ISSN 0012-740X

1 Z 4365 F

Dynamische Psychiatrie *Dynamic Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse

Herausgegeben von Günter Ammon

DYNAMISCHE PSYCHIATRIE

Geleitwort zum 60. Geburtstag *Günter Ammons*

Béla Buda: Günter Ammons Werk und seine Bedeutung aus der Sicht der heutigen Psychoanalyse und Psychiatrie

Günter Ammon: Das Verständnis eines Entwicklungsdefizits von Ich-Strukturen in Persönlichkeit und umgebender Gruppe als Grundlage für Wissenschaft und Praxis einer Dynamischen Psychiatrie

Ulrike Harlander: Der Begriff der Identität nach *Günter Ammon*

Berthold Beck/Christine Bott/Wolfgang Rock/Agnes Wiehl-Volbehr: Methodische Ansätze zu einer objektivierenden Ich-strukturellen Diagnostik im Rahmen des *Ammon*schen Ich-Strukturmodells am Beispiel der zentralen Ich-Funktion der Aggression

M. Masud R. Khan: From Masochism to Psychic Pain

Gisela Ammon: Die Rolle der Prävention im kindlichen Spiel – psychoanalytische Kindergärten innerhalb der Dynamischen Psychiatrie

Ursula Keller: Möglichkeiten einer ambulanten dynamisch-psychiatrischen Behandlungsstrategie von archaischen Ich-Krankheiten am Beispiel der sexuell-perversen Reaktion

Jan Pohl: Die Klinik als interpersonelles Feld dynamisch-psychiatrischer Behandlungswissenschaft

Rolf Schmidts: Die Psychodynamik des Ausagierens im Rahmen einer Dynamisch-Psychiatrischen Klinik

Andreas von Wallenberg Pachaly: Die Ich-Entwicklung einer psychosomatisch reagierenden Patientin während ihrer stationären Psychotherapie

Winfried Schibalski: Formen des therapeutischen Mitagierens und seine strukturelle Bedeutung

Burkhard Gülsdorff: Der Versuch der Einführung von Gruppenpsychotherapie in einer Landesnervenklinik

11. Jahrgang 2./3. Heft 1978

49/50

PINEL-PUBLIKATIONEN BERLIN

Dynamische Psychiatrie / *Dynamic Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse
Organ der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), der
Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG) und der
Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM)
11. Jhg., 2./3. Heft 1978, Nr. 49/50

Herausgegeben von Günter Ammon
unter Mitarbeit von
F. Antonelli, Roma – C. Bahnson, Philadelphia – R. Barnes, Phoenix – L. Bellak, New York – G. R. Bloch, Los Angeles – B. Buda, Budapest – E. Ekstein, Los Angeles – A. A. Fischer, Maastricht – S. H. Foulkes, London – Th. Freeman, Antrim – A. Garma, Buenos Aires – K. E. Godfrey, Topeka – J. L. Gonzales, Mexico City – G. H. Graber, Bern – F. Hacker, Wien/Beverly Hills – F. Hansen, Oslo – G. Hidas, Budapest – H. Illing, Los Angeles – I. Jakob, Belmont – H. W. Janz, Hannover – U. Keller, Düsseldorf – M. Khan, London – E. Linnemann, Kobenhavn – G. Murphy, Washington – S. Nacht, Paris – K. Okonogi, Tokio – L. Miller de Paiva, São Paulo – J. Pohl, München – E. Ringel, Wien – G. J. Rose, Rowayton – E. Rosenblatt, Santiago – H. Searles, Chevy Chase – E. Servadio, Roma – D. Shaskan, Los Angeles – V. Smirnoff, Paris – T. C. Sinha, Calcutta – J. Sutherland, Edinburgh – V. Tähkä, Helsinki – Y. Tokuda, Tokio – E. Weigert, Chevy Chase – W. Th. Winkler, Gütersloh – W. Z. Winnik, Jerusalem – E. D. Wittkower, Montreal.

Seite

Geleitwort zum 60. Geburtstag *Günter Ammons* 103

Béla Buda (Budapest): *Günter Ammons* Werk und seine Bedeutung aus der Sicht der heutigen Psychoanalyse und Psychiatrie 107

Günter Ammon (Berlin): Das Verständnis eines Entwicklungsdefizits von Ich-Strukturen in Persönlichkeit und umgebender Gruppe als Grundlage für Wissenschaft und Praxis einer Dynamischen Psychiatrie 120

Ulrike Harlander (Berlin): Der Begriff der Identität nach *Günter Ammon* 141

Berthold Beck/Christine Bott/Wolfgang Rock/Agnes Wiel-Volbehr: Methodische Ansätze zu einer objektivierenden Ich-strukturellen Diagnostik im Rahmen der *Ammon*schen Ich-Strukturmodells am Beispiel der zentralen Ich-Funktion der Aggression 152

M. Masud R. Khan (London): From Masochism to Psychic Pain 165

Gisela Ammon (Berlin): Die Rolle der Prävention im kindlichen Spiel – psychoanalytische Kindergärten innerhalb der Dynamischen Psychiatrie 174

Ursula Keller (Düsseldorf): Möglichkeiten einer ambulanten dynamisch-psychiatrischen Behandlungsstrategie von archaischen Ich-Krankheiten am Beispiel der sexuell-perversen Reaktion 191

Jan Pohl (München): Die Klinik als interpersonelles Feld dynamisch-psychiatrischer Behandlungswissenschaft 212

Rolf Schmidts (München): Die Psychodynamik des Ausagierens im Rahmen einer Dynamisch-Psychiatrischen Klinik 232

Andreas von Wallenberg Pachaly (München): Die Ich-Entwicklung einer psychosomatisch reagierenden Patientin während ihrer stationären Psychotherapie 241

Winfried Schibalski (München): Formen des therapeutischen Mitagierens und seine strukturelle Bedeutung 252

Burkhard Gülsdorff (Berlin): Der Versuch der Einführung von Gruppenpsychotherapie in einer Landesnervenklinik 266

Nachrichten/*News* 276

This journal is regularly listed in Current Contents, Social Science Citation Index GW ISSN 0012-740X, Bio-Sciences Information Service, and the Psychological Reader's Guide

Mitteilung der Redaktion

Auch eine Zeitschrift hat ihre Geschichte, wie die Menschen, die sie gestalten und lesen. Als *Günter Ammon* 1968 das erste Heft der „Dynamischen Psychiatrie" herausgab, schuf er ein internationales Forum wissenschaftlicher Diskussion.

Sinn und Aufgabe dieser Zeitschrift sollte es sein, in Deutschland und Europa Erkenntnisse und Erfahrungen der Psychiatrie und der Psychoanalyse zur gegenseitigen Befruchtung in Richtung auf eine Dynamische Psychiatrie zu bearbeiten und zu verbreiten.

Schon damals war die Dynamik spürbar, mit der diese Zeitschrift gegen den Widerstand einer morbide gewordenen Schulpsychiatrie etwas Neues durchsetzen würde: ein neues Bild vom Menschen, das gerade darin seine Stärke erweisen sollte, daß es auch den psychisch Kranken das Recht auf menschliche Würde zurückgab. Und das vorgetragen mit Unbeirrbarkeit und jenem Optimismus, der immer wieder im Laufe der Geschichte am Schlaf der Welt gerüttelt und Kopernikanische Wenden herbeigeführt hat.

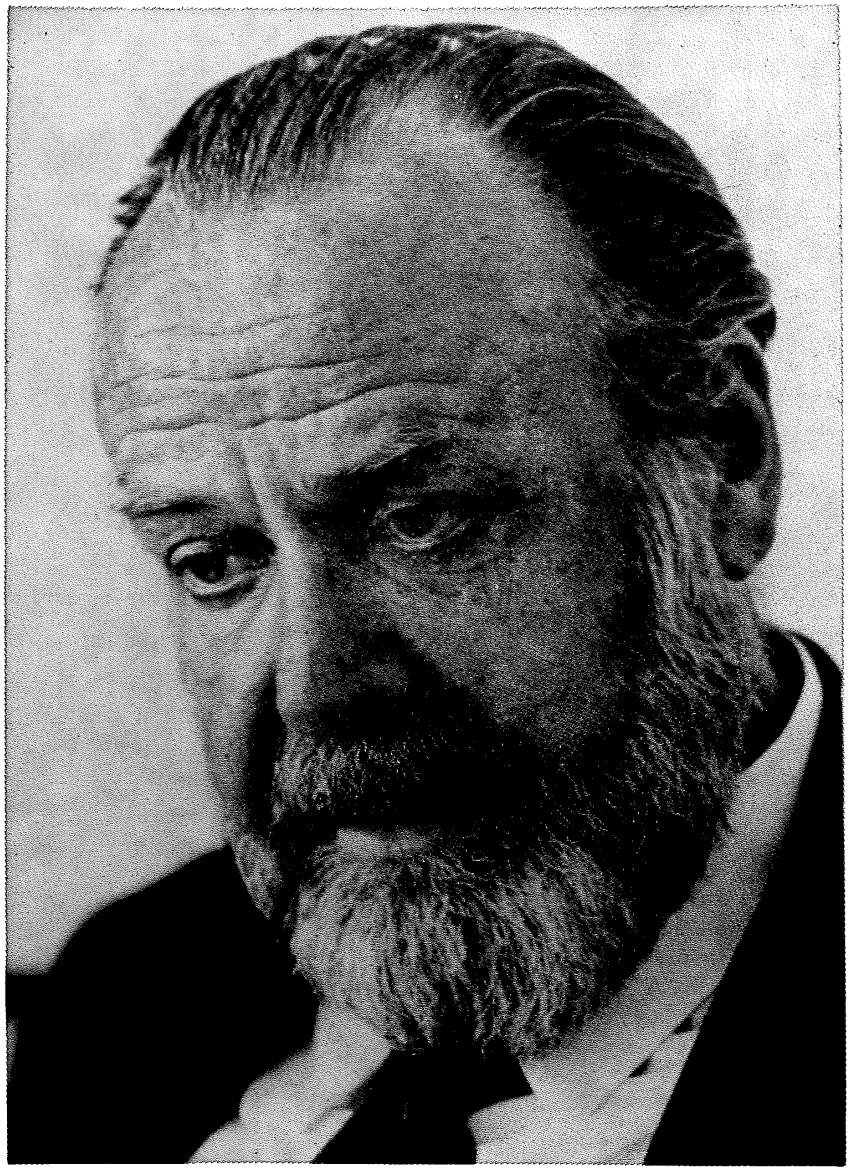
Auflage und Umfang der Zeitschrift selbst waren zunächst klein. Damals schrieb *Ammon*:

„Diese Zeitschrift befindet sich in der Entwicklung. Wir werden sie wachsen lassen und dabei für den Forscher, Autor sowie Leser den konstruktiven Weg zu gehen versuchen, ohne ihr Anliegen und ihre Identität außer acht zu lassen."

In der Tat, die „Dynamische Psychiatrie" ist gewachsen und hat sich entwickelt. Sie erschien zunächst zweimal, dann viermal und inzwischen sechsmal jährlich in einer Auflage von 2500 Exemplaren. Jetzt kommt das 49. und 50. Heft als Doppelheft heraus, und es ist kein Zufall, daß dies in Zusammenhang mit dem 60. Geburtstag des Herausgebers steht; denn mehr denn je ist *Günter Ammons* wacher Geist und die Dynamik seiner Persönlichkeit das prägende Prinzip dieser Zeitschrift: konstruktiv auf die Menschen und auf anstehende Fragen zuzugehen, das hat diese Zeitschrift zu einem Organ kritischen Bewußtseins gemacht und entscheidend dazu beigetragen, die Lage der psychisch Kranken zu verbessern.

Diese Zielsetzung der Zeitschrift, fragwürdige Realitäten zu verändern, findet folgerichtig ihren Ausdruck darin, daß im Laufe der elf Jahre des Erscheinens der „Dynamischen Psychiatrie" die entscheidenden wissenschaftlichen Beiträge mehr und mehr unmittelbar an der Praxis orientiert sind. Und das aus Prinzip, weil *Günter Ammon* die Dynamische Psychiatrie als Behandlungswissenschaft entworfen hat.

Auf diesem Wege und in dieser Auseinandersetzung hat die Zeitschrift in einem engen Zusammenspiel von Herausgeber, Mitarbeitern und Lesern ihre Identität gefunden. Und nicht zuletzt hat *Günter Ammon* mit dieser seiner Zeitschrift Geschichte gemacht in der Dynamischen Psychiatrie.



Dr. med. *Günter Ammon*, 60 Jahre, geb. 9. 5. 1918 (Berlin)
Auf dem Weg zu einer Dynamischen Psychiatrie

Geleitwort zum 60. Geburtstag Günter Ammons

Es gibt Tage, an denen wir besonders intensiv leben und mit geschärftem Bewußtsein darauf achten, wie ein Mensch mit seinem Leben umgeht. Manche Geburtstage sind solche Momente. Sie weisen unausweichlich darauf hin, daß die Spanne Zeit, die einem Menschen zur Verfügung steht, begrenzt ist. Und daß diese Grenzen doch auch offen sind, weil es gerade darauf ankommt, seine Zeit zu nutzen und zu gestalten, auch zu genießen, und daraus das unverwechselbare Leben eines Menschen zu machen.

Der Psychoanalytiker und Arzt *Günter Ammon* wird am 9. Mai 1978 60 Jahre alt. Wenn eines ihn vorweg an diesem Tag kennzeichnet, so ist es sein Werk: die Dynamische Psychiatrie seiner Berliner Psychoanalytischen Schule. Was *Ammon* hier in den letzten zehn Jahren ins Leben gerufen hat, spricht für sich selbst, weil es längst Realität geworden ist. Wichtig ist hier vor allem, was überall in diesem Werk transparent wird an prägenden Kräften, an Zielrichtung und Horizont.

Ammon selbst hat dazu gesagt: „Die Situation der Minderheit der psychisch Kranken ist im Gegensatz zu den somatisch Kranken bis heute eine Geschichte der Vorurteile und Unmenschlichkeit. Noch immer ist die psychische Erkrankung verbunden mit gesellschaftlicher Ächtung, Isolation und Entzug der persönlichen Rechte, Freiheit und der menschlichen Würde. Der Aufbau der Dynamischen Psychiatrie, wie sie in den letzten zehn Jahren durch die Berliner Psychoanalytische Schule der Deutschen Akademie für Psychoanalyse geschieht, ist eine notwendige Konsequenz aus dem ernstgenommenen humanen und menschlichen Auftrag, psychisch Leidenden zu helfen.

Mir kommt es darauf an, eine Konzeption vom Menschen zu haben, vom Weg des Kontaktes zu anderen Menschen und eine Strategie für seine Behandlung und damit seine Zukunft aufzuzeigen. Unsere Schule der Deutschen Akademie für Psychoanalyse geht aus von der Vorstellung des psychisch leidenden Menschen als eines Menschen, der in seiner frühesten Persönlichkeitsentwicklung durch eine schädigende oder hemmende Umwelt krank geworden ist.

Das Menschenbild des psychodynamisch arbeitenden Psychiaters muß in der Haltung gegenüber seinem Patienten, dessen Lebensgeschichte, seinem Leiden und seinem häufig selbstzerstörerischen Verhalten seinen Niederschlag finden. Der Patient wird als Mensch im eigenen Recht gesehen. Sein Leiden ist nicht die Geschichte einer Krankheit, sondern die Geschichte des Kranken selbst."

Hier wird vor allem der Wille deutlich, dem leidenden Menschen zu helfen. Und das mit der Unbedingtheit des Reformers, Mißstände beim Namen zu nennen, obwohl er weiß, daß er sich Feinde macht. Aber es geht ums ganze: es geht um den Menschen, um die Art und Weise, wie Menschen miteinander umgehen und ihr Leben lebenswert machen oder es zerstören.

Hier zeigt sich, daß der Psychoanalytiker *Ammon* identisch ist mit dem Arzt *Ammon,* der sich dem Eid des *Hypokrates* verpflichtet fühlt, Leben zu erhalten und überhaupt erst möglich zu machen. Es geht darum, der Unmenschlichkeit ein neues Bild vom Menschen entgegenzusetzen; es geht um neue Formen des Zusammenlebens, die es zu entwickeln gilt, die erprobt und mit echtem Sinn erfüllt werden müssen.

Das kostet Kraft und verlangt den Mut zum Risiko. Aber weil so viel auf dem Spiele steht, setzt *Ammon* alles ein, stellt sich ganz zur Verfügung. Woher stammt die Vitalität, mit der *Ammon* das Werk begonnen hat, es aufbaut und durchsetzt? Woher vor allem die geistige Perspektive, aus der heraus es Gestalt gewinnt? *Ammon* schöpft immer wieder aus dem eigenen erfüllten Leben, der täglichen intensiven Arbeit mit Patienten, aus dem emotionalen und geistigen Austausch mit der Gruppe seiner Freunde und Schüler. Er lebt auch deshalb so intensiv, weil ihn jenes „rerum novarum cupidus" prägt, die ursprüngliche Begierde nach dem Neuen, die dem Philosophen eigen ist und die sich bei ihm mit der Unbedingtheit des reformerischen Willens vereint: Es ist jenes Gespanntsein auf das wirklich Neue an Menschen, Dingen und Ideen, das es zu finden gilt und das gleichzeitig geschaffen werden muß, damit eine Zukunft entstehen kann, in der sich das Humane entfaltet, das den kranken Menschen gleichermaßen betrifft wie den gesunden.

Dieses Neue, das in der Zukunft seine volle Gestalt annehmen wird, das in der Gegenwart schon erprobt werden muß, findet *Ammon* in vielfältigen Spuren verborgen und vorgezeichnet in der Vergangenheit. Darum seine Leidenschaft für Geschichte, für Archäologie, für den Mythos: nicht als Quellen für lediglich interessantes und gelehrtes Wissen, sondern weil hier prägende Kräfte der Erfahrung und des Geistes manifest geworden sind, die er aufspürt und neu belebt, Kräfte, aus denen heraus Menschen bereits die ihnen gegebene Zeit gelebt haben und miteinander umgegangen sind. Dem kann sich *Ammon* mit Beschaulichkeit und Muße hingeben, und hat die Faszination, die davon ausgeht, auch bei uns, seinen Schülern geweckt. Und doch verliert er auch hier nie den kritischen Blick

der Distanz, mit dem er in allem, worauf er zugeht, das Wesentliche zu erkennen sucht. Und dann auch den Mut hat, die Geister zu scheiden und sich von dem zu trennen, was dem Anspruch der neuen Erkenntnisse nicht genügt.

Das ist auch der Grund, weshalb *Ammon* auf seine Weise unkonventionell, d.h. auch unbequem sein kann, absolut aufrichtig und unbestechlich, in seinem Denken und Forschen, aber auch in seinem Umgang mit Menschen. Gerade dabei wird immer wieder sichtbar, worauf es ihm ankommt: ein Mensch zu sein, der unverwechselbar er selbst ist, der durch seine Identität zum Wesentlichen führt und anderen, Patienten wie Freunden, den Weg dazu eröffnet.

Dies alles prägt auch das Werk, das er geschaffen hat und die Art und Weise, wie er es weiter aufbaut und durchsetzt gegen die ewig Gestrigen. *Ammons* Dynamische Psychiatrie und die Deutsche Akademie für Psychoanalyse sind deshalb so unverwechselbar und lebendig, weil sie sich aus dieser humanen Haltung heraus der Welt und den Menschen zuwenden. Dafür hat *Ammon* nicht nur die theoretischen Voraussetzungen geschaffen, sondern weist auch praktische Möglichkeiten der Verwirklichung auf: vor allem durch die Art und Weise, wie er selbst sein Leben verwirklicht, d.h. sich seinen Patienten zur Verfügung stellt und mit seinen Freunden und Schülern lebt und arbeitet. Aus den Erfahrungen, die er hier gewinnt und aus dem regen Austausch mit den beteiligten Menschen entsteht das theoretische Gebäude der Dynamischen Psychiatrie, das keine Trennung von der therapeutischen Praxis kennt.

Dies ist kein Zufall, sondern Prinzip und findet in der Struktur der Lehr- und Forschungsinstitute der Deutschen Akademie für Psychoanalyse seinen Ausdruck. Wie die griechischen Akademien sind sie ein Ort des Lebens, des Lehrens und der Forschung, in der es nicht allein um die Vermittlung von Wissen geht, sondern um Selbstverwirklichung.

Gerade dabei zeigt *Ammon* uns immer wieder, was hier wesentlich ist: Er bietet jedem, der auf ihn zukommt, Begegnung von *Sokratischer* Tiefe an und nimmt denjenigen, der sich dieser Begegnung stellt, in ein Kräftefeld hinein, in dem die Gesprächspartner die Betroffenheit echter Frage und echter Antwort spüren, einander ernst nehmen und dabei an jenen Punkt gelangen, an dem sich neue Horizonte sinnerfüllten Lebens eröffnen. Das ist nur möglich, weil *Ammon* selbst sich jene Jugend bewahrt hat, jede Begegnung als neu und wichtig zu erfahren und in jedem Menschen das zu wecken, wenn nötig auch zu fordern, mit Güte und Unbeirrbarkeit, was ihm Einmaligkeit und Tiefe verleiht.

Darüber hinaus hat *Ammon* seine Patienten, seine Freunde und Schüler in die Bewegung der Hoffnung hineingenommen, die seinem eigenen Leben Richtung und Ziel verleiht: daß es möglich ist, Menschen und Dinge zu verändern und zu verbessern, und daß es sich lohnt, die Zeit eines ganzen Lebens dafür einzusetzen.

Ammon weiß an diesem Tage und macht es auch uns bewußt: viel ist schon erreicht, viel bleibt noch zu tun: Wir kennen die Richtung und das Ziel.

Wir grüßen *Günter Ammon* an seinem 60. Geburtstag in Dankbarkeit und Verehrung.

Gisela Ammon, Jan Pohl, Ursula Keller
für die Gruppe seiner Freunde und Schüler

Günter Ammons Werk und seine Bedeutung aus der Sicht der heutigen Psychoanalyse und Psychiatrie

Günter Ammon zu seinem 60. Geburtstag in herzlicher Verehrung

Béla Buda*

Im Herbst 1968 habe ich anläßlich des Internationalen Gruppenpsychotherapiekongresses in Wien das erste Mal den Namen *Günter Ammon* gehört. Die Zeitschrift „Dynamische Psychiatrie/Dynamic Psychiatry" wurde damals gegründet und in Englisch und Deutsch herausgegeben mit dem Ziel, die Rolle einer Zeitschrift der angewandten Psychoanalyse in der Psychiatrie zu erfüllen und als solche ein neues Forum für Gruppenpsychotherapie zu werden. Der Herausgeber war *Ammon,* und die Zeitschrift wurde den Kongreßteilnehmern vorgestellt.

*Günter Ammon*s Namen war ich früher noch nicht begegnet, obwohl ich als fleißiger Leser der Literatur der Gruppenpsychotherapie und moderner Psychoanalyse überzeugt war, von allen bedeutenden Autoren schon gehört zu haben. Zurückblickend verstehe ich, warum *Ammon*s Name für mich neu war. Seine fachliterarische Tätigkeit war bis 1968 relativ gering, obwohl sein Institut zu der Zeit schon in Berlin bestand, in Umrissen auch seine Berliner Schule; doch waren seine Thesen noch nicht publiziert und in weiten Kreisen unbekannt. Aus seinen späteren Arbeiten ist herauszuspüren, daß seine wesentlichen Gedanken zur Zeit der Lehrjahre in der *Menninger*-Klinik und bei der Rückkehr nach Berlin in großen Zügen schon aufgezeichnet waren. Darüber waren aber – außer dem engen Kreis seiner Schüler – nur wenige informiert. *Horaz* schreibt in einem Gedicht: „Paulum sepultae distat inertiae caelata virtus" – vergrabene Ruhmlosigkeit und verborgene Tugend unterscheiden sich wenig. Dies trifft für die Tätigkeit *Ammon*s vor 1968 zu. Sein schon fast fertiges theoretisches System verblieb damals noch in der Latenz und entbehrte entsprechender Publikationsquellen und des größeren Kreises aufgeschlossener Schüler.

Nach 1968 verbreitete sich *Ammon*s Tätigkeit weitausgreifend und mit ungewöhnlicher Geschwindigkeit. Seine psychoanalytische Schule entwickelte sich innerhalb weniger Jahre zu einer der bedeutendsten der modernen Psychoanalyse, sein Institut in Berlin ist eines der Zentren gruppendynamischer und gruppenpsychotherapeutischer Praxis in Europa geworden.

* Dr. med., Psychoanalytiker, Facharzt für Psychiatrie, Leiter der psychotherapeutischen Abteilung des Landeskrankenhauses Budapest.

Das Autorenteam der Zeitschrift „Dynamische Psychiatrie/Dynamic Psychiatry" wurde aus namhaften europäischen und amerikanischen Psychoanalytikern gebildet. Die Zeitschrift hat *Ammon*s wesentliche theoretische Arbeiten veröffentlicht und gab später – und immer häufiger – die Möglichkeit, interessante Arbeiten bisher unbekannter Schüler zu veröffentlichen. Fast alljährlich erschienen neue Bücher *Ammon*s; inzwischen sind seine Gedanken längst in der internationalen Öffentlichkeit bekanntgeworden. Innerhalb von zehn Jahren entstand eine grundlegend neue originäre Schule, deren Substanz aus *Ammon*s therapeutischer Praxis gebildet wird und die mit Recht den Anspruch erhebt, sowohl eine neue psychiatrische und gruppenpsychotherapeutisch-gruppendynamische als auch eine neue psychoanalytische Schule zu sein.

Aufgrund von *Ammon*s Initiative und Tatkraft können wir während der zehn Jahre nicht nur die Entwicklung der Theorie, sondern auch die Erweiterung ihres organisatorischen Rahmens beobachten. Von 1969 an wurden jährlich Internationale Symposien von der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) veranstaltet. Diese Symposien boten Gelegenheit für die Mitglieder der Berliner Schule, ihre Tätigkeit zusammenzufassen und ausländischen Teilnehmern vorzustellen, sowie auch dazu, andere Gesichtspunkte kennenzulernen und an der Konfrontation und Diskussion der *Ammon*schen Richtung mit anderen Autoren teilzunehmen. Im Sommer 1977 fand das IX. Internationale Symposium in München statt mit so vielen Teilnehmern, daß die Tagungsräume im Deutschen Museum in München bald nicht mehr ausreichten.

Die Internationalen Symposien zeigen die Entwicklung von *Ammon*s Tätigkeit und Theorie. Das erste Mal vermochte ich 1970 an einem Symposium teilzunehmen, das in Paestum, in dem kleinen süditalienischen, durch seine griechischen Tempel bekannten Städtchen, im Garten der Casa Ammon stattfand. Es versammelten sich dort knapp hundert Teilnehmer. Gegen die brennende Sonne beschützte uns ein einfaches, aus Ästen geflochtenes und auf Pfähle gestütztes Bauwerk, keine Spur von der bei internationalen Kongressen gewohnten Bequemlichkeit, der Garten ging ohne Zaun in die benachbarten Gärten und Felder über, woher dann immer wieder kleine italienische Kinder und sonderliche, ungeratene Hunde herüberliefen, um mit viel Geduld und regungslos die für sie unbekannte deutsche Sprache und die lebhafte, die Vorträge anhörende und diskutierende, eigenartige Gesellschaft zu beobachten.

Aus diesem Symposium entwickelten sich später die sogenannten „Casa-Symposien". Hier werden das Protokoll und die sonst üblichen Äußerlichkeiten durch die sehr aktive, persönliche Teilnahme, durch die Involvation in die sich ergebenden gruppendynamischen Prozesse und in die aufgeworfenen wissenschaftlichen und praktischen Themen ersetzt. Ähnlich verliefen auch die folgenden Symposien: 1971 in der neu eingerichteten milieutherapeutischen Tagesklinik Stelzerreut, 1972 wieder in Paestum und 1973 wieder in Stelzerreut. Dieses Mal war schon zu spüren, daß die Berliner Schule über

den einfachen Rahmen des „Casa-Kongresses" hinausgewachsen war, die große Teilnehmerzahl machte schon die Unterstützung durch das Fremdenverkehrswesen notwendig. Dementsprechend wurde 1974 der Kongreß in Schloß Weidenkam, am Ufer des Starnberger Sees bei München veranstaltet, dann im nächsten Jahr im San Domenico in Taormina. 1976 war die Universität Düsseldorf die Stätte des Kongresses und zuletzt 1977 das Deutsche Museum in München, diesmal mit mehr als fünfhundert Teilnehmern und mit Gästen aus vierzehn Ländern.

*Ammon*s Eröffnungsreden stellten jedesmal den Höhepunkt der Symposien dar; er trug dort seine neuen theoretischen Thesen vor. Seine theoretischen Überlegungen gewannen dabei eine immer breiter werdende Basis durch die Fallstudien oder durch die Teilaspekte behandelnden Vorträge seiner Schüler. Die Schule zeigte in diesen Veranstaltungen eine immer besser werdende Strukturiertheit und gestärkte Einheit auf.

1973 gründete *Ammon* die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM) und hat damit ein Forum für psychosomatisch arbeitende Ärzte aller Fachrichtungen und Angehörige verwandter wissenschaftlicher Disziplinen geschaffen. 1974 veranstaltete die DGPM ein Regional Meeting des ICPM zum Thema „Zur Psychosomatik des sterbenden Patienten". Damit wurde erstmals in Deutschland auf einem Kongreß die Problematik von Tod und Sterben zur Diskussion gestellt.

Einen immer größeren Raum in der Arbeit der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft nehmen inzwischen die vielen gruppendynamischen Veranstaltungen ein, vor allem die großen Klausurtagungen in Stelzerreut und Paestum, die den Teilnehmern eine intensive Selbsterfahrung ermöglichen. Und letztlich, aber nicht zuletzt, nehmen *Ammon* und viele seiner Schüler auf internationalen Kongressen für Psychiatrie, Psychoanalyse, für Einzel- und Gruppenpsychotherapie und Psychosomatik teil und halten dort Vorträge, die großes Interesse finden.

Das Werk *Günter Ammon*s ist während der letzten zehn Jahre in den weitverzweigten Aktivitäten und der Entwicklung der Berliner Schule deutlich geworden und entfaltete sich. Das Werk setzt sich aus zwei Teilen zusammen, die aber organisch zueinander gehören und sich gegenseitig bedingen und ergänzen. Der eine wichtigere und sicherlich dauerhaftere, ist das theoretische Gebäude, das *Ammon*sche psychoanalytische, beziehungsweise dynamisch-psychiatrische Gedankensystem, der andere ist die Organisationsarbeit, die Bemühungen um den Aufbau der Schule und um die Sicherstellung ihrer Entwicklungspotentiale. Ein Theoretiker oder ein Spezialist wird gewöhnlich nur nach seiner sich in Schriften herauskristallisierenden Tätigkeit beurteilt. Man würde *Ammon*s Werk, wie es sich in diesen ersten zehn Jahren darbietet, nicht richtig begreifen, wollte man es nur nach dem beurteilen, was sich an sichtbaren Strukturen zeigt: nach seinem theoretischen System und den Organisationsformen, die zur Realisierung in der Praxis geschaffen werden müssen. Ausschlaggebend ist vielmehr der An-

spruch, auf der Suche nach neuen Wegen menschlichen Zusammenlebens zu sein und Möglichkeiten zu bieten, sie zu verwirklichen. Dennoch muß betont werden: auch die Organisationsarbeit ist wichtig, fast lebensnotwendig, wo besonders heute die Publikationsmöglichkeiten innerhalb der Humanwissenschaften begrenzt und von widersprüchlichen Interessen abhängig sind. Sogar die Bedingungen der praktischen psychotherapeutischen Arbeit sind komplizierter geworden durch die Abhängigkeit von verschiedenen Institutionen und Organisationen. Deswegen meine ich, daß *Ammon*s Bemühungen um die Gründung der Schule und seine wissenschaftsorganisatorische Arbeit von hervorragender Bedeutung ist und dem bisherigen Lebenswerk organisch zugehört.

Daher möchte ich hier gerade diese praktisch-organisatorische Arbeit als erste erwähnen. *Ammon* hat scharfsichtig erkannt, daß die wissenschaftlichen Ziele nur dann verwirklicht werden können, wenn die notwendigen organisatorischen Bedingungen hergestellt worden sind. Dieser strategische Entschluß verbirgt die tief bis in die soziologische Sphäre reichende Anwendung des Realitätsprinzips, das sich in der Gründung selbständiger, unabhängiger Institute, in der Organisation einer eigenen Zeitschrift und internationaler Veranstaltungsreihen realisiert hat. *Ammon* hat früh erkannt, daß außer einem selbständigen Lehr- und Forschungsinstitut noch ein weiterer organisatorischer Rahmen benötigt wird, der über den direkten Einflußbereich des Instituts in der Bundesrepublik hinaus auch die Beständigkeit der Ausbildung und der wissenschaftlichen Arbeit gewährt.

Dem entspricht die Gründung der DAP, der DGG und der DGPM. Die Unabhängigkeit der Zeitschrift „Dynamische Psychiatrie" wird letztlich durch die Pinel Publikationen gesichert. Es war ebenfalls ein sehr notwendiger und wirkungsvoller Schritt, daß *Ammon* sich mit so viel Interesse der Herausgabe der seine Schule repräsentierenden Bücher zuwandte. Das bald volle Dutzend von Readern und zahlreiche Monographien machten *Ammon*s Tätigkeit weltweit bekannt und sichern ihm in der internationalen Fachliteratur einen beachtlichen Platz. Auch wenn die rivalisierenden deutschen Gesellschaften *Ammon*s Richtung noch so stark angreifen, übt sein Veröffentlichungsmaterial von enormem Volumen in immer breiteren Kreisen Einfluß aus, darunter auch in Ländern, für die die bundesdeutschen wissenschaftlichen und pragmatischen Interessenkämpfe und Auseinandersetzungen nicht von Belang sind.

Mit seiner organisatorischen Arbeit in der Praxis, mit der Aufnahme des Kampfes gegen die verschiedenen entstandenen Fachorganisationen hat *Ammon* für sich und für seine Gruppe Bedingungen erzielen können, die über Jahre hinweg ihre Wirkung behalten und Wesentliches zu den späteren wissenschaftlichen Ergebnissen beitragen.

*Ammon*s großes Verdienst ist es, daß er es gewagt und gekonnt hat, die starre Ordnung der psychoanalytischen Ausbildung zu ändern und für seine Schule junge und begeisterte Mitarbeiter zu gewinnen. Anstatt formelle Be-

dingungen aufzustellen, nahm er Kandidaten aus einem größeren Kreis psychotherapeutisch Tätiger für die Ausbildung an, als es in den orthodoxen psychoanalytischen Instituten die Regel ist. Zugleich wurde das Ausbildungsniveau sehr hoch gesetzt. Er verlangte von seinen Kandidaten sowohl in der Theorie als auch in der Praxis sehr viel und rechnete damit – sich wieder auf das Realitätsprinzip stützend –,daß die von kreativen Energien erfüllten Persönlichkeiten nicht nur die hohen Leistungen, sondern auch die für die Aufrechterhaltung der in der psychotherapeutischen Arbeit so benötigten Motivationen aufbringen können, also in der Lage sind, therapeutische Aktivitäten auszuüben, zu denen die orthodox ausgebildeten Psychoanalytiker ungern bereit sind.

Der Plan des regionalen Weiterausbaus selbständiger Institute, der sich bisher im Aufbau der Institute in München und Düsseldorf verwirklichte, ist ein ebenfalls sehr wichtiger praktischer Schritt, da dadurch nicht nur für weitere Bevölkerungsgruppen die von *Ammon* ausgearbeitete und vertretene Therapie, sondern auch für seine Schüler Gelegenheit zur Selbständigkeit und zur Verwirklichung eigener Initiative gegeben ist. Daß die neuen Institute viel für die Weiterentwicklung des Theoriegebäudes der Schule tun, macht sich heute schon bemerkbar.

Der Entschluß *Ammons*, nicht in erster Linie ein psychoanalytisches Organisationssystem aufzubauen, sondern sich die Verwurzelung und Verbreiterung der Dynamischen Psychiatrie in der Bundesrepublik zum Ziel zu setzen, zeigt schon den Übergang zu theoretischen Aktivitäten. Dieser ist von sehr großer praktischer Bedeutung. Der Konservativismus ist in der Tätigkeit psychoanalytischer Institute organisatorisch tief verwurzelt, ihre Hauptaufgabe besteht in der korrekten und zeitgemäßen Anwendung der Methode bei der Behandlung entsprechender Patienten. Hinsichtlich der Existenz des psychoanalytischen Institutes ist es von keinem Belang, wie groß der Anteil der Patienten ist, die für die Behandlung in Frage kommen können. Das Problem entsteht nicht einmal, da selbst die nach klassischen Kriterien auswählbaren Patienten sich in viel größeren Zahlen um die Therapie bewerben als das Institut annehmen kann. In orthodoxen Instituten entsteht also keine Konfrontation mit dem brennenden Problem, daß für den Großteil der Patienten die Methode des Institutes gar nicht hilfreich sein kann. Wenn man jedoch die Dynamische Psychiatrie zum Ziel setzt, wird zu der Konfrontation mit den riesigen Ansprüchen der Psychiatrie, mit den Unmengen der analytisch psychoanalytisch unbeeinflußten Patienten gezwungen. Die Anwendung der psychoanalytischen Theorie und Methode darf jedoch auch nicht in den Hintergrund gedrängt werden, da ohne diese keine Dynamische Psychiatrie vorstellbar ist.

Meiner Meinung nach war es der wichtigste theoretische Entschluß *Ammons* und der entscheidendste Moment seines Werkes, daß er den schwierigen Weg der Dynamischen Psychiatrie eingeschlagen hat. Damit nahm er die Spannungen mit den orthodoxen psychoanalytischen Instituten auf sich,

und erzeugte auch einen erheblichen Widerstand von der Seite der akademischen Psychiatrie, die sich – wie überall in der Welt – auch in der Bundesrepublik starr an der biologischen Krankheitslehre und Methode, sowie an den *Kraepelin*schen Traditionen festhält. Dynamische Psychiatrie bedeutet – von ihren Grundsätzen her – eine psycho- bzw. soziotherapeutische Psychiatrie. Sie ist daher für die klassisch-psychiatrische Klinikorganisation schwer annehmbar, die sich heutzutage auch auf eine riesige wirtschaftliche Macht durch die Interessengemeinschaft mit der Pharmazie stützt, für die die biologische Krankheitslehre im Interesse der Pharmakotherapie erwünscht ist.

Ich glaube, daß es für psychoanalytisch denkende Fachleute, die für theoretische Entwicklungen offen sind, eindeutig erscheint, daß *Ammon* diesen schwierigeren Weg aus dem Verpflichtetsein zur wissenschaftlichen Wahrheit und der gewissenhaften Vertretung der Interessen der Patienten eingeschlagen hat; er hätte nämlich ansonsten keinerlei Hindernisse gehabt, eine traditionelle psychoanalytische Praxis aufzubauen und auch persönliche Gratifikationen, sogar internationalen Einfluß als traditioneller Psychoanalytiker zu erwerben. Er hätte also auch die Möglichkeit für den bequemeren Weg gehabt. Er tat es aber nicht, und meiner Meinung nach beweist dies, daß er seine Prinzipien vor persönliche Interessen gestellt hat. Sein Lehrer *Karl Menninger* hat ihn schon in dieser Richtung beeinflußt.

Menninger versucht, nicht innerhalb der engen Grenzen der psychoanalytischen Praxis zu verbleiben, sondern in seinem Institut die psychoanalytische Psychiatrie, die Dynamische Psychiatrie zu verwirklichen.

Aus der Tatsache des Verpflichtetseins zur Dynamischen Psychiatrie folgte eine Reihe praktischer und theoretischer Schritte. Es folgte die selbstbewußte Stellungnahme für die Reformen, für die der gesellschaftlichen Änderung zugehörigen Umformung der Psychiatrie. Diese kam auch in seiner Haltung zur 68er Studentenbewegung zum Tragen. *Ammon* hat nämlich von Anfang an erkannt, daß die Studenten für Lösungen echter Probleme kämpften und daß man deren Bestrebungen nicht mit psychologischen oder politischen Interpretationen bagatellisieren sollte. *Ammon* und seine Schule haben auch gegen die Entlassung fortschrittlicher Mitarbeiter aus psychiatrischen Instituten protestiert und sie haben wiederholt auf die Reform des psychiatrischen Gesundheitswesens gedrängt, im Interesse einer humaneren und zeitgemäßeren Krankenversorgung.

Daraus folgt auch Gesellschaftskritik. Gerade im Sinne der Dynamischen Psychiatrie hat *Ammon* auf jene gesellschaftlichen Tatsachen verwiesen, die Erkrankungen begünstigen, die Heilung und Rehabilitation der Patienten verhindern. *Ammon* schonte nicht einmal die bürgerlichen gesellschaftlichen Institutionen, verwies auf die Mängel der bürgerlichen Familienstrukturen, nahm niemals die Anpassungsparadigmen der offiziellen Psychiatrie und Psychologie an, nach denen das Individuum dann gesund ist, wenn es den bestehenden Verhältnissen sich psychisch anzupassen vermag. *Ammon* vertrat die Ansicht, daß man sich einem unmenschlichen gesellschaftlichen

Milieu nicht anpassen sollte und daß das gesunde Individuum sich gerade im Widerstand und im Streben nach Änderung zeigt.

Daraus folgte auch selbstverständlich, daß *Ammon* sich mit großem Interesse den sozialistischen Gesellschaften zuwandte, die in vieler Beziehung mit der Umformung jener Institutionen experimentieren, gegen die sich *Ammon*s Kritik ebenfalls richtet. Lange vor *Brandt*s Entspannungspolitik bemühte sich *Ammon* schon um die Herstellung guter fachwissenschaftlicher Beziehungen mit der DDR, der Sowjetunion und den anderen sozialistischen Ländern. Die Herstellung dieser guten Beziehungen wurde nicht nur durch *Ammon*s Offenheit und Interesse erleichtert, sondern auch dadurch, daß die Berliner Schule schon auf der Ebene der wissenschaftlichen Theorien gesellschaftskritisch war, in ihren Methoden die Rolle der Gruppen betonte und ein neues humanes Bild vom Menschen in den Mittelpunkt setzte, womit sich auch sozialistische Gesellschaften auseinandersetzen. Aus der Zielsetzung der Dynamischen Psychiatrie im wissenschaftlichen Bereich folgte die Veränderung der Theorie und der Methoden der klassischen Psychoanalyse.

Hier lohnt es sich wieder, Methodologie und Praxis an erster Stelle zu erwähnen. *Ammon*s Richtung unterscheidet sich von der klassischen analytischen Auffassung am ehesten in der Anwendung der Gruppenmethode. Die Gruppenmethodik ist der modernen Psychoanalyse nicht fremd, keine Richtung jedoch schreibt ihr mehr Wichtigkeit zu als *Ammon*.

Er räumt der analytischen Gruppenpsychotherapie nicht nur im dringenden Interesse der Krankenversorgung den Vorrang ein, sondern auch, weil er bei der Behandlung vieler Charakterstörungen die Gruppenpsychotherapie an die erste Stelle setzt. Für *Ammon* ist die Gruppe auch ein besonderes Medium der Realität, das bezüglich der Persönlichkeitskorrektur von unmittelbarer Bedeutung ist. Hier kann sich nämlich die Gelegenheit ergeben, die fehlerhaften Verhaltensmuster zu korrigieren und neue zu erlernen. Die Gruppe ermöglicht eine besondere Form der Übertragung, die dann bei der Restitution frühkindlicher, präödipaler Schädigungen hilfreich sein kann.

Der Realitätsfaktor wird nicht nur in der Gruppenpsychotherapie betont. *Ammon* hat zusätzlich das Konzept der Milieutherapie entwickelt, in der gerade die aktuellen und realen Beziehungen des Einzelnen zu heilenden Kräften werden. Die Milieutherapie ist im Grunde eine Alternative zur psychiatrischen Klinik, bzw. Institution; sie ist ein umfassendes Therapieangebot, das aus dem Zusammenleben sich ergebende Möglichkeiten im Interesse der Therapie zu benutzen bestrebt ist, eine wirkliche therapeutische Gemeinschaft. Dies ist mehr als bloße Beschäftigungs- und Arbeitstherapie.

Es lohnt sich hier, einen Blick auf die sehr lehrreiche milieutherapeutische Praxis der Berliner Schule zu werfen. Zum ersten Mal wurde diese in Stelzerreut praktiziert, wo die Gruppen- und Einzeltherapie mit kreativer Arbeit, mit der vielseitigen Nutzung der aus dem Zusammenleben entstandenen Kräften verbunden worden ist. 1973 hatte ich Gelegenheit, dies während

des V. Internationalen Symposiums persönlich zu beobachten. Die Milieutherapie wurde später auch in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik des Münchener Institutes praktiziert. *Jan Pohl,* ein Schüler *Ammons*, der früher in Berlin schon mit der therapeutischen Gemeinschaft erfolgreich begonnen hatte, hat als Leiter des Münchener Institutes diese Methode in weiterentwickelter Form in der 1976 eröffneten Klinik angewandt. Aus persönlichen Mitteilungen ist mir bekannt, daß die Eröffnung weiterer solcher Kliniken zu erwarten ist. Die Arbeit der milieutherapeutischen Gemeinschaften in Instituten und Kliniken der Berliner Schule dient dem Zweck, auch schwerstkranke Menschen behandeln zu können, d.h. Patienten psychoanalytische, dynamisch-psychiatrische Hilfe auch über den klassischen Indikationsbereich hinaus zugänglich zu machen.

Außer der Anwendung von Gruppenmethoden und der Milieutherapie sind in *Ammons* wissenschaftlicher Auffassung noch weitere spezifische Neuerungen zu sehen, die sowohl für die Psychiatrie als auch für die Psychoanalyse von hervorragender Bedeutung sind. Auf der Ebene der Theorie sind in *Ammons* Tätigkeit Psychiatrie und Psychoanalyse kaum noch trennbar, so sehr gehen die beiden Disziplinen ineinander über.

Von zentraler Bedeutung ist *Ammons* Krankheitslehre, die auf *Menningers* systemtheoretischer, psychopathologischer Klassifikation aufbaut und in der die wichtigsten Klassifikationskriterien vom Ausmaß der Psychopathologie des Ichs gebildet werden. In diesem nosologischen System bedeutet die Schizophrenie eine in der frühesten Zeit der Ich-Entwicklung geschehene schwerste Schädigung; es folgen dann die verschiedenen „archaischen Ich-Krankheiten". In all diesen spielen die frühkindlichen Schädigungen des Ichs die Hauptrolle, auf deren Wirkung im Ich ein Regelungsdefekt entsteht, d.h. ein Hiatus in den Ich-Funktionen, die *Ammon* sehr anschaulich „Loch im Ich" nennt. Die spezielle Symptomatologie der archaischen Ich-Krankheit, wie z.B. die psychosomatische Erkrankung, die Sucht, die sexuelle Perversion u.a. dient dann zur Ausfüllung dieses Hiatus.

Ammons besonders wichtige und geglückte konzeptionelle Neuerung ist die Neuformulierung des Borderline-Syndroms und dessen Anwendung bei jenen Verhaltensstörungen, die von der klassischen Psychiatrie als Psychopathie bezeichnet werden. *Ammon* beschreibt diese Zustände als Ich-Krankheiten, die den Übergang zwischen Neurosen und Psychosen bilden. Die Therapie par excellence beim Borderline-Syndrom ist nach *Ammon* die Gruppenpsychotherapie und die Milieutherapie. Es ist eine sehr wichtige Beobachtung, daß die besonderen gesellschaftlichen Umformungen unserer Zeit die sozialisierende Familie derart belasten, daß sie immer häufiger dysfunktionell wird und die Entstehung des Borderline-Syndroms fördert. Auf diese Weise entsteht die Situation, daß dieses Syndrom das verbreitetste psychiatrische Krankheitsbild darstellt. *Ammon* erörtert wiederholt, daß das größte Hindernis in der Anwendung psychoanalytischer Standardmethoden darin besteht, daß die klassischen Neurosen immer seltener ge-

worden und an ihre Stelle die verschiedenen Formen des Borderline-Syndroms getreten sind. Im Borderline-Syndrom steht die Erkrankung des Ichs an erster Stelle, seine Regulationsfunktionen arbeiten unvollkommen. Die therapeutische Aufgabe besteht also nicht nur in der Aufarbeitung der Komplexe, sondern in der Ermöglichung einer „nachholenden Ich-Entwicklung". Die Borderline-Patienten bedürfen also einer ähnlichen Behandlung wie psychotisch Reagierende, sexuell Perverse und Suchtpatienten. Diese Auffassung *Ammon*s wird auch durch die klinische Erfahrung unterstützt, wonach die Borderline-Patienten zu psychotischen Reaktionen neigen, d.h. leicht in Situationen geraten können, in denen die Regulierungsfunktionen des Ichs versagen. Die Prognose und die Restitutionsbereitschaft solcher Episoden sind gut, die Episoden signalisieren aber die Instabilität des Gleichgewichtszustandes: das Individuum benötigt Symptommechanismen um den Defekt des Ichs kompensieren zu können und neigt sehr leicht zur Desintegration.

Die *Ammon*sche Konzeption des Borderline-Syndroms bedeutet einen großen Schritt für die Annäherung zwischen Problemen der Psychiatrie und den Möglichkeiten der Dynamischen Psychiatrie, und zwar weil mit dieser Konzeption und den daraus folgenden therapeutischen Methoden dem Großteil der in der Alltagspraxis sich meldenden Patienten eine Therapie ermöglicht wird. Es ist kein Zufall, daß die Berliner Schule dem Problemkreis des Borderline-Syndroms 1976 in Düsseldorf ein gesondertes Symposium, nämlich das VIII. Internationale Symposium widmete.

In der Therapie der Borderline-Patienten kommt der Gruppentherapie und der Milieutherapie eine große Rolle zu, da hier die Möglichkeit der nachholenden Ich-Entwicklung gegeben ist. Im Rahmen der Gruppentherapie und der Milieutherapie werden nicht nur symbolische therapeutische Effekte verwirklicht, sondern es spielen sich heilende Interaktionen ab, auch auf der Ebene realer Beziehungen und Ereignisse. Die Gruppe und das therapeutisch geformte Milieu bieten dem Einzelnen reale Unterstützung, er wird mit seinen pathologischen Verhaltensschemata konfrontiert und kann neue erlernen. Die symbolischen Effekte sind wiederum auch sehr wichtig. Die Gruppe kann eine besondere Form der Übertragungsbeziehung auf sich ziehen, sie kann die Rolle der Mutter auf sich nehmen und helfen, die traumatische Mutter-Kind-Beziehung zu reintegrieren. Die kranke Persönlichkeit kann wiederum das menschliche Beziehungsgefüge des therapeutischen Milieus internalisieren und als Muster für die Rekonstruktion des eigenen Ichs, der eigenen Identität nutzen. Aus dieser Perspektive ist das Beziehungsgefüge der Mitarbeiter in der milieutherapeutischen Gemeinschaft von besonderer Bedeutung.

In der Konzipierung des Borderline-Syndroms werden *Ammon*s weitere theoretische Änderungen erhellt, die sich auf einige psychoanalytische Thesen beziehen. Die Unterscheidung zwischen konstruktiver und destruktiver Aggression und die Verneinung des Triebcharakters bzw. der biologischen

Determiniertheit der Aggression sind hier zu erwähnen. In dieser Frage traf *Ammon* wieder auf Meinungsverschiedenheiten mit den traditionellen Richtungen der Psychoanalyse. Seine Behauptung, nach der die destruktive Aggression Folge einer Funktionsstörung des Ichs und als dessen funktioneller Fehler zu betrachten ist, entfaltet ihre heuristischen Perspektiven gerade in der Interpretation des Borderline-Syndroms, auch über die theoretische Bedeutung hinaus. In diesem Syndrom kommt nämlich die Pathologie der Aggressionsregelung am ehesten in den verschiedensten Symptomkonstellationen zum Vorschein. Die neue Interpretation der Aggression durch *Ammon* ist besonders wichtig, da er hier mit dem biologischen Menschenbild radikal bricht und nicht akzeptiert, daß der Todestrieb, d.h. eine angeborene biologische Tendenz für das aggressive Verhalten verantwortlich gemacht werden könne. Damit widerlegt er nicht nur den therapeutischen Pessimismus, sondern verweist die Krankheitsgenese in den Bereich der Sozialisation.

In der Sozialisation sind es die konkreten interpersonellen Wirkungen, die die Störung der Persönlichkeit, darunter die des Ichs verursachen. *Ammon* mißt der Familie, als der Primärgruppe, für die Persönlichkeitsentwicklung große Bedeutung bei. Besonders wichtig ist *Ammon* hierbei die frühe Mutter-Kind-Beziehung; das Verhalten der Mutter ist jedoch von der ganzen Familie, also auch von der Familie, welche die Mutter sozialisierte, abhängig. *Ammon* skizziert in seiner Theorie um die sich entwickelnde kindliche Persönlichkeit eine reale interpersonelle Welt und hebt sich damit von der traditionellen Psychoanalyse deutlich ab, die nämlich nur die Erlebniswelt des Kindes beachtet und den auf das Kind einwirkenden Kräften teils nur akzidentielle, teils aspezifische Wirkungen beimißt. *Ammon* postuliert den Laios-Komplex neben dem Oedipus-Komplex, also betont er die Eifersucht der Eltern und ihre destruktiven Aggressionen gegen das Kind und erörtert in mehreren Abhandlungen, wie die Eltern-Kind-Beziehung zum Schauplatz des Ausagierens oder des Kompensierens der Persönlichkeitsstörung der Eltern werden kann. Aus der Beobachtung der für die Ich-Entwicklung störenden familiären bzw. elterlichen Einflüsse zog *Ammon*s Frau, *Gisela Ammon,* langjährige Schülerin und engste Mitarbeiterin ihres Mannes die Konsequenz, entwickelte und gründete den Psychoanalytischen Kindergarten. *Gisela Ammon* hat hier schon sehr wesentliche Ergebnisse erzielt und ist heute anerkannte Spezialistin auf diesem Gebiet.

*Ammon*s Tätigkeit, besonders seine theoretische Entwicklung, nimmt immer größeren Umfang an. In mehreren Büchern und Aufsätzen werden Fragen behandelt, die über das große theoretische Gebäude, das in dem Buch „Dynamische Psychiatrie" (1973) dargestellt ist, weit hinausgehen. Für diejenigen aber, die sich in *Ammon*s Schriften vertiefen und der chronologischen Reihenfolge der Gedanken folgen, wird auch die Funktion seiner Gedanken zu den „bewußtseinserweiternden Drogen", seine Theorie von „Gruppe und Kreativität" und seine „Psychoanalytische Traumforschung" deutlich.

Die Überschaubarkeit von *Ammons* Theoriegebäude wird dadurch erschwert, daß die Verarbeitung zahlreicher Probleme erst gegenwärtig in Angriff genommen wird und dadurch, daß *Ammon* seine Theorien zu ändern bereit ist, wenn eigene neue Erfahrungen oder die Beobachtungen seiner Schüler ihn dazu bewegen.

In knapp zehn Jahren ist es *Ammon* gelungen, über die Gründung und Entfaltung neuer Institute und Organisationen hinaus auch ein neues dynamisch-psychiatrisches Denksystem aufzubauen, was eine zeitgemäße und wirksame psychotherapeutische Bewältigung psychiatrischer Phänomene ermöglicht.

Vieles spricht dafür, daß *Ammons* schöpferische Tätigkeit sowohl aus der Sicht der Psychiatrie als auch der der Psychoanalyse von epochemachender Bedeutung ist. Die Psychiatrie hat sehr viel von ihm bekommen. Von der Seite der Psychoanalyse fand bisher weder praktisch noch theoretisch eine so konsequente Annäherung statt wie *Ammon* sie seinerseits anbietet.

Er bietet der Psychiatrie eine integrative nosologische und therapeutische Theorie, hat einen Plan für die Strukturreform der gegenwärtigen Psychiatrie ausgearbeitet, Beweise in der Praxis für die Wirksamkeit der von ihm empfohlenen Methoden und Organisationsform am Beispiel seiner Institute erbracht und ein Modell für zeitgemäße psychotherapeutische Ausbildung entworfen und erprobt.

Ammons Reform der psychoanalytischen Ausbildung reicht in ihrer Wirksamkeit weit darüber hinaus, daß er eine große Gruppe von jungen und tatkräftigen Fachleuten für die psychotherapeutische Versorgung ausbildet. Es ist von symbolischer Bedeutung, daß *Ammon*, die wertvollen Elemente der traditionellen psychoanalytischen Ausbildung beibehaltend, ein Ausbildungssystem entwickelte, das einerseits den Forderungen der psychiatrischen oder im allgemeinen der medizinischen und psychologischen Arbeit entspricht, andererseits verschiedene Möglichkeiten für die Tätigkeit innerhalb der traditionellen psychiatrischen Institutsstruktur bereitstellt. Ich halte es für besonders wichtig, daß *Ammon* sich um die Herausgabe von Basistexten in Form einer Schriftenauswahl bemüht, die nicht nur der allgemeinen Orientierung, sondern auch der Ausbildung und Fortbildung dienlich sind. Diese bieten eine sehr gute didaktische Verarbeitung der für die Praxis wichtigsten Probleme. Hier wird die ganze Entwicklungsgeschichte ersichtlich, und neben den modernen Interpretationen bekommen alte, ihren Wert behaltende psychoanalytische Thesen den entsprechenden Platz. Diese Schriften sind für die psychoanalytisch orientierte Ausbildung von großem Nutzen.

Oft sind diese oben erwähnten Reader für die Annäherung von Psychiatrie und Psychoanalyse allein schon sehr hilfreich. *Ammons* Buch „Dynamische Psychiatrie" erfüllt diese Aufgabe ebenfalls, indem es die für die Psychiatrie relevanten Ergebnisse der Psychoanalyse in einer höchst entwickelten und integrierten Form zusammenfügt.

*Ammon*s Werk bietet also für die Psychiatrie sehr viel, und hoffentlich wird die psychiatrische Krankenversorgung den entsprechenden Nutzen daraus ziehen. Für die Psychoanalyse ist die Dynamische Psychiatrie ebenfalls von Vorteil. Statt nämlich die Traditionen zu hüten, wird die Lösung neuer therapeutischer Aufgaben angestrebt und nur so kann sich die Psychoanalyse – mit *Ammon*s Worten – zur lebendigen Therapiewissenschaft entwickeln. Es ist äußerst nützlich, wenn die organisatorische und theoretische Verschlossenheit durch die neuen praktischen Lösungen und die neuen Theorien in Frage gestellt bzw. ihre Veränderung angestrebt wird. *Ammon*s Dynamische Psychiatrie stellt somit eine sehr lebhafte Herausforderung für die sich an den Traditionen festhaltenden psychoanalytischen Institute dar, die zunächst auf diese Herausforderung ablehnend reagieren, obwohl hier eher ein Gespräch, eine konstruktive Auseinandersetzung notwendig wäre. Im Grunde vermag nämlich die *Ammon*sche Reform die Psychoanalyse zu bewahren, ist sie sogar die einzige Alternative für das Fortbestehen der Psychoanalyse.

Ammon hat den Mut zur Theoriebildung, zur Schulenbildung wieder zum Leben erweckt, was seit den 50er Jahren, seit der Tätigkeit von *Sullivan, Horney, Alexander* und anderen zunehmend verblaßt war. Von der Weiterentwicklung der Theorien ziehen sich die Psychoanalytiker aus verschiedenen Gründen zurück. Der eine ist, daß die theoretische Änderung oft die Gefahr mit sich bringt, den traditionellen Rahmen der Psychoanalyse verlassen zu müssen, was eben von Psychoanalytikern ungern getan wird. Ein weiterer Grund besteht darin, daß dadurch empirische Beweise und operative Theorien verlangt werden, und diesem Anspruch kann der Umstand der psychoanalytischen Forschung, also die jetzige Art der Verarbeitung der Erfahrungen, schwer entsprechen. *Ammon* setzte sich über diese Hindernisse mutig hinweg, er war bereit, nicht nur organisatorische Spannungen auf sich zu nehmen, sondern auch die methodologische Kritik gegen die Art seiner Theoriebildung. Dieser Kritik wird von der Berliner Schule jedoch in den letzten Jahren durch eigene empirische Forschungen begegnet.

Ammon bringt also Farbe, Bewegung, kreative Herausforderung und konstruktive Aggression in die heutige Psychoanalyse hinein, und dies ist wohl sehr notwendig.

Es wird jetzt ein nach langer Vorbereitung und langer Reifung sehr fruchtbares Jahrzehnt in *Ammon*s Leben beendet, im Laufe dessen er eine in der Psychiatrie und in der Psychoanalyse unvergleichbar breite und wirksame Tätigkeit ausgeübt hat. Die Institute der Berliner Schule arbeiten und entwickeln sich weiter, die Zahl der Schüler wächst ständig, *Ammon*s Gedanken wirken über seinen unmittelbaren Tätigkeitsbereich weit hinaus; der sechzigjährige *Ammon* ist in bester Verfassung unter uns, wir hoffen und wünschen, daß er sein Werk weiter vervollkommnet und daß weitere kreative Jahrzehnte in seinem und im Leben der Berliner Schule folgen.

Diese kurze Übersicht der Tätigkeit *Ammons* begann ich mit subjektiven Gedanken, den Anfang dieses kreativen Jahrzehntes ließ ich aus eigenen Erinnerungen aufleben. Ich möchte denn auch mit subjektiven Gedanken schließen:

Während der letzten 10 Jahre ist mir die für Ausländer seltene Gelegenheit gegeben worden, die Entwicklung von *Ammons* Ideen und seiner Schule zu beobachten. Ich nahm teil an den meisten internationalen Symposien, habe *Ammons* Bücher und Schriften immer als einer der ersten in die Hand bekommen, wurde durch eine rege Korrespondenz über neue Entwicklungen der Schule informiert. *Ammon* selbst konnte ich auch immer besser kennenlernen. Als ich immer mehr Einsicht in die Entwicklungstendenzen der Psychiatrie und Psychoanalyse gewann und immer unmittelbarer die Notwendigkeit der Dynamischen Psychiatrie in der psychiatrischen Praxis erfuhr, erkannte ich zunehmend die Größe und die Bedeutung seines Werkes.

Jetzt begrüße ich ihn anläßlich seines sechzigsten Geburtstages als persönlicher Verehrer und Anhänger und wünsche ihm ein erfolgreiches, schöpferisches, langes Leben, damit er auf dem angefangenen Weg weiter fortschreitet.

Adresse des Autors:
Dr. med. Béla Buda
I. Batthyany u. 3
Budapest/Ungarn

Das Verständnis eines Entwicklungsdefizits von Ich-Strukturen in Persönlichkeit und umgebender Gruppe als Grundlage für Wissenschaft und Praxis einer Dynamischen Psychiatrie**

Günter Ammon*

Ammons Arbeit hat grundlegende Bedeutung für Wissenschaftsverständnis, Theorie und Praxis der Psychoanalyse. Die schlüssige Integration von Psychoanalyse und Psychiatrie stellt die richtungweisende und humanitäre Neuschöpfung einer Wissenschaft vom Menschen dar, der in seiner existentiellen psychophysischen Ganzheit verstanden wird. Der Begriff Verständnis ist mehr als die Rekonstruktion und Neuintegration der Geschichte eines Individuums wie z.B. bei Lorenzer, Ammon begreift das menschliche Selbstverständnis des Analytikers in seinem realen Angebot, andere Menschen zu tragen, mit ein. Wissenschaftstheoretisch bedeutsam ist allein die Methodik, die überprüfbaren und vergleichbaren Kriterien standhalten muß. Testpsychologisch am Persönlichkeitsprofil und klinisch an der Methode des Ich-strukturellen Arbeitens führt Ammon dies beispielhaft für schizophrene, psychosomatische und Borderline-Erkrankungen aus. Krankheit bezieht sich so auch immer auf die Existenz des Menschen jenseits seiner Symptomatik, Krankheiten sind Ausdruck von Identitätsverboten, psychogenetisch, gruppendynamisch und Ich-strukturell verstehbar.
So weist Ammon anhand der Zwillingsforschung bei schizophrenen Erkrankungen die Unhaltbarkeit erbbiologischer Thesen nach, bei kritischer Analyse des vorliegenden Forschungsmaterials zeigt sich im Gegenteil die Ursächlichkeit psychogenetischer Faktoren.
Als der zentrale Begriff der Dynamischen Psychiatrie wird von Ammon ‚Identität' herausgearbeitet. Die Identitätsentwicklung des Menschen versteht er als ein dynamisches Wechselgeschehen an der Grenze von Ich und Gruppe, pränatal beginnend, wo schon die unbewußten Ich-Kerne im Dialog mit der Mutter und der sie umgebenden Gruppe mittelbar stehen. Indikatoren und Niederschlag der Entwicklung sind die Ich-Funktionen als Ausdruck der Ich-Struktur des jeweiligen Menschen.
Ich-Struktur bei Ammon ist das Denkprinzip, das im dynamischen Schnittpunkt von gruppendynamischen, psychogenetischen und persönlichkeitsbildenden Prozessen zu einer allgemeinen Psychologie führt.
Ammon unterscheidet drei Arten von Ich-Funktionen, die primären, zentralen und sekundären Ich-Funktionen. Die Ich-strukturelle homöostatische Balance der Ich-Funktionen ist von unterschiedlicher Qualität bei gesunden und kranken Menschen.
Daraus leitet sich ein verändertes Krankheits- und Therapieverständnis her. Die reale Schädigung, die tatsächlichen narzißtischen Defizite aufgrund der Beziehungsstörungen in der frühen Kindheit, lassen eine Wiedergutmachung, einen Strukturaufbau zu, wenn in der therapeutischen Situation dem Patienten etwas besseres als seine Abwehr, als sein Symptom, angeboten wird, nämlich die Möglichkeit, im eigenen Recht sein Leben in erfahrungsfähigen Gruppen zu bestimmen. Die unbedingte menschliche Präsenz des Therapeuten, sich als Person zur Verfügung zu stellen, ist eine conditio sine qua non innerhalb eines vielfältigen Behandlungsspektrums. Die Emotionalität des Analytikers, sein menschliches Selbstverständnis und seine eigene Entwicklungsfähigkeit werden zum therapeutischen Agens. Die therapeutische Strategie richtet sich nach der Struktur und der psychodynamischen Notwendigkeit des erkrankten Menschen, bis hin zur Milieutherapie, wo das gesamte Lebensumfeld des erkrankten Menschen in die therapeutische Situation miteinbezogen wird.

* Dr. med., Präsident der Deutschen Akademie für Psychoanalyse
** Vortrag gehalten auf dem IX. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 10.–14. Juni 1977, Deutsches Museum, München

Ich-strukturelle Diagnostik, Therapie, Prävention, Theoriebildung und Forschung bilden in der Dynamischen Psychiatrie eine Einheit im Sinne eines aufeinander bezogenen Vorgehens und sich bedingenden Geschehens. Mit diesem Modell werden die alten psychiatrischen Nosologien überwunden. Pessimistische Erstarrungen der psychiatrischen Nosologie werden abgelöst von einem gruppendynamischen Denken, das als Identitätsveränderung für den Kranken und als Identitätserweiterung für gesellschaftsentwickelnde Lebensformen die Voraussetzung schafft.

Das Wort ‚Verständnis' im Thema dieser Arbeit weist auf den fundamentalen Unterschied zwischen Dynamischer Psychiatrie und Schul- und Anstaltspsychiatrie hin: Verstehbarkeit kontrastiert zu dem Dogma der Uneinfühlbarkeit, wie es die Schul- und Anstaltspsychiatrie als diagnostisches Kriterium vor allen Dingen den sogenannten „endogenen Psychosen" und größtenteils auch immer noch den sogenannten „Psychopathien" anlastet. Dieser Gegensatz war das Spannungsfeld, in dem sich die Dynamische Psychiatrie bis zu der grundlegenden Neukonzeptionierung durch die von mir und meinen Mitarbeitern begründete Berliner Schule bewegte.

Die Dynamische Psychiatrie, wie ich sie begrifflich verstehe, geht aus von einer Gesamtkonzeption von Krankheitsgeschehen als einem Ich-strukturellen Defizit und einem dazu korrespondierenden ganzheitlichen therapeutischen Programm, das die dynamisch-psychiatrische Klinik zu einem therapeutischen Instrument macht. Dynamische Psychiatrie geht davon aus, psychiatrische Krankheiten als Ich-defizitäre zu verstehen, die im eigentlichen Sinne Identitätskrankheiten sind und auf einem gleitenden Spektrum angesiedelt werden können. Das Ich-identitätsdefizitäre Krankheitsbild ist psychogenetisch, strukturell und gruppendynamisch verstehbar und behandelbar. Es ist in der Gruppe entstanden und darum am besten durch die Gruppe im Sinne nachholender Ich- und Identitätsentwicklung zu behandeln. Erst durch diesen Ansatz konnte die Dynamische Psychiatrie die verhängnisvolle Spaltung zwischen Psychiatrie und Psychoanalyse aufheben.

In den ersten psychoanalytischen Auseinandersetzungen *Freuds* finden wir Verständnis nur insofern, als allein die Symptomdynamik erklärbar und einfühlbar wurde. Die Gesamtdynamik der Persönlichkeit blieb jedoch, ebenso wie ihr Zusammenhang mit der Symptomdynamik, weiterhin ohne „Verständnis" und uneinfühlbar. Sie wurde im Bereich der Konstitutionspathologie angesiedelt, wie dies noch von *Benedetti* (1970) und anderen für die Psychose formuliert wurde. In diesem Ansatz wird nach meiner Meinung das im naturwissenschaftlichen Denken verwurzelte Wissenschaftsverständnis, wie wir es auch noch bei *Freud* prädominant vorfinden, fortgeführt. Verstehen ist hier im Sinne von Kategorisieren und logischer Zergliederung von Sinnzusammenhängen aufgefaßt, dem als Einheit eines Menschenbildes nur die im Biologischen verwurzelte Triebdynamik eines unstrukturierten animalischen Wesens und Trägers von Irrationalität zugrunde liegt, die es mit Hilfe von Ratio zu bewältigen sucht.

Innerhalb dieses Menschenbildes, in dem die Emotionalität in den Triebbereich verwiesen und ihre Beherrschung durch Sublimation gefordert wird, wird dem therapeutischen Prozeß ein wesentliches therapeutisches Agens,

nämlich die Emotionalität des Analytikers, entzogen, wodurch er in seinem eigenen menschlichen Selbstverständnis und in seiner Entwicklungsfähigkeit ebenfalls hochgradig eingeschränkt ist. Diese Ausgrenzung von Emotionalität wiederholt in der Verweigerung einer menschlichen Interaktion mit den Patienten das Konzept der Uneinfühlbarkeit, wie wir es in der Schulpsychiatrie finden, auch dort, wo psychoanalytisches Denken ansatzweise in die Psychiatrie eingeführt ist.

Wenn die Schulpsychiatrie die von ihr als sogenannte „Geisteskranke" bezeichnete Patientengruppe als organisch Kranke einstuft und deswegen psychotherapeutische Maßnahmen mit der Herstellung eines emotionalen Kontaktes zum Personal als Irrlehre abtut, obwohl sie bisher den Beweis für die Organizität dieser Krankheiten schuldig geblieben ist, muß es als doppelbödig erscheinen, wenn diese Kranken dann nicht die gleiche Unterbringung und Betreuung erfahren, wie die somatisch kranken Patienten, sondern daß diese Kranken, die extrem sensibel und emotional leidend sind, behandelt werden, als litten sie unter einer Mischung von Schwachsinn und Kriminalität.

Im Rahmen der organmedizinisch orientierten Psychiatrie wird der psychodynamischen und psychotherapeutischen Erforschung immer wieder der Vorwurf der Unwissenschaftlichkeit gemacht, wobei Wissenschaftlichkeit auch hier wieder im Sinne der Naturwissenschaft verstanden wird. Wie zweifelhaft die unreflektierte Anwendung naturwissenschaftlicher Methodik auf psychosoziale Phänomene ist, wird besonders deutlich in der häufig als Beweis für die erbbiologische Genese der Schizophrenie angeführten Zwillingsforschung. Erwähnt seien hier vor allem die Untersuchungen von *Kallman* (1946), *Slater* (1947) und *Penrose* (1955). Von Kritikern, wie z.B. *Don Jackson* (1960), wurde hervorgehoben, daß die Auswahl der Zwillinge nur unter Klinikbedingungen erfolgte und daß den Psychiatern verschiedener Länder kein einheitliches Kriterium der Diagnose vorlag. Das häufig als Beweis für die erbbiologische Verursachung der Schizophrenie angeführte Argument, daß auch getrennt aufwachsende eineiige Zwillinge hochsignifikant häufiger an Schizophrenie erkrankten als zweieiige, stellte sich als nicht haltbar heraus. 52 der von *Kallman* als „getrennt aufgewachsen" angeführten eineiigen Zwillingspaare mit einer Konkordanz von 77,6 % der Schizophrenieerkrankung wurden fünf Jahre vor dem Ausbruch der Erkrankung getrennt, bei einem Durchschnittsalter von 33 Jahren eindeutig nach der Prägungszeit. Daß trotzdem diese Konkordanzrate von 77,6 % gegenüber den nicht getrennten eineiigen Zwillingspaaren mit einer Konkordanz von 91,8 % hochgradig signifikant niedriger liegt, beweist vielmehr die Ursächlichkeit psychogenetischer Faktoren. Der große statistische Unterschied durch die fünfjährige Trennung erklärt sich aus dem Abbruch der interpersonellen Gruppendynamik der Zwillinge untereinander und in bezug auf ihre Gruppenumgebung. Biologisch-genetisch wäre eine so hochgradig signifikante Differenz nicht zu erwarten. Hinzu kommt, daß die häufig zitierten eineiigen Zwillinge, die von Geburt an getrennt aufgewachsen sind, sich bei kritischer Durch-

sicht der Literatur auf zwei Zwillingspaare reduzieren, die mehrere Male zitiert werden und dann als verschiedene Paare zusammengezählt worden sind. Besonders in der ausführlichen Falldarstellung eines dieser Zwillingspaare bei *Don Jackson* (1960) wird deutlich, inwieweit Pseudowissenschaftlichkeit zur Entstellung von Realität und im Sinne der Untermauerung eines einmal gefaßten Vorurteils benutzt werden kann. Die Zwillinge lebten nämlich bei den zwei Brüdern der Mutter, die die virulante Psychodynamik der Mutter untereinander austrugen, d.h. die Zwillingsgeschwister standen beide gruppendynamisch unter dem Einfluß der Mutter, wenn sie auch nicht in ein und derselben Familie und am selben Ort aufwuchsen.

Im Unterschied zu *Kallman*, *Slater* und *Penrose*, die eine Konkordanzrate von zwischen 70 und 90 % bei eineiigen Zwillingen feststellten, kommen *Fischer* (1969) und *Kringlen* (1964) in großangelegten Untersuchungen zu Konkordanzraten um 30 % bei eineiigen und zwischen 0 und 14 % bei zweieiigen Zwillingen. Diese Unterschiede bei den verschiedenen Autoren zeigen, wie wenig zuverlässig schon die statistische Erfassung als solche ist, abgesehen davon, daß bezweifelt werden muß, ob sie überhaupt erbbiologischen Thesen zur Untermauerung dienen kann. In allen diesen Untersuchungen wurde, wie *Don Jackson* hervorhebt, zum Teil bewußt und nicht überprüft die besondere psychische Situation der Zwillinge unberücksichtigt gelassen. Diese besondere Situation im psychodynamischen Sinn unterstreicht eine Studie von *Wilson* (1931), der in einer Fragebogenaktion feststellte, daß 43 % der schizophren reagierenden eineiigen Zwillinge und 26 % der gleichgeschlechtlichen zweieiigen Zwillinge keinen Tag getrennt gewesen waren. 76 % der eineiigen sowie 52 % der zweieiigen Zwillinge hatten darüberhinaus dieselben Freunde. Ich meine, daß diese Zahlen von *Wilson* sehr deutlich die besondere psychische Situation der Zwillinge umreißen. Daß sich die eineiigen Zwillinge in diesem Ausmaß weniger häufig keinen einzigen Tag trennen und weniger unterschiedliche Freunde haben als zweieiigen Zwillinge, zeigt psychodynamisch gesehen ihre stärkere symbiotische Verklammerung und ihre größeren Identitätsdefizite, für die nach erbbiologischen Ursachen zu suchen kein zureichender Grund besteht und nach denen bisher ja auch vergebens gesucht worden ist. Unter der Annahme einer Psychogenese der Schizophrenie ist es geradezu zwingend evident, daß unter diesen Bedingungen bei der offenen Schizophrenie eines Zwillings der andere ebenfalls erkrankt.

Wir meinen, daß es sicherlich gerechtfertigt ist, eine detaillierte Forschung psychischen Krankseins aus der Warte einer fundierten wissenschaftlichen Humangenetik zu betreiben. Jedoch gerade in der Zwillingsforschung wird deutlich, wie eine eigentlich wissenschaftliche Methodik in den Dienst primärprozeßhafter Realitätsentstellung und Bestätigung von Vorurteilen gestellt werden kann. *Don Jackson* charakterisiert dies nach einer differenzierten Auseinandersetzung mit der Zwillingsforschung mit den Worten: „Es mag sein, daß wir uns der *Kraepelin*schen Klassifikation allzu sehr verpflichtet gefühlt haben, um einen neuen Ansatz ins Auge zu fassen. Ich habe jedoch

aufzuzeigen versucht, daß die Technik des bloßen Nase-Zählens eine vergebliche Liebesmühe ist." (*Don Jackson*, 1960).

Die Auseinandersetzung der Psychoanalyse mit der Psychiatrie begann – wie Sie wissen – schon relativ früh. Zu nennen sind hier vor allem die Arbeiten von *C.G. Jung* (1907), *Paul Federn* (ab 1913), *Paul Schilder* (1925) und von *Karl Abraham* (1924) über Schizophrenie und manisch-depressives Irresein, sowie der Versuch der Strukturierung einer sogenannten Neurosenklinik von *Ernst Simmel* in Berlin-Tegel, Ende der Zwanziger Jahre. Abgesehen von *C.G. Jungs* Arbeit aus dem Jahre 1907 basieren diese jedoch alle auf einem Triebkonzept. Infolge des Nationalsozialismus kamen die frühen Ansätze jedoch in Deutschland nicht zum Tragen. In den USA wurden sie dagegen vor allem von *Frieda Fromm-Reichmann* (1943, 1948, 1958), *Harry Stuck Sullivan* (1953, 1962), in der Menninger-Klinik von *W. Menninger* (1932, 1936, 1948), *K. Menninger* (1962, 1963), *Knight* (1953, 1954), *Rapaport* (1950, 1951) u.a., aber auch in der modernen Forschung der vor allen Dingen soziologisch orientierten Gruppe um *Bateson* (1956), *Wynne* (1959), *Lidz* (1957), *Jackson* (1960) u.a. fortgesetzt, wobei hier die Erforschung von Einzelaspekten der Symptomatik und Genese im Vordergrund stand, ohne daß ein integriertes psychoanalytisches Konzept oder Gruppenkonzept entwickelt werden konnte.

Die grundsätzliche Konsequenz der von uns vertretenen Dynamischen Psychiatrie besteht nun darin, den Menschen nicht mehr als Triebwesen zu begreifen, sondern in seinem psychodynamischen und psychosozialen Kontext. Die maßgebliche Veränderung unserer Theoriebildung besteht in einem Ich-Strukturkonzept, das die therapeutische Veränderung der Persönlichkeitsstrukturen beinhaltet. Dabei wird das Strukturmodell der orthodoxen Psychoanalyse wie auch das der Ich-Psychologie, das in seiner Begrifflichkeit von Ich, Es und Über-Ich einen hypothetischen Charakter hat, zugunsten eines Strukturmodells aufgegeben, das versucht, die Ausbildung und Interdependenz der Ich-Funktionen als Spiegel einer internalisierten Gruppenerfahrung zu verstehen und in der Interaktion mit dem Therapeuten und der therapeutischen Gruppe gezielt zu beeinflussen.

Dieses Ich-Strukturmodell ist ein Entwicklungsmodell, dessen zentraler Bestandteil durch die Entwicklung von Ich-Identität in der Gruppe gegeben ist. Die Ich-Entwicklung ist kein automatisch ablaufender Prozeß, sondern ein sehr störanfälliger Dialog zwischen dem Kleinkind und seiner Mutter bzw. der es umgebenden Primärgruppe. Dieser Dialog beginnt schon im pränatalen Bereich. *Graber* (1957) bezeichnete das pränatal entstandene Ur-Ich als eine Antizipation des nachgeburtlichen Ichs. So dient das Ich in seinen unbewußten Ich-Kernen der kreativen Kommunikation mit der inneren und äußeren Welt. Diese unbewußten Ich-Kerne, die sich bereits im Zuge der intrauterinen Entwicklung ausbilden, sind daher letzten Endes die Basis jeder Ich-Identität, die später in der interpersonellen Realität zwischen Mutter und Kind und umgebender Gruppe und damit auch im weitesten Sinne der Gesellschaft erprobt werden. Dementsprechend muß auch die Möglichkeit in

Betracht gezogen werden, daß die Entwicklung dieser primär gegebenen Ich-Anlagen von dem erlebnisbedingten intrauterinen Milieu abhängt und selbst schon das Ergebnis einer vorgeburtlichen Interaktion – anders als bei *Glover* (1933) – zwischen Mutter und Kind auf der Ebene von vegetativen Prozessen und Reaktionen darstellt. Auch würde sich der Gummibegriff der sogenannten Krankheitsdisposition durch die Vorstellung von pränatalen psycho-vegetativen Störungen erklären lassen. *Ferenczi* sprach in diesem Zusammenhang bereits 1921 von einem Ich-Kern als einer undifferenzierten psychosomatischen Stufe der archaischen Wahrnehmungsmodalität. Obwohl *Ferenczi* den Identitätsaspekt im Sinne einer ursprünglich gegebenen Ich-Autonomie, wie es von späteren Ich-Psychologen herausgestellt wird, noch nicht berücksichtigt, sind diese Vorstellungen doch als Vorstufe dieser theoretischen Entwicklung anzusehen.

Von dieser Auffassung ausgehend können wir vermuten, daß eine unbewußte Ablehnung des Kindes zu intrauterinen Entwicklungsstörungen des Fötus führt, die eine Schädigung primärer Ich-Anlagen zur Folge haben. Auf diesem Gebiet liegen eine ganze Reihe differenzierter Untersuchungen vor (*M. Liley*, 1969; *A. W. Liley*, 1967; *Rottmann*, 1973; *S. Schindler*, 1973 u.a.).

Schon in dem oben Gesagten bietet sich auf einer frühen, der pränatalen Ebene die Abhängigkeit der Entwicklung von Ich und Identität von der umgebenden Gruppe an. Neben den bahnbrechenden Entdeckungen auf der frühesten postnatalen Entwicklungsstufe durch *René Spitz* (1956), *Harlow* (1955, 1962) und anderen, möchte ich hier an die These des Baseler Biologen *Adolf Portmann* (1951) vom menschenspezifischen „extrauterinen Frühjahr" erinnern, daß der Mensch nach der Geburt noch eine Art Embryo ist und das erste Lebensjahr des Kindes im tieferen Grunde noch ein Embryonaljahr darstellt.

In der postnatalen Entwicklung ist es deswegen besonders wichtig, daß Mutter und Primärgruppe, bei der der Vater auch eine bedeutende Rolle spielt, dem Kind die unterstützende Umgebung zur Verfügung stellen, die es zur Entwicklung seiner Ich-Funktionen und seiner Identität braucht, eine These, die neuerdings auch durch die Arbeiten von *Hans Papousek* (1977), besonders in Hinblick auf die sich bereits in dieser Frühzeit entwickelnden kognitiven Fähigkeiten, bestätigt wurde.

Dies stellt innerhalb der Dynamischen Psychiatrie einen wesentlichen therapeutischen und genetischen Aspekt dar. Die Primärgruppe wird nur diejenigen Ich-Funktionen fördern können, die sie selbst konflikt- und angstfrei handhaben kann. Dieser Prozeß ist jedoch nicht einseitig zu sehen. Im Sinne einer gelingenden Symbiose ist es unabdingbar, daß auch Mutter und Primärgruppe ihrerseits dem Kind in einem Prozeß des Lernens und Veränderns gegenseitig begegnen können.

Aus diesem Wechselprozeß geht die zentrale Ich-Funktion der Identität hervor. Unter Identität verstehe ich die Hauptqualität des Ichs, sich in sich selbst und in der Zeit als beständig erlebte Einheit zu erfahren. Unter Identität verstehe ich ferner den entwicklungsgeschichtlich gewachsenen funktio-

nalen Kern der Persönlichkeit. Die Identität fassen wir auf als eine strukturale Ich-Funktion, die in einer innigen Interdependenz mit den anderen primären, zentralen und sekundären Ich-Funktionen steht. Man kann auch sagen, daß Identität die Summe der lebensgeschichtlich erfahrenen Identifikationen ist. Identität ist jedoch mehr als dies: Der von mir vertretene Identitäts-Begriff ist zu trennen von dem Rollenbegriff *Habermas'* (1968) wie auch von dem triebgenetisch und biologisch von Lebenszyklen abhängigen Identitätsbegriff *Eriksons* (1970).

Die Aufgabe von Mutter, Vater, Primärgruppe und Gesellschaft schlechthin gegenüber dem Kind stellt ein Modell von Identität überhaupt dar in ihrer Erfahrungsfähigkeit, ihrer Fähigkeit einer flexiblen Öffnung und Abgrenzung nach innen und außen, in dem kindliche Bedürfnisse auch auf der Ebene des Primärprozesses verstanden und gegenüber den Anforderungen der Realität verständnisvoll abgegrenzt werden müssen. Demnach ist die Identität nicht individualpsychologisch zu sehen, sondern weist sich genetisch und dynamisch grundsätzlich als ein interpersonelles und gruppendynamisches Geschehen aus, das sich an den Grenzen von Ich und Gruppe vollzieht.

An dieser Grenze vollzieht sich jedoch nicht nur die Identitätsbildung, sondern die Entwicklung psychischer Strukturen überhaupt. Dabei findet jede innerhalb der lebensgeschichtlich bedeutsamen Gruppen gewonnene Erfahrung ihren Niederschlag in einer Facette der gesamten Ich-Struktur. Die strukturierende Bedeutsamkeit ist dabei bestimmt von der lebensgeschichtlichen Position innerhalb der Ich-Entwicklung, wobei davon auszugehen ist, daß Strukturierungsprozesse sowohl im positiven als auch im negativen Sinn umso wirkungsvoller sind, je früher sie lebensgeschichtlich gesetzt werden und je stärker das interpersonelle Geschehen emotional besetzt ist. Im Zusammenhang mit diesen Überlegungen ergibt sich auch aus einer genetischen Perspektive eine Einteilung der Ich-Funktionen in primäre, vorwiegend die biologische Existenz betreffende Ich-Funktionen, – wozu ich Motorik, taktile Wahrnehmung, Sehen, Hören und den Gleichgewichtssinn rechne –, zentrale Ich-Funktionen – wie unter anderen die Ich-Identität und das Körper-Ich, Sexualität, konstruktive Aggression, Kreativität, Ich-Abgrenzung nach innen und außen, Ich-Autonomie, Frustrationsregulation und die Integrationskraft des Ichs – und schließlich die sekundären Ich-Funktionen wie Denken, Gedächtnis, Intelligenz, Affekte, Sprache und Phantasie sowie die verschiedenen Abwehrmechanismen des Ichs.

Aus genetischer Sicht ergibt sich dabei eine Hierarchie von Ich-Funktionen je nach ihrer entwicklungsgeschichtlichen Bedeutung. Dabei sind die primären Ich-Funktionen als Basis der zentralen und diese wiederum als Basis der sekundären zu verstehen. Dies wirft ein Licht auf die Interdependenz der Ich-Funktionen untereinander, die jedoch auch in qualitativer Hinsicht noch weiter abgeklärt werden muß, worauf im folgenden noch einzugehen ist. Die Ich-Struktur, so wie ich sie verstehe, entspricht dabei der Gesamtheit der verfügbaren Ich-Funktionen. Dabei ist es im einzelnen sehr vorsichtig zu beurteilen, ob der Ausfall einer spezifischen Ich-Funktion dem entsprechen-

den spezifischen Strukturdefizit zuzuordnen ist, oder ob nicht auch der Ausfall einer Ich-Funktion phänotypisch auf eine defizitär ausgebildete andere Ich-Funktion hinweisen kann, wie z.B. bei der hysterischen Blindheit nicht ein Ausfall der primären Ich-Funktion des Sehens zu vermuten ist, sondern eine Störung der zentralen Ich-Funktion der Sexualität oder vielleicht eine Kombination von Störungen beider Ich-Funktionen vorliegt. Dies weist darauf hin, daß die Zuordnung von Ich-Funktionen und Ich-Struktur sehr komplex ist und in jedem Fall zu einer Beurteilung die psychodynamische Geschichte innerhalb der relevanten Gruppen herangezogen werden muß, da anzunehmen ist, daß nicht alle Ich-strukturellen Gegebenheiten ihren Ausdruck in Ich-Funktionen finden. Nach dem oben Gesagten entspricht die Ich-Struktur vielmehr der Gesamtheit von internalisierten Gruppenerfahrungen in ihrer geschichtlichen Dimension, wobei eine entscheidende Bedeutung innerhalb der primären Gruppenerfahrung der Mutter-Kind-Symbiose zukommt.

Nach unserem Denkmodell wird die Gesamtheit der Ich-Strukturen und -Funktionen energetisch gespeist durch eine unspezifische Ich-Energie, die kontinuierlich durch die Ich-Identität und ihre Ziele in Gang gehalten wird.

Bei narzißtisch defizitären Identitätsschäden muß die Ich-Energie durch von außen kommende narzißtische Zufuhr in Gang gesetzt werden. An anderer Stelle (*Ammon*, 1972) habe ich diesen defizitären Narzißmus als tertiären Narzißmus bezeichnet, während das oben Erwähnte, sozusagen sich energetisch selbst speisende Aktionsmodell des Ichs als quartärer Narzißmus, der unabhängig ist von narzißtischer Zufuhr von außen, von mir beschrieben wurde.

Die Zufuhr von narzißtischer Bestätigung und damit Ich-Energie ist ursprünglich primärgruppenabhängig und entscheidet über psychisches und physisches Leben des Kindes. Fehlt sie vollständig, so führt dies bekanntermaßen innerhalb des ersten Lebensjahres unter Umständen zum körperlichen Tod des Kindes.

Ich möchte an dieser Stelle drei wesentliche Ich-Funktionen, die zentrale Ich-Funktion der konstruktiven Aggression, der Sexualität und der Angst exemplarisch herausnehmen, um mich dabei von trieb-psychologischen und Ich-psychologischen Konzepten abzugrenzen, indem ich diese Ich-Funktionen in ihrer psychodynamischen Dimension schildere.

In meiner psychoanalytischen und psychiatrischen Erfahrung konnte ich nie Zeichen eines Zerstörungs- und Todestriebes feststellen, wohl aber Verkrüppelungen einer auf das Leben gerichteten konstruktiven Ich-Funktion der Aggression, wie ich dies in meiner Arbeit seit 1968 vertreten und weiterentwickelt habe (*Ammon*, 1968, 1969, 1970, 1973a).

Die klinisch beobachtbare destruktive Aggression verstehe ich nicht als ein Phänomen der Triebentwicklung, sondern auf dem Boden eines strukturellen Ansatzes als defizitäre Entwicklung der zentralen Ich-Funktion der konstruktiven Aggression. Die Entwicklung der konstruktiven Aggression ist nur im Rahmen der frühen Mutter-Kind-Symbiose verstehbar, innerhalb de-

rer die Mutter und Primärgruppe dem kindlichen „ad-gredi" freundlich und unterstützend begegnen. Voraussetzung dafür ist die Erfahrungs- und Abgrenzungsfähigkeit von Mutter, Vater und Primärgruppe. Wenn Mutter und Primärgruppe der Entfaltung der Persönlichkeit des Kindes und seinem spielerischen Erfassen der Realität feindlich gegenüberstehen, bleiben wesentliche Teile des kindlichen Ichs unstrukturiert, wobei auf der strukturellen Ebene die destruktive Aggression den unstrukturierten, defizitären Ich-Anteilen entspricht. Auf psychodynamischer Ebene spiegelt sie die elterliche Aggression gegenüber der Entfaltung der kindlichen Persönlichkeit wider und stellt somit das internalisierte Identitätsverbot der Eltern dar, die auf Grund archaischer Verlassenheitsängste das Kind zur Kompensation eigener Ich-Strukturdefekte benötigen.

In diesem Sinne ist auch die Sexualität nicht als isoliertes Triebgeschehen zu verstehen, sondern als eine exemplarische Identitätsäußerung, deren konstruktive Entfaltung nur im Rahmen einer gelingenden Interaktion von Kind und Primärgruppe möglich ist, weil hier beispielhaft auf der Körper-Ich-Ebene primärprozeßhafte Erfahrungsmodi unter der Herrschaft flexibler Ich-Grenzen stehen müssen. Im Gegensatz zu *Freud* sind wir der Meinung, daß Kreativität immer mit sexuellem Interesse zusammenhängt und nicht das Ergebnis von Sublimierung von Sexualität, d.h. Triebzielveränderung beinhaltet (*Ammon,* 1972). Sexualität und schöpferische Aktivität bedeuten vielmehr besondere Ich-Zustände mit vorübergehender Öffnung der Ich-Grenzen und einer damit verbundenen Neuorganisation und Erweiterung des Ichs. Demnach entspricht die gestörte Sexualität einer im Rahmen des Symbiosekomplexes erworbenen defizitären Ich-Struktur vor allen Dingen in Bereichen des Körper-Ichs, aber auch im Bereich der Ich-Regulation, und spiegelt auf psychodynamischer Ebene analog zur Dynamik der destruktiven Aggression die Sexualfeindlichkeit der Primärgruppe wider (*Gisela Ammon* 1971, 1973; *Günter Ammon* 1972, 1973a, 1976a).

Diese innige Verknüpfung verschiedener Ich-Funktionen miteinander, sowie auch die Modalitäten der Verknüpfung und die Abgrenzung gegenüber einem Neurosenkonzept, läßt sich besonders deutlich an der Auseinandersetzung um die Angst aufzeigen. Diese ist unmittelbar mit der destruktiven Aggression verbunden, wobei Angst und Aggression wiederum den unstrukturierten Anteilen aller Ich-Funktionen zugehörig sein können. Dabei stellt die Angst eine zentrale Ich-Funktion dar, die zur Bewältigung von Realität unbedingt erforderlich ist. Prinzipiell läßt sich sagen, daß die Angst im pathologischen Sinne die Angst vor der Angst beinhaltet. Ihre Verknüpfung mit einem spezifischen Strukturdefizit, sei es nun im Bereich der primären, zentralen oder sekundären Ich-Funktionen, wird die Angst qualitativ und quantitativ maßgeblich beeinflussen. Aus diesen Überlegungen resultiert, daß die Angst nicht im Rahmen des Triebmodells als Angst vor dem Triebwunsch oder der Triebgefahr verstanden werden kann, sondern letztlich immer die Angst vor der Identitätsangst bedeutet, wobei die zentralen Ich-Funktionen der Ich-Identität und der konstruktiven Aggression immer berücksichtigt

werden müssen. Die Angst ist eine regulierende Ich-Funktion, in einem mittleren Bereich der Intensität ermöglicht sie Kreativität, d.h. Veränderung und flexible Zuordnung des gesamten Ich-Struktur-Musters, in den pathologischen Grenzbereichen verhindert sie Ich-Auflösung, indem sie Abwehrmechanismen in Gang setzt wie den Zwang oder psychotische Reaktionen, um der Vernichtungsangst zu begegnen.

Aus diesen neuen theoretischen Positionen eines Persönlichkeitsmodells im Sinne der Dynamischen Psychiatrie ergeben sich sowohl im Hinblick auf Nosologie, Diagnostik und Therapie neue Gesichtspunkte. Dem Spektrum der Ich-Strukturen und Ich-Funktionen steht das Spektrum archaischer Ich-Krankheiten gegenüber. Für deren nosologische Differenzierung ist dabei nicht mehr eine Konfliktdynamik entscheidend, sondern eine genaue Differenzierung intakter oder defekter Ich-Strukturen, wobei die einzelnen Ich-Funktionen in ihrer psychodynamischen und geschichtlichen Dimension erfaßt werden, wie ich es soeben für einige einzelne Ich-Funktionen dargelegt habe.

Die Anordnung psychischer Erkrankungen auf einem gleitenden Spektrum eröffnet die Möglichkeit einer exakten Abgrenzung neurotischer bis psychotischer Faktoren in einem Ich-strukturellen Rahmen.

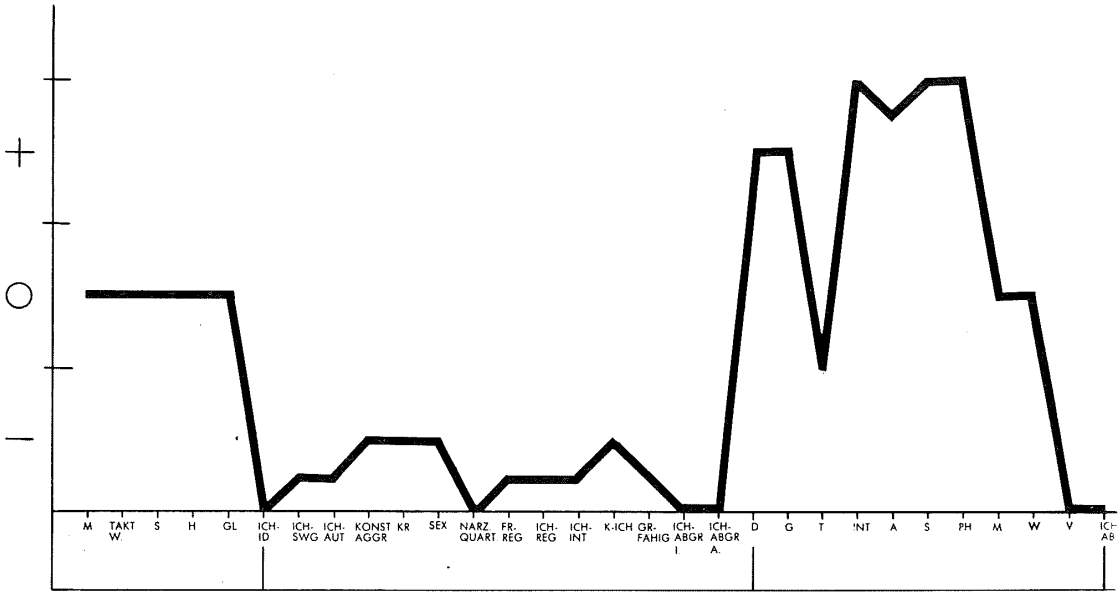
Die Abbildung 1 zeigt eines der Persönlichkeitsprofile, die wir teilweise schon entwickelt haben und gerade entwickeln. Es handelt sich um eine Borderline-Persönlichkeit mit sehr stark geschädigten zentralen Ich-Funktionen, besonders im Bereich der Ich-Identität und den überkompensierten Ich-Funktionen sekundärer Art, besonders im Bereich intellektueller Prozesse. Diese Persönlichkeitsprofile geben unsere klinischen Erfahrungen wider; wir haben begonnen, die einzelnen Ich-Funktionen testpsychologisch objektivierbar zu machen, was uns insbesonders für die Ich-Funktion der Aggression schon insoweit gelungen ist, als wir in die Phase der Standardisierung eingetreten sind. Ich werde unten noch im Einzelnen darauf zu sprechen kommen.

Auf einem gleitenden Spektrum sind Neurose, Borderline-Symptomatik, Psychosomatik, Sucht, sexuelle Perversion und die psychotischen Reaktionen anzuordnen. Nach diesem Krankheitsverständnis ist es möglich, die verschiedenen Krankheitsbilder in ihren Ich-strukturellen, psychodynamischen und familiendynamischen Aspekten zu differenzieren, wobei ich kurz beispielhaft auf die Krankheitsbilder der Psychosomatik, des Borderline-Syndroms und der Schizophrenie eingehen möchte, um diesen Zusammenhang genauer zu belegen.

Zur schizophrenen Erkrankung existieren sicherlich die umfassendsten familiendynamischen Untersuchungen, wobei auch der Aspekt der Identitätszersplitterung immer wieder hervorgehoben worden ist. Von der Ich-Struktur her gesehen, handelt es sich dabei um eine schwere Ich-Schädigung aller zentralen sowie der meisten sekundären Ich-Funktionen, im Gegensatz zu den Borderline-Erkrankungen, wo die sekundären Ich-Funktionen nicht nur erhalten, sondern teilweise überkompensiert sind. Die von *Bateson*

Abb. 1

Das Profil der Borderline-Persönlichkeit*



Primäre neurophysiologische Ich-Funktionen
M = Motorik
TAKT.W. = Taktile Wahrnehmung
S = Sehen
H = Hören
GL = Gleichgewichtssinn

Zentrale Ich-Funktionen
ICH-ID = Ich-Identität
ICH-SWG = Ich-Selbstwertgefühl
ICH-AUT = Ich-Autonomie
KONST. AGGR. = Konstruktive Aggression
KR = Kreativität
SEX = Sexualität
NARZ.QUART. = quartärer Narzißmus
FR-REG = Frustrations-Regulation
ICH-REG = Ich-Regulation
ICH-INT = Ich-Integrität
K-ICH = Körper-Ich
GR-FÄHIG = Gruppenfähigkeit
ICH-ABGR.I. = Ich-Abgrenzung nach innen
ICH-ABGR.A. = Ich-Abgrenzung nach außen

Sekundäre Ich-Funktionen
D = Denken
G = Gedächtnis
T = Traumfähigkeit
INT = Intelligenz
A = Affekte
S = Sprache
PH = Phantasie
M = Motorik
W = Wahrnehmung
V = Verdrängung
ICH-ABW.F. = Ich-Abwehrfunktionen

Idealtypische Darstellung der Struktur und Zuordnung der primären, zentralen und sekundären Ich-Funktionen beim Borderline-Syndrom.

1) + = Ich-Funktionen sind besonders stark ausgebildet und haben im Sinne der Aufrechterhaltung der homöostatischen Balance die Funktion, die defizitären Ich-Funktionen zu kompensieren.
2) O = Normalbereich.
3) – = Ich-Funktionen sind defizitär.

(*Ammon*, 1976a)

*derzeitiger Stand der Forschung

(1956), *Wynne* (1959) u.a. beschriebene Double-bind-Kommunikation führt zu einem Aufheben von Erfahrungsstrukturen überhaupt, was sich nach unserer Auffassung vor allem in einer defizitären Ich-Abgrenzung nach innen und außen äußert, wodurch die Grenze zwischen Ich und Nicht-Ich schwindet, die z.B. beim Psychosomatiker noch durch das Symptom aufrechterhalten werden kann. (*Ammon*, 1976b).

Das defizitäre Ich in der schizophrenen Reaktion wird immer wieder versuchen, Identität mit Hilfe weniger ausgebildeter sekundärer Ich-Funktionen gleichzeitig zu bewahren und wieder zu gewinnen. Während so die sekundäre Ich-Funktion der Intelligenz primär nicht gestört ist, finden sich jedoch in der Regel Störungen der sekundären Ich-Funktionen der Affektivität und des Denkens.

Im Gegensatz dazu findet das Kind in Gegenwart der psychosomatisch krankmachenden Mutter eine Existenzmöglichkeit auf dem Wege der körperlichen Erkrankung, die als alleiniges Vehikel emotionalen Kontaktes innerhalb der Mutter-Kind-Symbiose fungiert. Die Folge sind verkrüppelte zentrale Ich-Funktionen mit einer besonderen Schädigung des Körper-Ichs, wobei über das psychosomatische Symptomverhalten der Versuch unternommen wird, den narzißtischen Körper-Ich-Defekt, den ich als „Loch im Ich" bezeichnet habe, zu füllen. Die im Gegensatz zu der schizophrenen Erkrankung durch das Symptom ermöglichte Ich-Integration erlaubt die relativ intakte Ausbildung der sekundären Ich-Funktionen.

Das Borderline-Syndrom zeigt in seiner Symptomatik ein Konglomerat der oben dargestellten Krankheitsphänomene.

Die frühe Beziehung zu Mutter und Primärgruppe ist gekennzeichnet durch abgespaltene und inkonstante Kontakte im Bereich sekundärer Ich-Funktionen im Wechsel mit völligem Kontaktabbruch. In diesen Kontaktbereichen zeigt der Patient teilweise noch entwickelte, zum Teil überkompensierte Ich-Funktionen, die eine Pseudoidentität bzw. Pseudogesundheit vortäuschen können, die soweit gehen kann, daß der Patient den Eindruck von „gesünder als gesund" machen kann, um einen Ausdruck meines Lehrers *Karl Menninger* zu gebrauchen. Erst eine genaue Ich-strukturelle Diagnostik zeigt das volle Ausmaß und die Schwere der defizitären Ich-Struktur. Hinzu kommt, daß das Borderline-Syndrom das Hauptkontingent der Patienten, die die psychoanalytische Sprechstunde aufsuchen, stellt. In der Symptomatik kann es alle psychischen Krankheitsformen von der Neurose bis zur Psychose vortäuschen, zeichnet sich jedoch durch eine spezifische Ich-Struktur aus. Erst eine Ich-strukturelle Betrachtungsweise erlaubt dabei eine einwandfreie nosologische Abgrenzung des Borderline-Syndroms als eines einheitlichen Krankheitsbildes.

Die Besonderheit des Borderline-Syndroms besteht dabei in einer ausgeprägten Defizienz der zentralen Ich-Funktion der Identität, die es auch erlaubt, das Borderline-Syndrom als Identitätserkrankung zu bezeichnen. Das schwere Identitätsdefizit wird kompensiert durch hoch entwickelte sekundäre Ich-Funktionen, die jedoch mit der defizitären Kernpersönlichkeit nicht verbunden sind und wobei es zum Krankheitsausbruch dann kommt, wenn diese homöostatische Balance gestört ist.

Die für die Borderline-Erkrankung verantwortlichen spezifischen Ich-Defekte habe ich bereits 1976 folgendermaßen zusammengefaßt:

1. Zersplitterung der Identität durch Störungen in der Symbiose,
2. defizitärer Narzißmus,

3. Verkrüppelung der Ich-Funktion der konstruktiven Aggression, nach innen und außen gerichtete Destruktion,
4 defizitäre Ich-Frustrationsregulation,
5. defizitäre Ich-Abgrenzung nach innen und außen,
6. defizitäre Ich-Integration,
7. Defizite der Affektivität, des Denkens, der Sexualität und der Oralität.

Ich möchte an dieser Stelle auf das von mir entwickelte Ich-strukturelle Persönlichkeitsprofil hinweisen. Es geht aus von den aus der Einheit der Ich-Identität zu verstehenden zentralen Ich-Funktionen, wie der konstruktiven Aggression, der Kreativität, der Ich-Abgrenzungs-Regulation nach innen und außen und der Frustrationstoleranz. Dabei sind selbstverständlich auch die sekundären Ich-Funktionen aufzunehmen, weil sie häufig als einzige gesunde Ich-Anteile die Brücke zum therapeutischen Bündnis darstellen. Mit diesem Test beabsichtigen ich und meine Mitarbeiter, Krankheitsbilder, Therapieverläufe und therapeutische Strategien objektiviert darstellbar zu machen. Es handelt sich um ein Testprojekt, in dem jeweils für die einzelnen Ich-Funktionen ein umfangreicher Fragebogenkatalog vorgelegt wird. Eine besondere Schwierigkeit bei der Erstellung des Fragebogens stellt die Tatsache dar, daß Ich-Strukturen und insbesondere die zentralen und primären Ich-Funktionen im Unbewußten verankert sind und durch einfache Verhaltensanalyse nicht immer schlüssig erfaßt werden können, daß jedoch auf der anderen Seite Verhalten und Einstellung Ausdruck unbewußter Strukturen sind. Bezüglich der defizitären Aggression ist es uns gelungen, bei psychosomatisch kranken Patienten die Ich-Funktion der destruktiven Aggression zu messen, und so Rückschlüsse auf die Stärke der nach innen, d.h. gegen den eigenen Körper gerichteten Aggression ziehen zu können, wobei die Stärke des klinischen Befundes korrespondierte zur Stärke des Defizits der Aggression. Es ist meinen Mitarbeitern *Beck, Bott, Rock und Wiehl-Volbehr* (1978) kürzlich gelungen, durch Itemanalyse, Faktorenanalyse und Diskriminanzanalyse eines Fragebogens zur Ich-Funktion der Aggression den Nachweis von zwei hoch signifikant unterscheidbaren Aggressionsformen zu erbringen. Grundlage hierfür waren 117 Versuchspersonen, eine Gruppe von Delinquenten im Strafvollzug, eine Gruppe von psychosomatisch Kranken einer Klinik und eine Kontrollgruppe.

Konstruktive und destruktive Aggression wurden so klar diskriminiert, wobei die destruktive Aggression sich aufteilte in destruktive, nach innen gerichtete Aggression bei den psychosomatisch Kranken und destruktive, nach außen gerichtete Aggression bei den Delinquenten. Dieses Ergebnis entspricht der Aggressionslehre, wie ich sie seit Jahren vertrete. Inzwischen wird die Standardisierung dieses Teils unseres Ich-Funktions-Tests vorangetrieben.

Testprofile können, wie oben ausgeführt, in jedem Falle nur eine der Grundlagen zur Erfassung der psychodynamischen und Ich-strukturellen Bedingtheiten neben anderen darstellen. Das Messen von positiv und negativ vertretenen Ich-Strukturen erlaubt aber ein höheres Maß der Objektivität bei

der Dokumentation therapeutischer Prozesse, Therapieverläufe und Effizienz wie auch eine differenzierte Unterlage für die Planung und Veränderung individuellen therapeutischen Vorgehens. Im Einzelnen sind die statistischen Signifikanzergebnisse nach *Beck/Bott/Rock/Wiehl-Volbehr* (1978) die folgenden:

1. Die Kontrollgruppe unterscheidet sich signifikant von den zwei anderen Gruppen durch den hohen Grad der konstruktiven Aggression und die niedrigen Werte auf den beiden anderen Skalen.
2. Die Gruppe der Borderline-Kriminellen unterscheidet sich von den zwei anderen Gruppen durch signifikant höhere Werte auf der Skala der destruktiven Aggression.
3. Die Gruppe der psychosomatisch Kranken unterscheidet sich von der Kontrollgruppe durch niedrige Werte bezüglich der konstruktiven Aggression und durch höhere Werte auf der Skala der defizitären Aggression. Sie unterscheidet sich von der Gruppe der Borderline-Patienten durch niedrige Werte auf der Skala der destruktiven Aggression.

Die grundsätzliche Konzeption psychotherapeutischen Handelns im Sinne eines Strukturgewinns vor allen Dingen im Bereich der Identität stellt nach unserer Auffassung im Gegensatz zur herkömmlichen Psychoanalyse, die letztlich symptomorientiert bleibt, was ja auch in der Kassengesetzgebung verankert ist, einen humanen und ganzheitlichen Ansatz dar, der jenseits einer Anpassung an die Realität sein therapeutisches Ziel hat. Im folgenden möchte ich die wesentlichen Positionen des Ich-strukturellen Arbeitens im Rahmen der Dynamischen Psychiatrie sowie das Spektrum unterschiedlicher psychotherapeutischer Behandlungsmethoden skizzieren. Die Grundkonzeption psychischer Erkrankung erfordert im Gegensatz zu einer neurosenpsychologisch orientierten Psychoanalyse, die wesentlich darauf gerichtet ist, Verdrängungen aufzuheben, eine Auseinandersetzung mit der ganzen Person des Patienten. Darin liegt auch das wesentliche Moment Ich-strukturellen Arbeitens, dessen Zielsetzung in einer nachholenden Ich-Entwickung besteht. Dabei setzt der Therapeut sich selbst genauso als Mensch ein, dieses Angebot, sich voll und ganz auf ihn einzulassen, die destruktive Aggression zu tragen und zu bearbeiten, stellt eine Grenzsituation für den Patienten her. In diesem therapeutischen Bezugsfeld übernimmt der Therapeut Ich-Funktionen wie z.B. die Realitätsprüfung, er entlastet wie er auch hilft, Ich-Funktionen neu aufzubauen, bis der Patient in eigener Identität seine Ich-Funktionen benutzt nach einem Prozeß der Wiedergutmachung und Auseinandersetzung. Diese Grenzsituationen sind Krisen, die immer wieder Entscheidungen verlangen, oft in einem harten Ringen gegen die Pathologie unter Verbündung mit allen intakten Ich-Anteilen, mit Beziehungspersonen als Hilfs-Ich und oft mit Einsatz mehrerer Therapeuten.

Nachholende Ich-Entwicklung bedeutet zum einen, den Mangel narzißtischer emotionaler Bestätigung und Zuwendung auszugleichen, zum anderen, die wiedergutmachende Korrektur pathologisch deformierter Ich-Funktionen. Die Korrektur von Ich-Funktionen steht dabei immer in einem strukturellen Gesamtzusammenhang und hat Auswirkungen für andere

Ich-Funktionen, insbesondere aber für die zentrale Ich-Funktion der Identität. Letztlich sind alle sogenannten Geisteskrankheiten Identitätserkrankungen und alle psychotherapeutischen Maßnahmen sollten sich bei den großen psychiatrischen Krankheitsbildern vom Beginn der Aufnahme in die Klinik auf Stärkung, Stützung und Entwicklung der Ich-Identität richten, statt, wie es heute noch immer in den großen Anstalten geschieht, den Patienten auch noch die Reste ihrer Identität zu nehmen.

Ich möchte jetzt die Handhabung Ich-strukturellen Arbeitens genauer beschreiben.

1. Grundlegend für die Anwendung der Ich-strukturellen Methode ist das direkte Arbeiten mit dem Patienten im Hier und Jetzt der therapeutischen Situation. Wenn wir das Verhalten der Patienten als Ausdruck des spezifischen Wirkungszusammenhanges der verschiedenen Ich-Funktionen verstehen, die das strukturell beschreibbare Persönlichkeitsprofil des Einzelnen bilden, so können wir sagen, daß die Dynamik der Ich-Struktur und damit auch die unbewußte Konfliktdynamik in jeder Situation direkt beobachtbar und beeinflußbar ist.

2. Wesentliches Anliegen dabei ist die Erschließung der zentralen Ich-Funktionen. Die unbewußten Anteile der Ich-Funktionen zeigen sich nicht nur in Sprachinhalt, Träumen, Symptomen, Phantasien und Fehlleistungen, sondern werden auch als psychodynamisch gewachsene Sprache durch Körperhaltung, Körperbild, Gang, Gesichtsmimik, Bewegungen, Kleidung und durch das Sprechverhalten, den Stimmenklang usw. vermittelt. Aus diesen jenseits der bewußt erarbeiteten Konfliktdynamik liegenden unbewußten Ausdrucksmitteln kann demnach auch auf deren Entwicklungsstand und auf den Ort der zentralen Angst geschlossen werden. Sie sind ein Indiz für die „Wunden des archaischen Defizits", an die sich der Therapeut langsam heranwagen muß.

3. Ich-strukturelles Arbeiten verlangt ein Entdecken und Verbünden mit den gesunden Ich-Anteilen.

Im Gegensatz zu neurosenanalytischen Methoden werden beim Ich-strukturellen Arbeiten die Symptome bzw. das Symptomverhalten nicht interpretiert, sondern durch die Verbündung mit den gesunden Ich-Anteilen umgangen. Im Symptom bzw. Symptomverhalten drückt sich der Versuch des Individuums aus, trotz fehlender Ich-Abgrenzungsfähigkeit dennoch zu einer Identität, wenn auch nur einer Pseudoidentität, zu gelangen. Eine Wegnahme der Pseudoidentität, die eine archaische Abwehr von Desintegrations- und Überflutungsängsten darstellt, durch Interpretation und Deutung hat in vielen Fällen eine psychotische Reaktion des Patienten zur Folge. Die Symptome sind allenfalls ein symbolischer Ausdruck für die innere Struktur und Situation des Patienten, die die eigentlichen Ansatzpunkte für die Therapie sind.

Indem sich der Therapeut mit den gesunden Ich-Anteilen verbündet und sie dadurch verstärkt, verhilft er dem Patienten auf der Grundlage einer sich entwickelnden größeren Konfliktfähigkeit dazu, die destruktiven Anteile

schließlich als Ich-fremd zu erleben und aufgeben zu können, besonders auf Grund der narzißtischen Bestätigung des Patienten, die er zur Entwicklung von Auseinandersetzungs- und Konfliktfähigkeit braucht. Eine besondere therapeutische Technik Ich-strukturellen Arbeitens ergibt sich dann, wenn bei schwerstkranken Patienten bündnisfähige gesunde Ich-Anteile überhaupt fehlen. In diesem Falle ist es notwendig, daß sich der Therapeut mit den spezifischen kranken Ich-Anteilen des Patienten verbündet, um dadurch den Patienten zu erreichen.

4. Das Arbeiten mit Übertragung und Widerstand ist dabei nur ein Aspekt der psychoanalytischen Methodik Ich-strukturellen Arbeitens. Hierbei spielt die Benutzung von Gegenübertragungs-Manifestationen des Therapeuten eine wichtige Rolle, wie ich dies in vielen meiner Arbeiten ausgeführt habe.

Ich will an dieser Stelle beispielhaft für die therapeutische Methodik und Praxis im Rahmen der Dynamischen Psychiatrie die Möglichkeiten der analytischen Milieutherapie und der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik skizzieren. Die analytische Milieutherapie ist deswegen von zentraler Bedeutung, weil sie für ein Ich-strukturelles Arbeiten optimale Voraussetzungen durch die Bereitstellung eines Höchstmaßes von Realität im therapeutischen Setting bildet, – durch die gemeinsame handwerkliche und selbstverantwortliche Arbeit, durch die sportlichen, kulturellen und kreativen Tätigkeiten, durch das wochenlange, ganztägige Zusammenleben der milieutherapeutischen Gruppe und ihrer gruppenpsychotherapeutischen Arbeit (*Ammon*, 1959, 1973b). Die milieutherapeutische Gemeinschaft stellt darüber hinaus idealtypisch eine Gruppe dar, die auf der einen Seite die Realitätsbedürfnisse der Patienten kreativ annimmt und unterstützt und so dem internalisierten Identitätsverbot entgegenwirkt. Auf der anderen Seite werden symbiotische Bedürfnisse unmittelbar erfüllt und in ihren irrationalen Teilen abgegrenzt. Auch in diesem Rahmen ist das therapeutische Agens nicht nur die Interpretation, sondern auch das direkte Eingreifen in die defizitäre Dynamik innerer Objekte, die in der Realsituation unbewußt wiederhergestellt und von den Gruppenmitgliedern erlebt und korrigiert wird.

Die analytische Milieutherapie steht exemplarisch für eine Arbeit im Hier und Jetzt. Dabei ist wesentlich, daß die irrationale Angst und destruktive Aggression nicht auf der Ebene der primären Objekterfahrungen ausgetragen werden, sondern direkt über die Arbeit am milieutherapeutischen Projekt ein Stück weit externalisiert, um dann der direkten Reparation zugänglich zu werden, wobei auch das milieutherapeutische Projekt – wie ich es an anderer Stelle beschrieben habe – sozusagen die dritte Person bildet, als Brücke der Kommunikation mit dem Patienten. Das milieutherapeutische Projekt bietet sich der Arbeit mit den gesunden Ich-Anteilen auf dieser Basis auch präverbal an, wobei dann im Schutze der Gruppe eine Konfrontation mit den defizitären Ich-Anteilen und ihre Korrektur möglich wird.

Die Prinzipien der analytischen Milieutherapie stellen in diesem Zusammenhang auch die Grundstruktur der Dynamischen Psychiatrie dar, wie wir

sie in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik in München und besonders durch unser ambulantes milieutherapeutisches Arbeiten seit über zehn Jahren verwirklicht haben; aber auch an einer ganzen Anzahl von therapeutischen Gemeinschaften, die Therapie im Rahmen der Realaufgabe der Gruppe vollzieht, kann die Dynamisch-Psychiatrische Klinik oder Klinikabteilung in ihrer das gesamte Personal einschließenden, gruppendynamisch strukturierenden milieutherapeutischen Gesamtorganisation als therapeutisches Instrument verstanden werden.

Abschließend möchte ich betonen: Die Dynamische Psychiatrie bietet unserer Gesellschaft ein sofort durchführbares Programm an, das keine besonderen zusätzlichen immensen Kosten fordert, wie sie etwa für die Reformvorschläge der „Enquête zur Lage der Psychiatrie in Deutschland im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums" entstehen würden. Natürlich ist es notwendig, den Vertretern einer Dynamischen Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland einschließlich West-Berlin die Möglichkeit von freier Lehre, Forschung und Therapie zu gewähren, die das Grundgesetz verspricht. Die Weiterbildung dazu verschafft sich engagiertes Personal auf eigene Kosten in den entsprechenden Dynamisch-Psychiatrischen Institutionen. Das theoretische Vorstellungsgebäude der Einzigartigkeit menschlicher Persönlichkeit und ihres Ich-strukturellen, zur Identität hinzielenden Aufbaus verschafft dabei die Möglichkeit, psychotherapeutische Beziehungen gezielt herzustellen, und dient dabei auch grundsätzlich einer Humanisierung der Psychiatrie. Von ebenso grundsätzlicher Bedeutung ist hierbei, daß das psychiatrische Personal nicht mehr per definitionem als „sogenannte Normale" der Gruppe der Patienten gegenübergestellt wird, sondern daß man auch das Personal, entsprechend dem von uns entwickelten Persönlichkeitsprofil, mit Ich-Strukturen ausgestattet versteht, die im Idealfall mit denen der Patienten korrespondieren sollten.

Es ist uns innerhalb von zehn Jahren gelungen, im Rahmen der Praxen der durch die DAP ausgebildeten Psychoanalytiker über 1200 Behandlungsplätze und 150 bis 200 Ausbildungsplätze zu schaffen. Dies entspricht der Kapazität einer mittelgroßen Landesnervenklinik. Dazu kommen etwa 2000 Patienten, die in den großen Landesnervenkliniken durch die von uns ausgebildeten Psychiater und Psychoanalytiker behandelt werden können und etwa 200000 Patienten, die wir indirekt erreichen durch die zehn Balint-Gruppen für Ärzte, die in unseren Instituten arbeiten, wobei wir rechnen, daß durch eine große Kassenpraxis eines Balint-Gruppen-Arztes bis zu 20000 Patienten erreicht werden können. Bei zehn Balint-Gruppen gibt es dann die hohe Zahl von 200000 Patienten, weil nicht jeder Patient, der in die Praxis kommt, nun unbedingt eine große klassische Psychoanalyse braucht oder gar eine Klinikaufnahme.

In meiner Arbeit bin ich von dem Verständnis des Entwicklungsdefizits in der Ich-Struktur der Persönlichkeit des Patienten ausgegangen. Ich meine, daß dieses Entwicklungsdefizit sowohl in der wissenschaftlichen Konzeption als auch in der Praxis der derzeitig herrschenden Psychiatrie besteht. Ver-

ständnis für diese Situation kann nur darin bestehen, eine gangbare, realisierbare und humane Alternative zur herkömmlichen Psychiatrie zu erstellen und zu praktizieren.

The Understanding of a Development of Ego-Structures in Personality and Surrounding Group as Basis for the Development of Science and Practice of a Dynamic Psychiatry.

Günter Ammon

In his paper *Günter Ammon* presents his concept of ego-structures and ego-functions within the context of the surrounding group, demarcating Dynamic Psychiatry from *Freud*'s drive concept as well as from school psychiatry. He outlines a concept of ego-structure which coincides with the whole of a person's available ego-functions and the whole of his internalized group experiences. The ego-functions are rooted in the unconscious and devided from the genetical point of view first into primary ego-functions which form the person's core, and third into the secondary ego-functions, such as memory, language, intelligence and so on.

Psychic illnesses from neurosis over Borderline-syndromes, psychosomatics, addiction and sexual perversion up to psychotic reactions can be arranged and understood according to the degree of the disturbance of ego-functions as being situated on a gliding spectrum. Thus Dynamic Psychiatry overwhelmes the split between psychiatry and psychoanalysis and is strictly opposed against the merely scientifically oriented concept of human existence as in school psychiatry which attempts with doubtful methods to prove the genetic origin of schizophrenia.

The author critically reviews literature on twin research and demonstrates that the theses of hereditary biology cannot be sustained any longer; he rather proves that the predominance of psychogenetic factors is of decisive importance.

Within a period of ten years this concept of ego-structures was confirmed by therapeutic work with more than 1000 long term patients and by the first results of personality profiles, conceived by the author in connection with his concept of ego-structures.

With the help of clinical pictures of schizophrenic reactions, of psychosomatic und Borderline-syndromes he demonstrates the disturbance of central ego-functions with regard to the dynamics of the primary group and its structural impact. Traditional nosology is replaced by the personality profile as it was developed by *Ammon* with its ego-structural diagnostics and the corresponding therapeutic process research.

Apart from the structural aspect this theory also takes into consideration the genetical and groupdynamical aspects. The ego-development starts in the

prenatal phase with unconscious ego-cores. On this basis there develops the person's ego-identity in close interdependence with the other ego-functions within the symbiosis with the mother and the surrounding group. Only those ego-functions can develop which the primary group itself can make use of without conflicts.

Aggression as well as sexuality and anxiety are understood by *Ammon* as central ego-functions. Pathological anxiety and destructive aggression correspond to those parts of a person which could not be developed in a primary group hostile towards the child's development.

For the therapeutic consequences of this theory it is of utmost importance to presume the possibility of genuine and real ego-deficits in the personality structure, originating in the ego-structure and what is more, to arrange a therapeutic plan intending a retrieval of the disturbed ego-functions. Changes of a person's ego-structure within the therapeutic process can be presented as well by *Ammon's* personality profiles. In an exemplary way in this paper the author outlines the personality structure of psychosis, psychosomatics and Borderline-syndromes.

He then goes into the details of what he calls ,,ego-structural work" within therapy. It comprises working in the here and now, the developing of central ego-functions beyond the symptomatics, confronting the patient with the destructive parts of his ego, working with transference and resistance and making use of the therapist's manifestations of counter-transference.

Of decisive importance for therapeutic work is the therapist's emotional presence: his offer to be at his patient's disposal as a whole person in an attitude of self-criticism, his willingness to stand the patient's destructive aggression, his readiness to include himself into the therapeutic process provide existential situations constituting the basis for ego-structural work, for reparation, for retrieval of ego-development and the building up of new psychic structures.

From this concept results the author's demarcation from social psychiatry and anti-psychiatry as well as the necessity to promote reforms within our society and, above all, as the author points out, within the treatment and care of the psychic ill.

Literatur

Abraham, K. (1924): A Short Study of the Development of the Libido. In: Selected Papers on Psychoanalysis (London: Hogarth Press)

Ammon, Günter (1959): Theoretical Aspects of Milieu Therapy. The Menninger School of Psychiatry (Topeka/Kansas)

– (1968): Zur Psychodynamik und Gruppendynamik der Aggression. Vortrag gehalten auf der Tagung der Rheinischen Arbeitsgemeinschaft ,,Arzt und Seelsorger" in Düsseldorf am 1. 11. 1968. Entnommen aus ,,Wege zum Menschen", 21. Jg., H.5, 1969 (Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht)

– (1969): Abrupter Durchbruch destruktiver Aggression als psychiatrisches Problem. Vortrag

gehalten auf der 48. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin in Berlin vom 5. bis 9. 10. 1969
– (1970): Schicksale von Aggression und die emanzipatorische Funktion der Entwicklung von Ich-Autonomie in der psychotherapeutischen Gruppe. Vortrag gehalten auf dem 2. Int. Symposium über Analytische Gruppenpsychotherapie in Paestum/Salerno vom 15. bis 20. 5. 1970
– (1972): Kreativität und Ich-Entwicklung in der Gruppe. In: *Ammon, Günter* (Hrsg.): Gruppendynamik der Kreativität (Berlin: Pinel-Publikationen)
– (1973a): Aggression und Ich-Entwicklung in der Gruppe. Ein Beitrag zur psychoanalytischen Aggressionstheorie. In: Z. Psychother. med. Psychol. (23) 61–72
– (1973b): Dynamische Psychiatrie – Grundlagen und Probleme einer Reform der Psychiatrie (Darmstadt: Luchterhand)
– (1976a): Das Borderline-Syndrom, ein neues Krankheitsbild. In: Dyn. Psychiat. (9) 317–348
– (1976b): Ich-psychologischeEntwicklungen im Medium der Gruppe – defizitäre und emanzipatorische Möglichkeiten. Vortrag gehalten auf dem VIII. Kongreß der Ges. ärztl. Psychother. DDR, Dresden, 8. 11. 1976
Ammon, Gisela (1971): Studien der Kreativität in der Vorlatenz. In: Dyn. Psychiat. (4) 296–303
– (1973): Interaktion im Psychoanalytischen Kindergarten. In: *Ammon, Gisela* (Hrsg.): Psychoanalytische Pädagogik (Hamburg: Hoffmann & Campe)
Bateson, G.; Jackson, D.D.; Haley, J. & Weakland, J.W.C. (1956): Towards a Theory of Schizophrenia. In: Behavioral Science, 251-264 (Dt. Ausgabe: *Bateson, G.* et al.: Schizophrenie und Familie, Frankfurt: Suhrkamp, 1969)
Beck, B.; Bott, C.; Rock, W.; Wiehl-Volbehr, A. (1978): Methodische Ansätze zu einer objektivierenden Ich-strukturellen Diagnostik. In: Dyn. Psychiat. (11)
Benedetti, G. (1970): Schizophrenie. In: Dyn. Psychiat. (3) 20–30
Erikson, E.H. (1970): Identität und Lebenszyklus (Frankfurt: Suhrkamp)
Federn, P. (1913): Beispiel von Libidoverschiebung während der Kur. In: Int. Z. Psychoanal. (1) 303–306
– (1926): Einige Variationen des Ich-Gefühls. In: Int. Z. Psychoanal. (12) 263–274
– (1927): Narzißmus im Ich-Gefüge. In: Int. Z. Psychoanal. (13) 420–438
– (1949): Ego Psychological Aspect of Schizophrenia. In: Ders.: Ego Psychology and Psychoses. (New York: Basic Books, 1952)
Ferenczi, S. (1921): Weiterer Ausbau der „aktiven" Technik in der Psychoanalyse. In: Int. Z. Psychoanal. (7) 233
Fischer, M. et al. (1969): A Danish Twin Study of Schizophrenia. In: British Journal of Psychiatry (115) 981–990
Fromm-Reichmann, F. (1943): Psychoanalytic Psychotherapy with Psychotics. The Influence of Modifications in Technique on Present Trends in Psychoanalysis. In: Psychiatry (6) No. 3
– (1946): Remarks on the Philosophy of Mental Disorder. In: Psychiatry (9) No. 4
– (1948): Notes on the Development of Treatment of Schizophrenics by Psychoanalytic Psychotherapy. In: Psychiatry (11) No. 3
– (1950): Principles of Intensive Psychotherapy (Chicago: Univ. Press)
– (1958): Basic Problems in the Psychotherapy of Schizophrenia. In: Psychiatry (21) No. 1
Glover, E. (1933): The Relation of Perversion. Formation to the Development of Reality Sense. In: Int. J. Psychoanal. (14)
Graber, G. H. (1957): Psychologie des Mannes (Berlin: Huber)
Habermas, J. (1968): Thesen zur Theorie der Sozialisation. Stichworte und Literatur zur Vorlesung im Sommersemester 1968
Harlow, H.F. und *M.K.* (1962): Social Deprivation in Monkeys. Sci. Amer. 207
Harlow, H. F. (1955): Basic Social Capacity of Primats. In: The Evolution of Man's Capacity for Culture, Spule, J. N., Ed. (Detroit: Wayne State Univ. Press)
Jackson, D. D. (1960): A Critique on the Genetics of Schizophrenia. In: *D. D. Jackson*, ed.: The Etiology of Schizophrenia (New York: Basic Books) Dt. Ausgabe in: *G. Bateson* e.a.: Schizophrenie und Familie (Frankfurt/Main: Suhrkamp, 1969)
Jung, C. G. (1907): Über die Psychologie der Dementia Praecox. (Halle: Marhold)
Kallmann, F. H. (1946/47): The Genetic Theory of Schizophrenia. In: Am. J. Psychiat. 103–309
Knight, R. P. (1953): Management and Psychotherapy of the Borderline Schizophrenic Patient. Bull. Menn. Clinic (17) 139–150
– (1954): An Evaluation of Psychotherapeutic Techniques. Psychoanalytic Psychiatry and Psychology (New York: Int. Univ. Press)
Kringlen, E. (1964): Schizophrenia in Male Monozygotic Twins. (Oslo)
Lidz, Th. et al. (1957): Marital Schism and Marital Skew. In: Am. J. of Psychiatry (114) 241–248

Liley, A. W. (1967): Einfluß der pränatalen Entwicklung auf die Entwicklung des Kindes (Auckland)
Liley, M. (1969): Moderne Mutterschaft. (München: Scherz)
Menninger, K., Mayman, M.; Pruyser, P. W. (1962): A Manual for Psychiatric Case Study. In: Bull. Menn. Clinic Monograph Series (No. 8) (New York: Grune & Stratton)
Menninger, K. (1963): The Vital Balance. The Life Process in Mental Health and Illness (New York: Viking Press), dt. Ausg.: Das Leben als Balance. (München: Piper, 1969)
Menninger, W. S. (1932): Therapeutic Methods in a Psychiatric Hospital. In: J. Am. med. Ass. (99) 538–542
– (1936): Psychoanalytic Principles Applied to the Treatment of Hospitalized and Mental Patients. In: Bull. Menn. Clinic (I) 35–45
– (o.J.): Guide through the Order Sheet of the Menninger Clinic. Menn. Found. Topeka, Kansas, USA
– (1948): Psychiatry in a Troubled World (New York: Mac Millan)
Papousek, H. (1977): Das Spiel in der Frühentwicklung des Kindes. Suppl. Pädiat. prax. (18) Beiträge zur Psychologie und Erziehung. (Hans Marseille: München)
Penrose, L. S. (1955): Heredity and Environment in Human Affairs. (London: National Child Home)
Portmann, A. (1951): Zoologie und das neue Bild des Menschen (Hamburg : Rowohlt)
Rapaport, D. (1950): On the Psychoanalytic Theory of Thinking. In: *Gill, M. M.*, Ed.: The Collected Papers of David Rapaport (New York: Basic Books, 1967)
– (1951): On the Organization of Thought Processes: Implications for Psychiatry, aaO.
Rottmann, G. (1973): Untersuchungen über Einstellungen zur Schwangerschaft und zur fötalen Entwicklung. In: *Graber, G. H.* (Hrsg.) (1974): Pränatale Psychologie. Die Erforschung vorgeburtlicher Wahrnehmungen und Empfindungen. (München: Kindler)
Schilder, P. (1925): Entwurf einer Psychiatrie auf psychoanalytischer Grundlage. (Wien: Int. Psychoanalyt. Verlag)
Schindler, W. (1973): Das Selbst und die Gruppenanalyse. In: Dyn. Psychiat. (6) 165–176
Simmel, E. (1929): Psychoanalytic Treatment in a Sanatory. In: Int. J. Psychoanal. (10)
Slater, E. (1947): Genetic Causes of Schizophrenic Symptoms. In: Z. f. Psych. 50, 113
Spitz, R. A. (1956): Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen (Stuttgart: Klett)
Sullivan, H. S. (1953): The Interpersonal Theory of Psychiatry (New York: W. W. Norton)
– (1962): Schizophrenia as a Human Process. (New York: W. W. Norton)
Wilson, P. T. (1931): Study of Like-Sexed Twins' Health and Disease Records. In: Human Biol. (3) 270
Wynne, L. C.; Day, J.; Ryckhoff, I. M. (1959): Maintenance of Stereotype Roles in the Families of Schizophrenics. In: Arch. Gen. Psychiatr. (1) 109–114

Adresse des Autors:
Dr. med. Günter Ammon
Prinz-Friedrich-Leopold-Str. 21
1 Berlin 38

Der Begriff der Identität nach Günter Ammon**

Ulrike Harlander*

Im Rahmen des Ich-strukturellen und gruppendynamischen Konzeptes Günter Ammons hat der zentrale Begriff der Identität eine Bestimmung erfahren, welche den Determinismus und Antagonismus bisheriger Identitätskonzepte psychoanalytischer und soziologischer Provenienz überwindet. Die Autorin zeigt in dieser Arbeit, daß die dialektische Erfassung des Begriffs der Identität einerseits die Beschreibung der wissenschaftstheoretischen Basis des psychodynamischen Triebkonzeptes und der davon abgeleiteten bisherigen Ich- und Identitätspsychologien ermöglicht, andererseits eine Abgrenzung von Modellen erlaubt, die die Herausbildung von Identität in Abhängigkeit von dualistisch-antagonistischen Beziehungen biologischer und sozialer Gegebenheiten oder bestimmter Rollen und Rollenerwartungen sehen. Insbesondere zeigt die kritische Auseinandersetzung der Autorin mit der Theorie Eriksons, daß eine vom Triebmodell ausgehende Ich-Psychologie einer Auffassung verhaftet bleibt, welche die Entwicklung des Individuums als biologisch determiniert und als eine Abfolge von adaptiven Kompromißbildungen definiert. Ammons Theorie der Ich- und Identitätsentwicklung hingegen eröffnet den Weg, Identitätsentwicklung als einen Prozeß zu verstehen, der gebunden ist an die umgebende Gruppe und ihre Interaktion, – womit Identität und ihre Entwicklung in den Zusammenhang realer, insbesondere frühkindlicher Erfahrungen von Zuwendung, Anerkennung und emotionalem Verständnis innerhalb der Primärgruppe gestellt ist. Der gruppendynamisch gefaßte Begriff der Identität macht darüber hinaus das Verhältnis der Identität als zentraler Ich-Funktion und als Inbegriff aller Ich-Funktionen verständlich. In ihrer wechselseitigen Bezogenheit sind die Ich-Funktionen Schöpfungen der unbewußten Gruppendynamik der Primärgruppe, welche den psychodynamischen Prozeß in Gang setzt und beeinflußt. In ihrer Arbeit zeigt die Autorin dies am Beispiel der Ich-Funktion der Abgrenzung nach innen und außen und am Verhältnis dieser Ich-Funktion zu anderen Ich-Funktionen.

Identität im psychoanalytischen Ich- und Gruppenkonzept der Berliner Schule ist die erste der zentralen Ich-Funktionen: Ich-Struktur-Defizite oder gestörte Ich-Funktionen bedeuten immer eine fehlende, d.h. nicht entwikkelte oder gehemmte Identität. Von einer gesunden oder gesundeten Ich-Struktur können wir dann sprechen, wenn wir sagen können, daß ein Mensch Identität hat, bzw. um seiner Identität willen lebt. Die archaischen Ich- oder Symbiosekrankheiten sind immer Identitätskrankheiten. Das Ziel der Ich-strukturellen therapeutischen Arbeit und der nachholenden Ich-Entwicklung ist dementsprechend Identitätsentwicklung.

Identitätsentwicklung ist auch das Ziel der Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie in allen ihren Aspekten, d.h. in den wissenschaftlichen Grundlagen, der therapeutischen Praxis, in der Wahl und Strukturierung der therapeutischen Settings und Methoden, in der psychoanalytischen Ausbildung der Therapeuten, in der durchgängigen Auffassung der ambulanten Einzeltherapie, der ambulanten Gruppen- und Milieutherapie und der stationären Behandlung in der milieutherapeutischen Klinik als therapeutisches Milieu.

* Psychotherapeutin, Mitarbeiterin am Berliner Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik der Deutschen Akademie für Psychoanalyse

** Vortrag gehalten auf dem IX. InternationalenSymposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 10.–14. Juni 1977, Deutsches Museum, München

Identität und Identitätsentwicklung bilden auch die Leitvorstellung der Beschreibung und Definition der Krankheitsbilder von den verschiedenen Formen der Psychose über psychosomatische und Suchterkrankungen, Perversionen und die vielen Facetten des Borderline-Syndroms bis zu den neurotischen Krankheiten. Die als auf einem gleitenden Spektrum angeordnet gedachten Krankheitsbilder können anhand der Hierarchie der primären, zentralen und sekundären Ich-Funktionen Ich-strukturell erfaßt werden. Ich-Funktionsstörungen und Ich-Struktur-Defizite sind immer mit einem Defizit der zentralen Ich-Struktur der Identität verbunden. Umgekehrt läßt das Ausmaß der Einschränkung der Funktionskraft der Identität Rückschlüsse auf die Verfassung der anderen Ich-Funktionen und -strukturen zu.

Ammon (1978) hat Identität wie folgt definiert: ,,Unter Identität verstehen wir den entwicklungsgeschichtlich gewachsenen funktionalen Kern der Persönlichkeit", Identität ist genetisch und dynamisch ,,grundsätzlich ... ein interpersonelles und gruppendynamisches Geschehen ..., das sich an den Grenzen von Ich und Gruppe vollzieht", wie die Entwicklung psychischer Strukturen überhaupt. Identität ist ,,die Summe der lebensgeschichtlich erfahrenen Identifikationen", sie bildet als zentrale Ich-Funktion die Hauptqualität des Ichs, sich in sich selbst und in der Zeit als beständig erlebte Einheit zu erfahren."

Wichtig zur Klärung des Begriffes Identität ist auch der Satz, es komme darauf an, daß ein Patient sich vor die Frage gestellt sieht: ,,Wer bin ich? Wer will ich sein? Was will ich tun auf dieser Welt?" (*Günter Ammon,* 1975).

Die Frage nach sich selbst ist die vollkommen eigene Existenzfrage, die ein Mensch sich stellt. Sie grenzt ihn ab von anderen Menschen, gerade auch von denen, mit denen er zusammenlebt. Es ist die Frage nach seinem Selbstverständnis, nach seiner Selbstverwirklichung. Die Antwort auf diese Frage ist ebenso nur existentiell zu geben: d.h. die Antwort ist die Identität, die ein Mensch annimmt und lebt in einmaliger und selbstbestimmter Gestaltung und im historischen Zusammenhang mit seiner bewußten und unbewußten Lebensgeschichte.

Aufgrund des Identitätsentwurfs gewinnt das psychoanalytische Ich- und Gruppenkonzept der Berliner Schule die anthropologische Dimension einer Wesensbestimmung des Menschen, – eine Leistung, die zur Zeit von so gut wie keinem anderen psychotherapeutischen Ansatz erbracht wird. Das auf dem Begriff der Identität basierende, veränderte Menschenbild der Psychoanalyse ist nicht zu trennen von einem grundlegend veränderten Verständnis der psychoanalytischen Wissenschaft und therapeutischen Methodik. Das Ich- und Gruppenkonzept der Berliner Schule erfordert eine veränderte Auffassung dessen, was psychische Gesundheit und Krankheit ist, und verändert damit das Selbstverständnis psychotherapeutischer Tätigkeit und Zielsetzung.

Psychische Gesundheit bedeutet danach nicht nur Symptomfreiheit, die Therapie psychischer Erkrankungen hat deshalb nicht Symptomfreiheit all-

ein zum Ziel, sondern ist als nachholende Ich-Entwicklung ein lebensgeschichtlicher Prozeß und Lebensraum, in welchem der Patient mit Hilfe des Therapeuten und des therapeutischen Bündnisses darin unterstützt wird, sich mit seinen identitätsverhindernden kranken Anteilen auseinanderzusetzen, seine Identität zu entfalten und zu lernen, daß und wie es ihm in seinem Leben um die eigene Identität gehen kann.

Das bedeutet: Das historische, bewußte und unbewußte Werden und Gewordensein des Menschen schließt seine selbstbestimmbare Veränderung ein, d.h. das, was ein Mensch ist, war und sein will, läßt sich nicht aus überpersönlichen Determinanten und generellen, historischen oder ahistorischen, – Gesetzmäßigkeiten erklären, seien sie biologischer, psychologischer oder triebpsychologischer, soziologischer, ökonomischer oder politischer Art, – wiewohl damit der Einfluß solcher Determinanten keineswegs in Abrede gestellt wird.

Psychische Entwicklung, Krankheit und Gesundung sind daher einer Weise der Veränderung unterworfen und zugänglich, die wissenschaftstheoretisch nicht zu verstehen ist im Sinne von Variationen und Prozessen innerhalb eines wie auch immer gearteten allgemeingültig gegebenen und vorgezeichneten Normzustandes oder als therapeutische Korrektur einer Störung von Normzuständen.

Psychische Entwicklung im Sinne der Identitätsfindung und Identitätsentwicklung oder -erweiterung sind letztlich das absolut Eigene jedes Menschen, das sich nicht gegen ihn selbst verändern läßt. Dies muß in das Selbstverständnis von identitätsentwickelnder Therapie eingehen: Die therapeutische Praxis der Identitätsentwicklung ist kein automatischer oder technischer Vorgang.

Aus allen diesen Gründen läßt Identität sich nicht durch Eigenschaftswörter festlegen und generalisieren und so als psychoanalytisches Erfolgsrezept und psychotherapeutische Direktive auffassen, wie darum auch die Identität des Therapeuten nicht die des omnipotenten Arztes ist, der die technischen Ursachen des Gesund- und Krankseins beherrscht und handhabt, um, den unbewußten Erwartungen seiner Patienten entsprechend, diesen einen Nirwana-Zustand ohne Auseinandersetzungen zu bescheren. Identität zu haben bedeutet nicht, nicht zu leiden, keine Angst, Trauer, Aggressionen und Enttäuschungen zu haben, keine Risiken eingehen zu müssen, wunschlos glücklich und unsterblich zu sein. Es bedeutet vielmehr, sich auf diese Grundgefühle einzulassen und sich mit ihnen auseinanderzusetzen.

Daraus folgt, daß ein emotionales Sichzurückziehen des Therapeuten hinter Behandlungstechniken unannehmbar ist. Ohne emotionale Präsenz des Therapeuten, ohne seine eigene Identität wird er keine Identitäts- und Ich-Entwicklung leisten können.

Identität läßt sich umschreiben mit Worten wie Selbstverständnis, Selbsterleben, Selbstgefühl und Selbstverwirklichung, die jedoch nicht abstrakt und solipzistisch zu verstehen sind: Die gestaltete Ich-Identität eines

Menschen ist erfahrbar für diejenigen Menschen, mit denen er zusammenlebt und auf die er trifft, als seine greifbare Präsenz und Aufforderung zur Auseinandersetzung.

Erst aus der wissenschaftlichen Grundannahme eines nicht mehr durch transpersonale Gesetzmäßigkeiten zu fundierenden, offenen und einmaligen lebensgeschichtlichen Zusammenhangs des Eingelassenseins der Ich-Entwicklung in kommunikative Gruppenprozesse läßt sich das herkömmliche psychologische und psychoanalytische Wissenschaftsverständnis von Persönlichkeitsentwicklung überwinden. Erst dadurch läßt sich deutlich machen: Die Persönlichkeit oder Identität eines Menschen ist kein abstraktes hypothetisches Konstrukt, das sich aus einer Anzahl von statisch aufgefaßten Qualitäten, Fähigkeiten oder Persönlichkeitszügen zusammensetzt, die er in mehr oder weniger großer Ausprägung hat oder nicht hat. Identität ist vielmehr genuin interpersonell, sie entwickelt sich in zwischenmenschlicher, gruppendynamisch verstehbarer Auseinandersetzung, und zwar von frühester Kindheit an und in einem lebenslang währenden Prozeß, – dies letztere insofern, als Identität zu haben auch das Bedürfnis nach Identitätserweiterung beinhaltet, die jedoch nicht im Sinne *Eriksons* in generell vorgezeichneten Phasen von Identitätskrisen verläuft. Identitätslosigkeit ist das pathologische Resultat einer vor allem in frühester Kindheit verwehrten Identitätsentwicklung.

Analog zu *Freud* ist *Ammon* in Auseinandersetzung mit psychischen Krankheiten, durch das Verständnis defizitären Existierens also, zu seinem psychoanalytischen Konzept, dem Ich- und Gruppenkonzept der Identität, seiner Beschreibung der Ich-Strukturen und den darin implizierten anthropologischen Aussagen gelangt. Im Gegensatz zu *Freud*s dualistischer Auffassung eines Antagonismus von Libido und Todestrieb, bzw. Aggressionstrieb, die letztlich biologische, ahistorische und apersonale Lebensgesetze darstellen, in die die psychische Dimension eingebettet bleibt, ist *Ammon*s Ansatz jedoch monistisch: Ich-Identität ist strukturell verbunden mit allen übrigen zentralen primären und sekundären Ich-Funktionen, alle im Unbewußten angesiedelten Ich-Funktionen entfalten sich historisch und interpersonell in dem einen Grundbedürfnis des Individuums nach Identität. Pathologisch destruktive Deformationen dieses Grundbedürfnisses sind Resultate einer identitäts- und lebensfeindlichen Gruppendynamik, besonders in frühester Kindheit. Es gibt also keine biologische Anlage zur Feindseligkeit und Destruktivität, wie bei *Freud* und den orthodoxen Freudianern heute. Destruktivität entsteht vielmehr als Resultat eines unbewußt verinnerlichten Identitätsverbotes.

Die „psychische Vererbung" Ich-struktureller narzißtischer Defizite und Identitätsverbote, die sich insbesondere im Rahmen der Kommunikation von Mutter und Kind abspielt und gruppendynamisch über Generationen hinweg weitergegeben werden kann, hat mit einer biologischen Anlage zur Destruktivität nichts zu tun, wie andererseits darum Ich-Identitätsentwick-

lung auch keine Anpassung destruktiv aggressiver und destruktiv sexueller Triebpotentiale an vorgegebene, kulturbedingt befriedete soziale Regeln des Zusammenlebens darstellt.

Man sollte meinen, daß *Freud,* der übrigens in seinem ersten Triebmodell Ich-Triebe und einen Sexualtrieb im Sinne der Selbst- und Arterhaltung als Grundstrebungen des Psychischen ansah, später, besonders deutlich in seiner Todestrieblehre, psychisches Kranksein und Destruktivität zum Lebensgesetz des Psychischen erklärt hat, wodurch er in der Folge therapeutischem Pessimismus und Ratlosigkeit und auch psychiatrischer Pseudowissenschaftlichkeit Vorschub leistete. Besonders aus diesem Grunde ist die psychoanalytische Neubestimmung der Funktion der Aggression aufs Engste verbunden mit dem Begriff der Ich-Identität. Aggression* ist grundsätzlich kreativ bzw. konstruktiv. Sie ist diejenige Ich-Funktion – nicht ein Trieb wie bei *Freud* – die in erster Linie die Identität, das Selbst und das Selbst-gestaltet-sein, die Besonderheit und Einheit der eigenen Existenz trägt und ihr Raum verschafft. Sie ist das Agens des dynamischen Prozesses der Lebensentfaltung, aller Veränderung und Entwicklung, damit auch der psychischen Gesundung. Mit ihr unmittelbar verbunden sind Ich-Funktionen wie Ich-Abgrenzung nach innen und außen, Ich-Autonomie, Frustrationsregulation, Gruppenfähigkeit, Ich-Regulation, Ich-Integration und nicht zuletzt kreative Sexualität.

Die frühkindliche Genese der Ich- und Identitätsentwicklung läßt sich mit Hilfe der Aggression, des ad-gredi im Sinne des Herangehens an die Umwelt und ihrer Veränderung und des Herausgehens aus der Symbiose mit der Mutter, d.h. auch in Verflechtung mit der Ich-Funktion der Abgrenzung nach innen und außen gruppendynamisch verstehen und stellt sich wie folgt dar: Intrauterin und in der frühen Mutter-Kind-Dyade lebt das Kind physisch und psychisch symbiotisch verschmolzen in Einheit mit der Mutter. Der Säugling existiert Ich- und identitätslos. Der erste Schritt aus dem archaischen Einssein mit der Mutter ist die Ausbildung der Körper-Ich-Identität. Er bedeutet eine erste Abgrenzung gegenüber der Mutter, einen Trennungsschritt und ein – noch diffuses – Erleben von Ich und Nicht-Ich.

Schon für das frühe Körper-Ich ist darum zu sagen: Identität ist kein individualpsychologischer Begriff. Dies gilt wohl selbst für die biologische Gestaltung der primären Ich-Funktionen wie Hören, Sehen, Motorik, Gleichgewichtssinn u.a. Es ist anzunehmen, wie *Ammon* in seiner o.a. Arbeit ausführte, daß sie das Ergebnis unbewußter kommunikativer Einflüsse im Sinne

* Die auf diesem psychoanalytischen Verständnis der Aggression aufbauenden Aggressionstheorien Ammons, insbesondere die Unterscheidung der konstruktiv-kreativen von der defizitären und destruktiven Aggression haben sich kürzlich testpsychologisch als hochsignifikant zu diskriminierende Faktoren erwiesen. Aggression als die m.E. wichtigste zentrale Ich-Funktion in der Dynamik der Identitätsentwicklung hat so auch im Sinne der akademischen Psychologie ihre intersubjektiv vermittelbare diagnostische Erfassung gefunden, die auch für die anderen Ich-Funktionen folgen soll.

einer Interaktion der schwangeren Mutter und ihrer Gruppenumgebung mit dem intrauterin sich entwickelnden Kind sind: Der psychoanalytische Begriff der Persönlichkeits- oder Identitätsentwicklung ist genetisch und dynamisch nur dann richtig erfaßt, wenn er grundsätzlich interpersonell und gruppendynamisch verstanden wird, auch hinsichtlich des Aspektes der Kausalität. Auch die körperliche Existenz und das Verhalten des Fötus und Säuglings können nicht aus der Ich- und Identitätsentwicklung herausgenommen werden. Sie werden falsch aufgefaßt, wenn man sie als ausschließlich biologische Vorstufe des Psychischen und als Stufe in der Triebentwicklung im Sinne der Oralität sieht, die ohne wesentlichen ursächlichen Einfluß der umgebenden Gruppendynamik aufeinanderfolgen.

Konstruktive Aggression als Inbegriff und Träger jeder Veränderung bedeutet insbesondere für das sich entwickelnde Kind viele Trennungsschritte zu vollziehen. Jede Trennung und jede Abgrenzung aber ist immer verbunden mit Angst vor Verlust, d.h. im frühkindlichen Entwicklungsstadium: mit großen Vernichtungsängsten. Für die Ich- und Identitätsentwicklung hängt darum alles davon ab, wie die Mutter und ihre Familiengruppe hierauf eingehen: Stützen sie das Kind beim Aufbau seiner Ich-Grenzen, gestatten sie ihm Aggression und Abgrenzung und damit die Entfaltung seiner Ich-Funktionen oder lassen sie es mit seinen archaischen Vernichtungsängsten allein, so daß alle späteren Identitätsschritte wie Schule, Ausbildung, Beruf und sexuelle Partnerbeziehung unter der Herrschaft der wiederholten, unbewußt gewordenen archaischen Vernichtungsängste vermieden bzw. nur qualvoll erlebt werden können, so daß das genuine Bedürfnis nach Identität wie in frühester Kindheit in einen unerträglichen Widerspruch zu den archaischen Vernichtungsängsten gerät. Die Verknüpfung von Ich- und Identitätsentwicklung mit der Familiengruppe bedeutet, daß eine Familiengruppe ohne eigene Identität, d.h. ohne Abgrenzung nach außen, auch Abgrenzungsschritte und -bedürfnisse eines Kindes nicht tolerieren und unterstützen kann. Sie wird das neugierige und kreative Herangehen des Kindes an die Umwelt, sein aktives Erproben- und Lernenwollen als angsterregend erleben, unbewußt abwehren und real verhindern. „Sie wird das Kind nur in den Ich-Funktionen unterstützen, die sie selbst entwickelt hat und ... handhaben kann" (*Günter Ammon,* 1978).

Kreative Aggression braucht zu ihrer Entfaltung eine lernfähige, d.h. Veränderungen akzeptierende Gruppe. Dies ist sogar gleichbedeutend mit der akzeptierten Geburt und Existenz eines Kindes als neuem Gruppenmitglied, das selbst noch keinerlei Möglichkeit hat, sich Raum zu verschaffen. Prä- und postnatal bis weit in die Schulzeit hinein spielt sich die „psychische Geburt" des Kindes – wie ich die gruppendynamisch verursachte Identitätsentwicklung und Entfaltung der Ich-Funktionen einmal nennen möchte – durch die psychische Kraft und Identität der Familien- oder Primärgruppe ab. Das folgende Zitat zielt auf das hiermit Gemeinte: Die „Gesamtheit der Ich-Strukturen und Funktionen" des erwachsenen, gesunden Menschen wird „ener-

getisch gespeist durch eine unspezifische Ich-Energie, die kontinuierlich durch die in der Primärgruppe hervorgebrachte Ich-Identität und ihre Ziele in Gang gehalten wird." Bei narzißtisch defizitären Identitätsschäden und in der kindlichen Entwicklung „muß die Ich-Energie durch von außen kommende narzißtische Zufuhr in Gang gesetzt werden." (*Günter Ammon*, 1978).

Familien, die aufgrund eigener narzißtischer Defizite Aggression abwehren, nicht emotional kommunizieren können, d.h. sich ihren Kindern emotional entziehen und ihnen die nötige narzißtische Zufuhr verweigern, sich stattdessen nach außen hin starr und symbiotisch verklammert mit stereotypen Regeln des Verhaltens abgrenzen, können ihren Kindern meist nicht andere als eben diese Formen der Abgrenzung vermitteln und gestatten. Sie erlauben dem neuen Gruppenmitglied nicht, die einmal fixierten Grenzen der Gruppe und die Gruppe selbst in Bewegung zu bringen und zu verändern.

Auch für die Mutter ist das mit dem ad-gredi verbundene Herausgehen des Kindes aus der Symbiose angsterregend, und sie erlebt es als schwere narzißtische Kränkung und Infragestellung ihrer eigenen Pseudo-Identität als Mutter, wenn ihr Kind ihr dazu dient, ihr überhaupt eine Identität zu geben und ohne weitere eigene Identitätsentwicklung Symbiosepartner der Mutter zu bleiben. Aus diesem Grunde sind die Vernichtungs- und Todesängste des Kindes, die Symbiose mit der Mutter zu verlassen, auch zugleich verbunden mit großen Ängsten, die Existenz der Mutter zu zerstören und mit schweren Schuldgefühlen, die alle weiteren Identitätsanforderungen begleiten oder vermeiden lassen.

Auch die Identitätserweiterung des Erwachsenen erfordert das schuld- und angstfreie Umgehen mit kreativer Aggression. Wie in der kindlichen Entwicklung heißt kreatives Tun und Handeln Neuorganisation und Neugestaltung des Ichs und der Identität. Dies ist nach *Ammon* (1974) sogar die wesentliche Ich-strukturelle Bestimmung der Ich-Funktion der Kreativität: Kreativität ist in erster Linie Identitätserweiterung. Das kreative Herausgehen aus sich selbst, das Herangehen an die Umwelt und das Verändern der näheren und weiteren eigenen Lebenswelt bedeuten immer Veränderung und Differenzierung der eigenen Identität. Man könnte sagen: Kreativität stellt den Gestaltungsaspekt der Ich- und Identitätsveränderung dar, während die konstruktive Aggression ihren dynamischen und autonomen Charakter beschreibt.

Aus dem Gesagten ergibt sich die folgende Neubestimmung eines psychoanalytischen Entwicklungsbegriffes: Im Gegensatz zur triebpsychologischen Auffassung der psychischen Entwicklung handelt es sich nicht um das gelingende oder nicht gelingende Ausbalancieren von triebenergetischen und triebdynamischen Antagonismen von im Prinzip maßlosen bzw. destruktiven Bedürfnissen einerseits und restriktiven Anforderungen der Realität andererseits, die diese Bedürfnisse der einzelnen Individuen sublimieren, damit sie zu ihrem Recht kommen können. Nach dem Konzept der Berliner Schule

ist der kreativ-aggressive Umgang mit der Realität vielmehr das Grundbedürfnis und Prinzip psychischen Lebens und Gesundseins. Kranksein ist die Umkehr dieses Bedürfnisses in Destruktivität. Im Gegensatz zu dualistischen Antagonismus von Libido und Aggression, von Lebenstrieb und Todestrieb, von Lustprinzip und Realtitätsprinzip, das nur ein kompromißhaftes Übereinkommen der Gegensätze implizieren kann – psychische Symptome sind nach der Triebtheorie Kompromisse zwischen Triebwunsch und Realität, das gelingende Sublimieren von Triebwünschen ist ebenfalls ein Kompromisseschließen mit der Realität –, stehen kreative Aggression und destruktive Aggression, Identität und Pseudoidentität, Gesundheit und Krankheit nach dem Modell der Berliner Schule in einem grundsätzlich aufhebbaren, dialektischen Widerspruch zueinander, der gebunden bleibt in der monistischen Einheit des Bedürfnisses nach Identität und Identitätsentwicklung.

Dabei verstehe ich unter Dialektik die durch die Einheit des Grundbedürfnisses nach Identität gebundene Dynamik aller psychischen Prozesse und Veränderungen. In dieser Einheit wurzeln alle Entwicklungen und die Möglichkeiten der Veränderung, des therapeutischen Bündnisses mit dem Patienten und der nachholenden Ich- und Identitätsentwicklung. Sie ist wohl zu unterscheiden von der Wieder-Holung, dem zweiten Erleben eines unzureichend verdrängten und unerledigten Triebkonflikts. Im therapeutischen Prozeß der nachholenden Ich-Entwicklung erfährt und verinnerlicht der Patient zu großen Anteilen zum ersten Mal in seinem Leben Zuwendung und Unterstützung, Verstehen und Annehmen seines Bedürfnisses nach Identität.

Der dualistische Trieb- und Libidoantagonismus hat die Vorstellung des biologisch komplett mit Entwicklungspotentialen und -prinzipien ausgestatteten, selbstregulativen Individuums zur Grundlage, in dessen individualpsychologisch aufgefaßter Einheit die Psychodynamik der Entwicklung und biographischen Veränderung als eine Abfolge von verschiedenen, gesunden und kranken, Kompromißbildungen gebunden bleibt. Auf diesem Hintergrund erscheinen auch die psychosozialen Phänomene der Identitätsphasen und -krisen des Lebenslaufs bei *Erikson* wie ein biologischer Wachstumsprozeß. Sie sind m.E. der Interaktion von Trieben, Libidoentwicklung und sozialen Gegebenheiten eher hinzugefügt als psychoanalytisch fundiert. Die psychische Progression dieses Wachstumsprozesses geht aus der antagonistischen Dynamik polarer Begriffspaare, die bei *Erikson* jeder Identitätsphase zukommen, hervor und verläßt ebenfalls nicht den Rahmen der psychodynamischen Kompromißbildungen der Triebpsychologie. Ähnliches läßt sich auch für die soziologischen Identitätskonzepte bei *Habermas, Goffman* und *Krappman* zeigen. Auch dort ist die Identitätsentwicklung des Ausbalancierens von Rollen und Rollenerwartungen – wenn auch ohne biologische Dimension – als ein antagonistisches Geschehen mit Kompromißbildung zu verstehen.

Die Dialektik der Ich- und Identitätsentwicklung hingegen hat ihren Spielraum in der offenen Möglichkeit der realen Herausbildung oder Nichtherausbildung von Identität aus der vor allem frühkindlichen Erfahrung von narzißtischer Zuwendung, Anerkennung und emotionalem Verständnis aus der Primärgruppe. Die biographische Veränderung ist hier gebunden in die Gruppe und ihre Interaktion und an das biographische Faktum der Verinnerlichung der unbewußten Gruppendynamik, nicht aber in die psychologische und biologische Grundausstattung des Individuums. Die lebenslang im Unbewußten angesiedelten Ich-Funktionen einschließlich der Identität sind, wie oben erläutert, bereits intrauterin Schöpfungen der unbewußten und auch bewußten Gruppendynamik der Primärgruppe, die den psychodynamischen Prozeß der Identitätsentwicklung in Gang setzt. Der dialektische Zusammenhang der psychoanalytischen Begriffe im Ich- und Gruppenkonzept der Berliner Schule läßt sich durchgängig sichtbar machen. Ich möchte dies abschließend am Beispiel des Begriffes der Grenze und der Abgrenzung verdeutlichen.

Die angst- und schuldfreie Abgrenzung gegenüber anderen Menschen, insbesondere jenen, die in nächster Nähe den eigenen Lebensbereich teilen, gelingt umso eher, je eindeutiger und unbedingter die Mutter-Kind-Dyade gewesen ist, je mehr es der Mutter möglich gemacht wurde, selbst in das regressive Einssein mit ihrem Kind einzutauchen. Diese Abgrenzung gelingt auch umso mehr, je deutlicher und unbedingter die Identifikationsangebote der Primärgruppe, besonders auch des Vaters, für das Kind gewesen sind. Körper-Ich-Identität, Imitation und Identifikation stellen genetisch die ersten Formen der Gestaltung der Ich-Identität dar. Die gelingende psychophysische Symbiose und Angebote zum identifikatorischen Einsseins einerseits und die Abgrenzung andererseits gehören dialektisch zusammen und bilden biographisch einen unbewußten Zusammenhang, der die zeitliche Erstreckung und das zeitliche Nacheinander von Einssein und Abgrenzung umschließt.

Identität bedeutet auch immer Festlegung und Eingrenzung der Möglichkeiten. Es bedeutet das Aufgeben der archaischen Omnipotenz. Dies meint jedoch gerade nicht die autodestruktive äußerste Einengung des kreativen und aggressiven Umgehens mit Möglichkeiten der Selbstverwirklichung, wie sie in den krankmachenden Familien die Regel ist und in unserer Gesellschaft allenthalben gratifiziert wird.

Auch diese Eingrenzung der Möglichkeiten steht in einem dialektisch-lebensgeschichtlichen Zusammenhang mit der Kreativität der unbegrenzt vielen Möglichkeiten der Phantasie, des Spiels und der Sexualität, die eine Primärgruppe sich und ihren Kindern gestattet, statt sie angstvoll restriktiv zu verhindern.

Das gleiche dialektische Verhältnis gilt für die Grenze des Lebens, das Sterben. Sterbenkönnen ist „immer an die Voraussetzung eines erfüllten Lebens gebunden. Nur wer die Begrenzung seines Lebens akzeptieren kann,

wer sein Leben frei von irrationalen Ängsten und Schuldgefühlen verwirklicht, wer sich selbst existent machen und sich als existent erleben kann, nur der kann auch sterben." (*Günter Ammon,* 1975). Die pathologische Verkehrung hierzu ist das Gestorbensein zu Lebzeiten, das tote Leben der Identitätskranken.

Auch das Begriffspaar flexible Ich-Abgrenzung nach innen und außen und starre Ich-Grenzen bzw. Überanpassung nach innen und außen sind dialektisch im Sinne der Identität zu verstehen. Damit ein Kind in seiner Primärgruppe oder ein Patient in seiner therapeutischen Gruppe flexible Grenzen ausbilden kann, ist es nötig, daß die umgebende Gruppe deutliche, feste und verläßliche Grenzen für ihre Mitglieder zur Verfügung stellt.

Dies Beispiel zeigt: Die dialektische Psychodynamik des Begriffes und der Auffassung von Identität läßt sich sowohl in der gruppendynamischen wie in der lebensgeschichtlichen Dimension psychischen Existierens verdeutlichen. Sowohl das Gegenüber von Ich und Umwelt als auch die genetische und psychodynamische Begründung psychischer Veränderung und Entwicklung des Individuums erfordern keineswegs eine antagonistisch-dualistisch angesetzte wissenschaftliche Grundauffassung, um ein psychoanalytisch zutreffendes Verständnis psychischer Entwicklung und ihrer pathologischen Deformation zu schaffen. Sie erfordern ebensowenig ein Triebkonzept.

Die im Ich- und Gruppenkonzept der Identitätsentwicklung enthaltenen Auffassungen von Psychodynamik, Genese und Strukturbildung psychischer Prozesse haben in der Einheitlichkeit des Identitätsbegriffes *Günter Ammons* einen veränderten therapeutischen wie wissenschaftlichen Stellenwert gefunden. Auf dem Hintergrund eines neuen psychoanalytischen Menschenbildes und in Verknüpfung mit einem neuen therapeutischen Optimismus gibt der Begriff der Identität eine Antwort auf die allgemeine gesellschaftliche Entwicklung der großen Ausbreitung psychischen Krankseins.

The Conception of Ego-Identity According to Günter Ammon

Ulrike Harlander

According to the ego- and group-concept of the Dynamic Psychiatry of the Berlin School, identity is the first of the central ego-functions and at the same time it represents all ego-functions: the disturbed identity is in its genetical, dynamical and structural aspects a central expression of archaic ego-illness. Therapeutical work aims at building up identity in the sense of a retrieval of ego-development. On this basis the paper tries to analyse the central ego-function of identity and demonstrates the inner dialectic of this term.

The dualistic drive and libodo antagonism is based on the idea of an individual, endowed with biologically determined and self regulating potentials of development. The psychodynamics of development and of biographical

change is conceived as a sequence of different sane and ill compromises. The phenomenology of identity phases and crises of life appear according to *Erikson* as a biological process of growth to which the interaction of drives, libido development and social factors is merely additional. The psychic progression of these processes of growth emerges from antagonistical dynamics described by *Erikson* in dual terms characterizing every phase of identity development. Erikson's concept remains within the frame of psychodynamic compromises of drive psychology.

This is also true for the sociological concepts of identity as developed by *Habermas, Goffman* and *Krappman* whose idea of identity development as a counterbalance of roles and role expectations can be understood as an antagonistic process of compromising character but without biological dimensions. The dialectics of ego- and identity development are closely connected with the possibilities and limitations of building up an identity which emerges from early childhood experiences of narcissistic supplies and emotional understanding by the primary group.

The biographic change is linked with the group and its interaction but not with the psychological and biological basic endowment of the individual.

The ego-functions which throughout life are rooted in the unconscious are already prenatal creations of the unconscious and conscious group dynamics of the primary group starting the dialectic psychodynamic process of identity development. In her paper the author shows this process by describing the development of the ego-function of demarcation and its dialectic relation to other central ego-functions.

Literatur

Ammon, G. (1974): Kreativität und Ich-Entwicklung in der Gruppe. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Gruppendynamik der Kreativität (München: Kindler)

– (1975): Tod und Sterben als Identitätsproblem – Ich-psychologische und gruppendynamische Aspekte. In: Dyn. Psychiat. (8) 129–142

– (1975): Was ist psychoanalytische Therapie? In: Nervenarzt (46) 11–17

– (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)

Erikson, E.H., (1956): Identität und Lebenszyklus (Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1971)

Goffman, E. (1970): Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. In: Stigma (Frankfurt: Suhrkamp)

Habermas, J. (1968): Stichworte und Literatur zur Vorlesung. In: Thesen zur Theorie der Sozialisation

Krappman, L. (1972): Soziologische Dimension der Identität (Stuttgart: Klett)

Adresse der Autorin:
Ulrike Harlander
Luitpoldstraße 14
1000 Berlin 30

Methodische Ansätze zu einer objektivierenden Ich-strukturellen Diagnostik im Rahmen des Ammonschen Ich-Strukturmodells am Beispiel der Zentralen Ich-Funktion der Aggression*****

Berthold Beck*, Christine Bott**, Wolfgang Rock***, Agnes Wiehl-Volbehr****

In der vorliegenden Arbeit wird über die ersten Ergebnisse eines Forschungsprojektes der Deutschen Akademie für Psychoanalyse berichtet, das sich zur Aufgabe gemacht hat, einen Persönlichkeitstest zu konstruieren zur quantifizierenden, objektivierenden Erfassung des Ich-Strukturmodells Günter Ammons. In diesem Projekt sollen die einzelnen Ich-Funktionen zur Abbildung der Persönlichkeitsstruktur testtheoretisch erfaßt und empirisch überprüfbar gemacht werden. Von großer Bedeutung ist dabei die Erfassung der zentralen Ich-Funktionen, die den zentralen Kern der Persönlichkeit repräsentieren und als Ergebnis unbewußt gewordener verinnerlichter Primärgruppendynamik angesehen werden. Dabei ergeben sich vielfältige Anwendungen im Bereich der objektivierten Diagnostik, der Prozeß- und der Erfolgskontrolle im Rahmen klinischer Forschung. Die Autoren referieren die Ergebnisse einer Testvorform zur Erfassung der Ich-Funktion der konstruktiven Aggression, die im Sinne einer Konstruktvalidierung verschiedenen Patientengruppen vorgelegt wurden. Dabei gilt die Ich-Funktion der konstruktiven Aggression als von größter Bedeutung für die Ich- und Identitätsentwicklung und als zentrales Moment der pathologischen Entwicklung anderer, mit der Aggression verbundener Ich-Funktionen, die die Persönlichkeit konstituieren.

In seiner Grundsatzarbeit zur Dynamischen Psychiatrie hat *Ammon* (1978) „Verständnis" als zentrale Unterscheidung zum Dogma der Uneinfühlbarkeit bei den Krankheitsbildern der Schul- und Anstaltspsychiatrie herausgestellt: Mit dem Wort Verstehen ist *Ammon*s wissenschaftstheoretische Konzeption fokussiert: Er meint nicht analytisches oder logisches Begreifen, sondern umfassend das Angebot, auf einen Menschen zu reagieren: reale Präsenz des Therapeuten und menschliches Selbstverständnis des Analytikers führen zu einer „verstehenden" Situation; dies erlaubt Beziehung und Veränderung so zum Beispiel in der Bereitschaft, destruktive Aggression anzunehmen. Nicht feindlich auf die destruktive Aggression zu reagieren, die Herausforderung sozusagen annehmen, bedeutet eine Krise, eine Grenzsituation wie *Ammon* sagt, deren Lösung strukturelle Veränderungen beinhaltet.

* Dipl.-Psych., Psychotherapeut, Mitarbeiter am Düsseldorfer Lehr- und Forschungsinstitut der DAP
** Dipl.-Psych., Psychoanalytikerin am Münchener Lehr- und Forschungsinstitut der DAP
*** Dipl.-Psych., Psychotherapeut am Berliner Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik der DAP
**** Dipl.-Psych., Psychoanalytikerin am Berliner Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik der DAP
***** Vortrag gehalten auf dem IX. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 10.–14. Juni 1977, Deutsches Museum, München

Dies ist entscheidend für die Erklärung und das Begreifen von Psychischem. *Freud* dachte Psychisches noch nicht als selbst existent, sondern, biologistisch orientiert, einen Apparat als die Vorstellung des „eigentlich" Psychischen, von woher Phänomene erklärt werden können als Funktion dieses Apparates. *Hartmann* und *Rapaport* hielten das topologische Denken bei, auch wenn sie Prinzipien wie adaptives, energetisches, soziales Prinzip usw. einführten, wo psychischen Prozessen teilweise Struktur und damit Realität ohne ein dahinter stehendes „Eigentliches" zugeschrieben wurde. Wie oben ausgeführt, denkt *Ammon* den Beziehungsprozeß als das Psychische; wir möchten hier auf den alten philosophischen Satz verweisen, daß der Mensch sich am anderen erkennt.

Die gängige Wissenschaftstheorie der Psychoanalyse (*Thomä/Kächele*, 1973; *Wesiak*, 1973 u.a.) vertritt mittlerweile mit größerem Selbstverständnis, daß es nicht Sinn einer Wissenschaft ist, Aussagen über die absolute Wahrheit zu machen. Nachdem selbst die Physik ihren Objektivitätsanspruch revidiert hat, ist das Kriterium der Wissenschaftlichkeit die Methodik geworden. Es müssen Aussagen überprüfbar sein, logische Schlüsse und Voraussagen möglich, Verhalten erschließbar oder vorhersehbar sein unter gewissen Bedingungen. Das einer jeden Wissenschaft zugehörige Vorverständnis sollte kritisch reflektiert werden. Nicht wissenschaftlich sind gerade diejenigen, die meinen in ihrer Wissenschaft gäbe es so etwas nicht (vgl. auch *Popper*, 1973). Allerdings grenzt sich *Ammon*s Standpunkt auch von einer zu pragmatischen Auffassung von psychoanalytischer Wissenschaft ab, die meint, Kriterium sei vornehmlich die Nützlichkeit, wie auch von hermeneutischen Richtungen (*Ricoeur*, 1974; *Argelander*, 1974; *Kohut*, 1974 u.a.), die u.E. Psychoanalyse als Beziehungs- und auch Erfahrungs- und Behandlungswissenschaft vernachlässigen. Wir verweisen hier auf *Ammon*s Arbeit zur Dynamischen Psychiatrie, wo er seine allgemeine Psychologie menschlicher Existenz vorgestellt hat, wie sozusagen im dynamischen Schnittpunkt von genetischen, gruppendynamischen und persönlichkeitsbildenden Prozessen psychische Struktur im Sinne von sich äußernden Ich-Funktionen zu begreifen ist, zentral orientiert unter der Ich-Funktion der Identität: „Die sogenannten psychiatrischen Krankheiten sind im eigentlichen Sinne Identitätskrankheiten. Das Ich-identitätsdefizitäre Krankheitsbild ist psychogenetisch, strukturell und gruppendynamisch verstehbar und behandelbar (*Ammon*, 1978)."

Die Identitätsentwicklung vollzieht sich genetisch und dynamisch als interpersonelles und gruppendynamisches Geschehen an den Grenzen von Ich und Gruppe, einhergehend mit der Entwicklung primärer, zentraler und sekundärer Ich-Funktionen. Sie sind Ausdruck der im Unbewußten angesiedelten Ich-Struktur. Diese ist das Denkprinzip, wie das Ich als dynamisches, ganzheitliches, seelisches Sein aufgefaßt wird, genuin angelegt, einen Entwicklungs-, Reifungs- und Differenzierungsprozeß durchmachend in der pränatalen Phase beginnend über das ganze Leben hinweg.

Dieser Prozeß wird von *Ammon* als ein Dialog verstanden, Struktur ist Niederschlag der verinnerlichten Gruppenerfahrung. Meßbarer Ausdruck

dieser Struktur sind die Ich-Funktionen. Klinisch und testpsychologisch erfaßbar bilden sie damit die Grundlage für die Bestimmung von Erkrankung jenseits aller Nosologie. Sie beziehen Geschichte und aktuelle Gruppendynamik mit ein, ihre Erfassung ist somit immer gleichzeitig Diagnose und Beginn einer therapeutischen Strategie.

Generell hat *Ammons* Persönlichkeitsmodell seine Entstehung aus der direkten therapeutischen Arbeit heraus, es unterliegt im Fortgang der Forschung weiteren Veränderungen und Weiterentwicklungen und wird als Denkmodell stets wieder auf die klinische Arbeit in Diagnostik und Behandlungsmethodik bezogen. *Ammon* unterscheidet in seinem Persönlichkeitsmodell drei Arten von Substrukturen des Ich: die primären, zentralen und sekundären Ich-Funktionen. Diese drei Substrukturen sind im Sinne eines kybernetischen Systems aufeinander bezogen.

Die primären Ich-Funktionen stellen die biologisch und neuro-physiologisch „vorgegebenen" Anlagen des Menschen dar. Für die Entwicklung der primären Ich-Funktionen ist unmittelbar das intrauterine Milieu wirksam. Dieses wiederum hängt weitgehend von der Ich-Struktur der Mutter, ihrer Einstellung zur Schwangerschaft sowie der Einstellung der sie umgebenden Familien- oder anderen Gruppen zu ihrer Schwangerschaft ab. Insofern kann man sagen, daß bereits das Schicksal der primären Ich-Funktionen mittelbar gruppenabhängig ist.

Die zentralen Ich-Funktionen sind unbewußt, stellen Komplexe integrierter psychologischer Einheiten dar, stehen in einem wechselseitigen Zusammenhang und bedingen sich in ihrer qualitativen Entwicklung gegenseitig. Hier sind zu nennen: Ich-Identität, konstruktive Aggression, Kreativität, Ich-Abgrenzung nach innen und außen, Narzißmus, Körper-Ich und andere.

Die sekundären Ich-Funktionen sind zwar auch unbewußt verankert, ihre Abläufe sind jedoch vorbewußt bis bewußt, ihr funktionaler Charakter ist überwiegend der Beobachtung zugänglich und kann häufig mit herkömmlichen Tests gemessen werden. Die sekundären Ich-Funktionen können überkompensatorisch Defizite in den zentralen Ich-Funktionen ausfüllen. Die Entwicklung aller drei Arten von Ich-Funktionen ist also gruppenabhängig und erfolgt ontogenetisch in der angegebenen Reihenfolge.

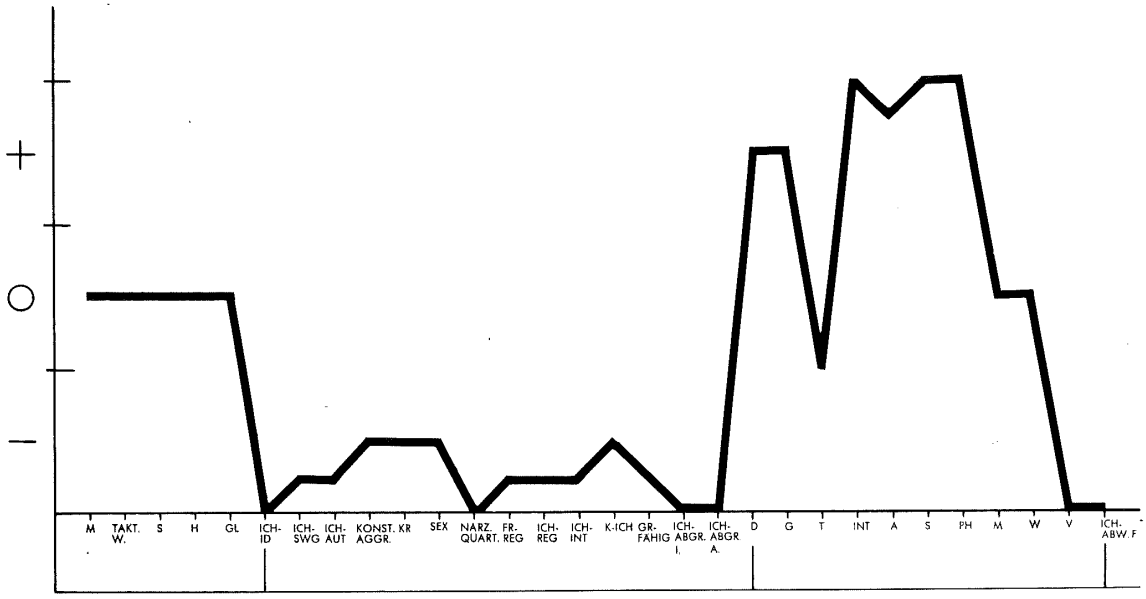
Als treibende Kraft menschlichen Lebens und Handelns nimmt *Ammon* ein unspezifisches Energiereservoir an, von dem aus die Ich-Funktionen gespeist werden. Die Stärke dieses Energiereservoirs hängt ab von der Stärke der narzißtischen Zufuhr durch die umgebende Gruppe und besonders durch die Mutter in der allerfrühesten Lebenszeit.

Die verschiedenen Krankheitsbilder können als Defekte der Ich-Struktur angesehen werden. Besonders am Krankheitsbild des Borderline-Syndroms wird deutlich, daß die Beurteilung der konstruktiven und pathologischen Anteile nicht allein von der Phänomenologie her zu erfassen ist, sondern daß vielmehr eine Diagnostik der zugrunde liegenden Ich-Struktur ausschlagge-

bend ist. Die verschiedenen, auf dem gleitenden Spektrum liegenden Krankheitsbilder lassen sich dabei durch die Unterschiede in der Ich-Struktur voneinander abgrenzen. Die Analyse der konstruktiven und pathologischen Anteile der Ich-Struktur beim Patienten läßt sich graphisch darstellen in Form eines Persönlichkeitsprofils. Ebenso lassen sich charakteristische Persönlichkeitsprofile bei den verschiedenen Krankheitsbildern graphisch darstellen.

Abb. 1

Das Profil der Borderline-Persönlichkeit*



Primäre neurophysiologische Ich-Funktionen
M = Motorik
TAKT.W. = Taktile Wahrnehmung
S = Sehen
H = Hören
GL = Gleichgewichtssinn

Zentrale Ich-Funktionen
ICH-ID = Ich-Identität
ICH-SWG = Ich-Selbstwertgefühl
ICH-AUT = Ich-Autonomie
KONST.AGGR. = Konstruktive Aggression
KR = Kreativität
SEX = Sexualität
NARZ.QUART. = quartärer Narzißmus
FR-REG = Frustrations-Regulation
ICH-REG = Ich-Regulation
ICH-INT = Ich-Integrität
K-ICH = Körper-Ich
GR-FÄHIG = Gruppenfähigkeit
ICH-ABGR.I. = Ich-Abgrenzung nach innen
ICH-ABGR.A. = Ich-Abgrenzung nach außen

Sekundäre Ich-Funktionen
D = Denken
G = Gedächtnis
T = Traumfähigkeit
INT = Intelligenz
A = Affekte
S = Sprache
PH = Phantasie
M = Motorik
W = Wahrnehmung
V = Verdrängung
ICH-ABW.F. = Ich-Abwehrfunktionen

Idealtypische Darstellung der Struktur und Zuordnung der primären, zentralen und sekundären Ich-Funktionen beim Borderline-Syndrom.

1) + = Ich-Funktionen sind besonders stark ausgebildet und haben im Sinne der Aufrechterhaltung der homöostatischen Balance die Funktion, die defizitären Ich-Funktionen zu kompensieren.
2) O = Normalbereich.
3) – = Ich-Funktionen sind defizitär. (*Ammon*, 1976a)

*derzeitiger Stand der Forschung

Von dieser Position her konzipierte *Ammon* einen Persönlichkeitstest, der eine quantifizierende, objektivierende Erfassung der Ich-Funktionen zur Abbildung der Persönlichkeitsstruktur ermöglicht. Ein solcher Fragebogen ist neben anderen, wie z.B. Ratingverfahren, ein mögliches Verfahren zur objektivierenden Diagnostik. Er dient darüber hinaus der Strukturierung therapeutischer Behandlungsmethodik und der Prozeß- und Erfolgskontrolle im Rahmen klinischer Forschung.

Im Rahmen dieses Forschungsprojektes wurde ein Fragebogen zur Erfassung der Ich-Funktion der konstruktiven Aggression entwickelt. Dahinter steht die Überlegung, daß die zentrale Ich-Funktion der konstruktiven Aggression von größter Bedeutung für die Entwicklung einer gesunden Persönlichkeit im Sinne der Ich-Identitätsentwicklung ist, da pathologische Entwicklung der konstruktiven Aggression die anderen Ich-Funktionen wie Kreativität, Ich-Identität, Ich-Abgrenzung nach innen und außen arretieren bzw. schwere Defizite setzen. Destruktive Aggression wird nicht als Ausdruck eines innerpsychischen Triebgeschehens verstanden, sondern als Ergebnis frühester Ich-Schädigung innerhalb einer pathogenen Primärgruppe, die ein verinnerlichtes Identitätsverbot darstellt. Entscheidend für das Ausmaß der Ich-strukturellen Schädigung sind der Zeitpunkt und die emotionale Bedeutung für die Entstehung der Deformation der konstruktiven Aggression, die dann sämtliche Ich-Funktionen in Mitleidenschaft zieht. Verbunden mit den defizitären Erfahrungen bzw. der deformierten Aggression sind archaische Ängste, die unter anderem abgewehrt werden können durch

– psychosomatische Reaktionen oder
– durch offenes destruktives Ausagieren.

Die Qualität der Ich-Funktion der Aggression, ob sie konstruktiv entwickelt ist, ob sie verdeckt oder „offen destruktiv" agiert wird, oder ob sie defizitär ist, ist abhängig von der Flexibilität der Ich-Grenzen.

Die Items unseres Fragebogens beziehen ihre inhaltliche Validität aus dieser Ich-strukturellen Auffassung der Aggression. Unsere Aggressionsskala unterscheidet sich von den anderweitigen Ansätzen (wie z.B. *Rosenzweig, Hampel* und *Selg, Selg* u.a.), die auf der phänomenologischen Ebene bleiben und keinen oder aber einen rein triebtheoretisch orientierten Erklärungsansatz bieten, durch den Einbezug in den geschilderten theoretischen Bezugsrahmen und die Konzeption von Fragen zur konstruktiven und defizitären Aggression.

Dabei liegt das besondere unseres Konzeptes, aber auch die Schwierigkeit in der Tatsache, daß die zentralen Ich-Funktionen im Unbewußten anzusiedeln sind und nur indirekt aus dem beobachtbaren Verhalten erschlossen werden können. Wir sehen die geäußerten Einstellungen und Selbstbeurteilungen als Ausdruck dieser im Unbewußten verankerten Strukturzusammenhänge.

Der Konstruktion der Items liegt die geschilderte theoretische Konzeption, langjährige therapeutische Erfahrung sowie die Auswertung von Patientenfragebögen zugrunde. Dabei fanden Items aus anderen Fragebögen,

die zwischen verschiedenen Manifestationen von Aggressionsformen unterscheiden, Verwendung. Bei unserer Aggressionsskala differenzierten wir ursprünglich auf der Verhaltensebene fünf verschiedene Aggressionsformen:

1. konstruktive Aggression des kreativen „ad-gredi" als die Ich-Funktion, auf Menschen und Dinge zuzugehen, sich von der frühkindlichen Symbiose der Primärgruppe schuld- und angstfrei abzugrenzen mit dem Bestreben, eine eigene Identität zu realisieren
2. defizitäre Aggression als umfassende Erfahrungsunfähigkeit, die durch eine Anpassungsfassade kompensiert wird
3. offen destruktive Aggression als verstümmelte, pervertierte Form der Kontaktaufnahme durch zerstörerisches Ausagieren, die bei der
4. verdeckt destruktiven Aggression durch eine Anpassungsfassade abgewehrt wird
5. unterdrückte Aggression als Unfähigkeit, mit erlebter Aggression umzugehen.

Die Fragebogenvorform bestand aus 72 Items. Im Rahmen einer Konstruktvalidierung wurde der Fragebogen einer Stichprobe von 37 psychosomatischen Patienten aus einer Klinik, die organisch manifeste Symptome aufwiesen, einer Gruppe von 39 Borderline-Kriminellen (mit Verwahrlosungs- und Suchterscheinungen) sowie einer Kontrollgruppe von 41 Probanden vorgelegt. Die Stichprobe umfaßte insgesamt 117 Probanden. Der Unterscheidung dieser drei Gruppen in Bezug auf die fünf genannten Aggressionsskalen, liegen folgende Hypothesen zugrunde:

1. Psychosomatische Patienten weisen folgende Merkmalskonfigurationen auf:
   niedrige Werte auf der Subskala der konstruktiven, der offenen, der verdeckten und unterdrückten Aggression, hohe Werte auf der Subskala der defizitären Aggression.
2. Borderline-Kriminelle haben hohe Werte auf der Subskala der offen und verdeckt destruktiven Aggression, niedrige Werte bei der konstruktiven Aggression.
3. Die Kontrollgruppe läßt im Unterschied zu den anderen Vergleichsgruppen erhöhte Werte auf der Subskala der konstruktiven Aggression sowie signifikant niedrige Werte auf allen anderen Skalen erwarten.

Zur Auswertung der Fragebogenvorform wurde eine Trennschärfenanalyse der Items durchgeführt über die fünf genannten Skalen. Dabei zeigte sich aber, daß Items der Skala verdeckt-destruktive Aggression hoch mit Items der Skala offen-destruktive Aggression korrelierten und daß ebenfalls die meisten Items der Skala unterdrückte Aggression hoch mit der Skala defizitäre Aggression korrelierten.

Nach Prüfung der statistischen Voraussetzungen wurde eine Faktorenanalyse durchgeführt, um die korrelativen Zusammenhänge zwischen den 72 Itemvariablen aufzuhellen und die Homogenität der von uns aufgestellten Skalen zu überprüfen. Dies geschah mittels Hauptkomponentenanalyse bei orthogonaler Rotation. Dabei konnten drei eindeutig voneinander unter-

Abb. 2

Ergebnisse der Faktorenanalyse

Abk.: KA = konstruktive Aggr. DA = defizitäre Aggr. OD = offen-destruktive Aggr.
VA = verdeckt-destruktive Aggr. UA = unterdrückte Aggr.

FAKTOR 1	VARIABLE 69	(0.6648)	DA 17	
FAKTOR 1	VARIABLE 17	(0.6490)	DA 2	
FAKTOR 1	VARIABLE 54	(0.6434)	DA 14	
FAKTOR 1	VARIABLE 35	(0.5345)	UA 2	
FAKTOR 1	VARIABLE 44	(0.5218)	UA 11	
FAKTOR 1	VARIABLE 46	(– 0.5111)	KA 9	
FAKTOR 1	VARIABLE 10	(0.4959)	VA 4	
FAKTOR 1	VARIABLE 6	(– 0.4891)	KA 3	
FAKTOR 1	VARIABLE 33	(0.4810)	DA 6	
FAKTOR 1	VARIABLE 82	(0.4732)	UA 10	
FAKTOR 1	VARIABLE 51	(0.4726)	DA 12	
FAKTOR 1	VARIABLE 79	(0.4472)	UA 8	DEFIZITÄRE
FAKTOR 1	VARIABLE 70	(0.4271)	DA 18	AGGRESSION
FAKTOR 1	VARIABLE 43	(0.4249)	DA 10	
FAKTOR 1	VARIABLE 32	(0.4111)	DA 5	
FAKTOR 1	VARIABLE 39	(0.4101)	DA 8	
FAKTOR 1	VARIABLE 18	(0.3912)	DA 3	
FAKTOR 1	VARIABLE 5	(0.3736)	DA 1	
FAKTOR 1	VARIABLE 41	(– 0.3664)	KA 8	
FAKTOR 1	VARIABLE 24	(0.3629)	DA 4	
FAKTOR 1	VARIABLE 9	(0.3627)	VA 3	
FAKTOR 1	VARIABLE 72	(0.3979)	UA 6	
FAKTOR 1	VARIABLE 25	(0.3516)	UA 1	
FAKTOR 1	VARIABLE 35	(0.3500)	UA 4	
FAKTOR 2	VARIABLE 47	(– 0.3149)	VA 10	
FAKTOR 2	VARIABLE 20	(– 0.5660)	VA 7	
FAKTOR 2	VARIABLE 00	(– 0.3591)	OD 9	
FAKTOR 2	VARIABLE 11	(– 0.5076)	OD 1	
FAKTOR 2	VARIABLE 28	(– 0.4747)	OD 4	
FAKTOR 2	VARIABLE 31	(– 0.4371)	OD 6	
FAKTOR 2	VARIABLE 22	(– 0.4312)	OD 2	
FAKTOR 2	VARIABLE 32	(– 0.4299)	DA 5	DESTRUKTIVE
FAKTOR 2	VARIABLE 72	(– 0.4257)	UA 6	AGGRESSION
FAKTOR 2	VARIABLE 7	(– 0.4216)	VA 2	
FAKTOR 2	VARIABLE 45	(– 0.4166)	OD 7	
FAKTOR 2	VARIABLE 4	(– 0.4147)	VA 1	
FAKTOR 2	VARIABLE 76	(– 0.3602)	VA 11	
FAKTOR 2	VARIABLE 30	(– 0.3597)	OD 5	
FAKTOR 2	VARIABLE 13	(– 0.3559)	VA 5	
FAKTOR 3	VARIABLE 59	(– 0.6289)	DA 15	
FAKTOR 3	VARIABLE 24	(– 0.6217)	DA 4	
FAKTOR 3	VARIABLE 64	(0.5914)	KA 16	
FAKTOR 3	VARIABLE 65	(0.5907)	KA 17	
FAKTOR 3	VARIABLE 77	(0.5702)	KA 21	
FAKTOR 3	VARIABLE 14	(0.5171)	KA 4	
FAKTOR 3	VARIABLE 34	(– 0.4664)	DA 7	
FAKTOR 3	VARIABLE 75	(0.4365)	KA 20	KONSTRUKTIVE
FAKTOR 3	VARIABLE 78	(0.4361)	KA 22	AGGRESSION
FAKTOR 3	VARIABLE 63	(0.4347)	KA 18	
FAKTOR 3	VARIABLE 37	(0.4309)	KA 7	
FAKTOR 3	VARIABLE 63	(– 0.4081)	DA 16	
FAKTOR 3	VARIABLE 25	(– 0.4047)	UA 1	
FAKTOR 3	VARIABLE 36	(0.4047)	KA 6	
FAKTOR 3	VARIABLE 57	(0.3831)	KA 13	
FAKTOR 3	VARIABLE 56	(0.3623)	KA 12	
FAKTOR 3	VARIABLE 61	(0.3573)	KA 14	

scheidbare Faktoren – wie in der Itemanalyse schon angedeutet war – mit prägnanten Ladungsmustern extrahiert werden, die wir wie folgt identifizieren konnten:
Faktor 1: Defizitäre Aggression
Faktor 2: Destruktive Aggression
Faktor 3: Konstruktive Aggression.
Abbildung 2 zeigt einen Computerausdruck der durchgeführten Faktorenanalyse.
(Von links nach rechts fortlaufende Spalten:
Links Faktor 1 mit Angabe der variablen Nummer, d.h. Nummer der Items im Fragebogen. Die Zahlen, die in Klammern gesetzt sind, stellen die Höhe der Faktorenladungen dar, die alle sehr hohe Ladungswerte aufweisen. Ganz rechts steht die Skalenbezeichnung der verschiedenen Aggressionsformen.)

Die Unterscheidung von offener versus verdeckt-destruktiver Aggression sowie von unterdrückter Aggression konnte nicht beibehalten werden: Vielmehr kovariierten offene und verdeckte, sowie defizitäre und unterdrückte Aggression.

Als Kriterium für die Interpretation der Dreier-Lösung der Faktorenanalyse verwendeten wir den von *Cattel* erstmals beschriebenen Scree-Test. Die Eigenwertkurve der Faktoren zeigten bei der Drehungszahl vier einen deutlichen Scree (Knick). Dies bedeutet, daß die Annahme von drei Faktoren statistisch gerechtfertigt ist.

Dieser Befund ist nach der Aggressionstheorie *Günter Ammons* zu erwarten, da die unterschiedlichen Aggressionsformen zwar auf der Verhaltensebene sich unterschiedlich manifestieren und beobachten lassen, diese Ebene aber nur Ausdruck der im Unbewußten verankerten Ich-Struktur ist mit der zentralen Ich-Funktion der konstruktiven Aggression, die im Falle einer pathologischen Entwicklung nach *Ammon* defizitär oder aber destruktiv verformt wird.

Es wurde weiterhin eine Diskriminanzanalyse durchgeführt, die zwischen den drei Versuchspersonen-Gruppen hoch signifikant trennte und in Zusammenschau mit der Faktorenanalyse eine grafische Darstellung der Zusammenwirkung der drei Skalen ermöglichte, auf die wir weiter unten eingehen werden. Auf der Grundlage der Informationen der Itemanalyse, Faktorenanalyse und Diskriminanzanalyse wurden die Items der Fragebogenvorform den drei empirisch aufgefundenen Skalen konstruktive, destruktive und defizitäre Aggression zugeordnet und auf dieser Basis eine zweite Itemanalyse durchgeführt, bei der 39 Items selegiert wurden. Diese Items genügten hohen Selektionskriterien:

Sie waren auf dem 1 %-Niveau trennscharf, wiesen eine hohe Homogenität auf, nachgewiesen durch die Ergebnisse der Faktorenanalyse und diskriminierten auf dem 1 %-Signifikanzniveau zwischen den drei Versuchspersonen-Gruppen. Die Varianzanalyse, die die Mittelwertsunterschiede auf den Skalen für die verschiedenen Versuchspersonen-Gruppen ermittelt, führte zu folgenden Ergebnissen:

Abb. 3 **Ergebnisse der Varianzanalyse**

1. Skala: konstruktive Aggression

Mittelwerte:

	Kontrollgruppe	Borderline-Kr.	Psychosomatik
$\bar{x}$	3,56	2,46	2,30

Unterschiede zwischen den Gruppen:

	F-Verhältnis	Signifikanzniveau
K-Gruppe – Borderline-Kr.	14,92	1 %
K-Gruppe – Psychosomatik		1 %
Psychosomatik-Borderline-Kr.		nicht sign.

2. Skala: destruktive Aggression

Mittelwerte:

	Kontrollgruppe	Borderline-Kr.	Psychosomatik
$\bar{x}$	0,98	1,62	0,84

Unterschiede zwischen den Gruppen:

	F-Verhältnis	Signifikanzniveau
K-Gruppe – Borderline-Kr.	14,75	1 %
K-Gruppe – Psychosomatik		nicht sign.
Psychosomatik-Borderline-Kr.		1 %

3. Skala: defizitäre Aggression

Mittelwerte:

	Kontrollgruppe	Borderline-Kr.	Psychosomatik
$\bar{x}$	1,27	5,44	4,46

Unterschiede zwischen den Gruppen:

K-Gruppe – Borderline-Kr.	46,16	1 %
K-Gruppe – Psychosomatik		1 %
Psychosomatik-Borderline-Kr.		nicht sign.

Die Ergebnisse bestätigen die eingangs aufgestellten Hypothesen. Sie zeigen:

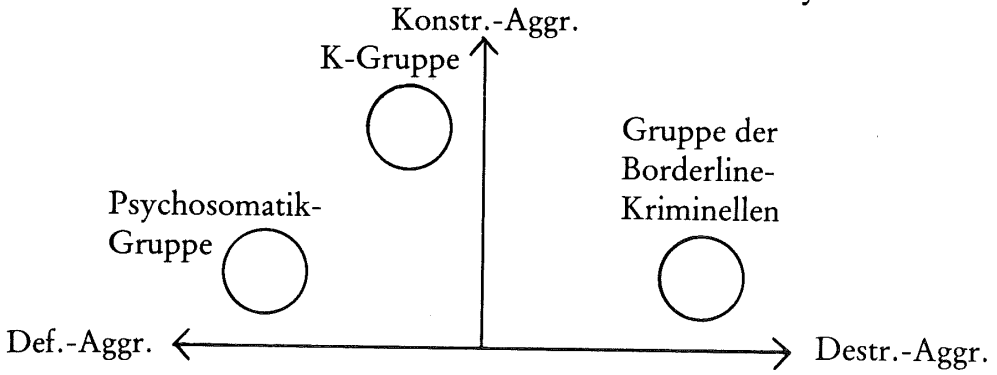
1. Die Kontrollgruppe unterscheidet sich hoch signifikant von den beiden anderen Gruppen durch hohe Werte auf der Skala der konstruktiven Aggression, niedrige Werte auf den beiden anderen Skalen.
2. Die Gruppe der Borderline-Kriminellen unterscheidet sich von den beiden anderen Gruppen durch signifikant erhöhte Werte auf der Skala der destruktiven Aggression.
3. Die Gruppe der psychosomatisch Kranken unterscheidet sich von der Kontrollgruppe durch geringe Werte auf der Skala der konstruktiven Aggression, signifikant erhöhte Werte auf der Skala der defizitären Aggression und von der Gruppe der Borderline-Kriminellen durch niedrige Werte auf der Skala der destruktiven Aggression.

Es bestehen also keine signifikanten Unterschiede zwischen Borderline-Kriminellen und psychosomatisch Kranken auf der Skala der konstruktiven Aggression, wobei beide Gruppen geringe Werte aufweisen und auf der Skala der defizitären Aggression, wo beide hohe Werte aufweisen. Dieses Ergebnis entspricht der Aggressionstheorie *Günter Ammons*, die davon ausgeht, daß destruktive Aggression ein Ausdruck eines unstrukturierten, defizitären Erfahrungsbereiches im Ich ist, der sich bei Borderline-Patienten durch Ausagieren der Aggression als Form einer Angstabwehr ausdrückt, während bei psychosomatisch Kranken dieses destruktive Potential auf der Körper-Ich-Ebene gebunden bleibt und nicht agiert wird.

Wie bereits erwähnt, möchten wir abschließend die Zusammenschau der Ergebnisse der Diskriminanz- und Faktorenanalyse mit Hilfe einer Graphik verdeutlichen.

Die zwei Diskriminanzfaktoren aus der Diskriminanzanalyse wurden graphisch rotiert und inhaltlich durch die Ergebnisse der Faktorenanalyse benannt, d.h. die Skalen der drei Aggressionsformen lassen sich in Form eines zweidimensionalen Koordinatensystems darstellen, in das sich die drei Stichproben einordnen lassen. Die mathematischen Ergebnisse der Diskriminanzanalyse, bezogen auf die drei Gruppen, werden in der folgenden Graphik in ihrer Ausprägung dargestellt.

Abb. 4 **Ergebnisse der Diskriminanz- und Varianzanalyse**



Hier wird noch einmal veranschaulicht, daß psychosomatisch Kranke und Borderline-Kriminelle signifikant hohe Werte auf der Skala der defizitären Aggression haben, sich aber im Hinblick auf die destruktive Aggression signifikant unterscheiden. Ebenso wird deutlich, daß die Kontrollgruppe sich im Hinblick auf die konstruktive Aggression von den beiden anderen Gruppen signifikant unterscheidet, jedoch mit der Gruppe der psychosomatisch Kranken gemeinsam geringe Werte auf der Skala destruktiver Aggression aufweist.

Dieser mit der Faktoren- und Itemanalyse unabhängige methodische Weg, der mit der Diskriminanzanalyse beschritten wurde, führte zu denselben Ergebnissen, d.h. zu den drei voneinander abgrenzbaren Aggressionsformen, die wiederum durch die Ergebnisse der Varianzanalyse bestätigt wurden.

Es hat sich somit gezeigt, daß verschiedene statistische Verfahren in unserem Projekt zu übereinstimmenden Ergebnissen geführt haben, die die Aggressionstheorie *Günter Ammons* empirisch belegen, und die Unhaltbarkeit eines angeborenen Zerstörungs- oder Todestriebes. Der therapeutische Nihilismus erübrigt sich, wenn als Kern psychischer Erkrankung die destruktiven Aggressionen auf einem Spektrum je nach Feindlichkeit und mangelnder narzißtischer Zufuhr seitens der Primärgruppe begriffen werden.

Im weiteren Verlauf unserer Forschung werden wir, wie für die Aggression, auch für die anderen zentralen Ich-Funktionen, basierend auf unseren klinischen Erfahrungen, Meßinstrumente entwickeln. Darüber hinaus ist es unser Anliegen, alle entwickelten Skalen weiter zu präzisieren in dem Sinne, daß Forschen Verstehen-Lernen heißt, womit wir zu unserem Ausgangspunkt zurückkehren: Diese Arbeit soll ein Beitrag sein zum generellen Prinzip der Dynamischen Psychiatrie: der Verstehbarkeit psychischer Erkrankung.

Methodical Approaches to an Objectivating Ego-Structural Diagnostic in the Frame of Ammon's Ego-Structure-Model Examplified by the Central Ego-Function of Aggression

Berthold Beck, Christine Bott, Wolfgang Rock, Agnes Wiehl-Volbehr

In their paper the authors discuss the construction of a questionnaire to register the central ego-function of constructive aggression. This work is part of a research project of the German Academy of Psychoanalysis (DAP) conceived by *Günter Ammon.* The project aims at a quantifying objectivated record of ego-functions representing the personality structure. The basis of this work is the holistic ego-structural psychoanalytic concept of *Ammon,* who understands ego- and identity-development as an „interpersonal and group-dynamical occurence taking place on the border of ego and group" and who describes personality or ego-structure as a combination of primary, central, and secondary ego-functions. The different diseases are understood

as deficits within the ego-structure, which can be represented in their constructive and pathological aspects in a personality profile.

The central ego-function of constructive aggression was the first to begin with, since it is of utmost importance for a normal ego- and identity-development and since its pathological manifestation can be found in the focus of the diseases. The constructive aggression interacts with other ego-functions such as creativity, ego-identity, and ego-demarcation which are influenced in case of pathological development. The items in the questionnaire get their validity out of this ego-structural understanding of aggression. They differ from other aggression scales which take into consideration only the behaviour level, because they are included in this theoretical concept and the concept of questions concerning constructive and deficitary aggression.

In the beginning the authors started with five forms of aggression which often are mentioned in literature: constructive aggression, deficitary aggression, open destructive aggression, hidden constructive aggression, and suppressed aggression. Questions in reference to these classifications were conceptualized. The pre-form of the questionnaire was given to 117 subjects, i.e. a group of psychosomatically ill persons, a group of borderline-criminals with traits of waywardness and addiction, and to a control-group.

After having examined the statistical preconditions, the items were checked in an items analysis, factor analysis, and discrimination analysis. In this process the five scales could be reduced to three factors which can be differentiated:

Factor 1: constructive aggression in the sense of a creative ad-gredi

Factor 2: deficitary aggression in the sense of unability of making new experiences

Factor 3: destructive aggression in the sense of a mutilated perverted kind of contact by destructive acting-out

These results are in accordance with *Ammon*'s aggression theory, that is to say the different forms of aggression are phenomenologically manifesting themselves in different ways; this level, however, is an expression of the ego-structure rooted in the unconscious with the central ego-function of constructive aggression which in case of a pathological development is misshaped deficiently or destructively.

A revised pre-form of the questionnaire showed for the three groups of subjects the following differences in means in the analysis of variance which are highly significant:

1. the control-group differed highly significantly from the two other groups achieving higher points on the scale of constructive aggression and significantly lower on the other two scales
2. the borderline-criminals differ significantly from the two other groups by higher points on the scale of destructive aggression
3. the psychosomatically ill persons differ from the borderline-criminals by lower points on the scale of destructive aggression having the same deficitary aggression.

This could have been expected following the aggression theory of *Ammon* who regards destructive aggression as expression of an unstructured deficitary field of experience, which the borderline patient express in acted-out aggressions as defence against anxiety, while in the psychosomatically ill this destructive potential is bound on a body-ego-level and turned against the ego.
The results of discrimination analysis confirm the factorial and item analytical data and are an empirical proove for *Ammon*'s aggression theory.

Literatur

Ammon, G. (1970): Gruppendynamik der Aggression (West-Berlin: Pinel-Publikationen)
– (1973): Dynamische Psychiatrie (Darmstadt und Neuwied: Luchterhand)
– (1974): Psychoanalyse und Psychosomatik (München: Piper)
– (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
Argelander, H. (1974): Über psychoanalytische Kompetenz. In: Psyche (27), 1063–1076
Fahrenberg, J.; Hampel, R.; Selg, H. (1974): Freiburger Persönlichkeits-Inventar FPI (Göttingen: Hogrefe)
Freud, S. (1941): Abriß der Psychoanalyse. Ges. W. Bd. 17 (London: Imago)
Kohut, H. (1971): Introspektion, Empathie und Psychoanalyse. In: Psyche (24), 831–855
Lienert, G.A. (1962): Verteilungsfreie Methoden der Biostatistik. (Meisenheim: Anton Hain)
– (1967): Testaufbau und Testanalyse. (Weinheim: Beltz)
Popper, K.R. (1971): Logik der Forschung (Tübingen: Mohr)
Ricoeur, P. (1974): Die Interpretation (Frankfurt: Suhrkamp)
Rosenzweig, S. (1957): Rosenzweig Picture Frustration Test PFT. (Göttingen: Hogrefe)
Thomä, H.; Kächele, H. (1973): Wissenschaftstheoretische und methodologische Probleme der klinisch-psychoanalytischen Forschung. In: Psyche (27), 309–355
Selg, H. (1974): Menschliche Aggressivität. Ursachen, Diagnostik, Therapiemöglichkeiten (Göttingen: Hogrefe)
Überla, K. (1968): Faktorenanalyse (Berlin-Heidelberg-New York: Springer)
Wesiak, W. (1973): Wahrnehmen – Deuten – Erkennen. In: Psyche (27), 289–308

Adressen der Autoren:
Dipl.-Psych. Agnes Wiehl-Volbehr
Geibelstr. 1
1 Berlin 45

Dipl.-Psych. Wolfgang Rock
Wiesenerstr. 40
1 Berlin 42

Dipl.-Psych. Christine Bott
Arcisstr. 59
8 München 40

Dipl.-Psych. Berthold Beck
Kölner Str. 1–3
4 Düsseldorf

From Masochism to Psychic Pain

M. Masud R. Khan*

In dem vorliegenden Beitrag setzt sich der Autor mit dem Konzept des psychischen Schmerzes auseinander und ordnet es metapsychologisch dem Selbst zu, wobei er die Freudsche Masochismustheorie als eine nicht ausreichende Erklärung versteht. Das Selbst wird zum Ort der Erfahrung für psychischen Schmerz, während im Ich schmerzliche Gefühle wahrgenommen werden. Die herkömmliche psychoanalytische Theorie ermöglicht kein umfassendes Verständnis der psychodynamischen Funktion des Schmerzes.
In der ihm eigenen Form, wissenschaftlich zu arbeiten und zu schreiben, bemüht sich Khan um ein Verständnis der Gesamtheit der Persönlichkeit, wie es das Instanzenmodell der Psychoanalyse nicht liefern kann. Er zieht dafür Autoren der klassischen Literatur wie T. S. Eliot, W. Shakespeare, Rainer-Maria Rilke heran, um in diesem Spannungsfeld seine Vorstellung von der Funktion des psychischen Schmerzes zu entwerfen.
Die zentrale These des Autors, daß Masochismus eine spezifische Variante der manischen Abwehr gegen eine psychotische Desintegration ist, läßt verwandte Züge zum Konzept der Berliner Psychoanalytischen Schule Günter Ammons erkennen. Khan bezieht sich in diesem Kontext auch auf Paul Ricoeur, der die Auffassung vertritt, daß Masochismus nicht eine sexuelle Perversion ist, sondern ein Stabilisierungsversuch des Ichs. Auch hier läßt sich ein Bezug zur Berliner Psychoanalytischen Schule herstellen, wo die sexuelle Perversion nicht als eine libidinöse Fehlentwicklung verstanden wird, sondern als ein Versuch zur Kompensation struktureller Ich-Defizite. Anhand einer ausführlichen Darstellung eines therapeutischen Prozesses zeigt Khan, daß das Verständnis von Masochismus nur erfolgen kann, wenn der dahinter liegende tiefe psychische Schmerz verstanden werden kann.

"Mon art est une impasse."
Stephane Mallarme

First I shall give three statements by three patients on the same Monday. A young man in his mid-twenties started his session by saying: "I am feeling very anxious because I am meeting the parents of my girlfriend for the first time tonight." The second patient, a business man in his late forties, started by saying: "The deal went through successfully last Friday and we have been celebrating it all weekend, yet I feel depressed today." The third patient, a woman in her late thirties, arrived, lay down, and was silent for some twenty minutes. I sensed she had started to cry quietly. Eventually she said: "I am in pain and I do not know why. My children came from school last Friday and they have done so well the last term that we all went out and enjoyed ourselves. I arrived here eager to tell you that and now I am crying and in pain for no reason." All of us would have had no difficulty in making sense to the young man why he was anxious. He had been living sexually with the girl for some months, and the associations soon led to oedipal feelings and one could explain it in terms of conflict between the ego and the id. The business man's depression was not difficult to explain either.

* Psychoanalyst, London. Editor of the International Psycho-Analytical Library and Co-Editor of the International Journal of Psycho-Analysis.

He is a self-made man, and every financial success causes him guilt. One can utilise the concepts of conflict between ego and super-ego in that context. The pain of the female patient I found hard to make sense of. I was surprised to hear myself telling her that only a good familial experience had enabled her to come to a session and be in her pain, she could not print psychically, but to which she could now take the risk of the other bearing witness, without intrusive explanations or precipitate need to assuage it for her.

It is my inference from what I know of the history of religions, especially the three monotheistic ones, that it is precisely this need in the human individual for his or her psychic pain to be witnessed silently and unobtrusively by the other, that led to the creation of the omni-presence of God in human lives. Over the past two centuries and more, with the increasing disappearance of God as the witnessing other from man's privacy with himself, the experience of psychic pain has changed from tolerated and accepted suffering to its pathological substitutes, and the need has rapidly increased for psychotherapeutic interventions to alleviate these pathological masochistic states. All symptomformations are masochistic in an essential measure, as *Freud* (1895) was the first to discover and state at the end of Studies on Hysteria:

> "When I have promised my patients help or improvement by means of a cathartic treatment I have often been faced by this objection: "Why, you tell me yourself that my illness is probably connected with my circumstances and the events of my life. You cannot alter these in any way. How do you propose to help me, then?" And I have been able to make this reply: "No doubt fate would find it easier than I do to relieve you of your illness. But you will be able to convince yourself that much will be gained if we succeed in transforming your hysterical misery into common unhappiness. With a mental life that has been restored to health you will be better armed against that unhappiness"."

As the knowledge and clinical expertise of psychoanalysis has increased and become more effective during the past 70 years, it seems from reading the literature, that we have become too ambitious in curing miseries, and even try to obviate the necessity of psychic pain in human self-relating. *T. S. Eliot* in his book "After Strange Gods" had anticipated this:

> "At this point I shall venture to generalise, and suggest that with the disappearance of the idea of Original Sin, with the disappearance of the idea of intense moral struggle, the human beings presented to us both in poetry and prose fiction today, and more patently among the serious writers than in the underworld of letters, tend to become less and less real. It is in fact in moments of moral and spiritual struggle depending upon spiritual sanctions, rather than in those 'bewildering-minutes' in which we are all very much alike, that men and women come nearest to being real."

Some forty two years later, in a recent essay, *Louis Dupré* (1976) regrets:

"Unfortunately, the therapeutic success of depth psychology has become one of the main obstacles preventing a full theoretical exploration of the unconscious self."

All this may sound rather wild and irrelevant metapsychologically to you regarding the topic I have chosen to discuss. But the problem of psychic pain cannot be adequately enquired into either in terms of the topographic model or the structural one. But once we get to postulating about the self, we hover dangerously near the reaches of mysticism and literature proper, because as *Dupré* rightly states: ". . . the self far surpasses the boundaries of individual personhood".

Please do not mistake me for idealising religion and God's role in human lives. Man has a unique genius to use perversely his own best inventions and creations. And God, as well as religion, has not escaped such abusage.

To return to our metapsychology. If *Freud* struggled all his life to define and explicate the psychodynamics of the pathogenic transformations of psychic pain, as mourning and melancholia (1917), anxiety (1926) and masochism (1924), he did not quite succeed in postulating the role and nature of psychic pain, as *Pontalis* has demonstrated. One reason for this, I believe is, that after having established the intrapsychic structures id, ego and the super-ego (ego-ideal), *Freud* (1923) did not wish to confuse the issues by including the concept of the self.

And this is where I come stuck. For even a tentative definition of psychic pain demands some clear definition of self. I believe, from clinical experience and my reading of literatures, that just as the various painful affects are experienced by the ego, psychic pain is experienced by the self. If you can accept my inability to offer adequate or any definitions of self or psychic pain, I wish to propose an hypothesis for discussion. It is: masochism is a special variant of manic defence that the ego uses for holding together the self from a psychic pain that threatens to annihilate it, and hence the ego. I further want to say, in parenthesis, that I am using the concept of masochism, not only as a sexual perversion, but as an affect that the ego creates with characters, real or imaginary, in the space of fantasy, to use *Paul Ricoeur*'s (1976) excellent concept, to create and sustain an atmosphere of pain, that stays under its control and can be libidinised. In these cases the task of analysis is to enable the ego to relax its omnipotent control-systems so that the person's self can experience psychic pain, without threat of annihilation.

In all masochistic experiences, intrapsychic or interpersonal, there are always three persons: the subject, the desired other who will cause him pain, and the witness, a part of the subject's ego, that registers and experiences the painful affect this contract (to use *Smirnoff*'s concept) actualises. In commenting on my female patient's state of "being in pain", I said she needed a witness and an other for her to experience her "being in pain". So we see that the basic ingredients of the experience of psychic pain and masochistic pain are the same. What needs investigation is how in some persons the ego

can shift the register of experience from one psychic plane to another, and thus bring it under its manipulative control.

I believe that, today, once again, we have to start, as *Freud* did in 1895, by giving a true phenomenological account of our clinical encounter with our patients, without paralysing the ambiguities of the therapeutic exchange by coercing them into the strait-jacket of our metapsychological preconceptions. Therefore, I hope, you will bear with a certain naivité in my account of the case-material from my female patient who said "I am in pain", in my attempt to explicate my hypothesis.

She had been referred to me by a physician after she had taken an overdose of barbiturates. In her first consultation she gave briefly and candidly the account of her lifehistory. Over the past five years she had been getting more and more depressed, and the medications of her physician had not helped much. She had taken the overdose after her two sons had returned to school, because she had been utterly apathetic and unable to do anything for them or her husband. She felt she was beginning to harm them now.

As to her past she started it with an impersonal veracity and exactitude. She spoke slowly but lucidly. She had lost her parents at the age of three and been taken into care by her parents' very close friends. She spoke of them with reverence and gratitude. She emphasised that she had rarely felt overtly unhappy, but had not made any emotional relationships with her "aunt" and "uncle" (as she called her adopting pair) or with anyone else. She was good at sports and grew rather precociously to be a tall tom-boyish girl. But she could not study or read sufficiently. The fact that she was very good at track-sports, somehow enabled her to stay at the various schools she went to, in spite of her dismal academic record. She had been a compliant and affable girl, both at home and school.

She had been brought up in the countryside, and at the age of seventeen she asked her "aunt" and "uncle" whether she could leave school and come to London and try her own way into life. They had been so despairing about her, having taken her abroad on holidays, where she had been equally apathetic, that they agreed to it.

For some two years in London she did various jobs, such as part-time au-pair girl, shop assistant, etc. Then at the age of 19 she met a man, some 12 years older than she, and within a few weeks she married him. She stressed the fact that she had married a virgin. In the next three years they had two sons and she reared them herself, though her husband is rich and has ample staff. It was only when the sons had to go to public school, because where they lived there were no good schools around, that she began to relapse into apathy again.

She told me that her physician had cautioned her that I might not accept her for psychotherapy if she could not come five times a week. But, she said, she lived a very long way away, and could come only twice a week. I agreed to take her into twice weekly psychotherapy.

When I thought about the consultation, after she had left, I was struck by certain features that were quite new to my way of handling such a first consultation. This woman had motored 150 miles to come and see me, yet she had stayed only some 20 minutes; and I had made no attempt to prolong the consultation and enquire further into her history: e.g. what her parents had died of; what had suddenly released in her the motivation to come to London at 17 and discover living for herself. I had been very impressed by her manner of telling her life-story: as if she had talked about someone else. Furthermore I did not get the impression she was depressed; rather, I felt, she had made me a witness to a person absent from their own being. *Paula Heimann* (1950) was the first to state that the counter-transference is more than an affective subjective response, but that it is also an instrument for perception. I would add, especially, for the perception of those psychic and affective states that a person cannot verbalise. It is also my experience that counter-transference works best, as a perceptual tool, if it works silently, and unobtrusively, as *Balint* would have said. Precipitate counter-transference interpretations can initiate a reactive as-if dialogue between the analyst and the patient, from which the person of a patient can stay absent for ever. I, also, had not known throughout the consultation, whom to address my questions to.

In the four months that followed this first consultation, the banality of the patient's material was matched only by her affability of manner and a reticent but compliant trust in me. Gradually I became convinced that she was making me experience a total psychic inertia and incapacitation. This, I felt, must have been her life-stance until the age of seventeen. I heard about her current life only: the troubles with her staff, the drought and the garden perishing from lack of rain, etc. And I could never persuade myself to render her debris of narrative into interpretative intrusion. I suffered my incapacity, but I also noted that each time she reported a little more participation in the running of her household.

Then one day she arrived looking more in her being and body. I also knew she was expecting her sons for the long summer vacations that weekend, and I did not wish a repeat of their last visit. So I decided to ask her what had suddenly coaxed her to seek living, as against just existing, at seventeen. She was silent, and I could almost touch her bashfulness whilst she was silent, and then she said it was such a ridiculous accident that I would laugh at her if she told it to me. I told her I was not easily amused. I had deliberately chosen to say something personal about myself, because I felt that alone would perhaps encourage her to share something personal about herself. It worked!

There is a verse in *Shakespeare* that reads:

> "So full of shapes is fancy
> That it alone is high fantastical".

What I heard was little less than the "high fantastical". At about the age of seventeen a girl at her school had succeeded in getting matey with her. One Sunday they had gone to the local cinema to see a romantic film, as advertised. But unfortunately, she said, it turned out to be a cow-boy film. One scene in it caught her attention. A rough and rugged gun-man walks into a saloon, grabs a can-can-girl, pulls her over his knees and spanks her. The local bravados take him on and he shoots them all dead. She could not recall what happened afterwards.

Going to bed that night she started to tell herself "a story" (as she called it). It had myriad tiny variations, but the central theme was as follows:

> She is sitting in a bar. It is around lunch-time. A man comes in and sits beside her. They start to talk. He tells her his hobby is collecting rare and ancient pistols. He asks her whether she would like to see them. She winks at him and agrees. They arrive, sometimes at his flat, at others, at his office. Of course he has no pistol collection. They pet and somehow she induces him to spank her for her prankishness. He pulls her across his lap, pulls up her skirt and is about to spank her when he finds some excuse to stop. She must leave (his wife or maid or secretary will return shortly). She feels deeply affronted and decides to leave. As she is leaving he pretends to slap her bottom and does not. She then leaves humiliated, enraged and vengeful.

She could see her "story" as if on a screen. It was this "story" that had awakened her and made her come alive. She wanted to discover the world. Her "aunt" and "uncle" had been amazed at her change of mood from blank compliant listlessness, to an energetic lively girl. She had lived in this "space of fantasy" for some two months, when she had talked her girlfriend into venturing forth and coming to London.

Once in London she had done various jobs, but lived with her "story" and made no dates with youths. One day she met her husband and was married within weeks. To her dismay, once her sex-life started, the fantasy faded away. No matter how hard she tried she could not make it work. She did not enjoy her sex-life, but she added: "since my husband did, I went along with it". Telling the "story" had taken up the whole of the session, and it was on a Thursday, so she left without my being able to say anything; which was just as well.

It was in the next session that she had cried silently and been "in pain". After she left I noted that she had made no reference to her "story" in this session. Which convinced me that the pleasure-pain of "the story" and the blank pain of her crying were two sides of the same coin.

When she returned for her next session, she asked if she could sit and talk with me. I agreed, of course. There was a sombre vitality of presence in her that struck me instantly. She recounted that when she was driving home, after the last session, suddenly a thought crossed her mind: "my parents died in some accident". Once this idea entered her consciousness, it became as

obsessive as "the story", she said. The past 48 hours she had done nothing but to find out how her parents had died, and she did: by going through the back-numbers of the local weekly journal of the town where she was born. She came of high gentry, and so she had felt sure that there would have been notice of her parents' death in the local paper.

According to her the statement in the weekly was brief. It merely stated that on such and such a Christmas day, Mr. and Mrs. X. were killed on their way home after a Christmas lunch. Their car had skidded on an icy road and rammed into a tree. When the police arrived, they found the parents dead and a child alive in her dead mother's lap. She did not say any more in that session, but told me, that since she had been so upset, her husband had driven her, and could she leave early as he was waiting for her.

Now I shall briefly summarise the clinical work of the following six months. At first the patient was in cold but lucid rage with her "aunt" and "uncle" for not telling her how her parents had died. She realised they had done so to spare her pain, but one day she remarked: "They petrified my mental life by sparing me suffering. Now I realise I grew only physically; otherwise I was totally absent". She could not have stated it more succinctly. As she worked through the complex maze of her recollections, she herself was astonished at the paucity of her living experience psychically.

Gradually we were able to piece together the causes that had made her young life "an arid terrain", to use her phrase. The traumatic death of her parents had been so sudden that her emergent ego-functions could not cope with it. Instead of mourning, what had happened was a global paralysis of psychic functioning. She existed through her body, since physiology can defy all psychic trauma and continue its ordained course.

When we came to deciphering as to how she had been awakened into living, and to seek a life of her own by a meagre cow-boy film, her narrative changed in many ways. Only two things in the film and her "story" now seemed significant to her: the alive lap, and the killing by the gun-man, which in the "story" is sublimated into the person collecting rare pistols. We could now see that in her memory she retained, somewhere and somehow, the difference between the lap of the living mother and the dead mother. She had all her life unconsciously sought that lap to come alive again so that she could live. To explain it in terms of guilt would be glib; for her it was a necessity for coming alive. It also explicated why in the "story" the wish does not achieve its end. That would have obviated the unconscious historical past and put it in the instinctual urgencies of the adult femalehood. This taught me that in all masochistic fantasy or practice there is always a kernel of psychic pain, that has been lived and lost, and instead, proliferations of screen-fantasies take its place.

Towards the end of the sixth month, after the session when she had cried and said "I am in pain", she arrived one day and said she had been in the same pain the last night and her husband had got very anxious and she had

told him that such pain does not kill one, and asked him to please just stay by me, and it will pass. I told her that she was telling me that she could now do without my care and holding. She sat up surprised and said: "I could never have found the courage to say it to you!" As a parting gesture, since we both realised it was her last session, I quoted her a verse of *Rainer Maria Rilke*:

> "Love consists in this
> that two solitudes protect and
> touch and greet each other".

Vom Masochismus zum psychischen Schmerz

M. Masud R. Khan

M. Khan beginnt mit dem Bericht einer Patientin, die ohne äußeren sichtbaren Grund über psychischen Schmerz klagt. Bis dahin hatte *Khan* sich die Ängste vieler Patienten mit dem Konfliktmodell erklären können, in dem Schmerz dieser Patientin findet er jedoch so leicht keinen Sinn.

Um zu einem umfassenden Verständnis dieses Phänomens zu kommen, setzt *Khan* sich mit dem Zusammenhang zwischen Religionen und psychischem Schmerz auseinander. Die Untersuchung mit dem topographischen und dem Strukturmodell bereitet Schwierigkeiten.

Er verweist darauf, daß *Freud* sein Leben lang um die Erhellung der Psychodynamik und der pathogenen Transformationen des psychischen Schmerzes gekämpft hat, wie in Trauer und Melancholie (1917), Hemmung, Symptom und Angst (1926) und in seiner Masochismusarbeit (1924). *Freud* ist es allerdings nicht gelungen, psychischen Schmerz zu logifizieren.

Khan nimmt den Begriff des Selbst zur Hilfe. Schmerzliche Gefühle werden vom Ich erfahren, psychischer Schmerz vom Selbst. *Khan* stellt folgende Hypothese auf: Masochismus ist eine besondere Variante der manischen Abwehr, die das Ich braucht, um das Selbst gegen psychischen Schmerz zusammenzuhalten, der mit der Vernichtung des Selbst und somit des Ichs droht.

Die Aufgabe der Analyse ist es, das Ich zu befähigen, sein omnipotentes Kontrollsystem zu lockern, so daß das Selbst psychischen Schmerz erfahren kann, ohne daß es mit Vernichtung bedroht ist.

Khan weist darauf hin, daß zu allen masochistischen Erfahrungen drei Personen gehören: das Subjekt, der gewünschte andere, der den Schmerz verursacht und der Zeuge, ein Teil des Ichs des Subjekts. Es kann gezeigt werden, daß die grundlegenden Bedingungen für Masochismus und psychischen Schmerz die gleichen sind. Was untersucht wird, ist, wie das Ich seine Erfahrungsfähigkeit von einer Möglichkeit auf die andere umschaltet.

Khan erläutert seine Hypothesen an der Krankengeschichte der eingangs erwähnten Patientin und kommt zu dem Schluß, daß in allen masochistischen Phantasien oder Praktiken immer ein Kern psychischen Schmerzes enthalten ist, der gelebt und verloren wurde und an dessen Stelle sich Auswucherungen von Phantasien setzen.

Literature

Dupré, L. (1976): The Mystical Experience of the Self and its Philosophical Significance. In: Psychiatry and the Humanities. Ed.: *Smith, J. H.* (New Haven: Yale University Press)
Freud, S. (1895): Studies on Hysteria. Stand. Ed. II (London: Hogarth)
– (1917): Mourning and Melancholia. Stand. Ed. XIV (London: Hogarth)
– (1923): The Ego and the Id. Stand. Ed. XIX (London: Hogarth)
– (1924): The Economic Problems of Masochism. Stand. Ed. XIX (London: Hogarth)
– (1926): Inhibitions, Symptoms and Anxiety. Stand. Ed. XX (London: Hogarth)
Heimann, P. (1950): On Counter-Transference. In: Int. J. Psychoanal. (31)
Ricoeur, P. (1976): Psychoanalysis and the Work of Art. In: Psychiatry and the Humanities. Ed.: *Smith, J. H.* (New Haven: Yale University Press)

Author's address:
M. Masud R. Khan
Flat 7
24, Palace Court
London W24HU

Die Rolle der Prävention im kindlichen Spiel – Psychoanalytische Kindergärten innerhalb der Dynamischen Psychiatrie**

Gisela Ammon*

Die Autorin beschreibt die Arbeit des Psychoanalytischen Kindergartens im Rahmen einer Dynamischen Psychiatrie, die ein integratives Konzept für die Erklärung gesunder und kranker Ich-Entwicklung in der Gruppe und daraus abzuleitender therapeutischer und psychoanalytisch-pädagogischer Maßnahmen darstellt. Dieses Konzept bildet die Grundlage für eine differenzierte Prophylaxe innerhalb des psychoanalytischen Kindergartens auf dem Boden Ich-strukturellen Arbeitens.
Der Psychoanalytische Kindergarten steht vor einer gesellschaftlichen Situation, in der die zunehmende Häufigkeit von Verhaltensstörungen und Fehlentwicklungen im Kindes- und Schulalter eine Auflösungstendenz der Kleinfamilie spiegelt, die dem Kind den für seine gesunde Entwicklung notwendigen Schutzraum nicht mehr zur Verfügung stellt. Entsprechend der Orientierungslosigkeit und Identitätsdiffusion der Eltern steht das Kind dem Dilemma eines Verlustes an Identifikationsmöglichkeiten einerseits und einem überhöhten Leistungsanspruch andererseits gegenüber. Verhaltensstörungen und psychosomatische Reaktionen sind oft die konsequente Antwort des Kindes auf die umgebende Gruppe und das weitere soziale Umfeld. Frühe Formen dieser familiären Mangelsituation und die daraus resultierenden Störungen der kindlichen Ich-Entwicklung zu erkennen und diesen entsprechend zu begegnen ist die Aufgabe der psychoanalytisch-pädagogischen Arbeit des Kindergartens. Er stellt dabei Kindern und Eltern Gruppen zur Verfügung, die einen kommunikativen Raum optimaler emotionaler Erfahrung anbieten.
Das Spiel nimmt im Rahmen des Ich-strukturellen Ansatzes der Berliner Schule eine zentrale Rolle ein. Im Spiel können erstmalig Vorstufen der Identität abgelesen werden, und dort ist auch der Raum, in dem Imitations- und Identifikationsmöglichkeiten in umfangreichem Maße angeboten werden. Im Wechsel von freiem Gruppenspiel (z.B. Rollenspiel), strukturiertem Gruppenspiel und individuellem Spiel bietet sich für den psychoanalytischen Kindergarten eine unerschöpfliche Möglichkeit Ich-strukturellen Arbeitens, d.h. durch die Setzung von Korrekturen z.B. bei Negativimitationen oder -identifikationen im Spiel, Hilfe beim Aufbau von Ich-Grenzen, Auflösung starrer Grenzen durch Anbieten neuer Identifikationsmöglichkeiten. Dies wird anhand von Kasuistik aus dem psychoanalytischen Kindergarten illustriert.
Die Elternarbeit ist dabei ein unabdingbarer Bestandteil der Arbeit des Psychoanalytischen Kindergartens. Mit Hilfe psychoanalytisch geschulter Gruppenleiter und Erzieher gelingt es den Eltern, ihre eigenen emotionalen Anteile in den Elterngruppen zu bearbeiten und einen Zuwachs an elterlicher Identität zu gewinnen. Sie können dadurch Verständnis dafür entwickeln, daß die psychosomatischen Symptome und Verhaltensstörungen Ausdruck ihrer eigenen Ängste und Ich-Defizite sind. Dieses entspricht der von Günter Ammon entwickelten Konzeption, wonach das psychisch kranke Kind das „Loch im Ich" der Eltern füllt.
In dem Sinne sind Psychoanalytische Kindergärten beispielhaft für eine Prävention von Ich-Erkrankungen. Die Strukturierung des Psychoanalytischen Kindergartens kann darüber hinaus als Modell für andere Kindergärten und therapeutische Institutionen dienen. Darüber hinaus geben sie Beispiele innerhalb der Arbeit der Dynamischen Psychiatrie wie der gesamten gruppendynamischen Arbeit der Berliner Schule, nicht nur für Prävention und Behandlung, sondern für das Suchen neuer und humanerer Wege des Zusammenlebens von Menschen, Familien und Gruppen.

* Lehranalytikerin am Berliner Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik der DAP, Leiterin des Berliner Psychoanalytischen Kindergartens der DGG

** Vortrag gehalten auf dem IX. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 10.–14. Juni 1977, Deutsches Museum, München

Der Psychoanalytische Kindergarten, wie wir ihn aufgebaut und strukturiert haben, ist wegen seiner präventiven Aufgabe ein integrativer Teil der Dynamischen Psychiatrie. Der Begriff der Dynamischen Psychiatrie hat im Rahmen unserer Schule nicht einen degradierenden Charakter, der Gesundheit und Krankheit unvermittelt gegenüberstellt. Er umgreift vielmehr das psychoanalytische Konzept aller unserer Tätigkeitsbereiche. Das präventive Moment unserer Kindergärten liegt in der frühen Erkennung defizitärer Ichstruktureller Aspekte, die hier in statu nascendi aufgefangen und mit Hilfe der Kindergarten- und Elterngruppe bearbeitet werden können im Sinne einer früh ansetzenden nachholenden Ich-Entwicklung, die im Notfalle auch durch zusätzliche Kindertherapie erweitert werden kann.

Was heißt Prävention im Kindergarten? Unter Prävention verstehen wir die Verhütung psychischer Erkrankungen. Vom Standpunkt unserer Schule her ist zu sagen, daß diese Verhütung umso wirksamer ist, je früher sie lebensgeschichtlich ansetzt. Deswegen kommt der Prävention psychischer Erkrankungen eine ganz besondere Bedeutung zu. Das Besondere unseres Anliegens ist die frühe Evaluierung von Gruppendynamik, Psychodynamik und Entwicklung von Ich-Strukturen und -Funktionen innerhalb der Familie des Kindes. Hierbei wird versucht, die verschiedenen Ich-Defizite rechtzeitig zu erkennen, um somit eine frühzeitige nachholende Ich-Entwicklung anzubieten. Prävention in unseren Psychoanalytischen Kindergärten ist die allererste Stufe dynamisch-psychiatrischen Arbeitens, denn der Kindergarten stellt in seiner Gesamtheit ein hilfreiches gruppendynamisches Milieu dar. Bereits früher habe ich über diese Ich-strukturellen Vorstufen der Kinder in unserem Kindergartenmilieu veröffentlicht: über Vorstufen der Psychosomatik (1973), Sexualität und Kreativität (1970, 1974), Borderline-Phänomene (1976) sowie über das so wichtige Ich-strukturelle Arbeiten in Richtung einer möglichst optimalen Frustrationsregulation (1969).

Dazu ist zu sagen: frühes Ich-strukturelles Arbeiten heißt Verhütung von Ich-Defiziten oder Aufhebung der Arretierung der Ich-Entwicklung.

Ich möchte deshalb an dieser Stelle kurz umreißen, wie das Ich zu verstehen ist. Das Ich hat im Theoriegebäude der Berliner Schule nicht den „Stellenwert eines hypothetischen Konstrukts im Sinne der akademischen Psychologie, sondern wird als dynamisches ganzheitliches seelisches Sein angenommen" (*Ammon*, 1978). Danach stellt das Ich der individuellen Persönlichkeit eine wechselseitig dynamische Struktur dar in Beziehung zur umgebenden Gruppe und zur genetischen Entwicklung. Ziel der Ich-Entwicklung ist die Ich-Identität. Wesentlich hierfür ist der Aufbau flexibler Ich-Grenzen, die die ständige Ich-Erweiterung und Ich-Veränderung erlauben, die volle Funktionskraft der Ich-Funktionen gewährleisten und so eine relative Autonomie gegenüber den inneren Bedürfnissen und der Außenwelt ermöglichen. Die primär gegebenen Ich-Funktionen dienen diesem Aufbau der Ich-Grenzen, sind aber gleichzeitig auf narzißtische Zuwendung der umgebenden Primärgruppe angewiesen, insbesondere auf die mütterliche

Unterstützung im Rahmen der frühen Symbiose von Mutter und Kind bereits während der Schwangerschaft. Störungen in dieser Symbiose haben Störungen im Aufbau der Ich-Grenzen und pathologische Deformationen einer oder mehrerer zentraler Ich-Funktionen zur Folge.

Die Hospitalismusforschung von *René Spitz* (1967) hat uns unter anderem gezeigt, daß das Kind in seiner Entwicklung geschädigt ist, wenn diese frühe Gruppe defizitär ist. Können Mutter und Gruppe dem Kind die zur Entfaltung seiner Ich-Funktionen notwendige Unterstützung nicht geben, stehen sie den kindlichen Bedürfnissen ablehnend gegenüber, entsteht infolge Abspaltung Verlassenheits- und Vernichtungsangst, ein Bereich, der für das Kind erfahrungsunfähig und daher Ich-fremd ist. Hierbei müssen wir berücksichtigen, daß jede Trennung und jede Abgrenzung verbunden ist mit Angst vor Verlust. Dieses frühkindliche Entwicklungsstadium ist immer von Verlassenheitsängsten gekennzeichnet. Hier setzt die Arbeit von Psychoanalytischen Kindergärten an, nämlich ergänzend zur Familiengruppe dem Kind Stützen beim Aufbau seiner Ich-Funktionen zu geben.

Auf die psychoanalytische Frühzeit scheint ein weit verbreiteter Irrtum zurückzugehen, nämlich daß affektives und kognitives Lernen als voneinander getrennte Prozesse von Trieb und Ich verstanden werden. Innerhalb der Wertskala menschlichen Verhaltens scheinen affektive Bedürfnisse eine außerordentlich niedrige Wertigkeit zu besitzen, was durch Beobachtung in den verschiedenen Lebensbereichen verifiziert werden kann. So reagieren Eltern oft auf die emotionalen Bedürfnisse ihrer Kinder hilflos, da ihre eigenen emotionalen Defizite sie in dieser Hinsicht erfahrungsunfähig gelassen haben.

In der vielfältigen Literatur über das Spiel des Kindes finden sich Ansätze, die die emotionale Bedeutung des kindlichen Spiels beschreiben, oder es werden die mehr kognitiven Aspekte bearbeitet.

Bevor ich mich dem kindlichen Spiel und seiner Bedeutung für die Prävention im Rahmen unserer Ich-strukturellen Arbeit zuwende, möchte ich deshalb kurz die orthodoxe Auffassung des kindlichen Spiels streifen. Nach Auffassung der psychoanalytischen Libidotheorie gibt das Spiel dem Kind die Möglichkeit, geforderte Sublimierungsleistungen zu erbringen, indem es seine Triebe in kulturadäquater Weise befriedigt (*Freud*, 1920).

Nach *Freud* (1909) steht das Spiel genau wie der Traum im Dienste einer Wunscherfüllung bzw. der Erfüllung einer Wunschphantasie. Neben der wunscherfüllenden Funktion verschafft das Spiel dem Kind Erleichterung bei dem ihm abverlangten Triebverzicht. Ferner wandelt das Kind im Spiel Unlust zu Lust, traumatische Ereignisse werden wiederholt und von der Passivität des Erlebens in die Aktivität des Spiels umgesetzt. Nach *Freud* (1926) trachtet das Kind danach, Innerliches äußerlich zu machen.

Jenseits bekannter psychoanalytischer Aspekte des Spiels nimmt es im Rahmen des Ich-strukturellen Ansatzes unserer Schule eine zentrale Rolle ein. Im Spiel der Gruppe haben die wichtigsten Entwicklungsstufen der

Ich- und Identitätsentwicklung ihr Experimentierfeld. Im Spiel können wir erstmalig Vorstufen der Identität ablesen, und dort ist der archimedische Punkt, an dem Imitations- und Identifikationsmöglichkeiten in umfangreichem Maße angeboten werden. Bei Langzeitbeobachtungen konnten wir feststellen, daß im Spiel gelegte Ich-Strukturen und Ich-Identitätsschritte bestimmend für das weitere Leben waren. Daher bietet das Spiel im Psychoanalytischen Kindergarten für uns eine unerschöpfliche Möglichkeit Ich-strukturellen Arbeitens, d.h. Setzung von Korrekturen z.B. bei Negativimitationen oder -Identifikationen im Spiel, Hilfe beim Aufbau von Ich-Grenzen, Auflösung starrer Grenzen durch Anbieten von neuen Identifikationsmöglichkeiten.

So drückte der vierjährige Jürgen seine angstvolle Isolation dadurch aus, daß er allein im Sandkasten spielend um sich herum eine Burg mit vielen hohen und tiefen Wällen ohne Eingang baute. Dies war Ausdruck seiner Familiendynamik, die sehr gut mit *Richters* (1963) Vorstellungsmodell der isolierten paranoiden Familie unter dem Motto "my home is my castle" zu verstehen war. Die Erzieher gingen auf Jürgens Burgspiel ein. Als sie mit ihm darüber sprachen, führte er wilde Tiere als mutmaßliche Feinde ein, die seine Burg belagerten, und sagte, daß er als Schutz vor diesen die Mauern so gut befestigt habe. Die Kinder seiner Gruppe beteiligten sich daraufhin an Jürgens Spiel, indem sie schließlich freundliche Tiere, wie Kühe, Ziegen, Schafe und Schweine in das Spiel einbrachten. Außerhalb der Burgwälle wurden nun freundliche und wilde Tiere gegeneinander abgegrenzt, ihnen wurden verschiedene Bereiche zugeteilt. Als der Erzieher später vorschlug, Tore und Brücken in die Burg zu bauen, war Jürgen damit sehr einverstanden.

Als auf dem Elternabend über Jürgens Spielverhalten gesprochen wurde, ergänzten die Eltern dieses durch weitere Informationen. Die Eltern konnten verstehen, daß Jürgen sich selbst und seine angstvolle Isolation gespielt hatte. Auffallend war auch, daß es in diesem „Burg-Spiel" anfänglich keine Menschen gab. Erst nach der Schaffung von äußeren Feinden konnten als weiterer Schritt Menschen in dieses Spiel einbezogen werden.

Das Sandkastenspiel von Jürgen und dessen Bearbeitung am Elternabend erstreckte sich über mehrere Wochen. Als die Eltern sich in der Elterngruppe angenommen und sicher fühlten, konnten sie auch selbst über die isolierte Zurückgezogenheit ihrer Familie sprechen, die Jürgen anfänglich im Kindergarten durch seine erstarrte Angst im Spiel ausgedrückt hatte.

In diesem Beispiel wird die Ich-Funktion der konstruktiven Aggression deutlich sowie deren pathologische Deformationen. Das isolierte Spiel mit der unzugänglichen Burg zeigt die emotionale Verlassenheit des Jungen und ein hohes Ausmaß an Angst, die abzuwehren er Wälle und Gräben erfinden und aufbauen mußte. Emotionale Verlassenheit, Angst und unterdrückte, defizitäre Aggression bilden hier ein psychodynamisch zusammenhängendes Geschehen. Jürgen baut die Burgwälle auch als Ersatz für die fehlenden, schützenden und Ich-stützenden Funktionen der Primärgruppe und ihres

freundlich-symbiotischen "facilitating environment". Durch das Herangehen der Kindergruppe und des Erziehers im Sinne des konstruktiven ad-gredi an Jürgens Burgenspiel stellte sich für ihn eine reale und lebendige Gruppe zur Verfügung, die ihn annahm in seinen emotionalen Bedürfnissen, Ich-Funktionen für ihn ausübte, d.h. ihm bei der Ich-Abgrenzung nach innen und außen half, und ihm schließlich ermöglichte, aus der Vermauerung gegen die Angst herauszugehen und in die Kindergruppe hineinzukommen, ebenfalls im Sinne des konstruktiven ad-gredi.

Unserem Psychologenteam ist es gelungen, die Ich-Funktion der Aggression in deren verschiedenen Formen der konstruktiven, der defizitären und der destruktiven Aggression mit trennscharfen Items zu erfassen; wir sind z.Z. dabei, den dort angewandten Fragebogen kindgerecht zu modifizieren und ihn dann zusammen mit Eltern- und Mitarbeiterfragebogen zur Anwendung zu bringen. Dadurch erhoffen wir uns eine Intensivierung unserer Ich-strukturellen Arbeit wie auch deren objektivierte Überprüfung.

In dieser Arbeit möchte ich verschiedene Formen von kindlichen Spielaktivitäten nach unserem psychoanalytischen Konzept erklären, wie wir damit arbeiten und welchen Einfluß wir dem Spiel in Bezug auf die Differenzierung einzelner ausgewählter Ich-Funktionen beimessen.

Die in den Beispielen aus Gründen der Verdeutlichung unseres psychoanalytischen Konzepts vorgenommene Trennung von Ich-Funktionen muß als eine theoretische Abstraktion verstanden werden. In der realen Entwicklung des Kindes ist die Entfaltung von Ich-Funktionen als ein wechselseitiger interpersoneller und ganzheitlicher Prozeß zu sehen, in den alle Ich-Funktionen involviert sind und einzelne Funktionen sowohl die Voraussetzung als auch die Folge des gesamten Ich-strukturellen Entwicklungsverlaufs darstellen.

Im folgenden werden wir jetzt zwei der einzelnen wichtigsten Ich-Funktionen und -Strukturen, die Ich-Abgrenzung nach innen und außen und die Ich-Funktion der Identität untersuchen und im Sinne der Ich-strukturellen Arbeit der Prophylaxe und Prävention des Kindergartens darstellen, wobei ich besonders auf die zu beobachtenden Veränderungen bei beginnenden Ich-Defiziten in der Entwicklung der Kinder den Akzent legen werde.

Dabei ist die Rolle zu beachten, die die Ich-funktionale und Ich-strukturale Diagnostik spielt. Sie beruht auf Entwicklungsberichten, wöchentlichen Elternabenden, Einzelgesprächen und auf der Arbeit der Supervisionsgruppe der Erzieher. Für die Entwicklung der Kinder sind folgende Gruppen von Bedeutung:

a) das Elternhaus,
b) die Familiengruppe und deren umgebende Gruppe von Verwandten und Freunden,
c) die Gruppe der Kinder im Kindergarten,
d) das Verhalten der Erzieher,
e) das Verhalten der Eltern innerhalb der Elternarbeit.

In den ersten Beispielen möchte ich besonders auf die zentrale Ich-Funktion der Ich-Abgrenzung nach innen und außen eingehen, deren Entwicklung sich in der entscheidenden Phase der Ich- und Identitätsentwicklung vollzieht. Erst durch die Unterscheidung von Ich und Nicht-Ich im Sinne einer Abgrenzung und aktiven Erweiterung der eigenen Identität, die in der frühen Interaktion in der Symbiose mit der Mutter gelernt wird, wird eine Ich-strukturelle Entwicklung der Persönlichkeit ermöglicht und bedingt.

Der Prozeß der Ich-Abgrenzung nach innen und außen beginnt mit der Geburt und beruht auf der schützenden und gewährenden Gruppendynamik der Symbiose von Mutter und Kind. Mutter und Gruppe übernehmen von der Geburt an stützend die nicht entwickelten Abgrenzungsfunktionen, indem sie ihre eigenen Gruppengrenzen zur Verfügung stellen. Durch die Verinnerlichung dieser Gruppengrenzen bildet sich die Ich-Funktion der Ich-Abgrenzung nach innen und außen, wobei dieser Prozeß die Ausbildung aller anderen Ich-Funktionen begleitend bis weit in die Schulzeit hinein dauert, wenn er auch in den ersten Lebensjahren, besonders auch in der ersten Phase der Ausbildung der Körper-Ich-Grenzen seine wichtigste und fundamentale Bedeutung hat. Defizite der Ich-Abgrenzung nach innen und außen können in der Kindergartenarbeit, also im Alter der Kinder von zwei bis sechs Jahren, durchaus im Sinne einer nachholenden Ich-Entwicklung ausgeglichen werden. Im Spiel können wir beobachten, auf welchem Entwicklungsstand sich diese Ich-Leistung befindet, und dementsprechend prophylaktisch reagieren.

Im Kindergarten konnten wir bei Henning, einem viereinhalbjährigen Jungen, immer wieder sehen, wie er sich rivalisierenden Gruppensituationen mit gleichaltrigen Jungen entzog und sich allein auf Spiele zurückzog, z.B. mit Legosteinen baute oder aber phantastische Maschinen konstruierte.

Hennings Spiel erfüllt wohl im Sinne des Triebmodells alle Anforderungen eines kompensatorischen Spiels durch verschiedene Spielphantasien. Nach unserer Auffassung jedoch entzog sich Henning durch sein Spielverhalten der Kommunikation, sein Spiel hatte keinen Gruppenbezug, was die Voraussetzung für die Entwicklung von Ich-Identität ist.

Er konnte sich nur in seinen einsamen Spielen existent fühlen und zog sich von der Gruppe zurück, die er noch nicht als freundlich und stützend erleben konnte, sondern die in ihm große Ängste mobilisierte. Er enthielt sich nicht nur einer aktiven Kontaktaufnahme, sondern wehrte auch durch die Starrheit seines Spiels jegliche Kontaktaufnahmeversuche der anderen Kinder immer wieder ab. D.h. in Hennings Spielverhalten zeigt sich eine völlige Kommunikations- und Gruppenunfähigkeit und damit verbunden eine defizitäre Abgrenzungsfunktion im Sinne einer starren Abgrenzung nach außen.

Dies kann nicht ohne Berücksichtigung der ihn umgebenden familiären Struktur erklärt werden. Hennings Eltern hatten sich während ihrer Studienzeit kennengelernt, beide hatten Schwierigkeiten bei der Aufnahme echter emotionaler Beziehungen zu anderen Menschen. Ihre Beziehung ge-

staltete sich zu einem Angstbündnis, in dem beide symbiotisch verklammert waren, um damit ihre Angst vor dem Verlassensein und vor dem Selbständigwerden abzuwehren. Diese durch gegenseitige Einengung und Abhängigkeit belastete Beziehung, mit der sie selbst nicht mehr zurecht kamen, versuchten sie mit der Geburt ihres Kindes zu reparieren. Das Kind wurde zum Träger ihrer Wünsche nach emotionalem Kontakt und sollte ihre Unfähigkeit zur Kommunikation kompensieren. Diese unbewußt erwartete Funktion überfordert das Kind, das selbst für seine Ich-Entwicklung emotionale Zuwendung um seiner selbst willen braucht. Henning wurde nicht in seiner eigenen Person geliebt, sondern bekam nur indirekt über seine Funktion für die Eltern affektive Bestätigung. Diese erweiterte Symbiose zu dritt bot ihm keine Möglichkeit, sich mit einem abgegrenzten, von ihm selbst unterschiedenen Gegenüber auseinanderzusetzen und selbst Ich-Grenzen auszubilden. Der Junge konnte die Überforderung durch seine Eltern nur mit einer starren Abgrenzung und mit einem völligen Abbruch der Kommunikation abwehren. Das einsame Spiel mit seinen intelligent konstruierten Maschinen bedeutete für ihn einen Ersatz für sein Defizit an emotionalem Kontakt, – er spielte, um sich nicht allein zu fühlen.

Im Gegensatz zu den Auffassungen vieler Eltern und Erzieher, die im einsamen, phantasievollen Spiel nur eine positive Fähigkeit des Kindes sehen, bedeuten solche Spiele, die überwiegend ohne Gruppenbezug stattfinden, ein alarmierendes Zeichen. Diese Kinder, die nur allein spielen können, haben nicht etwa bereits eine große Selbständigkeit und Abgrenzungsfähigkeit, sondern im Gegenteil aufgrund ihrer starren Ich-Grenzen keine Möglichkeit, ohne fremde Hilfe ihre Einsamkeit und ihre Ängste zu überwinden.

Henning wurde von den Erzieherinnen langsam in die Gruppe miteinbezogen. Zunächst beteiligte er sich nur an Rollenspielen, in denen er den anderen Kindern genaue Vorschriften für ihr Verhalten gab und damit eine eigentliche Kontaktaufnahme noch verhinderte. In dem Maße, in dem er Vertrauen zu der Kindergruppe gewann, in dem Maße konnte er auch schrittweise seine Kontaktabwehr lockern.

Wie Henning schrittweise in die Kindergruppe hineinwuchs, zeigt das folgende Beispiel: Im Sinne der Imitations- und Identifikationsspiele, in die auch Fernsehsendungen eingeschlossen wurden, wünschte eine Gruppe, „Barbas" zu malen, die sich in den verschiedenen Altersgruppen des Kindergartens aufgrund von Omnipotenzphantasien – die „Barbas" können sich in alles verwandeln – großer Beliebtheit erfreuten. So malte die ganze Kindergruppe in einer gemeinsamen Aktion diese Fernsehfabelwesen, bis auf Henning, der sich zwar der Gruppensituation inzwischen anschließen konnte, aber nicht mitmalte, sondern sich Knete holte und verschiedene Zäune, Mauern und Wachttürme daraus baute. Hierauf reagierten die übrigen Kinder verwundert mit der Frage, was er denn da bauen würde. Die Antwort war: Wachttürme und Mauern für die Sicherheit der „Barbas". Es entstand ein Gespräch zwischen der Gruppe und Henning. Alle Kinder be-

schäftigten sich mit ihm, er bekam emotionale Zuwendung, indem sich die ganze Gruppe mit ihm beschäftigte und ihm erklärte, daß die „Barbas" keine Mauern und Türme bräuchten, weil sie keine Feinde hätten und weil sie sowieso zaubern könnten und sich über alle Grenzen hinwegsetzen würden.

Henning zeigte in seinem Spielverhalten, eingebettet in die gemeinsame Aktion der Gruppe, seine augenblickliche, auf dem Familienhintergrund verständliche, stark gegen die Gruppe abgegrenzte Position. Über das Spiel als drittem Objekt kann hier durch den Erzieher und auch durch das direkte Intervenieren der Kindergruppe auf die Ängste des Kindes eingegangen werden. Wichtig aber ist, daß das Kind nicht vor der Gruppe flieht und z. B. auf dem Flur, außerhalb der Gruppe, Dreirad fährt. Henning hatte inzwischen sein einsames Spielen überwunden, nahm an der Gruppe teil, konnte jedoch noch nicht an den Identifikationsobjekten der Gruppe teilnehmen. Nach unserem Ich-strukturellen Ansatz wäre es aber falsch, Henning per Zwang oder Überredung dazu zu bringen, die gleiche Aufgabe wie die anderen Kinder zu malen.

Ein anderes Beispiel zeigt, wie die Kindergruppe zeitweilig Ich-Abgrenzungsleistungen zwischen der inneren und äußeren Realität des Kindes übernehmen kann, zu denen das einzelne Kind passager nicht in der Lage sein kann.

Susi, ein vierjähriges Mädchen, spricht mit großer Angst von einer Hexe, die sie in einem Märchenbuch gesehen hat und vor der sie sich fürchtet. Sie kann der Kindergruppe ihre Angst mitteilen und die Kinder beschließen mit der anfangs noch zögernden, aber dann im Vertrauen auf die helfende Kindergruppe einwilligenden Susi das Märchenbuch noch einmal anzusehen und anzuhören. Als die Kinder dann anschließend über die Hexe, die dann gar nicht mehr so angstmachend ist, sprechen, können Susis Übertragungen und Ängste auf die Hexe aufgelöst werden, und sie kann ihre Angst überwinden. Hier hat die Gruppe im Sinne einer Realitätstestung einem kleinen Mädchen geholfen, eine Grenze zwischen innerer und äußerer Realität zu ziehen, indem sie für eine kurze Zeit die Ich-Regulation übernommen hat, bis sie dann von Susi verinnerlicht werden konnte.

Bei der Bearbeitung auf dem Elternabend ergänzte ein Vater dieses Beispiel der Ich-Funktion der Abgrenzung zwischen der inneren Welt und der äußeren Realität des Kindes mit einem Beispiel aus der Erfahrungswelt mit seiner Tochter: sie hätten zusammen Löwen gespielt, da hätte die Tochter mitten im Spiel gesagt „Du bist gar kein Löwe, du bist mein Papi". Hier hat das Kind diese Grenze zur Realität inzwischen selbst ziehen können, als ihm die zu weit geöffnete Grenze zu viel Angst machte.

Ich möchte sagen, Angst ist hier der archimedische Punkt der Bildung von Ich-Grenzen zwischen Realität und innerer Welt. Als das Kind zu viel Angst bekommt, schließt es selbst die Grenze mit den Worten „Du bist mein Papi, und kein Löwe".

Nun möchte ich mich der Ich-Funktion der Identität zuwenden. Nach *Günter Ammon* (1978) verstehen wir unter Identität „den entwicklungsgeschichtlich gewachsenen funktionalen Kern der Persönlichkeit. Die Identität fassen wir auf als eine strukturale Ich-Funktion, die in einer innigen Interdependenz mit den anderen primären, zentralen und sekundären Ich-Funktionen steht. Man kann auch sagen, daß Identität die Summe der lebensgeschichtlich erfahrenen Identifikationen ist"; und „die Aufgabe von Mutter und Primärgruppe gegenüber dem Kind stellt ein Modell von Identität überhaupt dar in ihrer Erfahrungsfähigkeit, ihrer Fähigkeit einer flexiblen Öffnung und Abgrenzung nach innen und außen, indem kindliche Bedürfnisse auch auf der Ebene des Primärprozesses verstanden und gegenüber den Anforderungen der Realität verständnisvoll abgegrenzt werden müssen. Demnach ist Identität nicht individualpsychologisch zu sehen, sondern weist sich genetisch und dynamisch grundsätzlich als ein interpersonelles und gruppendynamisches Geschehen aus, das sich an den Grenzen von Ich und Gruppe vollzieht".

Die folgenden Beispiele sollen das Spiel im Zusammenhang mit den Identifikationsangeboten des Spiels und den emotionalen, gruppendynamischen Prozessen des Spiels deutlich machen.

Innerhalb des freien Rollenspiels, z.B. Hausbauen, Werkstatt, Familie, Schule, Krankenhaus, Feuerwehr, Restaurant und Schiff, konnten wir feststellen, daß überwiegend die gesamte Kindergruppe beteiligt war, wenn hier der Erzieher eine ihm von den Kindern zugeteilte Rolle übernahm, indirekt aber eine integrierende Funktion hatte. Es gibt signifikante Beispiele, in denen die gesamte Gruppe ein Gruppenspiel spontan in Gang setzte.

Die Vorschulgruppe besuchte eine öffentliche Spielzeugausstellung, auf der große, bunte Plastikbauelemente zur Verfügung standen. Die Gruppe kam an, sah die Elemente, sofort wurden alle Bauelemente, die verstreut in der Gegend herumlagen, ohne besondere Aufforderung von der ganzen Gruppe zusammengetragen und zu einem Schiff zusammengestellt. Wie selbstverständlich fand jedes Kind der Gruppe eine Rolle, um mitzumachen. Es gab den Kapitän, den Steuermann, den Schiffskoch und den Schiffsjungen, Matrosen, Passagiere in Form von Müttern, die mit ihren Kindern im Arm sich vor dem hohen Seegang zu schützen versuchten. Dieses Spiel zog sich über eine ganze Zeit hin. Einzelne Kinder brachten immer wieder neue Phantasien über Stürme und Inseln, Afrika und exotische Tiere, Gefahren und Rettung aus den Gefahren in das Spiel ein.

Die so selbstverständlich geschlossene Gruppe löste Aufmerksamkeit bei den Betreuern und anderen Besuchern der Spielzeugausstellung aus. Jedes Kind trug hier durch seine Phantasien aktiv zum Gruppengeschehen bei, die Gemeinsamkeit stand im Vordergrund und integrierte die Rollen, die das einzelne Kind übernommen hatte.

Rollen im Sinne von Identifikationsobjekten und Identifikationsangeboten sind nicht zu verstehen wie soziale Rollen bzw. wie das spielerische imitative

Erproben von realen sozialen Rollen. Vielmehr stellen Identifikationen Aspekte in der Identitätsentwicklung dar, die die Identität in der Auseinandersetzung mit den frühkindlichen Omnipotenzphantasien und in Abgrenzung gegenüber diesen Phantasien ausbilden lassen. Identität als ein genuines Grundbedürfnis bedeutet nach meiner Beobachtung bei den Kindern einen ununterbrochenen Prozeß der Abgrenzung gegenüber den anderen Gruppenmitgliedern, die eben dadurch, daß jeder eine andere Rolle beim gemeinsamen Spiel übernimmt, sich in ihrer Identität zu unterscheiden bestrebt sind. Identifikationsobjekte als Rollen im Gruppenprozeß demonstrieren dadurch, daß Identität, nach *Günter Ammon*, ein Geschehen an den Grenzen von Ich und Gruppe ist.

Ähnliches konnten wir immer wieder bei den Familienspielen feststellen. Ihnen wurde von jeher im kindlichen Spiel besondere Bedeutung zugemessen, auch wir können hier immer wieder mit Faszination neue Varianten sehen. Gerade im Familienspiel wird durch die Gruppe einzelnen Kindern narzißtisch-emotional Zuwendung gegeben. Meistens werden durch die Kinder im voraus genau die Rollen festgelegt, die dann auch durch das ganze Spiel eingehalten werden müssen. Es gibt dabei mehrere Kinder und Babies verschiedenen Alters, durchaus zwei Väter und zwei Mütter. Die Erzieher bekommen auch eine feste Rolle zugeteilt als Babies oder besuchende Großmütter, als Großväter, Onkel und Tanten. Die Babies werden immer besonders liebevoll und fürsorglich behandelt, sie müssen schreien, um dann gefüttert werden zu können; oder die kleinen Mütter beteuern immer wieder, daß sie nur kurze Zeit das Haus verlassen werden, um einzukaufen, einen Besuch zu machen, zum Elternabend in den Kindergarten zu gehen, daß sie ganz bestimmt wiederkommen würden. Die Angst eines möglichen Verlassenwerdens wird im Spiel immer wieder neu bewältigt. In Identifikation mit den eigenen Familienstrukturen der Kinder rivalisieren in diesen Spielen Väter und Mädchen um die Kinder. Oft läuft der Kontakt ausschließlich zwischen Müttern und Babies oder den Vätern und den Kindern. Wie in den eigenen Familien sind die Väter wenig zu Haus, d.h. mit Autos und Zügen, Flugzeugen und verschiedenen Berufen beschäftigt.

Diagnostisch wird deutlich: die kleinen Väter und Mütter stellen spiegelbildlich, sozusagen identifikatorisch, ihre Eltern dar. Wilhelmine bevorzugt dominierende Mutterrollen, wo sie einerseits sehr fürsorglich auf ihre Kinder eingeht, andererseits energisch die Moralvorstellungen der Erwachsenenwelt vertritt. Das ganze Spektrum der Moralvorstellungen der Erwachsenenwelt, ihrer Grenzen und Ordnungen bis zum absoluten Gehorsam kommt in diesen Spielen zum Ausdruck.

Die Familienspiele geben uns Auskunft über die Ich-Struktur der spielenden Kinder, die Art und Weise der Rolleneinnahme. Diagnostisch bedeutsam ist, ob ein Kind nur die Mutter spielt oder ob es ausschließlich die Säuglingsrolle bevorzugt, ob das Kind wechselnd verschiedene Rollen übernehmen kann oder aber, ob es sich als winziges Tier, Maus, Frosch oder

Katze, manchmal auch nur als Marienkäfer, in dieses Spiel einbringen kann. Auch daß Kinder besonders in den freien Rollenspielen das Mitspielen verweigern, ist eine Aussage über den Stand der Identitätsentwicklung, die nicht nur von den Erziehern, sondern auch von der Kindergruppe verstanden wird. Die Kinder kommunizieren im Spiel mit ihrer Rollenidentifikation. Die Rolle des winzigen Tieres ist immer, wie auch die Babyrolle, diejenige Rolle, in der ein Kind ein besonderes Maß an narzißtischer Zuwendung von der Gruppe bekommen kann, die so sein Identitätsdefizit ausgleicht. Ein weiteres Beispiel kann dies noch aus anderer Sicht verdeutlichen.

Michael, ein vierjähriger Junge, nimmt überwiegend aggressiv als zauberndes Ungeheuer Kontakt zu der Gruppe auf. Dadurch findet er wenig Resonanz für seine Spielideen. Anfänglich war er auch nicht in der Lage, auf die kommunikativen Angebote der anderen Kinder einzugehen. In Michaels Elternhaus wurde überwiegend intellektuell kommuniziert und so auch auf das Kind eingegangen. Er war ein erwartetes und erwünschtes Kind und sollte, wie im Beispiel Henning, auf einer unbewußten Ebene im Familienverband die Defizite bei den Eltern und in der elterlichen Kommunikation schließen. Bei Michael wurden Affekte nicht zugelassen, die Eltern reagierten darauf hilflos, und es wurde keinerlei echte narzißtische Zuwendung gegeben, die Kommunikation lief rein intellektuell ab. Auf diesem Hintergrund ist Michaels starres Spielverhalten zu verstehen. Er glaubte, nur durch die Übernahme einer anderen Identität, als zauberndes Ungeheuer, die unbewußt an ihn herangetragenen Überforderungen erfüllen zu können. So kam Michael anfänglich in den Kindergarten mit einer Greifhand an einem Stock, mit der er durch Betätigung eines Hebels zufassen konnte. Kreischend flohen die Kinder vor ihm auseinander, wenn er mit seiner Hand zuschnappte. Michael fand von allein, ohne Hilfe von Kindern und Mitarbeitern, keine Möglichkeit zu einem adäquaten Kontakt.

Eine erste Veränderung in seinem Kontaktbedürfnis zeigte sich in folgender Begebenheit: Michael lieh sich bei einem Ausflug der Kindergruppe in die Städtische Bücherei ein wissenschaftliches Buch aus, das nicht nur seine überkompensierte Intellektualität ausdrückte, sondern zugleich seine Erzieher und Kinder hilflos machende Kontaktlosigkeit. Dieses Buch nahm er mit nach Hause, um es mit seinen Eltern zu lesen. Als bei einem zweiten Gang zur Bibliothek Michael von den Erziehern aufgefordert wurde, ein Kinderbuch auszuleihen, nahm er ein Babybilderbuch, das seinem Alter bei weitem nicht mehr entsprach. Er hütete dieses Buch aber wie einen Schatz während der Leihzeit im Kindergarten und nahm es im Gegensatz zu seinem wissenschaftlichen Buch nicht mit nach Hause.

Dieses Beispiel zeigt, wie durch Ich-strukturelles Arbeiten Veränderungen bei den Kindern zu beobachten sind. Da wo Michael beginnt, in emotionale Kommunikation einbezogen zu werden, dort verwahrt er auch seinen neuen Schatz: im Kindergarten.

Einen wichtigen Aspekt des Ich-strukturellen Arbeitens stellen die Rivalitätsgefühle der Kinder dar. Die älteren Kinder sehen sich durch die Geburt eines weiteren Kindes in ihrer Identität, in ihrer ganzen Existenz bedroht. Sie fürchten den Verlust der elterlichen Zuwendung und reagieren mit Verlassenheitsängsten, die sich bei fehlendem Verständnis durch die Eltern dann oft in destruktiv-aggressiven Handlungen gegenüber den Geschwistern ausdrücken.

Aber auch die jüngeren Geschwister erleben die Anforderung, ihren Platz und ihre Identität in der Familie zu finden. Die gleiche Situation finden dann die Kinder in der Kindergruppe wieder. Ein Kind, das neu in eine Kindergruppe eintritt, macht die gleichen frustrierenden Erfahrungen wie in der Familie, in der sich die Geschwister zusammenschließen und es mit einem „wir wollen dich nicht" auszuschließen versuchen. Hierfür ist es entscheidend wichtig, daß Kinder sich auf diese Situation mit echten emotionalen Auseinandersetzungen einlassen können, mit ihren wirklichen Gefühlen der Angst, der Wut und der Enttäuschung. Dies kann nur in einer Gruppe geschehen, die selbst eine Identität hat. Die zentrale Figur des psychoanalytischen Erziehers muß mit ihrer eigenen Identität die Gruppengrenzen deutlich und schützend gewährleisten, damit die Kinder im Vertrauen auf diese Grenzen Aggression äußern und konstruktiv im Sinne der Identitätsentwicklung damit umgehen können.

Die Erfahrung in der Kindergruppe, als vollwertiges Mitglied anerkannt zu werden, bedeutet dann gerade für viele Kinder, zum ersten Mal das Gefühl einer eigenen Identität zu haben. In vielen Fällen sind Rivalitätsgefühle durch die rationalisierte elterliche Kommunikation blockiert oder verhindert worden. Die Kinder werden von ihnen aufgefordert, nur gute Eigenschaften zu zeigen, keine Angst zu haben, keine Aggressionen oder Trauer und Enttäuschung. Genau dies heißt aber, keine Identität zu haben.

Ob ein Kind Identität hat, läßt sich sehr gut im Kindergarten ablesen an dem Grad, in dem andere Kinder Beziehungen zu ihm aufnehmen. Ein Kind, das in seinen Gefühlen und Wünschen präsent ist, wird häufiger als Spielpartner gewählt und kann auch besser Kontakt zu anderen Kindern außerhalb der Gruppe aufnehmen. Ein identitätsloser Mitläufer, der Konflikten aus dem Wege geht, es jedem Recht machen will, wird bei der Wahl der Kinder nicht beachtet. Obwohl er beliebt ist im Sinne von bequem, ist er für die anderen nicht präsent und ist seine Persönlichkeit nicht faßbar.

Ich meine, das folgende kleine Beispiel kann das Ich-strukturelle Arbeiten mit der konstruktiven Aggression im Sinne von Rivalitätsgefühlen und im Sinne der Identitätsentwicklung sehr gut verdeutlichen. Während eines Spiels beschimpfte ein Mädchen ein Kind der Gruppe und nannte es dabei mit dem Namen ihres Bruders. Als sie bemerkte, daß diese Fehlleistung von der Erzieherin gehört worden war, lachte sie verschmitzt. Die Erzieherin sagte: „Komm, ich spiele deinen Bruder." Dann griff sie in das Spiel ein und brachte es vollständig durcheinander. Darauf entluden sich eine Schimpftirade und

auch Schläge auf die Erzieherin. Das gefiel allen Kindern so, daß die Erzieherin gleich mit den Namen von vier weiteren Geschwistern benannt, beschimpft und geschlagen wurde. Der Rest der Gruppe nahm mit Genuß Anteil am Geschehen.

Hier konnte die Erzieherin einen nachholenden Identitätsentwicklungsprozeß in Gang setzen und anschließend nach dem In-Szene-Setzen mit den Kindern über die Geschwister und auch über die Gefühle zu den Geschwistern sprechen, im Gegensatz zu den Eltern, die mehr dazu neigen, negative Gefühle wegzureden.

Ein weiterer wichtiger Aspekt wird uns durch die Zwillingsforschung ermöglicht. Die Zwillinge Felix und Edgar kamen im Alter von zwei Jahren in unseren Kindergarten. Felix hatte von Anfang an einen wachen Gesichtsausdruck, er beobachtete alles neugierig und aufnahmebereit. Er war zart und klein, jedoch flink und beweglich, in allen Tätigkeiten war er etwas schneller als sein Bruder Edgar, er konnte z.B. früher einen Wasserhahn öffnen oder eine Tür. Er ging gern allein auf Entdeckungsreisen im Kindergarten, fand die Küche und auch die Köchin, kannte alle Kinder der Gruppe und wußte immer, wer fehlte. Die Kontaktangebote der anderen Kinder wurden von ihm meist angenommen. Sein Bruder Edgar hatte von Anfang an weniger ausdrucksvolle Gesichtszüge, er war körperlich kräftiger, hatte sozusagen mehr Babyspeck und war im ganzen unbeweglicher. Er machte einen mehr träumenden Eindruck und zog sich in frustrierenden Situationen anfänglich stumm zurück. Bei relativ intellektuell ausgerichteten Spielen, wie Memory und Bilderlotto, fiel es Edgar schwer, Zusammenhänge zu begreifen. In dem Maße, in dem die Kinder in die Kindergruppe hineinkamen, wurde auch die Rivalität zwischen ihnen sichtbar, und damit konnte das Ich-strukturelle Arbeiten einsetzen.

Die Eltern beschrieben Edgar als den aggressiveren der beiden Zwillingsgeschwister, der ständig Streit auslöste. Im Kindergarten konnten wir beobachten, daß Edgars Verhalten eine Frustrationsreaktion auf seinen flinken Bruder Felix war, der in Auseinandersetzungen immer der Geschicktere und Überlegenere war, so daß Edgar nur ohnmächtig wütend reagieren konnte. Nachdem dies im Kindergarten erkannt und in der Elternarbeit bearbeitet worden war, beschlossen die Eltern, getrennte Ferien zu machen. Der Vater blieb mit Felix zu Hause, er arbeitete, und Felix kam in den Kindergarten. Edgar fuhr mit der Mutter fort und kam mit deutlichen Entwicklungsfortschritten zurück und wurde dann im Kindergarten im Sinne der direkten Wiedergutmachung in seinem Zuwachs an Ich-Entwicklung unterstützt. Bei der Bearbeitung dieser Zwillingsproblematik war auch die eigene Erfahrungswelt einer Erzieherin von Wichtigkeit, die selber ein Zwilling ist.

Die Psychodynamik dieser Zwillinge war die, daß sich Felix mit den konstruktiven Anteilen beider Eltern identifizierte, Edgar dagegen für seine Identifikation mehr die negativen Aspekte beider Eltern verwendete.

Dies drückt sich im Spielverhalten beider Kinder aus. So war Felix mehr der Anführer sozusagen in der Alpha-Rolle, Edgar dagegen mehr der Mitläufer mit weniger prägnanten Persönlichkeitsmerkmalen. Dies zeigte sich auch in der im Beginn begriffenen Entwicklung der Ich-Funktion der Sexualität. Felix spielte vor dem Einschlafen an seinem Penis und zog sich hierzu gern die Hosen aus, auch zeigte er seine Potenz, als er von einem Stuhl in hohem Bogen in den Gruppenraum pinkelte. Für Edgar dagegen war noch gar nicht klar, ob er ein Junge oder ein Mädchen war, was ein Gespräch in der Gruppe zeigte. Sexuelle Spiele bzw. das Entdecken seines Körpers hatten noch nicht begonnen.

Bei einem anderen Zwillingspärchen mußte eine symbiotische Verklammerung durch Ich-strukturelles Arbeiten gelockert werden, damit eine Lösung aus der Symbiose ermöglicht werden konnte. Dajana und Anne waren im Alter von fünf Jahren in unseren Kindergarten gekommen. Beide lebten ohne Realitätskontakt in einer gemeinsamen Phantasiewelt. Sie fühlten sich nur in dieser Traumwelt existent, zeigten anfänglich Erziehern und Kindern gegenüber eine große Unzulänglichkeit und isolierten sich lange vollständig von der Gruppe. Sie flüsterten sich unverständliche Dinge zu, lachten überdreht und wehrten so jeden Kontakt zur Gruppe gemeinsam ab. Zu Rollenspielen waren sie zuerst nie bereit. In diesem Fall war eine Trennung der Symbiose erforderlich, um überhaupt den Anfang einer Ich- und Identitätsentwicklung bei diesen Zwillingen in Gang setzen zu können, die bei den Zwillingen Felix und Edgar sich hingegen in einem früheren Entwicklungsstadium befand. Dajana und Anne hatten noch kaum Grenzen des Ich und Du untereinander ausgebildet, sie waren in einem symbiotischen Einssein identitätslos miteinander verschmolzen. Die Eltern behandelten sie wie *ein* Kind, alle Spielsachen gehörten ihnen gemeinsam, sie erlaubten und verboten ihnen unterschiedslos die gleichen Wünsche. Dajana und Anne wurden von den Eltern auch immer nur als „die Zwillinge" bezeichnet.

Wie wichtig für diese beiden Mädchen Rollenspiel und -Identifikationen für ihre Ich-Entwicklung wurden, liegt auf der Hand. Im Gegensatz zu Felix und Edgar in den Rollen sozusagen arretierter Identität, erfuhren Dajana und Anne in spielerischen Identifikationen mit verschiedenen Rollen zum ersten Mal ein Stück eigener Identität.

Ich-strukturelles Einflußnehmen auf die Entwicklung der Kinder im Kindergarten setzt ein hinreichendes Ausmaß der Teilnahme der Kinder an strukturierten Gruppenspielen voraus. Die Erfahrung hat gezeigt, daß es oft nicht den Kindern selbst überlassen werden kann, ob sie daran teilnehmen oder nicht. Ein festgesetztes Gruppenspiel bedeutet eine Identitätsanforderung an die Kinder. Oft ist es so, daß die Kinder, wie z.B. Henning, zwar an der gemeinsamen Gruppenaktion teilzunehmen bereit sind, jedoch während des Spiels mit anderen als den geforderten Inhalten beschäftigt sind und so zum Ausdruck bringen, daß das Identifikationsangebot der Gruppe ihnen Angst macht. Die Kindergruppe hat dann die Möglichkeit, sich mit

diesen Kindern über das Spiel als drittem Objekt zu beschäftigen, das Spiel in eine Auseinandersetzung und damit auch die Kinder in die Gruppe einzubeziehen.

Jürgen und auch Henning in meinen beiden ersten Beispielen bekamen auf diese Weise narzißtische Zuwendung. Sie bekamen verbal Mitteilungen über das, was die anderen beschäftigte. Wäre es Henning von vornherein selbst überlassen geblieben, ob er mitspielte oder nicht, so wären seine Identitätsangst und sein Identifikationsverbot ohne Kommunikation mit der Kindergruppe geblieben.

Im Rahmen einer nicht arretierten und nicht defizitären Identitätsentwicklung hat dann auch das einsame, phantasievolle Spiel eine andere konstruktive Funktion. Das Kind macht die Erfahrung, sich zurückziehen zu können, ohne verlassen zu sein, und wieder in die Gruppe hineinkommen zu können, ohne vollständig in ihr aufzugehen. Diese Erfahrung ist grundlegend für den Aufbau flexibler Ich-Grenzen. Ich meine, der Unterschied zu dem sich ständig in einsame Spiele von der Gruppe zurückziehenden Henning wird hier deutlich. Er drückte seinen Mangel an emotional-narzißtischer Zuwendung durch seine Art und Weise zu spielen der Gruppe gegenüber aus. Identitätsentwicklung und das Ausbilden starrer oder flexibler Ich-Grenzen bilden, wie wir am Verhalten der Kinder unmittelbar beobachten können, einen engen Zusammenhang.

Eine wichtige Funktion haben auch verschiedene freie Gruppenspiele, die sehr viel über den Zusammenhang der Beziehung von Identitätsentwicklung, Spiel und Gruppe aussagen. Diese Spiele sind Spiele wie Räuber und Polizei, Ritter, Indianer und Marterpfahl und Fesselspiele. Sie können entstehen, wenn dem Erzieher die Gegnerrolle zugeteilt wird. Nach gruppendynamischen Gesetzen hat hier der Erzieher in der Gegenposition eine gruppenvereinende Funktion. Die Kindergruppe spielt geschlossen, es gibt keine Außenseiter. Verschiedene Spielphantasien werden von den Kindern eingebracht, wichtig ist, daß der Erwachsene sich völlig passiv zu verhalten hat und genau vorgeschrieben bekommt, was er zu tun oder zu lassen hat, wann er einen Fluchtversuch unternehmen kann und wann nicht. Diese Gruppenspiele dienen dazu, vor allem die Gruppe zu schließen oder die Gruppengrenzen intakt zu halten, wie wir dies am Beispiel der mit den Namen der rivalisierenden Geschwister beschimpften Erzieherin gesehen haben. Das Schließen der Gruppengrenzen gewährleistet besonders die zentrale Figur in der Gegnerposition. Hin und wieder kann die Funktion der zentralen Figur auch von Kindern übernommen werden, die jedoch dabei nicht in die Rolle des Sündenbocks geraten dürfen.

Ich möchte nun zum Schluß kommen. Die Arbeit unserer Psychoanalytischen Kindergärten, die Arbeit der Dynamischen Psychiatrie wie unserer gruppendynamischen Schule überhaupt, dient nicht nur der Prävention und Behandlung, sondern dem Suchen neuer und besserer Wege des Zusammenlebens von Menschen, Familien und Gruppen.

Diese Erfahrungen habe ich versucht, in diesem Vortrag aufzuzeigen; das Endziel von neuen und besseren Wegen des Zusammenlebens von Menschen geht über alle Bemühungen von Prävention hinaus.

The Role of Prevention in Children's Play – Psychoanalytical Kindergartens within Dynamic Psychiatry

Gisela Ammon

The author describes psychoanalytical kindergartens as an integrative part of Dynamic Psychiatry with regard to their aims and preventive tasks. Dynamic Psychiatry comprises in its psychoanalytical concept all aspects of working with men. The preventive moment of these kindergartens is based on the early recognition of deficitary ego-structural aspects which can be observed and influenced in statu nascendi and also be worked through with the help of the kindergarten group and the group of parents. The earlier preventive measures start in a person's life, the more effective they are.

The author gives an outline of the evaluation and the diagnostics of the groupdynamics, the psychodynamics and the development of ego-structures and ego-functions within the family of the child.

In details she describes the conditions enabling the child to develop its individual personality as a mutual and dynamical structure within the family group. Concentrating on the play of children the paper gives many examples of identity development in the kindergarten.

In contrast to the drive-theoretical concept of play the author understands it as a field for experiencing and developmental steps in ego- and identity development. She describes playing as the central point where possibilities for imitation and identification are being offered to a large extent. Play represents unnumerable possibilities for ego-structural working, which means corrective support, help in structuring ego-boundaries and dissolving of rigid defense operations. Sane and creative playing is always connected with the corresponding group, whereas playing which is full of phantasy but isolated must be understood as pathological development.

In several case vignettes the author demonstrates methods of working with children by means of play and also the other central point of kindergarten work, which is working with parents. Direct working with children can only be successful if parents offer their children space enough for a development of their own and if they do not abuse their children for filling up deficits in their own structure or in their mutual relationship.

In details the author then describes different aspects of the play of children: playing special roles, playing family, rival conflicts, structured group plays and individual play.

The author integrates her paper under the aspect that the work of the psychoanalytical kindergarten within Dynamic Psychiatry not only serves as prevention and treatment, but also as a search for new and better ways of human beings, families and groups living together.

Literatur:

Ammon, Gisela (1969): Beobachtungen in einem Psychoanalytischen Kindergarten (Berlin: Pinel-Publikationen)
– (1970): Handhabung von Sexualität und Aggression im Psychoanalytischen Kindergarten. – Zur Frustrationsregulation in der Vorlatenz. (Unveröffentlichter Vortrag, gehalten auf dem II. Int. Symposium der DGG/DAP in Paestum/Salerno)
– (1973): Vorstufen psychosomatischer Erkrankungen. In: Dyn. Psychiat. (6) 11–32
– (1974): Stufen der Kreativität in der Vorlatenz. In: Gruppendynamik der Kreativität. (München: Kindler)
– (1976): Kindliche Borderline-Phänomene im Kindergarten. In: Dyn. Psychiat. (9) 451–469
Ammon, Günter (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
Freud, S. (1908): Der Dichter und das Phantasieren. Ges. W. Bd. VII (London: Imago)
– (1909): Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben. Ges. W. Bd. VII, a.a.O.
– (1920): Jenseits des Lustprinzips. Ges. W. Bd. XIII, a.a.O.
– (1926): Hemmung, Symptom und Angst. Ges. W. Bd. XIV, a.a.O.
Richter, H. E. (1963): Eltern, Kind und Neurose. (Stuttgart: Klett)
Spitz, R. (1967): Vom Säugling zum Kleinkind. (Stuttgart: Klett)

Adresse der Autorin:
Gisela Ammon
Prinz-Friedrich-Leopold-Str. 21
1000 Berlin 38

Möglichkeiten einer ambulanten dynamisch-psychiatrischen Behandlungsstrategie von „archaischen Ich-Krankheiten" am Beispiel der sexuell perversen Reaktion**

Ursula Keller*

Die sogenannten „sexuellen Perversionen" galten und gelten in der Schulpsychiatrie als uneinfühlbar und daher therapeutisch nicht behandelbar; die Pathologie wird vor allem vom Symptom her erfaßt, die Anlagefaktoren und das Abweichen von der Norm werden überbetont. Wie die Autorin zeigt, findet sich in der psychoanalytischen Literatur von Freud bis Hartmann und auch in der Objektschule Melanie Kleins ein ähnliches Dilemma: die perverse Reaktion wird als ein intrapsychisches und triebpsychologisches Phänomen betrachtet und erweist sich deshalb auch hier weitgehend als therapieresistent.
Vor diesem Hintergrund geht die Autorin auf neuere Forschungen von Masud Khan und vor allem auf Günter Ammons Theorie der „archaischen Ich-Krankheiten" ein und zeigt, daß sexuelle Perversion hier als interpersonelles Geschehen gesehen und erstmals auf eine reale Fehlentwicklung in der frühen Primärgruppe und auf daraus resultierende Schädigungen der Ich-Struktur zurückgeführt wird. Auf Grund ihres eigenen Defizits kann sich die Mutter emotional immer nur auf einen Teilaspekt des Kindes, auf seinen Körper, beziehen, den sie idolisiert und dabei gleichzeitig die wachsende Identität des Kindes ignoriert, so daß weite Bereiche des Ichs unstrukturiert bleiben und vor allem auch keine gelingenden Objektbeziehungen aufgebaut werden können. Am Beispiel des Exhibitionismus wird erläutert, daß das eigentlich Perverse in der Psychodynamik und im Symptomverhalten darin besteht, daß die angebotene Pseudointimität letztlich ins Gegenteil umschlagen muß und jeden echten menschlichen Kontakt abwehrt.
Auf die Möglichkeiten einer ambulanten Behandlungsstrategie eingehend zeigt die Autorin, daß die Dynamische Psychiatrie von ihrem Krankheitskonzept her die pervers machende Dynamik verstehen, dem Patienten aber im Rahmen einer vielschichtigen Behandlungsstrategie etwas Neues und Besseres als seine eigene perverse Abwehr anbieten kann: vor allem die emotionelle Präsenz des Therapeuten, der sich als ganze Person zur Verfügung stellt und auch den Patienten in seiner ganzen Existenz annimmt. Dem integrativen Krankheitsverständnis entspricht eine flexible Kombination von Einzeltherapie, Gruppenpsychotherapie und analytischer Milieutherapie, die der fragmentierten Persönlichkeitsstruktur des Patienten entgegengesetzt wird. In der Zweiersituation der Einzeltherapie wird dem Patienten zunächst eine „therapeutische Symbiose" angeboten, in der sich der Patient als ganze Person angenommen fühlt und deshalb erste Schritte zur Ich-Abgrenzung wagen kann. Im Schutze dieses Bündnisses wird dann eine kombinierte Gruppenpsychotherapie möglich. Hier kann der Patient die erweiterte Situation der Primärgruppe wiedererleben, wobei in der Gruppe vor allem die verinnerlichten destruktiven und angstbesetzten Objekte erlebt werden, was dann in der Einzeltherapie der Durcharbeit und Differenzierung und Abgrenzung zugänglich ist. Auf diese Weise gruppenfähig geworden, wird dem Patienten zusätzlich Milieutherapie angeboten, in der für eine begrenzte Zeit sein gesamtes Erleben und vor allem sein Realitätsverhalten sichtbar und damit korrigierbar wird. Die Autorin hebt abschließend hervor, daß die Summe der wechselseitigen Erfahrungen auf diesen drei Ebenen es dem Therapeuten ermöglicht, im Sinne des „Ich-strukturellen Arbeitens" (Ammon) dem Patienten bei der Integration seines neu entdeckten Potentials zu helfen: er kann unmittelbar im Hier und Jetzt in den Dialog mit dem Patienten einsteigen, den defizitären und verinnerlichten Erfahrungen neue entgegenstellen, diese differenzieren und so den Weg zu einer kreativen Identitätsfindung anbahnen.

* Dipl.Psych., Leiterin und Lehranalytikerin des Düsseldorfer Lehr- und Forschungsinstitutes der DAP

** Vortrag gehalten auf dem IX. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 10.–14. Juni 1977, Deutsches Museum, München.

Grundvoraussetzung dynamisch-psychiatrischer Behandlungsstrategien, sowohl ambulant als auch stationär, ist das Konzept der Verstehbarkeit psychischer Erkrankungen auch schwerster Art.

Dies zu vermitteln und zu differenzieren, in theoretischer und psychotherapeutischer Hinsicht, ist das humane Anliegen der Dynamischen Psychiatrie, wie *Günter Ammon* sie im Rahmen der von ihm begründeten Berliner Schule entwickelt hat. Die Dynamische Psychiatrie enthält eine Absage an das Dogma der Uneinfühlbarkeit der traditionellen Schulpsychiatrie in der Nachfolge *Kraepelins* (1889) und *Kurt Schneiders* (1962). Das klassifikatorische System der Schulpsychiatrie mit seiner rein deskriptiven Erfassung der Psychopathologie und der einseitigen Betonung der Faktoren Anlage und Vererbung hat eine lange, verhängnisvolle Periode der Erstarrung zur Folge, die bis heute noch in der deutschen Schulpsychiatrie verbreitet ist.

Eine von der persönlichen unmittelbaren Anteilnahme losgelöste distanzierte und häufig auch moralisch durchsetzte Beschreibung und Haltung gegenüber psychischer Erkrankung steht jeder wirkungsvollen psychotherapeutischen Behandlung als Barriere und Abwehr entgegen.

Ich möchte in meinem Beitrag zum Thema „Dynamische Psychiatrie" am Beispiel der sexuellen Perversion als einer „archaischen Ich-Krankheit" (*Ammon,* 1973) zwei Problembereiche in ihrer gegenseitigen Durchdringung diskutieren:

1. Der erste Bereich bezieht sich auf das Krankheitsverständnis im Rahmen des Konzeptes der Berliner Psychoanalytischen Schule in Abgrenzung zur traditionellen Auffassung der Psychiatrie.
2. Der zweite Bereich umfaßt das mögliche Spektrum psychotherapeutischer Behandlungen auf dem Hintergrund dieses dynamisch-psychiatrischen Krankheitsverständnisses. Dieses will ich anhand eines Fallbeispieles verdeutlichen.

Dabei handelt es sich um einen heute 37jährigen Ingenieur, der zwischen seinem 18. und 35. Lebensjahr mehrfach als Exhibitionist straffällig geworden war. Zum Zeitpunkt des Therapiebeginns vor drei Jahren hatte er eine lange Geschichte ergebnisloser Behandlungen hinter sich, sowohl psychiatrischer als auch organ-medizinischer Art. Ebenso war der Versuch einer orthodoxen psychoanalytischen Behandlung fehlgeschlagen und abrupt abgebrochen worden. Vor Gericht war er mehrfach verurteilt worden. Von allen verlassen und aufgegeben, kam er als sogenannter hoffnungsloser Fall in meine Praxis. Alle Behandlungsansätze und Begutachtungen waren ausschließlich am Symptom orientiert erfolgt und haben den Menschen dahinter in seiner Not abgeschoben bzw. in seiner Krankheit gelassen.

Seine Lebensgeschichte zeigt als zentrales Thema ein tiefgreifendes, durchgängiges Gefühl von Einsamkeit, Leblosigkeit und Kontaktarmut. Er wuchs in einer durch die Wirren der Nachkriegszeit auseinandergerissenen Familie auf, in der über Gefühle nicht gesprochen wurde, besonders nicht über die existentielle Angst in den ersten 5 Lebensjahren, in denen der Vater

im Krieg und anschließend vermißt war. Kommunikation darüber, Verständnis und emotionale Hilfe waren nicht möglich. Die dominierende Person war die Mutter, die alle zwar versorgte und sich aufopferte, ohne daß dadurch eine emotionale Atmosphäre der Geborgenheit und des Schutzes in der Familie entstehen konnte.

Nach dem Weggang des Patienten aus seinem Elternhaus, als er 18 Jahre alt war, kam die Symptomatik des Exhibitionismus zum Durchbruch. Alternierend dazu entwickelte er eine schwere psychosomatische Reaktion, eine sich wiederholende ernsthafte Magenerkrankung, verbunden mit zeitweiligen schwer depressiven Zuständen. Im Laufe von 12 Jahren hat der Patient immer wieder versucht, Hilfe zu finden. Er war fast soweit, einer Kastration zuzustimmen, die dann aber doch auf eine medikamentöse Behandlung beschränkt blieb. Er war für den Zeitraum von einem dreiviertel Jahr in einer psychotherapeutischen Behandlung bei einer orthodoxen Analytikerin, die ohne Nennung von Gründen abgebrochen wurde. Auf der somatischen Ebene steigerte sich seine Magenerkrankung so weit, daß man ihm zwei Drittel des Magens operativ entfernte, obwohl die Ärzte schon damals eine psychosomatische Diagnose annahmen. Dadurch wurde er in seinem damaligen Beruf als Tischler arbeitsunfähig.

Diese kurze Einblendung mag genügen, um auf die Schwere der hinter der Symptomatik liegenden psychischen Erkrankung hinzuweisen. Das sich wiederholende und immer selbstzerstörerischer werdende Symptomverhalten mit suizidalem Charakter sowohl in psychischer als auch in physischer Hinsicht zeigt eine deutliche Nähe zur völligen Selbstaufgabe einer psychotischen Reaktion. Das Chaos der Psychose wurde weder von der Psychiatrie noch von der organischen Medizin noch von seiten der orthodoxen Psychoanalyse erkannt, sondern vielmehr massiv abgewehrt. Sozusagen als letzter Versuch wurde er von einem Internisten, der von unserer Arbeit erfahren hatte, überwiesen.

1. *Zum Krankheitsverständnis*

Sexuelle Perversionen sind im Rahmen der traditionellen Schulpsychiatrie lange Zeit als Psychopathien klassifiziert worden mit den entsprechenden Implikationen. Solche Menschen galten als in abnormer Weise „triebhaft", haltlos, „konstitutionell und moralisch minderwertig", assoziiert bis hin zur Kriminalität. Dieser Standpunkt der Abartigkeit und Uneinfühlbarkeit ist auch heute noch zu finden. Als ein krasses Beispiel sei auf die – wenn auch begrenzte – aber immerhin vorkommende Anwendung stereotaktischer Hirnoperationen bei abweichendem Sexualverhalten hingewiesen. Dies besonders häufig bei Menschen, die aufgrund ihrer psychischen Struktur straffällig geworden sind. Dieser Methode liegt ein einseitig biologistisches Konzept der Sexualität zugrunde. Sie ist aus den Ergebnissen von Tierexperimen-

ten entwickelt worden. Jeder Ansatz, daß Sexualität mit zwischenmenschlichen Beziehungen zu tun hat, fehlt. Solche Operationen, die das abweichende Sexualverhalten irreversibel auslöschen, haben ganz erhebliche Begleitwirkungen, die noch lange nicht in ihrer ganzen Tragweite bekannt sind. Nachuntersuchungen zeigen z.B., daß weite Bereiche der gesamten Phantasietätigkeit eines Menschen sowie die Fähigkeit zu träumen ausgelöscht, daß das optische Erinnerungsvermögen und ganz allgemein die Aktivität reduziert werden. Dies alles sind grundlegende menschliche Potentialitäten oder Ich-Funktionen, deren manipulierte Zerstörung ein menschenunwürdiges Leben, eine Verkrüppelung zur Folge haben. Es ist in diesem Zusammenhang von einer Anpassungschirurgie gesprochen worden, die eigentlich einen Mißbrauch der medizinischen Wissenschaft darstellt. Weniger spektakulär und lautloser ist die in der Schulpsychiatrie übliche medikamentöse hormonale Beeinflussungsmethode bei sexuellen Abweichungen. Sie kann dem Patienten und seiner Umgebung zwar vorübergehende Erleichterung und Ruhigstellung bringen läßt ihn jedoch in seiner wirklichen Krankheit allein, da sie ausschließlich am Symptom der gestörten Sexualität orientiert bleibt. Dem eben kurz skizzierten extremen Standort der Uneinfühlbarkeit und seiner folgen ist besonders durch die Erkenntnisse und Erfahrungen der Psychoanalyse als einer Behandlungswissenschaft, beginnend mit *Freud* bis hin zur Weiterentwicklung und Neuorientierung der Dynamischen Psychiatrie eine Alternative gegenübergestellt worden. Durch *Freuds* (1905) Entdeckung des Unbewußten und seiner Dynamik in der infantilen Sexualität, die er als polymorph-pervers und primär bisexuell definiert hat, ist die Möglichkeit zur sexuellen Pathologie im Sinne der perversen Reaktion als etwas allgemein menschliches herausgestellt worden. Aber auch *Freud* blieb in der Beschreibung der sexuellen Perversion einseitig an der sexuellen Abweichung orientiert, die er als „Triebschicksal" (1915) bezeichnete, verbunden mit dem Abwehrmechanismus der „Ich-Spaltung" (1938), dem eine primär biologisch determinierte Ich-Schwäche zugrunde liege. *Freud* hielt schwere psychische Erkrankungen, als eine solche hatte er die sexuelle Perversion klassifiziert, aufgrund des biologischen Aspektes in seiner Konzeption jedoch ebenso wie die Schulpsychiatrie für psychotherapeutisch unbehandelbar.

In der Nachfolge wurde das Verständnis der Psychodynamik der sexuellen Perversion wesentlich weiterentwickelt, indem Ich-psychologische und Abwehraspekte in den Mittelpunkt der Erforschung rückten (*Hartmann*, 1939, 1964). Die grundsätzliche Position *Freuds* in ihrer biologischen triebtheoretischen Verankerung wurde jedoch beibehalten. Dies gilt auch für die sehr bedeutsamen Differenzierungen und Erweiterungen der Psychoanalyse durch *Karl Abraham* (1924), und ihm folgend *Melanie Klein* (1932, 1960) in ihrem objekttheoretischen Ansatz.

Der Hinweis auf diesen wissenschaftsgeschichtlichen Zusammenhang, den ich an anderer Stelle (*Keller*, 1976) ausführlicher diskutiert habe, erscheint

mir wichtig, weil deutlich wird, daß in zunehmendem Maße die Bedeutung der bei *Freud* im Vordergrund stehenden Triebentwicklung und ihrer pathologischen Variationen, in unmittelbarer Abhängigkeit von der interpersonellen Erfahrung als lebensnotwendiger Bedingung zur menschlichen Entwicklung, überhaupt erkannt und untersucht wurde. Das Festhalten am Triebkonzept und besonders an der Annahme eines a priori intrapsychisch gegebenen Konfliktes zwischen Lebens- und Todestrieb, zwischen Gut und Böse, ließen menschliche Entwicklung jedoch auch weiterhin prinzipiell als Prozeß des Einzelnen bestehen, der darüber hinaus biologisch vorbestimmt ist.

Ammon (1973) hat in seinem Verständnis von Theorie und Praxis der Dynamischen Psychiatrie auf der Basis des Ich- und Gruppenkonzeptes diesen Boden verlassen. Damit ist ein neuer, vom Ballast überholter theoretischer Festlegungen befreiter Weg eröffnet: Die Entwicklung eines Menschen, die Störbarkeit dieses Prozesses in der Abhängigkeit vom Austausch mit anderen Menschen – d.h. der ihn umgebenden Gruppe – zu verstehen und vor allem auch zu behandeln. Ich- und Identitätsentwicklung geschieht nach *Ammon* in einer dialektischen Bezogenheit zwischen Ich, Unbewußtem und umgebender Gruppe. „Dabei hat das Ich nicht den Stellenwert eines hypothetischen Konstruktes im Sinne der empirischen Persönlichkeitsforschung, sondern wird als dynamisches ganzheitliches seelisches Sein angenommen." (*Ammon,* 1978)

Das traditionelle klassifikatorische System psychiatrischer Krankheitsbilder ist damit überschritten. *Ammon* hat mit dem Konzept des gleitenden Spektrums der archaischen Ich-Krankheiten, zu denen auch die sexuelle Perversion gehört, einen neuen und humanen Weg entwickelt. In seinem Konzept wird die sexuelle Perversion nicht länger ausschließlich vom Symptom her diagnostiziert, sondern von der zugrunde liegenden strukturell beeinträchtigten Ich- und Identitätsentwicklung in Abhängigkeit von der umgebenden Gruppe.

Als Grundannahme seiner Theorie geht *Ammon* von dem Vorhandensein primärer autonomer Ich-Funktionen aus, die ihren genetischen, dynamischen und strukturellen Ursprung im Unbewußten haben. (vgl. dazu *Ammon,* 1976). Der Prozeß der Ich-Entwicklung vollzieht sich in der Entfaltung und Integration der zentralen Ich-Funktionen, im Aufbau von Ich-Grenzen und ihrer ständigen Erweiterung. Dieser Prozeß ist abhängig vom Schutz und der Unterstützung, primär von der Mutter, im Rahmen der frühen wechselseitigen Symbiose zwischen Mutter und Kind und von der gesamten Primärgruppe. Generell bedeutet dies, daß Störungen in der interpersonellen Dynamik zu Störungen im Aufbau der Ich-Grenzen führen und jeweils in spezifischer Weise Deformationen der zentralen Ich-Funktionen in ihrem wechselseitigen Zusammenwirken verursachen. Solche real erfahrenen Beeinträchtigungen und Schädigungen hinterlassen infolgedessen ein strukturelles

Defizit oder ein „Loch im Ich" (*Ammon,* 1973). Dies ist das gemeinsame Charakteristikum der Pathologie aller archaischen Ich-Krankheiten. Als Reaktion auf die jeweils spezifische Qualität der Schädigung durch das entsprechende Verhalten von Mutter und Primärgruppe in der frühen Kindheit bildet sich das Symptomverhalten im Sinne der Kompensation des zugrundeliegenden narzißtischen Defizits. Damit wird das „Loch im Ich" notdürftig ausgefüllt. Anstelle einer gesunden und flexiblen Ich- und Identitätsentwicklung bildet sich eine Ersatzidentität mit Hilfe der Symptomatik.

Die sexuelle Perversion als eine Form der archaischen Ich-Krankheiten möchte ich im folgenden auf 2 Ebenen, der psychodynamischen und der Ich-strukturellen definieren. Daraus wird sich dann die Konsequenz für die psychotherapeutische Behandlungsstrategie ableiten und anhand meines Fallbeispiels verdeutlicht werden.

Die spezifische Qualität der Psychodynamik der pervers machenden Mutter im Umgang mit ihrem Kind ist bereits ausführlich beschrieben worden (*Khan,* 1964, 1968, 1972, 1974; *Ammon,* 1973; *Keller,* 1976 u.a.) Ich möchte das Wesentliche kurz umreißen: Die emotionale Zuwendung der Mutter zu ihrem Kind geschieht in erster Linie auf der Ebene des Körperkontaktes, in einer undifferenzierten symbiotischen Atmosphäre der als lustvoll erlebten Körperpflege. Dabei stehen unbewußte narzißtische Bedürfnisse der Mutter selbst, die ihr Kind als ein von ihr „geschaffenes Ding" (*Khan, Ammon*) erlebt, im Vordergrund. Sie phantasiert ihr Kind sozusagen als Teil ihres eigenen Körpers, den sie emotional überbesetzt und idolisiert. Dabei verhält sie sich überfürsorglich, d.h. vor allem verführerisch, insgesamt als echtes menschliches Objekt mit eigenen kohärenten Ich-Grenzen und Identität jedoch versagend. Erfahrungsgemäß versagt in diesem Sinne auch die umgebende Primärgruppe. Empirische Untersuchungen haben nachgewiesen, daß z.B. die Väter solcher Familiengruppen als Identifikationsmodell und Hilfe in der Abgrenzung gegenüber der dominierenden Mutter weitgehend ausfallen. Im Hinblick auf die Qualität der Objektbeziehung zeigt sich, daß die Mutter aufgrund ihres eigenen strukturellen Defizits in ihrem Kind zugleich ein inneres und äußeres Objekt erlebt, bzw. das Kind fungiert direkt als ein Bestandteil der Körper-Ich-Grenze der Mutter und wird von der Mutter omnipotent als ein Teil von sich selbst phantasiert. Das Kind verinnerlicht diese als lustvoll und mit diffusen Körpersensationen erlebte Vorstellung, mit der Mutter zusammen omnipotent zu sein. Die pathologisch aufrechterhaltene Primärerfahrung der Undifferenziertheit prägt die Ich-strukturelle Entwicklung des Kindes. Die Arretierung setzt ein, weil die Mutter weder eine Differenzierung auf andere zwischenmenschliche Erfahrungsbereiche gestattet, noch kann sie ihrem Kind die Loslösung und Abgrenzung aus der phantasierten narzißtischen Vollkommenheit der Symbiose auf der Körperebene ermöglichen. Dadurch verhindert sie die Entstehung und allmähliche Erweiterung stabiler Körper-Ich-Grenzen des Kindes als strukturelle Basis der gesamten darauf aufbauenden Ich-Entwicklung. Das Kind, das die Zu-

wendung der Mutter jedoch lebensnotwendig braucht, wird gezwungen, passiv in dieser archaisch symbiotischen Abhängigkeit von der Mutter bzw. deren Ersatz zu verharren. Jede Veränderung und Erweiterung zwischenmenschlicher Erfahrungen wird von der Mutter unbewußt aus Angst vor dem Verlust der eigenen diffusen Grenzen verboten. Das Kind verinnerlicht dadurch eine unabgegrenzte partiell idolisierte Vorstellung von sich selbst und der Mutter. Es entsteht kein „intermediärer Lebensraum" (*Winnicott*, 1953), in dem Omnipotenzphantasien spielerisch an der Realität überprüft und im eigenen Recht differenziert werden können. Die auf rigide festgelegten Kanälen funktionierende zwischenmenschliche Kommunikation führt zur Lückenhaftigkeit und zum Bruch der Kontinuität und verhindert eine lebendige und verläßliche Ich- und Objekterfahrung. An die Stelle der intersubjektiv sich allmählich entwickelnden und stabilisierenden Ich-Grenzen, verbunden mit einem kohärenten Ich-Gefühl (*Federn*, 1952), treten unverbundene ritualisierte Pseudokontakte, die eine entsprechend diffuse undifferenzierte Struktur hinterlassen. Eine archaische Vernichtungsangst bleibt latent immer vorhanden. Eine solche, bereits an der Basis geschädigte Ich-Struktur hat, nach *Ammon*, zur Folge die Lähmung bzw. Deformation aller zentralen Ich-Funktionen. In erster Linie betroffen sind die Ich-Funktionen der konstruktiven Aggression und Angst als primär dynamisch wirksame Momente der gesamten Ich-Entwicklung. Dann die Ich-Funktion der Kreativität, der Sexualität, die Ich-Funktionen der Ich-Autonomie und der Ich-Regulation in ihrer Interdependenz und damit, in übergeordneter Weise, die Ich-Identität. Eine besondere Bedeutung kommt in diesem Krankheitsbild der Deformation der zentralen Ich-Funktion der Sexualität zu, da sie im Symptomverhalten im Vordergrund zu stehen scheint. Ich möchte darauf näher eingehen. *Khan* (1964, vgl. auch *Schmideberg*) hat in seinen Untersuchungen herausgestellt, daß die libidinöse Beziehung in der sexuellen Perversion auf der Aktivität als solcher liegt, die er als „Technik der Intimität" bezeichnet hat. Dabei kommt es bestenfalls zum lustvollen Austausch von Intimitäten, in der *Khan* eine Ausbeutung der Erotik zum Zwecke der manischen Abwehr gegen Verlassenheit und Angst sieht. Das Ausagieren ist der Mechanismus zur Realisierung der „Technik der Intimität".

Die Mutter und in ihrer Nachfolge das Ersatzobjekt – das kann ein Partnerkomplize, ein lebloses Objekt, z.B. ein Fetisch oder auch ein Teil des Körpers sein – wird dabei in narzißtischer Weise überbewertet. Die Aktivität stellt die zwanghaft wiederholte Suchbewegung nach einer gelingenden Objektbeziehung, ursprünglich der Sehnsucht nach der Verschmelzung mit der Mutter in der Symbiose dar. Die Erfüllung, d.h. besonders aber die Differenzierung dieser Sehnsucht, die erotische Qualität hat, ist blockiert durch die existentielle Angst vor der totalen Abhängigkeit von der Mutter, die einer Auflösung aller Grenzen gleichkäme. Die Mutter hat in ihrem Kind ein von ihr gemachtes Geschöpf gesehen, d.h. als einen Teil ihrer selbst. Sie war dadurch unfähig, das Kind als Person im eigenen Recht anzuerkennen und ihm

bei der Lösung aus der Symbiose den notwendigen Schutz und die Abgrenzung zu ermöglichen.

Die einem unbewußten Wiederholungszwang unterliegende, immer wieder in Szene gesetzte Dynamik des Suchens, verbunden mit der emotionalen Unfähigkeit einer wirklichen Kontaktaufnahme, dient letztlich in archaischer Weise der Abwehr vor der völligen Vereinsamung und Isolierung ebenso wie der Abwehr einer psychosenahen Angst, alle Grenzen zu verlieren und verschlungen zu werden. Das Symptomverhalten ist ein im Grunde hilfloser und ohnmächtiger Versuch der mißglückten Anpassung an die zwischenmenschliche Realität, als Schutz vor der völligen Selbstaufgabe, dem Suizid.

Die im Vordergrund der Symptomatik stehende zwanghafte Sexualisierung weiter Erfahrungs- und Ich-Bereiche, häufig des gesamten Lebensstiles, ist somit nicht ein Ausdruck einer besonders starken sogenannten sexuellen Triebhaftigkeit, sondern stellt einen Kompensationsversuch des strukturellen Defizits dar und ist Ausdruck der Deformation und Verkrüppelung der Ich-Funktionen der Sexualität in ihrem gestörten Zusammenwirken mit allen übrigen zentralen Ich-Funktionen. Die Sexualität hat in diesem pathologischen Beziehungsgefüge die Qualität einer zwischenmenschlichen Beziehungsaufnahme, die zu einem echten und lebendigen interpersonellen Austausch führt und damit eine wechselseitige Ich-Erweiterung und Ich-strukturelle Reifung ermöglicht, nie erhalten können. Sexuelle Äußerungen dieser Art resultieren aus einer pervertierten Beziehung zum eigenen Ich und zu den Objekten. Sie sind entstanden aus einer ursprünglich unpersönlichen und im zwischenmenschlichen Sinn lieblosen Haltung der Mutter und stellen reaktiv eng begrenzte und in anonymer Weise erstarrte Gesten in Richtung einer Objektbeziehung dar. Das ursprüngliche Objekt, die Mutter, war in vollem menschlichen, emotionalen Sinn, d.h. mit eigenen Grenzen und eigener Identität, nicht zur Verfügung, sondern sie hat umgekehrt in perverser Weise über das Kind verfügt wie über einen Teil von sich selbst.

So ist die verführerisch anmutende Pseudonähe im perversen Ritual im tiefsten Sinn gerade entgegengesetzt ein Zeichen der Preisgabe von Intimität und der Unfähigkeit zur Differenzierung zwischen Ich und Objekten. Das perverse Ritual dient der Kontakt- und Angstabwehr. Die Sexualisierung ist ein entstellter bzw. pervertierter Ausdruck des elementaren Bedürfnisses nach menschlicher Nähe und Zuwendung auf der Körperebene. Die gesamte Ich-Struktur ist diffus und undifferenziert und, wie bereits erwähnt, an der Basis ihrer Entstehung, den Körper-Ich-Grenzen, defizitär geblieben, als Niederschlag einer primär unzureichenden und unzuverlässigen narzißtischen Unterstützung und Bestätigung in der Erfahrung mit der Mutter und der Gruppe. Daraus folgt, und das ist noch einmal zu betonen, daß keinesfalls die Ich-Funktion der Sexualität allein gestört ist, sondern daß ebenso in Interdependenz dazu alle übrigen zentralen Ich-Funktionen beeinträchtigt sind, wie im besonderen die konstruktive Aggression, die Angst, die Ich-Regulation,

Ich-Autonomie und Kreativität. Hervorstechend ist auch die sich dynamisch daraus ableitende Starrheit und Brüchigkeit der Ich-Grenzen und die emotionale Verarmung im Sinne einer echten Erfahrungsunfähigkeit.

Die zwanghaft praktizierte, entpersönlichte Sexualität trägt einen Als-Ob-Charakter und ist auf dem Hintergrund einer undifferenziert gebliebenen fragmentierten Ich-Identität häufig die einzige Möglichkeit, sich in diesem Ausschnitt dennoch existent fühlen zu können. Das Symptomverhalten ist insofern im Grunde das einzige einigermaßen mögliche Kommunikationsangebot und die einzige Ebene, auf der in der frühen Kindheit die lebensnotwendige narzißtische Bestätigung erfolgt ist.

Wenn man sich das dahinterliegende Ausmaß des Ich-funktionellen und Ich-strukturellen Defizits vor Augen hält, wird der häufig zu beobachtende Zusammenhang oder Übergang zur psychosomatischen Reaktion, Depression oder Suchterkrankung bis hin zur psychotischen Reaktion verstehbar. Den archaischen Ich-Krankheiten liegt generell eine defizitäre Körper-Ich-Struktur zugrunde. In der psychosomatischen Reaktion, darauf hat *Ammon* (1973) hingewiesen, wird der kranke Körper vom Patienten als Nicht-Selbst-Objekt erlebt, zu dem er im Sinne der perversen Interaktion eine Beziehung der Intimität herzustellen versucht, in der er dieses Nicht-Selbst-Objekt als Teil seines Selbst erleben kann. Der Partnerkomplize des Psychosomatikers ist sein eigener Körper. Er kann einerseits als nicht zum Ich gehörig wahrgenommen werden (z. B. das Magengeschwür wird behandelt, nicht der Mensch), er kann andererseits als eigene Hervorbringung erlebt werden (z. B. der Patient erhält in der Behandlung seiner Krankheit eine unpersönlich abgespaltene Zuwendung, die er als nazißtische Bestätigung auf sich selbst beziehen kann). In dieser Dynamik kommt die tiefe Ohnmacht, echte menschliche Beziehungen aufzunehmen, zum Tragen.

Die Nähe zur Depression, Suchterkrankung bis hin zur psychotischen Desintegration ist darüber hinaus in der emotionalen Starrheit und Erfahrungsunfähigkeit sowie der suchtartig und zwanghaft gesuchten Objektbeziehung und der ebenso zwanghaft erfolgenden Kontaktabwehr bis hin zur destruktiv aggressiven Zerstörung jeglichen Beziehungsangebotes.

2. *Therapie*

Entgegen dem in der traditionellen Verwahrpsychiatrie vorherrschenden Pessimismus im Hinblick auf solche Krankheitsbilder, der ebenso auch von der orthodoxen Psychoanalyse geteilt wird, vertritt die Dynamische Psychiatrie in Theorie und Praxis den Standpunkt der psychotherapeutischen Behandelbarkeit. Im Zentrum, ambulant wie stationär, steht das Ich-strukturelle Arbeiten (*Ammon,* 1977). Dies bedeutet eine Auseinandersetzung mit der ganzen Person des Patienten und gleichermaßen auch den vollen Einsatz des Therapeuten als ganzer Person unter Einbeziehung des umgebenden Mi-

lieus einer Praxis bzw. Klinik. Die entscheidenden Kriterien des Ich-strukturellen Arbeitens sind von *Ammon* (1978) entwickelt worden. Es geht darum, daß im Zuge eines nachholenden Ich-aufbauenden therapeutischen Prozesses eine Korrektur der deformierten Ich-Strukturen auf funktionaler, psychodynamischer und damit auch struktureller Ebene ermöglicht werden kann. Im Schutze des therapeutischen Bündnisses, im Hier und Jetzt der aktuellen Auseinandersetzung zwischen Patient, Therapeut und Gruppe können neue Erfahrungen und deren Verinnerlichung bereitgestellt und ermöglicht werden. Dadurch erlebt der Patient weitgehend zum ersten Mal in seinem Leben echte Zuwendung, Annahme und Verständnis seines Bedürfnisses nach Identität. So geht es zunächst vorrangig um das Entdecken und Verbünden mit den gesunden Ich-Anteilen. Auf diese Weise erfährt der Patient von Anfang an, daß er als Person respektiert wird und daß er, soweit wie möglich, als selbstverantwortlich aktiver Partner an der therapeutischen Arbeit beteiligt ist. Der Therapeut muß seinerseits seine gesamte bewußte und unbewußte Sensibilität einsetzen, was mehr ist als nur Verstehen, um aktiv die therapeutische Situation zu schaffen und aufrecht zu erhalten, wobei er vorübergehend auch bestimmte Ich-Funktionen für den Patienten übernehmen muß.

Die eigentliche Basis der Kommunikation liegt also jenseits allen Symptomverhaltens in der unmittelbaren menschlichen Präsenz von Therapeut, Patient und Gruppe.

Die Strategie der psychotherapeutischen Behandlung meines Patienten, Herrn E., begann mit der Einzeltherapie. Sie wurde dann nach eineinhalb Jahren erweitert durch die psychoanalytische Gruppenpsychotherapie. Eingebettet in diese kombinierte kontinuierlich durchgeführte Einzel- und Gruppentherapie war eine dreiwöchige Milieutherapie in der Tagesklinik Stelzerreut für intensive Gruppenpsychotherapie (Bayerischer Wald). Das Behandlungsspektrum dieser ambulant stattfindenden Psychotherapie umfaßt die wesentlichen therapeutischen Situationen, die auch stationär in einer dynamisch-psychiatrischen Klinik bereitgestellt werden, mit dem Unterschied, daß der Patient in der ambulanten Behandlung in der Lage sein muß, seine reale Lebenssituation außerhalb weitgehend selbstverantwortlich gestalten zu können. Als umgebendes Milieu der ambulanten Behandlung stand darüberhinaus das Ausbildungsinstitut, mit dem meine Praxis räumlich verbunden ist, zur Verfügung.

Ich möchte den therapeutischen Prozeß unter folgenden Gesichtspunkten darstellen:

– Die Auswirkung des Ich-strukturellen Defizits im Hier und Jetzt der therapeutischen Beziehungen. Dabei soll die Qualität der defizitären Ich-Funktion deutlich gemacht werden.

– Die im Verlauf der Therapie bereitgestellten Möglichkeiten zu Ich-aufbauenden und damit neuen Erfahrungen im Sinne der nachholenden Ich-Entwicklung und ihre Ich-strukturelle Wechselwirkung.

– Die besondere Art des Widerstandes gegen Veränderungen in den verschiedenen therapeutischen Settings und der Versuch, diese archaische Form der Abwehr übergreifend zu integrieren.

Zur Lebensgeschichte und Psychodynamik möchte ich noch ergänzend zu dem bereits Erwähnten vorausschicken: Der Patient wuchs unter dem Einfluß einer streng von der katholischen Religion her bestimmten Erziehung auf. Die Atmosphäre des Wallfahrtsortes, seines Geburtsortes, in der in einer religiös mystifizierenden und idealisierenden Weise das Urbild der Mutter in der Marienverehrung ständig präsent war, ist unter gewissen Aspekten als eine zusätzlich von außen kommende Verführungssituation anzusehen. Die Verehrungszeremonien, an denen die ganze Familie regelmäßig teilnahm, riefen im Patienten starke sehnsüchtige Gefühle wach, die er traumhaft, wie einen ungeheuren Sog erlebt hat. Er erinnerte, daß er als Kind oft stundenlang an den Stationen des Kreuzweges oder auf Treppenstufen gesessen hat und versuchte, erwachsenen Frauen unter den Rock zu schauen. Dabei hatte er religiöse und sexuelle Phantasien, verbunden mit starken Schuldgefühlen. Seine Mutter beschreibt er ähnlich idealisiert wie die Mutter Gottes als das „Urbild einer Mutter" und war unfähig, die Beziehung zu ihr zu differenzieren oder bestimmte Erfahrungen zu erinnern. Im Widerspruch dazu, emotional abgespalten, steht das Gefühl, mit Eintritt in die Schule völlig im Stich gelassen worden zu sein. Niemand habe ihn verstanden. Sein Lebensgefühl in der Schulzeit und in der Pubertät charakterisiert er dementsprechend: Er habe mehr dahinvegetiert als gelebt. Seine ganze Wut richtet sich gegen den Vater, der erst nach dem 5. Lebensjahr des Patienten in die Familie zurückkam. Die Mutter lebte in einer inzestuösen, tabuisierten Beziehung mit ihrem eigenen Vater zusammen, der das eigentliche Oberhaupt der Familie war. Der Patient erlebte seinen Vater als völlig unterdrückt von Großvater und Mutter, wie einen leblosen Gegenstand zurückgezogen und sprachlos, der sich nahtlos in den Familienablauf einfügte. Im Zusammenhang mit der inneren Beziehungslosigkeit, tiefen Minderwertigkeitsgefühlen und einer großen Angst vor jeglichen sozialen Kontakten nach außen war er unfähig, später normale sexuelle Beziehungen zu Frauen aufzunehmen. Er geriet immer wieder in sexuell sehr stimulierende, oft stundenlang andauernde Verführungssituationen, zum Teil mit verheirateten Frauen, aus denen er dann letzten Endes mit panischer Angst, ohne sprechen zu können, flüchtete. Auf beruflicher Ebene erlebte er ebenfalls wiederholt Mißerfolge und schloß mit viel Mühe eine Tischlerlehre ab, bis er schließlich mit 18 Jahren seine Geburtsstadt verließ, um in eine 500 km entfernte Stadt zu gehen. Nach der abrupten Lösung aus der symbiotischen Verklammerung mit der Mutter reagierte er mit völligem Kontaktrückzug und wurde zum ersten Mal als Exhibitionist straffällig. Dazu entwickelte er alternativ eine schwere Magenerkrankung. Einige Jahre später kehrte er tiefenttäuscht, voller Selbstverachtung und resigniert in seine Heimatstadt zurück. Die Ehe, die er dann einging, brachte ihm eine gewisse, besonders in sozialer Hinsicht, Stabilisierung. Hinter der

äußeren Fassade des In-Ordnung-Seins entwickelte sich eine Versorgungsgemeinschaft, in der die Ehefrau die Rolle der Mutter einnahm, für Ordnung sorgte und den Patienten verwaltete. Auf emotionaler und sexueller Ebene ist die Beziehung für beide Partner völlig frustrierend. Es gelang ihm allerdings in den ersten Jahren seiner Ehe, sich beruflich weiterzubilden, eine Fachschule zu besuchen und dann als Ingenieur in einem angesehenen Baubüro mehrere Jahre zu arbeiten. Dort wurde er im Zuge der Baukrise nach einigen Jahren entlassen.

Das Symptomverhalten des Exhibitionismus, der psychosomatischen Reaktion und zeitweiliger Zustände einer tiefen psychischen Lähmung aller Aktivitäten setzte sich in der Zeit seiner Ehe fort, ohne daß er adäquate Hilfe finden konnte, sondern im Gegenteil auf dieser Ebene immer wieder verlassen wurde.

a) *Einzeltherapie*

Als Herr E. in die Therapie kam, lebte er zwar in äußerlich geordneten Verhältnissen, menschlich befand er sich jedoch in einem desolaten, hoffnungslos vereinsamten Zustand. Sein gepflegtes Aussehen, verbunden mit einer stereotypen Höflichkeit machte einen oberflächlichen Kontakt sofort möglich. Herr E. bot sich in einer völlig passiven Haltung als Objekt einer Behandlung an, die ich nun mit ihm machen sollte. Er berichtete zunächst ohne emotionale Beteiligung seine Krankengeschichte. Auffallend war dabei, daß er keinerlei Differenzierungen zwischen Gedanken, Gefühlen und Handlungen äußern konnte. Die Atmosphäre, die von ihm auf nonverbaler Ebene ausging, war die einer scheinbaren Vertrautheit und einer gewissen Klebrigkeit, die jäh endete, wenn er das Zimmer am Ende der Sitzung mit einer Verbeugung verließ. Die Dynamik der pathologisch undifferenziert gebliebenen Symbiose stellte sich bereits in den ersten Sitzungen her. Es entstand eine Atmosphäre der Pseudointimität, in die er mich nahtlos mit einbezog. Dabei wechselte das Gefühl einer großen Nähe und Direktheit zu mir abrupt mit Phasen, in denen er über sich selbst wie über einen Gegenstand verbal und nonverbal kommunizierte oder völlig in sich zusammenfiel und schwieg. In meiner Gegenübertragung spürte ich einerseits die intensive Aufforderung, in sein Symbioseangebot einzusteigen, das Bedürfnis nach körperlicher Nähe und andererseits sein tiefes Mißtrauen und seine Resignation. Es war zunächst nicht möglich, im Sinne eines intermediären Raumes Bedürfnisse und Gefühle in der therapeutischen Situation wahrzunehmen, zu differenzieren, um dann in einem gegenseitigen Austausch deren Entstehung und aktuelle Bedeutung im Hier und Jetzt zu untersuchen. Die Forderung stand unausgesprochen im Raum, daß Bedürfnisbefriedigung konkret und sofort erfolgen müsse auf einer infantilen oralen Ebene im körperlichen Bereich. Real stellte sich diese Dynamik so dar, daß der Patient in der Anfangszeit häufig etwas zum Essen mitbrachte, Schokolade und Kekse, die er mit anbot. Dabei rückte er nahe heran, sah mich unablässig an und lächelte. Ich

fühlte mich zugleich umsorgt und schachmatt gesetzt. Diese verführerische Situation, verbunden mit der unterwürfig wirkenden Höflichkeit und Liebenswürdigkeit des Patienten, hatte einen magischen Charakter, um mich unbeweglich zu machen und kontrollieren zu können. Damit war die Dynamik der frühen Mutter-Kind-Symbiose in Szene gesetzt, wobei der Patient sich offensichtlich unbewußt mit der Mutter identifizierte und mich in die Abhängigkeit drängte. Zugleich bedeutete sein Verhalten aber auch Abwehr gegen die Angst, seine eigenen Abhängigkeitsbedürfnisse wahrzunehmen oder anders ausgedrückt, den ins Gegenteil verkehrten Wunsch, mir alle Verantwortung für sich und sein Leben zu übergeben und selber dabei passiv ohne Eigenaufwand verharren zu können. Verbunden war damit die Tendenz, mich zu idealisieren, d.h. mich unerreichbar zu machen und als realen Menschen zu ignorieren.

Ich versuchte zunächst, ein Stück weit das dem Patienten mögliche Angebot anzunehmen, darauf einzugehen und bemühte mich jedoch, immer mit dem beobachtenden Teil meines Ichs Schritt für Schritt die augenblickliche Situation, besonders auch das nonverbale Verhalten zu verstehen und auszudrücken und nicht überfürsorglich ihm alle Verantwortung abzunehmen. Indem ich mich für alle Bemühungen und Aktivitäten des Patienten in seiner realen Lebenssituation, die sozusagen die Funktion von dritten Objekten bekam, interessierte, wurde es dem Patienten möglich, mehr zu sprechen. Ein erster Durchbruch aus der lähmenden Passivität gelang, als der Patient eigene Architekturpläne mit in die Sitzung brachte, sie in meinem Zimmer ausbreitete und die er dann mit mir gemeinsam „fachmännisch" untersuchte. Keiner dieser Pläne war mit seinem eigenen Namen unterzeichnet. Dieses Ereignis war sehr wichtig, weil es für den Patienten eine narzißtische Bestätigung war und von ihm im Nachhinein als eine Exhibition seiner gesunden Ich-Anteile erkannt werden konnte. Er hatte in mir einen Partner erlebt, der sich interessierte, Fragen stellte, Zustimmung, aber auch Kritik äußerte. Damit hatte ich einen wesentlichen Baustein für das therapeutische Bündnis erhalten.

Nach etwa einem Jahr Einzeltherapie kam es dazu, daß ich ein Gerichtsgutachten erstellen mußte. Mit dieser Aufgabe hatte ich praktisch alle Verantwortung für das weitere Schicksal des Patienten übernommen. Einerseits bedeutete das die Erfüllung seiner infantilen Wünsche, andererseits löste die Realität der Gerichtsverhandlung extreme Vernichtungsängste aus und kam einer Aufhebung aller bis dahin erreichten Grenzen gleich. Er flüchtete sich kurz vor dem Termin in eine ernste psychosomatische Reaktion, ein schweres Magenbluten und mußte für mehrere Wochen stationär behandelt werden. Nach der erfolgreich verlaufenen Gerichtsverhandlung reagierte der Patient anfänglich sehr dankbar, dann aber zunehmend mißtrauischer mir gegenüber. Die reale Qualität der Beziehung und die Forderung, sein Symptom aufzugeben als ein Stück Abgrenzung und Differenzierung seines Ichs, machte ihm große Angst, die er allmählich äußern konnte. Nach der Bearbeitung eines Teils seiner Existenzängste und der befürchteten Abhängigkeit

von mir, äußerte der Patient den Wunsch, zusätzlich in eine meiner therapeutischen Gruppen zu kommen. Im Laufe der kommenden Monate bereiteten wir die Erweiterung der therapeutischen Situation auf eine kombinierte Einzel- und Gruppentherapie vor. Im Schutze des Bündnisses der Einzeltherapie wurde es ihm möglich, sich in diese Gruppe zu begeben. Die für ihn wichtigste Erfahrung war dabei, zeitweilig Angst bewußt zu erleben. In diese Zeit fiel die Aufgabe des Symptoms des Exhibitionismus.

Der wesentliche Punkt des ersten Abschnittes der Psychotherapie ist darin zu sehen, daß der Patient im Hier und Jetzt der therapeutischen Situation die Dynamik seiner defizitären Symbiose in ihrer spezifischen Dynamik besonders auch nonverbal unbewußt in Szene gesetzt hat. In der Stereotypie seines Verhaltens wurde die Diffusität seiner verschwommenen Ich-Grenzen deutlich. Die Deformation der Ich-Funktionen zeigte sich in der Unfähigkeit, Angst zu erleben und sich aktiv aggressiv auseinanderzusetzen im eigenen Recht, Frustrationen wahrzumachen, sie zu ertragen und zu regulieren. Das machte seine infantile Hilflosigkeit und Ohnmacht sich selbst und anderen Menschen gegenüber offen sichtbar. Auf diesem Hintergrund bedeutet die sexuell anmutende Geste des Exhibitionismus eine hilflose, in anonymer Weise erstarrte Geste, ein Ruf nach dem Blick der Mutter, um sich in ihren Augen existent fühlen zu können. Pervers ist daran, daß im Moment der exhibitionistischen Geste in der Wiederholung des frühkindlichen Wunsches und gleichzeitiger extremer Verlassenheitsangst kein realer Kontakt zustandekommen darf. Die Zurschaustellung des Penis dient nicht der Anlockung, sondern der Abschreckung. Der andere soll sich fürchten, damit der Patient sich nicht selber zu fürchten braucht, sozusagen als Identifikation mit dem Aggressor, ursprünglich der verführerischen Mutter, die sich ebenfalls angeboten hat, ohne als Mensch etwas geben zu können.

In der therapeutischen Arbeit war es möglich, diese Symbiose ein Stück weit zuzulassen, mit einzusteigen und damit das Symptomverhalten verstehbar werden zu lassen, um dann aber als aktiver Partner die Starrheit der Pathologie zu durchbrechen. Echtes Interesse und Anteilnahme sind eine neue Erfahrung und ermöglichen eine Abgrenzung aus der Symbiose dadurch, daß sich der Therapeut als Mensch mit eigenen Grenzen und Identität erweist und in der nachholenden Ich-Entwicklung den Schutzraum bereitstellt, in dem Gefühle wahrgenommen und allmählich differenziert werden könne. Der Wunsch des Patienten, zusätzlich in eine therapeutische Gruppe zu wollen, ist ein Ausdruck dieser ersten Differenzierung seiner Ich-Struktur.

b) *Gruppentherapie*

Herr E. wurde von der Gruppe, die ich zusammen mit einem Co-Therapeuten leite, freundlich aufgenommen. Seine ängstliche Haltung und äußerst leises Sprechen forderte von der Gruppe die totale Aufmerksamkeit. Diese Zuwendung, die er zunächst auch erhielt, löste große Angst in ihm aus. Er begann, die Realität der Gruppe ins Gegenteil zu verkehren und erlebte in der

Übertragung die Gruppenmitglieder genauso abweisend und leblos wie seine Primärgruppe. Dies konnte er aber nur in der Einzelsituation mir gegenüber äußern, während er in der Gruppe zunehmend schwieriger wurde, zu spät kam und öfters fehlte. Dabei beteuerte er aber immer wieder, wie wichtig die Gruppe für ihn sei. Mit Hilfe der Abwehrmechanismen der Projektion und Verleugnung in der Gruppe und des Splittings zwischen Einzelsituation und Gruppensituation stellte sich ein labiles, gerade eben erträgliches Gleichgewicht her. Die Einzelstunden waren wie ein fester Anker der Kontinuität des Verstandenwerdens und des Schutzes, um nicht fliehen zu müssen vor seinen verinnerlichten destruktiven Objekten, die er in den Gruppenmitgliedern wiedererlebte. Er inszenierte tendenziell immer wieder den Rausschmiß aus der Gruppe, jedoch gleichzeitig den Appell an mich, ihn zu halten und vor dem Co-Therapeuten und den Gruppenmitgliedern zu schützen. Dies setzte er einmal psychodramatisch in Szene, als er nach einer aggressiven Auseinandersetzung mit dem Co-Therapeuten aus der Gruppe flüchtete. Ich kam an diesem Tag später in die Sitzung, so daß der Patient mir auf dem Flur direkt in die Arme lief und wir zusammen in die Sitzung zurückgingen, wo er sich beruhigen konnte. Die Auseinandersetzung mit seinen verinnerlichten Objekten bedeutete einen enormen Streß für seine diffusen Ich-Grenzen. Die Bearbeitung dieser Seite der Gruppenerfahrung fand in erster Linie in den Einzelstunden statt, während im Mittelpunkt der Gruppenarbeit die Konfrontation mit seinen verschiedenen Widerstandsformen steht. Die Gruppe läßt ihn dabei entgegen seiner Provokation nicht fallen, sondern geht immer wieder direkt auf ihn zu in aggressiver und empathischer Weise und versucht, ihn zu erreichen. Lange Zeit blieben die Einzelnen für ihn außerhalb der Sitzung nur sehr verschwommen in Erinnerung, er vergaß ihre Namen bis auf wenige Ausnahmen. Aufschlußreich ist es, daß er sich besonders eng verbunden fühlte mit einem paranoid psychotisch reagierenden Gruppenmitglied. Er bewundert, daß dieser Patient in sehr differenzierter hellsichtiger Weise seine eigenen Gefühle und die der anderen erkennt, ausspricht und zeitweilig in primärprozeßhafte grenzenlose Zustände gerät, die er im Schutz und mit Hilfe der Gruppe und der Therapeuten darstellen und wieder regulieren kann. Dieser Mitpatient ist somit auch der Sprecher für das Chaos in Herrn E., für das er aufgrund seiner starren Abgrenzung nach außen keine Worte finden kann. Nach intensiven emotionalen Gruppensitzungen berichtet er wiederholt, daß er dies nur auf der Körperebene spüren könne.

Bei den weiblichen Mitpatientinnen fühlt er sich hingezogen zu einer anorektischen infantilen jungen Frau, um die er sich fürsorglich, besonders außerhalb der Sitzungen, kümmern möchte und sie gerne auf oraler Ebene versorgen würde. Bei den ersten Anzeichen eines Flirts ihrerseits ergriff er allerdings die Flucht.

c) *Milieutherapie*

In der Gruppe wurde immer wieder das Problem seiner Arbeitslosigkeit angesprochen. Die Entlassung aus dem Baubüro stellte eine schwere narzißtische Kränkung für Herrn E. dar. Er reagierte darauf mit einem Rückzug in seine Omnipotenzphantasien. Die Diskrepanz zwischen seiner in der Phantasie ausgemalten Vorstellung, ein großer Architekt zu sein und seinen realen Möglichkeiten, die auch aufgrund seiner Vorbildung begrenzt sind, wurden immer größer, so daß er zwei Jahre lang nicht in der Lage war, eine Arbeit zu finden. In diese Phase fiel die Zeit der Milieutherapie. In der analytischen Milieutherapie, so wie *Ammon* (1959, 1973) sie entwickelt hat, deckt sich für einen bestimmten Zeitraum die reale Lebenssituation mit der therapeutischen Situation. Die Gestaltung des ganzen Tagesablaufes wird von der Gruppe gemeinsam mit dem Therapeuten besprochen und realisiert. Die Vielfalt der anfallenden Aufgaben ermöglicht den einzelnen Patienten entsprechend ihren Bedürfnissen, Interessen und Fähigkeiten, sich auf verschiedenen Ebenen zu entfalten, Anerkennung zu finden, ebenso natürlich auch die eigenen Grenzen zu erfahren. In täglichen Gruppensitzungen wird dieser Erfahrungsprozeß laufend reflektiert und bearbeitet. Die gemeinsame Aufgabe der Gruppe ist ein Arbeitsprojekt, das von der Gruppe in den vorbereitenden Sitzungen geplant, organisiert und dann an Ort und Stelle durchgeführt wird.

In diesem milieutherapeutischen Einsatz bestand das gemeinsame Projekt in dem Bau eines Blockhauses. Als Herr E. als Fachmann angesprochen wurde, verweigerte er sich und wollte die Verantwortung für die Planung und den technischen Ablauf des Projektes nicht übernehmen. Im geheimen aber fühlte er sich die gesamte Zeit über als der eigentliche Leiter und rivalisierte in seiner Phantasie mit dem Projektleiter und dem Therapeuten.

Die Auseinandersetzung mit seinen Omnipotenzgefühlen und den tiefen Minderwertigkeitsgefühlen bzw. mit der mit existentieller Angst erlebten Forderung der Gruppe und der Therapeuten, eine Identität zu zeigen, berührte den zentralen Konflikt seines Lebens: Seine Möglichkeiten der Selbstverwirklichung und die Kommunikation darüber mit der Gruppe. Er setzte unbewußt alles in Bewegung, um die Fertigstellung des Hauses zu verhindern. Ebenso große Angst machte ihm die Ebene der Echtheit und Unmittelbarkeit in der zwischenmenschlichen Auseinandersetzung mit dem Therapeuten und der Gruppe. Schon in den Vorsitzungen nahm er Kontakt zu einem weiblichen Gruppenmitglied auf, den er sexualisierte, um in dieser ihm vertrauten Atmosphäre seine Angst besser abwehren zu können. Das Verbot, für den Zeitraum der Milieutherapie direkten sexuellen Kontakt aufzunehmen, schützte ihn zugleich vor der Realisierung.

Die Qualität dieser Beziehung und ihre Funktion wurde von der Gruppe wahrgenommen und ausgesprochen, was von Herrn E. als narzißtische Kränkung erlebt wurde. Mehrfach versuchte er sich autistisch abzukapseln, legte sich in die Badewanne oder ins Heu, um seine Körpergrenzen wiederzufinden, wenn die anderen auf ihn warteten. Er wurde von der Gruppe aber

nicht alleine gelassen, sondern immer wieder zurückgeholt und erreicht. Dieser Prozeß war für Herrn E. zeitweilig ein Kampf auf Leben und Tod. Im nachhinein wurde klar, daß der reale Bau des Hauses mit Grenzen auf der symbolischen Ebene eine Trennung aus der Symbiose mit der omnipotent phantasierten Mutter bedeutete, auf die er mit extremer Angst und Destruktivität reagierte. In der nachfolgenden Zeit der Einzel- und Gruppentherapie konnte diese Dynamik weiter bearbeitet werden. Als ein entscheidender, heftig umkämpfter Schritt der Abgrenzung und Identitätsfindung war es Herrn E. möglich, sich ein viertel Jahr später um eine Stelle zu bewerben, die er bekam und auch angetreten hat. Die Aufgabe seiner Omnipotenzphantasien und illusionären Grenzenlosigkeit der frühkindlichen Symbiose wurden von ihm zunächst als schwerer Verlust erlebt und mit Trauer und Aggression beantwortet. Er versuchte, sich dieser Frustration immer wieder zu entziehen und reagierte kurzfristig mit einem psychosomatischen Rückzug. In dem Moment jedoch, wo er wieder eine soziale Existenzberechtigung hatte, über eigenes Geld verfügte, von der Gruppe und den Therapeuten anerkannt wurde, konnte er auch seine übrigen Lebensumstände ändern. Zum ersten Mal in seinem Leben wagte er es, sich eine eigene Wohnung am Arbeitsort zu mieten und diese einzurichten. Seine Ehefrau besuchte er am Wochenende. Beide versuchen, aus dieser Distanz heraus ihre Beziehung zueinander zu klären, was sehr schwierig ist.

Ebenso hat er zum ersten Mal in seinem Leben das Gefühl, in der Beziehung zu der Mitpatientin, die sich nach Beendigung der Milieutherapie und der damit verbundenen Aufhebung des sexuellen Tabus vertiefte, eine echte Freundschaft begonnen zu haben. Dieses Erlebnis der echten wechselseitigen emotionalen Beteiligung mit eigener Identität ist zur Zeit noch sehr brüchig. Insgesamt ist jedoch ein wichtiger Schritt im Aufbau der Persönlichkeit erreicht, den ich einmal darin sehe, daß solche zwischenmenschlichen Erfahrungen überhaupt gewagt werden auf dem Hintergrund der Unterstützung durch die Therapie und zum anderen darin, daß die destruktive Aggression nach innen und nach außen besonders in der Gruppenpsychotherapie offener zutage tritt und erkannt werden kann, während in der Einzeltherapie die Bearbeitung der damit verbundenen Angst im Vordergrund steht. Es ist für den Patienten möglich geworden, Gefühle auch jenseits der unmittelbaren Körperebene zu erleben und sich damit auseinanderzusetzen. Das weitere Bemühen läuft dahin, das z.Z. noch notwendige Splitting der Gefühle in der Übertragung zwischen Einzel- und Gruppentherapie allmählich zu integrieren und die Ich-Autonomie und Regulation zu stärken, um damit die Identitätsentwicklung weiterhin aufzubauen.

Abschließend möchte ich noch einmal betonen, daß das Grundprinzip des Ich-strukturellen Arbeitens im unmittelbaren Kontakt mit der gesamten Person des Patienten und wechselseitig dazu auch des Therapeuten besteht. Auf dem Hintergrund einer solchen echten Beziehung wird die pathologische Dynamik des Patienten im Hier und Jetzt der therapeutischen Beziehung real

wieder in Szene gesetzt. Der Therapeut hat dadurch die Möglichkeit, unmittelbar in diesen Dialog einzusteigen und den defizitären verinnerlichten Erfahrungen und der Zerrissenheit der Kontinuität der psychischen Entwicklung neue Erfahrungen entgegenzustellen, zu differenzieren, zu stabilisieren und dem Patienten bei der Integration seines neu entdeckten Potentials im Sinne einer kreativen Identitätsfindung zu unterstützen.

Dynamic Psychiatric Treatment Strategy of „Archaic-Ego-Illnesses" with Regard to the Sexually Perverse Reaction

Ursula Keller

In traditional school psychiatry the so-called „sexual perversions" have been considered as being beyond empathy and understanding: sexual pathology is above all regarded from its symptomatics, the genetic factors and deviation from usual sexual norms are being overemphasized. This approach, but especially the fact that sexual perversions have been regarded as a moral issue has turned out to be an unsurmountable bar against therapeutic treatment.

In contrast to this view the humane approach of Dynamic Psychiatry, as it has been developed by *Günter Ammon*, becomes apparent in the fact, that sexually perverse patients, too, are being accepted in their existential anxiety. This is possible, because their symptoms are considered as expression of an „archaic-ego-illness" *(Ammon)* which can be understood and therefore be treated.

Thus, in her paper the author discusses above all two major issues – her case material concentrating on the life story of an exhibitionist:

1. The concept of illness in Dynamic Psychiatry
2. The corresponding different psychotherapeutic treatment methods

The author refers to a previous paper of hers in which she has discussed the development of psychoanalytic concepts of sexual perversion, starting with *Freud, Abraham, Melanie Klein* and *Khan,* up to *Günter Ammon* and his Dynamic Psychiatry. In this concept sexual perversion proves to be an ego-structural and ego-functional deficit of personality structure originating in a specifically underdeveloped psychodynamics of the primary group. Above all, the mother's emotional care towards her child has concentrated on physical contact in an undifferentiated atmosphere of enjoying the symbiosis on this archaic level, with the mother's unconscious needs being predominating, as she treats her child, as it were, like a „thing created by her" (*Khan*), like a part of her own body which is overcathexed and idolized. She regards her child as an inner and outer object at the same time who is neither allowed to differentiate on other fields of interhuman or ego experiences nor to separate

and demarcate from the phantastic and narcissistic ideal of symbiosis with his mother. Therefore, the child is forced to remain in this archaic dependence without being able to develop ego-boundaries and a coherent ego-feeling of his own. Such an ego-structure which has been damaged as early as at its archaic origins, according to *Ammon* enhances the deformation of all central ego-functions, not only of sexuality but also of creativity, of constructive aggression and of ego-regulation. Consequently, the predominating and compulsory sexualization of far reaching fields of experiences must not be regarded as a deviation of drive development but rather as an expression of distorted search for human care and understanding, the original object of which, however, the mother, never can be reached.

Then the author concentrates on the therapeutic treatment strategies indicated in such cases: a flexible combination of ambulant individual therapy, group therapy and analytical milieutherapy. Therapy starts with providing for the patient a „therapeutic symbiosis" in the dual situation of individual therapy. In the case reported in this paper the author refers to a 37-year-old engineer who several times had incurred penalties as an exhibitionist. All kinds of psychiatric treatment as well as medical methods and an orthodox psychoanalysis had failed or been interrupted until then, concentrating merely on the patient's symptom, without recognizing his underlying sufferings from extreme loneliness and existential anxiety. At the age of eighteen, after leaving his family, the symptom of exhibitionism had become apparent, alternating with severe psychosomatic diseases which resulted in a 2/3 stomach resection. Neither psychiatrists nor physicians had recognized the chaos of menacing psychotic desintegration behind these symptoms. As the author points out, in the first phase of psychoanalytical therapy she started with this patient it was necessary to create an atmosphere of feeling accepted as a whole person, with nonverbal communication and gestures being of great significance. This first attempt of establishing genuine contact several times led to an existential crisis, e.g. to life threatening psychosomatic reactions. Gradually, however, the patient could overcome his initial passivity, his infantile needs of dependence, his pseudo-intimacy with the therapist, his desire to leave all responsibility to the therapy, and his incapability to experience anxiety. The patient's wish to join a therapeutic group can be understood as an expression of differentiating ego-structures and that it had been possible for him to demarcate his own ego-boundaries from those of the therapist. It was in this phase, too, that the patient could give up the symptom of exhibitionism, which had been a helpless and anonymous call for his mother in order to achieve the feeling of existence under her eyes. As the author points out the perverse moment in the exhibitionistic gesture is the fact that in spite of the patient's extreme feeling of abandonment no real contact can be established. The presentation of the penis does not serve to call the other person, but to threaten him, an identification with the early seducing mother, who also had offered herself, without being able to be present as a human person.

Group therapy, then, as second phase in this combined setting of therapy provides a possibility to repeat and to restore early primary group experiences. Being welcomed by the group in a friendly way he was unable to accept this as a reality, but experienced the group as being rejecting like his primary group had been. This confrontation with his internalized objects turned out to be a great stress for his diffuse ego-boundaries; he could utter his anxieties only in the security of individual therapy, these sessions serving as an anchor of continuity and acceptance, which enabled him not to flee from the group and his internalized destructive objects he reexperienced there.

The author, finally, describes milieutherapy as the third factor in combined therapeutic treatment technique for sexual perversion. In milieutherapy, as it has been developed by *Günter Ammon,* for a limited time the whole range and patterns of the patient's experiencing and dealing with reality becomes apparent in all its profound ambivalence and existential anxiety. During this time, the patient referred to in this paper, happened just to have been dismissed from his job as an engineer which was a great narcissistic insult for him. The contrast of feeling in phantasy like a great engineer and being unable on the reality level to take the responsibility for the construction of a block house in milieutherapy became evident and uncovered the central conflict of his life: his way of achieving or not achieving an identity of his own and to communicate about it. Later on it turned out that the construction of the block house symbolized for him the separation from the symbiosis with his mother, on which he could not but react with anxiety and destructive aggression. Still, some time later he could apply for a new job and take it, which meant to give up his phantasies of symbiotic omnipotence. On the one hand he reacted on this with great anxiety, on the other hand, having achieved a social existence, he felt accepted by the group and the therapist in a new way on the reality level.

Summing up it turns out that in group therapy destructive aggression can easier be shown and observed, whereas in individual therapy it is possible to work through the anxieties felt in the group. The total of these mutual experiences on these three levels of individual therapy, group therapy and milieutherapy enables the therapist in the sense of ,,ego-structural-working" (*Ammon*) to help the patient in the integration of his new experienced potentialities: He can enter in the here and now into the dialogue with the patient, offer new experiences instead of the internalized deficitary ones, differentiate them and open creative ways towards finding an identity of his own.

Literatur

Abraham, K. (1924): Anfänge und Entwicklung der Objektliebe. In: Psychoanalytische Studien I (Frankfurt/M. S. Fischer)

Ammon, Günter (1959): Theoretical Aspects of Milieu Therapy. The Menninger School of Psychiatry, Topeka, Kansas, USA.

– (1970): Gruppendynamik der Aggression (Berlin: Pinel-Publikationen)
– (1972): Abrupter Durchbruch destruktiver Aggression als psychiatrisches Problem. In: Beiträge zur gerichtlichen Medizin, Bd. 27 (Wien: Deuticke)
– (1973): Dynamische Psychiatrie – Grundlagen und Probleme einer Reform der Psychiatrie (Darmstadt/Neuwied: Luchterhand)
– (1974): Psychoanalyse und Psychosomatik (München: Piper)
– Hrsg. (1975): Psychotherapie der Psychosen (München: Kindler)
– (1976): Das Borderline-Syndrome – 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
Federn, P. (1952): Ego Psychology and the Psychoses (New York: Basic Books) Dt. Ausg.: Ich-Psychologie und die Psychosen (Bern: Huber, 1956)
Freud, S. (1905): Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie, Ges.W., Bd. V (London: Imago)
– (1915): Triebe und Triebschicksale. Ges.W., Bd. X., a.á.O.
– (1938): Die Ich-Spaltung im Abwehrvorgang. Ges.W., Bd. XVII., a.a.O.
Hartmann, H. (1939): Ich-Psychologie und Anpassungsproblem. In: Int. Z. Psychoanal. (24) 62–135
– (1964): Essays on Ego Psychology (New York: Int.Univ.Press; London: Hogarth) Dt. Ausg. (1972): Ich-Psychologie – Studien zur psychoanalytischen Theorie (Stuttgart: Klett)
Khan, M.S. (1964): The Function of Intimacy and Acting Out in Perversions. In: Slovenko, R. (Ed.): Sexual Behaviour and the Law (Springfield/Ill.: C.C. Thomas)
– (1968): Reparation to the Self as an Idolized Internal Object. In: Dyn. Psychiat. (1) 92–98
– (1972): Der Fetischismus als Selbstverneinung. In: *Pontalis,* J.B. (Hrsg.): Objekte des Fetischismus (Frankfurt/M: Suhrkamp)
– (1974): The Privacy of the Self (London: Hogarth)
Keller, U. (1974): Ich-Spaltung in der Perversion. In: Dyn. Psychiat. (7) 216–230
– (1975): Über die psychodynamische Bedeutung von operativen Interventionen im psychotherapeutischen Prozeß. In: Dyn. Psychiat. (8) 369–385
– (1976): Perverse Reaktionen und Störungen der Objektbeziehungen beim Borderline-Syndrom. In: Dyn. Psychiat. (9) 399–419
Klein, M. (1932): The Psycho-Analysis of Children (London: Hogarth)
– (1960): A Note on Depression in the Schizophrenic. In: Int. J. Psychoanal. (41)
Schmideberg, M. (1956): Delinquent Acts as Perversions and Fetishes. In: Int. J. Psychoanal. (37) 422
Winnicott, D. W. (1953): Transitional Objects and Transitional Phenomena. In: Int. J. Psychoanal. (34) 88–97
– (1965): Ego Distortion in Terms of True and False Self. In: The Maturational Processes and the Facilitating Environment (London: Hogarth Press)
– (1971): Vom Spiel zur Kreativität (Stuttgart: Klett)
– (1976): Kind, Familie und Umwelt (München/Basel: Reinhardt)

Adresse der Autorin:
Dipl.-Psych. Ursula Keller
Carmenstr. 7
4000 Düsseldorf 11

Die Klinik als interpersonelles Feld dynamisch-psychiatrischer Behandlungswissenschaft**

Jan Pohl*

Die Dynamisch-Psychiatrische Klinik für stationäre Psychotherapie in München leitet sich in ihrem Selbstverständnis ab vom Konzept der Dynamischen Psychiatrie, wie es von Günter Ammon und der Berliner Schule der Deutschen Akademie für Psychoanalyse in den letzten zehn Jahren entwickelt worden ist.
Während der jahrzehntelangen Unterbrechung der Bemühungen um eine Integration der Psychoanalyse in die Psychiatrie war die psychiatrische Situation in Deutschland gekennzeichnet durch die Vorherrschaft eines naturwissenschaftlich eingeengten Begreifens psychischer Erkrankungen. Günter Ammon hat ausgehend von seiner psychoanalytisch fundierten Methodologie und einer an der Interdependenz von Ich- und Gruppenentwicklung orientierten Neugestaltung milieutherapeutischer Behandlungsformen einen Entwurf vorgelegt, der die verhängnisvolle Spaltung von Psychoanalyse und Psychiatrie überwindet.
In enger Verbindung mit Günter Ammon und seiner Theorie des Ich-strukturellen Verständnisses archaischer Ich-Krankheiten hat der Autor in München die Dynamisch-Psychiatrische Klinik für stationäre Psychotherapie aufgebaut. Im Schutz und auf der Bühne des hier geschaffenen therapeutischen Milieus ist es Patienten erlaubt, ihre unbewußt gewordenen Konflikte auszuagieren und damit der Beobachtung, Interpretation und letztlich Veränderung zugänglich zu machen. Vor dem Hintergrund der Einsicht in die schweren Ich-Störungen zugrundeliegenden Ich-funktionalen und Ich-strukturellen Defizite wird die Einbeziehung der gesamten Lebenssituation schwer Ich-kranker Patienten in ein therapeutisches Milieu als notwendiger Behandlungsschritt verstehbar.
Der Autor zeigt in dieser Arbeit, daß die zwanghafte Wiederholung konflikthaften und selbstzerstörerischen Agierens aufhebbar wird durch die nachholende Entwicklung lebenswichtiger und zentraler Ich-Funktionen.
In diesem Prozeß kommt der therapeutischen Mitarbeitergruppe innerhalb der Klinik eine zentrale Bedeutung zu durch die reale Übernahme abgrenzender und regulativer Ich-Funktionen für die Patienten. Insbesondere tritt an den Leiter die Aufgabe heran, die verschiedenen Funktionsbereiche der Klinik im Sinne der Bereitstellung eines Milieus zu integrieren, das jedem einzelnen Patienten die Vereinheitlichung seiner zersplitterten Persönlichkeitsanteile ermöglicht. Eine Wiedergutmachung defizitärer Entwicklungen kann eine Klinik in umfassender Weise leisten, die ihr gesamtes Milieu zu einer Lebenssituation gestaltet, in der durch die Flexibilität und Erfahrungsbereitschaft der Mitarbeitergruppe den Patienten ihre Erfahrungs- und Kommunikationsdefizite überwindende Lebensmöglichkeiten eröffnet werden.
In diesen Zusammenhang fällt die Kritik des Autors an therapeutischen Konzeptionen, in denen die Dichotomie zwischen „kranken" Patienten und „gesunden" Therapeuten letztlich therapeutisch ineffektiv bleiben muß, da sie der Notwendigkeit der Aufnahme und Verarbeitung regressiver und gesunder Kontaktmöglichkeiten des Patienten in einem gruppendynamischen und interpersonellen Raum nicht gerecht werden kann. Mitarbeiter und Patienten sieht er dabei in Bezug auf Entwicklung und Defizienz ihrer Ich-Struktur auf einem gleitenden Spektrum, wobei der therapeutische Mitarbeiter beispielhaft in seinen Möglichkeiten der Kontaktaufnahme seine Identität in der therapeutischen Situation der Klinik verwirklicht.
Damit wird auch hier der von Ammon in den Mittelpunkt seiner Theorie und Praxis gestellte Begriff der Identität von maßgeblicher Bedeutung und zum strukturierenden Prinzip für die Gestaltung stationärer psychotherapeutischer Behandlungsformen.

* Dr. med., Leiter des Münchener Lehr- und Forschungsinstitutes der DAP

** Revidierte und erweiterte Fassung eines Vortrags, gehalten auf dem IX. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 10.–14. Juni 1977, Deutsches Museum, München

Gegenstand dieser Arbeit ist die Darlegung von theoretischer Konzeption, Struktur und Arbeitsweise der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik für Stationäre Psychotherapie in München, die ich seit 1975 als supervisorischer Leiter nach den Prinzipien der von *Günter Ammon* entwickelten analytischen Milieutherapie (*Ammon,* 1959, 1973b) aufgebaut habe. Ich konnte dabei auf die Erfahrungen zurückgreifen, die ich 1972–1974 bei dem Versuch gesammelt hatte, die Alkoholiker-Abteilung der Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik in Berlin entsprechend dieser Konzeption umzustrukturieren.

Die Grundthese der von *Günter Ammon* entwickelten Dynamischen Psychiatrie besagt, daß auch schwerste psychische Erkrankungen wie Psychosen und das Borderline-Syndrom – die im Kontext einer stationären Psychotherapie von vorrangiger Bedeutung sind – als sozial vermittelte Identitätserkrankungen verstanden werden. Sie sind zu begreifen als eine Erkrankung der Gesamtpersönlichkeit des Menschen, die in einer schwer gestörten interpersonellen Dynamik der Primärgruppe, vor allem der Mutter-Kind-Symbiose, wurzelt. Psychische Krankheit kann daher als Ausdruck der internalisierten defizitären Primärgruppendynamik verstanden und innerhalb eines spezifisch strukturierten therapeutischen Feldes grundsätzlich auch behandelt werden (*Ammon,* 1973b, 1978). Im Mittelpunkt der therapeutischen Arbeit steht nicht die Bearbeitung der Symptomatik, sondern die Herstellung von Bedingungen, die einen nachholenden Gewinn an Identität, an Ich-Struktur ermöglichen. Ein so verstandener therapeutischer Ansatz bedarf als theoretischer Basis eines Konzepts von den Bedingungen gelingender Identitätsentwicklung in der Gruppe.

I.

Ich verstehe menschliche Lebensäußerung generell als das Bestreben, sich in eigener Identität zu erleben. *Ammon* (1978) hat die zentrale Ich-Funktion der Identität konzipiert „als Hauptqualität des Ichs, sich in sich selbst und in der Zeit als beständig erlebte Einheit zu erfahren."

Die Erforschung frühkindlicher Entwicklung hat bestätigt, daß dieser Erfahrungsmodus seinen Ursprung in der frühen Mutter-Kind-Symbiose hat und in der Interaktion mit sich ständig erweiternden sozialen Gruppen einem lebenslangen Prozeß der Entwicklung und Ausdifferenzierung unterliegt (*Ammon,* 1968, 1971, 1973a, 1974; *Spitz,* 1956; *Winnicott,* 1958; *Lichtenstein,* 1964). Identitätserfahrung ist somit ein interpersonelles, d.h. gruppenbezogenes Geschehen, das weder im Rahmen eines triebtheoretischen noch eines individualpsychologisch verkürzten Ich-psychologischen Ansatzes adäquat erfaßt werden kann. (*Ammon,* 1978).

II.

Das zentrale Problem psychischer Krankheit erweist sich auf dieser Basis als ein Mangel an ursprünglicher Sicherheit in der Mutter-Kind-Symbiose,

dessen Konsequenz eine Arretierung der Identitätsentwicklung zur Vermeidung archaischer Verlassenheitsangst ist. Psychische Krankheit steht unter dem Gesetz des Wiederholungszwanges, den ich in Abgrenzung von Freud nicht als Prinzip der Persönlichkeitsentwicklung schlechthin begreife, sondern als Ausdruck defizitärer Entwicklung der Ich-Funktion der Identität.

Diese Auffassung wird durch klinische Erfahrungen beispielsweise mit Schizophrenen bestätigt. Nach den Beobachtungen von Searles (1958, 1961) erleben schizophrenogene Mütter ihr Kind unbewußt gleichzeitig als negatives Projektions- und Übertragungsobjekt, nicht aber als genuin eigenständigen Menschen. Dies wird vom Kind introjiziert und hat zur Folge, daß ein Schizophrener unter einer tiefen Angst vor Veränderung leidet, da er – wie Searles im Therapieverlauf beobachten konnte, – sein Identitätsgefühl verliert, sich also nicht mehr wiedererkennt, sobald er neue Erfahrungen macht. Identitätserfahrung bleibt hier gebunden an pathologische Treue zu einer zwanghaft aufrechterhaltenen symbiotischen Identität mit einer kontaktunfähigen Mutter. Im Zwang entspricht das Individuum der Erfahrungstoleranz in der Primärgruppe. Erlebnisdefizite seitens der Mutter und der Primärgruppe schlagen sich als unstrukturierte Leerstellen in der Persönlichkeitsstruktur des Kindes nieder. Innerhalb einer so versagenden Primärgruppe entwickelt das Kind entsprechend den Möglichkeiten seiner defizitären Ich-Struktur archaische Abwehrmechanismen zum Schutz vor der Verlassenheitsangst, die den unstrukturierten Anteilen im Bereich der zentralen Ich-Funktionen zugeordnet ist (*Ammon*, 1978). Der Wiederholungszwang ist demnach unter zwei Gesichtspunkten zu sehen: einerseits drückt sich in ihm das menschliche Identitätsbedürfnis als das Bedürfnis nach Wiederfinden primärer Zuwendung in der von der Mutter angebotenen defizitären Form aus, zum anderen repräsentiert er das mütterliche Identitäts- und Kontaktverbot, d.h. der psychisch Kranke bleibt in bestimmten Bereichen erfahrungsunfähig: Entwicklung als kontinuierliche Ich-Erweiterung durch angstfreies Eingehen neuer Erfahrungsmodalitäten wird aus „Angst vor der Angst", wie *Ammon* (1978), die Identitätsangst bezeichnet hat, vermieden. Ein psychisch Kranker ist nicht in der Lage, mit Angst und Aggression Ich-funktional umzugehen, d.h. sie zuzulassen und realitätsgerecht zu bewältigen. Je mehr er archaischen irrationalen Vernichtungsängsten ausgesetzt ist, desto geringer ist seine Erlebnis- und Handlungsfähigkeit. Die Angst entzieht hier der Summe der Ich-Funktionen ihre Substanz.

III.

Ziel jeder therapeutischen Arbeit ist die Umpolung von Identitätserfahrung durch die Bereitstellung einer lebendigen Gruppe, die paradigmatisch die Eigenschaften einer identitätsgewährenden Primärgruppe verkörpert. Im Schutze einer Gruppe, der es gelingt, sich für ihre Mitglieder in ihrer Zuwendung existent und fühlbar zu machen, kann das Wagnis der Auf-

hebung des Wiederholungszwanges eingegangen werden, weil Identitäts-Erfahrung erstmals im aktiven Eingehen neuer zwischenmenschlicher Kommunikationsweisen möglich wird. Aus der Einsicht, daß alle Mitglieder einer therapeutischen Gruppe das Bedürfnis nach Angenommensein und Kontaktaufnahme im Sinne des primären Ad-gredi haben und unter dem internalisierten elterlichen Kommunikations-Verbot leiden, definiert sich die Aufgabe des Therapeuten als der zentralen Figur der Gruppe, durch beispielhaft intensive Kontaktaufnahme auf unbewußter und bewußter Ebene Wegbereiter für die Kommunikation der Gruppenmitglieder untereinander zu werden. Über eine weitgehend unbewußte primäre Identitätswahrnehmung der Patienten, die mit der Leistung primärer Mütterlichkeit verglichen werden kann, entwickelt der Therapeut die Fähigkeit, konstruktive Ich-Anteile der Patienten zu erkennen und sich mit ihnen zu verbünden, aber auch verkrüppelte und destruktive Lebensäußerungen als die dem Patienten unter Umständen einzig verfügbaren Kontaktangebote anzunehmen und vorübergehend mit ihnen zu arbeiten. Die vom Therapeuten eröffneten Kontaktmöglichkeiten werden von der Gruppe bei der Herstellung des kommunikativen Raumes für die einzelnen Gruppenmitglieder verwendet, denen dadurch Kontaktaufnahme untereinander ermöglicht wird. In diesem Prozeß übernehmen die Gruppenmitglieder in dem Maße auxiliäre therapeutische Funktionen, indem es den Therapeuten gelingt, sich mit ihren konstruktiven Ich-Anteilen im Dienste der Therapie zu verbünden und damit alle in der Gesamtgruppe repräsentierten Ich-funktionalen Möglichkeiten für den Einzelnen verfügbar zu machen.

IV.

Betrachtet man das Krankheitsverständnis der orthodoxen Psychiatrie und die kommunikative Struktur schulpsychiatrischer Anstalten unter der Perspektive des hier dargelegten therapeutischen Konzepts, das in der Durchbrechung der im Wiederholungszwang erstarrten defizitären und destruktiven Primärgruppendynamik besteht, so erweisen sie sich als antitherapeutische Institutionen par excellence, wie das auch in der wachsenden Zahl meist sozialpsychiatrisch orientierter Untersuchungen über die Lage der Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern zum Ausdruck kommt (*v. Cranach, Finzen*, 1972). Das therapeutische Milieu und damit die therapeutische Wirksamkeit werden grundsätzlich bestimmt von der Art der Beziehungen zwischen Mitarbeitern und Patienten. Die in der Organisation psychiatrischer Krankenhäuser institutionalisierte spezifische Form dieser Beziehung ist von *Goffman* (1961) als charakteristisch für totale Institutionen bezeichnet worden. Innerhalb eines rigiden, bürokratischen Gefüges mit starrem Rollenverhalten der Mitglieder, stehen sich die durch eine grundsätzliche soziale Kluft getrennten Gruppen von Anstaltspersonal und Patienten gegenüber. Die Mitarbeiter sind sozial in die Außenwelt integriert, während der Außen-

kontakt der Patienten streng begrenzt ist. Die Kommunikation zwischen Personal und Patienten ist weitgehend reglementiert und die wechselseitige Perzeption bewegt sich innerhalb feindseliger Stereotype. Von den Patienten wird eine passiv-abhängige Anpassung ihrer Lebenssituation an die rigide Klinikorganisation mit ihren detaillierten Vorschriften verlangt, andererseits werden ihre materiellen Grundbedürfnisse kostenlos befriedigt. Ihre Situation ist infolgedessen gekennzeichnet durch Infantilisierung, Unterdrückung von Initiative und Selbstverantwortung und ein schweres Defizit an zwischenmenschlichem Kontakt. Die psychiatrische Klinik folgt damit in frappierender Übereinstimmung den Familienstrukturen zwangskranker Patienten (*Sullivan*, 1947).

Ihre wissenschaftliche Entsprechung erfährt diese Struktur in der organmedizinisch orientierten Schulpsychiatrie, die schwere psychische Erkrankungen für uneinfühlbar und letztlich unbehandelbar hält, ebenso wie in der orthodoxen psychoanalytischen Theoriebildung, bei der die psychische Erkrankung im Rahmen eines biologistisch verstandenen innerpsychischen Instanzenmodells begriffen wird, in dem die Reflexion interpersoneller Dynamik keinen Platz hat (*Ammon*, 1978).

In einem derartig strukturierten therapeutischen Milieu wird das internalisierte Identitätsverbot der Patienten nicht aufgehoben, sondern verstärkt. Das Klinikpersonal stellt in seinem rigiden Abwehrverhalten, das in der Angst vor der Konfrontation mit der eigenen Angst begründet ist, die pathogene Dynamik der Primärgruppe wieder her: die Patienten werden zum Symptomträger der Gesamtgruppe, indem sie sich existentiell zum Träger der Angst machen und diese ausagieren.

Im Gegensatz dazu besteht ich-strukturelles therapeutisches Arbeiten darin, in der „Verrücktheit" des psychisch Kranken den einzig ihm möglichen kreativen Akt zu sehen, mit dessen Hilfe er sich um den Preis weitgehender sozialer Selbstzerstörung aus der Umklammerung seiner Primärgruppe befreien konnte. Insoweit der psychisch Kranke sich seinen archaischen Verlassenheitsängsten ausliefert, stellt er im Sinne der Identität das stärkste Mitglied seiner Primärgruppe dar, deren übrige Mitglieder auf seine Kosten Angst und damit Identitätserfahrung abwehren. Über diese selbst in der Pathologie zum Ausdruck kommenden Reste von Kreativität kann Kontakt aufgenommen und damit die Basis für ein therapeutisches Bündnis geschaffen werden.

V.

Gegenstand der weiteren Ausführungen sind konkrete Organisation und Arbeitsweise der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik für stationäre Psychotherapie in München. Durch die spezifische Kombination von milieutherapeutischer Arbeit und psychoanalytischer Gruppen- und Einzeltherapie wurde hier ein „differenziertes und flexibles Identitäts-Milieu" (*Ammon*,

1975) geschaffen, das die erfolgreiche Behandlung psychisch schwer-kranker, von der orthodoxen Psychiatrie für unheilbar gehaltener Patienten ermöglicht.

Die Klinik ist personell mit dem Münchner Lehr- und Forschungs-Institut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse verbunden, so daß die Einheit von therapeutischer, wissenschaftlicher und Ausbildungsarbeit im Sinne der Behandlungswissenschaft auch organisatorisch gegeben ist. Die Klinik arbeitet in einem Verbund mit den Praxen niedergelassener Psychoanalytiker der Deutschen Akademie für Psychoanalyse, was einerseits den ambulant arbeitenden Therapeuten die Kontinuität ihrer therapeutischen Arbeit auch bei notwendig werdender passager-stationärer Therapie ermöglicht, andererseits die ambulante Nachsorge der stationär-behandelten Patienten sichert. Die Klinik wird als eine offene Klinik auf privatwirtschaftlicher Basis ohne jeden staatlichen oder sonstigen Zuschuß geführt, wobei die Kosten für den Klinikaufenthalt von den Krankenkassen, ein Teil der Therapiekosten von den Patienten selbst im Rahmen ihrer Möglichkeiten, getragen werden.

Die Mitarbeitergruppe der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik besteht gegenwärtig aus dem supervisorischen Leiter, dem leitenden Facharzt für Psychiatrie und voll ausgebildeten Psychoanalytiker, dessen Aufgabe die Koordinierung aller therapeutischen Aktivitäten der Klinik ist und der somit die zentrale Figur gegenüber der Patientengruppe darstellt, vier psychotherapeutischen Mitarbeitern (darunter 3 Ärzten), einer Diplom-Psychologin für anamnestische und therapiebegleitende testpsychologische Untersuchungen, zwei Milieutherapeutinnen, die sich in Fachausbildung zur Dynamisch-Psychiatrischen Krankenschwester befinden, der Küchenleiterin und der Sekretärin, denen beiden eine psychoanalytische Selbsterfahrungs-Situation zur Verfügung steht.

Maximal 23 Patienten können gleichzeitig in der Klinik versorgt werden, was der von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen optimalen Kapazität psychiatrischer Kliniken von ca. 32 Patienten relativ nahe kommt, und der Dimension einer Großfamilie entspricht.

Die besondere Indikation für eine stationäre Psychotherapie ergibt sich aus der spezifischen Leistung der Klinik als integriertem therapeutischen Instrument. Die Dynamisch-Psychiatrische Klinik ist insofern eine totale Institution, als hier die gesamte Lebenssituation des Patienten in die therapeutische Situation integriert und hilfsweise wichtige Funktionen der Mutter-Kind-Symbiose bezüglich der Realitätsbewältigung vorübergehend für den Patienten übernommen werden. Das milieutherapeutische Feld der Klinik bietet durch räumlich schützende Grenzen und kontinuierliche therapeutische Präsenz ein Maximum an interpersonellen Kontaktangeboten und dadurch die für die Patienten notwendige Ich-Stützung zur Aufrechterhaltung ihrer Existenz. In einem solchen Rahmen kann mehr im therapeutischen Prozeß aktualisierte Identitätsangst getragen werden als innerhalb einer ambulanten Therapie. Die stationäre Therapie bietet weiter die Möglichkeit,

Patienten zu behandeln, bei denen eine ambulante Therapie kaum Erfolg verspricht, weil sie in extrem destruktiven Partnerbeziehungen oder der pathogenen Primärgruppe leben. Grenzen der Behandelbarkeit ergeben sich bei Patienten, deren Primärgruppenerfahrung so lebensfeindlich war, daß sie das Angebot an freundlichem Kontakt und Lebendigkeit im Klinikmilieu in ihrer extrem eingeschränkten Angsttoleranz nicht ertragen können und daher die Gefahr suizidaler bzw. fremdgefährdenden Ausagierens besteht. Die bisher behandelten Patienten setzen sich entsprechend einer dynamisch-psychiatrischen Diagnostik aus 70% psychotisch reagierenden Patienten und 30% Borderline-Persönlichkeiten zusammen. 60% der insgesamt 84 Patienten waren in psychiatrisch-stationärer Vorbehandlung: jeder Fünfte hatte mehr als 5 Jahre (maximal 15 Jahre) in Nervenkliniken verbracht. Gegenüber einer durchschnittlichen psychiatrischen Vorbehandlungszeit von 3 Jahren war keiner der Patienten länger als 1 Jahr in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik, in der die durchschnittliche Behandlungsdauer 4,3 Monate beträgt.

Die stationäre Therapie haben 68% der bisher behandelten Patienten erfolgreich abgeschlossen; 19% befinden sich z.Zt. noch in stationärer Psychotherapie, 13% haben die Therapie abgebrochen. Die stationäre Therapie gilt als erfolgreich, wenn der Patient seine strukturbildenden Erfahrungen im therapeutischen Prozeß für die konstruktive Gestaltung seiner Lebenssituation anwenden kann. Wichtiger Indikator hierfür ist die Fähigkeit, sich in einer ambulanten Therapie selbständig Hilfe nehmen zu können und sich eine selbständige Wohnsituation, eine Arbeits- bzw. Ausbildungs-Situation, die dem Bildungsstand entspricht, zu schaffen. 46,4% der entlassenen Patienten befinden sich gegenwärtig in ambulanter Therapie, 21,4% haben sie abgeschlossen. Bei der Wohnsituation der statistisch erfaßbaren Patienten betrug die positive Veränderungsrate gegenüber dem Beginn der stationären Therapie 36%, bei der Arbeitssituation 69%.

VI.

Das therapeutische Feld der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik wird durch die interpersonelle Dynamik von Mitarbeiter- und Patientengruppe strukturiert, wobei der Mitarbeitergruppe die oben beschriebene therapeutische Aufgabe obliegt, ein kommunikatives und damit identitätsförderndes Gruppenmilieu zu schaffen. So wie ein Kind Identität und Ich-Funktionalität nur insoweit entwickeln kann, als sie Mutter und Primärgruppe verfügbar sind, kann der Patient nur insoweit Erfahrungsdefizite nachholen und auffüllen, als dies von den Mitarbeitern emotional toleriert und mitvollzogen wird. Die Fähigkeit, für den Patienten nachholend die Identitätsfrage zu stellen, impliziert die Fähigkeit, diese Frage für sich selbst im Sinne therapeutischer Identität immer wieder neu stellen zu können. Ich-strukturelles Arbeiten fordert von den Mitarbeitern zum einen eine außergewöhnliche

Kommunikationsbereitschaft auf allen Erfahrungsebenen, um den Patienten bei ihren archaischen Verlassenheitsängsten begegnen zu können, zum anderen die Fähigkeit zum ich-funktionalen Umgang mit Angst und destruktiver bzw. defizitärer Aggression, die für den Patienten getragen, aber auch im Sinne der Aufrechterhaltung der therapeutischen Identität abgegrenzt werden müssen. Innerhalb des hier vertretenen Konzeptes wird bewußt auf die fiktive Unterscheidung von „gesunden" Mitarbeitern und „kranken" Patienten zugunsten der Erkenntnis verzichtet, daß Mitarbeiter und Patienten bezüglich ihrer Persönlichkeitsstruktur auf einer gleitenden Skala nur relativ unterschiedlicher Ich-Stärke zu sehen sind und daß für die therapeutische Arbeit die Fähigkeit entscheidend ist, mit der eigenen Angst und den eigenen strukturellen Defiziten Ich-funktional umzugehen. Damit die Mitarbeiter ihre tragende therapeutische Funktion für die Patienten erfüllen können, sind sie ebenso wie diese auf die emotionale Präsenz einer lebendigen Gruppe angewiesen. Die Mitarbeitergruppe muß jedem einzelnen Mitglied einen sicheren Ort zur Verfügung stellen, an dem er sich als ganze Person angenommen und verstanden fühlen kann, seine defizitären Persönlichkeitsanteile offen zeigen und damit auf kompensatorische Omnipotenz-Ansprüche verzichten kann.

Meine Aufgabe als supervisorischer Leiter der Klinik bestand daher im Aufbau einer interaktionsfähigen, d.h. emotional und kognitiv erfahrungs- und lernfähigen Mitarbeitergruppe, die die grundsätzliche Bereitschaft mitbrachte, die Arbeit in der Klinik als ein Identitätsangebot für alle dort lebenden und arbeitenden Menschen zu begreifen und zusammen mit den Patienten den Weg emotionalen und kognitiven Lernens zu gehen. Es erwies sich als unabdingbar für die Strukturierung eines therapeutischen Feldes, daß die Mitarbeiter das Klinikmilieu ebenso wie die Patienten als Lebenssituation begriffen, denn nur auf diesem Wege konnten sie als ganze Person präsent sein. Mitarbeiter, die ihre Lebenssituation in der Klinik von der Arbeit abspalteten, also nicht bereit waren, sich in der Mitarbeitergruppe auf einen Prozeß intensiver Auseinandersetzung einzulassen, haben als Fremdkörper die Klinik verlassen müssen. Die Klinik als entfremdete Arbeitsstätte zu behandeln, hatte die gleiche Abwehrfunktion wie die Abspaltungs-Strategien der Patienten, die regelmäßig erst dann bearbeitet werden konnten, wenn die entsprechenden Mitarbeiter ihre Abwehr in der Mitarbeitergruppe bearbeitet oder die Klinik verlassen hatten. Soll die Mitarbeitergruppe in der Lage sein, ihre therapeutische Identität in der ständigen Konfrontation mit den Patienten immer wieder neu zu erarbeiten, so bedarf sie starker, aber flexibler Gruppengrenzen nach innen und außen, d.h., sie muß gegenüber ihrer eigenen unbewußten Dynamik in der Auseinandersetzung mit der Dynamik der Patienten wahrnehmungs- und abgrenzungsfähig werden.

Die entscheidende Bedeutung, die der zentralen Figur einer Gruppe für den Aufbau flexibler Gruppengrenzen zukommt, hat *Ammon* (1976a) hervorgehoben. Als nicht unmittelbar in die Übertragungsdynamik der thera-

peutischen Arbeit involvierte zentrale Figur der Mitarbeitergruppe besteht meine Funktion darin, mich als konkrete Person zur Verfügung zu stellen, an der sich der Erfahrungs- und Lernprozeß gegenüber der unbewußten Dynamik der Mitarbeitergruppe vollziehen kann. Wie in der therapeutischen Gruppe muß der Leiter durch seine Fähigkeit zu exemplarisch intensiver Kontaktaufnahme, Angstbewältigung und Abgrenzung das interpersonelle Feld der Mitarbeitergruppe im Sinne der therapeutischen Gruppenidentität strukturieren.

Die intensive Verflechtung aller Gruppenprozesse innerhalb der Klinik wird in der regelhaft zu beobachtenden Paralleldynamik von Großgruppe und Mitarbeitergruppe auf der Ebene unbewußter Bedürfnisse und Motivationen sichtbar. In ihrem Angstabwehrbedürfnis richten gerade psychotisch reagierende Patienten ihre ganze Aufmerksamkeit unbewußt darauf, den Therapeuten in die Krankheit zu ziehen, d.h. ihn unter Ausnutzung seiner ich-strukturellen Defizite ihrer Vernichtungsangst stellvertretend auszuliefern (*Searles,* 1959). Generell gilt, daß die therapeutischen Mitarbeiter einer ständigen Gegenübertragungs-Provokation seitens der Patienten ausgesetzt sind, also zum unbewußten Mitagieren im Sinne der Rekonstruktion der pathogenen Primärgruppendynamik der Patienten veranlaßt werden.

Man kann die Dynamik der Klinikstruktur als ein ständiges Ringen um die Herstellung und Neugestaltung ihrer Grenzen begreifen, welche getragen durch die Mitarbeitergruppe das Identitätsprinzip garantiert. In dem Maße, in dem ein Bündnis mit den konstruktiven Ich-Anteilen der Patienten insgesamt gelingt, bilden die Mitarbeiter mit den durch sie repräsentierten zentralen Ich-Funktionen die Pfeiler des therapeutischen Gebäudes, in dessen Schutz sich die Patienten begeben können.

VII.

Voraussetzung für den therapeutischen Prozeß, in dessen Verlauf der Patient das Angebot an Lebensmöglichkeiten der Klinik allmählich internalisiert, ist seine Integration in die Klinikgruppe, die mit seiner Aufnahme beginnt. Ich-strukturelles Arbeiten als ein kontinuierlicher Wahrnehmungs- und Abgrenzungsprozeß nach innen und außen im Medium der Gruppe kommt in der Neuaufnahme als einem exemplarischen Wahrnehmungs- und Abgrenzungsvorgang auf beiden Seiten besonders deutlich zum Ausdruck. Die erste Kontaktaufnahme findet in mehreren Interviews mit verschiedenen Therapeuten statt. Entsprechend dem Konzept der Dynamischen Psychiatrie hat die dabei stattfindende Diagnostik nicht klassifikatorisch-festlegenden, sondern verstehend-prozeßhaften Charakter. Der Patient wird als leidender Mensch begriffen, der Verständnis sucht und auch verstanden werden kann. Im Zentrum der Diagnose steht – neben der Erfassung biologischer und sozialer Faktoren – die Erstellung des Persönlichkeitsprofils nach Ammon,

d.h. eine genaue strukturelle Analyse der konstruktiven, destruktiven und defizitären Ich-Anteile der Patienten. Dies wird ergänzt durch psychodynamische und psychogenetische Aspekte, d.h. seine Persönlichkeitsstruktur wird in Beziehung gesetzt zu seiner aktuellen Lebenssituation und seiner Lebensgeschichte insbesondere innerhalb der Primärgruppe.

Entscheidend für den therapeutischen Erfolg ist, ob es dem Therapeuten gelingt, im Sinne eines nachträglichen Identitätsentwurfes eine eindeutig positive prospektive Beziehung zu diesem Patienten herzustellen, die auf der kognitiven Ebene ihren Ausdruck in der Frage findet: wer ist dieser Mensch und was kann aus ihm werden, d.h. wo liegen seine Defizite und Grenzen, wo seine konstruktiven Anteile, wo seine Begabungen und Entwicklungsmöglichkeiten und in welcher Form kann ihm die Klinik Kontaktebenen zur Verfügung stellen, die ihn in seiner Entwicklung fördern. Der therapeutische Prozeß kann als ein Kampf um dieses positive Bild zwischen Therapeut und Patient begriffen werden, der seinerseits unter dem Diktat des Wiederholungszwanges ständig versuchen wird, das therapeutische Bündnis durch die Provokation negativer Gegenübertragungen infrage zu stellen. In dem Maße, in dem der Therapeut seinen Patienten in einer positiven Beziehung als Menschen in eigenem Recht wahrnehmen kann, ist auch der Patient in der Lage, dieses positive Bild von sich selbst wahrzunehmen und zu internalisieren.

Eine so verstandene Diagnostik ist eine dynamische Größe, die in einem direkten Zusammenhang mit der therapeutischen Strategie steht und simultan mit dieser ständig neu erarbeitet und entsprechend dem Entwicklungsstand des Patienten revidiert wird. Ziel ist es, den sich verändernden ichstrukturellen Gegebenheiten durch ein individuell zugeschnittenes, differenziertes Kommunikationsangebot innerhalb der verschiedenen therapeutischen Situationen zu entsprechen.

VIII.

Die Integration der Patienten in die Klinikgruppe besteht in der Vermittlung der Grunderfahrung, auch in ihren defizitären und destruktiven Kommunikationsweisen angenommen zu werden und einen Platz in der Klinik zu haben. Der Prozeß der Integration eines neuen Mitglieds ist gekennzeichnet durch einen beiderseitigen Strukturgewinn, der sich im ersten Schritt als ein Gewinn an Gruppenstruktur und im Zuge gegenseitiger Wahrnehmung und der damit einhergehenden emotionalen Integrationsarbeit als ein Gewinn an Ich-Struktur für jedes Gruppenmitglied darstellt. Die Integration eines Patienten mit der ihm eigenen ganz spezifischen Persönlichkeitsstruktur erfordert die Entwicklung neuer, ganz spezifischer Kontaktweisen, die diesen Menschen erreichen. Dieser Kommunikationsvorgang stellt eine kreative Ich-Leistung der Gruppenmitglieder im Sinne konstruktiver Aggression und Erweiterung der Ich- und Gruppengrenzen dar und bedeutet für die

Gruppe insgesamt sowie ihre Mitglieder einen Prozeß der Identitätserweiterung. Die Aufgabe des Therapeuten besteht in der Überwindung des Widerstandes, den jede Gruppe tendenziell gegenüber neuen Erfahrungen mobilisiert, wie sie die Aufnahme eines neuen Mitgliedes in besonderer Weise verlangt. Ist die Gruppe in der Lage, den neuen Patienten auch in seiner Angst und Destruktivität zu tragen, so kann dieser das Wagnis der Kontaktaufnahme eingehen, ohne von seinen Verlassenheitsängsten überflutet zu werden. Für die Gruppe insgesamt wird durch die Auseinandersetzung mit den konstruktiven und defizitären Anteilen des neuen Mitglieds ein Neustrukturierungsprozeß in Gang gesetzt, der mit einer Sensibilisierung gegenüber ihrer bisherigen Dynamik und insbesondere ihren destruktiven, kommunikationsfeindlichen Momenten einhergeht und deren Bearbeitung ermöglicht. Der strukturell bedingte Reichtum an Erfahrungsmodalitäten, der jede Gruppe auszeichnet und ihre besondere therapeutische Wirksamkeit ausmacht, ermöglicht die Integrationsleistung der Neuaufnahme in Bezug auf die verschiedenartigsten Menschen, wobei jeweils andere Gruppenmitglieder mit ihren spezifischen ich-strukturellen Möglichkeiten eine führende Rolle spielen.

IX.

Die Dynamisch-Psychiatrische Klinik arbeitet mit einer flexiblen Kombination unterschiedlicher therapeutischer Techniken: der Milieutherapie und der analytischen Gruppen- bzw. Einzelpsychotherapie.

Der ich-strukturell orientierten analytischen Milieutherapie (*Ammon*, 1959, 1973b) liegt die Erkenntnis zugrunde, daß gerade schwer ich-kranke Menschen nicht zur therapeutischen Arbeit mittels verbaler Kommunikation in der Lage sind, sondern ihre Defektdynamik nur ausagieren können. Diese Patienten erleben das für die Psychotherapie charakteristische interpretierende therapeutische Verhalten auf sekundärprozeßhafter Ebene nicht als Zuwendung, sondern wie die kontaktabwehrende Sprache ihrer Primärgruppe, die der Herstellung von Pseudokommunikation zum Zwecke der Angstabwehr diente, und reagieren auf dieses Wiedererleben einer archaischen Verlassenheitssituation mit der Flucht in die Pathologie. In der Milieutherapie wird daher Kommunikation über das Arbeiten mit dem dritten Objekt ermöglicht. Unter Umgehung identitätsverbietender pathologischer Persönlichkeitsstrukturen wird im Identitätskontext des freundlich annehmenden Klinikmilieus mit Therapeuten und Mitpatienten als aktiven Partnern Kontakt durch das Erlebnis gemeinsamen Handelns in der Strukturierung der Lebens- und Arbeitssituation in der Klinik hergestellt. Diese therapeutisch kontrollierte strukturierende Arbeit ist Thema der täglich morgens stattfindenden zweistündigen Sitzungen der Großgruppe aller Mitarbeiter und Patienten, in der konkret der Tagesablauf der Klinikgruppe bestimmt wird. Die Großgruppe bearbeitet organisatorische Probleme, regelt die Verant-

wortlichkeit z. B. für die Mahlzeiten und strukturiert konkrete Projekte wie handwerkliche Arbeiten, Feiern, Ausflüge etc.

Das identitätsfördernde Moment der milieutherapeutischen Arbeit besteht in der Möglichkeit der aktiven Überwindung der primären Verlassenheitssituation durch Agieren im Kontext einer Gruppe, die dem primären Lebensverbot des Patienten ständig ein Angebot konstruktiver Lebensgestaltung entgegensetzt. Hier findet eine direkte Aufbauarbeit zentraler Ich-Funktionalität nicht durch Bewußtmachung, sondern über nonverbale Kommunikationsweisen im Unbewußten statt. In der Arbeit über das dritte Objekt werden grundlegende Erfahrungen wie der Umgang mit der Zeit oder das Erlebnis primärer Körperlichkeit im Kontakt mit den Dingen der Außenwelt ermöglicht und erstmals positive Erfahrungen in der gemeinsamen, verantwortlichen Bewältigung realer Aufgaben gemacht. Durch das Erlebnis eigener Leistung in der kreativen Realisierung rudimentär entwickelter Ich-Funktionen werden die konstruktiven Anteile gestärkt und gleichzeitig findet eine unbewußte Abgrenzungsarbeit gegenüber dem Grundgefühl der eigenen Wertlosigkeit statt. Zusätzlich wird durch die Realitätsbezogenheit der therapeutischen Arbeit eine Konfrontation mit den destruktiven Ich-Anteilen mit der dazugehörigen Abgrenzung von Omnipotenzphantasien und der Entwicklung von Frustrationstoleranz ermöglicht. An diesem strukturierenden Prozeß partizipieren indirekt auch diejenigen Patienten, die noch nicht in der Lage sind, am Gruppenprozeß aktiv teilzunehmen, aber von den übrigen Gruppenmitgliedern getragen werden können.

X.

Innerhalb der beiden psychoanalytischen Therapiegruppen der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik werden trotz bestimmter Überschneidungen andere psychische Bereiche als in der Milieutherapie der therapeutischen Bearbeitung zugänglich gemacht. Der im Vergleich zur Milieutherapie höhere Abgrenzungsgrad der gruppenpsychotherapeutischen Arbeit in zeitlicher Hinsicht, der sich in der Beschränkung auf drei zweistündige Sitzungen pro Woche unter der Leitung von je zwei Therapeuten äußert, entspricht den höheren Abgrenzungsanforderungen der zu bearbeitenden psychischen Bereiche. Auch in der Gruppentherapie findet in hohem Maße unbewußte Kommunikationserfahrung statt, wie die Wahrnehmung der Präsenz der Gesamtgruppe als Basis für ich-syntones Erleben ihrer Mitglieder, aber primär setzt sie einen höheren Grad psychischer Reife voraus, da sekundärprozeßhafte Erfahrungsmodalitäten wie Sprache, Denken, Traumfähigkeit die Arbeitsebenen bestimmen.

Während in der Milieutherapie unmittelbare zwischenmenschliche Konfrontation umgangen werden kann und Interpersonalität weitgehend indirekt über das dritte Objekt hergestellt wird, bedeutet gruppenpsychotherapeutisches Arbeiten intensive interpersonelle Erfahrung durch direkte Kom-

munikation innerhalb der Gruppe. Ziel der therapeutischen Arbeit ist die Integration der historischen Dimension der Persönlichkeitsstruktur als einem wesentlichen Aspekt der Identitätsentwicklung. In der Reaktualisierung der pathogenen Primärgruppendynamik in der therapeutischen Situation gelingt durch die Bearbeitung der Übertragung im Kontext einer Gruppe, die nicht der Primärgruppe entspricht, einerseits die Abgrenzung von der pathologischen Gruppendynamik, andererseits die Integration der konstruktiven geschichtlichen Anteile, nämlich der erlebten und abgewehrten bzw. abgespaltenen Gefühle der Angst, Verlassenheit, Trauer, Aggression, Freude etc., die nun als ichzugehörig erlebt werden können. Das Erlernen des ichfunktionalen Umgangs mit der eigenen emotionalen Geschichte über Erinnern, Wiedererleben, Bearbeitung und Abgrenzung stellt das Äquivalent konstruktiven Handelns in der Milieutherapie dar.

Ein zentrales Problem therapeutischen Arbeitens besteht dabei im Umgang mit der Angst, die abgewehrte Verlassenheitsangst und zugleich Angst vor der Identität neuer Erfahrung ist, und der aufs engste damit verbundenen defizitären und destruktiven Aggression. Aufgrund der in der therapeutischen Gruppe erstmals eröffneten Möglichkeiten der Bedürfniswahrnehmung und -Befriedigung erfährt der Patient die Unterdrückung seiner Lebensmöglichkeiten mit den dazugehörigen Gefühlen der Angst, Verlassenheit, Aggression. Zugleich lernt der Patient im Hier und Jetzt der therapeutischen Situation, daß das internalisierte Verlassenheitsgefühl und die damit verbundene Ich-Lähmung der Vergangenheit angehören und daß seine Angst eine irrationale Angst im Dienste der Abwehr realer Kontaktmöglichkeiten ist, die ihm als erwachsenem Menschen zur Verfügung stehen. Dem Therapeuten kommt in diesem Lernprozeß die Aufgabe zu, eine Form der Kontaktaufnahme zu finden, die die spezifischen individuellen Erlebnisdefizite berücksichtigt, indem sie an bekannte Kommunikationsweisen anknüpft. Therapeutische Techniken in ihren Facetten von direkter emotionaler Zuwendung, bewußtem Mitagieren in der Gegenübertragung und Konfrontation bis hin zu Interpretation erweisen sich dabei als reflektiert eingesetzte menschliche Kontaktmodalitäten. Eine spezifische Funktion des Therapeuten besteht darin, die in der Abwehrhaltung erstarrte destruktive Aggression durch konfrontierendes Mitagieren in der Gegenübertragung zu mobilisieren, und so eine Kontaktmöglichkeit erstmals herzustellen, die von den Eltern in ihrer Angst-Intoleranz verhindert worden ist. Auf diesem Wege kann der Patient das Risiko aggressiver Äußerung im Schutz der Gruppe eingehen und ein Stück Identitätsgefühl erleben. Dieses therapeutische Mitagieren entspricht speziell im Umgang mit schwerstkranken Patienten der Notwendigkeit passageren Arbeitens mit pathologischen Ich-Strukturen, da sie die einzig mögliche Kontaktebene bieten.

XI.

Innerhalb der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik, deren therapeutische Arbeit auf dem Gruppenkonzept beruht, hat die Einzeltherapie eine ganz spezifische Aufgabe zu erfüllen. Sie steht Patienten mit besonders schweren, d.h. genetisch frühen Ich-Störungen zur Verfügung, die in ihrer hochgradigen Vernichtungsangst auf die ausschließliche Zuwendung einer Person angewiesen sind, da sie das multipersonelle Kontaktangebot einer Gruppe als extreme Verlassenheit erleben. Vor allem psychotisch reagierende Patienten können häufig Kontakt nur innerhalb einer Zweiersituation aufnehmen, die der Mutter-Kind-Symbiose entspricht. Der Therapeut übernimmt weitgehende Hilfs-Ich-Funktionen und schafft ein Milieu, in dem sich der Patient vom Therapeuten angenommen fühlen kann, da er sich auf der Ebene psychotischer Erlebnisweisen akzeptiert sieht. Durch indirektes Arbeiten in Gestalt gemeinsamer Tätigkeiten werden die rudimentär vorhandenen Ich-funktionalen Möglichkeiten systematisch entwickelt. Diese Einzeltherapien werden mit einem Höchstmaß an Flexibilität durchgeführt und richten sich nach dem aktuellen Ich-Zustand des Patienten. Ziel ist es, menschliche Präsenz für den Patienten fühlbar zu machen, wobei die Verteilung der psychotischen Übertragung auf mehrere Therapeuten den Weg in die therapeutische Gruppe ebnet.

XII.

Wie ich oben erläutert habe, wird der Erfolg jeglicher therapeutischer Arbeit in der Klinik letztlich von der Stärke der therapeutischen Identität der Mitarbeitergruppe bestimmt. Die kontinuierliche Erarbeitung dieser Gruppenidentität in der Auseinandersetzung mit den Patienten vollzieht sich in zwei personell identischen, aber von der Arbeitsaufgabe her scharf unterschiedenen Gruppensituationen, nämlich der einmal wöchentlich unter meiner Leitung stattfindenden Mitarbeitergruppe, deren Thema die Reflexion der Mitarbeiter selbst in ihrer Psychodynamik und Gruppendynamik darstellt, und der Kontrollgruppe, die neben den täglichen Kontrollbesprechungen zweimal wöchentlich unter meiner Leitung tagt, und der die zentrale Aufgabe obliegt, das therapeutische Feld entsprechend dem Entwicklungsstand der einzelnen Patienten sowie der Patientengruppe insgesamt immer wieder neu zu überprüfen und zu strukturieren.

Hierbei erwies sich als Maßstab für die therapeutische Identität der Mitarbeitergruppe ihre Fähigkeit, die Kontrollgruppe als klar abgegrenzte Arbeitssituation wahrzunehmen und zu akzeptieren. Diese Abgrenzung der beiden Gruppensituationen muß immer wieder neu geleistet werden, da die Mitarbeiter regelmäßig dazu tendieren, gruppendynamische und kontrollanalytische Ebene im Widerstand gegen die Identität der jeweiligen Aufgabe aus Angst vor der ständig erneut geforderten Auseinandersetzung mit sich selbst und den Patienten zu vertauschen.

Die Aufgabe der Kontrollgruppe besteht in der Aufrechterhaltung der therapeutischen und institutionellen Identität der Klinik durch ständige Überprüfung und Revision der Klinikgruppengrenze, wie sie durch die Gesamtheit der Mitarbeiter und Patienten repräsentiert wird.

In der Abgrenzungsarbeit nach außen setzt sie sich mit den Umweltanforderungen an Klinikinstitution, Mitarbeiter und Patienten auseinander. Sie ist verantwortlich für die wirtschaftliche Existenz der Klinik, für Verhandlungen mit Behörden aller Art, die Kooperation mit den niedergelassenen Therapeuten und den Lehr- und Forschungs-Instituten der Deutschen Akademie für Psychoanalyse, sowie generell fachspezifische und standespolitische Belange der Mitarbeiter und vertritt die Interessen der Patienten gegenüber Kassen, Sozialträgern und Familien.

Die Abgrenzungsarbeit nach innen hat zum Ziel, den therapeutischen Spielraum im Sinne einer progressiven Dynamik zu bestimmen, wie er durch das Zusammenspiel von Mitarbeitergruppen- und Patientengruppen-Dynamik und die Dynamik der zugrundeliegenden Primärgruppen eingegrenzt wird. Aus der Reflexion dieser verschiedenen Gruppenebenen in ihrem Zusammenhang ergibt sich eine Standortbestimmung der therapeutischen Arbeit und damit die Basis für die Revision des therapeutischen Milieus entsprechend der jeweils zu definierenden Struktur der Patienten.

Diese Standortbestimmung durch Reflexion der Klinikgruppengrenze geschieht regelhaft durch die Bearbeitung der aktuellen Konfliktdynamik des schwächsten Gliedes der Patientengruppe, das in einem Mitglied der Kontrollgruppe seine jeweilige Entsprechung hat. Diese Arbeitsweise trägt zwei gruppendynamischen Grunderkenntnissen Rechnung: jede konfliktbafte Dynamik einer Gruppe, die immer ein spezifisches Kommunikationsdefizit darstellt, kommt personifiziert in demjenigen Gruppenmitglied am deutlichsten zum Ausdruck, dessen Psychodynamik im Sinne eines Resonanzphänomens der aktuellen defizitären Gruppendynamik am stärksten entspricht; innerhalb eines gruppendynamischen Gesamtzusammenhangs, wie ihn Mitarbeiter- und Patientengruppe der Klinik darstellen, hat eine spezifische Defektdynamik auf der Patientenebene immer ihre Entsprechung auf der Mitarbeiterebene. Daraus folgt, daß durch die Bearbeitung des aktuellen Konfliktes des jeweiligen Ausdruckträgers in der Patientengruppe simultan die aktuelle Intra- und Intergruppendynamik der gesamten Klinik bearbeitet wird. Charakteristischerweise sind Neuaufnahmen und Patienten, deren Entlassung bearbeitet wird, Ausdrucksträger der aktuellen Konfliktdynamik, aber generell gilt, daß jeder Patient und jeder Mitarbeiter im Sinne des Resonanzphänomens in die Position des schwächsten Gruppenmitgliedes kommen kann.

Die exemplarische Konfliktbearbeitung an einem Patienten beinhaltet die genaue Erarbeitung seiner gegenwärtigen Persönlichkeitsstruktur in ihren konstruktiven, destruktiven und defizitären Anteilen, wie sie sich manifestiert im Agieren, Übertragungsverhalten gegenüber Therapeuten, Mit-

patienten und Klinikgruppe insgesamt, sowie in den Gegenübertragungen seitens der Patienten und Therapeuten.

Die Standortbestimmung und Neustrukturierung des therapeutischen Feldes der Klinik als der Zukunftsperspektive der Patienten und auch Mitarbeiter kann so als Ergebnis der Reflexion des aktuellen Zusammenspiels von Primärgruppendynamik und Konfliktdynamik der Klinikgruppe begriffen werden.

XIII.

Es wurde oben dargelegt, daß mit jedem Patienten, der die Klinik betritt, ein neuer Wahrnehmungs- und Abgrenzungsprozeß der Gesamtklinikgruppe einsetzt, der zu einem beiderseitigen Strukturgewinn und damit zu einer Identitätserweiterung der Klinikgruppe insgesamt führt. Dieser Prozeß gegenseitigen Gebens und Nehmens findet als eine permanente Abgrenzungs- und Trennungsarbeit seinen sichtbarsten Ausdruck in der Entlassung eines Patienten aus der Klinik. In der Vorbereitung, Durchführung und therapeutischen Bearbeitung der Entlassung kommt der Kontrollgruppe eine entscheidende Funktion zu. Sie besteht einerseits darin, dem Patienten in Anerkenntnis seines Entwicklungsprozesses in der Klinik für die Klinikgruppe insgesamt die Trennung zu ermöglichen, andererseits garantiert sie die Aufrechterhaltung dieses Entwicklungsprozesses auch organisatorisch. Sie sorgt dafür, daß innerhalb des Verbundes der Therapeuten der Deutschen Akademie für Psychoanalyse ein passender ambulanter Therapieplatz gefunden wird und daß sich der Patient mit Hilfe der Klinik eine Wohn- und Arbeitssituation aufbaut, die ihm ein selbständiges Leben und wirtschaftliche Unabhängigkeit ermöglicht und ihm so gestattet, sich die für ihn notwendige Hilfe und Ich-Stützung in einer selbst finanzierten ambulanten Therapie im eigenen Recht zu nehmen. Hier wird die enge Interdependenz von Ich- und Gruppenstruktur deutlich, wobei die Klinik als ein vorbildliches primärsymbiotisches Objekt begriffen werden kann, das Abgrenzung freundlich toleriert und damit den Patienten in einem entscheidenden Identitätsschritt seiner Persönlichkeitsentwicklung aktiv unterstützt. Die Trennung von der Klinik stellt den letzten Schritt in einem nachholenden strukturbildenden Prozeß dar, der ausgehend von einem stellvertretend erbrachten Identitätsentwurf über primäre Identitätserfahrung im symbiotischen Klinikmilieu und Auseinandersetzung in der Gruppe schließlich Identitätserfahrung über Identifikation mit positiven Vorbildern ermöglicht. Die Trennung von der Klinik kann in dem Moment geschehen, in dem der Patient die Erfahrung menschlicher Präsenz internalisiert hat und so in der Lage ist, selbständigen Kontakt in sozialen Gruppen der Außenwelt einzugehen.

XIV.

Begreift man menschliche Identitätsentwicklung als einen zwischenmenschlichen Wahrnehmungs- und -abgrenzungsprozeß, der sich in einer ständigen Integrationsarbeit interpersoneller Erfahrungen vollzieht, so wird deutlich, daß die Dynamisch-Psychiatrische Klinik ein exemplarisches Identitätsangebot sowohl für psychisch Kranke, als auch für die dort arbeitenden Therapeuten, repräsentiert. Sie stellt einen Gegenentwurf zur orthodoxen psychiatrischen Klinik dar, deren interpersonelle Dynamik in ihrer rigiden Wahrnehmungs- und Kontaktabwehr identitätsverweigernd gegenüber Patienten und Psychiatern wirkt, die sich durch ihr Verständnis der Uneinfühlbarkeit und Unheilbarkeit psychischer Krankheit selbst ihrer beruflichen Identität begeben. Die grundsätzlich andere Einstellung des dynamischen Psychiaters gegenüber psychischer Krankheit zeigt sich darin, daß sie nicht als ein unüberwindliches Kontakthindernis mit der Konsequenz sozialer Isolierung der Kranken verstanden wird, sondern als Ausdruck und Ergebnis eines primären Mangels an zwischenmenschlichem Kontakt. Therapeutische und damit menschliche Identität erweist sich für den dynamischen Psychiater im Ringen um Integration der ihm anvertrauten psychisch Kranken. Der dynamische Psychiater erlebt in diesem Integrationsbemühen, das das Auffinden einer gemeinsamen Kontaktebene impliziert, die Erfahrungsmodalitäten der psychisch Kranken auch als eigene potentielle Erlebnisweisen. Die Integration des psychisch Kranken in zwischenmenschliche Bezüge vollzieht sich simultan mit der Integration, d.h. Wahrnehmung und Abgrenzung seiner extremen Erfahrungsweisen in die Persönlichkeitsstruktur von Patienten und Therapeuten.

A Research-Study of the Clinic as an Interpersonal Field in Dynamic-Psychiatric Treatment

Jan Pohl

The present paper describes the theoretical conception, the structure, and the methods of the Dynamic-Psychiatric Clinic for In-patient Psychotherapy in Munich.

The author took over this Clinic in 1975 as supervisory director and built it up to the principles of in-patient analytical milieu-therapy, as developed by *Günter Ammon* within dynamic psychiatry. In Dynamic Psychiatry the concept of identity is central to its understanding of illness, and to the therapeutic strategies derived from it. According to *Ammon,* identity is defined as the primary quality of the ego: a person's ability to experience his potential in his self and in time as a consistent unit. Psychogenetically, the way the mother conceives of the child's identity as a personality in its own right

forms, in the prenatal period, the frame of reference for the development of its ego, which is structured more and more by internalizing the psychodynamics of its primary group. The primary, central and secondary ego-functions are stabilized in the structure of the child's ego to the same extent that they are made part of the interpersonal interaction of the group. The continuity of the ego-experience as the ego-boundaries are built up, widened and differentiated, is interpersonally based on a reliable maternal presence, which is fundamental to the experience of identity in all phases of its development. Similary, the primary experience of "detachment" results in a fragmenting of the ego-experience and in an arrested identity-development. The child remains fixated in compulsive repetition, which indicates both the need of identity as experienced in the mother-child relationship, and its negation by the mother, i.e. the child is locked in a deficit of interpersonal relationship, which is reflected in its ego as a structural and functional deficit. Therefore, every extension of the ability to experience and to act is avoided in order to fend off the related identity anxiety, which is the fear of illness are seen as identity-illness. According to this psychogenetic and psychodynamic concept of identity, the author formulates as a general therapeutic aim for the patient, to overcome his fear of identity and to realize the consequential new ego-experiences in interpersonal contact and in contact with reality. In accordance with these aims and the conditions of a corrective ego-development, the Dynamic-Psychiatric Clinic was conceived as a therapeutic milieu. The prerequisite of this therapeutic milieu, which embraces the whole of the patient's life-situation, is as follows: the consistent and protective presence of a group of staff members who are open to experience and to communication, and who can, for the patient, cope with identity anxiety, which arises out of the confrontation with a new therapeutical concept of identity, until he himself is able to rely on his ego-functions in coping with ego-anxiety. Parallel to the deficient development of the ego-functions of anxiety, the other deficient ego-functions are also taken over by the group of staff in the patient's place. The therapeutic contact develops by working with the sound elements of the patient's ego, or even with the deficient elements, if these represent the only level of contact available. The Clinic as a whole, in its group-structure of organization and personnel, confronts the patient with all levels of interpersonal, emotional and actual experience. It is in the working-out of this confrontation that the patient's deficient ego-elements are reconstructed. These are the parameters of therapeutic work on the ego-structure, aiming at a corrective identity-development.

The author describes the economic and organisational basis of the Clinic, the data of the patients, the diagnostic criteria for in-patient psychiatry, and the duration of treatment, he reports studies on efficiency control and covers the problem of follow-up treatment.

A maximum of 23 patients can be taken care of in the Clinic at time. 70% show psychotic reactions, 30% are borderline personalities. 60% of the

patients treated so far had been in in-patient psychiatric treatment previously, one out of five over a period of more than five years. A large number of them had been considered resistent to treatment at the time. None of them stayed in the Dynamic-Psychiatric Clinic for more than a year, the average period of treatment is 4.3 months. Out of the patients in the survey 46.4% are out-patients, 13,1% have broken off therapy, 21,4% have successfully finished it.

Therapy is considered completed when the patient is socially reintegrated and is able to make use of the structure-providing experiences of this therapeutic processes in his life-situation.

The Dynamic-Psychiatric Clinic provides a comprehensive situation for all those who live and work there; the therapeutic field is structured by the interpersonal dynamics of the patient and staff groups. In contrast to the fictitious distinction between "normal" staff members and "sick" patients, the personal structures of the staff members and the patients are established on a sliding scale of ego-strenth. Therapeutic work demands a more than average ability to communicate on all conscious and unconscious levels, as well as an ego-functional coping with anxiety and with one's own structural deficits.

In his capacity as supervisor, the author, in order to meet these demands, began building up the clinic by building up a staff group open to communication and experience. He continues in his function as a central figure. He describes the therapeutic process of the patient from his entry to the clinic, through the development of the diagnosis as a dynamic variable, through the structuring of a special therapeutic setting, to his release, which, according to the concept of ego-structure, is seen as an instance of ego-demarcation in the patient. In doing so, he refers to the ego-structure of the patient as well as to the structure of the clinic, which correspond to each other dialectically.

Of decisive importance is the possibility to offer to the patient – according to his specific actual ego-structure – a differenciated spectrum of therapeutic approaches and measures. These are the "plenary assembly", the milieu-therapeutic groups, the strictly therapeutic groups, the individual therapy and the control group.

All therapeutic activities are not to be understood as an individual contact between one patient and one therapist, but as an increasing interaction between the individual in the different groups and the groups them-selves on their different levels within the clinic situation. This integration of all levels of existential experience can then be internalized by the patient, and the structure thus gained, represents the reconstruction of his identity-development.

Literatur

Ammon, G. (1968): Dynamische Psychiatrie. In: Dyn. Psychiat. (1) 6–18

– (1971): Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie I–III. In: Dyn. Psychiat. (4) 9–28, 123–167, 181–201

– (1973a): Ich-psychologische und gruppendynamische Aspekte der psychoanalytischen Gruppentherapie. In: Dyn. Psychiat. (6) 207–230
– (1973b): Dynamische Psychiatrie – Grundlagen und Probleme einer Reform der Psychiatrie (Darmstadt: Luchterhand)
– (1974): Kreativität und Ich-Entwicklung in der Gruppe. In: *Ammon, G.*, Hrsg.: Gruppendynamik der Kreativität (München: Kindler)
– (1975): Zur Theorie und Praxis der Dynamischen Psychiatrie unter besonderer Berücksichtigung der Milieutherapie. In: Psychiat. Prax. (2) 243–252
– (1976a): Was macht eine Gruppe zur Gruppe? In: *Ammon, G.*, Hrsg.: Analytische Gruppendynamik (Hamburg: Hoffmann & Campe)
– (1976b): Das Borderline-Syndrom – ein neues Krankheitsbild. In: Dyn. Psychiat. (9) 317–348
– (1977): Theoretical Aspects of Milieu Therapy. Revision of a paper written at the Menninger Clinic and School of Psychiatry, Topeka/Kansas, USA, 1959 (Berlin: Pinel-Publikationen)
– (1978): Das Verständnis eines Entwicklungsdefizits von Ich-Strukturen in Persönlichkeit und umgebender Gruppe als Grundlage und Praxis einer Dynamischen Psychiatrie. In: Dyn. Psychiat. (11) im Druck
Barnett, J. (1966): On Cognitive Disorders in the Obsessional. In: Cont. Psychoanal. (2)
Cranach, M. v.; *Finzen, A.*, Hrsg. (1972): Sozialpsychiatrische Texte (Berlin-Heidelberg-New-York: Springer)
Goffman, E. (1961): The Mental Hospital as a "Total Institution". In: *Cressey, D. R.*, Hrsg.: The Prison (New York: Holt, Rinehart and Winston)
Lichtenstein, H. (1961): Identity and Sexuality – A Study of Their Interrelationship in Man. In: J. Am. Psychoanal. Ass. (9) 179–260
– (1964): The Role of Narcissism in the Emergence and Maintenance of a Primary Identity. In: Int. J. Psychoanal. (45) 49–56
Pohl, J. (1972): Konversion und psychosomatische Symptombildung. In: Dyn. Psychiat. (5) 277–289
– (1973): Zwang und Schizophrenie im gruppentherapeutischen Prozeß. Vortrag gehalten auf dem V. Internationalen Symposium der DAP, 1.–7. 8. 1973, Stelzerreut/Kumreut (unveröffentlicht)
– (1974): Die Veränderung der Technik im psychotherapeutischen Prozeß. In: Dyn. Psychiat. (7) 358–373
– (1976a): Der psychotherapeutische Prozeß – ein Gruppenprozeß. Vortrag gehalten auf dem 10. Congrès International de Psychothérapie, 4.–11. 7. 1976, Paris (unveröffentlicht)
– (1976b): Die Konzeption des Unbewußten in der von Günter Ammon begründeten psychoanalytischen Schule unter besonderer Berücksichtigung von Ich und Gruppendynamik (unveröffentlicht)
– (1976c): Die narzißtische Funktion des Zwangs. In: Dyn. Psychiat. (9) 366–380
Searles, H. F. (1958): Positive Feelings in the Relationship between the Schizophrenic and his Mother. In: Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects (London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis)
– (1959): The Effort to Drive the Other Person Crazy – an Element in the Aetiology and Psychotherapy of Schizophrenia. In: Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects (London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis)
– (1961): Anxiety Concerning Change as Seen in the Psychotherapy of Schizophrenic Patients – with Particular Reference to the Sense of Personal Identity. In: Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects (London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis)
Spitz, R. A. (1956): Die Urhöhle – Zur Genese der Wahrnehmung und ihrer Rolle in der psychoanalytischen Theorie. In: Psyche (IX) 641–667
Sullivan, H. S. (1947): Conceptions of Modern Psychiatry (Washington)
Winnicott, D. W. (1958a): Primary Maternal Preoccupation. In: Through Paediatrics to Psycho-Analysis (London: Tavistock)
– (1958b): The Maturational Processes and the Facilitating Environment (London: The Hogarth Press)

Adresse des Autors:
Dr. med. Jan Pohl
Knöbelstr. 28
8000 München 22

Die Psychodynamik des Ausagierens im Rahmen einer Dynamisch-Psychiatrischen Klinik**

Rolf Schmidts*

Ammon hat in seiner Konzeption der Dynamischen Psychiatrie die Notwendigkeit der gruppendynamisch erarbeiteten Einheit der gesamten Behandlungssituation bei schwer Ich-kranken Patienten hervorgehoben. Diese ist vor allem gewährleistet im Rahmen einer dynamisch-psychiatrischen Klinik, deren Organisation und Struktur milieutherapeutischen Prinzipien entspricht, wie sie von Ammon und der Berliner Schule entsprechend seines grundlegend neuen und integrativen Krankheitsverständnisses präödipaler archaischer Ich-Krankheiten entwickelt worden sind. Die Erkenntnis, daß die Pathodynamik des von unbewußten Wiederholungszwängen gesteuerten, zerstörerischen Agierens von schwer Ich-kranken Patienten aus der Verinnerlichung der durch destruktive Aggression und Identitätsverweigerung gekennzeichneten Dynamik ihrer familiären Primärgruppen resultiert, bestimmt die in der vorliegenden Arbeit geführte Auseinandersetzung mit dem Problem des Ausagierens und dessen therapeutischer Beantwortung.
Der Autor zeigt, daß gerade das Agieren, dem im Rahmen der Schulpsychiatrie mit Unverständnis und restriktiven Maßnahmen begegnet wird und das in der orthodoxen Psychoanalyse als Störfaktor gilt, der die Behandelbarkeit grundsätzlich in Frage stellt, durch die einander überlagernden, vielfältigen, in weiten Bereichen averbalen therapeutischen Ebenen in einer dynamisch-psychiatrischen Klinik in das therapeutische Gesamtmilieu umfassend einbezogen, verstanden und analytisch bearbeitet werden kann. Denn die gruppendynamisch erarbeitete, differenzierte Anordung von therapeutischen Interaktionen im Rahmen einer dynamisch-psychiatrischen Klinik vermag einerseits der zersplitterten Psychodynamik und Ich-Struktur der agierenden Patienten zu entsprechen, ihm andererseits aber in Angstzuständen vor einer Identitätsdiffusion bei der Auseinandersetzung mit den vielfältigen therapeutischen Situationen den wirksamen Schutz integrierter Gruppengrenzen zu geben.

In den letzten Jahrzehnten haben die psychischen Störungen präödipaler Genese entscheidend zugenommen, während die klassischen neurotischen Krankheitsbilder immer mehr in den Hintergrund traten. In der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik in München gehörten in einem Jahr 16 % der Aufnahmen der diagnostischen Kategorie der schizophrenen Reaktion an, 3 % der manisch depressiven Psychose, 78 % der Kategorie des Borderline-Syndroms, zumeist mit mehr oder weniger ausgeprägten psychosomatischen Störungen. Nur 3 % ließen sich als Neurosen klassifizieren. Bei den präödipalen Krankheitszuständen, die *Günter Ammon* unter dem Begriff der archaischen Ich-Krankheiten zusammengefaßt hat, spielt das Symptom des Agierens eine hervorragende Rolle. Beim Borderline-Syndrom wird es geradezu krankheitsbestimmend. Patienten dieser Art gestalten ihr ganzes Leben, dem Gesetz des Wiederholungszwanges folgend, ihren infantilen Bedürfnissen entsprechend. Ihre individuelle Lebenswirklichkeit steht fast

* Dr. med., Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychoanalytiker, Mitarbeiter am Münchener Lehr- und Forschungsinstitut der DAP
** Vortrag gehalten auf dem IX. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 10.–14. Juni 1977, Deutsches Museum, München

gänzlich unter der Herrschaft des Primärprozesses. Ihr Agieren ist, wie *Freud* (1938) einmal bemerkt, der Bewußtmachung von dessen Wiederholungscharakter weniger zugänglich als das agierende Wiederholen eines neurotisch Kranken, weil es sich gerade nicht auf die Übertragungssituation innerhalb des klassischen analytischen Settings begrenzen läßt. Damit wird das Ausagieren angesichts der heute vorherrschenden Krankheitsbilder zu einem zentralen therapeutischen Problem. Die Indikation zur psychoanalytischen Behandlung entscheidet sich in der Tat daran, was unter dem Begriff Agieren verstanden wird und welche therapeutischen Konsequenzen sich aus diesem Verständnis ableiten lassen. Von seiten der klassischen Psychoanalyse wurde dieses Problem zwar erkannt, letztlich jedoch keiner grundsätzlichen Klärung zugeführt. *Anna Freud* (1968) stellte auf dem 25. Internationalen Psychoanalytischen Kongreß zum Thema des acting out in Kopenhagen 1967 in ihrem Grundsatzreferat fest, daß der Begriff Agieren aufgrund der Erweiterung der psychoanalytischen Theorie auf die präödipale Mutter-Kind-Beziehung und infolge der Einbeziehung praeoedipaler Störungen in die Indikation zur psychoanalytischen Behandlung gleichzeitig eine Bedeutungserweiterung erfahren und an Trennschärfe eingebüßt habe. Seine ursprüngliche Definition in *Sigmund Freuds* Arbeit „Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten" (1914) bezog sich gänzlich auf das Konzept der Übertragungsneurose und das klassische analytische Setting. Da dieser Bezugsrahmen jedoch für acting-out-Patienten nicht anwendbar ist, schlug *Anna Freud* eine Neuformulierung in Ich-psychologischen Kategorien vor. Insofern aber diese Ich-psychologische Neuformulierung einer triebpsychologischen Begrifflichkeit verhaftet blieb, unterblieb die in der Tat dringliche Klärung des Begriffes Agieren. *Leon Grinberg* (1968) ging über die klassische, lediglich phänomenologische Deutung des acting out als Widerstandsmanifestation hinaus. Er erblickte eine der wesentlichsten Wurzeln des Agierens in unintegrierten Erfahrungen eines frühen Objektverlustes und betonte dessen kommunikativen und autoreparativen Charakter. Er stellte fest, daß ein agierender Patient im Agieren ein äußeres Objekt sucht, das seine archaischen Verlassenheitsängste erträglich macht, ähnlich wie es normalerweise eine Mutter für ihr Kind tut. Das Wesen des Ausagierens besteht dementsprechend für *Grinberg* in einer traumhaften Inszenierung primärer Erfahrungen mit äußeren Objekten.

Im folgenden möchte ich anhand eines Fallbeispiels einer extrem ausagierenden Borderline-Patientin die Ich-strukturelle Bedeutung des Agierens auf dem Hintergrund des Ich- und Gruppenkonzeptes der dynamischen Psychiatrie im Sinne der Berliner Schule herausarbeiten und die sich daraus ergebenden therapeutischen Konsequenzen eines Ich-strukturellen Arbeitens darstellen. Der Therapieverlauf soll die zunehmende Ich-Strukturierung im Zuge einer nachholenden Ich-Entwicklung aufzeigen. Das Material meiner Arbeit entstammt der direkten therapeutischen Arbeit mit der Patientin während einer etwa 9-monatigen stationären Psychotherapie in milieutherapeutischen, gruppen- und einzeltherapeutischen Situationen, sowie den in unserer

Krankengeschichte protokollierten Beobachtungen. Hinzu kommen die Krankenunterlagen einer mehr als 2-jährigen Vorbehandlung in internen, neurologischen und psychiatrischen Kliniken und ambulanten Praxen. Die 24-jährige, zierlich und kindlich wirkende Patientin litt unter mehrfach täglich auftretenden synkopalen Anfällen, wobei sie sich beim Hinstürzen Verletzungen zuzog. Schwere Eß- und Schlafstörungen, ein langjähriger Tablettenabusus und eine ausgeprägte Depression kennzeichneten das klinische Bild. Ihre reale Lebenssituation war chaotisch. Von ihrem alkoholabhängigen, zeitweilig arbeitslosen und promiskuös lebenden Ehemann wurde sie geschlagen und beim Verkehr sadistisch gequält. Vor dem Auftreten der Anfälle hatte sie als tüchtige Arbeiterin das finanzielle Auskommen der Familie gesichert. Nun war sie dazu nicht mehr in der Lage. Sie ließ sich von ihrer damals 7-jährigen Tochter bemuttern. Im Erstinterview klagte sie nur über ihre Anfälle und ihre chaotische Lebenssituation. Sie saß zusammengesunken wie ein hilfloses Kind vor mir und erzählte von einer mütterlichen Ärztin, die sie zu uns überwiesen hatte.

Gleich zu Beginn ihres stationären Aufenthaltes inszenierte die Patientin unbewußt ihre Familiendynamik: Nachdem ich mich von ihr verabschiedet hatte, um in die Praxis zu gehen, blieb die Patientin, während die anderen einen Ausflug unternahmen, zusammen mit einer Kollegin in der Klinik zurück. Sie hatte auf unsere Anregung hin für 2 Stunden in der Woche eine Putzstelle angenommen und wartete auf den Arbeitsbeginn. Meine Kollegin schlug ihr vor, inzwischen in den nahegelegenen Park spazierenzugehen. Sie könnte sich dort mit Spaziergängern unterhalten. Als sie tatsächlich von einem Mann angesprochen und zum Kaffee eingeladen wurde, geriet sie in einen panikartigen Zustand. Traumhaft verloren irrte sie umher und rief mich schließlich völlig verwirrt in der Praxis an. Sie ließ sich den Weg zurück in die Klinik in allen Einzelheiten schildern und vermittelte mir den Eindruck, daß sie an der Hand genommen und nach Hause gebracht werden wollte. Die Situation glich derjenigen in ihrer Kindheitsfamilie: Sie mußte daheim schon als 10-jähriges Mädchen die gesamte Haushaltsarbeit und -führung für die 8-köpfige Familie übernehmen, während die anderen außer Haus waren. Den Vorschlag meiner Kollegin, die offensichtlich mit der Patientin mitagierte, indem sie ihr empfahl, sich im Park zu unterhalten, verband sie mit den sexuellen Abenteuern ihrer Mutter, die sie als Kind oftmals vor den Wohnungen ihrer Freunde hatte warten lassen. Als sie einmal ihrem Vater davon erzählte, reagierte die Mutter mit offenem Haß. Daraufhin unternahm sie, damals 5 Jahre alt, ihren ersten Selbstmordversuch mit Tabletten. Meine Verabschiedung assoziierte sie mit dem Tod ihres Vaters. Er hatte der Mutter häufig mit Selbstmord gedroht. Als die Patientin 15 Jahre alt war, kam er, während er als Rangierer bei der Bundesbahn arbeitete, ums Leben. Für sie stand fest, daß ihre Mutter ihn in den Tod getrieben hatte. Sie litt darunter, daß sie ihn nicht hatte zurückhalten können. Dieser Dynamik entsprechend versuchte die Patientin jeweils einen der Therapeuten unter Ausschluß aller anderen und der Gruppe der Mitpatienten zu vereinnahmen. In der kombiniert

zur Gruppentherapie durchgeführten Einzeltherapie empfand ich dies manchmal als einschläfernden Sog, gegen den ich mich mit Ärger wehrte. Abgespalten von ihrer Beziehung zu mir unterhielt die Patientin eine mir von ihr sorgfältig verheimlichte Telefonbeziehung zu meiner Kollegin, die sie mir gegenüber in unseren Gesprächen schlecht machte.

Ihre Verlassenheitsängste konnten sich zu panikartigen Zuständen steigern. Zumeist aber beschwichtigte sie, vor allem zu Beginn des stationären Aufenthalts, ihre Angst, verlassen zu werden, indem sie ihre Mitpatienten kontrollierte und sich über den Verbleib eines jeden von uns vergewisserte. Denn jeder, der die Klinik verließ, erschien ihr in einer lebensbedrohlichen Situation wie zu Hause der Vater. So saß sie stundenlang am Fenster und überwachte die Eingangstüre der Klinik. In akuten Trennungssituationen kam es meist zu einem Ohnmachtsanfall. Schon bei der Anamneseerhebung fiel sie in dem Moment, als die Sprache auf ihren Vater kam, ohnmächtig in sich zusammen. Dasselbe geschah nach einem Besuch von *Dr. Ammon,* auf den sie spontan ihren Vater übertragen hatte, in der Klinik. Wie sehr diese Anfälle mit symbiotischen Bedürfnissen zusammenhingen, zeigte sich besonders deutlich darin, daß die Patientin zuhause ihre Tochter auf sich aufpassen ließ, z.B. wenn sie badete, weil sie fürchtete, während des Bades bei einem Anfall zu ertrinken. Das Kind mußte so mütterliche Funktionen der Realitätskontrolle für die Mutter übernehmen. Auch ihre Beziehung zu ihrem Ehemann hatte symbiotischen Charakter. Er war ein ehemaliger Trinkgefährte ihres Vaters. Alle ihre Beziehungen hatten im Grunde nur schattenhaft oberflächlichen Charakter. War sie allein, so konnte sie stundenlang traumhaft vor sich hinsinnen. Ihr ganzes Leben war so bestimmt von der in ständigem Agieren unbewußt wiederholten pathologischen Dynamik ihrer Familie. Ihre Eltern terrorisierten sich gegenseitig und bedrohten ihre Kinder, indem sie sie im Stich ließen, oder durch aggressive Ausbrüche. Ihrem zerstörerischen, oft massivsten Agieren konnte nur Einhalt geboten werden, indem mehrmals wöchentlich die Polizei zu Hilfe geholt wurde. Sie setzte den tätlichen Auseinandersetzungen Grenzen. Sie verlieh damit der vom völligen Auseinanderbrechen bedrohten Familiengruppe eine Struktur von außen und bewahrte ihre Mitglieder so vor tödlichen Verlassenheitsängsten. Erst das äußere Eingreifen der Polizei und anderer Behörden stellte also die Gruppengrenze wieder her. Damit war für die Kinder ein Kommunikationsmodus vorgezeichnet, den sie in ihrem Leben in Abwehr ihrer Verlassenheitsgefühle zwanghaft beibehielten. Alle Geschwister der Patientin sind grob auffällig. Einer ihrer Brüder ist Delinquent, ein anderer ein randalierender Alkoholabhängiger, wie es der Vater war; eine ihrer Schwestern erzwingt auf eben dieselbe Weise wie die Patientin durch Ohnmachtsanfälle ein Eingreifen der Umwelt. Der für diese Familie kennzeichnende Kommunikationsstil bestand fast ausschließlich in einem Handeln, das andere Menschen in ihre pathologische Dynamik einbezog.

Die Familiengruppe litt also an einem strukturellen Defizit, das vor allem in der Unfähigkeit zu einer autonomen Abgrenzung nach innen und außen

bestand. Diesem Strukturdefizit der Familiengruppe entsprach ein eben solches Defizit der Ich-Struktur der Patientin. Die zentralen Ich-Funktionen der Abgrenzung nach innen und außen und der damit eng zusammenhängenden Identitätsentwicklung, der Ich-Integration und Ich-Regulation blieben in weiten Bereichen defizitär, während die zentrale Ich-Funktion der konstruktiven Aggression verkümmert war und in einem permanenten Agieren destruktiv aggressiver Art ihren pervertierten Ausdruck fand. Weil der Patientin diesem Defizit ihrer Ich-Struktur entsprechend ein Ich-Gefühl nur in einer symbiotischen Beziehung möglich war, mußte der Wiederholungszwang mit undifferenzierten äußeren Objekten im Sinne einer Ersatzsymbiose traumhaft in Szene gesetzt, eben ausagiert werden.

Die Familiendynamik und das Agieren dieser Borderline-Kranken ist beispielhaft für das acting-out schwer Ich-kranker Patienten. Ihnen allen fehlt eine stabile und konstante Objekterfahrung, wobei ihr Agieren der internalisierten Dynamik einer selbst defizitären Primärgruppe entspringt. Es stellt eine verstümmelte Kommunikation dar, in der äußere Objekte zum Mitagieren im Sinne des Verhaltens der primären Objekte, ihrer Beziehungsdynamik untereinander und nach außen veranlaßt werden. Somit ist das Agieren eine einer bestimmten Primärgruppendynamik entsprechende spezifische Äußerungsform des narzißtischen Defizits, des Lochs im Ich, wie es *Ammon* (1973) nannte. Seinem regressiv pathologischen Anteil, in dem die Familiendynamik unablässig wiederholt wird, steht ein konstruktiver Aspekt gegenüber. Auf der einen Seite entspricht das Agieren einem Erfahrungsdefizit, insbesondere kommunikativer Erfahrungen, und einem Identitätsverbot, das sich aus der destruktiven Dynamik der Primärgruppe ergibt. In Hinblick auf diese Zusammenhänge ist es eine Abwehr realen menschlichen Kontakts. Auf der anderen Seite stellt es in der geradezu suchtartigen Kontaktsuche nach einem guten, eine eigene Identitätsentwicklung gestattenden Objekt, einen Selbstheilungsversuch dar, indem äußere Objekte zur Kompensation der defizitären Ich-Funktionen, insbesondere derjenigen der Abgrenzung, herangezogen werden (*Ammon,* 1976).

Die therapeutische Situation muß der geschilderten Ich-strukturellen und gruppendynamischen Bedeutung des Ausagierens solcher Ich-kranker Patienten Rechnung tragen. Sie muß mit dem im Sinne eines averbalen Kommunikationsangebotes verstandenen Agieren als therapeutischem Vehikel arbeiten, indem sie es umfassend einbezieht. Ein solches Setting, das die gesamte Lebenssituation eines Patienten während eines bestimmten Zeitraumes umschließt, ist exemplarisch im therapeutischen Milieu einer Dynamisch-Psychiatrischen Klinik verwirklicht, wie *Ammon* dies 1973 beschrieb. Das Milieu einer solchen Klinik bildet einen umfassenden Schutzraum, in den hinein der Patient seine Ängste externalisieren kann. Dieser Schutzraum ist durch flexible Grenzen gekennzeichnet, die dem selbstzerstörerischen Ausagieren der Patienten Einhalt gebieten, ohne damit gleichzeitig das im Agieren mitenthaltene kommunikative Angebot abzuweisen. Er stellt ein Interaktionsfeld dar, das dem Patienten Halt im Sinne der von *Winnicott* (1960) formulierten mütterlichen Haltefunktion, eben eine therapeutische Symbiose

gewährt und eine Auseinandersetzung mit Mitpatienten und Mitarbeitern der Klinik ermöglicht. Dem Agieren der Patienten wird dabei auf der Ihnen einzig erlebbaren, zunächst vorwiegend averbalen Ebene im striktesten Wortsinn begegnet. Ein solches Begegnen schließt die direkte emotionale Antwort des Therapeuten, seine Präsenz als eine reale Person ein und kann als ein therapeutisch kontrolliertes Gegenagieren (*W. Schibalski,* 1977) beschrieben werden. Der klassische Dreischritt des therapeutischen Prozesses, der von *Freud* mit den Begriffen Wiederholen, Erinnern, Durcharbeiten charakterisiert wurde, wird auf diese Weise um die Dimension des Wiedergutmachens (*Ammon,* 1973) erweitert, die dem narzißtischen Defizit der archaisch Ich-kranken Patienten Rechnung trägt und ihnen wiedergutmachend ein Existenzgefühl vermittelt, das ein agierendes Wiederholen schließlich erübrigt. Gerade indem das therapeutische Gesamtmilieu der Klinik die ganze Lebenssituation darstellt, das die verschiedenen therapeutischen Ebenen, wie Einzel-, Gruppen- und Milieutherapie, miteinander verknüpft, wird der Patient allmählich in eine kommunikative Struktur einbezogen, deren Grenzen in einer lebendigen Auseinandersetzung aller Beteiligten aufgebaut und ständig verändert werden. Diese Struktur dient modellhaft dem Aufbau eigener Ich-Grenzen. An ihr werden die nie entwickelten bzw. arretierten Erfahrungsmöglichkeiten des Patienten für ihn wahrnehmbar und im Sinne einer nachholenden Ich- und Identitätsentwicklung integriert.

So war es gerade für die oben geschilderte Patientin wichtig, ihr in der kombinierten therapeutischen Situation das im Sinne einer Familiendynamik notwendige Splitting zunächst zu gestatten, ohne sich in der Gegenübertragung in eine Ausschließlichkeitsbeziehung hineinziehen zu lassen. Die Kontrollgruppe der Therapeuten bot dabei immer wieder die Möglichkeit einer Kommunikation im Interesse der Patientin, mit dem Ziel der Synthese der von der Patientin in unverbundenen Situationen voneinander abgespaltenen Ich-Anteile. Die kommunizierende Therapeuten- und Klinikgruppe konnte die Patientin im Sinne einer neuen Erfahrung internalisieren, um so allmählich mit sich selbst und den anderen kommunizieren zu können. Zunächst ging es in der Therapie dieser chaotisch agierenden Patientin darum, ihr Grenzen zu setzen und – insofern ein Ich-Gefühl überhaupt erst an Grenzen, die die Struktur des interpersonellen Feldes ausmachen, zustandekommt – ihr fühlbar zu machen, daß sie ernst genommen wurde. Im Anschluß an den ersten Besuch ihres Ehemannes in der Klinik, bei dem sie ihm die Frage stellte, ob er bereit sei, mit ihr nach München, also in die Nähe ihrer Therapeuten umzuziehen, unternahm sie einen Suizidversuch mit Tabletten, weil er ihr Anliegen abschlägig beantwortete. Sie wurde in die toxikologische Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses überwiesen. Als sie bei der nächsten Gruppensitzung in unserer Klinik den ganzen Vorgang zu bagatellisieren versuchte, wurde ich wütend. Eine Mitpatientin gab ihr, was ganz meiner eigenen Tendenz entsprach, eine schallende Ohrfeige. Durch die Abgrenzung ihres suizidalen Verhaltens und die direkte emotionale Konfrontation in der Gruppe fühlte sie sich ernst genommen. Sie trennte sich von der Ersatzsymbiose mit ihren Tabletten, indem sie, begleitet von Mitpatienten, ih-

ren gesamten Tablettenvorrat von zu Hause abholte und der Gruppe übergab. Wie sehr ihr Agieren eine Ersatzkommunikation über elementare Bedürfnisse bedeutete, zeigte sich in der Folge: Die Patienten gingen im Rahmen einer milieutherapeutischen Unternehmung in eine Zirkusveranstaltung. Sie waren davon so angetan, daß sie sich entschlossen, eine eigene Zirkusaufführung zu machen. Tagelang probten sie. Die Patientin fiel bei einer akrobatischen Übung von der Schulter einer von ihr ambivalent geliebten, sehr dominanten Mitpatientin, auf die sie ihre Mutter übertrug. Sie zog sich dabei eine Gehirnerschütterung zu. In der Folge lag sie meist schlafend in ihrem Zimmer. Ich besuchte sie regelmäßig. Sie beklagte sich, daß sie von der Gruppe alleingelassen werde und wurde daraufhin auf eine Liege im Wohnraum gebettet, wo sie von der ganzen Gruppe liebevoll umsorgt wurde. Das erstemal hatte sie es gewagt, ein Bedürfnis offen zu äußern, statt die Erfüllung wie bisher durch ihr Symptom erpresserisch zu erzwingen. Die eingangs geschilderten Ohnmachtsanfälle traten seitdem nicht mehr auf.

Vergegenwärtigt man sich die Abfolge der geschilderten Ereignisse, so läßt sich sagen, daß die Patientin die internalisierte destruktive Dynamik ihrer Familiengruppe ursprünglich diffus in ihrem ganzen Leben ausagierte. Die ihr in der kommunizierenden Klinikgruppe gesetzten Grenzen, die ihr gleichzeitig gegebene menschliche Zuwendung und das ihr entgegengebrachte Verständnis führten dazu, daß dieses ursprünglich diffuse Ausagieren nach und nach in der therapeutischen Situation selbst stattfinden konnte. Während die Patientin in der Episode des Umherirrens noch vorwiegend kontaktlos außerhalb der Reichweite des therapeutischen Milieus und außerhalb der Klinikmauern agierte, während sie ihren Suizidversuch schon innerhalb der Klinik machte, fand der in seiner Dynamik ebenfalls suizidale Sturz von der Schulter der Mitpatientin innerhalb der Gruppe in einer milieutherapeutischen Situation statt. Deutlich wurde mir diese strukturelle Veränderung auch, als ich sie nach dem Sturz in ihrem Zimmer besuchte. Auf ihrem Nachtkästchen standen die Photographien vom Besuch *Dr. Ammons,* auf denen alle Therapeuten abgebildet waren, ein Bild von mir, Bilder der ihr liebsten Mitpatientin und ein Bild ihrer Tochter. Das frühere Bild vom Grab ihres Vaters, dessen beide Seiten sie und ihre Geschwister wie Zypressen nach Größe gestaffelt symmetrisch einrahmten, war verschwunden. Diese Bilder waren im Sinne von Übergangsobjekten zu verstehen, die ihr das Alleinsein erträglich machten. Sie waren als Zeichen einer bereits vollzogenen Verinnerlichung der kommunikativen Bezüge in der Klinik anzusehen. Das hochgradige Defizit kommunikativer Erfahrungen dieser Patientin war also ein Stück weit aufgefüllt. Weil sie sich in der Klinik und in der Beziehung zu Mitpatienten und Therapeuten existent fühlen konnte, erlebte sie auch ihre Verlassenheit in ihrem Zimmer unmittelbar. Im Unterschied zu früher konnte sie ihr Gefühl als zu sich gehörig wahrnehmen und ihren Anspruch auf Zuwendung verbal mitteilen, statt zu agieren. Sie sagte mir, wie gern sie mich mochte, phantasierte ein Leben mit mir und bat mich, sie nicht allein zu lassen. Sie trauerte darüber, in ihrem Leben letztlich immer allein gewesen zu sein.

Abließend möchte ich noch auf die Trennungsbearbeitung mit der Patientin eingehen, die eine unabdingbare Voraussetzung für eine bleibende Ichstrukturelle Veränderung als Niederschlag einer vollzogenen Internalisierung des therapeutischen Milieus darstellt und im Grunde den therapeutischen Prozeß von Beginn an begleitet. Im Zusammenhang mit meinen Urlaubsplänen und der damit verbundenen Trennungssituation ging es in der Gruppe um die bevorstehende Scheidung der Patientin und um ihre Schulden. Da die realen Verhältnisse nicht zu klären waren, schlug ich ihr vor, das Problem zu vertagen. Wütend schleuderte sie mir die gesamten Unterlagen ihrer Haushaltsführung vor die Füße. Was sie so geärgert hatte, war zum einen, daß ich mich geweigert hatte, bei ihr zu bleiben und alles für sie zu übernehmen, zum anderen ihr Gefühl, daß ich ihr, indem ich eine Vertagung vorschlug, nicht zugetraut hätte, selber mit ihrer Realsituation fertig zu werden. Ihre mit der Verweigerung einer eigenen Identitätsentwicklung verbundene Wut, die als internalisierte zerstörerische Dynamik im Sinne der destruktiv gewordenen zentralen Ich-Funktion der konstruktiven Aggression (*Ammon,* 1973) ihre chronische Suizidalität bestimmte, kam damit zum Vorschein und konnte in der Gruppe durchgearbeitet werden. Die Patientin trennte sich so im Schutz der Gruppe ein gutes Stück weit von der im ständigen Agieren reproduzierten destruktiven Symbiose mit ihrer Primärgruppe bzw. mit den entsprechenden Ersatzobjekten. Sie mietete sich eine Wohnung. Die gesamte Gruppe half ihr beim Umzug. Einzelne Mitpatienten begleiteten sie zu ihrem Scheidungstermin. Einige Wochen später konnte sie aus der Klinik in eine ambulante Gruppentherapie entlassen werden. Ihr ursprüngliches, unter der Herrschaft des Wiederholungszwanges stehendes Agieren war zu einem guten Teil einem klaren Handeln unter der Herrschaft des Ichs gewichen.

The Psychodynamics of Acting out within a Dynamic-Psychiatric Hospital

Rolf Schmidts

In his paper the author presents the case-study of a patient suffering from a severe ego-illness and the therapeutic process during a stationary psychotherapy; he shows the psychodynamics of acting out and its changes within a retrieval of ego-development. He discusses the concept of acting out as it is generally used in psychoanalytical literature. He opposes the traditional view that Borderline-patients cannot be helped by psychoanalytical therapy as they act out their infantile needs and traumatic experiences into their whole environment, acting-out being their only possibility of expressing themselves.

The ego-psychological research of the Borderline-syndrome on the basis of the ego- and group concept of *Günter Ammon*'s Berlin School shows that

the unconscious attempt of refinding the connection to the primary objects acting-out is often the only chance of these patients of having the feeling of existence; for this reason their acting out is a specific manifestation of their ego-deficit. It shows a pathologically arrested and destructive symbiosis with the primary group. These symptomatics require a more mature ego-structure and do not necessarily belong to the pathology of these patients.

Accordingly, there must be provided for the patient a therapeutical setting which understands the acting out as a therapeutical instrument including it into the therapeutical situation as an offer of preverbal communication. The acting out of the patient must be met on the only level he can experience; that is, first of all, on a mainly non-verbal level in the strictest sense of the word. The classical three steps of the therapeutical process of remembering, repeating, working through are enlarged to the dimension of reparation, which takes into account the narcissistic deficit of the archaically ego-ill patients. The best way to achieve these results is possible within the integrated therapeutical milieu of a dynamic-psychiatric hospital. The whole therapeutical environment of the hospital includes the total life situation of the patient and represents a system of communication connecting the different therapeutical levels e.g. the individual-, group-, and milieutherapy so that the patient is gradually integrated into a communicative structure, whose limits are built up and are changing during an intense interaction of all participants. This structure serves as a model of building up ego-boundaries of one's own. In the course of this process it becomes possible for the patient to experience these ego-boundaries which he had not been able to develop until then and to integrate them in the sense of an identity development of his own.

Literatur

Ammon, G. (1971): Gruppendynamik der Aggression. Beiträge zur Psychoanalytischen Theorie (Berlin: Pinel-Publikationen)
– (1973): Dynamische Psychiatrie. Grundlagen und Probleme einer Reform der Psychiatrie (Darmstadt: Luchterhand)
– (1976): Das Borderline-Syndrom – ein neues Krankheitsbild. In: Dyn. Psychiat. (9) 317–348.
Grinberg, L. (1968): On Acting out and its Role in the Psychoanalytic Process. In: Int. J. Psycho-Anal. (49) 171–178
Freud, A. (1968): Acting out. In: Int. J. Psycho-Anal. (49) 165–187
Freud, S. (1938): Abriß der Psychoanalyse. Ges. W. Bd. XVII.
Schibalski, W. (1977): Formen des therapeutischen Mitagierens und seine strukturelle Bedeutung. In: Dyn. Psychiat. (11)
Winnicott, D. W. (1960): Die Theorie von der Beziehung zwischen Mutter und Kind. In: Int. J. Psycho-Anal. (41) 585–595
– (1965): Reifungsprozesse und fördernde Umwelt (München: Kindler)

Adresse des Autors:
Rolf Schmidts
Hohenzollernstr. 93
8000 München 40

Die Ich-Entwicklung einer psychosomatisch reagierenden Patientin während ihrer stationären Psychotherapie**

Andreas von Wallenberg Pachaly*

Das milieutherapeutische Feld der dynamisch-psychiatrischen Klinik ermöglicht auch Patienten mit Ich-Krankheiten schwersten Ausmaßes eine nachholende Ich- und Identitätsentwicklung. Dabei stehen nicht besondere Techniken im Vordergrund, sondern die Einstellung der Therapeuten den Patienten gegenüber und die Bereitstellung einer lebensbejahenden Identitätsfindung ermöglichenden milieutherapeutischen Gemeinschaft. Besondere Bedeutung kommt bei der nachholenden Entwicklung defizitär ausgeprägter Ich-Funktionen dabei jeweils dem Identitätsaspekt zu. Am Beispiel der Ich-Funktion des Körper-Ichs, sowie der Körper-Ich-Identität diskutiert der Autor die Entwicklung einer schwer psychosomatisch kranken Patientin in der Interaktion mit der milieutherapeutischen Gemeinschaft der dynamisch-psychiatrischen Klinik. Die psychosomatische Reaktion der Patientin wird dabei im Rahmen der Theorie der archaischen Ich-Krankheiten (Ammon) als Folge einer unbewußt gewordenen pathologischen Erfahrung in der frühesten Kindheit und als Ausdruck eines erworbenen Defizits der Ich-Struktur verstehbar. Anhand eines Therapieablaufs stellt der Autor dar, daß für schwere Ich-Störungen auf der Körperebene ein therapeutisches Setting angeboten werden muß, daß einerseits einem archaischen Agieren in Bereichen somato-psychischer Undifferenziertheit kommunikativ und verstehend begegnen kann, andererseits ein institutionelles und interpersonelles Beziehungsgeflecht zur Verfügung stellt, innerhalb dessen nachholend ein positives Erleben und Verinnerlichen körperlicher und psychischer Identität möglich ist.

In meinem Referat möchte ich am Beispiel einer psychosomatisch reagierenden Patientin, die unter schweren Depersonalisationsgefühlen litt, eine detaillierte Darstellung der Ich- und Identitätsentwicklung im Rahmen einer dynamisch-psychiatrischen Klinik geben. Ich werde vor allem die nachholende Entwicklung der zentralen Ich-Funktion des Körper-Ichs diskutieren, unter besonderer Berücksichtigung der Rolle des Körper-Hilfs-Ichs und der in der dynamisch-psychiatrischen Klinik zur Verfügung gestellten therapeutischen Identität.

Schilder (1923) hat die Bildung des Körperschemas als einen historischen Prozeß beschrieben, in dem der Körper sich als biologisches Wesen transzendiert im Spannungsfeld zwischen zwei Kräfteordnungen, der biologischen Substanz und der sozialen Kräfte, die mit ja oder nein den Bedürfnissen des Menschen begegnen. Die Entwicklung des Körpers sah er im Zusammenhang mit der Entwicklung eines Ichs. Die Depersonalisation beschrieb *Schilder* (1924) als eine Störung des zentralen Ichs, das er in engem Zusammenhang mit dem Körperschema stehend verstand, welches er dynamisch-prozeßhaft konzipierte. In der Weiterentwicklung dieser Gedanken lieferte

* Dipl.-Psych., Psychotherapeut, Mitarbeiter am Berliner Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik der DAP

** Vortrag gehalten auf dem IX. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 10.–14. Juni 1977, Deutsches Museum, München

Federn (1913) eine detaillierte Beschreibung des Körper-Ichs, des Körper-Ich-Gefühls und der Körper-Ich-Grenzen, die er als Ergebnis eines innerpsychischen, zwischen verschiedenen Instanzen ablaufenden Prozesses der Ich-Besetzung verstand. Er hielt wie *Schilder, Freud* folgend an einer „besonderen, organischen Disposition" als Grundlage einer Störung auf der Körperebene fest.

Lichtenstein (1961) postulierte die Existenz einer Uridentität, eines ursprünglichen Lebensentwurfes, der für das In-Der-Welt-Sein eines Menschen lebenslang bestimmend bleibt. Uridentität entsteht nach *Lichtenstein* als Reaktion des Kindes auf die bewußte und unbewußte Erwartung der Mutter an das Kind. Insbesondere, da der Mensch nicht die angeborene Identität des Tieres hat, bedeutet die extreme Ausprägung der symbiotischen Beziehung des Kindes zur Mutter die zentrale Quelle für die Entstehung einer menschlichen Identität. *Ammon* (1974) hat die Genese und Möglichkeiten der Veränderung dieser Uridentität untersucht. Er fand, daß Störungen der Körperidentität nicht hereditär gegeben, sondern als Ausdruck eines pathogenen interpersonellen Geschehens psychodynamisch verstehbar und daher auch mit Hilfe einer adäquaten psychoanalytischen Therapie veränderbar sind. Die Uridentität versteht *Ammon* (1974) als die Matrix, aus der sich die Ich-Grenzen und allmählich auch die Körper-Ich-Grenze des Kindes entwickeln. Das Körper-Ich hat somit auch einen Identitätsaspekt. Störungen im Bereich der archaischen Körper-Ich-Entwicklung sind immer auch Identitätsstörungen, die psychodynamisch zugleich Schädigungen der Erfahrungsfähigkeit in interpersonellen Beziehungen implizieren. Für das Kind ist die Erfahrung seines Körpers im interpersonellen Raum zwischen sich und seiner Mutter geprägt vom Erleben und Verstehen seiner selbst durch die Mutter als Repräsentant der umgebenden Gruppe. Ein schwer defizitäres Körper-Ich muß daher als Ergebnis des mütterlichen Wahrnehmungsdefizits und ihrer Verweigerung verstanden werden, die konstruktiv aggressiven Schritte des Kindes in eigenem Recht wahrzunehmen und zu fördern. Der sich aus diesem Krankheitsverständnis der psychosomatischen Erkrankungen als archaische Identitätsstörungen in den Ich- und Körper-Ich-Grenzen ergebende Ansatz einer psychosomatischen Technik unterscheidet sich grundsätzlich von allen Ansätzen, die ein psychophysiologisches oder triebpsychologisches Modell intraindividueller Konflikte zwischen verschiedenen psychischen Instanzen zu Grunde legen, indem er ein verinnerlichtes defizitäres Interaktionsschema voraussetzt. Für Patienten, die aufgrund des Schweregrades ihres archaischen Identitätsdefektes eine ambulante Therapie nicht in Anspruch nehmen können, besteht die Notwendigkeit eines therapeutischen Settings, in dem einem archaischen Agieren im Bereich somatopsychischer Undifferenziertheit, d.h. der Unfähigkeit, Bedürfnisse anders als körperlich auszutragen, verstehend begegnet wird. Ein interpersonelles und institutionelles Beziehungsgeflecht muß zur Verfügung stehen, innerhalb dessen nachholend ein positives Erleben körperlicher und psychischer Identität möglich ist.

Der destruktiven Aggression, d.h. dem archaischen Identitätsverbot des ursprünglichen, defizitären Identitätsentwurfes muß ein strukturiertes Milieu entgegengesetzt werden, das einen therapeutischen lebensbejahenden Identitätsentwurf vertritt. Die therapeutische Gemeinschaft im Rahmen einer dynamisch psychiatrischen Klinik, welche die gesamte aktuelle Lebenssituation umfaßt, stellt ein solches Setting zur Verfügung. Unter Anwendung eines differenzierten therapeutischen Spektrums, welches Gruppentherapie, Einzeltherapie, Milieutherapie, die Situation einer gruppendynamisch arbeitenden Großgruppensituation und eine Vielfalt informell strukturierter Kontaktmöglichkeiten, wie etwa beim Essen, auf Ausflügen, beim Sport beinhaltet, wird schwer Körper-Ich kranken Patienten das Wahrnehmen, Fühlen und freundliche, lustvolle Erleben ihres Körpers und seiner primären Ich-Funktionen wie der Motorik, der taktilen Wahrnehmung, des Gleichgewichtssinns und der visceralen Wahrnehmung ermöglicht. Zusätzlich stellt die dynamisch-psychiatrische Klinik einen mütterlichen Nährboden im Sinne der Urhöhle von *Spitz* dar, welche die gesamten biologischen Funktionen als auch psychologischen Äußerungen eines Patienten annimmt.

Als wir die 30jährige, verheiratete Patientin in stationäre Psychotherapie übernahmen, war sie schwer depressiv. Sie sprach monoton, ihre Mimik war spärlich und ihr Kopf schien eingemauert zwischen den hochgezogenen Schultern. Ihr staksend stelzender Gang kontrastierte mit ihrer schlanken, ansehnlichen Figur und ihrer hübschen Kleidung. Im Gespräch war sie unwirsch, und in einem bei der Aufnahme aufgenommenen TAT-Protokoll beschrieb sie sich als ein totes Kind, welches von der Mutter in deren Armen festgehalten wird.

Wir hatten die Patientin in unsere Klinik aufnehmen müssen, da sie seit dem ein Jahr zurückliegenden Tod ihrer Mutter, die ebenso wie ihr Vater vor 16 Jahren an Bauchspeicheldrüsenkrebs gestorben war, unfähig gewesen war, ihrer Arbeit als Sekretärin nachzugehen und nur noch völlig isoliert, in ihre Wohnung zurückgezogen, leben konnte.

Die Patientin wurde täglich von quälenden Kopf- und Nackenschmerzen geplagt, litt unter Trigeminusneuralgien, einer sie von Arzt zu Arzt treibenden Karzinophobie und hatte bereits mehrere gutartige Tumore exstirpiert bekommen. Sie litt an Vaginismus und erlebte jeden Geschlechtsverkehr mit ihrem Mann als qualvoll. Die sich ihrer überfallartig bemächtigenden Depersonalisationsgefühle drückte sie in ihrer panischen Angst, verrückt zu werden oder den Boden unter ihren Füßen zu verlieren, aus. Damit verbunden waren ihre multiplen phobischen Symptome, ihre Straßenangst, ihre paranoide Angst vor Menschenmassen, kurz, ihre Angst in der Welt zu sein, welche ihr das Verlassen ihrer Wohnung nur in Begleitung ihres Mannes möglich machte.

Im Aufnahmegespräch stellte die Patientin sich und das Beziehungsgeflecht ihrer Familie als eine Konfiguration defizitären Körper-Ich-Erlebens dar, indem sie den sie explorierenden Arzt mit ihren Klagen über ihre Schmerzen und der Schilderung ihrer Odyssee der vergeblichen Suche nach

einem Arzt, der ihre Krankheit endlich definitiv hätte diagnostizieren können, zu überrollen versuchte. Als Persönlichkeitsmerkmale ihrer Eltern beschrieb sie zentral deren Krebskrankheiten. Eine differenzierte Wahrnehmung psychischer Aspekte konnte sie nicht mitteilen. Ihre Symptome stellte sie wie eine Wand zwischen sich und den sie aufnehmenden Arzt. Erst nach mühseligem Nachfragen konnte sie, völlig von ihrer Person abgespalten, biographische Daten vermitteln.

Die unheimlich ruhige, abwesend und verhärmt wirkende Mutter, hatte die Patientin, welche älteste ihrer drei Töchter war, immer als eigensinnigen, böswilligen Satan bezeichnet und zeitlebends als hoffnungslosen Fall betrachtet. Einen freundlichen körperlichen Kontakt hatte sie nie mit ihr aufgenommen, aber sie oft, wenn sie ihr zu lebendig und frech war, in den Nacken geschlagen, an derselben Stelle, an der die Patientin heute oft unerträgliche Schmerzen verspürte oder sie in den Keller weggesperrt. Als Ergebnis dieser Verweigerung freundlicher emotionaler Zuwendung der Mutter ihr gegenüber und einer familiären Atmosphäre, welche charakterisiert wurde durch ein absolutes Schweigen bei Tisch, war die Patientin oft stundenlang in eine phantasierte paradiesische Traumwelt verloren, autistisch über Wiesen gelaufen und mußte sogar einmal von der Polizei gesucht werden. Als ihr Vater gestorben war, war sie von ihrer Mutter ins Internat gesteckt worden, da diese mit ihr ,,nicht mehr fertig" wurde. Dort begannen auch ihre psychosomatischen Beschwerden, wobei ihre Zahnschmerzen für sie die einzige Möglichkeit waren, das Internat kurzzeitig zu verlassen. Die Abgrenzungsfunktion ihrer somatischen Beschwerden gegenüber einer sie in ihren Armen festhaltenden, lebensverbietenden Mutter wird hier deutlich.

Zu ihrem sich in der Außenseiterposition der Familie befindlichen leistungsorientierten Vater spürte sie eine warme Beziehung, wenn sie bei seinen Dienstfahrten, auf die er sie manchmal mitnahm, schweigend neben ihm saß. Sprechen konnte sie mit ihm nur über seine Arbeit. Später stellte sie diese Beziehung immer wieder zu ihren Bürochefs her, für die sie gemäß den Erwartungen ihres Vaters auf der Grundlage isoliert ausgeprägter sekundärer Ich-Funktionen außerordentliche Leistungen erbrachte.

Am Tage des Todes ihrer Mutter, die sie über Monate gepflegt hatte, war die Patientin erleichtert gewesen, sie fühlte sich befreit von einer lebensverbietenden Übermacht. Doch am Tag der Beerdigung, angesichts der endgültigen Trennung hatten ihre Symptome mit voller Wucht eingesetzt. Ein Leben in eigenem Recht war für die Patientin aufgrund eines lebenslang erfahrenen Identitätsverbotes nicht gestattet. Sie, die bislang das negative Selbst ihrer Mutter verkörpert hatte und sich nur als Gefühlslose, Böse, Nicht-Existente in der Beziehung zur Mutter angenommen gefühlt hatte, erlebte sich nun nur in der Beziehung zu ihren sie quälenden Symptomen als lebendig.

In der pathologisch symbiotischen Beziehung zu ihrem Mann, der zeitlebends eine kranke Mutter gehabt hatte, übernahm sie jetzt diese Postion, wobei sie sich nun, wie in der Beziehung zu ihrer Mutter, als die Defiziente,

Nicht-Lebende von ihm angenommen fühlte und damit, gemäß dem für sie gültigen Identitätsentwurf ihrer Mutter, auch in der Beziehung zu ihrem Mann die einzig ihr mögliche Ebene zwischenmenschlichen Kontaktes wiedergefunden hatte.

Zu Beginn ihrer stationären Therapie gestatteten wir der Patientin, das defizitäre Beziehungsmuster ihrer Primärgruppe in psychodramatischer Art innerhalb der gesamten Klinikgruppe darzustellen. In der morgendlichen Großgruppe saß sie versteinert, emotionsleer und verbreitete eine lähmende Stimmung. Sie vermittelte den Eindruck, gefühlsmäßig völlig abwesend zu sein, nur ihr Körper zeigte uns, daß sie da war. Jeden Versuch, mit ihr zu sprechen, trachtete sie durch ihren Nihilismus und ihr anhaltendes Mißtrauen, einen Hirntumor oder Multiple Sklerose zu haben, zunichte zu machen. Eisern hielt sie daran fest, daß ihr niemand helfen könne und versuchte, indem sie sich immer wieder in eine neurologische Station verlegen lassen wollte, sich in ihre ursprüngliche, defizitäre Körper-Ich-Identität zu flüchten. Aber entgegen ihren Bemühungen, sich uns als inexistent, körperlich defizient anzubieten, sich aber als Mensch, der in eigenem Recht lebt, zu entziehen, hatten wir der Patientin bereits vor ihrer Übernahme in die stationäre Psychotherapie einen Lebensraum eingeräumt. In der Gruppe des therapeutischen Teams der Klinik hatten wir uns die Patientin anhand der vorliegenden Krankengeschichte und der Berichte über die Vorgespräche, die mehrere Kollegen mit ihr geführt hatten, vergegenwärtigt und ihr, indem wir uns entschlossen hatten, sie aufzunehmen, einen Platz gegeben. Der ganzen Patientengruppe war sie von uns vorgestellt worden, und gleich in der ersten Sitzung, als sie kam, hatte eine Reihe von Mitpatienten sie angesprochen und sich dafür interessiert, wer sie sei. In den ersten Wochen gestatteten wir ihr, einfach da zu sein, akzeptierten ihre Klagen über ihre Schmerzen, sprachen immer wieder ihre starre Körperhaltung an, vermittelten ihr aber in Abgrenzung gegen ihr defizitäres Körper-Ich, das sie immer wieder anbot, auch die positiven Aspekte, wie ihre geschmackvolle Kleidung und Frisur und ihren ansehnlichen Körper, die wir an ihr wahrnahmen. Dabei war es immer wieder nötig, uns zu distanzieren von unseren, durch sie ausgelösten massivsten Gegenübertragungsgefühlen von Wut, Ohnmacht, Hilflosigkeit und dem Drang, sie abzuschieben und uns zu vergegenwärtigen, was sie aufgrund ihrer Familiengeschichte bestrebt war, herzustellen. Nur dadurch, daß in der Klinik eine arbeitsfähige Gruppe von Therapeuten verfügbar war, innerhalb der eine fortwährende Analyse und ein gemeinsames Tragen dieser Gefühle stattfand, war es überhaupt möglich, ein Mitagieren mit den nihilistischen und destruktiven Anteilen der Patientin zu vermeiden und uns abzugrenzen, um immer wieder von neuem durch eine sich gegenseitig unterstützende Wahrnehmung Zugang zu gewinnen zu ihren konstruktiven Ich-Anteilen und uns die Frage zu stellen: „Was kann aus dieser Patientin werden?" Parallel dazu fand in der Gruppe des gesamten Klinikpersonals eine Bearbeitung unserer eigenen, durch die Patientin aktivierten Gefühle von Ohnmacht und Nihilismus, daß wir solch einer Patientin ja doch nicht helfen könnten, statt.

Die in der Gruppe der Patienten manifest werdenden lebensverbietenden Aspekte bearbeiteten wir in täglichen Großgruppensitzungen. Das auf dem Hintergrund dieser täglich ausgetragenen Auseinandersetzung mit und Abgrenzung von identitätsverbietenden Identifikationen entstehende Milieu einer therapeutisch wirksamen Gruppendynamik ermöglichte es uns, die Patientin anfangs als einen versteinerten schmerzenden Körper anzunehmen, ohne sie wütend aufzugeben und konnten in Abgrenzung gegenüber ihrem bisherigen Erleben ihre positive Körperlichkeit wahrnehmen. Hinter ihrer abweisenden Haltung erspürten wir allmählich, und anfangs nur inselhaft punktuell, ein freundliches oder versteckt erotisches Lächeln, eine hilfreiche Geste, ein hübsches Kleid, eine schöne Frisur oder auch eine Körperhaltung und einen Gesichtsausdruck, die Trauer, Wut oder Anspannung verrieten. Je mehr wir die Patientin kennenlernten, desto liebenswerter wurde sie für uns. In der therapeutischen Gruppe konnte ich nun in Abgrenzung zu dem defizitären Körper-Ich-Erleben der Patientin immer mehr die anziehenden und konstruktiven Qualitäten ihrer Körperlichkeit vertreten und der Gruppe die durch sie ausgelöste Wut verständlich machen als die Aggression, mit der ihre Mutter jegliche ihrer konstruktiv aggressiven Lebensäußerungen zurückgewiesen hatte. Indem ich die Patientin als eine Frau wahrnahm und sie entgegen ihrem ursprünglich defizitären Entwurf körperlicher Identität anziehend, auch erotisch fand und sie mochte, ermöglichte ich der Gruppe die Internalisation eines Beziehungsschemas ihr gegenüber, indem sie immer wieder aus ihrem defizitären Körper-Ich-Erleben herausgerissen und mit ihrer anziehenden und liebenswerten Körperlichkeit und Menschlichkeit konfrontiert wurde. Immer dann, wenn der Patientin nicht gestattet wurde, sich in ihre alte defizitäre Körperidentität der somatisch und neurologisch Kranken zurückzuziehen und sie mit Wahrnehmungen ihres gesunden Körpers konfrontiert wurde, worauf sie anfangs mit Verleugnung, später mit Wut reagierte, boten wir ihr ein Stück psychischer wie körperlicher Struktur an, das sie allmählich internalisieren konnte.

In der Beziehung, die die Patientin nach einigen Monaten zu einem schwerkranken, an einer Leberzirrhose leidenden Mitpatienten aufnahm, in dem sie ihre kranke Mutter wiedererlebte, manifestierte sich ihr Gewinn an interpersoneller psychischer Struktur, der die körperliche Ebene überschritt. Während sie am Grab ihrer Mutter nur hatte lachen können und ihre Trauer und Angst vor Trennung in körperlichen Symptomen ausgedrückt hatte, brach sie jetzt, als der Patient in eine geschlossene Abteilung verlegt werden mußte, in tiefes Schluchzen aus und zeigte uns ihren Schmerz. Erstmals in ihrem Leben im Schutz der sie umgebenden Klinikgruppe und einer Beziehung zu ihren Therapeuten sowie aufgrund der in der Gruppe zugewonnenen psychischen Struktur, konnte sie Trauer und Trennung fühlen und sich, in Abgrenzung zu ihrer Mutter, als lebendig erleben. Ihre im Anschluß daran aufkommenden symbiotischen Gefühle nach Wärme und Geborgenheit zeigte sie uns, indem sie sich in der morgendlichen Großgruppe immer mit angezogenen Beinen in einen mit Styropor gefüllten Sack setzte und den Eindruck

vermittelte, sie rolle sich im Uterus zusammen, wobei ich ihr gegenüber das Gefühl bekam, sie müßte eigentlich erst noch geboren werden.

Um ihr eine weitere Abgrenzung von ihrer defizitären Körperidentität zu ermöglichen, forderten wir die Patientin nun auf, an Ausflügen der Klinikgruppe teilzunehmen. Zunächst versuchte sie noch, eisern an ihrem ursprünglichen Identitätsentwurf festzuhalten. Sie weigerte sich heftigst mitzukommen, da sie befürchtete, den Boden unter den Füßen zu verlieren und nicht fähig zu sein, spazieren zu gehen. Viel lieber wollte sie mit ihrem Mann nach Hause fahren und dessen Forderung nach einer kranken Frau nachkommen. Als ich ihr gegenüber vertrat, sie könne sehr wohl laufen, beschimpfte sie mich wüst und konfrontierte mich mit der ganzen Aggression ihres Nihilismus und Defätismus.

Anfangs stakste sie unbeholfen, weggetreten und verloren inmitten der Patientengruppe. Doch im Unterschied zu ihren frühkindlichen, autistischen Spaziergängen war sie nun nicht allein, wurde, wann immer sie unsicher war, rechts und links von zwei Mitpatienten untergehakt und so, durch zwei Körper-Hilfs-Ichs angenommen und gestützt, wie ein kleines Kind von der Mutter an die Hand genommen und gehalten wird. Später, als sie ein sicheres Gefühl bekommen hatte, daß wir zuverlässig an ihrer Seite stünden, hatte sie die konkrete körperliche Stützung nicht mehr nötig und konnte immer dann in großen Schritten ausschreiten, wenn ein Therapeut neben ihr ging. Wir hatten ihr eine nachholende freundliche Symbiose auf der Körper-Ich-Ebene angeboten, die sie allmählich internalisieren konnte.

Bei diesen Ausflügen, wo die ganze Gruppe auch zum Schwimmen ging, hatten wir Therapeuten Gelegenheit, beispielhaft für die gesamte Klinikgruppe ihren Körper wahrzunehmen, ihr zu sagen, daß wir sie attraktiv und weiblich fanden und mit ihr darüber zu kommunizieren.

Indem ich diese bisher verborgenen Qualitäten ihrer Körperlichkeit wahrgenommen hatte, hatte ich die Patientengruppe unterstützt, ihre weibliche Identität anzunehmen und ermöglichte ein zwischenmenschliches Beziehungsschema, indem sie mehr und mehr als Frau wahrgenommen wurde. Sie erlebte, daß sie für männliche Mitpatienten begehrenswert wurde und fühlte, daß sie von ihren Therapeuten, wie Mitpatienten, als Frau gefordert wurde.

In der Interaktion mit der Klinikgruppe konnte sie diese Wahrnehmung ihres Selbst internalisieren und zu einem Bestandteil ihrer Ich- und Körper-Ich-Struktur machen. Als Ergebnis dieses Prozesses und als Ausdruck ihrer zunehmenden weiblichen Identität und ihrer fester werdenden Körper-Ich-Grenzen, setzte ihre seit Jahren ausgebliebene Periode wieder ein.

Diese Wiedergutmachung ihres defizitären Körperbildes im Schutze einer Gruppe, deren Grenzen allmählich zu ihren eigenen Ich- und Körper-Ich-Grenzen wurden und die für sie den Identitätsentwurf einer lebendigen, gefühlvollen Frau bereithielt, machte es ihr möglich, sich mit unserer Unterstützung abzugrenzen gegen ihr verinnerlichtes Lebensverbot, existent zu sein, auch gegen die Bedürfnisse ihres Mannes, den wir zu ambulanter Therapie motiviert hatten, eine kranke Frau zu haben. Sie konnte jetzt aufgrund

der Internalisierung der lebensgewährenden Gruppenidentität, welche die Gesamtgruppe der dynamisch-psychiatrischen Klinik ihr zur Verfügung gestellt hatte, von sich aus auf eine neu aufgenommene junge anorektische Patientin, die wie sie anfangs ihren Körper und ihre Sexualität leugnete, zugehen, vermochte sich emphatisch in sie einzufühlen, sie auch in ihre Arme zu nehmen und half ihr, ihren Platz in der Klinikgruppe einzunehmen. Sie grenzte sich durch diese konstruktive Symbiose, die sie dieser Patientin anbot, weiter von ihrer eigenen Problematik ab, wobei wichtig war, daß sie in der direkten körperlichen Interaktion mit dieser Patientin ihren eigenen Körper als liebenswert und begehrenswert erfahren hatte und zugleich ihre eigenen Schwächen hatte annehmen können, aber auch, daß wir ihr emphatisches Verhalten und freundliches Zugehen auf die Patientin wahrgenommen und ihr dies auch kommuniziert hatten, was im krassen Gegensatz zu ihren Erfahrungen in ihrer Primärgruppe stand.

Nach diesem Erleben, wo sie körperlichen Kontakt im Gegensatz zu früher nicht als zerstörend und angstvoll, sondern als hilfreich und angenehm erlebt hatte, wurde es ihr auch erstmals möglich, schmerzfrei und lustvollen Geschlechtsverkehr mit ihrem Mann zu haben.

In der sich anschließenden Trennungsphase erlebte die Patientin in mir zunächst noch einmal ihr ursprüngliches Lebensverbot, gegen das sie sich nun aggressiv, schreiend und schimpfend abgrenzen konnte. Ich war es nun, der ihr verbot zu leben, sich eine Wohnung zu suchen oder eine Beziehung zu ihrem Mann aufzunehmen. Während sie anfangs ihrem negativen Identitätsentwurf aggressiv einen positiven therapeutischen entgegengesetzt hatte und der Gruppe beispielhaft eine Interaktionsebene positiver Erfahrung mit der Patientin vorgelebt hatte, nahm ich ihre auf mich gerichtete Wut über ein nicht gelebtes Leben auf mich. Sie konnte nun ihre Wut verbal äußern und aufgrund der erfolgten Strukturierung zentraler und primärer Ich-Funktionen im interpersonellen Feld der Klinikgruppe ihre Gefühle der Trauer über die Trennung verbal und körperlich, aber unter der Kontrolle ihres Ichs äußern und mußte sie nicht mehr autistisch und psychosomatisch ausdrücken.

In ihrer Gruppe schenkte sie allen zum Abschied eine Rose, umarmte jeden und sagte ihm, was er für sie bedeutet hatte. Nach ihrem Klinikaufenthalt entschloß sich die Patientin zu ambulanter Therapie und nahm eine qualifizierte Arbeit auf. Sie ist nun eine lebendige, freundliche Frau, die auf ihre Mitmenschen völlig verändert wirkt.

Am Beispiel dieser psychosomatisch reagierenden Patientin habe ich nachholende Ich- und Identitätsentwicklung auf der Körperebene dargestellt. Dabei wurde deutlich, daß es nicht darum ging, verschiedene defizitäre Aspekte interpretatorisch durchzuarbeiten. Wir mußten vielmehr eine Situation zur Verfügung stellen, in der wir ihr ein Erleben intakter, lebensbejahender, körperlicher und psychischer Identität ermöglichten, das sie dann allmählich als Teil ihrer eigenen Körper-Ich-Struktur internalisieren konnte.

Ammon (1974) hat die vermittelnde Funktion der Mutter-Kind-Symbiose während und nach der Schwangerschaft beschrieben, ,,in der die Mutter ei-

nerseits die Primärgruppe insgesamt repräsentiert und andererseits der Gruppe gegenüber die Bedürfnisse des Kindes vertritt. Nur wenn die Mutter fähig ist, die früher undifferenzierten körperlichen Äußerungen des Kindes als Organ- und Körpersprache zu verstehen, und die in dieser Sprache zum Ausdruck gebrachten Bedürfnisse und Gefühle adäquat zu beantworten, nur dann kann sie dem Kind eine gelingende Körper-Ich-Entwicklung im Sinne der Ausbildung einer Körper-Ich-Grenze und eines körperlichen Existenzgefühls ermöglichen, welches die Mutter dem Kind auf der Ebene des taktilen und Geruchskontaktes, aber sicher auch intrauterin vermittelt."

In der Therapie stellte die dynamisch-psychiatrische Klinik ein umfassendes Milieu primärer Mütterlichkeit dar *(Winnicott)*, im Gegensatz zur defizitären Primärgruppe, wie analog für die Familiengruppe *Pohl* 1976 ausführte, indem die spezifischen Lebensbedürfnisse des Patienten wahrgenommen und befriedigt werden und ihnen innerhalb einer beschützenden Gruppe Gültigkeit verliehen wird. Dabei hatten wir die alte, defizitäre körperliche Identität der Patientin zwar anfangs angenommen, waren ihr aber mit unserem therapeutischen lebensbejahenden Identitätsentwurf entgegengetreten. Immer wieder vergegenwärtigen wir uns, was die Patientin aufgrund ihrer ursprünglichen Erfahrung herzustellen versuchte, Wut, Nihilismus und Ohnmacht und setzten uns auf allen therapeutischen Ebenen mit diesen Gefühlen auseinander. Unser therapeutischer Identitätsentwurf ermöglichte es uns, ihre intakte, weibliche, motorisch funktionsfähige und auch anziehende Körperlichkeit wahrzunehmen und anzunehmen. Die dynamisch-psychiatrische Klinik war dabei der schützende Rahmen, im Sinne eines Uterus, indem wir eine stetige Abgrenzung ihrer defizitären Körperidentität vornahmen und ihr im Sinne einer fortwährenden Wiedergutmachung eine identitätsgewährende Gruppenwahrnehmung und ein Gruppengefühl ihres lebendigen Körpers angeboten wurde. Diese Wahrnehmung und dieses Gefühl ihres Körpers wurde ihr mit Unterstützung ihres Therapeuten in einer Vielzahl von Situationen, in der Gruppe, bei Ausflügen, in der Beziehung zu ihren Therapeuten wie zu Mitpatienten vermittelt, so daß sie es Stück für Stück als Teil ihres Selbst erleben und als Teil ihrer Körper-Ich-Struktur annehmen konnte. Eine therapeutisch entscheidende Aufgabe war es dabei, den ihr von der dynamisch-psychiatrischen Klinik entgegengebrachten Identitätsentwurf einer körperlich anziehenden gesunden Frau immer wieder im Beisein ihrer Mitpatienten ihrem ursprünglichen Identitätsverbot gegenüber zu vertreten und der Gruppe beispielhaft eine Beziehungsebene verbaler, averbaler oder körperlicher Art aufzuzeigen und vorzuleben, auf der es möglich war, ihr eine Wahrnehmung ihrer lebendigen körperlichen Identität zu vermitteln, und somit ihren Mitpatienten zu ermöglichen, in gleicher Weise auf sie zuzugehen. In Identifikation mit dem Therapeuten konnten ihre Mitpatienten dann eine nachholende Symbiose auf der Körper-Ich-Ebene mit ihr eingehen.

Der Therapeut selber wurde von einer schützenden Gruppe von Therapeuten und Mitarbeitern unterstützt, sich von seiner, aufgrund des Ausmaßes des archaischen Identitätsverbots der Patientin oft massivsten Gegen-

übertragungsgefühlen zu distanzieren, was ihm alleine unmöglich gewesen wäre und konnte deshalb ihr gegenüber stetig seine eigene therapeutische Identität wahren und sich gegenüber der destruktiven Aggression ihres ursprünglichen archaischen Identitätsverbotes durchsetzen.

Zusammenfassend gilt, daß für schwere Ich-Störungen auf der Körperebene ein therapeutisches Setting angeboten werden muß; das einerseits einem archaischen Agieren in Bereichen somato-psychischer Undifferenziertheit kommunikativ und verstehend begegnen kann, andererseits ein institutionelles und interpersonelles Beziehungsgeflecht zur Verfügung stellt, innerhalb dessen nachholend ein positives Erleben und Verinnerlichen körperlicher und psychischer Identität möglich ist. Die Aufgabe der Therapeuten ist es, ständig eine milieutherapeutische Gemeinschaft weiter zu entwickeln, welche dem Patienten einen lebensbejahenden Identitätsentwurf anbietet. Die institutionelle Ebene der dynamisch-psychiatrischen Klinik stellt hierbei im reparativen Prozeß, die Matrix, im Sinne eines Uterus zur Verfügung, in der auf interpersoneller Ebene das Körper-Ich positiv erlebt und nachholend eine Ausbildung körperlicher und psychischer Strukturen möglich wird.

The Body-Ego Development of a Psychosomatically Reacting Patient as a Result of Psychotherapy in a Dynamic Psychiatric Hospital

Andreas von Wallenberg Pachaly

The author discusses the therapeutic process of psychosomatically reacting patient and the retrieval of body development with special emphasis on the therapeutic identity, made available by a dynamic psychiatric hospital.

Lichtenstein (1961) postulated the existence of a primary identity that determines the being-in-the-world of man, and defines it as the child's reaction to the conscious and unconscious expectations of his mother towards him.

Ammon (1974) understands primary identity as the matrix out of which the child's ego- and body-ego-boundaries develop. For the child, the experience of his body is determined by being experienced and understood by the mother as the representative of the primary group. A severely deficient body-ego, therefore, has to be understood as the outcome of the mother's deficit of perceiving her child and her refusal to accept and facilitate any of his constructive aggressive moves.

The therapeutic community developed by *Ammon* within the framework of a dynamic psychiatric hospital, covers the patient's entire present living-situation. It makes available a therapeutic setting for severely ill psychosomatic patients which counters their original deficient life-denying identity scheme by a therapeutically structured life-affirming milieu.

At the time of hospitalization the 30-year-old patient had torturing head- and neckaches, she suffered from trigeminus neuralgic, from vaginism, and

was tormented by fear of cancer. Ever since the death of her mother she had been unable to work and had isolated and withdrawn herself completely into her apartment.

Her mother had never taken up friendly body contact with her, however, when she thought her daughter too lively she had beaten her into the neck, where until today the patient often felt unbearable pain. With her achievement-oriented father, the patient could only talk about his work.

At the beginning of her therapy the patient sought to destroy any attempt to talk to her by her nihilism and her persevering suspicion that she got a tumor of the brain. Rigidly she insisted that nobody would be able to help her and tried to take refuge into her deficient body-identity.

The milieu of therapeutically effective group dynamics, which had been created in the daily process of working through the identity-denying aspects in the group of the staff as well as of the patients, made it possible to accept the patient. The accepting attitude of the therapist influenced the whole group and enabled the patient to internalize the new experience. Thus the group had offered her a reparative, friendly symbiosis on the body-ego-level. In this process the dynamic psychiatric hospital represented a comprehensive milieu of primary motherhood in which, in opposition to the deficient primary group, the specific needs of the patient were perceived and satisfied. In this environment there could be attained a steady deliniation of her deficient body-identity, she was offered an identity-approving group-perception and group-feeling of her female body, which she could accept step by step as part of her body-ego-structure.

Literatur

Ammon, G. (1972): Zur Genese und Struktur psychosomatischer Syndrome unter Berücksichtigung psychoanalytischer Technik. In: Dynamische Psychiatrie (5), 223–251
– (1973): Gruppenpsychotherapie (Hamburg: Hoffmann und Campe)
– (1973): Dynamische Psychiatrie (Darmstadt: Luchterhand)
– (1974): Psychoanalyse und Psychosomatik (München: Piper)
Federn, P. (1913): Beispiel von Libidoverschiebung während der Kur. In: Z. Psychoanal. (1)
Lichtenstein, H. (1961): Identity and Sexuality, A Study of the Interrelationship in Men, In: Am. Psychoanal. Ass. (9)
Pohl, J. (1976): Die Struktur der Abwehr beim Borderline-Syndrom. In: Dyn. Psychiat. (9), 366–380.
Schilder, P. (1924): Das Körperschema. Ein Beitrag zur Lehre vom Bewußtsein des eigenen Körpers (Berlin: Springer)

Adresse des Autors:
Andreas von Wallenberg Pachaly
Lohmeyer Str. 5
1000 Berlin

Formen des therapeutischen Mitagierens und seine strukturelle Bedeutung**

Winfried Schibalski*

Im Gegensatz zu der klassischen Analyse, innerhalb derer das Agieren als Zeichen von Unbehandelbarkeit und das Mitagieren des Therapeuten als Widerstand gegen die therapeutische Arbeit betrachtet wurden, setzt sich der Autor in dieser Arbeit mit dem therapeutischen Mitagieren als einer besonderen Form des von Ammon konzipierten Ich-strukturellen Arbeitens auseinander. Anliegen der Arbeit ist es, das Mitagieren in seiner Bedeutung für den Patienten und den Therapeuten in seinen strukturellen, psychodynamischen, psychogenetischen und kommunikativen Dimensionen darzulegen, sowie eine vorläufige Systematik des therapeutischen Mitagierens zu entwickeln. Anhand von Beispielen aus der dynamisch-psychiatrischen Klinik differenziert der Autor drei Formen des therapeutischen Mitagierens. In Abgrenzung von der symbolischen Wunscherfüllung Sechehayes stellt er als erste Form des therapeutischen Mitagierens die direkte Wunscherfüllung dar, die vorwiegend durch eine strukturelle Arbeit an den zentralen Ich-Funktionen charakterisiert wird. Sie ist die Voraussetzung zweier weiterer Formen des therapeutischen Mitagierens. Die eine besteht in der Übernahme destruktiver Abwehrstrukturen durch den Therapeuten, der so die destruktiven Anteile des Patienten externalisiert. Die zweite Form besteht in der Konfrontation des destruktiven Lebensentwurfes des Patienten mit dem konstruktiven Identitätsentwurf des Therapeuten und der therapeutischen Gruppe (Pohl). Abschließend beschreibt der Autor die Voraussetzungen einer solchen Ich-strukturellen Arbeit von seiten des Therapeuten, der dazu eine Gruppensituation benötigt, die die Realisierung einer kreativen Identität ermöglicht (Ammon). Nur auf diese Weise kann der Analytiker sich zwischen dem Extrem einer starren Überabgrenzung und einer Überidentifikation unter Einbeziehung seines eigenen Unbewußten frei bewegen und die jeweilige Handlungsebene unter den vorherrschenden therapeutischen Gesichtspunkten bestimmen.

Als Einstieg in die Thematik meines Referates möchte ich anhand von zwei kurzen Fallbeispielen die Problematik des destruktiven Mitagierens des Therapeuten und des therapeutischen Mitagierens im Sinne einer Kontaktaufnahme gegenüberstellen.

Den Durchbruch destruktiver Aggression eines Patienten auf Station kommentierte eine Psychoanalytikerin und Psychiaterin mit der Erklärung, daß es sich hierbei um eine „fürchterliche Triebentmischung" handele, und ließ den Patienten daraufhin von Pflegern fesseln und in einer Einzelzelle einsperren. Dieser Patient wurde bereits als kleines Kind von seinem Vater an der Heizung mit Eisenketten festgebunden, mißhandelt und alleingelassen. Dieses Ausagieren, indem der Patient die destruktive Dynamik seiner Primärgruppe offenlegte, wurde von der Ärztin nicht als Kommunikationsversuch, sondern innerhalb eines biologistischen Triebkonzeptes verstanden. Sie agierte damit im destruktiven Sinn die Dynamik des Patienten mit, indem sie ihn in der gleichen Art behandelte wie die Eltern. Die auslösende Situation seines Agierens wurde nie bekannt.

* Facharzt für Psychiatrie, Lehranalytiker am Münchener Lehr- und Forschungsinstitut der DAP

** Vortrag gehalten auf dem IX. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 10.–14. Juni 1977, Deutsches Museum, München

Demgegenüber möchte ich Ihnen die Bedeutung des therapeutischen Mitagierens an einer anderen Fallvignette darstellen: Ein mehrfacher Mörder, der in dem Wahn lebte, daß Natur, Menschen und Tiere von extrastellaren Robotern geschaffen seien, um ihn zu quälen und auszuspionieren, geriet im Tagtraum in einen schweren aggressiven Zustand, indem er begann, die gesamte Einrichtung zu zertrümmern. Wegen der enormen Körperkräfte des Patienten und seiner massiven Erscheinung war die Station binnen kurzem wie leergefegt. Als ich, von dem Lärm alarmiert, den langen Stationsgang betrat, war er gerade dabei, am anderen Ende des ca. 30 m langen Ganges Fensterscheiben zu zertrümmern. Dabei schrie er immer wieder: ,,Ihr Schweine, ihr Schweine, ihr bringt ihn um." Ich forderte ihn auf, zu mir zu kommen, und sprach seine große Angst an, daß er jemanden umbringen könne oder umgebracht werden könnte. Er kam dann langsam wie ein gequältes Tier, immer wieder eine Fensterscheibe zerschlagend, näher, wobei ich einerseits stellvertretend für ihn seine Angst verbalisierte und ihm gleichzeitig versicherte, daß ihm nichts passieren könne. Ich führte ihn dann in mein Arbeitszimmer und begann, mit ihm Schach zu spielen, da ich wußte, daß er ein ausgezeichneter Schachspieler war. In kurzer Zeit nahm er mir alle meine Figuren, drängte mich mit der massiven Front seiner Offiziere in die Ecke und setzte mich schachmatt.

In seinem durch das Schach-Spiel vermittelten Gefühl der Überlegenheit konnte er seine Angst bewältigen und konnte darüber sprechen, wie er in diesen Zustand geraten war. Identifikatorisch hatte er den Betrug, die Mißhandlung und das Verlassenwerden seiner Eltern bei einem ihm ähnlichen Mitpatienten erlebt, der beim Skatspielen über längere Zeit hinaus von anderen Patienten betrogen wurde. Am Ende dieser Episode, nachdem der Patient, der in einer Wahnwelt von Robotern lebte, sich wieder beruhigt hatte, sagte er, er habe geglaubt, ich sei ebenfalls ein Roboter, sei jetzt aber der Meinung, daß ich ein Humanoid sei. Ein Humanoid war ich für den Patienten insofern, als ich seine schwere Aggression als Ausdruck eigener Vernichtungsangst verstanden hatte, ihm mitagierend eine Ebene zur Verfügung stellte, in der er seine Aggression ausdrücken konnte sowie sich in einem Gebiet, in dem er der Überlegene war, angenommen und sicher fühlen konnte. Die hierdurch hergestellte Basis eines menschlichen Kontaktes ermöglichte es ihm, mir mitzuteilen, was in ihm vorgegangen war.

Ich meine, daß an diesem Beispiel plastisch zum Ausdruck kommt, daß therapeutisches Mitagieren zentral der Herstellung eines Kontaktes dient, und zwar auf der Ebene, die von dem Patienten beschritten werden kann, während das Mitagieren der Pathologie, wie im ersten Beispiel, dem Kontaktabbruch dient.

Agieren und Mitagieren haben im Rahmen der klassischen Psychoanalyse, nur unwesentlich modifiziert durch die Ich-Psychologie, den Beigeschmack von Unbehandelbarkeit und Widerstand gegen die therapeutische Arbeit. Auf dem 25. Kongreß der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung 1967 über das acting out wurde zwar eine Erweiterung seines Verständnisses

unter Einbeziehung und Berücksichtigung der präödipalen Mutter-Kind-Beziehung vorgenommen, wofür sich vor allen Dingen *A. Freud* (1967) einsetzte, die mit *Grinberg* (1968) die Konzeption des acting out als Ausdruck einer nicht integrierten Erfahrung früher Objektverluste und deren Kommunikation ansah und den autoreparativen Aspekt des Agierens hervorhob. Dieses fand jedoch in der Diskussion nur wenig Widerhall. Die Beschränkung des Agierens auf seine Funktion im Dienste des Widerstandes spiegelt nach meiner Meinung den Widerstand des Therapeuten gegen die unmittelbare Interaktion wider, indem unter dem Deckmantel einer pseudowissenschaftlichen Objektivität direkter Kontakt zum Patienten vermieden wird.

Die Notwendigkeit dieser direkten Interaktion wurde von Analytikern wie z. B. *Franz Alexander* (1954), als sogenannte emotionale Korrektur oder auch von *L. Tower* (1956), die für das Gelingen eines therapeutischen Prozesses die Notwendigkeit des Eingehens und der Lösung der Gegenübertragungsneurose postulierte, behandelt, jedoch eher im Sinne einer Zur-Verfügung-Stellung eines emotional annehmenden Milieus.

G. Ammon stellte 1969 die Handhabung der Gegenübertragungsreaktion bei einem Borderline-Patienten als Wendepunkt des therapeutischen Prozesses dar. *K. Ammon* (1974) und *M. Hirsch* (1974) konzipierten das Agieren in der Gegenübertragung als eine therapeutische Technik im Sinne einer unmittelbaren emotionalen Reaktion auf die Übertragung des Patienten, wobei *K. Ammon* hervorhob, daß die Gegenübertragungsreaktion ein technisches Instrument biete, um jenseits der sprachlichen Ebene für den Patienten ein Verständnis des therapeutischen Prozesses zu erreichen.

Ich meine, wie auch schon *Searles* (1969) aufzeigte, daß die Eliminierung von Gegenübertragungsphänomenen speziell bei schwer Ich-kranken Patienten überhaupt nicht möglich ist. *Searles* führte an der Therapie von Schizophrenen aus, wie diese die Gegenübertragungsgefühle ihrer Therapeuten ausagierten und damit den therapeutischen Prozeß blockierten. Nur daß *Searles* den Schluß daraus zog, daß er bei sich die entsprechenden Gegenübertragungsgefühle, in diesem Falle seine Wut über das ungepflegte Äußere des Patienten, zu bearbeiten habe und nicht bei dem Patienten. Die Haltung gegenüber den eigenen Gefühlen des Therapeuten in der therapeutischen Situation entsprechend einem objektivistischen Therapieverständnis, unter Eliminierung der Emotionalität des Therapeuten, demaskiert sich hier selbst als antitherapeutisch, da die Auseinandersetzung auf der Ebene, die der Patient agierend anbietet, verweigert wird. Auch an diesem Beispiel wird deutlich, daß das Agieren eine wesentliche Kontaktebene darstellt, die der Patient dem therapeutischen Prozeß zur Verfügung stellt.

Die therapeutische Handhabung des Agierens im Sinne eines therapeutischen Mitagierens, mit dem ich mich hier auseinandersetzen will, verlangt zunächst eine Darstellung der therapeutischen Konzeption, auf der ich Agieren in seinen strukturellen, psychodynamischen und psychogenetischen Dimensionen verstehe. Auf dem Boden des Ich-strukturellen und gruppendy-

namischen Konzeptes von *G. Ammon* ergeben sich für das Agieren folgende wichtigen Aspekte:

1. Auf psychodynamischer Ebene stellt es den Versuch dar, szenisch in die Realität hinein die internalisierte Dynamik der Primärgruppe zu realisieren, um damit, wie *Ammon* (1973) es für das Borderline Syndrom in einer ständigen Suche nach Objekten darstellt, *den* Kontakt zu finden, den sie innerhalb ihrer Primärgruppe nicht gefunden haben, oder aber zumindest gegen tiefe Verlassenheits- und Identitätsängste die in der Primärgruppe mögliche Kontaktebene wieder herzustellen.
2. Hierin bringt der Patient zum Ausdruck, daß äußere und innere Realität nur unvollkommen voneinander getrennt werden können, was strukturell auf eine Störung im Bereich zentraler Ich-Funktionen, hier in der Abgrenzung von innen und außen, hinweist. Der Aspekt, daß Kontakt nur in der Widerherstellung primärer Objektbeziehungen aufgenommen werden kann, weist weiterhin auf eine Störung der zentralen Ich-Funktion der Identität hin, die nur im Sinne der defizitären Identität der Primärgruppe erlebt werden kann.
3. Entsprechend dem Konzept von *G. Ammon* (1976) sind Strukturdefekte im Bereich der zentralen Ich-Funktionen auf eine Internalisierung von defizitärer Familiendynamik zurückzuführen. Sie entsprechen damit Defekten in der Wahrnehmungs- und Auseinandersetzungsfähigkeit der Primärgruppe in der frühen symbiotischen Phase. Dieses veranschaulicht auch die Notwendigkeit einer modifizierten psychoanalytischen Technik, da auf der Ebene des Defektes Sprache und Verbalisation noch nicht ausgeprägt sind, in beiden Fällen aber, wie es *R. Schneider* (1974) beispielsweise für das kindliche Borderline-Syndrom ausführt, als Kontaktersatz überkompensiert sein können. Besonders aus dem Letzteren ergibt sich, daß bei einer psychoanalytischen Technik, die sich bei schwer Ich-kranken Patienten im Bereich der Verbalisation bewegt, die Pseudokontaktebene der Primärgruppe wiederholt wird, und zwar im Sinne eines destruktiven Mitagierens von Pathologie, worauf *Pohl* (1978) in seinem Referat hingewiesen hat.

In bezug auf mein Thema möchte ich zwei Aspekte des Agierens hervorheben:

Psychodynamisch stellt es den Wunsch nach Präsenz eines Menschen dar, der bereit ist, den Defekt des Patienten zu tragen und anzunehmen, um ihm die Entwicklung einer entsprechenden Struktur zu ermöglichen.

Psychogenetisch und strukturell ist es Ausdruck einer Schädigung der Ich-Struktur in präverbalen Bereichen. Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit, daß sich der Therapeut als ganze Person und handelnd auf die Ebene des Defektes begeben muß, d.h., in einem therapeutischen Sinne mitagieren muß. Dieses Mitagieren in seiner Bedeutung für den Patienten und den Therapeuten, seiner strukturellen, psychodynamischen und psychogenetischen Dimension, sowie eine vorläufige Systematik des therapeutischen Mitagierens möchte ich im folgenden darstellen.

Anna Freud (1967) wies darauf hin, daß das acting out bei Patienten gegenüber der Traumanalyse und Übertragungsmanifestationen umso mehr Bedeutung bekomme, je mehr man sich mit präödipalen Störungen befasse. *Grinberg* (1958) hob hervor, daß das acting out immer einen bipersonellen Aspekt habe, indem der Patient versucht, den Analytiker zum Mitagieren zu verführen. Dieses wurde so verstanden, daß der Patient durch sein Agieren einen inneren Triebdruck, der der Verbalisation nicht zugänglich sei, abzuwehren und auf andere zu übertragen versuche. Unter dem Aspekt eines triebpsychologischen Konzeptes erscheint dieses durchaus logisch. Logisch ist dann auch die Konsequenz, daß der Analytiker sich streng des Mitagierens enthalten muß. Es zeigt sich jedoch hier ein maßgeblicher Widerspruch. Wenn das acting out, was *A. Freud* auch hervorhob, eine via regia zum Unbewußten darstellt und durch eine mangelnde Verbalisationsfähigkeit gekennzeichnet ist, kann die einzige Konsequenz sein, daß der Analytiker in seiner technischen Handhabung des Agierens die Herausforderung des Patienten zum Mitagieren im therapeutischen Sinn annimmt, da – ähnlich wie in der Kindertherapie – die Interpretation die Ebene des Unbewußten, die das Ausagieren ausdrückt, nicht erreichen kann.

Begreift man mit *Ammon* (1973) das Unbewußte als Ausdruck internalisierter Gruppenstrukturen, so ist davon auszugehen, daß das Ausagieren einer szenischen Darstellung und Offenlegung des Defektes als Niederschlag der Primärgruppe im Unbewußten der Patienten anzusehen ist. Auf einer interpersonellen Ebene dient das Ausagieren hierbei, einen Kontakt zum Analytiker auf der Ebene primärer Objekte herzustellen, die für den schwer Ich-kranken Patienten die einzig gangbare ist. Beantwortet der Analytiker diesen Versuch mit einer Interpretation, so muß er die Kontaktebene verfehlen. In vielen Fällen ist sogar davon auszugehen, daß er sich durch die Interpretation am Aufbau neuer Abwehrmechanismen, z. B. im Sinne von Intellektualisierung beteiligt. Das therapeutische Mitagieren setzt dagegen auf der Ebene an, auf der im Ausagieren mitgeteilte Defekte vermittelt werden. Ich möchte dies an einem kurzen Beispiel zeigen.

Eine 34 Jahre alte Patientin, die im Rahmen ihrer Trennung aus einer destruktiv-symbiotischen Partnerschaftsbeziehung akut psychotisch unter dem Bild einer Jammerdepression in der dynamisch psychiatrischen Klinik aufgenommen wurde, wiederholte bei der Aufnahme stereotyp ihre Unfähigkeit, ihre Akten zu ordnen. In diesem schweren psychotischen Zustand bemühten sich zwei Therapeuten um sie. Die Versuche dieser Therapeuten, ihren Zustand auf die Trennung und die Wiederaufnahme ihrer Arbeit sowie das von ihrem Vater und ihrer Mutter vermittelte Selbstgefühl als eines unfähigen und defekten Menschen zu beziehen, blieben wirkungslos. Sie machte den Eindruck eines kleinen Kindes, das vor den Realanforderungen der Welt Schutz sucht. Während ich noch mit der Patientin sprach, wobei ich versuchte, identifikatorisch ihren Zustand zu erfassen und mir einen Weg zu einer Kontaktaufnahme vorzustellen, fiel mir ein besonders interessantes Bild im Untersuchungsraum auf, das ich vorher nicht bemerkt hatte. Meiner Wahr-

nehmung folgend, ging ich auf das Bild zu und fragte die Patientin, ob sie dieses auch schon bemerkt habe. Erst in diesem Moment fiel mir ein, daß Kunst eine positive Kontaktebene zu ihrem Vater darstellte. Ich forderte dann die Patientin auf, zu mir zu kommen und das Bild anzuschauen. In dem anschließenden Gespräch über Kunst, von der die Patientin sehr viel verstand, beruhigte sie sich und konnte anschließend von der Angst vor Trennung von ihrem Mann, der sie während ihrer Ehe nie als Frau akzeptiert hatte, sprechen. Die Patientin hatte agierend die Kontaktlosigkeit und Einsamkeit innerhalb ihrer Primärgruppe dargestellt, die durch die Trennung von ihrem Mann aktualisiert wurde. Ihr Agieren stellte also einen Versuch dar, Kontakt auf der Ebene der Primärgruppe herzustellen, auf der sie in dieser akzeptiert worden war, nämlich als Hilflose und Kranke. Die Kontaktaufnahme gelang, indem ich mitagierend eine positive Facette des Kontaktes zu ihrem Vater in die Situation einbrachte. Dabei war es wichtig, daß ich direkt das darstellte, was der Patientin in der Primärgruppe Kontakt gegeben hatte. Auf den Aspekt meiner Fähigkeit, diese mögliche Kontaktebene primärprozeßhaft im Sinne der therapeutischen Symbiose zu erfassen, werde ich später noch eingehen. Vorweg sei jedoch zu bemerken, daß dabei deutlich wird, inwieweit bei der Technik des Mitagierens das Unbewußte des Analytikers eine Rolle spielt. Sieht man diese kurze Fallvignette unter einem strukturellen Aspekt, so erfolgte die Kontaktaufnahme einerseits über intakte Ich-Funktionen im Sekundärprozeßbereich, die innerhalb des von *Ammon* (1976) vorgetragenen Strukturmodells kontaktgebenden Aspekten der Primärgruppe entsprechen. Andererseits erfolgte die Kontaktaufnahme über den Primärprozeß des Analytikers unter Kontrolle des Ichs und folgte damit den Kontaktmodalitäten früher symbiotischer Erfahrungen. Diese sind dadurch charakterisiert, daß die Mutter in der frühen symbiotischen Phase Bedürfnisse des Kindes identifikatorisch erfassen, erfüllen und gegenüber der Realität abgrenzen muß. Insofern erfolgte der Kontakt auf der Ebene des frühen Defektes, wobei der Analytiker im Gegensatz zur realen Mutter und Primärgruppe diese Kontaktebene zur Verfügung stellen muß. Ich habe dieses Beispiel genannt, um die Bedeutung des Unbewußten des Therapeuten und des Patienten für die Technik des therapeutischen Mitagierens aufzuzeigen. Bevor ich jetzt die verschiedenen Aspekte des therapeutischen Mitagierens von seiten des Analytikers beschreiben werde, möchte ich versuchen, im Rahmen des *Ammonschen* Strukturmodells eine vorläufige differenzierende Betrachtungsweise des Mitagierens darzustellen. Ich will dabei drei Formen des therapeutischen Mitagierens abgrenzen, an denen ich beispielhaft versuchen will, die strukturierenden Momente aufzuzeigen. Die von mir im folgenden als erste Form dargestellte Ebene des therapeutischen Mitagierens im Sinne der direkten Wunscherfüllung stellt die Basis jeden therapeutischen Arbeitens überhaupt dar und läßt sich in unterschiedlichen therapeutischen Settings von Einzel- bis zur stationären Psychotherapie in der dynamisch psychiatrischen Klinik aufzeigen. Das Ausmaß der Verwendung dieser Technik richtet sich jedoch nach der Schwere des strukturellen Defizits des Patienten. Da sich nach mei-

ner Meinung diese Ebene am deutlichsten im Rahmen der Arbeit mit schwer Ich-kranken Patienten in der dynamisch psychiatrischen Klinik zeigen läßt, habe ich mein Beispiel diesem Rahmen entnommen. Ich möchte dabei die direkte Wunscherfüllung, so wie ich sie verstehe, abgrenzen zu der symbolischen Wunscherfüllung *Sechehayes,* und zwar aus mehreren Gründen. Ich halte es für ein untherapeutisches Mitagieren, die metaphorisch psychotische Kommunikationsweise auf einer Symbolebene z. B. bei schizophrenen Patienten anzunehmen, da dieses einer Ebene entspricht, die in gleicher Weise Kontakt abwehrt, wie sie Kontakt sucht. So geht es vielmehr darum, dem Patienten nicht innerhalb einer Symbolwelt zu begegnen, sondern ihm zu vermitteln, daß er mit seinen Wünschen konkret angenommen ist. Wichtig ist es hierbei, daß man, indem man auf der einen Seite Wünsche erfüllt, auf der anderen Seite diese gegen die Realität abgrenzt und unter Annahme einer konkreten therapeutischen Symbiose eine Realitätswahrnehmung ermöglicht. Weiterhin ist zu bedenken, daß speziell bei schwerst Ich-kranken Patienten, wie z. B. beim schizophren Reagierenden, eine Symbolisationsebene noch gar nicht erreicht ist. Zwar spielt in der schizophrenen Symptomatik eine unmittelbar symbolische Ausdrucksweise eine hervorragende Rolle, diese ist jedoch nicht in das zentrale Ich des Patienten integriert, was sich zum Beispiel darin äußert, daß sie nur einen lockeren bzw. assoziativen Kontakt zur Realität hat.

Innerhalb der dynamisch psychiatrischen Klinik bestehen in vielerlei Hinsicht Möglichkeiten einer solchen konkreten Wunscherfüllung, wie *Pohl* (1977) es darstellte. Die Wunscherfüllung reicht dabei von primären Bedürfnissen wie Schutz, Nahrung, Geborgenheit, bis zu einer sekundärprozeßhaften Befriedigungsebene, z. B. bei gemeinsamen Theater- und Museumbesuchen unter dem Schutz des Therapeuten, der gleichzeitig in seinem Verhalten für den Patienten beispielhaft vorleben muß, daß die Realität lustvoll erlebt werden kann. Das therapeutische Moment dieser mitagierenden Erfüllung von Bedürfnissen hat verschiedene Aspekte. Ich möchte diese anhand eines Museumbesuches der gesamten Patientengruppe der Klinik verdeutlichen. Der Gedanke zu diesem Museumbesuch entsprang einer Gruppensitzung, in der griechische Mythologie eine Rolle spielte. Ein weiterer Hintergrund war, daß die Patienten wußten, daß ich an griechischer Geschichte und Kunst interessiert bin. Ihr Wunsch, in Form einer Gruppenunternehmung die Glyptothek in München zu besuchen, entsprach auf unbewußter Ebene dem Wunsch, an meinen Interessen teilzuhaben, und war Ausdruck des Bedürfnisses nach symbiotischer Nähe und Identifikationsmöglichkeit. Es ging nun nicht darum, diesen Wunsch zu deuten, was bei der Ich-Struktur dieser Patienten einer Ablehnung ihrer Bedürfnisse und damit ihrer selbst gleichgekommen wäre, sondern diesen im Sinne einer Ich-strukturellen Therapie zu nutzen und in Form eines Gruppenerlebnisses internalisierbar zu machen. In diesem Sinn nahm ich mitagierend die Übertragungsbedürfnisse der Patienten an; die gegen eine konstruktive Lebensführung gerichtete Aggression, psychogenetisch ein Ausdruck elterlichen Identitätsverbotes, strukturell –

wie von *Ammon* (1977) ausgeführt – das Korrelat eines Defektes in der Ich-Struktur, wurde dabei gegen meine Person, die Gruppe und die gemeinsame Aktion gerichtet. Es war also notwendig, das Agieren destruktiver Aggression vor und nach dieser Unternehmung in entsprechenden Gruppensitzungen zu bearbeiten. Die destruktive Aggression konnte aber erst apparent und bearbeitbar werden, indem ich eine konstruktive Alternative bereitstellte. Zusammenfassend läßt sich das oben Dargestellte unter strukturellen Gesichtspunkten so verstehen, daß ich unstrukturierte Bedürfnisse einer frühen symbiotischen Erfahrungsebene annahm, indem ich eine strukturierte Situation im Bereich des Sekundärprozesses zur Verfügung stellte. Auf diese Weise konnten durch mein Mitagieren die konstruktiven Anteile der Übertragungsbedürfnisse erfüllt werden, die damit verbundenen destruktiven Anteile bezogen auf Gruppe und Therapeuten ausagierend offengelegt werden. Der während des Ausflugs selbst frei werdenden destruktiven Aggressionen, z. B. in Form von Weglauftendenzen, begegnete ich dadurch, daß ich schon bei der Vorstrukturierung unter Kenntnis der Psychodynamik der Einzelnen besonders intensiven Kontakt zu denjenigen Patienten aufnahm, von denen zu erwarten war, daß sie ausagierend ein konstruktives Gruppenerlebnis zerstören würden. Dieses wurde mit der Gruppe als ganzes bearbeitet. Wichtig ist es dabei, die Gruppe als ganze und jeden einzelnen auf den Therapeuten zu zentrieren, was ebenfalls einer mitagierenden Erfüllung primärer Bedürfnisse, im Sinne des Wunsches nach einer zentralen Figur, entspricht.

Diese Form des Mitagierens, die ich hier in einer Gruppenaktion geschildert habe, stellt beispielhaft die Ebene einer primären Symbiose dar, die die Voraussetzung ist für zwei weitere Formen therapeutischen Mitagierens, die ich im folgenden voneinander abgrenzen möchte. Dabei erscheint prinzipiell jedoch eine strenge Abgrenzung problematisch. Vielmehr ist davon auszugehen, daß sich der Aspekt einer direkten Wunscherfüllung im therapeutischen Mitagieren, auch in den beiden von mir jetzt aufgeführten Beispielen in quantitativ unterschiedlichem Ausmaß vorhanden, nachweisen läßt.

Ich möchte zunächst auf die Form therapeutischen Mitagierens eingehen, bei der der Therapeut die destruktiven Ersatzstrukturen übernimmt, um Kontakt zum Patienten herzustellen. Diese Form strukturellen Arbeitens hat *Ammon* bereits 1969 am Beispiel der Behandlung einer chronisch schizophren reagierenden Patientin ausgeführt, wobei der Wendepunkt der Therapie darin bestand, daß er, die in dem Wahn eines Dämons konkretisierte innere Bedrohung diesen Dämon selbst darstellend übernahm, und ihr damit verhalf, ihre psychotischen Ängste im interpersonellen Prozeß zu externalisieren, um dann den Therapeuten als schützendes Hilfs-Ich wahrzunehmen und integrieren zu können. Ich möchte dieses anhand eines eigenen Fallbeispiels erläutern.

Eine junge chronisch schizophren reagierende Patientin boykottierte die Arbeit in der Großgruppe der dynamisch psychiatrischen Klinik dadurch, daß sie stereotyp ihren Wunsch wiederholte, die Klinik zu verlassen und in ihre gewohnte Umgebung zurückzukehren. Vergeblich bemühten sich The-

rapeuten und Patienten, ihr dieses auf dem Hintergrund ihrer Psychodynamik zu erklären. Auch die offen gezeigte Wut von seiten der Patienten blieb wirkungslos. Daraufhin forderte ich sie auf, sofort die Gruppe zu verlassen, die Koffer zu packen und nach Hause zu fahren. Unter heftigen Beschimpfungen verließ die Patientin die Gruppe; hielt sich eine Zeit lang im Flur auf, um dann wieder in die Gruppe zurückzukehren. Sie konnte jetzt zum ersten Mal ganz klar jenseits jeglichen psychotischen Verhaltens zum Ausdruck bringen, wie wichtig diese Gruppe, die sie vorher immer nur beschimpft hatte, für sie sei und daß sie sich diese von mir nicht wegnehmen ließe. Diese therapeutische Intervention führte dazu, daß die Patientin im folgenden in der psychoanalytischen Therapiegruppe erstmalig Details ihrer Lebensgeschichte eröffnen konnte und von ihrem Vater berichtete, der sie zu ständiger Buße zwang, indem er sie in ihr Zimmer einschloß und von der Familie isolierte und schwer mißhandelte. Indem ich mich mitagierend der Provokation ihres Verhaltens stellte und dabei auf der Ebene des Primärprozesses den Aspekt des feindseligen Kontaktverbotes von seiten des Vaters übernahm, dabei jedoch gleichzeitig den Primärprozeß gegen die Realanforderungen der Arbeit in der Großgruppe abgrenzte, verhalf ich der Patientin zu einer jenseits ihrer psychotischen Erlebnisweisen liegenden Wahrnehmung der Gruppe und der Therapeuten. Das strukturelle Moment bestand dabei darin, daß ich den destruktiven Anteil einer diffusen Wahrnehmung mitagierend darstellte und externalisierte, wobei dadurch die konstruktiven Anteile der interpersonellen Realität von der Patientin wahrgenommen und internalisiert werden konnten. Darüberhinaus zeigte ich ihr, daß sie Aggression im Gegensatz zu der Erfahrung in ihrer Primärgruppe mir gegenüber direkt äußern durfte, ohne dabei verlassen zu werden.

Im Gegensatz zu der vorher geschilderten Form therapeutischen Mitagierens, wobei der Kontakt durch Übernahme der gegen die Realsituation gerichteten destruktiven Aggression erfolgt, möchte ich eine andere Form therapeutischen Mitagierens abheben, die von *Pohl* (1977) in seinem Referat in bezug auf die Milieutherapie schon dargestellt wurde und die ich auch in dem ersten Fallbeispiel andeutete. Sie besteht in einer Konfrontation des destruktiven Lebensentwurfes des Patienten mit dem konstruktiven Identitätsentwurf des Therapeuten oder der Gruppe. Ich möchte hierzu auf mein erstes Fallbeispiel rekurieren. In ihm stellte ich den Aspekt des Unbewußten bei Therapeuten und Patient für das therapeutische Mitagieren dar. Im Rahmen der Klinik hatte die gleiche Patientin, die sehr viel von Blumen und Garten verstand, die Pflege des Gartens im Rahmen der Milieutherapie übernommen, was sie auch sehr positiv besetzen konnte. Als sie sich bei einem gemeinsamen Ausflug jammernd immer wieder mit Selbstvorwürfen überschüttete, bestand ich auf einer Kommunikation über ihre milieutherapeutischen Aktivitäten. Dabei erzählte ich ihr selbst sehr viel über die Schwierigkeiten, einen solchen Garten anzulegen, über meine Vorstellungen, wie dieser Garten auszusehen habe und wie dieses zu verwirklichen sei. Die Patientin reagierte darauf erstaunt und fragte unter unmittelbarem Kontakt, wie ich eigentlich dazu käme, während sie versuche, mir ihre schweren Sorgen mit-

zuteilen, über den Garten mit ihr zu reden. Ich bestand darauf, daß dies sehr wichtig sei, daß dieses auch zu ihr gehöre und daß sie die von ihr übernommenen Aufgaben sehr gut erfülle und zur Zeit in der Klinik die Einzige sei, die wirklich etwas von Gartenbau verstünde. Indem sie mich jetzt als konkrete Person voll wahrnehmen konnte, begann sie mit mir auf realer Ebene über die Schwierigkeiten in ihrer Ehe zu sprechen. Ich verstand dieses, obwohl es sicherlich auch Aspekte der Mitteilung auf einer unbewußten Ebene ihrer Beziehung zu mir darstellte, als einen Abgrenzungsschritt, indem sie jetzt Ehemann, Vater, Mutter und Therapeuten differenziert wahrnehmen konnte. Mein therapeutisches Mitagieren war dabei darauf gerichtet, ihren Versuch in der Beziehung zu mir ihre defizitäre Familiendynamik zu realisieren, mit einem positiven Konzept entgegenzutreten und ihr so eine Realwahrnehmung ihrer eigenen und meiner Situation zu ermöglichen.

Dieses therapeutische Vorgehen erinnert, sieht man es rein technisch, sehr stark an verhaltenstherapeutische Verfahren. Ein wesentlicher Unterschied zu diesen besteht jedoch darin, daß hier das therapeutische Vorgehen darauf zielt, eine Auseinandersetzung zwischen dem destruktiven Identitätsentwurf der Patientin, der aus der Dynamik der Primärgruppe verstanden wird, mit dem konstruktiven Identitätsentwurf des Therapeuten im interpersonellen Bereich integrierbar zu machen. Darin besteht auch das therapeutische Moment.

Diese beiden Formen des therapeutischen Mitagierens, die vorwiegend eine strukturelle Arbeit an den zentralen Ich-Funktionen charakterisieren, sind nur möglich auf der Basis der anfangs geschilderten Form des Mitagierens, die in einer primären Bereitstellung direkter Wunscherfüllung besteht, wie es beispielhaft durch das Milieu einer dynamisch psychiatrischen Klinik zur Verfügung gestellt wird.

Ich meine, daß für das therapeutische Mitagieren als psychoanalytische Technik, die einen sehr engen Kontakt auf einer symbiotischen Ebene herstellt, sich von seiten des Analytikers folgende Probleme ergeben, die ich jetzt aufzeigen will:

1. Wie *ich* bei meinem ersten Fallbeispiel zeigte, spielt bei der Kontaktaufnahme auf der Ebene des Unbewußten das Unbewußte des Analytikers eine maßgebliche Rolle. Dieses wurde schon von *Freud* (1912) aufgezeigt, indem er darauf hinwies, „daß der Mensch in seinem Unbewußten ein Instrument besitzt, mit dem er die Äußerungen des Unbewußten beim anderen zu deuten vermag." Beim therapeutischen Mitagieren geht es aber nicht darum, in der relativ abgegrenzten Standardsituation das Unbewußte des Patienten zu erfassen, sondern sich handelnd unter der Kontrolle des Ich und in unmittelbarer menschlicher Konfrontation auf der *Ebene* des Unbewußten des Patienten mit diesem zu verbünden, um den Kontakt an der Ebene anknüpfen zu können, wo die Struktur des Unbewußten in ihrer Entwicklung geschädigt wurde. Der Analytiker ist damit in viel größerem Ausmaß seinen eigenen und den tiefsten Identitätsängsten des Patienten ausgesetzt. Hinzu kommt noch, daß der Analytiker auf-

grund dessen, daß er sein eigenes Unbewußtes, aber auch sein konkretes Menschsein dem Patienten zur Verfügung stellt, auch in seinen eigenen Schwächen zum Objekt schwerster destruktiver Aggression wird. Dieses umso mehr, als gerade Ich-kranke Patienten aufgrund ihrer pathologisch offenen Ich-Grenzen eine besondere Fähigkeit haben, das Unbewußte des Analytikers zu erfassen. Hierbei spielen auch die von *Searles* schon aufgeführten Tendenzen des Patienten, den Therapeuten verrückt zu machen, als einer Tendenz der Wiederherstellung der Dynamik seiner Primärgruppe eine große Rolle. Hierbei kann es tendenziell dazu kommen, daß der Therapeut dazu neigt, seine Therapeutenrolle aufzugeben, und zwar durch eine starre Überabgrenzung, in der der Analytiker sich nur als Übertragungsschirm des Unbewußten des Patienten begreift, oder einer mangelnden Abgrenzung, indem der Therapeut alle Äußerungen des Patienten als Ausdruck seines eigenen Unbewußten wahrnimmt. Es geht dabei darum, daß sich der Analytiker zwischen diesen beiden Extremen des Einbezugs seines eigenen Unbewußten frei bewegen kann und die jeweilige Handlungsebene unter den vorherrschenden therapeutischen Gesichtspunkten selbst bestimmt. Dieses erfordert eine Ausbildungssituation für den Analytiker, in der es weniger um die Realisierung einer fiktiven Normalität, als vielmehr um die Realisierung einer kreativen Identität geht (*Ammon*, 1975).

2. Auf struktureller Ebene stellt der Analytiker besonders bei der Technik des therapeutischen Mitagierens seine Ich-Struktur dem Patienten zur Verfügung, was aber durchaus als ein wechselseitiger Prozeß, wenn auch quantitativ unterschieden, zu verstehen ist. Das heißt, daß auch der Therapeut Strukturelemente seines Patienten, in seine Ich-Struktur integriert. Dieses umso mehr, wie er besonders beim Ich-strukturellen Arbeiten und auch in der speziellen Form des therapeutischen Mitagierens Kontakt auf der Ebene der gesunden Ich-Funktionen herstellt.
3. Diese besonderen Anforderungen, die ich in ihrer unbewußten und strukturellen Dimension auf Seiten des Therapeuten oben dargestellt habe, ergeben zwangsläufig, daß der Therapeut, der mit schwer Ich-kranken Patienten arbeitet, bei denen die Handhabung therapeutischen Mitagierens indiziert ist, nicht isoliert arbeiten sollte, sondern selbst auf eine Gruppe angewiesen ist, die ihm die ständige Entwicklung seiner Identität garantieren kann.

In meiner Arbeit habe ich versucht, das therapeutische Mitagieren, was in Einzelfällen sowohl im Bereich der Kindertherapie, als auch der Psychosentherapie (*Aichhorn* (1925), *Searles* (1969), *Ekstein* (1973), u.a.) vielfach dargestellt worden ist, in einer ersten Systematik auf dem Boden des von *Ammon* entwickelten Strukturmodells aufzuzeigen. Ich bin mir klar darüber, daß die von mir geschilderte Handhabung des therapeutischen Mitagierens weit häufiger ausgeübt wird, als es in den Veröffentlichungen zur Geltung kommt. Dies mag zum einen daran liegen, daß gerade das therapeutische Mitagieren in weiten Bereichen die strukturelle Interdependenz von Therapeut und Pa-

tient betrifft, was sicherlich zu seiner Tabuisierung beiträgt, zum anderen durch eine wissenschaftlich konzeptionelle Orthodoxie der herkömmlichen psychoanalytischen Schulen bedingt ist. Eine enge Verwandtschaft, wie es aus dem oben Dargestellten auch ersichtlich ist, besteht zu Techniken wie der Verhaltenstherapie, dem Psychodrama und der transaktionalen Analyse. Nur, daß hier die Handhabung des therapeutischen Mitagierens nicht in ein ganzheitliches therapeutisches Konzept integriert ist, was aber gerade, wie ich es darzustellen versuchte, die Grundvoraussetzung seiner Anwendung ist.

Modes of Therapist Acting-Out and its Structural Significance

Winfried Schibalski

In Freudian Analysis acting-out on the part of the patient as well as the therapist had been thought of as a resistance against therapeutical work, indicating the impracticability of treatment. This viewpoint was only slightly modified in ego-psychology. In contrast to the relevant literature, however the author in the present paper discusses the therapeutical handling of acting-out in the sense of the therapist's responsive acting-out, which presupposes an understanding of acting-out based on *Ammon*'s concept of ego-structure and group-dynamics.

In this psychodynamic context, a patient acting out expresses his need for a person willing to tolerate and accept his defect in order to facilitate a corresponding ego-structure. As far as psychogenesis and structure are concerned, acting-out indicates a damage done to the ego-structure in preverbal areas. The author concludes that the therapist is obliged to taken action as a whole person in the area of the defect, i.e. to act out on his part in a therapeutical sense.

This paper proposes to show up the importance of mutual acting-out to patient and therapist alike in structural, psychodynamic and psychogenetic dimensions, as well as to develop a provisional system of therapeutical acting-out.

Referring to examples taken from a dynamic-psychiatric clinic the author differentiates three types of therapist acting-out which help to demonstrate exemplary structure-providing elements. In contrast to the concept of symbolic realization by *Sechehaye,* the first type of therapist acting-out is shown to be the actual realization of the patient's needs and wishes which forms the basis of any therapeutical work in various therapeutic settings from individual psychotherapy to clinical treatment. Actual realization can be said to range from primary needs such as protection, nutrition, the feeling of shelter, to satisfactions at the level of secondary processes such as common visits to theatres and museums under the protection of the therapist, who has, in his

actual behaviour, to demonstrate that reality can be experienced with pleasure. The structure-providing element consists in the way in which unstructured needs of a primal-symbolic mode of experience are both met with in a friendly way and set apart from reality insofar as a structured situation is provided.

This type of therapist acting-out, which is described in group-action, is a pre-condition of two further types which are characterized mainly by structural work on the central ego-functions. As *Ammon* (1969) has set out in the case of chronic schizophrenic reaction, one other type refers to the therapist establishing contact with the patient by taking over his destructive substitute-structures. The structural element consists in the therapist acting out, presenting and externalizing the destructive tendencies of diffuse perception, thereby enabling the patient to perceive and internalize the constructive elements of interpersonal reality.

Furthermore, there is a third type of therapist acting-out, as described by *Pohl* (1978) in the context of milieu-therapy. It implies the therapist and the group confronting the patient's destructive way of life with their constructive conception of identity. This confrontation enables the patient, in interpersonal interaction and conflict, to integrate the destructive identity, which results from his primary group, into the constructive conception of identity as it is exemplified by the therapist.

Finally the author places therapist acting-out in the context of demands made upon the analyst which require a training situation that centres around the realization of creative identity (*Ammon* 1976) rather than realizing a fictitious normality. It is only in this way that the therapist, under the auspices of his own unconscious, is able to move freely between rigid detachment and over-identification, and to define on his own the respective course of action according to the therapeutical viewpoints mentioned above. Working at the level of sound ego-functions presupposes this sort of flexibility of ego-structure on the part of the therapist, with the therapist in his turn integrating structural elements of his patient in a mutual process.

These special requirements are evidence that a therapist working with patients who suffer from serious ego-deficits, ought not to work in isolation, but rather depends on a group to guarantee a constant development of his own identity.

Literatur

Alexander, F. (1952): Development of the Fundamental Concepts of Psychoanalysis. In: Alexander, F.; H.: Dynamic Psychiatry (Chicago: Univ. Chicago Press)

Ammon, G. (1968): Die „schizophrenogenic mother" in der Übertragung. In: Dyn. Psychiat. (1) 34

– (1969): Verifikation von Psychotherapie bei schizophrener Reaktion. In: Confinia Psychiatrica (12) No. 1

– (1972): Gruppendynamik der Kreativität (Berlin: Pinel)

– (1973): Dynamische Psychiatrie (München: Luchterhand)

– (1976): Das Borderline-Syndrom – ein neues Krankheitsbild. In: Dyn. Psychiat. (9) 317–348

Ammon, K. (1974): Ein Beitrag zur Handhabung der Gegenübertragung. In: Dyn. Psychiat (7) 138–150
Bion, W. (1967): Second thought: selected papers on psychoanalysis. (London: Heinemann)
Bird, B. (1955): Talking with Patients. (Philadelphia: Lippincott)
Freud, A. (1967): Indikationsstellung in der Kinderanalyse. In: Psyche 233–253
Grinberg, L. (1968): On acting out and its role in the psychoanalytic process; a symposium. In: Int. J. psychoanal. (49:2/3) 165–230
Hirsch, M. (1974): Die Technik der Konfrontation in der Gruppen- und Einzelanalyse. In: Dyn. Psychiat. (28) 291–299
Pohl, J. (1978): Die Klinik als interpersonelles Feld dynamisch-psychiatrischer Behandlungswissenschaft. In: Dyn. Psychiat. (49)
Schneider, R. (1974): Das Borderline-Syndrom des Kindes. In: Dyn. Psychiat. (25) 109–126
Searles, H.F. (1969): Das Bestreben den anderen verrückt zu machen, ein Element in der Ätiologie und Psychotherapie der Schizophrenie. In: Bateson, G. et al.: Schizophrenie und Familie (Frankfurt: Suhrkamp)
Sechehaye, M. (1955): La realisation symbolique. In: Revue suisse de psychologie et de psychologie appliques (12)
Tower, L. (1970): Negative therapeutic reaction. A Panel Report. In: Am. Psychoanal. ass. (18:3) 655–672

Adresse des Autors:
Winfried Schibalski, Psychiater
Tengstr. 38
8000 München 40

Der Versuch der Einführung von Gruppenpsychotherapie in einer Landesnervenklinik**

Burkhard Gülsdorff*

Der Autor beschreibt den Versuch, analytische Gruppenpsychotherapie unter Einbezug der Gesamtdynamik eines geschlossenen Frauenaufnahmehauses in einer psychiatrischen Großklinik einzuführen. Grundlage dafür ist die Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie nach Günter Ammon (1973, 1978). Im methodischen Ansatz geht der Autor davon aus, daß vor der direkten therapeutischen Intervention die gruppendynamische Arbeit mit Ärzten, Pflegepersonal und Patienten steht. Die Institution zeigt eine verselbstständigte, nicht auf den Patienten ausgerichtete Struktur, die eine pathologische Gruppendynamik zur Folge hat. Diese durchzuarbeiten und bewußt zu machen und somit destruktives Agieren einzugrenzen, schafft den Rahmen, analytische Gruppentherapie durchzuführen. Besonders wichtig dabei ist der Aufbau von Gruppengrenzen der Untergruppen auf der Station und der Station nach außen. So besteht auch unter antitherapeutischen äußeren Gegebenheiten die Möglichkeit, dynamisch-psychiatrisch zu arbeiten, solange das Umfeld der Gesamtinstitution ein unterstützendes Verhalten zeigt.

Diese Arbeit ist in erster Linie der Erfahrungsbericht eines Versuches, analytische Gruppenpsychotherapie im Sinne des Ich- und Gruppenkonzeptes der Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie nach *Günter Ammon,* in einer psychiatrischen Großklinik herkömmlicher Art einzuführen. In dieser Klinik fand ich folgende Ausgangssituation vor:

Ich arbeitete mit vier weiteren Kollegen auf einer Station mit ca. 80 Patientinnen und 25 Schwestern. Es handelte sich um ein geschlossenes Aufnahmehaus, das alle Kriterien eines 100 Jahre alten Krankenhausgebäudes aufwies. Große Schlafsäle mit 10–20 Betten bilden die hauptsächlichen Aufenthaltsräume der Patienten, die dort vorwiegend beziehungslos und ohne konkretes Vorhaben herumsitzen. Eine Möglichkeit, sich individuell zurückzuziehen gibt es nicht. Hinzu kommen die entwürdigenden sanitären Einrichtungen: die Patientinnen müssen sich zwei Badewannen und wenige Toiletten untereinander teilen. In dieser Umgebung halten sich die Patientinnen zwischen einem Tag und mehreren Jahren auf. Die dauernde therapeutisch nicht bearbeitete Fluktuation bei den Patienten und unter den Ärzten verhinderte von vorneherein die Bildung eines Gruppenklimas.

Die Krankheitsbilder der Patienten umfaßten das gesamte Spektrum psychischer Erkrankungen von jugendlicher Verwahrlosung, psychotischen Reaktionen, Borderline-Erkrankungen bis hin zu den psychischen und hirnorganischen Alterskrankheiten. Dieses Gemisch von Krankheitsbildern ergab sich durch die allgemeine Aufnahmepflicht der Station. Jede Patientin mußte bei der Aufnahme zunächst ihre gesamten persönlichen Sachen abgeben und

* Arzt, Psychotherapeut, Mitarbeiter am Berliner Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik der DAP

** Vortrag gehalten auf dem IX. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 10.–14. Juni 1977, Deutsches Museum, München

bekam ein Nachthemd und einen Morgenmantel ausgehändigt. Dieses Ins-Bett-Schicken beim Eintritt in die Klinik kennzeichnet beispielhaft die infantilisierenden und Ich-kränkenden Maßnahmen, denen die Patienten fortlaufend ausgesetzt waren. Das sogenannte therapeutische Angebot erschöpfte sich vor allem in Sicherstellung und Verwahrung der Patienten, in Psychopharmakotherapie und wenigen diagnostischen Gesprächen. Formal gesehen kamen eine Anzahl von Aktivitäten hinzu, die sich bei näherer Betrachtung jedoch als ablenkende Beschäftigungen erwiesen. Kolonnenarbeit, industrielle Arbeitstherapie wie auch die Gartenarbeit gaben den Patienten nur die Möglichkeit, monotone Hilfsarbeiten zu verrichten, die stereotype Arbeitsabläufe beinhalteten, die den Patienten keine neuen, kreativen Erfahrungen vermittelten und ohne Berücksichtigung ihrer gesunden Ich-Anteile eingesetzt wurden. Die Patienten erlebten diese Arbeiten, wie auch Sport und Gymnastik als fremd und abgespalten von ihren Bedürfnissen und beantworteten sie deshalb mit passiv-aggressivem Widerstand. Diese Verweigerung wurde so wenig verstanden und therapeutisch bearbeitet, wie die durch die Krankheit ausgedrückten Bedürfnisse und Ich-Defizite insgesamt. Akute psychotische Erregungszustände wurden vom Personal als angstmachend und uneinfühlbar erlebt und durch psychopharmakologische Sedierung wie auch Fixierung beseitigt. Sie hatten keinerlei therapeutische Funktion und dienten vor allem der Angstabwehr.

Die Kontakte zwischen Ärzten und Patienten waren dürftig, sie beschränkten sich mehr auf explorierende Gespräche oder allgemeine Visiten, die wöchentlichen Stationsangelegenheiten. Ein psychodynamisches Verständnis sowohl des aktuellen Zusammenlebens der Patienten, der Interaktion der Patienten mit dem Personal als auch der pathogenen Primärgruppendynamik der einzelnen Patienten fehlte. Insgesamt handelte es sich bei allen sog. therapeutischen Maßnahmen um eine fassadäre Als-Ob-Therapie.

Entsprechend stellte sich das berufliche Selbstverständnis und die Auffassung psychischer Erkrankungen bei Ärzten und Schwestern dar. Ausgebildet nach den Kriterien medizinischer Denkweisen, in der Rolle fixiert auf Helfen und Heilen sind sie in der alltäglichen Arbeit dem fortwährenden Mißerfolg durch die fehlende Heilung oder Besserung der Patienten ausgesetzt. Die narzißtische Kränkung, die in dieser mangelnden Bestätigung der eigenen Arbeit erfahren wird, erhält die psychiatrische Untermauerung durch den Begriff der Uneinfühlbarkeit der psychischen Erkrankung.

Der Klinikaufenthalt stellte für die Patienten von der Struktur der Institution und der Mitarbeiter her gesehen, eine infantilisierende, entmündigende und sie der Reste ihrer gesunden Ich-Anteile und Ich-Identität beraubende Situation dar, die alle Bereiche des institutionellen Rahmens durchzog.

Bevor ich darstelle, wie ich auf dieser Station zusammen mit einer Kollegin versucht habe, ein therapeutisches Milieu im Sinne des Ich-strukturellen Arbeitens und der Therapie der nachholenden Ich- und Identitätsentwicklung zu schaffen, möchte ich an dieser Stelle kurz die wesentlichen Gesichts-

punkte des Ich- und Gruppen-Konzepts der Dynamischen Psychiatrie umreißen.

Psychische Entwicklung wird danach als im wesentlichen durch die Gruppendynamik der Primärgruppe hervorgebracht verstanden. Das Ziel der kindlichen Ich-Bildung ist Identitätsentwicklung, wobei Identität zu verstehen ist als die Summe der Identifikationen, als „Geschehen an den Grenzen zwischen Ich und Gruppe" (*Ammon,* 1977), als die durch die verinnerlichte Primärgruppendynamik gewonnene emotionale und kognitive Erfahrungsfähigkeit.

Die verwehrte Identität mit ihren verschiedenen destruktiv pathologischen Äußerungen gestörter Ich-Funktionen und Ich-Struktur-Defizite – den verschiedenen Formen der psychotischen Reaktionen der Borderline- und Suchterkrankungen, schweren psychosomatischen Störungen, zum Beispiel, ist zu verstehen als das Resultat einer verinnerlichten destruktiven Gruppendynamik und eines feindselig die Bedürfnisse des Kindes abwehrenden Gruppenklimas. Das therapeutische Konzept der Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie geht davon aus, daß diese archaischen Ich-Krankheiten in einer konstruktiven und erfahrungsfähigen Gruppe nachholend Ich-strukturell verändert werden können, weil sie in der Gruppe entstanden sind. Das heißt, Ich- und Identitätsentwicklung wird sowohl ätiologisch wie therapeutisch als verinnerlichte Gruppendynamik verstanden. Ich-strukturelles therapeutisches Arbeiten zielt auf nachholende Ich-Entwicklung und ein erneutes Verinnerlichen einer konstruktiv-kreativen Gruppendynamik ab, das an die Stelle des zwanghaft wiederholten hilflosen Ausagierens der pathologischen Psychodynamik der Patienten tritt.

Wichtig ist, daß alle Gruppenmitglieder in ihren gesunden Ich-Anteilen angenommen, d.h. auch ernstgenommen werden, wodurch das therapeutische Bündnis und das Vertrauen der Gruppenmitglieder untereinander hergestellt und die Patienten häufig zum ersten Mal in ihrem Leben erfahren, daß sie für andere Menschen wichtig sind. Sie erleben, daß ihre gesunden Ich-Anteile als stützende Hilfs-Ichs der anderen Gruppenmitglieder bzw. passagere Delegation gesunder Ich-Funktionen an sie für die therapeutische Arbeit der Gruppe gebraucht werden und können im allmählichen Vertrauen auf dieses Angenommensein beginnen, ihre kranken und defizitären Ich-Anteile zu bearbeiten. (*Ammon,* 1959, 1973)

Im Sinne unseres Konzeptes der Dynamischen Psychiatrie hätte die gesamte Klinikgruppe einschließlich des Krankenpflegepersonals eine solche gruppendynamische Gruppe darzustellen, in die sich die einzelnen Patientengruppen mit ihren eigenen Gruppengrenzen eingliedern. Erst eine, die ganze Klinik einschließlich der Klinikleitung, Verwaltung, Küchenpersonal usw. umfassende milieutherapeutische Gruppe stellt ein optimales therapeutisches Instrument insbesondere für die schwer Ich-kranken Patienten der herkömmlichen psychiatrischen Kliniken dar.

Hinzu kommt die Einrichtung einzelner milieutherapeutischer Gemeinschaften. Diese erlauben den schwer Ich-kranken Patienten, die sich oft

sprachlich nicht äußern können, über die handwerklichen Projekte in der Klinik, d.h. über die gemeinsame Arbeit als drittem Objekt, zu kommunizieren, wie auch emotionale narzißtische Bestätigung zu bekommen, die für das Zusammenleben der Patienten eine reale Bedeutung darstellen. Durch die reale wichtige und ernst zu nehmende Arbeit beginnen die Patienten auch sich selbst real zu erleben und ernst zu nehmen.

Nach diesem kurzen Abriß des Konzeptes der Dynamischen Psychiatrie nach *Günter Ammon* möchte ich nun darstellen, wie sich im Einzelnen die Einführung der Gruppenpsychotherapie, wie wir sie verstehen, in der Klinikstation, die ich oben geschildert habe, gestaltete.

Ich begann zusammen mit meiner Kollegin vom Berliner Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse in Zusammenarbeit mit einem gruppendynamischen Denkweisen aufgeschlossenen Stationsoberarzt, die anderen drei Kollegen mit den Erscheinungsformen der unbewußten Gruppendynamik vertraut zu machen. Unter Einbezug der gängigen Nomenklatur und Klassifizierung, die wir zur Verständigung mit dem psychiatrischen Umfeld brauchten, trat bei unseren Fallbesprechungen und Kontrollsitzungen, die wir in Form einer Balint-Gruppe durchführten, die psychiatrische Klassifizierung in den Hintergrund, das psychodynamische und psychogenetische Geschehen bildete die Reflexionsgrundlage für unsere therapeutische Arbeit.

Der Hauptpunkt der Veränderung lag jedoch nicht in der theoretischen Erörterung des Verhaltens der Patienten, sondern in der Balintarbeit war die Gruppenbildung der Ärzte das wesentliche Moment der Veränderung. Denn so bekam unsere Arbeit am Patienten und auf der Station die zwischenmenschliche Dimension des gemeinsamen Arbeitens, des sich gegenseitig Stützens und Tragens, wie auch die Möglichkeit zur Korrektur eigener therapeutischer Fehler, nicht nur im kognitiven, sondern auch im emotionalen Bereich unter besonderer Berücksichtigung der Gegenübertragungsphänomene.

Durch den Hintergrund meiner praktischen sowie theoretischen Arbeit bei der Deutschen Akademie für Psychoanalyse übernahm ich als „zentrale Figur" (*Ammon,* 1972) die Leitung dieser Gruppe. Ich gab den nach einer effektiven Therapieform suchenden Kollegen einen Anhalt für die Richtung in der therapeutischen Arbeit.

Basierend auf dieser Ärztegruppe konnten wir an die Umstrukturierung innerhalb der therapeutischen Möglichkeiten der Station herangehen und begannen zunächst eine analytisch arbeitende Patientengruppe aufzubauen. Die Gruppe, die in der Regel zehn Mitglieder hatte, arbeitete nach dem Prinzip der „halboffenen Gruppe". Von den Persönlichkeitsstrukturen her gesehen nahmen wir etwa gleich viele Sucht-Patienten und Patienten mit psychotischen Strukturen in die Gruppe auf. Die Gruppenmitglieder wurden vorher in Einzelgesprächen auf die Arbeit in der Gruppe vorbereitet. Zusätzlich zu den Gruppensitzungen war für jeden Patienten jeweils ein Arzt zuständig, der einerseits die medizinische Betreuung übernahm und andererseits im

Sinne eines Splittings eine einzeltherapeutische Beziehung anbot. Das Splitting der Beziehungspersonen war für die Patienten von ausgesprochen großer Bedeutung, weil sie sich auf diese Weise nicht mehr einem einzigen Arzt, den sie als Vertreter der infantilisierenden Institution erlebten, ausgeliefert fühlten.

Die therapeutische Gruppe arbeitete mit den Patienten vorwiegend im Hier und Jetzt, wobei die aktuelle Stationsdynamik, die Beziehungen der Patienten untereinander und die aktuelle Lebenssituation außerhalb der Klinik im Vordergrund standen. Diese Spezifität des therapeutischen Vorgehens ergab sich aus der relativ großen Fluktuation der Patienten in der Gruppe, was der Situation auf einer Aufnahmestation entsprach. Im Vordergrund stand zuerst der Ich-stützende Aspekt der Gruppenpsychotherapie, der dem Patienten dann neben der Bearbeitung der aktuellen Situation die Möglichkeit gab, im interpersonellen Geschehen der Gruppe Grundstrukturen seiner Persönlichkeit zu bearbeiten und zu verändern. Die durch die Patienten in der Gruppe hergestellte Dynamik entsprach auch der Dynamik ihres sonstigen Lebens, so daß durch die Bearbeitung der aktuellen Lebenssituation eine Ich-strukturelle Veränderung eintreten konnte. Die Anfangsdynamik der Gruppe war durch die Unsicherheit der Patienten gegenüber diesem neuen therapeutischen Vorgehen gekennzeichnet. Wir mußten den Patienten zunächst vermitteln, daß es in dieser Gruppe nicht um formale Regelungen von Alltäglichkeiten wie zum Beispiel Parkausgänge, Stadturlaube, Besuch etc. ging, sondern um das Angebot, in einem geschützten Rahmen zwischenmenschliche Beziehungen einzugehen und zu erleben. Während die Patienten vorwiegend formale Dinge in konkretistischer Weise besprechen wollten und in Form von utopischen Fantasien die völlige Erfüllung ihrer Wünsche von uns erwarteten, sprachen wir, um uns und die gesamte Gruppe präsent zu machen, primär die aktuellen Beziehungen innerhalb der Gruppe an, besonders auch die Beziehungen zu uns und fragten nach Wünschen und Hoffnungen, die durch die Leiter und die Gruppe geweckt wurden.

Die Problematik dieser Anfangsphase lag darin, daß wir im Sinne der eigenen Glaubwürdigkeit die kritisierten Gegebenheiten der Gesamtsituation annehmen mußten; denn viele dieser Realitäten waren für die Patienten derart belastend und antitherapeutisch, daß eine psychologische Betrachtungsweise innerhalb der Gruppe einen Betrug an den Bedürfnissen der Patienten dargestellt hätte. Es war ein fortlaufender Prozeß der Differenzierung zwischen der Realsituation, die eine Veränderung erforderte, und der Überwindung der Widerstände in der Gruppe, da die äußere Situation von den Patienten immer wieder zur Ablenkung von der eigenen Person herangezogen wurde. Die menschenunwürdige Situation in dieser Klinik und die Auseinandersetzung darüber stellten auch für die Therapeuten eine Verführung dar, im Sinne eines gemeinsamen Widerstandes mit den Patienten konkretistisch gegen die therapeutische Arbeit zu agieren. Wir machten den Patienten unsere Stellung gegenüber den Mißständen deutlich, abstrahierten jedoch da-

von und bezogen uns dann auf die jenseits dieser Realität liegenden Wünsche und Bedürfnisse der Patienten.

Dazu wurde erforderlich, Gruppengrenzen aufzubauen, die die Einheit von Zeit, Raum und Personen garantierten. Dazu war notwendig, daß die Sitzungen nur in Notfällen gestört werden durften, daß die Öffentlichkeit der Station von der Öffentlichkeit der Gruppe abgegrenzt wurde, indem wir den Patienten vermittelten, daß die Sitzungen ihre Sitzungen waren, und daß die uns anvertrauten Gefühle und Wünsche nicht über diesen Rahmen hinausdrangen.

So entdeckten die Patienten neue Fähigkeiten, neue Anteile des inneren Erlebens und vor allem neue Möglichkeiten der Auseinandersetzung mit sich und der umgebenden Gruppe. In diesem Rahmen brauchte die destruktive Aggression nicht einfach in Form von Erregungszuständen und Rückfällen in die Sucht ausagiert zu werden, sondern konnte in der Auseinandersetzung mit den anderen Patienten und den Therapeuten bearbeitet und verändert werden. Da wir kontinuierlich die sichtbare Gruppendynamik ansprachen, wuchs auch bei den Patienten die Fähigkeit zur Wahrnehmung äußerer und innerer Prozesse. Indikator für diese Veränderung war die Wahrnehmung der Therapeuten durch die Patienten, wie sie sich in Träumen und Phantasien ausdrückte. Ausdruck dafür war die Gruppenphantasie, der Therapeut und die Therapeutin würden als ein glückliches Paar zusammenleben und für die Gruppe ein freundliches Elternpaar verkörpern, das den Wunsch nach einer freundlichen, kontinuierlichen Zuwendung beinhaltete. Dieser Traum machte die Veränderung der Patienten deutlich, die nicht mehr in starrer Abgrenzung nach Innen und Außen leben mußten, sondern sich durch das Zulassen eigener Gefühle auf uns beziehen konnten. Die Überwindung der Angst, eigene Gefühle zuzulassen und sich darüber auseinanderzusetzen, d.h. im Rahmen einer gewährenden Gruppe das eigene Erleben in Bezug zu anderen Menschen setzen zu können und dabei unabhängig von einer moralischen Abwertung ernstgenommen zu werden, stellte den entscheidenden Unterschied zu der sonst üblichen psychiatrischen Behandlung dar. Die Patienten wurden nicht gezwungen, sich selbst und ihre Krankheit zu verleugnen im Sinne einer Anpassung an eine Diagnose und Klassifizierung, sondern ihnen wurde Zeit gelassen und Raum gegeben, durch eine neue, verinnerlichte Gruppendynamik Abstand von der pathologischen Wiederholungsdynamik zu gewinnen.

Die zunehmende Differenzierung der Patienten zwischen innerer und äußerer Welt, zwischen innerem und äußerem Erleben, führte auch zu einer differenzierteren Kritik und Auseinandersetzung mit der umgebenden Station und dem dort tätigen Personal. Die Patienten konnten uns als Menschen direkt fordern. Unsere ärztliche Rolle trat in den Hintergrund und die Patienten versuchten, neue Gruppenerfahrungen auch im Rahmen der gesamten Krankenhaussituation auszuprobieren.

Was von uns als Entwicklung der gesunden Ich-Anteile bzw. als deren Wiederherstellung gesehen wurde, stieß außerhalb der Gruppe auf Ableh-

nung und Widerstand. Aufgrund dieser Dynamik versuchten wir zur Erhaltung der positiven Erfahrungen, den Tagesablauf der Patienten mehr und mehr durch in den therapeutischen Prozeß integrierte Aktivitäten zu strukturieren und den Einflußbereich unserer Arbeit zu erweitern. Kleine handwerkliche Projekte z.B., die von den Patienten selbst strukturiert wurden und in die die Therapeuten mit einbezogen waren, wurden von den Patienten in dem Maße ernst genommen, wie wir dem Projekt Bedeutung zumaßen. Diese Kommunikation auf der nonverbalen Ebene über ein drittes Objekt sprach nicht nur gesunde, kreative Ich-Anteile an, sondern die Patienten konnten darüber hinaus aus der Therapie ein Stück realer Bestätigung planen, ohne dabei den Schutz und die Zuwendung des Therapeuten zu verlieren.

Da die üblicherweise verordneten Beschäftigungen und Arbeiten keinen echten kommunikativen und gruppendynamischen Aspekt aufwiesen, erzielten wir sie schrittweise durch Aktivitäten wie gemeinsamen Sport und Gruppenausflüge, die jedoch nicht den Charakter ablenkender Beschäftigung aufwiesen, sondern die Gestaltung der Lebenssituation der Patienten in den therapeutischen Prozeß einbezogen. Die Planung und Durchführung der zusätzlichen Aktivitäten überließen wir den Patienten, wenngleich wir auch als zentrale Personen stetig präsent waren. Bei allen Vorhaben, bei denen die Ärzte aktiv teilnahmen, entwickelte sich bei den Patienten erheblich mehr Kreativität und Aktivität, als wenn wir sie zur Kolonnenarbeit oder Beschäftigungstherapie angehalten hätten. Durch die Präsenz der Therapeuten wurden die Gruppengrenzen aufrecht erhalten und die Angst vor einem destruktiven Ausagieren gebunden, und wir umgingen die einseitige Kommunikation auf der Symptomebene. Die Veränderung der Patienten im Laufe des Gruppenprozesses geriet zwangsläufig in Gegensatz zu der sich nicht verändernden Station. Mit der Wiederentdeckung ihrer Würde und der Forderung, Menschen im eigenen Recht zu sein, eingedenk ihrer kranken Anteile, begannen sie, sich mit den Schwestern und deren Einstellung und Verhaltensweisen, mit der starren Klinikordnung und dem unmenschlichen Routineablauf des Klinikalltages auseinanderzusetzen. Vom Personal wurde die Kritik der Patienten vielfach abgewehrt, besonders dadurch, daß in den Besprechungen immer wieder die kranken Anteile hervorgehoben wurden und Hauptgegenstand des Gesprächs waren.

Kritik wurde sozusagen psychiatrisiert, die Rollenverteilung in gesund und krank dadurch fixiert. An diesem Punkt erreichten wir eine der vielen Grenzen, die uns durch die Institution gestellt waren. Denn die Arbeit mit dem Personal gestaltete sich schwieriger als die Arbeit mit den Patienten. Während in der wöchentlichen Fortbildung die Vermittlung von kognitivem Wissen interessiert aufgenommen wurde, mobilisierte das Ansprechen der Strukturdynamik und der Interaktion zwischen Patienten, Ärzten und Pflegepersonal erhebliche Ängste und Identitätsunsicherheit. Beispielhaft für die Angst des Personals vor der Weiterentwicklung der Patienten waren Situationen, in denen die Patienten eigene Anforderungen nach Selbstverantwortung stellten. Planungen von Außenaktivitäten der Patienten wurden oft vom

Personal mit den Worten: „Dazu sind Sie zu krank" oder „Das wird schief gehen" quittiert. Dem Wunsch der Patienten, neue Erfahrungen zu machen und eigene Fähigkeiten auszuprobieren, stand die Angst und die Erfahrungsunfähigkeit des Personals gegenüber.

Diese Erfahrungsunfähigkeit sehe ich jedoch nicht als Fehlverhalten des Personals an, sondern als einen Ausdruck des von der orthodoxen Psychiatrie vermittelten Bildes des psychisch Kranken. Denn die ausschließlich psychopathologische Betrachtungsweise läßt keinen Raum für das Erkennen und die Annahme gesunder Ich-Anteile und das Ich-strukturelle Arbeiten. Unser Arbeitsansatz war dem der orthodoxen Psychiatrie insofern diametral entgegengesetzt, als wie die gesunden Ich-Anteile im Bündnis des therapeutischen Prozesses als Ausgangspunkt nahmen.

Die Hauptarbeit mit dem Personal lag darin, ihm die Angst vor der Sündenbockfunktion zu nehmen und unter Annahme der konstruktiven Anteile das bewußte wie auch unbewußte Gegenagieren einzugrenzen. Dabei stellte sich zentral die Wichtigkeit der Annahme der Aggression der Patienten dar, die sonst üblicherweise an das Personal delegiert wurde.

Als Tendenz in der Veränderung konnten wir beobachten, daß die reflexartige Forderung nach pharmakologischer Sedierung und manueller Fixierung von erregten Patienten reduziert wurde. Beendet wurde unser therapeutisches Vorgehen im Sinne der Dynamischen Psychiatrie durch die unvermittelte, von der Klinikleitung angeordnete Versetzung mehrerer Kollegen. Schwestern, Ärzte und Patienten befanden sich zu diesem Zeitpunkt in einer lebhaften konstruktiven Auseinandersetzung als Ausdruck eines entstandenen therapeutischen Optimismus. Da unsere Klinikleitung dem Einbezug des interpersonellen Geschehens in den therapeutischen Prozeß und der Reflektion der verselbständigten Bedürfnisstruktur und Eigendynamik der Gesamtklinik äußerst feindselig und ablehnend gegenüberstand, waren die Grenzen unserer Arbeit entsprechend eng gesetzt. Die Erfahrungen unserer einjährigen Arbeit möchte ich im Folgenden zusammenfassen:

Trotz des kurzen Zeitraumes konnten wir bei den Patienten Veränderungen wie Zunahme der Traumfähigkeit, Verbalisierungsfähigkeit, Auseinandersetzungsfähigkeit, Reduzierung der Rückfälle bei Sucht, Reduzierung der pharmakologischen Intervention und der Notwendigkeit manueller Fixierung beobachten.

Bedingung für diesen therapeutischen Ansatz in einer orthodoxen Nervenklinik war das Verständnis und die Handhabung der Gruppendynamik einer solchen Situation. Die „zentrale Figur" (*Ammon*, 1972) in der Ärztegruppe bot sich in der Auseinandersetzungsfähigkeit Personal und Patienten zur Identifikation an und trug besonders die Aggressionen, wobei nicht ein idealtypisches Modell der Station übergestülpt wurde, sondern die aktuelle Dynamik, besonders in ihren destruktiven Auswirkungen, bearbeitet werden mußte.

Bei dieser Grundlage kommt es auf das psychiatrische Umfeld an, welche Intensität ein psychotherapeutischer Ansatz erfahren kann. Das direkte Um-

feld der Station kann durchaus einer Veränderung zugänglich sein, wenn die Umgestaltung des therapeutischen Vorgehens von der Klinikleitung zumindest freundlich oder neutral gestattet und unterstützt wird.

Psychotherapy in a State Hospital

Burkhard Gülsdorff

The author describes his attempt to work therapeutically in a state hospital according to the principles of Dynamic Psychiatry as it has been developed by *Ammon*.

His attempt took place in a closed ward for women. The psychopathology of the patients covered the whole spectrum of psychiatric diseases. The author first discusses the obvious ego-denying structure of the hospital setting and of its group dynamic aspects.

As the author shows the hospital frequently reflects the pathological dynamics of the primary group and unconsciously counteracts the patients by an institutional life denying countertransference, acted out without being reflected. This becomes especially obvious in the treatment of alcoholic and aggressive patients, because they confront orthodox school psychiatry with its extreme helplessness.

By its unreflected counteracting the hospital does represent the party of the disease. The creation of a therapeutic milieu fails above all because psychiatrists make no effort to work through unconscious anxiety and aggression in the patients and the entire staff.

By infantilizing the patients the staff does not accept close relationship with them. As the author understands it, the reason for this is the insufficient emotional support provided to the staff, especially in cases where direct personal confrontations of their own person with the patients occur. An attitude of the staff open to emotional new experiences however, becomes possible only in a protective and creative milieu.

The attempt to change the therapeutical situation is especially hampered by the classical psychiatric teaching of the endogenity and emotional incomprehensibility of many psychiatric diseases. Classical psychiatric teaching does not take into consideration the value of human interaction for treatment.

The basic requirement for therapeutical work is colleaguality in its best sense. To be able to change the given situation psychiatrists must form a group that gives security and support to its members in an ego-strengthening way. By this the entire therapeutic community can be offered more healthy ego-parts. The necessity of a strong central figure is a conditio sine qua non, so that the great potential of destructive aggression can be tolerated and coped with. In the same way as stability and continuity are decisive factors in a therapeutic relationship, they are also valid for creating a therapeutically positive

group dynamics in a psychiatric ward. The author discusses the possibilities and the limits for a substantial change in an orthodox psychiatric state hospital.

Literatur

Ammon, G. (1959): Theoretical Aspects of Milieutherapy. The Menninger School of Psychiatry, Topeca
– (1972): Gruppendynamik der Aggression (Berlin: Pinel Publikation)
– (1973): Dynamische Psychiatrie, (Darmstadt und Neuwied: Luchterhand)
– (1977): 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)
Pohl, J. (1978): Die Klinik als interpersonelles Feld dynamisch-psychiatrischer Behandlungswissenschaft. In: Dyn. Psychiat. (11)

Adresse des Autors:
Burkhard Gülsdorff
Carmerstr. 11
1000 Berlin 12

X. INTERNATIONALES SYMPOSIUM DER DEUTSCHEN AKADEMIE FÜR PSYCHOANALYSE (DAP)

„PSYCHOSOMATISCHE ERKRANKUNG UND DEPRESSION"

Unter der Schirmherrschaft
des Regierenden Bürgermeisters von Berlin
Dietrich Stobbe
und der World Federation for Mental Health

Der Regierende Bürgermeister von Berlin Dietrich Stobbe gibt dem X. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse das folgende Geleitwort:

Die zahlreichen seelischen Erkrankungen in unserer Zeit verlangen eingehende Analysen und durchdachte Therapien. Auch wir Laien wissen, daß beides schwierig und von den Ärzten höchste Verantwortung gefordert ist, wenn sie den Betroffenen helfen wollen.

Ich wünsche dem X. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse auf seinem Weg Erfolg und allen Teilnehmern einen angenehmen Aufenthalt in unserer Stadt.

Dietrich Stobbe

VORLÄUFIGES PROGRAMM (Änderungen vorbehalten)

Samstag, 7. Oktober 1978

ab 18.00 Uhr
REGISTRATION
in den Räumen des Berliner Lehr- und Forschungsinstituts für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik, Wielandstr. 27/28, 1 Berlin 15
Tel.: 030/8839324
8839224
8834981

20.30 Uhr
Zwangloses Treffen der Referenten im Hotel Kempinski

Sonntag, 8. Oktober 1978

10.00 Uhr

ERÖFFNUNG

Dr. med. Günter Ammon
Präsident der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP)

Vertreter des Senats von Berlin

Als Vertreter ausländischer Delegationen:

Dr. med. Béla Buda (Ungarn)
Leiter der Psychotherapeutischen Abteilung im National-Institut für das Gesundheitswesen, Budapest

Prof. Dr. med. Dr. phil. Nicholas Destounis (Griechenland), Präsident der Hellenic Society of Psychosomatic Medicine, Athen

Dr. Wilfred Dorfman (USA)
Präsident der Academy of Psychosomatic Medicine, Brooklyn, New York

Dr. phil. Gustav Hans Graber (Schweiz)
Ehrenpräsident der Internationalen Studiengemeinschaft für Pränatale Psychologie (ISPP) Bern

Dr. med. Zdzislaw Mieniewski (Polen)
Leiter der Alkoholikerabteilung des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Krakow

Prof. Dr. med. Keigo Okonogi (Japan)
School of Medicine, Keio University, Tokyo

Prof. Dr. phil. Lucio Pinkus (Italien)
Vorstandsmitglied der Societa Italiana di Psicologia di Gruppo, Professor für Psychologie an der staatlichen Universität Rom

Prof. Dr. med. Erwin Ringel (Österreich)
Ehrenpräsident der Internationalen Vereinigung für Selbstmordprophylaxe, Leiter der Psychosomatischen Abteilung der Psychiatrischen Universitätsklinik Wien

Dr. med. Ana Rojnik (Jugoslawien)
Leitende Psychiaterin in der Klinica Bolnisnica za Psihiatrijo, Ljubljana

Dr. med. Luis Ylla Segura (Spanien)
Direktor des Instituto de Psicoterapia, Madrid

Prof. Dr. med. Jacob Shanon (Israel)
Präsident der Israel Society of Psychosomatic Medicine, Jerusalem

Grußbotschaften befreundeter Fachverbände

Chairman: **Gustav Hans Graber** (Bern)

1. HAUPTREFERAT
Günter Ammon (Berlin)
Das Ich-strukturelle und gruppendynamische Prinzip bei Depression und psychosomatischer Erkrankung

2. HAUPTREFERAT
Wolfgang Rock (Berlin)
Genese, Ich-Struktur und Gruppendynamik von Entwicklungskrisen und depressiven Erkrankungen Jugendlicher im Konzept der Berliner Schule

12.30 Uhr

DISKUSSIONSGRUPPEN

15.00 Uhr

Chairman: **Wolfgang Binswanger** (Kreuzlingen)

3. HAUPTREFERAT
Ursula Keller (Düsseldorf)
Ich-strukturelle Definition der sexuell perversen Reaktion unter besonderer Berücksichtigung der Pathologie von Sexualität und Aggression sowie deren empirische Untersuchung

16.00 Uhr

4. HAUPTREFERAT
Gisela Ammon (Berlin)
Frühe Anzeichen der Wechselbeziehung depressiver und psychosomatischer Reaktionen von Störungen der Aggressionsentwicklung von Kindern

17.30–18.30 Uhr

DISKUSSIONSGRUPPEN

20.30 Uhr

ARBEITSGRUPPEN
(Parallelveranstaltungen)

1. Chairman: **Dietrich Pieschl** (Frankfurt/M)
Andreas von Wallenberg Pachaly / Hartwig Volbehr / Karl-Georg Nickel / Dietrich Hullmeine (Berlin)
Arbeit mit Videotape in der Gruppentherapie

2. Chairman: **Regine Schneider** (Düsseldorf)
Nicholas Destounis (Athen)
Depression – a psychosociocultural Syndrome

3. Chairman: **Dieta Biebel** (München)
Helmut Cox / Willi Rohrwasser (Düsseldorf)
Psychodynamische und Ich-strukturelle Aspekte des epileptischen Krankheitsbildes

4. Chairman: **Béla Buda** (Budapest)
Christine Bott / Rolf Schmidts (München)
Die Beziehung von psychosomatischer Symptombildung, Psychodynamik und Ich-Struktur

21.00 Uhr

Sitzung des Internationalen Wissenschaftlichen Beirats im Berliner Lehr- und Forschungsinstitut der DAP

Montag, 9. Oktober 1978

10.00 Uhr

Chairman: **Rolf Schmidts** (München)

5. HAUPTREFERAT
Wilfred Dorfman (Brooklyn, New York)
The Integration of Depression with Somatic Illness –

Chairman: **Gisela Ammon** (Berlin)

6. HAUPTREFERAT
Jacob Shanon (Jerusalem)
Psychogenic Pruritus in Survivors of Nazi Concentration Camps

Chairman: **Gerd Röhling** (Berlin)

7. HAUPTREFERAT
Ivan Milakovic (Sarajevo)
Die psychosomatische Krankheit als Abwehr gegen depressive Regression

8. HAUPTREFERAT
Jan Pohl (München)
Zwang und Depression

1. KURZREFERAT
Wolfgang Binswanger (Kreuzlingen)
Körper und Leib

9. HAUPTREFERAT
Lucio Pinkus (Rom)
Das Depressionssyndrom, ein Abwehrmechanismus? (Der erste Schritt zu einer klinischen Untersuchung)

10. HAUPTREFERAT
Erwin Ringel (Wien)
Wechsel und Beziehung zwischen psychosomatischer Erkrankung und Depression aus individualpsychologischer Sicht

11. HAUPTREFERAT
H. C. Tien (Michigan)
Video-Psychiatry in Psychosomatic Medicine

12.30 Uhr

DISKUSSIONSGRUPPEN

15.00 Uhr

Chairman: **Dietrich Pieschl** (Frankfurt/Main)

12. HAUPTREFERAT
Christine Bott / Agnes Wiehl-Volbehr / Berthold Beck / Wolfgang Rock
Methodische Ansätze zu einer objektivierenden Ich-strukturellen Diagnostik im Rahmen des Ammonschen Ich-Struktur-Modells am Beispiel der zentralen Ich-Funktionen der Abgrenzung nach innen und außen und der Kreativität

Chairman: **Ivan Milakovic** (Sarajevo)

13. HAUPTREFERAT
Rolf Schmidts (München)
Manie und Depression als Ausdruck defizitärer Primärgruppendynamik

Chairman: **Ursula Keller** (Düsseldorf)

2. KURZREFERAT
Kurt Husemann (Düsseldorf)
Möglichkeiten und Grenzen der Behandlung primärer Ich-Funktionen im milieutherapeutischen und gruppenpsychotherapeutischen Prozeß

14. HAUPTREFERAT
Karl Georg Nickel (Berlin)
Zur Beziehung von Psychosomatik und Depression zu Kriminalität und Gewalt

3. KURZREFERAT
Nicholas Destounis (Athen)
Psychosomatic-Psychotherapeutic Approach to Pregnancy

4. KURZREFERAT
Christine Zohner (München)
Genese, Dynamik und strukturelle Veränderung der defizitären Aggression im therapeutischen Prozeß bei einer Patientin mit Anorexia nervosa

5. KURZREFERAT
Peter Wolf (Hannover)
Der Versuch einer psychotherapeutischen Betreuung psychosomatisch Kranker in einem Kreiskrankenhaus

6. KURZREFERAT
Nicholas Destounis (Athen)
Post-Partum Psychiatric Syndromes

7. KURZREFERAT
Kurt Oehler (München)
Die projektive Darstellung der Ich-Grenzen anhand eines neuentwickelten Tests unter besonderer Berücksichtigung psychosomatisch Kranker

17.00 Uhr

Senatsempfang
in der Eichengalerie des
Charlottenburger Schlosses

18.00 Uhr

DISKUSSIONSGRUPPEN

20.00 Uhr

ARBEITSGRUPPEN
(Parallelveranstaltungen)

5. Chairman: **Friedrich Rothschild** (Jerusalem)

Gisela Ammon / Thomas Culemann / Rosemarie Fleck / Magdalene Storm (Berlin)
Psychoanalytische Kindergartenarbeit

6. Chairman: **Ana Rojnik** (Ljubljana)

Eberhard Weiger / Dieta Biebel (München)

Die Bedeutung von Psychosomatik und Depression in der Schwangerschaft für die intrauterine Entwicklung

7. Chairman: **Burkhard Gülsdorff** (Berlin)

Jan Pohl (München)
Ich-strukturelle Psychotherapie im Sinne der Schule Günter Ammons – mit Film

8. Chairman: **Luis Ylla Segura** (Madrid)

Andreas von Wallenberg Pachaly / Karin Wangemann (Berlin) / **Nani Schlipper** (München)
Dynamisch-soziometrische Untersuchung von Depression und Psychosomatik in der Gruppe

Dienstag, 10. Oktober 1978

10.00 Uhr

Chairman: **Jacob Shanon** (Jerusalem)

15. HAUPREFERAT
Dietrich Pieschl (Frankfurt/Main)
Depression – Diagnose und Therapie aus der Sicht der Schulpsychiatrie

Chairman: **Jan Pohl** (München)

16. HAUPTREFERAT
Winfried Schibalski (München)
Die Problematik Ich-strukturellen Arbeitens mit psychosomatisch Kranken im Rahmen der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik

Chairman: **Wilfred Dorfman** (Brooklyn, New York)

17. HAUPTREFERAT
Keigo Okonogi (Tokio)
Depression and Psychosomatic Illness in View of Ajase Complex

18. HAUPTREFERAT
Karin Schibalski-Ammon (München)
Faktoren der Veränderung von defizitärer Aggression bei psychosomatisch Kranken im Kontext einer Gruppenstruktur

19. HAUPTREFERAT
Ulrike Harlander (Berlin)
Die Körper-Ich-Identität nach Ammon

20. HAUPTREFERAT
Friedrich Rothschild (Jerusalem)
Das Versagen der inneren Anpassung bei psychosomatischen Erkrankungen

21. HAUPTREFERAT
Dieta Biebel (München)
Die Entwicklung eines psychosomatischen Symptoms als Ausdruck Ich-struktureller Veränderung im therapeutischen Prozeß einer psychotisch depressiven Patientin

8. KURZREFERAT
Jürgen Müller-Heinemann (München)
Der Umgang mit Trennungsangst in der Psychotherapie eines asthmakranken Patienten

9. KURZREFERAT
Ingeborg Urspruch (Berlin)
Die psychotische Depression: Überwindung des Endogenitätsbegriffes der Schulpsychiatrie

12.30 Uhr

DISKUSSIONSGRUPPEN

15.00 Uhr

Chairman: **Wolfgang Rock** (Berlin)

22. HAUPTREFERAT
Klaus Koch (Heidelberg)
Empirisch-statistische Überprüfung einiger Hypothesen zur Differenzierung von psychosomatisch erkrankten und neurotisch depressiven Patienten einerseits und psychosomatisch erkrankten und neurotisch depressiven Patienten im Vergleich zu einer ausgesuchten Kontrollstichprobe andererseits

12. KURZREFERAT
Friedrich Diergarten (Düsseldorf)
Die Arrettierung primärer Ich-Funktionen in der Depression – dargestellt an den Ich-Funktionen des Sprechens, Hörens und Sehens

Chairman: **Nicholas Destounis** (Athen)

10. KURZREFERAT
André Hertkorn (München)
Der Ich-strukturelle Aspekt des Identitätsverbots bei einer Borderline-Depression

23. HAUPTREFERAT
Mohamed Said El-Safti (Düsseldorf)
Das Körper-Ich in seiner Bedeutung für die Depression

14. KURZREFERAT
Erda Siebert (Düsseldorf)
Kindliche Suizidalität als Abwehr archaischer Identitätsangst

Chairman: **Brigitte Marsen** (Berlin)

11. KURZREFERAT
Marion Winnewisser (München)
Defizitäre Sprachentwicklung als psychosomatisches Symptom einer depressiven Familienstruktur in einer Simultankindertherapie

13. KURZREFERAT
Wolfgang Trauth (München)
Zwei verschiedene Formen defizitärer psychosomatischer Struktur

15. KURZREFERAT
Bernd Vigener (München)
Probleme der therapeutischen Handhabung von Objektverlust, nachfolgender Identitätseinengung und Suizidalität bei einer Borderline-Depression (eine Falldarstellung)

17.30 Uhr

DISKUSSIONSGRUPPEN

20.00 Uhr

Festlicher Empfang der Deutschen Akademie für Psychoanalyse im Hotel Kempinski
Begrüßung durch Herrn Dr. med. Jan Pohl (München), Vorstandsmitglied der DAP,
Verleihung der Goldmedaille der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP)
an Herrn Dr. med. Béla Buda, Budapest durch Günter Ammon

Mittwoch, 11. Oktober 1978

10.00 Uhr

Chairman: **Friedrich Rothschild** (Jerusalem)

24. HAUPTREFERAT
Béla Buda (Budapest)
Die Psychodynamik der Depression und die Rolle der depressiven Mechanismen in der Selbstmordhandlung

Chairman: **Dieta Biebel** (München)

25. HAUPTREFERAT
Hartwig Volbehr (Berlin)
Die Symptomverschiebung zwischen Sucht und psychosomatischer Erkrankung aus Ich-struktureller Sicht

Chairman: **Béla Buda** (Budapest)

26. HAUPTREFERAT
Mathias Hirsch (Düsseldorf)
Sexuelle Funktionsstörungen als Ausdruck defizitärer Objektbeziehung

27. HAUPTREFERAT
Norbert Matussek (München)
Neuroendokrinologische Differenzierung zwischen exogener und endogener Depression

28. HAUPTREFERAT
Walter Bühling (Düsseldorf)
Der Stellenwert des Ich-strukturellen Arbeitens als Behandlungstechnik in der Kombination Einzel-, Gruppen- und Milieutherapie bei einem Fall von Borderline-Depression

29. HAUPTREFERAT
Klaus Heuschen (Düsseldorf)
Sucht und Suizidalität – Möglichkeiten der Psychotherapie Suchtkranker in einem psychiatrischen Landeskrankenhaus – vorgestellt am Beispiel der Dynamik einer Suchtstation

16. KURZREFERAT
Burkhard Gülsdorff (Berlin)
Die wissenschaftliche Begründung der „endogenen Depression" in der Schulpsychiatrie und ihre Forschungsmethodik

12.30 Uhr
DISKUSSIONSGRUPPEN

15.00 Uhr

Chairman: **Christine Bott** (München)

17. KURZREFERAT
Andreas von Wallenberg Pachaly (Berlin)
Diagnostische Beobachtungen zur Ich-Struktur und Psychodynamik von Depression und Psychosomatik im milieutherapeutischen Feld einer dynamisch-psychiatrischen Klinik

Chairman: **Ursula Keller** (Düsseldorf)

18. KURZREFERAT
Wolfgang Rock / Manfred Deutschmann / Heidi Mönnich (Berlin)
Zur Kritik der Idee des Politischen bei Lorenzer

Chairman: **Jan Pohl** (München)

30. HAUPTREFERAT
Gerd Röhling (Berlin)
Die psychosomatische Betrachtungsweise in der klinischen Medizin

19. KURZREFERAT
Reiko Koide (Tokio)
Psychosomatic Reaction and Body Image

20. KURZREFERAT
Gerhard Rottmann (Mitterberghütten)
Pränatale Determinanten für psychosomatische Störung und Depression in ihrer gesellschaftspolitischen Konsequenz

21. KURZREFERAT
Renate Krüger (Düsseldorf)
Psychosomatik und Kleptomanie, mißglückte Ablösungsversuche aus einer lebenslangen Abhängigkeit

22. KURZREFERAT
Friedhelm Hermanns (Düsseldorf)
Die mangelnde Ausbildung von Körper-Ich-Grenzen als Ursache adipöser Erkrankungen – dargestellt am Beispiel einer Mutter-Kind-Simultan-Therapie

23. KURZREFERAT
Ronaldo Ruthner (München)
Depression, Zwangssymptom, Ausagieren und Psychosomatik als multiple Abwehrorganisation schwerer narzißtischer Defizite

17.30 Uhr
DISKUSSIONSGRUPPEN

20.00 Uhr
ARBEITSGRUPPEN
(Parallelveranstaltungen)

9. Chairman: **Jan Pohl** (München)

Wolfgang Binswanger (Kreuzlingen)
Wandlungen in der Auffassung des seelischen Leidens und deren Folgen für die Behandlung

10. Chairman: **Brigitte Marsen** (Berlin)

Ingeborg Urspruch / Burkhard Gülsdorff / Hartwig Volbehr (Berlin)
Zur Kritik der Verwendung des Begriffes der „endogenen Depression" in der Schulpsychiatrie

11. Chairman: **Gertraud Reitz** (München)
Emil Wieczorek (Berlin) / **Kurt Husemann** (Düsseldorf)
Gruppendynamische Prozesse in Heimen und deren Beziehung zur Psychodynamik und Ich-Struktur der Kinder und Jugendlichen mit psychodynamischen und depressiven Reaktionen.

12. Chairman: **Andreas v. Wallenberg Pachaly** (Berlin)
Gerhard Rottmann (Salzburg)
Prä- und perinatale Psychologie und Psychosomatik

Donnerstag, 12. Oktober 1978

10.00 Uhr

Chairman: **Klaus Semmler** (Berlin)

31. HAUPTREFERAT
Regine Schneider (Düsseldorf)
Die Facialis-Parese – ein psychosomatisches Symptom

34. HAUPTREFERAT
Luis Ylla Segura (Madrid)
Abwehr-Vorgänge und Psychosomatische Erkrankung

Chairman: **Hartwig Volbehr** (Berlin)

32. HAUPTREFERAT
Nicholas Destounis (Athen)
On Psychosomatic Illness (Ecological), Morbid Dependency and Depression

35. HAUPTREFERAT
Friedrich Battenberg (München)
Veränderung der Äußerungsformen von Depression im Verlauf des therapeutischen Prozesses bei einer Borderline-Schizophrenie

Chairman: **Klaus Heuschen** (Düsseldorf)

33. HAUPTREFERAT
Ana Rojnik (Ljubljana)
Abstinenz-Verlauf mit psychosomatischer Reaktion und Depression

36. HAUPTREFERAT
Zdzislaw Mieniewski (Krakau)
Betrachtungen über die Beziehungen zwischen Alkohol, Psychosomatik und Depression

12.30 Uhr

DISKUSSIONSGRUPPEN

15.00 Uhr

Chairman: **Friedrich Wilhelm Battenberg** (München)

24. KURZREFERAT
Klaus Semmler (Berlin)
Wandlungen in der psychoanalytischen Auffassung früher Depression

Chairmann: **Kurt Husemann** (Düsseldorf)

25. KURZREFERAT
Anke Meilicke (Berlin)
Untersuchungen der zentralen Ich-Funktion der Kreativität in Verbindung mit Psychosomatik und Depression bei einer Künstlerin – Ich-Struktur als Abbildung der Familienstruktur

Chairman: **Burkhard Gülsdorff** (Berlin)

26. KURZREFERAT
Gertraud Reitz (München)
Psychosomatik und Depression als ein Ausdruck pathologischer Abgrenzungsversuche bei Jugendlichen

27. KURZREFERAT
Thomas Culemann (Berlin)
Nächtliches Einnässen als psychosomatisches Symptom im Rahmen einer Borderline-Familiendynamik

28. KURZREFERAT
Emil Wieczorek (Berlin)
Zur Psychosomatik des Symptomwechsels im milieutherapeutischen Feld

17.30 Uhr

DISKUSSIONSGRUPPEN

DIE ORGANISATION DES SYMPOSIUMS

Diskussionsgruppen
(in den parallelen Diskussionsgruppen werden die Vorträge diskutiert)

Leiter:

A. Semmler/Gülsdorff
B. Volbehr/Husemann
C. Wallenberg Pachaly/Nickel
D. Cox/Beck
E. Rock/Reitz
F. Bott/Vigener
G. Biebel/Trauth
H. W. Schibalski/Battenberg
I. Hirsch/Diergarten
J. Schmidts/Harlander
K. Urspruch/Hertkorn
L. Schneider/Marsen

Termin für die Diskussionsgruppen: 12.30 bis 13.30 Uhr und
17.30 bis 18.30 Uhr

ALLGEMEINE INFORMATION

WISSENSCHAFTLICHE LEITUNG: Günter Ammon (Berlin)

AUSKUNFT UND ORGANISATION: Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.

Wielandstr. 27/28	Leopoldstr. 87	Schadowstr. 86/88
1 Berlin 15	8 München 40	4 Düsseldorf
(030) 8839224	(089) 341444	(0211) 364900

REGISTRATION

Samstag, 7. 10. 1978 ab 18.00 Uhr in den Räumen des Berliner Lehr- und Forschungsinstituts der DAP Wielandstr. 27/28, 1000 Berlin 15 (030) 8839224.

Ab Sonntag, den 8. 10. 1978, 9.00 Uhr, befinden sich die Registration, der Informationsstand und der Büchertisch in der Kongreßhalle

BÜCHERTISCH

Buchhandlung Rothacker, Berlin, Hardenbergstr.

UNTERKUNFT

Bitte wenden Sie sich an das Verkehrsamt Berlin,
Europa-Center, Tauentzienstraße, 1000 Berlin 30

Psychologie

Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die «Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie» — offizielles Organ der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie — setzt in neuer Gestalt die Tradition des 1956 gegründeten «Jahrbuches für Jugendpsychiatrie und ihre Grenzgebiete» fort. Sie veröffentlicht Originalarbeiten, Übersichtsreferate, Fallberichte, aktuelle Mitteilungen und Buchbesprechungen.

Herausgeber	Prof. Dr. med. H. Harbauer, Frankfurt Prof. Dr. med. Dr. phil. H. Remschmidt, Berlin Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. M. Schmidt, Mannheim Prof. Dr. med. Dr. phil. h.c. Dr. jur. h.c. H. Stutte, Marburg
Erscheinungsweise	vierteljährlich (1. März, 1. Juni, 1. September, 1. Dezember)
Bezugspreise	Jahresabonnement 1978: sFr. 38.— / DM 38.—. Für Studenten/Assistenten sFr. 19.— / DM 19.—

Das Blatt vermittelt dem Praktiker einen instruktiven Einblick in die Forschungen über die Psychosen im Kindesalter, Charakteropathien und Neurosen, allgemeine und Entwicklungspsychologie und die normale und Heilpädagogik — unter reicher Verarbeitung der internationalen Fachliteratur.

Eine Zeitschrift für Sie!

Verlag Hans Huber

Soeben erschienen

Förderung der Kreativität

Neue Ansätze in der Therapie Suchtkranker
Hrsg. Heinz B. Gallée/Ursula Kuypers,
104 Seiten, DM 11,80

Neue Möglichkeiten für den Einsatz einer Kreativitätstherapie im Rahmen der Gesamttherapie Suchtkranker werden von Fachwissenschaftlern und Sozialarbeitern vorgestellt.

Machtaspekte in der helfenden Beziehung

A. M. A. Houtman, 76 Seiten, DM 10,80

Ein für den Erfolg einer Hilfeleistung wichtiger Aspekt, der z.B. in der „Expertenmacht" zum Ausdruck kommt, wird hier unter psychologischen und sozialpsychologischen Gesichtspunkten dargestellt.

Sozialdienst im Krankenhaus

Basisinformationen für Sozialarbeiter
M. Mehs/J. Glatzel, 104 S., DM 9,80

Was ein effektiv arbeitender Sozialdienst im Krankenhaus leisten kann, behandeln namhafte Autoren und Praktiker verschiedener Fachrichtungen.

Familientherapie

Interventionen und therapeutische Prozesse
G. H. Zuk, 2. Auflage, 240 S., DM 29,50

Ein neues, erfolgreiches Konzept moderner Familientherapie, das soziologische Erkenntnisse einbezieht und die therapeutischen Ziele klar herausarbeitet.

Verlangen Sie den Prospekt: Neuerscheinungen und Neuausgaben Frühjahr 1978.

LAMBERTUS VERLAG
Postfach 1026 · D 7800 Freiburg i. Br.

Anschrift des Herausgebers/editor's address:
Dr. med. Günter Ammon, Wielandstr. 27/28, 1 Berlin 15

Manuskripte nehmen entgegen/manuscripts should be sent to:
Hauptschriftleitung Dr. med. Günter Ammon und Gisela Ammon, Wielandstr. 27/28, 1 Berlin 15

Weitere Mitglieder der Redaktion/members of the editorial staff:
Dipl.-Psych. Thomas Culemann, Ulrike Harlander (Rezensionen), Dietrich Hullmeine, Dr. med. Elke Jansen, Karl-Georg Nickel/Arzt, Dipl.-Psych. Wolfgang Rock, Dr. med. Gerd Röhling, Dipl.-Psych. Klaus Semmler, Dr. med. Hartwig Volbehr, Helmut Volger (Anzeigen), Dipl.-Soz. Karin Wangemann, Dipl.-Psych. Emil Wieczorek, Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik (LFI) der DAP, Wielandstr. 27/28, 1 Berlin 15

Dr. med. Dieta Biebel, Dipl.-Psych. Christine Bott, Dr. med. Rolf Schmidts, Dr. med. Karin Schibalski-Ammon, Winfried Schibalski (Rezensionen)
Münchener Lehr- und Forschungsinstitute der DAP, Leopoldstr. 87, 8 München 40

Dipl.-Psych. Berthold Beck, Dipl.-Psych. Helmut Cox, Dr. phil. Friedrich Diergarten, Dr. med. Mathias Hirsch (Rezensionen), Dipl.-Psych. Dr. Kurt Husemann (Nachrichten), Everhard Jungeblodt, Dipl.-Psych. Jürgen Marenbach, Dr. med. Regine Schneider, Dipl.-Psych. Erda Siebert
Düsseldorfer Lehr- und Forschungsinstitut der DAP, Schadowstr. 86/88, 4 Düsseldorf

Um Unterbrechungen der Belieferung zu vermeiden, bitten wir, unserer Auslieferung Adressenänderungen rechtzeitig mitzuteilen.