ISSN 0012-740X

Dynamische Psychiatrie *Dynamic Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse
Herausgegeben von Günter Ammon

Günter Ammon, Gisela Ammon und Dörte Griepenstroh
Das Prinzip von Sozialenergie – gleitendes Spektrum und Regulation

Ilse Burbiel und Wilfried Vogelbusch
Die Persönlichkeitstheorie nach Günter Ammon als Grundlage psychometrischer Untersuchungen

Burkhard Gülsdorff
Der Stellenwert der Neurotransmitter und Genetik bei der Schizophrenie

Jerzy S. Pawlik and A. Grot, E. Maciocha, R. Pawłowska, M. Rozlał, W. Sobański
Borderline Patients in System of Psychoanalytically orientated Short-Term Group Psychotherapy

14. Jahrgang 1./2. Heft 1981 **66/67**

PINEL-PUBLIKATIONEN BERLIN

Dynamische Psychiatrie / *Dynamic Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse
Organ der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), der
World Association for Dynamic Psychiatry (WADP), der
Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG), der
Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM), der
Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige, der
Deutschen Gesellschaft für Dynamische Psychiatrie (DGDP) und der
Psychoanalytischen Kindergärten

14. Jahrgang, 1./2. Heft 1981, Nr. 66/67

Herausgegeben von Günter Ammon

unter Mitarbeit von
F. Antonelli, Roma – C. Bahnson, Philadelphia – R. Barnes, Phoenix – F. V. Bassin, Moskau – L. Bellak, New York – H. R. Böttcher, Jena/Leipzig – B. Buda, Budapest – J. L. Carleton, Santa Barbara – R. Ekstein, Los Angeles – A. A. Fischer, Maastricht – Th. Freeman, Antrim – A. Garma, Buenos Aires – K. E. Godfrey, Topeka – J. L. Gonzales, Mexico City – G. H. Graber, Bern – F. Hacker, Wien – F. Hansen, Oslo – G. Hidas, Budapest – H. Illing, Los Angeles – I. Jakab, Belmont – H. W. Janz, Hannover – U. Keller-Husemann, Düsseldorf – M. Khan, London – E. Linnemann, København – U. Mahlendorf, Santa Barbara – L. Miller de Paiva, São Paulo – K. Okonogi, Tokio – M. Orwid, Krakow – J. S. Pawlik, Warschau – J. Pohl, München – E. Ringel, Wien – E. Rosenblatt, Santiago – V. S. Rotenberg, Moskau – F. S. Rothschild, Jerusalem – E. Servadio, Roma – D. Shaskan, Los Angeles – A. E. Sherozia, Tbilisi – 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 – Wu Chen-I, Peking.

Günter Ammon, Gisela Ammon und Dörte Griepenstroh (Berlin)
Das Prinzip von Sozialenergie – gleitendes Spektrum und Regulation 1
The principles of social energy – gliding scale and regulation 12

Ilse Burbiel (München) *und Wilfried Vogelbusch* (Berlin)
Die Persönlichkeitstheorie nach Günter Ammon als Grundlage psychometrischer Untersuchungen 16
The Personality Model of Günter Ammon in the Theory and Practice of Psychometric Research 34

Burkhard Gülsdorff (Berlin)
Der Stellenwert der Neurotransmitter und Genetik bei der Schizophrenie 38
The Significance of Neurotransmitter and Genetic Research in Schizophrenia 51

Jerzy S. Pawlik and A. Grot, E. Maciocha, R. Pawłowska, M. Rozlał, W. Sobański
Borderline Patients in System of Psychoanalytically orientated Short-Term Group Psychotherapy 55
Borderline-Patienten im System der psychoanalytisch orientierten kurz dauernden Gruppenpsychotherapie 63

Nachrichten 65

Buchbesprechungen 92

Index 1980

Das Prinzip von Sozialenergie – gleitendes Spektrum und Regulation*

Günter Ammon, Gisela Ammon, Dörte Griepenstroh (Berlin)

Im Verlauf der Entwicklung der Identitätstheorie und der psychogenetischen Konzeption der Persönlichkeit stellt sich auch das Problem der psychischen Energie neu. In der traditionellen Psychoanalyse ist diese Frage durch biologische Triebenergie beantwortet worden. Wie ist jedoch die Frage nach der psychischen Energie zu beantworten, wenn nicht die organismische Existenz des Menschen als Substrat der psychischen Prozesse verstanden wird, sondern das einzelne Individuum in seiner besonderen Gestalt und in seinen gesunden und kranken Anteilen sowie in seinen Lebenszielen aus Gruppenprozessen gewachsen ist? Ammon beantwortet die Frage mit der Theorie und dem Begriff der Sozialenergie, d. h. dem energetischen Einwirken der Gruppendynamik des sozialen Umfeldes mit seinen fördernden oder versagenden Aspekten, die Gesundheit und Krankheit des Menschen bestimmen.
Im Rahmen dieser Arbeit stecken die Autoren den Bedeutungsbereich des Begriffs der Sozialenergie nach Ammon im Persönlichkeitsmodell der Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie ab, beschreiben die Regulation auf dem gleitenden Spektrum von Sozialenergie und narzißtischer Zufuhr, das Ammon annimmt, um dann die Relevanz der Sozialenergielehre in der prophylaktischen und therapeutischen Praxis darzustellen.
Die Sozialenergieregulation ist ein Regulationsprinzip, wie es charakteristisch ist für die Regulationsprinzipien innerhalb des Ich-Struktur-Modells überhaupt. Auf der einen Seite des Spektrums, auf dem die Regulation stattfindet, steht die sozialenergetische Zufuhr, die einen zwischenmenschlichen, gruppendynamischen Prozeß beschreibt, der von Achtung voreinander, Ernstnehmen, Empathie und auch kritisierender, abgrenzender Auseinandersetzung getragen ist. Narzißtische Zufuhr – auf der anderen Seite des Spektrums – beschreibt einen sich gegenseitig bestätigenden, zwischenmenschlichen Kontakt.
In der Erziehung wie auch in der Therapie ist es von großer Bedeutung, ob sozialenergetische und narzißtische Zufuhr so reguliert sind, daß ein sozialenergetisches Feld entstehen kann, das eine Entwicklung der Kinder bzw. Patienten fördert, wobei das sozialenergetische Feld eine entwicklungsfördernde Gruppendynamik bedeutet.
Am Beispiel des Psychoanalytischen Kindergartens und der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik machen die Autoren die Konsequenzen deutlich, die die Sozialenergielehre für die praktische Arbeit hat. Gezeigt wird die prozeßhafte Strukturierung eines sozialenergetischen Feldes, wobei der zentralen Figur im gruppendynamischen Geschehen eine wichtige Bedeutung zukommt. Exemplarisch wird dies deutlich gemacht an der Entwicklungsgeschichte eines Kindes im Psychoanalytischen Kindergarten und an der Theater-Therapie-Gruppe der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige.

Sozialenergie ist als Energie von, durch und aus der Gruppe beschrieben, als psychische Energie, die einerseits dem Ich-Struktur-Aufbau, d. h. der Entwicklung der Identität dient, Identitätsentwicklung bedingt, Voraussetzung schafft für eine Identitätsentwicklung überhaupt, andererseits aber wiederum nur durch Identität entstehen kann.

* Vortrag, gehalten auf dem XII. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 8.-13. Dezember 1980, Kongreßzentrum München

Inhalt folgender Überlegungen wird sein, zunächst genau zu definieren, was unter Sozialenergie zu verstehen ist, wie sie entsteht und in welchen gruppendynamischen und ich-strukturellen Zusammenhängen sie zu sehen ist. So wird die Sozialenergie betrachtet einerseits im Zusammenhang zu einzelnen Ich-Funktionen, aber auch zur gesamten Ich-Struktur, Konsequenzen für die Persönlichkeitsentwicklung werden diskutiert, und zwar zunächst innerhalb des Ich-Struktur-Modells vom theoretischen Standpunkt aus, um dann weiterführend zu der Frage zu kommen, welche Konsequenzen sich daraus für ein praktisches Arbeiten prophylaktisch mit Kindern und für therapeutisches Arbeiten mit schwerstkranken Patienten ableiten lassen.

Einerseits geht es in dieser Arbeit also um die Darstellung der Bedeutung psychischer Energie im Gebäude des Persönlichkeitsmodells der Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie, andererseits um die daraus resultierenden Konsequenzen für die Erziehung und Behandlungsmethodik im ich-strukturellen Arbeiten.

Theoriebildung und Behandlungsweise sind in der Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie eng verbunden. Die Psychoanalyse als Behandlungswissenschaft dient dazu, Erkenntnisse zu finden, die von praktischer Relevanz für die therapeutische Arbeit sind, Zusammenhänge aufzuklären und Ableitungen zuzulassen.

Der Begriff der Sozialenergie, entstanden aus der Dialektik von wissenschaftlichem Denken und empirischem Erkennen von Zusammenhängen in konstruktiven wie pathologischen Entwicklungsverläufen, ist entsprechend als Instrument dieser Wissenschaft zu betrachten.

Das Problem der psychischen Energie stellt sich zentral dar in der Entwicklung der psychoanalytischen Theorie überhaupt. Für *Freud* war psychische Energie, die Libido, an der Grenze von Soma und Psyche liegend zu verstehen, als Verbindungsstück zwischen beiden immer zusammenhängend mit dem sogenannten Sexualtrieb. Die Ich-Psychologen versuchen in ihrer weiteren Theoriebildung die Vorstellung psychischer Energie in den Formen ihrer Wandlungen loszulösen von der ausschließlichen sexuellen Bestimmtheit. Dieser Versuch, bleibt man *Freuds* Triebmodell treu, muß letztendlich in antagonistischen Widersprüchen enden. Geht man aus von der primär biologischen Bedingtheit psychischer Existenz, das besagt das Trieb- und Libidomodell im Grunde, können gesellschaftliche und gruppenspezifische Faktoren nur noch eine untergeordnete Rolle spielen, Wachstum formen und nicht mehr bedingen.

Besonders eklatant zeigt sich diese Sichtweise in der Hospitalismusforschung von *Spitz*. Aufgrund der Triebtheorie, auf deren Boden er steht, kommt er zu dem Schluß, daß die Säuglinge, um die kein Mensch sich sorgend und liebend kümmert, aufgrund ihrer dualistischen Triebstruktur sich selbst töten, da ihre Triebe kein Objekt finden.

Unseres Erachtens ist die menschliche Wärme und Zuneigung, das Sichkümmern und Annehmen das, was diesen Säuglingen fehlt und für ihren Tod verantwortlich ist. Wir möchten in diesem Zusammenhang von einem sozialenergetischen Defizit sprechen. Die Deprivationsexperimente von *Harlow* und *Harlow* können ebenfalls zur Untermauerung dieser These herangezogen werden.

Es ist die umgebende Gruppe, die Leben ermöglicht bzw. verhindert. So muß eine Theorie, will sie im eingangs dargestellten Sinne Behandlungswissenschaft sein, dieses Moment berücksichtigen. Für den Begriff psychischer Energie bedeutet das, soll er verständnisbringende Funktion haben, daß der Faktor der Gruppe als bestimmende Variable einbezogen werden muß. Dies gilt übrigens ebenso für die moderne hirnphysiologische Forschung, besonders für die Hemisphärenforschung. *Rotenberg* hat versucht, ich-strukturelle Erklärungsweisen für hirnphysiologische Prozesse heranzuziehen.

Fragt man sich nun weiter, welche Variablen noch ein Wachstum des Menschen bestimmen, so sind es neben gruppendynamischen persönlichkeitsspezifische, d. h. im Denken des Ich-Struktur-Modells ich-strukturelle Elemente und genetische Faktoren. Biologische Bedingtheiten sollen dabei nicht von vornherein ausgeschlossen werden. Im Gegenteil weist unsere neueste Forschung hin auf Korrelationen von Ich-Struktur und der Struktur der Hirnhemisphären. Die ausschließliche Ursächlichkeit für psychische Wachstumsprozesse möchten wir aber biologischen Variablen absprechen und statt dessen Entwicklung als interdependentes psychisches und somatisches Geschehen begreifen, das einen neurophysiologischen Niederschlag erfährt. Sicher ist in diesem Punkt ein wesentliches Feld von Forschungsarbeit noch zu leisten.

Sozialenergie als psychische Energie ist als motivationaler Faktor im Entwicklungsprozeß von Individuen zu verstehen, wobei die Motivation sich sowohl auf das Sein, wie auch auf das Verhalten des Menschen bezieht. Angewendet auf das Ich-Struktur-Modell bedeutet das, daß Sozialenergie die Energie ist, die den Strukturaufbau veranlaßt, die Ich-Struktur daraus folgend sozusagen als geronnene Sozialenergie zu verstehen ist, und die Identität die Summe der erfahrenen Sozialenergie in quantitativer und qualitativer Dimension wiedergibt. Sozialenergie besitzt damit Transmitterfunktion zwischen der Gruppendynamik einer Gruppe und den ich-strukurellen Konsequenzen für einzelne Persönlichkeiten der Gruppe aus dieser Dynamik heraus. Bisher war von den Entwicklung ermöglichenden Gruppenerfahrungen die Rede, ohne daß mehr spezifiziert worden wäre, was wir darunter verstehen können.

Als Antipode zu diesen, Entwicklung ermöglichenden Gruppenerfahrungen, sind Gruppenerfahrungen zu betrachten, die keine Entwicklung ermöglichen, Gruppenerfahrungen, wie sie schwerkranke Menschen in sich tragen. Ob nun eine Gruppe Erfahrungen und neues Erleben fördert oder verhindert, wird abhängig sein von ihrer Identität als Gruppe, d. h. von der

Identität der einzelnen Mitglieder der Gruppe, wie auch von der Identität der Gruppe als Ganzes.

Mittels der Identität jedes Einzelnen wird eine Auseinandersetzung in der Gruppe eingeleitet, die Kontakte innerhalb der Gruppe herstellt und Sozialenergie entstehen läßt. Dieses Geschehen ist als sozialenergetische Zufuhr oder sozialenergetische Zuwendung zu bezeichnen. Dem gegenüber steht der Begriff der narzißtischen Zufuhr bzw. Zuwendung, die lediglich der Bestätigung einer Person dient und keinen Ich-Struktur-Aufbau bewirkt, was im Folgenden allerdings noch relativiert werden wird.

Wenn der Untertitel der Arbeit „Gleitendes Spektrum und Regulation" lautet hinsichtlich des Prinzips der Sozialenergie, meinen wir damit das Spektrum, auf dessen einer Seite die Sozialenergie und auf dessen anderer Seite die narzißtische Zufuhr steht. Mit Regulation ist nun das Auspendeln der Reaktion – sei es unbewußt als Reagieren im normalen Leben oder bewußt als therapeutische bzw. erzieherische Indikation – entsprechend des sozialenergetischen Spektrums gemeint, was von wesentlicher Bedeutung für Entwicklung überhaupt ist.

Die Sozialenergie-Regulation ist ein Regulationssystem, das charakteristisch ist für das Ich-Struktur-Modell, in dem sich verschiedene Regulationssysteme finden, wie *Ammon* (1980) bereits dargestellt hat. Innerhalb dieser Systeme ist die Integrationsregulation von ganz besonderer Bedeutung, die sich auf die Interdependenz der Ich-Funktionen und ihr Zusammenwirken bezieht und das Ineinandergreifen und Sich-Ergänzen der einzelnen Ich-Funktionen meint. Auch das Spektrum innerhalb einer einzelnen Ich-Funktion, mit ihren konstruktiven, defizitären und destruktiven Aspekten, setzt eine Regulation voraus. Ein weiteres Regulationsprinzip herrscht zwischen primärem, zentralem und sekundärem Ich, so daß man sagen kann, daß jede Ich-Funktion primäre, zentrale und sekundäre Anteile hat, vorwiegend aber einem Bereich zuzuordnen ist.

Um dieses Prinzip des gleitenden Spektrums in der Regulation hinsichtlich der Sozialenergie deutlich zu machen, ist es zunächst von Bedeutung, die Begriffe sozialenergetische und narzißtische Zuwendung näher zu bestimmen und eindeutig zu definieren. So ist sozialenergetische Zufuhr bzw. Zuwendung per definitionem immer an ein daraufhin erfolgtes Strukturwachstum gebunden.

Wie sieht nun dieser Kontakt aus, der Strukturwachstum nach sich zieht?

Zunächst einmal ist sozialenergetische Zufuhr immer an einen zwischenmenschlichen Prozeß gebunden, der von Achtung voreinander, Ernstnehmen und Empathie getragen ist. Auf dieser Basis wird Auseinandersetzung möglich, d. h. ein gegenseitiges Sich-mitteilen von Bedürfnissen, Wünschen, zustimmenden und ablehnenden Gefühlen. Sozialenergetische Zuwendung heißt immer auch, dem anderen einen Spiegel vorhalten und ihm zeigen, wer er ist, wo er steht und wohin er sich entwickeln kann. Zur sozialenergetischen Zuwendung gehört aber ebenso, den anderen Menschen

ernst zu nehmen in dem, was er ist, was er weiß und tut, und daraufhin eine Auseinandersetzung zu beginnen, sich einzulassen auf den anderen.

Sozialenergetische Auseinandersetzung wird immer den ganzen Menschen berühren, ihn in Frage stellen und ihm damit neue Wege eröffnen. Im Mittelpunkt steht damit ich-strukturell gesehen das zentrale Ich mit den zentralen Ich-Funktionen, wie Wahrnehmung, Narzißmus, Ich-Abgrenzung, Aggression, Frustrationsregulation, Selbstwertgefühl, Sexualität, Kreativität, Ich-Integration, Angst und anderen.

In einer solchen sozialenergetischen Auseinandersetzung wird es immer zu Grenzsituationen kommen, werden existentielle Fragen des Menschen berührt. Sozialenergetische Auseinandersetzung ist als wechselseitiger Prozeß in einer Gruppe zu verstehen, ein Geschehen, das allen Beteiligten etwas gibt. Als eine praktische Konsequenz bedeutet das z. B., daß auch Patienten einer dynamisch-psychiatrisch strukturierten Klinik Sozialenergie und narzißtische Zufuhr geben. Andererseits ist es allerdings auch möglich, daß eine Gruppe im pathologischen Sinne reagiert, d. h. entsprechend einer unerkannten Gegenübertragungssituation sich genauso verhält wie die einst die Krankheit ausgelöst habende Familiengruppe. Hier kommt es zu keiner Auseinandersetzung. Die krankmachenden Aspekte werden weiter kultiviert, Entwicklung findet nicht statt. Nach diesem Verständnis kann es also krankheitserhaltende und krankmachende psychotherapeutische Gruppen geben, was in unserer Gesellschaft, die praktisch wilde Gruppenpsychotherapie zuläßt, leider nicht allzu selten ist.

Physikalische Energievorstellungen, wie *Freuds* Konzeption von Ich-Libido und Objektlibido entwickelt, und deren Summe intrapsychisch immer gleichbleibt, sind auf die Sozialenergie nicht anzuwenden. Will man ein Bild für sozialenergetisches Geschehen suchen, könnte man von einem Fluß sprechen, der seine Wasser durch verschiedenste Gebiete führt. Dieses fließende Wasser besitzt eine Potentialität von Energie, die aber erst dann wirksam wird, wenn sie z. B. von Turbinen umgesetzt wird in elektrische Energie. Diese Umsetzung bringt eine Veränderung und neue Form mit sich. Das Leben des Menschen läßt sich vielleicht mit diesem Fluß vergleichen, der ohne ein Flußbett – die Struktur, die die Umgebung setzt – versickern würde. Die Grenzen geben ihm seine Form, und die Turbinen nutzen seine Kraft, was vielleicht mit sozialenergetischer Auseinandersetzung verglichen werden könnte.

Wie die Form des fließenden Wassers und der dem fließenden Wasser immanenten Energie sich, wenn es über die Turbinen läuft, verändert, ändert sich auch die menschliche Struktur innerhalb einer sozialenergetischen Auseinandersetzung.

Gehört zur sozialenergetischen Auseinandersetzung immer das In-Fragestellen, ist die narzißtische Zufuhr umgekehrt als Antwort zu betrachten. Narzißtische Zufuhr bedeutet Bestätigung des Seienden, des Getanen und des Geschehenen. So bezieht sich narzißtische Zufuhr häufig auf die Bestäti-

gung von Fertigkeiten, d. h. den sekundären Bereich des Ichs. Dies muß aber nicht so sein. Narzißtische Zufuhr kann auch durchaus das zentrale Ich erreichen, wenn sie mit einem Ernstnehmen einhergeht und differenzierte Bestätigung konstruktiver Anteile bedeutet. An dieser Stelle wird bereits die fließende Grenze zwischen Sozialenergie und narzißtischer Zufuhr deutlich, die uns dazu bewogen hat, von dem sozialenergetischen Spektrum zu sprechen. Mit dieser Vorstellung eines gleitenden Spektrums geht die Vorstellung des Regulationsprinzips zwischen In-Frage-stellen und Bestätigung bzw. Antwort-geben einher. Erst im Sinne von Regulation kann eine ernsthafte Beziehung entstehen und damit Wachstum von Persönlichkeit und Identität. Kontaktloses In-Frage-stellen, ebenso wie ständiges, undifferenziertes Bestätigen sind als sozialenergetische Versagung zu bezeichnen, als Situationen, die sich zusammensetzen aus immer neuen Verweigerungs- und Verlassenheitssituationen, in denen die miteinander in Beziehung tretenden Menschen sich nie wirklich spüren können, keine gemeinsame Wahrnehmung und Sprache existiert, jeder mit dem Bild vom Anderen in Beziehung tritt, wie es häufig in pathogenen Symbiosen der Fall ist.

Ein Beispiel dafür sind Eltern, die schlichtweg auf jede Lebensäußerung ihres Kindes reagieren, alles, was es tut, befürworten und ihm damit keinen Weg für seine Entwicklung anbieten.

Ebenso wirkt die Einstellung eines Psychiaters, der zufrieden ist, wenn sich sein Patient ruhig und friedlich verhält, ohne die wichtigen Mitteilungen über sein Sein und sein Leid in anderen, oft außergewöhnlichen Situationen zu sehen.

Die wesentliche Funktion der Regulation sozialenergetischer und narzißtischer Zufuhr zeigt sich hinsichtlich der zentralen Ich-Funktionen. Ein Mensch, der nur narzißtische Zufuhr erfährt, und zwar sowohl für konstruktives wie für destruktives Verhalten, muß eine gestörte Wahrnehmung entwickeln und damit den Realitätsbezug verlieren. Es handelt sich dabei um die sogenannten Verwöhnungsschäden. Diese Menschen werden einen destruktiven Narzißmus entwickeln und eine grundsätzliche Skepsis aller Zuwendung gegenüber, was im Extremfall zu paranoischen Reaktionen führt, d. h. zum Agieren gegen die Menschen, die ihnen Hilfe gegeben haben. An dieser Stelle ist deutlich zu erkennen, welche Destruktionen durch den pathologischen Narzißmus ausgelöst werden können, was wiederum meine These bestätigt, daß das Destruktionen auslösende Moment nicht der Todestrieb sein kann, sondern im pathologischen Narzißmus liegt.

In der pathogenen Symbiose, einer realen wie einer geistigen Symbiose, findet ständig aus Angst oder Bequemlichkeit eine gegenseitige Bestätigung privatistischer Wahrnehmung statt, die den Phantasien und Vorstellungen der Einzelnen, nicht aber der Realität entspricht. Es kann dann aber zu einem Umkippen von narzißtischer Zufuhr zu Sozialenergie kommen, wenn nämlich gegebene narzißtische Zufuhr eine Frage in dem Menschen aufwirft, der die Zufuhr gegeben hat, und die Möglichkeit der Veränderung

dieser Zufuhr entsteht. In diesem Moment kommen wieder Aspekte des Ernstnehmens, der Auseinandersetzung mit dem anderen in den Prozeß, so daß aus der anfänglichen narzißtischen Zufuhr sozialenergetische Auseinandersetzung wird.

Zusammenfassend an dieser Stelle ist zu sagen,

1. daß sozialenergetische Zuwendung immer eine den anderen in seinem Sein ernstnehmende Frage bedeutet,
2. daß narzißtische Zuwendung eine Antwort auf Geschehenes, Seiendes oder in Zukunft Geschehendes ist,
3. daß sozialenergetische und narzißtische Zuwendung als spektral sich ergänzend zu betrachten sind,
4. daß das strukturbildende Element nicht in der Sozialenergie per se liegt, sondern in der sozialenergetischen und narzißtischen Regulation, da
5. diese Regulation sich einstellt auf der gruppendynamischen Matrix, in zwischenmenschlichem Kontakt, und daraus folgt,
6. Identitätsentwicklung und Identitätserweiterung sind nicht zu denken ohne die Gruppe, die ein Leben ermöglicht oder verbietet und damit
7. rückwirkend geschlossen werden kann, daß ein Begriff psychischer Energie, der Motivation auf einer tieferen Ebene als der situativen betrachten will, die Gruppendynamik des Hier und Jetzt und unter Umständen auch des Dort und Damals einbeziehen muß.
8. Biologische Determinanten für psychische Energie sind damit nicht ausgeschlossen. Sie stehen vermutlich in einem interdependenten Zusammenhang zur ich-strukturellen Entwicklung. Die differenzierte funktionale Beziehung herauszufinden, wird Aufgabe der Forschung in den nächsten Jahren sein.

Im Sinne von *Kurt Lewin,* der einmal gesagt hat, „es gibt nichts, was so praktisch wäre wie eine gute Theorie", wollen wir im Folgenden exemplarisch untersuchen, welche Konsequenzen sich aus der Theorie vom Prinzip der Sozialenergie für die pädagogische und therapeutische Arbeit ergeben, ob dieses Denken in der Praxis bestätigt wird, und wie weit diese Theorie als Instrument für weiteres Arbeiten in Erziehung und Therapie anzuwenden ist.

In den Psychoanalytischen Kindergärten zeigt sich immer wieder, daß das sozialenergetische Feld einer Kindergruppe bereits bei der gegenseitigen Begrüßung am Morgen deutlich wird daran, wie die Kinder sich begrüßen, wie ernst sie sich dabei nehmen, wieviel Interesse sie füreinander zeigen, und wie echt und ehrlich sie dabei sind. Eine Gruppe – Kinder – wie Erwachsenengruppe – die als sozialenergetisches Feld strukturiert ist – was das im einzelnen bedeutet, werden wir noch darstellen – stellt Raum für den Einzelnen und für Beziehungen zueinander zur Verfügung. Ein Ausdruck dessen sind z. B. Geschenke, die sich die Kinder gegenseitig machen, wie kleine Steinchen, Blätter, Kastanien, ein Stück Baumrinde oder ein Bild. Diese Geschenke, die von ihrem realen Gehalt nicht unbedingt verwendbar zu sein

brauchen, erhalten ihren Wert durch den Beziehungsaspekt, den sie ausdrücken. Wir möchten von einem sozialenergetischen Feld sprechen, von Ernst und Interesse der einzelnen Gruppenmitglieder aneinander.

Wir haben auch Eltern erlebt, die ihren Kindern jeden Wunsch erfüllen und ständig ein kleines Geschenk in der Tasche mitbringen, wenn sie ihr Kind aus dem Kindergarten abholen. Gegenüber den Geschenken, die die Kinder sich gegenseitig machen, haben diese Geschenke oft narzißtischen Charakter: Die Eltern demonstrieren, wieviel sie dem Kind geben, wie gut sie als Eltern sind, das Kind muß sich freuen, wenn es die Eltern sieht, zumindest über das Geschenk, wenn es sich schon nicht über die Eltern freuen kann. Echte Geschenke und Geschenke aus narzißtischen Bedürfnissen der Erwachsenen an die Kinder kann man daran unterscheiden, ob sie eine Bedeutsamkeit für das Kind haben oder nicht. So können gesammelte alte Zeitungen für das Kind weit mehr Bedeutsamkeit haben, wenn es diese gerade für irgendeine Sache braucht, als das großartigste, teuerste Spielzeug. Auch hier ist das entscheidende Kriterium das Ernstnehmen des Kindes in seinem Sein, Tun und Verhalten, was ein sozialenergetisches Feld zwischen Eltern und Kind schafft.

Die Auswirkungen, die eine entsprechend einem sozialenergetischen Feld strukturierte Kindergruppe auf die ich-strukturelle Veränderung einzelner Kinder hat, werden in extremen Situationen meist am deutlichsten. Aus diesem Grunde möchten wir als Beispiel die Auseinandersetzung um ein autistisch-schizophren reagierendes Kind anführen, auch wenn dieses Kind in seiner Struktur eine Ausnahme darstellt und keineswegs exemplarisch für die Kinder im Psychoanalytischen Kindergarten sein kann.

Olivia kam mit sechs Jahren in unseren Kindergarten, eine Fürsorgerin, an die die Mutter sich gewandt hatte, hatte sie zu uns geschickt. Olivia hatte die Diagnose eines „minimal brain damage" und war als nicht schulreif bezeichnet worden. Sie, ein scheinbar knochenloses, dürres Wesen mit großen Augen, die schauten, ohne wahrzunehmen, hing am Arm ihrer überdimensional fettleibigen Mutter, die hilflos wie ein großes Baby wirkte. Olivia beherrschte zwar die Technik der Sprache, war aber unfähig, sie zur Kontaktaufnahme einzusetzen, beantwortete keine Frage, bezog sich auf keine gemeinsame Realität, sondern redete, wenn sie sprach, kontaktlos unverständliche Worte. Realitäten, wie die anderen Kinder, der Kindergarten und Spielsachen, interessierten sie nicht.

Zunächst kam Olivia aufgrund ihres Entwicklungsstandes in die Gruppe der Dreijährigen. Nachdem sie anfangs beziehungslos umherzottelte, wurde bald ihre ungeheure Destruktion sichtbar, die die Gruppe zu sprengen drohte. Alles, was die Gruppe tat, versuchte sie zu zerstören: warf Regale um, völlig unvermittelt aus einem Spiel heraus, rannte vor allen Dingen dauernd aus der Kindergruppe heraus in die Räume unseres Lehr- und Forschungsinstitutes und versuchte dort, in kürzester Zeit ein Chaos zu verbreiten. Sie verschüttete Kaffee, kippte Ablagen aus, bekritzelte Briefe in derartiger Ge-

schwindigkeit, daß man sie oft erst stoppen konnte, wenn das Durcheinander schon geschehen war.

Olivia bekam von ihrer Kindergruppe sehr viel Zuwendung. Rannte sie weg, so liefen die anderen hinter ihr her, fingen sie ein, und sie wurde in die Kindergruppe zurückgeschleppt, geschleift, getragen.

In dem spezifischen sozialenergetischen Feld dieser Kindergruppe erhielt Olivia sozialenergetische Zuwendung und narzißtische Fütterung auf einer speziellen Ebene: Sie wurde mit ihren Verrücktheiten angenommen und immer wieder abgegrenzt. Sie begann mit den Kindern zu sprechen und teilte zunächst hauptsächlich anale Phantasien mit, denen die anderen meist mit Ekelgefühlen begegneten, sich nicht besonders interessierten und damit ihre Phantasien abgrenzten. Andererseits gestattete ihr die Kindergruppe viel Raum und Möglichkeit zum Bemuttertwerden: Sie wurde angezogen, bekam Milch eingegossen, womit sie sich oft auch zur Kleinsten dieser Dreijährigen-Gruppe machte.

Olivia konnte sich in dem spezifischen sozialenergetischen Feld dieser Kindergruppe zu einem kontakt- und gruppenfähigen Kind entwickeln. Nach zwei Jahren, im Alter von acht Jahren, wurde sie in eine normale Grundschule eingeschult, wo sie jetzt eine mittelmäßige Schülerin ist. Gleichzeitig stagnierte der Prozeß ihrer Entwicklung, sie war praktisch über ihre Gruppe hinausgewachsen, die sie immer noch oft auf ihre Art, Baby zu spielen, terrorisierte.

Nach einer Phase der Bearbeitung dieses Problems auch in der Eltern- und Erziehergruppe kam Olivia in die Hortgruppe, in die sie von ihrem Alter her gehörte.

Die Hortgruppe bot ein ganz anderes Feld sozialenergetischer Auseinandersetzung an. Die Kinder kannten ihre Geschichte nicht und schüttelten den Kopf über ihre Verrücktheiten. Als sie wieder stumm ins LFI rennen wollte – inzwischen brachte sie dort nicht mehr alles durcheinander, sondern wartete geduldig darauf, abgeholt zu werden, erdreisteten sich die Hortkinder darüber, daß sie nicht redete und forderten von ihr, daß sie sich normal verhalten solle. Es entstand folgendes Spiel: Olivia wurde als Patient auf eine Trage gelegt und von der Gruppe ins Büro des LFI getragen. Die Kinder suchten dort einen Arzt und forderten, daß Olivias sogenannte Krankheit behandelt werden solle. Eines der Kinder schrieb die Diagnose, an der sich alle Mitarbeiter des LFI's beteiligten, auf, und ebenso, was weiterhin zu tun sei. Dann erklärte die Kindergruppe, Olivia sei jetzt geheilt, sie müsse jetzt allein zurück in die Kindergruppe gehen, was sie dann auch tat.

Was geschehen ist mit Olivia und was die Identitätsentwicklung eingeleitet hat, war die Regulation von Sozialenergie und narzißtischer Zufuhr. In beiden Gruppen hatte sie erlebt, in ihrer Existenz angenommen zu sein und sowohl narzißtische als auch sozialenergetische Zuwendung zu erfahren. Im Sinne des Regulationsprinzips haben wir dann den Gruppenwech-

sel vorgenommen. Damit wurde eine höhere Identitätsanforderung an das Kind gestellt, die stagnierte Entwicklung konnte wieder fortgesetzt werden.

Das Prinzip, das gesamte Milieu zu einem therapeutischen Instrument zu machen, ist auch das Grundprinzip Dynamisch-Psychiatrischer Kliniken.

Für die Klinik gilt, ebenso wie für Psychoanalytische Kindergärten, daß als Voraussetzung für eine gelingende Identitätsentwicklung ein sozialenergetisches Feld strukturiert werden muß. Dies ist die Aufgabe eines Klinikleiters, wie es überhaupt die Aufgabe jedes Gruppenleiters ist, dieses Feld zu strukturieren und damit den Weg zu bahnen für Auseinandersetzungen im Sinne sozialenergetischer Regulation. Diese Auseinandersetzung selbst wird von der Gruppe getragen, die in diesem sozialenergetischen Wechselspiel auch insgesamt an Struktur gewinnt und sich verändert. An Punkten von Stagnation des Prozesses heißt es dann für die Leitung, daß das sozialenergetische Feld gestört ist, daß diese Arretierung durch gruppendynamische Arbeit herauszufinden und dann entsprechend zu handeln ist. So sind es oft nicht die großen, augenfälligen Geschehnisse, die das sozialenergetische Feld bezeugen, sondern, wie auch in der Arbeit der Psychoanalytischen Kindergärten beschrieben, Kleinigkeiten, die dieses Milieu ausmachen.

Herr T., ein schizophren reagierender Patient der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik, kam in unser abendliches Schizophrenie-Seminar, redete zunächst konfus alles durcheinander und zog damit alle Aufmerksamkeit auf sich. Eine herkömmliche Handhabung dieser Situation wäre gewesen, den Patienten hinauszuschicken, da Patienten nicht in ein Seminar des Teams gehören, und er auch störte. Ich habe mich anders entschieden, da an sich nichts Besseres passieren konnte, als daß ein schizophren reagierender Patient selbst in das Schizophrenie-Seminar kommt und demonstriert, wie eine schizophrene Reaktion aussieht. Ich habe ihn eingeladen, als persönlicher Gast an dem Seminar teilzunehmen. Er saß aufmerksam da und begann nach einer Weile mitzuarbeiten und gute Fragen zu stellen. In der danach folgenden Zeit kam er zu mir mit den Worten „Helfen Sie mir, mich abzugrenzen – Abgrenzung brauche ich" und unterstrich seine Worte mit den entsprechenden Gesten. Von der Zeit an sprach er immer mehr über seine Familie: Den alten Vater, ein Pastor, der sich mit uralten Bibeln beschäftigte, seine Schwester und seinen Schwager, ein Heilpädagoge, den er sehr schätzte. Allmählich entwickelte sich daraus eine Loslösung von der Klinik, und er kehrte zurück nach Hause.

Sozialenergie-Austausch entsteht an dem Punkt – und hier findet auch Ich-Strukturgewinn statt – wo Abgrenzung und Öffnung ganz nah nebeneinander bestehen: sowohl wenn keine Abgrenzung stattfindet, als auch, wenn das Kontaktmoment aufgegeben wird, kann ein sozialenergetischer Austausch nicht mehr stattfinden.

Hier bei Herrn T. kam es zu diesem Punkt: Er erfuhr Abgrenzung durch die realen Anforderungen eines Seminars und gleichzeitig Öffnung dadurch,

daß ich ihn einlud und seine Kontaktsuche freundlich aufnahm. Er erfuhr Sozialenergie in der Abgrenzung und narzißtische Zufuhr durch das Dabeibleiben können. Energetisch gestärkt konnte er Fragen stellen und mitarbeiten, d. h. er konnte den konstruktiv aggressiven Schritt in die Gruppe machen, was sozialenergetische Austauschprozesse im Seminar in Gang setzte, so daß alle das Seminar verlassen konnten mit dem Gefühl, eine bedeutsame Begegnung erfahren zu haben.

Deutlich machen läßt sich an diesem Beispiel auch die Rolle des Leiters als zentrale Figur, die ein sozialenergetisches Feld strukturiert.

Durch meine Einladung an Herrn T., am Seminar teilzunehmen, und die Tatsache, daß ich ihn in die Seminargruppe integrieren konnte, habe ich dieses Feld strukturiert, sowohl für den Patienten als auch für die Seminarteilnehmer. Auf dieser Grundlage fanden dann sozialenergetische Austauschprozesse auch in der Gruppe selbst statt.

Es ist sehr oft so, daß ein Aktivwerden in der Realität von schwerstkranken Patienten als tiefste sozialenergetische Zuwendung empfunden wird. Dies gilt besonders auch für die Theater-Therapie-Gruppe der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige.

Diese Theatergruppe bildet in sich ein einzigartiges milieutherapeutisches und sozialenergetisches Feld. Das ist darauf zurückzuführen, daß diese Interessengruppe der Patienten wie keine andere mit Realitäten und Realitätsanforderungen konfrontiert ist. Die Patienten wählen das Thema des Stükkes aus, holen gegebenenfalls Urheberrechte ein, schreiben das Stück und verteilen die Rollen untereinander, erstellen Masken, Kostüme und Bühnenbild, sorgen für die Technik, schreiben Programme, entwerfen Plakate und planen die Aufführungen. All diese Realitäten erfordern sowohl ein großes Maß an Auseinandersetzung untereinander wie auch mit der eigenen Persönlichkeit. Jeder spielt eine Rolle, die seinem derzeitigen Entwicklungsstand entspricht, und jeder muß sich dabei mit eigenen Ängsten auseinandersetzen. Ist die gesamte Klinik als sozialenergetisches Feld strukturiert, haben diese Auseinandersetzungen hohe energetische Qualität, ermöglichen Strukturwachstum, so daß es immer wieder vorkommt, daß im Laufe der Vorbereitung eines Stückes ein Patient seine anfängliche Rolle nicht mehr spielen kann, weil er über sie hinausgewachsen ist.

Die Tatsache, Theater zu spielen und dabei öffentlich aufzutreten, stellt eine enorme Anforderung an die Patienten dar, und zwar eine Anforderung, die völlig neu ist und nie an sie gestellt wurde, wenn man bedenkt, daß viele dieser Menschen ihr Leben in Heimen und Kliniken zugebracht haben, aus phobischen Ängsten das Elternhaus nicht verlassen konnten oder angsterfüllt, ohne ein Gefühl für sich selber, dahinlebten. Symbiosekranke Menschen leiden gleichzeitig an Überforderung, indem sie die Gefühle der Eltern tragen müssen, und an Unterforderung, indem sie ständig in der Symbiose abhängig gehalten wurden. Realitätsschritte gehen daher immer mit großen Ängsten einher, die mobilisiert werden in der Theater-Therapie und

offen werden für eine therapeutische Auseinandersetzung. Gerade aufgrund dieser hohen Realitätsanforderungen erhält aber die Theater-Therapie ihren therapeutischen Wert.

Im Sinne der Regulation von Sozialenergie und narzißtischer Zufuhr stehen die Realitätsanforderungen auf der einen Seite des sozialenergetisch narzißtischen Spektrums, und auf der anderen Seite die große narzißtische Bestätigung durch das Publikum.

Die Auseinandersetzung der Theater-Therapie-Gruppe ist eingebettet in das gesamte sozialenergetische Netz von Auseinandersetzungen in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik, so daß alle anderen Gruppen, wie die Psychotherapiegruppen, die milieutherapeutischen Gruppen und die Großgruppe der Klinik das dynamische Geschehen in der Theater-Therapie-Gruppe tragen. Voraussetzung ist auch hier wieder die Klinik als zentral strukturiertes sozialenergetisches Feld.

Sozialenergie ist Lebensenergie und entsteht immer in einem sozialen Umfeld, d. h. der Dynamik von umgebenden Gruppen. Ohne Sozialenergie stirbt ein Mensch; erhält er entsprechend dem gleitenden Spektrum einen geringeren Anteil an Sozialenergie, dann wird er eine defizitäre Persönlichkeitsentwicklung erfahren, was auf der einen Seite des Spektrums z. B. auch eine schizophrene Reaktion bedeuten kann.

The principles of social energy – gliding scale and regulation

Günter Ammon, Gisela Ammon, Dörte Griepenstroh (Berlin)

In this paper the authors define social energy as energy from, through and out of a group, as the psychic energy indispensible for life. On the one hand this energy forms the ego-structure and determines the development of identity, but on the other hand it can only come into existence through identity.

The following reflexions contain a clear definition of the understanding of social energy, how it arises and in which group dynamical and ego-structural context it is to be seen. Thus, social energy is regarded in its relationship to various ego-functions, but also in the context of the ego-structure as a whole.

The authors point out the consequences for personality development first from the theoretical point of view of the ego-structure-model, leading to the question of the consequences of this theory for practical work – i. e. prophylactic work with children and therapeutic work with severely ill patients. On the one hand this lecture presents the significance of psychic energy within the framework of the personality model of the Berlin School of Dyna-

mic Psychiatry. On the other hand it shows the effects of an ego-structural approach in bringing-up children and in the treatment of patients.

The question of psychic energy is the central question within the historical development of psychoanalytic theory. *Freud* called psychic energy "libido", located on the border of psyche and soma, a connecting in between the two and always connected to the so-called sexual drive.

In further theoretical development, ego-psychologists attempted to disconnect the concept of psychic energy from an exclusively sexual determination. These attempts – being loyal to *Freud's* drive model – finally lead to an antagonistic contradiction. If psychic existence is seen as primarily determined by biological factors – as is the case in the drive and libido-model – social and groupspecific factors can only play a subordinate role and can only shape, but not determine human growth.

Spitz proved this point in his hospitalization research. Within the framework of drive theory he states that babies with nobody to give them loving care will die because of the dualistic drive structure since they cannot find any objects outside themselves. In our opinion it is the lack of human warmth and affection, loving care and acceptance which is responsible for the death of the babies. In this context, we speak of a deficiency of social energy. The deprivation experiments by *Harlow* and *Harlow* also support this hypothesis.

The surrounding group can provide a basis for life or prevent life. This aspect must be taken into consideration by a theory which is a science of treatment in the sense mentioned above. This concept of psychic energy has the function of integrating the group as a determining variable of human development. Recent neurophysiological and brain hemisphere research leads us to corresponding conclusions. A first attempt to explain neurophysiological processes in ego-structural terms has been made by *Rotenberg*.

In addition to groupdynamical factors further variables determining the growth of a person are personality specific factors in terms of the ego-structure-model: ego-structural elements and genetic factors. Biological aspects should not be excluded, on the contrary, our most recent research points to a correlation between the ego-structure and the structure of the brain hemispheres. We dispute that biological variables are the only cause of psychic development, nevertheless, we understand development as an interdependent psychic and somatic process on the basis of a neurophysiological disposition. On this point substantial research has yet to be done.

Social energy as psychic energy is to be seen as the motivating factor in the development of an individual, motivation referring to both the existence and the behavior of a human being. Applied to the ego-structure-model social energy is the energy that determines the structural set-up. Accordingly, in ego-structure is bound social energy and, in a quantitative and qualitative dimension, this social energy reflects the totality of social energy experienced in a person's life.

The authors consider social energy to function as a transmitter between the groupdynamics of a group on the one hand and the ego-structures of individual members of that particular group as a result of its dynamics on the other hand.

For a clear understanding of the principle of the gliding spectrum as referring to social energy we must give a clear and unambiguous definition of the two terms social energy and narcissistic supply. By definition, social energy always implies subsequent ego-structural growth. Social energy is always bound to an interpersonal process of respecting each other, taking each other seriously with a feeling of empathy.

Narcissistic supply reaffirms what is going on at the moment, what has happened and has been done in the past. Narcissistic supply tends to reaffirm skills, i. e. the secondary ego-structure. Examples are those parents who simply feel enthusiastic about everything in their child's life, support everything he does and, thus, leave no room for his own development. Or the psychiatrist who is happy and content if his patient is quiet and peaceful, and overlooks the important pieces of information on the suffering of the other person and his extraordinary situation.

The essential function of the regulation of social energy and narcissistic supply is manifested in respect to the central ego-functions. A person who receives narcissistic supply in response to both constructive and destructive behavior develops disturbed perception and loses contact to reality. These persons develop a destructive narcissism towards any attachment and, sometimes, develop a paranoic reaction. At this point the destructive force released by pathological narcissism is clearly recognizable, and this confirms the theses of *Günter Ammon* that destructive acts are not due to a death drive, but to pathological narcissism.

The authors give examples from their preventive kindergarden work and from their therapeutic work with patients in a dynamic-psychiatric hospital. The authors summarize:

(1) Social energy is always a matter of taking the other person's existence seriously.
(2) Narcissistic supply is merely a response to events of the past, present and future.
(3) Social energy and narcissistic supply are located at the complementary ends of a gliding scale.
(4) Social energy by itself is not a structuring element, but only in the context of social energetic and narcissistic regulation since
(5) this regulation flows from the group dynamic situation in interpersonal contact. This leads to the conclusion that
(6) development and extension of identity are not conceivable without a group that promotes life and means that
(7) a concept of psychic energy that treats motivation on a deeper level than

on the given situation has to include the group dynamics of the Here and Now or even of the There and Then.

(8) This conclusion does not exclude biological factors as determinants for psychic energy. Presumably they are interdependently connected to ego-structural development.

The task of further research in the coming years will be to explore these differentiated functional relationships.

Literatur

Ammon, Gisela (1973) (Hrsg.): Psychoanalytische Pädagogik. (Hamburg: Hoffmann & Campe)

– (1978b): Die Rolle der Prävention im kindlichen Spiel – Psychoanalytische Kindergärten innerhalb der Dynamischen Psychiatrie. In: Dyn. Psychiat. 11 (174–191)

– (1979): Präventive Maßnahmen – Psychoanalytische Kindergärten und Psychoanalytische Pädagogik. In: Handbuch der Dynamischen Psychiatrie. Band I. Hrsg. *Günter Ammon* (München: Ernst Reinhardt)

Ammon, Günter (1979): (Hrsg.) Handbuch der Dynamischen Psychiatrie Band 1 (München, Basel: Ernst Reinhardt)

– (1981): (Hrsg.) Handbuch der Dynamischen Psychiatrie Band 2 (München, Basel: Ernst Reinhardt)

Anschrift der Autoren:
Dr. med. Günter Ammon
Prinz-Friedrich-Leopold-Str. 21
1000 Berlin 38

Gisela Ammon
Prinz-Friedrich-Leopold-Str. 21
1000 Berlin 38

Dörte Griepenstroh
Bleibtreustraße 48
1000 Berlin 12

Die Persönlichkeitstheorie nach Günter Ammon als Grundlage psychometrischer Untersuchungen*

Ilse Burbiel, München, Wilfried Vogelbusch, Berlin

Die Autoren stellen in ihrem Beitrag den derzeitigen Entwicklungsstand des Ich-Struktur-Tests nach Günter Ammon zur psychometrischen Erfassung der Ich-Funktionen, hier der zentralen Ich-Funktionen der Aggression, Ich-Abgrenzung und Angst vor. Die Hypothesen zur Entwicklung der Fragebögen zum Ich-Struktur-Test sind abgeleitet aus der Persönlichkeitstheorie der Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie Günter Ammons.
Die Persönlichkeit eines Menschen ist nach Ammon das Ergebnis verinnerlichter bewußter und unbewußter Beziehungserfahrungen in Gruppen, über die sich die Ich-Struktur bildet; die Ich-Funktionen werden als in zwischenmenschlichem Zusammenhang aktualisierte Ich-Struktur begriffen, d. h. sie sind der strukturelle Niederschlag gruppendynamisch erfahrener Sozialenergie. Die Ich-Struktur des Menschen ist vorwiegend unbewußt, die Ich-Funktionen sind demnach im Unbewußten verankert und bilden ein komplexes dynamisches System synergetisch sich untereinander regulierender primärer, zentraler und sekundärer Ich-Funktionen.
Untersucht wurden Patienten der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige sowie der ambulanten Praxen der sechs Lehr- und Forschungsinstitute der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) mit den Diagnosegruppen Psychose, Borderline, Psychosomatik.
Die Skala zur Ich-Funktion der Aggression differenzierte im Sinne der Hypothesen zwischen den Gruppen. Die Verlaufsuntersuchung zur Ich-Funktion der Aggression bestätigte die Ammonsche Theorie der Aggressionsentwicklung im Therapieverlauf, nach der destruktive und defizitäre Aggression durch nachholende Ich-Entwicklung im therapeutischen ich-strukturellen Arbeiten in konstruktive Aggression „umgewandelt " bzw. entwickelt werden kann. Erste Ergebnisse varianzanalytischer Untersuchungen zu den Ich-Struktur-Tests der Ich-Abgrenzung und Angst bestätigten außer für die Skala „defizitäre Angst" die Hypothesen, daß sich die untersuchten Gruppen (Psychose, Borderline, Psychosomatik, Kontrollgruppe) auf den Skalen Ich-Abgrenzung und Angst signifikant voneinander unterscheiden.

Theoretische Grundlage psychometrischer Untersuchungen in der Dynamischen Psychiatrie ist das Persönlichkeitsmodell *Günter Ammons,* das in jahrzehntelanger Praxis dynamisch-psychiatrischer Behandlung, Prävention, Diagnose und begleitender Forschung entwickelt wurde und sich in stetiger Weiterentwicklung befindet.

Die Persönlichkeit des Menschen wird in der Theorie der Dynamischen Psychiatrie – unter psychologischem Aspekt betrachtet – als Ich-Struktur verstanden.

Die psychische Struktur wird, anders als in der orthodoxen psychoanalytischen Persönlichkeitstheorie, die zwischen Ich, Es und Über-Ich unter-

* Vortrag, gehalten auf dem XII. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 8.-13. Dezember 1980, Kongreßzentrum München

scheidet, als ein komplexes dynamisches System synergetisch sich untereinander regulierender Ich-Funktionen aufgefaßt, die zueinander in einem ganzheitlichen Zusammenhang stehen. Ich-Funktionen sind qualitativ unterschiedliche Kategorien, die sich als Ich-Strukturen abstrahieren lassen. Theoretisch besteht die Ich-Struktur aus unendlich vielen Ich-Funktionen; in der Praxis wurden aufgrund therapeutischer sowie präventiver Forschungsarbeit die Ich-Funktionen gewonnen, die sich als relevant und ausreichend zur Erfassung der menschlichen Persönlichkeit erwiesen haben.

Ammon unterscheidet primäre, zentrale und sekundäre Ich-Funktionen. Primäre Ich-Funktionen sind vorwiegend die biologische Existenz des Menschen betreffende Ich-Funktionen, so z. B. die Funktionen der Sinnesorgane, des ZNS und der endokrinen Systeme. Die sekundären Ich-Funktionen sind die funktionalen Träger der Persönlichkeit und stellen unmittelbar den Kontakt zur Umwelt her. Dazu gehören Denken, Gedächtnis, Intelligenz, Sprache, Affekte u. a. Den Kern der Persönlichkeit bilden die im Unbewußten des Menschen angesiedelten zentralen Ich-Funktionen wie Aggression, Sexualität, Kreativität, Ich-Abgrenzung, Angst usw. Von besonderer Bedeutsamkeit innerhalb der zentralen Ich-Funktionen ist die übergreifende zentrale Ich-Funktion der Identität, die alle anderen zentralen Ich-Funktionen integriert und dynamisiert (*Ammon,* 1979). Die Ich-Funktionen werden ihrer Ausprägung entsprechend als konstruktiv, destruktiv oder defizitär qualifiziert. In ihrer konstruktiven Ausprägung üben die Ich-Funktionen eine regulative, in ihrer destruktiven und defizitären eher eine dysregulative Wirkung aus. Ich-Funktionen entwickeln sich individualhistorisch durch die den Menschen umgebende Gruppen und sind primär konstruktiv angelegt. Je nachdem, ob Menschen in ihren Gruppen psychisch gefördert, behindert oder vernachlässigt werden, nimmt die Entwicklung der Ich-Funktionen einen konstruktiven, destruktiven oder defizitären Verlauf. Hierbei hat bei jedem Menschen jede Ich-Funktion in unterschiedlichen Proportionen konstruktive, destruktive und defizitäre Anteile.

Die Ich-Struktur ist somit Ergebnis aller verinnerlichten bewußten und unbewußten Erfahrungen von Beziehungen in Gruppen. Zentral ich-strukturierend ist dabei die Primärgruppe des Menschen. Je beziehungs- und auseinandersetzungsfähiger eine Gruppe ist, desto mehr Sozialenergie kann das Individuum als Ich-Struktur verinnerlichen und für sich und andere Gruppen verfügbar machen. Psychische Energie ist somit nicht Triebenergie im Sinne der *Freudschen* Libidotheorie, sondern eine durch Auseinandersetzung im Kontakt gruppendynamisch erfahrene Sozialenergie.

Psychische Krankheit versteht *Ammon* als ich-strukturelles Defizit im Sinne eines Fehlens konstruktiv entwickelter Ich-Funktionen. Wann, in welchem Ausmaß und auf welche Ich-Funktionen bezogen diese Defizite entstanden sind, ist Ausdruck dafür, welche Stelle ein Mensch auf der gleitenden Skala zwischen gesund und krank einnimmt. Nach dieser Spektraltheorie bestimmt die Spezifität der Defizite das Krankheitsbild. Bei den ar-

chaischen Ich-Krankheiten, z. B. der Borderline-Erkrankung, der depressiven Reaktion, der psychotischen Reaktion usw. betreffen diese Defizite hauptsächlich die zentralen Ich-Funktionen, d. h. archaische Ich-Krankheiten sind immer Identitätskrankheiten.

Therapieziel der Dynamischen Psychiatrie ist, die Ich-Struktur nachholend zu entwickeln im Sinne eines Ich-Strukturgewinns im Kern der Persönlichkeit, d. h. die Identitätsentwicklung eines Menschen. Für Diagnose, Behandlung und Entwicklungsverlauf ist daher die möglichst adäquate quantifizierte Abbildung der Ich-Struktur eines Menschen sowie die Schaffung idealtypischer Persönlichkeitsprofile der verschiedenen Krankheitsbilder unser zentrales Forschungsziel.

Ein derartiges idealtypisches Persönlichkeitsprofil wurde von *Ammon* und Mitarbeitern in der therapeutischen und präventiven Praxis für jedes Krankheitsbild ermittelt und liegt der empirischen Ich-Struktur-Forschung als Hypothese zugrunde (*Ammon,* 1981).

Wegen der Bedeutsamkeit der übergreifenden Ich-Funktion der Identität kommt es bei dem Versuch, Psychisches meßbar zu machen, vor allem auf die quantitative Erfassung der zentralen Ich-Funktionen an.

In diesem Beitrag werden wir den Ich-Struktur-Test der zentralen Ich-Funktion der Aggression, der Ich-Abgrenzung und Angst in ihrem derzeitigen Entwicklungsstand darstellen und diskutieren sowie Ergebnisse von Forschungsprojekten und Pilot-Studies dieser Tests vorstellen. Vorab jedoch werden wir in dem theoretischen Teil unserer Arbeit Persönlichkeitsmodelle anderer Schulen unter psychometrischen Gesichtspunkten diskutieren sowie der Frage nach der theoretischen Grundlage empirischer Forschung in der Dynamischen Psychiatrie nachgehen. Wir wenden uns zunächst den Persönlichkeitstheorien zu, die das Unbewußte als psychische Realität leugnen, wie z. B. die faktorenanalytischen, lerntheoretischen und feldtheoretischen Ansätze. Wir beschäftigen uns dann mit dem orthodoxanalytischen und dem ich-psychologischen Modell der Persönlichkeit, um dann kurz auf das Konzept der Erforschung nicht erkennbarer psychischer Phänomene der sowjetischen *Uznadze*-Schule einzugehen, bevor wir die theoretische Grundlage und die praktischen Konsequenzen der Meßbarkeit des Persönlichkeitsmodells nach *Günter Ammon* darstellen.

Der Wunsch, psychisches Geschehen meßbar, d. h. erfahrbare Relationen durch Zahlen und Relationen zwischen Zahlen abbildbar zu machen, bedeutete, beginnend mit den ersten Versuchen, die Psychologie auf eine naturwissenschaftliche Basis zu stellen, eine Wende im Verständnis wissenschaftlicher Erforschung des Menschen. Zu nennen sind hier die psychophysischen Experimente von *Wundt,* die Gedächtnisuntersuchungen von *Ebbinghaus,* die Intelligenzforschung, die verbunden ist mit Namen wie *Binet, Thurstone, Spearman* usw. Grundsätzliches Problem psychometrischer Untersuchungen ist die Tatsache, daß die menschliche Psyche und menschliches Verhalten durch eine unendliche Zahl von Variablen determiniert sind,

während methodische Modelle sich auf einen endlichen Variablensatz begrenzen müssen. In der empirischen psychologischen Forschung isoliert man meist einzelne fest umrissene statisch definierte Fähigkeiten des Menschen aus der Gesamtpersönlichkeit und untersucht sie psychometrisch, wie z. B. das Gedächtnis, die Intelligenz, also in unserem Verständnis sekundäre Ich-Funktionen. Diese Fähigkeiten wurden in sogenannten Laborsituationen isoliert; diese Isolierung reduzierte gleichzeitig den Menschen in seinem Bezug zu sich selbst und den anderen.

Mit der Weiterentwicklung statistischer Verfahren, vor allem der multivariaten Methoden, wurden Eigenschaften des Menschen rein statistisch zueinander in Beziehung gesetzt, und in den faktorenanalytischen Persönlichkeitsmodellen sogenannte unabhängige Faktoren der Persönlichkeit ermittelt. Als Vertreter sind hier in erster Linie *Guilford, Cattel, Allport* zu nennen.

Guilford definiert die Persönlichkeit von ihren Eigenschaften bzw. Traits her. „Die Persönlichkeit eines Individuums ist seine einzigartige Anordnung der Eigenschaften. Eine Eigenschaft ist jede unterscheidbare, relativ überdauernde Weise, in der ein Individuum sich vom anderen unterscheidet. Eigenschaften (wie z. B. physiologische Züge, Interessen, Einstellungen, Bedürfnisse, Fähigkeiten usw.) werden geschlossen aus der gehäuften Beobachtung kontrollierten Verhaltens in kontrollierten Situationen" (*Guilford,* 1964). Über die so gewonnenen Daten wird faktorenanalytisch auf konsistente Merkmale und deren Kombination (Traits) geschlossen. Diese unabhängigen Faktoren sind rein mathematisch ermittelte hypothetische Konstrukte. Das Persönlichkeitsmodell ist somit Ergebnis der statistischen Methodik. Es bleibt auf der Beschreibungsebene und beinhaltet eine mechanistische Betrachtungsweise des Menschen. So schreibt *Guilford* weiter, daß „dem Begriff des Selbst oder dem des Ich in einer exakt konstruierten Theorie des Verhaltens oder der Persönlichkeit wenig Raum zukommt . . . Anstelle des Wortes Selbst könnten wir ebenso gut Person oder Individuum sagen. Das Übelste, was wir diesen beiden Konzepten nachsagen können, ist, daß sie in gefährlicher Weise dem Animismus nahekommen, der anschaulichen Vorstellung oder abstrakten Idee eines Menschen . . . Die Schwierigkeit besteht offenbar darin, daß es für diese Begriffe (Ich oder Selbst) keine allgemein akzeptierbare Entsprechung in der Erfahrung gibt." (*Guilford,* 1964).

Dieser Denkansatz verfehlt seinen Gegenstand. Er stellt eine Persönlichkeitstheorie ohne Persönlichkeit dar. *Guilfords* Methodizismus besteht darin, daß er den Boden der wissenschaftlichen Psychologie verläßt, um Begriffe der Alltagssprache (Eigenschaften) mit der höheren Mathematik zu verknüpfen.

Auch *Eysenck* (1969) ermittelt Persönlichkeit auf mathematischem Wege, indem er faktorenanalytisch eine Typologie erstellt. Er kommt zu den Hauptdimensionen Extraversion – Introversion, instabil – stabil (Neuroti-

zismus). Diese Dimensionen werden zum überwiegenden Teil als anlagebedingt angesehen und sollen genetisch die Art und Weise festlegen, wie der Mensch im Sinne einer behavioristischen S-O-R-Theorie lernt. *Eysencks* Theorie ist biologistisch und reduziert die Persönlichkeit auf ein weitgehend undynamisches invariantes System von Typen, die nach heriditären Faktoren in Verbindung mit Konditionierungsmechanismen unterschieden werden.

In der dynamisch-psychiatrischen Forschung dienen statistische Methoden zur Validierung eines in der täglichen Auseinandersetzung mit dem Menschen gewonnenen und in der Behandlungspraxis erprobten Persönlichkeitsmodells und der Änderung und Neuformulierung von Hypothesen.

Dabei wurden psychometrische Messungen als eine Gruppe unter zahlreichen anderen gleichwertigen Forschungsmethoden, wie z. B. teilnehmende und nichtteilnehmende Beobachtung, Inhaltsanalyse, Analyse von Gegenübertragungsgefühlen, subjektives Erleben, wobei der Therapeut selbst zum „Forschungsinstrument" wird, angesehen. Ein Meßergebnis ist immer zu interpretieren im Kontext der Gruppendynamik der Untersuchungssituation. Der Ganzheitsaspekt des *Ammonschen* Persönlichkeitsmodells mit seinen genetischen, gruppendynamischen, ich-strukturellen und ökonomischen Dimensionen wird nicht dem Methodizismus untergeordnet.

Kurt Lewin (1951) hat als erster die dynamische Bezogenheit des Menschen auf sein Umfeld wissenschaftlich erfaßt. Er erkannte damit die zentrale Bedeutung der Gruppe für das Verhalten des Individuums. Seine zahlreichen empirischen Forschungen beziehen sich mehr auf das dynamische Kräftefeld der Gruppe, das Verhalten des Menschen wird durch die spezifische Dynamik erklärt, die intrapersonellen Zusammenhänge, die Struktur, Genese und Dynamik der Persönlichkeit, werden nicht untersucht. Seine Forschungsergebnisse sind somit rein gruppendynamischer bzw. sozialpsychologischer Art und sind nicht als psychometrische Persönlichkeitsmessungen im engeren Sinne anzusehen.

Freud hat sich auf die innere Struktur und Dynamik der Persönlichkeit beschränkt. Bei seinem Instanzenmodell, das aus Ich, Es und Über-Ich besteht, wurde der äußeren Realität und damit interpersonellen und gruppendynamischen Beziehungen nur eine auslösende Funktion für intrapsychische Prozesse zugeschrieben. Diese intrapsychischen Prozesse selbst sind nach außen nicht beobachtbar und damit schwer meßbar, lediglich das Ich tritt in seiner Vermittlerrolle zwischen Es, Über-Ich und Realität nach außen in Erscheinung. *Rapaport* sieht darin eines der Hindernisse der Quantifizierung der *Freudschen* Theorie: „Die grundlegende unabhängige Variable (Triebbesetzung im Allgemeinen, Libido im Besonderen), die die psychoanalytische Theorie postuliert, ist eine intrapsychische, die – anstatt mit manipulierbaren äußeren Reizen – mit organischen Veränderungen und intrapsychischen strukturellen Bedingungen verknüpft und daher schwer zu manipulieren und zu messen ist." (*Rapaport,* 1959).

Ein wesentlicher Unterschied der psychoanalytischen Theorie zu anderen psychologischen Theorien ist die Bedeutung des Unbewußten für alles Erleben und Verhalten. Das Unbewußte ist bei *Freud* ein intrapsychisches System mit konkreten verdrängten Inhalten ohne Struktur und damit nicht quantifizierbar. Weder intrapsychische Veränderungen noch personelle Vergleiche lassen sich quantitativ in größer-kleiner-Relationen darstellen, so daß Messen im strengen Sinne nicht möglich ist. Die Ich-Funktionen bei *Freud* sind nicht systematisiert und lassen sich weder exakt definieren noch operationalisieren und sind damit ebenfalls einer quantitativen Erfassung schwer zugänglich.

Die intrapsychische Reduktion der Persönlichkeit ist auch bei späteren Ich-Psychologen wie *Hartmann* (1953) trotz Formulierung autonomer konfliktfreier Ich-Sphären nicht überwunden. Auch bei *Hartmann* ist der Mensch einer global gefaßten durchschnittlich zu erwartenden Umwelt gegenübergestellt, so daß der *Freudsche* Antagonismus zwischen Individuum und Gesellschaft bestehen bleibt. Persönlichkeitsveränderungen im orthodox-analytischen Modell sind daher nurmehr qualitativ zu erfassen. Eine wirklich strukturelle Veränderung der Persönlichkeit ist bei diesen Modellen nur deskriptiv abbildbar, nicht jedoch meßbar.

Rapaport schlußfolgerte hieraus: „Die ersten Schritte zu einer Quantifizierung sind:

a) systematische Beherrschung der Theorie, wie sie gegenwärtig herrscht,
b) systematische Versuche, die Theorie straffer zu gestalten,
c) die Auswahl der Meßbarkeiten entsprechend den Variablen der Theorie.

Bisher werden in keinem der Quantifizierungsversuche diese Schritte vollzogen. Die meisten Experimentatoren, die versuchten, die von der psychoanalytischen Theorie behaupteten Beziehungen zu bestätigen oder zu widerlegen, waren sich des Wesens der Beziehungen, die sie zu prüfen unternahmen, und der dabei beteiligten Variablen nicht bewußt." (*Rapaport*, 1959). Empirische Arbeiten über das Unbewußte zielten einerseits darauf ab, Unbewußtes als psychische Realität überhaupt nachzuweisen, wie z. B. in den frühen Assoziationsexperimenten von *C. G. Jung* oder der experimentellen Traumforschung von *Kleitmann* und *Dement*. Interessant ist in diesem Zusammenhang auch der Ansatz von *Walter Furrer* (1969), der die psychoanalytische These einer unbewußten Kommunikation zwischen Arzt und Patient einer wissenschaftlichen Untersuchung unterzog.

Er entwickelte aus den therapeutischen Anforderungen der psychoanalytischen Praxis heraus die Methode des „induktiven Zeichnens". Arzt und Patient zeichneten nach einer vorausgegangenen Schweigephase gleichzeitig, aber räumlich so voneinander getrennt, daß eine Wahrnehmung dessen, was der Partner zeichnete, nicht möglich war. Nachträglich wurden die Zeichnungen nach formalen Gesichtspunkten untersucht, und es zeigten sich erstaunliche Strukturrelationen zwischen der Zeichnung des Arztes

und der des Patienten. Damit will *Furrer* „das Unbewußte als eine psychische Wirklichkeit objektiv nachweisen".

Andererseits zielten Arbeiten darauf ab, konkrete Inhalte des Unbewußten zu untersuchen. Hierzu gehören die verschiedenen projektiven Testverfahren (wie z. B. Rorschachtest, TAT, Scenotest). Die fast allen projektiven Tests gemeinsame Theorie ist die Projektion von Inhalten des Unbewußten, also vor allem von verdrängten Inhalten, auf das Testmaterial. Diese Versuche der Erschließung des Unbewußten sind jedoch weder objektiv im Sinne der klassischen Testtheorie noch psychometrisch.

Eine auf dem ich-psychologischen Hintergrund basierende Methode zur Quantifizierung von Ich-Funktionen bildet die Untersuchung von *Bellak* (1969) zur systematischen Diagnose des Schizophreniesyndroms in Abgrenzung von Neurose und Kontrollgruppe. *Bellak* entwickelte ein Ich-Funktions-Profil, das sich aus zwölf Ich-Funktionen zusammensetzt, wobei jede einzelne Ich-Funktion auf einer 13-Punkte-Skala festgelegt werden kann. Dieses Profil basiert nicht auf einer Selbsteinschätzung des Patienten, sondern auf der Einschätzung durch den Therapeuten, die sich auf ein zweieinhalbstündiges Interview mit dem Patienten bezieht. Das so erstellte Profil soll nicht nur Hinweise auf die Behandlungsstrategie für den Patienten bringen, sondern auch Prognoseeinschätzungen ermöglichen. Das Ich, das sich durch die gegenseitige Beeinflussung der zwölf Funktionen als Gesamtbegriff herauskristallisiert, wird von *Bellak* als Abstraktion gesehen. Es bildet einen Faktor neben der Triebstärke und dem Über-Ich.

Kritisch wäre hier anzumerken, daß das *Bellaksche* Ich-Funktions-Profil im Biologismus verhaftet bleibt durch die Beibehaltung des *Freudschen* Instanzenmodells von Es, Ich und Über-Ich und die offengebliebene Frage nach der psychischen Entstehung spezifischer Ich-Störungen. Außerdem vermißten wir ein stringentes Persönlichkeitsmodell, auf dessen Hintergrund die von ihm phänomenologisch gewonnenen Ich-Funktionen in ihrer Aufeinanderbezogenheit und gruppendynamischen Dimension erklärt werden könnten. So ist das Ich-Funktions-Profil ein Nebeneinander von zwölf in unserem Sinne überwiegend sekundären Ich-Funktionen.

Aus einem ganz anderen Denkansatz heraus erforschte die *Uznadze*-Schule in Tbilisi das Unbewußte. Aufgrund zahlreicher Experimente gelangten *Uznadze* und seine Schüler zu der Erkenntnis, daß es unbewußte psychische Einstellungen gibt, die sich in konstante und weniger konstante unterteilen lassen. Verhalten ist immer ein Synergismus unbewußter und bewußter Anteile. Hierbei ergibt sich in einigen Punkten eine gewisse Nähe zur Persönlichkeitstheorie *Günter Ammons*. Diese besteht einmal darin, daß das Unbewußte eine primär konstruktive soziale Dimension hat, zum anderen ergeben sich gewisse Ähnlichkeiten zwischen der Theorie konstanter und temporärer Einstellungen und der *Ammonschen* Theorie ich-strukturell bedingter und aktuell gruppendynamisch bedingter Verhaltensweisen. Im Gegensatz zum Ich-Struktur-Modell *Günter Ammons* werden die einzelnen

Einstellungen bei *Uznadze* jedoch nicht weiter abstrahiert zu Ich-Funktionen, so daß Einstellungen zwar experimentell erfaßbar sind und Rückschlüsse auf das Unbewußte zulassen, jedoch nicht als behandlungsrelevante Systeme quantifizierbar sind (*Vogelbusch,* 1979). Die wesentlichen Gemeinsamkeiten zur Einstellungstheorie, die heute besonders von *Bassin* und *Sherozia* (1979) vertreten wird, bestehen jedoch darin, daß der Mensch nicht, wie in der orthodox-psychoanalytischen Theorie, als ein weitgehend biologisch bestimmtes Wesen gedacht wird, und daß seine Beziehung zur Gruppe und Gesellschaft nicht antagonistisch aufgefaßt wird.

Nach *Ammon* beinhaltet das Unbewußte „die human potentialities, die zu ihrer Ausformung der Sozialenergie der umgebenden Gruppe bedürfen" (*Ammon,* 1979). Das Unbewußte ist „Träger der primären Ich-Struktur und der zentralen und sekundären Ich-Funktionen" (*Ammon,* 1979). Die Ich-Funktionen bilden in ihrer jeweiligen einzigartigen Ausprägung in konstruktiver, destruktiver und defizitärer Hinsicht eine Ganzheit, die als dynamische Größe gedacht wird, die lebensgeschichtlich und auch im Hier und Jetzt eine stetige Veränderung erfahren hat und erfährt und das Potential möglicher zukünftiger Veränderungen in sich trägt. Das Unbewußte ist nach *Ammon* ein Beziehungsniederschlag, der sich in jeder aktuellen Interaktion, z. B. in gruppentherapeutischen und anderen Gruppen in unterschiedlicher Ausprägung wiederentdecken läßt. Damit ist die Voraussetzung für die Meßbarkeit der Ich-Funktion gegeben, da sich das Unbewußte im äußeren Erleben und Verhalten durch die sekundären Ich-Funktionen vermittelt. Testpsychologisch geschieht dies durch den Ich-Struktur-Test nach *Ammon.* Der Ich-Struktur-Test ist ein Fragebogen-Test, dessen Items den Probanden in gruppendynamische Situationen versetzt, in denen sich die unbewußte Ich-Struktur in der Selbsteinschätzung vorgestellten Verhaltens manifestiert. Dabei ist zum derzeitigen Stand der Forschung der Ich-Struktur-Test der Aggression am weitesten entwickelt, wie unten dargestellt wird. Andere Meßskalen, wie z. B. der Angst, Ich-Abgrenzung, Sexualität, des Narzißmus und des Körper-Ich befinden sich in unterschiedlichen Konstruktionsstadien.

Die Testwerte des Ich-Struktur-Tests verstehen wir im Sinne unserer Theorie als Beziehungswerte, die sich theoretisch auf einem Spektrum zwischen Primärgruppendynamik und aktueller realer Gruppendynamik bewegen können, je nachdem, wie stark jeweils die Übertragungssituation mit in den Test einfließt. Über das Testergebnis können Rückschlüsse auf das Unbewußte gezogen werden, da sich das Unbewußte – wie bereits oben dargestellt – mittelbar im gedachten Verhalten in gruppendynamischen Situationen manifestiert. Das Unbewußte selbst ist nicht direkt meßbar.

Die quantifizierende Erfassung der Manifestation von Ich-Strukturen ist notwendig zur Validierung der Persönlichkeitstheorie nach *Ammon,* zur Überprüfung der therapeutischen Effizienz, für die Diagnose und Indikation zur Behandlung psychisch kranker Menschen. Dabei sind in der Dyna-

mischen Psychiatrie Forschung, Behandlung und Diagnose eine Einheit und können nur als solche verstanden werden. In diesem Kontext hat neben den anderen bereits aufgeführten Forschungsmethoden der Ich-Struktur-Test nach *Ammon* eine wesentliche Funktion.

Die Konstruktion eines Ich-Struktur-Tests zeigen wir am Beispiel der Erstellung des Ich-Struktur-Tests der Aggression, da seine Konstruktion am weitesten fortgeschritten ist, und für die Skalen konstruktive Aggression, destruktive und defizitäre Aggression bereits Standardnormwerte vorliegen. Der Ich-Struktur-Test der Aggression war der erste Ich-Struktur-Test in der Dynamischen Psychiatrie der Berliner Schule *Günter Ammons*, ebenso wie die Konzeption der Aggression als Ich-Funktion eine entscheidende Wende in der psychoanalytischen Theorie darstellte, die die Entwicklung der Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie einleitete. Die Notwendigkeit der Konstruktion eines Ich-Struktur-Tests der Aggression ergibt sich aus der Tatsache, daß die therapeutische Arbeit an der Ich-Funktion der Aggression ein zentrales Anliegen in jeder Therapie archaisch ich-kranker Patienten ist.

Zunächst zur Definition des Begriffes Aggression:

Aggression ist nach *Ammon* zunächst konstruktive Aggression im Sinne eines kreativen ad gredi, eines interessierten Zugehens auf Menschen und Dinge. Konstruktive Aggression stellt die primäre Weltgerichtetheit und Weltoffenheit dar. Wird dieser konstruktiven Aggression von der umgebenden Gruppe feindlich oder ignorant begegnet, entwickelt sie sich pathologisch zur destruktiven Aggression in Form destruktiven Agierens gegen Menschen und Dinge in der Außenwelt. Bleibt auch diese destruktive Aggression unverstanden, so richtet sie sich als defizitäre Aggression nach innen gegen sich selbst oder den eigenen Körper.

Der Konstruktion des Ich-Struktur-Tests der Aggression liegt diese Auffassung der Aggression und langjährige therapeutische Erfahrung zugrunde. Im Sinne der konstruktiven Aggression wurden Items formuliert, die sich auf die Fähigkeit eines Menschen beziehen, Gruppen zu bilden, sich in ihnen auseinanderzusetzen, Forderungen zu stellen, sich mit Hilfe anderer Menschen verändern zu können, sich Zeit für andere Menschen zu nehmen und sich interessant und lustvoll zu beschäftigen. Für die Skala der destruktiven Aggression beziehen sich die Items auf Verhaltensweisen, die im weitesten Sinne gruppenzerstörerisch und als verstümmelte, pervertierte Form der Kontaktaufnahme zu verstehen sind. Für die Skala der defizitären Aggression wurden Items konstruiert, die autistischen Rückzug, Suizidalität, Psychosomatik, passive Unfallneigung, Bedürfnislosigkeit, Schuldgefühle, Angepaßtheit, innere Leere, Langeweile, Interessenlosigkeit, übertriebene Rücksicht auf andere usw. erfassen.

In einer ersten Untersuchung (*Beck, Bott, Rock, Wiehl-Volbehr,* 1978) wurde zur Überprüfung der Homogenität der Skalen des Ich-Struktur-Tests der Aggression und der interkorrelativen Zusammenhänge zwischen Items eine Faktorenanalyse durchgeführt. Das Ergebnis – drei signifikante Fakto-

ren lagen den Items zugrunde – bestätigte die Theorie *Günter Ammons,* wonach Aggression konstruktiv, destruktiv und defizitär ausgeprägt sein kann.

Eine Trennschärfenanalyse der auf diesen Faktoren hochladenden Items und eine diskriminanzanalytische Untersuchung mit einer hochsignifikanten

Tab. 1 Variance Analysis

1. Scale: Constructive Aggression

	Control-Group	Borderline	Psychosomatic
$\bar{x}$	3,56	2,46	2,30

	F-Score	Significance
Control-G.-Borderline		1 %
Control-G.-Psychosomatic	14,92	1 %
Psychosomatic-Borderline		not sign.

2. Scale: Destructive Aggression

	Control-G.	Borderline	Psychosomatic
$\bar{x}$	0,98	1,62	0,84

	F-Score	Significance
Control-G.-Borderline		1 %
Control-G.-Psychosomatic	14,75	not sign.
Psychosomatic-Borderline		1 %

3. Scale: Deficitary Aggression

	Control-G.	Borderline	Psychosomatic
$\bar{x}$	1,27	5,44	4,46

Control-G.-Borderline		1 %
Control-G.-Psychosomatic	46,16	1 %
Psychosomatic-Borderline		not sign.

Trennung zwischen den drei Versuchspersonengruppen (Borderline, Psychosomatik und Kontrollgruppe) führten zu der endgültigen Fragebogenversion von 83 Items mit 31 Items auf der Skala konstruktiver Aggression, 29 Items destruktiver Aggression und 23 Items defizitärer Aggression.

In ersten Validitätsuntersuchungen wurde die Hypothese geprüft, daß sich Patientengruppen mit der Diagnose Borderline, Psychosomatik und Kontrollgruppe hinsichtlich der Ausprägung der Aggression unterscheiden lassen. Die Varianzanalyse bestätigte auf dem 1 % Niveau signifikant diese Hypothese:

1. Die Gruppe der Borderline-Kranken und der Psychosomatisch-Kranken unterscheiden sich signifikant negativ von der Kontrollgruppe bezüglich der Ausprägung der konstruktiven Aggression.
2. Die Gruppe der Borderline-Kranken unterscheidet sich von der Gruppe der Psychosomatisch-Kranken signifikant positiv hinsichtlich der defizitären Aggression.
3. Borderline-Kranke unterscheiden sich hinsichtlich der destruktiven Aggression signifikant positiv von Psychosomatisch-Kranken. (Vgl. Tab. 1)

Die nichtsignifikanten Unterschiede zwischen der Gruppe der Psychosomatisch-Kranken und Borderline-Kranken auf der Skala der konstruktiven und defizitären Aggression bestätigen ebenso wie die signifikanten Ergebnisse der Varianzanalyse die Aggressionstheorie *Günter Ammons*. Der Borderline-Patient äußert seine Aggression durch destruktives Ausagieren, während beim Psychosomatisch-Kranken dieses destruktive Potential im körperlichen Symptom gebunden ist und nicht nach außen destruktiv geäußert wird.

Der Ich-Struktur-Test der Aggression wurde 1979 an einer für die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland repräsentativen Eichstichprobe von 378 Versuchspersonen, die sich zufallsmäßig auf Stadt- und Landbevölkerung verteilte, normiert. Die Stichprobe wurde hinsichtlich der demographischen Merkmale Geschlecht, Alter, Schulbildung und soziale Schichtzugehörigkeit stratifiziert.

Tab. 2 zeigt die Mittelwerte und Standardabweichungen der Eichstichprobe:

Tab.2
Normierung des Ich-Struktur-Tests der Aggression

Mittelwerte und Standardabweichungen der Eichstichprobe

Skala	$\bar{x}$	s
Konstruktive Aggression	18.24	4.82
Destruktive Aggression	8.87	4.58
Defizitäre Aggression	9.42	4.64

Die individuellen Testwerte können mit den in Tab. 2 angeführten Populationswerten verglichen werden. Die Normwerte für bestimmte Diagnosegruppen werden für die jeweilige Diagnose durch ständige klinische Untersuchungen präzisiert und so dem idealtypischen Persönlichkeitsprofil der Ich-Struktur-Diagnose angenähert, so daß bei einer Testperson nicht nur die positive oder negative Abweichung von der sogenannten Normalbevölkerung, sondern auch die Nähe seines Testergebnisses zu einer bestimmten Diagnose ermittelt werden kann. Aufgrund der hohen Standardabweichungen von jeweils mehr als 4 Rohwerteinheiten ist eine hinreichend gute Trennung einzelner Versuchspersonen gewährleistet. Die Prozentränge der Eichstichprobenverteilung wurden in eine T-Skala transformiert.

Die Reliabilität der drei Subskalen der Aggression beträgt in der Eichstichprobe nach der split-half-Methode für
konstruktive Aggression: $r_{tt} = 0.76$
destruktive Aggression: $r_{tt} = 0.79$
defizitäre Aggression: $r_{tt} = 0.80$

Die Reliabilität für verschiedene Diagnosegruppen wird derzeit untersucht.

In einer Panel-Studie im Herbst 1980 an 64 Patienten der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige mit den Diagnosen Psychosomatik, Borderline und Psychose überprüften wir die Hypothese, daß sich defizitäre und destruktive Aggression im therapeutischen Prozeß nachholender Ich-Entwicklung in konstruktive Aggression „umwandeln". Die Untersuchung führte bei einem Meßintervall von sechs Monaten zu folgenden Ergebnissen:

Tab. 3

Panel-Studie zur Veränderung der Ich-Funktion der Aggression im therapeutischen Prozeß

GESAMT STICHPROBE	1. Messg. $-\bar{X}_1$	2. Messg. $\bar{X}_2$	Diff.	t	Signifikanzniveau
Konstr. Aggress.	13.4	15.9	+ 2.5	− 3.63	0,1 %
Destr. Aggress.	11.8	10.9	− 0.1	0.08	–
Defiz. Aggress.	11.4	9.0	− 2.4	3.85	0,1 %

Eine Längsschnittuntersuchung mit unbehandelten Patienten, die auf einen Klinikplatz warten, wird derzeit zur Kontrolle der Ergebnisse durchgeführt.

Die Ergebnisse der Längsschnittuntersuchung zeigen bei einem durchschnittlichen Gleichbleiben der destruktiven Aggression einen hochsignifikanten Rückgang an defizitärer zugunsten eines hochsignifikanten Zuwachses an konstruktiver Aggression. Dies bestätigt die therapeutiche Erfahrung,

daß durch ich-strukturelles Arbeiten mit archaisch ich-kranken Menschen die Aggressionsentwicklung einen „umgekehrten" Verlauf zur pathologischen Aggressionsentwicklung nimmt.

Während bei der pathologischen Aggressionsentwicklung in einer feindlichen, identitätsverbietenden Gruppe sich die primär konstruktive Aggression in offen destruktive bis hin zur defizitären Aggression entwickeln kann, ist es durch ich-strukturelles therapeutisches Arbeiten in identitätsfördernden Gruppen möglich, destruktive Aggression in konstruktive zu verändern und selbst die defizitär gewordene über das Durchgangsstadium offen destruktiver Aggression in konstruktive Aggression „zurückzuverwandeln". Entscheidend für den Erfolg einer Therapie mit archaisch ich-kranken Patienten ist dabei die Bearbeitung der destruktiven Aggression.

Zum Ich-Struktur-Test der Aggression läßt sich aufgrund der bisherigen Untersuchungsergebnisse zusammenfassend sagen:

1. Der Ich-Struktur-Test der Aggression hat sich für Diagnose und Untersuchung des Behandlungserfolges als valides Meßinstrument erwiesen. Krankheitsbilder lassen sich entsprechend der Aggressionstheorie *Ammons* voneinander unterscheiden.
2. Die Längsschnittuntersuchung zur Aggression bestätigt die *Ammonsche* Theorie der Aggressionsentwicklung im Therapieverlauf.

In der Persönlichkeitstheorie der Dynamischen Psychiatrie *Günter Ammons* stehen die Ich-Funktionen nicht als voneinander unabhängige Kategorien nebeneinander, sondern in einem wechselseitig sich regulierenden, synergetischen Zusammenhang. Die psychometrische Untersuchung solcher Zusammenhänge ist eines der übergeordneten Forschungsziele mit dem Ich-Struktur-Test. Wegen der entwicklungsbedingten Abhängigkeit der Qualität der Aggression von der Flexibilität der Ich-Grenzen und der „Dynamischen Einheit von Angst und Aggression" als „den archimedischen Punkt von Krankheitsprozessen" (*Ammon,* 1979) haben wir uns als nächstes der Entwicklung des Ich-Struktur-Tests der Ich-Abgrenzung und der Angst zugewandt.

Entscheidend für den Aufbau von Ich-Grenzen in der Identitätsentwicklung eines Menschen sind die Erfahrungen, die das Kind macht, wenn es sich aus der frühkindlichen Symbiose mit der Mutter trennt. Die Strukturierung der Ich-Funktion der Ich-Abgrenzung hängt davon ab, inwieweit es die Mutter und die Primärgruppe dem Kind gestatten, sich schuldfrei abzugrenzen, ohne es dabei gleichzeitig zu verlassen. *Ammon* (1979) unterscheidet zwischen Ich-Abgrenzung nach außen, d. h. Abgrenzung vom Ich zur umgebenden Gruppe und nach innen, d. h. Abgrenzung vom Ich zu den verinnerlichten Gruppenerfahrungen. Gelungene Ich-Abgrenzung bedeutet Flexibilität der Ich-Grenzen nach außen und innen, mißlungene Ich-Abgrenzung entweder starre oder offene Ich-Grenzen nach außen und innen. Bei offenen Ich-Grenzen nach innen wird das Ich von Inhalten des Unbewußten überflutet, es kommt z. B. zur offen psychotischen Reaktion. Starre

Ich-Grenzen nach innen bedeuten kein bzw. wenig Kontakt zur Welt der Träume und Phantasien des Unbewußten und damit eine Ich-Verarmung. Ist die Abgrenzung nach außen starr, so führt der Mensch ein eingeengtes, kontaktloses Leben; kann er sich dagegen nur schwer nach außen abgrenzen, ist er abhängig und „Spielball" des Willens anderer Menschen.

Der Konstruktion der Items des Ich-Struktur-Tests der Ich-Abgrenzung liegt diese theoretische Konzeption zugrunde. In einer Pilot-Study (November 1980) wurde der Fragebogen 69 Versuchspersonen der Diagnosegruppen Borderline, Psychose, Psychosomatik sowie einer Kontrollgruppe zur Überprüfung der Hypothese vorgelegt, daß sich die Gruppen in den Werten der Ich-Abgrenzung nach außen und innen voneinander unterscheiden. Dabei befanden sich die Patienten in unterschiedlich langer psychotherapeutischer Behandlung in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige und in den ambulanten Praxen der Lehr- und Forschungsinstitute der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP). Die Tabellen 4 und 5 zeigen die Ergebnisse dieser ersten Validitätsuntersuchung:

Tab. 4

Skala: Ich-Abgrenzung nach außen

Skalenreliabilität: $r_{tt} = 0.82$

	Kontroll-gruppe	Borderline	Psycho-somatik	Psychose	Signifikanz-niveau
$\bar{X}$	10.30	8.16	5.90	6.43	0,1 %

Tab. 5

Skala: Ich-Abgrenzung nach innen

Skalenreliabilität: $r_{tt} = 0.78$

	Kontroll-gruppe	Borderline	Psycho-somatik	Psychose	Signifikanz-niveau
$\bar{X}$	8.20	8.4	10.2	7.9	1 %

Tab. 4 zeigt, daß die Kontrollgruppe die höchsten Mittelwerte und die psychosomatisch-strukturierten Patienten die niedrigsten Mittelwerte aufweisen. Dabei entspricht ein hoher Wert einer starren Ich-Abgrenzung und ein niedriger Wert einer brüchigen bzw. offenen Ich-Abgrenzung nach außen. Wir dürfen davon ausgehen, daß der Wert der Kontrollgruppe mit $\bar{x}$ = 10,3 dem Populationsparameter für die Gesamtbevölkerung am nächsten sein dürfte. Wenn wir hier hypothetisch unterstellen, daß das Verhalten der sogenannten Normalbevölkerung in gesellschaftlichen Gruppen eher nach außen zu rigide abgegrenzt ist, dann würde der Wert der Gruppe der Borderline-Kranken ($\bar{x}$ = 8,16) dem Idealwert konstruktiver Abgrenzung am

nächsten kommen. Diesen scheinbar auf konstruktive Abgrenzung hinweisenden Mittelwert der Gruppe der Borderline-Kranken können wir auf der Basis der Häufigkeitsverteilung der Versuchspersonen differenzierter verstehen. Die Häufigkeitsverteilung beschreibt eine bimodale Kurve, deren erster Modalwert bei 6 und deren zweiter Wert bei 10 liegt. Die hier mit dem Ich-Struktur-Test der Ich-Abgrenzung erfaßten Borderline-Patienten bilden demnach zwei Gruppen: eine Gruppe mit zu offenen Ich-Grenzen und eine Gruppe mit starren Ich-Grenzen.

Dieses Ergebnis überrascht nicht, da der in gruppendynamisch unterschiedlichen Situationen plötzliche Wechsel von offenen und starren Ich-Grenzen geradezu ein wesentliches Charakteristikum der Borderline-Struktur ist.

Die bimodale Verteilung der Meßwerte können wir auch bei der psychotischen Struktur beobachten mit den Modalwerten 3 und 9. Wir interpretieren den höheren Modalwert dieser Verteilung im Sinne unseres Verständnisses der psychotischen Persönlichkeitsstruktur als starre Ich-Abgrenzung nach außen im Sinne eines autistischen Rückzugs, um eine offen psychotische Desintegration abzuwehren. Der niedrige Wert entspricht durchaus unseren Erwartungen der offenen Ich-Grenzen bei der psychotischen Persönlichkeitstuktur.

Interessant ist die Nähe der psychosomatisch-strukturierten Patienten hinsichtlich der Ich-Abgrenzung nach außen zur Gruppe der psychotisch-strukturierten Patienten. Man könnte interpretieren, daß im Sinne unseres Verständnisses des psychosomatischen Symptoms als Abwehr psychotischer Desintegration das Ergebnis auf die strukturelle Verwandtschaft zwischen Psychose und Psychosomatik hinweist. Dies bedarf allerdings einer weiteren Untersuchung.

Die Ergebnisse der Skala Ich-Abgrenzung nach innen (s. Tab. 5) bestätigen abermals unsere Hypothese im Sinne eines gleitenden Spektrums der offenen bzw. geschlossenen Ich-Grenzen. Bei psychotisch strukturierten Patienten sind die Ich-Grenzen nach innen am offensten, bei der psychosomatischen Gruppe am rigidesten geschlossen, während die Borderline-Struktur zwischen beiden Ausprägungsgraden angesiedelt ist.

Zum derzeitigen Stand der Untersuchungen mit dem Ich-Struktur-Test der Ich-Abgrenzung können wir sagen, daß es signifikante Unterschiede der Ich-Abgrenzung zwischen den untersuchten Gruppen gibt. Die Mittelwertunterschiede zwischen den einzelnen Krankheitsgruppen Borderline, Psychosomatik und Psychose entsprechen den in der Praxis gewonnenen Hypothesen.

Die Messung mit dem Ich-Struktur-Test der Angst ergab nach faktorenanalytischer Auswertung und Interpretation der drei Faktoren mit den höchsten Eigenwerten drei, der *Ammonschen* Angsttheorie entsprechende Unterskalen: Konstruktive, destruktive und defizitäre Angst.

Unter konstruktiver Angst versteht *Ammon* die Angst, die bei jedem

Identitätsschritt entsteht. Sie ist konstruktiv, weil sie eine ich-strukturelle Veränderung dynamisiert. „Die konstruktive Angst macht den Menschen zum Menschen" (*Ammon*, 1979). Destruktive Angst ist eine überflutende Angst, sie ist diffus und im eigentlichen Sinne Vernichtungsangst, die häufig nach außen in Form destruktiver Aggression gegen Dinge und Menschen der Umwelt agiert wird. *Ammon* hat diese Qualität der Angst auch „Angst vor der Angst" genannt. Defizitäre Angst ist die Flucht vor der Angst. Der Mensch ist unfähig, Angst zu erleben bzw. vermeidet alle identitätsfordernden Situationen. Der Totstellreflex bei schwer depressiven Patienten, Zwang und Starrheit sind Beispiele defizitärer Angst.

Der Fragebogen zur Messung der Ich-Funktion der Angst wurde 69 Versuchspersonen der Diagnosegruppen Borderline, Psychose, Psychosomatik sowie einer Kontrollgruppe vorgelegt. Der varianzanalytische Vergleich der Mittelwerte der untersuchten Gruppen zeigte lediglich auf den Skalen der konstruktiven und destruktiven Angst signifikante Unterschiede.

Tab. 6

Skala: Konstruktive Angst
Skalenreliabilität: $r_{tt} = 0.76$

	Kontroll-gruppe	Borderline	Psycho-somatik	Psychose	Signifikanz-niveau
$\bar{X}$	9.30	5.2	6.7	6.5	5 %

Tab. 7

Skala: Destruktive Angst
Skalenreliabilität: $r_{tt} = 0.82$

	Kontroll-gruppe	Borderline	Psycho-somatik	Psychose	Signifikanz-niveau
$\bar{X}$	2.8	6.9	7.0	7.2	5 %

Tab. 8

Skala: Defizitäre Angst
Skalenreliabilität: $r_{tt} = 0.76$

	Kontroll-gruppe	Borderline	Psycho-somatik	Psychose	Signifikanz-niveau
$\bar{X}$	8.2	9.2	8.9	8.5	–

Die geringen Mittelwertunterschiede der Skala der defizitären Angst stehen jedoch im Widerspruch zu unserer therapeutischen Erfahrung, so daß wir eine erneute Itemerstellung und -analyse tätigen werden und hierbei die Reliabilität – auch der konstr. Angst – noch erhöhen können.

Zusammenfassend können wir sagen: Die Skalen konstruktiver und destruktiver Angst unterscheiden signifikant zwischen den klinischen Gruppen einerseits und der Kontrollgruppe andererseits. Sie zeigen jedoch zum derzeitigen Konstruktionsstadium nur geringe Mittelwertunterschiede zwischen den klinischen Gruppen untereinander, so daß wir den Fragebogen noch einmal einer gründlichen Untersuchung unterziehen werden.

Abschließend sei noch ein interessantes Ergebnis einer Pilot-Study mit den Ich-Struktur-Test der Aggression referiert. Bei einer Stichprobe von 22 Versuchspersonen wurden die Rohwerte des Aggressionstests mit den Unterskalenwerten des HAWIE-Intelligenz-Test korreliert. Hierbei ergaben sich zwar nicht sehr hohe, jedoch statistisch bedeutsame Zusammenhänge. Mit dem Handlungsteil des HAWIE-Tests korrelierten nicht nur die Werte der konstruktiven Aggression, sondern auch die Werte der nach außen gerichteten destruktiven Aggression. Die Fähigkeit, schwierige praktische Aufgaben lösen zu können, also die sogenannte Handlungsintelligenz, hängt offenbar mit der Fähigkeit zusammen, Aggression offen, gleichgültig ob konstruktiv oder destruktiv zu äußern. Die Werte der defizitären Aggression korrelierten signifikant negativ mit den Ergebnissen des HAWIE-Tests. Da die Ergebnisse mit einer relativ kleinen Stichprobe gewonnen wurden, werden wir dieselbe Untersuchung noch einmal mit einer umfangreicheren Stichprobe durchführen. Wir halten die Tendenz, die sich in diesen Meßergebnissen andeutet, jedoch für die Erforschung der Regulationsfunktion von Ich-Funktionen sehr bedeutsam. Insbesondere wäre hier auch eine Längsschnittuntersuchung notwendig, um aufzuzeigen, ob eine Veränderung der Aggression gleichsam automatisch eine Veränderung der Intelligenz mit sich bringt.

Ein Problem jeglicher Diagnostik mit psychometrischen Tests ist der sogenannte Standardmeßfehler eines Tests, d. h. ein Testergebnis spiegelt nie alleine den nur hypothetisch existierenden sogenannten „wahren Wert" wider. Ebensowenig ist es uns möglich, nur den von der aktuellen Gruppendynamik unabhängigen Teil einer Ich-Funktion, d. h. seine lebensgeschichtliche Gewordenheit alleine, psychometrisch zu erfassen. Insofern weichen auch innerhalb einer Diagnosegruppe Einzelwerte teilweise sehr erheblich vom Populationsmittelwert ab. Zu diesen Abweichungen trägt einmal die aktuelle gruppendynamische Situation bei, ebenso wie die Nichtunabhängigkeit der einzelnen Ich-Funktionen untereinander. Wir erwarten, daß solche Abweichungen bei einigen Ich-Funktionen, wie z. B. der Abgrenzung, weniger stark auftreten und bei anderen Ich-Funktionen, wie z. B. der Aggression stärker sind.

Dieselben Einflüsse spielen auch bei Veränderungsmessungen eine Rolle.

Wir haben hier bei einzelnen wenigen Patienten sprunghafte Veränderungen in den Meßwerten sowohl in positiver als auch in negativer Richtung gefunden, die jedoch in solchem Ausmaß nicht der wahren Strukturveränderung entsprechen können. Eine hierbei beeinflussende Variable ist z. B. auch die Veränderung der Selbstwahrnehmung, die die neue Beantwortung der einzelnen Items bei der Testwiederholung entscheidend mitbestimmt. Diesem Problem begegnen wir dadurch, daß wir Ich-Funktionen zusätzlich auch durch andere Meßinstrumente bestimmen, wie z. B. Interviews in Verbindung mit Expertenrating. Hierbei auftretende Differenzen zwischen Fragebogenergebnis und Expertenrating sind dann wiederum von großem diagnostischem Wert, wenn auch nach ihren Gründen gefragt wird. Aufschlußreich hierzu sind auch soziometrische Tests und andere Gruppenbefragungsmethoden. Hierbei wird besonders die realisierte gruppendynamische Komponente einer Ich-Funktion seitens der Einschätzung durch andere Gruppenteilnehmer deutlich.

Unser gegenwärtiges Forschungsziel ist die Entwicklung einer Testbatterie für alle Ich-Funktionen zur quantifizierenden Erfassung des Ich-Struktur-Modells *Günter Ammons.* Eine solche Testbatterie wird die klinische Diagnose wesentlich erleichtern und unabhängig vom Standardmeßfehler der Einzeltests eine nahezu sichere Diagnose auf der Ebene größtmöglicher Ähnlichkeit ermöglichen. Besondere Wichtigkeit haben die Ich-Struktur-Tests bei der Evaluation des Therapieprozesses, weil es sich hier zeigt, ob lediglich Symptome verschwunden sind oder ob durch ich-strukturelles Arbeiten mit dem ich-kranken Patienten bislang unstrukturierte Bereiche der Persönlichkeit im Sinne einer nachholenden Ich-Entwicklung als Strukturgewinn zu beobachten sind. In diesem Zusammenhang planen wir auch eine vergleichende Längsschnittstudie von Patienten mit ich-struktureller Therapie im Sinne des Ich- und Gruppenkonzepts *Günter Ammons* und anderen Versuchspersonen gleicher Diagnose ohne Behandlung. Hierdurch wollen wir ausschließen, daß es sich bei unseren Ich-Struktur-Testergebnissen um Artefakte handelt, die ohne therapeutisches Milieu auch zustande gekommen wären.

Abschließend und zusammenfassend können wir sagen, daß die Ergebnisse unserer Forschung darauf hinweisen, daß wir am Anfang eines Weges sind, das Ich-Struktur-Modell *Günter Ammons* schrittweise quantifizierbar zu machen und empirisch zu überprüfen. Basis hierfür ist eine Theorie, die sich bereits jahrzehntelang klinisch bewährt und entwickelt hat und die in ihren Variablen definierbar und in weitesten Bereichen operationalisierbar ist. Hierdurch sind Gesetzmäßigkeiten zwischen Variablen hypostasierbar, die sich auf der Verhaltensebene in Gruppen zeigen, beobachtbar und meßbar sind und sich damit einer empririschen Überprüfung unterziehen lassen.

The Personality Model of Günter Ammon in the Theory and Practice of Psychometric Research

Ilse Burbiel (München), Wilfried Vogelbusch (Berlin)

The authors introduce the ego-structure-test of the central-ego-functions of aggression, ego-demarcation and anxiety. They discuss the present state of research and pilot studies of these tests.

According to *Ammon* personality is the result of internalized conscious and unconscious group experiences, out of which the ego-structure develops. The ego-functions are understood as ego-structure, manifested in concrete interpersonal interactions; in other words they are the structural crystalization of social energy, which is experienced in group relationships. Ego-structure is mainly unconscious and the ego-functions are accordingly anchored in the unconscious and form a complex dynamic system of synergetically mutually regulating primary, central, and secondary ego-functions. The instrument which empirically measures these functions is *Ammons* Ego-Structure-Test.

The ego-functions are structured, qualitatively differentiated from each other, and are manifested in concrete interpersonal behavior. They can therefore be operationalised. This is the key to the quantitative measurement of unconscious ego-functions. The questionnaire items project the subject into imagined group situations, where the ego-structure manifests itself in a corresponding imagined behavioral response. The test results can be understood as "interpersonal relation data" which lie on a spectrum between the internalized primary group and present group dynamics. They allow an indirect measurement of unconscious elements of ego-structure.

The authors further compare other personality theories, such as factor-analysis, field-theory, the attitude theory of the *Uznadze*-School, orthodox psychoanalytical theory and ego-psychological personality theory.

The aggression questionnaire was the first to be developed, because the reworking of aggression in the therapeutic process represents according to *Ammon* the central leverage point in the healing process.

In *Ammon*'s theory aggression is regarded as primarily constructive. Only if the environment reacts in a hostile way it is deformed into destructive aggression, which is an expression of internalized parental rejection. If the destructive aggression is also rebuffed, a deadlock results and finally the aggression is turned against the self, as deficitary aggression.

Through retrieval of ego-development in therapy, this process can be reversed and destructive aggression can be changed into constructive. Deficitary aggression first turns into outer directed destructivity and can then be developed into constructive aggression.

The first validity study of the Aggression Test was published in 1978 (*Beck, Bott, Rock, Wiehl-Volbehr*). The hypothesis that the Borderline,

psychosomatic and control groups would show a significant difference in expression of aggression, was confirmed at a level of 1 %. The aggression questionnaire was standardized and stratified on a representative standard sample of 378 subjects in 1979.

In autumn, 1980, 64 patients of the Dynamic Psychiatric Clinic Menterschwaige with the diagnoses of psychosomatic, borderline and psychosis were examined to test the hypothesis, that deficitary and destructive aggression are changed into constructive aggression in the therapeutic process. This study shows (in an interval period of 6 months) a highly significant decrease of deficitary aggression and a highly significant increase of constructive aggression.

In another pilot-study the authors could find, that the practicle part of HAWIE-Intelligence-Test is correlated positively as well with constructive aggression as with destructive aggression. The ability to handle problems is connected with the ability to act out aggression.

The Ego-Structure-Test of aggression is a valid instrument for measuring diagnosis and the success of the therapeutic process. According to the aggression theory of *Günter Ammon* the test makes it possible to differenciate variable groups of diagnoses.

In a pilot study (November 1980) 69 patients with the diagnosis borderline, psychosis, psychosomatics and a control group were tested with the Ego-Structure-Test of ego-demarcation. The hypothesis was, that the diagnostic groups have different results in inner ego-boundaries and outer ego-boundaries. To date, the research shows that in these groups are significant differences in the ego-demarcation.

The borderline patients showed a mean of $\bar{x} = 8.16$ on a bimodal scale, which confirms the experience that their outer ego-boundary relates to their current group situation and is characterised by sudden drastic fluctuations in ego-boundaries. The psychotic-reacting patients reached a mean of $\bar{x} = 6.43$ (also on a bimodale scale) which underlined the open ego-boundaries of the psychotic personality – the psychotic's attempt to ward off ego disintegration by means of rigid, outer ego-boundaries, in the sense of an autistic withdrawal.

In *Ammon*'s Ego-Structure-Model this rigid outer ego-demarcation is understood as an attempt to defend against feelings of total dependency and helplessness. These results also confirmed the brittle, permeable ego-boundaries characteristic of the psychotic personality.

The psychosomatically ill have a mean of $\bar{x} = 5.9$. The similarity in the scores of the psychosomatically and psychotically structured patients can be understood if we postulate that the psychosomatic symptom is a defense against psychotic disintegration, and if we accept the structural similarity between psychotic and psychosomatic personalities.

The inner ego boundary represents, on the positive side, a differentiation and further development in the sense of an ego-structural stabilisation, in

the negative sense an uncontrolled break-through of unconscious material from the world of dreams and fantasy and internalized group experiences (*Ammon*, 1979). We could therefore predict that a spectrum of diagnostic groups would crystalise. Psychotic patients, with their open inner ego-boundaries would represent one end, and psychosomatic patients, with their rigid closed inner ego-boundaries the other. The test results show a significance of 1 % in the following table:

psychotic-reacting	$\bar{x} = 7.9$
control group	$\bar{x} = 8.2$
borderline	$\bar{x} = 8.4$
psychosomatic	$\bar{x} = 10.2$

The Ego-Structure-Test of inner ego-demarcation makes it possible to differenciate the control group from diagnostic groups. The results of borderline patients confirm the therapeutic experience, that they are more sane as normal.

The Ego-Structure-Test of anxiety – 69 patients of diagnostic groups and control group were tested – showed 3 factors with highest results (after factoranalysis) which accord to *Ammon*'s theory of anxiety: constructive, destructive and deficitary anxiety. Significant differences were found in the scales of constructive and destructive anxiety, so that we can differenciate diagnostic groups and control group. It's necessary to undertake more research, because there are no significant differences between the diverse diagnostic groups (psychosomatic, borderline, psychotic-reacting).

Current dynamic-psychiatric research can be viewed as the first step in an ongoing program of empirical testing and quantification of *Günter Ammon*'s Ego-Structure-Theory.

Literatur

Ammon, Günter (1970): Gruppendynamik der Aggression. (West-Berlin: Pinel-Publikationen)
– (1974) (Hrsg.): Psychoanalytische Traumforschung. (Hamburg: Hoffmann & Campe)
– (1978): Verständnis eines Entwicklungsdefizits von Ich-Strukturen in Persönlichkeit und umgebender Gruppe als Grundlage für Wissenschaft und Praxis einer Dynamischen Psychiatrie. In: Dyn. Psychiat. (11) S. 120-140
– (1979) (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie. Band 1. (München: Ernst Reinhardt)
– (1981, in Vorbereitung) (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie. Band 2. (München: Ernst Reinhardt)
Bassin, F. V. (1978): Unbewußtes und Verhalten (Stuttgart: Hippokrates)
Bassin, F. V., Sherozia, A. E. (1979): Die Rolle der Kategorie des Unbewußten im System der gegenwärtigen wissenschaftlichen Erkenntnis über die menschliche Psyche. In: Dyn. Psychiat. (58) S. 353–376
Beck, B.; Bott, Ch.; Rock, W.; Wiehl-Volbehr, A. (1978): Methodische Ansätze zu einer objektivierenden ich-strukturellen Diagnostik im Rahmen des *Ammonschen* Ich-Strukturmo-

dells am Beispiel der zentralen Ich-Funktion der Aggression. In: Dyn. Psychiat. (11) S. 152-164
Eysenck, H. J.; Rachmann, S. (1968): Neurosen. (Berlin: Deutscher Verlag der Wissenschaften)
Freud, S. (1941): Abriß der Psychoanalyse. Ges. W. Bd. 17 (London: Imago)
Furrer, Walter L. (1970): Neue Wege zum Unbewußten. (Bern: Hans Huber)
Hartmann, H. (1972): Ich-Psychologie. (Stuttgart: Klett)
Jung, C. G. (1979): Ges. W. Bd. 2. (Olten: Walter)
Lewin, K. (1976): Die Wirklichkeit sozialer Phänomene. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Analytische Gruppendynamik (Hamburg: Hoffmann & Campe)
Lienert, G. A. (1962): Verteilungsfreie Methoden der Biostatistik. (Meiselheim: Anton Hain)
Rapaport, D. (1973): Die Struktur der psychoanalytischen Theorie. (Stuttgart: Klett)
Remplein, S. (1977): Therapieforschung in der Psychoanalyse. (München: Ernst Reinhardt)
Vogelbusch, Wilfried (1979): Der Begriff des Unbewußten bei Bassin. In: Handbuch der Dynamischen Psychiatrie. Band 1. Hrsg. *Günter Ammon* (München: Ernst Reinhardt)

Adresse der Autoren:
Wilfried Vogelbusch
Turmstr. 79
1000 Berlin 21

Dipl.-Psych. Ilse Burbiel
Karl-Theodor-Str. 73
8000 München 40

Der Stellenwert der Neurotransmitter und Genetik bei der Schizophrenie*

Burkhard Gülsdorff, Berlin

Der Autor untersucht anhand der Daten der biologischen Psychiatrie die Wertigkeit der Neurotransmitter und Genetik im Rahmen der schizophrenen Erkrankung und setzt diese in Beziehung zum Ich-Struktur-Modell Günter Ammons, speziell zur primären Ich-Struktur. Bei der Beziehung zwischen Neurotransmittern und Schizophrenie wird nach der Unhaltbarkeit der „Dopaminüberaktivitäts-Hypothese" besonders die Frage des gestörten Dopamin-Rezeptors diskutiert. Verschiedene Autorengruppen fanden über Rezeptorbindungsversuche eine höhere Rezeptorempfindlichkeit bei schizophren reagierenden Patienten als bei Kontrollgruppen. Diese Rezeptorstörung wird in der biologischen Psychiatrie kontrovers diskutiert, nämlich als mögliche Ursache der Schizophrenie oder als Stoffwechselbegleiterscheinung bei dieser Erkrankung.
Der Autor zieht in Betracht, die Rezeptorstörung, die nur bei einigen Schizophrenien, besonders mit paranoider Komponente, gefunden werden, als besonderen Niederschlag in der primären Ich-Struktur des Menschen zu sehen.
Wie der Mensch bei den verschiedenen psychischen Erkrankungen psychisch und somatisch reagiert, so kann auch die zentralnervöse Stoffwechselstörung nur im Gesamtrahmen der ichstrukturellen Schädigung verstanden werden.
Aus humangenetischer Sicht kann z. Zt. lediglich eine „polygenetische Vererbung" in Betracht gezogen werden, die, da sie nichts über den Erbgang aussagen kann, lediglich eine mögliche „Genwirkung" darstellt. Selbst wenn eine „polygenetische Theorie der Schizophrenie" zutreffen würde, stünde diese nicht im Gegensatz zur gruppendynamischen und psychodynamischen Ursachenforschung. Im Gegenteil hat bei „polygenetischer Verursachung" der Umwelteinfluß in Form einer speziellen gruppendynamischen Lebenssituation die Dominanz über organisch-genetische Krankheitsursachen. Grundlagenforschung im Bereich der Humangenetik hat zwar viele interessante Daten erbracht, ist aber weit davon entfernt, eine „genetische Anlage der Schizophrenie" nachzuweisen.
Die Zwillingsforschungen sprechen wegen der hohen Diskordanzraten bei monozygoten Zwillingen bezüglich der Schizophrenie eher für starke „Umweltfaktoren" bei der Krankheitsentstehung.
Adoptionsstudien, die eine vorwiegend genetische Krankheitsursache nachweisen sollen, weisen erhebliche methodische und diagnostische Mängel auf, so daß sie erbgenetische Ursachen der Schizophrenie nicht belegen können.
Das Anliegen der Arbeit mit dem Ich-Struktur-Modell Günter Ammons ist es, die Verwobenheit und gegenseitige Bedingtheit psychischer und somatischer Lebensabläufe aufzuzeigen und der verhängnisvollen Spaltung des Menschen in einen „biologischen" und einen „seelischen" Pol entgegenzuwirken.
„Umwelt" bedeutet dabei eine spezifische, untersuchbare und nachvollziehbare Lebenssituation des Menschen, die spezifisch seine Ich-Struktur prägt, sowie ein regulierendes und integrierendes Moment auch im Bereich organisch-physiologischer Abläufe innerhalb der primären Ich-Struktur darstellt.

In der Theorie und Praxis über die Vorstellungen der Ätiologie bei der „Schizophrenie" und den daraus folgenden Behandlungskonsequenzen bestehen auch heute noch erhebliche Differenzen und teilweise ideologische Kämpfe zwischen Umweltforschern und biologischen Psychiatern. Diese Kämpfe

* Vortrag, gehalten auf dem XII. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 8.-13. Dezember 1980, Kongreßzentrum München

werden extrem geführt, wie z. B. von *Gottesman* und *Shields* (1976), die feststellen, daß besonders durch die Studien von *Heston* und *Wender* den Umweltforschern das Rückgrat gebrochen worden sei. Diese Ideologisierung wird von *Lidz* (1976) und besonders von *Matthysse* (1976) zurückgewiesen, der für die Umweltforschung fordert, die besonderen Umweltfaktoren, die mit der Ätiologie in Beziehung stehen, herauszuarbeiten und die Humangenetiker auffordert, die Abgrenzung des genetisch bedingten Phänotypus dieser Erkrankung zu leisten.

Die Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie *Günter Ammons* bemüht sich in ihrem Forschungs- und Behandlungsansatz, den Menschen in seiner Ganzheit zu erfassen und die Ergebnisse der biologischen Psychiatrie nicht kontrovers, sondern im Sinne einer monistischen Auffassung der psychosomatischen Einheit Mensch zu behandeln. Die Beziehung zwischen biologischen und psychologisch gruppendynamischen Konstellationen ist im Ich-Struktur-Modell *Ammons* durch die Beziehung zwischen zentraler, sekundärer und primärer Ich-Struktur zu sehen.

„Unter der primären Ich-Struktur möchte ich insgesamt das zentrale und periphere Nervensystem in allen seinen Tätigkeiten verstehen. Es liegt auf der Hand, daß hier eine wichtige Wurzel aller psychosomatischen Erkrankungen liegt. Auch für die Forschung ist ein Ansatzpunkt gegeben, ganz besonders im Hinblick auf neurophysiologische und hirnphysiologische interdisziplinäre Zusammenarbeit. Damit ist eine Brücke von meinem Ich-Struktur-Modell zur hirnphysiologischen und Neurotransmitterforschung geschlagen; die biologische und die Dynamische Psychiatrie können sich hier treffen" (*Ammon,* 1979).

Dieser Ansatz trifft sich auch mit den biologischen Psychiatern, die besonders die Beziehung von Neurotransmittern, Humangenetik und Umwelterfahrung untersuchen.

In meiner Arbeit möchte ich den Stand der Neurotransmitterforschung, die Ergebnisse der humangenetischen Forschung und Aspekte der Beziehung von Neurotransmittern und Genetik zum Ich-Struktur-Modell *Ammons,* speziell der primären Ich-Strukturen, untersuchen. Grundlage dafür ist die Literaturbearbeitung der einzelnen Fachgebiete unter Einbeziehung der klinischen Erfahrung im Bereich der Dynamischen Psychiatrie.

Im Bereich der Neurotransmitter beschränke ich mich auf die Dopaminhypothese und die Frage nach dem gestörten Dopaminrezeptor, denen zur Zeit die größte Aufmerksamkeit im biologischen Bereich gewidmet wird.

Die Dopaminhypothese:

Durch klinische Beobachtungen erhielt letztlich die Dopaminhypothese ihren besonderen Stellenwert bei der schizophrenen Erkrankung. Die geschichtlich interessante Beziehung zwischen der Amphetaminpsychose und der schizophrenen Psychose stellt eine Grundlage für diese Hypothese dar wegen der Ähnlichkeit der Symptomatik und der biochemischen Struktur

von Amphetamin, Dopamin und dessen Derivaten. Die Untersuchungsmethodik der biologischen Psychiatrie hebt bei der Suche nach der Beziehung von schizophrener Psychose und Dopaminstoffwechsel drei mögliche Störungsstufen hervor:

1. die Abnormalität des Dopamins in Synthese und Ausschüttung,
2. die Abnormalität des Rezeptors in Struktur und Funktion,
3. die Transmitter wie auch der Rezeptor sind normal und trotzdem gibt es einen „schizophrenen Effekt".

Die Tendenz, die schizophrene Erkrankung mit einer Überaktivität des dopaminergen Systems im menschlichen Gehirn in Verbindung zu bringen, sollte Untermauerung finden durch den Nachweis und die Beschreibung der Dopamin-Konzentration im menschlichen Gehirn, in den Körperflüssigkeiten, besonders im cerebrospinalen Liquor und Urin, wie auch durch die Darstellung der Dopamin-Abbauprodukte in diesen Bereichen.

Die verschiedensten Autoren-Gruppen konnten jedoch keine signifikanten Dopamin-Veränderungen finden. Untersuchungen an Gehirnen verstorbener schizophrener Patienten, wie sie *Bird* (1978) vorgenommen hat, ergaben keine aussagekräftigen Befunde. Zwar fand *Bird* eine deutliche Erhöhung der Dopamin-Konzentration im Nucleus accumbens, aber dabei keinerlei Unterschiede zwischen Patienten, die mit Neuroleptika behandelt wurden und nicht behandelten Patienten.

Im Putamen lag bei seinen Untersuchungen für Patienten und Kontrollgruppe die gleiche Dopamin-Konzentration vor. Der mangelnde Unterschied zwischen Patienten, die mit Neuroleptika behandelt wurden und nicht medikamentös behandelten Patienten, ließen die Vermutung entstehen, daß von einer erhöhten Dopamin-Konzentration oder Freisetzung in bezug auf die schizophrene Erkrankung nicht gesprochen werden kann. Dies würde sich auch mit Untersuchungen über das Abbau-Produkt, die Homovanillinsäure im cerobrospinalen Liquor decken, die im Falle einer erhöhten Freisetzung des Dopamins oder einer erhöhten Konzentration in der Bildung ebenfalls erhöht sein müßte.

Die Konzentration dieser Abbauprodukte im Normbereich zeigt, daß bei normaler Konzentration des Dopamins das Verhalten der Patienten eine schizophrene Symptomatik aufweist. Die biochemische Haltbarkeit der Vorstellung einer erhöhten Dopamin-Konzentration als Ursache der Schizophrenie – sei es durch erhöhte Freisetzung oder Produktion – wurde besonders auch von *Klawans* (1972), *Randrup* und *Munkvad* (1972), *Matthysse* (1973), *Snyder* (1973), *Stevens* (1973), *Lipinski* und *Matthysse* (1977) in Frage gestellt. Eine herabgesetzte Konzentration der Homovanillinsäure bei akuten Zuständen schizophrener Reaktion fanden *Bowers* (1974) und *Post* (1975), was letztlich für eine Herabsetzung der Dopamin-Konzentration bei der Schizophrenie sprechen würde.

Da die einfache Dopamin-Überaktivitätstheorie aus biochemischer Sicht

nicht schlüssig war, geriet die Frage des gestörten Dopamin-Rezeptors in den Vordergrund. Die Prüfung der Rezeptorseite ergibt sich über Substanzen, von denen bekannnt ist, daß sie spezifisch dopaminerge Rezeptoren stimulieren oder hemmen. Aus der Vorstellung, daß der Rezeptor übersensibel sei, folgt, daß sogar kleine Mengen des Neurotransmitters eine heftige postsynaptische Reaktion auslösen können.

Da auch das postsynaptische Neuron über ein negatives Feed-back-System gesteuert werden kann, könnte eine Übersensibilität mit einer damit verbundenen Überstimulation des Rezeptors zu einer herabgesetzten Dopamin-Synthese oder -ausschüttung führen, wodurch die niedrigen Neurotransmitterspiegel oder Spiegel ihrer Abbauprodukte erklärt werden könnten.

Zur Beweisführung der Rezeptorhypothese sollten die klinischen Wirkungen der Neuroleptika dienen. Daß die Neuroleptika symptomverändernd auf einen Teil der schizophrenen Symptomatik wirken, ist bekannt. Über Versuche mit Chlorpromazin an Ratten ergab sich die Arbeitshypothese, daß Chlorpromazin und andere Neuroleptika über eine Dopamin-Rezeptor-Blockade wirken würden. Die Vorstellung, die besonders von *Nyback* und *Sedwall* (1969) vertreten wurde, wird auch durch Befunde unterstützt, jedoch nur in Tierversuchen, bei denen nach Neuroleptikagabe deutlich signifikant erhöhte Spiegel von Homovanillinsäure im Gehirn gefunden wurden. Durch die Blockade des Rezeptors entsteht im postsynaptischen Neuron sozusagen der Eindruck, daß zuwenig Dopamin gebildet oder ausgeschüttet wird. Als Folge innerhalb der multineuronalen Regulation, hier im Sinne eines negativen Feed-back-Systems, wird das prä-synaptische Neuron stimuliert, vermehrt Dopamin zu bilden oder auszuschütten, wobei dann auch die Abbauprodukte wie die Homovanillinsäure im cerebrospinalen Liquor und den spezifischen Hirnarealen ansteigen müßten. In diesem Zusammenhang sei besonders erwähnt, daß die chronische Gabe von Chlorpromazin z. B. zu Veränderungen morphologischer und funktioneller Art, die lang andauern und vielleicht auch irreversibel sind, führen kann. Andere Autoren postulieren in diesem Zusammenhang, daß die chemische Blockade der Dopamin-Rezeptorseite durch neuroleptische Drogen in einer Denervation gipfelt und daß die Dopamin-Rezeptoren eine Denervations-Übersensibilität bekommen. Dieses Postulat soll anhand des Mechanismus der extrapyramidalen Nebenwirkungen unterstützt werden, die auch nach Rücknahme der auslösenden Substanzen bis zu zehn Jahre weiter bestehen können. Die Übererregbarkeit des Rezeptors durch eine bleibende Schädigung war bei den Untersuchungen mit einer Normalkonzentration der Homovanillinsäure im cerebrospinalen Liquor einhergehend.

Ähnlich wie bei der „Überaktivitäts-Hypothese" des Dopamins fielen bei der Rezeptortheorie eine Vielzahl von Befunden an, die eine ätiologische Schlußfolgerung nicht zulassen. (*Snyder,* 1976; *Carlsson,* 1978; *Brambilla,* 1979; *Lal,* 1977).

Methodisch bedienten sich verschiedene Autorengruppen der Stimulationsmethode und erhielten Hinweise auf biologisch unterschiedliche Grundlagen der akuten und chronischen Schizophrenie – ein Ansatz, der wegen der möglichen Rezeptorschädigung durch Langzeitneuroleptika in Frage gestellt werden müßte.

Die Direktuntersuchung des Rezeptors mit verschiedenen Bindungsmethoden an Gehirnen verstorbener Patienten, gab statistisch gesehen einen deutlichen Hinweis auf eine Beziehung zwischen bestehender Schizophrenie-Erkrankung und Übersensibilität des Rezeptors. (*Owen,* 1978; u. a.) Die Schlußfolgerung aus kongruenten Ergebnissen sehen kontrovers aus.

Farley et al. (1980) nehmen eine primäre Störung des Noradrenalin oder 5-HT für die Schizophrenie an mit einer sekundären Überaktivität – auch quantitativ – des dopaminergen Systems, während *Lee* und *Seeman* (1980) lediglich eine Beziehung zwischen der Erkrankung einer Rezeptorstörung postulieren. *Iversen et al.* (1980) stellen deutlich heraus, daß verschiedene Rezeptoren des DA-Systems die Störung aufweisen aber: "The physiological and functional importance of the D_1 und D_2 dopamine receptors remains largely unknown".

So können wir der biologischen Psychiatrie folgend, sagen, daß es bei einem Teil der Schizophrenien – besonders mit paranoider Ausprägung – im psychotischen Stadium Veränderungen im dopaminergen System gibt, die jedoch keine Aussage über die Entstehung und den Verlauf geben.

Die Interpretationsversuche der Schulpsychiatrie, den gestörten Neurotransmitterhaushalt, der nur bei einigen Schizophrenien gefunden wird, als Ursache für die Schizophrenie zu sehen, erscheint m. E. als falsches Kausalitätsdenken. Denn bei der Schizophrenie finden wir eine Reihe körperlicher Störungen, die die primäre Ich-Struktur des Menschen betreffen wie die Motorik, die Sensorik und andere.

Ammon (1979) versteht unter der primären Ich-Struktur „insgesamt das zentrale und periphere Nervensystem mit allen seinen Tätigkeiten". Dazu gehört auch das Neurotransmittersystem mit seiner Regulation. Diese Regulation wurde nun im akuten Krankheitsstadium – d. h. in der Regel in der psychotischen Reaktion mit paranoider Symptomatik – teilweise als gestört gemessen. Hier liegt der Schluß nahe, daß es sich um eine Substratveränderung als Folge des veränderten psychischen und somatischen Gesamtzustandes des Menschen handelt.

Diese Vorstellung könnte durch die Kenntnis untermauert werden, daß eine körperliche Krankheit den Patienten passager von der Psychose befreit und daß Neuroleptika nicht die Schizophrenie sondern eine Teilsymptomatik beheben. Dabei erscheint die Neuroleptikawirkung als psychosomatisches Geschehen von Interesse.

Denn nach *Haase* (1977) setzen die Neuroleptika primär an den akzessorischen Symptomen (*E. Bleuler,* 1911) an und nicht an der Grundstörung. „Wenn dagegen Erregung und Spannung ausbleiben, wenn eine akzessori-

sche Symptomatik fehlt, wenn die Persönlichkeit ohne Dynamik der schizophrenen Psychose erliegt, dann sind unsere sämtlichen körperlichen wie psychischen Behandlungsverfahren machtlos". (*Haase,* 1977)

Im Speziellen wirken die Neuroleptika auf die akzessorischen Symptome im Schwellenbereich der extrapyramidalen Symptomatik, d. h. die Wirkung entfaltet sich verbunden mit einem ausgeprägten körperlichen Geschehen wie muskuläre Spannung, Schlundkrämpfe, feinmotorische Störungen, Hypokinese, etc. Somit wäre der Schluß logisch, die neuroleptische Wirkung im Sinne eines psychosomatischen Geschehens zu werten, wobei die extrapyramidale Hypokinese ähnlich anderen Erkrankungen den sogenannten psychosespezifischen Effekt ausmacht. Diese rein somatischen Befunde untermauern auch die Beziehung zwischen Psychosomatik und schizophrener Reaktion. „Der häufig beobachtete Wechsel von psychotischer Reaktion und körperlicher Krankheit findet in der ich-strukturellen psychogenetischen Gleichheit der Störung von Aggression und Identität bei unterschiedlichen Abgrenzungsstörungen bei der Erkrankung die einfachste Erklärung" (*Ammon,* 1979).

Genetik

Die Zwillingsforschung, beginnend mit den Studien von *Kallmann* (1938) kann m. E. zum heutigen Zeitpunkt relativ eindeutig als nicht beweisend für eine organisch vererbte Krankheitsentstehung bezeichnet werden. Zunächst sprechen die hohen Diskordanzraten bei monozygoten Zwillingen gegen die Erbtheorie, ebenso wie die sehr unsaubere Methodik bei den früheren Studien, die eine hohe Konkordanzrate ergeben haben (*Jackson,* 1960; *Ammon,* 1979). In den Nachuntersuchungen der Arbeiten von *Kallmann* (1946/47) *Slater* (1947) und *Penrose* (1955) wurde deutlich, daß die als getrennt aufgewachsenen Zwillinge erst fünf Jahre nach der Geburt getrennt wurden und daß deren Kondordanz von 77,6 % gegenüber 91 % Konkordanz bei nicht getrennten MZ viel eher auf psychogenetische Faktoren hinweist, wenn man den Zahlenspielen *Kallmanns* folgt.

Die folgende Tabelle verdeutlicht das weite Spektrum der Zwillingsuntersuchungen:

Die einfache Frage, die sich aus der Zwillingsforschung ergibt, ist die nach der Erklärung, warum 40 % (*Zerbin-Rüdin,* 1972) bzw. 58 % *Rosenthal* (1980) der eineiigen Zwillinge nicht mehr erkranken.

Um die humangenetische Hypothese zu erhärten, zogen manche Autorengruppen das „Verwertbare" aus den Zwillingsergebnissen und suchten ihren Standpunkt durch Familienforschungen zu erhärten.

Lenz (1979) weist darauf hin, daß hohe Konkordanzraten zweieiiger Zwillinge von 10,0 % (*Zerbin-Rüdin,* 1972) und 8,37 % (*Rosenthal,* 1980) ähnlich wie beim endemischen Kropf auf die überwiegende Umweltbedingtheit der Erkrankung hinweisen.

Tabelle I
Konkordanzraten bei Zwillingsstudien in verschiedenen Ländern

Länder	Zerbin-Rüdin (1972) MZ	Zerbin-Rüdin (1972) DZ	Rosenthal (1980) MZ	Rosenthal (1980) Z	Autoren
Deutschland	76.5	2.1	55	2.1	Luxenburger (1928)
USA	61.0	10.0	61	10.0	Rosanoff et al. (1934)
Schweden	14.3	8.3	42	13.0	Essen-Möller (1941)
	71.4	16.7	–	–	
USA	85.8	17.7	–	–	Kallmann (1946)
	59.2	9.1	73	12.2	Kallmann (überarbeitet)
England	58.3	11.3	70	12.3	Slater (1953)
Japan	60.0	11.8	48	9.0	Inouye (1961)
Finnland	6.0	4.8	6.0	4.8	Tienari (1963)
Norwegen	30.0	6.0	38.0	10.0	Kringlen (1967)
England	41.7	9.1	50.0	9.1	Gottesman und Shields (1972)
Dänemark	23.8	9.8	37.0	9.5	Harvald und Hauge (1965)
Dänemark	47.6	19.5	15.5	4.4	Fischer et al. (1969)
USA	–	–	13.8	4.1	Pollin et al. (1969)

* nach Rosenthal (1980)

Aufgrund der Unhaltbarkeit der Befunde der Zwillingsforschung zur Untermauerung einer eindeutigen genetischen Hypothese der Entstehung der Schizophrenie werden in der zeitgenössischen Literatur immer wieder die Befunde der Adoptionsstudien besonders von *Heston* (1966) und *Wender* (1974) herangezogen. Wie schon oben erwähnt, wollen gewisse Teile der biologischen Psychiater mit derartigen Darstellungen „das Rückgrat der Umweltforscher brechen".

Deshalb möchte ich mich im Folgenden besonders der Arbeit *Hestons* zuwenden.

Heston geht davon aus, die Beziehung von genetischer Anlage und Schizophrenie dadurch nachzuweisen, daß er die sogenannten schizophrenogenen Umweltfaktoren ausschließt. In seinem Arbeitsansatz vergleicht er eine Experimentalgruppe mit einer Kontrollgruppe (n = 47; n = 50). Es handelt sich bei beiden Gruppen um adoptierte Kinder, in der experimentellen Gruppe um Kinder, deren biologische Mütter mit den Diagnosen Schizophrenie, Dementia Praecox oder Psychose lange Jahre in Nervenkliniken verbrachten und dort auch die Kinder zur Welt brachten. In der Kontrollgruppe handelt es sich um Kinder von sogenannten normalen Eltern, wobei die Normalität durch die Abwesenheit von Aufenthalten in psychiatrischen Krankenhäusern gekennzeichnet sein soll.

Die Kinder beider Gruppen sollen gleiche oder ähnliche Adoptionsbedingungen vorgefunden haben und innerhalb der ersten Lebenstage von ihren Müttern weggegeben worden sein. Dieser Hinweis dient *Heston* dazu, daß der fehlende Kontakt besonders mit den an Schizophrenie erkrankten Müttern einen schizophren machenden Umweltfaktor ausschließt. In den Ergebnissen wird herausgestellt, daß in der Kontrollgruppe kein Fall schizophrener Erkrankung, bei der experimentellen Gruppe (n= 47) fünf Fälle von Schizophrenie auftreten, d. h. in 10,6 % der Fälle die Erkrankung auftritt. Aus diesen Befunden schließt er, daß die Ätiologie in der Schizophrenie genetischer Natur sei.

Diesen Schluß kann *Heston* aber gar nicht ziehen, da er seinem eigenen methodischen Anspruch nicht gerecht wurde, nämlich „separating the effects of an environment made schizophrenogenic from the effect of genes from such parents". Meines Erachtens hat *Heston* folgende Auslassungen in seiner Methodik, so daß die Arbeit nicht in seiner Weise interpretiert werden kann:

1. Er setzt formal Umgebungsdaten wie ähnliches oder gleiches Waisenhaus gleich, ohne die spezifischen Einflüsse zu untersuchen. Die Umstände des frühkindlichen Lebens in der Experimentalgruppe sind nicht im Hinblick auf die Ausprägung der kindlichen Persönlichkeitsstruktur hin untersucht worden, d. h. es ist in dieser Zeit kein Ausschluß schizophrenieverursachender Umgebungskonstellationen analysiert worden. Daß die Kinder aus der Experimentalgruppe besonders gefährdet waren, zeigt auch die Zahl, daß von ursprünglich 75 in dieser Gruppe aufgenommenen Probanden 15, d. h. 20,72 % noch vor der Einschulung starben.
2. Die Schizophreniehäufigkeit von 10,6 % in der Experimentalgruppe liegt an der unteren Grenze des Morbiditätsrisikos für Kinder und Geschwister von schizophren Erkrankten in der Gesamtbevölkerung (Kinder 9 – 16 %; Geschwister 8 – 14 %), d. h. es gibt hier keine höheren Ergebnisse als bei denjenigen Familien, bei denen das Kind in der erkrankten Familie aufwächst.

   Bei *Hestons* Untersuchung sind immerhin 90 % der Kinder schizophrener Mütter nicht schizophren erkrankt.
3. Weitaus schwerwiegender ist jedoch, daß *Heston* in seiner Untersuchung in keinem Falle beschreibt, wie die psychische und gruppendynamische Konstellation der Adoptivfamilien gewesen ist. Daher muß die Methode als unsauber und nicht verwertbar angesehen werden; denn, wenn er in seinem Ansatz „schizophrenogene" Umwelt ausschließen will, kann er das nur, indem er biologische Eltern wie auch Adoptiveltern auf ihre psychischen Qualitäten und den Umgang mit dem Kind hin untersucht. Dies ist nicht geschehen. Wie wir später in der Studie von *Wender, Kety* u. a. sehen werden, hat die genaue Untersuchung der Adoptiveltern eine sehr hohe Pathologierate ergeben, was noch im Einzelnen ausgeführt werden wird.

Hestons Untersuchungen können im Gegensatz zu seinen eigenen Schlußfolgerungen im gegenteiligen Sinne aussagekräftig werden, nämlich, daß die postnatale Umwelt des extrem gefährdeten Säuglings einen erheblichen Anteil an der Prävention der schizophrenen Erkrankung hat und weiter, daß die schizophrene Erkrankung der Mutter, die langjährige Hospitalisierung in einer Nervenklinik einen erheblichen Risikofaktor – umweltbedingt – für die psychische Entwicklung des Kindes darstellt.

Um zu beweisen, daß Umweltfaktoren gegenüber genetischen Faktoren eine unwichtige Rolle bei der Entstehung der Schizophrenie darstellen, bedienten sich *Wender, Rosenthal, Kety, Schulsinger, Wenner* (1974) der Methode des „cross-fostering". Aus ihrer Studie ziehen die Autoren den Schluß, daß genetische Faktoren in der Entstehung der Schizophrenie einen erheblichen Einfluß haben, während familiäre Psychopathologie diesen nicht zeigt. Es ist verblüffend, daß die Autoren diesen Schluß ziehen, obwohl sie in der Abschlußdiskussion selbst ihre Methode in Frage stellen müssen. In ihrer Methodik zur Untermauerung der genetischen Hypothese gehen sie wie folgt vor:

a. Die Kontrollgruppe, bei der die Adoptivkinder von sogenannten normalen biologlischen Eltern abstammen und von sogenannten normalen Adoptiveltern aufgezogen wurden.
b. Die Indexgruppe, bei der die Adoptivkinder von schizophrenen Eltern abstammen, und von sogenannten normalen Adoptiveltern aufgezogen wurden und
c. der Cross-Fostered-Group, bei der die Adoptivkinder von normalen biologischen Eltern abstammten und von Eltern aus dem „schizophrenen Spektrum" aufgezogen wurden.

In der Zusammensetzung der untersuchten Gruppe wurde zunächst einmal auffällig, daß *Wender* und Mitarbeiter in Ermangelung eines ausreichend großen Untersuchungsgutes für die Cross-Fostered-Group folgendes diagnostisches Spektrum im sogenannten „Schizophrenia Spektrum" zusammenfaßten:

Chronische Schizophrenie	9 Patienten
Borderline-Schizophrenie	4 Patienten
Fragliche schizophrene und schizoide Persönlichkeiten	6 Patienten
Akut schizophren oder schizo-affektiv	9 Patienten
Manisch-depressiv	10 Patienten

Schon beim Vergleich der Elternuntersuchung fiel auf, daß bei der Cross-Fostered-Group noch nicht einmal die Gesamtheit der Eltern untersucht wurden, sondern von n = 38 einfach zehn Eltern, wahrscheinlich die Manisch-Depressiven, weggelassen wurden. Das heißt, daß nur für 73 % der Patienten aus der Cross-Fostered-Group eine Elternuntersuchung bezüglich der Schizophrenie in die Untersuchung miteinbezogen werden konnte. Eine weitere

Unsauberkeit ist die, daß bei den biologischen Eltern der Cross-Fostered-Group in der Hypothese keine schizophrene Erkrankung zugrunde gelegt worden ist. Real sind aber mindestens fünf dieser Eltern einmal in psychiatrischer Behandlung, wahrscheinlich wegen schizophrener Erkrankungen gewesen.

Von großer Bedeutung für die mangelnde Aussagekraft dieser Arbeit erscheint mir auch der Wert, daß das mittlere Adoptionsalter in den drei Gruppen zwischen 4,5 Monaten bis 5,9 Monaten lag. Dies beinhaltet eine Spannbreite der Adoptionsalter von fünf Tagen bis zu sieben Jahren. Allein diese große Spannbreite läßt keine Unterscheidung, geschweige denn einen Ausschluß von Umweltfaktoren zu. Wie wir von vielen Autoren wissen, (*Ammon, Bateson, Freud, Jackson, Lidz, Sulman, Wynne,* u. a.) ist ausschlaggebend für die Verursachung schwerer psychischer Erkrankungen das erste Lebensjahr, eventuell die intrauterine Zeit wie auch die dann später andauernde Gruppendynamik. Bei so großen Unterschieden von Adoptionsaltern zwischen fünf Tagen und sieben Jahren dürfte für eine seriöse statistische Betrachtung die Interpretation erst erfolgen, wenn die Korrelation zwischen manifester schizophrener Erkrankung und spezieller Gruppendynamik erfolgt ist.

Trotz der oben erwähnten methodischen Unzulässigkeiten kommen die Autoren zu diesem Schluß "this analysis has documented a genetic effect into transmission of schizophrenia but failed to show any environmental effect".

Die Autoren mußten aus ihrem Kollektiv der beweisführenden Cross-Fostered-Group von 28 Patienten noch sieben abziehen, da sie schon vor der Adoption durch soviel Psychopathologie aufgefallen waren, daß eine Verwertung unmöglich wurde. Nach der Korrektur kamen sie zu dem Ergebnis, daß die Kinder von biologisch gesunden Eltern, die in Familien aus dem schizophrenen Spektrum aufgezogen wurden, um die Hälfte weniger Psychopatologie entwickelten als die Kinder, die in einem sogenannten gesunden Milieu aufwuchsen.

Die Werte der Kontrollgruppe drückten aus, daß bei ihr die Krankheitshäufigkeit zehnmal höher lag als bei der erwarteten Wahrscheinlichkeit der Erkrankung aus dem schizophrenen Spektrum in der Gesamtbevölkerung.

So kamen die Autoren nicht umhin, zu diskutieren, ob entweder 10 % der dänischen Bevölkerung an einer Borderline-Schizophrenie oder schwereren Erkrankung litten bzw. 25 % der dänischen Bevölkerung schizoid oder kränker seien, oder ob man nicht doch eher die Kontrollgruppe als ein nicht repräsentatives Spektrum in Frage stellen sollte.

Möglicherweise aus staatspolitischen Gründen entschlossen sich die Autoren, ihre Kontrollgruppe als nicht repräsentativ zu beschreiben. In einer Nachstudie mußten sie dann konzidieren, daß ein Drittel der biologlischen Eltern der Kontrollgruppe – sogenannte gesunde Eltern – aus dem schizophrenen Spektrum stammten und daß die Hälfte der Ehepaare mindestens

einen derartig erkrankten Partner aufwies. Eine Untersuchung der Adoptiveltern der Indexgruppe unterblieb, so daß die Gruppe letztlich nicht zu verwerten ist.

Aber auch der Ansatz: Schizophrene Erkrankung des Elternteils ergibt schizophrene Erkrankung des Kindes, ist falsch, denn jeder Kliniker weiß, daß nach psychiatrisch-diagnostischen Kriterien die Eltern von Schizophrenen durchaus nicht selbst schizophren sein müssen. Für die Methodik der Untersuchung heißt dies also, daß ein Vergleich von schizophrener Pathologie bei biologischen Eltern und schizophrener Pathologie bei den Adoptiveltern, wie auch das Fehlen manifester Pathologie keine Vergleichskriterien darstellen. Eine Unterscheidung zwischen genetischen und Umweltfaktoren würde erfordern, die genauen Lebensumstände, die Familiendynamik, besonders in ihren unbewußten Anteilen zu untersuchen.

Zusammengefaßt sei noch einmal verdeutlicht, weshalb die genannten Adoptionsstudien nicht zu einer Untermauerung der genetischen Schizophreniehypothese herangezogen werden können:

1. Zur Erhärtung einer genetischen Theorie werden in einem „Schizophrenie-Spektrum" ohne wissenschaftliche Grundlage die verschiedensten Diagnosen subsummiert und somit der Krankheitsbegriff einer definierten und beschriebenen Krankheit verwässert, wie auch der genetische Modus von Erblichkeit und Transmission verunklart anstatt verdeutlicht. Es ist auffällig, daß die Forschergruppen dieser Richtung allzugerne die schizoiden Patienten mit den schizophrenen Patienten zusammenfassen.
2. Die Untersuchungsmethodik ist durchgehend löcherig und vernachlässigt deutlich Parameter wie:
   a) pränatale Einflüsse auf das Kind
   b) Einflüsse auf das Kind von der Geburt bis zur Adoption
   c) Familienstruktur und Persönlichkeitsstruktur der Adoptiveltern.
3. Ähnlich wie bei *Hestons* Arbeit scheint der zwanghafte Drang zur Untermauerung einer organischen Hypothese die Kritikfähigkeit gegenüber den wirklich erhobenen Befunden deutlich in Frage gestellt zu haben, was jedoch starke Auswirkungen auf Forschung und Lehre hat, besonders in gängigen psychiatrischen Lehrbüchern (wie *Huber, Hippius* u. a.), die somit in der Hochschulausbildung in eine falsche Richtung weisen.

In der Frage des Erbganges bevorzugt die biologische Psychiatrie zur Zeit das Modell der polygenetischen Vererbung (*Zerbin-Rüdin,* 1980), da dominanter und rezessiver Erbgang humangenetischen Untersuchungen nicht standhalten konnte. Nach strengen humangenetischen Vorstellungen stellt das „Polygenetische" lediglich eine Genwirkung dar (*Lenz,* 1979) und nicht eine Anlage im strengen Sinne. Die Arbeitsvorstellung ist die, daß die „Anlage" für die schizophrene Erkrankung auf verschiedenen Genen zu finden sei, deren Zusammenwirken und Zusammenspiel mit Umweltkonstellatio-

nen dann zur Krankheitsentstehung beitragen sollen. Nach diesem Modell ist mit genetischen Methoden jedoch nicht feststellbar, ob ein Individuum Träger der Anlage ist oder nicht. Selbst wenn wir aus dynamisch-psychiatrischer Sicht dieses Modell als möglich annehmen würden, bestünde kein Gegensatz zur ich-strukturellen und gruppendynamischen Betrachtung der Ätiologie der schizophrenen Reaktion.

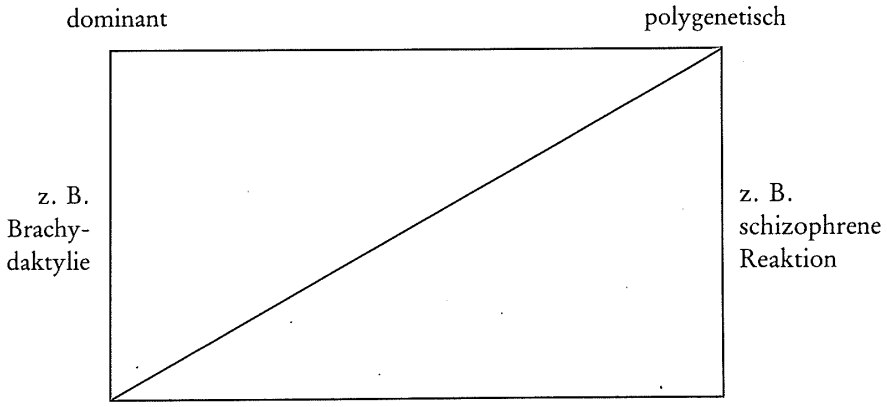
In unserem Arbeitsansatz siedeln wir die genetische Ausstattung eines Menschen in der primären Ich-Struktur an.

Wenngleich mit der Befruchtung eine gewisse biologische Ausstattung bestehend aus dem Genotyp und dem daraus folgenden Phänotyp des Menschen gelegt wird, sind die gruppendynamischen Einflüsse in ihrer Bedeutung für die genetische Ausstattung des Menschen sehr früh anzusetzen; denn die Befruchtung kann nicht nur unter rein somatischen Gesichtspunkten betrachtet werden, da die Paarung, d. h. die Partnerwahl ein gruppendynamisches Handeln der Einzelpersönlichkeit ist. Dies sei verdeutlicht durch den Stellenwert der genetischen Beratung, z. B. bei der Blutererkrankung, wo schädigende genetische Anlagen aufgrund einer fürsorglichen gruppendynamischen Konstellation verhindert werden können. Aber auch viele genetische Wirkungen bei bereits bestehender Anlage kommen durch gruppendynamische Einflüsse zu verschiedener Ausprägung, im einfachsten Falle wie bei der Phenylketonurie, die ohne den fürsorglichen Einfluß der umgebenden Gruppe nicht mit dem Leben zu vereinbaren wäre. Nach *Ammon* (1979) kann die primäre Ich-Struktur von sozialenergetischen Faktoren abhängen, denen bestimmte somatische Entwicklungen zukommen.

Innerhalb der primären Ich-Struktur können wir die biologische Wertigkeit einzelner Merkmale oder Erscheinungsformen des Menschen auf einem gleitenden Spektrum annehmen, d. h. es gibt eindeutige Abhängigkeiten von genetischer Anlage und phänotypischer Ausprägung des Einzelmerkmales oder einzelner Merkmale oder mehrerer Merkmale. Dieses ist relativ eindeutig bei z. B. Hautfarbe, Haarfarbe, oder Augenfarbe des Menschen wie auch bei Erkrankungen, z. B. der Brachydaktylie, deren dominanter Erbgang von *Hows* und *Mc Kusick* (1963) dargestellt wurde.

Aufgrund der Familienforschung konnten hier Nachweise geführt werden darüber, ob gemessen an der zu erwartenden Erscheinungshäufigkeit eines bestimmten Krankheitsbildes oder aber auch einer bestimmten phänotypischen Ausbildung, z. B. die Kriterien für eine einfache dominante Vererbung erfüllt sind. Bei der einfach dominanten Vererbung besteht eine relativ strenge Hierarchie von der genetischen Anlage zur phänotypischen Ausprägung. Diese Hierarchie zeigt von der dominanten über die rezessive Vererbung bis hin zur polygenetischen Vererbung eine absteigende biologische Potenz. Mit absteigender biologischer Potenz nimmt jedoch die gruppendynamische Einflußnahme der Umwelt zu, so daß wir hier von einer zunehmenden gruppendynamischen Potenz sprechen können:

Genetische Potenz



(hohe Plastizität der Genwirkung bei schizophrener Reaktion,
z. B. hohe gruppendynamische Potenz)

Gruppendynamische Potenz

Das Schema stellt eine Vereinfachung dar und wäre zunächst anzuwenden auf die Ausprägung und gruppendynamische Intervention bei Einzelmerkmalen.

Die Ich-Struktur des Menschen ist jedoch ein außerordentlich komplexes Geschehen, so daß man für die verschiedenen Ich-Strukturen und -Funktionen diagnostisch gesehen durchaus jeweils eine spezifische Ergänzungsreihe von biologischer und gruppendynamischer Potenz aufstellen müßte. Es kann aus dem Schaubild jedoch deutlich werden, daß für den Bereich einer speziellen Störung der Ich-Struktur, nämlich der schizophrenen Reaktion, der Bereich der größten Formbarkeit der Genwirkung durch gruppendynamische Konstellationen angenommen werden muß. Diese Plastizität der Gene im polygenetischen Bereich beinhaltet die Möglichkeit, zu erkranken oder nicht zu erkranken, was jedoch kein autonomer genetischer Vorgang ist. Selbst wenn eine gewisse genetische Anlage für eine schizophrene Reaktion vorhanden sein sollte, so erscheint diese nicht im Gegensatz zu einer psychodynamischen Betrachtungsweise. Denn die genetische Wirkung unterliegt ebenso wie viele Stoffwechselprozesse übergeordneten Regulationsprinzipien; denn wir sehen mit *Ammon* die schizophrene Erkrankung auf dem Hintergrund eines integrierten Persönlichkeitsmodells, das den Menschen als ein gruppendynamisch, ich-funktional und genetisch bestimmtes Wesen betrachtet.

Es sei an dieser Stelle einmal grundsätzlich die Frage aufgeworfen, ob sich überhaupt eine strenge Beziehung zwischen Genetik und Schizophrenie herstellen läßt. Selbst aus schulpsychiatrischer Sicht kann ja nicht von der Vererbung eines einzigen Merkmals, wie z. B. bei der Hämophilie gesprochen werden, sondern es handelt sich um eine Beeinträchtigung der Gesamtper-

sönlichkeit – deshalb sprach man ja auch von Spaltungsirresein – wobei phänomenologisch nach *Bleuler* und *Schneider* eine Vielzahl von Einzelmerkmalen imponieren.

Zusammenfassend möchte ich den Stellenwert der Neurotransmitter und der Genetik bei der Schizophrenie noch einmal wie folgt verdeutlichen:

1. Die Auswertung der Befunde der biologischen Psychiatrie hat deutlich gemacht, daß von dieser Seite für die Genetik sowohl wie für die Neurotransmitter, besonders Dopamin, ein ätiologischer Zusammenhang zwischen der Organstörung und der Entwicklung der Krankheit nicht gesehen werden kann.
2. Genetische und Neurotransmitter-Störungen können gesehen werden im Rahmen der Gesamtstörung des Ich des schizophren Erkrankten besonders im Bereich der primären Ich-Struktur.
3. Die Neurotransmittersysteme stellen in ihrer Störung eine somatische Erscheinung des Gesamtgeschehens der schizophrenen Reaktion dar.
4. Die Neurotransmitterstörung ist eher mit der symptomatologischen akzessorischen Störung bei der schizophrenen Reaktion in Beziehung zu bringen, aber nicht mit der Grundstörung.
5. Da Neuroleptika lediglich die akzessorischen Symptome nach *E. Bleuler* behandeln, diese zur Diagnose der Schizophrenie jedoch nicht ausreichen, ist die neuroleptische Behandlung keine spezifische Schizophrenietherapie. Somit stellt auch die Störung des Dopaminstoffwechsels oder die Störung der Rezeptorseite kein schizophrenes Spezifikum dar.
6. Aus humangenetischer Sicht wird am ehesten bei der schizophrenen Reaktion eine polygenetische Vererbung angenommen, die im strengen Sinne jedoch kein Erbgang sondern eine genetische Wirkung ist.
7. Von dominantem Erbgang zum polygenetischen Erbgang hin nimmt die biologische Wertigkeit der Gene ab und die gruppendynamische Wertigkeit nimmt zu.
8. Polygenetische Vererbung hieße dann eine hohe Plastizität der Gene bei der schizophrenen Reaktion, d. h. die gruppendynamische Prägung des Menschen erhält einen hohen Stellenwert. Die Behandlung und Prophylaxe erfordert somit eine guppendynamische und ich-strukturelle Annäherung an den erkrankten Menschen.

The Significance of Neurotransmitter and Genetic Research in Schizophrenia

Burkhard Gülsdorff (Berlin)

The author investigates the meaning of neurotransmitters and genetics on behalf of schizophrenia.

In psychiatric research and practice there is still a big gap between biological and psychodynamic/groupdynamic approaches to psychic diseases. As

nearly most biological psychiatrist make clear, that there is no straight support of an organic or genetic etiology of schizophrenia – by the data they have raised – there is still misunderstanding and misinterpretation and sometimes ideology in the problem of schizophrenia.

The author supports the approach with the Ego-Structure Model of *Günter Ammon,* where somatic disturbances and genetic factors are part of the disturbance of the Primary-Ego-Structure (body-ego; central and peripheral nervous system a. o.).

Reviewing literature, dealing with neurotransmitters, genetics and schizophrenia the author investigates the regulating and integrating factors and comes to the conclusion, that regulation of neurotransmitters and genetics in schizophrenia seems to underlie groupdynamic processes.

The review of literature made evident, that the hypothesis of dopamine-overactivity in schizophrenia could not be supported any longer. Of more interest is the discussion of overactivity of dopamine-receptors. Results from different authors support this findings, but the discussion of the meaning is controversial.

The basic question seems to be: are these findings the causes for schizophrenia or a side-effect only?

As the disturbances in the dopamine-system are only found in "some schizophrenias", especially in paranoid subtype, and as the mechanism of receptor disturbance and its regulation is not clear, the author hypothezises that neurotransmitter and receptor disturbances could be looked at as a part of the disturbance of the Primary-Ego-Structure within the schizophrenic personality (Ego-Structure).

So biological data demonstrate a small and very special part within the wide range of schizophrenic symptoms and mean a somatic symptom among others.

The review of literature, dealing with genetics and schizophrenia the author could clarify, that the data of twin studies are able to support an environmental hypothesis of schizophrenia.

The high rate of discordance within monocygotic twins demonstrate groupdynamic influence in the etiology of schizophrenia.

Familiy- and adoptionstudies as well have failed to clarify the genetic factor in schizophrenia, because of heavy failures in methodology and diagnosis.

The way of genetic transmission is still unclarified; in consequence most biological psychiatrists prefer the "polygenetic hypothesis".

Polygenetic means, the possibility of becoming schizophrenic, but groupdynamic factors must create that "vulnerable Ego-Structure" and groupdynamic factors must support the course of schizophrenia.

In the Ego-Structure model of *Ammon* the genetic supplies of a human being base in the Primary-Ego-Structure. The more dominant a genetic supply is, the less is the possibility for groupdynamic intervention. In schi-

zophrenia there are a lot of single phenomenons, which do not depend on dominant genetic influence. In the polygenetic hypothesis – if we would accept this theory – the groupdynamic modulation of the personality would be at the highest level.

So, even if there were a genetic basis of schizophrenia, the specific groupdynamic influence should be studied and used for better treatment.

Literatur

Ammon, G. (1979): Entwurf eines Dynamisch-Psychiatrischen Ich-Struktur-Konzepts – Zur Integration von funktional-struktureller Ich-Psychologie, analytischer Gruppendynamik und Narzißmustheorie. In: Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt)

Bird, E. D. (1976): Neurochemical findings in the post-mortem schizophrenic brain. In: *Hemmings, G.* and *Hemmings, E. A.* (Eds.) The Biological Basis of Schizophrenia, MTP-Press

Bleuler, E. (1911): Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien. Hrsg. *G. Deuticke,* In: Handbuch der Psychiatrie. (Aschaffenburg, Leipzig-Wien: Deuticke)

Bowers, M. B. (1974): Central dopamine turnover in schizophrenic syndromes. In: Arch. Gen. Psychiatry 31 (50)

Brambilla, F., et al (1979): Dopamine receptor sensitivity in the hypothalamus of chronic schizophrenics after haloperidol therapy: Growth hormone and prolactin response to stimuli. In: Psychoneuroendrinology, Vol. 4, Pergamon Press.

Carlsson, A. (1978): Does Dopamine Have a Role in Schizophrenia? In: Biol. Psychiatry, 13 (1)

Farley, I. J. (1980): Brain monamine changes in chronic paranoid schizophrenia an their possible relation to increased dopamine receptor sensitivity. In: *Pepeu, G.* et al (Eds.), Receptors for Neurotransmitters an Peptide Hormons – Advances in Biochemical Psychopharmacology, Vol. 21 (New York: Raven Press)

Gottesman, I. I., Shields J. (1976): A critical review of recent adoption, twin, and family studies of schizophrenia: Behavioral Genetics Perspectives. In: Schizophr. Bull. 2. 360–398

Haase, H. J. (1977): Therapie mit Psychopharmaka und anderen seelisches Befinden beeinflussenden Medikamenten. (Stuttgart/New York: F. K. Schattauer)

Haws, D. V. Mc Kusick, V. A. (1963): Farabee's brachydactylous Kindred revisted. In: Bull. Johns Hopk. Hosp. 113

Heston, L. L. (1966): Psychiatric disorders in foster home reared children of schizophrenogenic mothers. In: Br. J. Psychiatry 112. 819–825

Iversen, L. L. (1980): Further evidence for the existence of multiple receptors for dopamine in the central nervous system. In: *Pepeu, G.* et al (Eds.), Receptors for Neurotransmitters and Peptide Hormones-Advances in Biochemical Psychopharmacology, Vol. 21 (New York: Raven Press)

Jackson, D. D. (1960): A critique on the genetics of schizophrenia. In: *D. D. Jackson,* (Ed.) The etiology of schizophrenia. (New York: Basis Book) Dt. Ausgabe: *G. Bateson,* et al: Schizophrenie und Familie. (Frankfurt/M.: Suhrkamp)

Kallmann, F. H. (1938): The Genetics of Schizophrenia. (New York: Augustin)

Kallmann, F. H. (1946/47): The genetic theory of schizophrenia. In: Am. J. Psychiatry, Vol. 105

Klawans, H. L., et al (1972): Pathophysiology of schizophrenia and the striatum. In: Dis. Nerv. Syst. 33, 711

Lal, H., et al (1977): Enhanced prolactin inhibition following chronic treatment with haloperidol and morphine. In: Life Sci 20, 101–106, 1977

Lee, T., Seemann, Ph., (1980): Abnormal neuroleptic/dopamine receptors. In: *Pepeu, G.,* et al (Eds.): Receptors for Neurotransmitters and Peptide Hormones.-Advances in Biological Psychopharmacology, Vol. 21 (New York: Raven Press)

Lenz, W. (1979): Medizinische Genetik. 4. Aufl., (Stuttgart: Thieme)

Lidz, T. (1976): Commentary on "A critical review of recent adoption, twin, and family studies of schizophrenia: behavioral genetics perspectives." In: Schizophrenia Bull, 2 (3)

Lipinsky, J., Matthysse, St. (1977): Biological theories of schizophrenia. In: *A. Frazer, A. Winoker* (Eds.), Biological Bases on Psychiatric Disorders, Spectrum Publications
Matthysse, S. (1973): Antipsychotic drug actions, a clue to the neuropathology of schizophrenia? In: Fed. Proc. 32; 200
Matthysse, St. W., (1976): Theoretical comment on *Gottesman* and *Shields* review. In: Schizophrenia Bull. 2 (3)
Nyback, H., Sedvall, G. (1969): Regional accumulation of catecholamines from tyrosine-14-C in rat brain: Effect of chlorpromazine. In: Eur. J. Pharmacol 5, 245–252
Owen, F., et al (1978): Increased dopamine-receptor sensitivity in schizophrenia. In: Lancet 8083, 223–226, 1978, II
Penrose, L. S. (1955): Heredity and environment in human affairs. (London: National Child Home)
Post, R. M., et al (1975): Cerebrospinal fluid amine metabolites in acute schizophrenia. In: Arch. Gen. Psychiatry 32, 1013
Randrup, A. Munkvad, I., (1972): Evidence indicating an association between schizophrenia and dopaminergic hyperactivity in the brain. In: Orthomolec. Psychiatry 1, 2
Rosenthal, D., (1980): Genetic aspects of schizophrenia. In: *van Praag, H. M., Lader, M. H., Rafaelsen, O. J., Sachar, E. J.* (Ed.), (New York/Basel: Marcel Dekker)
Slater, E. (1947): Genetic causes of schizophrenic symptoms. In: Z. f. Psych. 50, 113
Snyder, S. H. (1973): Amphetamine psychosis: a model of schizophrenia mediated by catecholamines. In: Am. J. Psychiatry 120, 61
– (1976) The dopamine hypothesis of schizophrenia: Focus on the dopamine receptor. In: Am. J. Psychiatry, 133, 2
Wender, P. H., Rosenthal, D., Kety, S. S., Schulsinger, F., Welner, J. (1974): Cross-fostering: A research strategy for claryfying the role of genetic and experiential factors in the etiology of schizophrenia. In: Arch. Gen. Psychiatry 30, 121–128
Zerbin-Rüdin, E. (1972): Genetic Research and the Theory of Schizophrenia. In: Int. J. Ment. Health 1 (1–2), 42–58
– (1980): Psychiatrische Genetik. In: *Kisker, K. P., Meyer, J. E., Müller, C., Strömgren, E.,* (Hrsg.), Psychiatrie der Gegenwart, 2. Aufl. Bd. I/2, (Heidelberg: Springer)

Anschrift des Autors:
Burkhard Gülsdorff
Schlüterstraße 52
1000 Berlin 12

Borderline Patients in System of Psychoanalytically orientated Short-Term Group Psychotherapy***

Jerzy S. Pawlik*
and A. Grot, E. Maciocha, R. Pawłowska, M. Rozlał, W. Sobański**

In der vorliegenden Arbeit wird eine Klinik für stationäre Psychotherapie – das „Neurosis Treatment Centre" – sowie ein Zentrum für ambulante Psychotherapie in Warschau beschrieben. Neben mehr neurotisch reagierenden Patienten werden dort auch mehr und mehr schwerer kranke Borderline-Patienten behandelt.
Ein besonderes Problem in der Behandlung von Borderline-Patienten stellt die Handhabung der Gegenübertragungsreaktionen dar. Diese werden anhand einer Fallvignette dargestellt. Durch das Einbeziehen verschiedener Realsituationen in den psychotherapeutischen Prozeß wie Gartenarbeit, Essen, Spielen neben der im Zentrum stehenden psychoanalytischen Gruppentherapie, die auch Psychodrama und Pantomime berücksichtigt, gelingt es, den Patienten zu erreichen, so daß dieser sich mit den in der frühen Kindheit gemachten Erfahrungen auseinandersetzen kann.
Als wichtigstes Moment in der Therapie erscheint das authentische Engagement des Therapeuten.

Our system of psychotherapy has existed in Warsaw for 16 years as part of the Social Health Service. The system consists of the in-patient unit, Neurosis Treatment Centre in Rasztów, and of the out-patient clinic in Warsaw. The system has been initially organised on the Neurosis Rehabilitation Centre in Prague, Czechoslovakia. It has been based on the neo-analytical interpersonal theory and on the small group unit model. The system has many practical advantages; it enables intensive and effective treatment of a relatively large number of different types of patients in a relatively short time and it meets requirements of the Social Health Service (*Pawlik*, 1978).

The structure of the Centre: The Centre is situated at Rasztów, some 25 miles from Warsaw. The Centre's out-patient clinic is in Warsaw, where patients are examined and prepared for treatment at Rasztów. Patients are finally accepted and submitted to initial treatment in psychotherapeutic groups which meet once a week. Eligible for treatment are people between 18 and 50. Although diagnosis and severity of symptoms are of some importance the decisive criterion of selection is the patient's motivation for treatment. The only contra-indication are grave somatic diseases that could prevent the patient from taking part in the daily routine at the Centre.

Besides selecting patients for treatment in Rasztów, the out-patient clinic conducts family therapy. This embraces individual interviews and two kinds

* Mgr.psychol., Vice-President of the Psychotherapy Section of the Polish Psychiatric Society
** Mitarbeiter am Neurosis Treatment Centre, Warschau
*** Vortrag, gehalten auf dem XII. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 8.–13. Dezember 1980, Kongreßzentrum München

of group treatment: one for family members of patients under treatment at Rasztów, the other for discharged patients and family together.

The Centre accomodates 24 patients (both sexes) who constitute one open therapeutic group (2–4 admissions a week). The programme of every day activities at the Centre resembles the rhythm of any normal day.

Gymnastics, breakfast, physical work in groups (in garden, farm, maintenance or domestic work), lunch, two hours of free time when patients may leave the premises, three hours of psychotherapy with half-hour break; after supper – an evening of social recreation, "problem-solving" games and handicrafts.

All day long the psychotherapist on duty takes part in the activities. Treatment and general supervision are conducted by the therapist on duty, who is either a psychiatrist or a psychologist. Pharmacological treatment is not practised, except for sporadic administration of sleeping pills.

Patients remain at the Centre for eight to ten weeks, after which they return to their normal lives. But their treatment continues; once a week they attend group therapy session at the out-patient clinic, where problems that have cropped up after their return to the pre-treatment situation are discussed. This additional treatment is usually continued for one to three months.

Methods of treatment: The basic treatment is group psychotherapy. Its purpose is to remove neurotic symptoms by discovering the patient's problems, which are re-experienced in the therapeutic situation. In the group situation where reciprocal feelings are evoked, patients come to know difficulties in co-existing with others and by tracing them back to prior experiences and early childhood they become aware of the sources of these difficulties.

During our work we were more and more influenced by the psychoanalytical concepts, and some of us passed classical psychoanalytical training. Consequently we have tried to apply psychoanalysis to our system of psychotherapy. Our aim has been to combine advantages by the psychoanalytical approach with those brought about by group orientated short-term methods. For evaluating and understanding group processes we adopted group as-a-whole theories of the British school of Group Analysis (*Foulkes*) and the theory of the group focal conflict (*Whitaker*). Nevertheless we are not concerned with the psychotherapy of the group but with the psychotherapy of the individual in the group. Our goals will not be so far reaching as in psychoanalysis, but our aim still be to enable patients to achieve specific and significant changes correlated with symptomatic improvements. In order to attain this we must not only shorten the time of therapy but also we have to intensify the psychotherapeutic process. In our system we can differentiate several factors which serve this purpose. Some of them are the consequence of a particular treatment situation, as, for example, group induced intensity of relationships, all-day community programme in the

in-patient department, family therapy and so on. The treatment is intensified by means of special psychotherapeutic techniques – mainly psychodrama and non-verbal pantomimic techniques.

Analytic psychodrama is the method to which we attach particular importance, and in our system is one of the most important therapeutic devices. Psychodrama is not used separately but in close connection with other elements of the psychotherapeutic process and in accordance with our general concepts mentioned above.

As we have already said our method of psychotherapy is mainly orientated in the direction of curing the neurotic patients and other lesser forms of personality disorders.

But in the last few years we have taking more often the patients with much more profound pathology, some of these patients can be described by the name of "borderline".

At the beginning we were reluctant taking the borderline patients to our Centre. We were afraid that their very often impulsive, aggressive behaviour may gravely disturb the psychotherapeutic process and may cause the difficulties in the treatment of the other patients. But soon we found out that the biggest problem is ours, the psychotherapeutists'. And specifically it was the problem of being able to cope with our countertransference feelings. Now, after having achieved the certain experience in work with this type of patients we can say that the difficulties are still there, though nowadays we understand them better.

In literature concerning this type of patients there is the agreement that it is difficult to cure them in individual psychotherapy as well as in a group one. It is difficult to help them as they see the surrounding world and other people as unfriendly and threatening. On the other hand their amazing sensitivity is being stressed. It is very easy to hurt them painfully and deeply.

In connection with these patients the name of "narcissistic hemorrhage", "psychic bleeding" is being used. *Malcolm Pines* (1978) compares the borderline patients to the patients with hemophilia who are able to bleed a lot even of getting the slighter wound.

He says that in both cases it is connected with the structural defect. In the case of the borderline patients we can say that this defect means a certain deficit in the development of structure and the functions of ego. *Ammon* even described it picturesquely as a "hole in ego" (*Ammon*, 1980). Disturbances in the structure and functions of ego express themselves in the weakly integrated identity. Especially it is *Ammon* who underlines it but also *Kernberg*, *Schindler* and other authors talk about it. Many authors are in accordance that the borderline pathology is a sign of a very early disturbance of mother-child relationship. *Ammon* emphasises that aggressive rejecting attitude of mother relationship to her child means in fact "forbiddance of identity" (*Ammon*, 1979). *Malcolm Pines* says: "Ego weakness is based on pathologically fixated and intensified splitting processes; it follows that

contrary self and object images exist and are not systematised and integrated; the ego functions of neutralizations of primitive sexual and aggressive drives is deficient, so that the more mature ego functions cannot develop for they need neutralised energy for this task" (*Pines*, 1978).

So, the formation of the borderline pathology is a long time and early beginning process and tightly connected with the development of the man's personality. And that is why *Kernberg* uses the expression of "borderline personality organization" and *Schindler* uses the expression of "borderline" which means a certain territory space dividing two different parts of personality (*Schindler*, 1978).

Summing up what I've just said, the conclusion is that the most important elements of the borderline pathology are as follows:

1. the disturbances in the functions and structure of ego, which are being expressed by the deficient identity integration (identity diffusion)
2. the primitive defence mechanisms such as splitting, projective identification, devaluation, denying.

The difficulty in treating this category of patients lays in inability of avoiding the traps which the patient puts there for us. In a rather short time we begin to see that we feel and behave in a way which is being forced upon us by the behaviour of the patient. We begin to feel persecuted and provoked though the patient accused us persecuting and provoking him. Certain of ours even the slight countertransference reactions are being received by the patient as a purposeful attack on him.

Secondly, the therapists often feel devaluated by such patients as the therapists and the persons.

In a certain less experienced therapist it may cause the tendency to show the patient his weakness and difficulties, and so to devaluate him.

These general notes concerning the difficulties in treating of the borderline patients now we would like to illustrate by giving a detail description of the treatment of one of our patients. He caused us a lot of problems and we can't say that he was our complete success.

Patient J. G., 39 years of age engineer, divorced for 6 years, has a son of eleven. For 3 years he has been living with a 25 years old nurse, whom he met during one of the previous treatments. In spite of the divorce and the separate flat the patient stays in a contact with his ex-wife.

From time to time they have intercourse and they pay each other visits concerning the child, they even go for holiday together. The nurse with whom the patient has been living for the last 3 years is very caring. But in spite of her pressure the patient does not want to link his life with hers for good.

Main complaint with which the patient came for the treatment: – massive phobias, claustrophobia, skoptophobia, a very strong fear concerning the death, the serious sleep disturbances, the lack of appetite, and almost obligatory act of curling the hair (since he was 18 years of age).

Previous treatment – in 1974 because of overusing the alcohol he was treated for half a year on an alcoholic ward in a psychiatric hospital. In 1975, after the divorce he was again treated because of the alcoholism on a neurotic-alcoholic ward. In 1980 when he was coming back from the holiday with his ex-wife and the child he was again confronted with the fears and consequently he went back to heavy drinking. Treated again on a psychiatric ward, after a month he was sent to our Centre.

The analyses of the patient's behaviour in the Centre, his relations with other group members and the analyses of the patient's life enable us to classify him into the type of the borderline organization of personality.

The following elements will back it:

The identity diffusion expressing itself in the contrary perception of oneself. He thinks about himself as ugly, thin, with a silly face and ugly profile person and at the same time as a handsome womanizer taking a great care of his body and general appearance. He feels unloved, unwanted to incapable of the lasting relationship, and at the same time he feels that he is the valuable, wanted and desired person.

These different, controversial versions concerning his looks, his doings, achievements they function together or separately, but never in a way of one modifying the other. The only coherent and homogeneous picture of himself is that concerning his intellectual abilities and their estimation by the other people. But he lacks the clear, homogenous and the stable picture of his significant person.

We don't know what was his mother like, nor his sister or what kind of people are his wife, son and lover and what is the patient's attitude towards them. His mother, the patient describes at times as a loving person, and again as somebody who does not understand him, who humiliates and rejects him. The only clear picture is that of the father. He sees him as a dominated by mother and withdrawn person. His wife he describes as an impractical, dependent, thoughtless, silly and cold woman. And as such he treated her during their marriage. Since he left her he started to think about her as the only possible partner, the only object of desire but he can't imagine the life with her because he doesn't believe that she could change and be more caring and warm towards him.

From our interview with patient's ex-wife we learned that she does very well in her work, has more friends than himself and that she is independent. The relationship between the patient and his ex-wife is not clear either. We really don't know if they are together or apart – as they don't share a flat but visit each other, have intercourse and go for holiday together. On his son the patient is projecting his omnipotent self image by giving him the unpopular in Poland name of Julius which he associates with Julius Cesar. Helping him in his homework he is very demanding, thinking that his son should understand everything immediately and should not have any doubts. He wants to bring him up as a strong and brave man. His son should be a

person the patient wanted to be in his own childhood, that is handsome, clever, with curly hair. The lover is for patient somebody who should take care of him, ready to answer to all his wills, but he doesn't consider her as an intellectual and life partner.

From our relations with the patient and our first contacts with him we learned that he does not have deep and stable relationships and he finds it difficult to be friendly, warm and tender towards the other. It was easy to come to conclusion that the patient's relationships do not withstand under the pressure of the conflict and frustrations. His marriage started to fall apart already in the first weeks of its existance. The confrontation between the idealized image of the marriage he had – it being the full realization of the feelings which he did not get from his mother – and the reality meaning taking the responsibility for himself and the others. The patient in his marriage was unable to response emotionally to his wife's feelings. And it also had its effect in sexual and emotional relationships he had with other women.

The Patient's relations with the other members of the group were chaotic and he would change his attitude to some people. For a long time he did not attach himself to anybody. He would rather relate intellectually. Some of these relations were quite early sexualised. The only change in his behaviour was that he stopped curling his hair. It was the result of his feeling sure and secure in the group. He became very quickly even the most significant and respected person in the group. Group members considered him as a strong and omnipotent person who was able to control what was going inside and outside him. With his sayings he would very often hurt deeply the other people. He made use of his knowledge of other people's problems and interpreted specially painful moments of the others. At the time his interest in the fate and the lives of others was very superficial.

It was difficult to him to stop his impulsive, aggressive reactions. Towards two women he showed sexual aggressiveness which caused the fear in the group. During discussion of these events in the group he told us how he tortured his cat when he was a child. But verbal, destructive aggression dominated with other patients. For example, there was a patient, the married woman, very unsure of herself but easily entering into the sexual relationships whom he called the "mental whore".

The staff was thinking how to solve this difficult situation. Difficult for the members of the group and for us, the therapists. Majority of us would stress the mechanisms of splitting and devaluation which the patient would use in the group. And only after a certain time we came to understand that the our specific attention we paid to the mechanism of devaluation was the result of our feeling that we have been devaluated by the patient. One of the psychotherapists was called by the patient the silly one. We were unable to cope with problem – material given us by the patient. During the group session he would present himself as an omnipotent, controlling everything, but during the individual talks with the therapists the patient would appear

as a weak, defenseless and helpless person; he even cried several times. When we tried to discuss this material in the group, the patient would immediately block us because he felt that the therapist in revange want to devaluate him in front of the group. And probably he was right.

The significant move in the process of his treatment was made only when we were able to understand the whole group situation and our counter-transference feelings towards him. We came to the conclusion that the key to full understanding of the patient is his use of the word of the "mental whore". We noticed that the relations between the patient and the group and the therapists are based on the total projection. According to this feelings all the people surrounding him are the mental whores. And this is the projection upon the group his own mental whore, and tortured defenceless kitten; in other words the main part of his self image.

We came to unterstand that the patient's thoughts and perception of himself he has in a given time are contradictory to these he has in the other moment but emotionally he is unable to integrate them. So, in one moment he feels as a tortured kitten and a mental whore and in the other as a beautiful Greek sculpture with curly hair.

Our next therapeutic move was to penetrate patient's experience which could influence the formation of the contradictory self image. And here especially helpful were psychodramatic techniques. The most meaningful were the psychodramatic scenes played during one of the psychotherapeutic sessions. We started with the scene with the patient's friends from the time of his adolescence. The patient had a very oldfashioned suit of which he was ashamed and which was laughed at by his friends. During the scene the patient was passive, he felt helpless and hurt. Then we introduced into this psychodrama the therapist who played the patient's mother. The mother very quickly got rid of his friends and started to talk to him roughly.

It helped him to say the most bitter words about her reluctant and rejecting attitude towards him. He told her that he always felt that she was rejecting him and he felt that her love and care were only superficial. He would bring up from his memory very painful experiences from his early childhood which up to then, he did not remember. He told his mother that she never understood him and that she had never wanted to know his weaknesses and helplessness. She always expected him to be well behaved, properly dressed, to be a good student, healthy and problemless person. The patient would talk about it all with the tears in his eyes and being from time to time very aggressive and highly emotional. After the scene ended, the patient was left alone in the centre of the group. The psychotherapist asked him to stay emotionally engaged in the past about which was the scene they have just played out. The patient went on describing the feelings and the other experiences of this period (psychotherapeutic monologue). He really was a small, sad and helpless boy. In the other words – unwanted, tortured kitten.

This scene had two meanings, for the patient and for the group. For the

first time group members could see the patient being really moved, sad and suffering. This was the same patient who until then would only hurt the others. They said that he suddenly became much more natural and human. And they could even understand him and feel closer to him.

But we, the therapists were afraid that after such uncover of the hidden part of himself in the coming few days the patient would react with the much stronger aggression and rejection towards the other members of the group. And partly it happened. But it wasn't as strong as we expected to be and it was much better received and tolerated by the group.

We came to the conclusion that the patient's acting during the psychodrama was based on his knowledge that he could trust the therapist and be not devaluated by him. The therapist was truly involved in the patient's problems. Every therapist in the Centre not only take part in psychotherapy sessions but also in the other daily activities with the patients, such as working in the garden, lunches, the games, etc.

Taking part in all these activities the patient is being confronted with the reality and so the strength of his projections decreases. These different social activities for which he has to be very often responsible enable the patient to gain the objective knowledge of himself. This process takes part in the clearly framed structure of the therapeutic milieu of our Centre and so it harmonises the patient's own inner milieu.

The following psychodrama would widen our knowledge of the patient. During one of the therapeutic sessions the patient told us about his homosexual experiences from the past in which he played the passive role and was used by the older man. It would associate with the patient's self image as a mental whore. The patient terminated his treatment in the Centre a few weeks ago. His behaviour was significantly changed. However, we presume that all these changes are not stable enough.

The patient wasn't sure how he would manage in his life, which of his two women he will choose and stay with for good. However, it wasn't the end of his psychotherapy. The patient was referred to our out-patient clinic in Warsaw, between two or three months ambulatory treatment.

Conclusions

1. The main difficulty in the treating of borderline patients was that of coping with our countertransference feelings. Apart of the feelings of being devaluated by the patient – the therapist must be able to withstand the patient's projection of his hopelesness feelings. The patient cannot find the solution to his conflict object relations and his hoplessness projects at the therapist.
2. Apart of establishing and realizing a given therapeutic line for the patient, the structure of the Centre itself has a positive meaning. And it is the Centre which gives the objective image of himself and his relations with other people.

3. The use of psychotherapeutic methods, mainly psychodrama helps the patient to reconstruct and re-experience within the psychotherapeutic situation the most important experiences from his past.
4. However, we think that the most important is the intensive authentic therapist's involvement in the psychotherapeutic process. Sharing with the patient all good and bad moments which occur during the treatment.

Borderline-Patienten im System der psychoanalytisch orientierten kurz dauernden Gruppenpsychotherapie

Jerzy S. Pawlik, A. Grot, E. Maciocha, R. Pawlowska, M. Rozlal, W. Sobanski (Warschau)

Die Autoren beschreiben eine psychotherapeutische Einrichtung, die Teil des sozialen Gesundheitsdienstes ist und aus einer Klinik und einem ambulanten Therapiezentrum besteht. In dem ambulanten Therapiezentrum werden die Patienten für die klinische Behandlung ausgewählt; diese Patienten sind zwischen 18 und 50 Jahre alt und müssen für eine Behandlung motiviert sein. In der ambulanten Einrichtung wird darüber hinaus Familientherapie durchgeführt.

Die klinische Behandlung dauert acht bis zehn Wochen, die Behandlung wird danach ambulant fortgesetzt. Während der klinischen Behandlung sind die Aktivitäten des Tages weitgehend strukturiert, im Tagesablauf erfolgen Gymnastik, Frühstück, körperliche Arbeit in Gruppen, Mittagessen, Gruppentherapie und am Abend soziale Aktivitäten und „problemlösende" Spiele. Der Therapeut, ein Psychiater oder Psychologe, nimmt an allen Aktivitäten teil. Auf diese Weise werden alle Bereiche in die Therapie miteinbezogen.

Im Zentrum der Behandlung steht die Gruppentherapie, die einerseits auf den Theorien von *Foulkes* und *Whitaker* beruht, aber andererseits auch den Einzelnen in der Gruppe berücksichtigt. Um die Therapie zu intensivieren, werden Psychodrama und nonverbale pantomimische Techniken in die Gruppentherapie miteinbezogen.

In dieser Klinik wurden zunächst überwiegend neurotische Patienten behandelt. In den letzten Jahren gingen die Autoren dazu über, auch schwerer kranke Patienten, Borderline-Patienten zu behandeln. Dabei war es zu Beginn besonders schwierig, die Gegenübertragungsgefühle der Therapeuten zu handhaben. Eine weitere Schwierigkeit liegt in der Tatsache, daß diese Patienten die sie umgebenden Menschen als unfreundlich und bedrohlich erleben und auf der anderen Seite überaus leicht verletzbar und empfindlich sind. Durch primitive Abwehrmechanismen wie Splitting, projektive Identifikation, Entwertung und Verleugnung delegieren diese Patienten ihre Gefühle an die Therapeuten.

Im Folgenden wird der Therapieverlauf eines Borderline-Patienten, der unter massiven Phobien, Sucht, Schlafstörungen, Appetitstörungen und Trichotillomania litt, beschrieben. In der Gruppe hatte dieser Patient zunächst überhaupt keine, später chaotische Beziehungen, die er intellektualisierte und sexualisierte. Sein impulsives und aggressives Verhalten löste Angst in der Gruppe aus. In der Einzeltherapie konnte er sich schwach und hilflos zeigen und sogar weinen. Den Wendepunkt in der Therapie brachte eine psychodramatische Darstellung seiner frühen Familiensituation; er erschien den Gruppenmitgliedern zum ersten Mal menschlich.

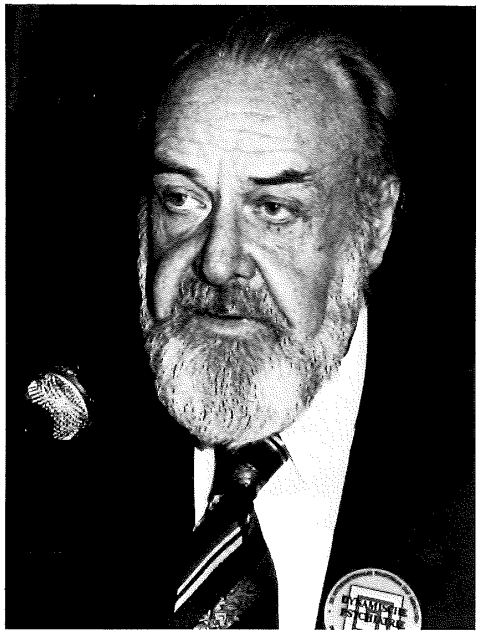
Entscheidend für den therapeutischen Prozeß waren das vertrauensvolle Verhältnis dieses Patienten zu seinem Therapeuten, sowie das Miteinbeziehen aller Realsituationen, in denen die projektiven Mechanismen des Patienten weitaus geringer waren als in der Gruppentherapie.

Literatur

Ammon, Günter (1980): Dynamische Psychiatrie (München: Kindler)
– (1979): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie. Bd. I (München: Ernst Reinhardt)
Łapiński, Michał; Pawlik, Jerzy (1973): Psychodrama i jej zastosowanie w psychoterapii nerwic. In: Mat. do Naucz. Psych. Warszawa (s. III T. 2, PWN)
Kernberg, F. Otto (1974): The structural diagnosis. A borderline personality organization. Reprinted from: Borderline Personality Disorders. The Concept, the Syndrome, the Patient. (New York: International Universities Press, Inc.)
Pawlik, Jerzy (1978): The System of Psychoanalytically Orientated Short-term Group Psychotherapy. (London: Group Analysis XI/3)
Pines, Malcolm (1978): Group-Analytic Psychotherapy of the Borderline Patient. (London: Group Analysis XI/2)
Schindler, Walter (1978): The Borderline Syndrome: A sign of our Time. (London: Group Analysis XI/2)

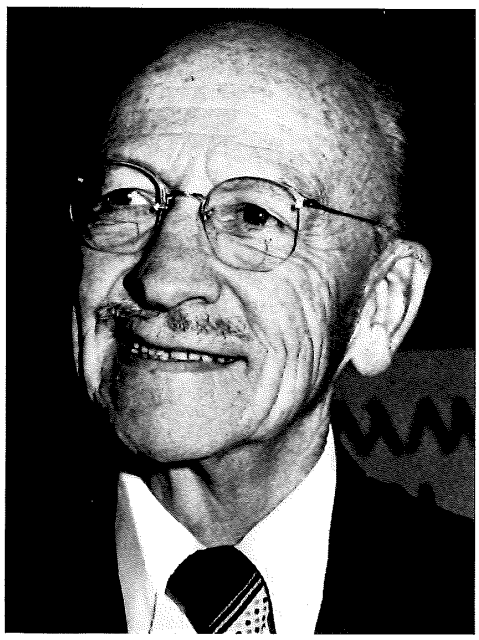
Author's address:
Mgr.psychol. Jerzy S. Pawlik
Psychotherapy Centre
Czerniakowska Str. 137
00-720 Warsaw, Poland

Members of the Executive Council of the WADP



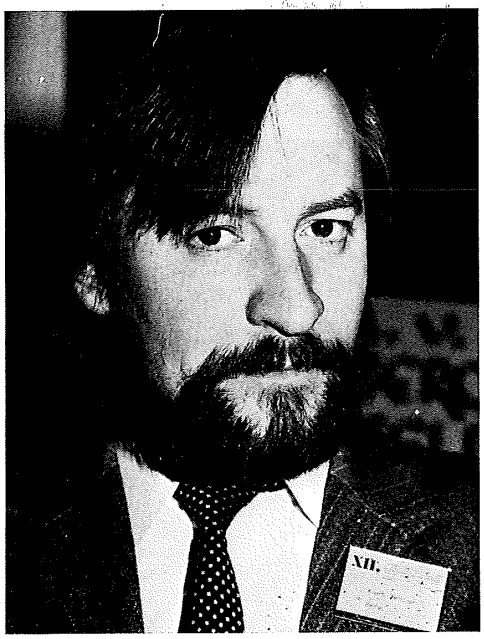
Günter Ammon, M.D., Germany
President

Béla Buda, M.D., Hungary
1. Vice-President,
Chairman of the regional branch



Edward Dehné, M.D., USA
2. Vice-President

Burkhard Gülsdorff, M.D., Germany
Secretary general



Kurt Oehler, Ph.D., Switzerland
Treasurer & Permanent Representative
in Switzerland,
Chairman of the regional branch

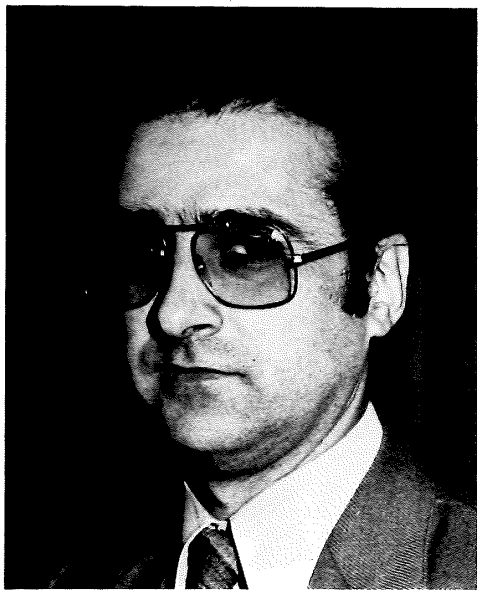
Karin Wangemann, Dipl.-Soz., Germany
Press- and Information Office

Thomas Hessel, Lawyer, Germany
Legal Counsel

Board of Governors & Chairmen of the Regional Branches

Prof. Erwin Ringel, M.D., Austria
Ehrenpräsident der Internationalen Vereinigung für Selbstmordprophylaxe, Leiter der Psychosomatischen Abteilung der Psychiatrischen Universitätsklinik Wien
Chairman des regionalen Zweiges von Österreich der WADP

Prof. Wu Chen-I, M.D., China

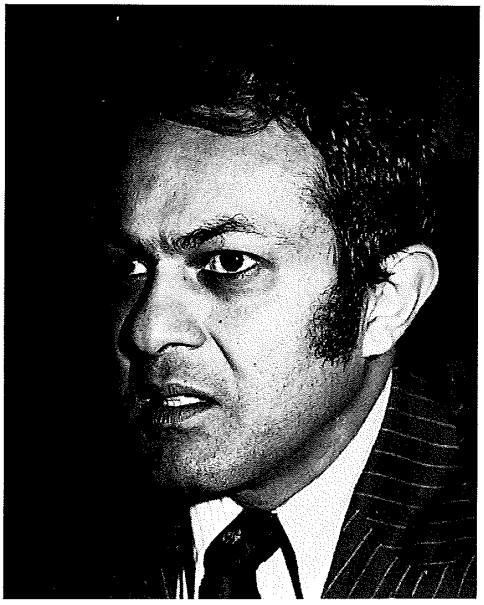


Yves Thobie, M.D., France

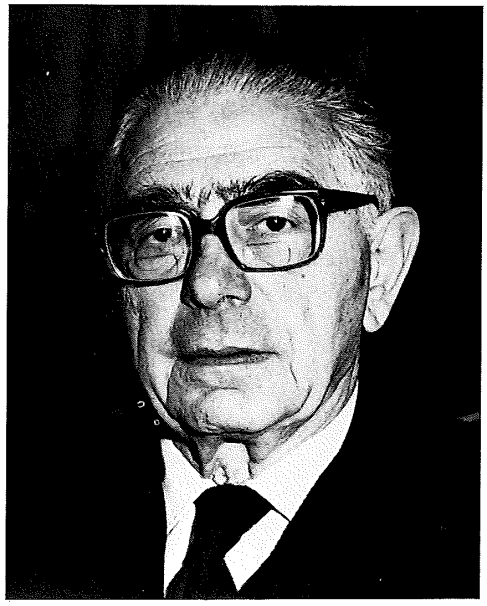
Dieta Biebel, M.D., Germany

Fotini Ladaki, Ph.D., Greece
President of the regional branch

Prof. Nicolas Destounis, M.D., Ph.D., Greece
1. Vice-President of the regional branch



Hallym Calehr, M.D., Indonesia



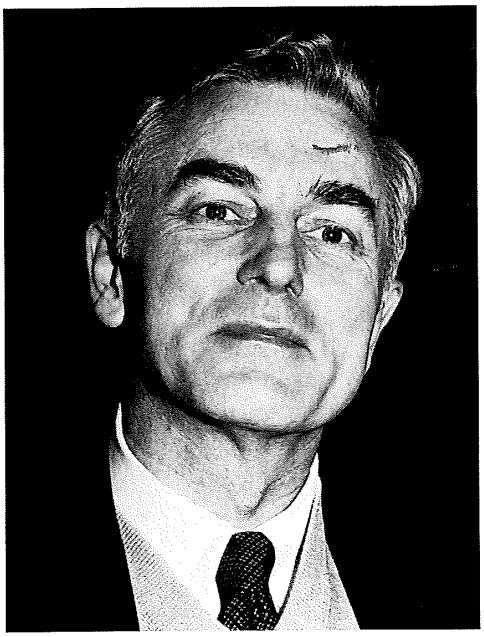
Prof. Friedrich S. Rothschild, M.D., Israel

Prof. Lucio Pinkus, Ph.D., Italien

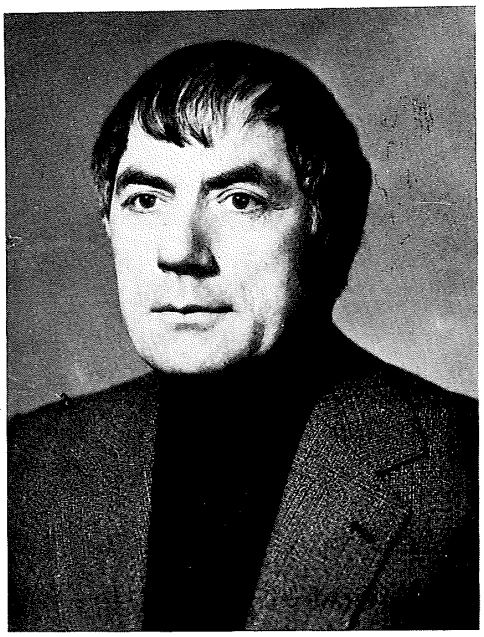
Prof. Akira Fujinawa, M.D., Japan

Nushka P. Muinde, Clin.-Psych., Kenia

Jerzy S. Pawlik, Mgr. psychol., Poland



John L. Carleton, M.D., USA



Prof. Apollon Sherozia, Ph.D., USSR

Ana Rojnik, M.D., Jugoslavia

Vortragende, Repräsentanten und Gruppenbilder des XII. Internationalen Symposiums der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP)

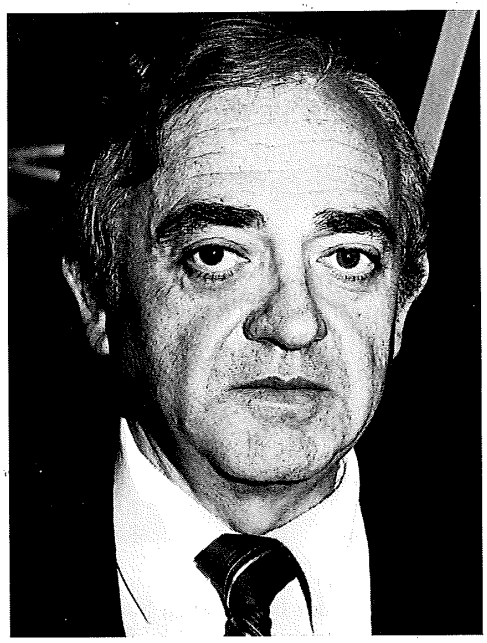
Dr. Rosenbauer
Staatssekretär des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Soziales. Als Vertreter des Ministerpräsidenten bei der Eröffnungszeremonie

Gisela Ammon
Präsidentin der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG), Begründerin und Leiterin der Psychoanalytischen Kindergartenbewegung (DAP/DGG)

Prof. Dr. phil. Ursula Mahlendorf, USA
University of California, Santa Barbara

Prof. Dr. med. Bernhard Shulman, USA
Präsident der Internationalen Vereinigung für Individualpsychologie (Chikago)

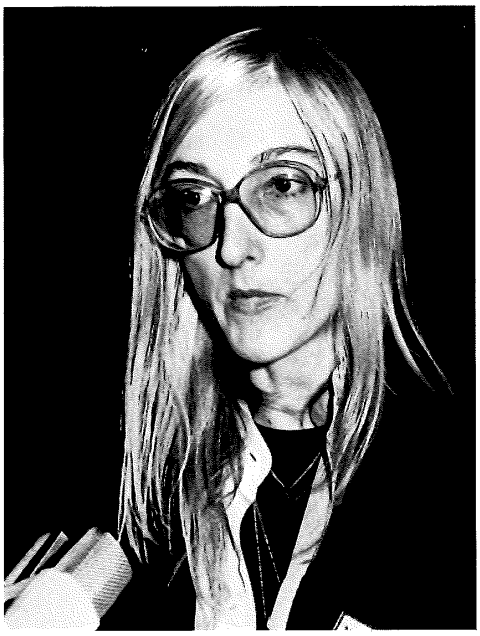
Prof. Dr. med. Wolfgang Kretschmer
Universität Tübingen



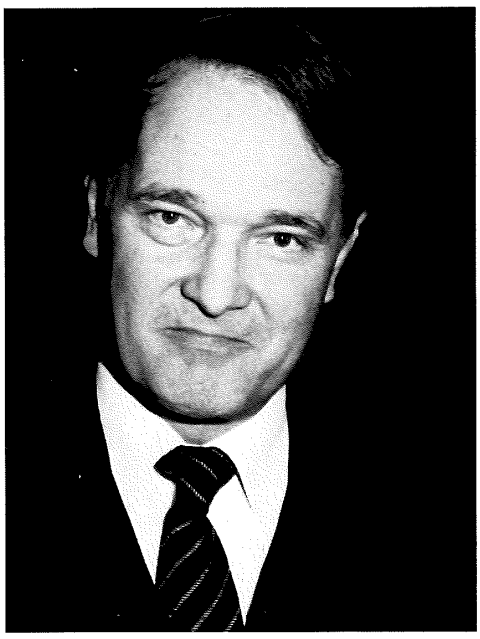
Dr. med. Marius Erdreich, Israel
Medical Director of the Government Health Center, Haifa

Prof. Dr. med. Rita Rogers, USA
University of California, Los Angeles

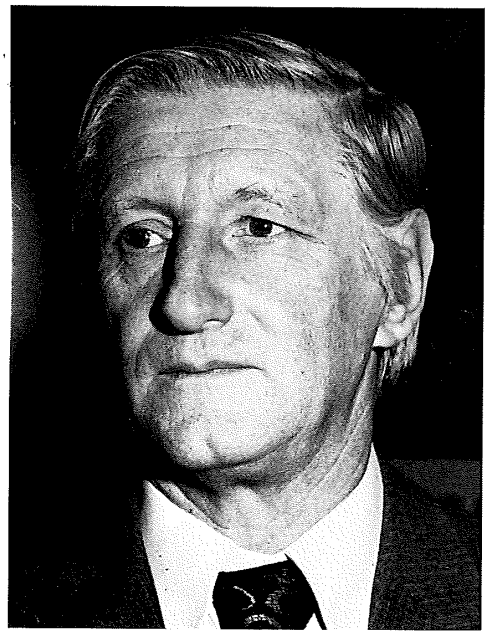
Prof. Dr. phil. Hans Radermacher
Universität Köln, Seminar für Philosophie



Dr. med. Brigitte Marsen
Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik der Deutschen Akademie für Psychoanalyse, Berlin



Prof. Dr. med. Dietrich Pieschl
Leiter der Abteilung für Sozialpsychiatrie am Zentrum der Psychiatrie der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität, Frankfurt

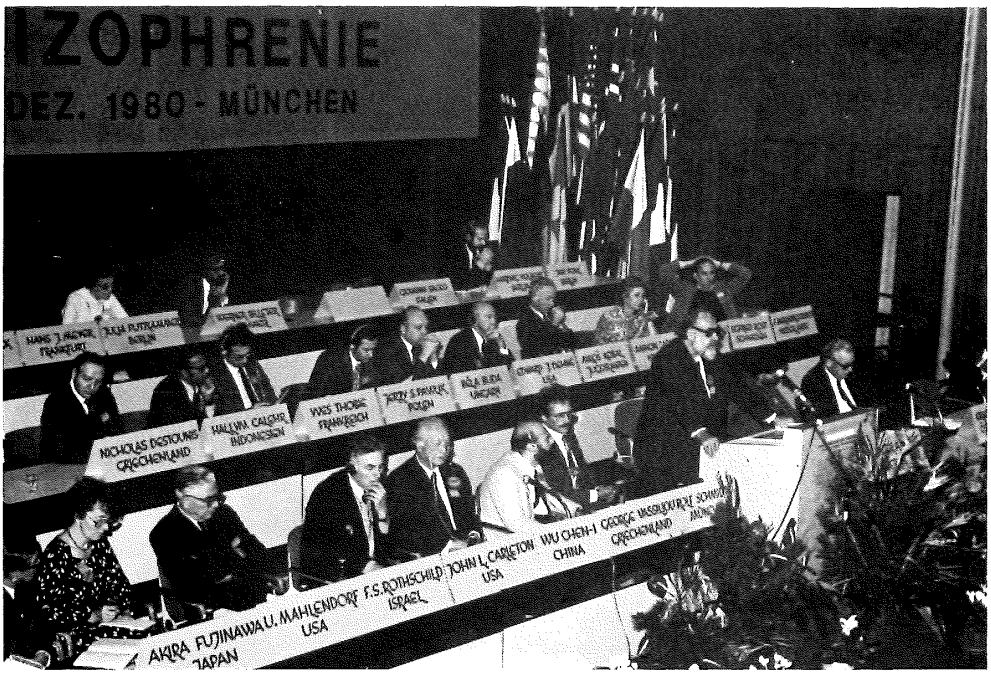


Prof. Dr. med. Milôs Kobal, Jugoslawien
Prodekan und Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik Lubljana

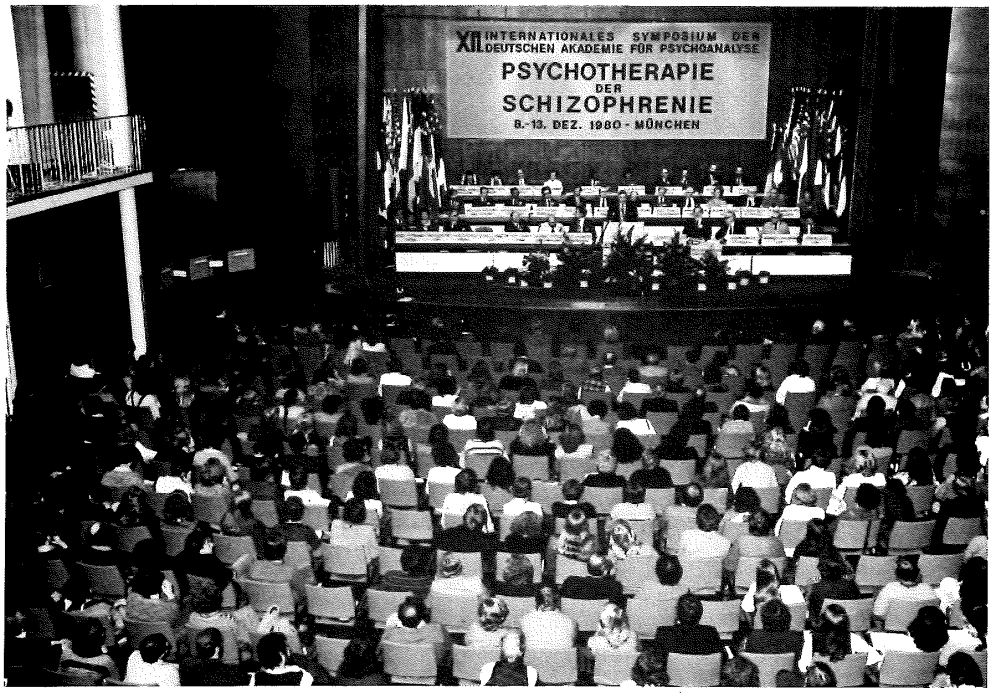
Dr. med. Arie Schlosberg, Israel
Psychiater und Psychoanalytiker, Beer Yaakov Psychiatric Hospital

Dr. med. Janos A. Schossberger, Israel
Medical Director of the Psychiatric Clinic, Jerusalem

Amtmann Hans J. Meyer, Frankfurt
Vizepräsident der Union der Widerstandskämpfer und Verfolgtenverbände (UWV)



Dr. med. Günter Ammon bei der Eröffnung des Symposiums



Dr. med. John L. Carleton bei seiner Eröffnungsansprache

Dr. med. Günter Ammon und Staatssekretär Dr. Rosenbauer von der Staatsregierung des Freistaates Bayern

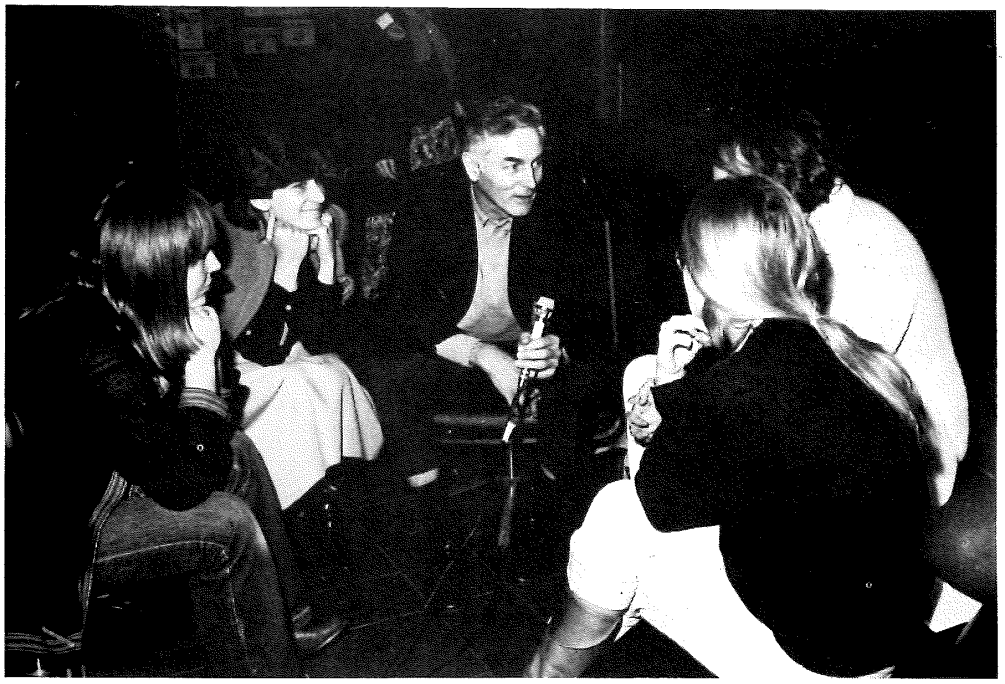
Gruppenbild vor dem Eingang
v. l. n. r.: Prof. Dr. med. Akira Fujinawa (Japan), Dr. med. Edward J. Dehné (USA), Ulrike Harlander (Berlin), Dörte Griepenstroh (Berlin), Gisela Ammon (Berlin), Prof. Dr. med. Wu Chen-I (VR China), Dr. med. Günter Ammon (Berlin), Dr. med. John L. Carleton (USA), Bari Cherness (USA), Dr. med. Michael Ribbat (Hamburg), Dr. med. Werner Billeter (Schweiz), Dipl.-Psych. Emil Wieczorek (Hamburg)

Prof. Dr. med. Wu Chen-I bei seiner Eröffnungsansprache

Sitzung des Internationalen Wissenschaftlichen Beirates der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP)
v. l. n. r.: Prof. Dr. med. Milôs Kobal (Jugoslawien), Dr. med. Béla Buda (Ungarn), Prof. Dr. med. Wu Chen-I (VR China), Bari Cherness (USA), Dr. med John L. Carleton (USA), Prof. Dr. phil. Ursula Mahlendorf (USA), Jerzy S. Pawlik, Mgr. psychol. (Polen)

Gründungssitzung der Weltgesellschaft für Dynamische Psychiatrie
v. l. n. r.: Dr. med. Rolf Schmidts (München), Dipl.-Soz. Karin Wangemann (Berlin), Jerzy S. Pawlik, Mgr. psychol. (Polen), Dr. med. Günter Ammon (Berlin/München), Dipl.-Psych. Ilse Burbiel (München), Dipl.-Psych. Wilfried Vogelbusch (Berlin)

Sitzung des transkulturellen Panels
v. l. n. r.: Hans J. Meyer (Frankfurt), Heidi Mönnich (Berlin), Dipl.-Psych. Emil Wieczorek (Hamburg), Dipl.-Psych. Fotini Ladaki (Düsseldorf), Everhard Jungeblodt (Köln), Dr. med. Gerd Röhling (Berlin), Prof. Dr. med. Wu Chen-I (VR China), Dr. med. Edward J. Dehné (USA), Dr. med. Hallym Calehr (Indonesien), Prof. Dr. med. George Vassiliou (Griechenland)



Dr. med. John L. Carleton (USA) beim Interwiev mit den Reportern des DAP-Hochschul-Bulletins

Großgruppensitzung in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige, Klinischer Nachkongreß

Dr. phil. Gustav Hans Graber (Schweiz) im Gespräch mit Prof. Dr. med. Wu Chen-I (VR China) während der Großgruppensitzung, in der Mitte Dr. med. Günter Ammon, Chefkonsiliarius der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige

Nachrichten

Das XII. Internationale Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse zum Thema "Psychotherapie der Schizophrenie" Forschung, Theorie, Prävention, Therapie vom 8.-13.12.1980, Kongreßzentrum München im Spiegel der Presse:

Refero med – Sofort-Kongreß-Dienst Bayer, 2. Februar 1981

Zur Psychotherapie der Schizophrenie

Mit unserem Teilbericht geben wir längst nicht das gesamte, umfangreiche Symposium wieder, das von *Dr. Günter Ammon* (Berlin) präsidiert wurde. In der Hauptsache wurden psychodynamische und psychopathologische Einzelheiten abgehandelt, die wir nur kurz streifen. Dafür berichten wir über die Verbindungen von physiologisch-naturwissenschaftlichen Erkenntnissen; denn auf diesem Gebiet gelingt es dem Nicht-Psychiater vielleicht leichter zu folgen. Deshalb werden in unserem Kurzbericht vor allem diejenigen Symposiumsbeiträge erwähnt, die sich mit neuen hirnorganischen Befunden bei Psychosen und ihrem psychotherapeutischen Verständnis befassen. Man erlebt immer wieder, daß der nicht-psychiatrisch tätige, naturwissenschaftlich voll ausgebildete Arzt Schwierigkeiten mit der geisteswissenschaftlich anmutenden Diktion der Fachleute hat. Auf diesen Schwierigkeiten beruhen zweifellos viele Mißverständnisse, die der Chronist auch mit Trivialvergleichen nicht aus der Welt schaffen kann. Wir berichten deshalb in dieser Ausgabe vor allem über naturwissenschaftliche, organische Begleiterscheinungen des psychotischen Geschehens, speziell unter dem Gesichtspunkt der Schizophrenieforschung. Ganz ohne Psychopathologie geht es aber auch nicht.

Schizophrenieverständnis

Das Schizophrenieverständnis und das Behandlungskonzept der sog. Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie *Günter Ammons* sind gekennzeichnet durch ein ich-strukturelles und gruppendynamisches Verständnis des Menschen. Es erlaubt ein spezielles Herangehen an den schizophren reagierenden Patienten (*Günter Ammon*).

Im Kern der Persönlichkeit gestört

Der schizophren reagierende Mensch ist im Kern seiner Persönlichkeit gestört, was immer wieder zum Verlust seiner Realitätswahrnehmung, der Nichtbewältigung und der Störung seiner sozialen Bezüge führt. Als ursächlich für diese Störung im zentralen Ich des Menschen wird angenommen, daß spezifische krankmachende und unbewußt verlaufende Aspekte in der Gruppendynamik von Familien die kindliche Ich-Entwicklung stören (*Günter Ammon*).

Dienbare „Hilfs-Ichs"

Wie *Günter Ammon* in der Pressekonferenz zum Symposium weiter ausführte, kann der schizophren reagierende Mensch oft jahrelang in seinen sozialen Bezügen leben, ohne psychotisch zu desintegrieren. Er kann sich dabei anderer Menschen als „Hilfs-Ichs" zur Stützung seiner defizitären Ich-Strukturen bedienen. Durch die Überforderung seiner Umgebung kommt es aber immer wieder zum Rückzug dieser „Hilfs-Ichs". Am Ende führt das zum Zusammenbruch, der sog. Desintegration des Ichs des Patienten.

Völlige Desintegration auffangen

Die an diesem Punkt einsetzende therapeutische Hilfe soll die völlige Desintegration auffangen. Dazu dient das therapeutische Geflecht, in dem die therapeutischen Mitarbeiter als „Hilfs-Ichs" zur Verfügung stehen und sich mit den verbliebenen gesunden Ich-Anteilen des Patienten verbünden (*Günter Ammon*).

Neuaufbau der Ich-Entwicklung

Der Patient erhält so die Möglichkeit, im therapeutischen Milieu im Sinne einer nachholenden Ich-Entwicklung seine defizitären Ich-Anteile neu aufzubauen. Das geschieht nicht ohne affektive und ich-strukturelle Auseinandersetzungen mit dem Patienten, seiner Überempfindlichkeit, seinem Autismus, seiner Ambivalenz, sowie nicht ohne Auseinandersetzung mit seinem psychotischen Agieren (*Günter Ammon*).

Sozialenergie

Die Bedeutsamkeit des sozialen Umfeldes – so *Ammon* auf der Pressekonferenz weiter – ist geprägt durch die daraus strömende Sozialenergie. Dabei handelt es sich um eine gruppendynamische Größe. Sie ist entscheidend für die Entwicklung der menschlichen Persönlichkeit und für die Strukturbildung im Unbewußten. Mit dem Begriff „Sozialenergie" will die Berliner Schule *Ammons* den triebenergetischen Ansatz von *Sigmund Freud* ablösen.

Hirn-Hemisphärenforschung

Mit diesem neuen Ansatz kann man wahrscheinlich auch einem alten Wunsch *Freuds* Rechnung tragen, psychologische Funktionen mit Hirnfunktionen oder Hirnlokalisationen in Verbindung zu bringen. *Ammon* geht deshalb mit modernen Erforschern der Hirn-Hemisphären konform, so mit *Rotenberg* aus der UdSSR, der das Unbewußte in der rechten Hirn-Hemisphäre und das Bewußte, die Handlungsebene des Menschen, in der linken Hemisphäre lokalisierte. Das bedeutet auch die Lokalisation des zentralen Ichs in der rechten Hemisphäre und des sekundären Ichs in der lin-

ken. *Brigitte Marsen* (Berlin) ging in ihrem Vortrag noch näher auf diese Hemisphärenforschung ein.

Naturwissenschaft und Persönlichkeit

Bei diesen Forschungen zeigte sich – so *Brigitte Marsen* –, daß sich rein naturwissenschaftlich gewonnene Forschungsergebnisse gruppendynamisch und ich-strukturell im Sinne der Persönlichkeitstheorie *Ammons* verstehen lassen. *Brigitte Marsen* ging dann weiter auf die Hypothese ein, nach der sich die Anzahl und die Ausdehnung der Synapsenverbindungen weitgehend auf gruppendynamische Einflüsse zurückführen lassen.

Arbeitsweise der Hirn-Hemisphären

Nach neuen hirnphysiologischen Erkenntnissen ist die Arbeitsweise der linken Hirn-Hemisphäre, in der bei den meisten Menschen das Sprachzentrum liegt (und das nicht nur bei Rechtshändern), durch analytisches, Schritt für Schritt weitergehendes Denken, das den Prinzipien des aristotelischen Denkens gehorcht, gekennzeichnet. Die rechte Hemisphäre dagegen charakterisiert ein ganzheitliches, bildhaftes, kreatives Denken. Weiterhin werden die zentralen Ich-Funktionen wie Identität, Kreativität, konstruktive Aggression und das Körper-Ich auf die rechte Hemisphäre zurückgeführt. Die sekundären Ich-Funktionen wie Sprache, Intelligenz, logisches Denken und Motorik stellen einige der wichtigsten Tätigkeiten der linken Hemisphäre dar (*Brigitte Marsen*).

Keine strenge Teilung

Eine strenge Teilung findet sich in einem solchen Ich-Struktur-Modell allerdings nicht. Es geht vielmehr um einen Synergismus von primären (biologischen), zentralen und sekundären Ich-Funktionen. Dem entsprechend auf der morphologischen Ebene Bahnen, die in dreifacher Richtung integrieren (*Brigitte Marsen*):

1. Intrahemisphärische Bahnen (Assoziationsbahnen).
2. Interhemisphärische Bahnen (Balken).
3. Bahnen zu tiefer gelegenen Kerngebieten (Projektionsfasern).

Plastizität und Lernfähigkeit des Gehirns

Die morphologische Grundlage psychodynamischer Auswirkungen in früher Kindheit, aber auch noch später, ist die Plastizität und Lernfähigkeit des Gehirns, stellte *H. Volbehr* (Berlin) fest. Das Gehirn ist das einzige Organ des Menschen, das bei der Geburt noch nicht komplett ist. Es entwikkelt sich vielmehr erst postnatal entscheidend, wobei die Umwelteinflüsse die prägende Rolle spielen. Und solange Lernfähigkeit besteht (für kreati-

ves, nicht nur assoziatives Lernen), entwickeln sich Dendriten und Synapsen – oder sie veröden, wenn es an der entsprechenden Stimulation mangelt.

Gruppendynamik als spezifischer Reiz

Volbehr sagte deshalb unter anderem: Lernen ist mit Strukturgewinn verbunden (Protein- und RNS-Bildung). Gruppendynamische Erfahrungen als Außenreize können lebenslange Veränderungen bewirken. Spezifische gruppendynamische Situationen können Hemmungen in zentralnervösen Schaltkreisen aufheben. Kreativität bedeutet das Verlassen eingefahrener neurophysiologischer Wege. Vernachlässigung und Vereinsamung, d. h. zu wenig Zufuhr von Sozialenergie, können den Katecholaminstoffwechsel beeinflussen (*Volbehr*).

Genetik und Schizophrenie

Demnach ist nach Ansicht von *B. Gülsdorff* (Berlin) die Umwelteinwirkung für die Entstehung einer Schizophrenie wichtiger als die genetische Ausgangslage. Denn die Gruppendynamik prägt die Zellzahl, die Synapsen, die Myelinisierung nach der Geburt. Ratten, vom Muttertier gelöst, lassen chemische Veränderungen im Gehirn erkennen. Kranke Gruppen können psychische Krankheiten verursachen, gesunde Gruppen können sie verhindern. Auch beim Menschen können psychische Prozesse strukturelle Faktoren verändern (*Gülsdorff; Volbehr*).

Die Struktur folgt der Interaktion

Andernfalls wären ja die Gehirnstrukturen bei der Geburt des Menschen ebenso wie die anderen parenchymatösen Organe bereits fertig vorgebildet. Die Veränderungen im Neurotransmittergehalt verschiedener Hirnregionen, Veränderungen an den postsynaptischen Rezeptoren u. a., soweit sie heute mit mehr oder weniger Recht mit schizophrenen Symptomen korreliert werden, sind deshalb eher Ausdruck als etwa Ursache der Erkrankung (*Gülsdorff*).

Konstitutionelles in der Schizophrenie

Wie *W. Kretschmer* (Tübingen) darlegte, ist die Erblichkeit bei Psychosen nur ein einzelner ursächlicher Faktor unter vielen. So können ungünstige Erziehungseinflüsse schizoide Charaktere prägen, die ihrerseits schizophren gefährdet wären. Der Begriff der schizophrenen Konstitution kompliziert sich durch die verschiedenen Bedingungen der Anlage, wird aber dadurch nicht überflüssig. Das schizophrene Erscheinungsbild entsteht aus dem lebensgeschichtlichen Strom heraus und kann in ihm ebenso ganz oder teilweise verschwinden. Die Konstitution steht nicht im Gegensatz zu verstehender psychologischer Ableitung der Schizophrenie (*Kretschmer*).

Krankheitsfördernde Aspekte in Familiengruppen

In einer Arbeitsgruppe stellte *Gisela Ammon* (Berlin) die schizophren machenden Aspekte in Familiengruppen anhand ihrer Erfahrungen mit dem Psychoanalytischen Kindergarten stichwortartig zusammen:

- Die Unfähigkeit, in der Gruppe Beziehungen und Kontakte zu pflegen.
- Isolierte symbiotische Dynamik in der Familiengruppe.
- Innerhalb der Familiendynamik wird das Kind nach den Wünschen der Eltern idealisiert; als Wesen mit eigenen Bedürfnissen wird das Kind dagegen verleugnet.
- Die alltägliche Realität wird zauberhaft verkleidet.
- Das Kind wird in möglichen Beziehungen kontrolliert.
- Das Kind erhält keinen Raum für Auseinandersetzung um seine Bedürfnisse.
- Das Kind hat innerhalb der Familiendynamik die Funktion eines Kontaktmittels und dient gleichzeitig auch zur Kontaktabwehr.
- Das Kind wird unterfordert, was Realitäten angeht, und überfordert, indem es die Defizite der Familiengruppe ausfüllen und die Erwartungen und Wünsche der Eltern befriedigen muß.
- Das Kind wird durch die ambivalente Haltung der Gruppe gleichzeitig verlassen und festgehalten (*Gisela Ammon*).

Ich-strukturelle Prävention

In einem ausführlichen Referat ging *Gisela Ammon* aber auch u. a. auf die wichtigsten Aspekte für eine ich-strukturelle präventive Arbeit ein:

- Die zur Entwicklung der Ich-Struktur notwendige Sozialenergie muß emotionaler direkter Auseinandersetzung entspringen.
- Die Gruppe hat auch das Feld der Gestaltung der einzelnen Ich-Funktionen und der Persönlichkeit zu sein. Sie gewährleistet dies, wenn sie nicht psychisch tot, sondern vielmehr ereignisreich, kreativ und lebendig ist, wenn Bedeutsames und Wichtiges in ihr geschieht.
- Die Gruppe muß ein mütterlicher Ort sein, wo Schutz und Vertrauen hergestellt werden müssen, damit Krisen, Aggression, Verzweiflung und auch Todesangst ihren Platz finden können.
- Die Gruppe hat auch die notwendigen Funktionen als „Hilfs-Ichs" zur Verfügung zu stellen, die von einzelnen Menschen niemals getragen werden können.
- Prozesse der Wahrnehmung und direkte emotionale Auseinandersetzung müßten in Gruppen gruppendynamisch verstanden werden.

In der präventiven Arbeit kommt es also in erster Linie darauf an, eine größere Vielfalt an Erlebnissen, bedeutsamen Inhalten, Identifikationsangeboten, Wahrnehmungs- und Sichtweisen für die Kinder wie für die Eltern herzustellen (*Gisela Ammon*).

Dr. med. Werner Pfeiffer, Gauting.

Auszüge aus: Der Kassenarzt 21 (1981)

Vorurteile gegen psychische Erkrankungen sitzen tief im Menschen verwurzelt und auch Psychiater sind nicht ganz frei davon, betonte die amerikanische Kinderpsychiaterin Professor *Rita Rogers* in München auf einem internationalen Schizophrenie-Symposium. Die Menschheit akzeptiere zwar somatische, aber nicht psychische Krankheiten. Dieses Vorurteil – vor allem gegen die Schizophrenie – müsse abgebaut werden. Psychosen bei Kindern existierten, solange es die Menschheit gäbe. . . . Aber man glaubte früher nicht an Psychosen bei Kindern, weil man sie als unschuldig betrachtete und deshalb nicht für fähig hielt, an einer psychischen Krankheit zu leiden.

Schizophrenie verlaufe bei Kindern viel komplizierter als bei Erwachsenen, da Kinder Entwicklungsstadien durchmachten. Ursache für Psychose bei Kindern sei der Mangel an menschlicher Beziehung.

Kinderpsychiatrie: Eine deutsche Misere

Die Leiterin Psychoanalytischer Kindergärten in Berlin, *Gisela Ammon,* erklärte, die Kinderpsychiatrie in der Bundesrepublik sei eine Misere . . . Verhaltensstörungen und Kinderpsychiatrische Erkrankungen in der Bundesrepublik seien ansteigend. Die Schizophrenie müsse als die stärkste Verhaltensstörung angesehen werden und komme auch bei Kindern vor. Nicht in der Schule fange diese Erkrankung an, sondern schon in der Vorschulzeit in der frühen Kindheit. Eine Verkleinerung der Kindergärten sei unbedingt erforderlich. 8 bis 15 Kinder sollten zwei Bezugspersonen haben, die qualifizierter als bisher ausgebildet werden müßten. Was man bei den Kindergärten einspare, müsse dann später bei der psychiatrischen Behandlung mehrfach draufgezahlt werden. Auch die zunehmende Jugendkriminalität habe hier ihre Wurzeln.

Schizophrenie ist nicht erblich

Der Psychiater *Burkhard Gülsdorff* (Berlin) vertrat die Ansicht, daß bis zum heutigen Tag eine genetische Verursachung der Schizophrenie nicht zu beweisen sei. Von der Humangenetik könne eine Lokalisation auf den Genen nicht demonstriert werden. Der Versuch einer erblichen Begründung der Schizophrenie durch die Familienforschung sei durch methodische Unsauberkeit und bei sehr kleinen Untersuchungskollektiven unhaltbar geblieben.

Die Befunde der Zwillingsforschung sprächen dafür, daß äußere Faktoren eine entscheidende Rolle spielten. Stoffwechselstörungen, die neuerdings gefunden wurden, stellten nur eine Begleiterscheinung der Schizophrenie, aber nicht die eigentliche Ursache dar. Depressiv machende Umweltfaktoren wirkten auf die Nervenzellen und führten zu organischen Störungen, die aber nicht Ursache der Schizophrenie seien.

Schizophrenie – ein lebenslanger Prozeß

Der Präsident der Deutschen Akademie für Psychoanalyse, *Dr. Günter Ammon* (München), betonte, daß das soziale Umfeld für die Entstehung der Schizophrenie entscheidend sei. Es gäbe Hinweise, daß Schizophrenie schon vor der Geburt ihren Anfang nähme, wenn die Mutter das Kind ablehne. Nach der Geburt brauche das Kind drei Jahre die Symbiose mit der Mutter, um seine Ängste zu bewältigen. Mutterlose Säuglinge litten an Appetitlosigkeit und verweigerten oftmals die Nahrung.

Die Schizophrenie muß nach Ansicht von *Ammon* als eine Störung im innersten Persönlichkeitskern angesehen werden und könne ein lebenslanger Prozeß sein. Der Ausbruch erfolge ganz plötzlich bei unglücklichen Lebenssituationen, wie z. B. am Arbeitsplatz. Die Therapie müsse darauf abzielen, die Umweltverhältnisse für den Patienten zu ändern und seine Identität durch Hilfestellungen wieder aufzubauen.

An dem von der Deutschen Akademie für Psychoanalyse vom 8. bis 13. Dezember 1980 in München veranstalteten Kongreß nahmen an die tausend Spezialisten aus 22 Ländern teil. In der Bundesrepublik Deutschland liegt die Zahl der Schizophrenie-Erkrankten zwischen 450.000 und 650.000. Davon sind 25.000 bis 31.000 in stationärer Behandlung.
dpa

Aus: *Orvosi Hetilap*

Bericht über das XII. Internationale Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 8.-13. Dezember 1980 Kongreßzentrum München

Die Deutsche Akademie für Psychoanalyse und die ihr affiliierten Fachgesellschaften wie die Deutsche Gruppenpsychotherapeutische Gesellschaft und die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin haben im Kongreßzentrum München ihr XII. Internationales Symposium veranstaltet unter dem Thema: „Psychotherapie der Schizophrenie".

Über die vorherigen Symposien der DAP habe ich früher regelmäßig berichtet und eine Beschreibung der theoretischen, fachpolitischen und therapeutischen Tätigkeit der DAP gegeben. Das Symposium war auch diesmal eine Veranstaltung mit mehr als tausend Teilnehmern, die sich nach den Vor- und Nachmittagsreferaten in Diskussionsgruppen zusammenfanden, in denen die Vorträge detailliert und ausführlich diskutiert werden konnten.

Der Schwerpunkt der Referate lag auf milieu- und sozialtherapeutischer Tätigkeit, auf der gruppenpsychotherapeutischen Arbeit. Gleichzeitig ging es um transkulturelle Interessen, man beschäftigte sich mit der Anwendung

von Videotechnik für Forschung und Therapie und diskutierte die theoretischen und psychopathologischen Untersuchungen des Ich-Struktur-Modells nach *Günter Ammon*.

Das Thema des Symposiums „Psychotherapie der Schizophrenie" beschäftigte die Mitarbeiter der DAP nicht zum ersten Mal: Die therapeutische Arbeit in den Instituten, Dynamisch-Psychiatrischen Kliniken und auch den Tageskliniken ist zu einem großen Teil der Behandlung schizophren Erkrankter und Borderline-Patienten gewidmet. Forschung und Lehre beschäftigen sich seit vielen Jahren mit diesen Krankheitsbildern, die *Ammon* auf einem gleitenden Spektrum (Spektraltheorie) ansiedelt und in enger Verbindung zur therapeutischen Praxis mit der Effektivierung der Behandlung dieser Patienten. Dieses Symposium ist damit als Meilenstein einer kontinuierlichen Entwicklung zu betrachten.

Die Anzahl der teilnehmenden ausländischen Experten hat im Vergleich zu den vorangegangenen Symposia zugenommen. In diesem Jahr waren 22 Länder vertreten, darunter Japan, Indonesien, die Volksrepublik China, Kenia, USA, Israel und zahlreiche europäische Länder. Die fünfköpfige polnische Delegation wurde angeführt von *Professor Peotrovski,* dem Vizepräsidenten der Polnischen Psychiatrischen Gesellschaft. Eine Delegation aus Jugoslawien war anwesend, es waren auch mehrere Vorträge von sowjetischen Wissenschaftlern zu hören. Die Beiträge der sowjetischen Kollegen wurden verlesen, ebenso wie die fachlich interessante Begrüßungsansprache der sowjetischen Kollegen im Rahmen der Eröffnung des Kongresses.

Auf dem Symposium über das Unbewußte in Tbilisi im September 1979 – einem bedeutsamen Treffen zwischen den sowjetischen Psychologen und westlichen Wissenschaftlern – war die Deutsche Akademie für Psychoanalyse als wichtiger Teilnehmer vertreten. Ergebnis dieser Begegnung war, daß nun *Sherozia, Zurabashvili* und *Rotenberg* zu dem jetzigen Symposium eingeladen wurden, ebenso *Prof. Léon Chertok* aus Paris, einer der Initiatoren des Treffens in Tbilisi, wie die Amerikanerin *Rita Rogers.* Ausländische Gesellschaften ließen sich durch Wissenschaftler vertreten; anwesend waren u. a. die Leiter der französischen Sozialpsychiatrischen Gesellschaft, der Weltgesellschaft für Soziale Psychiatrie, *Dr. med. Carleton, Prof. Dr. U. Mahlendorf, Dr. med. Vassiliou* und *Prof. Dr. Shulman* für die Internationale Gesellschaft für Individualpsychologie, *Dr. Dehné* vertrat die International Health Society. Großes Interesse erhielt *Prof. Dr. med. Wu Chen-I,* der stellvertretende Dekan der Pekinger Universität und Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik. *Wu Chen-I,* offizieller Vertreter der Volksrepublik China, galt als Experte der Dynamischen Psychiatrie: Er hatte sein Studium in den Vereinigten Staaten erhalten, u. a. auch durch *Karl Menninger,* und war aktiver Teilnehmer des Symposiums.

Auch diesmal wohnten die ausländischen Teilnehmer gemeinsam in einem Hotel und hatten Gelegenheit, an den verschiedenen Veranstaltungen der Akademie teilzunehmen, wie an der Vorstandssitzung oder der Sitzung des

Wissenschaftlichen Beirats, die nicht zum öffentlichen Programm gehörte. Hier sprachen Wissenschaftler unterschiedlicher Institutionen und Länder über die Entwicklung, den Stand der Forschung sowie weiterer Möglichkeiten einer Zusammenarbeit in international vergleichenden Untersuchungen und bereits vorliegender Ergebnisse. Eine Panel-Diskussion über transkulturelle Aspekte der Psychotherapie der Schizophrenie bereicherte den Kongreß.

Der Staatssekretär *Dr. Rosenbauer* überbrachte die Grüße des Bayerischen Ministerpräsidenten. Ausländische Wissenschaftler und Konsulate schickten Grußadressen und Grußbotschaften zur Eröffnung des Kongresses, wie auch das Ungarische. *Sherozia* betonte in seiner Grußadresse die Wichtigkeit der Konzeption des Unbewußten, ohne die menschliches Verhalten nicht verstehbar sei. Dieses gemeinsame Anliegen der *Uznadze*-Schule und der Schule der Dynamischen Psychiatrie ist die Basis der Zusammenarbeit bei allen auch bestehenden Differenzen. *Sherozia* bezeichnete *Ammon* als großen Freund der Sowjetischen Wissenschaft und begrüßte, daß das XIII. Internationale Symposium der DAP im November 1981 in Wien zum Thema „Unbewußtes und Identität" stattfindet, wo sich der Kontakt zwischen sowjetischen Fachleuten, Psychiatern und Psychologen auf internationaler Ebene vertiefen könne.

In seinem Eröffnungsvortrag stellte *Günter Ammon* die Konzeption der Entstehung der Schizophrenie dar, indem er Schizophrenie als Ich- und Identitätserkrankung betrachtete, die im Laufe der Persönlichkeitsentwicklung entsteht. Er vertrat konsequent eine sozio- und psychogenetische Auffassung über die Schizophrenie, in der kommunikationstheoretische und familienpathologische Aspekte integriert werden. Mit dem Begriff der Sozialenergie, den *Ammon* hier weiter differenzierte, löst die Berliner Schule den triebenergetischen Ansatz *Sigmund Freuds* ab. Sozialenergie ist als Energie von, durch und aus der Gruppe beschrieben, als psychische Energie, die einerseits dem Ich-Struktur-Aufbau, d. h. der Entwicklung der Identität dient, andererseits Identitätsentwicklung bedingt. Sozialenergie beschrieb *Ammon* als Voraussetzung für die Entwicklung von Identität, gleichzeitig aber wird diese Identität zum Motor weiterer sozialenergetischer Prozesse. Die praktische Seite dieser theoretischen Konzeption wurde deutlich während des Nachkongresses, der sich an das XII. Internationale Symposium anschloß und in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige stattfand. Geladene Gäste und Wissenschaftler hatten hier Gelegenheit, unmittelbar im therapeutischen Feld die Praxis der Schizophrenie-Psychotherapie kennenzulernen.

Aber auch zu spezifischen Bereichen des Themas „Psychotherapie der Schizophrenie" waren Vorträge zu hören.
So sprach *Erwin Ringel,* Wien, über die Zusammenhänge zwischen Schizophrenie und Suizidgefahr. *George* und *Vasso Vassiliou* beschäftigten sich in ihrem Hauptreferat mit der Psychotherapie der Schizophrenie und führten

aus, daß Entwicklung nur in Verbindung mit einer Strukturierung von Ich-Grenzen auf verschiedenen interpersonellen Ebenen stattfinden kann.

Prof. Wu Chen-I berichtete über die Psychotherapie von paranoid und schizophren reagierenden Patienten, für deren Behandlung ein breitgefächertes Behandlungsprogramm bereitgestellt wird, das von der Beschäftigungstherapie reicht bis zur Aufteilung der Patienten in verschiedene Kleingruppen, wobei er die Arzt-Patient-Beziehung in den Mittelpunkt der Psychotherapie rückte als Voraussetzung für die Krankheitseinsicht des Patienten und die Mobilisierung der gesunden Ich-Anteile gegen die Wahnideen. Der Therapeut betritt sozusagen die Welt des Wahnes und versucht, durch Interpretationen Einsichten beim Patienten zu erwecken und die Wahnideen aufzulösen, ähnlich wie bei der „Paradoxtherapie".

Wu Chen-I umriß das Bild der heutigen chinesischen Psychiatrie, in der auch Psychopharmaka neben anderen Maßnahmen physikalischer Therapie verwendet werden, Elektroschocks heute z. B. nur noch aufgrund vitaler Indikationen bei schwerer Katatonie, manisch oder depressiven Zuständen. Akupunktur wird jedoch bei psychiatrischen Erkrankungen nicht angewendet. Inzwischen wird selbst in der somatischen Medizin Akupunktur als eine nichteffektive Heilmethode angesehen, wie Fachleute sagen, obwohl diese während der Kulturrevolution besonders propagiert wurde.

In der Reihe der Hauptvorträge war das Referat von *Gisela Ammon* bedeutsam, ebenso wie die Arbeitsgruppe, die sie zusammen mit ihren Mitarbeitern, basierend auf den Erfahrungen Psychoanalytischer Kindergärten, hielt. Sie diskutierte ich-schädigende Mechanismen der Familien- bzw. Elterngruppen und die Bedeutung von pathologischer Gruppendynamik in der Familie für das Kleinkind. Aufgabe Psychoanalytischer Kindergärten ist es, diese krankmachenden Mechanismen aufzulösen, zum einen durch die neu hinzukommende konstruktive Lebensgruppe für die Kinder im Kindergarten, zum anderen durch die regelmäßig stattfindende wöchentliche Elternarbeit auf psychoanalytischer und gruppendynamischer Grundlage.

Günter Ammon versteht die Schizophrenie im Rahmen seiner Spektraltheorie als archaische Ich-Krankheit aufgrund eines ich-strukturellen Defizits. Ein Psychologenteam berichtete über den Stand der Forschung hinsichtlich des Ich-Struktur-Testes, mit dem einzelne Ich-Funktionen differenziert gemessen werden können; für die Ich-Funktion der Aggression, der Ich-Abgrenzung und der Sexualität ist der Test bereits validiert. Durch diesen Test ist es möglich, die Ich-Struktur des Kranken differenziert zu erfassen und für jeden Kranken eine spezielle Diagnose und eine besondere Behandlungsstrategie zu entwickeln. Auf der Sitzung des wissenschaftlichen Beirats wurde dieser Test und seine Anwendung in anderen Ländern diskutiert.

Nennenswert und interessant war die Auseinandersetzung mit den Theorien, die Schizophrenie auf organisch-biologische Ursachen zurückführen. Auch in der herkömmlichen deutschen Psychiatrie wird die Auffassung ei-

nes psycho- bzw. soziogenetischen Verständnisses der Schizophrenie leicht als unwissenschaftlich etikettiert. Allzu schnell ist man bereit, ihr biochemische und gehirnpathologische Befunde gegenüberzustellen, um eine biologische Krankheitsentstehung nachzuweisen. Diese biologischen Ansätze wurden auf diesem Symposium einer kritischen Prüfung unterzogen. Die Doktoren *Gülsdorff, Volbehr* und *Marsen* beschäftigten sich mit erbtheoretischen Daten, insbesondere mit der Zwillingsforschung, der Krankheitshäufigkeit bei Adoptivkindern, mit der Neurotransmitterforschung und mit den Ergebnissen über Funktionsunterschiede der Gehirnhemisphären und Gehirnendorphine. In seinem Referat konnte *Gülsdorff* nachweisen, daß die biologischen Daten lückenhaft und widersprüchlich sind, obwohl diese Daten in der organisch orientierten Psychiatrie als unmittelbare Tatsachen dargestellt werden und als wissenschaftlich fundierte Aussagen gelten ohne weiter überprüft zu werden. Wir wollen hoffen, daß diese Diskussion weiter fortgesetzt wird, da so die angebliche Beweiskraft biologischer Forschungen, wie sie in der spezifischen psychiatrischen Fachliteratur dargestellt wird, relativiert und überprüfbar wird.

In anderen Vorträgen wurden auch integrative Momente von biologischen Forschungen und Dynamischer Psychiatrie dargestellt. Z. B. *Prof. Wolfgang Kretschmer,* Tübingen, *Prof. Friedrich S. Rothschild* aus Jerusalem und *Prof. Semjonovich Rotenberg* von der Sowjetischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften aus Moskau beschäftigten sich mit dem Zusammenhang biologischer Faktoren und psychologischer Störungen. Die Experten der Akademie unterstrichen die Bedeutung der Neurotransmitter- und Gehirnendorphinforschung in bezug auf festgestellte Anomalien in der Schizophrenie, bezweifeln aber deren ursächliche Rolle. Biologische Anomalien, die bei schizophren reagierenden Menschen gefunden werden, sagen noch nichts aus über die Kausalität zwischen biologischem und psychiatrischem Befund, so daß heute mit demselben Recht auf Gültigkeit behauptet werden kann, daß die Dynamik von Individuum und Gruppe biologische Strukturen beeinflußt.

Die Themen der Referate ausländischer Wissenschaftler waren vielfältig. Es gab verschiedene Referate zum Leben in Tageskliniken und therapeutischen Gemeinschaften, die polnischen Psychiater und Psychologen berichteten z. B. über erfolgreiche Behandlung von schizophrenen und Borderline-Jugendlichen in Institutionen, in denen Gruppen- und Einzelpsychotherapie sowie Familientherapie angewendet wird.

Auch expressive Therapien wie Zeichnen, gemeinsam oder allein, und Tätigkeiten in der bildenden Kunst werden in der Behandlung von schizophrenen Patienten eingesetzt.

In meinem Referat (*Béla Buda*) beschäftigte ich mich mit der interpersonellen Pathologie in den Familien von schizophrenen Patienten. Auf empirischer Grundlage konnte die ungewöhnlich starke Beteiligung der Familienmitglieder, insbesondere der Eltern, in den symptomatischen Verhaltensma-

nifestationen des schizophren reagierenden Patienten nachgewiesen werden. Dieser Anteil zeigt sich auch in der täglichen psychiatrischen Praxis, z. B. als gemeinsamer Widerstand der Familie gegen die Behandlung, durch eine gemeinsame Wahnwelt oder dadurch, daß neue Symptomträger sich in der Familie herausbilden, wenn dem schizophren reagierenden Kind geholfen wurde. Unsere Erfahrungen werden bestätigt durch gute Ergebnisse in der Familientherapie auch an anderen Orten.

Auf dem Symposium war neben den italienischen Wissenschaftlern die Delegation einer italienischen Bürgerrechtsbewegung vertreten, die sich in Italien auf dem Hintergrund der Misere durch *Basaglias* Psychiatriereform entwickelt hat. Die Bürgerrechtsbewegung „Bürgerinitiative für Günter Ammon und sein Wirken für die Menschenrechte in der Psychiatrie" war spontan in Italien entstanden, bereits mehrere tausend Mitglieder gehören dieser Bewegung an. *Emilia Vecchio,* Leiterin dieser Bürgerrechtsbewegung, wurde auf diesem Kongreß die Bronzemedaille der Deutschen Akademie für Psychoanalyse verliehen für ihre Verdienste um die psychisch Kranken in Italien. Leider konnte sie nicht persönlich kommen, da auch sie durch das Erdbeben in Italien gesundheitlichen Schaden erlitten hat. Die italienische Bürgerrechtsdelegation nahm in ihrem Namen die Ehrung entgegen, ebenso wie die Spende in Höhe von 12.000 DM, die die Deutsche Akademie für Psychoanalyse für die Erdbebenopfer in Italien gesammelt hatte.

Ein weiterer Höhepunkt des XII. Internationalen Symposiums war die Gründung der Weltgesellschaft für Dynamische Psychiatrie „World Association for Dynamic Psychiatry" mit Sitz in Bern, Schweiz. Die WADP, der im Augenblick 17 Nationen angehören, hat sich zur Aufgabe gesetzt, die Prinzipien der Dynamischen Psychiatrie in ihren Ländern und verschiedenen Gesellschaftssystemen zu verbreiten und nach diesen Prinzipien zu arbeiten. Als Präsident für die WADP wurde *Günter Ammon* gewählt. Es ist für mich (*Béla Buda*), eine große Ehre, daß die Gründungsversammlung der WADP mich in den Internationalen Leiterstab gewählt hat und ich als Vizepräsident für vier Jahre Ungarn in dieser Weltgesellschaft vertreten werde.

Im Anschluß an das Symposium fand der klinische Nachkongreß statt, den ich bereits anfänglich erwähnt habe. Am Rande von München, mitten im Wald, liegt die Dynamisch-Psychiatrische Klinik Menterschwaige, in der früher ein Lungensanatorium untergebracht war. Jetzt werden hier 60 Patienten mit archaischen Ich-Krankheiten, wie schizophrenen Erkrankungen und Borderline-Krankheitsbildern nach den modernsten dynamisch-psychiatrischen Gesichtspunkten behandelt.

Eine Gruppe von Wissenschaftlern und Deligierten hielt sich einen Tag in der Klinik auf, sie nahmen als Gäste am Leben und am therapeutischen Programm der Patienten teil, unterhielten sich mit den Patienten, nahmen Kontakt zu ihnen auf, aßen mit den Patienten gemeinsam, sahen Videoaufnahmen von therapeutischen Sitzungen und erlebten auch eine Gruppenpsychotherapie durch den Zweiwegspiegel.

Am Abend führte die Theater-Therapie-Gruppe der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige das Stück „Momo" auf, eine Geschichte von den Zeitdieben, die versuchen, den Menschen die Lebenszeit zu stehlen, die nur ihnen selbst gehören sollte. Dieses Stück enthielt viele Elemente, die ein psychodramatischer Ausdruck der Leidens- und Lebensgeschichten der schauspielenden Patienten selbst war.

Sehr angenehm berührte mich, daß an den Doppelzimmern der Patienten nicht nur ihre Namen standen, sondern auch Photos aufgehängt waren. Alle Patientenzimmer waren individuell von Patienten eingerichtet, mit ihren eigenen persönlichen Dingen und Bildern an den Wänden. In der Klinik zeichnen und malen fast alle Patienten oder machen Collagen. Diese Kunstwerke werden auch als Ausdruck des jeweils aktuellen psychischen Entwicklungsstandes betrachtet und dienen gleichzeitig als Kommunikationsmittel mit und zur Gemeinschaft. Zu den vielfältigen milieutherapeutischen Programmen der Klinik gehören unter anderem verschiedene Sprachlerngruppen, die von Patienten geleitet werden, die oft selbst Ausländer sind und hier in der Klinik in ihrer Muttersprache anderen Patienten Unterricht geben.

Die Patienten verbringen durchschnittlich sechs Monate in der Klinik. Innerhalb des therapeutischen Prozesses werden durchaus passager den schwerstkranken Patienten Psychopharmaka gegeben, wenn ihre Ängste sehr groß sind oder ihre extreme destruktive Aggression verhindern würde, daß sie am therapeutischen Programm teilnehmen. Diese Patienten haben in solchen Zeiten zusätzlich einen intensiven einzeltherapeutischen Kontakt.

Günter Ammon führte aus, daß der erste Schritt der Behandlung sei, die gesunden Ich-Anteile des Patienten herauszufinden und entsprechend diesen Anteilen für jeden Patienten einen individuellen Therapieplan aufzustellen, der dann in einer effektiven Behandlung immer wieder verändert wird. Häufig nimmt dabei der Kontakt zu Tieren eine wichtige Rolle ein. Damit dieser Kontakt zu Tieren nicht nur auf die Reittherapie in der Klinik beschränkt bleibt, wird im Augenblick mit den Gesundheitsbehörden verhandelt, ob nicht Tiere in der Klinik gehalten werden können.

Diese Modellklinik ist Teil der offiziellen Bayerischen Gesundheitsversorgung, entsprechend deckt die Landesregierung 90 % der Umbau- und Ausstattungskosten. Alle Krankenkassen zahlen einen Tagespflegesatz von 160,50 DM.

Das therapeutische Team der Klinik, bestehend aus Ärzten, Diplom-Psychologen, Krankenschwestern, Krankenpflegern, Sozialarbeitern, Milieutherapeuten, Kunsttherapeuten, ist in das Leben der Klinik so integriert, daß es keine weißen Kittel trägt und von den Besuchern nicht von den Patienten zu unterscheiden ist. Zu dem gesamten therapeutischen Milieu gehört die Küche, bzw. die Köchin, die oft gerade zu schwerkranken Patienten Kontakt aufnehmen kann, allerdings darf sie dabei ihre Arbeit als Köchin nicht vernachlässigen, sonst muß hier eine Grenze gezogen werden.

Das milieutherapeutische Programm der Klinik dehnte sich auch auf die Kongreßvorbereitung aus, so haben einige Patienten im Rahmen ihrer Milieutherapie riesige Transparente gemalt und auch für die Blumenkompositionen gesorgt.

Es hat mir auch sehr gut gefallen, daß das Team der Klinik täglich zwei Supervisionsbesprechungen hat und sich gegenseitig supervidiert.

Die Patienten der Klinik nahmen den Besuch der ausländischen Gäste mit Interesse und Selbstbewußtsein auf. Sie haben viele interessante Fragen gestellt und ihre Klinik vertreten, als wenn sie jedem einzelnen gehören würde. Auf diesem Hintergrund konnte man die therapeutischen Erfolge der Klinik leicht nachvollziehen, aber auch statistische Daten über den therapeutischen Prozeß und die Effizienz der Behandlungen waren zu Forschungszwecken detailliert zusammengestellt, so daß die Besucher ausführlich informiert wurden. Häufig berichteten auch die Patienten selbst darüber, wieviel von der Zeit ihres Lebens sie in anderen Nervenheilanstalten verbracht hatten und welche physikalischen und pharmakologischen Behandlungen dort angewendet wurden.

Ein Teil der Patienten, mit denen die ausländischen Besucher ins Gespräch kamen, hatten offensichtlich Symptome mit mimischen Störungen, Bewegungsstörungen, Kommunikationsstörungen, die diagnostisch gesehen etwas über die Schwere der Krankheit aussagen. Mit diesen Symptomen setzten sich aber die Patienten auseinander, bzw. mit und trotz dieser Symptome nahmen sie aktiv an der gemeinsamen therapeutischen Arbeit teil, sie spielten auch in der Theater-Therapie-Gruppe mit.

Der Nachkongreß war für mich persönlich ein großes Erlebnis, hier in dem heilenden, identitätsfördernden Milieu teilzunehmen, die therapeutische Auffassung und Handhabung der schizophrenen Übertragung direkt mitzuerleben, wie z. B. das Acting out und das Umgehen damit. Durch diesen klinischen Nachkongreß habe ich wertvolle anregende Informationen und neue Denkanstöße bekommen.

Das Symposium war für mich wieder ein großes Erlebnis, vielleicht noch mehr als für andere Teilnehmer, denn ich konnte die Entwicklung der DAP in ihrem Prozeß miterleben, besonders auch dadurch, daß ich an fast allen vorhergegangenen Symposien teilnahm (auch an der Veranstaltung über das Unbewußte in Tbilisi).

Es versteht sich von selbst, daß ich *Günter Ammon* dankbar bin, daß ich auch in diesem Jahr Gast der Akademie sein konnte. Ich will mich auch bei meinen Vorgesetzten und den zuständigen Behörden für Internationale Beziehungen im Gesundheitsministerium bedanken, daß sie mir die Ausreise ermöglicht haben.

Dr. Béla Buda (Budapest)

Kongreßbericht
über das
Forum Internacional de Medicina Psicossomática

6.–11. April 1981, Sao Paulo, Brasilien

Das Internationale Forum über Psychosomatische Medizin, veranstaltet von der Brasilianischen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin, deren Präsident *Prof. Dr. Luiz Miller de Paiva* (Sao Paulo) ist, war in dieser Form des Austauschs therapeutischer Forschung und Methodik die erste wissenschaftliche Begegnung auf dem Südamerikanischen Subkontinent.

Teilnehmende Gesellschaften waren, neben den Veranstaltern die Sociedad Hispano-Luso Americana de Psiquiatria, Sociedades Latino Americana de Psicoanálise e de Psicoterapia de Grupo, die Deutsche Gruppenpsychotherapeutische Gesellschaft (DGG), die deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) und die World Association for Dynamic Psychiatry (WADP).

Prof. Miller de Paiva, der Chairman des Symposiums, verhalf den Teilnehmern durch seine umsichtige Leitung zu einer tiefen wissenschaftlichen Begegnung.

Die Bedeutsamkeit lag in der Diskussion über die Entstehung und Behandlung psychosomatischer, depressiver und schizophrener Erkrankungen, hervorzuheben ist auch die Diskussion über die Effektivität der Gruppenpsychotherapie als besondere Behandlungsmethodik.

Der Gruppenpsychotherapie, basierend auf dem theoretischen Verständnis von *Melanie Klein* und *W. R. Bion*, wird von den Brasilianischen Psychoanalytikern und Gruppenpsychotherapeuten große Bedeutung zuerkannt. Im Sinne gemeinsamer klinischer Arbeit und Erfahrung bei unterschiedlichem theoretischen Hintergrund war die Frage nach der Weiterentwicklung und Forschung in der Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie *Günter Ammons* von zentraler Bedeutung für dieses Symposium.

Dr. Günter Ammon war selbst der Einladung als Präsident der World Association for Dynamic Psychiatry (WADP) durch die Brasilianische Gesellschaft für Psychosomatische Medizin, der Rechtsmedizinischen Fakultät der Universität Sao Paulo sowie der rechtsmedizinischen und kriminologischen Gesellschaft gefolgt, um die Berliner Schule in Zusammenarbeit mit *Gisela Ammon* und *Burkhard Gülsdorff* in ihren neuen Entwicklungen vorzustellen.

Ammon führte in seinem Referat "The Genesis of Schizophrenic Reactions Caused by Ego-Structural, Socio-Energetic and Groupdynamic Factors and a Corresponding Treatment Method" aus, daß aus klinischer Sicht ein „Todestrieb" im Rahmen der kindlichen Entwicklung nicht zu finden sei, jedoch ein zur Destruktion führender Niederschlag destruktiver Fami-

liengruppendynamik in der Ich-Struktur des erkrankten Menschen. Die Direktbeobachtung kindlicher Entwicklung und Fehlentwicklung referierte *Gisela Ammon* zum Thema "Psychosomatic and Depressive Reaction in Early Childhood". Sie richtete den Fokus auf wechselnde passagere Erscheinungen zwischen kindlichen psychosomatischen Symptomen und depressiven Verstimmungen. Im psychoanalytischen pädagogischen Konzept von *Gisela Ammon* wird diese wechselseitige Symptomatik nicht als ein isoliertes Geschehen angesehen, sondern muß in innigem Zusammenhang mit der Familiendynamik der betroffenen Kinder verstanden werden, wie dies in der die Kinderarbeit kontinuierlich begleitenden Elterngruppenarbeit deutlich wurde.

Die Frage nach der Entstehung Psychosomatischer Erkrankungen hob *Ammon* in seinem Referat "The Structure of the Ego and the Principles of Groupdynamics in Depression and Psychosomatic Deseases. Treatment of Borderline States." hervor. Besondere Zustimmung fand sein Konzept der ich-strukturellen Gruppenpsychotherapie bei dem ausgesprochen qualifizierten Auditorium und bei den Kommentatoren (*Prof. Eksterman* RJ, *Dr. La Porta* RJ). Die portugiesischen Übersetzungen der Texte wurden von *L. Miller de Paiva* glänzend vorgetragen. *E. La Porta* bemerkte in seinem Kommentar zu den Vorträgen, daß er von anderer psychoanalytischer Richtung herkommend, das Werk von *Ammon* „loben würde", und daß aufgrund der klinischen und theoretischen Ergebnisse der Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie die Gruppenpsychotherapeutische Gruppe aus Rio de Janeiro an *Ammons* Seite stehe.

Prof. A. J. Eksterman drückte in seinem Kommentar die Freude darüber aus, daß die deutsche und brasilianische Gruppe „von denselben Gedanken beseelt sei", da im Mittelpunkt des Wirkens der Mensch stehe.

Bezogen auf *Ammons* Narzißmuskonzept führte er aus: „. . . die Eigenliebe unterstützen, damit das zentrale Ich, die Identität eines jeden Einzelnen sich wirklich in der Gesellschaft realisiert."

Zu *Gisela Ammons* Referat diskutierte er, daß die Direktbeobachtungen kindlicher Pathologie die Krise der Gesellschaft und der Familie verdeutliche, und daß der Humanismus im Konzept *Ammons* sowie die Verwirklichung der Prävention psychischer Erkrankungen tiefe soziale Reformen erfordern würde.

Einen Höhepunkt des Kongresses stellte die gemeinsame klinische Arbeit in der Supervisionsgruppe der Psychoanalytiker und Gruppenpsychotherapeuten der Associacao Paulista de Psicoterapia de Grupo unter Leitung von *Dr. Ammon* dar, in der die intensive praktische Zusammenarbeit in der Gruppenpsychotherapie über die Grenzen von Schulen hinweg deutlich wurde, wie *Prof. Bernardo Blay Neto* (Sao Paulo) bemerkte. Die Beratung von dynamisch-psychiatrisch orientierten Institutionen, wie der Tagesklinik "La casa" sowie eines Kinderzentrums in Sao Paulo u. a. verfestigten die deutsch-brasilianische Zusammenarbeit in diesem Bereich.

Zur weltweiten Kooperation und Weiterentwicklung der Dynamischen Psychiatrie in Brasilien begründete *Prof. M. Knobel,* der seit seiner gemeinsamen Zeit mit *Dr. Ammon* in der *Menninger-Foundation* Dynamische Psychiatrie in Argentinien und Brasilien lehrt, den Brasilian Branch der World Association for Dynamic Psychiatry mit Unterstützung von *Prof. Miller de Paiva, Prof. Eksterman, Dr. La Porta* und vielen anderen Fachkollegen. Brasilien ist somit das 18. Land, das sich der Weltgesellschaft angeschlossen hat.

Über die soziale Situation im Lande informierte sich die deutsche Delegation in den Armenvierteln von Sao Paulo und Brasilia, wo sie mit großer Herzlichkeit aufgenommen wurde. Der Besuch der Universitätsnervenklinik Sao Paulo machte deutlich, daß Psychoanalytiker und Psychiater an einer Neuorientierung von Prävention und Therapie nicht mehr vorbeisehen sollten und dürften.

Burkhard Gülsdorff (Berlin)

Brief von Dr. Luiz Miller de Paiva an Dr. Günter Ammon

Dear collegue *Prof. Günter Ammon*

This is a letter thanking your valuable colaboration and participation in the International Psychosomatic Medicine Forum, which without we could not have had success we obtained.

The organizing Commission is very satisfied with the scientific results that we reached even with the simultaneous translations problems. And wishes to continue counting with your valuable knowledge for the development of the psychosomatic medicine.

Every thing possible was done wishing to provide a most agreable stay for you, *Dra. Gisela,* and *Dr. Gülsdorff.*

Your conferences pleased enormously most of the collegues who confirmed the enormous satisfaction in having met you.

Also desirening to maintain alive and in interlacing our knowledge of psychoanalysis, psychosomatic medicine and analytical group therapy. As a start we would like your permission to publish, beyond the Annals of the Forum, your works in portughese in one of our medicine journal.

Once more we recognize and are enormously greatfull with the effert and sacrifice done in comming to Sao Paulo and colaborating for the scientific progress of our medicine.

Sincerely yours

Dr. Luiz Miller de Paiva

Professor Mille de Paiva (Sao Paulo) beim Vortrag der portugiesischen Übersetzung des Vortrages von Günter Ammon mit dem Titel „Ich-strukturelle Gruppenpsychotherapie". Links von Günter Ammon Gisela Ammon, deren Vortrag „Psychosomatische und depressive Reaktionen in der frühen Kindheit" ebenfalls in portugiesischer Übersetzung in dieser Sitzung verlesen wurde. Rechts von Günter Ammon die Dolmetscherin, Frau Finkelstein (Sao Paulo), rechts davon Professor Dr. med. Resende de Lima (Sao Paulo), links von Gisela Ammon Dr. Abram Eksterman (Rio de Janeiro) und Dr. Ernesto La Porta (Rio de Janeiro).

Statement von Professor Dr. Apollon Sherozia,
Staatsuniversität Tbilisi und Akademie der Wissenschaften von Georgien für das Forum: "The Unconscious in the USSR: The Meaning of Tbilisi", das auf der 34. Jahrestagung der APA (American Psychiatric Association) vom 11.–16. Mai 1981 in New Orleans verlesen wurde.

Ein ausführlicher Bericht über die Jahrestagung der Amerikanischen Psychiatrischen Association in New Orleans, zu der Günter Ammon eingeladen wurde, bei der Eröffnungszeremonie zu sprechen sowie über seine Teilnahme an einer Reihe anderer Veranstaltungen folgt in Heft 68 der Dynamischen Psychiatrie/Dynamic Psychiatry. Im Anschluß an das Statement bringen wir noch auszugsweise einen Brief von Professor Sherozia zum Abdruck, in dem er die Verbindungslinien zwischen der Uznadze Schule und der Ammon'schen Ich-Strukturologie zieht.

Offener Brief an die Teilnehmer des Kongresses der APA in New Orleans zur Diskussion der Ergebnisse des Internationalen Tbilisi Symposiums über das Unbewußte.

Sehr verehrter Herr Vorsitzender, sehr verehrte Kollegen,
als Vorsitzender des wissenschaftlichen Programm-Komitées des Tbilisi Symposiums ist es mir eine große Freude, Sie – die Organisatoren dieses Symposiums – im Namen der Akademie der Wissenschaften der Georgischen SSR und der Tbilisi Staatsuniversität herzlich zu grüßen und meine tief empfundene Wertschätzung auszudrücken für die Ehre, die Sie uns erwiesen haben, durch Ihre Entscheidung, die Ergebnisse von Tbilisi auf einer besonderen Konferenz der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung am 13. Mai 1981 zu diskutieren. Zusammen mit Wissenschaftlern aus vielen Ländern haben hervorragende amerikanische Forscher an der Vorbereitung und den Sitzungen des Symposiums teilgenommen. Ich möchte meinen, daß die Tatsache, sich entschlossen zu haben, die Ergebnisse unseres Symposiums zu diskutieren, die wachsende Tragfähigkeit der zentralen Idee des Tbilisi Symposiums beweist – die Idee eines ehrlichen wissenschaftlichen Dialogs zwischen uns und unseren jeweiligen Partnerländern mit dem Ziel, unterschiedliche Gedanken und Vorstellungen einander anzunähern.

Als wir uns entschieden, ein internationales Symposium über das Unbewußte zu organisieren, waren wir überzeugt, daß diese Aufgabe undurchführbar wäre ohne einen echten wissenschaftlichen Dialog mit der Schule *Sigmund Freuds* und anderen modernen psychoanalytischen Richtungen, die mit seinem Namen verbunden sind. Deshalb wählten wir die von *Dimitri Uznadze* vertretene Theorie des unbewußten psychologischen Sets als die geeignetste Theorie für dieses Vorhaben. Der angesprochene Dialog erwies sich als das mögliche Ergebnis einer neuen Modifizierung des klassischen Modells der oben erwähnten Theorie in folgender Form (Set – Bewußtsein):

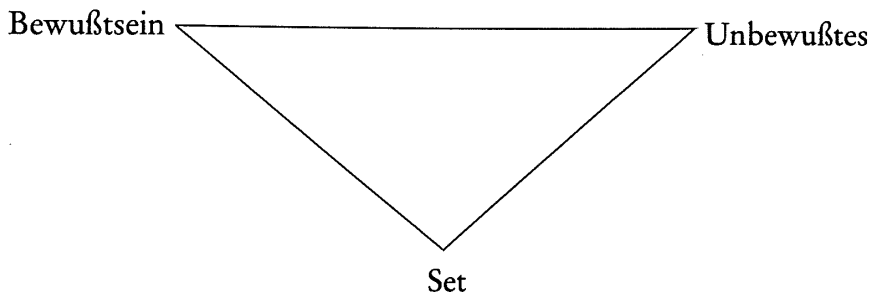
Set – Bewußtsein – Unbewußtes, bei dem der erste Bestandteil dieses Systems nicht nur als primäre psychische Ganzheit verstanden wird, sondern

als ein verbindendes Prinzip, d. h. als eine Variable, die den Systemen von Bewußtsein und dem Unbewußten zugrunde liegt.

Die Bedeutung dieser auf den ersten Blick unbedeutenden Veränderung in der methodologischen Struktur liegt darin, daß sie uns nun ermöglicht hat, in gleicher kritischer Auseinandersetzung mit dem wissenschaftlichen Erbe sowohl *Freuds* als auch *Uznadzes* von der Position, die Theorien beider als sich wechselseitig ausschließend zu sehen und zu der Position weiter zu bewegen, in der eine generalisierte Diskussion der methodologischen Konstrukte *Freuds* und *Uznadzes* auf der Grundlage einer allgemeinen Theorie des Bewußten und des Unbewußten stattfinden kann – einer Theorie, die mehr unserem neuen konzeptionellen Modell angemessen ist.

Übrigens wurde auch das Emblem des Tbilisi Symposiums im Bewußtsein dieses Prinzips ausgewählt. Auf jeden Fall glaubten wir, daß die oben erwähnte Umformung von *Uznadzes* psychologischem Modell den Weg für einen Dialog geebnet hatte über das Problem der unbewußten geistigen Aktivität zwischen den sowjetischen und westlichen wissenschaftlichen Schulen, insbesondere zwischen jenen von *Freud* und *Uznadze*.

Aber ein Weg zwischen den psychologischen Schulen *Freuds* und *Uznadzes* alleine würde unseren Absichten nicht Genüge tun. Wir waren entschlossen, an diesem Dialog Vertreter anderer Richtungen und Wissenschaftszweige, die sich mit den Problemen des Unbewußten auseinandersetzen, zu beteiligen, um so einen möglichst umfassenden Dialog zwischen den unterschiedlichen wissenschaftlichen Konzepten und Ideen unserer Zeit zu ermöglichen. Und wir führten es auch durch. Auch hier verwandten wir das gleiche Modell unserer allgemeinen Theorie des Bewußtseins und der unbewußten geistigen Aktivität als konkretes Prinzip unseres wissenschaftlichen Ansatzes:



Das ermöglicht uns, das Unbewußte – in Verbindung mit Set und Bewußtsein – nicht nur als ein unverzichtbares Strukturelement einer dreidimensionalen Psyche und die direkt mit ihm verbundene Sprache als eines der Hauptparameter einer Systemmodifikation des letzteren zu sehen, sondern auch als ein sine qua non für unsere gesamte menschliche Existenz – für die Personalität –, als eines der Hauptparameter seiner psychologischen Identi-

tät, als die Form oder Regel des Lebens, dessen grundlegende Gesetze primär in der Kultur repräsentiert werden und nur durch individuelle Phänomene der Kultur sich manifestieren.

Ich glaube, daß dieses Modell einer interdisziplinären Systemforschung des Problems des Unbewußten verheißungsvolle Zukunftsperspektiven sowohl den sowjetischen, wie auch den westlichen wissenschaftlichen Schulen unter Einfluß der Theorien des Unbewußten, des psychologischen Sets und der Psychoanalyse eröffnet. Übrigens haben die fünf Jahre intensiver wissenschaftlicher Zusammenarbeit zwischen unseren Ländern eine erste Bestätigung des zur Diskussion gestellten Modells zum Ergebnis gehabt. Ich denke dabei nicht nur – und nicht in erster Linie – an das Internationale Tbilisi Symposium 1979, das tatsächlich auf der Grundlage des jetzigen Modells einer allgemeinen Theorie des Bewußtseins und der unbewußten geistigen Aktivität organisiert wurde, sondern vor allem an unsere gemeinsame Monographie, die den Kongreß vorbereitete. Die Auswahl des extensiven Materials, das in den drei Bänden der Monographie enthalten ist, wurde präzise auf der Grundlage dieses Modells vorgenommen. Überdies verdient es erwähnt zu werden, daß diese Organisationsform der wissenschaftlichen Diskussion unter uns sowohl von sowjetischen wie auch von westlichen Wissenschaftlern mitgetragen wurde, darunter ein herausragender Landsmann von uns und Ihnen, wie es Professor *Roman Jakobsen* ist. Die Teilnahme *Professor Jakobsons* an unserer Diskussion ist auch in anderer Hinsicht bedeutsam: Sie scheint zu belegen, daß, wenn man von den Erfahrungen in unserem Jahrhundert ausgeht, das Problem des Unbewußten nicht nur die Psychologie alleine angeht oder die Psychiatrie alleine oder die eigentliche Psychoanalyse alleine; alle anderen Wissenschaftsdisziplinen sollten sich an der Erörterung dieses Problems beteiligen, wobei der Linguistik eine etwas dominierende Stellung zukommt, wenn man die fundamentale Tatsache, daß das Unbewußte sich als Sprache strukturiert (*Lacan*) als erwiesen ansieht.

Nun würde ich jedoch gerne noch etwas über das Tbilisi Symposium und den wissenschaftlichen Dialog sagen, der dort stattgefunden hat. Die Vorbereitung eines solchen Dialogs hat eine ziemlich lange Geschichte, und als zeitlicher Prozeß ist sie nicht nur direkt mit den grundlegenden konzeptionellen Veränderungen verknüpft, die innerhalb der georgischen psychologischen Schule seit den 50er Jahren stattfanden, sondern auch mit den grundlegenden konzeptionellen Veränderungen, die in dem gleichen Zeitabschnitt innerhalb der westlichen psychologischen und psychoanalytischen Schulen feststellbar waren. Auf jeden Fall waren wir Anfang der 70er Jahre auf einen Dialog mit westlichen wissenschaftlichen Schulen aufgrund des relativ neuen strukturellen Modells des Bewußtseins und der unbewußten geistigen Aktivität, das von uns entwickelt worden war, vorbereitet. Nun mußte die Umsetzung in die Praxis erfolgen, und sobald wir dies taten, stießen wir auf beträchtliche Schwierigkeiten. Diese Schwierigkeiten waren mit dem Pro-

blem verknüpft, innerhalb eines einzigen Gesamtspektrums die höchst unterschiedlichen wissenschaftlichen Konzepte und Ideen dieses Jahrhunderts über das Unbewußte zu diskutieren; auf den ersten Blick schien dies eine unüberwindliche Schwierigkeit zu sein. Jedoch konnten wir durch unsere einmütige Zusammenarbeit all diese Schwierigkeiten allmählich überwinden und uns unserem gemeinsamen Ziel nähern.

Um Ihnen zu verdeutlichen, wie arbeitsreich und mühsam dies alles zu erreichen war, möchte ich mir erlauben, meinen verehrten Freund *Dr. Léon Chertok*, einen der direkt an der Organisation dieses Symposiums Beteiligten als Zeugen dafür zu benennen, und ihn an unsere diesbezüglichen Konferenzen erinnern. Unser erstes Treffen fand 1976 in Moskau im 15. Stock des Hotels der Akademie der Wissenschaften der UdSSR statt, wo ich damals mit meiner Frau wohnte. *Professor Filipp Bassin*, ein alter Freund von uns, war auch bei dieser Konferenz anwesend, die zwei Tage dauerte (15. und 16. August) und nur der Ausarbeitung der notwendigen Strategie für die Einberufung des zukünftigen Symposiums über das Unbewußte und der Vorbereitung unserer ersten umfangreichen gemeinsamen Monographie gewidmet war. Wie die weitere Entwicklung zeigte, erwies sich diese Strategie als tragfähig. Jedoch wurde meine Aufmerksamkeit bei unserem Treffen auf folgende Tatsache gelenkt: Trotz unserer einmütigen Entscheidung zusammenzuarbeiten, war es *Professor Bassin* und mir nicht gelungen, jene herausragende Persönlichkeit mit unserem großen Optimismus anzustekken. Wahrscheinlich war eher das Gegenteil der Fall: Da er nur unseren Optimismus sah, muß er mit beträchtlichen Zweifeln, zu denen er damals auch genügend Anlaß hatte, nach Paris zurückgekehrt sein. Aber unser zweites Treffen zwei Jahre später (1978) war anders; es fand an einem schönen Maiabend in meiner Wohnung in Tbilisi statt. *Professor Alexander Prangishvili* war auch anwesend. Während der Tisch gedeckt wurde, waren wir schon lange in der Lage, *Professor Chertok* die Korrekturfahnen der drei Bände der oben erwähnten Monographie zu zeigen. Sie sollten gesehen haben, wie schnell und begeistert er die Materialien durchging, wie sein Gesicht seine herzliche Freude widerspiegelte und er selbst von unserem Optimismus durchdrungen wurde. Erst damals realisierte ich, daß *Dr. Chertok* bis zu diesem Moment sehr starke Bedenken gegen unser Unternehmen gehabt hatte.

Im Grunde sollte eine solche Vorsicht von seiten unseres französischen Kollegen nicht so sehr überraschen angesichts der beträchtlichen Skepsis, mit der viele unserer eigenen Freunde der Idee des Tbilisi Symposiums gegenüberstanden. In diesem Zusammenhang erinnere ich mich an mein Treffen zusammen mit *Professor Bassin*, dem anerkannten führenden Kopf der sowjetischen Psychologie, dem verstorbenen *Professor A. N. Leontiyev:* Das erste Treffen fand Ende Juli 1975 in der Moskauer Staatsuniversität in der Karl-Marx-Straße statt und das zweite am 20. August 1978 in *Professor Leontiyevs* Wohnung in der Marshal Rybalko Straße. Beim ersten Treffen

empfing uns *Professor Leontiyev* ziemlich kühl, denn er hielt unser Unternehmen für verfrüht und gab uns einfach den Rat, die Idee des Tbilisi Symposiums aufzugeben; zumindest gab er uns klar zu verstehen, daß er uns dabei nicht unterstützen würde. Jedoch änderte er in der Folgezeit seine Meinung und leistete uns aufrichtige Hilfe in vieler Hinsicht. Bei unserem zweiten Treffen war *Professor Leontiyevs* Haltung uns gegenüber sehr freundlich, unser Gespräch dauerte lange. Unser Gespräch konzentrierte sich hauptsächlich auf *Sigmund Freud, D. Uznadze* und *Lev Vigotski;* dann sprachen wir über *Louis Althusser, Jean Lacan, George Klein, Roman Jakobson, Levi-Strauss* und *Günter Ammon.* Und als *Professor Leontiyev* sich die Bände unserer gerade veröffentlichten gemeinsamen Monographie angeschaut hatte, war er von ihrem Inhalt beeindruckt und sagte uns, bevor wir ihn verließen: „Möge Ihr Symposium mit Gottes Hilfe so triumphal enden, wie es in diesen Bänden seinen Ausdruck findet." Ich kann es nicht beurteilen, ob das Tbilisi Symposium ein triumphaler Erfolg war oder nicht. Aber eines ist klar: Zusammen mit Ihnen haben die Mitglieder der Leitergruppe (*Alexander Prangishvili, Apollon Sherozia, Filipp Bassin* und *Léon Chertok*) alles getan, um es einen Erfolg werden zu lassen.

Noch eine denkwürdige Reminiszenz, sie ereignete sich zwei Tage vor dem Symposium ungefähr 7 Uhr abends am 27. September 1979 auf dem Seremetyevo-Flughafen in Moskau. *Professor V. A. Zvegintsev,* Dozent *B. M. Velichkovski* (Universität Moskau) und ich waren dort, um *Professor Roman Jakobson* willkommen zu heißen. *Professor John Mack* und seine Frau kamen mit dem gleichen Flugzeug von den Vereinigten Staaten über Paris an. Die Gäste betraten bald den Warteraum und ich wurde als Gastgeber sofort *Professor Jakobson* vorgestellt. Und als er mit seiner typischen Energie und seinen wachen Augen seine Arme hob und wir uns herzlich umarmten, da erst war ich überzeugt, daß das Tbilisi Symposium stattfinden würde. Und es fand statt als die erste internationale Zusammenarbeit unterschiedlicher Konzepte und Ideen unseres Jahrhunderts.

Gab es auch Mängel? Das Tbilisi Symposium hatte viele Mängel: Unsere ersten Dialoge waren zu schüchtern und ziemlich begrenzt; es gelang uns nicht, viele Dinge zu sagen, die wir auf der Grundlage unserer gemeinsamen Monographie hätten sagen können, und das, was tatsächlich gesagt wurde, hätte in besserer Weise gesagt werden können. Jedoch eröffnete Tbilisi weite Perspektiven für die Systemforschung der interdisziplinären Zusammenhänge des Problems des Unbewußten. Ich appelliere an Sie, Tbilisi nicht zu vergessen – den ersten Schritt, den wir zusammen gemacht haben. Wir sollten alles tun, was in unserer Macht steht, um viele weitere Kongresse zu organisieren und neue gemeinsame Schritte zu machen.

Es mag in der Zukunft nicht notwendig sein, unsere internationalen Dialoge über das Unbewußte mit einem so weit gefaßten Programm zu organisieren. Es wird wahrscheinlich besser sein, konkretere Programme für die weitere gemeinsame Forschung auszuarbeiten. In dieser Hinsicht scheint

mir das Programm der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) für den kommenden Kongreß in Wien mit dem Titel: „Unbewußtes und Identität" exemplarisch zu sein. Übrigens möchte ich mit der gütigen Erlaubnis meines lieben Freundes *Günter Ammon,* Sie teilhaben lassen an meiner großen Befriedigung, an der Arbeit dieses Kongresses teilnehmen zu dürfen – nicht nur als Repräsentant der Akademie für Wissenschaften der Georgischen SSR und der Staatsuniversität Tbilisi, sondern auch als Fellow der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) und der World Association for Dynamic Psychiatry (WADP).

Ich glaube, daß Sie mit mir darin übereinstimmen werden, daß dies allein ebenso wie die Tatsache, daß Sie heute bei Ihrer traditionellen Konferenz das Internationale Tbilisi Symposium diskutieren werden, die Gewähr dafür bietet, unsere Zusammenarbeit konkreter und koordinierter zu gestalten und ein Beweis dafür ist, daß wir und unsere historische Konferenz ihre Mission erfüllt haben.

Nun lassen Sie mich etwas über die verstorbene *Doktorin Nancy Rollins* sagen, eine der herausragendsten Teilnehmerinnen unseres Symposiums, von deren Ableben ich gerade von *Professor Mack* gehört habe. Ich möchte Ihnen gegenüber meine Trauer ausdrücken, die ihr Weggang von dieser Welt ausgelöst hat. In der Tat wollte ich, als ich mich entschloß, nach New Orleans zu kommen, ihr meinen Dank aussprechen, daß sie den wissenschaftlichen Beitrag der sowjetischen Psychologie im allgemeinen und meinen Beitrag dazu im besonderen unseren amerikanischen Kollegen nahegebracht hat. Aber leider nimmt der Tod keine Rücksicht auf unsere Gefühle. Übermitteln Sie bitte der Familie der Verstorbenen mein tiefes Mitgefühl.

Lassen Sie mich schließlich meine besten Wünsche und tiefe Wertschätzung im voraus zum Ausdruck bringen für die herzlichen Worte, die heute in Erwiderung auf unser Statement gesprochen werden. Wir glauben, daß eine solche breite und konstruktive Zusammenarbeit zwischen Wissenschaftlern sowohl das edle Ziel des Friedens zwischen unseren Völkern als auch die große Wissenschaft unserer Zeit festigen hilft.

Als wir die letzten Zeilen des dritten Bandes unserer gemeinsamen Monographie über das Tbilisi Symposium schrieben, wählten wir die folgenden Worte: „Eine Gruppe von Leuten, die der gleichen Idee folgen und sich an der gleichen Autorität orientieren, die sie leitet, deren Ansicht sie alle teilen, kann wie ein einziger Geist angesehen werden und ein einzelner Geist kann irren . . . Wenn jedoch verschiedene Geister nach Reflexion, Verifikation, Streitgesprächen, Diskussionen, Debatten und Betrachtung von entgegengesetzten Seiten zu einer Einigung kommen, dann wird es nichts Wahrhaftigeres geben, als die Überzeugung, zu der sie dann gelangen werden" (*Al-Farabi*).

Wir sind noch immer überzeugt, daß die weitere Entwicklung des wissenschaftlichen Dialogs zwischen uns genau diesen Zweck erfüllen soll. Gleichzeitig hoffen wir aufrichtig, daß Sie uns die Materialien Ihrer Diskussion der

Ergebnisse des Tbilisi Symposiums schicken werden, ebenso wie alle anderen damit zusammenhängenden amerikanischen Veröffentlichungen. Die Materialien werden im Band 4 der gemeinsamen Monographie veröffentlicht werden.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit
herzlichst
Ihr
Apollon Sherozia
Professor an der Staatsuniversität Tbilisi

Auszug aus einem Brief von *Professor Dr. Apollon Sherozia* an *Dr. Günter Ammon*, Präsident der Deutschen Akademie für Psychoanalyse, Präsident der World Association for Dynamic Psychiatry

Mein lieber Freund,

zuerst erhielt ich Ihr . . . (es werden 11 verschiedene Sendungen bestehend aus Briefen, Telegrammen, wissenschaftlichen Materialien, Büchern aufgezählt, die in der Zeit vom 30. Januar bis zum 25. 3. 1981 in Tbilisi eingegangen sind).

Es ist selbstverständlich, daß ein solch intensiver Austausch von Briefen und Telegrammen zwischen uns nur ein Unterpfand einer guten Zukunft sein kann: Es zeigt nicht nur unsere große Freundschaft an, sondern auch unsere weite und ehrliche wissenschaftliche Zusammenarbeit unter dem hellen Himmel einer gutnachbarlichen Beziehung zwischen unseren beiden Staaten. Schließlich bin ich bereit, zusammen mit Ihnen zu akzeptieren und zu glauben, daß das hauptsächliche Ziel der Weltgesellschaft für Dynamische Psychiatrie (WADP) ist: Die Erhaltung der Wissenschaft und des Friedens. Ausgehend von dem großen Licht unseres gemeinsamen Ziels, möchte ich von der oben dargestellten Position all die Gründungsmitglieder der WADP grüßen, Ihren Executive-Council, den Board of Governors und die Chairmen der Regionalen Zweige. Es ist eine große Ehre für mich, ein Gründungsmitglied der WADP zu sein und ihr regionaler Chairman, der mich befähigt – zusammen mit meinen Kollegen – den edlen Interessen dieser Gesellschaft zu dienen. Noch einmal: Nehmen Sie bitte meine tiefe Wertschätzung, die mich mit diesem Recht beehrt, an. Um die Wahrheit zu sagen, all dies war unerwartet für mich und neben der Freude, die ich erfahren habe, werde ich alles in meinen Kräften Stehende tun – entsprechend den Gesetzen meines Landes – um dieses große Vertrauen zu erfüllen, das in mich gesetzt worden ist durch die WADP und durch Sie persönlich. Bitte nehmen Sie meinen aufrechten Glückwunsch und die besten Wünsche bei dieser Gelegenheit anläßlich der Gründung der Gesellschaft und Ihrer Wahl zu ihrem 1.

Präsidenten entgegen. Ich möchte Sie versichern, mein lieber Freund, daß – zusammen mit *Professor Filip Bassin* – ich in dieser edlen Aufgabe immer an Ihrer Seite stehen werde zum Wohle der Nachwelt und daß in der Zukunft der Kreis Ihrer Freundschaft mit der sowjetischen Wissenschaft sich immer mehr ausweiten werde.

Was einen anderen Aspekt meiner zukünftigen Beziehung mit Ihnen persönlich und mit der Deutschen Akademie für Psychoanalyse, insbesondere meine Wahl zum Fellow dieser Akademie und Mitglied seines Wissenschaftlichen Beirats betrifft, muß ich bekennen, daß dies sogar eine noch größere Ehre war. Das ist wahrscheinlich so, weil es leichter für mich ist, an dem Lebensweg in der Wissenschaft festzuhalten, den ich früher gewählt habe und der, ungeachtet eines kontinuierlichen Dialogs mit dem wissenschaftlichen Vermächtnis unseres gefeierten Vorfahren *Sigmund Freud* oder meiner Einbezogenheit in die Vorbereitung der notwendigen Bedingungen für diesen Dialog zugunsten der Wissenschaften meines Landes, mich an die Schwelle Ihrer Akademie geführt hat. Ich denke dabei an meine erste wissenschaftliche Abhandlung, die ich in meiner Jugend geschrieben habe, mit dem Titel: "Regularities of the various spheres of the mind and the problem of the Unconscious" (1957), in welcher ich diesen Weg beschritten habe. Und nun möchte ich Ihnen sagen, daß es nicht leicht für mich war, diesen Weg zu überqueren, in der gleichen Weise wie es wahrscheinlich nicht leicht für mich sein wird, die Schwelle Ihrer Akademie zu überschreiten. Und dennoch, mit Ihrer Erlaubnis, werde ich mit großem Respekt ihre Tür öffnen und werde versuchen, nicht ein fremder Körper der Akademie zu sein, sondern ihr Freund und Wissenschaftler, der gewohnt ist, die fundamentalen psychoanalytischen Sichtweisen zu erörtern. Ich weiß nicht, wie sich meine neue Aufgabe konkret herausbilden wird – nur die Zukunft wird dies zeigen. Aber eine Sache kann ich vordringlich sagen: Ich glaube an die wissenschaftliche Zusammenarbeit mit Ihrer Akademie; ich bin zuversichtlich, daß solch eine Zusammenarbeit zwischen unseren beiden Staaten beitragen wird zu der Entstehung einer großen Wissenschaft der Seele. Daher bin ich natürlicherweise froh und Ihnen dankbar für solch hohe Wertschätzung meines wissenschaftlichen Beitrages: Meine Wahl zum Fellow der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) wird für immer eine Tatsache für mich bleiben, auf die ich stolz sein werde, und als ein Fellow der Akademie werde ich mein Bestes tun, um wenigstens teilweise diese ehrenvolle Auszeichnung zu erfüllen. Nochmals vielen Dank für alles.

Das Thema des Wiener Kongresses „Unbewußtes und Identität" ist hervorragend konzipiert, es macht einen ausgezeichneten und aufeinander abgestimmten Eindruck. Ich bin zuversichtlich, daß der Kongreß substantielle Beiträge zur weiteren Betrachtung des Problems des Unbewußten liefern wird. Die *Uznadze*-Schule weiß es zu schätzen, daß Sie ihr einen Platz im Wiener Kongreßprogramm eingeräumt haben. Natürlich ist der Titel meines Vortrages mit dieser Schule verbunden: „Perspektiven der Erforschung von

Bewußtsein und Unbewußtsein und Unbewußtem auf dem Hintergrund neuester Ergebnisse der Uznadze-Schule: Eine neue Theorie eines dreidimensionalen Systems der Psyche". Darin werde ich versuchen, die methodologische Grundlage dieser Theorie zu beleuchten unter Berücksichtigung der sich überschneidenden Aspekte des klassischen Modells von *Freud* und *Uznadze*. In diesem Zusammenhang schlage ich vor, gewissermaßen in eine Diskussion einzutreten mit unseren amerikanischen Kollegen, besonders mit der Schule *George Kleins*, die es als möglich erachten, die Psychoanalyse als eine ausschließlich klinische Theorie zu betrachten. In dieser Diskussion werde ich versuchen, eine Brücke zu schlagen zwischen Ihrer Konzeption und meiner. Ich glaube, daß es für die Zurückweisung der *Freudschen* Metapsychologie keine oder fast keine Rechtfertigung gibt, auf jeden Fall führt es nicht zur Idee konzeptioneller Einheit der Psychologie noch der Psychoanalyse an sich.

Bei der Diskussion dieses Problems möchte ich Sie als meinen Verbündeten ansehen, in mancherlei Hinsicht auch in der Auseinandersetzung mit einigen meiner sowjetischen Kollegen. Mich interessiert Ihr Standpunkt hierzu, erscheint Ihnen der vorgeschlagene Brückenschlag gerechtfertigt?

Ich hoffe Sie auf dem Kongreß in New Orleans im Mai zu treffen, dann auf dem Baku-Kongreß im Oktober und nicht zuletzt auf dem Wiener Kongreß im November 1981. Schließlich ist Optimismus eine große Kraft, aber Freundschaft ist eine noch größere Kraft, mein lieber Freund. Sollte es sich so ergeben, daß ich nicht in New Orleans ankomme, werde ich mich auf Sie verlassen. Wir sind unseren amerikanischen Kollegen sehr verbunden für die Ehre, die sie uns erweisen, die Ergebnisse des Symposiums von Tbilisi zu diskutieren. Wir werden dieses Symposium immer mit Vergnügen erinnern. Sollte es mir nicht möglich sein, aus den einen oder anderen technischen Gründen in New Orleans anzukommen, möchte ich von Ihrer dortigen Anwesenheit Gebrauch machen und Sie bitten, die besten Wünsche der sowjetischen Kollegen allen Teilnehmern des Treffens zu überbringen. Als wir das Internationale Symposium von Tbilisi zum Problem des Unbewußten vorbereiteten, waren wir von der Notwendigkeit des ernsthaften Dialogs überzeugt, zwischen Wissenschaftlern unterschiedlicher Tradition und Herkunft, und wir sind immer noch der gleichen Meinung und haben diesen Standpunkt nicht aufgegeben.

Mit sehr herzlichen Grüßen
Apollon Sherozia

Buchbesprechungen

Zum 60. Geburtstag von Erwin Ringel (W)

Erwin Ringel
Selbstbeschädigung durch Neurose
Psychotherapeutische Wege zur Selbstverwirklichung

Herder Verlag, Wien, Freiburg, Basel 1973, 167 Seiten

Es ist sicher nicht einfach einen Autor wie *Erwin Ringel* angemessen zu würdigen, da man ihn selbst als einen Meister der Würdigung bezeichnen könnte und zwar ganz in dem Sinne einer Humanität, der der Respekt vor der Würde eines jeden Menschen ein oberstes Ziel ist. So ist sein gedanklicher Entwurf einer „universalistischen Psychologie" zu verstehen, für die er in diesem Buch plädiert. Es ist allemal ein Buch eines erfahrenen Praktikers und gründlichen Denkers, entstanden zum Abschluß der sechziger Jahre. Es verschafft einen Überblick über eine ganze Epoche psychotherapeutischer Bemühungen und bezieht, was bei „Überblicken" selten ist, Standpunkt.

Ringel ist als Gründer und Präsident der Internationalen Vereinigung für Selbstmordprophylaxe und als *Adlerianer* in der Welt bekannt. In Wien ist er Initiator, Leiter und Supervisor verschiedener praktischer psychotherapeutischer Einrichtungen und Lehrer vieler Studenten. In Österreich ist er auch bekannt als der Psychologe, der, wenn er spricht, mühelos die Wiener Oper mit gemischtem Publikum bis auf den letzten Platz füllt und den Menschen anschaulich demonstriert, daß sie nicht umhin können „ein Ende zu machen mit der bewußten und unbewußten Heuchelei, mit dem bewußten oder unbewußten Theaterspielen, mit dem ganzen scheinhaften Wesen" (Zitat von *Manfred Hausmann* aus „Trost im Trostlosen" – hier zitiert aus dem Vorspann zum ersten Kapitel des *Ringelschen* Buches).

Ringel ist *Adlerianer,* ein *Adlerianer* der die „komplexe Psychologie" *Jungs* in ihrer Kompetenz besonders für Menschen in der zweiten Lebenshälfte und der Grundfrage nach einer Sinnerfüllung des Lebens würdigt und von *Freud* sagen kann „auch als Individualpsychologe würde man zugeben müssen, daß das höchste Maß an Selbstreflexion in der *Freudschen* Schule erreicht wird". Im Kapitel „Psychotherapie heute" betont *Ringel,* daß *Freud* zu einem Prüfstein menschlicher Aufrichtigkeit geworden ist und „bis auf weiteres und sicher noch auf lange Zeit" der Satz gelte „sag mir was du von *Freud* hältst, und ich sage dir wer du bist".

Das Buch von *Ringel* ist aber nicht nur bewußtseinserweiternd für den „Fachmann", es ist auch für den „Laien" eine selten gute Einführung in die Grundgedanken und aktuellen Probleme der psychotherapeutischen Wissenschaft überhaupt. So ist auch sein Aufbau. Die ersten Kapitel: „Das We-

sen der Neurose, die Entstehung der Neurose, die Form der Neurose" zeigen *Ringel* als einen gründlichen Lehrer mit hoher didaktischer Potenz. Die folgenden Kapitel „Vom Über-Ich zum personalen Gewissen" und „Psychosomatische Erkrankungen" eröffnen den Blick für die Dimension des Organischen und gesellschaftlich Moralischen. Die beiden Abschlußkapitel, die auch als ein eigenes in sich geschlossenes Buch gelesen werden könnten, ermöglichen den ernsthaft religiös engagierten Menschen eine konstruktive Auseinandersetzung mit dem psychotherapeutischen Erfahrungsgut. Das sechste und siebte Kapitel über Probleme der Selbstdestruktion und des Suizids zeigen den Lehrer und Therapeuten *Ringel* insbesondere als Praktiker, der, wenn es sein muß, auch organisatorische Konsequenzen zieht. Suizidprophylaxe ist das Anliegen *Ringels,* das ihn in der Welt am meisten bekannt gemacht hat. Die Botschaft dieses Anliegens möchte ich in diesem Zusammenhang nur durch ein Zitat von *John Devonne* aus „Devotions" vermitteln, dem *Ringel* in diesem Teil seines Buches einen zentralen Platz einräumt: „Kein Mensch ist ein Eiland, nur für sich allein. Jeder ist ein Stück des Kontinents, ein Teil des Ganzen. Der Tod jedes anderen betrifft auch mich, denn ich bin einbezogen in die Menschheit. Darum frage nie, wem die Stunde schlägt, sie schlägt für dich".

Der Theoretiker, oder besser Denker *Ringel* ist am konzentriertesten im achten Kapitel über „Psychotherapie heute" zu spüren, was auch für die Autoren dieser Buchbesprechung das zentrale Kapitel seines Buches darstellt. Wenn sich Leser der „Dynamischen Psychiatrie" hier von einem Vertreter der Dynamischen Psychiatrie eine „doch kritischere" Würdigung erwarten sollten, etwa mit dem Verweis darauf, daß *Ringel* hier schreibt: „Mit Absicht werden hier nur die erwähnten drei Schulen namentlich aufgeführt. Man hört heute zwar allenthalben von neuen analytisch orientierten Schulen, so daß man fast von einer diesbezüglichen Inflation sprechen könnte. Abgesehen davon, daß die Fülle dieser neuen Namen und ihrer verschiedenartigen Ansichten nur geeignet sein können, heillose Verwirrung anzurichten, läßt sich all dies sogenannte Neue mühelos auf *Freud, Adler* und *Jung* reduzieren und bedeutet weder einen wirklichen Fortschritt noch eine Weiterentwicklung", muß ich Sie enttäuschen. Ich mag Ihnen die aktive und persönliche Gedankenarbeit nicht nehmen (die die Bereitschaft zur offenen zwischenmenschlichen Kommunikation voraussetzt) um zu verstehen, daß die Dynamische Psychiatrie froh darüber ist, im Laufe des letzten Jahrzehnts in dem „universalistisch" denkenden Tatmenschen *Ringel* einen zunehmend aktiveren Mitkämpfer und engeren Freund gefunden zu haben.

Günter Ammon, Thomas Culemann (Berlin)

Erwin Ringel
Psychosomatische Medizin und Arbeitsklima

1979, in: Management Forum, Zeitschrift für Wirtschafts- und Verwaltungsführung, Band II (2)

Wirtschaft, Verwaltung und Politik orientieren ihr Handeln bisher nicht an den Bedürfnissen von Menschen. Diese Bedürfnisse werden vielmehr abgedrängt in einen Konsumbereich, in welchem sie auch befriedigt werden sollen. Dies gelingt jedoch nicht, wie die große Häufung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen zeigt.

Erwin Ringel widmet sich dem wichtigen Problem des psychosomatisch krankmachenden Arbeitsklimas in der Weise, daß er Patienten zu Wort kommen läßt, die sich innerhalb seiner psychotherapeutischen Tätigkeit auf einer psychosomatischen Abteilung in stationärer Behandlung befanden. *Ringel* stellt hierbei folgende Punkte heraus: Vorherrschend ist die Klage der Patienten, daß sie sich in ihrem Arbeitsprozeß wie ein winziges Teil in einem großen anonymen Räderwerk fühlen. Sie würden nicht ernstgenommen und wären ihrer Arbeit entfremdet. Sie erlebten nichts bei der Arbeit und wüßten nicht, wozu sie überhaupt arbeiten.

Zu dieser Anonymität gegenüber den Arbeitszielen und den Mitarbeitern kommt häufig, daß viele ihre gesamte psychische Kraft darauf zu verwenden scheinen, sich gegen feindselige Aggressionen ihrer Mitarbeiter zu verteidigen. Es herrscht eine Welt von Neid und Haß. Eine Studie aus den Vereinigten Staaten bestätigt dies. Sie besagt, daß 40 % der zur Verfügung stehenden Energie gebunden seien durch die Auseinandersetzung mit feindseligen Aggressionen, nach einer deutschen Untersuchung bei der IG Metall in Stuttgart habe sich gezeigt, daß 30 % der Arbeitnehmer ihren Arbeitstag als sehr belastend empfanden. *Ringel* kritisiert das Prinzip des divide et impera von Unternehmen, durch das Vorgesetzte ständigen Angstdruck schaffen und der Überzeugung sind, daß die Arbeiter und Angestellten sonst nichts leisten würden. Dies spiegelt sich darin, daß viele von *Ringels* Patienten betonen, Arbeitslust und Ehrgeiz seien ihnen abhanden gekommen. Die Untersuchung bei der IG Metall in Stuttgart besagt auch, daß 36 % der befragten Personen ihren Arbeitsplatz als unsicher ansehen, besonders ältere Menschen. Viele Patienten klagen auch über den Mangel an Anerkennung und Bestätigung. Daß die Vorgesetzten ihnen entfremdet sind, finden sie schlimmer als Schicht- oder Nachtarbeit. *Ringel* berichtet den Fall einer 30 Jahre in einem Verlag tätigen Patientin, die überraschend eine Kündigung erhielt. Die Patientin reagierte auf den Verlust ihrer seit 30 Jahren bestehenden Umgebung und Vertrautheit an ihrem Arbeitsplatz mit einem vegetativen Erschöpfungszustand, der noch nach Jahren fortbestand und durch den sie eine soziale Invalide zu werden drohte. Auch wenn Menschen überraschend auf ein totes Gleis geschoben werden, kann ein solcher Zusammenbruch der Persönlichkeit, den man mit den Begriffen „Pensionsschock" oder „Pensionstod" zu bezeichnen pflegt, eintreten.

Viele Patienten leiden darunter, daß sie an ihrem Arbeitsplatz ihre Aggression nicht ausdrücken können. Nach einer Untersuchung in Österreich leidet ein Viertel von 180000 Arbeitnehmern darunter, daß sie dem Zwang zur Freundlichkeit und zum Lächeln ausgesetzt sind. *Ringel* mißtraut vielen offiziellen Untersuchungen, denen zufolge ein hoher Prozentsatz der Arbeitnehmer mit ihren Arbeitsbedingungen zufrieden sei. Es handelt sich hier um die Verdrängung und angstvolle Verleugnung der wahren Tatsachen, diese aber sind u. a. die Ursachen psychosomatischer Erkrankungen.

Ferner kritisiert *Ringel* den Automatismus der Entwürdigung derer, die in die „minderwertige Position" gedrängt würden. Dies geschieht ebenso wie in den Familien zwischen Eltern und Kindern, in der Schule zwischen Lehrern und Schülern usw. Es entsteht hierdurch eine Trennung von zwei Parteien – hier Arbeitnehmer, dort Arbeitgeber und Chefs. Chefs sind meistens in ihrer Identität verunsicherte Menschen ohne Toleranz, ohne echte Autorität, sind kein Vorbild und mißbrauchen ihre Macht. Weder fragen sie andere, noch hören sie andere, weil ihnen das als Autoritätsverlust erscheint. Sie haben eine tiefe Sorge, daß man sie betrügen könne und daß sie überflüssig sein könnten, weshalb sie keine Macht delegieren können. Dieses Verhalten ist jedoch darauf zurückzuführen, daß sie meistens eine Kindheit ohne Liebe gehabt haben, in der allein durch extreme Leistung Anerkennung für sie erreichbar gewesen ist.

Folgende psychosomatische Symptomgruppen entstehen nach *Ringel* aus den entfremdeten Arbeitsprozessen:

1. Angst, Haß und Depression führen zu Entgleisungen des vegetativen Nervensystems und damit zu psychosomatischen Erkrankungen. Durch Druck, Verbitterung und Qual – häufig Streß genannt –, Lebensangst und Lebensunsicherheit kommt es zur sogenannten vegetativen Neurose, wobei die Verdrängung dieser Gefühle eine große Rolle spielt. *Kauders* bezeichnet die vegetative Neurose als Auffangbarriere gegen schwerere psychosomatische Störungen.
2. Richten sich die pathogenen Emotionen gegen ein bestimmtes Organ, so ist es in einem negativen Arbeitsklima meistens der Magen-Darm-Trakt. Gastritis, Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre sowie chronische Verstopfung treten als Symptome auf. Hierbei spielen die Fragen der Anerkennung eine besondere Rolle, psychosomatische Reaktionsmuster aus der Kindheit werden in der Arbeitssituation wiederbelebt.
3. Mangelnde emotionale Bezogenheit zur eigenen Tätigkeit führt zur Erkrankung des Herz-Kreislauf-Systems. Niedriger Blutdruck bedeutet dasselbe wie Depression, die entsteht, wenn man sich ins Abseits gestellt fühlt. Erhöhter Blutdruck ist besonders häufig bei Menschen festzustellen, die in der Hierarchie in der Mitte stehen. Ihre unterdrückte Wut überträgt sich auf das Gefäßsystem und kann zu schweren Blutdruckkrisen mit sehr hohen Werten führen. Gerade die letzteren Erkrankungen betreffen auch die Vorgesetzten, sie sind Opfer ihres eigenen Lebens-

stils. Dieser Lebensstil ist jedoch häufig das Resultat einer ebenfalls mißglückten Kindheit, wo Liebe nur durch außergewöhnliche Leistung zu erringen gewesen ist.

Ringel zieht u. a. folgende Schlüsse und erhebt vom medizinischen Standpunkt aus folgende Forderungen:

Jeder Patient hat ein Anrecht auf intensive psychotherapeutische Beratung und Gespräche, in denen er seine Beschwerden und Befürchtungen äußern kann. Bei der derzeitigen Situation kann das fundamentale Menschenrecht auf eine ganzheitliche Therapie nur von einem minimalen Prozentsatz der Betroffenen realisiert werden. Es fehlt hierzu an der psychosomatischen Ausbildung von Ärzten, obwohl eine beträchtliche Anzahl von Ärzten und Medizinstudenten an einer psychosomatischen Ausbildung interessiert ist.

Für Manager in verantwortungsvollen und leitenden Positionen fordert *Ringel* Selbsterfahrungsgruppen, die sie durch das Erleben der Gemeinschaft aus der Isolation herausführen könnten. Die genannten Forderungen haben einen präventiven Charakter. Geschieht nichts, muß man mit den Futurologen mit einem enormen Anwachsen psychosomatischer Störungen bis zum Jahre 2000 rechnen.

Die hier vorgetragenen Gesichtspunkte psychosomatisch kranker Patienten von ihrem Erleben und ihrem Leiden am Arbeitsplatz enthalten wichtige Hinweise über krankheitsverursachende und gesunde Lebensbedingungen. Der Mensch, dem es an Anerkennung fehlt, der nicht weiß, wofür er arbeitet, der keinen Kontakt zu seinen Mitmenschen hat, obwohl er täglich mit ihnen zusammenlebt, der in eine ständige Unterdrückung seiner Gefühle hineingezogen wird, der, wie die Manager und Chefs, als ein Feind anderer Menschen erlebt wird, weil er schon als Kind nur für Leistungen Anerkennung bekam, die sich für eine spätere Karriere eignen, muß dahin gelangen, daß seine konstruktiven Lebensfunktionen verkrüppeln, was sich psychisch in Depressionen und körperlich in psychosomatischer Krankheit niederschlägt.

Die von *Ringel* aufgeführten pathogenen Komponenten bewegen sich im Bereich der zwischenmenschlichen Beziehungen. Sind diese Beziehungen emotional frustrierend, sind sie bezüglich der Arbeits- bzw. Lebensziele des einzelnen Menschen sowie derjenigen Gemeinschaften, in denen er lebt, ohne Belang, nicht wichtig und von nebensächlicher oder anonymer Bedeutung, so erkranken Menschen, seien es Kinder oder seien es Erwachsene.

Ringel wendet sich mit seiner Arbeit an Wirtschaftsführer und Unternehmens-Chefs und macht den sehr interessanten Vorschlag, durch Selbsterfahrungsgruppen die Manager-Haltung dieser Wirtschaftsführer in eine mitmenschliche umzuwandeln. *Ringel* weist m. E. mit Recht darauf hin, daß diese Manager-Haltung häufig auf trostlose Kindheitserfahrungen zurückgeht und eine Angstabwehr darstellt. Die Selbsterfahrungsgruppen für diese Menschen hätten daher unter Umständen eine weitreichende prä-

ventive Wirkung für die Arbeitnehmer. Dies könnte dadurch geschehen, daß die Erfahrungen und das Verstandenwerden durch eine solche Gruppe, Menschen in leitenden Funktionen dazu befähigt, verständnisvoller und mit mehr Rücksicht auf die Bedürfnisse der Mitarbeiter zu reagieren. Wieweit Wirtschaftsleute – und übrigens auch Verwaltungs-Chefs und Politiker – sich Gruppen, wie sie *Ringel* vorschlägt, stellen würden und wieweit sie die eigene Identität, die eigenen Ziele und Standpunkte in Frage stellen lassen würden, sei dahingestellt.

Ringel glaubt an die Veränderung von Menschen – das zeigt sein Vorschlag der Selbsterfahrungsgruppen für Manager –. Sein psychiatrisches Arbeiten und die von ihm entwickelte Suizidprophylaxe haben ihn offenbar diese optimistische Auffassung gelehrt.

Gisela Ammon (Berlin)