom Kranken erwartet. Der Kranke hat nichts zu sagen, er wird wie ein Objekt behandelt.

Der Kranke hat aber etwas zu sagen, gerade auch mit seinem Körper. Nehmen wir noch einmal unsere beiden Erkrankungsfälle. Krankheit kann auch eine Körpersprache sein, die es in der Therapie zu entziffern gilt. Rolf hatte tatsächlich etwas von versteckter Feindseligkeit, eingehüllt in überaus freundliches Benehmen. Aber da war nicht nur Schleim, da war auch Blut.

Was ist das eigentlich, eine Colitis, eine Lungenentzündung? Der Berliner Pathologe *Robert Rößle* hat die *Entzündung* einmal eine »*Fehlleistung des Gewebes*« genannt.

Wir sahen, daß da ein Mensch in einer bestimmten Lebenslage sich scheute, gewisse Verhaltensgrenzen zu überschreiten, aus verkehrter, übertriebener Rücksichtnahme.

Und wir sahen, daß Blutgefäße der Darmschleimhaut verletzt, daß Alveolar- und Bindegewebszellen der Lunge der zerstörerischen Wirkung von Bakterien oder Viren preisgegeben wurden.

An die Stelle von notwendiger, aber ausgebliebener Überschreitung von Grenzen in der Sozialwelt traten vital bedrohliche Grenzverletzungen von Körpergewebsleistungen.

Der Körper ist damit keine Maschine, sondern beseelter Leib, auch in seinen dem Bewußtsein völlig entzogenen Gewebsbereichen. Er ist Materie nicht wie die Physik es lehrt, nämlich nur Druck und Stoß gehorchend, sondern Träger von Lebenssinn. Idealismus und Materialismus, die unversöhnlichen Gegner, erweisen sich damit beide als lebensfremde Konzepte.

Heilung aber heißt, den *Körper* vom Zwang zu lebensbedrohlichen Grenzüberschreitungen zu befreien. Dies kann dadurch geschehen, daß das *Bewußtsein* Grenzen im sozialen Raum überschreitet. Aufgabe des Arztes ist es dann, den Patienten bei dieser Grenzüberschreitung hilfreich zu begleiten.

Illness as a Transcending of Boundaries

Heinrich Huebschmann (Heidelberg)

Referring to the meaning of the psychopathological term »borderline« the author understands every illness as a transcending of boundaries. The patient already surpasses beyond the scope of his previous habits and circumstances by being absent from school or from work.

By the language of his body the psychosomatic patient revolts against unbearable limitations because he is unable to transgress beyond the borders of his anxious conformism.

This article is based on decades of experiences of the author as an internist. Describing two case-histories of psychosomatic patients he outlines the prevailing psychological and sociological background.

The first patient, a young man with a cough and an acute pneumonia, fell ill after a deep disappointment by his father who didn't appreciate his final examinations sufficiently.

Instead of talking with his father, who hurted him, he started coughing. Contrary to the advices of his colleagues *Huebschmann* took the risk not to give penicillin immediately. Instead of this he visited the patient several times at home, listened to him and gave him the advice to move to the flat of his girlfriend to get nursed by her. Two weeks after the first X-ray the pneumonia has receded completely.

The second patient, a 19-year-old man, suffered from the symptoms of an acute colitis ulcerosa. Here again the author risked not to give cortisone as advised by a specialist but talked with him several times. He learned about his difficulties at work to defend himself against the exaggerated demands of his superior and about his hesitation to fight for his love to a girl, whose parents refused him and tried to destroy the relationship.

The symptoms receded after a few days and didn't reoccur since four years.

As to the author one important factor responsible for the healing for the two patients was the relationship between patient and physician, who gave time to the patient, listened to him and took him seriously. Here the author refers to the concept of social energy of *Günter Ammon*.

The task of the physician is to accompany the patient and to help him to transcend boundaries, i.e. to change his life.

Literatur beim Verfasser

Adresse des Autors:
Dr. med. Heinrich Huebschmann
Bieths-Straße 48
6900 Heidelberg 1

Some Unresolved Problems in Soviet Psychiatry**

J.J. Tupizin (Leningrad)*

Der Autor zeichnet ein Hauptproblem der sowjetischen Psychiatrie auf, nämlich die Uneinheitlichkeit der Effizienzkriterien der Rehabilitation psychisch Kranker. Rehabilitation wird hier nach M. Kabanov als dynamisches System verstanden, das medizinische, psychologische und soziale Komponenten miteinander verbindet, mit dem Endziel der »Wiederherstellung bzw. Erhaltung nicht nur der beschädigten Gesundheit, sondern auch des persönlichen und des sozialen Status des Kranken« (Kabanov 1988). Ein multiaxiales Diagnostiksystem nach nosologischen und sozialen Kriterien wird vorgestellt, das die Einteilung der Patienten in homogene Gruppen und damit die Erfassung des Rehabilitationserfolges einer ambulanten Leningrader Stichprobe von psychotischen und Borderline-Patienten erlaubt. Das Ergebnis zeigt einen insgesamt nicht zufriedenstellenden Rehabilitationserfolg, der auf das geringe Angebot von Psychotherapie der Psychosen zurückgeführt wird. Der Autor plädiert für die vermehrte Einführung differenzierter psychotherapeutischer Methoden zur Optimierung der Rehabilitation psychisch Kranker.

In estimation of rehabilitation programs, in research and practical health care system various criteria have been used concerning medical, social and economical efficacy. Organizational criteria have been used for the same purpose, which reflect the facility's functioning. There are no common criteria for evaluation of the degree of reaching the main tasks of rehabilitation. Application of the criteria cited in the relevant literature has been complicated by the fact that the efficacy assessment is usually made in heterogeneous patient populations with different rehabilitation potentials. The development of rehabilitation programs, the intensity and scale of their application in practice have been differently evaluated by different authors.

In our development of the efficacy criteria of the rehabilitation programs we have identified patient categories in rehabilitation that had homogeneous rehabilitation aims and rehabilitation potentialities. For this purpose we used a specially developed multiaxial diagnosis to facilitate organizational decisions. This diagnosis had the following axes: nosological diagnosis; mental state as correlated with therapy; practical disablement and working activity; generalized characteristics of the intrafamilial and extrafamilial sphere of contacts of a patient.

In the study of the patient populations in dispensaries (outpatient clinical centers) of two districts of Leningrad, Primorsky District (396 patients, that is one half of all patients on the register) and Vyborgsky District (341 patients), four categories of the registered patients were identified, namely, (1) practically healthy, i.e. patients on the psychiatric register who do not need psychiatric service (10.3 and 13.8% correspondingly), (2) patients without disability, i.e. patients in need of outpatient dynamic observation (30.8 and 40.9%), (3)

* Dr. med., Psychoneurologisches Institut W.M. Bechterew, Leningrad

** Vortrag gehalten auf dem 8. Weltkongress der WADP und XXI. Internationalen Symposium der DAP, 5-8. Oktober 1990, Hochschule der Künste Berlin, zum Thema »Psychotherapie der Psychosen. Zum Paradigmenwechsel in Psychoanalyse und Psychiatrie«.

disabled patients capable of working activity to a particular degree and in working age (13.9 and 27.9%), and (4) disabled patients Grade 1 and old-age disabled patients (36.0 and 17.4%).

Such a differential analysis of the rehabilitation efficacy with the mentally ill, which used multiaxial diagnosis with close reference to the above four comparatively homogeneous patient populations, has revealed the efficacy findings in outpatient psychiatric facilities to be far from optimal.

Our associates carried out a special study of indications for group psychotherapy of the entire body of mental patients treated in the Day Hospital of the Psychoneurological Dispensary in the Primorsky District of Leningrad. Since formation of the real groups and choice of psychotherapeutic techniques was not our task in the study, we have limited ourselves to the search of the most general indications of the patients' need in psychotherapy retaining in it the general principle of functional diagnosis, i.e. identification of the patient's insufficiency in the main spheres of his living.

For this purpose, in the Day Hospital (DH) we compiled a 'DH Patient Assessment Form' which comprised 25 parameters which in a highly generalized form reflected the patient's life situation and his satisfaction with it. Information was fed into the 'Form' during the psychologist's structured interview of the patient and after discussion of the answers with a psychiatrist. The 'Form' included two cumulative signs: one characterized the patient's behavior at the moment of the interview and demonstrated to which degree this behavior was effected by the level of the actual psychopathology present; the other sign signified the nature of the decompensation that prompted the patient to seek service in DH, whether it was conditioned predominantly by inner (biological) mechanisms, or by insufficiency of sociopsychological functioning determining the present worsening of the patient's state. These signs were evaluated by the psychologist and the psychiatrist after detailed investigation of the patient, the latter participating as an expert.

This procedure was applied to all patients of the DH in the Primorsky District (100 subjects). The following table shows that patient distribution as for nosology was characteristic of this Day Hospital:

Patient Distribution According to Nosological Criteria in the Day Hospital of the Primorsky District Leningrad

Diagnosis	Absolute number of patients
Schizophrenia	28
Other psychoses	42
Borderline states	30

Of all studied patients aged 17 through 81 years (average age 49.5 years) 41% were males and 59% were females; average duration of the disease was 12.5

years; their educational level was as follows: incomplete secondary education — 33%, secondary education — 42%, incomplete higher education — 3%, higher education — 21%; disability level: disabled, Grade 2 — 21%, disabled, Grade 3 — 8%, disabled a somatic disease — 3%, pensioners — 7%, and patients with retained working capability — 61%. Daily living conditions in the group in general was as follows: 71 patients lived in separate apartments, 29 in communal apartments and hostels; 96 patients lived with their relatives and 4 patients were single.

Thus, all 100 patients who were in DH at the moment of the investigation needed psychological correction, individual or group psychotherapy to some extent. Naturally, the tasks of psychotherapy for these patients were different, as well as the psychotherapeutic techniques to be applied, and the success of psychotherapy greatly depends on the degree of differentiation of the patient's initial situation, his individual living conditions and possibilities, his personality specificities and the specificity of his social functioning. Group psychotherapy should be prescribed by psychiatrist on the basis of specific purposes of psychological modification that can be formulated on the background of strict clinical assessment of the nature of mental disturbances with close reference to specifying findings of special psychological tests carried out by the clinical psychologist.

Current findings regarding the correlation of the biological and psychological factors in the pathogenesis and clinical manifestations of endogenic psychoses facilitate adequate assessment of the personality's participation in the psychopathological processes. In particular, some personality reactions may take part in the formation of the psychopathological syndromes and play a significant role in initiation and dynamics of morbid emotional experience.

The relationships significant for the patient's mental state, contacts with reality and his life positions have been determined not only by the pathological modifications of brain activity, but also by factors of the patient's social life mediated through his biographically formed and pathologically modified personality. Elimination of the psychological factors participating as pathogenetic determinants in the psychotic process and formation of mechanisms of psychological compensation are among the most significant aims of psychotherapy of psychoses at the present stage. In this context the therapeutic aims acquire not only symptomatic, but to a great degree pathogenetic character.

The higher degree of the personality's disorganization by the psychotic process, the greater is its participation in the formation of the clinical picture of the disease, and the deeper and longer the disturbance of the mental activity, the wider system of psychocorrective measures is needed to restore and train the lost skills. That is why the significance of psychotherapy and, accordingly, its aims and techniques differ at various stages of the disease and need very strict differentiation on the basis of clinical assessment of patients.

Volvik and *Wied* (1975) identified three main tasks of psychotherapy of schizophrenic patients: (1) activation of communication and structuring the

proper style of the patient's interaction with the doctor and personnel; (2) restoration of the coordinated interaction of various levels of mental activity and optimization of the patient's social behavior skills by means of a) training specific elements of social behavior and b) training more complicated skills to form an effective strategy of contacts; (3) revealing the contents of the historically formed personality properties and relevant ways of resolution of the conflict situations which complicate solution of the major life problems, and feasible correction of inadequate relationships and attitudes. The range of tasks solved during psychotherapy is rather wide, from training specific and rather simple behavior skills to modification of the structure of complicated psychological emotional experiences.

The above hierarchy of targets should have a corresponding hierarchy of psychotherapeutic methods and techniques, each of them being aimed predominantly at the solution of some particular task. Such ranging of psychotherapeutic techniques has been conventional to some degree, but it is methodologically justified, since it introduces a structure into the psychotherapist's activity and makes it more productive. Despite the developed theoretical foundations and tested practical techniques used at the V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute on the basis of the concept of rehabilitation of the mentally ill developed by *M. Kabanov*, we must regretfully note that up to present psychotherapy of psychoses has yet been inadequately implemented into practice of therapeutic preventive psychiatric facilities in the USSR. Exceptions from this sad conclusion have been primarily represented by the 'oases' at the research institutions of this country in Leningrad, Tomsk, Moscow and rare mental hospitals.

The outpatient network of psychiatric facilities, while acquiring still greater priority in the structure of specialized psychiatric service for the general population with every year, inadmissibly lags behind in the practical application of psychotherapeutic methods as the most significant component in increasing the efficacy of rehabilitation of the mentally ill. The interests of further humanization of psychiatry in this country are inconceivable without taking serious and intensive steps for the introduction of psychotherapy into practical service with due application of the existing experience of the Soviet and world science in the area of psychotherapy of mental patients.

Einige ungelöste Probleme in der sowjetischen Psychiatrie

J.J. Tupizin (Leningrad)

Der Autor behandelt das Problem der Effizienzerfassung der Rehabilitationsprogramme für psychisch Kranke in der UdSSR: Bisher sind keine einheitlichen Erfolgskriterien ausgearbeitet worden, andererseits wiesen die untersuchten Patientengruppen heterogene Diagnosen und Rehabilitationspotentiale auf.

Zur Änderung dieser Situation schlägt *Tupizin* ein multiaxiales diagnostisches System vor, das neben der nosologischen Diagnose und dem therapeutischen Zustand auch Kriterien wie die praktische Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und die sozialen Kontakte des Patienten umfaßt.

Eine Analyse von 737 ambulanten, in 2 Ambulatorien aus Leningrad behandelten Patienten, die nach diesem diagnostischen System in homogene Gruppen eingeteilt wurden, zeigt eine ungenügende Effizienz ambulanter Rehabilitation. Bei einem ausgewählten Kollektiv von 100 Patienten der Tagesklinik eines der erwähnten Ambulatorien wurde ein »Bogen zur Erfassung von Tagesklinikpatienten« verwendet, der 25 verschiedene Parameter enthält in Bezug auf psychopathologische bzw. psychosoziale Krankheitsdeterminanten. Es handelt sich um 28 schizophrene, 42 sonstige psychotische und 30 Borderline-Patienten im Alter zwischen 17 und 81 Jahren, die zusätzlich nach Krankheitsdauer, Schulausbildung und Grad der Behinderung klassifiziert wurden. Sämtliche Patienten wurden einzel- oder gruppentherapeutisch behandelt, wobei der Therapieerfolg mit der Persönlichkeit des Patienten und seiner sozialen Lebenssituation korrelierte. Die Indikation zur Gruppenpsychotherapie sollte nach den zu erreichenden therapeutischen Zielen, sowie dem klinischen und testpsychologischen Befund gestellt werden. Den Aufgabenbereich der Psychotherapie sieht der Autor von dem Antrainieren einfacher Verhaltenseigenschaften bis hin zur Modifizierung komplexer emotionaler Strukturen.

Der Autor schließt mit der Feststellung, daß trotz theoretischer und praktischer Entwicklung psychotherapeutischer Techniken im Bechterew-Institut auf der Basis des Rehabilitationskonzeptes von *M. Kabanow*, die Psychotherapie der Psychosen bisher in der UdSSR wenig Anwendung gefunden hat. Die Verbreitung der Psychotherapie sollte gefördert werden im Interesse der Therapieeffizienz ambulanter psychiatrischer Einrichtungen und der Humanisierung der Psychiatrie in der Sowjetunion.

Literature at the author

Address of the author

Dr. Y.Y. Tupizin
Psychoneurological Institute W.M. Bechterew
ul. Bechterewa 3
193019 Leningrad
USSR

Ethical Aspects in the Therapy of Borderline Patients*

Sándor Fekete**, Gábor Kelemen*** (Pécs)

Die Autoren untersuchen in der vorliegenden Arbeit die besonderen ethischen Probleme, welche die Psychotherapie des Borderline-Syndroms aufwirft. Ausgangspunkt ihrer Analyse ist dabei eine kritische Reflektion des Standes der Ethik in der Psychiatrie im allgemeinen: Fekete und Kelemen kritisieren das moralische »Splitting« der meisten Psychiater, die ethische Fragestellungen nur auf das Verhalten der Patienten anwenden, jedoch nicht auf die eigene therapeutische Arbeit, bei der sie nur die Regeln der medizinischen Etikette gelten lassen. Die Autoren kennzeichnen dies — in Anwendung der bekannten Terminologie des Moralpsychologen Lawrence Kohlberg — als »prä-konventionelle Ethik«. Sie plädieren demgegenüber für eine »post-konventionelle Ethik« des Psychiaters, die sie als strukturell isomorph mit der humanistischen Psychotherapie ansehen: in beiden sind humanistisches Engagement, Fähigkeit zur Kooperation, Erweiterung der persönlichen Autonomie, Übernahme von Eigenverantwortung und das Ernstnehmen der jeweiligen individuellen Erfahrungen und menschlichen Situationen im Geflecht persönlicher Beziehungen zentrale Werte. Es handelt sich um eine pragmatische Verantwortungs- und Erfahrungsethik, die jegliches moralische Urteil in den Kontext der jeweiligen individuellen Erfahrungs- und Beziehungssituation stellt. Dies ist gerade bei der Psychotherapie des Borderline-Kranken von besonderer Bedeutung; aufgrund seiner Persönlichkeitsstruktur stellt er für lange Zeit die therapeutische Beziehung in ihren Regeln und Werten immer wieder in Frage und provoziert damit die moralische Abwertung durch den Therapeuten in der Gegenübertragung. Deshalb ist die Analyse der Gegenübertragungsreaktionen, die Frage nach der eigenen Motivation und den eigenen Grenzen des Therapeuten von großer Bedeutung ebenso wie das Prinzip der Teamarbeit. Das Ausagieren des Patienten; das Austesten der Grenzen ist kein moralisches Problem, sondern ein therapeutisches; eine moralische Abwertung, wie sie z.B. die noch immer gebräuchliche Bezeichnung »Soziopath« impliziert, ist in den Augen der Verfasser eine Zurückweisung des Patienten und ethisch fragwürdig und inhuman: es gilt, das ethische Bewußtsein des Patienten durch das Medium der therapeutischen Beziehung durch die ihr inhärente ethische Qualität nachzuentwickeln.

The category of borderline is a very deep concept of today's psychiatry. It is not only a prototype of various psychiatric problems, but the discipline of psychiatry in itself resembles the psychopathological features and dynamics of borderline to a certain extent. As for the latter we would like to refer to the vagueness of the limits of psychiatric competence, the sometimes primitive idealization of positivist methodological monism, the crash of professional identity, which is concealed by secondary functions and ornamental therapies that result in *als-ob* identity; the negation of the necessity of a psychiatric view of man. The splitting of attitude is a common phenomenon which is related to different schools within psychiatry. The term »moral masochism« is used in connection with psychiatrists when the healer anticipates failure with the projective identification of unconscious guilt in the role of the victim.

The genesis of the ethical dimension of psychiatry is the result of a developmental process. The methodic discussion of the moral question of psychiatry

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

** Dr. med., Department of Psychiatry, University Hospital Pécs, Pécs, Ungarn

*** Dr. med., Department of Psychiatry, University Hospital Pécs, Pécs, Ungarn

has started in the 1960. The previous period was called the pre-conventional era of psychiatric ethics by *Kohlberg*. It constituted a certain level of development when the ideations related to »good« and »bad« emerged exclusively as professional problems. Moral manifested only in connection with psychiatric patients, the ethical questions arisen were connected to the behaviour of the patients and not to the practical work of the professionals. The rules of good and bad did not differ from the general rules of medical etiquette. The acquisition of this etiquette was ensured by the appraisal or punishment of the authoritarian leader and a model was set by him. The professionals were not aware of the ethical norms of psychiatry.

The publication of independent ethical texts of psychiatry — first articles and later codices — facilitated the shift to the level of normative rules instead of the previous modelling etiquette, that is, the level of traditional deontology, the absolutistic ethics.

J. Rawls, the representative of contemporary ethics, seems to share the utilitarian view of the problem. According to him the prescriptive practical moral rules logically precede the actual problems, which means that action can be described with the help of these rules even if practice does not exist.

While carrying out any sort of action those who have a position defined by practice can refer to the rules that determine practice. The concrete action of the actual individual can only be justified by this reference. The majority of psychiatric acts perhaps is not a moral problem primarily, but all sorts of these decisions are related to the sphere of possibilities of the patient; and that, in each case, has a moral aspect. The decisions that are made in actual cases logically precede the rules from a utilitarian point of view. Concrete cases do exist even if there are no rules related to them. On the other hand, theoretically every individual has the right to revalue the rules: Absolute rules cannot be used as a guideline, on the basis of which one can correctly decide on a problem each time if a higher moral theory is considered as well. This is what might be called the significance of the freedom of healing rather than the possibility of choice from different practical rules.

The above statements are extremely important in psychotherapy. Here we do not refer only to the theoretical possibility formulated by *Foucault* who said that at the turn of the century *Freud* established the possibility of endless psychoanalytic discourse within certain frames. We would like to emphasize that the practice of psychotherapy created a possibility for adults to express their internal experiences, unconscious phantasies and hidden individual relations, as well as conceive them. Previously adults could have these experiences through the cathartic effect of art.

We consider humanistic psychotherapy structurally isomorphic with post-conventional ethics and can be perceived as a form of it. The following statements characterize both:

1. It cannot be instructed with didactical methods as it is not a technical knowledge but an individual experience gained from the ever-changing reality

which alters the individual who has experienced it. Nobody can have the same experience twice. It is an experience for which the person has suffered and thus he cannot forget it.

2. Its basic feature is not the possibility of falsification but the extent to which it serves human coexistence and cooperation.

3. Personal autonomy is a creative capacity to increase responsibility which is impossible to acquire in advance.

4. It is also impossible to tell what is right independently of the given context, as the specific claims of the given situation has to be matched.

5. It is always about relations: the object of the experience is always a person who has some relation to the individual who is having the experience.

6. The process does not only drive the individual back to the world of human norms but through altering preconceptions it widens the sphere of human possibilities in which man can become more and healthier than previously.

7. It has a challenging activity.

Now some practical, especially difficult ethical problems shall be discussed that emerge in the psychotherapy with borderline patients: namely, the questions of personal and institutional competence, the limits, the initial contract and the countertransference.

According to a survey that was carried out by *Waldinger* and *Gunderson* and was aimed at completed borderline psychotherapies the experience level of the therapist had no effect on treatment outcome — a finding which challenges the common assumption that experienced therapists do better than novices with borderline patients. The personality of the therapist, the match between patient and therapist, and the energy and enthusiasm which therapists bring to these difficult treatments are but a few of the variables which may be more important determinants of treatment outcome. (*Waldinger* and *Gunderson* 1984)

The therapist should be aware of his own limitations; if these are ignored then the possible consequence is resignedness or burnout. The overestimation of his therapeutic skills and capacity can result in the abandonment of the patient or sending him on to another therapist. This is a considerable danger in the case of borderline patients. The personality and the involvement of the therapist is more important than the technical circumstances. The acceptance of the symbiotic needs of the patient is essential and sometimes it can be life-saving. This is facilitated by the androgynous personality and role of the therapist.

In connection with the institutional competence we would like to emphasize the importance of continuous teamwork; if it fails then the borderline patient almost inevitably stimulates rivalry among the therapists, thus repeating the dynamics of the internalized primary group. The case-discussing groups have an important unburdening role because of the recurrence of acting-out behaviour and the release of destructive aggressiveness. The psychiatric institution must be capable of establishing adequately structured therapeutic pro-

grams, of anticipating and handling the consequences of the change of therapists and occasional vacations.

It is characteristic of the borderline patients to produce permanent challenges towards the therapist and they want to make sure whether the given rules are valid or not, where are the limits and so on. Testing these limits is a means of internal relationship and as such it is not a moral problem. Therapists may have difficulties in distinguishing appropriate limit-setting from hostility directed toward the patient. Setting limits is of primary importance as the patient is inclining to perceive the therapist as a never-exhausting source of help. If the therapist identifies himself with this phantasy then the patient can enforce this with manipulative attempts of suicide. Setting the limits can be consequently followed by a rapid regression and autoaggression.

It is a well-known fact that the usual initial contract primarily focuses on the individual human rights, the informed consent and confidentiality. In borderline therapies the focus of the contract shifts from the individual to the alliance. *Kernberg* emphasizes the need to begin with a mutual agreement that is explicit, that specifies the responsibilities of both parties. The initial contract protects the early treatment until a working relationship has been established between the patient and the therapist. According to *Adler* this form of contract is a myth because the patients usually do not experience the working collaboration; instead they are held in the therapy by feeling supported, soothed and understood by a holding environment and sustaining self-object transferences. When a solid therapeutic alliance is established the patients have reached a neurotic level of functioning.

The borderline therapy reaches the moral core of the therapist who is inclined to devaluate and despise the patient instead of a psychodynamic understanding. The negative therapy reaction includes increasing fear and guilt that emerges in the course of the improvement of the patient. A great number of borderline patients have not any memories of early positive acceptance. The therapist, when penetrating into this vacuum, experiences a seeming resistance that can be a lifesaving mechanism, the vacuum can only be dissolved by corrective emotional experience.

Careful attention has to be directed to countertransference feeling. Persistent monitoring of countertransference reaction is necessary to minimize the very real danger of acting-out on the part of the therapist.

The aggressive countertransference appears in the form of aggressive interpretations, seemingly educative and protective measures, refusal, devaluation, imposing restrictions rationalized by the patient's interest. The therapist's aggressive feelings can originate from the use of defense mechanisms against his own depression, inefficiency, or can arise from the patient's projective manoeuvres.

The borderline patient can erode the therapist's identity by reactivating the experience of his early conflictuous relationships. The need to merge with the therapist and the longing for narcissistic omnipotence can evoke a wish to

punish and a feeling of guilt in the therapist. The fear of the therapist can amplify the patient's belief in his own aggression. Nevertheless, labelling the borderline patient a sociopathic deviant reflects a moral approach and rejection in itself.

Ethische Aspekte in der Therapie von Borderline-Patienten

Sándor Fekete, Gábor Kelemen (Pécs)

Die Autoren beginnen ihre Analyse der ethischen Dimension der Therapie des Borderline-Syndroms mit einer fundamentalen Kritik der Ethik in der heutigen Psychiatrie: Sie konstatieren dort in Analogie zum Krankheitsbild des Borderline-Syndroms ebenfalls borderlinehafte ethische Strukturen: verschwommene Grenzen der persönlichen und institutionellen Kompetenz in der Psychiatrie, die Idealisierung eines positivistischen methodologischen Monismus, der weitgehende Zusammenbruch einer kohärenten beruflichen Identität. All dies wird verborgen durch eine fassadenhafte berufliche Als-ob-Identität. In einem »moralischen Masochismus« antizipieren die Psychiater in der Identifikation mit den unbewußten Schuldgefühlen des Patienten das Mißlingen der Therapie.

Diese Skizze des Zustandes der psychiatrischen Ethik macht die Bedeutung der Beschäftigung mit der Ethik in der Psychiatrie evident: Erst in den 60er Jahren fing man an, sich methodisch mit moralisch-ethischen Fragen in der Psychiatrie zu befassen. Zuvor hatte man moralische Kategorien nur auf das Verhalten des Patienten, aber nicht auf die eigene berufliche Tätigkeit angewendet, ein ethisches Verhalten, was *Fekete* und *Kelemen* in Anlehnung an *Lawrence Kohlberg* als »prä-konventionelle Ethik« bezeichnen. Die Psychiater orientierten sich ausschließlich an den Regeln der medizinischen Etikette und waren sich der ethischen Normen der Psychiatrie nicht bewußt.

Dabei sind nicht nur auf das konkrete Handeln des Therapeuten ethische Normen anzuwenden, sondern auch auf die Zukunftsdimension des therapeutischen Handelns: eine Vielzahl therapeutischer Entscheidungen bezieht sich auf Möglichkeiten des Patienten in der Zukunft, seinen Lebensentwurf, auch diese Entscheidungen setzen die Anwendung ethischer Normen voraus.

Die Autoren heben hervor, daß in der Psychiatrie keine absoluten ethischen Normen angewendet werden können, sondern erfahrungsorientierte und situationsgebundene: In Abgrenzung zur Sichtweise *Foucaults*, *Freud* habe mit der Psychoanalyse die Möglichkeit unendlicher Diskurse in gewissen Rahmenstrukturen geschaffen, sehen *Fekete* und *Kelemen* die Bedeutung der Psychoanalyse *Freuds* in der Möglichkeit des Analysanden, seine inneren Erfahrungen, seine unbewußten Phantasien und verborgenen individuellen Beziehungen auszudrücken und wahrzunehmen. Konsequenterweise sehen sie daher eine strukturelle Isomorphie zwischen der humanistischen Psychothera-

pie und der post-konventionellen Ethik (*Kohlberg*), die sie für die Psychiatrie fordern:

1. Sie können nicht als Methode gelehrt werden, weil sie kein technisches Wissen darstellen, sondern individuelle Erfahrungen in einer sich wandelnden Umgebung.
2. Ihre Hauptmerkmale sind nicht die Möglichkeit der Falsifikation, sondern ist das Ausmaß, in dem sie der menschlichen Koexistenz und Kooperation dienen.
3. Persönliche Autonomie ist eine kreative Kapazität, die persönliche Verantwortung zu vergrößern.
4. »Richtig« und »falsch« sind nur im jeweiligen Kontext zu definieren.
5. Es geht immer um menschliche Beziehungen: Objekt der Erfahrungen sind Personen, die in Beziehungen stehen zum Individuum, das die Erfahrungen macht.
6. Der Entwicklungsprozeß bringt das Individuum nicht nur zurück zur Welt menschlicher Normen, sondern erweitert durch die Veränderung vorgefaßter Meinungen die Sphäre menschlicher Möglichkeiten für gesunde und kreative Entwicklung der Person.
7. Dieser Entwicklungsprozeß hat eine eminente Qualität der Herausforderung.

In der Therapie des Borderline-Syndroms sind gerade die ethischen Dimensionen der Therapie, die ethischen Eigenschaften des Therapeuten von besonderer Bedeutung, weil sein Engagement, seine menschliche Haltung gerade hier ein besonderes Therapeutikum darstellen. Nach einer Studie von *Waldinger* und *Gunderson* (1984) über abgeschlossene Borderline-Psychotherapien hatte das Ausmaß der beruflichen Erfahrung des Therapeuten keinen Einfluß auf das Behandlungsergebnis; ausschlaggebende Variablen waren dagegen die strukturelle Passung von Therapeut und Patient und vor allem die Energie und der Enthusiasmus des Therapeuten, das heißt wesentliches Agens der Therapie ist die menschliche Haltung des Therapeuten zum Patienten, sein Engagement.

In dieser Situation ist nun die Verantwortungsethik des Therapeuten in mehrfacher Weise involviert:

1. Das menschliche Engagement ist wichtiger als die Feinheiten der Behandlungstechnik, das Annehmen der symbiotischen Bedürfnisse des Patienten ist wesentlich und manchmal lebensrettend.
2. Er muß sich trotz des Annehmens der symbiotischen Bedürfnisse des Patienten seiner eigenen Grenzen bewußt bleiben; die Überschätzung seiner therapeutischen Fähigkeiten kann dazu führen, daß er den Patienten in Stich läßt oder an einen anderen Therapeuten überweist, und führt langfristig zum »Burn-out-Syndrom«.
3. Von großer Bedeutung in der stationären Psychotherapie des Borderline-Patienten ist die kontinuierliche Teamarbeit, die das therapeutische Team in die Lage versetzt, mit dem Ausagieren des Patienten angemessen umzugehen,

v.a. die Case-Konferenzen, die die Widerspiegelung der Primärgruppendynamik im Feld der Klinik deutlich machen und die Entwicklung entsprechender individueller und flexibler Behandlungsprogramme ermöglichen.

4. Es gehört zu den Charakteristika des Borderline-Patienten, daß er die Grenzen der therapeutischen Situation austestet, die Grenzen der Geduld des Therapeuten und oft moralisch-abwertende und aggressive Reaktionen des Therapeuten provoziert. Sie sind therapeutisch kontra-indiziert: das Testen ist wichtiges Agens in der therapeutischen Beziehung und kein moralisches Problem, moralische Reaktionen sind fehl am Platze, es geht um das Entwickeln, Setzen und Akzeptieren von Grenzen in konstruktiven menschlichen Beziehungen.

Die Borderline-Therapie bringt notwendigerweise den Therapeuten immer wieder an seine eigenen Grenzen: daher ist das psychodynamische Verständnis des agierenden Verhaltens des Patienten und die Analyse der eigenen Gegenübertragung von großer Bedeutung. Viele Aggressionen des Therapeuten rühren von eigenen Abwehrmechanismen gegen die eigene Depression und Frustration über die mangelnde Effizienz der Behandlung und von den projektiven Manövern des Patienten her.

Der Borderline-Patient ist eine Herausforderung gerade für die ethische Haltung, die Verantwortung und das Engagement des Therapeuten, die hart belastet werden: ihn als »Soziopath« abzustempeln, wie es noch vielfach geschieht, bedeutet für *Fekete* und *Kelemen* ein Im-Stich-Lassen des Patienten: Es gilt, in der therapeutischen Situation durch die ihr inhärente menschliche und ethische Qualität und das Vorbild des Therapeuten ihm das Nachentwickeln ethischer Maßstäbe zu ermöglichen.

Literatur

- Adler, G.* (1980): A treatment framework for adult patients with borderline and narcissistic personality disorders. In: Bulletin of the Menninger Clinic, 44/2/171-180.
- Ammon, G.* (1987): Das Borderline-Syndrom — ein neues Krankheitsbild. In: Dyn. Psychiat. 17, 357-380.
- Aronson, T.* (1989): A critical review of psychotherapeutic treatments of borderline personality. In: The Journal of Nervous and Mental Disorder, 9, 511-528.
- Kohlberg, L., Gilligan, C.*: The adolescent as a philosopher: The discovery of the self in postconventional word. In: Deedalus, 100, 1051-1086.
- Rawls, J.* (1955): Two concepts of rules. Philosophical Review. 64, 3-34.
- Waldinger, G., Gunderson, J.* (1984): Completed psychotherapies with borderline patients. In: American Journal of Psychotherapy. 38, 190-201.

Address of the authors:

Dr. med. Sándor Fekete, Dr. med. Gábor Kelemen
Pécsi Orvostudományi Egyetem Pszichiatriai Klinikája, Rét u. 2,
7623 Pécs
Hungary

Development of the Theoretical Fundamentals of Personality-Oriented Psychotherapy in Russia and Its Role in Treatment of Mentally Ill in the 19th Century*

August M. Shereshevsky (Leningrad)**

Der Autor untersucht in seiner medizin-historischen Arbeit die Anfänge der Psychotherapie in der russischen Medizin im 18. und 19. Jahrhundert. Wichtige Grundlagen lieferten dafür philosophische, psychologische und pädagogische Erkenntnisse.

Aus heutiger Sicht können die Behandlungsmethodik und -ziele als ganzheitlich betrachtet werden. So waren wichtige Therapieziele u.a. das Erreichen einer »inneren Harmonie«, die »Erziehung des Geistes und des Herzens«, Stärkung und Befähigung der Patienten, mit eigenem seelischen Leid umzugehen und es zu bewältigen, Wiederbelebung von verlorengegangenen Lebenskräften. Dabei wurde der emotionale Kontakt zwischen Therapeut und Patient betont.

Eine umfassende, ganzheitlich orientierte Behandlung zeigte sich auch in der Beteiligung von Vertretern der russisch-orthodoxen Kirche an der psychotherapeutischen Behandlung der Patienten. Eine persönlichkeitsorientierte Psychotherapie wurde von namhaften Ärzten entwickelt und praktiziert: Mudrov, Mukhin, Dyadkovsky, Loder (ein deutscher Arzt), Ryul, Gerzog, Kibalchich. In St. Petersburg hatte die Idee des »moral treatment« auf die Entwicklung der Psychotherapie innerhalb der russischen Medizin im 19. Jahrhundert einen starken Einfluß. Bereits zu dieser Zeit waren die Grundlagen einer Psychotherapie innerhalb der russischen Medizin geschaffen.

The development of psychotherapy in Russia, taking place in the end of the 18th and the beginning of the 19th century, was founded on the humanistic achievements of philosophy, psychology and pedagogics, on the basis of which there were being elaborated the problems of spiritual conflicts and their role in the genesis of neurotic disorders and self-perception of emotional maturity, of the impact of the emotional atmosphere during childhood. A real epoch in the development of Russian psychology and philosophy had been associated with the name of *N.I. Novikov*, a Russian enlightener, who at the end of the 18th century headed the Moscow University printinghouse. His views were reflected in the creation of the fundamentals of Russian psychotherapy.

Dissertation research of the clinicians in Russia of that period comprised descriptions of the personality specificities of the sufferers, traced the combination of the biological, psychological and social factors in the pathogenesis of such states. At the same time, the purpose of psychological treatment already at that time was achievement by the patient, with the aid of the physician philosopher, of the inner concordance associated with comprehension of »one's anxieties, passions and fears«.

In 1774 Professor *S.G. Zybelin* of the Chair of Theoretical Medicine at the Moscow University noted the necessity of proper »education of the mind and

* Lecture held at the 8th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP and XX1st International Symposium of the German Academy for Psychoanalysis (DAP) on »Psychotherapy of Psychoses«, Berlin, October 5-8, 1990

** Professor, Dr. med., Chairman of the Department for Information, W.M. Bechterev Psychoneurological Research Institute, Leningrad

the heart« for the purpose of the individual development of the personality, thus making an attempt at binding general medicine with the moral-psychological problems. Psychotherapeutic trend in the activities of the researchers of the Medical Faculty of this University during the noted period can be traced in the work of such prominent scholars as *M.Y. Mudrov*, *V.A. Mukhin*, *I.E. Dyadkovsky* and *K.I. Loder*, a German by birth who found his second motherland in Russia.

The views of *M.Y. Mudrov*, a professor of the Chair of Pathology and Therapy, regarding spiritual treatment were founded on the art of inducing spiritual stability in the patient that was capable of overcoming his body pains and spleen and subordinating nervous diseases to his will. Professor *V.O. Mukhin* of the Chair of Anatomy, Physiology, Forensic Medicine and Medical Police believed that a »spiritual medicine« should be represented by the physician's assurance capable of inducing »gone vital forces« in the patient. *I.E. Dyadkovsky*, Professor of the Chair of Therapy and »the first physician in Moscow«, subdivided mental treatment into methods in which now we could trace personality-oriented and behavior psychotherapies. The personality-oriented method he believed to be founded on the physician's »moral force of persuasion« that effects emotional and intellectual spheres in his patients. An obligatory condition of success of psychiatric treatment he believed to be the comprehensive study of the patient's biological and psychological individuality, which is impossible without an emotional contact between the patient and the doctor.

It should be noted that all the above ideas were formulated in the end of the 18th — beginning of the 19th century. Recently it was found out that as far as in the last century *K.I. Loder*, an anatomist and surgeon, took interest in the problems of mental health and organized in Moscow a facility, the first one in Europe, for treatment of patients with severe psychotic conditions which mainly was made by means of »music, dancing, pleasant entertainment and prolonged doctor's talks«. These scholars seemed to propose a definite system of views and efforts to influence the patients, which provided the medical fundamentals for the development of the Russian psychotherapeutic school of thought.

The above ideas did not just exist as such but soon became rather widely applied to the treatment of mental diseases in the practice of psychiatric facilities that started to appear in Russia and by the beginning of the last century numbered about twenty; each of those was of purely medical nature and was headed by a physician, which was not at all always observed in psychiatric facilities of Western Europe.

A special mention with regard to the application of the ideas of personality-oriented psychotherapy deserves the Hospital of All Mourners in St. Petersburg and the Transfiguration Hospital in Moscow. The activities of well-known Russian physicians *I.F. Ryul*, *F.I. Gerzog* and *E. Kibalchich* who maintained this direction there soon became known in Europe.

For instance, in St. Petersburg, on the basis of findings about personality-oriented psychotherapy, which also had been developing within the general medical practice in the Hospital of All Mourners, they started to introduce the system of »moral treatment« for mental patients which, in its turn, definitely effected the development of the psychotherapeutic tendencies in Russian medicine of the 19th century.

It is interesting that representatives of the Russian Orthodox Church constantly participated in the personality-oriented psychotherapeutic process with the patients of the Russian psychiatric facilities. From the beginning of the last century, religious school taught a special subject of »soul-saving talks with the insane«, which was specially funded.

By the end of the first half of the 19th century, a definite psychological basis for psychotherapy was formed in Russia, the experience of its application to functional nervous diseases as an obligatory technique was accumulated. This reflected in the more consecutive approach to etiopathogenesis of neuroses, more strict differentiation of their forms and, finally, greater attention to the essence and methodology of psychotherapy, including the personality-oriented mode.

The doctor's authority with his patient has been known to be of great significance during psychotherapy. This was, in Russia, distinctly facilitated by the process of reorganization of mental hospitals according to the scientific demands of the second half of the 19th century. This restructuring took place under the supervision of professionals and soon won »high merit« not only with patients, but with general public, too.

Thanks to the efforts of Russian psychiatrists, with the development of the clinical base of personality-oriented psychotherapy there were made attempts at the development of its preventive and psychohygienic aspects also. This circumstance was somewhat reflected in the proceedings of the First Congress of Russian Psychiatrists held in Moscow in the beginning of 1887.

Entwicklung der theoretischen Grundlagen einer persönlichkeitsorientierten Psychotherapie in Rußland und ihre Rolle in der Behandlung von psychisch Kranken im 19. Jahrhundert

A.M. Shereshevsky (Leningrad)

Das Anliegen des Autors ist, die Anfänge der Psychotherapie in Rußland zu erforschen, die er auf das Ende des 18. und Anfang des 19. Jahrhunderts datiert. Die russische Psychotherapie basiert auf Erkenntnissen aus der Philosophie, Psychologie und Pädagogik.

Ende des 18. Jahrhunderts hatten die Ansichten des bekannten russischen Aufklärers *N.I. Novikov* starken Einfluß auf die Grundlagen der Russischen Psychotherapie.

In klinischen Forschungsarbeiten während dieser Periode wurde die Pathogenese von Persönlichkeitsstörungen sowohl auf biologische, psychologische als auch auf soziale Faktoren zurückgeführt. Bereits damals galt als Behandlungsziel das Erreichen einer inneren Harmonie verbunden mit dem Verstehen von Ängsten, Furcht und Leiden der Patienten durch den philosophisch orientierten Arzt.

1774 wies *S.G. Zybeline*, Professor für Theoretische Medizin in Moskau, auf die Notwendigkeit der richtigen »Erziehung des Geistes und des Herzens« hin bei der individuellen Persönlichkeitsentwicklung der Patienten. Damit versuchte er, allgemein-medizinische mit moralisch-psychologischen Problemen zu verbinden.

Der Autor nennt namhafte Forscher, die zu dieser Zeit in Rußland auf dem Gebiet der Psychotherapie grundlegende Bausteine gelegt haben: *M.Y. Mudrov*, *V.A. Mukhin*, *I.E. Dyadkovsky* und *K. I. Loder*.

So betrachtete *Mudrov*, Professor für Pathologie und innere Krankheiten, seelische Heilung als eine Kunst, seelische Stabilität beim Patienten zu erreichen, um diesen zu befähigen, daß er körperliche und seelische Leiden seinem Willen unterstellt. *Mukhin*, Professor für Anatomie, Physiologie und Forensische Medizin, glaubte, daß seelische Heilung verbunden sei mit der starken Zuversicht des Arztes, in dem Patienten seine »erloschenen Lebenskräfte« wiederbeleben zu können. *Dyadkovsky*, Professor für innere Krankheiten und »Erster Arzt in Moskau«, unterteilte psychiatrische Behandlung einerseits in persönlichkeitsorientierte Methoden und andererseits in Verhaltenstherapiemethoden und glaubte, daß bei der persönlichkeitsorientierten Behandlung der Arzt eine »moralische Kraft der Überzeugung« benötigt, um beim Patienten emotionale und intellektuelle Spüren zu aktivieren. Der Erfolg einer psychiatrischen Behandlung ist ohne emotionalen Kontakt zwischen Patient und Therapeut nicht denkbar. Schließlich entwickelte der deutsche Anatomieprofessor und Chirurg *Loder*, der in Rußland seine zweite Heimat fand, für schwerkranke psychotische Patienten eine Behandlungsform, die hauptsächlich aus »Musik, Tanz, angenehmer Unterhaltung und ausgiebigen ärztlichen Gesprächen« bestand.

Die Ideen dieser namhaften Ärzte fanden eine breite Anwendung in etwa 20 russischen psychiatrischen Einrichtungen, die alle rein medizinischer Natur waren und von Ärzten geleitet wurden, was in Westeuropa nicht immer der Fall war.

Eine besondere Erwähnung verdient das Krankenhaus »All Mourners« in St. Petersburg und das »Transfiguration Hospital« in Moskau. Bekannte russische Ärzte wie *I.F. Ryul*, *F.I. Gerzog* und *E. Kibalchich*, die die Richtung der persönlichkeitsorientierten Psychotherapie vertraten, wurden bald in Europa bekannt. So wurde in St. Petersburg auf der Basis der psychotherapeutischen Richtung die Idee des »moral treatment« eingeführt, die die Entwicklung der Psychotherapie innerhalb der russischen Medizin im 19. Jahrhundert maßgeblich beeinflusste.

Interessant ist, daß in den psychiatrischen Einrichtungen an der psychotherapeutischen Behandlung ständig Vertreter der russisch-orthodoxen Kirche beteiligt waren. Zu Beginn des letzten Jahrhunderts unterrichteten religiöse Schulen ein Spezialfach über »seelenrettende Gespräche mit Geisteskranken«, welches mit besonderen Geldmitteln gefördert wurde.

Ende der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts war in Rußland eine psychologische Grundlage der Psychotherapie geschaffen und gefestigt. Dies zeigte sich durch einen konsequenteren Ansatz der Ätiopathogenese von Neurosen, eine genauere Differenzierung ihrer verschiedenen Formen und schließlich eine stärkere Betonung des Wesens und der Technik der persönlichkeitsorientierten Psychotherapie.

Die Autorität des Arztes spielte eine bedeutende Rolle in der psychotherapeutischen Behandlung. Ihre Anerkennung wurde gefördert durch den Prozeß der Umstrukturierung von psychiatrischen Kliniken in Richtung der wissenschaftlichen Forderungen, die aus dem 19. Jahrhundert stammten. Die Umstrukturierung fand statt unter Leitung von Fachärzten, welche ein hohes Ansehen sowohl bei den Patienten als auch in der Öffentlichkeit gewannen.

Dank der Bemühungen von russischen Psychiatern wurden die präventiven und psychohygienischen Aspekte bei der psychotherapeutischen Behandlung erforscht. Diese Bemühungen spiegelten sich wider in den Berichten des »Ersten Kongresses der Russischen Psychiater«, der im Jahre 1887 in Moskau abgehalten wurde.

Literature at the author

Address of the author:
Prof. Dr. med. A.M. Shereshevsky
The V.M. Bechterev Psychoneurological
Research Institute
ul. Bechtereva 3
Leningrad
USSR

Buchbesprechungen

*Reinhard Lempp (Hrsg.):
Psychische Entwicklung und Schizophrenie
Die Schizophrenien als funktionelle Regressionen und Reaktionen*

Verlag Hans Huber, Bern, 1984, 235 Seiten, kart., DM 38,—

Unter Mitarbeit namhafter Schizophrenieforscher, wie *Ciampi*, zahlreicher Kinder- und Jugendpsychiater sowie Entwicklungspsychologen entstand dieses empfehlenswerte Buch als Konsequenz eines Tübinger Symposions, das die Erkenntnisse der Entwicklungspsychologie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie in die Diskussion um Wesen und Ursache der Schizophrenie zu integrieren versuchte.

Der Herausgeber, der Kinder- und Jugendpsychiater *Lempp*, faßt in seiner Einführung die Ergebnisse dieser Tagung zusammen und zeigt auf, daß das im vorliegenden Band dargelegte Schizophrenieverständnis sich größtenteils aus der täglichen klinischen kinder- und jugendpsychiatrischen Arbeit ergibt. Das entscheidende Kriterium für die Schizophrenie-Diagnose ist nach *Lempp* der Störungsgrad der Beziehung zur gemeinsam erlebten Realität.

»... , was wir noch vielfach als klinische Entität und Krankheit »Schizophrenie« bezeichnen, (stellt) eine Reaktionsform dar (. . .), die bei jedem Menschen im Bereich des Möglichen liegt, auch dort, wo wir noch lange nicht von Krankheit sprechen.« (S. 11)

Die Aussage *Lempps*, daß die Weichen für eine Krankheitsentwicklung bereits in der frühen Kindheit gestellt werden, zeigt zunächst eine völlige Abkehr des Herausgebers vom Endogenitätsdenken der orthodoxen Psychiatrie.

In den nun folgenden Kapiteln zeigt sich jedoch, daß die Schizophrenie von den meisten Autoren des Buches als von organischen Erbfaktoren sowie Hirnfunktionen und in dritter Linie auch von psychosozialen Faktoren abhängig dargestellt wird.

Vom Herausgeber *Lempp* wird insbesondere die frühkindliche Hirnschädigung im Vorfeld schizophrener Psychosen betont.

Ein bereits derartig vorgeschädigtes Kind soll nach Ansicht der Autoren beim Hinzutreten von ungünstigen Umweltbedingungen eine erhöhte »Vulnerabilität« für die Entwicklung einer schizophrenen Psychose besitzen.

Durch kognitive Störungen, wie sie auch beim frühkindlichen Autismus auftreten, soll der Aufbau des kindlichen Realitätsbezuges beeinträchtigt werden und damit bereits im Kindesalter eine schizophrene Symptomatik auftreten können.

Im ersten Abschnitt des Buches, »klinische Forschung«, spricht *Ciampi* von der »Vulnerabilität« als von einer »dünnhäutigen Sensibilität mit beeinträchtigter Fähigkeit zur Bewältigung von komplexen Informationen und Situationen.«

Er beschreibt drei Phasen des Langzeitverlaufs psychotischer Phänomene und stellt dar, daß aufgrund eigener Untersuchungen der Lebensprozeß grundsätzlich immer offen bleibt im Hinblick auf eine Besserung oder Heilung der schizophrenen Erkrankung, selbst bei schweren Chronifizierungen.

Eggers, ebenfalls ein klinischer Forscher, betont im Kapitel »Beziehungen zwischen kindlichen Psychosen und Psychosen des Erwachsenenalters«, daß eine »Filterstörung« bei der Schizophrenie vorliegt, die zu einer Reizüberflutung führt und hypothetisch aufgrund frühkindlicher Hirnschädigung entsteht, durch entwicklungsbedingte Störungen der Fähigkeit, einen adäquaten Reizschutz aufzubauen, jedoch verstärkt wird.

Diese Unfähigkeit, einen Reizschutz aufzubauen, ist Folge einer gestörten intrafamiliären und besonders zwischenelterlichen Beziehung.

In den folgenden Kapiteln werden psychologisch-empirische Untersuchungen dargestellt und besonders die soziale Kognition anhand von Fallbeispielen erklärt.

Weiterhin werden Teilleistungsschwächen und schizophrene Basisstörungen untersucht und mit Beispielen belegt.

Die im folgenden behandelten psychoanalytischen Beiträge zur frühkindlichen Genese von Psychosen beruhen in ihrer theoretischen Konzeption meist auf der kleinianischen Objektschule (*Kernberg*) und der mittleren englischen Schule (*Winicott*). Betont wird die Ähnlichkeit zwischen dem Kleinkind und dem regredierten psychotischen Patienten, bei dem eine therapeutische Regression im Sinne *Balints* heilend wirken soll.

Im letzten Abschnitt des Buches werden Entwicklungsverläufe und therapeutische Prozesse von Jugendlichen dargestellt, die eine schizophrene Psychose entwickelten. Es werden spezifische Auslösefaktoren wie Schullandheimaufenthalte und spezielle Ursachen, wie kindliche Kontaktstörungen im Sinne des Autismus, untersucht.

Den Schluß des Buches bildet eine ausgezeichnete Zusammenfassung des Herausgebers und seine in kurzen Absätzen dargelegte theoretische Konzeption zu Wesen und Genese der Schizophrenie.

Der persönliche Standpunkt *Lempps*, der die Schizophrenie als Störung im Aufbau des Realitätsbezugs definiert, zeigt sich in folgendem Zitat: »Im übrigen bin ich davon überzeugt, daß man jedes Kind theoretisch autistisch machen könnte, wenn man es schon im Säuglingsalter bei im übrigen guter Pflege in kürzeren Abständen in immer neue Umgebungen brächte und so den Aufbau eines stabilen Realitätsbezugs verhindern würde.«

Die therapeutischen Konsequenzen, die von *Lempp* auf einer einzigen Druckseite dargelegt werden, enttäuschen in ihrer Oberflächlichkeit und Knappheit: da an den Ursachen Vererbung und Hirnschädigung nichts verändert werden kann, empfiehlt *Lempp* eine Stabilisierung des Realitätsbezugs durch einen gut strukturierten Tagesablauf in einer konstanten Gruppe, eine »vorsichtige« psychopharmakologische Behandlung zur »Distanzierung von überschießenden Affekten« und eine »Milieubehandlung«, d.h. ein Entfernen des Patienten aus der Familie zur Wiederherstellung von Selbständigkeit.

Für die ideale Form eines solchen Milieus hält *Lempp* Wohngemeinschaften mit psychisch gesunderen und stabileren Mitpatienten.

Diese therapeutischen Möglichkeiten eröffnen nach *Lempp* einen menschlichen und verständnisvollen Zugang zum Patienten.

Enttäuschend ist hierbei, daß außer bekannten familiendynamischen Konzepten (*Bateson* etc.) keinerlei gruppodynamisches Verständnis und keine konstruktiven therapeutischen Zielvorstellungen vorhanden sind, da ein integrierendes Identitätskonzept, wie es z.B. die Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie bietet, fehlt.

Die nach theoretischen Konstrukten von Vulnerabilitäts- und Informationsverarbeitungshypothesen eklektisch zusammengestellten Faktoren und Einflüsse werden bestenfalls nebeneinandergestellt und wirken unverbunden. Positiv gesehen ist das Buch jedoch ein Schritt auf dem Weg zu einer menschlicheren Sicht der schizophrenen Psychosen, die als veränderungsfähig und verstehbar dargestellt werden.

Dr. Ulrike Schanné (München)

Annelise Heigl-Evers et al. (Hrsg.)

Die Balint-Gruppe in Klinik und Praxis. Band 2

Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1988, 294 S.

Der vorliegende Band gehört zu einer neuen Buchreihe, die von 1988 an zweimal jährlich erscheinen soll. Sie befaßt sich ausschließlich mit unterschiedlichen Aspekten der Balint-Arbeit. Die Autoren sind im Bereich der Psychosomatik tätige Ärzte, Psychologen und Psychoanalytiker, die seit vielen Jahren Balint-Gruppen leiten. Der Leserkreis ist weit gefaßt: Balint-Gruppenleiter, Teilnehmer an Balint-Gruppen, Interessenten aus dem Bereich der Medizin und aus anderen sozialen Berufen.

Im ersten Abschnitt »Praxis der Balint-Gruppenarbeit« sind Erfahrungsberichte von Balint-Gruppenteilnehmern wiedergegeben. Der Frauenarzt *Eckhard Salk*, der inzwischen selbst Balint-Gruppen leitet, schildert aus der Rückschau von über vier Jahren, wie er durch einen seiner ersten Balint-Fälle lernte, die unausgesprochenen Mitteilungen einer Patientin zu hören und zu verstehen. Die Psychoanalytikerin *Brigitte Haléwitsch* beschreibt, wie sie sich durch die Mitgliedschaft in einer Balint-Gruppe in ihrer ärztlichen Identität bereichert fühlt. In einem Werkstattbericht stellen die Teilnehmer einer langlaufenden Balint-Gruppe dar, daß gerade dann ein tiefgehendes Verständnis von Arzt-Patient-Beziehungen möglich ist, wenn in Gruppensitzungen mit der sog. Flash-Technik ausschließlich kurz dauernde Beziehungsepisoden der Begegnung von Arzt und Patient bearbeitet werden.

Im folgenden Abschnitt »Theorie der Balint-Gruppenarbeit« stellen *Annelise Heigl-Evers* und *Franz S. Heigl* fallzentrierte Supervisionsgruppen und

Balint-Gruppen gegenüber. Sie sehen den wesentlichen Unterschied darin, daß hier die Arzt-Patient-Beziehung bearbeitet wird, dort aber die Interaktion in psychoanalytischer Einzel- und Gruppentherapie, und sie leiten daraus Unterschiede in der didaktischen Vermittlung und in der Bedeutung des freien Assoziierens ab. Wie die Teilnehmer an einer Balint-Gruppe die Arzt-Patient-Beziehung verändern kann, versuchen *Claudia Sies* und *Tobias H. Brocher* in ihrem Beitrag mit Hilfe der Systemtheorie zu erklären.

Anregend sind auch die unter der Überschrift »Forschung zur Balint-Gruppenarbeit« zusammengefaßten Beiträge. *Waltraud Naujoks* erfaßt durch eine inhaltsanalytische Untersuchung den Lernprozeß in einer Balint-Gruppe mit Krankenschwestern. *Heert Jan Dokter* et al. zeigen in einer Pilot-Studie, daß sich bei den an einer Balint-Gruppe teilnehmenden Allgemeinärzten die Einstellung gegenüber Patienten grundlegend ändern kann, sie betonen aber, daß weitere Forschung notwendig sei, um die Auswirkungen einer Balint-Gruppe wirklich erfassen zu können. *Jürgen Körner* stellt ein Experiment mit Studentengruppen vor, das zeigt, wie ein und derselbe Text eines Patienten-erstinterviews bei den Gruppenteilnehmern eine unterschiedliche Gegenübertragung hervorruft, je nach dem, ob der Erzähler des Interviews eher zwanghaft oder eher depressiv strukturiert ist.

Die Vielzahl der Arbeiten, von denen nur ein Teil vorgestellt werden konnte, vermittelt anschaulich, wie bedeutsam Balint-Gruppen für die Arzt-Patient-Beziehung sein können. Es ist zu hoffen, daß die Idee *Michael Balints* von Falldiskussionsgruppen noch weitere Verbreitung finden wird. Der vorliegende Band leistet dazu einen lesenswerten Beitrag.

Bernhard Richarz (München)

Juliette Alvin:

Musik und Musiktherapie für behinderte und autistische Kinder

Gustav Fischer, Stuttgart — Bärenreiter, Kassel, 1988, erschienen in der Reihe »Praxis der Musiktherapie«

Der vorliegende Band faßt zwei grundlegende Werke der Musiktherapie zusammen: »Musik für das behinderte Kind«, erschienen 1965, und »Musiktherapie für das autistische Kind«, erschienen 1978. Die 1982 verstorbene Autorin war eine der ersten europäischen Musiktherapeuten, die die Bedeutung der Musik in der Behandlung behinderter Kinder erforschte, praktizierte und weiterentwickelte. Sie gründete 1958 die British Society for Music Therapy und übte einen bedeutenden Einfluß auf die Anfänge der deutschen Musiktherapie.

Beide Teile des Buches zeigen *Juliette Alvin* in der praktischen Arbeit mit behinderten Kindern: Mit besonderer Geduld, mit Verständnis für die Welt des behinderten oder autistischen Kindes, mit menschlicher Wärme und Engagement, knüpft sie den Kontakt zum Kind und baut ihn mit Hilfe des musikalischen

schen Mediums systematisch auf. Sie wählt den jeweils für das Kind geeigneten Zugang — spielt selber, läßt das Kind die Instrumente erforschen, allein oder in Gruppen spielen und tanzen. Sie benützt jede Möglichkeit von Melodie, Rhythmus oder Geräusch, um eine Brücke zum Kind zu schlagen, seine Angst allmählich abzubauen, es zum eigenen Ausdruck zu motivieren, es um die Welt der Musik zu bereichern und dadurch zu kreativieren.

Anhand der Beschreibung mehrerer, zum Teil Jahre dauernder Therapien mit behinderten Kindern wird deutlich, wie die Autorin das Medium einsetzt, um Kontakt und Vertrauen zu erzielen.

Der Kontakt über Musik und Musizieren wird von ihr als Therapeutikum benutzt, bis das behinderte Kind selber genug Vertrauen faßt, um aktiv ein Instrument zu spielen und Freude an der Musik als Kompensation für die Behinderung zu erfahren.

Die Gliederung des Buches in Kapitel, die beispielsweise der Musiktherapie des verhaltensgestörten, des spastisch gelähmten oder des geistig behinderten Kindes gewidmet sind, dienen nur der Systematik, ohne spezifische therapeutische Momente abzuleiten oder ein theoretisches Konzept zu entwickeln. Das Werk ist aus der reichen Erfahrung der Praxis entstanden und bleibt im Wesentlichen pragmatisch; der Ansatz ist pädagogisch, bzw. musikpädagogisch. Es schließt mit der Schilderung eines Forschungsprojektes zur Integration dreier autistischer Jungen in die normale Grundschule, bei dem die Musiktherapie einen wichtigen Beitrag leistet.

Das Buch von *Juliette Alvin* kann als Klassiker der Anfänge europäischer Musiktherapie betrachtet und insbesondere Musiktherapeuten, die mit Kindern bzw. behinderten Kindern arbeiten, empfohlen werden.

Egon Fabian (München)

Eingetroffene Bücher / Books Received

Adler, Alexandra: Individualpsychologie. Anleitung zur Praxis. Frankfurt/M. Fischer Taschenbuch Verlag, 1990

Bauer, Manfred/Berger, Hartmut: Kommunale Psychiatrie auf dem Prüfstand. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag, 1988

Brazelton, T. Berry: Zerreißproben. Familienkrisen und wie sie bewältigt werden können. München: R. Piper Verlag, 1991

Brazelton, T. Berry: Die ganz normalen Katastrophen. Das gesunde und das kranke Kind in den ersten Lebensjahren. München/Zürich: R. Piper Verlag, 1990.

Brühlmann-Jecklin, Erica: Irren ist ärztlich. Analyse einer Krankengeschichte. Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch Verlag, 1990

Dubovsky, Steven: Clinical Psychiatry. Washington/London: American Psychiatric Press, 1988

- Fisch, Mascha*: Jeder ist seines Alters Schmied. Vorbereitung auf den aktiven Ruhestand. Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch Verlag, 1990
- Flammer, August*: Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung. Bern/Stuttgart/Toronto: Hans Huber Verlag, 1990
- Fulford, K.W.M. et al.*: Moral Theory and Medical Practice. Cambridge: Cambridge University Press, 1989
- Giesbrecht, Norman et al. (Hrsg.)*: Research, Action, and the Community: Experiences in the Prevention of Alcohol and other Drug Problems. Washington: U.S. Department of Health and Human Services, 1990
- Glick, Robert A./Bone, Stanley (Eds.)*: Pleasure beyond the Pleasure Principle. New Haven/London: Yale University Press, 1990
- Hahn-Lepper, Monika*: Nicht zum Leben geboren. Trauerarbeit nach dem Verlust meiner Kinder. Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch Verlag, 1990
- Hirsch, Anna Maria*: Wenn Kinder flügge werden. Eltern und Kinder im Ablösungsprozeß. München: R. Piper Verlag, 1991
- Hyman, Steven E.*: Manual der psychiatrischen Notfälle. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag, 1988
- Jahrbuch der Psychoanalyse*. Band 23. Stuttgart: Frommann-Holzboog Verlag, 1988
- Jahrbuch der Psychoanalyse*. Sonderheft (1989) Veröffentlichte Arbeiten zum 36. Kongreß der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung in Rom 1989. Stuttgart: Frommann-Holzboog Verlag, 1989
- Janzarik, Werner (Hrsg.)*: Persönlichkeit und Psychose. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag, 1988
- Köhler, Thomas*: Abwege der Psychoanalyse-Kritik. Zur Unwissenschaftlichkeit der Anti-Freud-Literatur. Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch Verlag, 1989
- Lebéus, Angelika Martina*: Liebe auf den zweiten Blick. Eine Mutter und ihr behindertes Kind. Olten: Walter Verlag, 1989
- Luborsky, Lester*: Einführung in die analytische Psychotherapie. Ein Lehrbuch. Berlin/Heidelberg/New York: Springer Verlag, 1988
- Martinius, Joest/Frank, Reiner (Hrsg.)*: Vernachlässigung, Mißbrauch und Mißhandlung von Kindern. Erkennen, Bewußtmachen, Helfen. Bern/Stuttgart/Toronto: Hans Huber Verlag, 1990
- Oswald, Wolf D./Lehr, Ursula M. (Hrsg.)*: Altern. Veränderung und Bewältigung. Bern/Stuttgart/Toronto: Hans Huber Verlag, 1990
- Psychologie Heute (Hrsg.)*: Welche Therapie? Thema: Psychotherapie heute. Weinheim/Basel: Beltz, 1987
- Resch, Andreas*: Impulse aus Wissenschaft und Forschung '90. Innsbruck: Resch Verlag, 1990
- Rüttimann, Karin*: Das geschenkte Jahr. Ein Abschied. Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch Verlag, 1989
- Schilling, Bea*: Wiegenlied mit Spätfolgen. Aus dem Leben einer Co-Alkoholikerin. Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch Verlag, 1990

- Schobert, Kurt*: Der gesuchte Tod. Warum Menschen sich töten. Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch Verlag, 1989
- Selvini-Palazzoli, Mara et al.*: Der entzauberte Magier. Zur paradoxen Situation des Schulpsychologen. Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch Verlag, 1991
- Stiftung Rehabilitation* (Hrsg.): Studium der Musiktherapie in Heidelberg. Ergebnisse und Analyse eines Modellversuchs. (Heidelberger Schriften zur Musiktherapie, Bd. 4) Stuttgart/New York: Gustav Fischer Verlag, 1988
- Tuft, Heidi*: Nur wer kämpft, hat eine Chance. Alternativen der Krebsbehandlung. Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch Verlag, 1989
- Weakland, J.H./Herr, J.J.*: Beratung älterer Menschen und ihrer Familien. Die Praxis der angewandten Gerontologie. Bern/Stuttgart/Toronto: Hans Huber Verlag, 1988
- Wise, Michael G./Rundell, James R.*: Concise Guide to Consultation Psychiatry. Washington: American Psychiatric Press, 1989
- Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim (ZI)*: Tätigkeitsbericht 1988-1989. Mannheim: ZI Mannheim, 1989

In Memoriam Gabriele Seidler



Gabriele Seidler ist zu unser aller Leid mit knapp 45 Jahren am 25.11.1990 gestorben. Wir verlieren mit ihr eine Mitarbeiterin und Freundin, die das Motto von Günter Ammon in seinem »Mehrdimensionalen Menschen« verwirklicht hat: »Gelebte Zeit im eigentlichen Sinne heißt, dem Menschen Zeit geben — denn Liebe ist ja weiter nichts als Verstehen des anderen und als ihm Zeit geben. Volle Zeit, sozialenergetische Zeit.«

Geistig hat sie sich in unserem Fach vor allem mit dem Problem Zeit und Zeiterleben auseinandergesetzt. In ihrer Diplomarbeit zur Vorlage in der Psychologie an der Ludwig-Maximilians-Universität München 1989 hat sie über »Das Schweigen in der psychoanalytischen Theorie« gearbeitet. Auch in dieser Arbeit geht es zentral um das Thema der menschlichen Zeit.

Gabriele Seidler ist uns erstmalig 1976 begegnet. Uns verbindet mit ihr eine lange Zeit der Auseinandersetzung, der Freundschaft und Jahre der Zusammenarbeit. Ihre tiefe Ehrlichkeit, ihre Wahrheitsliebe, ihre Suche nach echter Begegnung und ihre unverbrüchliche Treue ihren und unseren Zielen gegenüber, den Zielen einer Dynamischen Psychiatrie, die die Begegnung des

Leidenden mit dem Helfenden als wirksames Agens der Heilung versteht, bleibt über ihren Tod hinaus.

Sie redete gern, sie genoß menschliche Beziehungen. Sie liebte die Menschen und das Leben. Sie scheute auch konflikthafte Auseinandersetzungen nicht, weil sie einen tiefen menschlichen Humor besaß, sie war, was dem nicht widerspricht, ein ernster ethischer Mensch und ein gläubiger Mensch.

Gabriele Seidler konnte aber auch schweigen, wenn es um ihre Würde oder die Würde anderer Menschen ging. Sie schwieg, hörte aber dennoch nicht auf zu kommunizieren durch ihr Schweigen hindurch. Sie konnte andererseits ungeheuer aktiv werden, kein Freund des Zauderns packte sie zu, jeder Zeit bereit, sich einzusetzen für Menschen, für ihr geliebtes Kind Sara, für Patienten, für geistige Ziele aus Freude am gemeinsamen Tun.

Wie sich in vielen Gesprächen zeigte, ist Gabriele Seidler in den Herzen ihrer Freunde lebendig geblieben. Sie sprachen alle mit großer Liebe von ihr. Sie dachten alle an sie. Jeder von ihnen hat etwas anderes über sie zu erzählen: Über ihre Freude an Dingen, über ihren Geschmack und ihre Geschicklichkeit im Antiquitätenhandel, über capriziöse Seiten ihrer Persönlichkeit, über ihre ungeheure Anstrengung zu arbeiten, ihr Kind zu erziehen und gleichzeitig das Abitur nachzuholen, um schließlich Psychologie zu studieren und die psychoanalytische Ausbildung zu absolvieren.

Sie liebte und verehrte vor allen Dingen auch ihren Lehrer Günter Ammon, dessen Lehre sie in allen wissenschaftlichen Arbeiten vertrat, ebenso wie in ihren verschiedenen Arbeitsbereichen wie dem Kindergarten, dem Institut, der Klinik, z.B. in der Eltern- und Hortarbeit des Psychoanalytischen Kindergartens oder als Schatzmeisterin des Münchener Instituts, als Geschäftsführerin des Pinel-Verlags, als Pressesprecherin der Deutschen Akademie für Psychoanalyse, als Mitglied der Redaktion der Dynamischen Psychiatrie, als Co-Leiterin vieler unterschiedlicher gruppenspezifischer Gruppen und Balint-Gruppen, als langjährige Mitarbeiterin der Arbeits- und Studiengruppe Erlangen-Nürnberg, als Co-Leiterin verschiedener Therapiegruppen, die Fülle der verschiedenen Arbeitsebenen, die zugleich auch Ebenen der Begegnung waren, läßt sich erschöpfend gar nicht schildern.

Sie hat in einer lebendigen Gruppe gelebt. Sie hatte die Gnade, in einer Gruppe, die auch ihre Familie mitumschloß, zu sterben. Es gehörte aber auch zu ihrem Wesen, eine solche Gruppe um sich versammeln zu können, in die sie ihre Tochter und ihre Mutter einbezog. So hat sie ihre Freunde und Angehörigen in ihr Leben und Sterben integriert, wie auch die geistige Welt, der gegenüber sie zutiefst geöffnet war. Wir schweigen in Trauer. Wir sind betroffen über die Begrenztheit und Hinfälligkeit des Lebens. Wir danken ihr für ihr Dasein unter uns und wissen, wie sie selbst es wußte, daß an der Grenze, auch der allerletzten, alle Kreativität entspringt.

Dr. med. Rolf Schmidts

München, im November 1990

In Memoriam Dr. Ivan Milakovic

Am 4. April 1991 verstarb in Sarajewo Primarius Dr. sc. med. *Ivan Milakovic*, Mitglied der Mediterranean Social Psychiatric Association (MESPA). Er war seit 1974 Mitglied der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) und war der Arbeit der Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie durch seine eigene wissenschaftliche Arbeit verbunden: so hielt er auf dem X. Internationalen Symposium der DAP 1978 in Berlin ein Hauptreferat über »Die psychosomatische Krankheit als Abwehr gegen depressive Regression«, das in der »Dynamischen Psychiatrie/Dynamic Psychiatry« 1979 abgedruckt wurde, und auf dem XI. Internationalen Symposium der DAP in Travemünde ein Hauptreferat über »Vorgeburtliches (deglutives) Stadium der libidinösen Entwicklung.«

In seinem Testament dankte er Dr. *Ammon* und seiner Gruppe, die in seinem Leben und seiner Arbeit eine wichtige Rolle gespielt haben.

Wir werden Dr. *Milakovic* ein ehrendes Andenken bewahren.

Der Vorstand der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP)

Nachrichten/News

Bücher zur Dynamischen Psychiatrie

Wir erhalten immer wieder Anfragen nach den Verlagen, Erscheinungsjahren und Auflagen der Bücher zur Dynamischen Psychiatrie und zu den Liefermöglichkeiten durch den Pinel-Verlag.

Deshalb wollen wir an dieser Stelle die wichtigsten Daten in einer Zusammenstellung veröffentlichen:

1. Günter Ammon, Gruppendynamik der Aggression:

- a) 1970 1. Auflage Pinel-Publikationen Berlin 3 000 Exemplare
- b) 1971 2. Auflage Pinel-Publikationen Berlin 3 000 Exemplare
- c) 1972 3. Auflage Pinel-Publikationen Berlin 4 000 Exemplare
- d) 1973 Lizenzausgabe (1. Auflage) Kindler Verlag München
- e) 1981 2. Auflage Kindler Verlag München: 10 000 Exemplare. Später vom Fischer Taschenbuch Verlag übernommen, dort seit 1987 vergriffen, noch von Pinel lieferbar (ca. 900 Exemplare)

Außerdem gibt es Lizenzausgaben in italienischer Sprache (1973 Casa Edizione Astrolabio Roma) und in niederländischer Sprache (1973 Nelissen Bloemendaal)

2. Günter Ammon (Hrsg.), Gruppendynamik der Kreativität:

- a) 1972 1. Auflage Pinel-Publikationen Berlin 3 000 Exemplare
- b) 1874 2. Auflage Kindler Verlag München, später vom Fischer Taschenbuch-Verlag übernommen, dort seit 1987 vergriffen.

3. Günter Ammon (Hrsg.), Gruppenpsychotherapie:

- a) 1973 1. Auflage Hoffmann und Campe Verlag Hamburg, 5 000 Exemplare (noch ca. 500 Exemplare lieferbar)
- b) 1976 2. Auflage Kindler Verlag München seit 1984 vergriffen)

4. Günter Ammon, Dynamische Psychiatrie:

- a) 1973 Erstausgabe Luchterhand Verlag Darmstadt
- b) 1980 Erweiterte Neuausgabe Kindler Verlag München, später übernommen vom Fischer Taschenbuch Verlag, dort seit 1984 vergriffen, Restbestände (2 800) beim Pinel-Verlag lieferbar.

Außerdem gibt es eine italienische Lizenzausgabe (1974 Casa Edizione Astrolabio Roma).

5. Gisela Ammon (Hrsg.), Psychoanalytische Pädagogik:

- 1973 Hoffmann und Campe Verlag Hamburg, Auflage: 7 000 Exemplare (noch ca. 300 Exemplare vorhanden)

6. Günter Ammon (Hrsg.), Psychoanalytische Traumforschung:
1974 Hoffmann und Campe Verlag Hamburg, Auflage von 5 000 Exemplaren
(vergriffen)
7. Günter Ammon, Psychoanalyse und Psychosomatik:
1974 Piper Verlag München, Auflage: 8 000 Exemplare (vergriffen).
Außerdem gibt es Lizenzausgaben in a) italienisch: 1977 Edizione Borla Roma;
b) englisch (USA): 1979 Springer Publishing House New York; c) japanisch:
1979 Iwasaki-Gakujutsu Tokyo.
8. Günter Ammon (Hrsg.), Psychotherapie der Psychosen:
1975 Kindler Verlag München, Auflage: 10 100 Exemplare. Später vom Fischer
Taschenbuch Verlag übernommen, dort seit 1987 vergriffen, Restbestände
(360) beim Pinel-Verlag lieferbar.
9. Günter Ammon (Hrsg.), Analytische Gruppendynamik:
1976 Hoffmann und Campe Verlag Hamburg, Auflage von 5 000 Exemplaren
(noch ca. 300 Exemplare vorhanden)
10. Günter Ammon, Wolfgang Rock et al., Kindesmißhandlung:
1979 Kindler Verlag München, Auflage: 8 200 Exemplare. Später vom Fischer
Taschenbuch Verlag übernommen, dort seit 1987 vergriffen, Restbestände
(360) beim Pinel-Verlag lieferbar
11. Günter Ammon (Hrsg.), Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1:
1979 Ernst Reinhardt Verlag München/Basel: Auflage: 3 000 Exemplare (seit
1991 beim Verlag vergriffen), Restbestände beim Pinel-Verlag lieferbar.
12. Günter Ammon (Hrsg.), Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 2:
1982 Ernst Reinhardt Verlag München/Basel, Auflage: 3 000 Exemplare (seit
1991 beim Verlag vergriffen) Restbestände beim Pinel-Verlag lieferbar.
13. Günter Ammon, Der mehrdimensionale Mensch:
1986 »Pinel« Verlag München. Auflage 3 000 Exemplare (2 500 Paperback, 500
Hardcover), noch 200 Pb. und ca. 40 Hardcover lieferbar.
14. Günter Ammon, Vorträge 1969—1988:
1988 »Pinel« Verlag München, Auflage 2 000 Exemplare, noch ca. 800 lieferbar.

Von den Balint-Gruppen zu den Monte Verità-Gruppen: Ascona-Modell

Seit 20 Jahren versammeln sich niedergelassene Ärzte, Spitalärzte, Universitätsdozenten und Studenten in Ascona auf dem geschichtsträchtigen »Monte Verità« — dem Berg der Wahrheit — zu internationalen Treffen. Diese sind unter dem Stichwort »Ascona-Modell« (WHO) bekannt geworden und bieten gezielt *Balint-Gruppen-Arbeit* an.

Man versteht unter »Ascona-Modell« ein Lern- und Ausbildungsmodell für Studenten und Ärzte, evtl. gemeinsam mit Krankenschwestern und -Pflegerinnen. Einer der wichtigsten Grundsätze dieses Modells ist die Einbeziehung der Studenten als Mitgestalter. Diese Toleranz, kombiniert mit Mut zur eigenen Fehlerhaftigkeit, ist notwendig für ein kreatives »Miteinander«, »Gegeneinander« und »Nebeneinander«. Sie könnte für die medizinische Ausbildung und für den klinischen Alltag richtungweisend werden.

Das »Ascona-Modell« dient der Verbesserung der Arzt-Patient-Beziehung und setzt die Bereitschaft der Teilnehmer zu »emotionalem Lernen« voraus. Eine Gemeinsamkeit stiftende Grundhaltung gehört zum »Modell« und muß als Denk- und Gesprächstraining für das richtige Sprechen mit dem Kranken geübt werden. Wichtig ist das Verstehen seiner Sprache, auch des körperlichen Symptoms, das er anbietet.

Balint-Gruppen bestehen auch für Psychologen, Sozialarbeiter, Pädagogen, Theologen, Juristen.

Als *Brücke zwischen Therapeut und Patient* wurde außerdem 1985 am Monte Verità in Ascona eine neue Form des Gruppengesprächs — zwischen betroffenen Patienten, Angehörigen und Fachleuten der Therapie und der Pflege — inanguriert. Man spricht von *Monte Verità-Gruppen*.

Dabei wird versucht, direkt Betroffene und interessierte Ärzte, die mehrheitlich nicht die patienteneigenen Ärzte sind, zu einem gemeinsamen Gruppengespräch zusammenzuführen. Im Gegensatz zur Balintgruppenarbeit sind es keine Gespräche über, sondern Gespräche *mit* Patienten und ihren Angehörigen. Thematisch stehen bestimmte Krankheiten oder Krankheitsgruppen im Mittelpunkt. Ziel solcher Monte Verità-Gruppen ist das Lernen aus der gegenwärtigen Identifikation von Patient und Therapeut.

Das Neue an diesem praxisnahen Modell der Aus-, Fort- und Weiterbildung ist somit die unmittelbare Zusammenarbeit der betroffenen Kranken und den Therapeuten mit ihren spezifischen Erfahrungen und Gedanken.

Die Begegnungen können für alle Beteiligten zu einem intensiven Erlebnis werden. Die anfänglich beidseits etwas ängstlich aufrechterhaltene Rollentrennung in »Experten« (Therapeuten) und »Betroffene« (Patienten) löst sich im Verlauf dieser Sitzungen bald auf. Jeder Beteiligte, sei er Patient oder Arzt, erfährt sich in gleichem Maße sowohl als Experte als auch als Betroffener. Am Anfang steht die persönliche Betroffenheit des Patienten, am Schluß sind alle *betroffen*. Der Lerneffekt für alle Beteiligten — ganz besonders der emotional-affektive, aber auch der kognitive — ist eindeutig.

Manfred Bleuler nannte diesen Weg »erstmalig, wichtig und erfolgversprechend«, und *Paul Watzlawick* äußerte sich, er hätte als Gruppenteilnehmer in den vielen Jahren seiner therapeutischen Tätigkeit nie so viel in so kurzer Zeit gelernt. *Enid Balint* wertet diese Entwicklung als die bezeichnendste für die systemische Öffnung (family systems approach) seit dem Tode von *Michael Balint* (1896—1970).

Auch in einigen Kliniken und Spitälern wurde diese Art Diskussionsrunde u.a. bei Schlafgestörten, Fettsüchtigen, Alkohol- und Nikotinabusus gezielt eingesetzt.

»Monte Verità-Gruppen« werden im Rahmen verschiedener Tagungen und Seminare angeboten, z.B. an den »Brücken-Tagungen« Allgemeinmedizin-Psychosomatik in Heidelberg, auf der Therapiewoche Karlsruhe, bei den internationalen Balint-Treffen (Szeged, Freiburg/Br., Graz). Sie wurden auch in den TV-Sendungen »Wortwechsel« zum Thema »*Begegnung als Therapie*« diskutiert. Von verschiedenen Gruppen wurden *Video-Kassetten* angefertigt von Gesprächen über Angst und Depression und auch über Brustkrebs, Alkohol-, Drogen- und Medikamenten-Abhängigkeit sowie über psychosomatische Erkrankungen. Auf 30 bis 45 Min. gekürzt, sind diese Video-Kassetten ein Stimulans für die Aus- und Fortbildung.

Der Wunsch nach mehr persönlichem Kontakt ist groß. An verschiedenen Orten sind ständig neue Gruppen — als Erweiterung von Selbsthilfe-Arbeit und gegenseitige Ergänzung — im Aufbau begriffen. Die Kooperation von Ärzten und Krankenschwestern, die sich für diese Gruppen interessieren, liegt im wesentlichen in der medizinischen Aufklärung und Begleitung.

Um die Entwicklung dieser Bemühungen zu fördern und zu unterstützen, werden in Ascona weiterhin jährlich Studentinnen, Studenten, Krankenschwestern und Pfleger für ihre jeweils eingerichteten *Arbeiten mit Balintpreisen* ausgezeichnet.

Anfragen können an das

Balint-Dokumentationszentrum, CH-6612 Ascona, Prof. Dr. Dr. B. Luban-Plozza, gerichtet werden.

Ankündigungen/Announcements

Internationaler Kongreß für Kinder- und Jugendpsychiatrie 1991

Thema: Störungen der kindlichen Entwicklung

Kongreßleitung: Prof. Dr. med. F. Poustka, Leiter der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Frankfurt/Main, Deutschordenstr. 50, D-6000 Frankfurt/M. 71, Tel. (069) 63 01 54 08

Ort: Kurtheater und Maritim Kurhaushotel in Bad Homburg

Zeit: 1.—4. Mai 1991

Informationen: Internationaler Kongreß für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Congress Project Management GmbH, Letzter Hasenpfad, D-6000 Frankfurt/M. 70, Tel. (069) 61 04 74

21. Verhaltenstherapiewoche in Kiel 1991

Veranstalter: IFT Institut für Therapieforschung, München in Zusammenarbeit mit den Abteilungen Medizinische und Klinische Psychologie der Universität Kiel

Ort: Kiel

Zeit: 3.—8. Mai 1991

Information: IFT Institut für Therapieforschung, Verhaltenstherapiewoche, Parzivalstraße 25, 8000 München 40, Tel. (089) 36 08 04-22

Supervisionskongreß Kassel 1991

Thema: Das Thema und seine Entwicklung im Supervisionsprozeß

Veranstalter: Gesamthochschule Kassel — Universität, FB 04/Studiengang Supervision

Ort: Gesamthochschule Kassel — Universität

Zeit: 9.—11. Mai 1991

Information: Frau S. Liebendahl, A.-Bode-Str. 10, D-3500 Kassel, Studiengang Supervision, Tel. (05 61) 29 51

3rd International Congress On Somatotherapy Strasbourg 1991

Topic: The Body, The Missing Link In Psychotherapy

Organizer: L'Innovation Psychiatrique (President: Wassilis Zaruchas) and La Revue »Somatotherapies« (Director: Richard Meyer)

Place: Strasbourg, Palais des Congrès, Place de Bordeaux

Time: May 9—11, 1991

Information: Comité D'Organisation »Somatotherapies«, 20 Place des Halles, F-67000 Strasbourg, France

24. Internationales Trainingsseminar für Gruppendynamik der ÖAGG Alpbach/Tirol

Veranstalter: Österreichischer Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik ÖAGG

Ort: Alpbach/Tirol
 Zeit: 25.-30. Mai 1991
 Information: ÖAGG — Alpbach Sekretariat, Alfred Frank, Heiligenstädter
 Straße 7/8, A-1190 Wien
 Anmeldeschluß: 22. März 1991

23. Verhaltenstherapiewoche (Sommerprogramm) des IFT in Dresden 1991

Veranstalter: IFT Institut für Therapieforschung, München
 Ort: Dresden
 Zeit: 7.—11. Juni 1991
 Information: IFT Institut für Therapieforschung, Verhaltenstherapiewoche,
 Parzivalstraße 25, 8000 München 40, Tel. (089) 36 08 04-22

1. Schweizerische Fachtagung für Integrative Kindertherapie Zürich 1991

Veranstalter: Fritz-Perls-Institut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
 Zürich
 Thema: Heilende Kräfte im kindlichen Spiel
 Ort: Zürich, Paulusakademie
 Zeit: 5.—7. Juli 1991
 Information: Fritz-Perls-Institut für Integrative Kinder- und Jugendlichenpsy-
 chotherapie, Frau Nelly Walt, Turnweg 21, CH-3013 Bern, Schweiz

*XVI. International Conference of the IASP on Suicide Prevention and Crisis
 Intervention and 19. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Suizidpräven-
 tion — Hilfe in Lebenskrisen (DGS)*

Leading Topics: Suicide in the Elderly, Role of Volunteers in Suicide Preven-
 tion, Risk-Tasking Behavior versus Parasuicide, Crisis Intervention in General
 Hospitals
 Place: Hamburg, Germany
 Time: September 1—5, 1991
 Information: Mrs. E. Prigge, c/o Allgemeines Krankenhaus Ochsenzoll, Lan-
 genhorner Chaussee 560, D-2000 Hamburg 62, Germany,
 Telephone: (+ 49-40) 52 71 20 01-20 02, Telefax: (+49-40) 52 71 28 70

International Congress on Schizophrenia & Affective Psychoses

Leading Topic: Nosology in Contemporary Psychiatry
 Organizer: Department of Psychiatry, University of Geneva under the auspi-
 ces of the World Health Organization, Division of Mental Health and the
 CODE International Collegium
 Place: Geneva, Switzerland
 Time: September 12—14, 1991
 Information: SYMPORG S.A., 108 route de Frontenex, CH-1208 Geneva,
 Switzerland, Telephone: (+41 22) 7 86 37 44, Telefax: (+41 22) 7 86 40 80

22. *Verhaltenstherapiewoche (Herbstprogramm) des IFT in Freiburg/Breisgau 1991*

Veranstalter: IFT Institut für Therapieforschung, München mit Unterstützung des Deutschen Caritasverbandes

Ort: Freiburg/Breisgau

Zeit: 13.-19. September 1991

Information: IFT Institut für Therapieforschung, Verhaltenstherapiewoche, Parzivalstraße 25, 8000 München 40, Tel. (089) 36 08 04-22

1. *Deutscher Psychologentag Dresden 1991*

Veranstalter: Berufsverband Deutscher Psychologen e.V.

Thema: »50 Jahre Diplom-Psychologen in Deutschland — Perspektiven in Europa

Ort: Universität Dresden

Zeit: 19.—22. September 1991

Information: Berufsverband Deutscher Psychologen, Frau Petra Walkenbach, Heilsbachstraße 22, 5300 Bonn 1, Tel. (02 28) 64 07 26

XV. *Internationaler Kongreß für Psychotherapie Hannover 1991*

Veranstalter: Internationale Gesellschaft für Ärztliche Psychotherapie

Durchführung: Allgemeine Ärztliche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT)

Thema: Psychotherapeutische Versorgung

Unterthemen:

- Situation der Psychoanalyse und Psychotherapie in verschiedenen Kulturkreisen und Ländern
- Psychotherapeutische Erfahrungen mit Opfern von Terror und politischer Gewalt
- Politische, religiöse und kulturelle Einflüsse auf die Durchführung von Psychotherapie
- Manifestations- und Verarbeitungsformen von Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und psychosomatischen Krankheiten einschließlich Sexualstörungen in verschiedenen Kulturkreisen und Ländern
- Transkulturelle Aspekte der Psychodynamik (z.B. Selbst, Objektbeziehungen, Abwehr, Triebe, Affekte)
- Diagnostik und Indikationsstellung in der Psychotherapie (z.B. Einzeltherapie, Familientherapie, Gruppentherapie)
- Psychotherapie bei älteren Menschen
- Psychotherapie bei Enkulturationsprozessen
- Abgrenzung von Psychotherapie und Beratung (Beitrag unterschiedlicher Berufsgruppen)
- Ätiopathogenese psychogener Erkrankungen einschließlich soziokultureller Einflüsse

— Epidemiologie
 — Psychotherapieforschung
 Ort: Hannover
 Zeit: 16.-20. September 1991
 Information/Anmeldung: Fachausstellungen Heckmann GmbH, Hohenzol-
 lernstr. 4, Postfach 26 65, D-3000 Hannover 1, Telefon: (05 11) 34 50 51; Tele-
 fax: (05 11) 34 22 58; Telex: 922 907

XVth International Symposium of the Fulton Society along with the 116th Annual Meeting of the American Neurological Association Seattle 1991
 Leading Topic: The Search for the Genetic Basis of the Neurological Diseases
 Place: Seattle, WA (USA)
 Time: September 1991
 Information: Prof. Dr. Victor Soriano, Calle Buenos Aires 363, Montevideo-Uruguay

10. Gemeinsame Tagung der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapie und Psychopädie (DGPP) und der Arbeitsgemeinschaft für Atempflege und Verband der Atemlehrerinnen (AFA) München 1991

Veranstalter: Deutsche Gesellschaft für Psychotherapie und Psycho-
 pädie e.V., Arbeitsgemeinschaft für Atempflege und Verband der
 Atemlehrerinnen e.V.

Thema: Der Mensch und seine Gesundheit. Psychopädie und Atempädagogik in Vorbeugung, Behandlung und Rehabilitation.

Ort: München

Zeit: 1.—3. November 1991

Information: Deutsche Gesellschaft für Psychotherapie und Psycho-
 pädie e.V., Dr. Jakob Derbolovsky, Lochhauser Straße 12, D-8039
 Puchheim, Tel. (089) 80 22 80, Telefax (089) 87 39 99

Third International Congress on Psychiatry, Law and Ethics Jerusalem 1991
 in Conjunction with the 8th Israel Medical Week of the Israel Medical Association

Organizer: The Society for Medicine and Law in Israel

Place: Binyanei Hauma Convention Center Jerusalem

Time: November 4—7, 1991

Information: Congress Secretariat of the Third International Congress on
 Psychiatry, Law and Ethics, Stier Group Ltd., 190A Ben Yehuda St., Tel Aviv,
 Tel.: 03-22 41 53, Telefax: 03-24 77 82, 03-22 41 51

*Veranstaltungen des Fritz Perls Instituts**1. Europäische Tagung für Integrative Bewegungstherapie*

Thema: Ist Bewegungstherapie Psychotherapie?

Veranstalter: EGA in Zusammenarbeit mit der Freien Universität Amsterdam

Ort: Amsterdam

Zeit: 10.—11. Mai 1991

2. 1. Europäischer Kongreß für Supervision

Thema: Supervision in sozialen Brennpunkten

Ort: Salzburg

Zeit: 4.—6. Oktober 1991

3. Tagung

Thema: Handlungsfeldorientierte Gruppen- und Teambberatung sowie Supervision für Sonderpädagogen und benachbarte Berufe

Veranstalter: Institut f. Sonderpädag. d. Univ. Zürich (JSP) und Heilpädag. Institut d. Univ. Fribourg (ISPI)

Ort: Zürich

Zeit: 11.-12. Oktober 1991

4. Tagung

Thema: Bewegungstherapie mit alten Menschen und Hochbetagten

Ort: Amsterdam

Zeit: November 1991

Information: Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit (EAG), Wefelsen 5, D-5609 Hückeswagen, Tel. (0 21 92) 85 80

82. Gruppendynamische Klausurtagung der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) in Paestum, Sommer 1991

Veranstalter: Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP)

Gesamtleitung: Dr. med. Günter Ammon

Ort: Tagungszentrum der DAP in Paestum (bei Salerno/Süditalien)

Zeit: 25. August — 4. September 1991

Information/Anmeldung: Lehr- und Forschungsinstitute der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V., LFI Berlin, Wielandstraße 27/28, D-1000 Berlin 15, Tel. (030) 8 81 80 59 / 8 81 80 50; LFI München, Goethestraße 54, D-8000 München 2, Tel. (089) 53 96 74/75

Kongreß für Klinische Psychologie und Psychotherapie

Veranstalter: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. in Zusammenarbeit mit: Arbeitsgemeinschaft Verhaltensmodifikation Österreich (AVM) und Schweizerische Gesellschaft für Verhaltenstherapie (SGVT)

Thema: »Psychotherapie unter der Lupe«

Ort: Berlin

Zeit: 16.-21. Februar 1992

Information: DGVT-Geschäftsstelle, Postfach 13 43, 7400 Tübingen, Tel. 0 70 71 / 4 132 11

9. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XXII. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) über Neurose und Schizophrenie – Regensburg 1992

Veranstalter: World Association for Dynamic Psychiatry WADP Inc. Bern und die Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.

Ort: Universität Regensburg

Zeit: 29. April bis 3. Mai 1992; 4. Mai Nachkongreß in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaike München

Thema: Neurose und Schizophrenie. Theoretische und klinische Erfahrungen und Konsequenzen.

Information/Anmeldung: Lehr- und Forschungsinstitute der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V., LFI Berlin, Wielandstraße 27/28, D-1000 Berlin 15, Tel. (030) 8 81 80 59 / 8 81 80 50; LFI München, Goethestraße 54, D-8000 München 2, Tel. (089) 53 96 74/75

Im nächsten Heft erscheint. . .

Antonio Lambertino (Parma)
Ist der Todestrieb ursprünglich?

Ilse Burbiel/Renate Bez/Monika Dworschak/Henriette Oetzmann (München/
Berlin)
Zur Stabilität des Autokinetischen Lichttests

Józef Varga/György Kóczán/Károly Ozsváth (Pécs)
Sociophysiological Factors in Group Psychotherapy

Bernhard Richarz (München)
Kritik der psychiatrischen Rehabilitation aus dynamisch-psychiatrischer Sicht

Béla Buda (Budapest)
Systemaspekte der Psychotherapie

Andrzej Guzek (Warschau)
Neue Dimensionen in der Psychotherapie der Psychosen

Carlo Bonomi (Diaceta/Florenz)
Entwicklung, Regression und therapeutische Umwelt bei schwerem
Schwachsinn im Erwachsenenalter

Dorothee Doldinger/Ulrich Etschmann (München)
Theatertherapie bei psychotisch strukturierten Patienten in der Klinik Men-
terschwaige

Adam Szymusik/Anna Szymusik/Christina Ostoja-Zawadska (Krakau)
Psychosocial Activities in the Therapy of Schizophrenic Patients

Impressum

Verlag, Sitz und Geschäftsstelle/Publishing House, seat and office:
 »Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH München,
 Goethestraße 54, 8000 München 2, Tel. (0 89) 53 96 74.

Verlagsleitung und Hauptgeschäftsstelle/Head Office
 Wielandstraße 27/28, D-1000 Berlin 15, Telefon (030) 8 81 80 59

Gesellschafter des Verlages (mit Einlagen über 5% des Stammkapitals):
 Dr. med. Günter Ammon, Arzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychoanalyse,
 Psychotherapie, Meierottostraße 1, 1000 Berlin 15 (20%)

Geschäftsführer des Verlages: Dipl. Ing. Werner Schütz, Wielandstr. 27/28,
 1000 Berlin 15.

Druck: Alfa-Druck GmbH, Buch- und Offsetdruckerei, Levinstraße 9a,
 3400 Göttingen.

Herausgeber/Editor: Dr. med. Günter Ammon, Meierottostraße 1,
 1000 Berlin 15 (verantwortlich für den wissenschaftlichen Teil).

Buchbesprechungen/Book reviews: Dr. phil. Helmut Volger, Ludwigkirchstraße 2,
 1000 Berlin 15

Nachrichtenteil/News: Verantwortlich Dr. phil. Ilse Burbiel, Presse- und Informations-
 referentin im Executive Council der World Association for Dynamic Psychiatry
 WADP, Karl-Theodor-Str. 73, 8000 München 40; Rechtsanwalt Thomas Hessel,
 Justitiar und Schatzmeister im Executive Council der World Association for Dy-
 namic Psychiatry WADP, Arcisstraße 59, 8000 München 40.

Anzeigen/Advertising Manager: Petra Hieber, Karl-Theodor-Str. 73, 8000 München 40
 (verantwortlich).

Abonnentenabteilung/Subscription management: Dipl. Ing. Werner Schütz, Wieland-
 straße 27/28, 1000 Berlin 15.

Manuskripte nehmen entgegen/manuscripts should be sent to:
 Hauptschriftleitung Dr. med. Günter Ammon, Wielandstraße 27/28, 1000 Berlin 15.

Anschrift der Redaktion/Address of the editorial staff:
 Wielandstraße 27/28, 1000 Berlin 15

Weitere Mitglieder der Redaktion/Members of the editorial staff:
 Dipl. Psych. Maria Berger, Dipl. Soz. Jürgen Blechschmidt, Dr. phil. Ilse Burbiel, Dipl.
 Psych. Gabriele von Bülow, Dipl. Psych. Daniel Hermelink, Dipl. Psych. Gerhard
 Menzel, Dr. med. Bernhard Richarz, Dr. med. Ulrike Schanné, Dr. med. Rolf
 Schmidts, Dipl. Psych. Margit Schmolke, Dr. med. Egon Fabian (Univ. Tel Aviv),
 Dipl. Psych. Astrid Thome, Dr. phil. Barbara Töpfer, Dr. phil. Helmut Volger, Dipl.
 Psych. Gerhard Wolfrum.

Die veröffentlichten Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wider. Manuskripte werden in allen Sprachen in dreifacher Ausfertigung entgegengenommen, deren Umfang nach Möglichkeit 20 doppelzeilige Schreibmaschinenseiten nicht überschreiten soll. Das Manuskript soll eine Zusammenfassung von mindestens zwei doppelzeiligen Schreibmaschinenseiten in deutsch oder englisch enthalten. Die Literaturangaben müssen jenen in diesem Heft entsprechen. Arbeiten können nur ohne Zahlung von Honorar zur Veröffentlichung entgegengenommen werden. Bilder und graphische Darstellungen können nur auf Kosten des Autors mitgedruckt werden. Der Autor erhält kostenlos 5 Beleghefte.

In der Regel dürfen nur Arbeiten eingereicht werden, die vorher weder im In- noch im Ausland veröffentlicht worden sind. Der Autor verpflichtet sich, sie auch nachträglich nicht an anderer Stelle zu publizieren.

Mit der Annahme des Manuskripts und seiner Veröffentlichung geht das Verlagsrecht für alle Sprachen und Länder einschließlich des Rechts der photomechanischen Wiedergabe oder einer sonstigen Vervielfältigung an die »Pinel« Verlag für humanistische Psychologie und Philosophie GmbH München über. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Fotos etc. wird keine Haftung übernommen.

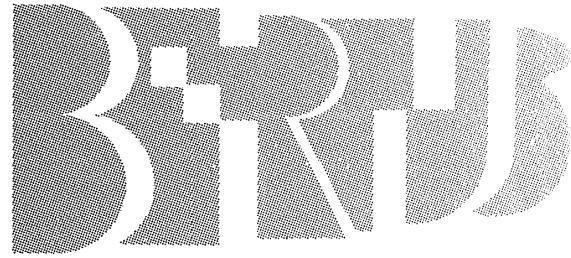
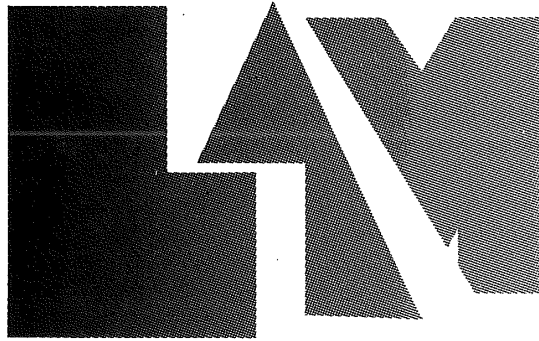
Die Dynamische Psychiatrie erscheint zweimonatlich. Jahresabonnement DM 96,— (zzgl. Porto), für alle Mitglieder der DAP, der DGG, der DGPM, der WADP und der DGDP, für Ärzte im Vorbereitungsdienst, Studenten und Mitarbeiter der Psychoanalytischen Kindergärten gegen Nachweis nur in Deutschland DM 75,— (zzgl. Porto). Studenten DM 48,— (zzgl. Porto). Einzelheft DM 18,—. Das Abonnement verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn es nicht vier Wochen vor Ablauf des Bezugsjahres gekündigt wird. Zahlung des Jahresabonnements bis zum 1.4. d.J. auf das folgende Konto: Bank für Sozialwirtschaft Berlin (BLZ 100 205 00), Kto.-Nr. 31 273 00.

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

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

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

Dynamic Psychiatry is published bi-monthly. Annual subscription rate \$ 12,— per individual copy \$ 70,— (including postage charge \$ 78,—). Air mail delivery with additional payment on special request. The subscription is prolonged for one year, if it has not been cancelled four weeks before the end of the year. The annual subscription rate should be paid by the 1st of April. The money should be remitted on the account of »Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH Bank für Sozialwirtschaft Berlin (BLZ 100 205 00), Kto.-Nr. 31 273 00.



Neuerscheinungen Frühjahr '91

Marina Lewkowicz (Hrsg.)

Neues Denken in der Sozialen Arbeit

Mehr Ökologie – mehr Markt – mehr Management
ca. 250 Seiten, kart. lam., ca. DM 28,-

Harro Dietrich Kähler

Erstgespräche in der sozialen Einzelhilfe

216 Seiten, kart. lam., ca. DM 26,-

Martin R. Textor

Familien: Soziologie, Psychologie

Eine Einführung für soziale Berufe
280 Seiten, kart. lam., ca. DM 28,-

Jürgen Dettbarn-Reggentin/Heike Reggentin (Hrsg.)

Neue Wege in der Bildung Älterer

Band 1: Theoretische Grundlagen und Konzepte
ca. 168 Seiten, kart. lam., ca. DM 24,-

Band 2: Praktische Modelle und Projekte
ca. 192 Seiten, kart. lam., ca. DM 28,-

Band 1 und 2 zusammen ca. DM 47,-

Hildegard Bechtler (Hrsg.)

Gruppenarbeit mit älteren Menschen

ca. 192 Seiten, kart. lam., ca. DM 28,-

Günter Salz

Armut durch Reichtum

Soziale Brennpunkte als Erbe der sozialen Frage:
praktische Erfahrungen und theoretische Einsichten
ca. 160 Seiten, mit Abb., kart. lam., ca. DM 24,-

Thomas Olk

Ehrenamtliche Arbeit in England

ca. 100 Seiten, kart. lam., DM 16,-

Andreas Wollasch

Der Katholische Fürsorgeverein für Mädchen, Frauen und Kinder (1899–1945)

ca. 500 Seiten, kart. lam., ca. DM 70,-

Donata Elschenbroich/Otto Schweitzer

Kindheit in der Bundesrepublik

Orientierungshilfen für Aussiedlerfamilien
Video VHS, 45 Minuten, mit Begleitheft, 16 Seiten,
geh., zusammen DM 48,-. Begleitheft bei zusätzlicher
Abnahme von 10 Exemplaren DM 16,-
Vom Begleitheft ist kein Einzelbezug möglich

Monica McGoldrick u. a. (Hrsg.)

Feministische Familientherapie in Theorie und Praxis

Aus dem Amerikanischen von Ursula Sommerkamp
ca. 240 Seiten, kart. lam., ca. DM 30,-

Marion Poensgen

Abschied von den unvergessenen Kindern

Frauen nach Schwangerschaftsabbruch und Adoptions-
freigabe
ca. 180 Seiten, kart. lam., ca. DM 28,-

Christa Appel

Frauen – Alkohol – Gesellschaft

Zur Relevanz und Aktualität der amerikanischen Tem-
perenzbewegung
ca. 192 Seiten, kart. lam., ca. DM 26,-

Georg Theunissen

Heilpädagogik im Umbruch

Über Bildung, Erziehung und Therapie bei geistiger
Behinderung
164 Seiten, kart. lam., DM 24,-

Ursula Hebborn-Brass

Verhaltensgestörte Kinder im Heim

Eine empirische Längsschnittuntersuchung zu Indika-
tion und Erfolg
ca. 360 Seiten, kart. lam., ca. DM 40,-

Georg Ludemann

Rehabilitationsrecht für psychisch Kranke und seelisch Behinderte

Gesetzliche Regelungen und rechtliche Rahmenbedin-
gungen in der ambulanten und komplementären
psychiatrischen Versorgung
102 Seiten, kart. lam., DM 18,-

Verlangen Sie den ausführlichen Prospekt
„Neuerscheinungen Frühjahr '91“.

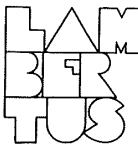
Lambertus-Verlag GmbH

Postfach 1026

D-7800 Freiburg

Telefon 07 61 / 3 15 66

Telefax 07 61 / 3 70 64



Die Nachdenklichkeit wächst

Nicht nur bei Ärzten und Patienten. Chemotherapie ist beispielsweise nicht mehr das non plus ultra. Neue ganzheitliche Therapien werden praktiziert. Mit Erfolg. **raum&zeit** informiert über sie.

Eine neue Generation von Ärzten, Zahnärzten, Physikern, Wissenschaftlern und Forschern ist im Kommen. Ihnen geht es mehr um die Menschen als um Geld und Karriere. Sie schreiben für **raum&zeit**.

Für die neue Dimension der Wissenschaft. Einer humanen Wissenschaft. Geleitet vom Prinzip Hoffnung.

Und es gibt ein neues Lese-Publikum. Etabliert und gebildet, aber nachdenklich und kritisch gegenüber der orthodoxen Wissenschaft.

Menschen, die ökologisch bewußt und bereit sind, zu handeln. Zumeist in guten Positionen als Freiberufler oder in Wissenschaft, Wirtschaft und Politik tätig. Menschen ohne Zukunftsangst, aber mit der klaren Erkenntnis, daß dieser Zukunft zuliebe mit Tabus in Natur- und Geisteswissenschaft gebrochen werden muß. Damit neue Erkenntnisse sich endlich Bahn brechen können. Für sie wird **raum&zeit** gemacht.

Alte Denkstrukturen brechen auf. Nicht nur im Osten Europas, sondern auch bei uns. Möglicherweise geht auch hier die Entwicklung schneller als wir alle ahnen. **raum&zeit** trägt seinen Teil dazu bei.

Wenn Sie **raum&zeit** kennenlernen wollen, fordern Sie ein kostenloses Probeexemplar an. Am besten heute noch bei:

EHLERS-Verlag
Daimlerstraße 5
8029 Sauerlach

Ja, ich möchte **raum&zeit** kennenlernen.
Bitte senden Sie mir ein kostenloses Probeexemplar

Vorname:

Name:

Straße und Hausnr.

Postleitzahl:

Ort
