

Grundzüge der klinischen Humanstrukturellen Psychotherapie*

Günter Ammon (Berlin/München), Ilse Burbiel (München)

Die Autoren stellen in der vorliegenden Arbeit eine zusammenfassende Übersicht über die Grundzüge des seit über 30 Jahren in Entwicklung befindlichen Konzepts der Humanstrukturlehre der Dynamisch-Psychiatrischen Schule Günter Ammons vor mit dem Ziel, die spezifischen Theorieelemente und die wissenschaftlich-diagnostische Methodik im Kontext der praktisch-therapeutischen Arbeit mit schwer psychisch Kranken zu diskutieren. Durch die systematisch aufgebaute Darstellung der theoretischen Grundbegriffe, der humanstrukturellen Arbeit im Klinikmilieu, der psychologisch-psychiatrischen Diagnostik und der seit vielen Jahren konstant entwickelten Effizienz- und Katamnesticuntersuchungen wird die dynamisch-psychiatrische Behandlung deutlich mit ihren grundlegenden Paradigmata eines ganzheitlichen Verständnisses vom Menschen, eines dynamischen und Entwicklungsverständnisses von Krankheit und Gesundheit, eines gruppensozialenergetischen Feldkonzeptes, einer Strukturtherapie der Gesamtpersönlichkeit anstatt Symptomtherapie und einer grundsätzlich optimistischen Einstellung zum Menschen und zur Heilung. Verbale und non-verbale Therapieformen innerhalb des integrierenden, sozialenergetisch und gruppensozialenergetisch strukturierten Feldes von Mitpatienten und Therapeuten ermöglichen die Aktivierung gesunder Anteile und eine Nachentwicklung unentwickelter oder verstümmelter Humanfunktionen.

Einleitung

Unsere Schule einer Dynamischen Psychiatrie oder besser der Humanstruktururologie entstand im Laufe der letzten fünfundzwanzig Jahre, herkommend von Günter Ammons psychotherapeutischer Tätigkeit als klassischer Psychiater und Psychoanalytiker in Deutschland und in den USA. Grundlegend für diese Entwicklung war, dass die traditionellen therapeutischen Denkmodelle sich als wenig hilfreich in der Behandlung schwerer psychischer Störungen, wie der großen Gruppe der Borderline-, Psychosomatik- und Suchterkrankungen sowie der Gruppe der unter Zwang, schizophrenen oder manisch-depressiven Reaktionen Leidenden erwie-

* Vortrag, gehalten am 26. April 1991 am Berliner Institut für Dynamische Psychiatrie u. Gruppendynamik der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) und am 3. Mai 1991 am Münchner Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse. Erstveröffentlichung in der *Dynamischen Psychiatrie* 1992, Heft 1-2

sen. Weder die Begrenzung der Therapie auf Patienten mit „nur-neurotischen“ Reaktionsformen durch die Standardmethode noch der Versuch, diese Methode auf schwerere Krankheitsbilder auszudehnen, zeigten sich erfolgreich. Selbst bei den klassisch psychoanalytischen Krankheitsbildern der Hysterien, Phobien und der Zwangsneurose wurden früh entwickelte und tiefer in Psychosenähe liegende Schädigungen – wir sprechen von humanstrukturellen Störungen – deutlich und führten uns zu einer Überprüfung von Denk- und Behandlungsmodellen. Gerade die Behandlung dieser, ihre unbewusste Gesamtproblematik im Wiederholungszwang ausagierenden Patienten fordert einen Einstellungswandel der Wissenschaftler und Praktiker: einen Paradigmenwechsel in der Psychiatrie und Psychoanalyse.

Paradigmenwechsel

Unter einem Paradigmenwechsel verstehen wir einen Wechsel in der Einstellung zur Wissenschaft, zum Menschen, einen Wechsel in der Einstellung zu dem, was man bisher als Krankheit bezeichnet hat und ihren Kategorien, eine Einstellung, die auch immer den Wechsel der Einstellung zu sich selbst bis hin zu gesellschaftlichen Organisationsformen beinhaltet. Bei einem Paradigmenwechsel in der Psychiatrie geht es deshalb darum, die Einstellung zum Menschen schlechthin zu ändern, auch die Vorstellung von Gesundheit und Krankheit. Dies beinhaltet auch den Wechsel in der Vorstellung von Körper, Geist und Seele und deren Strukturen und Funktionen. Es geht uns nicht nur um einen Paradigmenwechsel in der Psychiatrie und Psychoanalyse, sondern um einen Paradigmenwechsel in der Wissenschaft vom Menschen an sich, und wir fühlen uns keiner bestimmten Wissenschaftsauffassung verpflichtet, weder der naturwissenschaftlichen noch der rein geisteswissenschaftlichen Richtung, noch der Beibehaltung der neuzeitlichen Spaltung des Wissens und Erkennens in Natur- und Geisteswissenschaft.

Die Schulpsychiatrie und ursprünglich auch die Psychoanalyse folgen dem naturwissenschaftlichen Paradigma in der Verpflichtung, psychisch-geistige Prozesse auf organische Bedingungen und Ursachen zurückzubeziehen. Dies gilt für das Konzept eines angeborenen Triebgeschehens, das Freuds Menschenbild und seiner gesamten Theorieentwicklung zugrundeliegt, wie für die Bemühungen der Organpsychiatrie, für die schweren psychiatrischen Erkrankungen nach organischen

Ursachen zu suchen auf dem Hintergrund einer letztendlich als vererbt angenommenen Konstitutionalität, was einhergeht mit dem Paradigma der Nichtverstehbarkeit psychisch-geistiger Krankheitsprozesse. Die Dynamische Psychiatrie setzt dem Dogma der Nichtverstehbarkeit und dem psychotherapeutischen Pessimismus gegenüber den psychotischen Erkrankungen das Paradigma der Verstehbarkeit und des therapeutischen Optimismus entgegen. Von dieser grundlegenden Haltung und Einstellung ist das gesamte therapeutische Denken getragen, und der Entwicklungsoptimismus, das Vertrauen in die Entwicklungsmöglichkeiten ist eine der wesentlichen Säulen, auf der unsere therapeutische Arbeit ruht.

Die Diskussion über die Heredität, Konstitutionalität und Vulnerabilität hat für unsere Konzeption und unser Anliegen einer Psychosenpsychotherapie keine Bedeutung. Heilen kann nur der, der an Heilung glaubt, selbst wenn sich die Vorstellung darüber, wie geheilt werden kann, prozesshaft immer wieder ändert im Laufe der Wissenschaftsentwicklung. Die Vorstellung, z. B. die Schizophrenie sei unheilbar bzw. ein Patient sei unheilbar, verunmöglicht an sich schon Heilung. Nur ein zum Menschen hin offenes Wissenschafts- und Behandlungssystem, das selbst immer wieder von Neuem Veränderungen durchschreitet, ist eine Wissenschaft, die dem Menschen dient (Ammon 1982b, Ammon 1991).

Menschenbild

Unsere wesentlichen Konzeptionen sind in der Behandlungspraxis, in der konkreten Begegnung mit dem Menschen erarbeitet worden auf der Grundlage eines Menschenbildes und Gesundheits- und Krankheitsverständnisses, das möglichst umfassend versucht, dem Wesen des Menschen in seinen Entwicklungsbedürfnissen zu entsprechen.

Wir verstehen den Menschen als ein in Körper, Seele und Geist ganzheitliches und mehrdimensionales Wesen, wobei Kranksein nur eine Dimension des Menschen umfasst (Ammon 1982b). Entscheidend sind die bereits entwickelten und gesunden Seiten und Möglichkeiten (Ammon 1985). Der Mensch ist ein Beziehungswesen, ein Gruppenwesen, d. h., er wird in ein Netz von Beziehungen und Beziehungsdynamiken hineingeboren, und die Qualität dieser Beziehungsdynamiken bedingen die Entwicklung seiner Persönlichkeit. Der Mensch ist ein individuelles Wesen mit einem Bedürfnis nach Identität, Selbstverwirklichung und einem Sinn im Leben, wobei Identität die augenblickliche Ganzheit der

Persönlichkeit ausmacht und kontinuierlich in Entwicklung begriffen ist (Ammon 1976, 1982). Der Mensch ist von der Geburt an bis hin zum Augenblick seines Todes ein sich entwickelndes Wesen. Die Identitätsentwicklung verstehen wir als einen lebenslangen Prozess (Ammon 1982c).

Kranksein in unserem dynamisch-psychiatrischen Verständnis meint Verlust der Homöostase von Körper, Seele und Geist, Einengung der Mehrdimensionalität auf wenige Dimensionen, bedeutet Störungen in den vergangenen und gegenwärtigen Beziehungsdynamiken und Arretierung der Entwicklung. Depression, Psychosomatik, destruktive Aggression und Sexualität, psychotische Reaktionen und Flucht in Alkohol oder Drogen verstehen wir als nicht gelungene Befreiungsversuche aus unbewusst und unerträglich gewordener Einengung. Die Anwendung von Krankheitsbegriffen hat dabei nur den Stellenwert einer groben und der Kommunikation dienenden Orientierung (Ammon 1985).

Identität – Gruppe – Sozialenergie

Als entscheidend für die Identitätsentwicklung eines Menschen sehen wir die unbewusst gewordenen Erfahrungen seiner frühen Lebenszeit, noch vor die Entwicklung des Sprechens und der Sprache zurückreichende Erfahrungen in der Symbiose mit der Mutter und der umgebenden Gruppe an, in einer Zeit, in der sich das Bewusstsein erst nach und nach mit der Entwicklung der Identität herausdifferenziert. Dabei gehören Identität und Gruppe immer zusammen; denn erst durch ein Erleben und Erfahren der eigenen Persönlichkeit im Spiegel der anderen Menschen in der Gruppe kann Identitätsentwicklung stattfinden. Identität ist das Bleibende einer Persönlichkeit und gleichzeitig nichts Bleibendes. Identität ist als Prozess, als fortwährendes Suchen, als fortwährende Entwicklung zu verstehen, die jeweils Spuren hinterlässt. Die Identität wächst durch Sozialenergie (Ammon 1982a)

In der Theorieentwicklung der Dynamischen Psychiatrie haben wir an die Stelle des traditionellen Freudschen Begriffes der Libido das Konzept der Sozialenergie gesetzt. Sozialenergie ist die psychische Energie, die Kraft und Stärke, die sich Menschen untereinander geben, wenn sie miteinander Kontakt haben. Dabei kann Sozialenergie konstruktiv, destruktiv oder defizitär sein. Konstruktive Sozialenergie bedeutet, Verständnis und Interesse für den anderen Menschen zu entwickeln, sich mit ihm auseinanderzusetzen, ihn in seinem Sein ernstzunehmen. Die defizitäre Dyna-

mik von Sozialenergie drückt sich in fehlendem Interesse und fehlender Zuwendung bei normaler Betreuung aus. Es fehlt ein Verständnis für den Menschen, seine Eigenarten und eine Auseinandersetzung mit ihm. Defizitäre Sozialenergie ist verweigerte Sozialenergie, das Ignorieren von Menschen. Demgegenüber ist destruktive Sozialenergie durch offene Destruktion unter Menschen, Verbote, Lebenseinengungen, Bestrafungen, Beschimpfungen und Zwänge aller Art gekennzeichnet, behält in ihren Ausformungen allerdings immer noch einen Mitteilungscharakter und drückt ein dysfunktional gewordenes Bedürfnis nach Kontakt und Beziehung aus (Ammon 1982a).

Der in der frühen Lebensgruppe erfahrene sozialenergetische Austausch, der bestimmt wird durch die diese Gruppe kennzeichnende Gruppendynamik, ist verantwortlich für die spezifische Persönlichkeitsentwicklung des Kindes und damit für seine weitere Entwicklung. Sozialenergie ist die Energie, die den Persönlichkeitsaufbau veranlasst: Persönlichkeitsstruktur kann sozusagen als manifestierte Sozialenergie betrachtet werden.

Humanstrukturmodell

In dem von uns 1976 formulierten und in den folgenden Arbeiten ausdifferenzierten Humanstrukturmodell (vgl. z.B. Ammon 1979, 1982a, b, c, 1985, 1989) sind die zentralen Aspekte des Gesundheits- und Krankheitsverständnisses auf einer strukturell-dynamischen Ebene gefasst.

In der Humanstruktur eines Menschen unterscheiden wir primäre organische Strukturen, die die neurophysiologischen und biologischen Funktionen des Menschen beschreiben, zentrale, im Unbewussten angesiedelte Humanfunktionen wie die Aggression, die Abgrenzung nach innen und außen, die Angst, Kreativität, Sexualität, Narzissmus und Identität, und die das Verhalten bestimmenden Fähigkeiten und Fertigkeiten umfassenden sekundären Humanfunktionen, die wir dem Bereich des Bewussten zurechnen. Alle drei Bereiche sehen wir mit gleitenden Übergängen, in einem Synergismus von unbewussten, bewussten, geistigen und auch körperlichen Aktivitäten, die immer dynamisch zu sehen sind.

Die Humanfunktionen werden ihrer Ausprägung entsprechend als konstruktiv, destruktiv oder defizitär qualifiziert. In ihrer konstruktiven Ausprägung haben die Humanfunktionen eine regulative, in ihrer destruktiven und defizitären eher eine dysregulative Wirkung. Humanfunktionen entwickeln sich ontogenetisch durch die den Menschen um-

gebenden Gruppen und sind primär konstruktiv angelegt. Je nachdem, ob Menschen in ihren Gruppen psychisch gefördert, behindert oder vernachlässigt werden, nimmt die Entwicklung der Humanfunktionen einen konstruktiven, destruktiven oder defizitären Verlauf. In unterschiedlichen Proportionen hat bei jedem Menschen jede Humanfunktion konstruktive, destruktive und defizitäre Anteile. Die Humanstruktur ist somit Ergebnis aller verinnerlichten bewussten und unbewussten Erfahrungen von Beziehungen in Gruppen. Zentral strukturierend ist die Primärgruppe des Menschen. Je beziehungs- und auseinandersetzungsfähiger eine Gruppe ist, desto mehr Sozialenergie kann das Individuum in seine Humanstruktur integrieren und für sich und andere Gruppen verfügbar machen (Ammon et al. 1982).

Aufgrund der individuellen Ausprägung der Lebens- und Gruppengeschichte jedes Menschen wird auch das entwickelte humanstrukturelle Geflecht individuell unterschiedlich sein, denn die Gruppendynamik leitet die Sozialenergiezufuhr, die sich wiederum entsprechend auf die einzelnen Humanfunktionen in ihrer Interdependenz auswirkt. Von daher ist es unseres Erachtens falsch, eine psychiatrische Diagnostik lediglich auf Symptomen aufzubauen – obwohl wir Symptome als Hinweise für wichtig halten – und psychisch Kranke in klar voneinander abgegrenzte Diagnosegruppen zu klassifizieren. Wir sprechen vom gleitenden Spektrum der archaischen Ich-Krankheiten und versuchen so, auf humanstruktureller Grundlage den individuellen Differenzen in einzelnen Krankheitsbildern gerecht zu werden, was wiederum Auswirkungen auf die therapeutische Behandlung hat (vgl. Ammon 1982a).

Behandlungsziel

In diesem strukturdynamischen Verständnis bedeutet Kranksein eine Störung in der Regulation der strukturbildenden und verändernden sozialenergetischen Austauschprozesse zwischen dem Einzelnen und der Gruppe. Krankheitssymptome stellen den Versuch dar, das strukturelle Defizit im zentralen Kern der Persönlichkeit zu kompensieren und sind als Regulations- und Integrationsersatz zu verstehen. Sie füllen gewissermaßen das „Loch im Ich“ (vgl. Ammon 1972) und verhindern damit den Zusammenbruch der Gesamtpersönlichkeit. Wird bei einem Patienten durch Eingriffe von außen z. B. ein körperliches Symptom aufgehoben, so kann es zu akuten psychotischen Reaktionen kommen. Es wird deut-

lich, dass die Symptomreduzierung nicht das zentrale Behandlungsziel der Dynamischen Psychiatrie sein kann, sondern dass es darum geht, dem Menschen zu ermöglichen, wieder entwicklungsfähig zu werden, d. h. Humanfunktionen nachzuentwickeln und destruktive zu konstruktiven Funktionen hin zu verändern. Die psychotherapeutische Arbeit muss, um nicht nur vorübergehende Besserungen der Befindlichkeit des Menschen, sondern grundlegende Strukturveränderungen der Persönlichkeit zu erreichen, am unbewussten Kern der Humanstruktur ansetzen. Unsere klinischen Erfahrungen und empirischen Untersuchungen sprechen dafür, dass die Symptome sozusagen von selbst verschwinden, wenn strukturelle Veränderungen stattgefunden haben (u. a. Ammon 1988).

Behandlungsziel der Dynamischen Psychiatrie ist die Identitätsentwicklung, Aufhebung von Defizit und Arretierung, damit der Mensch zunehmend in die Lage versetzt wird, mit sich selbst, seinem Unbewussten, seinen Bedürfnissen und mit seiner Umgebung in Beziehung zu treten. Humanstrukturelle Therapie muss immer eine Therapie der Identität sein. Im Mittelpunkt jeder Identitätstherapie steht, wer ein Mensch wirklich ist und wer er sein kann. Das Verstehen menschlichen Leidens auf der Grundlage des Humanstrukturmodells ermöglicht es, ein oberflächliches Arbeiten an der Persönlichkeitsfassade, ein bloßes Aufbauen von sekundären Humanfunktionen, die letztlich unintegriert bleiben, wie es bei vielen Anpassungstherapien der Fall ist, zu vermeiden. Die Identitätstherapie hat den Menschen in seinem Kern zu erreichen. Sie ist eine ständige Auseinandersetzung, wer der Mensch in der Gruppe ist, wer er sein kann, wie er mit anderen Menschen leben kann (Ammon 1979).

Einem in seiner Ganzheit gestörten, auf wenige Dimensionen eingeeengten, in seiner Persönlichkeit desintegrierten Menschen, der im Kontakt zu sich selbst, zum Unbewussten, zu seinen Bedürfnissen, zu anderen Menschen, zur Umwelt, Kultur und Natur entfremdet ist, muss ein therapeutisches Angebot entgegengebracht werden, das ihm das Fehlende ermöglicht: eine integrierte, möglichst ganzheitliche und gleichzeitig differenzierte Behandlung unter Einbeziehung der Gruppendynamik und des Unbewussten bei Schaffung von möglichst konstruktiven sozial-energetischen Feldern. Die Dynamisch-Psychiatrische Klinik Menter-schwaige in München (gegründet 1979 als Folgeklinik der 1975 ins Leben gerufenen ersten Dynamisch-Psychiatrischen Klinik) hält ein gruppenspezifisch strukturiertes Milieu für die blockierten und nicht stattgefundenen Entwicklungsprozesse zur Verfügung. Das gesamte mi-

lieuthapeutische Klinikfeld mit allen darin wirkenden Menschen und den multidimensionalen verbalen und nonverbalen Methoden fassen wir als ein großes sozialenergetisches Feld auf, in dem durchaus auch die Patienten untereinander eine sozialenergetische und co-therapeutische Funktion haben. Die Klinik hält folgende therapeutische Behandlungsmethoden bereit: Einzeltherapie, gruppenspezifisch orientierte Gruppenpsychotherapie, milieuthapeutische Projektarbeit, der wir besondere Bedeutung beimessen, Großgruppen-, Theater-, Musik- und Tanztherapie, alle Formen von Kunst und Interessentherapien, handwerkliche Therapien und Sporttherapie. Jeder einzelne Patient erhält entsprechend seiner Humanstruktur ein besonderes Behandlungsprogramm und befindet sich somit in verschiedenen Gruppensituationen mit verschiedenen Therapeuten. Dabei sollte die Behandlung immer auch den Bedürfnissen des Patienten angepasst sein (vgl. insbesondere Ammon 1986d). Diese Behandlungsfacetten integrierende Felder sind die Kontrollgruppe der Mitarbeiter, die spezielle Supervision aller Milieuthérapeuten, die Case-Konferenzen, die für jeden Patienten zu Beginn seiner stationären Behandlung abgehalten werden, und zentral die Großgruppe aller Patienten und Mitarbeiter. Die Großgruppe repräsentiert das gesamte therapeutische Geflecht der Klinik und funktioniert gleichzeitig als eine Art Patientenparlament, eine Einrichtung, die uns seit Langem aus der uns nahestehenden Sozialpsychiatrie bekannt ist (vgl. Schmidts 1990a).

Behandlung in Gruppen

Im Zentrum der psychotherapeutischen Arbeit steht die Behandlung in Gruppen. Aus unserer heutigen Sicht würden wir die ausschließliche Einzeltherapie als grundsätzlich kontraindiziert bei der Psychosentherapie und Therapie schwerer Borderline-Erkrankungen ansehen. Nach unserer Ansicht stellt es eine Überforderung des Therapeuten dar, alleine die sozialenergetische Last und symbiotische Forderung dieser Patienten zu tragen; bekannterweise kannten die psychoanalytischen Pioniere der Psychosentherapie wie Paul Federn, John Rosen, Frieda Fromm-Reichmann, Sechehaye, Arieti, Benedetti, Searles, Sullivan etc. nur die Einzeltherapie oder höchstens die Einzeltherapie im Medium der Klinik, wobei die Berücksichtigung gruppenspezifischer Aspekte fehlte. Bei der von uns eingeführten multidimensionalen Konzeption der Behandlung, bei der eine sozusagen unsichtbare Gruppe von Therapeuten die

verbalen und nonverbalen Therapien auf einen Patienten konzentriert, wird der Patient vorwiegend in Gruppen behandelt.

Verbale Therapie

Die verbale Therapie besteht in der Regel aus einem oder zwei Einzeltherapeuten, einem oder mehreren Ansprechpartnern aus dem Team für Fragen und Probleme des täglichen Kliniklebens und aus der Teilnahme an einer Gruppenpsychotherapiegruppe. Bei der formalen Gruppentherapiegruppe wird sich der Therapeut im wesentlichen mit der Psychopathologie und ihren humanstrukturellen und analytischen Aspekten auseinanderzusetzen haben. Weiterhin wird er mit der Frage der Identität der Patienten, der Angst sowie mit der Gruppendynamik, wie z. B. der Zusammenarbeit in der Gruppe, mit Untergruppenbildung, Zersplitterung, Destruktionen, Leitersturdynamiken, mit Angstbündnissen und Isolierung zu arbeiten haben. Wiederum in anderer Gruppenzusammensetzung und -Struktur ist jeder Patient Mitglied einer Milieugruppe, d. h. einer kleinen therapeutischen Lebensgemeinschaft auf Zeit, in der er an Arbeitsprojekten des Milieus mitarbeitet und die ihn den ganzen Tag hindurch begleitet; d. h. diese Gruppen essen gemeinsam, haben ihre Tische im Speisesaal gemeinsam und wählen sich ihre Arbeitsprojekte selbst aus, wie z. B. einen Brunnen zu bauen, eine Biotop-Anlage oder einen Gartenpavillon zu errichten. Jede Milieugruppe wählt sich einen Mitpatienten zum Projektleiter. Die Gruppen werden von Milieuthérapeuten, in der Regel Diplompsychologen, geleitet. In den milieuthérapeutischen Gruppen hat der Therapeut sich vorwiegend mit den Aspekten von Arbeit, Tätigsein und den Patienten zur Verfügung stehenden Fähigkeiten und Begabungen bzw. deren Defiziten und destruktiven Verformungen zu beschäftigen.

Nonverbale Therapie

Um den Patienten zu helfen, deren Erkrankungen größtenteils in eine Zeit zurückreichen, in der sich Sprechen und Sprache noch nicht entwickelt hatten, die schweigen oder nie gelernt haben, die Sprache in ihrem eigenen Recht zu gebrauchen, haben wir ein breites Setting nonverbaler Therapiemethoden eingesetzt und nach und nach unserer humanstrukturellen Schule entsprechend entwickelt. In dieses Behandlungsspektrum gehören die humanstrukturelle Tanz-, Musik-, Mal-, Theater- und

Reittherapie und die Milieutherapie in ihren zentralen therapeutischen Aspekten. Die Milieutherapie wurde gerade für die Patienten konzipiert, die nicht zur Introspektion fähig sind, sondern ihre unbewusste Problematik ausagieren, indem sie immer wieder Verlassenheitssituationen herstellen (Ammon 1959). Die Milieutherapie und ihre Supervision dient dazu, dass die ursprüngliche Gruppendynamik des jeweiligen Patienten im Ausagieren in die Gesamtheit des gemeinsamen Arbeitens und der gemeinsamen Alltagsgestaltung sichtbar und in nachholender Wiedergutmachung verändert werden kann. Die anderen nonverbalen Therapieformen stellen jeweils unterschiedliche Facetten des Sichtbar- und Verstehbarwerdens dar, die an verschiedenen Ebenen des Synergismus von Bewusstem und Unbewusstem, sich entwickelnden kreativen Möglichkeiten, unterschiedlicher Gewichtung von körperlicher, geistiger und seelischer Mitteilung ansetzen. Die von Ammon entwickelte humanstrukturelle Tanztherapie stellt das Körper-Ich, die früheste Ich-Struktur des Menschen in den Mittelpunkt; dabei tritt die Körpersprache an die Stelle der verbalen Sprache und ihrer Logik. Der inmitten der therapeutischen Gruppe tanzende Patient wird sichtbar in der ihm möglichen Körper- und Bewegungssprache. Manche Patienten tanzen im Straßenanzug, manche im Tanzdress, manche in Tüchern, d. h., je nach ihren Bedürfnissen. Die Tanztherapie wird auch zu einem Diagnostikum, da der Therapeut die Stärke der Einengung von Bewegungsmöglichkeit in Raum und Zeit beobachten kann, wie auch die Kontaktfähigkeit zur Musik, zur Gruppe und zu sich selbst. Aber auch die Fähigkeit zur Entspannung, zum Ausdruck von Emotionen und Katharsis sowie von Gestaltung und energetischer Kraft kommt zum Ausdruck. Wichtig ist auch die Beobachtung des Gesichtsausdrucks, der Mimik, des Blicks (manche Patienten können nur mit geschlossenen Augen tanzen), die Haltung des Körpers, die Beziehung zum Boden, die Möglichkeiten von Sprüngen in die Luft, die Nähe und Entfernung von der Gruppe, die Bewegung des Körpers in sich und die rhythmische Fähigkeit. Es ist auch die Möglichkeit des Tanzes ohne Musik oder mit Trommeln gegeben.

Das pantomimische Tanzen ohne Musik erfordert kreativen Ausdruck und einen stärkeren Bezug zur eigenen Körperlichkeit, während das Tanzen mit einer Trommelgruppe Kontakt und Beziehung zu den Trommlern und besonders auch zu der ganzen Gruppe, die sich auch durch rhythmisches Klatschen, Zurufe und Summen beteiligt, erfordert (Ammon 1986 a, b, c; Berger 1987, 1988).

In der Theatertherapie spielen die Patienten z. B. einen Säufer oder auch entfremdende Rollen, wie Tiere, Pflanzen oder verzauberte Wesen, und sie spielen diese Rollen so oft, bis sie sie als krank und fremd empfinden, wobei damit auch ein Wendepunkt in ihrem gesamten therapeutischen Prozess eintreten kann. Sie übernehmen dann eine andere Rolle in dem Theaterstück, die ihrem therapeutischen Fortschritt entspricht. In den begleitenden verbalen Therapieformen, besonders in der Einzel- und Gruppentherapie berichten sie dann Schritt um Schritt über ihr Erleben dabei (vgl. u.a. Ammon 1991b).

Die Struktur der Musiktherapie ähnelt der der humanstrukturellen Tanztherapie. Im Unterschied zur Tanztherapie zeigt sich aber der Patient nicht einzeln, „vielmehr legt die kulturelle Erfahrung der abendländischen Musik, die in ihrer Geschichte vielfältige Einflüsse anderer Kulturen in sich aufgenommen hat und neben der ihr ureigenen Polyphonie bis zur Polytonalität auch die Polyrhythmik integriert hat, ein Zusammen-Singen und -Spielen nahe, das die unabhängigen einzelnen Stimmen noch in ihrer Unverwechselbarkeit unterstreicht, indem sie sie reflektiert, moduliert, variiert. Gruppendynamisch gesehen wird so stärker mit den Untergruppenbildungen, Koalitionen und Differenzen gearbeitet“ (Schmidts 1990b).

Bei den nonverbalen Methoden gleich welcher Art sollte immer im Auge behalten werden, dass sie eine Brücke zur späteren verbalen Äußerungsform des Patienten darstellen und dass dabei das Feedback durch den Therapeuten und die Gruppe eine große Rolle spielt. Dabei ist von großer Bedeutung 1. die sog. Bildersprache, 2. die Konzentration auf die positiven Aspekte, d. h. auf das gezeigte kreative Potential des Patienten. Ähnlich wie bei der verbalen Interpretation ist auch bei der nonverbalen Arbeit gerade die Bildersprache therapeutisch besonders wirksam und ersetzt hier die kontraindizierte freie Assoziation. Die Verbalisierung hat auch eine integrierende Funktion: sie verleiht dem unbewussten Ausdruck Wirklichkeit und schafft somit erst die Voraussetzung für dessen Integration in die Persönlichkeitsstruktur des Menschen (u.a. Ammon 1991). „Die Interpretation steht exemplarisch für die sich entwickelnde Integrationsleistung des Patienten von Nicht-Bewusstem und Bewusstem im Verlaufe seiner nachholenden Ich-Entwicklung“ (von Bülow 1992).

Die oben beschriebene gesamttherapeutische, milieutherapeutische Einzel- und Gruppenarbeit in der Klinik ist die Therapie der Wahl für

die heute immer zahlreicher werdenden Patienten des schweren narzisstischen Borderline und Schizophrenie-Syndroms mit den jeweils verschiedenen Human-Funktionen und -Strukturen, wobei Zerstörungswut, Psychosomatik, Depression, Sucht, destruktive Sexualität und gelegentliche psychotische Ausbrüche das Krankheitsbild bestimmen. Dabei tritt das von uns so bezeichnete milieutherapeutische, sozialenergetische, gruppendynamische Feld bei der Psychosentherapie an die Stelle der freien Assoziation innerhalb der Standardmethode auf der Couch. Die Grundtendenz der Behandlungsmethodik ist dabei, dem Patienten die Möglichkeit zu geben, in ein kontrolliertes und überschaubares Feld hineinzuagieren. Durch die Einbettung in die verschiedensten Gruppen und therapeutischen Beziehungen kann eine Aufspaltung und damit Abschwächung von feindseligen und lähmenden angstmachenden Übertragungen und besonders Projektionen erzielt werden, um damit den therapeutischen Kontakt zu erhalten und die Schwierigkeiten des Patienten einer Bearbeitung zuzuführen (Ammon 1991). In allen verschiedenen Therapieformen ist letztlich das Arbeiten an der Identität des Menschen grundlegendes Behandlungsprinzip.

Inhalt der Identitätstherapie ist die Auseinandersetzung mit den defizitären und destruktiven Strukturanteilen auf der Basis eines therapeutischen Bündnisses mit den gesunden Anteilen der Persönlichkeit. Kernpunkt der Auseinandersetzung ist die destruktive Aggression, von der aus eine Bearbeitung der anderen destruktiven und defizitären Humanfunktionen, besonders auch des Narzissmus, stattfindet. Archaische Wut- und Verlassenheitsgefühle werden frei und die Dynamik deutlich, die der Mensch unbewusst aufgrund seiner pathologischen Struktur immer wieder herstellt. Eine intensive Bearbeitung der frühen Gruppendynamik des Patienten unter Berücksichtigung der Spiegelungsfunktion in der Therapie ist notwendig, ebenso die kontinuierliche Einbeziehung der Familiengruppe während des Behandlungsprozesses (Ammon 1991).

Die Auseinandersetzung um destruktive, kranke Ich-Anteile wird von paranoischen Patienten häufig als Angriff auf ihre ganze Person erlebt: sie fühlen sich zurückgewiesen und gemieden, erleben frühe Zurückweisungen und Kränkungen wieder und reagieren im Sinne von Kontaktabwehr destruktiv. Eine heilende Besserung des Krankheitsprozesses wird erst dann eintreten, wenn die Arbeit am Widerstand des von mir oft beschrie-

benen Dreiecks Aggression, Paranoia und schwerer pathologischer Narzissmus verbunden mit schwerster Kontaktangst, bewältigt werden kann.

Humanstrukturelle Therapie findet statt in Grenzsituationen. Eine Aufgabe des Therapeuten ist, diese Grenzsituationen für den Patienten herzustellen und erfahrbar zu machen. Dazu ist es notwendig, dass der Therapeut sich als Mensch mit Gefühlen, Einstellungen und Haltungen zu erkennen gibt. Der Therapeut muss als realer Mensch in einer konkreten zwischenmenschlichen Beziehung erfahrbar sein. Dabei ist die Arzt-Patient-Beziehung eine partnerschaftliche, getragen von der Achtung und dem Ernstnehmen des Kranken. Bei der Krankheit handelt es sich nicht um verdrängtes Konfliktgeschehen, sondern um ein real erlittenes Defizit des Patienten. Nicht Verdrängtes muss aufgehoben werden, sondern ein Stück defizitäre Entwicklung muss nachgeholt werden, ein Stück unstrukturierter Persönlichkeit eine neue Struktur bekommen.

Die Therapie wird prozesshaft verstanden, und Veränderungen und Entwicklungen – wie auch Symptomverhalten – werden von Zeit zu Zeit festgehalten. In den Case-Konferenzen wird ein Strukturgewinn in der Persönlichkeit, Veränderung im Verhalten, Körperlichkeit und Psyche diskutiert. Wichtig und hilfreich sind hierbei auch Konferenzen über Schwierigkeiten und Versagen der Behandlungsmethodik oder sogar Verschlechterung.

Methodik der Diagnostik, Effizienz und Katamnestik

Die Weiterentwicklung der Theorie und Behandlungsmethodik unserer Schule stand und steht immer in enger, direkter Wechselbeziehung zur praktischen gruppenspezifischen und psychotherapeutischen Arbeit. Die Inhalte des Menschenbildes spiegeln sich in der Theorieentwicklung, im Verständnis von Gesundsein und Kranksein und in der Behandlung wider, müssen aber auch in der Diagnostik auffindbar sein. Dies bedeutet, dass die humanstrukturelle Diagnostik versuchen muss,

1. den Menschen möglichst umfassend in seinen körperlichen, seelischen und geistigen Dimensionen zu untersuchen. Durch die Internistin der Klinik erfolgt eine gründliche körperliche Untersuchung mit Laboruntersuchungen, standardisierten Befindlichkeitsskalen, neurologischen Befundabklärungen mit EEG usw.

Mit den psychisch-geistigen Funktionen, Entwicklungsarretierungen

und -deformationen und Entwicklungsmöglichkeiten hat sich die psychologisch diagnostische Abteilung mit einer Vielfalt an verschiedenen Inventaren und Untersuchungen einschließlich einer gründlichen psychologischen Anamneseerhebung mit der Exploration der Entwicklung psychisch-geistiger Funktionen zu beschäftigen. Wesentlich und grundlegend sind die vollständigen psychiatrischen Untersuchungen klassischer, aber insbesondere dynamisch-psychiatrischer Natur mit ihrer psychogenetischen, gruppodynamischen und humanstrukturellen Formulierung der Persönlichkeit, wobei großer Wert auf die Erfassung der ganzen Lebensgeschichte des Patienten gelegt wird.

Hinzu kommen die sehr umfangreichen Explorationen aus dem sozialarbeiterischen Bereich mit der Aufnahme der augenblicklichen sozialen Situation des Patienten, insbesondere aber auch Explorationen mit Familienangehörigen und kontinuierliche Betreuung der Familien. Es geht also um eine möglichst umfassende Erfassung der Gesamtpersönlichkeit des Menschen und seines ganzen Lebensfeldes.

2. Mit dem Paradigma der Ganzheitlichkeit geht die Aufhebung des dualistischen Denkens einher, so der Dichotomie von gesund und krank. Der wesentliche Gesichtspunkt bei der Durchuntersuchung eines neuen Patienten ist daher nicht allein die Feststellung seiner pathologischen Aspekte, sondern auch gleichwertig das Erkennen und die Untersuchung seiner gesunden und kreativen Anteile. Letztere werden als wichtig angesehen für die Entwicklung eines Behandlungsprogrammes und in Hinblick auf die Prognose: Welche Möglichkeiten stehen dem Patienten in Hinblick auf Therapieziel und Tätigsein nach der Entlassung in der Gesellschaft zur Verfügung?

3. Dem Menschen in seiner Mehrdimensionalität gerecht zu werden, bedarf es nicht nur einer umfassenden, ganzheitlichen, sondern auch möglichst differenzierten und die unbewussten Persönlichkeitsbereiche berücksichtigende Methoden und Indikatoren. Was die Arbeit unserer psychologisch-diagnostischen Abteilung angeht, verlangt dies die Anwendung einer Vielfalt verschiedener Instrumente. Neben den herkömmlichen Testverfahren wie z. B. dem Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), dem Gießen Test, Wartegg-Zeichentest, Baum-Test, Familie in Tieren, Intelligenztest, Benton-Test usw. hat hier der Ich-Struktur-Test nach Ammon (ISTA) einen besonderen Stellenwert, der auf der Grundlage der Humanstrukturtheorie entwickelt wurde und ein Instru-

ment der allgemeinen und klinischen Persönlichkeitsforschung ist. Er soll Rückschlüsse auf die dem Verhalten und Erleben zugrundeliegenden Humanfunktionen im Kern der Persönlichkeit ermöglichen und zwar in ihren konstruktiven, destruktiven und defizitären Ausprägungen. Der ISTA ist für die Humanfunktionen der Aggression, der Angst, der Abgrenzung nach innen und außen und des Narzissmus entwickelt. Es liegt Meßgenauigkeit im Sinne ausreichender Reliabilität und Validität vor. Zur Zeit befinden sich die Skalen für konstruktive, destruktive und defizitäre Sexualität in Entwicklung. Der ISTA wird in vielen in- und ausländischen Kliniken, Institutionen und Ambulanzen eingesetzt. Vertieft wird die Diagnostik durch Untersuchungen mit dem autokinetischen Lichttest (AKL) mit dem Ziel der approximativen Erfassung nichtbewusster Humanstrukturanteile sowie durch kontinuierliche soziometrische und spezielle gruppendiagnostische Untersuchungen und durch Hirnstromuntersuchungen im Traum- und Schlaflabor mit dem Ziel, die Struktur der Schlafprofile in Beziehung zur gegenwärtigen psychischen Entwicklung des Menschen in Gesundsein und Kranksein zu setzen.

Dieses ganze Spektrum einer mehrdimensionalen Diagnostik, wozu auch die vielfältigen Beobachtungen des Patienten aus dem Milieu, in den verschiedenen Gruppen, aber auch seine Erscheinung, sein äußeres Bild, seine Kleidung, sein Gesichtsausdruck, Gestik, Mimik, sein Verhalten hinzugehören ebenso wie das Studium der Übertragungs- und Gegenübertragungsdynamik nicht nur in den therapeutischen, sondern auch in den diagnostischen Situationen, wie aber auch das Studium der Widerspiegelungsdynamiken, die sich bilden, wenn sich der Patient in die Gruppen hinein mit seiner gesamten Identität entwirft, und die wir für ein Verständnis der unbewussten Familiendynamik hinzuziehen können, muss in ihrer Komplexität integriert werden.

Dies geschieht in den mehrstündigen Case-Konferenzen mit allen an der Durchuntersuchung des Patienten beteiligten Mitarbeitern unter der Leitung des Chefkonsiliarius und eines Psychiaters mit dem Ziel eines umfassenden Verständnisses der gesamten Persönlichkeitsentwicklung und der Ausarbeitung eines auf die spezifische Persönlichkeitsstruktur zugeschnittenen Behandlungsprogrammes. Theoretisch werden diese Ergebnisse über das Humanstrukturmodell integriert, worauf wir weiter unten nochmals zurückkommen.

4. Die Aufhebung des Kategoriendenkens zugunsten eines differenzierenden Strukturverständnisses fordert die Diagnostik auf, ein möglichst individuelles und differenziertes Persönlichkeitsprofil zu erstellen, das den momentanen Entwicklungsstand der Humanfunktionen in ihren konstruktiven, destruktiven und defizitären Qualitäten erfasst. Entsprechend dem Behandlungsziel einer realen strukturellen Nachentwicklung im zentralen Bereich der Persönlichkeit hat konsequenterweise alle humanstrukturelle Diagnostik Strukturdiagnostik zu betreiben.

5. Sie ist aber immer auch eine Entwicklungsdiagnostik entsprechend dem Entwicklungsdenken, d. h. dem dynamischen und prozessualen Denken in der Dynamischen Psychiatrie. Für die Umsetzung in die praktische humanstrukturelle Diagnostik bedeutet dies, dass der Therapieverlauf und die Effizienz der Behandlung während des stationären Aufenthaltes ständig überprüft wird, u. a. durch vierteljährliche Messungen mit dem Ich-Struktur-Test (ISTA), insbesondere aber auch in den zweimal wöchentlich stattfindenden Kontrollgruppen aller Mitarbeiter. Die Diagnostik selbst hat auch eine therapeutische Funktion, da alle Untersuchungsergebnisse prinzipiell mit dem Patienten ausführlich besprochen werden. Besonders wichtig ist hier die Besprechung der Entlassungsuntersuchungen mit den Fragen der bisherigen Veränderungen, Stagnationen und Ansatzpunkten für weitere Entwicklungen. Die diagnostische Beschreibung wird nicht statisch, sondern prozessual aufgefasst, d. h., die Diagnose verändert sich während des therapeutischen Prozesses im Sinne eines „diagnosing process“ (Ammon 1959).

Modell der humanstrukturellen Persönlichkeitsmessung

Das Unbewusste bzw. die unbewusste Struktur ist psychologisch gesehen ein „hypothetisches Konstrukt“, das nicht unmittelbar beobachtbar ist, d. h., es kann nur über beobachtbare und damit auch messbare Phänomene indirekt erschlossen werden.

Die unbewusste Humanstruktur ist sowohl über die primären biologischen, die bewussten sekundären Funktionen des Erlebnis- und Verhaltensbereiches des Menschen und über die Symptomatologie beobachtbar und damit messbar. Wir gehen davon aus, dass in jeder Äußerungsform

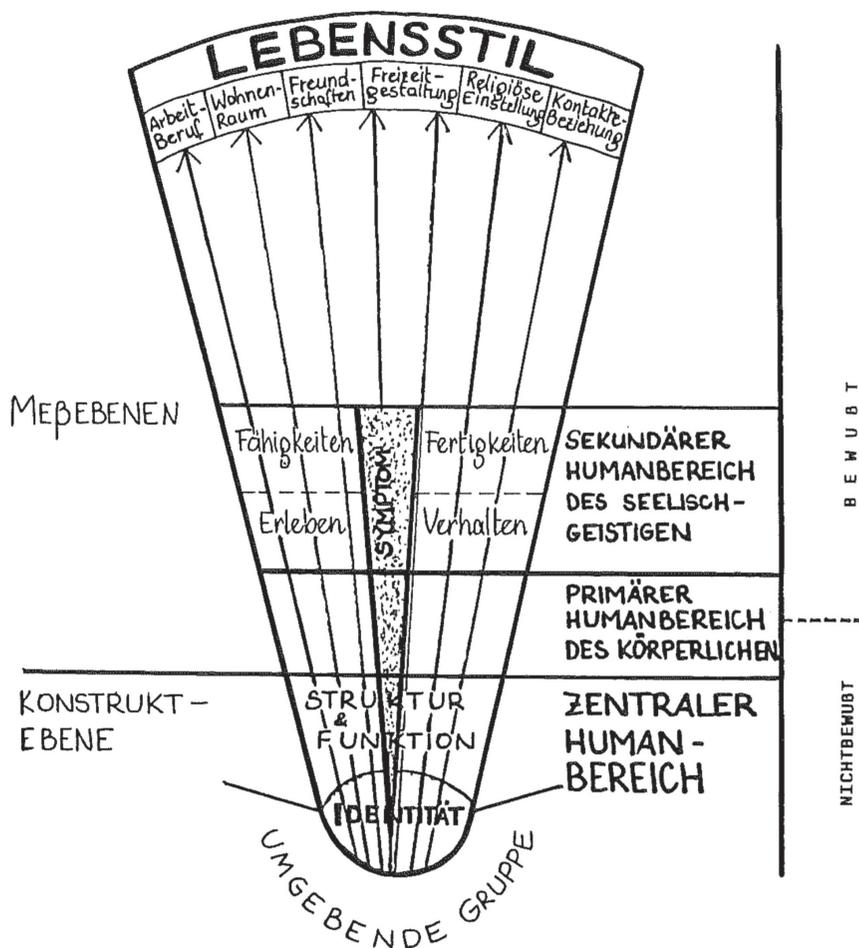


Abb. 1: Modell der humanstrukturellen Persönlichkeitsmessung mit den Meßebenen des Erlebens, Verhaltens, der Symptomatik, der Fähigkeiten und Fertigkeiten und der verschiedenen Lebensfelder

des Menschen sich auch Unbewusstes ausdrückt, ebenso wie sich der Mensch mit seiner gesamten Humanstruktur in das gruppensdynamische Lebensfeld hinein entwirft, zu dem z. B. Wohnung, Partnerschaft und Freundschaften, Arbeit und Tätigsein, Interessen und berufliche Aktivitäten gehören, die insgesamt gemeinsam mit höheren geistigen, religiösen und humanistischen Zielen den Lebensstil des einzelnen Menschen ausmachen.

Nun können verschiedene Meßmethoden den verschiedenen Messebenen der Persönlichkeit zugeordnet werden. Von den Ergebnissen der verschiedenen Messebenen kann über die Humanstrukturtheorie auf den Entwicklungsstand der unbewussten Humanstruktur rückgeschlossen werden. Das Modell der humanstrukturellen Persönlichkeitsmessung in Abb. 1 bietet sich als ein Modell für die Beschreibung von strukturellen Persönlichkeitsveränderungen an, die sich in Veränderungen auf den verschiedenen Messebenen zeigen.

Effizienzuntersuchungen

In der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaike wird von der psychologischen Abteilung seit nahezu zehn Jahren die Wirksamkeit der stationären Psychotherapie kontinuierlich überprüft und der wissenschaftlichen Öffentlichkeit zur Diskussion gestellt: 1984 an einer gemischt-diagnostischen Gruppe (Burbiel und Wagner 1984), 1989 an der Gruppe der Borderline Patienten (Burbiel et al. 1989) und 1990 an einer Patientengruppe mit psychotischer Struktur (Schizophrenie und narzisstische Depression) (Burbiel et al. 1990, 1992). Fasst man die Ergebnisse aller Untersuchungen, die bei Klinikaufnahme und Entlassung mit verschiedenen psychologischen Testverfahren, immer aber mit dem ISTA und dem MMPI durchgeführt wurden, zusammen, so kommt man zu folgendem Ergebnis:

1. Wir konnten eine signifikante Reduktion der psychiatrischen und psychosomatischen Symptomatiken feststellen. In einer Untersuchung der internistischen Abteilung der Klinik konnte festgestellt werden, dass 65 % der bei Aufnahme mit körperlichen Krankheitssymptomen untersuchten Patienten nach der stationären Behandlung symptomfrei oder wesentlich gebessert, 11 % wenig gebessert waren und nur 12 % der Patienten keine Besserung ihrer körperlichen Erkrankungen aufwiesen (vgl. Ammon 1988).

Auch die psychiatrische Krankheitssymptomatik konnte entweder vollständig oder größtenteils zum Verschwinden gebracht werden. Beispielhaft soll dies hier für die Gruppe der psychotisch strukturierten Patienten anhand der MMPI-Ergebnisse veranschaulicht werden: Wir sehen hier eine signifikante Abnahme in den Skalen Hypochondrie, Depression, Hysterie, Paranoia, Psychasthenie, Schizoidie und soziale Introversion. Diese Symptomreduzierung zeigt sich vor allem in der Abnahme der Störungen der Affektivität, des Denkens und der Person, der Abnahme der katatonen Symptome, der Halluzinationen, der Wahnideen, der Zwangssymptome, der Psychosomatik und der Depression (vgl. Burbiel et al. 1990).

2. Dynamisch-Psychiatrische Therapie bekämpft nicht in erster Linie die Symptome der Erkrankung, sondern behandelt die dahinterliegende erkrankte Persönlichkeitsstruktur des Patienten, ohne deren Gesundung es zu keinem stabilen Heilerfolg kommen kann. Die Symptome verschwinden, wenn eine solche Humanstrukturentwicklung nachholend durch eine gezielte Identitätstherapie initiiert werden und stattfinden kann. Neben anderen herkömmlichen Testverfahren, deren Skalen jeweils den konstruktiven, destruktiven und defizitären Skalen des ISTA zuordenbar sind, ist eines der wichtigsten Testinstrumente für Rückschlüsse auf Veränderungen der zentralen Persönlichkeitsstruktur der ISTA. In allen Studien wurden die zentralen Humanfunktionen der Aggression, Angst, Abgrenzung nach innen und außen und Narzißmus überprüft. Übereinstimmend konnten in allen bisher durchgeführten Untersuchungen an ca. 250 Patienten aufgrund der signifikanten Veränderungen in den ISTA-Skalen in ihren konstruktiven, destruktiven und defizitären Qualitäten Veränderungen in zwei Richtungen festgestellt werden: eine signifikante Zunahme gesunder Persönlichkeitsanteile und eine signifikante Abnahme der defizitären (nicht entwickelten) und destruktiven (zerstörerischen) Persönlichkeitsanteile in den gemessenen Funktionen. Zunahme in den gesunden Persönlichkeitsanteilen bedeutet einen erheblichen Zuwachs an Kontakt- und Beziehungsfähigkeit, Arbeits- und Lernfähigkeit, insgesamt eine aktivere Beziehung zu sich selbst und der Umwelt. Die Patienten beginnen, ihre Wünsche und Bedürfnisse zu spüren, eigene Interessen und Ziele und Freude am Tätigsein zu entwickeln und sich zunehmend um Unterstützung an andere Menschen zu wenden. Insgesamt nimmt die Gruppenfähigkeit und das Selbstwertgefühl der Patienten

ten zu, wie das auch die anderen Testergebnisse dokumentieren, die hier nicht referiert werden sollen (vgl. hierzu Burbiel et al. 1990). Auch im Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV), der eine retrospektive Einschätzung des Therapieerfolgs durch den Patienten erfragt, finden sich für alle Patienten signifikant positive Veränderungen, die Patienten haben wieder eine Zukunftsperspektive gewonnen, können sich leichter entspannen und verfügen über mehr Selbstvertrauen und eine freundlichere Einstellung zu sich. Die Verminderung des Defizits zeigt sich auf der Ebene des Verhaltens und Erlebens in einer Abnahme von Abhängigkeitsbedürfnissen, Einsamkeitsgefühlen, Wahrnehmungsverzerrungen, Todesangst und Lebensunlust, in einer Verringerung der Kontaktabbrüche, eine wichtige Voraussetzung für die ambulante Weiterbehandlung. In allen Untersuchungen kristallisiert sich die Sonderstellung der destruktiven Aggression im therapeutischen Prozess heraus. Ammon (1979) versteht die klinisch beobachtbare destruktive Aggression „als Ausdruck einer reaktiven Verformung der zentralen Ich-Funktion der konstruktiven Aggression. Diese ursprünglich konstruktive Aggression, welche kein wirkliches Gegenüber hat, richtet sich reaktiv gegen die eigene Ich-Struktur oder die Umwelt als destruktiv bzw. als defizitär gewordene Aggression“. Die Aggressionsentwicklung während des therapeutischen Prozesses nimmt nun einen umgekehrten Verlauf im Vergleich zur pathologischen Aggressionsentwicklung: Durch humanstrukturelle Therapie ist es möglich, defizitär gewordene Aggression über das „Durchgangsstadium“ destruktive Aggression in konstruktive Aggression „zurückzuverwandeln“, wobei eine Gesundung des Patienten von der kontinuierlichen Durcharbeitung dieser destruktiven Aggression entscheidend abhängt.

Katamnestik

Im Rahmen des „Münchener Katamnestik-Projektes“ werden ehemals in der Klinik Mengerschwaige behandelte Patienten mehrere Jahre nach ihrer Entlassung nachuntersucht. Erste Ergebnisse einer Fragebogenerhebung an 50, bei Aufnahme in die Klinik als psychotisch strukturiert diagnostizierte Patienten ein bis fünf Jahre nach Abschluss der stationären Behandlung wurden 1990 veröffentlicht (Burbiel et al. 1990), weitere Fragebogenergebnisse an einer Stichprobe von 104 Patienten und die Er-

gebnisse aus testpsychologischen Nachuntersuchungen ein bis acht Jahre danach wurden 1992 auf dem 9. Weltkongress der World Association for Dynamic Psychiatry WADP an der Universität Regensburg vorgestellt und werden im Herbst 1992 erscheinenden Kongressheft der Zeitschrift „Dynamische Psychiatrie/Dynamic Psychiatry“ veröffentlicht. In der Fragebogenerhebung (n= 104) gaben insgesamt 89 % der untersuchten Patienten (davon 59 % als schizophren und 41 % als depressiv strukturiert diagnostiziert) an, dass sie die Psychotherapie in der Klinik Menter-schwaige insgesamt als sehr erfolgreich (38 %) bzw. teilweise erfolgreich (51 %) einstufen, wohingegen 11 % die Behandlung ohne Erfolg sahen oder sogar eine Verschlechterung ihres Zustandes konstatierten. Diese „Misserfolgspatienten“ hatten größtenteils ihre Therapie vorzeitig abgebrochen oder mussten noch während der Behandlung wegen akuter „Gemein- und Selbstgefährlichkeit“ in eine geschlossene Abteilung eines Bezirkskrankenhauses verlegt werden. Bezüglich der Symptomatik gaben die meisten Patienten (57 %) an, eine wesentliche Besserung erfahren zu haben, bei weiteren 28 % hatte sich die Symptomatik etwas gebessert; verschlechtert oder unverändert geblieben war sie bei insgesamt 8 % der Befragten. Ihre Persönlichkeitsentwicklung schätzten 81 % als sehr gut bis gut ein, 82 % erlebten sich auch als kontaktfähiger. Nur 10 % gaben an, ihre Kontaktfähigkeit sei gleich geblieben, und 7 %, sie habe sich verschlechtert. Ähnlich waren die Ergebnisbilder in den Bereichen Freundschaft, Beruf und Arbeitsfähigkeit, Wohnsituation und Freizeitgestaltung.

In der testpsychologischen Nachuntersuchung wurde durch einen Vergleich Ergebnisse verschiedener psychologischer Verfahren bei Aufnahme, Entlassung und zum Katamnesezeitpunkt (nach ein bis acht Jahren) der Frage nach der Persönlichkeitsentwicklung der Patienten nach dem stationären Behandlungsabschluss nachgegangen: Konnten die Patienten die bei Klinikentlassung gewonnenen positiven Entwicklungen, wie sie testpsychologisch nachweisbar waren (vgl. Burbiel al. 1990), halten, gegebenenfalls verbessern? Die Untersuchung mit dem ISTA, MMPI und Gießentest (GT) ein bis acht Jahre danach konnte an 60 schizophren bzw. narzisstisch depressiv strukturierten Patienten (entsprechend ICD 295.0 bis 295.5, 295.8, 295.9 bzw. ICD 296.1, 301.1 und 301.2) durchgeführt werden und kam kurz zusammengefasst zu folgendem Ergebnis: Die bei Klinikentlassung beobachteten wesentlichen und signifikanten Veränderungen der Testergebnisse blieben stabil. Wird die klinische Thera-

pie durch eine ambulant psychotherapeutische Nachbehandlung ergänzt, dann erhalten wir nicht nur eine Stabilisierung des Behandlungserfolges, sondern weitergehende Verbesserungen, v. a. in den Bereichen der Identität, der Ich-Integrität, der Ich-Autonomie, der Frustrationsregulation, wie sich dies auch im verbesserten Umgang mit Problemen zeigt, des Selbstvertrauens, der Kontakt- und Gruppenfähigkeit, der Aufgeschlossenheit der Umwelt gegenüber, wie sich dies auch in der vielfältigeren Freizeitgestaltung ausdrückt. Freizeit und damit auch die Lebenszeit wird als eine erfülltere sowie auch als eine erholsamere Zeit erlebt. Den ehemaligen Patienten sind Beruf und Ausbildung, neben Interessen und Hobbys, neben Freundschaft und Partnerschaft wichtige Bereiche geworden, die ihnen auch Halt im Leben geben können und nicht nur als identitätsbedrohend erlebt werden. Diffuse, irrealer, überflutende Ängste weichen mehr realen, situations- und personenbezogenen Ängsten. Entsprechend nehmen die psychovegetativen Beschwerden ab, ebenso psychopathologische Symptome wie z. B. Halluzinationen, Denkstörungen, Zwangsgedanken u. a. Ein weiter bestehendes Problem für die Gesamtgruppe bleibt zum Zeitpunkt der Klinikentlassung die Paranoia, die Eifersucht, die destruktive Aggression sowie die Sexualität. Ammon bezeichnet dies als paranoides Widerstandsdreieck. Bezüglich diesem finden sich differentialdiagnostische Unterschiede zwischen den Gruppen narzisstische Depression und Schizophrenie. Während sich bei der Gruppe narzisstische Depression schon zum Zeitpunkt der Entlassung die schizoid-paranoide Grundeinstellung im Trend veränderte, und zum Messzeitpunkt der katanestischen Erhebung auch die Skala der Paranoia signifikant abnahm, blieb dieser Problembereich bei der Gruppe der schizophrenen Strukturierten zu allen Messzeitpunkten bestehen. Weitere differentialdiagnostische Unterschiede sowie eine ausführliche Darstellung und Diskussion des Gesamtergebnisses der Untersuchung werden, wie oben bereits erwähnt, in Kürze im gleichen Publikationsorgan veröffentlicht.

Wichtig ist, an dieser Stelle nochmals zu betonen: Die Klinikbehandlung stellt nur einen Teil des in der Regel mehrjährigen Therapieprozesses bei der Psychosentherapie dar, dem eine ambulante Nachbehandlung, ggf. unter Einbeziehung stützender therapeutischer Wohn- und Lebenssituationen folgen muss. Der Patient wird nicht als ein „Gesunder“ aus der Klinik entlassen, sondern dann, wenn seine konstruktiven Anteile – trotz noch gestört entwickelter Persönlichkeitsbereiche – soweit nachentwickelt

sind, dass er Kontakte eingehen, diese bei Identitätsforderungen auch halten und sich therapeutische Unterstützung holen kann.

Basic Features of Clinical Human Structural Psychotherapy (Summary)

In the introduction to the present paper the authors describe the development of the Berlin School of Dynamic Psychiatry, also defined as Human Structurology, in the last 25 years following Ammon's classical psychiatric and psychoanalytic training in Germany and the USA. This development was prompted by the insufficiency of traditional therapeutic thinking and practice, when confronted with severe borderline, psychotic, psychosomatic and obsessive-compulsive illness.

The treatment of such patients calls for a deep change of approach, whose various facets can be summed up as a change of paradigm. It involves a new approach to science, to man and to illness, implicitly also to oneself and to society; further, a new conception of health and disease, of body, mind and spirit. Science is subordinated, in this conception, to the human being in all his dimensions, rendering dynamic psychiatry a true science of man.

In its understanding of severe psychiatric disorders, as for example the psychoses, dynamic psychiatry follows a path opposed to the dogmatic belief defining them as unintelligible and untreatable. In this context, the therapeutic significance of the new paradigm is a consequence of Ammon's therapeutic optimism. "Only he can heal, who believes in healing."

The fundamental principle of human structural science is its own image of man. Man is, in this concept, a multidimensional being with healthy as well as pathological aspects, whereas the healthy elements are relevant for therapeutic work. Man is a being living in groups, whose dynamics condition the development of his personality. At the same time, he is, in Ammon's words, "an individual being striving for identity, self realization and a sense of his existence." Accordingly, illness is defined as a loss of the homeostasis of body, mind and spirit, a restriction of multidimensionality and a development arrest.

In the concept of dynamic psychiatry, identity is a group-related process dependent on social energy and involving continuous development during the whole life. Social energy replaces the Freudian libido concept.

It is the energy inherent in human contacts and relationships. Social energetic exchange plays the main role in building up and structuring personality. Thus, personality structure can be visualized as manifested social energy.

The human structural model described by the authors is based on their conception of identity and the image of man. Human structure contains the areas of primary (meaning organic), central (meaning mainly unconscious) and secondary human functions (meaning functions of behaviour). These three areas are synergistically and dynamically interconnected and related to surrounding groups, whose internalized dynamics in early childhood make up the major part of the unconscious. The spectrum of interaction of single human functions ranges from regulated and integrated to poorly regulated and desintegrated functions. According to Ammon's spectral theory, not only the three human structural areas, but also their constructive, destructive and deficient aspects are understood as lying on a continuum.

A large part of the paper is consecrated to the conceptualization of illness within the framework of Human Structurology. Illness is structurally understood as a temporary loss of homeostasis and desintegration of personality functions, but at the same time it makes demands on the whole personality which cannot cope with its deficiently developed parts ("holes in the Ego", in Ammon's words). Consequently, symptoms have the meaning of filling such deficits, in order to avoid a breakdown of the whole personality. Thus, the aim of treatment consists not in symptom alleviation, but rather in enabling the patient to develop his human structure by transforming destructive and deficient into constructive aspects. This therapeutic process must take place primarily in the nonconscious core of the personality. Clinical experience shows that symptom reduction occurs as a consequence of structural development. The ultimate goal of treatment is directed toward identity development, improving the contactability of the patient. "Identity therapy must reach man's inner core." This is achieved by constructive social energetic exchange processes within the groups, and this fact entails a definite therapeutic conception. Dynamic psychiatric therapy offers the patient, with his desintegrated personality, the possibility of taking up contact to his own non-conscious needs, to other people and to his surroundings.

In the dynamic psychiatric hospital Mengerschwaige, this therapeutic conception is realized by the multidimensional verbal and non-verbal me-

thods integrated into a milieu therapeutic and social energetic field involving the whole hospital. The therapeutic program is individually planned for each patient and involves individual and group therapy, milieu therapeutic work on various projects, as well as dance therapy, music therapy, theatre and art therapy, riding and sport therapy. The single therapy forms are integrated on the level of control groups of the therapeutic team and of the plenary group of the whole hospital.

In a short historical review, the authors show that psychotherapeutic treatment of severe ego disturbances, like the psychoses, cannot be achieved by individual therapy alone. Rather, it makes basic therapy in groups necessary, using the totality of group dynamics. In the therapeutic milieu of the hospital, each patient has several therapists and is part of several groups. The authors describe in detail the analytical group therapy and the milieu groups in their theoretical and practical aspects as a temporary therapeutic life community. The specific characteristics of the non-verbal therapy forms are also described by the authors, for instance the enacting of the patient's own pathology in the theatre therapy, the importance of body language in dance therapy and the group dynamic polyphonic work in music therapy. However, non-verbal therapy is always connected with, and must lead towards, verbal expression of the patient; the integrating function of verbalisation is thereby emphasized.

Fundamental for the whole therapy is the work with the healthy parts of the personality, while working through deficient and destructive human functions. Dynamic psychiatric treatment is centered around working through of the destructive aggression. Further therapeutic instruments are the systematic use of the mirror function within the groups and the social work with the family of the patient during the whole time of therapy. Exemplarily, the problem of paranoid patients is discussed, stressing the importance of the resistance triangle of aggression, paranoia and pathological narcissism, as described by Ammon in earlier works. Above all, therapy is understood as a process involving the whole person, based on the implicit image of man in his inherent capacity of further development. In this context, the authors emphasize that the therapist must be experienced by the patient in his true human wholeness as a partner in his relationship to the patient.

The following chapter of the paper deals with the human structural diagnosing process, also based on holistic understanding. It involves not only psychiatric, but also psychogenetic, group dynamic and human

structural assessment of the personality, completed by a number of standardized psychological tests, among which Ammon's Ego Structure Test (ISTA) is described in detail. Further diagnostic means include the Auto-kinetic Light Test (AKL), as well as sociometric and group-diagnostical investigations and electroencephalographic sleep registrations. The complexity of diagnostic results is integrated in the case conferences which allow a global understanding of the specific personality structure of the patient, his development and the planning of adequate therapy. Diagnostic work runs parallel to the therapeutic process and implies a continuous feedback of information, serving as an indicator of the treatment efficiency.

The authors present the human structural model of personality assessment, as a hypothetical construction allowing an insight in the non conscious human structure by means of behavioural and experiential secondary functions. This theoretical model constitutes the basis of efficiency investigations in the dynamic psychiatric hospital. The authors describe a shortcut of the results obtained in the course of efficiency investigations. These show a significant increase of healthy personality functions, expressed on the behavioral level, an increase in the capacity of tying relationships, in working and learning ability, and an improved contact to oneself and the environment. At the same time a decrease of deficient and destructive personality functions becomes evident. The paramount therapeutic importance of the work on destructive aggression is again emphasized.

An extension of the efficiency research is provided by the catamnestic investigations of the Munich Catamnestic Project, whose first results are presented by the authors. The results confirm the importance of outpatient treatment after leaving the hospital.

Literatur

- Ammon, G. (1959): Theoretical Aspects of Mileutherapy. In: Bulletin of the Menninger School of Psychiatry, Topeka, Kansas, USA. Neuauflage 1977 (Berlin: Pinel-Publikationen)
- (1972): Zur Genese und Struktur psychosomatischer Syndrome unter Berücksichtigung psychoanalytischer Technik. *Dyn. Psychiat.* (5) 223-251
- (1973): Schizophrenie. In: Ammon, G.: Dynamische Psychiatrie (Darmstadt/Neuwied: Luchterhand). Erweiterte Neuausgabe: 1980 (München: Kindler)
- (1974): Das narzißtische Defizit als Problem der psychoanalytischen Behandlungstechnik. Ein Beitrag zur Theorie und Praxis der nachholenden Ich-Entwicklung. *Dyn. Psychiat.* (7), 201-215
- (Hrsg.) (1975): Psychotherapie der Psychosen (München: Kindler)
- (1976): Das Borderline-Syndrom – ein neues Krankheitsbild. *Dyn. Psychiat.* (9) 317-348 und *Dyn. Psychiat.* (20) 339-368
- (1978): Das Verständnis eines Entwicklungsdefizits von Ich-Strukturen in Persönlichkeit und umgebender Gruppe als Grundlage für Wissenschaft und Praxis einer Dynamischen Psychiatrie. *Dyn. Psychiat.* (11) 120-139
- (1979): Entwurf eines Dynamisch-Psychiatrischen Ich-Struktur Konzepts. In: Ammon, G. (Hrsg.) Handbuch der Dyn. Psychiat. Band 1 (München: Ernst Reinhardt), 95-159
- (1982 a): Das sozialenergetische Prinzip in der Dynamischen Psychiatrie. In: Ammon, G., Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Band 2, 4-25 (München: Ernst Reinhardt)
- (1982 b): Methodenintegration aus der Sicht der Dynamischen Psychiatrie, In: ebd. 25-48
- (1982 c): Identität – ein Geschehen an der Grenze von Raum und Zeit. *Dyn. Psychiat.* (15) 114-128
- (1984 a): Die Unerreichten – zur Behandlungsmethodik des Urnarzißmus. *Dyn. Psychiat.* (17) 145-163
- (1985): Der mehrdimensionale Mensch. *Dyn. Psychiat.* (18) 99-110
- (1986 a): Humanstruktureller Tanz – Heilkunst und Selbsterfahrung. *Dyn. Psychiat.* (19) 317-342
- (1986 b): Humanstruktureller Tanz – Selbsterfahrung, Meditation, Körpererleben, Therapie. Krankengymnastik (38) 862-867
- (1986 c): Tanz als Therapie – Humanstruktureller Tanz in Theorie und Praxis. *Magazin* 2000 (8) Nr. 64, 48-52
- (1986 d): Zur Dynamisch-Psychiatrischen Konzeption und Behandlungsmethodik (Rehabilitation von psychiatrisch-psychisch Kranken). *Dyn. Psychiat.* (21) 1-16
- (1988): Zur humanstrukturellen Verwobenheit von Psychosomatik und Schizophrenie. *Dyn. Psychiat.* (21) 1-16
- (1989): Das Borderline-Syndrom, eine humanstrukturelle Erkrankung: Zur Weiterentwicklung der Ergebnisse des DAP-Borderline-Symposiums 1976. *Dyn. Psychiat.* (22) 1-13
- (1991): Dynamic Structural Psychiatry Today. In: *Dyn. Psychiat.* (24) 21-29
- Berger, M. (1987): Psychischer Ausdruck im Humanstrukturellen Tanz. Eine Pilot-Study. *Dyn. Psychiat.* (20) 42-64
- (1988): Psychologische Untersuchungen zur Humanstrukturellen Tanztherapie. *Dyn. Psychiat.* (21) 128-158

- Burbiel, L.; Wagner, H. (1984): Einige Ergebnisse Dynamisch-Psychiatrischer Effizienzforschung. *Dyn. Psychiat.* (17) 468-500
- Fabian, E.; Emmert, Ch.; Wolfrum, G. (1989): Klinisch-psychologische Effizienzuntersuchungen bei der stationären Behandlung von Borderline-Patienten in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige. *Dyn. Psychiat.* (22) 343-366
- Apfelthaler, R.; Fabian, E.; Schanne, U.; Seidler, G.; Wolfrum, G. (1990): Die Effizienz stationärer Psychosentherapie in der Klinik Mengerschwaige – Klinisch-Psychologische Untersuchungen. *Dyn. Psychiat.* (23) 247-301
- Apfelthaler, R.; Fabian, E.; Schanne, U.; Wolfrum, G. (1992): Stationäre Psychotherapie der Psychosen. Eine testpsychologische katamnestiche Untersuchung. Unveröffentlichtes Manuskript
- v. Bülow, G. (1990): Die Bedeutung der Sprache bei nonverbalen Therapiemethoden. Unveröffentlichtes Manuskript
- Kress, G. (1987): Kreativitätseinfaltung – Entwicklungsschritte des Patienten in der Maltherapie. *Dyn. Psychiat.* (20) 65-82
- Schmidts, R. (1990): Die integrative Funktion der Großgruppe in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige.